

VIH

356. EVALUACIÓN DE LAS INTERACCIONES DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CON LA FARMACOTERAPIA Y FITOTERAPIA ASOCIADA

J.M. Real, H. Navarro, I. Varela, C. Lapresta, P. Arazo y R. Abad

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Objetivo: Cuantificar y analizar posibles interacciones entre fármacos antiirretrovirales (AR) y otras sustancias administradas en pacientes VIH. Conocer la opinión de los pacientes sobre la influencia de los productos de herboristería (PH) en su tratamiento.

Método: A través de una encuesta realizada desde el 12/01/2009 al 30/01/2009, se obtuvo información sobre los fármacos y PH que tomaba el paciente de forma habitual u ocasional, completándose con la base de datos de recogida de medicamentos con receta médica en atención primaria. También se solicitó la opinión del paciente sobre la influencia de PH en su tratamiento. Para la detección y análisis de las posibles interacciones entre los distintos productos y los AR se consultó: interaccioneshiv.com y la base de datos BOT-plus. Se registraron las interacciones catalogadas como contraindicadas/no recomendada e interacción potencial que puede justificar cambio de dosis o monitorización. Se recogieron datos demográficos y clínicos: terapia antirretroviral (TAR), recuento de CD4 y carga viral (CV). Análisis estadístico: test chi-cuadrado de Pearson y Fisher.

Resultados: Se analizaron 100 encuestas, edad media 43 ± 3 años, 72% hombres, 83% españoles, 84% CV indetectables ($CV < 50$ copias/ml), recuento medio de CD4 524 células/mm³ (90-1390). Los TAR más utilizadas fueron: tenofovir + emtricitabina + efavirenz (23%), tenofovir + emtricitabina + lopinavir/ritonavir (9%), tenofovir + emtricitabina + atazanavir/ritonavir (8%), tenofovir + emtricitabina + fosamprenavir/ritonavir (6%). Un 56% incluían en el TAR inhibidores de proteasa (IP) y un 42% inhibidores de transcriptasa no análogos (NN). El 80% de los pacientes tomaba otros medicamentos (media fármacos no AR/paciente 3,7 (1-11)) y el 25% algún PH. Del 86% que tomaban AR con otros medicamentos y/o PH un 58% presentaron interacciones (media interacciones/paciente 2,7 (1-8)); registrándose 144 interacciones, 20 (14%) contraindicadas y 86% potenciales. Los principales AR implicados fueron: ritonavir (RTV) 51%, lopinavir (LPV) 13%, efavirenz (EFV) 9%, atazanavir (ATV), zidovudina (AZT) y nevirapina 5%, y fosamprenavir (FPV) 4%. Respecto a los fármacos no AR, los grupos terapéuticos fueron: 47% sistema nervioso, 13% aparato cardiovascular, 11% sistema musculoesquelético, 8% aparato digestivo y metabolismo; y los principios activos: 10% metadona e ibuprofeno, 6% omeprazol, atorvastatina y alprazolam, y 5% lorazepam. Los fármacos AR implicados en las asociaciones contraindicadas fueron: RTV 55%, EFV 15%, ATZ y LPV 10%, y AZT y didanosina (ddl) 5%, siendo los no AR más frecuentes: atorvastatina y diazepam ambas 15%; además 3 (15%) se debieron a PH. La contraindicación de ddl + ribavirina, pudo evitarse por ser fármacos de dispensación hospitalaria. Se evidenciaron más interacciones en pacientes tratados con IP ($p < 0,05$). En relación con la percepción de PH que tienen los pacientes: el 52% piensa que pueden actuar como medicamentos y un 59% cree que no pueden alterar su TAR. Se muestra una tendencia a tomar PH en pacientes que opinan que son inocuos (88% vs 76%, $p = 0,20$).

Conclusiones: Las interacciones clínicamente importantes son comunes en pacientes VIH. Los fármacos antirretrovirales más im-

plicados son: RTV, LPV y EFV y del resto de fármacos: metadona, ibuprofeno, omeprazol y atorvastatina. Es necesaria la implicación del farmacéutico en el conocimiento de la terapia global del paciente y la comunicación directa con el médico para la información de posibles interacciones.

189. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA TRATADOS CON MARAVIROC

E. Diego del Río, M.T. Martín Conde, E. Del Cacho del Cacho, M. Massanés González, C. Codina Jané y J. Ribas Sala

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona. España.

Objetivos: Maraviroc es un fármaco de rescate con un elevado potencial de interacciones debido a que es un sustrato de la isoenzima CYP3A4 del citocromo P-450. Fármacos inductores (como los análogos no nucleósidos efavirenz y etravirina) e inhibidores (como los inhibidores de la proteasa, a excepción de tipranavir/ritonavir y fosamprenavir/ritonavir) modifican el metabolismo de maraviroc haciendo necesario su ajuste de dosis. El objetivo de este estudio es evaluar y analizar los errores de dosificación que se producen a nivel de prescripción en los esquemas de rescate que contienen maraviroc.

Material y métodos: Estudio prospectivo de todos los pacientes ambulatorios que recibieron tratamiento con maraviroc durante el período comprendido desde el inicio de su prescripción, en marzo del 2008, hasta marzo del 2009. En la dispensación de medicación a los pacientes con infección por VIH, que suele ser aproximadamente cada tres meses, se realizó una revisión de las posologías, interacciones y/o contraindicaciones de los fármacos antirretrovirales y del resto de medicación habitual. La información de la historia farmacoterapéutica se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica informatizada y la entrevista con el paciente en la consulta de atención farmacéutica. En el momento de detección de alguna incidencia se contactó con el médico de infecciones prescriptor para su aclaración y se registró la intervención farmacéutica, así como su aceptación o rechazo por parte del médico. Posteriormente, se analizaron los regímenes implicados y los tipos de error.

Resultados: Maraviroc se dispensó a un total de 33 pacientes durante el período de estudio. Los regímenes pautados estuvieron integrados por un número variable de fármacos antirretrovirales (entre 3 y 6). La incidencia acumulada de errores fue del 18% en un año con un total de seis errores, de los cuales: a) Cinco errores se derivaron de la necesidad de disminución de la dosis de maraviroc de 300 mg/12 h a 150 mg/12 h por la presencia de inhibidores de la proteasa. De éstos, dos errores se dieron en regímenes de maraviroc, darunavir, ritonavir y etravirina, en que se precisó la disminución de la dosis de maraviroc ante la prevalencia del efecto inhibidor de darunavir/ritonavir frente al efecto inductor de etravirina. b) Un error consistió en el requerimiento de un aumento de dosis de maraviroc de 300 mg/12 h a 600 mg/12 h por la presencia del análogo no nucleósido etravirina, en ausencia de inhibidores de la proteasa. Sin embargo, no se requirieron ajustes adicionales de la farmacoterapia antirretroviral y no antirretroviral restante. Todas las intervenciones farmacéuticas fueron aceptadas, salvo la no procedencia de intervención en un régimen que había sido modificado por mala tolerancia antes de poder contactar con el médico prescriptor.

Conclusiones: El elevado porcentaje de errores derivados del potencial de modificación de la farmacocinética del maraviroc por fármacos inductores e inhibidores de la isoenzima CYP3A4 del citocromo P-450 sugiere la necesidad de una estrecha colaboración entre el médico de infecciones y el farmacéutico para la optimización de los regímenes de tratamiento antirretroviral.

821. DETECCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO CRÓNICO CON EFAVIRENZ

A. Sánchez Martín, S. Cabrera Figueroa, V. Sánchez-Abarca Gornals, C. Bustos Bernal, A. Fuertes Martín y A. Domínguez-Gil Hurlé

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Objetivo: Los principales efectos adversos que puede ocasionar el tratamiento con efavirenz (EFV) están asociados a síntomas neuropsiquiátricos y del sistema nervioso central. Estos síntomas consisten fundamentalmente en alteraciones del sueño, cognitivas, mareos, cambios de humor, ansiedad y alucinaciones. Aunque tienden a mejorar progresivamente al cabo de unas semanas de iniciado el tratamiento, en algunas ocasiones persisten en el tiempo. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de los posibles efectos adversos asociados al tratamiento crónico con EFV.

