

FARMACIA ASISTENCIAL EN LA TERAPÉUTICA DE OTROS PACIENTES EXTERNOS

793. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON CINACALCET EN PACIENTES DIALIZADOS CON HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO DE ACUERDO A LA GUÍA K/DOQI

A. Prieto Callejero, S. Prieto Moix, B. López Centeno, R. Collado Borrell y M. Pérez Encinas

Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Objetivos: Analizar la efectividad del tratamiento del hipertiroidismo secundario con cinacalcet en pacientes en diálisis de acuerdo con los objetivos marcados en la Guía K/DOQI.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes dializados tratados con cinacalcet durante al menos 12 meses consecutivos que iniciaron el tratamiento a partir del 1 de enero del 2006. Los objetivos óptimos del tratamiento son los recomendados por la Guía K/DOQI sobre alteraciones del metabolismo óseo-mineral en ERC-5, utilizando como referencias PTHi < 300 pg/ml, calcio < 9,5 mg/dl, fósforo < 5,5 mg/dl y CaxP < 55 mg/dl. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, modalidad y tiempo en diálisis, tratamiento a los 1, 3, 6 y 12 meses, reacciones adversas al fármaco y valores de calcio iónico corregido por albúmina, fósforo y PTHi séricos hasta 12 meses desde el inicio con cinacalcet. La variable principal de efectividad se define como la proporción de pacientes que cumplen todos los objetivos óptimos a los 3, 6 y 12 meses y como variable secundaria el tiempo para alcanzar una PTH < 300 pg/ml.

Resultados: 38 pacientes iniciaron tratamiento con cinacalcet desde el año 2006 con un tiempo de tratamiento de al menos 12 meses. El 62,3% eran mujeres y la mediana de edad fue de 68 años (IQR 54-72,5). El 50% estaban en hemodiálisis y el resto en diálisis peritoneal. La mediana de tiempo en diálisis previo fue de 21 meses (IQR 8,53-54,17). El 71% (21) de los pacientes tenían una PTHi > 500 al inicio del tratamiento. El porcentaje de pacientes con PTHi < 300 pg/ml fue del 63,2% (24), 68,4% (26) y 63,2% (24) a los 3, 6 y 12 meses respectivamente. La mediana de PTHi basal fue de 607 pg/ml (IQR 419,5-794,5) y de 256 pg/ml (IQR 146,5-365,5) a los 12 meses, reduciéndose los niveles en un 57,8%. La reducción del producto CaxP en ese periodo fue de un 7,7%. La mediana de tiempo para alcanzar una PTHi < 300 pg/ml fue de 2,85 meses (IQR 1,1-4,1) y para conseguir los objetivos óptimos de PTHi y CaxP simultáneamente de 3 meses (IQR 1,98-4,18). La proporción de pacientes que cumplen todos los objetivos óptimos de efectividad fue

del 28,9% (11), 31,6% (12) y 26,3% (10) a los 3, 6 y 12 meses respectivamente. La dependencia estimada entre el grado de descenso de PTHi en el periodo de estudio y los niveles basales fue de un 25,7% y se prevé una disminución de 0,678 pg/ml (IC95% 1,07 a 0,29) por cada pg/ml en el valor basal de PTHi. No se realizó ninguna paraidectomía. Respecto a la tolerancia a cinacalcet solo se notificaron 2 casos de intolerancia digestiva y uno de ginecomastia, no suspendiéndose en ningún caso.

Conclusiones: Cinacalcet facilitó el control del hiperparatiroidismo secundario en pacientes en diálisis, consiguiendo niveles óptimos de PTHi en un tiempo inferior a 3 meses en más de la mitad de los pacientes. Asimismo, cerca de un tercio de los pacientes tratados con cinacalcet cumplió con todos los objetivos óptimos incluidos en la guía.

579. ALITRETINOÍNA EN EL TRATAMIENTO DEL ECZEMA CRÓNICO DE MANOS

M.D. López Malo de Molina, C. Zarza Verdugo, L. Martínez-Dueñas López-Marín, L. Muñoz Calero, N. García Melero y L. Gómez Rodríguez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivos: El eczema de manos es una dermatosis común con signos múltiples: grietas dolorosas, ampollas, picazón y sangrado, que puede producir incapacidad laboral. Determinados factores endógenos, la exposición a irritantes y alergenicos podrían desencadenar la patología que suele convertirse en una enfermedad crónica recidivante ya que es difícil identificar y eliminar los factores etiológicos. El eczema crónico de manos (ECM) leve se trata con emolientes, corticoides tópicos e impidiendo el contacto con irritantes. El ECM severo es debilitante si es resistente a éste tratamiento estándar. Alitretinoína es un retinoide aprobado por la EMA en julio 2008 para uso en adultos con ECM severo resistente a corticoides tópicos potentes, presentándose como opción terapéutica en ECM refractario. **Objetivos:** evaluar la utilización, la eficacia y seguridad de alitretinoína en pacientes con eczema crónico de manos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo en el que se incluyeron a todos los pacientes que recibieron alitretinoína para eczema crónico de manos entre septiembre de 2009 y abril de 2011. Se revisaron las historias clínicas electrónicas mediante el Gestor de Informes de Consultas Externas, el registro de dispensaciones del módulo de Pacientes Externos del programa Farmatools®, y las analíticas en el programa GIPI®. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, tiempo de seguimiento en consulta), analíticos (bioquímica, hematimetría) y clínicos (diagnóstico, tratamientos previos, ciclos de 12-24 semanas recibidos, duración del tratamiento, efectos adversos y evaluación de la respuesta por parte del Servicio de Dermatología). Los datos se mecanizaron en hoja de cálculo Excel 2007.

Resultados: Se incluyeron un total de 4 pacientes: 3 mujeres y 1 hombre, mediana de edad de 50.5 años (36-62) años; 3 pacientes presentaban afectaciones palmares y 1 afectación palmo-plantar con un tiempo mínimo de seguimiento en consulta de 5 años. Los tratamientos previos empleados fueron: corticoides tópicos (4), corticoides sistémicos (3), inmunosupresores sistémicos (4), acitretina (2) inmunomoduladores tópicos (3), tacalcitol (1), PUVA local (3). Las solicitudes de alitretinoína se tramitaron de acuerdo al RD 1015/2009 que regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. La dosis de inicio fue 30 mg/24h en un paciente y de 10 mg/24h en el resto. Hubo respuesta completa en un paciente a las 24 semanas (continúa en tratamiento tras 48 semanas), 2 retiradas por ineficacia a las 8 y 16 semanas y 1 abandono de tratamiento a las 4 semanas. Efectos adversos detectados: alteración función tiroidea con descenso TSH (1), hipertrigliceride-

mia (1) y eczema generalizado que motivó la retirada del tratamiento (1).

Conclusiones: Alitretinoína se ha utilizado en la indicación aprobada por la EMA, sin seguir las recomendaciones de posología y duración de tratamiento. A baja dosis ha sido eficaz en un paciente siendo bien tolerada, con perfil de seguridad predecible de acuerdo a ficha técnica. Sería necesario incluir a un mayor número de pacientes y utilizar alitretinoína según las recomendaciones establecidas para poder evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo.

914. ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

R. García García, J. Polache Vengud, A. Sánchez Spitman y E. Palacios Moya

Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. España.

Objetivos: Recientemente la EMA ha autorizado la comercialización de fingolimod, primer fármaco por vía oral para el tratamiento de la esclerosis Múltiple (EM). El objetivo del presente trabajo es analizar la efectividad y seguridad del tratamiento de la EM con fármacos modificadores de la enfermedad comercializados hasta la fecha en España y los motivos de cambios de tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo-observacional de tratamientos dispensados a pacientes con EM en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos de un hospital terciario, durante un periodo de 3 años: desde 01/01/2008 a 31/12/2010. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, tratamiento, motivo de cambio o suspensión y reacciones adversas. La información se obtuvo de la aplicación informática Farmasyst® (módulo de dispensación individualizada) y de las historias clínicas.

Resultados: Se estudiaron 215 pacientes, de los cuales 170 (79,1%) eran mujeres y 45 (20,9%) hombres. La edad media de los pacientes fue de 41,5 años (rango de 21-77). De los 215 pacientes, en 163 (75,8%) no se produjo ningún cambio en el tratamiento durante el periodo de estudio y en 52 (24,2%) sí se produjeron modificaciones. Los medicamentos de inicio fueron: Interferón beta 1-a (Rebif®) en 85 pacientes (39,5%), acetato de glatirámero (Copaxone®) en 47 (21,9%), Interferón beta 1-a (Avonex®) en 42 (19,5%) e Interferón beta 1-b (Betaferon® o Extravia®) en 41 (19,1%). Los pacientes que cambiaron de tratamiento estaban: 14 (34,1%) pacientes con interferón beta 1-b (Betaferon® o Extravia®), 14 (33,3%) de pacientes con Interferón beta 1-a (Avonex®), 9 (19,4%) pacientes con acetato de glatirámero (Copaxone®) y 15 (17,6%) interferón beta 1-a (Rebif®). El cambio más frecuente resultó ser de interferón beta 1-a (Avonex®) a interferón beta 1-a (Rebif®). Además, hubo 10 cambios de tratamiento a natalizumab por ineffectividad. Los motivos de modificación o suspensión de tratamiento fueron: ineffectividad del tratamiento 36 pacientes (69,3%), reacción adversa 14 (26,9%), por voluntad propia 1 (1,9%) y por recomendación médica (deseo de embarazo) 1 (1,9%) Las reacciones adversas descritas fueron 8 pacientes por síndrome pseudogripal, 6 pacientes por dolor en la zona de inyección, 5 pacientes por hipertransaminemia, 1 paciente por episodios de edema palpebral, 1 paciente por toxicidad hepática, 1 paciente por mialgias y 1 paciente por reacción cutánea. Además, se realizó un segundo cambio de tratamiento (Avonex® a Rebif®) por síndrome pseudogripal y en 3 pacientes se redujo la dosis de Interferón beta 1-a (Rebif® 44 a Rebif® 22) por hipertransaminemia.

Conclusiones: El interferón beta 1-a (Rebif®) es el medicamento más prescrito en nuestro hospital para el tratamiento de la EM. Durante el periodo del estudio 24% de los pacientes requirieron

cambios en el tratamiento, siendo por ineffectividad la principal causa (69,3%). Los tratamientos actualmente disponibles para la Esclerosis Múltiple suelen ser bien tolerados, pero presentan el inconveniente de la vía de administración (subcutánea o intramuscular) por lo que la próxima incorporación de fingolimod al arsenal terapéutico está creando una gran expectativa en los pacientes.

654. ANÁLISIS DEL USO DE FÁRMACOS ESPECÍFICOS PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: NECESIDAD DE UN PROTOCOLO DE USO SEGURO Y EFICAZ

E. Sánchez-Yáñez, I. Moya Carmona, J.M. Fernández-Ovies, A.I. Gómez Sánchez, J. González Contreras y E. Márquez Fernández

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de pacientes que en abril de 2011 estaban recibiendo terapia específica para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en nuestro centro.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó todos los pacientes que en abril de 2011 estaban en tratamiento con fármacos específicos para HAP. La identificación de los pacientes y las diferentes líneas de tratamiento se obtuvieron de la aplicación informática de dispensación a pacientes ambulatorios. El resto de datos se obtuvo de la base de datos de pacientes con hipertensión pulmonar del Servicio de Neumología y de la revisión de historias de los pacientes a cargo del Servicio de Cardiología.

Resultados: Se identificaron 27 pacientes, 10 hombres y 17 mujeres, con una edad media en el momento del diagnóstico de 54 ± 18 años. De los pacientes que iniciaron terapia específica para HAP, en el 50% de los casos la indicación estaba la recogida en la ficha técnica. El resto de pacientes pertenecía a grupos funcionales diferentes del grupo 1 (Dana Point, 2008), sin embargo, debido a la evolución de su patología fue necesario el uso controlado de fármacos para HAP. De los pacientes que no pertenecían al grupo 1 el 42,85% pertenecían al grupo 4. Al inicio de la terapia la Clase Funcional (OMS) de los pacientes fue III en el 27,28%, II-III en el 54,55%, y II en el 18,17%. La primera línea de tratamiento fue bosentán en el 48,14%, sildenafil en el 44,46%, bosentán más sildenafil en el 3,70% y prostaciclina en el 3,70%. El 33,34% precisó un cambio de terapia tras una media de 17 ± 11 meses de tratamiento. De estos pacientes el 33,34% estaba en tratamiento con bosentán y el 66,66% con sildenafil. El cambio en la terapia ocurrió tras 27 ± 14 meses en los pacientes tratados con bosentán y tras $11,16 \pm 5,94$ meses en los pacientes tratados con sildenafil. En todos los casos el cambio de terapia consistió en la asociación de otro fármaco específico para la HAP y estuvo motivado por el empeoramiento de la HAP (valorado como un empeoramiento de la clase funcional o en el test de la marcha de los 6 minutos). 2 pacientes precisaron una tercera línea de tratamiento. En un paciente fue necesaria una triple terapia (antagonista de receptores de la endotelina, tprostnil subcutáneo y un inhibidor de la fosfodiesterasa-5). El otro paciente precisó un cambio en la terapia debido a la elevación de la transaminasa con bosentán. De los pacientes que en abril-2011 continuaban con la primera línea de tratamiento el 47,62% llevaba 30 meses o más de tratamiento.

