

20 congreso safh

Congreso Sociedad Andaluza
de Farmacéuticos de Hospitales
y Centros Sociosanitarios

Libro de COMUNICACIONES

El Ejido
14·16
mayo
2025

INNOVACIÓN Y COMPROMISO:
TRANSFORMANDO LA
FARMACIA HOSPITALARIA



safh

Sociedad Andaluza de
Farmacéuticos de Hospitales
y Centros Sociosanitarios

Patrocinan:

REGENERON **sanofi**

SUMARIO

SALUDA	3
COMITÉ DE HONOR	5
COMITÉS	6
PROGRAMA CIENTÍFICO	8
CASOS CLÍNICOS Y COMUNICACIONES	12



**INNOVACIÓN Y COMPROMISO:
TRANSFORMANDO LA
FARMACIA HOSPITALARIA**

ISBN: 978-84-09-71985-3
DEPÓSITO LEGAL: H 155-2025

Patrocinan:

REGENERON **sanofi**

Almería
14-16/05/2025

SALUDA

Estimados compañeros:

En nombre de la Junta Directiva de la SAFH y de los Comités Organizador y Científico del XX Congreso de la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios, es un placer compartir con vosotros los detalles de la celebración del próximo congreso de nuestra especialidad, que tendrá lugar en la provincia de Almería.

Bajo el lema ***“Innovación y Compromiso: Transformando la Farmacia Hospitalaria”***, en este congreso trabajamos con el compromiso que caracteriza a nuestra profesión, y nace con el objetivo puesto en valorar la transformación actual y futura de los diferentes ámbitos profesionales en los que trabajamos, destacando los retos en innovación, tan necesaria para avanzar.

El Ejido, capital del Poniente Almeriense, y este congreso, apuestan por el futuro, con una mirada puesta en la innovación organizativa, terapéutica y tecnológica que nos ayude a alcanzar la excelencia profesional. Para que en estos días de compartir conocimientos y experiencias, la profesión continúe transformándose, en ese continuo periodo de adaptación que nos caracteriza...siempre hacia delante, sin perder de vista los objetivos.

El Ejido: Tierra de compromiso, innovación y transformación. Tierras áridas, donde la supervivencia se convierte en un permanente reto. En el sureste de la Península Ibérica, a orillas del Mar Mediterráneo, Almería, por su situación estratégica abierta al Mediterráneo, ha albergado durante su historia diferentes civilizaciones.

Almería, mar de sensaciones, provincia abierta al mundo, sincera y acogedora, os espera en el XX Congreso de la SAFH en El Ejido, los días 14, 15 y 16 de Mayo de 2025

Juan Enrique Martínez de la Plata
Presidente de la Sociedad Andaluza de
Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios

M^a Ángeles Castro Vida
Presidenta Comité Organizador
XX Congreso SAFH

Francisco Sierra García
Presidente Comité Científico
XX Congreso SAFH



Almería
14-16/05/2025



CASA DE S. M. EL REY

CREDENCIAL

Nº 040/2025

Su Majestad el Rey, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del «**20º CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS (SAFH)**» que, bajo el lema “**Innovación y Compromiso: Transformando la Farmacia Hospitalaria**”, se celebrará en El Ejido (Almería) del 14 al 16 de mayo de 2025.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 14 de febrero de 2025

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY,

SEÑOR PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS (SAFH).