Material y métodos: En octubre del año 2008 la Unidad de Pacientes Externos (UPE) del Servicio de Farmacia en colaboración con la Unidad de Enfermedades Infecciosas del hospital inicia la evaluación de los efectos adversos de efavirenz. Se incluyen a todos los pacientes en tratamiento con este antirretroviral durante al menos 6 meses previos al inicio del estudio. La evaluación se realiza de forma rutinaria coincidiendo con la consulta médica, de enfermería o de atención farmacéutica a través de tres encuestas: - Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQ) para la evaluación de las alteraciones del sueño, cuestionario validado que consta de 24 preguntas y evalúa los diferentes aspectos del sueño (calidad subjetiva, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones, uso de medicación hipnótica y disfunción diurna). - Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para la evaluación de las alteraciones neuropsiquiátricas, compuesta por dos subescalas de 7 preguntas cada una, que diferencian perfectamente la depresión y la ansiedad. - Encuesta propia (OEA) para la evaluación del resto de sintomatología adversa atribuible a EFV (mareos, alucinaciones, pérdida de memoria, etc.) que a través de 15 preguntas detecta los síntomas y evalúa su frecuencia. Las encuestas son valoradas en el Servicio de Farmacia y si las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios indican una posible patología, se deriva al paciente al médico responsable para que se realice una valoración de las posibles causas y se puedan proponer medidas para disminuir la incidencia de los efectos adversos.

Resultados: Durante los 6 meses de desarrollo del estudio se han incluido en el programa 108 pacientes, lo que supone el 87% del total en tratamiento crónico con efavirenz. De ellos 36 eran mujeres (66%) y 72 eran hombres (34%), con una edad media de 39 años. Según los resultados obtenidos por el cuestionario de Pittsburg, el 36% de los pacientes estudiados tienen una mala calidad del sueño. Según la escala de HADS, el 21% presenta ansiedad y el 4% trastornos depresivos. La encuesta OEA refleja que el 20% de los pacientes presenta pérdida de memoria y el 14% mareos.

Conclusiones: La prevalencia de los efectos adversos atribuibles al tratamiento crónico de EFV es elevada. Destacan en orden de importancia la mala calidad del sueño, seguido por la pérdida de memoria, los mareos y los trastornos depresivos. Esta elevada incidencia de efectos adversos relacionados con la salud mental que afectan de manera tan importante a la calidad de vida de los pacientes, pone de manifiesto la necesidad de individualizar los tratamientos antirretrovirales que incluyan este fármaco.

869. ESTUDIO EVOLUTIVO DE PACIENTES NAÏVE, CON SEROLOGÍA POSITIVA PARA EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

A. Órpez, M.V. Gil, A. Lluch, M. Galván y R Muñoz

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Objetivos: Evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos antirretrovirales (TARV) en pacientes VIH-naive, en función de la si-

tuación inmunológica de partida del paciente. Calcular el coste-efectividad de cada una de las combinaciones de fármacos antirretrovirales (FAR).

Material y métodos: Se seleccionaron todos los pacientes VIH naïve que iniciaron TARV durante 2007 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, TARV de inicio, coste por paciente y día de cada combinación, carga viral plasmática (CVP) inicial, a los 6 meses y al año, recuento de linfocitos CD4 inicial, a los 6 meses y al año, incumplimiento terapéutico y necesidad de cambio de tratamiento, para cada una de las combinaciones de FAR de inicio. Se analizaron las variables demográficas y clínicas entre los distintos grupos. Se comparó la eficacia mediante el porcentaje de pacientes que han alcanzado los objetivos terapéuticos (una CVP indetectable y un recuento de linfocitos CD4 > 400 células/ μ l) durante el año de seguimiento. Se tiene en cuenta la situación inmunológica de partida, clasificando a los pacientes en función de su recuento de CD4 al inicio, si es < 200 células/ μ l o \geq 200 células/ μ l.

Resultados: Se evaluaron 59 pacientes de las 4 combinaciones de TARV más frecuentes. TDF + FTC + EFV (n = 29), 3TC + ABC + LPV/r (n = 12), 3TC + ABC + EFV (n = 10), 3TC + ABC + FPV/r (n = 8). No hubo diferencias con respecto a variables demográficas edad y sexo, ni clínicas, CVP y CD4 de inicio. Los pacientes que continúan con la misma combinación de FARV con la que comenzaron y que han demostrado tener una buena adherencia al TARV durante el año de seguimiento, se dividieron en dos grupos dependiendo de si el recuento de linfocitos CD4 inicial es > o < 200 cél/ μ l. Para el primer grupo, el porcentaje de pacientes que alcanzan los objetivos terapéuticos durante el año de seguimiento fue del 100% para las 4 combinaciones de FARV de inicio. Para el segundo grupo (CD4 inicial < 200 cél/ μ l) el porcentaje de pacientes que alcanzan los objetivos terapéuticos fue 66% (TDF + FTC + EFV); 60% (3TC + ABC + LPV/r); 80% (3TC + ABC + EFV); 68% (3TC + ABC + FPV/r), no significativas; El coste/día por paciente es de 23,9, 14,4, 21,4, 18,6 euros respectivamente, los tratamientos más coste-efectivos son 3TC + ABC + LPV/r y 3TC + ABC + FPV/r con una diferencia de coste de 1533 - 3467 euros por paciente/año, lo que supone un ahorro de 204.553 euros si todos los pacientes naïve iniciaran con el TARV más coste-efectivo.

Conclusiones: Los resultados demuestran que las diferentes alternativas de TARV disponibles para pacientes VIH naïve son equivalentes entre sí, lo que supondría un gran ahorro económico si se utilizara la terapia más coste-efectiva.

Conflicto de intereses: Ninguno.

99. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON ETRAVIRINA EN PACIENTES VIH

H. Navarro, J.M. Real, R. Abad, D. Gil, A. Pascual y P. Arazo

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Objetivos: Conocer la efectividad y seguridad de etravirina como parte del tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes VIH multitratados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con VIH que iniciaron tratamiento con etravirina (ETR) como parte del TAR desde 01/06/2008 hasta 01/10/2008 y mantuvieron dicho TAR durante al menos 12 semanas. Se recogieron: datos demográficos, tiempo desde el diagnóstico, resistencias, motivo del cambio de tratamiento, tratamientos anteriores, antirretrovirales (AR) asociados a ETR, coinfección VHC y/o VHB. Parámetros de eficacia: carga viral (CV) y recuento de linfocitos CD4 (basal, 4, 12 y 24 semanas). Parámetros de seguridad: efectos adversos y datos bioquímicos (ALT, AST, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol y triglicéridos (TG)); a las 0, 4, 12 y 24 semanas). Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas y del registro farmacoterapéutico del Servicio de Farmacia.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, edad media 47 ± 6 años, 68% hombres, tiempo medio desde el diagnóstico 16 años (11-19). Presentaban diagnóstico de SIDA un 41%, coinfección VHC un 41% y coinfección VHB el 14%. El motivo de incluir ETR en el TAR fue: fracaso virológico 16 casos (73%), simplificación 5 (23%) y efectos adversos 1 (4%). AR asociados a ETR: darunavir en un 91%, lamivudina/emtricitabina un 68%, darunavir + raltegravir un 32%. Los TAR anteriores contenían un número medio de análogos a los nucleósidos (AN) de 5,7 (4-6), no análogos a los nucleósidos (NN) 1,6 (0-2) e inhibidores de la proteasa (IP) 4,3 (1-8). Un paciente no presentaba resistencias a ninguna de las tres familias (paciente que inició el TAR con ETR por efectos adversos); el 96% restante presentaba una media de mutaciones de: 7,9 mutaciones (1-11) a AN; 2,0 (0-3) a NN y 7,5 (2-13) a IP. El TAR contenía en un 50% de los casos 3 fármacos activos y en el resto 2. Al inicio del tratamiento el 13.6% de los pacientes tenían CV indetectable (< 40 copias/ml) y a las 24 semanas de tratamiento alcanzaron CV indetectable el 86,4%. El recuento medio de CD4 basal fue de 264 células/mm³ (40-700), en el 96% de los pacientes el incremento medio a las 24 semanas fue de 148 células/mm³ (10-440). En cuanto a la seguridad, no se observaron modificaciones en el perfil hepático, presentaron alteraciones importantes en el perfil lipídico un 27% (6) de los pacientes, globalmente presentaron un aumento medio en el nivel de TG de 58 mg/dl y 30 mg/dl en el nivel de colesterol. Tres pacientes tuvieron reacciones adversas atribuibles al TAR: un paciente reacción exantemática, otro parestesias y astenia y el tercero prurito faríngeo con odinofagia; efectos que en ningún caso obligaron a retirar el tratamiento.

