

## FARMACOEPIDEMIOLOGÍA

### 620. RIESGO DE INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TERAPIA BIOLÓGICA

D. Ayago Flores, C. Peña Gallardo, E. Vicente Escrig, C. Carrión Carrión, M. Alós Almiñana y L. Martí Polo

*Hospital General de Castellón. Castellón de la Plana. España.*

**Objetivo:** Analizar el riesgo de infección en pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con terapias biológicas (TB) (infiximab, adalimumab, etanercept y rituximab) y que requirieron ingreso hospitalario, respecto a los pacientes no sometidos a dichas terapias, determinando el intervalo temporal desde el inicio de la TB hasta la infección.

**Metodología:** Estudio retrospectivo, de caso-control sobre pacientes con diagnóstico de AR según CIE9-MC, que tuvieron al menos un ingreso hospitalario con diagnóstico de infección entre enero de 2004 y diciembre de 2008. Los diagnósticos se obtuvieron de los CMBD correspondientes a estos años. Se determinó el tratamiento previo con terapia biológica en estos pacientes a través del registro de dispensaciones del programa Farmasyst®, realizándose posteriormente un análisis de subgrupos en función de la TB administrada. Se calculó el OR para el conjunto de TB, así como para cada fármaco individualmente.

**Resultados:** 378 pacientes con AR presentaron al menos un ingreso hospitalario. Un 12,9% (49) de ellos recibieron tratamiento con TB, de los cuales un 55,1% (27) presentaron al menos un episodio de infección, frente al 35,3% (116) de los pacientes con AR no sometidos a TB ( $p < 0,01$ ). El tiempo medio desde el inicio de la TB hasta el diagnóstico de la infección fue de 2,8 años (2,1-3,4). Las infecciones más frecuentes en los pacientes sometidos a TB fueron a nivel pulmonar, en el 22,2% (11) de los casos, infecciones sistémicas o septicemias en el 10% (5) y tuberculosis 6% (3). La edad media de los pacientes sometidos a TB fue de 65 años (40-85), de los cuales un 55,1% (27) fueron varones, respecto a una edad media de 67 años (19-92) en los no sometidos a TB, de los cuales un 65% (214) fueron varones, no observándose diferencias estadísticamente significativas en estas variables entre ambos grupos ( $p > 0,05$ ). Los servicios de ingreso implicados en ambos grupos fueron Medicina Interna (12,9%), Cirugía (10,2%), Traumatología (10,2%) y Neumología (9,4%). El tipo de ingreso fue de manera urgente en un 70,1% (267) de los casos. Se mostraron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de infección en el grupo sometido a TB respecto a los pacientes sin tratamiento biológico (OR = 2,25 IC95% 1,18-4,32,  $p < 0,01$ ). La probabilidad de infección según el tipo de TB mostró diferencias estadísticamente significativas para infiximab (N = 17, OR = 3,90 IC95% 1,53-10,20,  $p < 0,01$ ), mientras que no se observó un incremento significativo del riesgo de infección para adalimumab (N = 6, OR = 1,57 IC95% 0,46-5,36,  $p = 0,42$ ) y etanercept (N = 4, OR = 2,3 IC95% 0,52-10,40  $p = 0,2$ ). Se excluyó del análisis el tratamiento con rituximab, por presentarse únicamente dos casos.

**Conclusiones:** Los pacientes con AR y en tratamiento con TB presentaron un incremento significativo de infecciones a nivel hospitalario. Infiximab fue el fármaco que se asoció a un mayor

riesgo de infección. Las infecciones más frecuentes se produjeron a nivel pulmonar.

### 689. UTILIZACIÓN DE LINEZOLID EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE Y EFECTOS DE UNA ALERTA SANITARIA

