

FARMACIA ASISTENCIAL EN EL PACIENTE CON HEPATOPATÍAS VÍRICAS

68. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON HEPATITIS B ATENDIENDO A SU PROCEDENCIA

M.J. Gimeno Jordá, O. Urquizar Rodríguez, P. Acosta Robles, C. Pinto Nieto, J.E. Martínez de la Plata y J. Canto Mangana

Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería. España.

Objetivos: La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) representa un problema de salud pública mundial ya que su distribución es universal. Las áreas de mayor endemicidad son Asia y África (prevalencia superior al 8%) y las vías de transmisión son la perinatal u horizontal en la infancia. Los países mediterráneos son áreas de endemicidad intermedia (prevalencia 1-8%) y las fuentes de contagio más frecuentes son la perinatal, contacto doméstico y sexual. La adherencia es un factor determinante de la efectividad de un tratamiento. Muchos factores contribuyen a los problemas de adherencia. Aunque algunos están relacionados con el paciente; las características de la enfermedad, su tratamiento y el propio sistema sanitario también tienen una gran influencia. El objetivo del presente trabajo es comparar la adherencia al tratamiento de los pacientes infectados por el VHB a los que se les ha dispensado medicación durante el año 2010, según su procedencia.

Material y métodos: Los datos se obtienen a través del programa de dispensación a pacientes externos (Dominion®). Se analiza la procedencia, edad, fenotipo (Aghbe + o Aghbe-) al inicio del tratamiento, sexo. La adherencia se calcula teniendo en cuenta la cantidad de fármaco dispensado en el período de estudio (año 2010) dividido por 365. Cuando se adiciona un fármaco o se sustituye se tiene en cuenta la cantidad dispensada de cada uno de ellos y su período de tiempo correspondiente. En estos casos, la adherencia es la media de los valores obtenidos para cada fármaco.

Resultados: Durante el año 2010 se dispensa medicación a 98 pacientes: 62 inmigrantes (63,3%) y 36 españoles (36,7%). El 80,7% de los inmigrantes proceden de África, mayoritariamente subsaharianos (43 pacientes, 86%); el 16,1% de Rumanía y el 3,2% de otros países. La edad media: españoles 42,3 años e inmigrantes 30,6 años. Sexo: el 67% de las mujeres son españolas y el 68,6% de los hombres son inmigrantes. Fenotipo: 32 pacientes son Aghbe+ (6

españoles) y 66 pacientes son Aghbe- (29 españoles). El grado de adherencia: españoles 83,8% e inmigrantes 82,7%: África 82,9% (subsaharianos 80,8%), Rumanía 84,8% y otros países 67,1%.

Conclusiones: 1. No se observan diferencias en el grado de adherencia entre población española e inmigrante. Puede relacionarse con la existencia de un equipo multidisciplinar (médico, farmacéutico, mediador sociosanitario) que permite que el paciente inmigrante pueda comprender su enfermedad y tratamiento; 2. La población atendida es mayoritariamente inmigrante. Esto puede ser debido al protocolo de atención al inmigrante llevado a cabo cuando éste entra en contacto con el sistema sanitario, lo que permite detectar precozmente patologías como la hepatitis B. Actuación que no se lleva a cabo de forma habitual en la población española; 3. La menor edad de los inmigrantes puede explicarse por el tipo de población (jóvenes en busca de trabajo) y por las vías de transmisión en sus países de procedencia.

1121. ANÁLISIS DEL PERFIL DE PACIENTES CON HEPATITIS C PRETRATADOS. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL RETRATAMIENTO

D. Barreira Hernández, A. Flor García, S. Canales Ugarte, A. Escudero Brocal, C. Martí Gil y D. Barreda Hernández

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. España.