Conclusiones: Del análisis descriptivo realizado puede concluirse que es necesaria la elaboración de un protocolo que defina el uso correcto de fármacos específicos para HAP, especialmente en condiciones fuera de ficha técnica, que defina además la terapia de elección en primera línea siendo aquella más eficaz

y segura, que persista en el tiempo retrasando la progresión de la enfermedad y la necesidad de asociaciones. La elaboración de dicho protocolo debería ser de carácter multidisciplinar con la participación de los Servicios de Farmacia, Neumología y Cardiología.

380. ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA DESDE LA UNIDAD DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA

L. Menéndez Naranjo, M.J. Sánchez Garre, C. Bonillo García, M. Muros Ortega y A. de la Rubia Nieto

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

Objetivos: Describir la actividad asistencial de la consulta de atención farmacéutica a pacientes afectados de fibrosis quística (FQ) atendidos en la unidad de dispensación a pacientes externos, detallando las intervenciones farmacéuticas realizadas sobre el tratamiento antibiótico prescrito y analizando la adecuación de este.

Material y métodos: Elaboración de una base de datos para la recogida de información sobre el tratamiento antiinfeccioso prescrito y registro en ésta de todas las intervenciones farmacéuticas realizadas sobre este. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, peso), datos relativos al tratamiento (infección o profilaxis bacteriana, cultivo, antibiótico, dosis, pauta, duración, forma farmacéutica, adecuación según guías clínicas), tipo de intervención (información, cambio de medicamento, modificar forma farmacéutica, dosis, frecuencia, horario, monitorización, interacciones potenciales con el resto del tratamiento) y grado de aceptación (médico, paciente o ambos). La adecuación del tratamiento se valoró según protocolo de manejo y seguimiento de pacientes con FQ de la Sociedad Española de Neumología pediátrica. El periodo de estudio fue de 2 meses iniciándose en enero del 2011.

Resultados: 88 pacientes con FQ acudieron a recoger medicación de los cuales 19 (7 varones, 12 mujeres, edad media 21,2 años) tuvieron que ser atendidos en consulta farmacéutica por su terapia antibiótica. El farmacéutico tuvo que informar sobre la forma de administración de alguno de los fármacos antiinfecciosos a 11 de los 19 pacientes atendidos por inicio de tratamiento no habitual o para facilitar el cumplimiento. En cuanto a las intervenciones farmacéuticas realizamos: 3 casos en los que hubo que modificar la forma farmacéutica por dificultad en la administración, 3 casos de modificación del horario de tomas en horas/alimentos y 2 casos de modificación de horario para evitar interacciones con el resto de la terapia farmacológica pautada. Todas las intervenciones fueron aceptadas por el paciente, y en una se tuvo que informar al clínico siendo aceptada por este. Respecto a la adecuación del tratamiento antibiótico encontramos: 15 pacientes presentaron cultivo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* teniendo en 3 casos que iniciar tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario por exacerbación respiratoria y en 12 casos iniciar o mantener tratamiento antibiótico oral y/o inhalado por primocolonización y mantenimiento. Además 6 pacientes sufrieron infección aguda por *Staphylococcus aureus* meticilín resistente requiriendo tratamiento antibiótico, 1 presento cultivo positivo frente *Burkholderia cepacia* y 1 frente *Nocardia*. Todos los fármacos, por dosis y pauta, revisados se ajustaron a las recomendaciones de la guía consultada.

Conclusiones: Por los resultados obtenidos, los pacientes afectados de FQ deben ser atendidos por equipos multidisciplinarios entre los que se encuentre un farmacéutico especialista que informe y asesore sobre la terapia antiinfecciosa dada la compleji-

dad terapéutica. El farmacéutico es importante para garantizar la adecuada manipulación de las formas farmacéuticas, la correcta toma de dosis, en el momento y orden apropiado, y para evitar interacciones medicamentosas. En todos los casos el tratamiento antibiótico se ajusta a las recomendaciones del protocolo consultado.

879. BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN EN LA RED (INTERNET®): ENCUESTA A PACIENTES DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE QUE RECOGEN MEDICACIÓN EN UN SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

A. Fernández Pérez, P. Castellano Copa, C. Martínez Roca, I. López Rodríguez y V.M. López García

Hospital Lucus Augusti. Lugo. España.

Objetivos: La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica degenerativa que normalmente es diagnosticada en edades tempranas. En España se estima que afecta a 40.000 personas. Cada vez más, los pacientes demandan información veraz y contrastada de sus problemas de salud. El objetivo de este trabajo es conocer si, los pacientes de EM que recogen medicación en nuestro Servicio de Farmacia (SF), realizan búsquedas en Internet® sobre temas de salud y medir su grado de confianza en la información encontrada y en los profesionales sanitarios con los que tienen contacto directo.

Material y métodos: El Área de Dispensación a Pacientes Externos elabora una encuesta estructurada en 14 preguntas, 4 de ellas recogen datos demográficos y con las 10 restantes se recopila información sobre pertenencia a asociaciones de pacientes, búsquedas de información, tipo de páginas consultadas, credibilidad generada y opinión acerca del personal sanitario. Durante el mes de abril de 2011 se realiza una entrevista individualizada y voluntaria a los pacientes de EM en el momento de recoger su medicación en el SF y se cumplimenta la encuesta de manera anónima.

Resultados: Fueron encuestados 45 pacientes (42% hombres-58% mujeres), 38 de ellos con edades comprendidas entre los 20-40 años y solo 7 mayores de 40. El 62% viven en el medio urbano y el nivel de estudios se divide en 38% básicos, 35% medios y 27% superiores. La mayoría de los encuestados (84%) no pertenecen a asociaciones de pacientes, sin embargo sus páginas se encuentran entre las más consultadas, solo por detrás de las webs de salud. Se informan a través de la red 28 (62%) pacientes, el 82% lo hacen de manera ocasional y con un grado de confianza medio/alto en el 89% de los casos. Los principales temas consultados fueron enfermedad (47%) y medicamentos (23%) seguido de alimentación (18%) y medicina alternativa (12%), destacando en esta opción acupuntura, fitoterapia y homeopatía. El 82% contrastan la información, principalmente en la consulta médica (88%), y la información que reciben del personal sanitario les ofrece mayor confianza que la encontrada en la red (75%). Los pacientes que no realizan búsquedas resuelven sus dudas a través de los sanitarios (93%) y la confianza en ellos es el motivo mayoritario de no consultar Internet®.

Conclusiones: Internet® se afianza como una importante herramienta a la hora de encontrar la información, y no solo en páginas consolidadas como webs de salud o asociaciones de enfermos sino también redes sociales y blogs. Destacar que la población estudiada responde a un perfil de paciente joven y residente en el medio urbano, por tanto, no sorprende la demanda de información acerca de terapias tan novedosas como cromoterapia, hidroterapia o acupuntura. Aún así, la información obtenida por los profesionales sanitarios genera más confianza que la encontrada en la red. La realización de esta encuesta nos permite co-

nocer las inquietudes de nuestros pacientes y nos motiva a planear nuevas estrategias en la Atención Farmacéutica adaptadas a sus preocupaciones y extender esta iniciativa a otras enfermedades crónicas.

601. CALIDAD DE VIDA Y FACTORES PREDICTORES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

M. Heredia Benito, J.M. Tenias Burillo, M.A. Calleja Hernández, R. Martín Ruiz de la Torre, A. Flor García y M.V. Domínguez Moreno

Complejo Hospitalario La Mancha-Centro. Ciudad Real. España.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida (QOL) en mujeres en tratamiento con técnicas de reproducción asistida (TRA). Comparar dos cuestionarios de calidad de vida. Identificar los factores predictores relacionados con la QOL.

Material y métodos: Estudio prospectivo entre febrero 2009 y febrero 2010. Se emplearon los cuestionarios validados de QOL FertiQOL y SF36. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 18.0. La correlación entre ambos cuestionarios se midió mediante el rho de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes. La mediana de QOL global fue superior al 75%. La mediana de puntuaciones de fertiQOL de la parte sentimental fueron: social 71,5%, emocional 75%, cuerpo/mente 79%, relación 62% y de la parte de tratamiento: ambiente 58%, tolerabilidad 75%. Los resultados de SF36 fueron: función física 95%, rol físico 100%, dolor corporal 77,5%, salud general 85%, vitalidad 65%, función social 100%, rol emocional 100%, salud mental 72%. La correlación entre ambos cuestionarios fue mayoritariamente positiva y estadísticamente significativo principalmente en las escalas sentimentales de SF36. Se observaron puntuaciones inferiores en el cuestionario SF36. Factores predictores relacionados con la QOL fueron: edad superior a 35 años (SF36-salud-general y SF36-función-física), tabaco (fertiQOL-emocional), no consumo de tabaco (SF36-rol-físico), acompañada por la pareja (fertiQOL-social y tolerabilidad), situación laboral activa (SF36-dolor-corporal y fertiQOL-emocional), inmigrantes (SF36-salud-general y salud-mental, fertiQOL-tolerabilidad), factor masculino (fertiQOL-emocional), tratamiento inseminación (fertiQOL-global y fertiQOL-relación). Se encontró una correlación negativa entre el número de ciclos de tratamiento y SF36-salud mental y fertiQOL-cuerpo/mente. No se observó ninguna relación con la presencia de RAM ni con el número de las mismas. El fármaco asociado con mayor QOL fue cetorelix, y organirelix y menotropina con la menor QOL.

Conclusiones: Los bajos niveles encontrados en la escala fertiQOL-tratamiento-ambiente podrían atribuirse a pacientes con dificultades en el desplazamiento. Los pacientes se estresan como consecuencia del absentismo laboral después del alto número de visitas médicas requeridas. El cuestionario fertiQOL profundiza más en detalle en la esfera emocional mientras que SF36 incluye la parte física y mental. El cuestionario fertiQOL es más específico y podría ser útil para ahondar en reductos específicos de la QOL como las relaciones con la pareja y sociales o en subescalas del tratamiento como la tolerabilidad o el medio. En virtud a estos resultados, se propone el empleo del cuestionario fertiQOL junto con una versión reducida del cuestionario SF36 que incluyera la parte de salud física. De modo que se obtuviera una visión completa del problema y disminuyera el número de preguntas a realizar por parte de las pacientes o el empleo únicamente de fertiQOL puesto que la parte física es la más conservada en estas pacientes. Los resultados obtenidos muestran que la adaptación española del cuestionario fertiQOL conserva las propiedades esta-

dísticas de su versión original americana, por lo que debería ser una valiosa aportación a la evaluación de resultados de esta área y resulta perfectamente fiable para los análisis que posteriormente realizados.

959. COLIRIO DE INTERFERÓN ALFA-2B PARA EL TRATAMIENTO DEL PTERIGION RECIDIVANTE

R. Fuentes Irigoyen, L. Portillo Horcajada, O. Tornero Torres, L. Morales Martínez y E. Mata Díaz

Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España.

Objetivos: 1) Establecer un procedimiento de elaboración de la fórmula magistral (FM) de colirio de interferón alfa-2b (INF alfa-2b). 2) Establecer un protocolo de utilización de INF alfa-2b para el tratamiento del pterigion recidivante en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica. 3) Información al paciente externo.

Material y métodos: 1) Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline y en revistas originales y se hizo consulta a otros hospitales sobre la concentración óptima, preparación, estabilidad y condiciones de conservación del colirio de INF alfa-2b. 2) Se toma como referencia el Real Decreto 1015/2009 por tratarse de un tratamiento utilizado para una indicación no autorizada en ficha técnica, decidiendo crear un protocolo de utilización en el hospital por el uso frecuente que se preveía. 3) Se revisó la normativa sobre información que debe acompañar a la dispensación de una FM (RD 175/2001, Decreto 65/2009 del Consejo de Gobierno Autonómico).