M. Martínez Sogues, F. Barcenilla Gaité, S.M. Cano Marrón y J.A. Schoenenberger Arnaiz

*Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Lleida. España.*

**Objetivos:** Principal: evaluar la adecuación de la utilización de linezolid en el paciente crítico en base a las últimas recomendaciones consenso del Grupo de Estudio de Infecciones en el Paciente Crítico de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (GEIPC-SEIMC) y del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (GTEISEMICYUC). Secundarios: valorar la repercusión de la alerta de la FDA de marzo de 2007 en los hábitos de prescripción de linezolid respecto al tratamiento de referencia (vancomicina) y valorar la fiabilidad de la información contenida en el sistema de dispensación automatizado de medicamentos (SDAM) instalado en la UCI.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional y retrospectivo, realizado en un hospital universitario médico-quirúrgico, de todas las prescripciones de linezolid en pacientes críticos durante un año. La selección de pacientes se realizó mediante la información contenida en el SDAM. Las fuentes consultadas fueron la historia clínica en papel y/o informatizada y la aplicación informática del laboratorio. Las variables de evolución fueron los indicadores que podrían explicar la selección de linezolid: insuficiencia renal, administración concomitante de fármacos nefrotóxicos, concentración mínima inhibitoria (CMI) para vancomicina superior o igual a 1 mg/l e inestabilidad hemodinámica.

**Resultados:** A priori, la información del pyxis mostró una mayor utilización de linezolid comparado con vancomicina: 87 vs 78 pacientes. Se excluyeron 8 pacientes (5 sin historia clínica disponible, en 2 el tratamiento se suspendió y sustituyó por vancomicina el mismo día, y 1 no ingresado en UCI). De los 79 pacientes evaluables, sólo el 62% (n = 49) tenían linezolid prescrito, de los cuales 38 eran hombres y 11 mujeres, con una mediana de edad de 55 años y una mortalidad bruta del 47%. El 92% de las infecciones fueron nosocomiales. La infección respiratoria fue predominante (36%), seguida de bacteriemias inespecificadas (30%) y la infección intraabdominal (14%). En el 67% de las infecciones respiratorias no se objetivaron gérmenes grampositivos y el 92% de las bacteriemias las produjeron cocos grampositivos. El 78% (n = 38) fueron prescripciones empíricas, de las cuales el 37% eran en pacientes con insuficiencia renal, el 40% recibía fármacos nefrotóxicos (aminoglucósido ± colistina) y el 5% inestabilidad hemodinámica. En el 18% no había factores de riesgo para vancomicina. En los 11 pacientes restantes (22%) las prescripciones fueron etiológicas, dos de las cuales se prescribieron por ineficacia o contraindicación a vancomicina, 6 en insuficiencia renal y en una por fármacos nefrotóxicos y CMI superior o igual 1 mg/l. En 2 casos no había factores de riesgo para vancomicina. Tras la alerta de la FDA se produjo un 43% menos de prescripciones empíricas de linezolid.

**Conclusiones:** En el 82% de pacientes linezolid se prescribió de acuerdo a las recomendaciones consenso. Tras la alerta de la FDA, la prescripción mensual media se redujo casi a la mitad. La información registrada en el SDAM fue errónea en el 38% de los pacientes.

### 957. UTILIZACIÓN DE EFALIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS

S. Cobo Sacristán, S. Martín Sala, M. Badia Tahull, X. Bordas Orpinell y R. Jodar Masanes

*Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España.*

**Objetivo:** Evaluar la utilización de efalizumab en el tratamiento de la psoriasis.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 4 años (01/05-01/09) de pacientes tratados de psoriasis en un hospital universitario de tercer nivel. Se siguieron los tratamientos con fármacos biológicos y se centró el estudio en efalizumab. Se recogió: edad, sexo, tratamientos previos, antecedentes patológicos, duración y motivo de suspensión de efalizumab. El estado de las lesiones se midió con el Índice de severidad y área de psoriasis (PASI), que evalúa el grado de eritema, infiltrado y descamación. Se midió el PASI inicial, y como variables de eficacia se consideraron la reducción del PASI superior al 50% (PASI-50), al 75% (PASI-75) o al 90% (PASI-90) a los 3, 6, 9, 12 y 18 meses. Se registraron los efectos adversos relacionados con efalizumab y se revisaron las alternativas tras su suspensión de comercialización.