EL EJIDO (Almería)

*Almería*

COMITÉ DE HONOR

S. M. EL REY D. FELIPE VI

EXCMO. SR. D. JUAN MANUEL MORENO BONILLA
PRESIDENTE DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

EXCMA. SRA. MARÍA DEL ROCÍO HERNÁNDEZ SOTO
CONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

ILMO. SR. D. FRANCISCO GÓNGORA CARA
ALCALDE DE EL EJIDO

SRA. DÑA. MARÍA LUISA DEL MORAL LEAL
VICECONSEJERA DE SALUD Y CONSUMO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

SRA. DÑA. CELIA FERNÁNDEZ DELGADO
DIRECTORA GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS EN SALUD

SR. D. EUTIMIO JORGE TERCERO FERNÁNDEZ
SUBDIRECTOR DE PRESTACIONES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

SR. D. JUAN DE LA CRUZ BELMONTE MENA
DELEGADO TERRITORIAL DE SALUD Y CONSUMO DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA EN ALMERÍA

ILMO. SR. D. JAVIER AURELIANO GARCÍA MOLINA
PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALMERÍA

ILMO. SR. D. JOSÉ MARÍA MARTÍN FERNÁNDEZ
SUBDELEGADO DEL GOBIERNO EN ALMERÍA

SRA. DÑA. GEMA MARTÍNEZ SOLER
PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE ALMERÍA

SR. D. PABLO ROMÁN LÓPEZ
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

SR. D. PEDRO J. ACOSTA ROBLES
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PONIENTE

SR. D. MANUEL VIDA GUTIÉRREZ
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

SR. D. JOSÉ MIGUEL MEDINA SIMÓN
DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL LA INMACULADA (HUÉRCAL-OVERA)



COMITÉS

PRESIDENTE DEL CONGRESO

JUAN ENRIQUE MARTÍNEZ DE LA PLATA

COMITÉ CIENTÍFICO

PRESIDENTE

FRANCISCO SIERRA GARCÍA

VOCALES

ALFEREZ GARCÍA, LNMACULADA
AZNAR GARCÍA, MARÍA
BRETONES PEDRINACI, JOSÉ IGNACIO
CANTO MANGANA, JOSÉ
CASAS HIDALGO, INMACULADA
GÁMEZ TORRES, DIEGO
GARCÍA MATILLAS, CARMEN NATIVIDAD
GÁZQUEZ PÉREZ, ROCÍO
GIMENO JORDÁ, MARÍA JOSÉ
GÓMEZ SÁNCHEZ, MARÍA TRINIDAD
JIMÉNEZ CARBELO, NOELIA
JOFRÉ PERALTA, ABRAHÁN
MARTÍNEZ VELASCO, ESTRELLA
MOLINA CUADRADO, EMILIO
MORALES MOLINA, JOSÉ ANTONIO
NIETO GUINDO, PABLO
NIEVAS BAÑOS, ANA BELÉN
ROMERO CARREÑO, ELIA
RUIZ GONZÁLEZ, JOSÉ MANUEL
RUIZ MARTÍN DE VILLODRES, CARLOS
SÁNCHEZ VALERA, MARINA
VERDEJO RECHE, FRANCISCA

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

M^a ÁNGELES CASTRO VIDA

VOCALES

CIFUENTES CABELLO, SUSANA
DÍAZ LÓPEZ, MARÍA GUDelia
FAURA SALAS, ANABEL
GARCÍA AGUILERA, ANA MARÍA
HERRERA EXPÓSITO, MACARENA
MARTÍN MIRA, MERCEDES
MARTOS ROSA, ALBA
ROMÁN MÁRQUEZ, EVA L
URDA ROMACHO, JOAQUÍN L



Almería

**RESOLUCIÓN DE LA SECRETARÍA GENERAL DE SALUD PÚBLICA E I+D+i EN SALUD POR LA QUE SE
RESUELVE SOLICITUD RECONOCIMIENTO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO****HECHOS**

ÚNICO.- Con fecha 23 de enero de 2025, la entidad **SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACIA HOSPITALARIA** presenta la solicitud y documentación correspondientes al objeto de formular la solicitud de Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario respecto de la actividad:

“XX Congreso de la Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria”

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- La Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud es competente para resolver en virtud de las facultades que le han sido atribuidas por el artículo 5 del Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo.