Conclusiones: - El TAR que incluye etravirina es una opción terapéutica efectiva en pacientes multitratados, obteniéndose CV indetectables en un alto porcentaje de pacientes. - La tolerancia es buena, los efectos adversos observados no llevan a discontinuaciones, pero se evidencian cambios importantes en el perfil lipídico aunque puede atribuirse también a otros AR acompañantes.

Conflicto de intereses: Ninguno.

393. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE NUEVOS ANTIRRETROVIRALES. UN AÑO DE EXPERIENCIA

E. Fernández Esteban, E. Laguna Ceba, E. Prieto Utiel, B. Hernández Muniesa y M. Arteta Jiménez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de los nuevos fármacos antirretrovirales (NAR), etravirina (ETR), raltegravir (RTG), maraviroc (MVC) y darunavir (DRV) en pacientes VIH positivo multiresistentes en tratamiento antirretroviral activo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de efectividad y seguridad de NAR en pacientes VIH positivo, atendidos en el hospital en el período comprendido entre enero 2008 y marzo 2009. Como criterios de exclusión se consideraron: edad inferior a 18 años y pacientes que no hubieran completado en el momento de corte los cuatro meses de TNAR. Los datos obtenidos de la revisión de las Historias Clínicas y Farmacoterapéuticas y de la aplicación informática Farmatools® fueron: edad, género y fecha de inicio del tratamiento con los nuevos antirretrovirales (TNAR). Las variables empleadas para analizar la efectividad fueron: carga viral plasmática (CVP) y recuento de linfocitos CD4 al comienzo del TNAR, y a las 16 y 24 semanas del inicio del mismo. Con el fin de evaluar la seguridad se determinaron: posibles reacciones adversas y los siguientes datos analíticos: colesterol total, triglicéridos y glucosa al inicio, a los cuatro y a los seis meses. Asimismo se determinó la aparición o no de infecciones oportunistas durante el TNAR. Los

criterios de eficacia empleados fueron CVP indetectable (< 50 copias/ml) tras 16-24 semanas, acompañado de un incremento de 50-100 CD4/μl a lo largo del primer año de tratamiento (Guías GESIDA Febrero 2009).

Resultados: En el período analizado, un total de 26 pacientes recibieron TNAR, de los cuales, 20 fueron incluidos en el estudio, siendo la media de edad 47 años y la distribución según género (70% hombres vs 30% mujeres). Al inicio del TNAR, el 20% de los pacientes presentaron niveles de CVP no detectables y la media de linfocitos CD4 fue de 190 células/μl. Tras seis meses de tratamiento la media de CD4 aumentó a 260 células/μl (incremento del 37%) y el porcentaje de pacientes con CVP no detectable, a 85%. Un 25% de los pacientes desarrollaron al menos una infección oportunista, siendo las más frecuentes candidiasis e infección por herpes virus. A su vez se confirmaron dos casos de tuberculosis, uno de los cuales precisó cambio de tratamiento por interacciones. Las reacciones adversas referidas con mayor frecuencia fueron: diarrea autolimitada al inicio del tratamiento (10%), dispepsia (10%), y alteraciones cutáneas (10%). Se notificó además un caso de sueños anormales y otro de lipohipertrofia. Tras seis meses de TNAR se observó una disminución de los niveles plasmáticos medios de glucosa (2%), colesterol total (7%) y triglicéridos (13,5%).

Conclusiones: La disminución de la CVP hasta niveles indetectables en el 65% de los pacientes junto con el incremento en más de 50 linfocitos CD4/μl es indicativo de la efectividad de los nuevos AR en pacientes multiresistentes. Las reacciones adversas observadas fueron leves. La disminución de los niveles plasmáticos medios de glucosa, colesterol y triglicéridos podría deberse a que los NAR han sustituido a antirretrovirales con mayor impacto metabólico y/o al inicio de tratamiento hipolipemiente o antidiabético en un 5% de pacientes.

112. HACIA UNA SIMPLIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO SMAQ

C. Rodríguez Lage, L. Ortega Valin, V. Martín Sánchez,
J. Del Pozo Ruiz, J. Ortiz de Urbina y E. Gutiérrez Gutiérrez

Complejo Asistencial de León. León. España.

Objetivo: La adherencia al tratamiento antirretroviral continúa siendo un factor determinante del éxito de la terapia. El cuestionario SMAQ es uno de los más utilizados en su estimación, aunque se validó en 1999, cuando los esquemas terapéuticos eran muy diferentes a los actuales. Nos planteamos valorar la simplificación del cuestionario SMAQ de adherencia al tratamiento antirretroviral, sin perjudicar su capacidad diagnóstica, con la finalidad de facilitar su aplicabilidad, de acuerdo a las nuevas recomendaciones y a las pautas que se emplean más frecuentemente en la actualidad.

Material y métodos: Se analizó el resultado del SMAQ en 66 pacientes en tratamiento desde al menos 6 meses con efavirenz más 2 análogos de nucleósidos. Se utilizó además el registro de dispensaciones como método de estimar la adherencia, y se valoró para ambos métodos la capacidad de predecir cargas virales indetectables. Igualmente se determinó esta capacidad para los valores de cada pregunta del SMAQ por separado.

Resultados: Del total de los pacientes, el 69,7% (IC95% 57,0-80,1) tenía carga viral indetectable. Mediante el cuestionario SMAQ completo se detectaron 16 pacientes no adherentes (24%), con una sensibilidad del 82,6% (IC95% 68,0-91,7) y una especificidad del 40% (IC95%19,9-63,6); mediante el registro de dispensación se detectaron 10 pacientes no adherentes (15,2%), con una sensibilidad del 93,5% (IC95% 81,1-98,3) y una especificidad del 35% (IC95% 16,3-59,0). Al suprimir las preguntas 1 (Alguna vez se te olvida tomar la medicación) o 5 (referente al número de olvidos en la última semana) se reducía el número de no adherentes en 5 y 2 pacientes respectivamente, lo que no ocurría al suprimir cualquiera de las restantes. Suprimiendo ambas, el número de no adherentes se reduce

a la mitad. La capacidad predictiva del cuestionario no varía si se reduce a las preguntas 1 y 5, presentando un cociente de probabilidad positivo (1,4; IC95% 0,9-2,0) muy próximo al proporcionado por el registro de dispensación (1,4; IC95% 1,0-2,0).

Conclusiones: Administrar únicamente las preguntas 1 y 5 proporcionaría los mismos resultados que el cuestionario completo, sin sobrecargar la entrevista innecesariamente. La supresión sin consecuencias del resto de las preguntas es posible que se deba a que en los esquemas simplificados no existen restricciones horarias ni dietéticas y los efectos adversos hoy en día, no son tan limitantes. Por otra parte, los ítems eliminados pueden proporcionar información sobre las causas de la no adherencia, por lo que podrían utilizarse siempre y cuando las preguntas clave hubieran resultado positivas. La simplificación del cuestionario a únicamente dos cuestiones fácilmente planteables en el momento mismo de la dispensación habitual podría facilitar el seguimiento rutinario de la adherencia.

302. SIMPLIFICACIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL CON LA COMBINACIÓN EFAVIRENZ/EMTRICITABINA/TENOFOVIR. INFLUENCIA SOBRE LA ADHERENCIA E IMPACTO ECONÓMICO

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

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

Objetivo: Estimar la influencia de la simplificación de la terapia antirretroviral (TAR) con la combinación efavirenz/emtricitabina/tenofovir (EFV/FTC/TDF) en una sola forma farmacéutica diaria sobre la adherencia al tratamiento de pacientes VIH positivos y valorar el impacto económico que supone dicha simplificación.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado sobre todos los pacientes que iniciaron tratamiento con la combinación EFV/FTC/TDF desde su inclusión en el hospital en julio de 2008. Se seleccionaron aquellos pacientes que mantuvieron una TAR constante al menos 4 meses antes y después de la simplificación. A partir de los registros informatizados de dispensación se estimó de forma indirecta la adherencia media cuatro meses antes y después de la simplificación. Las medias se compararon mediante una prueba T para muestras relacionadas, utilizando el programa SPSS® versión 15.0. El coste de cada terapia se calculó a partir del precio de factura de cada especialidad farmacéutica.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes en el estudio (47 hombres y 18 mujeres), con una mediana de edad de 46,4 años (20,6-76,3). Las TAR previas más frecuentes fueron: emtricitabina/tenofovir + efavirenz (14 pacientes); lamivudina + tenofovir + efavirenz (14 pacientes); lamivudina + zidovudina + efavirenz (10 pacientes); didanosina + lamivudina + efavirenz (7 pacientes); abacavir/lamivudina + efavirenz (7 pacientes). En relación al número de formas farmacéuticas (ff) diarias, 23 pacientes (35,4%) recibían 2 ff/día, 22 pacientes (33,8%) recibían 3 ff/día, 15 pacientes (23,1%) recibían 4 ff/día, el resto de pacientes (7,7%) recibían entre 5 y 8 ff/día. El tiempo medio de tratamiento con la TAR previa y con la combinación EFV/FTC/TDF fue de 139,5 días (IC95%: 133,6 a 145,3) y 134,1 días (IC95%: 130,3 a 138,0), respectivamente. La adherencia media antes y después de la simplificación fue de 97,2% (IC95%: 94,2 a 100,2) y 99,0% (IC95%: 96,9 a 101,0) respectivamente, resultando en una diferencia de 1,8% (IC95%: -0,8 a 4,3) no estadísticamente significativa (p = 0,184). En un subanálisis realizado excluyendo los pacientes con emtricitabina/tenofovir + efavirenz como TAR previo, en los que la simplificación apenas tiene impacto económico, la diferencia de adherencia 2,1% (IC95%: -1,0 a 5,1) tampoco fue significativa (p = 0,183). Económicamente, la simplificación con la combinación EFV/FTC/TDF supuso un incremento

mensual del gasto de 4.897,7 € en la TAR de los pacientes en estudio, lo que equivale a un aumento del gasto de 19.590,8 € durante los cuatro meses estudiados con la combinación. La TAR previa cuya simplificación contribuyó a un mayor incremento de coste respecto al total fue: lamivudina + zidovudina + efavirenz (38,8% del incremento total).

Conclusiones: La simplificación de la TAR con la combinación EFV/FTC/TDF en una sola forma farmacéutica diaria no ha supuesto una mejora significativa de la adherencia en la población estudiada. Este hecho, sumado al elevado incremento de coste que supone, pone de manifiesto la necesidad de seleccionar cuidadosamente aquellos pacientes que sean candidatos a la simplificación con EFV/FTC/TDF. Para confirmar los resultados obtenidos, es necesario realizar estudios bien diseñados y de mayor duración de tiempo.

98. VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

J.M. Real, H. Navarro, E. Soler, M.N. Serrano, C. Lapresta y R. Abad

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Objetivos: Conocer la adherencia de los pacientes VIH al tratamiento antirretroviral (TAR) y la relación existente entre diferentes factores y el grado de adherencia.

Métodos: Se realizó el cuestionario de adherencia SMAQ (C-SMAQ) a pacientes VIH que acudieron al Servicio de Farmacia desde 12/01/2009 hasta 16/01/2009. La adherencia se calcula mediante dos métodos indirectos de medida: Los registros de dispensación (RD) desde el Servicio de Farmacia (paciente adherente: dispensación > 95% del TAR en los últimos cuatro meses) y C-SMAQ (paciente adherente: según la valoración del propio cuestionario). Se recogieron: Carga viral (CV), edad, sexo, nacionalidad, tipo de TAR, número de tomas/día y número de comprimidos/día. Para el análisis estadístico se usaron los test Chi cuadrado de Pearson, Fisher, t de Student e índice Kappa.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, edad media 44 ± 9 años, 72% hombres y 28% mujeres, 83% españoles y 17% extranjeros. Los TAR más frecuentes fueron: tenofovir + emtricitabina + efavirenz un 23%, tenofovir + emtricitabina + lopinavir/ritonavir un 9% y tenofovir + emtricitabina + atazanavir/ritonavir el 8%; incluyeron en el TAR un inhibidor de la proteasa (IP) un 56% y un inhibidor de la transcriptasa no análogo (NN) un 42%. El número de tomas/día fue de dos veces/día (BID) en un 56% y de una toma/día (QD) un 44%. El número medio de comprimidos/día fue 3,9. El 85,6% de los pacientes presentaban CV indetectable (< 40 copias/ml). La medida de la adherencia fue de un 80% de adherentes según el RD y de un 71% según C-SMAQ. La concordancia entre los métodos fue moderada, con un valor de 0,49 ($p < 0,05$). Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la adherencia y la obtención de CV indetectable, tanto por RD, como por C-SMAQ. Adherentes según RD: hombres 83% vs mujeres 71% ($p = 0,18$); españoles 82% vs extranjeros 71% ($p = 0,29$); TAR con IP 75% vs sin IP 86% ($p = 0,16$); TAR con NN 86% vs sin NN 76% ($p = 0,22$); TAR en QD 80% vs BID 80% ($p = 0,92$); TAR en QD con < 3 comprimidos/día 88% vs el resto 78% ($p = 0,29$); edad media adherentes 44 años vs 43 de no adherentes ($p = 0,52$); número medio de comprimidos/día adherentes 3,8 vs 4,5 de no adherentes ($p = 0,21$). Adherentes según C-SMAQ: hombres 75% vs mujeres 61% ($p = 0,16$); españoles 72% vs extranjeros 65% ($p = 0,53$); TAR con IP 66% vs sin IP 77% ($p = 0,22$); TAR con NN 74% vs sin NN 69% ($p = 0,60$); TAR en QD 73% vs BID 70% ($p = 0,74$); TAR en QD con < 3 comprimidos/día 79% vs QD sin < 3 comprimidos/día 68% ($p = 0,31$); edad media adherentes 44 años vs 42 de no

adherentes ($p = 0,29$); número medio de comprimidos/día adherentes 3,7 vs 4,4 de no adherentes ($p = 0,13$).

Conclusiones: El porcentaje de pacientes adherentes es alto. Se evidencia una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia y la obtención de CV indetectable. Se observa con los dos métodos una mayor adherencia sin ser significativa en hombres, españoles, TAR sin IP, TAR en QD con < 3 comprimidos/día y TAR con menor número de comprimidos/día.

Conflicto de intereses: Ninguno.

425. UTILIZACIÓN Y COSTE-EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A. Lázaro López, T. Sánchez Casanueva y A. Amorós Paredes

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Objetivos: La diversidad de fármacos antirretrovirales existentes en la actualidad está permitiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH y disminuir la mortalidad asociada, incluso en pacientes que han recibido múltiples tratamientos. A pesar de ello, la diferencia de coste entre los diferentes fármacos hace necesario estudiar la eficiencia de los tratamientos. El objetivo del presente estudio es analizar las diferentes combinaciones de fármacos inhibidores de la proteasa (IP), así como evaluar la efectividad y costes asociados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de los pacientes tratados con IP entre el 1 enero del 2008 y el 31 diciembre del 2008, seleccionados por el programa informático Landtools® de Dispensación a Pacientes Externos. Las variables estudiadas fueron: edad y sexo; esquemas de tratamiento antirretroviral (TARV) que incluían IP; líneas de tratamiento (1ª, 2ª o pauta de rescate); respuesta virológica: carga viral plasmática (CVP) < 50 copias/mL; adherencia (según el test SMAQ y según el registro de dispensaciones); costes anuales de los TARV y coste-efectividad de las diferentes combinaciones: coste por unidad de efecto alcanzado (coste anual del tratamiento/pacientes con CVP indetectable tras 12 meses de tratamiento).