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento de hepatitis C (THC) combinado en pacientes pretratados incluidos en un programa de atención farmacéutica (PAF) y su relación con los factores predictivos de efectividad negativos (FPEN).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes que reiniciaron tratamiento tras fracaso previo a interferón (INF) en monoterapia o combinado con ribavirina (RBV) desde la instauración del PAF a pacientes en THC en la consulta de atención farmacéutica a pacientes externos (2007). Datos obtenidos de registros farmacéuticos y analíticas. Variables recogidas: sociodemográficas (sexo, edad) y clínicas: THC previo y actual, comorbilidades, FPEN (sexo masculino, edad > 40, carga viral (CV) > 600.000 UI/ml, genotipo 1 o 4, fibrosis hepática e índice de masa corporal > 25 kg/m²) respuesta viral temprana (RVT) y sostenida (RVS) y efectos adversos (EA).

Resultados: Total: 9 pacientes (6 varones). Edades: entre 30 y 59 (mediana: 50 años). Tratamientos previos: 4 pacientes IFN+RBV, 2 IFN en monoterapia, 2 IFN pegilado (PEG-IFN)+RBV y el paciente restante 2 líneas previas de tratamiento (IFN monoterapia e IFN+RBV). En todos el retratamiento se efectuaba tras más de 2 años del primer THC. Tratamientos actuales: Cinco pacientes con PEG-IFN α -2a, el resto PEG-IFN α -2b, todos asociados a RBV. Comorbilidades: diabetes mellitus e hipertensión arterial no controladas en un paciente y depresión en tratamiento farmacológico en 4. Todos presentaban FPEN, entre 1 y 5 por paciente (mediana: 4) siendo los más frecuentes CV > 600.000 UI/ml y genotipo1. Se obtuvo RVT en 4, todos genotipo1, de los cuales 2 consiguieron RVS y normalización de transaminasas, ambos tratados con PEG-IFN α -2a. De éstos uno presentaba 5 FPEN, RVT sin negativización de CV y no respondió previamente a INF en monoterapia. El otro: 3 FPEN, RVT con negativización de CV y respuesta previa a IFN+RBV. Cuatro suspendieron el THC por ausencia de RVT y el otro en la semana 4 por toxicidad (intento autolítico a pesar de tratamiento antidepressivo), este último era el único genotipo no 1(3). Se registraron una media de 8,5 EA por paciente. Los más frecuentes: sequedad de piel y mucosas, síndrome pseudogripal, insomnio, pérdida de apetito, depresión, cefalea, tos, neutropenia y trombopenia. Uno precisó reducción de dosis de PEG-IFN α -2b por pérdida de peso y otro de PEG-IFN α -2a por neutropenia severa, tras recomendación farmacéutica al médico prescriptor. Ambos presentaron RVT pero no RVS.

Conclusiones: La proporción de RVS en nuestra muestra ha sido baja (22%) y la tasa de EA elevada, por lo que consideramos necesario la estrecha monitorización de los pacientes en THC, especialmente en pretratados. Los FPEN son importantes en la evolución de los pacientes en THC pero no son definitivos a la hora de conocer el éxito del tratamiento. Los estudios de polimorfismos genéticos ligados al gen de la IL28B, como método de identificación de la respuesta, y la comercialización de nuevos medicamentos, se espera que permitan una adecuada selección de los pacientes y una mayor tasa de respuesta al THC. El farmacéutico de hospital juega un importante papel a través del desarrollo de PAF que garantizan la seguridad de los pacientes en THC.

908. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN Y RIBAVIRINA EN PACIENTES COINFECTADOS CON VIH Y VHC

A. Díez Alcántara, E. Santiago Prieto, C. Folguera Olías, P. Calabuig Martínez y A. Torralba Arranz

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Objetivos: A pesar de que la coinfección con el VHC es frecuente entre los pacientes VIH, y que la hepatitis C progresa más rápidamente en pacientes coinfectados, muchos de ellos no reciben tratamiento frente al VHC, ya que la coinfección se ha asociado a una menor tasa de respuesta, mayor prevalencia de efectos adversos (EA) y abandonos. **Objetivos:** determinar la eficacia y seguridad del tratamiento combinado con interferón más ribavirina en pacientes coinfectados.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes VIH que comenzaron tratamiento frente al VHC entre junio del 2009 y junio del 2010. Se realiza una búsqueda en las historias clínicas informatizadas de los pacientes y se analiza el registro de recogida de medicación del programa informático de pacientes externos. Las variables medidas fueron: sexo, edad, recuento de CD4, carga viral (CV) VIH, CV VHC, duración del tratamiento, motivo de suspensión y resultado.