SEGUNDO.- Examinada la memoria y objetivos, así como el programa de la actividad presentados por la entidad organizadora, se considera que se ajusta a lo establecido en la Orden de 2 de octubre de 1997 (BOJA nº 120 de 14/10/1997).

Visto los antecedentes expuestos, la normativa citada y demás preceptos legales de general y pertinente aplicación,

RESUELVE

CONCEDER el **Reconocimiento de Interés Científico-Sanitario** respecto de la actividad:

“XX Congreso de la Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria”

Contra la presente resolución, que no pone fin a la vía administrativa, podrá interponer recurso de alzada ante la Viceconsejería de Salud y Consumo en el plazo de un mes contado desde el día siguiente al de su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En Sevilla, a la fecha de la firma

LA SECRETARIA GENERAL

Áurea Morillo García

Exp. 005CS25



Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de una copia de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN			
FIRMADO POR	AUREA MORILLO GARCIA	14/04/2025	
VERIFICACIÓN	Pk2jmSSW84WJR6J4DKL79EW5D82FVR	PÁG. 1/1	



PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

09:30-14:00 CURSO PRECONGRESO - HABLAR EN PÚBLICO SIN TEMORES

Eva Juncosa Pexegueiro - *Consultora de desarrollo organizacional. Coach de Equipos.*

09:30-09:45 **Presentación: El arte de hablar en público**

09:45-11:45 **Comunicación interpersonal. Ser un buen puente: entender y explicarse bien**

11:45-12:15 **Descanso - Café**

12:15-14:00 **Comunicación en un grupo o audiencia**

10:00-17:30 CURSO ESPECÍFICO PARA JEFES DE SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

16:00-17:30 MESA DE TÉCNICOS ESPECIALISTAS EN FARMACIA - COMPROMISO Y PAPEL DEL TF EN LA IMPLANTACIÓN DE INNOVACIÓN EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

Modera: M^a Ángeles Castro Vida - *Jefa de Servicio Farmacia. H.U. Poniente, El Ejido, Almería.*

Papel de los TF en la transformación de la Farmacia Hospitalaria. Pasado, presente y futuro

Mario García Gil - *Jefe de Servicio de Farmacia del H.U. Fuenlabrada y Presidente de la SMFH.*

Compromiso y Liderazgo del TF en la formación de profesionales sanitarios

Carmen M^a Hierro Pedrosa - *Técnico de Farmacia. Coordinadora de la Unidad de Gestión Clínica Interniveles del H.U. Poniente, El Ejido, Almería.*

Mesa Debate: Presente y futuro del desarrollo profesional del técnico en Farmacia Hospitalaria

Begoña Tortajada - *Jefa de Servicio de Farmacia. H.U.R. de Málaga y Delegada en Andalucía de la SEFH.*

Mario García Gil - *Jefe de Servicio de Farmacia del H.U. Fuenlabrada y Presidente de la SMFH.*

Carmen M^a Hierro Pedrosa - *Técnico de Farmacia. Coordinadora de la Unidad de Gestión Clínica Interniveles del H.U. de Poniente, El Ejido, Almería.*

17:30-18:00 SIMPOSIO TECNOLÓGICO - USO SEGURO DEL MEDICAMENTO

BRAUN MEDICAL

Automatización en la elaboración de Nutrición Parenteral: ¿Futuro o Presente en la Farmacia Hospitalaria?

Amelia Chica Marchal - *Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Adjunta al Servicio Farmacia del H.U. Santa Lucía, Cartagena.*

18:00-18:30 MEJORES COMUNICACIONES DE TÉCNICOS DE FARMACIA

Presentación de las 5 mejores comunicaciones. Premio a la mejor comunicación.