Resultados: 245 pacientes recibieron un total de 284 pautas de TARV. 100 pacientes se trataron con 113 pautas (40%) que incluían IP (74% varones y 26% mujeres) con una mediana de edad de 44 años (24-82). Del total de pautas con IP, 13 (11,5%) correspondieron a primeras líneas y 76 (67,3%) a pautas de rescate. Las combinaciones más utilizadas fueron: emtricitabina/tenofovir + atazanavir + ritonavir (23%) y emtricitabina/tenofovir + lopinavir/ritonavir (21,2%). Un 14,1% de los TARV utilizados no están recomendados por las actuales guías GESIDA, debido a su mayor toxicidad (lamivudina + zidovudina; didanosina + zidovudina) y un 7% están contraindicados por menor eficacia y alta toxicidad (didanosina + tenofovir y didanosina + estavudina). El porcentaje de pacientes con respuesta virológica a los 12 meses de tratamiento fue superior al 50% en todas las pautas utilizadas. El 75% de los pacientes presentaron una adherencia superior al 90% según el registro de dispensaciones y 63% fueron clasificados como adherentes según el test de adherencia SMAQ. El coste anual de las combinaciones varió entre 8.953 € (lamivudina + abacavir + fosamprenavir/ritonavir) y 14.198 € (emtricitabina/tenofovir + darunavir + ritonavir). El coste efectividad de las combinaciones emtricitabina/tenofovir con atazanavir, lopinavir o fosamprenavir fue de 22.169 €, 17.320 €, y 14.872 €, respectivamente.

Conclusiones: - Un alto porcentaje de pacientes tratados han mostrado una buena respuesta a las diferentes combinaciones de TARV utilizadas. - Existe una diferencia sustancial en el coste directo de las diferentes combinaciones, que origina diferencias importantes en el coste efectividad asociados. - Sin olvidar el papel que

juegan la adherencia, toxicidad y patología de base del paciente, es fundamental considerar el coste de las diferentes pautas con el fin de realizar un uso eficiente del tratamiento.

Conflicto de intereses: Ninguno.

246. MODIFICACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA DE FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES TRAS LA COMERCIALIZACIÓN DE UNA FORMA FARMACÉUTICA COMBINADA DE ADMINISTRACIÓN ÚNICA DIARIA

T. Gramage Caro, M.A. Rodríguez Sagrado, R. Pintor Recuenco, J. Serna Pérez y T. Bermejo Vicedo

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

Objetivo: Análisis farmacoeconómico de los cambios en la prescripción de tratamiento antirretroviral que se han producido desde la comercialización de la forma farmacéutica combinada de tres principios activos en el mismo comprimido y de administración única diaria Atripla® (emtricitabina/tenofovir/efavirenz).

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se identificaron todos los pacientes en tratamiento con Atripla® a lo largo de seis meses, desde su inclusión en la Guía Farmacoterapéutica de nuestro hospital en septiembre de 2008 hasta febrero de 2009. Los datos se obtuvieron de la aplicación informática de dispensación de medicación a Pacientes Externos (Paciwin®). Se excluyeron los inicios de tratamiento antirretroviral; sólo se consideraron los pacientes con tratamientos previos. Se estudiaron las combinaciones de especialidades previas a la prescripción de Atripla®, y se recogió el número total de combinaciones, el número de pacientes en tratamiento con cada combinación, el número de tomas y de comprimidos diarios con el tratamiento previo y el coste/año de cada combinación. Estos datos se compararon con los relativos a la prescripción de Atripla®. También se revisaron las suspensiones de tratamiento con Atripla®, y se registraron las nuevas prescripciones de tratamiento.

Resultados: Se dispuso medicación antirretroviral a 1.725 pacientes. Un total de 404 pacientes (23,4%) recibieron tratamiento con Atripla®. De éstos, 39 (9,6%) iniciaron tratamiento antirretroviral. Entre los 365 pacientes restantes (90,4%) se detectaron 29 combinaciones de especialidades que se sustituyeron por Atripla®. A un 68,5% (250) de los pacientes directamente se les sustituyó la combinación efavirenz + emtricitabina/tenofovir por Atripla®, que contiene los mismos principios activos en un único comprimido. Los regímenes mayoritarios restantes que fueron desplazados por Atripla® fueron: lamivudina + efavirenz + tenofovir en un 5,5% (20), lamivudina + efavirenz + didanosina en un 3,8% (14), efavirenz + abacavir/lamivudina y emtricitabina/tenofovir + nevirapina en un 2,7% (10), y abacavir/lamivudina/zidovudina en un 2,2% (8). La sustitución de estos tratamientos por Atripla® supuso una disminución media de 3,07 comprimidos/día y de 0,41 tomas/día y además conllevó un ahorro de 16.257,1 €/año. A 26 pacientes se les suspendió el tratamiento con Atripla®. Fue sustituido mayoritariamente por emtricitabina/tenofovir + nevirapina (26,9%), emtricitabina/tenofovir + fosamprenavir + ritonavir (19,2%), atazanavir + emtricitabina/tenofovir + ritonavir (7,7%) y fosamprenavir + ritonavir (7,7%). Esto supuso un aumento medio de 2,3 comprimidos/día, de 0,3 tomas/día y un incremento del gasto anual de 8.530,05 €.

Conclusiones: La comercialización de una forma farmacéutica combinada de administración única diaria en la terapia anti-VIH ha permitido disminuir el número de tomas diarias así como el número de comprimidos al día, suponiendo una pequeña disminución en el gasto anual. La asociación de emtricitabina/tenofovir/efavirenz en un único comprimido no sólo ha sustituido a la prescripción de estos tres principios activos por separado, sino que también ha desplazado la prescripción médica de otros regímenes de tratamiento habituales en la práctica clínica.

322. ESTUDIO DE ESTRATEGIAS DE SUSTITUCIÓN DE ENFUVIRTIDA EN LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

P. Gómez Rivas, C. Obaldía Alaña, Z. Ribera Ruiz de Vergara, M. Esteban Sánchez, R. Santos del Prado y M.F. Hurtado Gómez

Hospital San Pedro. La Rioja. España.

Objetivo: - Analizar las estrategias y motivos de sustitución de tratamiento en los pacientes que recibieron enfuvirtida (T-20) entre enero 2008 y febrero 2009. - Conocer el perfil de los pacientes y su estado virológico e inmunológico al inicio y fin del tratamiento con T-20 para valorar su eficacia.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en un hospital general que dispensó TAR a 472 pacientes en el último año. Se seleccionaron los pacientes tratados con T-20 a partir de los registros de dispensación a pacientes externos del programa Prisma APD®. Mediante la historia clínica electrónica Selene® se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, terapia antirretroviral (TAR) anterior, CD4 en células/ μ l y carga viral (CV) en copias/ μ l al inicio y fin de tratamiento con T-20, motivos de inicio y fin de T-20 y TAR concomitante al T-20. Estos datos se procesaron con una hoja de cálculo.