Resultados: En el estudio se incluyeron nueve pacientes (siete hombres) con una media de 47 años. Siete presentaban genotipos 1-4, y dos genotipo 3. La CV VHC media al inicio del tratamiento es de 4.310.182,87 UI/ml, y la duración media del tratamiento es de 6,67 meses (6 meses en genotipo 3 y 6,86 en genotipos 1 y 4), finalizándolo únicamente 3 pacientes (30%), dos con PCR VHC negativa al año de finalizar tratamiento (ambos genotipo 3) y el otro recidivando a los 7 meses (genotipo 1). La eficacia global es del 22%. El tratamiento se interrumpió en cuatro (44%) pacientes, dos por intolerancia (rash cutáneo, y astenia intensa) y dos por falta de respuesta, uno al mes del inicio y otro a los 7 meses. Dos pacientes continúan en tratamiento, llevando ambos 7 meses, uno con PCR VHC a los 6 meses negativa, y otro con CV a los 6 meses aún detectable, pendiente de PCR a los 8 meses para decidir continuación de tratamiento. Todos experimentaron EA relacionados con el tratamiento del VHC, los más frecuentes fueron: astenia (89%), pérdida de peso (56%), neutropenia que requirió tratamiento con factores estimulantes de colonias (30%), anemia que requirió tratamiento con epoetina (30%). Todos estaban en tratamiento frente al VIH en el momento de iniciar tratamiento frente al VHC presentando CV VIH indetectable y linfocitos CD4 > 250 células/ μ l excepto uno. Durante el periodo de estudio no se modificó el tratamiento del VIH a ningún paciente, ni se produjeron EA atribuibles a la asociación de ambos tratamientos.

Conclusiones: El tratamiento del VHC en pacientes coinfectados con VIH se muestra poco eficaz cuando la infección se asocia a los genotipos 1 y 4, menor que la descrita en pacientes no VIH; pero sí resulta eficaz frente al genotipo 3, con respuesta vial sostenida al año de finalizado el tratamiento. En todo caso, es mal tolerado

por los pacientes, refiriendo todos EA asociados en menor o mayor grado. Respecto al tratamiento del VIH, no se encuentran diferencias en cuanto a la tolerancia ni a la eficacia cuando se asocia al del VHC, independientemente de la combinación de fármacos utilizada.

508. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON PEGINTERFERÓN ALFA-2A EN PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA

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

Hospital del Sureste. Madrid. España.

Objetivos: Evaluar la respuesta al tratamiento con peginterferón de los pacientes con hepatitis B crónica en un hospital comarcal.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde marzo de 2008 hasta marzo de 2011, de los pacientes con hepatitis B crónica que han sido tratados con peginterferón. Se realizó revisión de la historia clínica electrónica, registro del programa de dispensación a pacientes externos del Servicio de Farmacia y datos del laboratorio. Se recogieron datos demográficos, motivo de consulta, serología, carga viral (CV), y transaminasas (GPT). La respuesta se define en dos categorías: respuesta virológica (CV indetectable) y respuesta bioquímica (normalización de GPT). La asociación de ambas respuestas se define como respuesta combinada.

