



Farmacia
HOSPITALARIA

www.elsevier.es/farmhosp



COMUNICACIONES

54.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Zaragoza, 22-25 de septiembre de 2009

ATENCIÓN FARMACEÚTICA A PACIENTES EXTERNOS

675. ANÁLISIS DEL PERFIL DE PRESCRIPCIÓN Y SEGURIDAD DE LOS ANTINEOPLÁSICOS ORALES

M.C. Moriel Sánchez, J. Pardo de Torres, M. Segura Bedmar, E. Lallana Sainz, C. Calderón Acedos y R.M. Catalá Pizarro

Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. España.

Objetivos: Analizar el perfil de prescripción e identificar y prevenir reacciones adversas a medicamentos (RAM) y problemas relacionados con los medicamentos (PRM) antineoplásicos orales (ANEO) incluidos en la Resolución 213/08 de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los pacientes que acudieron a la consulta de atención farmacéutica a pacientes externos con tratamiento antineoplásico oral (junio 2008-abril 2009). Se realizaron entrevistas al inicio del tratamiento, al mes siguiente, cuando hubo modificaciones de tratamiento y si el paciente lo solicitó. El objetivo de las entrevistas fue proporcionarle información de medicamentos, incidiendo en la forma de administración y efectos adversos, así como la prevención, identificación y corrección de RAM y de PRM. Se recogieron y procesaron los siguientes datos en el programa estadístico SPSS®: demográficos, alergias, diagnósticos principales y secundarios, listado de todos los tratamientos, variables clínicas, RAM y PRM. Las RAM graves o inesperadas se notificaron al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.

Resultados: Se entrevistaron 72 pacientes, el 66,7% hombres, con una edad de $63,29 \pm 12,6$ años y se realizaron 101 entrevistas. Los pacientes pertenecían al servicio de: oncología (73,6%), hematología (23,6%) y digestivo (2,8%). El diagnóstico principal fue: 19,5% leucemia mieloide crónica, 18,1% cáncer de pulmón no microcítico, 16,7% cáncer renal, 16,7% glioblastoma, 12,5% cáncer hepático, 9,7% GIST, 4,2% mieloma múltiple, 2,8% cáncer de páncreas. Los pacientes se trataron con imatinib (30,6%), erlotinib (20,8%), sorafenib (19,4%), temozolomida (16,7%), sunitinib (9,7%), lenalidomida (2,8%). 4 pacientes cambiaron el tratamiento: 3 de sunitinib a sorafenib (2 por efectos adversos y 1 por ineficacia) y 1 de imatinib a sunitinib por ineficacia. En 22 entrevistas (21,8%) se detectaron interacciones, destacando: erlotinib-omeprazol (4),

imatinib-atorvastatina (4), sorafenib-omeprazol (3) y erlotinib-acenocumarol (2). Se encontraron 54 RAM (53,5% de las entrevistas): imatinib (35%), sorafenib (20,4%), erlotinib (18,5%), sunitinib (13%), temozolomida (9,3%) y lenalidomida (3,7%), afectando a: piel y tejido subcutáneo (38,9%), sistema gastrointestinal (20,4%) y sangre y sistema linfático (14,8%). En cuanto a la gravedad, 26 RAM (48,2%) requirieron seguimiento o intervención para prevenir daño, 24 (44,4%) no produjeron daño potencial y 4 (7,4%) se consideraron graves. De ellas, 16 se notificaron al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. La aparición de RAM fue estadísticamente más probable cuando se trató con lenalidomida, imatinib o sorafenib ($p = 0,049$). Asimismo fueron más graves las reacciones provocadas por lenalidomida y sunitinib ($p = 0,034$). Se identificaron 34 PRM (33,7% de las entrevistas) que afectaron a: efectividad por infradosificación (47,1%), seguridad por reacción adversa y sobredosificación (44,1%) e indicación por necesidad de tratamiento (8,8%). El 52,9% no produjeron daño o fue reversible con monitorización, el 44,1% produjeron daño reversible que requirió modificación del tratamiento y el 2,9% provocaron aumento de la estancia o ingreso. El tipo de antineoplásico no se relacionó estadísticamente con la aparición de PRM.

Conclusiones: Las RAM y PRM derivados del tratamiento antineoplásico son numerosos y en algunos casos graves. Su perfil de seguridad unido al alto impacto económico hacen necesario un seguimiento farmacoterapéutico desde el servicio de farmacia hospitalaria.

776. EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS ADVERSOS HEMATOLÓGICOS, ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN TIROIDEA Y HEPÁTICA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

V. Goitia Rubio, F. Martínez Guinea, S. Martín Prado, B. Sánchez Nevado, I. Camarón Echeandia y C. Martínez Martínez

Hospital Txagorritxu. Álava. España.

Objetivo: Analizar los efectos adversos hematológicos, alteraciones de la función tiroidea y hepática del tratamiento combinado de peginterferón alfa y ribavirina en la hepatitis C.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que habían finalizado el tratamiento de la hepatitis C en el período comprendido entre enero de 2005 y abril de 2008. A

partir de la historia clínica informatizada se registró en una base de datos la edad, sexo y si estaban coinfectados por el VIH, así como los valores basales y durante el tratamiento, de hemoglobina (Hg), plaquetas, neutrófilos, concentraciones de hormonas tiroideas y alteraciones de la fosfatasa alcalina, GGT, bilirrubina total y ALAT. Nivel de referencia considerado en neutropenia: neutrófilos $< 1.800/\text{mm}^3$, trombopenia: plaquetas $< 150 \times 10^3/\text{mm}^3$ y anemia: hombre Hg $< 13 \text{ g/dL}$ y mujer Hg $< 12 \text{ g/dL}$.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 190 pacientes, 130 hombres y 60 mujeres. El 31,1% eran menores de 40 años, el 64,2% entre 40 y 60 y el 4,7% mayores de 60 años. El 26,8% de los pacientes presentaban coinfección con VIH. En las alteraciones hematológicas destaca que el 89,9% de los pacientes tuvieron neutropenia, siendo significativamente más frecuente en mujeres ($p = 0,04$). La neutropenia más frecuente fue de grado 2 (43,5%) y grado 3 (41,8%), según la clasificación de la OMS, e incluso un 4,1% de los neutropénicos alcanzó el grado 4. La anemia aparece en un 26,5% de la población con diferencias significativas según el sexo (16,2% hombres vs 49,2% mujeres; $p < 0,001$), y trombopenia en un 33%. El grado de toxicidad más presentado fue el grado 1 tanto para anemia (72%) como para trombopenia (54,8%), resaltando que el 4,8% de los trombopénicos cursó el grado 4. Los trastornos hematológicos ocurrieron principalmente durante el primer mes de tratamiento: 70,4% de los neutropénicos, 43,4% de los anémicos y 64,5% de los trombopénicos. Según la edad únicamente se encontraron diferencias significativas en trombopenia, siendo el grupo más afectado entre 40-60 años ($p = 0,005$). Los pacientes coinfectados con VIH presentan más frecuentemente anemia y trombopenia, pero sin diferencias significativas. Las alteraciones del tiroides aparecieron en un 17,9% de los pacientes con analítica disponible (161), siendo lo más habitual el hipotiroidismo. Respecto a las alteraciones hepáticas, un 8,9% de los pacientes tuvieron valores elevados de fosfatasa alcalina, un 30,5% de GGT y un 33,7% de bilirrubina total por encima del rango normal en algún momento del tratamiento. Al final del tratamiento tienen elevada la transaminasa ALAT un 20% de los pacientes que mantenían valores basales normales.

Conclusiones: El tratamiento combinado con peginterferón y ribavirina se asocia con efectos adversos hematológicos de incidencia elevada y de inicio rápido, y en menor proporción, con trastornos de la función tiroidea y hepática. Resaltar que en nuestra población el porcentaje de pacientes que cursan con neutropenia grado 2 y 3 son superiores a los referidos en la bibliografía. Debido a la alta incidencia y precocidad de algunas reacciones adversas es importante establecer programas de atención farmacéutica, para realizar un seguimiento estrecho y aportar información desde la primera visita a la consulta externa de farmacia.

253. ACCIONES DE MEJORA EN LA UNIDAD DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE UN SERVICIO DE FARMACIA

B. Abad Bañuelos, C. Viñuales Armengol y M.P. Amador Rodríguez
Hospital General San Jorge. Huesca. España.

Objetivo: El objetivo principal es racionalizar los recursos dedicados en la dispensación de medicamentos a pacientes externos sin comprometer el nivel de servicio en la asistencia al paciente. Como objetivos cualitativos adicionales se consideran: Garantizar la correcta conservación de los medicamentos; informar sobre el tratamiento farmacológico al paciente; detectar posibles incidencias o problemas relacionados con el medicamento; evitar los errores asociados al uso de los medicamentos; establecer el seguimiento farmacoterapéutico al paciente; conseguir la adherencia del paciente al tratamiento prescrito.

Material y métodos: Se realizó un análisis de la situación inicial para determinar los grupos de pacientes externos con mayor reper-

cusión económica y mayor carga de trabajo; un análisis de satisfacción de los pacientes, mediante encuesta realizada al inicio del estudio y tras la implantación de las acciones de mejora; y una valoración de los recursos disponibles, tanto del tiempo de dedicación del personal adscrito a la unidad como del stock de medicación. Se planificaron las acciones de mejora para la consecución de los objetivos: 1) Internas en la unidad: elaboración de un PNT, elaboración de una instrucción de trabajo para la auxiliar y establecimiento del período de rotación del personal auxiliar. 2) Internas en el Hospital: elaboración de una macro para el cálculo de la adherencia al tratamiento y envío de un informe de adherencia al facultativo. 3) Externas en los pacientes: aumento del período de dispensación, información de medicamentos (Infowin), colocación de un dispositivo de llamada y elaboración de un tríptico de funcionamiento de la Unidad.

Resultados: Los resultados obtenidos hacen mención a: 1. Incremento del nivel de satisfacción de los pacientes y/o familiares relacionados con la dispensación de medicamentos: Se analizaron los siguientes ítems: la cantidad de información aportada, puntualidad en la atención, frecuencia de dispensación, grado de confidencialidad, horario de cita, presencia y aspecto del personal, utilidad de la información, trato personal y disponibilidad. Se clasificó el grado de satisfacción del 1 al 5 desde muy insatisfecho hasta muy satisfecho, obteniéndose una puntuación global al inicio del período de 3,0 y de 3,4 tras las acciones de mejora. 2. Recursos destinados a la Unidad: En cuanto al tiempo dedicado a la gestión de los stocks de medicamentos, se observa un descenso en el tiempo de elaboración y recepción de pedidos de un 1% y un 4% respectivamente. El número visitas por paciente pasó de 3,9 al inicio a 3,2. Tomando como referencia uno de los medicamentos de mayor consumo, se comprueba que ha disminuido el promedio de unidades en stock en un 20,3%.

Conclusiones: Se han aplicado técnicas organizativas, analíticas y de gestión de procesos a la optimización de recursos en la Unidad de Dispensación a Pacientes Externos, consiguiendo mejoras en la eficiencia de los recursos dedicados e incrementando, a su vez, el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos.

272. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PACIENTE EXTERNO SOBRE SU TRATAMIENTO CON VORICONAZOL ORAL. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS DE MEJORA

L. Lorente Fernández, E. Monte Boquet y J.L. Poveda Andrés
Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: Los nuevos azoles constituyen una herramienta terapéutica de primer orden en el tratamiento de las infecciones fúngicas. La elevada biodisponibilidad de voriconazol tras su administración oral (96%) hace que cada vez sean más numerosos los pacientes en tratamiento con el mismo a nivel ambulatorio. En este sentido, cabe destacar que cuando se administra con alimentos grasos el AUC y la $C_{\text{máx}}$ se ven reducidos en un 24% y 34% respectivamente.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento que tiene el paciente que acude a una unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE) sobre su tratamiento con voriconazol oral, a fin de valorar la necesidad de proveer de manera sistemática una atención farmacéutica individualizada.

Material y método: Estudio prospectivo de intervención sobre todos los pacientes a los que se dispensó voriconazol oral en la UFPE de un hospital de tercer nivel desde diciembre de 2008 hasta marzo de 2009. Se excluyeron los inicios de tratamiento, así como aquellos tratamientos no dispensados directamente al paciente. Se desarrolló un cuestionario con preguntas cerradas en relación al conocimiento del paciente sobre indicación, modo de administra-

ción, efectos adversos e interacciones de voriconazol. En el momento de la dispensación se ofreció al paciente ser entrevistado personalmente por un farmacéutico. Finalmente, se realizó una intervención farmacéutica educativa que consistió en proveer al paciente información sobre su tratamiento tanto vía oral como escrita.

Resultados: Se entrevistó a un total de 33 pacientes (11 mujeres y 22 hombres), con una mediana de edad de 44,5 años (16,7-84,5). La distribución en función del servicio clínico de origen fue: 69,7% hematología, 21,2% unidad de fibrosis quística-trasplante pulmonar, 6,1% neumología y 3,0% oncología. La duración mediana de tratamiento con voriconazol hasta el momento de la entrevista fue de 139 días (2-1086). En cuanto al conocimiento de la indicación, 19 pacientes (57,6%) sabían para qué tomaban voriconazol, 10 (30,3%) no lo sabían y 4 (12,1%) estaban equivocados. Respecto al modo de administración, el 81,8% de los pacientes lo tomaban con alimentos y sólo 6 pacientes (18,2%) lo hacían en ayunas (al menos una hora antes o dos horas después de la comidas) tal y como indica ficha técnica. En relación a los efectos adversos principales, 27 pacientes (81,8%) manifestaron no conocerlos, a pesar de que durante la entrevista se identificó un 66,7% de pacientes que habían padecido alguno (principalmente problemas visuales, fotosensibilidad y hepatotoxicidad). Finalmente, ningún paciente introdujo otro medicamento o producto natural sin consultar a su médico o farmacéutico durante el tratamiento con voriconazol.

Conclusiones: Se evidencia un elevado desconocimiento del paciente externo acerca de su tratamiento con voriconazol. La mayoría de los pacientes lo toman mal en relación a la ingesta de alimentos, con el riesgo de posibles fracasos terapéuticos que puede conllevar. Además, el desconocimiento de la indicación y posibles efectos adversos que pueden aparecer implica un riesgo aumentado de mala adherencia al tratamiento. Urge implantar de manera sistemática un programa de atención farmacéutica al paciente en tratamiento con voriconazol que garantice la eficacia y seguridad de su tratamiento.

412. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA INTEGRAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CITOSTÁTICOS ORALES

M. Sánchez Gili, A.M. Martín de Rosales Cabrera y M. Pérez Encinas

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Objetivos: Diseñar, implantar y analizar la utilidad de un programa de atención farmacéutica (AF) a pacientes en tratamiento con inhibidores de proteínkinasa (IPK).

Material y métodos: El programa de AF de IPK se centra en la recogida de los efectos adversos asociados y educación al paciente en su manejo, detección de interacciones relevantes con la medicación habitual para realizar las intervenciones farmacéuticas oportunas, y la medida de la adherencia del paciente para reforzar el cumplimiento. La primera fase del programa es revisar las fuentes bibliográficas más relevantes (fichas técnicas de IPK-erlotinib, imatinib, nilotinib, sunitinib, sorafenib y lapatinib-, base de datos BCCancer, programa Drug-interactions Lexi-Comp's, Stockley, Catálogo de Plantas Medicinales) para elaborar una herramienta clínica de información actualizada y sistematizar la AF a estos pacientes. En la segunda fase, de manera prospectiva, se recogen los datos de pacientes en tratamiento con un IPK que acuden a la Unidad de Pacientes Externos entre diciembre 2008 y marzo 2009, de un hospital con una actividad ambulatoria de onco-hematología de 21,6 pacientes/día. Se recoge la medicación habitual y el perfil de reacciones adversas revisando la historia clínica electrónica y las prescripciones médicas, contrastando esta información en una entrevista clínica con el paciente. El cumplimiento se mide me-

dante el cuestionario SMAQ. La clasificación de la relevancia clínica se realiza mediante la categorización de Hansten y Horn.

Resultados: Se han evaluado 36 pacientes (25 hombres, 11 mujeres) tratados con IPK durante un tiempo medio de 24,3 meses (IC95%: 15,38-33,27), y edad media al inicio de 60 (25-83) años. 16 pacientes imatinib, 14 erlotinib, 2 sunitinib, 2 lapatinib, 1 nilotinib y 1 sorafenib. Los diagnósticos más frecuentes son leucemia mieloide crónica (38,8%) y adenocarcinoma de pulmón (36,1%). Los efectos adversos de mayor frecuencia (> 10%) en nuestra población coinciden con los descritos en la bibliografía: afectación cutánea (55,5%), diarrea (50%), afectación ocular (25%), náuseas/vómitos (19,4%), neutropenia (19,4%), trombopenia (19,4%) y anemia (19,4%), lo que justifica la educación en su manejo que se ha realizado en cada paciente. El número medio de fármacos habituales de cada paciente, excluyendo IPK, es 5,06 (IC95%: 4,07-6,05). De las 20 interacciones identificadas, 10 pertenecen a la clase 2 (asociación permitida en casos especiales), 9 a la clase 3 (asociación que necesita tratamiento para reducir toxicidad) y 1 a la clase 1 (evitar asociación). 14 pacientes (38,8%) han presentado al menos una interacción relevante relacionada con IPK. Todas las intervenciones realizadas relativas a las interacciones han sido aceptadas, destacando la suspensión de tratamiento con omeprazol (4), plantas medicinales (1) y la valoración de la sustitución de verapamilo (2). Los 36 pacientes fueron advertidos para evitar el zumo de pomelo y la toma de preparados de plantas medicinales sin previa consulta a nuestro servicio. El 82,36% de los 17 pacientes que han completado el cuestionario SMAQ son adherentes al tratamiento, en el resto se intervino recordando la importancia del cumplimiento con la quimioterapia oral.

Conclusiones: La frecuente aparición de efectos adversos, la prevalencia de pacientes con potenciales interacciones, la abundante medicación habitual y la gran relevancia de la quimioterapia oral justifican la utilidad y continuidad del programa de AF implantado.

422. TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON PEGINTRON®: DETECCIÓN Y CUANTIFICACIÓN

A. Abeijón Vázquez, P. Gómez Rivas, C. Obaldía Alaña, M.C. Rubio López, R. Santos del Pozo y M. Esteban Sánchez

Hospital San Pedro. La Rioja. España.

Objetivo: Uno de los principales efectos adversos del tratamiento con Pegintron® son las alteraciones de tipo neuropsiquiátrico que produce en los pacientes con VHC. El principal objetivo de este estudio fue determinar qué porcentaje de pacientes tratados con Pegintron® sufren trastornos de ansiedad (A) y/o depresión (D). Como objetivos secundarios se trató de determinar cuántos de estos pacientes tenían antecedentes de A y/o D, cuántos estaban siendo tratados y cuántos habían tenido alguna idea suicida a lo largo del tratamiento.

Material y método: Se diseñó un estudio prospectivo y observacional de 2.5 meses de duración. La población del estudio incluyó a todos los pacientes en tratamiento con Pegintron® que acudieron a recoger medicación a la consulta externa de farmacia del 15 de enero al 31 de marzo de 2009. Una vez aceptado el consentimiento del paciente se le entregaba la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) de Zimong y Snaith a la cual se le incluyó una pregunta más para evaluar posibles ideas suicidas. También se cumplimentaba un cuestionario de datos que incluía: tipo de visita (inicio o continuación), sexo, edad, coinfección con VIH, adicciones (alcohol y/o drogas), antecedentes de A y/o D y tratamientos ansiolíticos o antidepresivos recibidos.

Resultados: Se estudiaron 30 pacientes de los cuales sólo 2 iniciaban tratamiento. La edad media de los pacientes fue de 46,4

años, siendo 17 (56,7%) hombres y 13 (43,3%) mujeres. El tiempo medio de tratamiento recibido fue de 18 semanas. Sólo 2 pacientes (6,7%) tenían coinfección con VIH. De los 30 pacientes, 2 eran ex-alcohólicos y 5 ex-ADVP. Después de la aplicación de la HAD, se detectó que: 5 de los 30 pacientes presentaban A y D, y todos ellos tenían antecedente de episodios ansiosos y/o depresivos previos. El 80% recibía medicación antidepresiva. 5 padecían únicamente A, 2 con antecedentes. El 40% estaban actualmente en tratamiento. No se detectó ningún paciente exclusivamente con depresión. De los 30 pacientes sólo 12 no presentaban ni A ni D. En este grupo se vio que 5 habían sufrido anteriormente algún episodio de A y/o D y 2 estaban a tratamiento. Los 8 pacientes restantes tenían una sintomatología dudosa. 6 de ellos tenían antecedentes de A y/o D y 3 estaban recibiendo tratamiento. 30% del total de pacientes habían tenido en algún momento del tratamiento ideas suicidas.

Conclusiones: - La prevalencia de padecer ansiedad y/o depresión durante el período de tiempo estudiado fue de un 33,3%, cifra que aumenta hasta un 60% si consideramos como casos de A y/o D todos los pacientes con sintomatología dudosa.

Un elevado porcentaje (70%) de todos los pacientes con A y/o D había tenido episodios ansioso y/o depresivos anteriormente. Actualmente sólo un 60% de los pacientes con A y/o D están recibiendo tratamiento. - Sería apropiado incluir en el protocolo de tratamiento de VHC, controles periódicos para detectar este tipo de problemas neuropsiquiátricos, que tienden a repercutir negativamente en el resultado final del tratamiento (mal cumplimientos, abandonos, etc.).

639. TERAPIA BIOLÓGICA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS. INDICACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

P. Capdevila Rio, L. Roselló Aubach, M. Conde Seijas, N. Montalá Palau y M. Navarro Brugueras

Hospital Santa Maria. Lleida. España.

Objetivos: Valorar la efectividad y seguridad de la terapia biológica en artritis reumatoide y espondiloartritis. Evaluar si se cumple el protocolo de utilización.

Material y métodos: Se han incluido el 100% de pacientes que han recibido terapia biológica con adalimumab, etanercept, infliximab o rituximab desde que se iniciaron los primeros tratamientos en el año 2005. Se han revisado las indicaciones de inicio de tratamiento para ver si cumple el protocolo de utilización del hospital basado en las recomendaciones del consenso de la Sociedad Española de Reumatología para artritis reumatoide (Reumatol Clin. 2006;2 Supl 2:S52-9) y para espondiloartritis (Reumatol Clin. 2007;3 Supl 2:S61-71). Como valores de efectividad se han registrado la velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) a los 6 meses y al año de tratamiento, y el DAS28 (Disease Activity Scores) o BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) antes de iniciar la terapia biológica y en la actualidad. Para evaluar la seguridad se recogen las reacciones adversas observadas.

Resultados: Se han iniciado 76 tratamientos con terapia biológica. El 50% con etanercept, 36,8% con adalimumab, 11,7% con infliximab y 1,3% con rituximab. De ellos un 11,8% (9 tratamientos) se han suspendido por reacción adversa. Un 7,9% (6 tratamientos) se han suspendido por ineficacia y un 1,3% (1 tratamiento) se ha suspendido por cambio de domicilio del paciente. De estos 15 casos de suspensión por reacción adversa o ineficacia, en 9 se ha optado por un cambio de anti-TNF y en el resto se ha suspendido definitivamente por voluntad del paciente. En cuanto al diagnóstico el 39% son artritis reumatoide, 16% espondilitis anquilosante y 21% artritis psoriásica. El 52,6% de pacientes son mujeres y el 47,4% hombres. La media de edad es de 47,8 años (desviación típica

11,2). La media de meses de tratamiento con anti-TNF es de 19,79 (desviación típica 14,6). En el 100% de casos se ha cumplido el protocolo de utilización. La media de la VSG al inicio de tratamiento es de $34,1 \pm 22,6$, a los 6 meses es de $26,075 \pm 20,6$ y al año de tratamiento $21,24 \pm 18,65$. En cuanto a la PCR, la media al inicio es de $27,12 \pm 27,3$, a los 6 meses $10,68 \pm 13,8$ y al año $7,6 \pm 14,4$. En cuanto al DAS 28 al inicio, la media es de $4,46 \pm 0,92$ y en la actualidad la media es de $2,66 \pm 0,75$. La media de BASDAI al inicio es de $5,72 \pm 0,57$ y en la actualidad $2,57 \pm 1,5$. Las reacciones adversas que causaron suspensión del tratamiento fueron: Trastornos de la piel y tejido subcutáneo (7 casos), dolor músculo esquelético (1 caso), hipertensión (1 caso).

Conclusiones: Se observa un adecuado cumplimiento del criterio de inicio de tratamiento. Con el tratamiento anti-TNF se observa una disminución de 1,8 puntos del DAS 28; 3,15 puntos del BASDAI, 16,44 puntos en la PCR y 8 puntos en la VSG. Continúa siendo un objetivo prioritario el seguimiento del perfil de toxicidad.

845. MICOFENOLATO DE MOFETILO EN SÍNDROME NEFRÓTICO IDIOPÁTICO CORTICOSENSIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

I.M. Amor Ruiz, C. Gallego Fernández y V. Henares López

H.R.U. Carlos Haya. Málaga. España.

Objetivos: Evaluar la efectividad y la adaptación a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) de la utilización de micofenolato de mofetilo para el tratamiento del Síndrome Nefrótico Idiopático Corticosensible en pacientes pediátricos, enfermedad que se caracteriza por desarrollo de proteinuria severa; hipoalbuminemia (albúmina sérica $< 2,5$ g/dL); hiperlipidemia (colesterol sérico > 200 mg/dL), y edema.

Método: Estudio retrospectivo de dos años de duración (enero 2007 a diciembre 2008). Para evaluar la efectividad se utilizaron las siguientes variables: Proteinuria, Determinaciones plasmáticas de albúmina, colesterol, urea, y creatinina pre y post haber iniciado la terapia evaluada. Los datos se recogieron a partir del registro de laboratorio. Se utilizó una base de datos para valorar el cambio en los parámetros evaluadores de efectividad. Para el estudio de adaptación a las GPC se valoró: edad al diagnóstico, edad al iniciar el tratamiento, terapias anteriores (corticoides, ciclofosfamida, y ciclosporina). Estos datos se extrajeron a partir de la revisión de Historias Clínicas, y del Programa de Dispensación a Pacientes Externos.

Resultados: 4 niñas y 10 niños cuya edad actual es $11,89 \pm 2,83$ años recibieron tratamiento con el fármaco evaluado. Edad al diagnóstico $3,55 \pm 1,29$ años. La edad al iniciar terapia con micofenolato 600 mg/m²/día, previa autorización de Uso Compasivo por indicación no aprobada e intervalo de edad no recomendado, fue $10,70 \pm 2,77$ años. Siguiendo las recomendaciones de la GPC, 12 pacientes (85,71%) recibieron: 1º: corticoides; 2º: ciclofosfamida tras $7,11 \pm 4,67$ meses del diagnóstico por corticodependencia. 3º: ciclosporina tras $1,76 \pm 1,77$ años por desarrollarse corticodependencia a altas dosis. 4º: micofenolato tras $5,73 \pm 2,49$ años por evolución hacia Síndrome Ciclosporin-Dependiente. Los 2 pacientes restantes (14,29%) iniciaron terapia en segunda línea con ciclosporina tras $11,50 \pm 7,78$ meses del diagnóstico. El cambio a micofenolato se produjo tras $4,13 \pm 3,52$ años. El tiempo promedio de recaída tras la suspensión de ciclosporina fue de 37 ± 17 días para la totalidad de los pacientes incluidos en el estudio. Los parámetros analíticos promedio previos al comenzar la terapia evaluada fueron proteinuria $< 0,10$ g/L; $5,60 \pm 6,14$ g/L; albúmina ($3,30$ - $5,20$ g/dL): $2,66 \pm 0,98$ g/dL; colesterol (125 - 220 mg/dL): $235,67 \pm 104,78$ mg/dL; urea (15 - 45 mg/dL): $51,43 \pm 32,82$ mg/dL; creatinina ($0,60$ - $1,40$ mg/dL): $0,57 \pm 0,22$ mg/dL. Tras $1,03 \pm 0,83$

años de tratamiento, se obtuvieron como resultados promedios: proteinuria: $10,47 \pm 14,46$ g/L; albúmina: $2,67 \pm 0,84$ g/dL; colesterol $197,50 \pm 93,20$ mg/dL; urea: $29,70 \pm 14,85$ mg/dL; creatinina $0,54 \pm 0,13$ mg/dL (datos disponibles: 70,72%).

En nuestro estudio no se consiguen cifras normales de proteinuria en el 33,3% pacientes, al igual que en algunas referencias consultadas, hallazgo que podría estar relacionado con la utilización de dosis de micofenolato inferiores a un gramo cada doce horas. Si excluyéramos estos pacientes el valor de proteinuria promedio sería $1,20 \pm 1,70$ g/L.

Conclusión: La utilización del micofenolato de mofetilo se adapta a las recomendaciones de las GPC al prescribirse en todos los casos cuando el paciente ha desarrollado síndrome ciclosporin-dependiente. A pesar de demostrar ser una opción terapéutica razonable en el manejo del síndrome nefrótico idiopático cortico-sensible se recomienda una mayor monitorización de los parámetros evaluadores de efectividad por lo que proponemos un mayor seguimiento de los pacientes.

939. ESTUDIO DE EFECTIVIDAD DE CINACALCET EN HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

B. López Virtanen, S. Vázquez Troche y M. Rodríguez María

Hospital del Bierzo. León. España.

Introducción: Cinacalcet reduce las concentraciones de hormona paratiroidea, asociándose a un descenso paralelo del calcio sérico. Según las guías de referencia K/DOQI (Nacional Kidney Foundation) sobre metabolismo y enfermedad ósea en enfermedad renal crónica (ERC), los valores bioquímicos recomendados para pacientes con ERC en diálisis son: hormona paratiroidea intacta (PTHi): 150-300 pg/mL, calcio sérico total (Ca): 8,4-9,5 mg/dL, fósforo sérico (P): 3,5-5,5 mg/dL y producto CaxP < 55 mg²/dL².

Objetivo: Análisis de la efectividad de cinacalcet en pacientes dializados con hiperparatiroidismo secundario a ERC.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con cinacalcet para hiperparatiroidismo secundario a ERC en diálisis. Período de estudio: julio 2007-abril 2009. Duración del tratamiento: al menos 6 meses. Variables estudiadas: edad y sexo de los pacientes, dosis de cinacalcet, duración del tratamiento, niveles basales de PTHi, Ca, P, CaxP, y al mes, 3, 6, 9 y 12 meses de comenzar el tratamiento. Datos obtenidos del programa de gestión de pacientes externos del servicio de farmacia (Silicon®) y del programa del laboratorio de análisis clínicos (Omega®).

Resultados: Se seleccionan 8 pacientes tratados con cinacalcet durante al menos 6 meses. Edad media 63,5 años (DE 20,56, rango 24-79), 5 hombres. La dosis inicial es de 30 mg al día, se mantiene como dosis de mantenimiento en 7 pacientes, en 1 paciente se disminuye a 30 mg c/48 h por efectos adversos gastrointestinales. Los niveles basales medios de PTHi fueron 689,71 (DE 323,14) pg/mL, al mes: 633,71 pg/mL (DE 264,58), a los 3 meses: 441,77 pg/mL (DE 321,80), a los 6 meses: 502,39 pg/mL (DE 505,50), a los 9 meses: 502,96 pg/mL (DE 426,84) y a los 12 meses: 451 pg/mL (DE 372,68). Disminución media de PTHi respecto al basal: 1,31% al mes, 24,52% a los 3 meses, 17,54% a los 6 meses, 13,21% a los 9 meses y 32,72% a los 12 meses. El paciente que disminuyó la dosis por efectos adversos también es incumplidor del tratamiento y no consigue reducir los niveles de PTHi en ninguna determinación; excluyéndolo, la disminución sería: 7,10% al mes, 34,54% a los 3 meses, 43,21% a los 6 meses, 30,70% a los 9 meses y 55,51% a los 12 meses. Pacientes que consiguen el objetivo (PTHi 150-300 pg/mL): 1 paciente al mes, 2 a los 3 meses, 3 a los 6 meses y 4 a los 9 y 12 meses. 4 pacientes consiguen una disminución $\geq 30\%$ del nivel basal de PTHi. Los niveles de Ca, P y CaxP disminuyen un 6,42%, 15,52%, 21,08% respectivamente; 3 pacientes presentaron hipocalcemia puntual y 4 pacientes P > 5,5 mg/dL en alguna

determinación, pero todos los pacientes mantienen el producto CaxP < 55 mg²/dL².

Conclusiones: Cinacalcet tiene una efectividad algo inferior a la observada en la literatura (43-46% pacientes con PTHi 150-300 pg/mL, 61-68% disminuyen PTHi $\geq 30\%$), aunque en ningún caso se aumentó la dosis, tal como recomienda la ficha técnica. Sería necesaria la elaboración de un protocolo de utilización de cinacalcet consensuado con el servicio de nefrología del hospital.

960. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA SOLUCIÓN DE RESULTADOS NEGATIVOS AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO Y ADHERENCIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

M.A. Domingo Ruiz, A. Jiménez Morales, M.A. Calleja Hernández, A. Zarzuelo Zurita, A. Sánchez Castellón y A.M. Alañón Pardo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivos: Evaluar el impacto de la intervención farmacéutica en la solución de resultados negativos a la terapia biológica y en la evolución de la adherencia de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en tratamiento con infliximab, etanercept y adalimumab. Estudiar la evitabilidad de los problemas de salud relacionados con el tratamiento biológico.

Material y métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado de dos grupos de pacientes incluidos en un grupo control y otro de intervención. Participaron 29 pacientes en tratamiento con infliximab (14 pacientes incluidos en el grupo de intervención y 15 en el control), 29 con adalimumab (14 pacientes incluidos en el grupo de intervención y 15 en el control) y 25 con etanercept (12 pacientes incluidos en el grupo de intervención y 13 en el control); período de estudio 6 meses con visitas cada 2 meses. Se utilizó el método DADER para el seguimiento farmacoterapéutico (SFT). La intervención farmacéutica consistió en el SFT a través de la detección y prevención de problemas de salud relacionados con el tratamiento biológico y emisión de informe farmacoterapéutico al médico especialista y evaluación de la solución de los problemas de salud a través de la intervención farmacéutica (Odds ratio [OR]); se realizó educación sanitaria a los pacientes mediante hoja de información de medicamentos y consejos prácticos acerca de la enfermedad. La adherencia se midió a los pacientes tratados con etanercept y adalimumab en las 4 visitas a través del cuestionario SMAQ y Morisky-Green-Levine utilizado en pacientes con enfermedades crónicas. La evitabilidad se midió según los 13 criterios publicados por Baena MI en 2002.

Resultados: Un total de 250 problemas de salud (PS) fueron encontrados. El 16,4% no fueron atribuibles a la terapia biológica. El 55,6% fueron relativos a la seguridad, 27,2% relativos a la efectividad y el 0,8% relativos a la necesidad del tratamiento biológico. La evitabilidad atribuible a infliximab fue del 40,27%, a etanercept del 38,82% y adalimumab del 34,4%. La OR para infliximab fue de 15,2 (1,65-139,3) p = 0,007, para etanercept de 0,58 (0,16-2,09) p = 0,408 y adalimumab 22,0 (3,98-121,43), p < 0,05. La adherencia al tratamiento en los pacientes tratados con etanercept es del 88% y en los tratados con adalimumab del 92%. Las diferencias en la adherencia entre los grupos control y de intervención son del 5% a lo largo del estudio con una tendencia positiva en los pacientes incluidos en el grupo de intervención respecto a los grupos control.

Conclusiones: En los pacientes tratados con terapia biológica es fundamental mantener una vigilancia respecto a la seguridad y la efectividad del tratamiento no dosis dependiente. La intervención del farmacéutico resuelve los PS asociados a la terapia biológica, existiendo riesgo de que no se resuelva un PS por no ser aceptada dicha intervención. La intervención del farmacéutico también

mejora la adherencia, pudiendo repercutir en la efectividad y seguridad del tratamiento biológico.

219. ANÁLISIS DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA E IMPACTO EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON HEPATITIS C

V. Vázquez Vela, M.J. Huertas Fernández, M. Domínguez Cantero, A. García Rueda, A. Rodríguez Gil y R. Buló Concellón

Hospital Puerta del Mar. Cádiz. España.

Objetivo: Analizar los resultados de un programa de Atención Farmacéutica (AF) en pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) y su grado de satisfacción.

Material y método: Período de estudio: abril-07 a abril-09. La AF consiste en la participación activa del farmacéutico en la asistencia al paciente, colaborando con el médico, con objeto de contribuir a mejorar su calidad de vida mediante un uso racional de los medicamentos. En pacientes con hepatitis C se marca como objetivo la prevención, detección y resolución de los PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos). Las etapas del programa son llevadas a cabo a través de una 1ª visita: Validación prescripción, revisión historia clínica y elaboración ficha paciente. Informamos sobre reacciones adversas medicamentosas (RAM), interacciones, medidas dietéticas e higiénico-sanitarias. Incidimos en la importancia del cumplimiento para obtener una respuesta viral sostenida (RVS) y en la forma de minimizar los efectos adversos del tratamiento. Visitas posteriores: seguimiento individualizado, detección de PRM e Intervención Farmacéutica (IF). Fijamos un calendario de visitas y evaluamos el cumplimiento. El cálculo de la adherencia se realiza a través de los registros de dispensación. El paciente adherente cumple la regla 80/80/80: 80% dosis interferón (IFN), 80% dosis ribavirina (RBV) y 80% tiempo previsto en función del genotipo. En los últimos 7 meses analizamos el grado de satisfacción de los pacientes mediante la realización de una encuesta para valorar la accesibilidad, confidencialidad del entorno y la atención e información proporcionada por el farmacéutico.

Resultados: 277 entrevistas en 87 pacientes en tratamiento con IFN y RBV. Información oral (66,78%) y oral + escrita (32,85%). Entrevistas presenciales (88,08%) y telefónicas (11,92%). Un 30,32% por iniciar tratamiento, 65,6% en seguimiento, 0,72% por cambio de tratamiento, 2,52% posible interacción y otros 0,36%. Motivos de consulta (180), los más frecuentes: cansancio (16,15%), alteraciones psiquiátricas (11,6%), reacciones en el punto de inyección (8,88%), molestias gastrointestinales (8,88%), síndrome pseudogripal (8,33%), insomnio (6,66%) y prurito (6,66%). En 25 ocasiones fue necesario derivar al médico. Se registraron 275 (99,27%) IF aceptadas con recomendaciones adecuadas a cada consulta. Cumplimentaron la encuesta de satisfacción 28 pacientes (16 hombres y 12 mujeres). Valoraron como aspectos más importantes la atención e información proporcionada por el farmacéutico (78,6%) y en menor medida, la accesibilidad y confidencialidad (21,42%). La mediana obtenida en la valoración global del programa de AF (entre 1-10) fue de $10 \pm DE 0,84$ (7-10). La mayoría de los pacientes no sugieren ningún aspecto a mejorar, sólo 6 mencionaron la sala de espera y el lugar de atención (confidencialidad) como aspectos susceptibles de mejora.

Conclusiones: El programa de AF en pacientes infectados por el VHC cumple su objetivo primordial: garantizar el uso seguro y eficiente del tratamiento y aumentar así la calidad de vida del paciente. La accesibilidad del farmacéutico, la atención e información proporcionada, complementaria a la del médico, son los aspectos más valorados por los pacientes y constituyen elementos básicos para aumentar su motivación y con ello la adherencia, minimizar los efectos adversos y resolver PRM. La AF constituye una herramienta para evitar consultas innecesarias al especialista clínico.

301. UTILIZACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS COMO USO COMPASIVO EN TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS A DEMENCIA

A. Casás Marínez, G. Domínguez Urbistondo, B. Salazar Laya, D. Santos García, A. Freire Fojo y A. García Iglesias

Hospital Arquitecto Marcide. A Coruña. España.

Objetivo: Análisis descriptivo de las solicitudes de uso compasivo (UC) con antipsicóticos atípicos (AA) en pacientes con demencia, tramitadas en la consulta Externa (CE) del Servicio de Farmacia, valorando su efectividad y tolerancia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo los pacientes que iniciaron tratamiento con AA como UC, entre el 1 de abril de 2004 y el 30 de noviembre de 2008. Los datos se recogieron de la historia clínica, del programa informático de dispensación a pacientes externos Dipex® y de entrevista a familiares en la CE. Las variables estudiadas además de demográficas, incluyeron, diagnóstico, medicamento, dosis y pauta, motivo de la prescripción, servicio prescriptor, antipsicóticos previos, tratamientos concomitantes, efectos secundarios, eficacia a través del Inventario neuropsiquiátrico (escala NPI), valorando cada ítem antes de iniciar el tratamiento y al menos 5 meses después.