Resultados: Durante el período de estudio 17 pacientes fueron tratados con T-20. La media de edad fue de 41,5 años [rango 37-49], entre los cuales el 88,24% eran hombres. Los pacientes habían recibido TAR anteriormente según la siguiente distribución: - Inhibidores de proteasa (IP) + Inhibidores de transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIAN) + Inhibidores de transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN) 12; - IP + ITIAN 3; - ITIAN + ITINAN 2. Las causas que motivaron el inicio de T-20 fueron: fracaso virológico (2 pacientes), fracaso inmunológico (4), ambos fracasos (3), resistencias (5), causa desconocida (3). Antes de iniciar este tratamiento la media de CD4 fue 161 [26-499] y la media CV 36.977 [0-133.000]. Al finalizar el mismo la media de CD4 fue de 369 [51-880], y la de CV 14.470,6 [0-203.000], es decir hubo una diferencia media de + 165,83 CD4 y CV -2.506. Hubo 12 pacientes que consiguieron CV indetectable. El tiempo medio de tratamiento fueron 25 meses [5-58]. La terapia concomitante usada fueron: IP (1 paciente), IP + ITIAN (13), raltegravir (RAL) + IP (2), ITIAN + ITINAN (1). Las causas que motivaron la suspensión de T-20 fueron: reacciones locales (3 pacientes), dificultad en la administración (9), mala adherencia (2), aumento CV (1), aumento CD4 (1). Pérdidas: un paciente por traslado. La estrategia de sustitución de T-20 fue por: RAL (12), RAL + darunavir/ritonavir (DRVr) (1), RAL + DRVr + maraviroc (MVC) (1), etravirina (ETV) (1), suspensión T-20 (1).

Conclusiones: - En todos los pacientes se realizó una sustitución de T-20 por otro fármaco de reciente comercialización y administración oral, siguiendo las recomendaciones de las actuales guías de práctica clínica. La estrategia más usada fue el cambio por RAL. - El motivo más frecuente de suspensión de T-20 fue la dificultad en su administración. - T-20 mejoró el estado virológico e inmunológico en la mayoría de los casos; sólo disminuyó su actividad en pacientes con mala adherencia. Por ello, se puede considerar un fármaco activo susceptible de utilización en futuros rescates.

364. LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN SITUACIÓN DE INMUNOCOMPETENCIA: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

E. De Puig Cabrera, M. Perpinyà Gombau, D. Malla Canet, N. Sabaté Frías y J. Colomer Pairés

Hospital Santa Caterina. Girona. España.

Objetivo: Describir la situación clínica de dos pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en tratamiento antirretroviral (TARV) que presentaron leucoencefalopatía

multifocal progresiva (LMP) teniendo un recuento de linfocitos CD4 > 200 células/ μ L.

Material y métodos: Se estudia la población de pacientes VIH en TARV controlados en nuestro hospital, a los que se les ha diagnosticado LMP por el virus JC. Se utiliza la base de datos de seguimiento farmacoterapéutico, que incluye datos demográficos, tratamiento antirretroviral, visitas al especialista, recogida de medicación, patologías y tratamientos concomitantes, así como resultados de los controles analíticos.

Resultados: De un total de 220 pacientes en TARV en nuestro hospital se han detectado 5 casos de LMP por el virus JC, de los cuales dos tenían un recuento de CD4 > 200 células/ μ L, por tanto inmunocompetentes. En uno de los casos, el paciente presentaba un recuento de CD4:377 células/ μ L y una carga viral plasmática (CVP) < 40 copias/mL en el momento en que se le diagnosticó la LMP, iniciando tratamiento con cidofovir que después de 6 ciclos sin respuesta, se decidió suspender y realizar un cambio de TARV sin que ello tampoco fuese efectivo, progresando el deterioro neurológico hasta desembocar en exitus a los cuatro meses. En el segundo caso con un recuento de CD4:242 células/ μ L y una CVP: 47.241 copias/mL, con una situación clínica más un diagnóstico radiológico compatible con LMP, se decidió un cambio de TARV instaurándose un tratamiento de rescate a pesar de lo cual el paciente presentó un deterioro grave que acabó en exitus. En los tres pacientes restantes afectos de LMP, con recuentos medio de CD4: 103 células/ μ L (rango: 36-149), al cambiar el TARV mejoró la sintomatología de la LMP a la vez que aumentaron los niveles de CD4, evitando así la progresión de la enfermedad neurológica.

Conclusiones: La LMP es una enfermedad definitiva de SIDA que se presenta con recuento de linfocitos CD4 < 200 células/ μ L aunque en el 11% de los casos se ha descrito con cifras superiores. De toda la población de pacientes en TARV en nuestro hospital, se han detectado dos casos con esta situación clínica y cifras de CD4 superiores a la media de presentación habitual. Estos pacientes no respondieron al tratamiento de elección que marcan las guías con TARV y uno de ellos tampoco respondió a cidofovir combinado con TARV. Sería necesario realizar estudios que analicen las variables por las que en pacientes inmunocompetentes, con CD4 > 200 células/ μ L, se les reactiva el virus JC y no responden al tratamiento de elección.

842. DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON VIH DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

B. Ollo Tejero, A. Sánchez Martín, J.R. Buzo Sánchez, V. Martínez Fernández, M. Cordero Sánchez y A. Domínguez-Gil Hurlé

Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Objetivo: Describir la incidencia y tipos de problemas más frecuentes y relevantes relacionados con el tratamiento antirretroviral (TAR) en el paciente con VIH hospitalizado. Diseñar y poner en marcha un programa de seguimiento farmacoterapéutico a pacientes con VIH durante el ingreso hospitalario que complementa la actividad de atención farmacéutica realizada en la Unidad de Pacientes Externos (UPE).

Material y métodos: Estudio prospectivo sobre los pacientes que ingresan con TAR durante un período de seis meses. La selección de los pacientes se realiza diariamente a partir de la aplicación informática del Servicio de Farmacia. Se elabora un impreso específico para recoger los siguientes datos: nombre y apellidos, número de historia clínica, servicio clínico, sexo, edad, motivo de ingreso, diagnóstico principal y secundarios, duración de la estancia hospitalaria, tratamiento antirretroviral previo, durante y posterior al ingreso, medicación concomitante y otras patologías (insuficiencia

renal (IR) y hepática (IH)). Los problemas relacionados con la medicación (PRM) detectados se comunican por vía oral o escrita al médico responsable del paciente. Tanto los PRM como las intervenciones farmacéuticas y su aceptación se clasifican y registran en una base de datos informatizada. Una vez evaluados los resultados del estudio conjuntamente con el equipo de enfermedades infecciosas del hospital, se elabora un protocolo de seguimiento farmacoterapéutico.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 38 pacientes, con un total de 54 ingresos (1,4 ingresos/paciente). La duración media de la estancia hospitalaria fue de 12,1 días. El 80,7% fueron ingresados en el Servicio de Medicina Interna y el 19,3% en otros servicios clínicos. El porcentaje de pacientes con IR fue del 14% y con IH del 11%. Se detectaron un total de 34 PRM, de los cuales los más frecuentes fueron: interacciones con otros fármacos (61,7%), errores de conciliación del TAR al ingreso (17,2%) y dosificación incorrecta del TAR en casos de IR o IH (10,9%). El porcentaje de aceptación de las intervenciones farmacéuticas realizadas fue del 89%. El programa de seguimiento farmacoterapéutico diseñado a partir de este estudio consta de tres fases: - Al ingreso: elaboración del perfil farmacoterapéutico del paciente a partir de la historia clínica, la historia farmacoterapéutica de la UPE, el informe del Servicio de Urgencias y entrevista con el paciente. Revisión del TAR y del tratamiento concomitante habitual con la medicación prescrita al ingreso para detectar posibles errores. - Durante el ingreso: apoyo al equipo médico en las decisiones relacionadas con la terapia. - Al alta hospitalaria: revisión del informe de alta junto con el equipo médico. Entrega al paciente de información oral y escrita sobre el tratamiento (programa Infowin®).

Conclusiones: Los pacientes con VIH durante el ingreso hospitalario, debido a la complejidad del TAR, tienen una mayor probabilidad de presentar PRM; por lo que es necesario implantar y desarrollar programas de seguimiento farmacoterapéutico dirigidos a mejorar la eficacia y seguridad de estos tratamientos. La planificación de estos programas debe realizarse teniendo en cuenta los problemas prioritarios que presentan los pacientes durante el ingreso y las expectativas del equipo médico.

372. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y VARIABLES RELACIONADAS

A. Planas Giner, M.R. Garriga Biosca, S. Redondo Capafons, J.M. Suñé Negre, S. Quintana Riera y R. Pla Poblador

Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

Objetivo: Conocer la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) de los pacientes atendidos en una unidad hospitalaria de pacientes externos. Relacionar la adherencia con los factores demográficos, socioeconómicos y relativos al TAR.