Resultados: Del total de 21 pacientes con hepatitis B crónica tratados durante el período de estudio, 6 de ellos recibieron peginterferón 180 µg/semana: 4 hombres y 2 mujeres, con una edad media de 35 años. El motivo de consulta fue, en los seis casos, la alteración del perfil hepático, con elevación de GPT 1-2 veces el límite superior normal (LSN), uno de ellos en el seno de una hepatitis B aguda, con niveles de GPT > 40 veces el LSN. En la serología, 4 eran antígeno e (Age) positivo y 2 eran Age negativo y presentaban, además, coinfección con el Virus de la hepatitis D (VHD). La carga viral era > 10⁷ c/ml excepto en los dos pacientes coinfectados, en los que fue de 1.500 c/ml e indetectable respectivamente. Todos fueron tratados con peginterferón como primera opción. De los dos pacientes coinfectados, uno se encuentra actualmente en tratamiento tras 24 semanas, con respuesta virológica. El segundo paciente, recibió 48 semanas de tratamiento y obtuvo respuesta bioquímica. Entre los cuatro pacientes no coinfectados, no se obtuvo respuesta, suspendiéndose el tratamiento tras una media de 25 semanas. En tres de ellos se realizó el cambio a tenofovir, obteniéndose respuesta virológica y bioquímica posterior. El cuarto paciente está en la actualidad iniciando el cambio a tenofovir. Respecto a la tolerancia, todos ellos experimentaron los síntomas pseudogripales propios del tratamiento con interferón, dos de los pacientes presentaron, además, pancitopenia y neutropenia, requiriendo este último la administración de filgrastim y la disminución de la dosis de peginterferón a 135 µg/semanales.

Conclusiones: Ninguno de los pacientes no coinfectados respondió al tratamiento con peginterferón, mostrando respuesta combinada cuando cambiaron a tenofovir. No se beneficiaron, por tanto, de las ventajas de este tratamiento: una teórica mayor posibilidad de seroconversión y si tuvieron sus desventajas, el mayor coste inicial por paciente y su peor tolerabilidad. Obtuvieron respuesta virológica o bioquímica los coinfectados, en los que el peginterferón, según las guías clínicas, es el tratamiento de elección. Sería necesario desarrollar un protocolo que estableciera los criterios óptimos para beneficiarse del tratamiento con peginterferón y su duración en caso de no respuesta, con el fin de que cada paciente, según sus características, recibiera el mejor tratamiento coste-efectivo con la máxima tolerabilidad.

463. EVALUACIÓN E IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS MEDIANTE EL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA

A. Ramón Albert

Hospital Virgen de Altagracia. Ciudad Real. España.

Objetivos: El objetivo del estudio es detectar, prevenir y resolver problemas relacionados con los medicamentos (PRM) durante el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) de pacientes con hepatitis B crónica (HBC).

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 HBC que acuden a la UAFPE. Período de estudio: octubre de 2010 a marzo de 2011. Fuentes: Los datos son registrados en un documento estandarizado denominado "Historia de Atención Farmacéutica individualizada" 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; 2) Datos del servicio clínico y del personal sanitario responsable y 3) Registro de los PRM, sus posibles causas, la gravedad de los PRM aplicando la escala de Schneider, las intervenciones farmacéuticas realizadas y la significación clínica de dichas intervenciones. La información empleada para completar el documento se obtuvo fundamentalmente de las historias clínicas informatizadas y de las entrevistas con los pacientes y/o el personal sanitario. A los pacientes se les ofreció información oral y escrita. Tras los 6 meses del estudio se efectuó una encuesta de adherencia (cuestionario SMAQ) y satisfacción.

Resultados: Un total de 17 pacientes fueron incluidos en el estudio (10 hombres y 7 mujeres) con una edad media de 46 años. Tres pacientes con HBC estaban coinfectados con el virus de la hepatitis C (VHC), mientras que un paciente presentaba coinfección con el VHC y VIH. La mayoría de pacientes recibieron como fármaco de elección en el tratamiento de la HBC el adefovir dipivoxil. Se identificaron un total de 19 PRM (1,1 PRM/paciente). Los tipos de PRM encontrados fueron: PRM de seguridad (42,1%), fundamentalmente debido a dosis/intervalos inadecuados y a efectos secundarios; PRM de indicación (31,6%), fundamentalmente debido a duplicidad terapéutica y PRM de efectividad (26,3%), fundamentalmente debido a medicaciones inapropiadas. Los efectos secundarios más frecuentemente detectados fueron la astenia y la elevación de la creatinina sérica. La gravedad media de los PRM se situó en 2, mientras que el grado de significación clínica de las intervenciones farmacéuticas fue leve-moderado. La adherencia terapéutica estimada fue de un 98% mientras que el grado de satisfacción de los pacientes fue muy bueno en un 92%.