Modera: José Manuel Ruiz González - *Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital la Inmaculada, Huercal-Overa, Almería.*

20:15 ACTO INAUGURAL INSTITUCIONAL - CASTILLO DE GUARDIAS VIEJAS

JUEVES 15 DE MAYO

09:00-09:50 SIMPOSIO 1 - INNOVACIÓN Y COMPROMISO EN LAS ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS

ROCHE

Modera: M^a Ángeles Castro Vida - *Jefa de Servicio Farmacia. H.U. Poniente, El Ejido, Almería.*

Ponentes

Saturnino Gismero Moreno - *Servicio de Oftalmología. H.U. Costa del Sol, Marbella, Málaga.*

Pablo Quintero García - *Servicio de Farmacia. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla.*

Néstor Guerra Escotado - *Consultor en Innovación y Tecnología.*



- 10:00-11:00 MESA 1 - INVESTIGACIÓN EN SALUD: APLICACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS**
Modera: José Antonio Morales Molina - *UGC Farmacia. Responsable de la Unidad de Investigación Biomédica. H.U. Torrecárdenas, Almería.*
Utilidad de la IA en la investigación en salud
 Antonio Jesús Fernández García - *Ingeniero Informático. Profesor Titular de la Universidad de Almería. Fundador de la empresa Alborada Ingeniería Tecnológica.*
Utilidad de la ciencia de datos aplicada a la investigación en salud
 Juan Manuel García Torrecillas - *Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador del Área Clínico Epidemiológica. Unidad de Investigación Biomédica. H.U. Torrecárdenas, Almería.*
Aplicabilidad de la innovación en salud
 Pablo Álvarez Aránega - *Ingeniero Industrial. Responsable de la Unidad de Innovación y Transferencia. FIBAO.*
- 11:00-11:30 DESCANSO - CAFÉ**
- 11:30-12:30 CONFERENCIA INAUGURAL**
- 12:30-14:00 MESA 2 - PAPEL DE LOS DIFERENTES ACTORES, FARMACÉUTICO, CLÍNICO, PACIENTE Y ADMINISTRACIÓN, EN LA TRANSFORMACIÓN DEL MANEJO DE ENFERMEDADES RARAS**
Modera: Susana Cifuentes Cabello - *Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. H.U. Torrecárdenas, Almería.*
La voz de la administración. Diagnóstico temprano y coordinación asistencial
 Javier Blasco Alonso - *Coordinador del Plan de Atención a Personas afectadas con Enfermedades Raras de Andalucía.*
La voz del paciente: Evolución del tratamiento del angioedema hereditario desde la perspectiva del paciente
 Francisco Sánchez Hernández - *Enfermero y Paciente. H.U. Torrecárdenas, Almería.*
Un caso concreto: la voz del farmacéutico. Psoriasis pustulosa
 Emilio Molina Cuadrado - *Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. H.U. Torrecárdenas, Almería.*
Mejoras de la ruta asistencial en pacientes con enfermedades raras. Ejemplo de éxito basado en la multidisciplinariedad en oftalmopatía tiroidea
 Santiago Ortiz-Pérez - *Director de la Unidad de Gestión Clínica de Oftalmología. H.U. Virgen de las Nieves, Granada.*
- 14:00-15:30 ALMUERZO DE TRABAJO**
- 15:30-16:30 SIMPOSIO 2 - ABORDAJE DE LA MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA. INHIBIDORES DEL C5 COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE LA MGG**
ALEXION
Modera: Rocío Asensi Díez - *Adjunta al Servicio de Farmacia del H.U.R. de Málaga.*
Ponentes
 María José Morales Lara - *Adjunta al Servicio de Farmacia del H.U.R. de Málaga.*
 Javier Gómez Izquierdo - *Médico adjunto al Servicio de Neurología (Unidad de Neuromuscular). H.U. Virgen del Rocío, Sevilla.*
- 16:30-17:30 MESA 3 - NUTRI-ON. ¿QUÉ APORTAMOS? ¿INNOVAMOS? COMPROMISO DEL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL EN ANDALUCÍA EN NUTRICIÓN CLÍNICA**
Modera: Juan Enrique Martínez de la Plata - *Jefe de sección H.U. Clínico San Cecilio de Granada. Presidente SAFH.*
Farmacia Hospitalaria en Andalucía y Nutrición Clínica. Experiencias pioneras
 Vicente Faus Felipe - *Jefe de Servicio de Farmacia. H.U. Costa del Sol, Marbella, Málaga.*
 Jimena Abilés Osinaga - *Doctora en Nutrición y Dietética.*
Oportunidades y Retos para el farmacéutico de hospital en Nutrición: Prehabilitación
 José Canto Mangana - *Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. H.U. Poniente, El Ejido, Almería. Board Certified Nutrition Support Pharmacist (BCNSP).*