Resultados: 1) En la búsqueda se encontró que la concentración de 1 MUI/ml es la empleada habitualmente. En la mayoría de la referencias se empleaba agua para inyección para la reconstitución del vial liofilizado en cabina de flujo laminar obteniendo así la concentración deseada. Ante la imposibilidad de utilizar las especialidades comercializadas en España por su contenido en m-cresol (tóxico a nivel ocular), se debe partir de INTRON A® liofilizado 10 MUI comercializado en Canadá. Se encontraron 3 referencias que daban una estabilidad de 30 días (7 días abierto) en nevera y protegido de la luz. 2) Junto con el Servicio de Oftalmología, se desarrolla el protocolo estableciendo: Responsables de cada etapa, datos sobre la eficacia y seguridad conocidas del tratamiento, escalones terapéuticos de la patología posicionando el colirio de INF alfa-2b, posología (4 veces/día), duración del tratamiento (6 meses máximo), criterios de refractariedad e indicadores de eficacia, seguridad, coste y seguimiento. Además, en el protocolo se especifican los trámites de solicitud del tratamiento: a) El oftalmólogo obtiene consentimiento informado del paciente, cumplimenta y envía a Farmacia solicitud en modelo estandarizado y hoja de dispensación a pacientes externos. b) Al ser necesaria la importación de la especialidad extranjera, Farmacia solicita autorización a la Dirección del hospital y posteriormente tramita la petición por vía telemática a la AEMPS. c) Se informa al oftalmólogo de la autorización/denegación del tratamiento. d) El oftalmólogo comunica a Farmacia el día de inicio del tratamiento para la elaboración y dispensación de los colirios. 3) Se diseñó una hoja informativa para los pacientes externos que incluye composición, indicación, posología y forma de administración, efectos adversos y conservación.

Conclusiones: 1) El INF alfa-2b 1 MUI/ml resulta ser la concentración más empleada para la elaboración de colirios. Su formulación es sencilla y su estabilidad permite la dispensación mensual al paciente de 4 colirios de 5 ml cada uno. 2) La estandarización y cumplimiento del protocolo de utilización de colirio de INF alfa 2b en el tratamiento de pterigion recidivante constituye un indicador de calidad en los servicios implicados, aunque el hecho de que sea

un medicamento extranjero obliga a que el trámite deba seguir siendo individualizado por paciente.

30. CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA PILOTO “TRASPASO DE FARMACIA EXCLUIDA”

N. Miserachs Aranda, E. Fernández Cañabate, M. López Novelle, A. Araujo Rua e I. Torre Lloveras

Fundació Hospital de l'Esperit Sant. Barcelona. España.

Objetivos: Evaluación del programa piloto de dispensación ambulatoria a pacientes externos ‘Traspaso de Farmacia excluida por el Sistema Nacional de Salud’.

Material y métodos: El programa incluye el financiamiento excepcional de fármacos y productos sanitarios no incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y prescritos por un facultativo de la red sanitaria pública. Cuando se justifique la necesidad asistencial, esté indicado por la patología del paciente y no existan otras alternativas financiadas por el Servei Català de la Salut, se valora su autorización mediante una resolución del gerente de la Región Sanitaria. No se valorará ningún producto con cupón precinto (financiables con receta oficial). Ámbito de influencia: usuarios empadronados en los municipios del Barcelonés Norte. Funciones de la Región sanitaria: tramitación de nuevas solicitudes y autorización de la prestación mediante resolución y renovación. Anteriormente, los pacientes compraban los productos y se les abonaban las facturas posteriormente. El cambio fue citar a los pacientes y dispensarles todo lo aprobado desde el Servicio de Farmacia.

Resultados: El programa se inició en diciembre del 2007 con 8 pacientes. Desde entonces hemos recibido 95 resoluciones aprobadas: actualmente forman parte del programa 67 pacientes (habiendo sido el número máximo 75); 22 han salido del programa (4 exitus, 12 finalizaciones de tratamiento, 6 no renovaciones) y 6 pacientes nunca llegaron a iniciarlo. La patología predominante de los pacientes son deficiencias psíquicas y/o retrasos psicomotores (31,6%). Otras patologías son: espina bífida (3,12%), alteraciones metabólicas (5,2%), paroplejías/hemiplejías (4,16%), autismo (5,2%), síndrome Sjögren (5,2%), enfermedad dermatológica (7,29%), lupus eritematoso sistémico (3,12%), patología digestiva (9,47%), neonatos con intolerancias a la lactosa (5,2%) y un grupo heterogéneo de patología diversa. Tipos de productos a dispensar: 41 resoluciones de material sanitario, 46 fármacos o parafarmacia y 8 mixtas. Las resoluciones especifican el producto a dispensar, excepto 3 casos en que está aprobado ‘todo lo necesario para su enfermedad’. El 75,5% del material sanitario dispensado es para incontinencia urinaria y el resto son apósitos, cánulas de traqueotomía, jeringas, agujas y material de cura. Los productos de parafarmacia lo componen en un 58,8% leches infantiles para intolerantes a la lactosa y en un 41,2% cremas, lociones y protectores de la piel. Un 76,5% de los fármacos son especialidades farmacéuticas y el resto fórmulas magistrales. El coste de los productos dispensados desde el 2008 al 2010 ha sido: 131.022 €; siendo el coste medio anual por paciente 782,84 € en 2008, 867,92€ en 2009 y 824,89 € en 2010.

Conclusiones: El programa piloto se ha consolidado. Los pacientes no se costean inicialmente el tratamiento y no han de esperar el abono del importe de las facturas. El Servicio de Farmacia hospitalario no aplica margen de beneficio en el precio de los productos que dispensa así que el coste que le supone al Servei Català de la Salut es menor. La dispensación centralizada en el Servicio de Farmacia permite gestionar mejor los precios de compra, los stocks y regularizar el consumo de unidades de todos los productos.

603. EFECTOS DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES SOMETIDAS A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN Y ACEPTABILIDAD DE LAS PACIENTES

M. Heredia Benito, J.M. Tenias Burillo, D. Fraga Fuentes, M. Sánchez Ruiz de Gordo, R. Martín Ruiz de la Torre y A. Flor García

Complejo Hospitalario La Mancha-Centro. Ciudad Real. España.

Objetivos: El objetivo de este estudio es cuantificar el grado de conocimiento de las pacientes sobre los fármacos de fertilidad antes y después de la información proporcionada por el farmacéutico del hospital y la satisfacción de las pacientes respecto a la atención farmacéutica (AF).

Material y métodos: Estudio prospectivo durante 12 meses (febrero 2009 a febrero 2010) de pacientes que recogían medicación en el hospital para la realización de TRA. El CM se evaluó a través de una entrevista al paciente y la satisfacción por medio de un cuestionario. El cuestionario estaba compuesto por 11 apartados representando los diferentes dominios de la atención al paciente como acceso, amabilidad de personal o condiciones de confidencialidad. Cada apartado tenía cinco puntos de evaluación (no muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno) y contenía un apartado de sugerencias.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes. El 44,26% de las mujeres tenía una edad igual o superior a 35 años. El 33,96% se encontraba desempleada en el momento del estudio. La gran mayoría (78,6%) presentaba esterilidad primaria. Más de la mitad de los casos de esterilidad eran de causa masculina (64,81%), 14,81% de femenina y combinada y un 0,56% idiopática. La población inmigrante representó el 0,98%. El 36,06% rellenaron el cuestionario de satisfacción. La aceptabilidad global obtenida fue del 92,4%. La peor puntuación correspondió al horario seguido de la duración de dispensación y la mejor a la calidad de información recibida y accesibilidad del personal. El porcentaje medio de conocimiento de la medicación (CM) antes de la AF fue del 58,84% y después del 60,4%. El mejor porcentaje correspondió antes de la AF a la dosis prescrita (22,63%), administración (16,05%), conservación (14,40%), indicación del tratamiento (10,69%), preparación (8,64%) y efectos adversos (4,12%). Después de la AF a la dosis, momento de administración y conservación (16,29% cada una), seguido de la preparación (16%), indicación (15,43%), y efectos adversos (3,43%). No se identificaron correlaciones estadísticamente significativas entre las diferentes variables y la aceptabilidad o el CM de las pacientes.

Conclusiones: Los pacientes son muy receptivos a la AF. La peor aceptabilidad del paciente correspondió al horario puesto que este se encuentra restringido. La diferencia del CM antes y después de la AF implica un beneficio de la AF. El bajo porcentaje en efectos adversos podría ser explicado por el hecho de que muchas pacientes prefieren no recibir información sobre los mismos. Sería interesante realizar estudios posteriores prospectivos para detectar los factores predictores que podrían estar implicados y de este modo optimizar la prevención de los puntos débiles en el conocimiento de la medicación. La AF proporciona una atención integral y multidisciplinaria del paciente.

433. ELABORACIÓN DE UN PROTOCOLO DE USO DE INMUNOSUPRESORES EN NEFROLOGÍA EN INDICACIONES NO RECOGIDAS EN FICHA TÉCNICA

E. Sánchez-Yáñez, J. González Contreras, I. Moya Carmona, B. Fuentes Ibáñez, C. González Pérez y B. Solano Hernández

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

Objetivos: Elaborar un protocolo de uso de inmunosupresores en Nefrología en indicaciones no recogidas en ficha técnica que permita autorizar su visado.

Material y métodos: La resolución 369/09 del SAS (Servicio Andaluz de Salud), del 7-Agosto-2009, establece el procedimiento a seguir para la utilización, en el ámbito del SAS, de medicamentos en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica cuando, excepcionalmente, por carecer de alternativas terapéuticas para un determinado paciente, se requiera su uso. En base a dicha resolución la "Comisión Asesora para la Armonización de los Criterios de Utilización de Medicamentos en Condiciones Diferentes a las Establecidas en su Ficha Técnica" autorizó el uso micofenolato de mofetilo (MMF) en síndrome nefrótico (SN) secundario a glomerulonefritis membranosa (resolución: SC0187/10,17-junio-2010) y SN secundario a glomerulonefritis de cambios mínimos (resolución: SC0324/10,6-octubre-2010). Para elaborar un protocolo que hiciera extensivo en nuestro centro el uso de MMF y tacrolimus a otros casos clínicamente similares, fuera de indicación en ficha técnica se realizó una revisión bibliográfica que incluyó una búsqueda en diferentes bases de datos y la revisión de protocolos de la Sociedad Española de Nefrología. Se realizó un estudio del uso de MMF y tacrolimus (enero-2008/octubre-2010) en nuestro hospital y se estableció un equipo multidisciplinar compuesto por representantes de la Unidad de Nefrología y de la UGC de Farmacia.

Resultados: Tras el consenso de los diferentes profesionales implicados y en base a la evidencia científica hallada y a los datos obtenidos en nuestro centro, se elaboró un protocolo de uso de inmunosupresores en Nefrología en indicaciones no recogidas en ficha técnica que aprobó la Comisión de Farmacia autorizando el visado, de carácter excepcional, de: 1. Prescripciones de MMF para el tratamiento de inducción y mantenimiento de glomerulonefritis lúpica moderada/grave en los que esté contraindicada o no exista respuesta a ciclofosfamida y azatioprina. 2. Prescripciones de tacrolimus para el tratamiento de: 2.1. SN por glomerulonefritis membranosa en aquellos casos en los que este indicado el uso de anticalcineurínicos y el paciente haya fracasado o no sea candidato a ciclosporina. 2.2. SN causado por una glomerulonefritis segmentaria y focal en alguna de las siguientes situaciones clínicas: Pacientes con resistencia a corticoides y que no son candidatos o han fracasado a una terapia con ciclosporina o pacientes no candidatos a tratamiento con ciclofosfamida y/o clorambucilo. Se excluyó el uso de MMF en glomerulonefritis segmentaria y focal y glomerulonefritis por IgA y el uso de tacrolimus en glomerulonefritis de cambios mínimos y por IgA, por falta de evidencia. No se valoró el uso de estos inmunosupresores en nefritis Túbulo-Intersticial debido al escaso número de pacientes candidatos a la terapia.

Conclusiones: En base a evidencias científicas y tras el consenso de un equipo multidisciplinar se elaboró un protocolo de uso de inmunosupresores en Nefrología, que permite autorizar el visado de estos medicamentos para indicaciones fuera de ficha técnica, con carácter excepcional y cuando se carece de alternativas. Con este protocolo se pretende disminuir la frecuentación hospitalaria y agilizar la dispensación de terapias que han demostrado ser seguras y eficaces y no requieren la dispensación en los Servicios de Farmacia Hospitalarios.

635. ESTUDIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CRÓNICO CON IMATINIB

M.L. Moya Martín, J.A. Marcos Rodríguez, N. Muñoz Muñoz, A. García González, N. Huerga y C. Moya Martín

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Objetivos: El cambio de legislación sobre la normativa de dispensación de determinados medicamentos oncológicos/hematológicos, al pasar a ser dispensados en la farmacia del hospital, hace que adquiera gran relevancia hacer un seguimiento de adherencia

a dichos tratamientos crónicos. Objetivo: determinar la adherencia del tratamiento crónico con imatinib en pacientes onco-hematológico de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de adherencia de pacientes onco-hematológicos en tratamiento crónico con imatinib. A través del programa de Pacientes Externos Dominion®, se recogieron datos del paciente; sexo, edad, histórico de dispensaciones y en la última consulta realizada se llevó a cabo una entrevista, utilizando el cuestionario SMAQ, muy utilizado para determinar la adherencia en pacientes VIH. Este cuestionario consta de 6 preguntas, 4 de ellas dicotómicas, en las que cualquier respuesta orientada hacia no adherente, ya es suficiente como para considerar al paciente como no adherente. Y una quinta pregunta de carácter semicuantitativo, que diferencia el porcentaje de adherencia en cinco niveles (desde una adherencia del 100% a una adherencia inferior al 30%). Se determinó como paciente no adherente, aquellos que recogieron la medicación con un retraso de 6 días de la fecha estimada según posología y/o según las respuestas del cuestionario SMAQ. Y paciente adherente en caso contrario al anterior.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes (el 44,4% hombres, y el 55,5% mujer) en tratamiento crónico con imatinib. Cuya mediana de edad fue de 61,5 años (15-88). De los 36 pacientes entrevistados, se clasificaron como adherentes 69,44% pacientes según las preguntas dicotómicas del cuestionario SMAQ, y 30,56% pacientes como no adherentes. Según la pregunta semicuantitativa de dicho cuestionario, el 72,22% de los pacientes tenía una adherencia del 95-100%, el 25% una adherencia del 85-94%, y el resto de pacientes 2,78% una adherencia del 65-84%. Según el registro de dispensaciones, se consideraron como no adherentes al 11,11% de los pacientes, y como adherentes al 88,89% de los pacientes. Cuando se realiza una combinación de ambos métodos los resultados son: como no adherentes un 41,67% de los pacientes, y como adherentes un 58,33% de los pacientes.

Conclusiones: Utilizando una combinación de los dos métodos observamos como existe un alto porcentaje de pacientes no adherentes al tratamiento crónico con imatinib (41,67%). Una pobre adherencia es la razón principal de pérdida de remisión y fracaso con imatinib, por eso, es de resaltar el papel que tiene el farmacéutico de hospital de realizar una mayor atención farmacéutica que haga hincapié en la importancia del cumplimiento del tratamiento crónico en estos pacientes.

760. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CINACALCET EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

D. Sánchez Nieto, M. de Manuel Rodríguez, R. Pérez López, M.P. Valverde Merino, S. Jiménez Cabrera y A. Domínguez-Gil Hurlé

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Objetivos: Evaluar la indicación, efectividad y seguridad del tratamiento con cinacalcet para el hiperparatiroidismo secundario en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes externos con IRC que iniciaron tratamiento con cinacalcet entre abril y diciembre de 2010 en un hospital de tercer nivel. Los pacientes se seleccionaron a través del programa FARHOS® y se recogieron las siguientes variables: PTH intacta (PTHi), fósforo (P) y creatinina sérica al inicio y a los 4 meses de tratamiento; calcio (Ca) y albúmina mensuales durante los 4 meses de estudio. Se calculó el Ca corregido por la albúmina (Ca*) y el producto Ca*xP. Se evaluó la indicación del tratamiento al inicio según: 1) ficha técnica del medicamento (PTHi > 300 pg/mL), 2) y/o protocolo interno del hospital (PTHi > 500 pg/mL o Ca*xP

> 60 mg²/mL²). Se clasificaron como hiperparatiroidismo moderado los valores de PTHi = 300-500 pg/mL y moderado-grave aquellos de PTHi > 500 pg/mL. Se consideraron efectivos los tratamientos que lograron a los 4 meses valores analíticos de PTHi = 150-300 pg/mL y/o una reducción por encima del 30%. La seguridad de cinacalcet se midió considerando el número de pacientes que habían sufrido algún episodio de hipocalcemia (Ca* < 8,4 mg/dL) en este periodo.

Resultados: Durante los 9 meses de estudio iniciaron tratamiento con cinacalcet 55 pacientes. En relación a la indicación recogida en ficha técnica, el 76,4% cumplía la misma (del resto, 1 no estaba en diálisis y 12 tenían PTHi < 300 pg/ml). Si consideramos las restricciones del protocolo interno, solo el 45,5% cumplía alguno de los requisitos mencionados. 22 pacientes del total interrumpieron el tratamiento antes del cuarto mes de estudio. Las causas fueron: PTHi < 150 pg/mL (8 pacientes), trasplante renal (4 pacientes), falta de eficacia (3 pacientes), incumplimiento (2 pacientes) y otros motivos. En los 33 pacientes que se mantuvieron en tratamiento durante todo el periodo, los tres parámetros analíticos (Ca*, PTHi y Ca*xP) se redujeron de media un 2,1%, 57,3% y 5,8% respectivamente. La PTHi alcanzó cifras entre 150-300 pg/mL en el 42,4% de los pacientes e inferiores a 150 pg/mL en el 27,3% de los mismos. Además, la PTHi se redujo más del 30% en el 63,6% de los pacientes. El grado de hiperparatiroidismo no influyó en la eficacia del tratamiento, observándose un 70% de efectividad en el grupo moderado frente a un 77,8% en el moderado-grave. Respecto a la seguridad, se observaron 22 pacientes (66,7%) con algún episodio de hipocalcemia durante el periodo de estudio. Se comprobó que cuanto mayor fue el valor de PTHi basal y su reducción en cifras absolutas, la frecuencia de hipocalcemia fue superior.

Conclusiones: En la mayoría de los casos la utilización de cinacalcet estaba justificada de acuerdo a la ficha técnica y su eficacia fue alta. Destaca el elevado porcentaje de pacientes que desarrollan episodios de hipocalcemia una vez iniciado el tratamiento. El riesgo de hipocalcemia es mayor en los pacientes con hiperparatiroidismo más grave. El seguimiento del tratamiento con cinacalcet debe ser estrecho y multidisciplinar (médicos y farmacéuticos), dadas las múltiples variables a tener en cuenta para manejar correctamente su eficacia y seguridad.

568. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE CINACALCET EN HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

A.M. Montero Hernández, L. Cea Pereira, A. Casás Martínez e I. Rodríguez Penín

Hospital Arquitecto Marcide. A Coruña. España.

Objetivos: Cinacalcet reduce los niveles séricos de parathormona. Además se observa una reducción de las cifras de calcio y fósforo séricos que facilitan alcanzar los objetivos de las guías K/DOQI (Nacional Kidney Foundation), en las que los valores bioquímicos recomendados para pacientes con enfermedad renal crónica (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 Calcio*Fósforo (Ca*P) < 55 mg²/dL². El objetivo es analizar la efectividad del cinacalcet en pacientes con ERC e hiperparatiroidismo 2º (HPTH2º).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con ERC e HPTH2º que iniciaron tratamiento con cinacalcet durante el año 2010. Periodo de estudio: enero 2010- abril 2011. Variables estudiadas: edad, sexo, dosis de cinacalcet, duración del tratamiento, niveles de PTHi, Ca, P y Ca*P al inicio, al mes, 3 y 6 meses de comenzar el tratamiento. Los datos se obtuvieron del programa de dispensación a pacientes externos (Silicon®) y de la historia clínica.

Resultados: 10 pacientes (5 hombres y 5 mujeres), edad media 60,3 ± 13,9 años. Dos tratamientos fueron tramitados como uso especial por no estar en diálisis. Todos los pacientes iniciaron tratamiento con cinacalcet 30 mg/día excepto uno que inició con 30 mg/48 horas. Un paciente falleció al mes de iniciar el tratamiento y otro precisó suspensión a los 15 días por marcado descenso de la PTHi. Los valores de Ca medio, P y PTHi al inicio del tratamiento fueron: 8,97 mg/dL (6,7-10,1), 4,9 mg/dL (2,8-5,9) y 602 pg/mL (278- 859). Al mes de iniciado el tratamiento se obtuvieron valores de: Ca medio 8,9 mg/dL (8,2-9,7), P 4 mg/dL (3,1-5,5) y PTHi 302 pg/mL (160- 743). Valores al trimestre: Ca medio 8,8 mg/dL (8,5-9,4), P 5 mg/dL (4,2-6,2) y PTHi 397 pg/mL (57-653), realizándose ajuste de dosis en cuatro pacientes. Al semestre: Ca medio 8,7 mg/dL (7,7-9,1), P 5,2 mg/dL (4,2-6,6), y PTHi 348 pg/mL (177- 570); en un paciente se redujo el intervalo y en otro se aumentó la dosis a 90 mg/día. Al inicio del tratamiento con cinacalcet el 30% de los pacientes tenía un p > 5,5 mg/dL, el 20% un Ca < 8,4 mg/dL, el 90% PTHi > a 300 pg/ml y el 10% un producto Ca*P > 55 mg²/dL². Tras 6 meses de tratamiento el 28,6% de los pacientes tenía un P > 5,5 mg/dL, la prevalencia de hipocalcemia ascendió al 28,7%, el 42,9% de los pacientes presentaron PTHi < 300 pg/mL y ningún paciente tuvo Ca*P > 55 mg²/dL².

Conclusiones: Cinacalcet facilitó el control del HPTH2º en la ERC. El porcentaje de pacientes que alcanzan PTHi < 300 pg/mL probablemente aumente con un seguimiento a más largo plazo (al menos 12 meses), como se describe en la bibliografía.

397. EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO POR PARTE DEL PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN EL ÁMBITO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA

E. Monte Boquet, L. Lorente, I. Cardona Pascual, Conesa Muñoz y M. Fernández-Pacheco García-Valdecasas, en nombre de los investigadores del estudio EMHOPHAR

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Objetivos: El estudio EMHOPHAR pretende evaluar el tipo de manejo que realiza el farmacéutico hospitalario del paciente con esclerosis múltiple (EM). Este trabajo se centra en un objetivo secundario del estudio consistente en evaluar el cumplimiento terapéutico de los pacientes con EM tratados con terapias modificadoras de la enfermedad (TME) y atendidos en el ámbito de la farmacia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico y nacional en el que participaron 24 farmacéuticos hospitalarios que incluyeron a 237 pacientes con EM remitente recurrente o secundaria progresiva que acudieron a la farmacia hospitalaria para recoger su TME. Se evaluó el cumplimiento terapéutico mediante test de Morisky-Green.

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos fue 40,1 ± 9,4 años y el 65,8% fueron mujeres. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de la EM fue 7,5 ± 5,6 años. 226 pacientes (95,4%) presentaban EM remitente recurrente y únicamente 11 (4,6%) EM secundaria progresiva. 145 pacientes (61,2%) no habían presentado brotes durante el último año, mientras que la media entre el 38,8% restante fue de 1,8 brotes anuales. La mayoría de pacientes (62,4%) no presentaban discapacidad o esta era mínima según evaluación mediante la escala de discapacidad EDSS (grados 0 a 2,5). El 81,4% estaban siendo tratados con interferón-β y el 18,1% con acetato de glatirámero. El cumplimiento terapéutico conjunto de los pacientes incluidos fue del 77,1%. Este cumplimiento es superior en pacientes con EM secundaria progresiva (87,5% vs 76,4%, p = 0,681). En el 19,8% de los casos, existía una discordancia entre la percepción que el farmacéutico tenía sobre el grado de cumplimiento terapéutico del paciente y la realidad

objetivada mediante test Morisky-Green. El cumplimiento terapéutico fue significativamente superior entre los pacientes que no habían presentado brotes durante el último año (82,9% vs 67,4%, $p < 0,05$) y entre aquellos pacientes con edades superiores a los 40 años (85,1% vs 68,3%, $p < 0,05$). Por contra, no hubo diferencias significativas de cumplimiento según si la farmacia disponía o no de un lugar adecuado para realizar la formación sobre patología y administración (76,9% vs 78,6%, $p = 1,000$).

Conclusiones: Casi la cuarta parte de los pacientes con EM atendidos en farmacia hospitalaria no son objetivamente cumplidores con su TME. El cumplimiento se relaciona con la edad del paciente, así como con la ausencia de brotes recientes y con la tipología de la enfermedad.

847. EVALUATION AND USE OF THE ERITROPOYESIS STIMULATING FACTOR NOT PRESCRIBED BY THE NEPHROLOGY SERVICE IN PATIENTS DIAGNOSED OF CHRONIC KIDNEY FAILURE

D. Pérez Parente, C. Vázquez López, M. Álvarez Payero, A. Martín Vila, S. Pellicer Lorenzo y E. Campelo Sánchez

Hospital Meixoeiro- Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Pontevedra. España.

Objectives: To evaluate the use of Eritropoyesis stimulating factor not prescribed by the Nephrology Service in patients with chronic kidney failure (CKF) based on the European Renal Association clinic guide (ERA-EDTA).