Resultados: En el período de estudio hubo 162 solicitudes de UC con AA, 52 se excluyeron por falta de datos. El estudio incluyó 110 pacientes con una edad media de 82 ± 5 años, 70 mujeres (63,8%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: enfermedad de Alzheimer (EA) (41,8%), enfermedad de Parkinson (EP)/demencia cuerpos de Lewy (30%) y demencia vascular/mixta (17,3%). Neurología fue el servicio prescriptor en el 95,5% de los casos. Los síntomas más frecuentes motivo de la prescripción incluían: agitación/agresividad (62,7%), ideas delirantes (49,1%), alucinaciones (42,7%), alteraciones del sueño (42,7%), irritabilidad/inestabilidad (40,9%). Los AA solicitados fueron: quetiapina (84 pacientes), ziprasidona (21 pacientes) y olanzapina (5 pacientes). El tratamiento con AA se inició en el 78% de los casos tras el fracaso o aparición de parkinsonismo con neurolépticos clásicos y/o risperidona. La media de evolución del tratamiento fue de 18 meses. En el 89% de los casos el AA se mantuvo en monoterapia, mientras que el 11% se cambió por otro o se asoció un segundo AA. El cumplimiento terapéutico fue del 97,3%. Los fármacos concomitantes más frecuentes fueron benzodiacepinas (54,5%) y/o agentes antialzheimer (54,5%) y/o antidepresivos (27,5%). En la encuesta de eficacia realizada al cuidador, se produjo mejoría conductual en 95 pacientes (86,4%) y mejoría en su estado global en 85 pacientes (77%). La escala NPI (0-144) pasó de una media de 53,95 puntos antes del tratamiento a 16,79 después de al menos 5 meses del inicio. Tan sólo en 2 pacientes (1,8%) se produjo un acontecimiento adverso que obligó a suspender el tratamiento (efecto paradójico, edemas), mientras que en un 18,3% se produjeron efectos secundarios leves (somnia, aumento de apetito) que no afectaron a la continuidad de la terapia.

Conclusiones: Los AA se mostraron seguros y eficaces en el tratamiento de trastornos de conducta asociados a demencia, siendo el más prescrito quetiapina, seguido de ziprasidona. Olanzapina sólo se prescribió en casos refractarios. Los AA no se utilizan como primera línea de tratamiento excepto en EP, donde los clásicos empeoran los síntomas. Los AA no indujeron parkinsonismo y mejoraron la conducta motora tanto en EP como en parkinsonismo farmacológico.

327. GESTIÓN DEL CAMBIO DEL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

M. Muros Ortega, M. García Valdés, I. Concepción Martín, V. Arocas Casañ, M.J. Sánchez Garre y A. De la Rubia Nieto

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Objetivo: Mejorar la organización del área de pacientes externos a fin de conseguir una mejor cobertura en la prestación de la

Atención Farmacéutica (AF) y en la dispensación. Participar en la designación presupuestaria del hospital.

Material y métodos: - El cambio del área de pacientes externos se configuró dentro de la nueva organización del Servicio de Farmacia (SF), aprobada en 2006 por la Gerencia del hospital, mediante un proyecto en el que consta el nuevo diseño de los procesos del SF y un cronograma para su implantación. Se planificaron, además, mejoras estructurales y de recursos. Se consideró como primera consulta los inicios y cambios de tratamiento; y como sucesivas aquellas en las que el farmacéutico consideró necesario realizar un seguimiento inmediato. Se compararon períodos idénticos de los años 2008 y 2009.

Resultados: El proyecto se concretó en 5 resultados clave: 1. Creación de una nueva área destinada a otra consulta de AF, disponiéndose desde diciembre de 2008 de dos. El área comprende el espacio para consulta y la sala de espera, a la que se incorporaron sillones adecuados al número de pacientes previstos. 2. Implantación de modificaciones del un programa de dispensación para facilitar el cribaje y la selección de los pacientes más susceptibles de AF: inicios y/o cambios de tratamiento. Implantación de un sistema de dispensación por código de barras utilizado por el auxiliar de farmacia e instalación de un ordenador para su manejo. 3. Incorporación de una agenda de citación a cada consulta, ambas incluidas en el Sistema de Gestión de pacientes del Hospital (Seleone®), asistidas por el administrativo de pacientes externos y supervisadas por el farmacéutico del área. Se organiza la demanda de AF, la espera del paciente y la dispensación, que se ha convertido en más fluida y ordenada. 4. Creación de una base de datos de registro y seguimiento de los pacientes a los que se presta AF, recogiendo: reacciones adversas y problemas relacionados con los medicamentos, analíticas, adherencia al tratamiento, informes, resultados de entrevistas, etc. 5. Durante el trimestre enero-marzo 2008 se contabilizaron un total de 3.177 dispensaciones y se realizaron 11 primeras consultas de AF y ninguna de seguimiento. Durante el mismo período de 2009, se realizaron 3.812 dispensaciones, con 591 consultas, de las cuales 403 (68%) fueron primeras consultas y 188 (32%) sucesivas, todas ellas citadas a través de las agendas y computadas en la estadística global de consultas externas del hospital.

Conclusiones: A pesar de aumentar la actividad del área de pacientes externos, los cambios informáticos y estructurales han posibilitado el desarrollo de la AF y la mejora en la calidad de la dispensación. Al computarse las primeras consultas y sucesivas en el Gestor de pacientes, el SF interviene en la designación presupuestaria del hospital. En el área de pacientes externos se aprecia una menor demora para recibir atención, a la espera de confirmación mediante encuestas de satisfacción.

397. VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA ALÉRGICA GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

P. Iglesias Neiro, R. Olivera Fernández y G. Piñeiro Corrales

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Objetivo: Valorar la eficacia y utilización del omalizumab en el tratamiento del asma alérgica persistente grave en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con asma alérgica persistente grave que iniciaron tratamiento con omalizumab a partir de noviembre 2006 y que llevasen al menos 32 semanas de tratamiento. La valoración de la eficacia se realizó a las 32 semanas porque así se estableció en el protocolo aprobado por la Comisión de Farmacia y Terapéutica del hospital. Los datos previos al inicio del tratamiento se obtuvieron a partir de los impresos de solicitud, y fueron: datos demográficos, dosis y pauta, utilización de glucocorticoides orales, glucocorticoides inhalados y

medicación de rescate (agonistas α_2 adrenérgicos), niveles de IgE y volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada (FEV1) (%). A partir de la revisión de la historia clínica y del registro de elaboración y dispensación del Servicio de Farmacia (Dipex) se obtuvieron los datos de eficacia a las 32 semanas. El tratamiento de los datos se realizó mediante paquete estadístico SPSS v15.0, utilizando pruebas descriptivas y prueba t de Student.

Resultados: En el período de estudio 9 pacientes recibieron omalizumab durante al menos 32 semanas (6 eran mujeres), con una edad media de $58,8 \pm 13,05$ años. Las dosis utilizadas fueron: 150 mg/4 semanas (n = 1), 300 mg/4 semanas (n = 3), 225 mg/2 semanas (n = 3) y 300 mg/2 semanas (n = 2). Previos al tratamiento los pacientes presentaron: IgE media: $292,7 \pm 202,62$ UI/mL, % FEV1: $64,3 \pm 14,97$ y todos los pacientes utilizaban glucocorticoides orales, inhalados y medicación de rescate. El Servicio de Farmacia realizó dos intervenciones en la posología: en un caso se modificó la dosis por no adecuarse a la ficha técnica y en otro caso se tramitó como uso compasivo debido a que se excedía la dosificación recomendada. En cuanto a las modificaciones en los valores de FEV1, a las 32 semanas de tratamiento se observaron las siguientes variaciones: en un paciente se incrementó un 99%, en otro un 25%, en 5 pacientes los incrementos fueron inferiores al 15% y en 2 pacientes no hubo mejoría. El análisis estadístico de los valores de FEV1 previos y a las 32 semanas de tratamiento no mostró diferencias significativas (p = 0,62). Todos los pacientes continuaban con glucocorticoides inhalados y en dos de ellos se pudieron retirar los glucocorticoides orales. Dos pacientes refirieron mejoría leve de sus síntomas y el resto se encontraban subjetivamente mucho mejor. El tratamiento continuó en 8 pacientes y en uno se suspendió por falta de eficacia.

Conclusiones: La valoración objetiva a las 32 semanas de tratamiento con omalizumab muestra falta de eficacia en 7 pacientes (78%). Es necesaria una actualización del protocolo para modificar el momento de valoración de la eficacia y así evitar prolongaciones innecesarias del tratamiento en caso de falta de respuesta.

534. FACTORES QUE JUSTIFICAN LA SOSTENIBILIDAD DE OMALIZUMAB EN EL ASMA: EFICACIA, SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA

F.I. Torres Bondía, L.L. Marqués Amat, J.R. Rozadilla Sacanell, L. Nieto Torrent y M. Navarro Bruguera

Hospital Santa Maria. Lleida. España.

Objetivo: Evaluar la eficacia, seguridad y calidad de vida como factores contribuyentes a la sostenibilidad de la utilización de omalizumab.

Material y métodos: A través de la Comisión de Farmacia y Terapéutica se aprueba el uso de omalizumab según protocolo. Se realiza un estudio retrospectivo en pacientes que recibieron omalizumab durante el período comprendido entre enero de 2008 y marzo de 2009. Para evaluar la eficacia y seguridad se utilizaron los siguientes parámetros: FEV-1, rinitis, sintomatología naso-ocular, sintomatología asmática, rescate con corticoides orales e inhalados y agonistas β -2, reingresos hospitalarios, valoración clínica y problemas relacionados con la medicación. La calidad de vida se evaluó mediante un cuestionario que recoge el grado de control del paciente asmático en las últimas 4 semanas (ACTTM). Dicho cuestionario establece 3 categorías en base a la puntuación obtenida: 25 puntos indica que se ha alcanzado el máximo control del asma, entre 20 y 24 puntos indica que el asma está bien controlado y menos de 20 puntos indica que el asma no está totalmente controlado.

Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 11 pacientes, 2 hombres y 9 mujeres. La edad media fue de 40 años. La IGE media

fue de $298,63 \pm 282,23$ UI/ml. El valor medio de FEV-1 fue de $59,91 \pm 24,04\%$. Atendiendo a la eficacia, el 81,82% (9) de los pacientes no presentó sintomatología naso-ocular ni rinitis, el 100% (11) presentó sintomatología asmática, en el 63,64% (7) de los casos fue necesario el rescate con corticoides orales, siendo un 81,82% (9) de los pacientes los que necesitaron corticoides y agonistas β_2 inhalados. Atendiendo a los ingresos hospitalarios debido a agudizaciones del asma, un 77,37% (8) no ingresó durante el período de estudio y solo un 18,18% (2) presentó más de 6 ingresos. Según la valoración clínica, solo en un 54,55% (6) de los pacientes se consideró buena. En cuanto a la seguridad, solo 1 paciente presentó dolor de cabeza, mareos y vértigos en el momento de la administración de omalizumab. Al evaluar la calidad de vida, el 77,73% (8) de los pacientes obtuvo una puntuación menor de 20, un 27,27% (3) entre 20 y 24 puntos y ninguno alcanzó los 25 puntos.

Conclusión: Se observó que el FEV-1 no es un parámetro adecuado para evaluar la eficacia, ya que no se modifica con el tratamiento. Atendiendo a la utilización de medicación de rescate, sintomatología asmática y reingresos hospitalarios, así como a la valoración clínica del médico, el omalizumab presentó una eficacia moderada. Por otra parte, se puede considerar un tratamiento, seguro hasta la fecha del estudio. Valorando la calidad de vida, solo un tercio de la población presentó un buen control del asma y ningún paciente alcanzó el máximo control. El farmacéutico especialista desde la consulta externa es clave a la hora de evaluar la prescripción de tratamientos de alta repercusión, ya que es capaz de garantizar la prescripción en el ámbito de la indicación, así como de realizar un seguimiento integral, alcanzando criterios de sostenibilidad atendiendo a efectividad, seguridad y calidad de vida.

571. ESTUDIO PILOTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

M. Riba Solé, J. Espejo Guerrero, L. Tuneu Valls, P. Lozano Baudet, P. Domingo Pedrol y M.A. Mangues Bafalluy

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo cardiovascular (CV) más frecuentes en los pacientes VIH en tratamiento antirretroviral. Valorar el riesgo CV con la tabla SCORE.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional en pacientes con tratamiento antirretroviral que acudieron para la dispensación al servicio de farmacia de un hospital de nivel tres. Se recogieron los datos de los pacientes que acudieron aleatoriamente los jueves de febrero a abril del 2009, y que aceptaron voluntariamente participar. Se realizó una entrevista para determinar los factores de riesgo CV. En ella se obtuvieron datos demográficos (sexo, edad), parámetros clínicos (presión arterial, índice cintura/cadera, índice de masa corporal), de estilo de vida (fumador/no fumador, sedentarismo/ejercicio, consumo de alcohol), años desde el diagnóstico del VIH, comorbilidades, otros fármacos y antecedentes familiares de enfermedades relacionadas con el riesgo CV. Se revisaron los valores de su última analítica (glicemia, colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos) y el registro de dispensaciones para conocer su tratamiento antirretroviral. Se determinó el riesgo de muerte por enfermedad CV en 10 años con la tabla SCORE de riesgo CV calibrada para la población española. Los resultados se analizaron con SPSS 15.0.

Resultados: El estudio se realizó en 44 pacientes (33 hombres y 11 mujeres) de $43,8$ años de media ($23-74$), con un promedio de 10 años ($1-24$) desde el diagnóstico del VIH. El 20,5% de los pacientes tomaba dos fármacos antirretrovirales, el 38,6 y el 31,8% tomaba tres y cuatro, respectivamente. Los fármacos antirretrovirales más prescritos fueron Truvada® y Kaletra®. El 52,3% de los pacientes no presentaba comorbilidades, mientras que el 31,5% presen-

taba una, 6,8% presentaba dos, y 9,1% tres o más. Las comorbilidades más frecuentes fueron: en un 25% la coinfección por el VHC y en un 32% enfermedades relacionadas con el riesgo CV (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2). Un 59,1% de los pacientes indicaban antecedentes familiares de enfermedad CV y presentaban los mismos factores de riesgo modificables que los que no indicaban antecedentes ($p = 0,275$). Un 59,1% de los pacientes era fumador, un 41% no realizaba ejercicio, un 29% consumía alcohol habitualmente, un 16% era hipertenso, un 9% presentaba hipercolesterolemia, un 23% hipertrigliceridemia, un 22,5% sobrepeso u obesidad y un 25% un índice cintura/cadera alto. La media de los factores de riesgo CV por paciente, excluyendo el tipo de tratamiento antirretroviral y sin considerar la infección por el VIH, ha sido de 2,93 y la mediana de 3. La puntuación SCORE para el 59,1% de los pacientes fue 0 ($< 1\%$), un 22% presentó un riesgo del 1%, un 2,3% un riesgo del 2%, un 2,3% un riesgo del 3-4% y un 6,8% un riesgo de 5-9%.

Conclusiones: Los factores de riesgo CV más frecuentes en la población estudiada son, el hábito tabáquico, el sedentarismo y el consumo de alcohol. Los pacientes VIH presentan numerosos factores de riesgo CV modificables y no modificables que no están incluidos en la puntuación SCORE. Los pacientes con antecedentes familiares de riesgo CV no modifican factores de riesgo relacionados con el estilo de vida.

768. IMPACTO DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA REGULADA SOBRE LA RESPUESTA VIROLÓGICA EN HEPATITIS C CRÓNICA Y LA PERMANENCIA AL TRATAMIENTO CON PEGINTERFERÓN ALFA-2A Y RIBAVIRINA

M. Ardevol Aragonés, M. Varela González, J.A. Hidalgo Cabrera, C. Codina Jane, L. Álvarez Rubio e I. Romero Castillo, en representación del grupo de estudio IRYS

Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona. España.

Objetivos: Evaluar el impacto del programa de intervención regulada en el ámbito de la farmacia hospitalaria, sobre la tasa de respuesta viral sostenida (RVS) y la permanencia, en un grupo de pacientes que inician un tratamiento con peginterferón alfa-2a y ribavirina.

Material y métodos: Se incluyó en el programa educativo una cohorte de pacientes con hepatitis C crónica, sin coinfección con VIH, a los que se había prescrito un tratamiento con peginterferón alfa-2a y ribavirina entre septiembre de 2006 y octubre de 2007 en 28 hospitales españoles. Los pacientes que acudían de forma consecutiva a la consulta de farmacia recibían información educativa y materiales de apoyo y realizaban una entrevista de seguimiento. El tratamiento para los pacientes infectados con genotipo 1 o 4 fue de 180 μg /semana de peginterferón alfa-2a y 1.200 mg/día (si peso > 75 Kg) o 1.000 mg/día (si peso < 75 Kg) de ribavirina durante 48 semanas. En el caso de los pacientes infectados con genotipo 2 o 3 el tratamiento fue de 180 μg /semana de peginterferón alfa-2a y 800 mg/día de ribavirina durante 24 semanas. Se valoró la tasa de RVS definida como carga viral indetectable (< 50 UI/mL) a las 24 semanas de finalizar el tratamiento (postratamiento) y se valoró la permanencia de los pacientes en el tratamiento (porcentaje de días reales respecto a los programados). Se muestran aquí los resultados preliminares previos al análisis final.

Resultados: Un total de 360 pacientes fueron incluidos en el programa, de los cuales 226 eran hombres (62,7%) y 134 mujeres (37,2%). La edad media de los pacientes en el momento de inclusión fue de $46,4 \pm 9,9$ años y el tiempo de infección por VHC fue de $19,1 \pm 11,2$ años. El genotipo más prevalente fue el genotipo 1, en 249 pacientes (69,7%); 67 (18,8%) pacientes presentaban geno-

tipo 3, 32 (9,0%) pacientes estaban infectados con el genotipo 4 y 9 (2,5%) con el genotipo 2. El 70,9% de los pacientes (232) completaron el tratamiento prescrito, con una permanencia media del $88,0 \pm 31,1\%$ del total del tratamiento. Hasta la fecha se han analizado las cargas virales posttratamiento en 154 pacientes, de los que 101 (65,6%) presentaron una RVS. La RVS según genotipo fue del 81,3% en genotipo 3, 66,7% en genotipo 2 y del 60,6% en genotipo 1.

Conclusiones: Los pacientes evaluados hasta el momento presentaron una alta tasa de RVS, hecho probablemente relacionado con la elevada permanencia de los pacientes en el tratamiento. Estos datos indican un impacto favorable del programa educativo de atención farmacéutica estructurada realizado en estos pacientes y que la combinación ribavirina e peginterferón α -2a es un tratamiento efectivo para el tratamiento de la hepatitis C crónica.

Conflicto de intereses: Ninguno.

811. CAUSAS DEL CAMBIO EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

N. Pérez Prior, A. Rocher Milla, E. Soler Company, I. Seguí Gregori, S. García Muñoz y A. Roca Montaña

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. España.

Objetivos: Determinar las principales causas que inducen al cambio en la terapia antirretroviral.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo que comprende el año 2008. Se ha consensado junto con el Servicio de Infecciosos la elaboración de un formulario para informar de los cambios en la combinación de antirretrovirales. El formulario incluye los datos del paciente, del médico prescriptor y la justificación del cambio: fracaso, resistencias, intolerancia, alteraciones metabólicas, simplificación del tratamiento u otras causas. Se debe especificar si se ha realizado el test de resistencia, si el paciente presenta tropismo CCR5; el tipo de intolerancia o alteración metabólica que ha presentado el paciente; así como la especialidad que permite la simplificación del tratamiento antirretroviral. La edad, el género, el año de inicio del tratamiento antirretroviral (TAR), los TAR previos y la causa del cambio son las variables estudiadas que nos han permitido caracterizar la población analizada. En los casos de fracaso terapéutico para confirmar los cambios realizados se ha revisado el test de resistencia, el descenso del recuento de CD4 y la elevación de la carga viral. El valor de creatinina sérica, las transaminasas, la glucosa basal, el colesterol y los triglicéridos permiten confirmar las alteraciones metabólicas.

Resultados: De los 740 pacientes tratados, 133 (18%) han sufrido cambios en la terapia antirretroviral, en total se han registrado 154 cambios. El 73,7% son hombres y el 26,3% mujeres, de 45 años de media (26-74) que iniciaron el tratamiento entre 1996 y 2008, mayoritariamente en 1999 y un número medio de 6 (1-19) TARGA previos. La principal causa del cambio con el 36,4% ha sido por fracaso del tratamiento, de ellos el 85% necesitaron test de resistencia, el 8,9% presentaron descenso del recuento de CD4 y al 100% se les realizó el tropismo CCR5. La segunda causa de retirada es la intolerancia con el 31,8% de los casos, principalmente debido a trastornos gastrointestinales (14,3%). En el 19,5% se ha simplificado el tratamiento y en menor proporción, el 6,5%, ha presentado alteraciones metabólicas, mayoritariamente lipodistrofia (3,3%).

Conclusiones: La causa mayoritaria ha sido el fracaso del tratamiento principalmente debido a la aparición de resistencia a los antirretrovirales; seguida de la intolerancia especialmente la gastrointestinal. Además la elaboración de este formulario es una herramienta útil de comunicación farmacéutico-prescriptor y nos permite realizar un uso racional de la terapéutica antirretroviral así como una atención farmacéutica de calidad.

867. OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIOTICOTERAPIA INTRAVENOSA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS A RAÍZ DE APARICIÓN DE RESISTENCIA A LINEZOLID

M.P. Pacheco Ramos, A. Fernández Ruiz Morón, I. González Rodríguez, E. Rodríguez del Río, V. Puebla García y M.I. Ambit Ávila

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar la relación entre los datos de consumo de antimicrobianos intravenosos en la Unidad de Cuidados Intensivos y la existencia de resistencias del tipo *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (MRSA), basándose en la aparición puntual de una cepa MRSA resistente a Linezolid (LR-MRSA).

Material y métodos: La Unidad de Medicina Preventiva se encarga de registrar incidencia de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente, de forma rutinaria y mediante un protocolo establecido, en colaboración con las unidades de Medicina intensiva y Microbiología del Hospital. Este protocolo incluye muestreo de superficies ambientales y manos del personal sanitario en la Unidad de cuidados intensivos. Entre abril y junio 2008 tuvo lugar un hecho novedoso: se registró la aparición de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente a Linezolid (LR-MRSA). El Servicio de Farmacia aportó los datos de consumo de Linezolid intravenoso, expresados en Dosis Diarias Definidas (DDD), correspondientes a la Unidad de Cuidados Intensivos durante el período Abril-Diciembre 2008, que se obtuvieron de la aplicación informática de Farmacia en su apartado Gestión.

Resultados: Desde el 13 de abril hasta el 27 de junio 2008 se registró la aparición de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente a Linezolid (LR-MRSA) en 12 pacientes (8 varones y 4 mujeres) que habían estado ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (edad media: 58,5 años). De los 12 pacientes, 11 habían recibido antibioticoterapia con Linezolid intravenoso una media de 7,5 días. LR-MRSA causó infección en esos 11 pacientes: 5 neumonías, 5 bacteriemias primarias y 1 sepsis relacionada con catéter. Las concentraciones mínimas inhibitorias fueron > 8 mg/l para Linezolid y $< 0,32$ mg/l para Tygeciclina y Daptomicina. Todos los microorganismos aislados eran sensibles a glicopéptidos. Las infecciones por LR-MRSA fueron tratadas con Vancomicina y/o Tigeciclina. Los datos aportados por el Servicio de Farmacia pusieron de manifiesto que las resistencias registradas en abril 2008 coincidían con un elevado uso de Linezolid intravenoso en la Unidad de Cuidados intensivos en ese mismo mes. Por otro lado se observó un claro descenso del consumo de Linezolid, que pasó de 202 DDDs en abril (mes que registró el consumo más elevado del período de estudio) a 170 en mayo, 70 en junio, 25 en julio y 20 en agosto 2008. A partir de junio 2008 no se detectaron más cepas LR-MRSA.

Conclusiones: Tratándose del primer brote registrado de LR-MRSA, se llevó a cabo un rápido y efectivo control de la resistencia, gracias a la existencia de un equipo multidisciplinar (integrado por especialistas de Medicina Preventiva, Microbiología, Medicina Intensiva y del Servicio de Farmacia). Algunas de las medidas llevadas a cabo por este equipo fueron la restricción drástica del uso de Linezolid y la actualización de protocolos de higiene en prácticas cotidianas como la inserción de catéteres.

467. RESPUESTA A MARAVIROC EN ADULTOS VIH CON FRACASO TERAPÉUTICO

S. Saliente Callén, M. García Coronel, M.P. López López, M.S. García Simón, M.C. Mira Sirvent y A. Alonso Sánchez

Hospital Universitario Santa María del Rosell. Murcia. España.

Objetivo: Valorar la respuesta virológica e inmunológica en pacientes con infección por VIH en fracaso terapéutico y que son tratados con maraviroc.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de los pacientes que reciben tratamiento con maraviroc durante al menos 3 meses entre marzo de 2008 y marzo de 2009. Se revisaron las historias clínicas, los datos analíticos y las dispensaciones de antirretrovirales. Se registra edad, sexo, estadio clínico y existencia o no de coinfección por virus VHC y/o VHB, tratamiento antirretroviral (TARV) que acompaña al maraviroc, motivo del cambio a este fármaco, y antirretrovirales recibidos previamente. Además se recogen datos de recuento de CD4 y carga viral (CV), y se confirma resultado positivo en el test de tropismo CCR5.

Resultados: Se incluyen en el estudio 8 pacientes, con una edad media de 42 años (rango 29-60), 7 de los cuales son hombres. El estadio más frecuente es el C3 (62%). 3 de los pacientes presentaban coinfección por VHC. Todos ellos habían recibido una media de 8 fármacos antirretrovirales diferentes. La causa por la que se decidió iniciar tratamiento con un inhibidor del coorceptor CCR5 fue fracaso terapéutico debido a múltiples resistencias y/o intolerancia. El total de los pacientes (100%) recibieron como tratamiento asociado a maraviroc un inhibidor de proteasa potenciado (darunavir/ritonavir); 7 pacientes (87%) fueron tratados además con un fármaco inhibidor de la integrasa (raltegravir); en 3 de los casos (37,5%) formaron parte del TARV uno o más análogos de nucleótido (abacavir, lamivudina, didanosina, zidovudina, tenofovir/emtricitabina), a un paciente (12,5%) se le asoció un no análogo (etravirina) y otro (12,5%) fue tratado con un inhibidor de la fusión (enfuvirtida). La CV media al inicio del tratamiento fue de 100.824 copias/ml (rango 2541-500.000) consiguiéndose tras 4 semanas de tratamiento que ésta fuera indetectable en 4 de los pacientes (50%). En un caso (12,5%) la CV no llegó a ser indetectable, pero hubo respuesta virológica puesto que el descenso de ésta fue superior a 1 log10. El resto de los pacientes no pudieron valorarse en ese momento. Transcurridas 12 semanas de terapia, en todos los pacientes hubo respuesta virológica, y tan sólo uno de ellos no había alcanzado CV indetectable; a las 24 semanas se confirmó la indetectabilidad de ésta en el total de la población. El recuento medio de CD4 al inicio del tratamiento fue de 285 células/ml (rango 41-710), obteniéndose un aumento medio de 95 células/ml (rango 169-837) a las 4 semanas del inicio del tratamiento con maraviroc.

Conclusiones: La introducción del maraviroc en el TARV de los pacientes que se encuentran en fracaso terapéutico resulta eficaz para obtener mejoría tanto inmunológica como virológica. La reciente incorporación en el arsenal terapéutico de fármacos que actúan sobre nuevas dianas farmacológicas ofrece otras posibilidades en el tratamiento de pacientes que presentan intolerancia o multirresistencias al TARV clásico.

Conflicto de intereses: Ninguno.

501. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES CON VIH Y ADHERENCIA AL TARV

R.M. Romero Jiménez, P. Perez Puente, C. Gallego Fernández, M. Chaparro Recio, I. Muñoz Castillo y M.A. Calleja Hernández

Hospital Carlos Haya. Málaga. España.

Objetivos: Realizar seguimiento farmacoterapéutico de pacientes infectados por el VIH que siguen tratamiento antirretroviral (TARV) y analizar si ese seguimiento consigue una mayor adherencia al TARV.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 6 meses de duración realizado en pacientes adultos con infección por VIH que reciben TARV en una unidad de pacientes externos del servicio de Farmacia de un Hospital de tercer nivel. De forma aleatoria (muestreo aleatorio simple) se dividen los pacientes en dos grupos: grupo de intervención y grupo control. Se elabora un programa de seguimiento farmacoterapéutico (siguiendo el método Dáder) que incluye intervenciones farmacéuticas (administración correcta de fárma-

cos, disminuir efectos adversos, educación sanitaria, información oral y escrita, uso de pastilleros y refuerzo de la importancia de la adherencia). Se recogen los datos demográficos de los pacientes, las intervenciones realizadas y se mide la adherencia al tratamiento antirretroviral mediante el método del registro de dispensaciones (RD), teniendo en cuenta el número de comprimidos dispensados, la posología del tratamiento y el intervalo de tiempo que el paciente tarda en volver a recoger medicación en el período de estudio. La medida de adherencia se agrupa en los intervalos siguientes: adherencia < 90%, 90-95% y > 95%. Se utiliza el programa informático SPSS para el tratamiento estadístico de los datos mediante análisis descriptivo utilizando el test de Chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 188 pacientes, 60 hombres y 128 mujeres con una edad media de 43,78 (+ 8,02). 95 pacientes fueron asignados al grupo de intervención y 93 al grupo control. Se realizó el seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes del grupo de intervención, realizando dos entrevistas a los pacientes y haciendo intervenciones cuando era necesario. Se realizaron un total de 337 intervenciones, 271 en la primera entrevista y 66 en la segunda. Los resultados de adherencia medida con el método del registro de dispensaciones en el período de estudio fueron: Grupo IF: adherencia < 90%: 17 pacientes (17,9%), 90-95%: 9 pacientes (9,5%), > 95%: 69 pacientes (72,6%). Grupo control: adherencia < 90%: 20 pacientes (25,8%), 90-95%: 19 pacientes (20,4%), > 95%: 50 pacientes (53,8%). El porcentaje de pacientes con adh > 95% es mayor en el grupo de intervención respecto al control, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($\chi^2 = 7,87$, $p < 0,05$).

Conclusiones: El seguimiento farmacoterapéutico llevado a cabo en el grupo de intervención permite realizar un elevado número de intervenciones. La adherencia al TARV, medida con el método del registro de dispensaciones en el período de estudio, es significativamente mayor en el grupo en el que se realiza seguimiento farmacoterapéutico que en el grupo control ya que se obtuvo una adherencia mayor del 95% en un 72,6% de los pacientes del grupo de intervención frente al 53,8% obtenido en el grupo control. Por tanto, se puede afirmar que el seguimiento farmacoterapéutico, incluyendo intervenciones farmacéuticas consigue una mayor adherencia al TARV.

896. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA PARA PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTINEOPLÁSICOS ORALES

C. Pozuelo González, I. Vara Patudo, M. Fernández-Pacheco García-Valdecasas, P. García Poza, J. Anaya García y R. Luque Infantes

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España.

Objetivo: En abril de 2008 la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios adopta la Resolución 213/08, por la cual se incluye la mayor parte de antineoplásicos orales (ANEO) en la dispensación a pacientes externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria de la Comunidad de Madrid. Dado el importante impacto que los ANEO pueden tener sobre la seguridad de los pacientes y el gasto sanitario, nos planteamos como objetivo desarrollar un programa de atención farmacéutica (AF).

Material y método: Diseño de un circuito mediante el cual todos los pacientes en tratamiento con ANEO reciban AF en la primera y segunda dispensación, ante cambios de tratamiento y siempre que el paciente lo demande. Revisión de la farmacoterapia de los ANEO para elaborar guías de consulta que nos permitan aportar información contrastada a los pacientes. Elaboración de un registro informático con datos de los pacientes para realizar seguimiento farmacoterapéutico. Diseño de hojas informativas para los pacientes. Desarrollo de un programa de seguimiento presupuestario.

Resultados: En junio de 2008 se pone en marcha el programa, desde entonces se ha dispensado ANEO a 129 pacientes. Se han elaborado 12 guías de consulta farmacéutica, en las que consta la descripción del medicamento (categoría, clasificación, mecanismo de acción e indicaciones), presentaciones existentes, posología, ajustes de dosis por efectos adversos o situaciones especiales del paciente, interacciones relevantes, advertencias, contraindicaciones y reacciones adversas más frecuentes y de mayor gravedad. Se han realizado 90 visitas de inicio y 180 visitas de seguimiento. En cada visita se cumplimenta un registro estandarizado y confidencial de datos, en el cual consta el nombre y apellidos, número de historia clínica, edad, diagnóstico principal, otras enfermedades y comorbilidades, medicación completa, parámetros bioquímicos y hematológicos, reacciones adversas relacionadas con la medicación (RAM) y comentarios adicionales de la entrevista mantenida con el paciente. Se ha redactado una hoja informativa para cada principio activo, es decir 12 tipos de hojas informativas, en las que se incluye información sobre cómo actúa el ANEO en cuestión, para que se utiliza, cómo y cuándo debe tomarse, actuación en caso de olvido de tomas, conservación, RAM e interacciones con otros medicamentos. Además la hoja informativa incluye una tabla para completar entre el paciente y el farmacéutico, en la se recoge toda la medicación que toma y las horas de administración de la misma, así como otra tabla para que el paciente escriba las RAM que tengan lugar con fecha de aparición y fin, para así poder comentarlas con su médico. En los diez meses en los que lleva funcionando este programa el coste por paciente medio ha sido de 33.844 €.

Conclusiones: La creación y aplicación de circuitos y estrategias que garanticen el suministro de información y seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes son imprescindibles para poder realizar AF y contribuir de esta manera a un uso más seguro y eficiente de los medicamentos.

966. EVALUACIÓN E IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB, ETANERCEPT Y ADALIMUMAB

M.A. Domingo Ruiz, A. Jiménez Morales, M.A. Calleja Hernández, A. Zarzuelo Zurita, A. Sánchez Castellón y T. Arrazola Ramírez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

Objetivos: Evaluar la intervención del farmacéutico en la evolución de la calidad de vida a través de la capacidad funcional y estado de salud general de los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en tratamiento con infliximab, etanercept y adalimumab.

Métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado de dos grupos de pacientes incluidos en un grupo control y otro de intervención. Se incluyeron 29 pacientes en tratamiento con infliximab (14 pacientes incluidos en el grupo de intervención y 15 en el control), 29 con adalimumab (14 pacientes incluidos en el grupo de intervención y 15 en el control) y 25 con etanercept (12 pacientes incluidos en el grupo de intervención y 13 en el control); período de estudio 6 meses con visitas cada 2 meses. La calidad de vida fue medida a través del cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire de 20 ítems) de capacidad funcional y el estado de salud a través del cuestionario SF-36 (Short Form 36 ítems); ambos cuestionarios evalúan 8 dimensiones de la capacidad funcional y estado de salud, respectivamente. La intervención farmacéutica consistió en el seguimiento farmacoterapéutico a través de la detección, prevención y solución de problemas de salud relacionados con la terapia biológica y a través de la educación sanitaria a los pacientes, mediante hoja de información de medicamentos y consejos

prácticos acerca de la enfermedad. Se realizó en la unidad de pacientes externos (seguimiento farmacoterapéutico) del Servicio de Farmacia y en el Hospital de Día de Reumatología.

Resultados: En el grupo de intervención, el HAQ disminuyó a lo largo del tiempo 0,35, 0,18 y 0,03 en los pacientes tratados con infliximab, etanercept y adalimumab, respectivamente. En el grupo control, el HAQ aumentó 0,16, 0,05 y 0,25 en pacientes tratados con infliximab, etanercept y adalimumab respectivamente a lo largo del tiempo de estudio. En el grupo de intervención, el SF-36 aumentó a lo largo del tiempo 12,5, 11,8 y 0,3 en los pacientes tratados con infliximab, etanercept y adalimumab respectivamente. En el grupo control, el SF-36 aumentó solo 0,7, 4,2 y disminuyó 3,4 en pacientes tratados con infliximab, etanercept y adalimumab, respectivamente, a lo largo del tiempo de estudio.

Conclusión: La intervención del farmacéutico mejora la calidad de vida de los pacientes, la capacidad funcional y el estado de salud de los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en tratamiento con terapia biológica. Proponemos el seguimiento farmacoterapéutico de este tipo de pacientes en el que se incluya la calidad de vida para valorar la evolución de los pacientes.

177. PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

H. Navarro, R. Abad, J.M. Real, E. Soler, I. Varela y M.C. Serrano

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Objetivos: Conocer las características demográficas de los pacientes externos, su patología y tratamiento y analizar la procedencia de los pacientes en relación al sector sanitario al que pertenecen.

Métodos: A partir de la base de datos del Servicio de Farmacia se analizaron las dispensaciones realizadas en el área de pacientes externos durante el 2008, recogiendo las características demográficas de los pacientes: edad, sexo y código postal; así como la patología y fármacos dispensados. Se asoció el código postal al sector sanitario al que corresponden los pacientes y se correlacionó con el tipo de tratamiento. Se utilizó Chi cuadrado de Pearson para el análisis estadístico.

Resultados: Se realizaron 41.161 dispensaciones en 2008, a 4.170 pacientes. Las 458 especialidades dispensadas se agruparon en 17 grupos: VIH, esclerosis múltiple (EM), anti-TNF (anti-TNF), antiinfecciosos no VIH (anti-INF), antineoplásicos orales (anti-NEO), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), eritropoyetinas (EPO), factor estimulante de colonias (FE), factores antihemofílicos (FH), fibrosis quística (FQ), hormona del crecimiento (GH), hepatitis B (HB), hepatitis C crónica (HCC), hipertensión pulmonar y úlceras digitales (HP/UD), medicamentos extranjeros (ME), medicamentos de uso compasivo (UC) y otras indicaciones (OTROS). El 8% de pacientes pertenecían a más de uno grupo. La edad media fue 50 ± 22 años, 51% hombres. El 99% (4.110) de los pacientes pertenecían a nuestra comunidad autónoma, el 96% (3.926) de estos a nuestra provincia y además el 67% (2.624) al sector sanitario del hospital. La distribución por indicación fue: 25,6% EPO, 23,2% VIH, 11,1% FE, 8,2% GH, 6,3% anti-INF, 6,1% anti-TNF, 5,9% EM, 3,7% ME, 2,5% HCC, 2,5% anti-NEO, 1,9% UC, 1,8% HB, 1,5% HP/UD, 1,4% FQ, 0,8% FH, 0,8% ELA y 5,5% OTROS. De estas patologías pertenecen al sector del hospital: el 67,1% (717) de pacientes con EPO, el 62,5% (604) con VIH, el 60,6% (281) con FE, el 55,3% (189) con GH, el 69,2% (182) con anti-INF, el 71,4% (182) con anti-TNF, el 57,1% (141) de EM, el 59,4% con ME, el 67,0% (69) de HCC, el 60,2% (62) de pacientes con anti-NEO, el 58,2% (46) con UC, el 72,7% (56) de HB, el 52,4% (33) de HP/UD, el 49,1% (28) de FQ, el 23,5% (8) de FH, el 65,7% de ELA y el 58,2% (46) de pacientes con OTROS. La distribución de los pacientes que no pertenecían al sector era similar al grupo de pacientes propios del sector en las indicaciones: VIH,

anti-NEO, ELA, HCC, ME y UC, era menor significativamente ($p < 0,05$) en las patologías: anti-TNF, anti-INF, EPO y HB, pero era mayor significativamente ($p < 0,05$) a la del sector en: EM, FE, FH, FQ, GH, HP/UD y OTROS.

Conclusiones: Los principales grupos de fármacos dispensados son eritropoyetinas, antirretrovirales, factores estimulantes de colonias y hormona del crecimiento. Los pacientes pertenecen principalmente a la comunidad autónoma y a la provincia donde está ubicado el hospital, pero un tercio de los pacientes corresponden a un sector sanitario distinto al del hospital, afectando fundamentalmente a: esclerosis múltiple, hemofilia, fibrosis quística, hipertensión pulmonar y déficit de hormona del crecimiento.

Conflicto de intereses: Ninguno.