**Resultados:** Se incluyeron 119 pacientes. El 31,93% fueron tratados con etanercept, 12,61% con efalizumab, 4,20% con adalimumab, 4,20% con infliximab, y el 49,58% con varios agentes biológicos. De los 54 tratados con efalizumab se excluyeron 13 por falta de datos. En los 41 pacientes estudiados (29 hombres; 70,7%), el motivo de inicio de efalizumab fue la baja respuesta y/o intolerancia por efectos adversos a metotrexato (88%), ciclosporina (85%) o retinoides (70,6%). En el 90% de los pacientes (37/41) el primer tratamiento biológico fue con efalizumab. Los pacientes presentaban un PASI inicial medio de 14.7 (rango: 6-37,2), teniendo el 26,47% PASI < 10, el 58,82% PASI entre 10-20, y el 17,65% PASI > 20. En el 58,54% de los pacientes (24/41) el tratamiento se suspendió por falta de eficacia. De éstos, 11 alcanzaron el PASI-50, llegando 2 de ellos al PASI-75 y ninguno alcanzó el PASI-90. En 16 pacientes no se llegaron a completar los 6 meses de tratamiento y en 8 de ellos la psoriasis empeoró, en 4 casos al mes de iniciar el tratamiento. En 3 pacientes se suspendió el tratamiento por reacciones adversas: aumento de transaminasas, artralgias y un caso de poli-neuropatía por tratamientos anteriores con anti-TNF que empeoró con efalizumab. En el 29,27% de los pacientes (12/41) se suspendió el tratamiento por la suspensión de comercialización. De éstos, el 83,3% había alcanzado el PASI-75 a los 6 meses, llegando 7 de ellos al PASI-90, mantuvieron PASI-75 el 66,7% a los 9 meses y el 50% al año de tratamiento. Más de la mitad había superado el año de tratamiento, y 4 llevaban más de 2 años. El 72,7% podría beneficiarse del tratamiento con fármacos anti-TNF, pero 2 pacientes presentan contraindicaciones para el uso de éstos.

**Conclusiones:** Efalizumab, aunque era la primera opción de fármaco biológico en el tratamiento de la psoriasis con afectación exclusivamente cutánea, alrededor de la mitad de casos debía ser sustituido por otro debido a su falta de eficacia. En aproximadamente un tercio de nuestro grupo de pacientes, efalizumab suponía un fármaco con adecuada eficacia y carencia de efectos adversos. La suspensión del fármaco debida a reacciones adversas se dio sólo en el 7,31% de los pacientes.

### 381. USO "COMPASIVO" DEL ÁCIDO MICOFENÓLICO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.I. Panadero Esteban, F.J. Bécares Martínez, E. Castillo Bazán, M. Bonilla Porras, G. Toledano Mayoral y E. Tortajada Victoria

*Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.*

**Objetivo:** Describir el papel del inmunosupresor ácido micofenólico (AMF) en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES)

en los pacientes tratados con dicho fármaco solicitado por uso compasivo.

**Material y método:** El tratamiento de la nefritis lúpica es una indicación no autorizada en ficha técnica para el AMF, por lo que se solicita la autorización por uso compasivo y se dispensa a través de los Servicios de Farmacia Hospitalaria. Para la realización de este trabajo se han seleccionado a todos los pacientes en tratamiento con AMF autorizados como uso compasivo desde octubre 2006 hasta diciembre-2008 para la indicación de LES con afectación renal. Se han revisado las historias clínicas electrónicas de dichos pacientes a través del programa IMDH: revisiones en consultas externas, analíticas, episodios de hospitalización. Se han recogido los siguientes datos en una tabla Excel: edad, sexo, año de diagnóstico del lupus eritematoso sistémico, tratamientos recibidos, evolución, tolerancia al AMF. Por otra parte se ha revisado bibliografía referente al uso del AMF de los últimos 5 años en LES.

**Resultados:** Se han incluido 11 pacientes (3 hombres/9 mujeres) con edades de 22 a 77 años (mediana = 35), diagnosticados de LES desde los 9 a 74 años (mediana 22 años). De ellos, 7 han presentado una buena respuesta y tolerancia al AMF (en 2 casos suspendido por mejoría clínica), 1 paciente suspendido por linfopenia e infecciones, 2 pacientes que no responden, y 1 paciente lo suspende a la semana por intolerancia gástrica. Las dosis son variables (25 mg/día a 2 g/día) dependiendo del estadio de la enfermedad. En todos los pacientes se han utilizado los corticoides previamente y de forma concomitante con AMF. Otros tratamientos inmunosupresores: Azatioprina: tratamiento inicial en 7 pacientes, suspendiéndose en 2 por linfopenia. Ciclofosfamida: 5 pacientes de los cuales 2 con buena respuesta y tolerancia, 2 suspendidos por efectos adversos y 1 suspendido por quedarse sin vías el paciente. Ciclosporina: 2 pacientes. En un caso se añade al tratamiento con AMF por no obtener respuesta, consiguiéndose sólo mejoría inicial, posteriormente se suspende. El otro paciente consigue la remisión de la enfermedad, pero se suspende por efectos adversos a nivel hepático. Rituximab: 1 paciente resistente a otros tratamientos, con mejora de la función renal y buena tolerancia. Cloroquina: 5 pacientes para afecciones dermatológicas. La bibliografía consultada propone al AMF como un fármaco seguro y alternativo a otros con mayores efectos adversos en esta patología.