Método: Estudio prospectivo y descriptivo de tres meses de duración, realizado en la unidad de pacientes externos del servicio de farmacia de un hospital que atiende a un total de unos 350 pacientes infectados por el VIH. Se incluyó a pacientes en tratamiento para VIH que acudieron al servicio de farmacia a recoger su medicación y aceptaron participar en un programa de atención farmacéutica. Se realizaron entrevistas para la detección de Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM), efectos adversos y se facilitó a cada paciente un cuestionario para valorar la adherencia al TAR. Para valorar la adherencia se utilizaron dos parámetros: El cuestionario auto administrado mixto SMAQ y los registros de dispensación de medicamentos del servicio de farmacia. Se consideró no adherentes a aquellos pacientes que ingirieron menos del 95% del total de dosis prescritas en la última semana o que acudieron con un retraso superior a dos días a recoger la medicación. La adherencia al TAR se relacionó con las siguientes variables: edad, sexo, situación familiar y laboral, nivel de estudios, número de

comprimidos/día, efectos adversos y PRM. Los análisis bivariados se realizaron con la prueba Chi Cuadrado para variables cualitativas, y con el test de T de student para variables cuantitativas. Se consideró el valor predictivo para la significancia estadística una $p < 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 15.

Resultados: Durante el período se entrevistaron a un total de 82 pacientes (71,9% hombres) con una edad media de $43,9 \pm 7,4$ años (26-71). El 42,7% de los pacientes ($n = 35$) fueron clasificados como adherentes según los criterios definidos. Se compararon las variables del estudio en los pacientes que presentaron una adherencia $\geq 95\%$ obteniéndose los siguientes resultados: 29 hombres (49,2%) y seis mujeres (26,1%) ($p = 0,058$). En familia vivían 24 (44,4%) y once vivían solos, en pareja o con amigos (39,3%) ($p = 0,654$). Respecto la situación laboral había 20 en activo (50%) y 15 pasivos (35,7%) ($p = 0,191$). Un paciente sin estudios (33,3%), 17 con estudios primarios (40,5%), 11 con estudios secundarios (40,7%) y seis con estudios superiores (60%) ($p = 0,692$). Se detectaron efectos adversos en 14 pacientes (35,9%) y en 21 no se observaron (48,8%) ($p = 0,237$), 15 presentaron PRM (38,5%) y en 20 no ocurrieron (46,5%) ($p = 0,462$). Los pacientes adherentes tenían una edad media de $44,9 \pm 8,4$ años y los no adherentes $43,2 \pm 6,6$ años ($p = 0,294$). Según el número de comprimidos/día, los pacientes adherentes tomaban $3,09 \pm 1,5$ comprimidos/día y los no adherentes $3,85 \pm 1,75$ comprimidos/día ($p = 0,041$). La única variable que mostró diferencias estadísticamente significativas fue el número de comprimidos/día ($p = 0,041$).

Conclusiones: Existe un elevado número de pacientes con necesidad de soporte para mejorar la adherencia. No se encontró asociación significativa con factores demográficos, socioeconómicos y relacionados con el TAR. La disminución del número de comprimidos/día mejoraría la adherencia al TAR.

533. EVOLUCIÓN DE TERAPIAS ANTIRRETROVIRALES QUE INCLUYEN ENFUVIRTIDA

M.C. Serrano, H. Navarro, E. Soler, C. Gómez, I. Cañamares y M.J. Rabanaque

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Objetivos: Estudio observacional retrospectivo que analiza la evolución de pacientes VIH multitratados con terapias antirretrovirales (TAR) que incluyen enfuvirtida (T20).

Métodos: Se incluyen pacientes VIH que inician tratamiento con enfuvirtida de junio de 2004 a marzo de 2008 y mantienen la terapia un mínimo de 12 semanas. Se recogen datos demográficos de pacientes, tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, tiempo en tratamiento con TAR que incluye T20, tratamientos anteriores y TAR con que se asocia T20. La efectividad se calcula a partir de la carga viral (CV) y se mide la variación en el número de linfocitos CD4 (basal, 12, 24, 36 y 48 semanas). Se analizan las terapias suspendidas durante el seguimiento y su evolución a fecha 31/03/2009. La adherencia se evalúa a través de las dispensaciones desde el Servicio de Farmacia y la tolerancia con los efectos adversos recogidos en la historia clínica.

Resultados: Se dispensó enfuvirtida a 20 pacientes, 16 hombres, media de edad 46 años (32-75), tiempo desde el diagnóstico de la infección: mediana 14 años (2-23). Se analizaron 22 terapias ya que 2 pacientes asociaron T20 en dos líneas de tratamiento distintas. La mediana de líneas de tratamiento recibidas previamente fue 11 (5-15). El tratamiento se asocia a otros antirretrovirales (AR) que incluyen tipranavir (18%), darunavir (36%) y/o etravirina (14%). Se partió de una población cuya CV al iniciar con T20 era detectable en todos los casos ($CV > 50$ copias/ml). Se obtuvo $CV < 400$ copias/ml a las 12, 24, 36 y 48 semanas en un 75,0%, 72,2%, 75,0% y 70,0% de los pacientes respectivamente, y $CV < 50$ copias/ml a las 12, 24,

36 y 48 semanas en un 40,0%, 55,6%, 58,3% y 50,0% de los pacientes. La media de linfocitos T-CD4 basales fue 226,7 células/mm³ (0-600) y se obtuvo un incremento medio de 35,9, 88,9, 98,5 y 84,0 células/mm³ a las 12, 24, 36 y 48 semanas respectivamente. La adherencia fue superior al 95% en un 86% de pacientes. El 100% de pacientes habían abandonado el tratamiento con T20 a fecha 31/03/2009. La mediana de duración del tratamiento que incluía T20 fue de 12 meses (2-42). El 50% presentaba CV indetectable en ese momento. El motivo de suspensión del tratamiento fue en un 50% fracaso terapéutico y en el resto fue debido a reacciones locales en punto de inyección o por cansancio del paciente y la posibilidad actual de nuevos fármacos para pacientes multitratados.

Conclusiones: - La inclusión en terapia antirretroviral de enfuvirtida es una opción terapéutica efectiva en pacientes multitratados, pero es un fármaco mal tolerado debido a la vía de administración subcutánea. - El 100% de los pacientes abandonaron las terapias con T20. Actualmente han aparecido nuevas alternativas para estos pacientes que ha desplazado el uso de T20.

Conflicto de intereses: Ninguno.

85. INTERACCIÓN CLÍNICAMENTE RELEVANTE: CUSHING IATROGÉNICO POR FLUTICASONA + INHIBIDORES DE LA PROTEASA

J. Arias Delgado, D. Silveira Cancela, M.J. López Otero, M. Pereira Vázquez, M.I. Segado Jiménez y C. Padrón Gil

Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

Objetivo: Describir la interacción entre inhibidores de la proteasa y la fluticasona y sus posibles alternativas terapéuticas en pacientes intolerantes a efavirenz.

Material y métodos: Revisión de historia clínica y seguimiento de la paciente en nuestras consultas externas.

Resultados: Paciente de 37 años edad VIH +, EPOC, ex ADVP que acude a urgencias por presentar sensación distérmica, distensión abdominal, estreñimiento, tos productiva, cara redondeada y aumento de la disnea. Tras entrevista estructurada se recoge su perfil farmacoterapéutico que consta de: hierro, lopinavir/ritonavir, emtricitabina/tenofovir, alprazolam, mirtazepina, salbutamol/fluticasona y metadona. Se realiza cortisol libre en orina y cultivo de esputo con el fin de descartar síndrome de cushing por el aspecto de sus fascias y filiar la causa de la neumonía. Los niveles de cortisol libre están aumentados. En un principio se cambia el tratamiento con fluticasona por beclometasona Posteriormente al disponer cultivos de esputo positivos para *Micobacterium avium* intracelular (MAI), se inicia tratamiento con rifabutin + etambutol + azitromicina por lo que se debe de cambiar el inhibidor de la proteasa por etravirina. Se notifica la reacción adversa al centro de farmacovigilancia y ante la mala tolerancia a tratamientos previos con efavirenz se decide pedir uso compasivo con etravirina. A los tres meses se solicita control analítico de CD4 y PCR de carga viral en la cual se demuestra clara mejoría con respecto a los valores previos al ingreso.