331. ERITROPOYETINA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RIBAVIRINA PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

X. Martínez Casal, M. Rodríguez Cobos, M. Rodríguez Prada, R. García Ramos y M.T. Chuclá Cuevas

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Objetivo: Estudio de utilización de eritropoyetina (EPO) en la anemia hemolítica provocada por la ribavirina (RBV) en el curso del tratamiento del virus de la hepatitis C.

Materiales y métodos: Se realizó un seguimiento retrospectivo de todos los pacientes infectados por el virus de la hepatitis C a tratamiento con EPO por vía uso compasivo, para tratar la anemia hemolítica provocada por la RBV desde enero 2007 a marzo de 2009. Los datos se obtuvieron consultando los sistemas de información del Servicio de Farmacia, del Laboratorio Central y las historias clínicas electrónicas (IANUS). Se incluyeron aquellos pacientes tratados con RBV e interferón (INF) y que precisaron algún tipo de EPO durante el tratamiento. Se recogieron datos referentes a sexo, edad, nivel de Hb (g/dL) al inicio (Hbi) y al final (Hbf) del período del tratamiento con EPO, duración del tratamiento con RBV e INF, tipo de EPO administrada, duración del tratamiento con EPO, dosis administrada de EPO al inicio y al final del tratamiento.

Resultados: De los 220 pacientes a tratamiento con RBV e INF desde enero de 2007, se seleccionaron 21 que estuvieron a tratamiento con EPO, de los cuales 12 (57,1%) eran trasplantados hepáticos. En todos ellos el tipo de EPO fue Epoetina beta. El 53% eran hombres (edad 57,1 DE: 7,46 años) y el 47% mujeres (edad 56,6 DE: 7,85 años). La duración media del tratamiento con EPO fue de 187,8 DE: 88,41 días. Durante el tratamiento de EPO la Hbi media fue 7,97 DE: 3,77 g/dL y la Hbf media fue 10,95 DE: 3,53 g/dL. En 14 pacientes (66,7%) los niveles de Hb aumentaron un 34,8% (2,88 g/dL DE: 1,96) mientras que en 7 pacientes (33,3%) los niveles de Hb descendieron un 15,5% (1,67 g/dL DE: 1,51). La dosis media de EPO al inicio fueron de 4.190 DE: 3.083 UI/día y al final del tratamiento de 6.782 DE: 4.697 UI/día. La duración del tratamiento con RBV fue de 323,2 DE: 73,3 días. En 12 pacientes (57,1%) se mantuvieron durante todo el tratamiento las dosis óptimas de RBV, en 9 (42,9%) fue necesario disminuir la dosis, de éstos solamente en uno hubo que suspender la RBV durante 1 mes, reiniciándose después de ese tiempo.

Conclusiones: 1. En todos los pacientes se logró mantener el tratamiento con RBV gracias al uso concomitante de EPO, a pesar de no experimentar en todos los pacientes un incremento del nivel de Hb. 2. Se observó una falta de uniformidad en los criterios dosificación de la EPO en base a al nivel de Hb tanto al inicio del tratamiento como durante el transcurso del tratamiento por lo que debería de protocolizarse el uso de EPO en estos pacientes.

362. EVALUACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE EXTERNO COMO HERRAMIENTA DE PRIORIZACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

E. Monte Boquet, L. Lorente Fernández, A. Úbeda Tomás y J.L. Poveda Andrés

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Objetivo: Evaluar la complejidad terapéutica del paciente externo e identificar los grupos de pacientes que, desde esa perspectiva, pueden tener mayor necesidad de atención farmacéutica.

Material y método: A partir de una herramienta que valora la complejidad del tratamiento desde el punto de vista de la facilidad o dificultad que el paciente externo tiene a la hora de cumplir correctamente con el mismo (índice de complejidad terapéutica, ICT), se evaluaron los inicios y cambios de tratamiento de las principales patologías del paciente externo entre enero y marzo de 2009. Se estudiaron las siguientes patologías: VIH, hepatitis B, hepatitis C, fibrosis quística (FQ), artritis reumatoide, artropatía psoriásica/psoriasis, enfermedad de Crohn, esclerosis múltiple (EM), esclerosis lateral amiotrófica (ELA), hipertensión pulmonar, neoplasias en tratamiento con quimioterápicos orales, anemia (secundaria a quimioterapia o IR), neutropenia, trasplante de pulmón, riñón, córnea e hígado. Una vez estimado el ICT de cada prescripción, se calculó la media y desviación estándar (DE) de cada patología.

Resultados: Los ICT (media \pm DE) por patología ordenados de mayor a menor complejidad fueron: FQ (78,91 \pm 30,62), trasplante de pulmón (63,70 \pm 45,97), trasplante renal (32,03 \pm 9,98), trasplante hepático (26,29 \pm 6,23), hepatitis C (15,95 \pm 2,37), hipertensión pulmonar (13,11 \pm 8,06), neoplasias (11,63 \pm 5,21), VIH (11,49 \pm 3,74), EM (10,83 \pm 1,63), enfermedad de Chron (9,20 \pm 1,09), trasplante córnea (8,92 \pm 0,71), artropatía psoriásica/psoriasis (7,91 \pm 0,70), anemia IR (7,75 \pm 0,0), anemia QMT (7,75 \pm 0,0), artritis reumatoide (7,66 \pm 0,06), neutropenia (7,12 \pm 1,66), ELA (5,55 \pm 0,0) y hepatitis B (5,43 \pm 1,46). Tomando como referencia el menor ICT (hepatitis B) se ha calculado el ICT relativo (ICTr) de cada patología y se ha clasificado a los pacientes en cuatro categorías en función de la complejidad relativa entre ellas: 1) Muy alta complejidad (ICTr $>$ 6): FQ y trasplante pulmonar; 2) Alta complejidad (ICTr: $>$ 3 y $<$ 6): trasplante renal y hepático; 3) Complejidad media (ICTr: $>$ 2 y $<$ 3): hepatitis C, hipertensión pulmonar, quimioterapia oral, VIH y EM; 4) Baja complejidad (ICTr: $<$ 2): el resto. Desde el punto de vista de la complejidad, las patologías incluidas en los niveles 1 y 2 serían grupos diana a la hora de priorizar la puesta en marcha de programas de atención farmacéutica.

Conclusiones: Los pacientes con FQ y los trasplantados de pulmón, riñón e hígado se identifican como los grupos con mayor complejidad en sus tratamientos, constituyendo grupos prioritarios para la puesta en marcha de programas de atención farmacéutica. La ponderación de los ICT obtenidos en cada patología con el número de pacientes atendidos en cada caso permitirá hacer una estimación de la carga de trabajo por patologías más aproximada que solamente con el número de pacientes, aspecto de gran relevancia en la asignación y distribución de recursos.

376. GRADO DE ADAPTACIÓN A UNA NORMATIVA AUTONÓMICA EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

I. Zapico García, O.A. Vergniory Trueba, R. Rodríguez Carrero, P. Terroba Alonso y M.T. Iglesias García

Hospital San Agustín. Asturias. España.

Objetivo: Analizar el grado de adecuación de la información de medicamentos proporcionada a los pacientes externos en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) en el marco de una nueva normativa.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de la actividad desarrollada en el APE (área de pacientes externos) durante el período abril 2008-marzo 2009. En mayo de 2007 se publicó una instrucción autonómica que exige a los SFH la protocolización del trabajo realizado en las APEs. Esto implica disponer de los procedimientos normalizados de trabajo (PNTs) necesarios para describir la totalidad de los procesos desarrollados en el APE, entre los que se incluye la elaboración de información escrita destinada a los pacientes sobre los medicamentos que reciben por primera vez. Para su puesta en marcha, se comenzaron a elaborar fichas de información de medicamentos (FIM) y, para registrarlo, se diseñó una base de datos que recogía: datos de identificación del paciente, medicamento dispensado y si era su primera consulta o no. A través de la aplicación informática del APE se obtuvieron el número de consultas por paciente en este período. Para valorar la atención farmacéutica realizada, se utilizaron las unidades relativas de valor (URV): 21,11 para la primera consulta (Grupo TECNO 2009).

Resultados: A lo largo del estudio se elaboraron 61 modelos de FIM diferentes y correspondientes a los medicamentos dispensados; desde abril de 2008 se registraron 333 FIM a un total de 292 pacientes. El 71,8% de las FIM se proporcionaron a pacientes no conocidos previamente y el 28,2% restante a pacientes ya conocidos en el Servicio de Farmacia, pero que recibían tratamientos nuevos. Los medicamentos más informados corresponden al programa terapia antirretroviral (94), que supuso el 28,2% del total. Le siguieron tratamiento de hepatitis C (21,9%), eritropoyetina (18,3%), factores estimulantes de colonias de granulocitos (13,5%), varios (13,9%) y tratamiento de esclerosis múltiple (4,2%). El total de pacientes que acudieron en el período de estudio fue de 903, que supusieron 6.598 consultas atendidas en el SFH. De ellos, el 35,66% fueron pacientes nuevos (322) y 61 (6,75%) pacientes ya conocidos, pero que tuvieron algún cambio de tratamiento. El ideal hubiese sido que a todos ellos (383) se les entregara información escrita sobre los medicamentos recibidos pero; sin embargo, la realidad fue que en el período de estudio sólo hay 292 pacientes registrados que la recibieron. Éstos son los únicos que podemos considerar para poder valorar en URV la atención farmacéutica realizada en el período estudiado, resultando un total de 6.164 URV.

Conclusiones: La implantación de la nueva instrucción se va realizando de forma progresiva y atendiendo a la demanda asistencial. Nuestros resultados indican que la adecuación de la información escrita de los medicamentos proporcionada a los pacientes sólo se ha conseguido parcialmente, recibéndola el 76% de los pacientes nuevos o con cambios en su tratamiento. Nuestro objetivo es mejorar en este aspecto para que el 100% de los pacientes atendidos en el SFH reciba un atención farmacéutica de calidad y adaptada a la norma.

416. PEGFILGRASTIM EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DE PROCESOS ONCOLÓGICOS

C.L. Dávila-Fajardo, F. Rodríguez Lucas, S. Cortés de Miguel, A.M. Valle Díaz de la Guardia y C. Ruiz Cruz

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Objetivo: 1. Estudio de episodios de neutropenia (incidencia, grado y duración) en pacientes con tumores sólidos tras la administración de pegfilgrastim, como factor estimulante de colonias de granulocitos, tras cada ciclo de quimioterapia. 2. Estudio de aparición de reacciones adversas. Incidencia de cambio de tratamiento para el siguiente ciclo. 3. Estudio de los distintos tipos de tumores para los que se administra pegfilgrastim como tratamiento adyuvante. 4. Comparación de los resultados con la bibliografía publicada.

Método: Pegfilgrastim ha resultado ser seguro y efectivo en la recuperación de la neutropenia asociada a la administración de

quimioterapia (Ballester et al. Ann. Hematol 2008;87:49-55). A través del programa de pacientes externos, se seleccionaron aquellos pacientes que recibieron al menos una dosis de pegfilgrastim tras un ciclo de quimioterapia por tratamiento de un tumor sólido en el tiempo comprendido entre enero 2008-marzo 2009. Se hizo un análisis retrospectivo de las analíticas anteriores y posteriores en 30 días a la administración de alguna dosis de pegfilgrastim. Se definió el grado de neutropenia según la escala propuesta por la OMS: grado 0: mayor de 2000 polimorfonucleares neutrófilos (PMN), grado 1 entre 1500-1900 PMN, grado II entre 1000-1400 PMN, grado III entre 500-900 PMN, grado IV menos de 500 PMN.

Resultados: Se administraron un total de 310 dosis correspondientes a 116 pacientes tratados (68 hombres). Tras la administración de quimioterapia se presentó neutropenia en el 80% de los pacientes tratados. La incidencia de neutropenia según grado fue el siguiente: neutropenia grado 0 (65%), grado 1 (30%) y grado 2 (5%). Tras la administración de pegfilgrastim se produjo recuperación de la neutropenia en un 85%, con una duración media de 3,9 días (rango 1-10). En el 11% de las neutropenias hubo que administrar otra/s dosis de pegfilgrastim. En 5 casos hubo que cambiar el tratamiento: 4 por aparición de dolor óseo (principal reacción adversa descrita en la bibliografía) y 1 por no haber respuesta. En estos casos se recurrió al filgrastim para recuperar la neutropenia con 3-5 dosis tras 48 horas de la quimioterapia. Se presentó neutropenia febril en 35% de los casos. Los tumores más frecuentes que motivaron la petición de pegfilgrastim fueron mama y colon. En un reciente artículo (Morrison et al. Journal of Managed Care Pharmacy 2007;13:337-348) en el que se comparan los resultados obtenidos al administrar pegfilgrastim y filgrastim recoge que la neutropenia se recupera en el 97,1%, 17,1% más de recuperación que en nuestros resultados.

Conclusiones: 1. La recuperación de la neutropenia se produjo en un 17,1% menos de lo esperado según los ensayos clínicos. 2. Se ha presentado la principal reacción adversa descrita en la bibliografía (dolor de huesos) en un 1,29% de las dosis dadas. Este porcentaje es inferior a lo esperado aunque puede deberse a que no se han notificado todas las presentadas.

588. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ETRAVIRINA EN PACIENTES CON VIH

A. Jover Botella, J. Polache Vengud, A. Gracia Ferrón, I. Valero García, J. Portilla Sogorb y J. Selva Otaolaourruchi

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de uso del primer fármaco inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleosídico (ITINN) de segunda generación como parte del tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes VIH/SIDA ampliamente tratados.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en tratamiento con etravirina desde febrero de 2007 (mediante uso compasivo) hasta abril 2009. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y bases de datos de la Unidad Atención Farmacéutica a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia. Se recogieron: a) datos demográficos; b) estadio clínico; c) adhesión al tratamiento (según registro de dispensaciones); d) historia farmacoterapéutica; e) existencia de coinfección VHC y/o VHB; f) reacciones adversas y enfermedades asociadas; y los siguientes parámetros al inicio, 4, 12, 24 y 48 semanas de tratamiento g) eficacia: carga viral (CV), recuento de linfocitos CD4 y h) seguridad: perfil hepático (AST, ALT, GGT), perfil lipídico, hemograma y glucemias.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes con infección por VIH multirresistente que habían recibido previamente al menos 3 clases de fármacos antirretrovirales (ITINN, ITINT e IP) y al menos 2 regímenes basados en IP sin lograr supresión virológica adecuada.

Además de etravirina, el TARV incluyó los siguientes fármacos: raltegravir (100% de los pacientes), al menos un IP (76%), ITIAN (64%), maraviroc (29%). Se excluyeron 2 pacientes por falta de adhesión y 4 por duración insuficiente del tratamiento (menos de 12 semanas). Finalmente se evaluaron 22 pacientes con una edad media de 45 ± 12 años, de los cuales 16 presentaban diagnóstico de SIDA. Al inicio del estudio la CV media fue de 25181 copias/ml (rango: 39-72.964), consiguiendo al final del período de seguimiento una reducción en al menos 1 log en la totalidad de los pacientes estudiados, de los cuales 14 (82%) alcanzaron CV indetectable (< 50 copias/ml). El recuento medio de CD4 al inicio fue de 232 CD4/mm³ (rango: 48-519), obteniéndose un aumento medio de 161 células/mm³ (rango: 15-443) a las 48 semanas. En cuanto a la seguridad, 3 pacientes presentaron un incremento significativo en las enzimas hepáticas (AST, ALT, GGT) mientras que otros 3 presentaron elevaciones significativas únicamente de GGT. Suspendieron el tratamiento 5 pacientes: 4 pacientes (14,3%) por rash y uno (3,6%) por toxicidad hepática de grado 4. Se observaron alteraciones significativas en el perfil lipídico en 4 pacientes (14,3%), objetivándose un incremento medio de la tasa de colesterol de 52,2 mg/dl y un aumento medio de los niveles de triglicéridos de 297,5 mg/dl durante las 48 semanas de estudio. No obstante, darunavir y ritonavir formaban parte del TARV de estos 4 pacientes.

Conclusiones: En la población estudiada etravirina demostró su efectividad como parte del TARV en pacientes VIH+ ampliamente pretratados. La alteración del perfil hepático afectó con mayor frecuencia a GGT. Las alteraciones del perfil lipídico fueron infrecuentes y posiblemente debidas al tratamiento concomitante con IP. Se observó un caso de hepatotoxicidad grave y otros 4 de reacciones cutáneas tipo rash que requirieron suspensión del tratamiento.

752. ANÁLISIS DEL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE ERITROPOYETINA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS TRAS LA ACTUALIZACIÓN DE SU PROTOCOLO DE USO

M.J. De Mora Alfaro, M.D. Sola Morena, I. Acebal Lozano, R. Aldaz Francés, E.M. García Martínez y M. Pascual Martínez

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España

Objetivos: La alerta de la FDA sobre el riesgo asociado al uso de eritropoyetina (EPO) en pacientes oncológicos, ha originado la revisión y actualización de las principales guías clínicas de oncología. Analizar el perfil de utilización de EPO en la Unidad de Oncología de un hospital terciario y compararlo con las recomendaciones recogidas en la actualización de su protocolo de utilización.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes oncológicos que inician tratamiento con EPO los meses de septiembre-octubre 2008. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, diagnóstico oncológico, esquema quimioterápico, datos de la prescripción de EPO (tipo de EPO, pauta y duración) y niveles de hemoglobina (Hb) al inicio de tratamiento (Hb basal), durante el mismo, cada 3-4 semanas, y a su finalización. Según el protocolo de nuestro hospital, basado en recomendaciones ASCO (American Society of Clinical Oncology) y EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), el uso de EPO se limitaría a anemia asociada a quimioterapia con niveles de Hb < 10 g/dl. Se define tratamiento eficaz, al incremento de Hb basal > 1 g/dl en 3-6 semanas, contemplándose la posterior retirada si no existe respuesta.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, con una edad media de $66 \pm 10,8$ años, 17 (60,70%) de ellos eran hombres. La distribución de pacientes por diagnóstico fue: 11 (39,28%) neoplasias pulmonares, 9 (32,14%) gastrointestinales, 6 (21,42%) genito-urinarias y ginecológicas y 1 (3,57%) cabeza y cuello. En el momento de la prescripción, todos estaban en tratamiento quimioterápico, 17 (60,70%)

de ellos recibían un derivado de platino. Respecto a la pauta, 18 (67,85%) pacientes llevaban darbepoetina-alfa 500 µg trisemanal, el resto epoetina-alfa 40.000 UI semanal. En relación a la duración de los tratamientos, 15 (53,57%) se suspendieron tras 3-4 semanas (12 de ellos a las 3 semanas); de los 13 pacientes que continuaron, 9 estaban en tratamiento con derivados de platino. La Hb media, al inicio del tratamiento fue $9,77 \pm 0,7$ g/dl y la distribución de los valores de Hb basal de los pacientes por intervalos fue: 6 entre 8-9 g/dl, 9 entre 9-10 g/dl y 13 entre 10-11 g/dl, por lo que solo 15 (53,57%) pacientes tenían valores de Hg basal < 10 g/dl. Respecto a la eficacia, 7 (28%) pacientes consiguieron incrementos de Hb > 1 g/dl al finalizar el tratamiento, 3 (42,86%) lo consiguieron a las 3 semanas y 4 (57,14%) con tratamientos superiores a 6 semanas.

Conclusiones: La eritropoyetina no estaría indicada a priori en el 46,4% de los pacientes. Existe un elevado porcentaje de fracaso terapéutico, lo que motivó, en la mayoría de los casos, la rápida suspensión del fármaco (el 50% a la semana 3). Sería cuestionable si la corta duración del tratamiento, tiene algún beneficio clínico; ASCO recomienda al menos 4 semanas y retirada tras 6-8 semanas. La creciente aparición de evidencia que cuestiona el beneficio/riesgo del uso de EPO y la disparidad en las recomendaciones de las principales guías, hace imprescindible definir muy bien aquellos pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento, tanto por el riesgo como por el elevado coste asociado.

777. INFlixIMAB Y ENFERMEDAD DE CROHN: DE LA EFICACIA A LA EFECTIVIDAD

E.Y. Romero Ventosa, S. González Costas, E. Rodríguez España, A. Paradelo Carreiro, A. Regueira Arcay e I. Arias Santos

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Hospital Xeral-Cies. Pontevedra. España.

Objetivo: Valorar la efectividad del tratamiento de inducción con infliximab en pacientes con Enfermedad de Crohn activa de moderada a severa.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes tratados con infliximab, desde marzo del 2002 hasta abril del 2009, por el Servicio de Digestivo de nuestro hospital. Los datos se obtuvieron de la revisión de: 1. Base de datos propia del Servicio de Farmacia. 2. Historia clínica de los pacientes (escrita y on-line). La variable principal de medida de la efectividad del tratamiento fue la proporción de pacientes que experimentaron una respuesta clínica, definida como una disminución del CDAI (Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn) en ≥ 70 puntos desde la evaluación basal pretratamiento hasta el fin de la terapia de inducción (semanas 0,2 y 6). Se consideró para el estudio que el infliximab es efectivo si el paciente alcanzó respuesta clínica.

Resultados: En el período de estudio, un total de 35 pacientes fueron evaluados, 4/35 fueron excluidos por carecer de datos. De los que entraron en el estudio (31), 11 mujeres, 18 hombres y 2 niños, 100% diagnosticados de Enfermedad de Crohn activa de moderada (CDAI > 220 - < 450) a severa (CDAI > 450) y todos habían tenido una respuesta inadecuada a tratamientos previos que incluían: corticoides, inmunosupresores, ácido aminosalicílico y similares. Todos recibieron dosis estándar de 5 mg/kg de infliximab y 30/31 (96,8%) continuaron recibiendo terapias convencionales junto con infliximab. Completaron la terapia de inducción 29/31 (93,5%). De los dos pacientes que no la completaron: uno sufrió una reacción relacionada con la perfusión y otro un ingreso urgente por reagudización y síndrome suboclusivo. Al final del período de inducción (tras la semana 6) 22/29 (75,8%) de los pacientes tratados alcanzaron una respuesta clínica. De los 7 pacientes restantes, 6 no respondieron y uno tuvo una pustulosis palmo-plantar, que obligó a suspender el tratamiento

Conclusiones: 1. La efectividad del infliximab en nuestros pacientes (75,8%), se aproxima a los datos de eficacia reflejados en la literatura (tratamiento de inducción en la enfermedad de Crohn activa grave: 81% y tratamiento de mantenimiento en la enfermedad de Crohn activa grave tras la semana 6 [ACCENT I: 70,08%]). 2. Se trata de una alternativa terapéutica a considerar en los pacientes con enfermedad de Crohn activa de moderada a severa, tras haber agotado otras opciones con los tratamientos convencionales.

826. DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA POR VHC

J.R. Buzo Sánchez, A. Sánchez Martín, M.P. Valverde Merino, B. Ollo Tejero, M. De Manuel Rodríguez y A. Domínguez-Gil Hurlé

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Objetivos: Describir y estimar la prevalencia de reacciones adversas (RAM) y otros problemas relacionados con los medicamentos (PRM) durante el tratamiento con ribavirina e interferón pegilado en pacientes infectados por el virus de la hepatitis C. Diseñar un programa de atención farmacéutica a pacientes con tratamiento para la hepatitis C en una Unidad de Pacientes Externos (UPE).

Material y método: Estudio prospectivo de los pacientes en tratamiento para la hepatitis C durante el año 2008. Se realiza una entrevista semiestructurada de forma aleatoria cuando el paciente acude a recoger la medicación en la UPE, la cual evalúa diferentes aspectos del tratamiento: forma de administración, tolerancia y efectos adversos, adherencia y cumplimiento, interacciones con otros fármacos, hábitos de vida, etc. Los incidentes detectados se clasifican y registran en una base de datos informatizada. A partir de los resultados obtenidos en el estudio, se elabora un programa de atención farmacéutica.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 42 pacientes, que supone el 58% del total de pacientes en tratamiento para la hepatitis C durante el año 2008. Se realizaron 63 entrevistas (1,5 entrevistas/paciente), detectándose un total de 83 RAM (1,9 RAM/paciente) y 17 incidentes. Las RAM detectadas fueron: síndrome pseudogripal (19,3%), reacciones dermatológicas (19,3%), cansancio (12%), reacciones en el punto de inyección (9,6%), alteraciones neuropsiquiátricas (9,6%), pérdida de apetito y peso (8,4%), dolor muscular (8,4%), reacciones hematológicas (4,8%), reacciones gastrointestinales (3,6%) y otras causas (4,8%). El 7,1% de los pacientes abandonaron el tratamiento por intolerancia. En cuanto a los incidentes detectados, los más frecuentes fueron debidos a errores en la técnica de administración (35,3%), incumplimiento del tratamiento (23,5%) e interacciones con otros fármacos (11,7%). Se diseña un programa de atención farmacéutica que se desarrollará de la siguiente manera: Entrevista preliminar: Se realizará al inicio del tratamiento y consistirá en la explicación completa y detallada del nuevo tratamiento. Para ello se entregará información oral y escrita sobre la forma de administración, posibles reacciones adversas, normas de correcta conservación de los medicamentos, precauciones especiales e interacciones. Se facilitará un teléfono de contacto para que el paciente pueda resolver cualquier duda con el farmacéutico. Entrevistas control: Se realizarán coincidiendo con la consulta médica, a las 4, 12 y 24 semanas de iniciado el tratamiento (genotipos 2 y 3) y también a las 48 semanas (genotipos 1 y 4). Se evaluará la eficacia (disminución de la carga viral y adherencia) y seguridad del tratamiento, identificando los problemas surgidos tras el inicio del tratamiento (efectos adversos, incumplimiento, hábitos de vida no saludables, interacciones,...). Según el tipo de problema detectado se realizará la intervención farmacéutica más adecuada.

Conclusiones: Existe una elevada prevalencia de reacciones adversas durante el tratamiento para la hepatitis C. Es necesario desarrollar programas de atención farmacéutica para informar, educar y apoyar al paciente, así como para detectar e intervenir sobre los problemas relacionados con la medicación.

850. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

A. Mulet Alberola, C. Martí Gil, S. Canales Ugarte, G. Goda Montijano, G. Marcos Pérez y D. Barreda Hernández

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

Objetivo: Analizar la repercusión clínica de las Recomendaciones Farmacoterapéuticas (RF) realizadas durante el seguimiento de pacientes con Hepatitis C crónica (HCC) incluidos en un Programa de Atención Farmacéutica (PAF), encaminadas a la prevención y/o resolución de problemas relacionados con la efectividad y seguridad del tratamiento con peginterferón α 2a/b y/o ribavirina.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo (enero 2008-marzo 2009) desarrollado en la Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos de un hospital de segundo nivel con un área asistencial de 170.000 personas. Variables recogidas: a) Al inicio del tratamiento: Demográficas: sexo, edad. Antropométricas: peso. Clínicas: genotipo, grado de fibrosis, coinfección VIH. Analíticas: carga viral, transaminasas. b) Durante el seguimiento farmacoterapéutico: Tratamiento antiviral empleado y duración del mismo. Medicación concomitante con posibilidad de interacciones. Alteraciones datos de laboratorio. Problemas relacionados con medicamentos (PRM). RF. -Impacto de la RF. Se empleó la metodología láser para tipificar los PRM y clasificar las RF. Valoración del impacto de las RF según grado de aceptación.

Resultados: Durante el período de estudio, de los 18 pacientes incluidos en el PAF, 9 pacientes (5 hombres) presentaron ≥ 1 PRM. Perfil de los 9 pacientes: edad media 44 años (28-58), peso medio 82,2 Kg (52,5-108), genotipo mayoritario 1 (7 pacientes), grado de fibrosis mayoritario 1 (3 pacientes), 1 paciente coinfectado VIH en tratamiento, carga viral media al inicio 3.008.566,7 UI/ml (152.152-17.000.000), elevación transaminasas al inicio (7 pacientes). Tratamiento: combinación de ribavirina con peginterferón α 2a (5 pacientes), con peginterferón α 2b (2 pacientes) y con ambos (1 paciente). No inició tratamiento por contraindicación 1 paciente. Al cierre del estudio, 5 pacientes habían finalizado el tratamiento, con una duración media de 12 meses. Se registraron 16 PRM, todos ellos potenciales, pertenecientes a las categorías: a) Efectividad (n = 3), infradosificaciones debidas a posología inadecuada. b) Seguridad (n = 13): a. Sobredosificaciones (n = 12), 8 por dosis/intervalo inadecuado y 4 por interacción con fármacos. b. Reacción adversa (n = 1), por estar contraindicado por factores de riesgo. Las RF realizadas fueron (n = 16): a) Individualizar posología (n = 11), por dosis de ribavirina no ajustada al peso corporal al inicio del tratamiento (n = 3) y ajuste de dosis de peginterferón α 2a/b o ribavirina (n = 8) por efectos adversos hematológicos aparecidos durante el tratamiento (plaquetas $< 50.000/\text{mm}^3$, neutrófilos $< 750/\text{mm}^3$, Hb $< 10 \text{ g/dl}$). b) Plantear alternativa terapéutica más segura (n = 1) a terbinafina por disminución del aclaramiento en enfermedad hepática. c) Iniciar monitorización clínica por medicación concomitante (n = 3): simvastatina, indapamida, efavirenz. d) No iniciar tratamiento antiviral por contraindicación absoluta (n = 1): epilepsia. La mayor parte de las RF fueron aceptadas por el médico prescriptor (n = 13). Las no aceptadas (n = 3) pertenecían a la categoría de individualización posológica. La no aceptación de una de ellas ocasionó una neutropenia severa en un paciente que obligó a reajustar la dosis posteriormente.

Conclusión: La implantación de un PAF al paciente con HCC permite prevenir, detectar y resolver PRM, ayudando a obtener una

farmacoterapia más segura. La integración del farmacéutico hospitalario al equipo multidisciplinar facilita el cuidado integral del paciente, garantizando actuaciones de prácticas de seguridad del paciente.

907. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA CON INTERFERÓN PEGILADO MÁS RIBAVIRINA

A. Martín Sanz, A. Rodríguez Rodríguez, J. Ortiz de Urbina, E. Gutiérrez Gutiérrez, L. Ortega Valín y J.J. Del Pozo Ruiz

Complejo Asistencial de León. León. España.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es conocer la eficacia de interferón-pegilado más ribavirina en pacientes con hepatitis C crónica en un ámbito de salud de 371.000 habitantes, medida como respuesta viral sostenida (RVS) tras 24 semanas finalizado el tratamiento. Como objetivos secundarios nos planteamos relacionar genotipo con RVS y conocer la seguridad de dicho tratamiento examinando sus efectos secundarios (RAMs).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en 100 pacientes con infección por el virus de la hepatitis C (VHC) que inician tratamiento con interferón pegilado más ribavirina entre 02/2006 y 07/2008. Se excluyeron pacientes coinfectados con VIH y VHB. Los pacientes han sido tratados según el consenso publicado recientemente por la Asociación Española para el Estudio del Hígado utilizado en este hospital. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, genotipo, duración del tratamiento, respuesta al final del tratamiento (RFT) a las 24 y 48 semanas, RVS, recaída (ARN VHC positivo tras suspensión del tratamiento con RFT), rotura de respuesta (elevación de la carga viral de un paciente durante el tratamiento cuando previamente había negativizado su valor), no respuesta primaria (ARN VHC no negativizado durante tratamiento) y RAMs registrados en historia clínica.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes (72 varones) de los cuales sólo 75 serían evaluables (24 no habían finalizado tratamiento y una pérdida en el seguimiento). La edad media fue de $44,28 \pm 11,2$ años (rango 25-78). Sólo 3 pacientes mayores de 65 años. El genotipo más frecuente fue el 1 (63 pacientes), seguido del 3 (26), 4 (7) y 2 (4). No hubo diferencias en la distribución de genotipos según sexo. En cuanto a la eficacia del tratamiento 49 pacientes presentaron RFT, 25 no respuesta primaria y 1 rotura de respuesta. De los que mostraron RFT, 25 alcanzaron RVS (42,3%), 8 registraron recaída (13,6%) y 16 estaban pendientes de revisión a los 6 meses por lo que no se incluyen en el análisis. Hubo relación significativa entre genotipo y RVS siendo 37,1% para genotipo 1 y 73,3% para genotipo 3 ($p < 0,02$). Respecto a la seguridad se suspendió el tratamiento por RAMs en el 13% de los pacientes: 6% por alteraciones hematológicas, 4% por depresión y 3% por malestar general y astenia intolerable. Fue necesario reducir la dosis de interferón-pegilado por neutropenia en 12% de los casos y de ribavirina por anemia en el 17%. Mediante coeficiente delta de Somer, se encontró que existe un 16% más de probabilidad de no RVS al reducir dosis de interferón-pegilado y un 33% cuando se reduce la dosis de ribavirina.

Conclusiones: En la práctica clínica real de nuestro medio las terapias combinadas de interferón-pegilado más ribavirina permiten alcanzar una RVS del 42%, ligeramente superiores a los datos encontrados en bibliografía. La RVS es significativamente mayor en genotipo 3 (73,3%) mostrando un mejor pronóstico para este grupo de pacientes concordante con la bibliografía consultada. Nuestros resultados parecen demostrar que la reducción la dosis de interferón-pegilado o ribavirina disminuye las posibilidades de alcanzar RVS.

918. EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MARAVIROC EN UN HOSPITAL TERCIARIO

E.R. Alfaro Lara, A. LLuch Colomer, M. Soriano Martínez, A. Órpez Ramírez, M.D. Vega Coca y R. Muñoz de la Corte

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: Analizar el perfil de utilización de maraviroc en nuestro centro como medida indirecta de la cantidad de pacientes adultos infectados de VIH multirresistentes con tropismo CCR5 positivo. Evaluar la adecuación de la dosis en función de las posibles interacciones con los fármacos antirretrovirales concomitantes.

Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se reclutaron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con maraviroc en el período de un año (desde enero 2008 hasta diciembre 2008). Los datos se obtuvieron del programa informático utilizado en atención farmacéutica a pacientes ambulatorios (Dominium®) y de la revisión de las historias clínicas. Se diseñó una hoja de recogida de datos que incluía las siguientes variables: sexo, edad, número de regímenes antirretrovirales previos a maraviroc, fármacos concomitantes y ajuste posológico realizado. Los resultados fueron procesados mediante estadística descriptiva utilizando Excel 2003®.

Resultados: En el período estudiado, se ha instaurado tratamiento con maraviroc en un total de 41 pacientes, 11 (26,8%) fueron mujeres y 30 (73,2%), hombres. La edad media fue 42,3 años (15-70). De estos 41, en dos pacientes se ha tramitado el tratamiento con maraviroc mediante uso compasivo, al tener edades de 15 y 17 años. El número medio de regímenes antirretrovirales con los que los pacientes han sido pretratados fue 3 (1-7). Los fármacos concomitantes a maraviroc fueron: Raltegravir + ritonavir + atazanavir: 4 pacientes. Raltegravir + ritonavir + darunavir: 24 pacientes. Otros regímenes: 13 pacientes. La dosis recomendada del fármaco (300 mg cada 12 h) fue reducida a 150 mg en 38 pacientes (90,4%) debido a su frecuente asociación con otros antirretrovirales que actúan como inhibidores enzimáticos, como ritonavir o atazanavir. Sólo fue ajustada a 600 mg en un paciente (2,3%), por tratamiento concomitante a fenobarbital y ausencia de tratamiento con inhibidores de la proteasa que lo contrarrestasen. No hubo ningún paciente en el que el ajuste posológico necesario no se hubiese realizado. Todos, salvo un paciente que abandonó, continúan en tratamiento.

Conclusiones: La alta tasa de pacientes infectados con VIH-1 con tropismo CCR5 positivo permite que maraviroc sea un fármaco muy frecuente en las terapias de rescate de pacientes multirresistentes. El elevado número de interacciones descritas con este fármaco hace necesario un estricto seguimiento farmacoterapéutico que permita realizar el ajuste posológico necesario. En nuestro centro, la adecuación de la dosis ha sido del 100%.

934. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO Y DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LOS PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

P. Rodríguez Gómez, E. Molina Cuadrado, A. Pou Alonso, H. Mateo Carrasco, R. Peña Pou y A. Sánchez Arcos

Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

Objetivos: 1. Evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento modificador de la esclerosis múltiple. 2. Analizar la prevalencia de efectos adversos al tratamiento. 3. Identificar los principales problemas de salud relacionados con la enfermedad y el nivel de actividad física que realizan.

Material y métodos: Se ofreció un cuestionario a los pacientes en tratamiento con interferón- β ; y acetato de glatirámico durante al menos seis meses, en el período enero-abril 2008. El cuestiona-

rio recogía datos relacionados con su medicación habitual, efectos adversos y grado de molestia, problemas de salud (dolor, insomnio, trastornos urinarios y depresión) y nivel de actividad física. El cumplimiento se valoró por los métodos de Morisky-Green y de Haynes-Sackett. Se realizó análisis estadístico de los resultados utilizando el programa SPSS 15.0.

Resultados: Durante el período de tiempo del estudio estaban en tratamiento 164 pacientes. Se entregaron 137 cuestionarios ya que 10 pacientes estaban en tratamiento con natalizumab, 12 acudieron en un horario diferente, cuatro no llevaban más de seis meses de tratamiento y uno tenía incapacidad para leer y hablar. Se recogieron correctamente cumplimentados 99 (72,3%). Se consideraron incumplidores mediante el método de Morisky-Green dos pacientes y por el método de Haynes-Sackett, siete. Con respecto a los efectos adversos del tratamiento: 41,1% presentaban dolor en el lugar de inyección siempre o frecuentemente; malestar después de la inyección, 38,5% casi cada vez que se inyectan, 14,6% aproximadamente en la mitad de las veces y 19,8% sólo los primeros seis meses; fiebre, 16,5% casi cada vez que se inyectan, 6,2% aproximadamente la mitad de las veces y 23,7% sólo los primeros seis meses. Para evitar los efectos adversos tomaban tratamiento analgésico 75,3% de los pacientes en algún momento. El grado de molestia que les supone el tratamiento es 39,6% muy molesto siempre o en ocasiones y 17,2% moderadamente molesto. Con respecto a otros problemas relacionados con la enfermedad destacó: 58,8% presentaban dolor a diario y frecuentemente, con 55,6%, de los que tenían dolor en tratamiento para aliviarlo; 42,4% presentaban grandes dificultades para dormir y de éstos 25,5% tenía tratamiento; 34,3% presentaba trastornos urinarios y 23,7% estaba en tratamiento para la depresión. Un 52% de los pacientes no realizaba ninguna actividad física.

Conclusiones: 1. Este grupo de pacientes presenta un elevado grado de cumplimiento terapéutico. 2. A pesar de que una elevada proporción de estos pacientes toman tratamiento analgésico para controlar los efectos adversos, éstos presentan una alta prevalencia. Por esto sería importante incidir en el control de estas reacciones adversas y en el medicamento que toman para la prevención. 3. Los principales problemas detectados en estos pacientes son: el dolor, el insomnio y el bajo nivel de actividad física, por lo que se podría centrar la atención farmacéutica en éstos.

36. EFECTIVIDAD DE APREPITANT EN PACIENTES REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO ANTIEMÉTICO CONVENCIONAL

E. Oñate Muzás, E. Tamayo Orbegozo, S. Asenjo Segovia, A. Iruin Sanz, A. Arrondo Velasco y B. Larrayoz Sola

Hospital de Navarra. Navarra. España.

Objetivo: Valorar la efectividad de aprepitant en pacientes con regímenes de quimioterapia (QT) alta o moderadamente emetógena que no responden al tratamiento antiemético convencional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes que iniciaron tratamiento con aprepitant y que cumplimentaron la encuesta diseñada para evaluar la respuesta al tratamiento desde febrero del 2007 a febrero del 2009. El farmacéutico responsable de la Unidad de Atención Farmacéutica Ambulatoria dispensó el fármaco a cada paciente, proporcionándole información oral y escrita sobre el mismo, además de una encuesta por ciclo para así poder llevar a cabo el seguimiento de su eficacia. Los datos recogidos fueron: número de historia, edad, sexo, fecha de inicio del tratamiento, protocolo de QT, número de ciclo, presencia de náuseas y de vómitos antes del tratamiento, aparición de náuseas en los 5 días siguientes al tratamiento (siendo valorados por el paciente como nada, algo, bastante o mucho) y presencia de vómitos en los 5 días próximos al tratamiento (clasificándose de

acuerdo con el número de episodios como ausencia, leve: 1 episodio, moderado: 2-4 episodios, o intenso: ≥ 5 episodios).