**Conclusiones:** Los pacientes incluidos en esta revisión tienen en general una buena respuesta y tolerancia al AMF. Los efectos adversos, si bien afectan a pocos pacientes son graves y pueden llevar a la suspensión del tratamiento. La bibliografía avala ampliamente el uso del AMF en LES. Para facilitar el acceso a los pacientes de este medicamento consideramos necesario que se incluya en ficha técnica esta indicación.

Conflicto de intereses: Ninguno.

#### 445. ADALIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LAS UVEÍTIS AUTOINMUNES REFRACTARIAS

S. Villanueva Herraiz, A. Pérez Feliu, M. Hernández Garfella, A. Bernalte Sesé y P. Blasco Segura

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.*

**Objetivos:** Estudiar la eficacia y seguridad de adalimumab en el tratamiento de las uveítis autoinmunes refractarias (UAR).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (enero 2003-marzo 2009) en un hospital general de 592 camas sobre la utilización de adalimumab en UAR, no infecciosa, tras aprobación del uso compasivo. Como fuentes de datos se utilizaron: base de datos Access del Servicio de Farmacia de registro de usos compasivos tramitados, programa de registro de dispensación ambulatoria de la UFPE y la revisión de las historias clínicas. Se recogieron datos demográ-

ficos, tratamiento farmacológico previo, indicación, dosis, fecha aprobación uso compasivo, unidades dispensadas, duración y costes del tratamiento, reacciones adversas y respuesta clínica al tratamiento, que se evaluó con la agudeza visual (AV), medición del edema macular mediante tomografía de coherencia óptica y la actividad inflamatoria mediante medición de tyndall en cámara anterior y vítreo. Los datos se recopilaron en una hoja de cálculo Excel y se analizaron con el programa estadístico SPSS v 12.0. Las variables cuantitativas se resumieron con la mediana, mínimo y máximo y las cualitativas con las frecuencias y proporciones.

**Resultados:** 29 pacientes (75,9% mujeres) se aprueba el uso compasivo de adalimumab 40 mg cada 15 días en UAR, con una mediana de edad de 44,2 (31,2-76,4) años. Han recibido tratamiento con adalimumab 24 pacientes (70,8% mujeres). Las causas por las que no inician tratamiento son: 4 casos por decisión del paciente y 1 por fallecimiento. Se solicitó el uso compasivo bajo las siguientes indicaciones: asociada a Behçet (n = 12); panuveítis idiopática (n = 10), asociada a síndrome de Vogt Koyanagi Harada (n = 2), asociada a espondiloartropatía (n = 2), miositis orbitaria asociada a enfermedad de Crohn (n = 1), asociada a vasculitis retiniana (n = 1) y asociada a cirrosis biliar autoinmune (n = 1). La mediana de duración del tratamiento por paciente fue de 10,9 (1-32,2) meses, con una mediana de viales dispensados y coste por paciente de 30 (2-90) viales y 15.134,1 (1.008,9-45.402,3) €, respectivamente. Con anterioridad a la aprobación recibieron tratamiento con corticoides (100%), ciclosporina (86,2%), metotrexate (48,3%), azatioprina (34,5%), daclizumab (34,5%), infliximab (10,3%), efalizumab (10,3%) y micofenolato de mofetilo (3,4%). Tras iniciar tratamiento con adalimumab, todos los pacientes presentan AV estable, disminución del edema macular y únicamente un paciente recidivó. Un paciente con UAR asociada Behçet presentó papilitis (con AV < 0,1) previa al inicio de tratamiento, recuperándose satisfactoriamente con adalimumab. 18 pacientes continúan en tratamiento, suspendiéndose en 6 pacientes: 3 casos por oftalmólogo por incumplimiento, 1 por toxicidad, 1 por decisión de nefrólogo en paciente con insuficiencia renal crónica en diálisis y toxicidad y 1 por embarazo. Adalimumab fue bien tolerado, 25% (n = 6) presentaron reacciones adversas, mayoritariamente leves: elevación de los lípidos (n = 3), elevación transaminasas (n = 2) y anemia (n = 1). En dos pacientes se suspendió el tratamiento por eczema en extremidades inferiores y candidiasis sistémica.