VIERNES 16 DE MAYO

8:20-09:20 SIMPOSIO 3 - LA TRANSFORMACIÓN DEL MIELOMA MÚLTIPLE: SOLUCIONES INNOVADORAS DESDE LA FARMACIA HOSPITALARIA**PFIZER**

Moderador: José Antonio Marcos Rodríguez - *Servicio de Farmacia Hospitalaria. H.U. Virgen de la Macarena, Sevilla.*

Bienvenida e Introducción - Mieloma Múltiple: ¿Camino hacia la curación?

José Antonio Marcos Rodríguez - *Servicio de Farmacia Hospitalaria. H.U. Virgen de la Macarena, Sevilla.*

La irrupción de nuevas terapias en el Mieloma Múltiple - Elrexfio como innovación en el paciente Triple Expuesto (TCE)

Francisco Javier Capote Huelva - *Hematólogo. H.U. Puerta del Mar, Cádiz.*

El impacto del tratamiento del Mieloma Múltiple en la gestión farmacéutica: ¿podemos ser más eficientes?

Pablo Nieto Guindo - *H.U. Torrecárdenas, Almería.*

Mesa de debate

José Antonio Marcos Rodríguez - *Servicio de Farmacia Hospitalaria. H.U. Virgen de la Macarena, Sevilla.*

Francisco Javier Capote Huelva - *Hematólogo. H.U. Puerta del Mar, Cádiz.*

Pablo Nieto Guindo - *H.U. Torrecárdenas, Almería.*

9:30-10:45 MESA 4 - AVANCES EN LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS: INNOVANDO PARA PREVENIR RESISTENCIAS**Moderador:**

Eva L. Román Márquez - *FEA en Farmacia Hospitalaria.*

Alba Martos Rosa - *FEA en Farmacia Hospitalaria.*

Innovación digital de apoyo a los equipos PROA

María Núñez-Núñez - *FEA en Farmacia Hospitalaria. H.U. Clínico San Cecilio, Granada.*

Papel de FH en el PROAped. Indicadores de consumo en Pediatría

M^a Goretti López Ramos - *FEA en Farmacia Hospitalaria. Board-Certified Pediatric Pharmacy Specialist (BCPPS). Equipo PROA-SJD Servicio de Farmacia Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.*

Certifica PROA + appPROA: proceso de certificación a tiempo real

M^a Ángeles Esteban Moreno - *Facultativo especialista en Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas. Grupo PROA. Servicio de Enfermedades Infecciosas H.U. Torrecárdenas, Almería.*

Atención multidisciplinar en el tratamiento de enfermedades tropicales importadas.**Papel del farmacéutico de hospital**

Joaquín Salas Coronas - *Facultativo especialista en Medicina Interna. Experto en Medicina Tropical. Universidad de Almería. H.U. Poniente, El Ejido, Almería.*

10:45-11:15 DESCANSO – CAFÉ**11:15-11:45 ASAMBLEA DE LA SAFH****11:45-12:00 RECONOCIMIENTO SAFH A LA TRAYECTORIA PROFESIONAL****12:15-13:15 MESA 5 - SALUD METABÓLICA**

Moderador: Francisco Sierra García - *Jefe de Servicio de Farmacia. H.U. Torrecárdenas, Almería.*

Obesidad ¿La nueva pandemia?