Resultados: De los 22 pacientes tratados con aprepitant durante dicho período, 14 (11 mujeres y 3 hombres; con edad media de 53 años) cumplimentaron al menos una encuesta. El número total de dispensaciones y por tanto de encuestas entregadas fue de 52, recogiendo y valorándose únicamente 25 (48%). Basándonos en la clasificación según la NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology 2009, los regímenes quimioterápicos que recibieron fueron altamente emetógenos (pautas que incluyeron cisplatino ≥ 50 mg/m² o asociaciones epirubicina-ciclofosfamida) en el 85% de los casos y moderadamente emetógenos (regímenes con oxaliplatino > 75 mg/m² o con carboplatino) en el 15% de los casos. En todos ellos se utilizó aprepitant asociado a ondansetrón/dexametasona en segunda línea en los casos refractarios al tratamiento antiemético estándar. De los pacientes que recibieron QT altamente emetógena sólo el 25% presentaron algún vómito (1-2 episodios). Por el contrario, el 75% de los casos refirieron náuseas los 5 días posteriores a la QT. En cuanto a los 2 pacientes que recibieron QT moderadamente emetógena, ambos refirieron tanto náuseas como vómitos (1-2 episodios) en alguno de los cinco días posteriores al tratamiento.

Conclusiones: Aprepitant es una alternativa eficaz para el control de los vómitos, como terapia de segunda línea en pacientes sometidos a QT altamente emetógena. Por el contrario no tiene un efecto objetivo en el control de las náuseas tanto agudas como retardadas. Estos resultados coinciden con los publicados en la bibliografía. Aprepitant no ha resultado eficaz en los pacientes tratados con QT moderadamente emetógena, aunque el número de pacientes tratados es anecdótico y sería necesario el seguimiento de una serie superior.

Conflicto de intereses: Ninguno.

231. EFECTIVIDAD DE LA DARBEPOETINA ALFA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

E. Soler Giner, I. Villar Fernández, M.C. Serrano Vicente, H. Navarro Aznárez, J.M. Real Campaña y J.A. García Erce

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Objetivos: Analizar la utilización y efectividad de darbeopetina en el tratamiento del síndrome mielodisplásico (SMD).

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con SMD que han iniciado tratamiento con darbeopetina entre enero 2007 y octubre 2008, tratados al menos durante 2 meses. Este tratamiento es dispensado en la unidad de pacientes externos y requiere autorización previa por uso compasivo. Se recogen al inicio la edad, sexo, posología, co-tratamiento con factor estimulante de granulocitos (G-CSF), hemoglobina (Hb), % neutrófilos, anchura de distribución eritrocitaria (ADE), valor de ferritina y administración de quelantes del hierro. Se valora la respuesta eritroide a las 8 semanas post-tratamiento según el criterio del International Working Group response criteria in myelodysplasia (IWG) de 2006: se considera respuesta si aumento de Hb $\geq 1,5$ g/dl, o disminución del régimen transfusional en al menos 4 Concentrados de Hematíes respecto a las 8 semanas previas (teniendo en cuenta solo las transfusiones realizadas con Hb ≤ 9 g/dl). Se recogió el tratamiento con lenalidomida posterior al inicio de darbeopetina.

Resultados: Se trataron 29 pacientes (9 mujeres, 20 varones), con edad media de 73 años (43-90). Todos los pacientes presentaban una Hb de inicio < 11 mg/dl. El 24% (7) iniciaron con darbeopetina 500 µg/semana, 55% (16) con 300 µg/semana y 21% (6) con 150 µg/semana. Al inicio un 41% (12) de los pacientes tenían los neutrófilos por debajo del 40%, aunque solo 2 de ellos iniciaron co-administración con G-CSF. En 20 pacientes (68%) se solicitó ferritina previa al

inicio de darbepoetina, de los cuales 3 tenían valores por debajo de 100 mg/dl y 3 presentaban valores superiores a 1000 mg/dl; de estos últimos, 1 estuvo en tratamiento con deferasirox. 28 (96,5%) de los pacientes presentaba una ADE por encima del 15%. A las 8 semanas de tratamiento con darbepoetina, el 38% (11) de los pacientes respondieron y el 62% (18) no respondieron. De los no respondedores, 2 discontinuaron tratamiento a las 8 semanas y otros 2 a las 12 semanas, pero el resto continuaron al menos 6 meses. A los 3 meses, 3 de los pacientes no respondedores iniciaron tratamiento con lenalidomida. El 38% (11) de los pacientes analizados recibieron transfusiones en las 8 semanas previas al inicio del tratamiento y 10 (91%) de ellos siguieron transfundiéndose durante las 8 semanas posteriores. Además, en las 8 semanas de tratamiento, fueron transfundidos 2 pacientes que no respondieron al tratamiento con darbepoetina y que no habían sido transfundidos previamente.

Conclusiones: Todos los pacientes eran susceptibles de tratamiento atendiendo a la Hb de inicio. Casi dos tercios de los pacientes no respondieron a darbepoetina a las 8 semanas de tratamiento, siendo este el periodo establecido para pasar a un tratamiento de mantenimiento en pacientes respondedores o para reajustar el tratamiento en no respondedores. La mayoría de no respondedores siguieron tratamiento al menos 6 meses, por lo que debe adecuarse la continuación del tratamiento en estos pacientes. Se debería optimizar la corrección de los niveles de ferritina previos al inicio del tratamiento con darbepoetina.

269. GUÍA PRÁCTICA PARA LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS

V. Lerma Gaude, V. Aldaz Francés, M. Clemente Andújar, M. Hernández Sansalvador, I. Acebal Gómez y A. Valladolid Walsh

Hospital General de Villarrobledo y Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

Objetivos: La elevada carga asistencial, las continuas interrupciones e interferencias, los lapsos o despistes y el escaso tiempo disponible para la atención farmacéutica a pacientes externos son factores que pueden causar la omisión de cuestiones importantes en dicha atención. El objetivo de este trabajo es elaborar una herramienta que permita, de un modo sistemático, verificar que se contemplan todos los aspectos fundamentales de la atención farmacéutica a pacientes externos, para garantizar la seguridad y efectividad farmacoterapéutica.

Material y métodos: Se han seguido los siguientes criterios de forma y de contenido: A) Criterios de forma: formularios tipo checklist, con lenguaje claro, directo, con preguntas o frases cortas y ordenadas. B) Criterios de contenido: exactitud, relevancia, brevedad, pero a la vez que contemple los aspectos fundamentales para el desarrollo de la atención farmacéutica a los pacientes con tratamiento farmacológico para: la artritis reumatoide/psoriásica, la espondilitis anquilosante, la psoriasis, la esclerosis lateral amiotrófica, la anemia, la neutropenia y la infertilidad. El criterio para ordenar el contenido ha sido: 1) Contenido que identifique al paciente y al médico prescriptor; 2) Contenido basado principalmente en la información necesaria que el farmacéutico debe obtener del informe médico, del paciente y/o familiar o cuidador, de la historia farmacoterapéutica, de la historia clínica (datos de laboratorio y otras pruebas); 3) Contenido basado principalmente en la información que el farmacéutico debe suministrar al paciente. Para el desarrollo del contenido se ha realizado consulta bibliográfica de las fichas técnicas de los medicamentos implicados, de guías específicas y documentos consenso de atención farmacéutica.

Resultados: Se ha elaborado una guía basada en un formulario de comprobación o checklist, para cada uno de los siguientes medicamentos (principales medicamentos utilizados para tratar las

patologías seleccionadas): etanercept, adalimumab, riluzol, epoetina alfa, epoetina beta, darbepoetina, filgrastim, pegfilgrastim, folitropina alfa, folitropina beta, gonadotropina coriónica, leuprorelina y triptorelina. Los formularios se han estructurado de acuerdo al siguiente orden: 1) Datos identificativos del paciente y del médico prescriptor; 2) Cuestiones que el farmacéutico debe comprobar antes de la dispensación, como son: indicación, contraindicaciones, interacciones, pauta posológica y adherencia, si procede (cuestionario simplificado de adherencia a medicación), todo ello, considerando los datos clínicos y cualquier otra información que aporte el paciente; 3) 3.1) Información oral que el farmacéutico suministra al paciente, relativa a: administración, reacciones adversas, advertencias/precauciones, conservación, preguntas frecuentes, fomento de adherencia, próxima visita; 3.2) Información escrita que el farmacéutico suministra al paciente.

Conclusiones: Se ha elaborado una guía de apoyo a la atención farmacéutica a pacientes externos. La guía está basada en listados de verificación (tipo checklist) para cada medicamento. Al integrar los aspectos fundamentales para el desarrollo de la atención farmacéutica de una manera ordenada, pueden facilitar su verificación de un modo rápido y sistemático.

Conflicto de intereses: Ninguno.

511. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES VIH A TRAVÉS DE LA CORRELACIÓN DEL INFORME FARMACÉUTICO Y LA VALORACIÓN MÉDICA

M. Domínguez Cantero, M.J. Huertas Fernández, V. Vázquez Vela, F. Guerrero Sánchez, R. Buló Concellón y M. Duarte Lobato

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Objetivo: Analizar la adherencia de pacientes VIH al tratamiento antirretroviral (TAR) durante los años 2007-2008, a través de la información obtenida de los informes elaborados por el farmacéutico y enviados al médico, contrastada con la información y apreciación aportada por el médico.

Material y métodos: El cálculo de la adherencia de pacientes VIH al TAR se realiza a través del análisis de registros de dispensación de cada paciente, obtenidos del programa informático Dipexv2.6. Se creó una base de datos con las siguientes variables: fecha, número de historia, nombre paciente, médico, TAR actual, adherencia, observaciones del farmacéutico, comentario clínico, conformidad del médico, carga viral y farmacéutico que realiza el informe. Los informes de adherencia de los pacientes se envían diariamente a la consulta de cada facultativo. Éstos son devueltos a farmacia con la respuesta del clínico (conformidad y comentario). Se registran los datos aportados y se comparan los resultados obtenidos durante los años 2007-2008. Tras el primer año de seguimiento se realizó una reunión con los clínicos comentando los resultados obtenidos.

Resultados: 581 pacientes en 2008 (vs 565 año 2007) recogieron el TAR. Se realizaron 880 (vs 886) informes de adherencia de 419 pacientes (vs 364). La mediana de informes/paciente fue de 2 (1-7) en ambos años. Pacientes con buena adherencia 57,7% (vs 57,4%), adherencia irregular 16% (vs 17,3%), mala adherencia 17,2% (vs 17,6%), vacaciones terapéuticas 1,2% (vs 2,2%) y sin datos suficientes 7,9% (vs 5,5%). De los pacientes con buena adherencia, anteriormente eran malos e irregulares cumplidores 9,9% (vs 11%); con adherencia irregular antes eran buenos cumplidores 11,9% (vs 12,7%) y malos 19,4% (vs 15,9%); con mala adherencia antes eran buenos 2,8% (vs 3,1%) e irregulares 11,1% (vs 10,9%). Datos globales sobre el grado de concordancia de la adherencia de los clínicos: conforme: 60,4% (vs 51,2%), no conforme: 6,6% (vs 6,8%) y no contesta: 33% (vs 42%). En pacientes con buena adherencia la conformidad alcanza un 71,5% (vs 59,8%), no contesta 26,9% (vs 39%) y no conforme 1,6% (vs 1%). Con respecto a los adherentes irregulares,

conforme un 40,3% (vs 36,5%), no conforme 14,9% (vs 17,5%) y no contesta 44,8% (vs 46%). En pacientes con mala adherencia, el clínico muestra su conformidad en un 42% (vs 37,5%), no conforme 15,6% (vs 15,3%) y no contesta 43% (vs 46,9%). Pacientes sin datos suficientes 7,9% (vs 5,5%) (adherencia no valorable por instaurar TAR recientemente, recoger en otro Hospital u otros motivos desconocidos).

Conclusiones: Los resultados alcanzados son ligeramente superiores en el último año, destacándose sobre el resto la mejora en el feed-back entre medico-farmacéutico así como un mayor grado de concordancia entre ambos, sobre todo en pacientes con buena adherencia. La valoración conjunta de la adherencia en tiempo real por diferentes profesionales a través de los informes y entrevista clínica, permiten aproximarnos a conocer con más exactitud el cumplimiento del TAR de los pacientes así como detectar posibles oportunidades de mejora con el fin de incrementar la motivación de los mismos.

720. ANÁLISIS DEL GRADO DE ADHERENCIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON VIH

M. Toca Muñoz, C. Gallego Fernández, R. Ruano Camps y A. Luna Higuera

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Objetivo: Estudiar la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes pediátricos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en un Hospital Materno-Infantil, con el fin de identificar oportunidades de mejora en el programa de seguimiento farmacoterapéutico a este grupo de pacientes.

Material y método: Estudio observacional descriptivo, transversal, del grado de adherencia al TARV en la población pediátrica que recogió medicación en nuestra consulta de pacientes externos entre abril de 2008 y marzo de 2009. Para calcular el grado de adherencia al TARV se utilizó el método indirecto de registro de dispensación de medicamentos. Los datos se obtuvieron del programa de consulta de atención farmacéutica y dispensación de medicamentos. Se seleccionaron los pacientes que obtuvieron resultados de adherencia < 90% y, coincidiendo con la última visita al Servicio de Farmacia, se les hizo el cuestionario de adherencia SMAQ y se les sometió a una entrevista clínica estructurada para identificar así posibles causas de incumplimiento terapéutico. Los resultados de adherencia se documentaron con las respuestas clínicas observadas tras la revisión de las historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron un total de 30 pacientes (18 niños y 12 niñas) de edades comprendidas entre los 3 y 17 años. El 96,7% (29 pacientes) estaban en tratamiento con TARV en terapia triple y el 3,3% (1 paciente) con terapia cuádruple. Los resultados de adherencia quedaron repartidos de la siguiente forma: > 95% adherencia (óptimo): 53,3% (16 pacientes); 90-95% adherencia: 20% (6 pacientes); 80-89% adherencia: 6,7% (2 pacientes); < 80% adherencia: 20% (6 pacientes). Un solo paciente presentó un valor muy alejado del resto (36%). Los datos globales de adherencia fueron de 88,9 - 16,0%. Excluyendo a la paciente con adherencia del 36% los datos promedio fueron 90,8 - 13,5%. Los resultados promedios de adherencia distribuidos por edad fueron: 3-6 años (6 pacientes): 80,2 - 20,0%; 7-10 años (9 pacientes): 92,8 - 11,2%; 11-14 años (9 pacientes): 87,9 - 21,7%; 15-17 años (6 pacientes): 93,5 - 10,1%. Los resultados promedios de adherencia distribuidos por sexo fueron: 87,8 - 16% en los niños y un 90,6 - 18% en las niñas. Los resultados de la entrevista realizada al grupo de pacientes con adherencia < 90% (8 pacientes) mostraron que las causas más frecuentes de adherencia inadecuada al TARV fueron: -Relacionados con la enfermedad: desconocimiento y no aceptación (37,5%). Relacionados con el tratamiento: no comprensión (12,5%), no aceptación

(propiedades organolépticas, tamaño o n.º comprimidos excesivo) (12,5%). Relacionados con el individuo y situación familiar: no supervisión de familiar y/o cuidadores (37,5%), dificultades para recoger la medicación (12,5%). En sólo 1 paciente identificamos dos causas de incumplimiento, en el resto, la falta de adherencia pudo relacionarse con un factor claro. En el grupo en que se detectó adherencia < 90% se estudió la situación clínica y sólo en 2 de los casos hubo relación con la efectividad antirretroviral, identificándose fracaso virológico en ambos casos.

Conclusión: Los resultados obtenidos tras el estudio no son satisfactorios y se identifican como áreas de mejora. Se plantea el establecimiento de estrategias de atención farmacéutica y educativas junto con el Servicio de Infectología Pediátrica para optimizar los resultados.

734. ESTIMACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL COMO PUNTO DE PARTIDA DE UNA ATENCIÓN FARMACÉUTICA SELECCIONADA

E. Fernández Díaz, F.J. Goikolea Ugarte, B. Balzola Regout, M. Vilella Ciriza, Y. Llorens Villar y M.J. Yurrebaso Ibarreche

Hospital de Basurto. Vizcaya. España.

Objetivos: Estimación y análisis de la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en una unidad de pacientes externos (UPE), con el fin de priorizar la atención farmacéutica.

Material y métodos: Debido a gran carga asistencial de la UPE del servicio de farmacia del hospital, se decidió realizar durante los meses de febrero y marzo de 2009 un estudio observacional, transversal, mediante el cual el farmacéutico responsable de la UPE midió la adherencia al TAR con el fin de realizar una selección de los pacientes que más pudieran beneficiarse de una atención farmacéutica. Se incluyeron en el estudio los pacientes mayores de 18 años con TAR que acudieron durante este período a recoger medicación durante el turno de mañana. La adherencia se midió con la versión española del cuestionario simplified medication adherence questionnaire (SMAQ), que clasifica los pacientes en adherentes o no adherentes. Además se recogieron datos demográficos (edad, sexo) y terapéuticos como n.º total de formas farmacéuticas (f.f) diarias y régimen terapéutico (única toma: qd, dos tomas diarias: bid o tres tomas diarias: tid). Posteriormente se analizó la relación entre la adherencia o no adherencia con variables como n.º formas farmacéuticas, régimen y sexo.

Resultados: Se estimó la adherencia en 424 pacientes con el cuestionario SMAQ. En 103 casos no recogió el paciente la medicación, por lo que no pudo realizarse el cuestionario, y en 20 casos el paciente se negó a realizar el cuestionario. Resultados del cuestionario SMAQ (n = 424): -Edad \pm DE: 44,48 \pm 7,81 años. Hombres: 288 (67,92%), Mujeres: 136 (32,08%). N.º formas farmacéuticas/día: 3,83 [1-15]. N.º pac. según n.º f.f.: 1 f.f = 33; 2 f.f = 104; 3 f.f = 93; 4 f.f = 50; 5 f.f = 67; 6 f.f = 28; 7 f.f = 22; más de 7 f.f = 27. Régimen terapéutico: qd = 44,58% (n = 189), bid = 55,19% (n = 234), tid = 1. Adherencia: Total pacientes adherentes = 61,32% (n = 260). Mujeres adherentes = 61,00% (n = 83). Hombres adherentes = 61,41% (n = 177). Adherencia en régimen qd = 67,20% (n = 127). Adherencia en régimen bid = 56,41% (n = 132). Adherencia según el n.º de formas farmacéuticas (f.f): 1 f.f = 75,75%, 2 f.f = 65,54%, 3 f.f = 65,60%, 4 f.f = 66,00%, 5 f.f = 61,19%, 6 f.f = 46,43%, 7 f.f = 45,45%, más de 7 f.f = 44,44%.

Conclusiones: El cuestionario SMAQ, es un instrumento muy útil en la estimación de la adherencia al TAR, debido a que es asequible, fácil y rápido, además de gozar de elevada especificidad. Mediante la medida de la adherencia podemos dirigir la atención farmacéutica hacia los pacientes que más puedan beneficiarse de ella. La simplificación posológica, tanto en número de

f.f. como en número de tomas diarias, es un factor favorecedor de la adherencia.

835. EPOETINAS: PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO

C. Martínez Nieto, A. Aguilar Ros, E. Ramírez Herraiz, A. Ibáñez Zurriaga, E. Casas Agudo y L. Morell Baladrón

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: En junio de 2008, el Ministerio de Sanidad y Consumo junto con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicaron una alerta sobre los riesgos asociados a las epoetinas y nuevas recomendaciones de uso, en concreto fijando entre 10 y 12 g/dl, la concentración objetivo de hemoglobina (Hb). El Servicio de Farmacia, en coordinación con el de Nefrología, estableció un protocolo de seguimiento y ajuste posológico de epoetinas, para intentar situar la concentración de hemoglobina dentro del intervalo recomendado.

Objetivo: Evaluar la terapia con epoetinas en pacientes con insuficiencia renal en prediálisis. Proponer estrategias de mejora para la adecuación a las recomendaciones de la AEMPS: implantación de prescripción electrónica para su dispensación y de un programa de seguimiento farmacoterapéutico para estos pacientes, y comprobar si la implantación de estas medidas disminuía la proporción de pacientes con Hb fuera del rango.

Material y métodos: El trabajo se desarrolló en tres etapas: La primera fue un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes (83) tratados en el Hospital con epoetinas, diagnosticados de insuficiencia renal crónica en prediálisis (29 septiembre 2008 al 16 octubre 2008). Con los resultados obtenidos se elaboró un protocolo de utilización y seguimiento de epoetinas para estos pacientes y, en coordinación con el Servicio de Nefrología, se implantó la prescripción electrónica para la dispensación de estos fármacos. Segunda etapa: durante los 4 meses siguientes se incluyeron todos los pacientes (906) que acudieron al Servicio de Farmacia a recoger la epoetina. Se utilizaron los registros obtenidos del módulo de dispensación a pacientes externos (Dominion®). Tercera etapa: se obtuvieron los valores de Hb de 209 pacientes (hasta que se alcanzó significación estadística $p < 0,05$) a partir de sus respectivas historias clínicas.

Resultados: Primera etapa: de los 83 pacientes, 40 pacientes (48%) tenían valores de Hb, fuera del rango recomendado por la AEMPS, mientras el resto, 43 (52%) se encontraban dentro del rango. Posteriormente, se realizó un seguimiento de todos los pacientes (906) en tratamiento con epoetinas en prediálisis, durante los 4 meses después de la implantación del protocolo, registrándose las intervenciones farmacéuticas realizadas y aceptadas por los nefrólogos. Se aceptaron 42 (87%) intervenciones derivadas del protocolo. Después de los 4 meses de tratamiento, en el mes de marzo de 2009, se evaluaron los valores de hemoglobina de 225 pacientes, presentando 80 de ellos (35%) concentraciones fuera de rango (10-12 g/dl). Este porcentaje es significativamente menor ($p < 0,05$) que el 48% obtenido antes de la intervención farmacéutica.

Conclusiones: Las intervenciones farmacéuticas son aceptadas ampliamente por los clínicos implicados. El protocolo establecido y su seguimiento a través de la prescripción electrónica han permitido disminuir de forma significativa la proporción de pacientes con valores de Hb fuera del intervalo recomendado por la AEMPS. Estos resultados parecen indicar la utilidad de este protocolo así como de la prescripción electrónica, lo que podría extrapolarse al resto de servicios que utilizan epoetinas en el tratamiento de sus pacientes (Oncología y Hematología) y mejorar la seguridad de los mismos.

43. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR

E. Tamayo Orbegozo, E. Oñate Muzás, A. Arrondo Velasco, B. Larrayoz Sola, M. Sarobe Carricas y M. Martínez de Lecea Zuza
Hospital de Navarra. Navarra. España.

Objetivo: Evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento de la hipertensión pulmonar (HP) en un hospital de referencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que incluyó 24 pacientes diagnosticados de hipertensión pulmonar en tratamiento con medicamentos de uso hospitalario para esta indicación entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Fuentes de datos: historia clínica y fichas de registro y control de dispensación del Servicio de Farmacia. Datos recogidos: edad, sexo, servicio médico responsable, grado funcional según la OMS (NYHA), tratamiento, evolución de la enfermedad y reacciones adversas durante el tratamiento.

Resultados: Se analizaron 20 mujeres y 4 hombres con edad media de 63 años (16-84 años). El servicio médico responsable fue en 10 casos (41,6%) cardiología, en 6 casos (25%) medicina interna, en 6 casos (25%) neumología y en 2 casos (8,3%) medicina interna y cardiología. El diagnóstico fue en 15 casos (62,5%) HP idiopática, en 7 casos (29,1%) HP secundaria a esclerodermia, en 1 caso (4,1%) HP secundaria a tromboembolismo pulmonar y en 1 caso (4,1%) HP secundaria a lupus eritematoso sistémico. El grado funcional al inicio de tratamiento fue: II en seis casos (25%); III en 7 de los casos (29%); III-IV en 6 de los casos (25%) y IV en 5 de los casos (21%). Los fármacos utilizados fueron: en 14 de los casos bosentán en monoterapia (58,3%); en 8 de los casos sildenafil en monoterapia, (33,3%); en 1 caso sildenafil + treprostínil + sitaxentán (4,2%) y en 1 caso sitaxentán en monoterapia (4,2%). A 5 de los 15 pacientes tratados con bosentán se les suspendió el tratamiento por alteraciones de las enzimas hepáticas y a un paciente de los nueve en tratamiento con sildenafil se le suspendió por empeoramiento de la disnea. La sintomatología mejoró en un 46%, siendo todos ellos pacientes con un grado funcional avanzado (III-IV). Estos fármacos solo están en indicados en hipertensión pulmonar de grado funcional III, excepto el treprostínil que también está indicado en grado IV.

Conclusiones: - Bosentán, sitaxentán y sildenafil sólo están indicados en la hipertensión pulmonar de grado III, por lo que la prescripción se ajustó a la indicación en un 54%. - En los pacientes con HP grado II secundaria a esclerodermia se utilizó el tratamiento vía uso compasivo. En dichos pacientes habría que valorar cuidadosamente el balance beneficio-riesgo y coste-efectividad antes de iniciar el tratamiento. - Los pacientes en tratamiento con bosentán y sitaxentán deben ser sometidos a una estricta vigilancia de enzimas hepáticas, ya que el 33% de los pacientes tuvo alteraciones hepáticas. - El seguimiento de los pacientes con HP debería realizarse por un mismo servicio médico para que fuera más homogéneo, dado que los diferentes servicios médicos utilizan diferentes criterios de evaluación.

Conflicto de intereses: Ninguno.

74. CUMPLIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INDIVIDUOS SOMETIDOS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

J.M. Martínez-Sesmero, M. García Palomo, A.R. Rubio Salvador, J.J. Cía Lecumberri, M.T. Acín Gericó y P. Moya Gómez

Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Introducción y objetivos: El concepto legal del consentimiento informado (CI) se recoge en el artículo 3 de la Ley 41/2002, según el cual el CI es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una ac-

tuación que afecta a su salud. Multitud de estudios revelan que los médicos no mantienen sistemáticamente conversaciones sobre el consentimiento que sean satisfactorias desde una perspectiva ética y legal. Los objetivos de este estudio son examinar el grado de conocimiento clínico-asistencial de las técnicas de reproducción asistida (TRA) y la farmacoterapia asociada, así como su cumplimiento y percepción por los usuarios.

Métodos: Estudio observacional transversal (febrero-marzo de 2009). Se diseñó un cuestionario restringido de conocimientos sobre TRA de 7 ítems generales, 4 ítems sobre farmacoterapia, 3 ítems sobre efectos adversos, y un apartado sobre grado de satisfacción con la asistencia prestada (no se mostrarán datos). Se facilitó el cuestionario a diferentes profesionales sanitarios de medicina, enfermería y farmacia para su valoración, con el fin de determinar la validez de contenido del cuestionario. Se incluyeron en el estudio a los individuos que acudían al Servicio de Farmacia Hospitalaria a por su medicación, y que aceptaban voluntariamente contestar al cuestionario. Antes de proceder a la entrega del cuestionario a los pacientes, se recogieron sus datos demográficos (edad y sexo), el nivel de estudios, estado civil, situación laboral y percepción del estado de salud. El análisis estadístico descriptivo se realizó con SPSS® 13.0.

Resultados: Se ofreció el cuestionario a 82 individuos, y fue contestado por 60 (56 mujeres y 4 hombres, edad media = 33,6 ± 3,35 años). Nivel de estudios: 31,7% superiores, 26,7% secundarios, 38,3% primarios y 3,3% sin estudios. Estado civil: 93,3% casados, 5,0% solteros y 1,7% parejas de hecho. Situación laboral: 70% activos y 30% parados. Percepción del estado de salud: 40% muy buena, 55% buena y 5% regular. Conocimientos generales: ¿Sabe lo que es el consentimiento informado? (85% Sí, 15% No), ¿Es consciente de que puede retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee? (85% Sí, 15% No), ¿Conoce las causas exactas por las que está sometido/a a técnicas de reproducción asistida? (96,7% Sí, 3,3% No), ¿Sabe cuál es el tipo de técnica de reproducción asistida que le aplicarán? (85% Sí, 15% No), ¿Conoce el porcentaje de éxito de la técnica en cuestión? (66,7% Sí, 33,3% No), ¿Le han informado de posibles alternativas a la acción propuesta o por qué el médico le propone una y no otra? (71,7% Sí, 28,3% No), ¿Conoce la diferencia entre infertilidad y esterilidad? (78,3% Sí 21,7% No). Farmacoterapia: ¿Sabe qué es la hormona estimulante de los folículos (FSH)? (48,3% Sí, 51,7% No), ¿Conoce cómo y cuándo deben administrarse los medicamentos que va a emplear? (86,7% Sí, 13,3% No), ¿Sabe si este tratamiento interfiere con algún otro medicamento que tome actualmente? (55% Sí, 45% No), ¿Es consciente del tipo de conservación que requieren los medicamentos que utilizará? (80% Sí, 20% No). Efectos adversos: ¿Conoce las posibles complicaciones de la intervención y técnicas que emplearán? (80% Sí, 20% No), ¿Le han informado de los posibles riesgos para la descendencia? (63,3% Sí, 36,7% No), ¿Sabe usted qué efectos adversos tienen los medicamentos que va a administrarse? (58,3% Sí, 41,7% No).

Conclusiones: A pesar de las desventajas conocidas de los cuestionarios, nuestros datos corroboran las deficiencias en la implementación de protocolos de CI en el ámbito de la TRA, poniéndose de manifiesto las dificultades de comunicación médico-paciente. Desde la perspectiva farmacoterapéutica se abre una vía a la actuación farmacéutica, que puede prevenir, identificar y resolver las deficiencias encontradas.

164. TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POR RIBAVIRINA EN PACIENTES COINFECTADOS (VIH + HCC) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Galván Banqueri, A. Lluch Colomer, M. Soriano Martínez, A. Órpez Ramírez, M.D. Vega Coca y B. Santos Ramos

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: - Evaluar la prevalencia de utilización de eritropoyetina (EPO) en pacientes coinfectados (VIH + HCC) con anemia por

ribavirina en un hospital de tercer nivel. - Analizar las condiciones de uso respecto al tiempo que transcurre desde el inicio de la terapia con ribavirina hasta la administración de EPO así como el descenso que experimentan los valores de hemoglobina (Hb) en dicho período. - Analizar el impacto económico de esta terapia.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo tomando como población todos los pacientes coinfectados (VIH + HCC) en tratamiento para HCC durante el año 2008. Para cada paciente se recogieron las siguientes variables: -Tratamiento con EPO en 2008: variable dicotómica (sí/no). -Fecha de inicio del tratamiento anti hepatitis C y fecha de inicio de la administración de EPO. -Dosis diaria de ribavirina. -Tasa de variación de los niveles de Hb (desde el inicio del tratamiento hasta que comienza con EPO). -Coste del tratamiento. Todos los datos fueron tabulados y procesados mediante el programa informático Excel 2003®. Se realizó un análisis de las variables mediante el paquete estadístico SPSS® versión 16.

Resultados: El total de pacientes coinfectados con tratamiento para HCC durante el 2008 fue de 75. Un 24% (18 pacientes) presentaron anemia, requiriendo la administración de eritropoyetina 30.000 UI semanal. La mediana del tiempo medio transcurrido desde el inicio de la terapia anti-hepatitis C y la necesidad de administración de EPO fue de 60 días y el rango intercuartílico de 60 días (primer cuartil:30, tercer cuartil:90) siendo los valores extremos 300 días (un único caso) y 30 días (5 pacientes) respectivamente. Los niveles de Hb tuvieron una tasa media de variación de 3.67 unidades (medidos los valores de Hb en mg/dl). En función de la dosis de ribavirina dicha tasa fue de: - Ribavirina 800 mg diarios: 3,78 unidades; - Ribavirina 1.000 mg diarios: 2,55 unidades; - Ribavirina 1.200 mg diarios: 4,12 unidades. El coste medio anual del tratamiento por paciente sin EPO fue de 9.197,64 €, mientras que el coste medio anual del tratamiento por paciente con EPO fue de 13.145,07 €; suponiendo así la administración de EPO un incremento en el coste medio anual por paciente de 3.947,43 € (que se traduce en un incremento del gasto anual por paciente del 42,91%).

Conclusiones: - La cuarta parte de los pacientes coinfectados (VIH + HCC) en tratamiento con ribavirina requieren la administración de EPO, constituyendo así una práctica habitual en nuestro hospital. - Existe una elevada variabilidad en cuanto al tiempo entre la primera exposición a ribavirina y la aparición de anemia. La tasa de variación de los niveles de Hb no es homogénea ni guarda una relación directa con la dosis de ribavirina. - El impacto económico que supone la administración de EPO para asegurar una correcta terapia sin riesgos para el paciente, nos sugiere la necesidad de revisar y/o establecer criterios de uso racional de la misma.

336. TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICOS ATÍPICOS POR USO COMPASIVO EN LA UNIDAD DE MEMORIA DE UN HOSPITAL GERIÁTRICO

C. Rosado Artalejo, M. Martínez Camacho, E. Rodríguez Jiménez, V. Granja Berna, M.S. Amor Andrés y M.A. de la Torre Lanza

Hospital Virgen del Valle. Toledo. España.

Objetivo: Evaluar la patología, tipo de fármacos administrados por uso compasivo en pacientes de un hospital geriátrico que dispone de 134 camas, durante el año 2008, así como el presupuesto dedicado para ello y su influencia sobre el gasto total de medicamentos del hospital.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes en tratamiento con neurolépticos atípicos pautados a través de Uso Compasivo recibidos en el Servicio de Farmacia durante el año de 2008, desde la Unidad de Memoria del Servicio de Geriatria (formada por geriatras y psiquiatras). Se ha analizado el número total de pacientes, número de fármacos solicitados, tipología de enfer-

edad, coste del total de tratamientos y repercusión económica anual.

Resultados: Durante este período, 57 pacientes, de los cuales un 65% eran mujeres, estaban incluidos en el registro del servicio de farmacia para medicamentos por uso compasivo, de ellos 23 fueron primeras solicitudes. De éstas últimas 5 fueron remitidas desde la especialidad de Geriátrica y el resto desde la especialidad de Psiquiatría. De ellas, la dirección médica no denegó ninguna. El número de principios activos solicitados fue 4 (quetiapina, aripiprazol, olanzapina y ziprasidona). El fármaco más solicitado fue quetiapina en un 61% de los pacientes, seguido de ziprasidona en un 15,8%, 14% de olanzapina y en el resto se solicitó uso compasivo para aripiprazol (9,2%). Dentro de las patologías para las que se prescribieron estos neurolépticos atípicos se incluía demencia y enfermedad de Parkinson asociadas a trastornos psicóticos. El 75% de los pacientes presentaba demencia, de ellas la más frecuente fue la enfermedad de Alzheimer, seguida de demencia por Cuerpos de Lewy y en un número escaso de pacientes por demencia vascular. El resto de pacientes presentaba enfermedad de Parkinson. En el año 2008 el coste total de medicamento del hospital fue de 950.828,40 €, destinándose un 3,75% para medicamentos dispensados por uso compasivo.

Conclusiones: Los neurolépticos atípicos son una herramienta básica para controlar los trastornos conductuales que se pueden presentar en pacientes con demencia y en enfermedad de Parkinson, por ello, es necesario tramitar la dispensación por Uso Compasivo ya que muchos de ellos no tienen la indicación autorizada. Este hecho ha supuesto un incremento importante del trabajo de los Servicios de Psiquiatría, Geriátrica y Farmacia, además la repercusión económica, aunque no es muy alta, debería tenerse en cuenta tanto en las estimaciones del presupuesto del hospital, como en la disminución del coste sanitario respecto a Atención Primaria que supone un ahorro estimado del 33,33%. Por ello, se deberían incrementar los recursos hospitalarios con la consiguiente mejora de la calidad asistencial.

Conflicto de intereses: Ninguno.

433. EFICACIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C EN PACIENTES COINFECTADOS

A. Pou Alonso, P.M. Rodríguez Gómez, M. Moleón Ruiz, R. Peña Pou, H. Mateo Carrasco y E. Molina Cuadrado

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. España.

Objetivos: Evaluar la eficacia clínica del tratamiento de la hepatitis C con ribavirina e interferón en pacientes coinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un hospital de segundo nivel en un período de 52 meses. Criterios de inclusión: pacientes adultos coinfectados por VHC (elevada carga viral medida por PCR) y VIH; terapia combinada de ribavirina e interferón; hepatopatía no descompensada e inmunológicamente estables ($CD4 > 250$ células/ μ L). Se diseñó una hoja de recogida de datos. La información se obtuvo: 1) Genotipo VHC, vía de transmisión y valoración clínica del tratamiento; mediante revisión de las historias clínicas. 2) Régimen posológico; de los programas informáticos Farmatools[®] y Dipex[®]. 3) Parámetros analíticos de carga viral, linfocitos CD4, transaminasas hepáticas y su variación durante el tratamiento antiviral; del programa informático del servicio de análisis clínicos. Las variables recogidas para la valoración clínica fueron respuesta virológica precoz (RVP) y respuesta virológica sostenida (RVS), agrupados en genotipos 1,4 y 2,3.

Resultados: Se trataron 35 pacientes, 77,1% varones, 22,9% mujeres. Edad media en el momento del tratamiento 38,1 años. Predominó el genotipo 1 (48,6%) y genotipo 3 (40%). La vía de contagio más frecuente fue la vía parenteral en pacientes relacio-

nados con la adicción a drogas por vía parenteral (75,9%) seguida por pacientes hemofílicos (13,8%). Al inicio, 29 pacientes presentaban elevación de alanin aminotransferasa (en 24 pacientes también elevación de aspartato aminotransferasa). Tras el tratamiento antiviral, 13 pacientes normalizaron los valores de las transaminasas hepáticas. Los recuentos absolutos de linfocitos CD4 disminuyeron durante el tratamiento una media de 300 céls/ μ L (91-783). La eficacia clínica del tratamiento (RVS) en los pacientes con genotipo 1 ó 4 fue del 25% y para genotipo 2 ó 3 del 63,6%. La RVP tuvo un valor predictivo positivo de RVS del 66,7% para genotipo 1 o 4 y del 77,8% para genotipo 2 o 3. No alcanzó RVP, tuvo un valor predictivo negativo de RVS del 100% en todos los grupos de tratamiento.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes coinfectados tratados frente al VHC son varones, alrededor de 30-40 años, genotipo 1 o 3 y coinfectados por conductas de riesgo relacionadas con la adicción a drogas por vía parenteral. La eficacia clínica del tratamiento para la hepatitis C genotipo 1 o 4 en pacientes coinfectados fue del 25% y para genotipo 2 o 3 del 63,6%. Los pacientes que no alcanzaron RVP, en la semana 12, no consiguieron RVS, objetivo clínico del tratamiento antiviral.

443. TRASPLANTE CELULAR HEPÁTICO EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE CRIGLER-NAJJAR TIPO I: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Amat Díaz, A. Vázquez Polo, M.D. Edo Solsona, M.R. Marqués Miñana, E. López Briz y J.L. Poveda Andrés

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Introducción: El síndrome de Crigler-Najjar tipo I es un trastorno hereditario autosómico recesivo debido al déficit congénito de la UDP-glucuronosiltransferasa. Cursa con ictericia importante, bilirrubina (Bb) > 20 mg/dl. Actualmente, el único tratamiento definitivo es el trasplante hepático (THO). Como la funcionalidad hepática es normal, excepto la alteración enzimática, el trasplante de células hepáticas puede constituir una alternativa eficaz al THO. Esta técnica consiste en el aislamiento de hepatocitos procedentes de donantes cadáver, la suspensión celular en un medio de cultivo diseñado bajo condiciones óptimas que garanticen su viabilidad (elaborado por el Servicio de Farmacia) y finalmente el implante en el receptor.

Objetivo: Analizar los resultados del procedimiento realizado, así como la evolución clínica y las complicaciones asociadas.

Material y métodos: Revisión de la historia clínica y seguimiento del paciente en el período comprendido entre septiembre de 2008 y enero 2009. Parámetros estudiados: a) Resultados del procedimiento: Número de células infiltradas, viabilidad de los hepatocitos, número de infiltraciones y vía de administración utilizada. b) Resultados clínicos: Evolución de los niveles de Bb y estado del paciente.

Resultados: Paciente de 13 meses, diagnosticado de Síndrome de Crigler-Najjar a los 2 meses del nacimiento, en tratamiento con fototerapia y fenobarbital. En el período a estudio fueron necesarias 10 infusiones de células hepáticas, utilizando la vena porta para la administración. El número medio de células en cada infiltración fue de 350 millones, con una viabilidad aproximada del 55%. Antes del trasplante, los niveles medios de Bb en el paciente eran de 26 mg/dl. Durante el primer mes, se observaron importantes fluctuaciones en los niveles de Bb, que obligaron a acortar el período entre infusiones (< 1 semana). La necesidad de la infiltración de hepatocitos venía determinada por valores de Bb superiores a 20 mg/dl. Tras los 5 meses de tratamiento la concentración de Bb sérica descendió hasta alcanzar un valor de 16,3 mg/dl. En este período el paciente ha mostrado una recuperación parcial, precisando tratamiento continuado con fototerapia y fenobarbital y manteniendo un buen estado general. Las

complicaciones asociadas fueron un cultivo positivo en orina por *Candida albicans* que se negativizó al instaurar tratamiento con fluconazol, y la dificultad para mantener niveles terapéuticos de tacrolimus por el efecto inductor enzimático del fenobarbital.