**Conclusiones:** Adalimumab es una alternativa farmacológica segura y efectiva en aquellos pacientes afectados de uveítis no infecciosa con componente inmunológico y refractaria a tratamiento inmunosupresor previo.

#### 225. UTILIZACIÓN DE PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR EN SITUACIONES ESPECIALES

M.T. Garrido Martínez, S. Grutzmancher Sáiz, J.I. Ynfante Milá, R. Sánchez del Moral, L. González Rivas y L. Domínguez Senín

*Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.*

**Objetivos:** Describir la utilización de profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) en situaciones especiales.

**Material y métodos:** Corte transversal (hospital de especialidades, grupo II, con 550 camas y docencia) para seleccionar a los pacientes médicos y quirúrgicos con riesgo de desarrollar una enfermedad tromboembólica venosa (ETE), que se encontraban en alguna de las siguientes situaciones especiales (situaciones de contraindicación/precaución especial de empleo en ficha técnica): insuficiencia renal (creatinina  $\geq$  1,5 mg/dL), trombopenia, hemorragia reciente, úlcera gastroduodenal activa, trastorno de la coagulación, hipertensión arterial (HTA) descontrolada  $\geq$  3 días. Se

excluyeron los pacientes con tratamiento de procesos tromboembólicos o anticoagulados en el momento del estudio. La variable principal fue el riesgo tromboembólico, medido como variable categórica (bajo, moderado o alto), en función de los factores de riesgo presentes y teniendo en cuenta las categorías establecidas para los distintos tipos de pacientes según las recomendaciones de la guía PRETEMED para los pacientes médicos y la 7ª guía de consenso sobre terapia antitrombótica del "American College of Chest Physicians" (ACCP) para los pacientes quirúrgicos. La HBPM empleada fue enoxaparina.

**Resultados:** El 16,2% (56) de los pacientes con riesgo de desarrollar una ETEV se encontró en alguna de las situaciones especiales descritas anteriormente (un mismo paciente podía tener más de una situación). Corresponden a: creatinina  $\geq 1,5$  mg/dL (23 = 6,2%), trombopenia (16 = 4,6%), hemorragia reciente (16 = 4,6%), úlcera gastroduodenal activa (2 = 0,6%), trastorno de la coagulación (4 = 1,2%), HTA descontrolada  $\geq 3$  días (1 = 0,3%). De los 56 pacientes en las situaciones descritas, el 71,4% (40) tenía un riesgo tromboembólico moderado-alto, que hubiera requerido el empleo de HBPM. De todos ellos recibieron dosis profilácticas 10 pacientes (25%). Las situaciones especiales de los pacientes con riesgo moderado-alto eran insuficiencia renal (18), trombopenia (11) y algunos con hemorragia reciente (9). Sólo en 3 pacientes con niveles de creatinina sérica  $\geq 1,5$  mg/dL se empleó HBPM. De los 16 pacientes con hemorragia reciente, 7 recibieron profilaxis con HBPM. En ninguno de los 9 pacientes con procesos hematológicos y trombopenia se utilizó HBPM. No se detectó ninguna reacción adversa en los pacientes en situaciones especiales que recibieron profilaxis tromboembólica con HBPM.

**Conclusiones:** Se han detectado situaciones especiales (insuficiencia renal, historia de hemorragia reciente) en las que los resultados clínicos, sin la aparición de hemorragias, han inclinado favorablemente la balanza beneficio-riesgo de la utilización de profilaxis tromboembólica con HBPM. Otras situaciones de elevado riesgo de sangrado (trombopenia) se han considerado contraindicaciones absolutas para la profilaxis con HBPM.

## 506. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANALGÉSICOS OPIÁCEOS ORALES: OXICODONA Y MORFINA, 2004-2008

J.A. Domínguez Menéndez, E. Fernández Díaz, B. Balzola Regout, Y. Llorens Villar, E. Ruiz de Velasco y M.J. Yurrebaso Ibarreche

*Hospital de Basurto. Vizcaya. España.*

**Introducción:** La comercialización en 2004 de oxycodona oral de liberación sostenida (LS) permitió disponer de una alternativa al sulfato de morfina, opiáceo de referencia en el tratamiento del dolor severo crónico. Anteriormente, en otros países, desde la aparición de oxycodona de LS se produjo un aumento importante de su consumo, llegando a convertirse en EEUU en el opiáceo de mayor uso. En cuanto a su comparación con morfina, los ensayos clínicos no han mostrado diferencias en cuanto a eficacia o perfil de reacciones adversas a dosis equianalgésicas, mientras que su coste es mayor.