Conclusiones: El SFT individualizado de los pacientes con HBC ha hecho posible la detección y resolución de diferentes PRM. Además, la educación sanitaria ofrecida a este tipo de pacientes contribuye al mayor conocimiento de su enfermedad y tratamiento, que redundará en una mayor adherencia terapéutica y un mayor grado de satisfacción.

369. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C DURANTE UN PERIODO DE 3 AÑOS

F. Rodríguez Lucas, F. Malpica Chica, A.M. Manzano Bonilla, E. Galindo Sacristán, L. Mohamedi Mohamedi y M. Camacho Romera

Hospital Santa Ana. Granada. España.

Objetivos: Evaluación de la efectividad y seguridad del tratamiento con Peg-Interferón alfa (Peg-IFN) asociado con ribavirina

(RBV) en pacientes naïve, separados por genotipos y por Peg-interferón alfa 2a (Pegasys®) o Peg-interferón 2b (Pegintron®).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Muestra: 100% de los pacientes que estuvieron en tratamiento activo con Peg-IFN y RBV desde enero 2007 a diciembre 2009. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de la Historia Clínica y el programa de Farmatools® de pacientes externos. Criterios de Inclusión: adultos con hepatitis C crónica en tratamiento con Peg-IFN + RBV a dosis autorizadas durante 24 o 48 semanas (genotipo 2/3 y 1/4, respectivamente). Criterios de exclusión: pacientes que a fecha de realización del estudio no hubieran finalizado el tratamiento y/o no hubieran pasado las 24 semanas posteriores a su finalización. Variable de efectividad: respuesta virológica sostenida (RVS). Variables de seguridad: suspensión del tratamiento por intolerancia o efectos adversos, ajuste de dosis de Peg-IFN y utilización de factores estimulantes de colonias (FEC) y/o epoetina.

Resultados: El número de pacientes estudiados fueron 76, 54(71%) hombres, 22 (29%) mujeres. Datos basales: edad media 42,2 años (18-59); 16 (21%) de los pacientes se trataron con Peg-IFN 2a y 60 (79%) con IFN 2b; 54 (71%) genotipo viral 1/4 y 22 (29%) genotipo viral 2/3. Datos de efectividad: 26 (48,1%) de los pacientes con genotipo 1/4 obtuvieron una respuesta viral rápida (< 15 UI/ml) a las 12 semanas de iniciar el tratamiento, de estos 3 (11,5%) no obtuvieron RVS, 3 (11,5%) no finalizaron el tratamiento por E.A. y 1 (3,8%) otro motivo. En 47(61,8%) pacientes obtuvieron respuesta viral al final de tratamiento y de estos 3 (6,4%) no consiguieron RVS. El nº total de pacientes que obtuvieron RVS fue 41: con genotipo 1/4 (22/54) un 40,7% y genotipo 2/3 (19/22) un 86,4%. Con genotipo 1/4 tratados con Peg-IFN 2a (5/9 un 55,5%) y tratados con Peg-IFN 2b (17/45 un 37,8%) Con genotipo 2/3 tratados con Peg-IFN 2a (5/7 un 71,4%) y tratados con Peg-IFN 2b (14/15 un 93,3%). Datos de seguridad: El nº de pacientes que suspendieron el tratamiento fueron 21 (26,25%) de los cuales 12 (57%) fueron por falta de respuesta, 2 (9,5%) por E.A. y 7 (33,3%) por otros motivos. A 6 pacientes se le redujo la dosis de Peg-IFN alfa-2b todos pertenecían al genotipo 1 y 1 paciente requirió tanto factor estimulante de colonias como epoetina aunque al final se le tuvo que suspender el tratamiento.