Conclusiones: El trasplante celular hepático en pacientes con déficit de UDP-glucuronosiltransferasa demuestra resultados positivos en cuanto a seguridad y eficacia como método puente en espera de THO. Sería necesario un tiempo más prolongado de seguimiento y un mayor número de pacientes para demostrar que la terapia celular constituye una alternativa definitiva al THO en este tipo de pacientes.

489. ENTECAVIR EN HEPATITIS B: EFECTIVIDAD E IMPACTO ECONÓMICO

R. Pérez Serrano, M.P. Vicente Sánchez, N. Garrido Peño, T. Molina García, F. Gil Ares y M. Arteta Jiménez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Objetivos: Entecavir es un fármaco antiviral análogo de nucleósidos indicado en el tratamiento de la hepatitis crónica por el virus B (HCB), y considerado como primera línea en pacientes no tratados previamente. Fue autorizado para su comercialización en Europa en julio de 2006 y en abril de 2008 se inició el primer tratamiento en nuestro hospital, general, universitario y de tercer nivel de complejidad. Como objetivos primarios del estudio se establecieron: valorar la efectividad de entecavir y su repercusión económica en el hospital. El objetivo secundario fue analizar el perfil de prescripción en HCB tras un año de utilización del fármaco.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el que fueron incluidos todos los pacientes diagnosticados de HCB que recogieron medicación en el Servicio de Farmacia entre marzo de 2008 y marzo de 2009. Para la valoración económica se calculó el coste/tratamiento/paciente/mes antes de la primera dispensación y 12 meses después, utilizando el precio medio contable. Para determinar la efectividad se utilizó el programa Servolab® y se analizó la respuesta virológica y bioquímica, mediante la variación de la carga viral (CV) y los niveles de transaminasas en la última determinación analítica antes del inicio del tratamiento y 12 semanas después. Se completó la determinación de efectividad del tratamiento mediante la recogida de datos de mejoría histológica reflejados en la historia clínica. Fueron excluidos aquellos pacientes que no llevasen al menos 12 semanas en tratamiento. Para la obtención del perfil de prescripción se utilizó el módulo de dispensación a pacientes externos de la aplicación informática FarmaTools®.

Resultados: De 50 pacientes con HCB incluidos en el estudio, 8 (ninguno naive; mediana de edad 56,5; y distribución por género 91% masculino y 9% femenino) fueron tratados con entecavir durante un mínimo 12 semanas. En el 100% de los pacientes disminuyó la CV al menos un 95% tras 12 semanas de tratamiento y en el 50% se alcanzaron valores indetectables. Las transaminasas disminuyeron en el 85,7% de los pacientes y en el 71,4% se normalizaron (según valores de referencia de laboratorio). No se han objetivado datos de respuesta histológica postratamiento. El coste/tratamiento/paciente/mes fue 318,46 € el mes anterior a la primera prescripción y 434,04 € 12 meses después, con un incremento interanual del 36,3%. El perfil de prescripción en marzo 2008 fue: adefovir 37,5%, lamivudina 21,9%, peginterferón alfa-2a 21,9% y adefovir con lamivudina 18,7%. 12 meses después: adefovir 21,0%, peginterferón alfa-2a 18,4%, entecavir 18,4%, lamivudina 15,8%, adefovir con lamivudina 15,8%, entecavir con adefovir 7,9%, entecavir con tenofovir 2,6%. Así, un 26,3% de los pacientes tienen entecavir en su esquema de tratamiento.

Conclusiones: Tras la inclusión de entecavir en el hospital para el tratamiento de la HCB, se ha producido un posicionamiento destacado de este fármaco frente a los existentes previamente.

Esto ha supuesto un aumento del coste directo del tratamiento farmacológico. Desde el punto de vista clínico se ha observado un claro beneficio, manifestado por la superior respuesta virológica y bioquímica. Sería interesante completar el análisis de efectividad con resultados de respuesta histológica.

578. UTILIZACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A SIN PROTEÍNAS COMPLEJANTES (XEOMIN®) EN UNA PACIENTE CON ESPASTICIDAD POST-ACV, REFRACTARIA A OTROS PREPARADOS DE TOXINA BOTULÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Paradela Carreiro, J.M. Fernández Rodríguez, N. Lago Rivero, E. Pedrido Reino, I. Arias Santos y C. Diéguez Varela

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Objetivo: Analizar los resultados de la aplicación de toxina botulínica tipo A sin proteínas complejantes, en una paciente con espasticidad post-accidente cerebro vascular (ACV), refractaria a otros preparados de toxina botulínica tipo A.

Material y métodos: Mujer de 63 años, que sufrió ACV hace 13 años. En la actualidad presenta hemiplejía derecha con espasticidad importante y afasia motora grave. Previamente ha recibido tratamiento con toxina botulínica A, utilizando dos preparados en los que la toxina va acompañada de proteínas complejantes. En los últimos meses el efecto antiespástico es mucho menor y la neurografía muestra una clara disminución del efecto bloqueante de ambas toxinas (el potencial motor evocado tras la administración de la toxina solo disminuía un 20-30%), lo cual sugiere la presencia de anticuerpos contra las llamadas "proteínas complejantes" o contra la propia toxina. Se plantea como alternativa la administración de la toxina pura (molécula de 150 kD), dada la hipótesis de que al tener un mucho menor contenido proteico complejante de la toxina, se asociaría con un menor potencial para el desarrollo de anticuerpos neutralizantes. Puesto que estamos ante una indicación no autorizada para la nueva especialidad, se recaba autorización del tratamiento como uso compasivo.

Resultados: Se administró la toxina en los siguientes músculos: bíceps (40 U), flexor común de los dedos (20 U), flexor largo del pulgar (20 U) y cubital anterior (20 U). En la EID se administró en tibial posterior (50 U), flexor largo dedo gordo (25 U) y sóleo (25 U). Se observó una buena respuesta clínica. La escala de Ashworth basal fue de 3,5 en los flexores del antebrazo y de la muñeca. Tras el tratamiento, el valor bajó a 1,5 en los flexores de la muñeca y 2 en los del antebrazo. Mejoró también la función y posición del miembro inferior.

Conclusiones: 1. La administración de toxina botulínica tipo A, sin proteínas complejantes, a una paciente con espasticidad post-ACV refractaria a otros preparados, se tradujo en una respuesta clínica excelente, como pone de manifiesto la valoración según la escala de Ashworth. Se desconoce, en el momento actual, la duración de la misma. La paciente es objeto de seguimiento farmacoterapéutico. 2. La respuesta observada en este caso es compatible con las hipótesis que sugieren que la pérdida de eficacia de los preparados de toxina botulínica tipo A se deben principalmente al desarrollo de anticuerpos frente a las proteínas que la acompañan.

582. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS EN TRATAMIENTO CON FACTORES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS

M. López Sobella, M.T. Criado Illana, L. García-López, L. Gómez-Sayago, L. Marín Ventura y M.C. López Arranz

Hospital General de Segovia. Segovia. España.

Objetivo: Evaluar la implantación de un Programa de Atención Farmacéutica en pacientes onco-hematológicos en tratamiento

con factores estimulantes de la eritropoyesis (FEE) dispensados desde el Área de Atención a Pacientes Externos del Servicio de Farmacia siguiendo las nuevas recomendaciones de uso publicadas por la AGEMED en la nota informativa 2008/10.

Método: Se recogieron los siguientes datos por paciente: edad, sexo, diagnóstico, niveles de hemoglobina (Hb), ferritina y transferrina y fechas de inicio de la quimioterapia y de dispensación de los FEE. La recogida de datos se realizó en la hoja informática diseñada al efecto.

Resultados: En el programa se incluyeron 42 pacientes onco-hematológicos en tratamiento con FEE (con indicación aprobada en la ficha técnica). Un 61,9% fueron pacientes oncológicos (26 pacientes) y el 38,1% restante hematológicos (16 pacientes). Se registró la información correspondiente a 65 dispensaciones realizadas en los meses de abril (26), mayo (4) y junio (12): 42 primeras dispensaciones, 15 segundas, 6 terceras y 2 cuartas dispensaciones. Todos los pacientes fueron tratados con eritropoyetina alfa. Un 45,2% (19 pacientes) habían iniciado el tratamiento con FEE con anterioridad a la implantación del programa. El nivel medio de Hb al inicio del tratamiento con FEE fue de 10,05 \pm 1,02 g/dl [7,8-12,1]. Todas las prescripciones fueron de 10.000 UI de eritropoyetina alfa 3 veces a la semana excepto 5 (11,9%) que recibieron 20.000 UI. A todos los pacientes se les informó verbalmente acerca del tratamiento y se les entregó un folleto informativo. En aquellos pacientes en los que se detectó un nivel de Hb superior a 12 g/dl y este nivel se mantuvo a las 4 semanas de la dispensación (5 casos), se recomendó verbalmente al médico prescriptor la suspensión del tratamiento consiguiendo la aceptación de la propuesta en 4 casos y 1 disminución de dosis. En la evaluación de los niveles de Hb a las 4 semanas en 18 pacientes se evidenció un incremento de al menos 1 g/dl.

Conclusiones: Con la implantación del programa hemos podido realizar un seguimiento de los niveles de Hb y detectar aquellos casos en los que se sobrepasa el nivel de 12 g/dl y recomendar la suspensión del tratamiento o el ajuste de dosificación correspondiente. En la práctica clínica es frecuente que tras la aparición de anemia secundaria a quimioterapia se empleen FEE y que éstos se continúen prescribiendo con fines profilácticos en los siguientes ciclos por lo que resulta preciso hacer un seguimiento de los niveles de Hb con el fin de evitar la utilización innecesaria de los FEE.

723. GARANTÍA DE UN ESTADO NUTRICIONAL ÓPTIMO Y SOSTENIBLE MEDIANTE LA CONSULTA EXTERNA DE NUTRICIÓN CLÍNICA

F.I. Torres Bondía, M. Vidal Estévez y M. Navarro Bruguera

Hospital Santa Maria. Lleida. España.

Objetivo: Garantizar mediante un farmacéutico especialista un nivel óptimo del estado nutricional a la población en el marco de un sistema sanitario sostenible.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que comprende el período de enero de 2008 hasta marzo de 2009. La Comisión de Farmacia y Terapéutica aprueba un protocolo de valoración nutricional. Se alcanza la certificación según la Norma ISO 9001:2008 en la actividad de nutrición clínica. Se crea la consulta externa de nutrición clínica. Dicha consulta es liderada por un equipo de farmacéuticos especialistas. Los pacientes son derivados de consultas externas de medicina interna, oncología, endocrinología, otorrinolaringología, unidades de hospitalización al alta y desde las diferentes unidades del programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES). A cada paciente se le realiza la anamnesis farmaconutricional. Dicha anamnesis recoge: motivo de consulta, situación social, antecedentes personales, problemas activos, datos subjetivos expresados por el paciente, entrevista dietética de

24 h, datos antropométricos y analíticos, diagnóstico nutricional y plan terapéutico con recomendaciones. La valoración nutricional se realiza mediante el método de Chang. Se dispensa nutrición artificial por un período que oscila entre quince días y un mes, y se les da cita para la próxima visita. Cada paciente tiene la posibilidad de consulta telefónica de 08 h a 20 h. En las sucesivas visitas se lleva a cabo el seguimiento del paciente.

Resultados: Se atendieron a 57 pacientes. La edad media fue de 85 años. El 54,39% (31) fue hombres y un 45,61% (26) mujeres. Atendiendo al diagnóstico nutricional establecido en el momento de la valoración, el 10,53% (6) presentó desnutrición calórica, un 45,61% (26) desnutrición proteica, el 35,09% (20) desnutrición calórico-proteica y un 8,77% (5) estaban normonutridos. Según el tipo de dieta prescrita, un 25% (17) fue de tipo estándar, un 13,24% (9) hipercalórica, un 39,71% (27) hiperproteica, un 8,82% (6) hiperproteica-hipercalórica y un 2,94% (2) correspondió a dietas específicas. Un 1,29% de los pacientes fue derivado a la dietista.

Conclusiones: Ante una población cada vez de mayor edad, pluripatológica y dependiente, el incremento en la cartera de servicios sanitarios y sociales hace indispensable que el profesional sanitario realice una asistencia cada vez más sostenible. El estado nutricional va estrechamente relacionado con la morbi-mortalidad de los procesos en los que el paciente se ve inmerso. Es pues que la figura del farmacéutico especialista, quien desde la consulta externa debe llevar a cabo una adecuada valoración nutricional, prescripción y seguimiento del paciente.

747. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA DEL INFORME DE ALTA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

A.M. Gómez Pedrero, C.M. Rodríguez Leal, I. González Anglada y M. Pérez Encinas

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Objetivo: Analizar la calidad de la información farmacoterapéutica del informe de alta de los pacientes ingresados en medicina interna a través de la evaluación de las discrepancias en la medicación crónica antes del ingreso y al alta.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional de todos los informes de alta de medicina interna emitidos los días impares desde el 1 al 15 de febrero de 2009. En el informe de alta (obtenido de la historia clínica informatizada) se comprobó: el registro de la medicación habitual del paciente y el de la medicación al alta, evaluando la existencia de las siguientes discrepancias en la medicación al alta: duplicidades/confusiones, alergias/intolerancias a medicamentos no respetadas; inicio, finalización de tratamientos o cambios de posología no justificados, la posible existencia de interacción grave, si están especificados el fin de los antiguos tratamientos o el inicio de los nuevos. Se tomaron como variables de resultado el número de informes de alta con al menos una discrepancia entre la medicación crónica al ingreso y al alta y el número de discrepancias totales. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se evaluaron en total 47 informes de alta. Las características de la muestra de los pacientes del estudio eran: 26 (55,3%) hombres, mediana de la edad 80 años (IC95%: 65-85 años), media de índice de Charlson 5,2 (DE = 3,64; IC95%: 4,2-6,3); 57,5% (IC95%: 42,2%-71,5%) de los pacientes tomaba más de 5 medicamentos como tratamiento habitual (polimedicados); 55,3% (IC95%: 40,6%-70,1%) presentaban alergia y el 2,1% (IC95%: 0,4%-11,1%) intolerancia a medicamentos. La mediana de días de ingreso fue de 6,0 días (IC95%: 5,0-7,0 días). De los 47 informes de alta, se identificó al menos una discrepancia en el 83,0% (IC95%: 67,0%-91,1%). El número total de discrepancias fue de 114; 52,3% por prescripción incompleta, 31,8% omisión de la medicación habitual;

9,1% duplicidad o confusión en el tratamiento; 6,8% inicio, finalización o cambio de posología no justificada; no se registraron posibles interacciones graves ni se prescribieron medicamentos que pudieran producir alergia o intolerancia. Los grupos terapéuticos implicados con más frecuencia fueron: 23,0% antibióticos, antifúngicos y antivirales; 12,4% antihipertensivos y 10,6% terapia inhalada (sistema respiratorio). En la regresión logística el único factor que está relacionado con aumento de discrepancias es el índice de Charlson, exceso de riesgo: 1,8 (IC95%: 1,2-2,7); en cuanto al número de medicamentos y los días de ingreso se observa la tendencia a aumentar el riesgo de cometer discrepancias.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los informes de alta de los pacientes que ingresan en medicina interna presenta alguna discrepancia entre la medicación al alta y la del ingreso; una de las causas es el alto grado de comorbilidad y probablemente también sean causas la polimedicación y la estancia, aunque debido al número escaso de pacientes los resultados no son significativos. La omisión de la medicación habitual y la prescripción incompleta se presentan como discrepancias muy frecuentes; la conciliación de la medicación al ingreso podría reducir esta proporción de discrepancias y por tanto mejorar la calidad del informe de alta.

969. ESTUDIO DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA: EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS

P. Molina Guillén, M.M. Sánchez Catalicio, M. Llopis Fernández, V. Collados Arroyo, J. Plaza Anierte y A. Spuny Miró

Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento frente al virus de la hepatitis C (VHC) y analizar las causas del abandono del tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento en el año 2007 en nuestro hospital. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación informática SAVAC y el registro de dispensaciones de la unidad de pacientes externos. Los resultados de respuesta viral, reacciones adversas y analíticas se completaron con las historias clínicas y el programa informático SELENE. Los datos se procesaron en una hoja de cálculo de Excel. La eficacia del tratamiento se midió con la respuesta viral sostenida (RVS) a los 6 meses de finalizar el tratamiento.

Resultados: Durante el período de estudio iniciaron tratamiento un total de 20 pacientes, 5 mujeres (25%) y 15 hombres (75%), con una edad media de 39,3 (27-59) años. De todos ellos 5 (25%) estaban coinfectados con hepatitis A y 1 con VIH. La distribución por genotipos fue: 30% (1a), 25% (1b), 35% (3a), 10% (4c/4d). Del total, 4 (20%) eran pacientes que ya habían recibido tratamiento previo antiviral y 11 (55%) presentaban una carga viral (CV) al inicio del tratamiento mayor o igual de 850.000 UI/ml. Tras el inicio del tratamiento con ribavirina y peginterferón alfa-2a a las dosis recomendadas según el genotipo viral, 3 pacientes (15%) negativizaron la carga viral a las 4 semanas de tratamiento (respuesta viral rápida), 6 pacientes (33%) negativizaron la carga viral a las 12 semanas de tratamiento (respuesta viral precoz), 9 (45%) aún no habían negativizado y 2 (10%) ya habían abandonado el tratamiento. De los 13 pacientes (65%) que finalizaron el tratamiento 11 lograron obtener una respuesta positiva al mismo. De éstos, 6 consiguieron una RVS, 2 sufrieron recidiva y 3 no pudieron ser evaluados por no acudir a consulta. De los 7 pacientes que no consiguieron finalizar el tratamiento, 5 lo suspendieron a las 12 semanas por criterio facultativo y 2 por abandono de los propios pacientes. Las causas que motivaron suspender la medicación fueron: ineficacia (2), efectos secundarios (2) (depresión y toxicidad hematológica) y 1 por traslado a otro centro. Los abandonos se debieron a una mala tolerancia en un caso y por causa desconocida el otro. Las princi-

pales reacciones adversas detectadas fueron: neutropenia (57,9%), plaquetopenia (52,6%), cefalea (42,1%), depresión (36,8%), astenia (31,6%), irritabilidad y efectos gastrointestinales (26,3%) y alopecia (15,8%). Como consecuencia de éstas las dosis de ribavirina se modificaron en un 25% de los pacientes y las de peginterferón alfa-2a en un 15%.

Conclusiones: -La respuesta positiva al tratamiento con ribavirina y peginterferón alfa-2a ha sido de un 55%. -De los pacientes con VHC que finalizan el tratamiento un 46% consiguen una RVS. -Las reacciones adversas al tratamiento son muy frecuentes y a menudo son causa de abandono o modificación de la terapia farmacológica.

87. SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNCOPE VASO-VAGAL EN TRATAMIENTO DE USO COMPASIVO CON MIDODRINA

A. Aguirrezábal Arredondo, E. Garate Goitia, J. Ormaetxe Merodio, M.J. Yurrebaso Ibarreche y B. Balzola Regout

Hospital de Basurto. Vizcaya. España.

Introducción: El síncope vaso-vagal o neurocardiogénico se refiere a una respuesta refleja acompañada de bradicardia y/o vasodilatación periférica que lleva a una hipotensión sistémica. Estas reacciones vasovagales son comunes en situaciones de stress, tales como la donación sanguínea y no recurren necesariamente. El tratamiento puede ser necesario dependiendo de la frecuencia del síncope, ya que puede alterar la calidad de vida; si además es impredecible (ausencia de síntomas premonitorios), expone a los pacientes a un alto riesgo de trauma y también en aquéllos pacientes que realizan actividades de alto riesgo como ser conductor de vehículos. Después de educar al paciente con las medidas generales, los β -bloqueantes han sido el tratamiento más comúnmente utilizado, pero su eficacia no está avalada por la evidencia disponible. Otros medicamentos utilizados son: Inhibidores de la recaptación de serotonina, anticolinérgicos como disopiramida y escopolamina, fludrocortisona, desmopresina y midodrina. Si no se resuelve, una alternativa en algunos casos es la implantación de un marcapasos. La midodrina, un agonista α -1 adrenérgico que está indicado en el tratamiento de la hipotensión ortostática severa cuando las medidas correctoras no han sido eficaces, se está utilizando por el Servicio de Cardiología (Electrofisiología) de nuestro hospital.

Objetivo: Descripción de los resultados del tratamiento de uso compasivo con midodrina en los pacientes con síncope vasovagales del Servicio de Cardiología.

Método: Estudio observacional retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los 7 pacientes en tratamiento con midodrina y se recogieron los datos de los pacientes, diagnóstico, tratamientos previos y concomitantes, así como toda la información clínica disponible. A todos los pacientes se les dispensó la medicación en el Servicio de Farmacia por ser de Uso Compasivo, cada 30 a 60 días.

Resultados: Las características de los pacientes son: Edad: 41,6 años \pm 18,1 (15-66); Sexo: 2 hombres y 5 mujeres. Diagnóstico: 5 pacientes están diagnosticados de síncope vasovagales malignos, siendo 4 de ellos resistentes a otros tratamientos anteriores ensayados como fluoxetina, paroxetina, atenolol, etilefrina, fludrocortisona y uno de estos pacientes tiene marcapasos. En 1 caso se cambió el tratamiento previo con metoprolol por fibromialgia concomitante. La dosis más frecuente es de 5 mg c/8 horas, salvo el paciente con marcapasos que toma 10 mg c/8 horas. El tiempo medio de tratamiento con midodrina es de 15,1 meses \pm 7,9 (2-25). El tratamiento ha sido bien tolerado, no observándose en ningún caso efectos adversos y todos los pacientes han respondido: se ha reducido el número de síncope drásticamente. Incluso la paciente

de 15 años con síncope diarios ha podido volver a clase haciendo vida normal y en otra paciente ha evitado la implantación de un marcapasos.

Conclusiones: Los pacientes que están en tratamiento de uso compasivo con midodrina para los síncope vasovagales han respondido favorablemente y no se han observado efectos adversos hasta ahora, pero se hace necesario su seguimiento. La autorización de uso compasivo de midodrina en estos pacientes ha permitido que el farmacéutico dispense la medicación y participe en su control.

155. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN QUERATITIS SEVERA POR ACANTHAMOEBA. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Rodríguez Marrodán, P. Calabuig Martínez, A. Torralba Arranz, M. Vaquero Ruano, V. Saavedra Quirós y E. García Sanz

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

La terapia de Acanthamoeba se centra en el tratamiento tópico con diamidinas y biguanidas. Las diamidinas disponibles incluyen la propamidina 0,1% y la hexamidina 0,1% y las biguanidas la polihexametilenobiguanida (PHMB) 0,02% y la clorhexidina 0,02%. Estudios in vitro han demostrado un efecto aditivo/sinérgico entre ambos grupos de fármacos. Ninguno de estos grupos de fármacos se encuentra comercializado en nuestro país.

Objetivo: Describir la evolución de la enfermedad y la gestión farmacéutica realizada para garantizar el tratamiento de una paciente con queratitis severa en ojo izquierdo con grave disminución de agudeza visual por Acanthamoeba durante un año.

Material y métodos: Revisión de la historia clínica, del archivo de solicitudes de usos compasivos y medicamentos extranjeros y entrevista a la paciente en la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia donde la paciente acude periódicamente a retirar la medicación.

Resultados: Paciente de 22 años de edad portadora de lentes de contacto y que ha realizado un viaje reciente a México. Se inicia tratamiento con colirios de ofloxacino y tobramicina y antibióticos por vía oral (amoxicilina/clavulánico). Los resultados microbiológicos de raspados y exudados fueron negativos para bacterias, hongos y protozoos y el del líquido conservador de lentillas positivo para Candida glabrata. Tras el empeoramiento de la paciente se añade al tratamiento colirio de propamidina 0,1%. Un mes más tarde se objetiva progresión de la enfermedad corneal no observándose respuesta al tratamiento. Se sospecha diagnóstico de queratitis por Acanthamoeba, por lo que se instaura tratamiento para ello observándose discreta mejoría del cuadro. Dicho tratamiento se inicia con diamidinas (suministrados por Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios como Medicamentos Extranjeros) a los que se les asocia en un primer momento la clorhexidina 0,02% y posteriormente la PHMB 0,02% (disponible desde Moorfields Eye Hospital, Londres como fórmula magistral). Como antiinflamatorio se asocia la ciclosporina. La paciente evoluciona con leucoma severo, graves complicaciones y neovascularización superficial y profunda de la cornea. Se prepara para trasplante de cornea un año después del inicio del tratamiento. Dada la intensidad de la neovascularización se considera que tiene un alto porcentaje de rechazo inmunológico por lo que se solicita uso compasivo para el tratamiento con bevacizumab subconjuntival y tópico que se elaboraron en el Servicio de Farmacia. La paciente evoluciona satisfactoriamente.

Conclusiones: Importancia de la implicación del farmacéutico de hospital el tratamiento de muchas patologías como la queratitis por Acanthamoeba por inexistencia de formas farmacéuticas indicadas en dicha patología comercializadas en España. De los cuatro fármacos antiamebianos dos (propamidina y hexamidina) se trami-

taron como medicamentos extranjeros, uno (polihexametilenobiguanida) como uso compasivo y otro se elaboró como fórmula magistral en el Servicio de Farmacia (clorhexidina). La ciclosporina y el bevacizumab se solicitaron como uso compasivo. La entrevista al paciente en la Unidad de Pacientes Externos evidenció un uso inadecuado del colirio de clorhexidina 0,02%, por lo que se le suspendió el tratamiento a la espera del suministro de PHMB 0,02% desde Moorfields.

Conflicto de intereses: Ninguno.

282. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES VIH A TRAVÉS DE LA COMBINACIÓN DE MÉTODOS DIRECTOS E INDIRECTOS

M.V. López López, S. Martín Clavo, M.S. Rivero Cava, P. Gemio Zumalave, M.J. Izquierdo Pajuelo y F.J. Liso Rubio

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Objetivos: Analizar la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) de los pacientes mediante la combinación del cuestionario y registro de dispensaciones (métodos indirectos) y la carga viral y el nivel de CD4 (métodos directos) determinando así, por primera vez, el perfil de nuestros pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes infectados por VIH en TAR, mayores de edad, que recogen la medicación bimensualmente en la Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia desde noviembre del 2008 a febrero del 2009. Para el estudio se elaboró una hoja de recogida de datos influyentes en la adherencia de cada paciente, registrándose: nombre, sexo, fecha de inicio del TAR, otras infecciones: VHC/VHB, N° comprimidos/día, carga viral, nivel de CD4 y reacciones adversas presentadas, el conocimiento de la posología e importancia del TAR. Se realizó a todos los pacientes en la entrevista, el cuestionario de adherencia Simplified Adherent Questionnaire (SMAQ) simplificado, para en función de sus respuestas establecer su grado de cumplimiento y se valoró la adherencia mediante ADHMD (Adherencia en múltiples intervalos de dispensación) = n° días dispensación acumulados/n° total días hasta siguiente dispensación. Se estableció como inadherente si contestaba, al cuestionario SMAQ, positivamente alguna pregunta cualitativa, o si dejaba de tomar más de dos dosis en la última semana o estaba más de 2 días sin medicación en los últimos 2 meses y adherente, según el registro de dispensaciones, cuando ADHMD \geq 95%.

Resultados: Se realizaron 176 encuestas a 124 pacientes (90 hombres y 34 mujeres) de los cuales 48 pacientes habían iniciado TAR en los últimos 2 años, 41 presentan VHC y 8 VHB. El 70% de los pacientes tomaban más de un comprimido al día y el 30% sólo uno. La carga viral era indetectable o menor de 50 copias/ml en 78% de los pacientes y el nivel de CD4 era mayor de 350 cell/ μ l en el 70%. Las reacciones adversas más frecuentes fueron dislipemia, en 44 pacientes, seguidas de las alteraciones gastrointestinales y del sueño y lipodistrofia. Según el cuestionario SMAQ, sólo 83 pacientes (67%) son buenos adherentes de los cuáles, 26 pacientes (31%) toman un único comprimido al día y en cambio, con respecto a las dispensaciones, se observa un porcentaje mayor de adherencia del 80%. El 95% de los pacientes conocen la pauta posológica a seguir y la importancia que tiene el tratamiento farmacológico en la enfermedad.

Conclusiones: La combinación de varios métodos ha sido muy eficaz para determinar la adherencia total en nuestros pacientes ya que la valoración de la adherencia a través de los registros de dispensación sobrestima el cumplimiento del paciente y en cambio la entrevista individualizada permitió conocer los problemas de adherencia reales y actuar sobre ellos. El grado de adherencia se relaciona bien con la carga viral y el nivel de CD4. A la vista de los resultados, sería necesario, un programa de atención farmacéutica

continuado para instaurar estrategias para potenciar y mejorar el nivel de adherencia al TAR en nuestros pacientes.

311. CUMPLIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE CITA PREVIA A PACIENTES EXTERNOS

A. Sánchez Castellón, M.A. Domingo Ruiz, E. Salas Martín y C.M. González Ponce

Hospital Rafael Méndez. Murcia. España.

Objetivos: Evaluar la intervención farmacéutica respecto al grado de cumplimiento de las normas de dispensación en los días establecidos en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) del Servicio de Farmacia de un hospital general de área, con el fin de mejorar el seguimiento farmacoterapéutico y la organización de las diferentes tareas del Servicio.

Material y métodos: Se analizan los registros de dispensación desde julio hasta diciembre de 2007 (dispensación sin cita previa) y se compara con el mismo período del año 2008 (dispensación con cita previa). En la hoja de seguimiento y dispensación de cada paciente se asignaba la cita para recoger la medicación, estableciéndose con preferencia los días martes y jueves. La variable estudiada fue el número de pacientes atendidos por día a lo largo de la semana.

Resultados: En el año 2007 fueron atendidos una media de 304 pacientes/mes frente a 340 pacientes/mes en el año 2008, lo que supone un incremento del 11,8%. Durante 2007 el lunes asistieron un 13,97% pacientes vs 11,66% en 2008, martes 25,53% vs 29,40%, miércoles 19,51% vs 13,18%, jueves 26,25% vs 31,06% y viernes 14,74% vs 14,70%. En el año 2007, la asistencia de los pacientes a la UFPE varía desde un mínimo de 6,03% entre martes y miércoles, a un máximo de 11,56% entre lunes y martes. En el año 2008, las diferencias varían desde un 16,22% entre martes y miércoles a un 17,88% entre miércoles y jueves. El porcentaje de pacientes atendidos durante el 2007 en los días lunes/miércoles/viernes fue 48,22% y en martes/jueves 51,78%, lo que supone un incremento del 3,56%; mientras que en el año 2008, lunes/miércoles/viernes 36,54% y martes/jueves 60,46%, con un incremento del 23,92%.

Conclusiones: La intervención farmacéutica en la dispensación de medicamentos a pacientes externos mediante citación previa es aceptada de forma positiva por los pacientes adaptándose a los días establecidos, lo que permite mejorar la atención farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico, así como la organización interna, la gestión de stocks de medicamentos y el funcionamiento del Servicio de Farmacia.

554. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

A.B. Muñoz Martín, L.A. Jiménez Labaig, A.M. López González, E. Abad Lecha y M.T. Sánchez Sánchez

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Objetivo: Evaluar el grado de adherencia de las distintas terapias utilizadas en el tratamiento de la Esclerosis Múltiple (EM); interferones beta-1b, 1a, acetato de glatirámico y natalizumab, y el coste de la medicación acumulada por los pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de un año de duración (enero-diciembre 2008). Se incluyen todos los pacientes que han recogido medicación en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) y a los que se ha administrado natalizumab en el Hospital de Día. El grado de adherencia al tratamiento se estima por diferencia entre las unidades de medicamento que deberían dispensarse, según la posología de cada medicamento durante un año de tratamiento, y las unidades de medicamento registradas electrónicamente en el módulo Dispensación a Pacientes Externos

del programa Dominion versión 4.3-Rev. 8.06. El resultado se expresa en tanto por ciento. Se determina el número de abandonos y sus causas. Se realiza la valoración económica de la medicación acumulada en el domicilio del paciente y se hace un cálculo global. Durante el período de estudio las dispensaciones de medicación son mensuales, para inicios y cambios de tratamiento, y si no se detectan problemas relacionados con la medicación se procede a dispensar cada dos meses. De enero-junio un farmacéutico informa a los pacientes verbalmente. De julio-diciembre, la Atención Farmacéutica está planificada, con citación previa del paciente a través de agenda de consulta y los farmacéuticos le facilitan información oral y por escrito.

Resultados: Durante el estudio se incluyen 140 pacientes (73% mujeres y 27% hombres), con una edad media de 37 años (19-66). Las formas clínicas de la EM, en los pacientes tratados corresponden: un 92% a EM-Remitente Recidivante (EM-RR), 4% a EM-Secundaria Progresiva (EM-SP) y en un 4% de los pacientes el diagnóstico no está registrado en el SFH. El 24% de los pacientes se trata con Avonex®, 47% con Betaferon®, 15% con Copaxone®, 9% y 0,7% con Rebif 44 µg y Rebif® 22 µg respectivamente y 4,3% con Tysabri®. La adherencia global al tratamiento es 96,5% y sólo un paciente del grupo de Betaferon® abandona el tratamiento por falta de eficacia a éste y otros tratamientos anteriores. Se retrasa la administración de una dosis de Tysabri® por mala tolerancia hepática. Según los registros del SFH se ha prescrito Avonex® y Rebif® 44 µg a dos pacientes con EM-SP, indicación no aprobada. El coste medio de la medicación acumulada por paciente/año en su domicilio es de 218 € y el coste total asciende a 30.520 €.

Conclusiones: -El grado de adherencia al tratamiento de los pacientes con EM es elevado, 96,5%. -El coste de la medicación acumulada por los pacientes es elevado, pero debemos tener en cuenta varios aspectos: la frecuencia de administración del tratamiento y la dependencia física de los pacientes. -En el 98,5% de los pacientes, los medicamentos se utilizan en indicaciones aprobadas en ficha técnica; no se evidencian diferencias entre las prescripciones de tratamiento antes y después de la disolución del Comité Asesor para el tratamiento de la EM.

559. REVISIÓN DEL USO DE MICOFENOLATO DE MOFETILO EN INDICACIONES "OFF LABEL" EN UN HOSPITAL GENERAL

P. Martín Andrés, E. Lacalle Fabo, I. Aranguren Ruiz, M.T. López Mancha, A. Ferro Uriguen y J.J. Elizondo Armendáriz

Hospital Virgen del Camino. Navarra. España.

Introducción: Micofenolato de mofetilo (MMF) es un inmunosupresor indicado para la profilaxis del rechazo agudo de trasplante renal, cardíaco o hepático. Además de en esta indicación, el MMF se utiliza en otras indicaciones no aprobadas, mediante su tramitación por uso compasivo.

Objetivo: Realizar una revisión de las indicaciones de uso compasivo para las que se dispensa el MMF en la consulta de pacientes ambulatorios de un hospital general, describir las condiciones de uso y evaluar su utilidad terapéutica y seguridad en función de la evolución clínica de los pacientes.

Método: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes en tratamiento con MMF desde enero de 2007 hasta abril de 2009. Los datos se han recogido a partir de las solicitudes de uso compasivo, el programa informático de dispensación a pacientes externos y la Historia Clínica Informatizada disponible en el hospital.

Resultados: Durante el período estudiado, recibieron tratamiento con MMF 16 pacientes, 75% (12) mujeres, de edad media 37 (8-54) años, de los cuales 9 eran de nefrología, 5 de medicina interna y 2 pacientes de pediatría. Los diagnósticos fueron: 8 lupus eritematoso sistémico (50%), 2 glomerulonefritis de cambios mínimos

(12,5%), 1 glomerulonefritis membranosa (6,25%), 1 granulomatosis de Wegener (6,25%), 1 síndrome de Berges (6,25%), 1 poliquistosis renal (6,25%), 1 panarteritis nodosa (6,25%) y 1 polimiositis (6,25%). Antes de comenzar el tratamiento con MMF, los pacientes presentaban frecuentemente descompensaciones de su enfermedad, en 14 de los casos manifestada como síndrome nefrótico (SN) recidivante con deterioro progresivo de la función renal, en 1 paciente como aparición de crisis epilépticas parciales y en otro con afectación muscular, a pesar de recibir previamente corticoides e inmunosupresores (azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina A o tacrolimus). La dosis de MMF asociada a dosis bajas de corticoides fue variable entre 0.5 a 2 g día. El tiempo medio de tratamiento en estos pacientes fue de 12 (1-24) meses. En cuanto a la evolución clínica, en el 75% de los casos se ha logrado estabilizar su situación clínica (62,5% por control de las recidivas de SN, en el 6,25% por reducción en el número de crisis epilépticas y en el 6,25% por mejora de los síntomas musculares). En el 18,75% restante no se ha conseguido estabilizar los síntomas de la enfermedad y el 6,25% ha cambiado de tratamiento por falta de eficacia. No hubo efectos adversos relevantes durante el tratamiento.

Conclusiones: MMF se utiliza como uso compasivo en patologías de carácter autoinmune, como alternativa terapéutica en pacientes refractarios a tratamiento convencional. En esta serie de pacientes, se han obtenido buenos resultados en el control de la patología de base y no se han observado efectos adversos relevantes.

655. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ADEFOVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA ANTÍGENO E NEGATIVO

N. Pola Robles, J. Rigau Cañardo, L. Val Prat, M. Roca Andreu, A. Martí Ibáñez y M.P. Mas Lombarte

Fundació Hospital Asil de Granollers. Barcelona. España.

Objetivos: Valoración de la eficacia y la cinética viral a las 24 y 54 semanas de tratamiento con adefovir en pacientes con Hepatitis B AgHBe negativo. Valoración de su toxicidad renal y suspensión por aparición de efectos adversos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes con hepatitis B crónica AgHBe negativo que no habían recibido nunca tratamiento con fármacos análogos nucleósidos con actividad anti-VHB y que iniciaron tratamiento con adefovir desde mayo del 2004 hasta febrero del 2008, completando al menos 6 meses de tratamiento. Como criterios de valoración de la eficacia se utilizaron: la respuesta bioquímica, definida como la normalización de las concentraciones de ALT ($\leq 1, 0 \times \text{LSN}$) y la respuesta virológica, definida en pacientes HBe Ag negativo, como la reducción respecto a la carga viral (CV) basal así como la proporción de pacientes que la negativizan (ADN < 300 copias/ml). Se calculó el cumplimiento farmacológico mediante el registro de dispensación de farmacia. Se determinó la creatinina sérica basal y al año de tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes (66,7% hombres), con una media de edad de 48,8 años (IC95% 43,69-54,08). La carga viral basal media fue de 6,1423 (IC 95% 5,51-6,78) \log_{10} copias /ml. El valor medio de ALT al inicio de tratamiento fue de 134,27 (IC95% 83,7-178,85) UI/L.

Resultados: A las 24 semanas: doce pacientes consiguieron una reducción $> 2\log_{10}$, alcanzando 9 de ellos CV < 300 copias/ml. Dos pacientes presentaron una reducción < 2 y $1 > = \log_{10}$ y 4 pacientes su reducción de CV fue $< 1 \log_{10}$, el cumplimiento de estos 6 pacientes fue superior al 95%. El 54% de los pacientes normalizaron su ALT. A las 54 semanas: de los 12 pacientes que a las 24 semanas habían reducido $> 2\log_{10}$, sólo 2 casos no negativizaron su CV, realizando éstos dos, un cumplimiento farmacológico en este se-

gundo semestre del 45% y del 72%. De los 2 pacientes que presentaron una reducción < 2 y $1 > = \log_{10}$, uno de ellos negativizó su CV. De los 4 pacientes en que su reducción a las 24 semanas fue $< 1\log_{10}$ ninguno consiguió negativizar su CV. El 61,9% de los pacientes normalizaron su ALT. Del total 61,1% consiguieron CV < 300 copias/ml. El fármaco fue bien tolerado, no se suspendió en ningún caso por aparición de efectos adversos. No hubieron diferencias significativas entre la creatinina sérica basal y al año de tratamiento.