**Objetivo:** Describir la evolución del consumo de analgésicos opiáceos potentes orales en un hospital de tercer nivel (671 camas) y su zona de atención primaria (355.000 habitantes) desde la introducción de oxycodona, y evaluar el impacto económico de su uso en lugar de morfina.

**Métodos:** Estudio de utilización de medicamentos cuantitativo y retrospectivo. Los datos de dispensación de las distintas especialidades se obtuvieron del libro recetario de estupefacientes del hospital (2004) y de la aplicación informática de gestión SAP® (2005-2007). En el caso de atención primaria los datos se recogieron mediante el programa informático Business Objects®. Tanto los datos de consumo como de coste se comparan en función de la

dosis diaria definida (DDD) de los fármacos (morfina = 100 mg, oxycodona = 75 mg), expresada en forma de DDD/100 estancias/día (DED) y DDD/10000 habitantes\*/día (DHD\*).

**Resultados:** Hospital: DED morfina (2004; 2005; 2006; 2007; 2008): 2,29; 1,95; 1,94; 2,23; 2,10. DED oxycodona (2004-2008): 0,03; 0,45; 0,47; 0,75; 0,25. Uso de oxycodona (2004-2008): 1,4%; 18,6%; 19,3%; 25,1%; 10,5%. Coste medio/DDD (2008): morfina = 1,01 €; oxycodona = 2,67 €. Coste incremental (2004-2008): 140 €; 1.659 €; 1.602 €; 2.366 €; 825 €. Atención primaria: DHD\* morfina (2004-2008): 2,9; 2,8; 3,1; 2,9; 3,35. DHD\* oxycodona: (2004-2008): 0,03; 0,6; 1,2; 1,6; 1,8. Uso de oxycodona (2004-2008): 1%; 17%; 28,5%; 35,2%; 34,9%. Coste medio/DDD (2008): morfina = 1,50 €; oxycodona = 4,08 €. Coste incremental (2004-2008): 974 €; 19.534 €; 41.892 €; 52.159 €; 59.979 €.

**Conclusiones:** El consumo de analgésicos opiáceos potentes orales aumenta de manera progresiva. Éste aumento puede considerarse normal, ya que algunas patologías que precisan de su uso tienden a cronificarse, a la vez que su incidencia es mayor. El incremento del consumo se ha producido exclusivamente en el nuevo medicamento, mientras que el uso de morfina se mantiene prácticamente constante. La evolución de consumo de oxycodona en el hospital y su área de influencia es similar, aunque ligeramente superior en atención primaria en 2006 y 2007. Además, en 2008, su uso se reduce de manera importante en el hospital. El coste incremental de la introducción de oxycodona no es relevante en términos globales de gasto en medicamentos, pero supone un aumento importante en el gasto anual en analgésicos opiáceos potentes orales.

## 915. PREVALENCIA DE LA ESQUISTOSOMIASIS EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Canto Mangana, J.A. Morales Molina, J.M. Fernández Martín, M.J. Gimeno Jordá, P. Acosta Robles y M.A. Castro Vida

*Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería. España.*

**Objetivo:** La infección por *Schistosoma* spp. es endémica en el África sub-sahariana, afectando principalmente al tracto urogenital (*S. haematobium*) y al tracto gastrointestinal (*S. mansoni*). El fármaco de elección para el tratamiento es Praziquantel, medicamento extranjero. Nuestro hospital presta asistencia sanitaria a un elevado número de población inmigrante africana. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de esquistosomiasis en nuestro entorno, así como el país de procedencia de los pacientes.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo; realizado en un Hospital comarcal de nivel 1 y 256 camas durante 2008. Todos los pacientes fueron diagnosticados en la Consulta de Medicina Tropical del hospital. Los datos fueron recogidos en un registro informático a partir de los informes A-2 y A-3 llegados a la consulta externa de Farmacia. Datos recogidos: pacientes diagnosticados de enfermedades tropicales, pacientes diagnosticados de esquistosomiasis, datos demográficos (edad, sexo, número de seguridad social, país de origen), especie parásita, pacientes ingresados por esquistosomiasis.