Material and methods: Descriptive and retrospective study in a 420 bed hospital. Medical reports of the ambulatory patients with CKF treated with erythropoietin in August 2010 were reviewed. Collected data: age, sex, prescriber service, chronic kidney classification, dialysis and pre-dialysis, comorbidity, type of erythropoietin, initial dosage, dose administered haemoglobin, ferritin and transferrin levels at the beginning of the treatment and after 3 and 6 months.

Results: 24 patients were recruited (age 79.2 ± 11.76 , 30.8% male) duration of treatment was $17.1 \pm 8,1$ months. 62.5% were of Internal Medicine Service, 37.5% were of the Geriatric Service. 45.8% suffered from severe chronic kidney failure ($Cl < 30\text{ml/min}$) and 8.3% were undertaken dialysis. More frequent comorbidities were hypertension (87.5%), cardiac failure (50%), dyslipidemia (37.5%). 62.5% of the patients started treatment with darbepoetin alfa 30 μg , 25% with darbepoetin alfa 40 μg and only one of them with epoetin beta, which was withdrawn and changed to darbepoetin alfa after 5 months due to failure. A mean of 6.43 ± 2.19 blood analysis was taken per patient per year. Medium haemoglobin concentration at the beginning of the treatment was $9.22 \pm 1.01\text{g/dl}$ and $10.86 \pm 1.64\text{g/dl}$ and 11.44 ± 1.97 after 3 and 6 months respectively. At the time of our study a patient showed a concentration of haemoglobin (16.2 g/dl) that justified the discontinuation of the treatment. No ferritin concentrations had been collected in 43% of the patients, neither transferrin in 57%. 62.5% of the sample took iron supplements at least for one day, though only one of them intravenous. Patients presented a total of 21 changes in treatment, 13 due to change of posology (61.9%) and 7 due to change in dosage (38.1%).

Conclusions: Initial doses, monitoring haemoglobin concentrations, and changes in treatment were according to ERA-EDTA indications. Approximately, no ferritin and transferrin levels were collected in half of the sample. While ERA-EDTA recommends iron supplements (evidence level B) and the optimum via is intravenous (evidence level A) only 62.5% of the sample took iron supplements all of them with oral administration except one. ERA-EDTA recommends administration of vitamins C and E to reduce

oxidative stress associated with resistance to erythropoietin therapy (level of evidence B), but no study patient was given supplements of these vitamins.

1078. HIERRO CARBOXIMALTOSA INTRAVENOSO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

M.D. López Malo de Molina, C. Zarza Verdugo, L. Martínez-Dueñas López-Marín, L. Muñoz Calero, L. Gómez Rodríguez y N. García Melero

Hospital Universitario Reina Sofía. Almería. España.

Objetivos: La anemia es una manifestación común en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC). Los factores que contribuyen a la aparición de la anemia en estos pacientes son producción y secreción renal insuficiente de eritropoyetina, alteración de la eritropoyesis por la presencia de toxinas urémicas y disminución de la vida media del eritrocito. La terapia con agentes estimuladores de la eritropoyesis (FEE) representa un avance pero requiere depósitos de hierro apropiados y una movilización rápida del hierro para abastecer las necesidades eritropoyéticas. **Objetivo:** describir la utilización de hierro carboximaltosa (HCM) en pacientes con IRC en un hospital de tercer nivel. Analizar la eficacia de la administración de una dosis de 500 mg de HCM intravenoso en pacientes con IRC y su repercusión sobre la dosis semanal de factores estimulantes de eritropoyetina (FEE).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de 1 año de duración (marzo 2010-febrero 2011) en el que se incluyeron a todos los pacientes con IRC en tratamiento con FEE que recibieron 500 mg de HCM para corregir el déficit férrico. Los datos demográficos recogidos fueron: edad, sexo y tiempo hasta analítica de control, los parámetros analíticos: creatinina (mg/dl), hemoglobina (g/l), ferritina (ng/ml), y transferrina (mg/dl) antes de la administración de HCM (basal) y en la analítica de control y los relacionados con el tratamiento: dosis de darbepoetina previa a la administración de HCM y las recibidas hasta realización del control analítico, para lo que se explotó la información del módulo de dispensación a Pacientes Externos de programa Farmatools® y la aplicación GIPI® del Servicio de Bioquímica del Hospital y se procesaron en hoja de cálculo Excel®2007.

Resultados: Se incluyeron a 33 pacientes con mediana de edad de 74 años (33-91), el 63,6% de género masculino. El HCM se administró a pacientes con mediana de creatinina = 3,46 mg/dl (0,87-5,39), ferritina = 47,7 ng/ml (8,9-1.399), transferrina = 229 mg/dl (73-388) y hemoglobina (Hg) = 10 g/dl (7,4-12,2), realizándose analítica de control a las 7,8 semanas de media, con los siguientes resultados: mediana de creatinina = 3,5 mg/dl (0,92-5,06), ferritina = 121 ng/ml (8,9-1.399), transferrina = 202,5 mg/dl (86-274) y hemoglobina = 11 g/dl (6,8-14,9). En el 48% de los pacientes hay un incremento de hemoglobina ≥ 1 g/dl. En el 12,1% de los pacientes hubo incremento de dosis de darbepoetina, la mantuvieron en el 39,4% y bajaron o retiraron en el 48,4% (24,2% respectivamente), con un descenso medio semanal de 7,1 μg por paciente.

Conclusiones: El hierro carboximaltosa junto a factores estimulantes de eritropoyesis se administra en nuestro hospital a pacientes con IRC en programa de prediálisis y fragilidad capilar. Con la administración de una dosis única de HCM no se observa incremento del deterioro de la función renal, ni grandes aumentos en los valores de ferritina y transferrina, aproximadamente en la mitad de los pacientes hay una discreta subida en el valor de hemoglobina. Se observa una disminución en la dosis de factores estimulantes de eritropoyesis semanal.

807. IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE LA DISPENSACIÓN HOSPITALARIA DE LAS TERAPIAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

L. Lorente Fernández, J.E. Megías Vericat, C. Jordán de Luna, E. Monte Boquet, M. Galiana Sastre y J.L. Poveda Andrés

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España.

Objetivos: La dispensación de las terapias de reproducción asistida (RA) a pacientes atendidas por la Agencia Valenciana de Salud (AVS) se realiza en los servicios de farmacia hospitalaria desde la entrada en vigor el 18 de enero de 2010 de la Resolución del Director-Gerente de la AVS por la que se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria. El objetivo del presente estudio es analizar el impacto tanto asistencial como económico de la dispensación de las terapias de RA en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo llevado a cabo en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de un hospital terciario. Se ha analizado el número de pacientes, visitas, dispensaciones y coste del consumo de los medicamentos utilizados en las distintas terapias de RA desde febrero de 2010 a noviembre de 2011. Además, se ha estimado el ahorro que ha supuesto para la Administración la dispensación hospitalaria de dichas terapias frente a su anterior dispensación en farmacia comunitaria. Para ello se ha revisado las condiciones de prescripción, uso y financiación de cada una de las especialidades dispensadas durante el periodo de estudio. La estimación del ahorro se ha realizado considerando que la dispensación hospitalaria le supone a la Administración el pago del precio de venta al laboratorio (PVL) más IVA, frente al precio de venta al público (PVP) más IVA menos la aportación del paciente que supondría su dispensación en farmacia comunitaria.

Resultados: Durante el periodo de estudio se ha atendido a 1.073 pacientes (14,5% del total de pacientes) lo que ha supuesto un total de 1.661 (1,6 visitas por paciente). La media de pacientes/mes y visitas/mes ha sido de 154 y 166 respectivamente. El número total de dispensaciones ha sido de 3.775, suponiendo un 4,8% del total de dispensaciones realizadas en la UFPE. El gasto total supuesto por el consumo de las terapias de RA durante los diez meses de estudio ha sido de 1.281.210 € (2,3% del gasto total de la UFPE). El análisis por especialidades muestra que solo dos de ellas, folitropina alfa y folitropina beta, concentran el 69% del gasto total. El ahorro estimado que ha supuesto la dispensación en la UFPE durante los diez meses de estudio ha sido de aproximadamente 320.000 €.

Conclusiones: La dispensación de las terapias de RA en la UFPE ha producido un incremento significativo de la carga de trabajo. Mientras que la dispensación hospitalaria ha supuesto un ahorro para la Administración, este ahorro no se ha traducido en un incremento de recursos. Es imprescindible dotar a las UFPE de los recursos necesarios para garantizar una adecuada atención farmacéutica a las pacientes sometidas a técnicas de RA.

462. IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN LA OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

A. Ramón Albert

Hospital Virgen de Altagracia. Ciudad Real. España.

Objetivos: El objetivo del estudio es detectar y optimizar las prescripciones inapropiadas (PI) en pacientes con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: Diseño: estudio observacional y prospectivo. Ámbito: Unidad de Atención Farmacéutica a pacientes externos

(UAFPE) de un hospital comarcal de 110 camas. Población: pacientes con EM que acuden a la UAFPE. Período de estudio: noviembre de 2008 a noviembre de 2010. Fuentes: Los datos son registrados en un documento estandarizado denominado "Historia de seguimiento farmacoterapéutico individualizado" en el cual se incluyen los siguientes apartados: 1) Datos personales y clínicos del paciente, datos farmacoterapéuticos, hábitos dietéticos y estilo de vida y datos analíticos y microbiológicos de interés; 2) Datos del servicio clínico y del médico responsable y 3) Registro de las PI detectadas y de las intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo. La detección de las PI se lleva a cabo a través de la validación manual de las prescripciones médicas e informes médicos que trae el paciente de forma mensual a la UAFPE. Para apoyarse en dicha validación se utiliza una guía de elaboración propia que contiene criterios explícitos para la validación de los tratamientos en pacientes con EM. Los criterios explícitos incluyen: indicaciones aprobadas, precauciones y contraindicaciones, pautas posológicas aprobadas y ajustes en insuficiencia renal y/o hepática, interacciones/combinación de fármacos y efectos secundarios relevantes, modo de administración y utilización en situaciones especiales. La información utilizada para completar el documento se obtiene de los informes clínicos y de las historias clínicas de los pacientes, del programa informático MAMBRINO XXI® y de las entrevistas con los pacientes y/o el personal sanitario. A los pacientes se les ofrece información oral y escrita.

Resultados: un total de 11 pacientes fueron incluidos en el estudio (6 hombres y 5 mujeres). La mayoría de los pacientes recibían para el tratamiento de la EM el interferón beta-1b (63,6%). Durante el periodo de estudio se identificaron un total de 43 PI (3,9 PI/paciente). Los problemas detectados estuvieron relacionados con: dosis/frecuencia de fármacos inadecuada (41,9%), interacciones/combinación de fármacos inadecuada (20,9%), efectos secundarios (18,6%), precauciones y contraindicaciones (11,6%) y modo de administración (7,0%). Los efectos secundarios más frecuentemente observados estuvieron relacionados con el síndrome pseudogripal, los escalofríos, la fiebre y el dolor en el lugar de inyección. El porcentaje de aceptación de las intervenciones farmacéuticas fue de un 95% por parte del médico responsable.

Conclusiones: La aplicación de criterios explícitos para la validación manual de las prescripciones médicas en pacientes con EM ha contribuido a la identificación de pacientes con PI y a la optimización de la farmacoterapia. Además, la educación sanitaria ofrecida a estos pacientes contribuye a aumentar el conocimiento de su enfermedad y tratamiento, influyendo en una mejor adherencia terapéutica.

198. IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA INDIVIDUALIZADA A PACIENTES EN TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

J. Mayorga Pérez, A. Illaro Uranga y M. Valero Domínguez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

Objetivos: Determinar la actividad y los resultados correspondientes a los 5 primeros meses de funcionamiento de la nueva unidad de dispensación ambulatoria, especializada en tratamientos de reproducción asistida.

Material y métodos: A finales de 2010 el Servicio de Farmacia del hospital creó una Unidad de Atención Farmacéutica a pacientes externos especializada en reproducción asistida para llevar a cabo la atención farmacéutica y dispensación que hasta entonces se hacía en las oficinas de farmacia comunitarias. Durante los meses previos el Servicio de Farmacia, el de Ginecología y la Gerencia de Atención Especializada establecieron el cronograma para la im-

plantación, seleccionaron los medicamentos óptimos y determinaron la organización de los pacientes. Se eliminó la receta en papel ya que el hospital cuenta con un programa propio de prescripción electrónica asistida, que se adaptó a las nuevas necesidades, facilitando el intercambio de información online con el médico. Además, se preparó información escrita relativa a los medicamentos para facilitarla a los pacientes, y se abasteció de la documentación y materiales necesarios para la atención de los mismos. La unidad cuenta con un farmacéutico, a tiempo parcial, y con la colaboración de un auxiliar de farmacia.