Conclusiones: Los resultados de eficacia y seguridad obtenidos son coherentes con los estudios publicados. La cinética viral a las 24 semanas de tratamiento es un posible valor predictivo de la negativización de CV al año de tratamiento. Faltarían más estudios que ampliaran el número de pacientes con el fin de obtener los diferentes intervalos de reducción y sus valores predictivos asociados. Es necesario comprobar el cumplimiento farmacológico en caso respuesta subóptima antes de plantearse un cambio de fármaco.

715. APLICACIÓN INFORMÁTICA PARA EVALUACIÓN DE ADHERENCIA EN ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS

C. Iniesta Navalón, J.M. Alonso Herreros, F.J. Franco Miguel, E. Urbieto Sanz y M.T. Antequera Lardón

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Objetivo: Describir sistema de evaluación de la adherencia y seguimiento de pacientes externos mediante el desarrollo de aplicación informática.

Material y métodos: La aplicación se desarrolló en Microsoft Access 2003 y se instaló en la red informática del Servicio de Farmacia con acceso restringido al farmacéutico y al auxiliar del área de pacientes externos. La aplicación permite el registro de datos personales del paciente, NHC, edad, sexo y diagnóstico. Mediante un formulario se introducen 2 tipos de datos: A) Datos farmacoterapéuticos (nº de medicamentos hospitalarios que toma al día, nº de tomas/día, otros medicamentos que toma, unidades dispensadas y fecha de dispensación). B) Datos adherencia basados en el test de Morinsky Green (test M-G): ¿Olvida siempre tomar la medicación? ¿A veces descuida tomar la medicación? Cuando se siente mejor, ¿algunas veces deja de tomar la medicación? Cuando se siente mal, ¿algunas veces deja de tomar la medicación? Mediante una macro se calcula el grado de adherencia al tratamiento según el test M-G y chequea el resultado con el registro de dispensaciones. El resultado se archiva automáticamente en una tabla para realizar posteriormente un seguimiento de los pacientes y medir el impacto de las intervenciones farmacéuticas. Consideramos pacientes con posibles problemas de adherencia según dos criterios: puntuación en test M-G inferior a 3 y en todos aquellos en los que el rango de fechas de dispensación estaba fuera del rango establecido de ± 5 días.

Resultados: El auxiliar de farmacia del área de pacientes externos realiza el cuestionario en el momento de realizar la dispensación a los pacientes programados. Aquellos en los que pueden presentar problemas de adherencia según los dos criterios mencionados son derivados al farmacéutico responsable del área para realizar la intervención oportuna con el objeto de reforzar el cumplimiento terapéutico. A pesar de ser una herramienta diseñada para filtrar pacientes externos con problemas de adherencia con cualquier patología, en los primeros 6 meses (octubre 08-marzo 09) tras la implantación de la misma se realizó el cuestionario exclusivamente a los que estaban con tratamiento antirretroviral diagnosticados de VIH. Durante este período se han realizado 274 cuestionarios que corresponden a 192 pacientes. El 29,2% de los pacientes (n = 56) fueron remitidos al farmacéutico por detectar posibles problemas de adherencia, presentado el 4,7% (n = 9) una puntuación del test M-G inferior a 3, el 18,2% (n = 35) y 10,9% (n = 21)

una puntuación de 3 y 4 respectivamente pero con fecha de dispensación fuera del rango establecido.

Conclusiones: 1. La aplicación informática constituye una herramienta eficaz para realizar seguimiento y evaluación de la adherencia a pacientes externos. 2. Permite al auxiliar de farmacia realizar un triage de pacientes con problemas de adherencia y ayuda a priorizar las intervenciones del farmacéutico. 3. Es de gran utilidad para medir el impacto de las intervenciones y una valiosa fuente de información sobre los factores que condicionan el cumplimiento terapéutico.

793. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BOSENTÁN EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN INDICACIONES NO AUTORIZADAS

P. Iglesias Neiro, R. Olivera Fernández y G. Piñeiro Corrales

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de bosentán en el tratamiento de la hipertensión pulmonar (HP) en nuestro hospital para indicaciones no autorizadas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que recibieron bosentán para el tratamiento de la HP en indicaciones no incluidas en ficha técnica desde abril de 2003 hasta febrero 2009 en nuestro hospital. Los datos se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas de los pacientes y del programa de dispensación a pacientes externos (Dipex). Para la evaluación de la eficacia se recogieron datos de presión sistólica arterial pulmonar (PSAP). La seguridad del tratamiento se valoró en función de la elevación de las transaminasas hepáticas. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

Resultados: En el período de estudio ocho pacientes (4 mujeres) recibieron bosentán para la HP en indicaciones no aprobadas. La media de edad al comienzo del tratamiento fue de 66,9 ± 9,15 años. Todas las solicitudes de tratamiento se tramitaron como usos compasivos. Las indicaciones para las que se utilizó bosentán fueron: HP post-embólica (n = 4), HP asociada a fibrosis pulmonar idiopática (n = 2), síndrome de Eisenmenger (n = 1), e HP secundaria a valvulopatía cardíaca (n = 1). Todos los pacientes recibieron bosentán a dosis de 62,5 mg/12 horas durante 4 semanas y 125 mg/12 horas posteriormente. Previos al inicio del tratamiento todos los pacientes se encontraban en clase funcional III según la clasificación de la New York Heart Association y la PSAP media era: 82,9 ± 20,43 mmHg. El tiempo transcurrido hasta el empeoramiento clínico (adición de un segundo fármaco o exitus) fue de 24,3 ± 13,15 meses. La media de PSAP a los 15 ± 3,5 meses de tratamiento fue de: 80,3 ± 18,89 mmHg. La diferencia entre PSAP al inicio y en ese momento no fue estadísticamente significativa (p = 0,744). Hasta febrero de 2009 la evolución de los pacientes fue: 2 fallecieron y a 5 se les añadió un segundo fármaco por falta de eficacia. En una paciente se suspendió el tratamiento a los 7 meses por elevación de las transaminasas (GOT = 405 UI/L y GPT = 271UI/L). Esta paciente no fue incluida en la valoración de la eficacia. El caso se comunicó mediante tarjeta amarilla al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad Autónoma, que clasificó la causalidad de la reacción adversa como "definida". En el resto de los pacientes las transaminasas permanecieron normales o con elevaciones ligeras que no motivaron la modificación del tratamiento.

Conclusiones: Bosentán en el tratamiento de la HP en indicaciones no aprobadas no ha mostrado disminución significativa de los valores de PSAP, si bien destaca el tiempo transcurrido hasta el empeoramiento clínico. Se trata de un medicamento bien tolerado, sólo en un paciente (11,1%) fue necesario suspender el tratamiento debido a la elevación de las transaminasas.

925. USO Y EFICACIA DE ERITROPOYETINA EN SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS DE ACUERDO A FACTORES PREDICTIVOS POSITIVOS

S. Vázquez Troche, B. López Virtanen y M. Rodríguez María

Hospital El Bierzo. León. España.

Objetivos: La eritropoyetina (EPO) mejora la anemia en pacientes con síndromes mielodisplásicos (SMD) pero su eficacia es relativamente baja y el tratamiento es caro. Su uso está recomendado por las guías NCCN para el tratamiento sintomático de la anemia en SMD (International Prognostic Scoring System -IPSS- bajo e intermedio I, anemia sintomática y niveles EPO sérica ≤ 500 mU/mL, añadiendo G-CSF en pacientes con anemia resistente con sideroblastos en anillo -ARSA-). Según metaanálisis publicados, existen pacientes con factores predictivos de respuesta aceptable: necesidades bajas de transfusión (< 2 unidades/mes), EPO sérica ≤ 500 mU/mL, y pacientes sin sideroblastos en anillo. El objetivo del estudio es evaluar el uso y eficacia de EPO en SMD de acuerdo a estos factores predictivos positivos.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo del 100% de los pacientes tratados con EPO durante los años 2006-2009. Se recogieron datos de Silicon®, informes de inicio de tratamiento y registros de analíticas de laboratorio (Hb, niveles de EPO sérica, plaquetas y neutrófilos). La respuesta se midió a las 4 y 8 semanas del inicio del tratamiento, definiendo la respuesta terapéutica como incremento de Hb superior a 1 g/dL de acuerdo a la ficha técnica de epoetina alfa.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes con SMD (edad media 69,2 años, DE 6,4, rango 68-85); 5 hombres y 3 mujeres. Enfermedades mielodisplásicas y mieloproliferativas n = 1, síndrome mielodisplásico inclasificable n = 1, anemia resistente con sideroblastos en anillo (ARSA) n = 3, citopenia resistente con displasia multilineaje (CRDM) n = 3. IPSS bajo e intermedio I en 6 pacientes y desconocido en 2 pacientes. Los requerimientos transfusionales fueron bajos en un 100% de los pacientes. Se determinaron niveles basales de EPO sérica en 7 de los 8 pacientes, siendo ≤ 500 mU/mL en el 100% de pacientes. El valor medio de Hb basal fue 7,95 g/dL (DE 0,52, rango 7,3-8,6). La dosis media EPO semanal inicial fue de 58.700 UI (DE 18.800, rango 30.000-80.000), se adapta a las recomendaciones publicadas (40.000-60.000 UI/1-3 veces por semana). Se obtuvo respuesta a las 4 semanas en un 50% (4/8 pacientes), manteniéndose la respuesta a las 8 semanas en 2 de ellos (ambos con ARSA a tratamiento con G-CSF). En 2 pacientes que no alcanzaron respuesta a las 4 semanas, se obtuvo a las 8 semanas (ambos CRDM). Los niveles de Hb en sangre durante la utilización de EPO se mantuvieron dentro del intervalo de hasta 12 g/dL en la totalidad de los pacientes de acuerdo a las últimas recomendaciones publicadas sobre seguridad en la utilización de EPO. En 3 pacientes con ARSA se añadió G-CSF (filgrastim). No se produjo trombocitopenia ni neutropenia en ningún paciente durante el tratamiento con EPO.

Conclusiones: El tratamiento con EPO de la anemia en SMD se adecua a las guías de práctica clínica en cuanto a factores predictivos de respuesta, observándose una buena respuesta al tratamiento a las 4 y 8 semanas de tratamiento. Definir grupos de pacientes con factores predictivos de respuesta permite una mejor utilización de los recursos.

941. EFICACIA DE ENTECAVIR EN PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA

S. Martín Clavo, S. Rivero Cava, M.J. Izquierdo Pajuelo, P. Gemio Zumalave, M.V. López López y F.J. Liso Rubio

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Objetivo: Analizar la eficacia de entecavir (ETV) en el tratamiento de pacientes con hepatitis B crónica (HBC).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con HBC en tratamiento con ETV desde enero 2008-abril 2009. La información se obtuvo de las historias clínicas y del programa de dispensación a pacientes externos (Dominion®), registrándose los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, tratamiento, dosis, tratamientos previos, datos analíticos (alanina aminotransferasa (ALT)), presencia de antígeno e (HBeAg), antígeno de superficie (HBsAg), anticuerpos específicos (anti-HBs y anti-HBe) y carga viral (ADN-VHB). La respuesta se definió en base a dos criterios: respuesta bioquímica (normalización de los niveles de ALT (5-31 UI/l) y respuesta virológica (niveles indetectables de ADN-VHB o < 1,47 log UI/ml considerándose una buena respuesta la caída de 2 o más log₁₀ entre una carga viral basal y una segunda medición). En pacientes HBeAg+ se valoró la negativización del HBeAg y la aparición de Anti-HBe.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes (5 hombres y 1 mujer), con una edad media de 41,7 años (37-48). Cuatro pacientes estaban en tratamiento con ETV en monoterapia (1 HBeAg+ y 3 HBeAg-) y 2 en tratamiento combinado con adefovir (ADF), ambos HBeAg-. La duración media del tratamiento con ETV en monoterapia fue 7,2 meses (4,3-12,3) y 3,8 meses (2,9-4,6) con el tratamiento combinado. De los pacientes en tratamiento con ETV en monoterapia, dos habían recibido tratamiento previo con interferón. De los pacientes con tratamiento combinado ambos habían recibido tratamientos previos con lamivudina, ADF o asociación de ambos. La dosis de ETV fue de 0,5 mg/día en pacientes naïve no tratados previamente con análogos de nucleósido (AN) y 1 mg/día en pacientes con tratamiento previo con AN. Para los pacientes en tratamiento con ETV en monoterapia, la media de los valores basales y finales de carga viral fueron 4,5 log UI/ml (1,42-7,36)/0,9 log UI/ml (0-2,42) y 230,5 UI/l (85-622)/39,5 UI/l (22-74) de ALT, lo que representa una disminución del 70% y del 82,9% para la carga viral y para ALT, respectivamente. La respuesta virológica y bioquímica se consiguió en 3 de los 4 pacientes (75%). 2 pacientes consiguieron respuesta completa (virológica y bioquímica). Además el paciente HBeAg+ negativizó el HbeAg con seroconversión (anti-HBe positivo). En otro paciente, aunque no negativizara la carga viral, existió una buena respuesta. Para los pacientes en tratamiento con ETV combinado con ADF la media de los valores basales y finales de carga viral fueron 6,08 log UI/ml (4,13-8,04)/ 4,09 log UI/ml (2,9-5,29) y 84,5 UI/l (57-112)/ 99,5 UI/l (58-141) de ALT; lo que representa una disminución del 32,7% para la carga viral y un aumento del 15% para ALT. En ninguno de los pacientes se logró respuesta virológica o bioquímica.

Conclusiones: La respuesta al tratamiento obtenida en nuestros pacientes es mayor en pacientes naïve con ETV en monoterapia que en aquellos con tratamiento combinado previamente tratados. La asociación de ETV con ADF redujo la carga viral aunque no consiguió normalizar la ALT. La resistencia a tratamientos previos justificaría una peor respuesta y sería necesario un seguimiento más prolongado para determinar la eficacia de la asociación.

953. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE LENALIDOMIDA

C. Martínez Nieto, A. Aguilar Ros, A. Ibáñez Zurriaga, H. Casas Agudo, I. Domingo Martín y A. Morell Baladrón

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Introducción: Lenalidomida es un fármaco con propiedades antineoplásicas, antiangiogénicas, proeritropoyéticas e inmunomoduladoras. Se utiliza en pacientes con mieloma múltiple (MM) y con síndrome mielodisplásico (SMD). Sin embargo, solamente está autorizada la indicación de mieloma múltiple en combinación con dexametasona y en segunda línea de tratamiento. Dado que alguna de las aplicaciones terapéuticas de este fármaco no está autorizada,

pero se utiliza ampliamente como uso compasivo, es interesante aumentar el conocimiento sobre eficacia y seguridad que avalen este uso compasivo.

Objetivo: Estudiar la utilización de lenalidomida: indicaciones, efectividad y seguridad.

Material y métodos: Estudio observacional de una serie de pacientes con tratamiento de lenalidomida en el área sanitaria de influencia del hospital desde enero de 2007 hasta marzo de 2009. Los datos proceden de las entrevistas personales a los pacientes en el momento de la dispensación, y de los registros obtenidos del módulo de dispensación a pacientes externos (Dominion®). Además se recogieron datos procedentes de las historias clínicas del programa de datos clínicos de la intranet del hospital. La información recogida fue: diagnóstico, tratamientos anteriores (talidomida, dexametasona, etc.), uso compasivo, posología, duración de tratamiento y reacciones adversas observadas.

Resultados: Indicaciones: en el período estudiado, se trataron 39 pacientes (20 mujeres, 19 hombres). De ellos 15 (38%) estaban diagnosticados de síndrome mielodisplásico (SMD) y 24 (62%) de mieloma múltiple. Los pacientes diagnosticados de SMD fueron tratados con lenalidomida en uso compasivo. Todos los pacientes recibieron ciclos de 28 días, 21 de tratamiento y 7 días de descanso. El número de ciclos recibido por los pacientes fue muy variable (2 a 16). Datos de efectividad: actualmente siguen en tratamiento 20 pacientes (6 con SMD y 14 con MM) y 19 han dejado el tratamiento. De los pacientes que no continúan en tratamiento, en 7 hubo ausencia de respuesta y progresión de la enfermedad (2 con SMD y 5 con MM), por lo que se suspendió el tratamiento. En 5 se produjo mejoría (4 con SMD y 1 con MM), con remisión parcial. Datos de seguridad: las reacciones adversas fueron motivo de disminución de la dosis inicial o abandono del tratamiento. En cinco pacientes la dosis recomendada de 25 mg se redujo a 15 mg y en dos de ellos, hubo una segunda reducción a 10 mg. Tres pacientes no toleraron el tratamiento por reacciones adversas. Tres fueron éxitus, y uno abandonó el tratamiento sin que se disponga de datos de seguimiento.

Conclusiones: Por los datos obtenidos, lenalidomida parece ser un fármaco con aceptable tolerancia, pudiendo ser un tratamiento farmacológico para pacientes con síndrome mielodisplásico o, en segunda línea, para pacientes con mieloma. Aunque la mejoría de cuatro pacientes con SMD (27%) pueda parecer un resultado discreto hay que tener en cuenta que la única alternativa terapéutica para estos pacientes, hasta el presente, es la aplicación de continuas transfusiones sanguíneas.

964. ANÁLISIS DE LOS TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

P. Rodríguez Gómez, E. Molina Cuadrado, R. Peña Pou, H. Mateo Carrasco, A. Pou Alonso y A. Sánchez Arcos

Hospital Torrecárdenas. Almería. España.

Objetivos: Estudiar el tratamiento modificador de la esclerosis múltiple y analizar los motivos de cambios o suspensiones de éste.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes que están en tratamiento y a los que se les dispensa medicación en el período enero-abril 2008. Las variables estudiadas fueron: sexo, datos relacionados con su tratamiento actual o previo (fármaco, fecha de inicio, fecha de fin por cambio o suspensión, efectos adversos) y datos del motivo del cambio o suspensión. Éstos se obtuvieron del programa de dispensación y de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Estaban en tratamiento 164 pacientes (110 mujeres y 54 hombres). De éstos, 60 recibían tratamiento con interferónβ-1b (36,6%), 45 (27,4%) con interferónβ-1a subcutáneo (11 (6,7%)

con 2 µg y 34 (20,7%) con 44 µg), 36 con interferón β-1a intramuscular (22,0%), 13 con acetato de glatirámero (7,9%) y 10 con natalizumab (6,1%). Se produjeron 29 modificaciones de tratamiento en 27 pacientes; a uno de ellos se le cambió el tratamiento en tres ocasiones y todos los demás sólo tuvieron una modificación de tratamiento. Dentro de estas modificaciones se realizaron 23 cambios y seis suspensiones. Los motivos de cambio fueron inefectividad (13 casos) y reacciones adversas (síndrome pseudogripal moderado (6), reacciones dermatológicas (2), hipersensibilidad en la zona de inyección (1) y necrosis cutánea (1)). Se modificó la terapia de un tipo de interferón a natalizumab en 10 casos, de un tipo de interferón a otro con otra dosis y/o otra pauta de administración en siete casos y de un tipo de interferón a acetato de glatirámero en seis ocasiones. Los pacientes a los que se les cambió el tratamiento a natalizumab habían estado con tratamiento una media de 72,8 meses (17-143 meses) y en todos la inefectividad fue la causa de cambio. Las causas de que se cambiara de un tipo de interferón a otro fueron: tres casos por síndrome pseudogripal moderado, reacciones dermatológicas en dos casos, hipersensibilidad en la zona de inyección en un caso y el caso restante por necrosis cutánea. Los motivos de cambio a acetato de glatirámero fueron intolerancia al interferón en cuatro casos e inefectividad en los dos restantes. Los casos de suspensión se produjeron en seis pacientes, cinco en tratamiento con interferón β-1b y el otro con interferón β-1a por vía intramuscular. La suspensión se debió a intolerancia al interferón con síndrome pseudogripal moderado-grave (cinco) y necrosis cutánea (uno).

Conclusiones: El tratamiento más prescrito es interferón β-1b, seguido de interferón β-1a intramuscular e interferón β-1a 44 µg subcutáneo prácticamente en igual número de pacientes. No se han producido muchas modificaciones de tratamiento lo que implica que el tratamiento para la esclerosis múltiple se mantiene en la mayoría de los casos estable. Los cambios de tratamiento de un interferón a natalizumab se han debido en todos los casos a inefectividad; los de un tipo de interferón a otro, a reacciones adversas en todos los casos y los de interferón a acetato de glatirámero a las dos causas. Las suspensiones de tratamiento han sido escasas y siempre motivadas por reacciones adversas debidas a interferón.

143. ANEMIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON BOSENTÁN

F. Gutiérrez Nicolás, J.L. Sánchez Serrano, E. Tevar Alfonso, I. González Perera, J. Merino Alonso y C. Romero Delgado

Hospital Universitario de Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. España.

Objetivos: Analizar la aparición de anemia asociada al uso de bosentán, en los pacientes tratados en los últimos años en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre pacientes tratados con bosentán desde abril de 2005 hasta diciembre de 2008, con una duración de tres a seis meses de tratamiento. La localización de los pacientes se realizó a través del programa Farmatools® y los datos analíticos mensuales del hemograma se extrajeron de la Intranet del Hospital. Se asoció estado anémico al consumo de bosentán cuando los niveles de hemoglobina de los pacientes descendieron más de 2 g/l y/o se produjo una reducción del hematocrito en un valor superior al 15%. Con el fin de evitar falsos positivos se excluyeron del estudio los pacientes que habían tenido una intervención quirúrgica la semana previa al descenso en la hemoglobina, los casos de anemia asociada a insuficiencia renal crónica y aquellos pacientes que estuvieran recibiendo fármacos que produjeran anemia como efecto adverso.

Resultados: De los 42 pacientes que habían recibido bosentán en el período de estudio, se analizaron los datos de los 32 que habían permanecido más de 6 meses con tratamiento y no cumplían nin-

guno de los criterios de exclusión. La distribución por sexos fue la siguiente: 10 hombres (31%) y 22 mujeres (69%). Atendiendo a la indicación del tratamiento, 17 pacientes (53%) sufrían algún tipo de Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) y 15 (47%) estaban en tratamiento por afecciones reumatológicas: isquemias digitales, Raynaud y úlceras digitales asociadas a esclerodermia. En 5 (15%) de los 32 pacientes tratados con bosentán durante un período superior a 6 meses se desencadenó un estado anémico, con un descenso medio en los niveles de hemoglobina del 19% (± 8%) y una caída media del hematocrito del 19% (± 4%).

Conclusiones: Tras el análisis realizado en los pacientes que cumplían los criterios del estudio hemos encontrado que en un 15% de los casos se produjo un estado anémico posiblemente asociado al tratamiento con bosentán. Hasta el momento, no se conoce el mecanismo por el cual el bosentán, y el resto de los antagonistas de los receptores de endotelina, provocan estas caídas en los niveles del Hc de forma dosis-independiente. Y consideramos que es importante el seguimiento de este parámetro analítico en este tipo de pacientes debido a las consecuencias que puede acarrear un estado anémico en los mismos.

224. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA AL PACIENTE CON NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA

L. Fuster Sanjurjo, L. Cea Pereira, B. Bardán García, A. Freire Fojo y A. García Iglesias

Hospital Arquitecto Marcide. Área Sanitaria de El Ferrol. A Coruña. España.

Objetivos: Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios de la consulta de atención farmacéutica al paciente con nutrición enteral domiciliaria (CONSULTANED) del Servicio de Farmacia e identificación de elementos susceptibles de mejora.

Material y método: Estudio descriptivo de corte transversal desarrollado entre el 20 de enero y el 10 de febrero de 2009 entre los usuarios de la CONSULTANED. Se diseñó una encuesta de satisfacción que contenía los siguientes ítems: a) datos del usuario y del paciente con nutrición enteral domiciliaria (edad, sexo y tiempo desde que acude a la consulta), b) 13 preguntas cerradas con 3 respuestas de escala Likert, estructuradas en 4 bloques: espacio físico y organización (4), dispensación (5), atención farmacéutica (3) y valoración global (1), y c) apartado de sugerencias. El farmacéutico, entregó la encuesta de satisfacción, anónima y voluntaria, a 200 usuarios que acudieron a la CONSULTANED durante el período del estudio.

Resultados: Setenta y siete de las 200 encuestas entregadas fueron cumplimentadas, porcentaje de participación: 38,5%. El 57,1% de los usuarios que participaron en el estudio eran mujeres (n = 44), el 31,2% (n = 24), acuden a la CONSULTANED desde hace más de 3 años, en el 50,6% de los casos (n = 39) su edad está comprendida entre los 41 y 60 años y el 46,8% trabajan (n = 36). En cuanto al perfil del paciente que atiende el usuario de CONSULTANED el 64,9% son mujeres (n = 50) y el 71,4% son mayores de 61 años (n = 55). El 57,1% de los encuestados considera que la localización de la CONSULTANED es buena, el 70,1% que el horario es suficiente, el 62,3% opina que es fácil contactar con el farmacéutico y el 53,2% que el tiempo hasta que le atienden es corto. Treinta y nueve encuestados (50,6%) valoraron la localización mala y/o el horario insuficiente. La cantidad dispensada en el 93,5% de las encuestas ha sido valorada como adecuada y el 63,6% de los usuarios encuestados opina que la dispensación es rápida; a pesar de ello, en el 53,2% de los casos casi nunca coinciden las citas de CONSULTANED con el resto de consultas, asimismo el 37,7% tiene dificultad para acudir a la consulta a menudo. En el 41,6% de los casos el farmacéutico informa sobre el uso de medicamentos, en

el 44,2% aporta toda la información sobre el tratamiento; por lo que el 44,1% lo considera útil para su estado de salud. En la valoración global el 75,3% de los usuarios se muestra satisfecho con la atención dada en la CONSULTANED.

Conclusiones: La encuesta evidencia un alto grado de satisfacción en la valoración global de los usuarios; a pesar de ello, el bajo porcentaje de usuarios que valora positivamente la atención farmacéutica dada en la CONSULTANED obliga a reflexionar y desarrollar medidas de actuación y mejora. Entre los elementos de mejora detectados relacionados con el espacio físico y organización, destacan la localización y ampliación de horario. Asimismo, la coordinación de citas de diferentes consultas, mejoraría la calidad de la atención al usuario de la CONSULTANED.

293. LENALIDOMIDA: CONTROL Y SEGUIMIENTO DESDE LA UNIDAD DE DISPENSACIÓN Y ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES AMBULATORIOS

L. Menéndez Naranjo, A. Mancebo González, M.J. Sánchez Garre, I. Concepción Martín, C. Bonillo García y A. De la Rubia Nieto

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Objetivos: La lenalidomida entre otros antineoplásicos orales se dispensa en el Servicio de Farmacia de nuestro hospital desde el 1 de enero de 2009 en relación a la instrucción 4/2008 emitida por el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud. El objetivo del estudio es evaluar la utilización de lenalidomida así como las posibles reacciones adversas (RAM) detectadas en la unidad de dispensación y atención farmacéutica a pacientes ambulatorios.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional de los pacientes en tratamiento con lenalidomida que recogen esta medicación en nuestro Servicio hasta el momento. La información se ha obtenido de la revisión del informe clínico, base de datos de dispensación a pacientes externos (Dipex 3.1) y registro de entrevistas farmacéuticas individualizadas a cada paciente.

Resultados: 14 pacientes en tratamiento con lenalidomida: 6 hombres, 8 mujeres, media 67,8 años. Del total, 10 fueron diagnosticados de mieloma múltiple habiendo recibido anteriormente otros fármacos, los otros 4 pacientes se autorizó tratamiento por la vía de uso compasivo (glioblastoma, linfoma del manto, amiloidosis y mieloma en origen con desarrollo de síndrome mielodisplásico 5q-). Las dosis recibidas fueron de 25 mg en 7 pacientes, 15 mg en 3, 10 mg en 3 y 5 mg en 1 paciente con una periodicidad de 21 días (ciclo) y 7 días de descanso. El gasto medio por paciente y ciclo fue de 5.883,36 euros. La media de ciclos dispensados por paciente es de 2,8. Lenalidomida se usó en tercera línea en 5 pacientes, en cuarta en 6 pacientes y en quinta línea en 3 pacientes. Respecto a los fármacos anteriormente utilizados en los 10 pacientes de mieloma múltiple encontramos: 6 pacientes recibieron quimioterapia con vincristina, adriamicina y dexametasona (VAD) y en 4 de ellos fue primer tratamiento. Bortezomib se usó en 8 pacientes, en 6 de ellos asociado a melfalán y en 2 de éstos se redujo dosis por neuropatía periférica. Talidomida se usó en 5 pacientes, de estos 4 manifestaron efectos adversos neurológicos. En relación al seguimiento de pacientes en 8 casos se ha realizado atención farmacéutica. En todos ellos se han recogido efectos adversos: diarrea (2), calambres musculares (2), neutropenia (2) en uno de estos se redujo la dosis de lenalidomida y se añadió al tratamiento C-GFS, anemia (1) con adición de EPO, insomnio (1), sequedad de boca (1), pérdida de reflejos (1).

Conclusiones: Lenalidomida se prescribe mayoritariamente para el tratamiento de mieloma múltiple en progresión y siempre se ha utilizado en patología refractaria o toxicidad a otros fármacos. Debido al elevado gasto farmacéutico que supone su uso y a las RAM detectadas se debe realizar un seguimiento a

estos pacientes. Ya que en nuestro hospital no existe un uso estandarizado de lenalidomida el Servicio de Farmacia debería participar en la elaboración de un protocolo conjuntamente con el Servicio de Hematología para situar el lugar terapéutico de lenalidomida y demás fármacos implicados en el tratamiento del mieloma múltiple.

319. OXIBATO SÓDICO EN EL TRATAMIENTO DE LA NARCOLEPSIA CON CATAPLEJÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Ramírez Alapont, C. Martí Gil, A. Ponz de Tienda, M. Jiménez Heredia y J. Magraner Gil

Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento de la narcolepsia con cataplejía con oxibato sódico (OS). La narcolepsia es una enfermedad crónica rara que cursa con somnolencia diurna excesiva (SDE). Un elevado porcentaje de estos pacientes presentan cataplejía. El tratamiento consiste en la utilización de estimulantes del SNC, pero su eficacia se limita a la SDE y no mejoran la cataplejía. El OS es el primer fármaco autorizado específicamente para la narcolepsia con cataplejía.

Material y métodos: Revisión de la historia clínica de un paciente que presenta narcolepsia con cataplejía. Seguimiento de su tratamiento mediante entrevistas mensuales para valorar la eficacia y seguridad del OS, adherencia al tratamiento y evaluación de su calidad de vida (CV) y su calidad de sueño (CS). Para ello se han utilizado escalas de medida unidimensionales: dos genéricas (Cuestionario CS y Cuestionario CV EuroQol) y una específica (Escala de Somnolencia EPWORTH), aplicándose antes del inicio del tratamiento con OS y siete meses después.

Resultados: Varón de 36 años diagnosticado de narcolepsia con cataplejía en 2001 con ataques de sueño diurnos de 10 años de evolución y 1 o 2 episodios de cataplejía casi todos los días aunque de corta duración. El test de latencias múltiples del estudio polisomnográfico confirmó dicha patología. Inició tratamiento con modafinilo, paroxetina y un plan de siestas programadas. Ante las molestias gástricas por modafinilo, se decidió cambiar a metilfenidato. El paciente presentó mejor respuesta, la hipersomnia quedó controlada, pero se incrementaron las pérdidas de tono indefinidas. Al referir mal descanso nocturno, se retiró la paroxetina y se pautó citalopram y amitriptilina. El OS se introdujo a finales de 2007, lo que permitió reducir las dosis de metilfenidato y citalopram y suspender la amitriptilina. Tras siete meses de buena tolerancia, la hipersomnia del paciente ha mejorado; sin embargo las puntuaciones en la escala EPWORTH (18-18) indican que no hay diferencias tras su tratamiento con OS. Es más, el paciente refiere ansiedad y aumento del apetito entre las dos dosis diarias. Por el contrario, las pérdidas de tono son menos frecuentes pero más duraderas (10 minutos). Con respecto a su CS, cabe destacar que con el OS presenta desvelos; sufre menos pesadillas, aunque ahora son mucho más realistas. Según las puntuaciones obtenidas tras aplicar el cuestionario EuroQol (8-6) el paciente ha mejorado su CV, aunque le incomoda el exceso de sudoración. Subjetivamente, el paciente cree que su CV no ha cambiado.

Conclusiones: Ante la escasez de alternativas para el tratamiento de la narcolepsia con cataplejía, el OS se ha mostrado seguro en el caso que nos ocupa. La dosis se está ajustando de acuerdo a su tolerabilidad y eficacia, constatándose mejora de su hipersomnia pero no de su cataplejía. Es necesario monitorizar los siguientes incrementos de dosis para demostrar si las pérdidas de tono muscular disminuyen. Proponemos la creación de un blog para evaluar en el tiempo la eficacia y seguridad del OS, así como la CV de los pacientes en esta rara enfermedad.

330. DISPENSACIÓN AL CENTRO DE SALUD DE MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO DESDE EL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA DEL HOSPITAL COMARCAL

C. Mora Herrera y P. Ventura López

Hospital Santa Bárbara. Ciudad Real. España.

Introducción: Según la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad, la prestación farmacéutica, comprende los medicamentos y productos sanitarios pero también el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según los requerimientos individuales durante el período de tiempo adecuado y al menos coste posible para ellos y la comunidad. Los Servicios de Farmacia Hospitalaria en respuesta a la demanda social y adaptándose a los futuros cambios de los sistemas de gestión sanitaria deben hacer frente al reto de la dispensación a domicilio. Desde nuestro hospital comarcal hemos establecido un paso intermedio, dispensación al centro de salud.

Objetivos: Establecer un circuito prescripción-dispensación al centro de salud de medicamentos de uso hospitalario desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria comarcal a pacientes externos de nuestra área.

Métodos: Se creó un circuito de prescripción-dispensación al centro de salud en colaboración con facultativos especialistas, coordinadores de enfermería y facultativos del centro de salud para que pacientes que residen en los municipios más alejados, distan unos 90 kilómetros, no tengan que desplazarse al Servicio de Farmacia Hospitalaria para la dispensación de su medicación. Los especialistas del hospital prescribían tanta recetas como meses hay entre revisión y revisión, después se entregaban en la consulta de Atención Farmacéutica la totalidad de recetas que disponía el paciente, explicando la farmacéutica el tratamiento así como el circuito a realizar: 1º) Prescripción de recetas por el médico especialista. 2º) Entrega de recetas en la consulta de Atención Farmacéutica. 3º) Transporte de medicación al centro de salud. 4º) Recogida de medicación mensual en el centro de salud. 5º) Firma de documento de recogida de medicación. 6º) Envío de documentación al Servicio de Farmacia para su posterior archivo.

Resultados: Durante el período de estudio del 1/07/2007 al 31/12/2008 se atendieron en la consulta de Atención Farmacéutica a 348 pacientes, de ellos 36 pacientes/mensuales, se enviaba medicación al centro de salud, clasificados por programas tenemos; Eritropoyetinas de insuficiencia renal 16 pacientes, tratamiento antirretrovirales 6 pacientes, hipertensión pulmonar 4 pacientes, esclerosis múltiple 4 pacientes, uso compasivo 2 pacientes, hepatitis C 1 paciente, hepatitis B 1 paciente, otros procesos autoinmunes 1 pacientes, otros tratamientos de uso hospitalario 1 paciente. Se envían en envases etiquetados con el nombre del médico de cabecera o el coordinador de enfermería, indicando las condiciones de conservación en el exterior, también el farmacéutico elabora un documento con los datos de pacientes, posología y condiciones de conservación, se comunica el número de recetas que le quedan para que sepan cuando deben aportar nuevas recetas. Se envía a través del sistema de transporte hospitalario, sin gasto adicional, pues se aprovecha los días de entrega de medicación a los diferentes centros de salud de los municipios del área, con la entrega de la medicación a los pacientes externos.

Conclusión: 1) La finalidad de este circuito es facilitar la dispensación de medicación pues la distancia al hospital comarcal ronda los 90 kilómetros, no muy bien comunicado, con carreteras secundarias y con pocos medios de transporte. 2) Esta iniciativa supone un cambio de gestión muy importante para los farmacéuticos hospitalarios, supone pues un reto y una oportunidad especialmente en aquellos pacientes que requieren tratamientos crónicos.

360. MANEJO DE LAS INTERACCIONES ENTRE FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A.N. Trovato López, I. Castillo Romera, L. Esteva Jiménez, A. Ais Larisgoitia y M. Sanjurjo Sáez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Actualmente se dispone de un arsenal terapéutico importante para el tratamiento antirretroviral, siendo el perfil de mutaciones de resistencias y la toxicidad los aspectos claves que dirigen la selección del régimen. En este contexto, el manejo adecuado de las interacciones farmacológicas entre antirretrovirales es fundamental para conseguir la máxima eficacia y seguridad. Por ello, el objetivo de este estudio es analizar y procesar la información existente acerca de las interacciones farmacológicas entre los medicamentos antirretrovirales con la finalidad de implantar un programa para garantizar el manejo adecuado de estas interacciones.

Materiales y métodos: Se revisó la información de las fichas técnicas de los antirretrovirales y los sitios web de prestigio (InteraccionesHIV.com y HIV InSite de la UCSF Medical Center) y se clasificaron todas las posibles parejas de antirretrovirales en una de las siguientes categorías: Contraindicada o No recomendada; interacción aceptable solo con intervención (ajuste de dosis o monitorización); interacción sin relevancia clínica; no existe información disponible. En los casos en los que la interpretación de la evidencia abordó distintos matices, dando diferentes opciones de manejo de la interacción, se consensuaron buscando complementarla; cuando esto no fue posible se optó por aquella que contara con mayor evidencia científica.

Resultados: De las 231 posibles parejas de antirretrovirales se identificaron 84 (36%) interacciones de las cuales 51 (22%) tienen relevancia clínica y de estas 18 fueron clasificadas como contraindicadas o no recomendadas, 23 requerirán ajuste de dosis, en 6 habrá que monitorizar el nivel de fármacos y/o las funciones vitales del paciente y en 2 de ellas habrá que intervenir recomendando separación en las tomas. Para la aplicación clínica de esta información se elaboró una tabla de contingencia utilizando colores para identificar las categorías de las asociaciones de tal manera, que permite una rápida revisión visual de la compatibilidad y una derivación a la información detallada en un dossier anexo. Esta documentación se diseñó en formato papel y en HTML para mayor rapidez en la consulta. Utilizando como base esta herramienta se desarrolló un programa para el manejo de estas interacciones ligado a la prescripción y con dos fases de implantación: utilización para la validación farmacéutica e incorporación las interacciones de relevancia clínica al sistema de alertas del programa de prescripción electrónica.

Conclusiones: Se ha corroborado que existe un alto número de asociaciones entre antirretrovirales con interacciones clínicamente relevantes que requieren una actuación específica, esto afecta a 1 de cada 4 de las asociaciones posibles, teniendo en cuenta que los regímenes actuales combinan al menos 3 fármacos. Es por tanto necesario contar con herramientas ágiles que permitan el control sistemático de estas interacciones. El programa descrito garantiza una adecuada intervención farmacéutica a través de la validación y la optimización de la prescripción en este sentido.

417. MEDICAMENTOS EXTRANJEROS DISPENSADOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA. ESTUDIO DE LA NECESIDAD DE UTILIZACIÓN Y EFECTIVIDAD. MÉTODOS DE MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

C.L. Dávila-Fajardo, F. Rodríguez Lucas, R. Dávila-Fajardo, J.M. González de Selgas y J. Cabeza Barrera

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Objetivos: 1- Evaluar el uso de medicamentos extranjeros (ME) en nuestro servicio de Farmacia: necesidad y posibles alternativas

terapéuticas con medicamentos registrados en España (ATE). 2- Diseño de hojas informativas para el paciente de los ME.

Método: 1- ME: aquel no registrado ni autorizado en España; no debe existir otro similar registrado en nuestro país y su indicación debe ser específica y necesaria para el tratamiento del paciente. Con esta definición evaluamos (diagnóstico y ATE) los ME solicitados y dispensados entre enero-2006 y diciembre- 2008. 2- Se realizaron hojas informativas para cada ME en lenguaje comprensible. Las fuentes consultadas fueron: internet y los prospectos de los ME, que tras su traducción se reescribieron.