**Resultados:** Pacientes diagnosticados de enfermedades tropicales: 135; pacientes diagnosticados de esquistosomiasis: 59, prevalencia esquistosomiasis: 59/135 (43,7%); edad media: 26,1 años, (rango: 19-43 años); Hombres: 58 (98,3%); Pacientes con tarjeta sanitaria: 36 (61%); País de origen: Mali: 13 (22,0%), Senegal: 11 (18,6%), Mauritania: 4 (6,8%), Guinea-Conakry: 4 (6,8%), Gambia: 2 (3,4%), Burkina-Faso: 1 (1,7%), Ghana: 1 (1,7%), Guinea-Bissau: 1 (1,7%), otros: 22 (37,3%). Especie parásita: *S. Haematobium*: 33 (55,9%), *S. Mansoni*: 19 (32,2%), uno de los pacientes coinfectado con *Taenia* spp., especie no determinada: 7 (11,9%). Ingreso hospitalario: 1 (1,7%) por tuberculosis concomitante a esquistosomiasis.

**Conclusiones:** La prevalencia de Schistosomiasis, en relación al resto de enfermedades tropicales, fue > 40%. Prácticamente todos los pacientes fueron hombres, esto podría ser debido a motivos socio-culturales, que dificultan el acceso a cobertura sanitaria a las mujeres. El 100% de los diagnosticados proceden del África occidental sub-sahariana. Más de 1/3 de los pacientes carecían de cobertura sanitaria, por lo que sería recomendable un programa de detección y tratamiento, debido a las dificultades socio-económicas para acceder al sistema sanitario por parte de estos pacientes. *S. haematobium* fue responsable de más del 55% de las infecciones.

### 932. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE DISPOSITIVOS PARA INHALACIÓN DE BRONCODILADORES Y ESTEROIDES EN CINCO HOSPITALES DE UN MISMO SERVICIO DE SALUD

C. Encinas Barrios, F. Araujo Rodríguez, I. Campanario López, E. Vila Torres, M.L. Moreno Perulero y M.M. Álvarez López

*Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real. España.*

**Objetivo:** Conocer el perfil de utilización de dispositivos para inhalación de broncodilatadores y esteroides y analizar si presenta similitudes o discrepancias en los cinco hospitales estudiados. Como objetivo secundario valorar si son coherentes con las actuales recomendaciones de las distintas sociedades científicas.

**Material y métodos:** Se obtienen los datos de consumo de medicamentos de los grupos terapéuticos correspondientes en los cinco hospitales durante el año 2008. De estas cifras se restan las cantidades correspondientes dispensadas a centros sociosanitarios. Se obtiene el número total de estancias de cada hospital y se calculan las correspondientes dosis diarias definidas por cada 100 estancias día (DDD/100 est-día). Para los principios activos presentados en dosis unitarias las DDD son 3 y 2 si se deben administrar cada 8 y 12 horas respectivamente y 0,16 para los envases multi-dosis estimando como consumo 1 envase por cada paciente (se establece una estancia media de 6 días). Los datos se clasifican en tres grupos: nebulizadores (N), cartuchos presurizados (ICP) con o sin cámara espaciadora e inhaladores de polvo seco (IPS).

**Resultados:** Una media de 42,72 pacientes por cada 100 ingresados presentan terapia inhalatoria en los cinco hospitales estudiados (rango 36,21-50,97); de ellos, 30,31 reciben su terapia inhalada mediante dispositivos N (rango 18,79-38,86), 7,70 mediante dispositivos ICP (rango 3,39-12,40) y 4,72 mediante dispositivos IPS (rango 1,27-9,73). Todos los hospitales estudiados presentan como dispositivo más utilizado los N, seguido de los dispositivos ICP en tres hospitales y de los IPS en otros dos.

El número total de DDD/100 est-día para agonistas beta2 en los cinco hospitales es de 39,07 para dispositivos N, 20,16 para dispositivos ICP y 1,23 para dispositivos IPS; Para anticolinérgicos los valores son 103,83 para dispositivos N, 14,15 para dispositivos ICP y 4,23 para dispositivos IPS; finalmente, para glucocorticoides, los valores son de 8,65 para dispositivos N, 3,42 para dispositivos ICP y 15,98 para IPS.