Discusión: La paciente sufrió un cushing iatrogénico debido a la interacción entre ritonavir y fluticasona que aunque sea utilizada por vía inhalatoria aumenta en 200 veces su nivel al ser coadministrada con ritonavir. En su lugar se prescribe beclometasona cuya interacción con ritonavir es mucho menor que la de fluticasona. Al positivarse los cultivos para MAI y ante el riesgo de administrar inhibidores de la proteasa en pacientes que toman rifabutin se piensa en primer lugar el cambio a efavirenz pero por la necesidad de ajuste de dosis de metadona y la toxicidad neurológica que se produjo en tratamientos anteriores a la paciente se decide solicitar uso compasivo de etravirina. Éste es un fármaco de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos que no interacciona con metadona y que no posee efectos neu-

rológicos tan acusados como efavirenz. Se solicita uso compasivo ya que en ficha técnica de la EMEA sólo se permite su uso junto con un inhibidor de la proteasa potenciado.

Conclusiones: Deben vigilarse estrechamente las pautas de corticoides inhalados en pacientes con VIH ya que ritonavir puede llegar a aumentar 200 veces sus niveles plasmáticos. Etravirina es un fármaco de la familia de los no análogos de nucleósidos que no interacciona con metadona y que se pueden usar sin riesgo de complicaciones en pacientes a tratamiento con inductores enzimáticos como rifampicina siempre que se acompañe de otros dos fármacos activos en el tratamiento de VIH. La consulta de farmacia aporta un valor añadido en la detección de problemas relacionados con el medicamento en pacientes polimedicados

325. EVOLUCIÓN EN EL PERFIL DE UTILIZACIÓN DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA (2007-2009)

C. Obaldia Alaña, P. Gómez Rivas, A. Abeijón Vázquez, Z. Ribera Ruiz de Vergara, E. Alonso Grandes y M.F. Hurtado Gómez

Hospital San Pedro. La Rioja. España.

Objetivo: Conocer y analizar el perfil de utilización de los inhibidores de la proteasa (IP), así como su evolución del año 2007 al 2009, a partir de los datos de dispensación del primer trimestre del año.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en un hospital general que dispensa tratamiento antirretroviral (TAR) a 472 pacientes al año. Los datos se recogen durante el primer trimestre de los años 2007, 2008 y 2009 y se extraen del programa Athos-Prisma, módulo de dispensación a pacientes externos.

Resultados: El número de pacientes con TAR durante el primer trimestre del año 2007 fue de 414, de los cuales 192 (46,37%) incluían en su pauta un IP. La distribución de pacientes por fármaco fue la siguiente: lopinavir/r (104), nelfinavir (26), atazanavir (20), saquinavir (15), fosamprenavir (14), tipranavir (12) e indinavir (1). Los datos del primer trimestre del año 2008 son: Total de pacientes con TAR 409, pacientes con IP 214 (52,32%), que se distribuye así: lopinavir/r (109), atazanavir (37), fosamprenavir (33), darunavir (14), saquinavir (12) y tipranavir (9). En el primer trimestre del año 2009 los datos son: 431 pacientes con TAR, 225 con IP (52,20%). lopinavir/r (101), atazanavir (50), fosamprenavir (31), darunavir (29), saquinavir (8) y tipranavir (6). Todos los IP estaban reforzados con ritonavir excepto atazanavir de 200 mg: 2 pacientes en 2008 y 7 en 2009. En todos los tratamientos los IP se acompañaban de fármacos de otras familias, excepto en 2 pacientes: una monoterapia con lopinavir/r y otra con tipranavir/r. El coste de antirretrovirales en el primer trimestre del 2007 fue de 797.651,30 € correspondiendo a IP 201.724,98 € (25,29%). En el primer trimestre de 2008: 875.875,11 € siendo coste de IP 254.720,83 € (29,08%) y en el primer trimestre de 2009: 983.034,75 €, correspondiendo a IP 274.314,37 € (27,90%).

Conclusiones: - Un alto porcentaje de pacientes con TAR tienen incluido un IP en su pauta antirretroviral. Este porcentaje aumenta del año 2007 al 2008 y disminuye ligeramente en 2009. - El IP más empleado tanto en el primer trimestre del 2007, como del 2008 y 2009 fue lopinavir/r, aunque con un ligero descenso en el año actual. En el resto de IP se observa un aumento en la utilización de darunavir y atazanavir que se justifica con las nuevas indicaciones aprobadas y las recomendaciones recogidas en las Guías de Práctica Clínica actuales. fosamprenavir aumenta de 2007 a 2008 y posteriormente se mantiene. Desciende la utilización de tipranavir y saquinavir. - El gasto de IP aumenta del año 2007 al 2009, pero el porcentaje respecto al gasto global de antirretrovirales sufre una ligera disminución en 2009. - Respecto a las simplificaciones de tratamiento con IP: la correspondiente a atazanavir 400 mg/día sin reforzar ha aumentado, no así las monoterapias.

114. TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN ADULTOS CON VIH DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL AÑO 2009

M.P. Bachiller Cacho, A. Asensio Bermejo, G. López Arzoz, B. Irastorza Larburu, A. Sáenz de Buruaga Renobales y N. Mauleón Echeverría

Hospital Donostia. Guipúzcoa. España.

Objetivo: Analizar la terapia antirretroviral (TAR) de los pacientes VIH controlados en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los tipos de TAR a fecha 1 de enero de 2009. Los datos se han obtenido de los registros de dispensación informatizados en el Servicio de Farmacia.

Resultados: 1.086 pacientes adultos VIH recibían TAR a fecha 1 de enero de 2009. El tipo de terapia prescrita era monoterapia en 12 (1,1%) casos, doble terapia en 30 (2,8%), triple en 1004 (92,5%), cuádruple en 33 (3%), quintuple terapia en 6 (0,5%) y sextuple en 1 (0,1%). Se han observado 157 terapias diferentes, con 21 principios activos, 3 de ellos comercializados recientemente (raltegravir, maraviroc, etravirina) y pertenecientes a 6 grupos farmacológicos. No ha habido terapias con zalcitabina y amprenavir. La combinación TAR más frecuente ha sido dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido/nucleótido (ITIAN) más un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósido (ITINAN), con 507 pacientes (46,7%), seguido de dos ITIAN más un inhibidor de proteasa (IP), con 281 (25,8%), y de 3 ITIAN con 158 (14,5%). El 36,6% (398) recibían terapia con IP. El IP más utilizado ha sido lopinavir/ritonavir. Las combinaciones TAR más frecuentes han sido Tenofovir-FTC-Efavirenz (Truvada® + Sustiva® ó Atripla®) prescrita en 182 pacientes (16,7%), seguida de Abacavir-Lamivudina-Zidovudina (Trizivir®), prescrita en 152 pacientes (14%); después Abacavir-3TC-Efavirenz (Kivexa® + Sustiva®) en 93 pacientes (8,5%) y Tenofovir-FTC-Lopinavir/ritonavir (Truvada® + Kaletra®) en 81 pacientes (7,4%). Todos los pacientes recibían terapia oral y 1 de ellos terapia subcutánea con el inhibidor de la fusión T-20. La mayoría de los pacientes, 663 (61%), realizaban 2 tomas diarias, 422 (39%) una toma/día y 1 paciente tres tomas/día. En cuanto a número de formas farmacéuticas, 345 (31,7%) pacientes tomaban 2, seguido de 170 (15,6%) pacientes que tomaban 5; únicamente 89 pacientes (8%) tomaban una diaria.

Conclusiones: La terapia antirretroviral más frecuente recibida por casi el 50% de los pacientes VIH de nuestro hospital en enero 2009 ha sido 2 ITIAN + 1 ITINAN. La mayoría de los pacientes (99,9%) realizaban 1 o 2 tomas/día y 344 pacientes (40%) tomaban 1-2 formas farmacéuticas/día.