Resultados: 1- De los 28 ME solicitados al Ministerio: 4 fueron antídotos (cianokit, antídoto talio, fisostigmina y pralidoxima), 7 citostáticos (asparraginas, azacitidina (EMA noviembre 2008) carmustina, diazóxido oral, lapatinib (autorizado por la EMA en junio 2008), lomustina, actinomicina D), 6 antiparasitarios (frente a malaria: mefloquina, mepacrina, primaquina, quinina), enfermedad de Chagas (benznidazol) y helmintiasis: praziquantel), tratamiento del feocromocitoma (fenoxibenzamina, fentolamina), y otros: inhibidor del C1, canreonato, dantroleno iv, gamma-globulina antivárica, factor VII sin activar, dexametasona 0,1% colirio sin excipientes, liotironina, propiltiouracilo, y epoetina delta. Todos los ME se ajustaron a la indicación dada, sin embargo, 1 solicitud fue denegada por existir ATE (epoetina delta). 2 ME fueron aprobados y dispensados sin haber empleado en primera línea la ATE (azacitidina, carmustina). Para un paciente con síndrome mielodisplásico (SMD) y otro con leucemia mieloide aguda (LMA), se solicitó el uso de azacitidina sin pasar previamente por TAE, cuando la guía de práctica clínica (GPC) recomienda el uso de: citarabina (Ara-C) e idarrubicina o daunorrubicina. Carmustina: para el tratamiento de 4 pacientes con melanoma en la espalda metastatizado. 2 de estos pacientes iniciaron tratamiento previo con INF y/o temozolamida, y tras no responder se optó por el esquema DARMOUTH: Cisplatino (CDDP)/ Dacarbazina (DTIC)/ Carmustina como indica la GPC. Para los otros 2 pacientes, se decidió iniciar el tratamiento con esquema DARMOUTH a pesar de que el tratamiento de elección es dacarbazina, según la GPC. 2- Se elaboraron 26 modelos de hojas informativas. Los prospectos estaban escritos en un único idioma (90%) y solamente 2 incluían información en español. 2 medicamentos no contenían prospecto (mepacrine, primaquina).

Conclusiones: 1- Faltan ATE para el tratamiento de ciertas patologías comunes: hiperparatiroidismo en gestante, hipotiroidismo cuando no hay respuesta a la T4, HTA con diurético ahorrador de K (iv), angioedema hereditario, leucemia linfocítica aguda y melanoma en espalda. 2- Las hojas informativas son útiles para que el paciente comprenda mejor su tratamiento. Para conocer la opinión de nuestros pacientes se está evaluando la aceptación de dichas hojas mediante la realización de encuestas. 3- Necesidad de una mayor implicación clínica por parte del farmacéutico favoreciendo la comunicación con el médico para consensuar con él el mejor tratamiento teniendo en cuenta primero las ATE.

813. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS Y HEMATOPOYÉTICOS: EXIGENCIAS DE UN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

G.A. D'Anunção, F.I. Torres Bondia y M. Navarro Bruguera

Hospital Santa Maria. Lleida. España.

Objetivo: Evaluación de un protocolo de utilización de factores estimulantes de colonias y hematopoyéticos como herramienta para justificar el impacto económico ante un sistema público de salud.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que comprende el período de enero hasta diciembre de 2008. La Comisión Farmaco-

terapéutica del hospital aprueba un protocolo de prescripción y seguimiento de filgrastim, pegfilgrastim, darbepoetina y eritropoyetina. Dicho protocolo contempla una hoja de registro donde se hace constar la especialidad farmacéutica a dispensar, así como el nombre del paciente, historia clínica, diagnóstico principal y secundarios y datos de interés. En dicha hoja se anotan las dispensaciones por fecha y el paciente firma conforme lo recibe. Como parámetros analíticos para evaluar la adecuación de la prescripción al protocolo se utilizó el número de neutrófilos en el caso de factores estimulantes de colonias y la hemoglobina para órganos hematopoyéticos.

Resultados: El sistema de salud demandó mediante auditoría la relación de pacientes en tratamiento con factores estimulantes de colonias y órganos hematopoyéticos. Se revisó un total de 27 historias clínicas, 15 pacientes con prescripción de filgrastim, 4 con pegfilgrastim, 7 con eritropoyetina y 1 con darbepoetina. En el 100% (27) de los pacientes la dispensación se registró de manera correcta. Atendiendo a la indicación, el cumplimiento del protocolo fue de: un 73% (11) para filgrastim, un 50% (2) para pegfilgrastim, un 78% (7) para eritropoyetina y un 100% (1) en el caso de darbepoetina.

Conclusión: Al evaluar el cumplimiento del protocolo se observa una adecuación aceptable. El registro de la totalidad de las dispensaciones fue correcto. Ante la elevada repercusión económica de este tipo de tratamientos el sistema de salud nos exige, no solo que la prescripción se adecue al protocolo, sino también un registro exhaustivo de cada dispensación. Los servicios de farmacia deben implementar dichos sistemas de control para alcanzar una sanidad sostenible.

879. ANÁLISIS DE LA DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS BLOQUEANTES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL

S. Cortés de Miguel, F. Rodríguez Lucas, C.L. Dávila-Fajardo, A. Valle Díaz de la Guardia, C. Ruiz Cruz y J. Cabeza Barrera

Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.

Objetivos: Describir la dispensación de fármacos bloqueantes del Factor de Necrosis Tumoral (Anti-TNF) en la Unidad de pacientes externos y ambulantes de un Hospital de tercer nivel durante el año 2008.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todas las dispensaciones de fármacos Anti-TNF, a través del programa informático de pacientes externos y ambulantes, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2008. Para ello se introdujeron como variables del estudio: Número total de pacientes en indicaciones autorizadas y su distribución porcentual por servicio y diagnóstico; porcentaje de fármacos Anti-TNF dispensados según indicación así como, en indicaciones no autorizadas; modificaciones del tratamiento durante la terapia; coste total y coste medio por paciente.

Resultados: - El número total de pacientes en tratamiento con anti-TNF, en indicaciones autorizadas durante el estudio fue de 240. - Su distribución por Servicios de mayor a menor: Reumatología 59,17% > Dermatología 24,17% > Digestivo 12,5% > Enfermedades Sistémicas 3,75% > Pediatría 0,41%. - La distribución por diagnóstico: artritis reumatoide (AR) 31,17% > espondilitis anquilosante (EA) 22,94% > psoriasis 21,21% > artropatía psoriásica 12,98% > enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 11,69%. - El porcentaje de fármacos Anti-TNF dispensados según indicación fue la siguiente, en AR: etanercept 41,03%, adalimumab 30,77% e infliximab 28,20%; en artropatía psoriásica: etanercept 56,67%, adalimumab 33,33% e infliximab 10%; en psoriasis: etanercept 51,02%, adalimumab 26,53% e infliximab 22,45%; en EA: etanercept 20,75% adalimumab 39,62%, e infliximab 39,62%; en EII: enfermedad de Crohn:

adalimumab 45,83% e infliximab 48,14% y colitis ulcerosa: infliximab 100%. - El número de indicaciones no autorizadas fue de 35, siendo las patologías más frecuentes el síndrome de Behçet 40% seguido de panuveítis 11,43% con un porcentaje global de fármacos anti-TNF dispensados en dichas indicaciones no autorizadas de adalimumab 51,43%, etanercept 28,57% e infliximab 20%. - Las modificaciones del tratamiento durante la terapia según diagnóstico y fármacos Anti-TNF modificados, tras fracaso o intolerancia de la terapia inicial, fueron en AR: 3 de 4 adalimumab por etanercept y 1 de 4 etanercept por adalimumab, en artropatía psoriásica 2 de 3 etanercept por adalimumab y 1 de 3 infliximab por etanercept, en psoriasis 2 de 2 etanercept por adalimumab y en espondilitis anquilosante: 1 de 2 infliximab por adalimumab y 1 de 2 etanercept por adalimumab. - El coste total de la terapia anti-TNF durante el período del estudio fue de 2.450.549,5 € y el coste medio por paciente 10.210,62 €.

Conclusiones: -El diagnóstico más frecuente dentro del programa de terapia con fármacos anti-TNF fue la artritis reumatoide, seguido de espondilitis anquilosante y psoriasis. -Los fármacos anti-TNF más frecuentemente dispensados según las indicaciones autorizadas en ficha técnica fueron, etanercept: en artritis reumatoide, artropatía psoriásica y psoriasis; adalimumab e infliximab en espondilitis anquilosante y por último, infliximab en EII. -El número de pacientes en indicaciones no autorizadas supone un 12,73% del total de pacientes con terapia anti-TNF, siendo adalimumab el fármaco que más se ha dispensado.

409. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES Y SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN EL PACIENTE VIH

E. Tortajada, M. Bonilla, E. Castillo, G. Toledano, J. Bécares y M. Panadero

Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

Objetivo: Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas por problemas relacionados con el medicamento (PRM) y el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en tratamiento con terapia antirretroviral en la práctica asistencial habitual.

Material y método: Estudio retrospectivo descriptivo de todas las IF realizadas durante el período: octubre 2008 a marzo 2009. La IF se realiza cuando el farmacéutico detecta cualquier incidencia relacionada con el tratamiento farmacológico dentro del procedimiento de atención farmacéutica establecido. Si no se detecta incidencia la actuación del farmacéutico consistirá en validar la prescripción, la dispensación, registro de la misma e información al paciente. Los datos se obtuvieron del registro informático en Excel de las IF del área de pacientes externos que se realizan como parte de la práctica asistencial habitual. Las IF se han clasificado en: IF relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico, IF relacionadas con problemas relacionados con el medicamento (PRM), IF por falta de cumplimiento de los protocolos establecidos. Se analizaron las siguientes variables: número de intervenciones realizadas, clasificación.

Resultados: Durante el período estudiado se realizaron 145 IF en un total de 1103 pacientes VIH activos (13,2%). Las IF relacionadas con el seguimiento farmacoterapéutico fueron: por falta de seguimiento clínico 27; falta de adherencia 32; abandono del tratamiento 31. Las IF relacionadas con PRM fueron: por fármaco prescrito 17; por la dosis 6; por efectos adversos 5; indicación no adecuada 2. Las IF por falta de cumplimiento de protocolos establecidos 25.

Conclusiones: El 13,2% de los pacientes VIH que reciben tratamiento antirretroviral precisa de una intervención farmacéu-

tica. Este resultado hace necesaria la participación directa del farmacéutico para garantizar que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de forma adecuada a sus necesidades clínicas.

456. EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON HEPATITIS C: ENCUESTA DE ADHERENCIA Y SATISFACCIÓN

A. Ramón Albert y E. Durán Sánchez

Hospital Virgen de Altagracia. Ciudad Real. España.

Objetivos: Detectar, prevenir y resolver problemas relacionados con la medicación (PRM) durante el seguimiento de pacientes con hepatitis C crónica.

Material y métodos: Diseño: estudio observacional y prospectivo. Población y ámbito de aplicación: pacientes con hepatitis C crónica que vienen a recoger la medicación en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UAFPE) de un hospital comarcal de 110 camas. Período: de enero a diciembre de 2008. Fuentes: se registran los datos en un impreso normalizado denominado "Historia de Atención Farmacéutica" en el cual se incluyen: 1) datos del paciente (identificación, datos antropométricos, diagnóstico principal, antecedentes (procedimientos quirúrgicos, patologías, antecedentes familiares y sociales, alergias/intolerancias), historia farmacoterapéutica actualizada, hábitos dietéticos y estilo de vida y datos analíticos y microbiológicos de interés; 2) datos del médico responsable y del servicio y 3) registro de PRM, sus posibles causas y gravedad (escala de Schneider), las intervenciones farmacéuticas realizadas y la idoneidad clínica de dichas intervenciones. La información para completar el impreso se obtiene de la historia clínica del paciente y de las entrevistas realizadas a los pacientes en la UAFPE. Los PRM graves se comunican al médico responsable del paciente personalmente o por teléfono. Se les ofrece educación e información sanitaria oral y escrita a los pacientes. Al cabo de 2 meses de la primera visita se les realiza una encuesta de adherencia terapéutica y otra de satisfacción.

Resultados: Se realizó el seguimiento farmacoterapéutico a 20 pacientes (13 hombres y 7 mujeres) con una edad media de 42 años (24-61). Un 75% de los pacientes presentaban el genotipo 1b del VHC; en un caso existía coinfección con el VIH y en otro caso existía coinfección con el VIH y con el VHB. El origen de la infección en la mayoría de los casos era desconocido (80%). Un total de 16 pacientes estaban en tratamiento combinado de peginterferón alfa-2A y ribavirina, un paciente se trataba con peginterferón alfa-2B y ribavirina y había tres pacientes en tratamiento en monoterapia, uno con peginterferón alfa-2A y dos con peginterferón alfa-2B. Se detectaron 12 pacientes (60%) con PRM, siendo el total de PRM identificados de 18 (1,5 PRM/ paciente). Los tipos más frecuentes de PRM fueron de seguridad (55,6%), fundamentalmente por dosis/intervalo inadecuado para el paciente y de indicación (33,3%), fundamentalmente por duplicidad terapéutica. Sólo se detectaron dos PRM graves, uno por anemia y otro por neutropenia que fueron comunicados por vía telefónica y que obligaron a modificar las dosis de interferón pegilado. La adherencia completa a los tratamientos fue de un 95%. Uno de los pacientes presentaba dificultades en la administración. El grado de satisfacción de los pacientes sobre la atención e información prestada fue muy buena en un 90%.

Conclusiones: El seguimiento individualizado del paciente con hepatitis C, ha permitido detectar, resolver y comunicar diferentes PRM. La información y educación sanitaria suministrada al paciente con hepatitis C le aporta un mayor conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento, permitiendo mejorar la adherencia terapéutica y el grado de satisfacción.

494. ANÁLISIS DE INDICADORES DE ADHERENCIA EN PACIENTES CON ATRIPLA®

J.S. Roldán González, M.P. Espinosa, C. Gil y M. Paredes

Complejo Hospitalario de Zamora. Zamora. España.

Objetivo: Comparar los resultados de adherencia obtenidos antes y después de la introducción en el arsenal terapéutico del hospital de Atripla®.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de 63 pacientes VIH a los que se les modificó su tratamiento anterior para empezar con Atripla. Se seleccionaron las tablas y campos del programa Landtools que contienen la información necesaria. Se calcularon los valores medios de los Indicadores de adherencia (ADHID, ADHMID) de todos los pacientes antes y después del cambio de tratamiento, así como el nº de pacientes con adherencia > 95% antes y después del cambio para cuantificar la aportación que la nueva medicación estaba suponiendo respecto a la adherencia. Se realizó la comparación de medias con la prueba t Student para muestras pareadas.

Resultados: 1) La comparación de las medias de los indicadores de adherencia para 2 series pareadas no muestra diferencias significativas tras el cambio de tratamiento: -Para ADHID, media 0,046 (IC -0,029-0,122); -Para ADHMID media 0,935 (IC -0,019-0,206). 2) Respecto al nº de pacientes con adherencia superior al 95%, no se encuentran diferencias significativas: -Pacientes con ADHID > 95% antes y después de Atripla fueron 51 (81%, IC 75-93) y 53 (84%, IC 71-91) respectivamente; -Pacientes con ADHMID > 95% antes y después de Atripla fueron 53 (84%, IC 73-92) y 52 (83%, IC 75-93) respectivamente. 3) El nº de pacientes que mejoraron sus indicadores de adherencia hasta alcanzar ADHID y ADHMID > 95% fueron 11 y 8 respectivamente. 4) El nº de pacientes que empeoraron sus indicadores de adherencia hasta tener ADHID y ADHMID < 95% fueron 9 y 9 respectivamente.

Conclusiones: La inclusión de Stripla no ha modificado significativamente hasta el momento las cifras de adherencia de los pacientes VIH en nuestro hospital. La utilización de esta aplicación ha permitido: reducir un 80% el tiempo que los facultativos dedican a la explotación e interpretación rutinaria de la información contenida en el programa; explotar en mayor profundidad el contenido del programa de gestión del Servicio, y explotar de forma conjunta el contenido de este programa junto a otros programas del Servicio no integrados en nuestro programa de gestión (oncología, agenda de citas, etc.).

558. ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE OMALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA ALÉRGICA GRAVE Y OPTIMIZACIÓN DEL USO DE VIALES

E. Lacalle Fabo, P. Martín Andrés, I. Aranguren Ruiz, M.E. Carrasco del Amo, C. Nagore Induráin y L. Arteche Eguizábal

Hospital Virgen del Camino. Navarra. España.

Introducción: Omalizumab (OM) está indicado en el tratamiento coadyuvante del asma alérgica grave mediado por IgE en pacientes con múltiples exacerbaciones asmáticas graves, a pesar de la utilización continua de corticoides inhalados (CI) y agonistas beta-2 adrenérgicos de larga duración (LABA). Está disponible en el mercado desde noviembre de 2005 como DH. En nuestra comunidad, desde abril de 2008 es de dispensación hospitalaria, y se administra en el hospital de día bajo control médico y sin coste para el paciente.

Objetivo: Analizar la utilización de OM en el tratamiento del asma alérgica grave, así como la estrategia implantada para mejorar el aprovechamiento de los viales.

Método: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados con OM desde abril de 2008 hasta abril de 2009. Se revisaron

las historias clínicas informatizadas de los pacientes, recogiendo datos demográficos, niveles de IgE total, volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada (FEV1), peso, fecha de inicio de tratamiento y medicación concomitante. Se comprobó la indicación de tratamiento y se calculó la dosis teórica para cada paciente según recomendación de ficha técnica (peso y niveles de IgE), comparándola después con la dosis prescrita. Desde enero de 2009 los pacientes cuyas dosis requieren un fraccionamiento de los viales se citan por parejas.

Resultados: Se ha realizado el seguimiento de 25 pacientes. Sexo: 68% (17) mujeres. Edad (media, rango): 44 (14-68) años. Duración del tratamiento con OM (media, rango): 12 (1-37) meses, 18 pacientes (72%) comenzaron en el último año. Servicios de procedencia: 20% (5) neumología y 80% (20) alergología. Diagnóstico de todos los pacientes: asma bronquial severa mal controlada con la terapia estándar y con pruebas de sensibilización a diferentes alérgenos positivas. IgE total basal (media, rango): 305 (28,3-1049) KU/L, FEV1 basal: 74 (34-95%). La dosis de inicio de los pacientes se ajustó a lo indicado en ficha técnica, con posteriores ajustes de dosis según niveles de IgE, cambios de peso y disponibilidad de los pacientes para acudir al hospital a recibir su tratamiento. Medicación concomitante: 100% en tratamiento con CI y LAVA, el 24% lleva asociados anticolinérgicos, el 16% antihistamínicos, el 15% antagonistas de leucotrienos y el 4% xantinas. En el período de estudio se han consumido un total de 440 viales (168.978 €). El sistema de citación ha conseguido ahorrar un total de 26 viales (9.601 €) en 4 meses. OM ha sido bien tolerado en todos los casos.

Conclusiones: OM se está utilizando correctamente tanto en indicaciones como en posología. Desde que este fármaco pasó a ser de dispensación hospitalaria el número de pacientes en tratamiento con OM se ha triplicado, con el consiguiente impacto económico y asistencial para el hospital. El Servicio de Farmacia tiene un papel importante en el desarrollo de estrategias, como la citación de pacientes por parejas, para optimizar el uso de los viales de OM y contribuir en el uso racional del medicamento.

727. ATENCIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA A PACIENTES PEDIÁTRICOS: DISPENSACIÓN PROGRAMADA DE FÓRMULAS MAGISTRALES

E. Santacana Juncosa, M. Villaronga Flaqué, A. Mas Comas, J. Vinent Genestar y C. Fábrega Bosacoma

Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

Objetivos: - Diseñar un sistema informatizado que permita programar la preparación y la dispensación de fórmulas magistrales (FM) a pacientes ambulatorios, mejorando así la atención farmacéutica en estos pacientes. - Evaluar el impacto de las medidas adoptadas en el área de farmacotecnia y de dispensación ambulatoria.

Material y métodos: Se ha diseñado una aplicación informática donde se registran los pacientes que requieren tratamiento de larga duración con alguna FM. El registro consta de: datos del paciente, del médico prescriptor, de la prescripción médica y anotaciones para poder hacer un seguimiento periódico. En base a la estabilidad del preparado y la duración del tratamiento, el sistema permite por una parte programar las FM y por otra elaborar un calendario de dispensaciones futuras. El paciente recibe un calendario en el que figuran las fechas para las dispensaciones futuras y las características de su tratamiento. Una copia del calendario se queda en la Farmacia para hacer el seguimiento del tratamiento y la previsión mensual de elaboración de FM. Se han comparado el número de preparaciones y la frecuencia de elaboración entre los años 2007 y 2008.

Resultados: Se ha implantado el sistema en un total de 7 FM: hidroxitriptófano cápsulas de distintas dosificaciones y las suspen-

siones orales de carvedilol 1 mg/mL, levodopa/carbidopa 5 mg/1,25 mg /mL, flecaínida acetato 20 mg/mL, tacrolimus 0,5 mg/mL, azatioprina 10 mg/mL y sildenafilo 2,5 mg/mL. Un total de 36 pacientes han sido incluidos en el sistema, para los que se han elaborado 43 calendarios (algunos pacientes reciben más de un tratamiento). El promedio de las preparaciones elaboradas para todas las FM analizadas fue un 34% menor en el 2008 en relación al 2007.

Conclusiones: 1.- El sistema implantado ha permitido mejorar la atención farmacéutica de los pacientes ambulatorios que requieren utilizar de forma prolongada un FM. Se ha conseguido un mejor seguimiento farmacoterapéutico y la programación del proceso de dispensación. 2.- Al programar las dispensaciones se ha disminuido la frecuencia de dispensación y anulado las consultas telefónicas que el paciente realizaba para asegurar la recogida de la medicación. 3.- Permite reducir/optimizar los procedimientos de elaboración de estas FM.

849. VALORACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON METOXI-POLIETILENGLICOL EPOETINA BETA

C. Vázquez Gómez, N. Lago Rivero, M. Gayoso Rey, S. González Costas, M. López-Gil Otero y E. Campelo Sánchez

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Xeral-Cies). Pontevedra. España.

Objetivo: Valorar la eficacia y seguridad del tratamiento con metoxi-polietilenglicol epoetina beta (MPE- β) en pacientes con enfermedad renal crónica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes a tratamiento con MPE- β desde su aprobación por la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Se realizó una revisión de la historia clínica y farmacoterapéutica de los pacientes que habían recibido al menos 4 dosis de MPE- β desde su inclusión en el arsenal farmacoterapéutico del hospital hasta el 15 de marzo del 2008, y que previamente habían sido tratados con otro factor estimulante de la eritropoyesis. Los datos se obtuvieron a partir de: 1. Base de datos del programa de dispensación a pacientes externos. 2. Pruebas de laboratorio: hemograma (hemoglobina y plaquetas). 3. Cuestionario personal en el que cada paciente evaluó la comodidad del tratamiento y las reacciones adversas más frecuentes descritas en ficha técnica: hipertensión, diarrea, nasofaringitis y cefalea. 4. Revisión de las historias clínicas.

Resultados: Durante el período de seguimiento hemos evaluado 15 pacientes (10 hombres y 5 mujeres) con una edad media de 56 años. Todos los pacientes habían recibido anteriormente darbepoetina alfa (40 μ g 7 pacientes y 30 μ g 8 pacientes), 2 estaban incluidos en el programa de hemodiálisis y 5 en diálisis peritoneal continua ambulatoria. De los casos estudiados, fueron sometidos a trasplante renal 5 pacientes. En la transición de tratamiento, 10 pacientes pasaron a recibir MPE- β 100 μ g y 5 casos MPE- β 75 μ g, observándose: -En 10 pacientes (60%) los niveles de hemoglobina se mantuvieron entre 10-13 g/dl, en 4 casos (26,66%) los niveles de hemoglobina se situaron por debajo de los niveles de normalidad (12-17 g/dl), necesitando aumento de dosis, y los 2 casos restantes (13,33%) alcanzaron niveles superiores a 13 g/dl. -Respecto a las reacciones adversas más frecuentes descritas en ficha técnica (hipertensión, diarrea, nasofaringitis y cefalea), sólo un paciente refirió elevación de la tensión arterial (6,66%), pero no se puede establecer una relación causal clara con el tratamiento. -Todos los pacientes coinciden en la comodidad de la administración.

Conclusiones: El MPE- β es un medicamento seguro y ha demostrado no inferioridad respecto a la darbepoetina alfa en el mantenimiento de los niveles de hemoglobina actualmente aceptados. El

menor número de administraciones respecto a tratamientos de referencia mejora la adherencia al mismo, y reduce el coste y tiempo que dedica el personal sanitario al cuidado de la anemia, principalmente en pacientes dializados.

887. IMPACTO DE LA REESTRUCTURACIÓN DE UNA UNIDAD DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS EN LA MEJORA DE LA ASISTENCIA AL PACIENTE

C. Pozuelo González, I. Vara Patudo, M. Fernández-Pacheco García-Valdecasas, R. Luque Infantes, P. García Poza y J. Anaya García

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. España.

Objetivo: La resolución 213/08 dispone que a partir de junio de 2008 determinados medicamentos pasen a ser de uso hospitalario. Por estas fechas se plantea la posibilidad de ampliar a pacientes el programa de deshabitación tabáquica, que estaba instaurado para trabajadores del hospital. Ante la previsión de un incremento de la actividad asistencial se plantea la necesidad de llevar a cabo una reestructuración de la unidad de dispensación a pacientes externos (UDPE). Nos proponemos como objetivo mejorar la calidad de la dispensación y la atención farmacéutica (AF) en una UDPE que atiende a 1.620 pacientes medios mensuales.

Material y métodos: Período del estudio: septiembre 2008-marzo 2009. Se realizan las siguientes medidas: -Organizativas: ampliar los recursos humanos a dos TCAE, con dedicación exclusiva a la UDPE y a las que se les da formación continuada sobre el proceso de dispensación a pacientes externos, habilidades de comunicación, estrategias para garantizar la confidencialidad de los pacientes, control de stock, normas de correcta conservación y manipulación de medicamentos, conceptos básicos sobre las patologías y tratamientos propios de la UDPE. -Estructurales: diseñar una UDPE que cuente con zonas diferenciadas para AF, dispensación, sala de espera y un despacho para la documentación, stock de medicación y trabajo del farmacéutico. Se mide la mejora de la calidad mediante: -Elaboración de una encuesta de satisfacción de los pacientes, consensuada con la Comisión de Calidad del hospital, en la cual se pretende medir la satisfacción general con la UDPE, la zona, el proceso de dispensación, la atención prestada por los TCAE, la confianza, ayuda, explicaciones y evaluación del estado de salud que reciben por parte del farmacéutico. -Incremento de intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas: educación sanitaria oral y escrita (realizada en la primera dispensación) y seguimiento farmacoterapéutico (realizado en las siguientes visitas). Se codifican otros tipos de intervenciones sobre la posología, falta de adherencia y administración. -Porcentaje de errores de dispensación (ED) comparando el período de enero a marzo del 2008 frente a 2009.

Resultados: En enero de 2009 se pone en marcha la nueva UDPE. Se han recogido datos de 65 encuestas: el 92% considera beneficiosa la reestructuración, un 5% opina que no ha representado mejoría y un 3% no opina. En los tres primeros meses de 2008 se realizaron 205 IF frente a 395 en el mismo período del 2009, esto ha supuesto un aumento de las IF del 52% tras la reestructuración. El porcentaje de ED es del 0,1%, igual que en el período anterior.

Conclusiones: La calidad de la dispensación y la AF en nuestra UDPE ha mejorado de manera cuali-cuantitativa. Los resultados obtenidos hasta la fecha muestran que disponer de personal cualificado y un espacio adecuado y agradable, que garantice la confidencialidad, mejora la satisfacción de los pacientes y permite realizar mayor número de actividades encaminadas a mejorar la AF.

890. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN ESCRITA EN LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E.R. Alfaro Lara, M. Galván Banqueri, M.D. Santos Rubio, A. Lluch Colomer, M.D. Vega Coca y A. Órpez Ramírez

HU Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: - Evaluar la calidad de la información escrita proporcionada al paciente mediante un listado de preguntas en la atención farmacéutica a pacientes ambulatorios. - Detectar medicamentos en los cuales el contenido resulte insuficiente. - Identificar aquellas cuestiones menos respondidas en los folletos de información.

Material y métodos: Se recogió toda la información escrita entregada, como apoyo al prospecto del medicamento, a los pacientes ambulatorios desde la Consulta de Atención Farmacéutica de un hospital de tercer nivel. La información se evaluó mediante un listado de preguntas adaptado del Observatorio para la Seguridad del Paciente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Cada pregunta se tabuló como 0,1 o 2 dependiendo de si "no cumplía", "cumplía parcialmente" o "cumplía totalmente", respectivamente. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando Excel 2003®.

Resultados: Se evaluaron un total de 11 folletos de información al paciente (ribavirina, peginterferón, ritonavir, raltegravir, idebona, etanercept, bosentán, talidomida, lenograstim, eritropoyetina, vacuna antihepatitis-B). La media de la puntuación en los medicamentos estudiados fue 1,26. Los medicamentos con una información menos completa fueron lenograstim y eritropoyetina (0,58), mientras que los folletos de ribavirina y talidomida fueron los mejor puntuados (1,58). Las preguntas menos contestadas fueron cuándo el medicamento comenzará a hacer efecto y si se puede dejar de tomar al mejorar. Las más disponibles fueron: indicación, forma de administración y frecuencia de administración.

Conclusión: - La calidad de la información escrita entregada al paciente externo es bastante alta, aunque con posibilidad de mejora. - La información acerca de los factores estimulantes de colonias no es tan completa como en otros medicamentos. - Incluir en los folletos entregados al paciente aspectos relacionados con la duración del tratamiento mejoraría la calidad de nuestra información.

944. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS DE DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO A TRAVÉS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: ACTIVIDAD Y REPERCUSIÓN ECONÓMICA

M.T. Martín Cillero, P. Pérez Puente, L.C. Fernández-Lisón, M.R. Garrido Ameigeiras y M.I. Cordero Moreno

Hospital San Pedro Alcántara. Cáceres. España.

Introducción: En diciembre de 2007, desde nuestro Servicio de Salud se estableció, a través de una circular interna, la posibilidad de dispensación de determinados fármacos oncológicos de "Diagnóstico Hospitalario" (DH), que por sus características era recomendable su dispensación a través de las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos (UAFPE) de los Servicios de Farmacia Hospitalaria.

Objetivo: Analizar las dispensaciones de este grupo de medicamentos realizadas en el Hospital desde diciembre 2007 hasta marzo 2009, evaluando el incremento de actividad que ha supuesto, así como el coste implicado. Estimar el ahorro teórico que supone para el Servicio de Salud su adquisición desde el hospital.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los medicamentos DH dispensados en este período de tiempo desde la UAFPE. Los

datos fueron obtenidos y evaluados, a través del programa de pacientes externos de Dominion®, revisando las dispensaciones, los fármacos implicados y el coste asociado.

Resultados: Durante ese período, los fármacos DH dispensados son todos para patología oncológica, siendo éstos los siguientes: capecitabina (114), temozolamida (20), imatinib (13), sunitinib (10), sorafenib (6), erlotinib (6), lenalidomida (2) y dasatinib (1) (ordenados según el número de pacientes implicados). El total de pacientes de éste grupo es de 172, lo que supone un 17,2% del total de pacientes externos atendidos y un 8,1% (605) del total de dispensaciones durante ese período. El coste total que implicó este grupo fue de 1.396.174,06 € considerando sólo el coste directo de adquisición; y desglosado por fármacos fue: capecitabina (10.643,04 €), sorafenib (33.249 €), erlotinib (65.460 €), sunitinib (96.900 €), dasatinib (104.831 €), temozolamida (144.666,02 €), imatinib (275.819,0 €) y lenalidomida (664.606 €). Si consideramos sólo el coste de adquisición por envase y lo comparamos con el PVP, el ahorro medio que supone para el Servicio de Salud es del 5,21% (DE $\pm 1,34$).

Conclusiones: La dispensación de estos medicamentos de DH a través de UAFPE, además de facilitar y garantizar el tratamiento a los pacientes, supone una mejora en la calidad asistencial de éstos, ya que reciben una atención farmacéutica específica e integrada con los demás cuidados hospitalarios. Sin embargo, también ha supuesto una mayor actividad asistencial y un incremento en los costes de la UAFPE. Asimismo, aunque para el Servicio de Salud podría suponer un ahorro teórico habría que considerar el resto de costes implicados para su correcta evaluación.

Conflicto de intereses: Ninguno.

952. IMPACTO TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA DISPENSACIÓN DE CITOSTÁTICOS ORALES A PACIENTES EXTERNOS

J. Pastor Cano, J. Plaza Anierte, M.M. Sánchez Catalicio, M.P. Molina Guillen, M.D. Iranzo Fernández y S. González González

Hospital Morales Meseguer. Murcia. España.

Introducción: Tras la entrada en vigor el 01/01/2009 de la Instrucción Nº 5/2008 del Servicio Murciano de Salud (SMS), han pasado a dispensarse en las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia Hospitalaria del SMS los siguientes antineoplásicos orales: capecitabina (Xeloda®), imatinib (Glivec®), erlotinib (Tarceva®), sunitinib (Sutent®), sorafenib (Nexavar®), dasatinib (Sprycel®), nilotinib (Tasigna®), bexaroteno (Targretin®), lenalidomida (Revlimid®) y lapatinib (Tyverb®). Con anterioridad, únicamente se dispensaban los antineoplásicos orales de uso hospitalario y uso compasivo. La finalidad de la presente instrucción es alcanzar la máxima eficiencia y seguridad en la utilización de estos medicamentos.

Objetivo: Evaluar el impacto, tanto a nivel económico como asistencial, tras iniciar la dispensación de estos medicamentos desde un servicio de farmacia hospitalaria (SFH).

Material y métodos: El período de estudio fue el primer trimestre de los años 2008-2009. Se analizó la diferencia del importe (valor contable), el ahorro obtenido, número de pacientes, número de dispensaciones, así como, el incremento de actividad asistencial derivado de la atención farmacéutica prestada a estos pacientes.

Resultados: El importe total durante el primer trimestre del 2008, fue 19.032 €, siendo el importe correspondiente al 2009 de 640.335 €, lo que supuso un incremento de 621.303 €. Los medicamentos con mayor incremento de consumo fueron: imatinib (205.661 €), lenalidomida (132.872 €) y capecitabina (82.237 €), significando entre los tres el 60,51% del gasto en antineoplásicos

orales. Durante el primer trimestre de 2009, el ahorro derivado de la gestión desde SFH frente a la de Oficina de Farmacia fue de 25.756 €, lo que supuso un 4,03% respecto al importe a PVP. En los últimos 4 años, la media de incremento anual en número de dispensaciones a pacientes externos fue del 11,35%; sin embargo, el incremento en el período de estudio ha sido del 24,17%. Las dispensaciones entre ambos trimestres, se incrementaron de 2.176 en 2008 a 2.702 en 2009, suponiendo un incremento del 19,47%. Los pacientes dispensados en el área durante el período de estudio fueron 976 y 1.283 respectivamente, lo que conllevó un incremento de 307 pacientes, de los cuales 191 (62,21%) correspondieron a pacientes en tratamiento con antineoplásicos orales. En lo que respecta a Intervenciones Farmacéuticas (IF) realizadas en este grupo de medicamentos, significaron el 31,82% respecto del total de IF durante el primer trimestre de 2009.

Conclusiones: La entrada en vigor de la Instrucción Nº 5/2008 del SMS ha tenido un gran impacto en el área de pacientes externos, incrementándose de manera significativa, el número de pacientes, de dispensaciones, así como las IF. En el aspecto económico, los nuevos medicamentos incorporados han supuesto un considerable ahorro al SMS. Sin embargo, no se ha contemplado una dotación de recursos paralela a su implantación. Por tanto, es necesario redimensionar las necesidades del área para poder garantizar una correcta Atención Farmacéutica a todos los pacientes atendidos en la misma. El abordaje de estos pacientes desde una perspectiva hospitalaria multidisciplinar y el seguimiento farmacoterapéutico continuado desde un único servicio de farmacia hospitalaria, contribuye a conseguir mayor eficiencia y seguridad en la utilización de estos medicamentos.

977. ANÁLISIS DEL USO DE PEG-EPOETINA BETA TRAS LA RECIENTE INCORPORACIÓN A LA GUÍA DEL HOSPITAL

L. Cobreros Varela, L. Oliva Hernández, H. Alonso Ramos, M. Varela González, M. Pérez León y J. Mirchandani Jagwani

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas. España.

Introducción: En octubre de 2008 se introduce en la guía de nuestro hospital la polioxi-etileno-epoetina-β (PEG-epoetina-β) y se consensúa con el Servicio de Nefrología el cambio a dosis equivalentes en los pacientes renales en tratamiento con epoetina-β. Según las recomendaciones de la ficha técnica de PEG-epoetina-β, los niveles de hemoglobina deben ser mantenidos entre 10 g/dl y 12 g/dl. Además, se recomienda monitorizar los niveles de hemoglobina cada dos semanas hasta la estabilización. El ajuste de dosis en pacientes tratados con epoetina-β se basa en la dosis semanal previa, siendo la equivalencia: - < 8.000 UI/semana de epoetina-β = 120 µg/mes de PEG-epoetina-β. - 8.000-16.000 UI/semana de epoetina-β = 200 µg/mes de PEG-epoetina-β. - > 16.000 UI/semana de epoetina-β = 360 µg/mes de PEG-epoetina-β.

Objetivo: Analizar el uso y resultados clínicos derivados del cambio de epoetina-β a PEG-epoetina-β en pacientes renales.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los 3 meses previos y posteriores al cambio de tratamiento con epoetina-β a PEG-epoetina-β en pacientes renales. Se evaluó la conversión de dosis entre ambas epoetinas, el seguimiento analítico realizado y el mantenimiento de los niveles de hemoglobina en el rango recomendado. Los datos de los pacientes y dosis administradas se obtuvieron a través del programa de dispensación Dipex® y los niveles de hemoglobina se obtuvieron de los informes de Laboratorio de la Intranet del hospital.

Resultados: De los 265 pacientes con cambio a PEG-epoetina-β recogidos en el Dipex®, se seleccionaron aquellos con una dispensación regular (N = 62). El 66% de éstos (N = 41) no tuvieron un ajuste de dosis conforme a la recomendación de la ficha técnica.

En todos los casos recibieron dosis menores a las recomendadas. A un 56,4% pacientes (N = 35) se les realizó un seguimiento analítico continuo (al menos un control bimensual); en el 35,3% de éstos (N = 12) se objetivaron niveles de hemoglobina entre 10 y 12 g/dl. Ocho pacientes (12,9%) presentaron niveles de hemoglobina > 14 g/dl durante más de dos meses, sin ajuste de dosis correspondiente.

Conclusiones: 1) El cambio de epoetina-β a PEG-epoetina-β se realizó la mayoría de las veces a dosis más bajas de las recomendadas en ficha técnica. 2) El seguimiento analítico de los pacientes no fue regular. 3) Sólo un tercio de los pacientes mantuvieron hemoglobinas en el rango recomendado. 4) Ante estos datos, el servicio de farmacia se plantea un mayor control del uso epoetina-β en pacientes renales mediante la cumplimentación de una hoja de dispensación mensual por paciente que refleje no sólo la dosis, sino el resultado de su último control analítico.

151. SISTEMA DE DISPENSACIÓN DE CITOSTÁTICOS ORALES EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

E. Oñate Muzás, E. Tamayo Orbegoza, M. Sarobe Carricas, A. Arrondo Velasco, L. Novajaque Sala y L. Sanz Álvarez

Hospital de Navarra. Navarra. España.

Objetivo: Valorar la situación actual en las diferentes comunidades autónomas de España en cuanto a la dispensación de citostáticos de administración oral considerados de diagnóstico hospitalario.

Materiales y métodos: En base al borrador del consenso de mayo de 2008 de GEDEFO (Grupo Español para el desarrollo de la Farmacia Hospitalaria) se realizó un estudio para obtener información sobre el sistema de dispensación de citostáticos orales en las diferentes comunidades autónomas de España. Se realizó una encuesta telefónica a los diferentes hospitales sobre la existencia de alguna resolución en cada comunidad autónoma que modificara el sistema de dispensación de citostáticos orales de diagnóstico hospitalario, para ser dispensados en los Servicios de Farmacia de los hospitales.