Conclusiones: Los datos de efectividad en nuestro hospital coinciden con los de otras publicaciones y la suspensión de los tratamientos fue debida principalmente a la falta de respuesta virológica.

1033. PERFIL FARMACOTERAPÉUTICO Y RESISTENCIAS EN PACIENTES CON HEPATITIS B CRÓNICA

F. Verdejo Reche, J.A. Morales Molina, M.J. Gimeno Jordá, J.M. Fernández Martín, P. Acosta Robles y C. Pinto Nieto

Empresa Pública Hospital de Poniente. Almería. España.

Objetivos: Describir el perfil farmacoterapéutico y las resistencias de los pacientes con hepatitis B crónica (HBC) en un hospital comarcal.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes con hepatitis B crónica durante abril de 2009. Datos demográficos recogidos: edad, sexo, país de origen, duración del seguimiento y tipo de tratamiento. Datos clínicos: serología para el virus de la hepatitis B (VHB), anticuerpos frente al VIH, al Virus de la Hepatitis C (VHC) y al virus de la hepatitis Delta (VHD). Los datos fueron obtenidos del Programa de Pacientes Externos (Dominion®), la historia clínica y el Programa Gipi® de laboratorio.

Resultados: 58 pacientes estaban en tratamiento para la hepatitis B crónica. Edad media: 38,8 años (rango: 17-70) y 51 eran hombres (87,9%). La distribución por el origen de procedencia fue: 50% eran de origen español y 50% eran inmigrantes. Entre los inmigrantes, 26 (89,7%) proceden de África (80,8% subsaharianos y

19,2% marroquíes) y 3 (10,3%) de Europa del Este. El tiempo medio de tratamiento fue de 29,2 meses (rango: 1-102). 1 paciente estaba coinfectado con el VHC, 1 paciente con el VHD y otro coinfectado con los dos. Ningún paciente tenía anticuerpos frente al VIH. El perfil farmacoterapéutico fue: monoterapia: lamivudina: 13 pacientes (22,4%): todos eran naïve. Adefovir: 3 pacientes (5,2%): todos resistentes a tratamientos previos. Entecavir: 19 pacientes (32,8%): 15 pacientes eran naïve y 4 resistentes. Tenofovir: 8 pacientes (13,8%): 4 pacientes naïve y 4 resistentes. Terapia combinada: lamivudina-adevovir: 12 pacientes (20,7%): todos resistente a tratamientos previos. Tenofovir-lamivudina: 2 pacientes (3,4%) resistentes. Entecavir-lamivudina: 1 paciente (1,7%) resistente. Según su historial farmacoterapéutico: 32 pacientes (55,2%) han recibido un único esquema de tratamiento (13 lamivudina, 15 entecavir, 4 tenofovir), 20 (34,5%) han recibido 2 esquemas de tratamiento y 6 (10,3%) han recibido 3 o más. De los 32 pacientes que comenzaron el tratamiento de primera línea con lamivudina, 13 (40,6%) presentan respuesta al tratamiento y 19 (59,4%) han desarrollado resistencia. De los 4 pacientes tratados con interferón pegilado (3 pacientes naïve y 1 resistente a terapias previas) ninguno respondió. Según el origen de procedencia, los españoles presentan una resistencia del 51,7% y los inmigrantes de 34,5% pero el seguimiento en los españoles fue mayor (39,9 meses) que los inmigrantes (18 meses). En los pacientes HBeAg positivo o forma salvaje la resistencia fue del 54,5% y en los HBeAg negativo o mutante precorre la resistencia fue de 46,2%.