**Conclusiones:** 1.-El dispositivo más ampliamente seleccionado en los cinco hospitales es el N siendo recomendado cuando el paciente requiere dosis altas de broncodilatadores, necesita otros fármacos inhalados como antibióticos o cuando al paciente le resulta difícil cooperar, como crisis asmáticas. Un amplio uso de nebulizadores en el hospital podría asociarse con un mayor consumo de estos en atención primaria. 2.-El dispositivo más utilizado en segundo lugar varía de unos hospitales a otros. Los dispositivos ICP son terapia preferente para pacientes que precisan tratamiento broncodilatador en fase aguda o crónica y los dispositivos IPS para enfermedades respiratorias crónicas en pacientes que ya los utilizan e ingresan por otro motivo, o pacientes que se prevé continúen con el tratamiento al alta. Esta discrepancia muestra diferencias en la práctica clínica necesarias de evaluar. 3.- Los dispositivos

N son más utilizados para administrar anticolinérgicos y agonistas beta-2 mientras que los dispositivos IPS se prefieren para administrar glucocorticoides.

### 876. SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

A.M. Hermida Cao, L. Campano Pérez y M.T. Chucla Cuevas

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

**Objetivo:** Seguimiento clínico y la evolución de los pacientes diagnosticados de tuberculosis con tratamiento directamente observado (TDO).

**Material y métodos:** El servicio de Farmacia en colaboración con el servicio de M. Preventiva lleva a cabo un programa de TDO diario/intermitente en régimen ambulatorio en el que prepara las dosis unitarias para facilitar el seguimiento del tratamiento por paciente mediante unos maletines que incluyen la medicación para 21 días y una hoja de cumplimiento terapéutico. Los pacientes incluidos en el TDO responden a criterios que dificultan el cumplimiento del tratamiento o que facilitarían la transmisión de la enfermedad a la comunidad. Llevamos a cabo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes bajo TDO en el año 2008 abarcando el período completo de tratamiento (septiembre 2007-abril 2009). Los datos demográficos y clínicos fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas convencional e informatizada (IANUS). Criterios de inclusión: incumplimiento previsible, antecedentes de abandonos previos, pacientes pertenecientes a los llamados "grupos de riesgo" (pacientes con VIH, alcohólicos), re-tratamientos, inmigrantes. Variables analizadas: edad, sexo, tratamiento actual y previo en casos de recidivas, datos analíticos y microbiológicos, resultados de las radiografías de tórax, evolución clínica del paciente y reacciones adversas relacionadas con el tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes (5 mujeres y 14 hombres) de edad media 47,1 (DE: 15,1) años, el 36,8% con tuberculosis pulmonar inicial, el 52,7% pulmonar recidivante y el 10,5% extrapulmonar inicial. El tratamiento más utilizado fue Rimstar durante 2 meses (52,63%) en 1 caso asociado a Estreptomina (5,3%), continuando en el 94,7% con Rifinah durante 4 meses. En los pacientes con recidivas el tratamiento más utilizado en el caso inicial fue Rifater 2 meses (asociado en un 18,18% a Myambutol) continuando con Rifinah durante 4 meses. El 26,3% de los pacientes incluidos en el programa de TDO lo hicieron por un problema social (alcoholismo), el 5,3% por ser grupo de riesgo al tener VIH, el 5,3% por incumplimiento previsible al presentar demencia senil. Pacientes con cultivos de esputos negativos tras finalizar el tratamiento: En 18 pacientes (94,7%) con tratamiento completo no se le aislaron BAAR en esputo, y se obtuvo un cultivo negativo a los 45 días, hubo 1 paciente (5,3%) al que no se le hizo seguimiento completo por cambio de área sanitaria. Las reacciones adversas más frecuentes fueron: En un caso se observó un cuadro depresivo posiblemente relacionado con el tratamiento tuberculostático. Reducción de dosis o interrupción del tratamiento por toxicidad: en 1 caso se suspende el tratamiento con pirazinamida por intolerancia. Los parámetros analíticos alterados debido al tratamiento fueron: Se hizo un seguimiento de los valores de enzimas hepáticas, función renal y agudeza visual, sin aparecer alteraciones en ningún paciente.

**Conclusiones:** El desarrollo de programas de TDO alcanza su objetivo principal en el seguimiento de las enfermedades de declaración obligatoria porque facilita el cumplimiento del tratamiento y/o la consecución de la curación del paciente con problemas sociales y/o sanitarios, evitándose así la transmisión de la enfermedad a la comunidad.