Resultados: Se contactó con hospitales de las 19 comunidades autónomas españolas, de las cuales 8 de ellas disponían de dicha resolución; los citostáticos enumerados para ser dispensados desde el Servicio de Farmacia de los hospitales fueron: -Asturias: algunos inhibidores directos de la tirosina quinasa. -Cataluña: inhibidores directos de la tirosina quinasa, temozolomida y lenalidomida. -Navarra: todos. -Canarias: algunos inhibidores directos de la tirosina quinasa, temozolomida y capecitabina. -Baleares: imatinib, temozolomida, capecitabina, etopósido, idarrubicina, tretinoína, mitotano y bexaroteno. -Galicia: inhibidores directos de la tirosina quinasa. -Madrid: inhibidores directos de la tirosina quinasa, temozolomida, lenalidomida y bexaroteno. -Murcia: inhibidores directos de la tirosina quinasa, capecitabina, bexaroteno y lenalidomida. En el resto de comunidades autónomas, la dispensación de citostáticos orales se hace desde las oficinas de farmacia. En el Servicio de Farmacia de nuestro hospital, todos los citostáticos orales son dispensados por un farmacéutico especialista. Realizamos una validación y dispensación de la cantidad exacta de medicación necesaria para el correspondiente ciclo de tratamiento. La comunicación directa con el paciente, nos permite darle información oral y escrita del modo de administración de los medicamentos, tratamiento de posibles toxicidades y detección de interacciones, así como realizar un seguimiento de la adherencia al tratamiento. Asimismo, mediante el contacto telefónico con el Servicio de Oncología, podemos realizar interacciones farmacéuticas de las prescripciones.

Conclusiones: -Cada vez más comunidades autónomas apoyan el documento de consenso de GEDEFO que promueve la dispensación hospitalaria de citostáticos orales; siendo el grupo de los inhibido-

res directos de la tirosina quinasa los más comúnmente dispensados desde el hospital. - Sería interesante que desde todas las comunidades autónomas se unificara los criterios de dispensación. - La dispensación de citostáticos orales desde los Servicios de Farmacia del hospital, permite proporcionar una atención farmacéutica especializada.

Conflicto de intereses: Ninguno.

637. RESULTADOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO DE PEGINTERFERÓN ALFA 2A MÁS RIBAVIRINA VS PEGINTERFERÓN ALFA 2B MÁS RIBAVIRINA EN PACIENTES NAÍVE CON VHC CRÓNICO

S. Fernández Espínola, R. Garrido Fernández, C. Galán Retamal y V. Padilla Marín

Hospital Antequera. Área Sanitaria Norte Málaga. Málaga. España.

Objetivo: El tratamiento estándar de la hepatitis crónica C se basa en la combinación de ribavirina e interferón pegilado (IFN-PEG) alfa 2a/2b durante 24/48 semanas. Existen pequeñas diferencias en la farmacocinética y farmacodinamia de ambos interferones que no suponen según la bibliografía disponible, variaciones significativas en eficacia y seguridad entre ellos. El objetivo del estudio es comparar la respuesta al tratamiento de nuestros pacientes para ambos regímenes terapéuticos en términos de efectividad y tolerabilidad.

Método: Estudio observacional y retrospectivo basado en la comparación de dos cohortes de pacientes naive con hepatitis C crónica, de enero 07 a enero 09. Los pacientes se agrupan en dos brazos, uno recibe IFN-PEG alfa 2a 180 µg/semana (Grupo A) y otro IFN-PEG alfa 2b 1,5 µg/kg/semana (Grupo B) más ribavirina 800 mg (< 65 kg), 1.000 mg (< 75 kg) o 1.200 mg (> 75 kg) en ambos brazos. Los pacientes con genotipo 1/4 se tratan durante 48 semanas, mientras que los genotipo 2/3 reciben tratamiento durante 24 semanas. Se realizan analíticas con viremia cuantitativa durante el tratamiento, a las 4 semanas (respuesta viral rápida, RVR), 12 semanas (respuesta viral precoz completa, RVP), al final del tratamiento (respuesta viral final tratamiento, RVFT) y a las 24 semanas tras finalización del mismo (respuesta viral sostenida, RVS), definiéndose RVS como ausencia de ARN-VHC en suero (< 50 UI/ml) en ese momento. Se analizan eventos adversos que implican modificación de tratamiento. El análisis entre grupos se lleva a cabo con la prueba de chi-cuadrado (χ^2).

Resultados: Se tratan 20 pacientes en el periodo de estudio (11 con INF-PEG alfa 2a y 9 con INF-PEG alfa 2b). Ambos grupos presentan características demográficas similares: media de edad de 52 años (DE = 11 en grupo A y DE = 12 en B); 55% mujeres en grupo A vs 44% en grupo B. La carga viral basal media en grupo A es de $6,2 \times 10^6$ copias/ml (DE = $5,6 \times 10^6$) vs $4,1.106$ copias/ml (DE = $4,2 \times 10^6$) en grupo B. Distribución por genotipos: en grupo A 55% (n = 6) presentan genotipo 1/4 vs 78% (n = 7) en grupo B y genotipo 2/3 en el 45% (n = 5) de pacientes de grupo A vs 22% (n = 2) en grupo B. En el grupo A, el 45% de los pacientes (n = 5) sufrió neutropenia severa, necesitando reducir dosis de INF-peg. En 3 de ellos fue necesaria, además la administración de estimuladores de colonias (uso compasivo). En grupo B presentaron neutropenia el 33% (n = 3) y en todos hubo que reducir dosis de INF-peg; además un 11% de pacientes experimentaron anemia severa que requirió administración de epoetina (uso compasivo). Se alcanza RVR en un 63,6% en grupo A vs 77,7% en grupo B ($\chi^2 = 0,47$; p = 0,49), la RVP se observa en 82% vs 100% ($\chi^2 = 1,8$; p = 0,17) la RVFT en 82% vs 77,7% ($\chi^2 = 0,051$; p = 0,82), y la respuesta viral sostenida (RVS) se logra en un 63,6% en grupo A vs 66,6% en B ($\chi^2 = 0,02$; p = 0,88).

Conclusión: No se encuentran diferencias estadísticamente significativas al comparar la efectividad y la incidencia de neutrope-

nia y anemia entre los dos regímenes terapéuticos evaluados; sin embargo; los resultados obtenidos deben considerarse con cautela dado el pequeño tamaño muestral del estudio.

844. SEGUIMIENTO DE LA DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS MODIFICADORES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE DESDE LA CONSULTA DE PACIENTES AMBULATORIOS

P. Martín Andrés, I. Aranguren Ruiz, A. Ferro Uriguen, M.T. López Mancha, M.E. Carrasco del Amo y C. Nagore Induráin

Hospital Virgen del Camino. Navarra. España.

Objetivo: Describir las modificaciones y/o suspensiones de tratamientos en pacientes con esclerosis múltiple (EM) observadas en la consulta de pacientes ambulatorios de un hospital general. Objetivo secundario, determinar cuál es el fármaco modificador de EM más utilizado y el porcentaje de reacciones adversas observadas.

Método: Estudio observacional retrospectivo de las dispensaciones de fármacos modificadores del curso de la EM desde enero de 2007 hasta abril de 2009. Los datos se obtuvieron del programa informático de dispensación a pacientes ambulatorios y de las historias clínicas informatizadas de los pacientes. Se recogieron datos demográficos, forma de EM, tratamiento farmacológico actual, tratamientos anteriores y reacciones adversas a medicamentos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 64 pacientes. Sexo: 68,7% (44 mujeres). Edad (media, rango): 39 (23-68) años. Tipo de EM: 50 pacientes (78%) forma recidivante-remite y 14 pacientes (22%) forma secundariamente progresiva. Número de pacientes en tratamiento con cada fármaco: Betaferon® (24), Avonex® (12), Copaxone® (14), Rebif® 44 (1), Rebif® 22 (3), Tysabri® (6), Imurel® (2) y sin tratamiento (2). En 15 pacientes (23,4%) se ha cambiado de tratamiento durante el periodo de tiempo estudiado por falta de eficacia o mala tolerancia. La distribución fue la siguiente: 10 pacientes en tratamiento con Betaferon®, cambiaron 4 a Tysabri®, 3 a Copaxone®, 1 a Avonex® y 2 a Imurel®, uno de los cuales por reacción adversa a Betaferon® manifestada como dolor articular intenso; 4 pacientes que estaban en tratamiento con Copaxone® cambiaron 2 a Tysabri®, 1 a Betaferon® y 1 a Rebif®; 1 paciente en tratamiento con Mitoxantrona® cambió a tratamiento con Betaferon® tras alcanzar la máxima dosis acumulada de 140 mg/m². En cuanto a los pacientes que actualmente se encuentran sin tratamiento: 1 interrumpió tratamiento con Avonex® por intención de embarazo y otro suspendió tratamiento con Copaxone® por reacción alérgica manifestada como intolerancia hepática.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes actualmente se encuentran en tratamiento con Betaferon® (37,5%). En el 40% de los casos en que se ha cambiado de tratamiento, se ha pasado a Tysabri®, en el 20% a Copaxone®, en el 13,3% a Betaferon®, en el 13,3% a Imurel®, en el 6,7% a Avonex®, y en el 6,7% a Rebif®. En general los tratamientos con fármacos modificadores del curso de la enfermedad son bien tolerados, habiéndose observado reacciones adversas en el 3,1% de los pacientes, que requirieron bien la suspensión del tratamiento o bien el cambio de tratamiento.

860. VARIABILIDAD TERAPÉUTICA EN LA UTILIZACIÓN DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO

J.J. Franco, C. Iniesta Navalón, M.T. Antequera Lardón y J.M. Alonso Herreros

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Murcia. España.

Objetivo: Analizar la variabilidad terapéutica en el uso de la hormona de crecimiento dispensada en un Hospital General Universitario durante un año.

Material y métodos: Se utilizó los registros de dispensación y el archivo de Historias Clínicas, así como los protocolos del a Comisión de Seguimiento de los Tratamientos con Hormona del Crecimiento dependiente de la Consejería de Sanidad. Las fichas técnicas con las indicaciones autorizadas se obtuvieron de la Agencia Española de Medicamentos.

Resultados: Las indicaciones admitidas actualmente en España, son las siguientes: A) Retraso de crecimiento debido a deficiencia de hormona de crecimiento (RCDHC); B) Retraso de crecimiento en niñas debido a disgenesia gonadal (síndrome de Turner - ST); C) Retraso de crecimiento en niños prepúberales debido a enfermedad renal crónica (RCERC); D) Trastorno del crecimiento en niños nacidos pequeños para su edad gestacional (SGA) con un peso y/o longitud en el momento de su nacimiento por debajo de -2 DE, que no hayan mostrado una recuperación en el crecimiento a los cuatro años o posteriormente síndrome de Prader-Willi (TCNNP); E) Tratamiento sustitutivo en adultos con deficiencia marcada de la hormona de crecimiento (TSADHC). En España las especialidades que contienen somatropina son las siguientes: Genotonorm® (GENOT), Humatrope® (HUM), Norditropin® (NORD), Nutropin®, Omnitropin®, Saizen® y Zomacton®. Sólo Genotonorm® y Omnitropin® tienen todas las indicaciones. Se incluyeron 30 pacientes en el estudio, de los cuales 23 eran pediátricos y 7 adultos. En niños para RCDHC se trataron 7 con Saizen®, 3 con Humatrope®, 2 con norditropin® y 1 con Genotonorm®; Para el ST un paciente se trató con Saizen® y otro con Genotonorm®; Para TCNNP se trataron 6 pacientes con Norditropin® y uno con Genotonorm®; para Prader-Willi se trataron un paciente con Genotonorm® y otro con Saizen®. Para pacientes adultos en TSADHC, seis fueron tratados con Genotonorm® y uno con Saizen®. Es reseñable la notable variabilidad terapéutica para la indicación RCDHC, en la que se incluyó un grupo de 13 pacientes pediátricos, de los cuales a un 53,8% (7 pacientes) se les dispensaron la especialidad Saizen®. A destacar en el otro extremo la escasa variabilidad terapéutica en la indicación pediátrica "Trastorno del crecimiento en niños nacidos pequeños para su edad gestacional (SGA) con un peso y/o longitud en el momento de su nacimiento por debajo de -2 DE, que no hayan mostrado una recuperación en el crecimiento a los cuatro años o posteriormente síndrome de Prader-Willi (TCNNP) " y en la única de adultos TSADHC, en las que en ambos casos, en los dos grupos de 7 pacientes tratados se dispensó a un 85,7% (6 pacientes) la especialidad Norditropin Simplexx® y Genotonorm®, respectivamente.

Conclusiones: Existe una importante variabilidad terapéutica en la utilización de la hormona de crecimiento, lo que supone una oportunidad de mejora. Sería necesaria una guía de intercambio terapéutico, con el fin de reducir la variabilidad clínica, y mejorar las condiciones de adquisición, contribuyendo a la mejora de la calidad asistencial y a la optimización de recursos.

608. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACOTERAPÉUTICA INDIVIDUALIZADA DIRIGIDO A PACIENTES EXTERNOS EN TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN UN HOSPITAL INFANTIL

M. Cáceres García, A. Ramírez Carrance, C. de Agapito Vicente, M. Cuervas-Mons Vendrell, B. Arce Abaitúa y M.P. García Rodríguez

Hospital Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivos: Colaborar en la optimización de la asistencia farmacoterapéutica de los pacientes externos tratados con hormona de crecimiento (HC) atendidos por nuestro Servicio de Farmacia (SF).

Material y métodos: Entre abril y junio de 2008 se ha diseñado y aplicado un programa de atención farmacoterapéutica individualizada para pacientes externos tratados con HC atendidos por

nuestro SF. El programa consta de cuatro fases: 1) Realización de una entrevista inicial a los familiares o personas al cargo del paciente con el fin de detectar los problemas relacionados con la medicación (PRMs) existentes. 2) Estimación del cumplimiento del tratamiento. 3) Intervención farmacéutica (IF) sobre los PRMs detectados. 4) Realización de una segunda entrevista con el fin de evaluar los resultados de la IF. Para el diseño de la entrevista inicial se realizó una revisión bibliográfica previa y se establecieron 17 categorías de preguntas dirigidas a detectar posibles PRMs. Para el análisis de la entrevista inicial se compararon las respuestas obtenidas con un perfil ideal de utilización de la especialidad farmacéutica previamente establecido para cada paciente de forma individualizada. La estimación del cumplimiento se basó en los registros informáticos de dispensación de HC disponibles en el SF. En la fase de IF, se elaboró un plan de actuación para la resolución de los PRMs detectados de manera coordinada con el médico, la enfermera, el laboratorio fabricante y con la persona a cargo del paciente. La segunda entrevista al paciente se dirigió exclusivamente hacia los PRMs detectados para determinar el grado de aceptación y/o seguimiento de las propuestas farmacéuticas y de resolución de los PRMs.

Resultados: Se realizaron un total de 25 entrevistas iniciales de las cuales 9 se descartaron por falta de datos necesarios para su análisis. En las 16 entrevistas aceptadas se detectaron 58 posibles PRMs de los que 5 fueron descartados. De los 53 PRMs reales, 16 estaban relacionados con el manejo de la especialidad farmacéutica, 15 con la seguridad, 12 con la satisfacción del paciente y 10 con la eficacia del tratamiento. Al final del proceso de atención farmacoterapéutica se resolvieron 41 PRMs (77% de los PRMs reales). El porcentaje de resolución de los PRMs de seguridad y de manejo de la especialidad farmacéutica fue del 100%, el de los PRMs de eficacia fue del 80% y el de los PRMs de satisfacción del 17%. El tiempo medio necesario para procesar cada posible PRM detectado se estimó en 30 minutos.

Conclusiones: - La utilización de HC en pacientes pediátricos tiene características farmacoterapéuticas especiales (indicaciones, posología, contraindicaciones, efectos adversos, interacciones...) que es indispensable considerar en su atención farmacéutica. - El uso hospitalario de la HC ha permitido el seguimiento farmacoterapéutico del paciente se realice completamente en el hospital y también ha incrementado notablemente el gasto. - La atención farmacoterapéutica individualizada de los pacientes tratados con HC tiene un impacto positivo en la seguridad y en la eficacia del tratamiento. - La aplicación del programa de atención farmacoterapéutica individualizada representa un significativo aumento de la carga del trabajo farmacéutico.

24. ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES DUDAS EN LAS PACIENTES SOMETIDAS A TERAPIAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA?

C. Mora Herrera y P. Ventura López

Hospital Santa Bárbara. Ciudad Real. España.

Introducción: La dispensación de medicamentos a pacientes del SESCAM sometidas a técnicas de reproducción asistida se efectúa desde el 101/09/2005, a través de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Gracias a los grandes avances son muchas las soluciones con respecto a la infertilidad: la inseminación artificial, consiste en la colocación en el útero del semen cuando este no reúne las condiciones necesarias para hacerlo de manera natural. La inseminación donante, cuando el semen de la pareja presenta características significativamente anormales. La fecundación in vitro, los espermatozoides y los ovocitos se combinan en el exterior, son colocados en una incubadora y cuando ocurre la fertilización son transferidos al útero materno. La microinyección espermática es

semejante a la FIV salvo que en el FIV se dejan los ovocitos incubados con los espermatozoides y estos se encargan de penetrarlo y en el ICSI se toma un solo espermatozoide y se inyecta en el interior del ovocito.

Objetivos: Tareas de adiestramiento en la administración de los fármacos. Analizar el patrón de preguntas formuladas por las pacientes en la consulta de atención farmacéutica.

Métodos: Durante el primer año de estudio del 1/09/2005 al 31/12/2007 se analizaron los tratamientos incluidos en los programas de reproducción asistida dispensados en el Servicio de Farmacia del hospital comarcal, se incluyeron tanto la inseminación artificial; conyugal (IAC) y donante (IAD) como la fecundación in vitro clásica (FIV) y microinyección espermática (FIV_ICSI). Las principales actuaciones realizadas en la consulta de Atención Farmacéutica consistieron en una entrevista con las pacientes, se les preguntaba los tratamientos concomitantes, si era el 1º ciclo hormonal, o si ciclos sucesivos, se les informaba del horario de la consulta y se les dispensaba su medicación junto con el material necesario como agujas, jeringas, recipientes para desechar los inyectables. Se les adiestraba en zonas preferentes de punción (zona abdominal, antebrazos, muslos), cómo desinfectar la zona, cómo preparar las mezclas, cómo cargar los cartuchos, se les recomendaba alternar pinchazos, se les aconsejaba no tomar medicamentos innecesarios sin consultar previamente con el ginecólogo/farmacéutico. A los 4-5 días solía realizarse otra ecografía según resultados obtenidos se les prescribía y dispensaban las nuevas recetas, conforme se acerca el momento de la ovulación solían tener citas más frecuentes. De tal forma que acudían una media de 3 veces por ciclo.

Resultados: En este período se atendieron en la consulta de Atención Farmacéutica a 125 pacientes de edades comprendidas entre los 23-40 (100% mujeres) se dispuso medicación para 280 ciclos (175 ciclos FIV ICSI, 3 ciclos FIV, 91 ciclos IAC, 8 ciclos IAD, 3 ciclos FIV ICSI+DGP), el número de dispensaciones fue de 850. Siendo la tasa de embarazo 32% (40 pacientes). Dentro del patrón de dudas: - 65%: interesadas en la técnica de punción (manejo de la pluma), efectos secundarios (el dolor e hinchazón en el lugar de punción, probabilidad de aparición de quistes), conservación del tratamiento (cuáles son de nevera), hora preferente de punción (recomendándoles entre las 8-10 de la noche). - 25%: interesadas en probabilidad de éxito. - 10%: interesadas en la técnica de reproducción (diferencia entre inseminación y fecundación in vitro).

Conclusión: 1. La utilización de técnicas de reproducción asistida está teniendo en las últimas décadas una demanda creciente debido a la maternidad tardía de las parejas españolas. 2. Los pacientes sometidos a tratamientos de fertilidad al inicio de la terapia tienen muchas dudas y miedos relacionados con la administración de los fármacos y sus efectos adversos, por eso el asesoramiento del farmacéutico se convierte en un servicio indispensable.

Conflicto de intereses: Ninguno.

133. HEPATITIS C: SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO POR EFECTOS ADVERSOS

A. Martínez Crespo y A. Apesteguía El Busto

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

Objetivo: Analizar los efectos adversos que causaron la suspensión del tratamiento en pacientes con hepatitis C. Comparar peginterferón alfa-2b frente a peginterferón alfa-2a.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que recibieron peginterferón en nuestro servicio. Como fuentes de información se utilizaron las historias clínicas y el programa Farmatools de dispensación a pacientes externos. Se comparó la frecuencia de suspensión del tratamiento en ambos grupos mediante la prueba

de χ^2 . Los datos se registraron en una base de datos Microsoft Access y se analizaron mediante SPSS 14.0º.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 120 pacientes, 63 en tratamiento con peginterferón alfa-2 a y 57 con peginterferón alfa-2b. Entre los pacientes tratados con peginterferón alfa-2a había 18 mujeres y 45 hombres. De estos, 30 pacientes estaban coinfectados con el VIH. De ellos, 34 tenían el genotipo 1, 21 el genotipo 3, 2 el genotipo 4 y en 6 se desconocía el genotipo. La media de edad era de $41,62 \pm 6,99$ años. Fueron tratados durante $40,10 \pm 15,66$ semanas. Entre los pacientes tratados con peginterferón alfa-2b había 15 mujeres y 42 hombres. De estos, 5 pacientes estaban coinfectados con el VIH. De ellos, 28 tenían el genotipo 1, 13 el genotipo 3, 2 el genotipo 4, 2 el genotipo 2 y en 12 se desconocía el genotipo. La media de edad era de $42,37 \pm 10$ años. Fueron tratados durante $36,95 \pm 17,26$ semanas. En 6 pacientes tratados con peginterferón alfa-2a, 5 mujeres y 1 hombre, se suspendió el tratamiento por efectos adversos: En 1 por plaquetopenia, en 1 por neutropenia, en 3 por impotencia presentando una de ellos también astenia y otro anemia y en el último por motivos que no se consiguió averiguar. De estos, 2 pacientes estaban coinfectados con el VIH. De ellos, 3 tenían el genotipo 1, 2 el genotipo 3 y en 1 se desconocía el genotipo. La media de edad de estos pacientes era de $40,00 \pm 6,93$ años. Fueron tratados durante $20,67 \pm 11,34$ semanas. En 6 de los pacientes tratados con peginterferón alfa-2b, 2 mujeres y 4 hombres se suspendió el tratamiento por efectos adversos: En 2 por plaquetopenia y neutropenia, en 2 por astenia y en otros 2 por neutropenia. De estos, 1 paciente estaba coinfectado con el VIH. De ellos, 4 tenían el genotipo 1, 1 el genotipo 3, y en 1 se desconocía el genotipo. La media de edad de estos pacientes era de $42,67 \pm 12,06$ años. Fueron tratados durante: $17,50 \pm 7,23$ semanas. Comparando el número de pacientes a los que se les suspendió el tratamiento en ambos tipos de peginterferón mediante la prueba de ji cuadrado se obtuvo un valor de p de 0,855.

Conclusiones: Las causas de suspensión del tratamiento de la hepatitis C fueron: neutropenia, astenia, impotencia, plaquetopenia y anemia. No hay diferencias entre ambos tipos de peginterferón en cuanto al número de pacientes a los que se les suspendió el tratamiento por efectos adversos.

Conflicto de intereses: Ninguno.

530. EL MOTOR PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES EXTERNOS: ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

B. Mejuto Pérez del Molino, E.M. Fernández López de Vicuña, C. Calzón Blanco, M. Isidoro García, M. Carbajales Álvarez y S. Tembrás Martínez

Hospital de Cabueñes. Asturias. España.

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción, comentarios y/o sugerencias de los pacientes que acuden a recoger su tratamiento al Área de Pacientes Externos respecto a esta área e identificar los aspectos a mejorar.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se procedió a la entrega y posterior recogida de una encuesta de satisfacción (voluntaria y anónima), basada en el Manual Principios de Atención Farmacéutica y Práctica Clínica en Pacientes Externos. La entrega de la encuesta se realizó entre junio y diciembre de 2008. No se incluyeron en el estudio los pacientes que acudían por primera vez a la farmacia. La encuesta constó de 17 preguntas puntuables del 1 al 5 referentes a cuatro aspectos (espacio físico y organización, dispensación, atención farmacéutica y satisfacción global) y un apartado de comentarios de texto libre. Debido a la gran diversidad de patologías que se abarcaron, se realizó un segundo análisis por subgrupos en el apartado de atención farmacéutica para evaluar si la satisfacción de los pacientes en este aspecto estaba

condicionada por el tipo de patología tratada. El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante SPSS.

Resultados: Se evaluaron 302 encuestas de las 822 entregadas, siendo el porcentaje de participación del 36,7%. El 57,0% eran hombres y 40,7% mujeres (7 encuestados no rellenaron el campo sexo), siendo el grupo de edad entre 41 y 65 años del 57,9%. La patología mayoritaria entre los pacientes fue VIH (35,4%), seguida de esclerosis múltiple (13,2%), insuficiencia renal crónica (7,9%) y artritis reumatoide/artritis psoriásica (7,3%). El 91,7% de los pacientes se mostraron satisfechos o muy satisfechos obteniéndose una puntuación global de $4,16 \pm 0,96$. Los aspectos peor valorados fueron los relacionados con la sala de espera (media: $3,32 \pm 1,12$) y el tiempo de espera (media: $3,4 \pm 1,21$). La accesibilidad del farmacéutico (media: $4,18 \pm 0,75$), así como la información proporcionada respecto a su tratamiento y dudas sobre éste (media: $4,14 \pm 1,65$), son los apartados que obtuvieron las mejores puntuaciones. En el análisis por subgrupos, cabe destacar que el 100% de los pacientes con hepatitis C, el 86,4% con artritis reumatoide/psoriásica, el 84% con VIH y el 83,3% con IRC, consideraron al farmacéutico útil/muy útil en relación a su enfermedad y tratamiento, obteniéndose en el subgrupo de esclerosis múltiple el peor resultado (72,5%). Respecto a los comentarios y/o sugerencias, 20 de los encuestados consideraron importante una ampliación de la sala de espera, 15 sugirieron una ampliación de horario (si es posible por la tarde) y 13 propusieron que la dispensación de medicamentos fuera para 2-3 meses.

Conclusiones: Las encuestas de satisfacción son fáciles de rellenar por los pacientes y nos permiten conocer sus opiniones respecto a la atención sanitaria que prestamos. Los pacientes en nuestro hospital se sienten satisfechos o muy satisfechos con la atención farmacéutica recibida, aunque deben mejorarse determinados aspectos sobre el espacio físico de la consulta y la organización.

994. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES TROMBOFÍLICOS ANTICOAGULADOS POR VÍA ORAL

E. Fernández Manzano, G.I. Vecino Guerra, W. Torres Yribar y J. Pérez Piñero

Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana. Cuba.

Objetivo: Aplicar seguimiento farmacoterapéutico a pacientes ambulatorios asistidos en la consulta de Trombofilia del Servicio de Hematología del hospital.

Material y métodos: Estudio observacional analítico longitudinal durante 12 meses, a 46 pacientes ambulatorios con diagnóstico de trombofilia que aceptaron participar en la investigación. Variables analizadas: Índice de Masa Corporal (IMC), parámetros de laboratorio clínico, Índice Internacional Normalizado (INR), hábitos tóxicos, Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM), e Intervenciones Farmacéuticas (IF). Se realizaron las adecuaciones necesarias al método Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT), 3ª edición (2007). La identificación y clasificación de PRM y RNM se realizó de acuerdo al Tercer Consenso de Granada. Los RNM detectados se consideraron resueltos, cuando las modificaciones introducidas en la terapéutica condujeron a la mejoría del estado de salud del paciente. Se utilizó la estadística descriptiva empleándose frecuencias y estados porcentuales. Para analizar la interdependencia entre las variables, se utilizó la tabulación cruzada y mediante el coeficiente de contingencia se determinó la significación de la correlación encontrada (correlación significativa si $p < 0,05$). En el procesamiento de los datos se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 12.0.0 (2003).

Resultados: El 47,8% de los pacientes incluidos en el estudio se encuentra entre 30 y 49 años de edad, con un promedio de edad

39,8 años, y mayor frecuencia en la raza blanca. Sólo en el 17,4% de los pacientes se detectaron hábitos tóxicos (café, tabaco y alcohol), que constituyen factores de vulnerabilidad por el incremento de los niveles de homocisteína en sangre y la aparición del síndrome antifosfolípidos. Más del 65,0% de los pacientes se mantuvo con categoría de sobrepeso y obesidad en sus diferentes grados, que constituye un factor de riesgo adquirido para trombofilia. Este hallazgo ratifica la necesidad de aplicar de forma más efectiva la IF. Se detectaron las enzimas hepáticas, el colesterol y los triglicéridos elevados en el 10%, 8,7% y 13,0% de los pacientes respectivamente, que constituyen problemas de salud que responden a PRM y RNM, aunque no se observó una dependencia significativa entre estas variables. En el 97,8% de los pacientes se identificaron 123 PRM (clasificados en 16 tipos), como causa de 115 RNM, de los que se resolvieron el 69,6%. Los PRM con mayor frecuencia de aparición fueron el PRM manifestado por dosis inferior de un medicamento (73,9%), PRM manifestado por dosis superior de un medicamento (54,3%), que es característico del paciente anticoagulado, dado el estrecho margen terapéutico de los anticoagulantes y fue corroborado con la determinación semanal del INR, en la que sólo dos pacientes no presentaron problemas de dosificación del anticoagulante, encontrándose dependencia significativa entre INR y PRM. Los RNM que se presentaron con mayor frecuencia fueron: el manifestado por ineffectividad cuantitativa (73,9%), el manifestado por inseguridad cuantitativa (56,5%) y el no manifestado por inseguridad no cuantitativa (39,1%).

Conclusiones: La aplicación del SFT a los pacientes anticoagulados por vía oral permitió resolver el 70% de los RNM detectados, mediante la intervención farmacéutica.

198. ADMINISTRACIÓN DE MESNA IV/ORAL EN PACIENTES TRATADOS CON CICLOFOSFAMIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Cuesta Grueso, C. Climent Codina, J. Poquet Jornet y F. Ramos Torre

Hospital de Denia Marina Salud. Alicante. España.

Objetivo: El MESNA se utiliza como fármaco uroprotector en los tratamientos con citostáticos tipo oxazafosforinas. Su administración en perfusión iv está indicada a las 0, 4 y 8 h de la infusión de la oxazafosforina a dosis un 20% de la misma, siendo la presentación en ampollas iv, la única disponible en España. El Hospital de Día de nuestro hospital, permanece abierto por la mañana, lo que genera un problema en la gestión de pacientes tratados con estos fármacos relacionada con los horarios de administración. El caso que tratamos es una mujer diagnosticada de lupus eritematoso sistémico con glomerulonefritis lúpica proliferativa difusa (tipo IV), en tratamiento con ciclofosfamida a dosis 650 mg/m^2 . Nuestro objetivo es valorar la posibilidad de administrar el MESNA de forma que facilite el funcionamiento del Hospital de Día.

Material y métodos: Se realiza una revisión de la literatura científica que aporte información sobre otras vías de administración de MESNA, así como perfil farmacocinético y formas farmacéuticas empleadas.

Resultados: En la bibliografía científica se haya documentada la eficacia de la administración de MESNA iv/oral combinada. El perfil farmacocinético de las formulaciones iv frente a las orales, incluyendo la solución oral a partir de la presentación en ampollas iv, muestra una biodisponibilidad de MESNA iv del doble frente al oral, y un $t_{\text{máx}}$ oral de 1 a cuatro horas. La administración de la presentación de MESNA iv disuelto en agua para administración oral ha mostrado unas características organolépticas desagradables para los pacientes.

Conclusiones: La administración oral de MESNA en pacientes tratados con oxazafosforinas se puede emplear como pauta combinada con la vía iv, evitando ingresos y costes asociados, lo que supone una mejora en la gestión de este perfil de pacientes. La pauta recomendada en nuestro hospital es de una primera dosis iv junto con oxazafosforina (dosis MESNA = 20% dosis oxazafosforina), y una segunda y tercera dosis orales (40% dosis de oxazafosforina), a las 2 y 6 h tras la infusión de la oxazafosforina, disolviendo el contenido de las ampollas en zumo. En nuestra paciente la evolución fue favorable, permaneciendo asintomática y sin datos clínicos ni analíticos que hicieran pensar en afectación de las vías urinarias.

513. IMPACTO ECONÓMICO DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

B. García Esteban, G. Rodríguez Torné, B. González Joga, M.C. Iranzu Aperte, M.A. Berrocal Javato y M. Gómez-Serranillos Reus

Nuestra Señora del Prado. Toledo. España.

Objetivos: Disminuir el gasto por receta del centro socio-sanitario adjudicado a nuestro hospital, y por consiguiente el gasto en medicamentos de la comunidad autónoma, mediante un sistema de intercambio terapéutico y adecuación de los tratamientos a la guía farmacoterapéutica del hospital.

Material y métodos: Revisión de los tratamientos farmacoterapéuticos de todos los pacientes clasificados en el centro socio-sanitario como "asistidos" que fueron un total de 184 pacientes. Se valoraron 3 tipos de sustituciones farmacoterapéuticas: S1 (sustitución por un mismo principio activo con diferente marca comercial), S2 (sustitución por un principio activo diferente equivalente terapéutico), S3 (sustitución por un mismo principio activo pero diferente dosis o forma farmacéutica) y también la inclusión de nuevos medicamentos (I) en el botiquín por adecuación a la guía farmacoterapéutica del hospital. La valoración económica de estas intervenciones se llevó a cabo en una tabla Excel, comparando el gasto mensual de los medicamentos prescritos mediante receta por el centro socio-sanitario originalmente (PVP) y el gasto que suponía con la sustitución o nueva inclusión por parte del hospital (PVL).

Resultados: Se revisaron 184 historias farmacoterapéuticas, de ellas en 121 (65,8%) se realizó alguna intervención. El número de intervenciones por paciente fue 0,88. Análisis de intervenciones: se realizaron 163 intervenciones, de las cuales 123 (75,5%) fueron sustituciones (S1, S2 o S3) y 40 (24,5%) nuevas inclusiones de medicamentos. De las 123 intervenciones por sustitución, 84 (68,3%) fueron S1, 29 (23,5%) fueron S2 y 10 (8,13%) fueron S3. La media mensual de gasto por receta del centro es 10.941,12 €. El impacto económico de estas intervenciones supondría una disminución en el gasto por receta del centro socio-sanitario (PVP) de 4.240,3 €/mes (38,8%). Por otro lado, como el servicio de farmacia del hospital dispensaría un mayor número de medicamentos esto incrementaría el gasto del hospital (PVL) en 1.950,7 €/mes. Teniendo en cuenta que la media de ahorro para la comunidad autónoma desde que se empezó a trabajar con el centro socio sanitario ha venido siendo un 30-35%, el ahorro adicional que supondrían estas intervenciones sería un 10% consiguiéndose así un ahorro total del 40-45%.

Conclusiones: Es importante la labor continuada del farmacéutico en el centro socio sanitario puesto que sus intervenciones repercuten en un ahorro económico con una mejora relevante en la adecuación del tratamiento farmacológico de los pacientes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

539. RELEVANCIA CLÍNICA DE LA INTERACCIÓN TENOFOVIR MÁS ATAZANAVIR SIN POTENCIAR

M. Domínguez Cantero, M.J. Huertas Fernández, R. Bulo Concellón, F. Guerrero Sánchez, V. Vázquez Vela y A. García Rueda

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

Objetivo: Seguimiento de pacientes tratados con TDF + ATV sin potenciar con RTV y valorar el impacto clínico de la interacción mediante un aumento en la carga viral plasmática (CVP).

Material y método: La administración conjunta de tenofovir (TDF) con atazanavir (ATV) puede dar lugar a una disminución de los niveles plasmáticos de ATV, pudiendo conducir a una reducción o pérdida de la actividad terapéutica. Se produce una disminución de un 25% AUC y 40% Cmin de ATV. Cuando se potencia con ritonavir (RTV), el efecto negativo de tenofovir se ve minimizado, no teniendo tanta repercusión clínica esta interacción. Se realizó un estudio retrospectivo desde el año 2007 hasta marzo 2009. El farmacéutico de la Unidad de Atención a Pacientes Externos detectó los pacientes en tratamiento con TDF y ATV sin potenciar, envió un informe documentando la posible interacción entre éstos dos fármacos al facultativo responsable de cada paciente. Posteriormente se evaluó el impacto de la interacción a través de la presencia o no de rebote virológico. Los datos recogidos de la historia clínica y del programa informático Dipex® v2.6. fueron: fecha de inicio y fin con este tratamiento antirretroviral (TAR), motivo del cambio, TAR anterior, CVP anterior, durante y tras este TAR y adherencia al TAR.

Resultados: 9 pacientes fueron tratados con TDF + ATV sin potenciar. Todos estuvieron en tratamiento previo con RTV suspendiéndose por intolerancia y comenzaron este TAR con CVP indetectable. Mediana de meses en tratamiento con TDF+ATV sin RTV de 6 (5 -14). Tras la información recibida por el farmacéutico, se decidió cambiar el TAR al 55,5% (5/9) de los pacientes por rebote virológico, mediana en el aumento de CVP 8.891 copias/ml (60-489.825). Todos eran buenos adherentes excepto uno que era irregular. El resto de pacientes 45,5% (4/9) mantienen como tratamiento esta combinación y permanecen con CVP indetectable, de estos 3 son buenos adherentes y uno irregular.

Conclusiones: La interacción farmacológica entre TDF y ATZ sin potenciar provoca ineficacia terapéutica de éste último con el consiguiente rebote virológico en un gran número de pacientes. No podemos sacar conclusiones con respecto a la posible relación entre esta interacción y la adherencia al TAR puesto que prácticamente todos eran buenos adherentes. La implicación activa del farmacéutico, como profesional del equipo multidisciplinar que atiende al paciente VIH, contribuye a optimizar el TAR con el fin de asegurar la máxima efectividad posible.

643. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE AMBULATORIO MEDIANTE UN CUESTIONARIO

M. Heredia Benito, M. Sánchez Ruiz de Gordoia, R. Seisdedos Elcuaz, J.J. Márquez Nieves, M.C. Conde García y J.C. Valenzuela Gámez

Hospital General Mancha Centro. Ciudad Real. España.

Objetivo: Analizar la satisfacción percibida por los pacientes atendidos en la Unidad de Pacientes Externos (UPE) para mejorar la calidad de atención farmacéutica ofrecida.

Métodos: En enero de 2009 se trasladó la zona de Dispensación a Pacientes Ambulatorios (DPA) del servicio de farmacia a un área más accesible y cercana a la entrada del hospital y exclusiva para la asistencia al paciente ambulatorio. Se diseñó una encuesta con el fin de evaluar el grado de satisfacción de los pacientes ambulatorios respecto a aspectos generales (limpieza, accesibilidad y fa-

ilidad de desplazamiento) y competencia del personal sanitario. Las respuestas se puntuaron como muy buena, buena, regular, mala y muy mala. Se ofreció, de manera voluntaria y anónima, a todos los pacientes que acudieron a recoger su tratamiento al Servicio de Farmacia durante el mes de marzo de 2009.

Resultados: La encuesta fue cumplimentada por 28 pacientes; 14 hombres, 10 mujeres y 4 no contestaron. 35% de los pacientes tenían una edad comprendida entre los 19 y 65 años, 14% mayores de 65 años y el 14% restante no indicaron su edad. Fue la primera dispensación para un 18%, un 32% llevaba menos de un año de tratamiento, un 24% entre 1-5 años y un 18% más de 5 años. Los pacientes calificaron como muy buena y buena: la limpieza del centro (50% y 43%), desplazamiento (29% y 57% accesibilidad al servicio de farmacia (46% y 50%), información recibida sobre su enfermedad (61% y 39%), información recibida en el Servicio de farmacia sobre su tratamiento (57% y 36%), tiempo dedicado a dispensar su medicación (46% y 46%), trato recibido en la consulta médica (71% y 25%), trato recibido en el Servicio de farmacia (68% y 29%), competencia del personal del hospital (32% y 64%) y en general la calidad de atención (25% y 71%). Calificaron como regular: la facilidad de desplazamiento (7%), la información recibida sobre su tratamiento (4%) y el tiempo dedicado a dispensar su medicación (4%). Ningún aspecto fue calificado como malo o muy malo. El grado de satisfacción global fue bueno (54%) y muy bueno (43%). El cambio de ubicación les pareció muy bueno (57%) y bueno (36%).

Conclusiones: El traslado de la UPE a una zona específica mejoró la confidencialidad, la intimidad y la confianza de los pacientes en la atención farmacéutica. En general, el grado de satisfacción de nuestros pacientes es bueno/muy bueno siendo los aspectos más penalizados por los pacientes, el desplazamiento y la limpieza del centro. Las encuestas de satisfacción son una herramienta bien aceptada por los pacientes que indican su percepción sobre posibles problemas susceptibles de mejora. Se debe realizar una evaluación frecuente de sus resultados para mejorar la asistencia farmacéutica y orientarla hacia las necesidades del paciente.