Conclusiones: En el momento del estudio el perfil farmacoterapéutico mayoritario en nuestro hospital en monoterapia es entecavir y lamivudina y en terapia combinada lamivudina-adevovir. Las resistencias a los tratamientos han sido elevadas y en muchos casos se necesitan varios esquemas de tratamiento para que respondan. Hay diferencia en las resistencias según el origen de procedencia debido posiblemente a la duración del seguimiento y al tipo de tratamiento No hay muchas diferencias en las resistencias al tratamiento del VHB entre los pacientes con HBeAg positivo y negativo. Se necesitan más estudios para encontrar los factores predictivos de las resistencias al tratamiento en la HBC.

714. TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS B: ADHERENCIA Y EFECTIVIDAD

B. Rodríguez Llansola, S. Cuerda Coronel, A. Lázaro López, J. Vilar Rodríguez, E. Luque López y A. Horta Hernández

Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

Objetivos: La infección crónica por virus de la hepatitis B (VHB) afecta a un 2-5% de la población española. El factor más importante para que el tratamiento de la hepatitis B crónica (HCB) sea eficaz es mantener una adherencia óptima al mismo. Con ello se consigue impedir la transmisión del VHB, reducir el riesgo de resistencias y evitar la progresión de la enfermedad a insuficiencia hepática, cirrosis y hepatocarcinoma. El objetivo del presente trabajo es medir la adherencia y efectividad al tratamiento antiviral oral en pacientes con HCB.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con HCB en tratamiento antiviral entre el 1 enero 2009 hasta el 1 marzo 2011. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, serotipo VHB (HBe+Ag o HBe-Ag), seroconversión a anti-HBe y/o a anti-HBs, tratamiento antiviral, adherencia (ADH) y CVP (copias séricas del DNA-VHB/mL). Se midió la ADH de forma mensual y semestral, así como la ADH acumulada, relacionando el número de días de medicación dispensada con el número de días entre las dispensaciones. Para ello, se utilizaron los registros informáticos del programa de Pacientes Externos Farmatools®. Se estableció como adherencia óptima valores $\geq 80\%$. El resto de variables se obtuvieron de la base de datos asistencial Sinapsis®. Se definió

efectividad del tratamiento como la persistencia de CVP indetectable (< 20 UI/mL).

Resultados: Veintidós pacientes recibieron tratamiento oral para la HCB (6 mujeres y 16 hombres). La mediana de edad fue de 46 años. Cuatro pacientes presentaban HBe+Ag y 18 Hbe-Ag. Los fármacos antivirales empleados fueron lamivudina, entecavir, adefovir y tenofovir. Trece pacientes recibieron monoterapia y nueve biterapia (lamivudina/adefovir, lamivudina/tenofovir, adefovir/tenofovir, adefovir/entecavir, entecavir/tenofovir). Durante el estudio 5 pacientes fueron tratados con diferentes esquemas de tratamiento. La ADH fue $\geq 80\%$ en 20 pacientes. De los 2 pacientes restantes, uno disminuyó la ADH del 98% al 70% tras el cambio de tratamiento de lamivudina a entecavir y el otro, presentó baja ADH a los esquemas utilizados (entecavir/adefovir y entecavir/tenofovir). Doce pacientes mantuvieron CVP indetectables de forma sostenida durante todo el período, siempre junto con una ADH $\geq 80\%$. Un paciente mantuvo CVP negativas a pesar de presentar mala ADH y 6 tuvieron repuntes virológicos (3 de ellos presentaron en ese momento mala ADH y 3 buena). Por ausencia de datos analíticos, en 3 pacientes no pudo relacionarse la CVP con la ADH. De los 4 pacientes HBe+Ag solo 1 seroconvirtió a anti-Hbe y además negativizó el HbsAg. Uno de los 18 pacientes HBe-Ag negativizó el HbsAg sin que se produjera seroconversión. Los dos pacientes que perdieron el HbsAg recibían tratamiento con tenofovir.