Resultados: Durante estos 5 meses, se ha atendido a un total de 287 pacientes (274 (95%) diagnosticados de “Esterilidad primaria” y 13 de “Esterilidad secundaria”). De ellos 182 (63%) se sometía por primera vez a este tipo de terapias. Se han validado 1316 líneas de tratamiento y dispensado 2319 unidades en 726 dispensaciones. resultando una media de 8 pacientes atendidos al día. Durante la atención a los pacientes en la consulta se han solucionado las dudas y contestado a las preguntas efectuadas por los pacientes, dedicando un tiempo medio en la visita inicial de 17 minutos y de 4 minutos en las sucesivas. Un 49% de los pacientes acuden una sola vez a la consulta de farmacia en cada ciclo de tratamiento, si bien hay un 7% que acuden más de cuatro veces por ciclo. La apertura de dicha consulta ha supuesto, en este periodo, un ahorro de 76.160€ al sistema sanitario de la comunidad, considerando la diferencia de precios entre PVL y PVP. El tiempo de espera del paciente desde la prescripción médica hasta la obtención del medicamento se ha reducido a cero, siendo anteriormente de 1 a 3 días.

Conclusiones: La creación de este tipo de unidades asistenciales en nuestros hospitales ha demostrado ser una herramienta eficaz, tanto desde el punto de vista de la atención farmacéutica, aumentando la información al paciente y reduciendo tiempos de espera, como desde el punto de vista económico. Si bien, se deberían establecer unos criterios para limitar qué medicamentos se deben incorporar y dispensar desde los hospitales, ya que son cada vez más los medicamentos que sin ser “Hospitalarios” se están dispensando desde los Servicios de Farmacia hospitalarios.

1131. INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS REGÍMENES POSOLÓGICOS DE METADONA

R. Lozano Ortiz, N. Domeque Valiente, V. Riba Heredia y C. Perálvarez Cubillo y M. Corbinos Garín

Hospital Real Nuestra Señora de Gracia. Zaragoza. España.

Objetivos: Dado que la gran mayoría de antiretrovirales (ARV), principalmente los Inhibidores de la Proteasa, interactúan con las vías de eliminación de metadona, inhibiendo en una gran mayoría de los casos al CYP3A4 entre otros, el objetivo del presente trabajo ha sido estudiar la influencia del tratamiento antirretroviral concomitante sobre la posología de Metadona en pacientes incluidos en Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM).

Materiales y métodos: Estudio comparativo entre dos grupos pertenecientes a una muestra compuesta por 60 pacientes en PMM, de los cuales 17 pacientes llevaban tratamiento antirretroviral (grupo ART) con combinaciones que incluían: ritonavir (58%), lopinavir (47%), nevirapina (29%) y efavirenz (13%), y otros 43 pacientes no llevaban tratamiento antirretroviral (grupo no-ART), edad media 41 ± 7 años, 30% mujeres y dosis Met de 92 ± 39 mg, en seguimiento clínico en la UASA de nuestro Hospital, a los cuales se midió el índice urinario testosterona/creatinina para el cálculo de la dosis de Metadona necesarias para alcanzar un índice T/Cr de 25 mg/g, posteriormente se realizó un análisis poblacional de las dosis empleadas mediante el test de Parzen y, final-

mente, se compararon los resultados obtenidos en ambos grupos.

Resultados: La Cr urinaria global media fue de 1.5 ± 0.7 g/L, testosterona de 45 ± 64 µg/L y el índice T/Cr 31 ± 36 µg/g, siendo la dosis de metadona ajustada al índice T/Cr de 82 ± 91 mg. Realizado el test de Parzen sobre ambos grupos, se obtuvo para el grupo no ART tres poblaciones, la primera (80% pacientes) con una dosis media corregida de 52 ± 25 mg Met, la segunda (17% pacientes) 153 ± 37 mg Met y la tercera (3% pacientes) 475 ± 7 mg Met, respectivamente y, para el grupo ART, dos poblaciones con dosis de metadona asociadas de 42 ± 23 mg (65% pacientes) y 123 ± 27 mg (35% pacientes), respectivamente. De los resultados se desprende que el tratamiento con antiretrovirales inhibidores de CYP3A4 y/o inductores de P-glicoproteína, como es nuestro caso, simplifica el tratamiento con metadona eliminando gran parte de la variabilidad de los regímenes posológicos empleados, causados por el metabolismo de metadona a través del CYP3A4 para producir los N-metil metabolitos farmacológicamente activos, observados en el grupo no-ART, principalmente en lo referente a dosis altas (153 ± 37 mg Met) y muy altas (475 ± 7 mg Met), aunque, no obstante, las dosis necesarias para alcanzar el índice T/Cr = 25 fueron, en un 35% de los pacientes del grupo ART, 2-3 veces superiores a las del resto del grupo ART (123 ± 27 mg Met frente a 42 ± 23) debido a la menor cantidad de metabolitos, farmacológicamente activos y de larga vida media (metadoles y normetadoles), producidos.

Conclusiones: El uso de antiretrovirales que inhiben CYP3A4 y/o inducen P-glicoproteína simplifican los tratamientos con metadona, eliminando gran parte de la variabilidad interindividual observada en aquellos pacientes sin tratamiento antirretroviral mediante la disminución de la producción de N-metil metabolitos farmacológicamente activos, y, por tanto, de sus correspondientes metabolitos hidroxilados, metadoles y/o normetadoles, producidos a través de la acción consecutiva de NAT2; unido, todo ello, al correspondiente alargamiento de su vida media y facilitación de su circulación enterohepática, por medio de la P-glicoproteína

1088. MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE CON 2 DISPOSITIVOS DIFERENTES DE ADMINISTRACIÓN: REBIJET II® Y REBISMART®

C. Martínez Nieto, A. Aguilar Ros, A. Ibáñez Zurriaga y A. Morell Baladrón

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. España.

Objetivos: La esclerosis múltiple (ESM) es una enfermedad autoinmune y degenerativa del sistema nervioso que se caracteriza por la destrucción de la mielina que recubre los nervios. En España la prevalencia es de 70-80 personas por cada 100.000 habitantes, siendo más frecuente en mujeres, población joven y raza blanca. El interferón beta es uno de los tratamientos actuales para esta enfermedad. La falta de adherencia en ESM puede llegar al 40%. Esta falta de adherencia genera una mayor probabilidad de recaídas y agravamiento de la enfermedad. Existen métodos directos e indirectos para medir el cumplimiento. Los métodos directos son difíciles de realizar en la práctica diaria. Los métodos indirectos no son fiables al 100%. La medición más correcta es la combinación de al menos dos métodos indirectos. **Objetivo:** comparar los resultados de la medición de adherencia, en pacientes con esclerosis múltiple en tratamiento con interferón beta 1-a Rebif, usando distintos métodos indirectos.

Material y métodos: Se midió la adherencia al tratamiento de los pacientes que recogieron Rebif®, en el hospital, a través de las dispensaciones de farmacia y la encuesta Morinsky-Green. Rebif® se administra por vía subcutánea, tres veces en semana, y se presenta en forma de jeringas precargadas para administrar con el autoinyector Rebiject II, y en forma de cartuchos para administrar con el dispositivo electrónico Rebismart®. El registro de farmacia, de los pacientes que estaban en tratamiento con el dispositivo Rebismart®, se realizó a través de un programa informático Mitra®. El dispositivo electrónico permite registrar de forma completa la administración, guardando los datos de fecha de administración y volumen administrado. La descarga de estos datos se realizó tanto por pantalla como a través de un programa informático específico denominado Mitra®.

Resultados: Estudio observacional prospectivo, con un periodo de inclusión de pacientes de dos meses, desde 15 /12/2010 hasta 15/2/2011. Acudieron a recoger medicación 44 pacientes, de los cuales 26 (60%), estaban en tratamiento con Rebiject II y 18 (40%), con Rebismart®. La encuesta de Morinsky-Green, solo fue contestada por el 55%, 14 pacientes con cartuchos y 10 con jeringas precargadas. Los datos de la encuesta registraron en los pacientes de Rebismart® una adherencia del 100% en 12 (86%) y 2 pacientes con adherencia inferior al 100%. De los pacientes con Rebiject II® 6 (60%) indicaron una adherencia del 100% y 4 con una adherencia inferior al 100%. Los datos de registro de farmacia no coincidieron con las respuestas de la encuesta, la adherencia del 100% solo se comprobó en 4 pacientes con Rebiject II® y 6 pacientes con Rebismart®, lo que representaba 40% y 43% respectivamente.

Conclusiones: El dispositivo electrónico tiene una fiabilidad del 100%. Los pacientes con ESM de nuestro Hospital sobreestimaron su adherencia con el test de Morinsky-Green.

661. PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LOS AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS EN PACIENTES CON ANEMIA ASOCIADA A INSUFICIENCIA RENAL

C. Capilla, A.M. Iglesias y T. Cruz Cruz

Hospital del Sureste. Madrid. España.

Objetivos: Analizar el perfil de utilización de los agentes estimulantes de la eritropoyesis (AEE) darbepoyetina y eritropoyetina, en pacientes con insuficiencia renal no sometidos a diálisis, en un hospital general de 150 camas.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado durante un período de 9 meses. Se recogieron los valores de hemoglobina obtenidos en la última analítica de los pacientes con insuficiencia renal no sometidos a diálisis y que, durante el tiempo de estudio, habían mantenido un tratamiento con AEE de, al menos, 12 semanas. Los AEE incluidos en la guía farmacoterapéutica del hospital son darbepoyetina y eritropoyetina. Se recogieron también las medidas de corrección de dosis que se tomaron en función de estos últimos valores. Consideramos como hemoglobina diana la que se encuentra en el rango de 10-12 g/dl, establecido en la ficha técnica.

Resultados: Se recogieron los datos de 73 pacientes que se encontraban en tratamiento con AEE. Se excluyeron 12 pacientes por no haber alcanzado las 12 semanas de tratamiento. Quedaron 61 pacientes, con una edad media de 78 años, de los cuales el 36% eran hombres. De los pacientes incluidos, 28 (45%) tenían una hemoglobina mayor de 12 g/dl; 4 (6,4%) se encontraban con valores < 10 g/dl; el resto, 29 pacientes (47,5%) estaban dentro del rango establecido por la ficha técnica de 10-12 g/dl. Alcanzados estos valores, de los pacientes que se encontraban por encima de los niveles diana (N = 28) a 17 (61%) les disminuyeron la dosis, a

4 (14,2%) se les suspendió el AEE y al resto, 7 pacientes (25%), se les mantuvieron las dosis. Los que se encontraban por debajo de los valores diana, siguieron sin cambios de dosis excepto uno, al que se le disminuyó. Dentro de los pacientes en rango (N = 29) a 21 pacientes (72,4%) les mantuvieron la dosis, a 2 (6,8%) se les disminuyó y a 6 (21%) se les aumentaron entre un 30 y un 50% la dosis.

Conclusiones: Los datos de nuestro estudio revelan que en más de un 50% los pacientes con insuficiencia renal, no sometidos a diálisis en tratamiento con AEE, no consiguen alcanzar o mantener los valores de hemoglobina, dentro del rango diana establecido en ficha técnica, tras 12 semanas de tratamiento. Además, aun habiendo alcanzado los niveles deseados, a un 27% le realizaron cambios de dosis. Esto puede repercutir en un mayor riesgo de desarrollar efectos adversos relacionados con el fármaco, como una menor supervivencia o un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, así como la obtención de niveles de hemoglobina subóptimos. Esto cobra especial importancia en nuestra cohorte de pacientes, dada la alta edad media. Sería recomendable la elaboración de un protocolo de uso de AEE en el que se establezcan las dosis óptimas, la hemoglobina diana en función de las características de los pacientes, así como un árbol de decisión de ajuste posológico según los niveles alcanzados, acorde a la ficha técnica, con el fin de obtener el máximo beneficio de los AEE en los pacientes con anemia asociada a insuficiencia renal.

278. REACCIONES ADVERSAS A ANTIRRETROVIRALES DETECTADAS EN UNA UNIDAD DE PACIENTES EXTERNOS

L. Rentero Redondo, C. Iniesta Navalón, J.J. Franco Miguel, E. Urbietta Sanz, M.T. Antequera Lardón y J.M. Alonso Herreros

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

Objetivos: Describir y analizar las reacciones adversas a medicamentos (RAM) detectadas en una unidad de pacientes externos en pacientes en tratamiento antirretroviral.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional durante 2010 en un hospital universitario de referencia área. En la unidad de paciente externos se dispone de una base de datos en Microsoft Access® 2003 en la que se registran las reacciones adversas producidas por fármacos de dispensación hospitalaria. Se revisaron todos los efectos adversos que se habían detectado durante el periodo de estudio en pacientes diagnosticados de VIH y/o hepatitis B/C y de forma complementaria se consultaron las historias clínicas y registros de dispensación. Para establecer la relación de causalidad se utilizó el algoritmo de Naranjo que clasifica las RAM como definida, probable, posible o dudosa.

Resultados: Se detectaron un total de 22 RAM que afectaron al 7,3% de los pacientes. El 30,4% de los efectos adversos se produjeron en pacientes diagnosticados de hepatitis C y 69,6% en pacientes con VIH. El peginterferón alfa-2A (Pegasys®) fue responsable del 31,8% de las RAM produciendo intolerancia en el 42,9% de los pacientes, exantema en el 28,6% y artritis y leucopenia en el 14,3%. La combinación EFV/TDF/FTC (Atripla®) ocasionó el 27,3% de las RAM produciendo trastornos psicológico en el 33,3% de los pacientes y diarrea, exantema, intolerancia, dolor articular en el 16,7%. La combinación ABC/3TC (kivexa®) ocasionó el 13,7% de los efectos adversos produciendo alteraciones bioquímicas tales como hipercolesterolemia e hiperuricemia. Estos tres fármacos fueron responsables del 77,3% de las RAM registradas. Todas las reacciones adversas estaban descritas en la ficha técnica. En cuanto a la relación de causalidad según el algoritmo de Naranjo el 72,7% fueron probables, el

13,6% posibles, 9% dudosas y el 4,5% definidas. En todos los casos se notificó al Centro Regional de Farmacovigilancia de Murcia a través de la tarjeta amarilla.

Conclusiones: 1. Encontramos un porcentaje considerable de pacientes con RAM (7,3%), que refuerza la importancia de la farmacovigilancia en este área de atención a pacientes externos. 2. El hecho de que las reacciones adversas encontradas estuvieran ya descritas en ficha técnica, nos permite prever su posible aparición y atajar con rapidez las consecuencias. 3. El seguimiento realizado por el farmacéutico deberá orientarse en mayor medida a los fármacos que con más frecuencia presentaron RAM.

633. SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DE PACIENTES SOMETIDAS A ESTIMULACIÓN OVÁRICA CONTROLADA

A. Sendra García, O. Ruiz Millo, C. Galiana Roselló, C. Pérez Peiró, E. Gras Colomer y M. Climente Martí

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

Objetivos: Medir el grado de satisfacción con la Atención Farmacéutica (AF) de las pacientes sometidas a estimulación ovárica controlada (EOC) e identificar oportunidades de mejora en la AF a estas pacientes.

Material y métodos: Estudio analítico transversal en la Unidad de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE) de un hospital universitario con un área de salud de 380.000 habitantes, durante un periodo de 6 meses (6/04/10 a 6/06/10). Se incluyeron todas las pacientes atendidas en la UFPE durante el periodo de estudio sometidas a EOC como fase del proceso de inseminación artificial o coito programado que aceptaron recibir información sobre su farmacoterapia y cumplimentar la encuesta. Se excluyeron aquellas pacientes con dificultades lingüísticas. Se aplicó un ciclo de mejora de calidad PDCA, siguiendo 4 fases; I: planificación e identificación de oportunidades de mejora; II: implantación del plan de mejora: Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para la AF y documentos de información sobre la farmacoterapia para pacientes y profesionales; III: seguimiento y evaluación del plan de mejora: encuesta de satisfacción; IV: establecimiento de las líneas de actuación futuras. Se evaluó la satisfacción de las pacientes mediante una encuesta anónima y voluntaria, adaptada de otras encuestas validadas en población similar, sobre datos demográficos, espacio físico, organización, dispensación, atención farmacéutica y satisfacción global. Análisis estadístico: La puntuación de cada pregunta se asumió como una escala numérica ordinal (1-5: 1 muy insatisfecha, 5 muy satisfecha): variables cuantitativas. Se utilizó como indicador de satisfacción (variable principal) el índice de satisfacción (IS) establecido por la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, expresado en porcentaje. Como variables secundarias, se calculó la media de satisfacción y su desviación estándar, la proporción de pacientes satisfechas o muy satisfechas y la de pacientes insatisfechas o muy insatisfechas, para cada pregunta y grupo de preguntas.

Resultados: Fase I: normalización de la AF e información escrita a pacientes y profesionales. Fase II: se implantó un PNT para la AF a estas pacientes, y documentos de información sobre la farmacoterapia para pacientes y profesionales. Fase III: De 83 pacientes sometidas a EOC atendidas durante el periodo de estudio, se entregaron 74 encuestas (89,2%) y fueron cumplimentadas 51 (68,9%; edad media 33,82 ± 4,7 años). Las respondedoras fueron atendidas por un farmacéutico [42 (94%)] o una enfermera [4 (8%)], en una media de 1,4 ± 0,7 consultas. Satisfacción global: 4,5 ± 0,5, IS 88% (IC95%: 84-91). Mayor satisfacción: AF [4,7 ± 0,7, IS 87% (IC95%: 81-93), 94% de las pacientes satisfechas o muy

satisfechas, 4% insatisfechas o muy insatisfechas]. Menor satisfacción: horario de atención [4 ± 1, IS 75% (IC95%: 68-82) 14% insatisfechas o muy insatisfechas] y espacio físico [4,1 ± 0,8, IS 77% (IC95%: 72-82); 14% insatisfechas]. Se estableció como línea de actuación futura la extensión del horario de atención a pacientes y como posible mejora a largo plazo la ampliación de la sala de espera.

Conclusiones: La implantación de un PNT para la AF, así como la elaboración y difusión de información escrita a pacientes y profesionales, consiguieron un índice de satisfacción del 88% en las pacientes sometidas a estimulación ovárica controlada.

201. SIROLIMUS 0,4% POMADA. ¿UNA NUEVA ALTERNATIVA EFECTIVA Y SEGURA EN EL TRATAMIENTO DE ANGIOFIBROMAS FACIALES?

I. Cuevas Asencio, R. Albornoz López, R. Salido Vallejo, M. Reyes Malia, N. García Melero y L. Gómez Rodríguez

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de un preparado tópico de sirolimus al 0,4% empleado por el Servicio de Dermatología de un hospital de tercer nivel como una nueva alternativa terapéutica en el tratamiento de angiofibromas faciales en pacientes con esclerosis tuberosa (TSC).

Material y métodos: Estudio prospectivo de serie de casos formado por 10 pacientes con angiofibromas faciales tratados con una pomada de sirolimus al 0,4% elaborada como fórmula magistral en la unidad de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia tras aprobarse su uso off-label. Se utilizaron 40 comprimidos de sirolimus (Rapamune®) de 2 mg, que se trituraron y tamizaron hasta obtener polvo fino. Se añadió a éste vaselina líquida obteniéndose una pasta y se completó la fórmula con vaselina filante cantidad suficiente para 20 gramos. La pauta utilizada fue de una aplicación al día, 3 veces por semana durante un total de 36 semanas. La respuesta al tratamiento fue evaluada clínicamente a las 6, 12, 24 y 36 semanas por seis dermatólogos. Para ello se utilizó una escala de severidad de angiofibromas faciales (FASI) desarrollada y validada con motivo del estudio, que medía el grado de eritema, tamaño y extensión de las lesiones. Se recogió el grado de satisfacción con el tratamiento del propio paciente o su familia, clasificándolo como bajo, medio o alto. Tras 6 semanas de tratamiento se determinó, en la unidad de Farmacocinética, la concentración mínima eficaz de sirolimus extrayendo las muestras sanguíneas antes de las 48 horas tras la última aplicación.

Resultados: La edad de los 5 hombres y 5 mujeres incluidos, estaba comprendida entre 6 y 43 años. El grado de eritema, tamaño y extensión de los angiofibromas era variable. Tras 36 semanas de tratamiento, el 90% de los pacientes mostraron una mejoría evidente tanto en el grado de eritema, como en la disminución del tamaño y extensión de las lesiones. La disminución media del valor inicial del FASI fue del 60,2% (34.3-100). Seis pacientes mostraron alto grado de satisfacción con el tratamiento, frente a la moderada satisfacción del resto. Los niveles de sirolimus permanecieron cercanos al límite de detección (0,3 ng/mL; rango terapéutico 4-12 ng/mL). La fórmula fue bien tolerada en todos los casos sin presentar signos locales de irritación ni registrarse efectos adversos sistémicos.

Conclusiones: Sirolimus tópico parece ser un tratamiento efectivo y seguro para el tratamiento de angiofibromas faciales. Los efectos podrían deberse a la habilidad que se atribuye al sirolimus de actuar sobre la angiogénesis y la proliferación celular. Con la utilización de vaselina como vehículo en nuestra fórmula, se consiguió que ésta fuera muy bien tolerada sin observarse signos de

irritación local. En el momento de cada aplicación los niveles sanguíneos de sirolimus eran indetectables y aunque no se puede descartar su absorción sistémica, esta ausencia de niveles sugiere que la eliminación es completa. Este hecho y el que no se hayan detectado efectos adversos sistémicos sugieren que sirolimus tópico podría constituir una nueva alternativa terapéutica tópica que representaría el primer tratamiento no invasivo disponible para este tipo de tumoraciones.

600. TOLERABILIDAD DE FÁRMACOS EMPLEADOS EN TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

M. Heredia Benito, J.M. Tenias Burillo, M.A. Calleja Hernández, D. Fraga Fuentes, M. Sánchez Ruiz de Gordo y N. Mira Navarro

Complejo Hospitalario La Mancha-Centro. Ciudad Real. España.

Objetivos: El objetivo de este estudio es estimar el perfil de seguridad a corto plazo de diferentes fármacos en un grupo de mujeres sometidas a terapias de reproducción asistida.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo longitudinal de cohortes en panel de un año de duración. Se incluyeron pacientes entre 18 y 40 años con esterilidad primaria o secundaria con nueva pareja y menores de 38 años con esterilidad secundaria y un solo hijo. En el seguimiento de las pacientes a través de consecutivas visitas, se las interrogó mediante una encuesta estructurada y guiada por el personal farmacéutico. La tipificación de los efectos adversos se realizó en base a una clasificación basada en órganos y sistemas. Como variables explicativas se recogieron factores sociodemográficos, aquellos relacionados con la patología de base así como el protocolo empleado y tipo de tratamiento, del cual se analizó tanto el fármaco como su forma de administración, presentación, combinación de fármacos, número de ciclos, abandonos y el éxito del tratamiento. Las variables se analizaron individualmente y luego simultáneamente para tener en cuenta efectos de confusión e interacción. El procesamiento y análisis multivariante de datos se realizó utilizando el programa estadístico STATA 10.0.

Resultados: Se reclutaron 61 pacientes, edad media de 34 años. Se identificaron las variables confusoras relacionadas con la tolerabilidad de los fármacos. La folitropina alfa y cetorelix mostraron un peor patrón de seguridad con asociaciones significativas con la incidencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM) generales, neurológicas endocrino-metabólicas y gastrointestinales. Los dos enantiómeros de la folitropina presentaron un patrón de seguridad diferente, más favorable para la forma beta que para la alfa. Dentro de los antagonistas, ganirelix y cetorelix, éste último fue el peor tolerado en todos los RAM, excepto en neuromusculares globales. Respecto a las RAM locales, los resultados obtenidos en nuestro estudio, apuntan a una mejor tolerancia estadísticamente significativa con el empleo de menotropina en inseminación. En las RAM gastrointestinales ganirelix fue el fármaco mejor tolerado en tratamientos in vitro y folitropina alfa el peor tolerado en tratamientos en inseminación (ambos estadísticamente significativos). La menotropina mostró una interacción estadísticamente significativa ($p < 0,001$); con una asociación mayor cuando se administró en in vitro (OR 4,6) que en inseminación artificial (OR 0,5).

Conclusiones: Hemos comprobado como diversos factores relacionados con las TRA son determinantes en la incidencia de efectos adversos. Hemos tenido en cuenta las posibles relaciones dinámicas entre la administración de los fármacos y la aparición de los efectos secundarios. Una limitación es que la naturaleza observacional del estudio no nos ha permitido una asignación aleatoria de los diferentes tratamientos por lo que no podemos garantizar la comparabilidad de los pacientes. Sin embargo hemos controlado

los posibles factores de confusión introduciendo en el modelo todas aquellas variables que pueden relacionar con la aparición de RAM en este tipo de pacientes. Este estudio supone una aportación a la práctica clínica. No podemos olvidar que la seguridad constituye un pilar en el posicionamiento terapéutico de los fármacos y terapia individualizada del paciente.

169. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE GAUCHER TIPO I. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

Z. Pérez España, I. Loizaga Díaz, P. Martínez Odriozola, E. Garate Goitia, Y. Llorens Villar y M.J. Yurrebaso Ibarreche

Hospital de Basurto. Vizcaya. España.