Conclusiones: Los pacientes del estudio presentaron en su mayoría adherencia óptima al tratamiento antiviral, lo que se vio reflejado en CVP indetectables. La pérdida del HbsAg se consiguió con el tratamiento con tenofovir, fármaco con el que se consigue mayor porcentaje de seroconversión según las últimas guías. Debido a que se trata de una enfermedad crónica, generalmente asociada a otras co-morbilidades, se debería realizar un seguimiento más exhaustivo de la adherencia al tratamiento. Para ello, deberían validarse tests en este subgrupo de población.

494. USO DE MEDICACIÓN DE SOPORTE EN PACIENTES EN TRATAMIENTO PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

C. Abraira Meriel, A. Colón López de Dicastillo, D. Gómez Gómez, E. Sánchez Acera, A. Illaro Uranga y M. Valero Domínguez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. España.

Objetivos: Describir y evaluar la utilización de medicación de soporte (factores estimulantes de la granulopoyesis y eritropoyesis), fuera de indicación, para conseguir el óptimo beneficio del tratamiento para el virus de la hepatitis C (VHC) en aquellos pacientes que presentan neutropenia y/o anemia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, en un hospital de tercer nivel, desde el 2005 hasta la actualidad de aquellos pacientes que comenzaron con factores estimulantes hematopoyéticos (eritropoyetina y/o filgrastim) mientras estaban en tratamiento con ribavirina y peginterferón. Revisión de los tratamientos prescritos a través de la Prescripción Electrónica Asistida, así como cualquier modificación o suspensión de los mismos. Se revisaron las historias clínicas y se obtuvieron los datos clínicos y analíticos, recogiendo los valores de hemoglobina y neutrófilos al inicio y al final del tratamiento de soporte y calculando la diferencia de ambos valores. También se analizó la respuesta viral sostenida (RVS).

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes siendo el genotipo mayoritario, en 37 pacientes (72%), el tipo 1 y estando 27 pacientes (52,9%) coinfectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Como terapia de soporte, 28 pacientes recibieron eritropoyetina, 13 filgrastim y 10 pacientes recibieron como tratamiento ambos medicamentos. Se observó que, en el caso de los pacientes que utilizaron filgrastim, se obtuvo un aumento en el recuento de neutrófilos en 21 pacientes (91,3%) con una media, de la diferencia de

valores, de 1.238, 5 cel/ μ l (-3.028 cel/ μ l; 9.684 cel/ μ l). En los pacientes que utilizaron eritropoyetinas el aumento de hemoglobina se produjo en 23 pacientes (60,5%) con una media, de la diferencia de valores, de 0,59 g/dl (-1,3 g/dl; 5,3 g/dl). En 21 pacientes (41%) se produjo una modificación del tratamiento para el VHC, siendo necesaria, en 17 de ellos (33%), una reducción de dosis de ribavirina (en el caso de pacientes que necesitaron eritropoyetinas) o de peginterferón (para los pacientes que fueron tratados con filgrastim) que suponía una dosis total menor del 80% de la dosis total idónea. Se produjo una suspensión del tratamiento en 29 pacientes (56%), por efectos adversos en 11 de ellos y en 18 por fracaso terapéutico. Fue necesario, en 9 pacientes (17,6%), aumentar la duración del tratamiento respecto a la recomendada para su genotipo. En 44 pacientes se pudo determinar la carga viral pasados 6 meses de la finalización del tratamiento y se obtuvo una RVS en 23 (52,2%) de ellos frente a 21 pacientes (48,8%) que no la lograron.

Conclusiones: La utilización de factores estimulantes de la hematopoyesis en pacientes tratados para el VHC consiguió mantener los niveles de neutrófilos y hemoglobina durante el tratamiento, especialmente en los pacientes que utilizaron filgrastim. Sin embargo, su uso no consiguió mantener las dosis idóneas de ribavirina y peginterferón en una parte importante de los pacientes, lo que cuestiona su utilidad en estos pacientes, sobre todo teniendo en cuenta su elevado coste y el uso fuera de indicación en ficha técnica.