Objetivos: Describir las características clínicas, enzimáticas y genéticas de cuatro pacientes afectados de la enfermedad de Gaucher tipo I pertenecientes a dos familias (familia A: A1, A2 y familia B: B1, B2), y la utilización de los tratamientos disponibles.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de cuatro casos de esta enfermedad. Se recogieron los siguientes datos: mutación genética, actividad enzimática de β -glucosidasa ácida en leucocitos, manifestaciones clínicas, tratamientos recibidos y tolerancia y respuesta a los mismos. Hasta hace pocos años, el único tratamiento disponible era sintomático, siendo la esplenectomía total la técnica más utilizada. Actualmente existen dos modalidades terapéuticas: tratamiento enzimático sustitutivo (alglucerasa, imiglucerasa y velaglucerasa, coste mensual: 11.392, 11.392, 17.731 euros respectivamente) y tratamiento de reducción de sustrato (miglustat, coste mensual: 6.991 euros).

Resultados: En las dos familias afectadas, solamente 4 individuos padecen la enfermedad, mientras que 8 de ellos son portadores y 3 sanos. El diagnóstico se basó en actividad enzimática disminuida en los 4 pacientes y en el genotipo (familia A: N370S/D55; familia B: N370S/L444P). Paciente A1: mujer diagnosticada a los 9 años, presentando hepatoesplenomegalia, alteraciones óseas graves, pancitopenia y diátesis hemorrágica. A los 19 años se realiza esplenectomía corrigiendo así la pancitopenia. A raíz de la esplenectomía aumentaron los depósitos pulmonares provocando una insuficiencia respiratoria, siendo el primer caso de Gaucher pulmonar descrito en España. Se inició tratamiento con alglucerasa en infusión intravenosa a dosis de 30 UI/Kg/15 días, habiendo mejorado los parámetros de función pulmonar. Se mantuvo el tratamiento durante 3 años al cabo de los cuales se cambió a imiglucerasa, que se mantiene en la actualidad con buena respuesta. Paciente A2: mujer diagnosticada a los 2 años, con afectación hepática, esplénica y ósea. A los 20 años se practica embolización esplénica aumentando su cifra de plaquetas. Debido a posterior agravamiento de trombopenia y dolores óseos se inicia tratamiento con imiglucerasa intravenosa a dosis 30 UI/Kg/15 días, con buena respuesta clínica. Se cambió a miglustat 100 mg/8h oral y tras 3 años de tratamiento sufrió una polineuropatía axonal junto con una disminución de plaquetas. Ante la necesidad de reiniciar tratamiento enzimático y dada la falta de disponibilidad de imiglucerasa en el mercado se solicita la importación de velaglucerasa 45 UI/Kg/15 días, con buena respuesta. Paciente B1: varón diagnosticado a los 32 años con esplenomegalia y pancitopenia, se inicia tratamiento con imiglucerasa cada 15 días. Tras 4 años con buena respuesta terapéutica (disminución del bazo y aumento de las plaquetas) se reemplaza por miglustat 100 mg/8h, con buena tolerancia y manteniendo la respuesta. Paciente B2: mujer diagnosticada a los 29 años, asintomática y sin tratamiento.

Conclusiones: Actualmente disponemos de varias opciones terapéuticas que nos permiten la individualización del tratamiento en

cada caso. A pesar de su elevado coste y de su uso indefinido, las actuales opciones terapéuticas han demostrado un aumento de la supervivencia y calidad de vida de los pacientes.

545. TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR: ESTUDIO DE UTILIZACIÓN

M. Gasol Boncompte, N. Padullés Zamora, M. Comas Sagrañes, E. Santacana Juncosa y R. Jódar Masanés

Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. España.

Objetivos: La hipertensión pulmonar (HP) es una enfermedad rara que se define por el incremento anómalo de la presión en la arteria pulmonar. Los tratamientos son crónicos y no curan la enfermedad. El objetivo de este estudio es caracterizar a la población en tratamiento con fármacos específicos para la HP y evaluar su seguridad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes tratados durante el periodo 2009-2010 con fármacos específicos para la HP. Se recogieron: datos demográficos; antecedentes patológicos; tratamiento habitual; tipo de HP; clase funcional; edad diagnóstica; datos farmacológicos (tratamiento específico y reacciones adversas); datos analíticos (transaminasas y hemoglobina) y aparición de reacciones adversas.

Resultados: 42 pacientes (16 hombres/26 mujeres). Edad media 58 años [20-83]. Edad mediana al diagnóstico: 50 años [1 mes-80 años]. Diagnóstico: clase 1 (hipertensión arterial pulmonar) 17 pacientes; clase 2 (HP asociada a enfermedad cardíaca izquierda) 6 pacientes; clase 3 (HP asociada a enfermedad respiratoria y/o hipoxemia) 4 pacientes; clase 4 (HP secundaria a enfermedad tromboembólica) 11 pacientes; desconocido: 4 pacientes. Parámetros de diagnóstico de HP: media de Presión arterial media: 49 mmHg [27-82], media de presión auricular derecha: 11 mmHg [10-24], media de índice cardíaco (IC): 2,4 L/(min/m²) [1,1-3,5]; test de vasoreactividad negativo en todos los pacientes; Presión arterial pulmonar sistólica media de 69 mmHg (> 36 mmHg: 35 pacientes); test de la marcha de 6 minutos media: 282m [210-379]; media de pro-BNP (péptido-natriurético B): 3754 ng/L [54-26667]. Clase funcional-OMS al diagnóstico: III/IV: 1 paciente; III: 7; II/III: 10; II: 6 y I/II: 1. Criterios de peor pronóstico al diagnóstico: clase funcional III/IV: 1 paciente; TM6M < 300m: 8; NT-proBNP > 300 ng/L: 12; PAD > 15mmHg: 3; IC < 2 L/(min/m²): 4. El tratamiento empezó a los 3 años de media tras el diagnóstico. Veinte pacientes reciben un ARE (18 bosentán/2 ambrientán); 13 sildenafil; 5 combinan un ARE con sildenafil; 2 combinan sildenafil y un prostanoides y 1 recibe terapia triple (ARE + sildenafil + prostanoides). Tiempo medio desde monoterapia a terapia combinada: 3,5 meses [9 días-9 meses]. Reacciones adversas: (a) bosentan: alteración función hepática no grave (1), aumento transaminasas × 4 LSN (1), hipotensión (1), edema periférico (1), mareo (1), congestión nasal (1); (b) sitaxentán: tos (1); (c) sildenafil: hipotensión (2), edema periférico (1); (d) trestatinil: dolor abdominal y diarreas (1). No se encontraron diferencias significativas al mes, 6 y 12 meses desde el inicio del tratamiento con ARE en los valores de transaminasas. La Hb media al inicio del tratamiento fue de 141,3 g/L [80-195] y al mes de 132,25 g/L (94-203) (p = 0,004). No se encontraron diferencias a los 6 y 12 meses.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes pertenece a la clase I (HAP) y a la clase funcional-OMS II/III y III y reciben como tratamiento específico un ARE y/o sildenafil. En los pacientes con ARE no se encontraron diferencias en los valores de transaminasas al mes, 6 y 12 meses. El valor de la Hb media al mes presentó un descenso significativo respecto al inicio pero no a los 6 y 12 meses.

666. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

S. Martín Clavo, M.S. Rivero Cava, M.J. Estepa Alonso, P. Gemio Zumalave, L. Romero Soria y J.F. Rangel Mayoral

Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz. España.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con esclerosis múltiple (EM) empleando el cuestionario específico Multiple Sclerosis Quality of Life 54 (MSQOL-54).

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de pacientes diagnosticados de EM, que acudieron a recoger medicación a la unidad de pacientes externos, o a la unidad de tratamientos ambulatorios (pacientes en tratamiento con natalizumab) durante el periodo de estudio comprendido entre octubre de 2009 y marzo de 2010. La información se obtuvo del programa de dispensación a pacientes externos, Dominion®, y de la base de datos Access® de mezclas intravenosas. Se utilizó el cuestionario MSQOL-54 en su adaptación española: 54 ítems distribuidos en 12 dimensiones (salud física, percepción de salud, energía, rol de limitaciones por problemas físicos, rol de limitaciones por problemas emocionales, dolor, función sexual, función social, preocupación por los problemas de salud, calidad de vida en general, bienestar emocional y función cognitiva). La puntuación total de cada una de estas dimensiones tiene un recorrido de 0 (peor CVRS) a 100 (mejor CVRS). De la suma de estas 12 dimensiones se obtienen los resultados finales expresados como salud mental y salud física. Los criterios de inclusión de pacientes fueron: pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, diagnosticados de EM y en tratamiento farmacológico, que otorgaron su consentimiento informado. Se solicitó el consentimiento del Comité Ético de Investigación Clínica del hospital. Se utilizó el programa SPSS® 15.0 para el análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio, expresadas en promedios y desviaciones estándar.

Resultados: La encuesta fue completada por el 47% de los pacientes, de los cuales, el 69% fueron mujeres y el 31% hombres. La edad media de la muestra fue de 41 años (21-84). El tratamiento que recibían era: interferón-1b el 24%, interferón-1a el 58%, acetato de glatiramer el 9% y natalizumab el 9%. La evaluación del cuestionario reflejó una alteración en la percepción de la CVRS, sobre todo en las dimensiones "percepción de salud" (puntuación: 43,65 (24,89)), "energía" (49,06 (24,10)) y "preocupación por la salud" (58,24 (25,59)). La dimensión con una puntuación media más elevada fue "Rol de limitaciones por problemas emocionales" (71,85 (25,81)), seguida de "función sexual" (71,26 (26,50)), "función cognitiva" (68,48 (28,08)) y "función social" (66,18 (28,56)). El valor de la escala de valoración de "calidad de vida en general" fue de 59,61 (17,78). En cuanto a los resultados finales, se obtuvo una puntuación total de 55,35 (22,47) para "salud física" y 63,04 (20,18) para "salud mental".

Conclusiones: Los resultados del presente trabajo determinan que el cuestionario MSQOL-54 se muestra como un instrumento adecuado y fiable para evaluar la CVRS de los pacientes con EM. En nuestra muestra de pacientes, el valor de la escala de valoración de la calidad de vida en general (59,61) indica la insatisfacción que sienten estos pacientes con su vida actual, objetivándose una disminución más importante de calidad de vida referida a su salud física (55,35) que en lo que se refiere a su salud mental (63,04).

727. VALORACIÓN DEL NUEVO MODELO DE AUTOINYECTOR DE REBIF EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

E. Ríos Sánchez, S. Fénix Caballero, R. Castaño Lara, J. Díaz Navarro, E.J. Alegre del Rey y J.M. Borrero Rubio

Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz. España.

Objetivos: Valorar el grado de satisfacción de los pacientes con esclerosis múltiple en tratamiento con interferón beta-1A (Rebif®).

administrado con un nuevo modelo de autoinyector (RebiSmart®) respecto al anterior (Rebirect II®).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo entre octubre 2010 y marzo 2011 donde se incluyeron pacientes con esclerosis múltiple tratados con Interferón beta-1A (Rebif®) a los que se les cambió el autoinyector de dicho fármaco. Se elaboró una encuesta que recogía los siguientes puntos: intensidad del dolor en el lugar de inyección, medido mediante una escala visual analógica (EVA), frecuencia y grado de reacción local en el lugar de inyección tras la administración del fármaco y satisfacción global. La comparación de la intensidad del dolor se realizó mediante la prueba t Student para muestras pareadas. La valoración de la reacción local y satisfacción se midió como mejor, peor o igual que con el autoinyector anterior. La encuesta se realizó 6 meses después del cambio de autoinyector.

Resultados: Se estudiaron un total de 13 pacientes tratados con Rebif® a los que se les cambió el autoinyector Rebirect II® por RebiSmart®. Los resultados de la encuesta muestran que respecto a la intensidad del dolor, la puntuación media de la EVA de los pacientes con Rebirect II® fue 6,08 mientras que con RebiSmart® 3,46 (diferencia de medias 2,62 [IC95% 0,80-4,43]. En cuanto a la reacción local en el lugar de inyección, con RebiSmart® fue menos frecuente y en menor grado en 3 pacientes (23%), 9 pacientes (69%) refirieron igual reacción con ambos autoinyectores y 1 paciente (8%) tuvo mayor grado de reacción que con Rebirect II® y más frecuente. Todos los pacientes mostraron una satisfacción global mejor que con Rebirect II®, fundamentalmente referido a la comodidad de la autoinyección.

Conclusiones: La intensidad del dolor en el lugar de inyección con el nuevo autoinyector RebiSmart® es significativamente menor que la producida con Rebirect II®. En la mayoría de los pacientes no se encuentran diferencias en cuanto a la reacción local tras la administración con ambos autoinyectores. Los pacientes refieren una mayor comodidad con RebiSmart® en comparación con el Rebirect II®.