Francisco J. Tinahones Madueño - *Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición del H.U. Virgen de la Victoria de Málaga. Director Científico de IBIMA.*

Prescripción de actividad física en pacientes con riesgo cardiovascular

Blanca Gavilán Carrera - *Graduada en ciencias del Deporte. Doctora en Biomedicina. Profesora Ayudante. Doctora e Investigadora vinculada al Servicio de Medicina Interna del H.U. Virgen de las Nieves, Granada.*

Presente y futuro de los fármacos incretínicos

Pedro Mezquita Raya - *Jefe de Servicio de Endocrino y Nutrición. H.U. Torrecárdenas, Almería. Investigador de ensayos clínicos.*



13:15-14:15 MESA 6 - DEBATE CON EXPERTOS. ATENCIÓN Y PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

Modera: Pedro Acosta Robles - *Director Gerente H.U. Poniente, El Ejido, Almería.*

Ponentes

Eutimio Tercero Fernández - *Subdirector de Farmacia y Prestaciones. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.*

Pedro Andrés Padilla Pérez - *Director de CRPM "El Zapillo".*

Juan Enrique Martínez de la Plata - *Jefe de sección H.U. Clínico San Cecilio de Granada. Presidente SAFH.*

14:15-14:30 ACTO INSTITUCIONAL DE CLAUSURA

14:30-16:00 ALMUERZO DE TRABAJO

16:00-16:55 SIMPOSIO 4 - REDEFINIENDO EL CÁNCER DE PULMÓN: AVANCES EN ONCOLOGÍA DE PRECISIÓN EN CPM Y CPNM

ASTRAZENECA

Modera: Francisco Sierra García - *Jefe de Servicio de Farmacia. H.U. Torrecárdenas, Almería.*

Cáncer de pulmón microcítico y no microcítico: patología e impacto en el paciente

Manuel Cobo Dols - *Servicio de Oncología. H.U.R. de Málaga.*

Terapias dirigidas en cáncer de pulmón no microcítico

José Antonio Marcos Rodríguez - *Servicio de Farmacia Hospitalaria. H.U. Virgen de la Macarena, Sevilla.*

Rol de la inmunoterapia en cáncer de pulmón microcítico

Margarita Garrido Siles - *Servicio de Farmacia Hospitalaria. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga.*

17:00-18:30 PRESENTACIÓN DE LAS MEJORES COMUNICACIONES ORALES Y MEJORES CASOS CLÍNICOS

Emilio Molina Cuadrado - *Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. H.U. Torrecárdenas, Almería.*

Joaquín Urda Romacho - *Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. H.U. Poniente, El Ejido, Almería.*



Almería
14-16/05/2025

COMUNICACIONES Y CASOS CLÍNICOS



Almería

14-16/05/2025

SUMARIO

COMUNICACIONES DE FARMACÉUTICOS

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

2. ATEZOLIZUMAB EN CÁNCER UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO: FACTORES DE MAL PRONÓSTICO, EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....19

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

4. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL19

CLASIFICACIÓN: TERAPIAS AVANZADAS

5. REAL-WORLD DATA DE TERAPIAS CON LINFOCITOS T CON RECEPTOR DE ANTÍGENO QUIMÉRICO (CAR-T)20

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

6. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA21

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

7. RESULTADOS Y EXPERIENCIA DE USO DE DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.....22

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

8. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE TOXICIDAD DEL CARFILZOMIB EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE23

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

9. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DURVALUMAB EN FUNCIÓN DE LA EXPRESIÓN DE PD-L1.....23

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

11. ESKETAMINA INTRANASAL EN TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. ¿EFICAZ EN TODA LA POBLACIÓN?.....24

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

14. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN: ¿MERECE LA PENA EL SALTO?25

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

15. INCIDENCIA DE NEUMONITIS INMUNOMEDIADA EN PACIENTES TRATADOS CON TRASTUZUMAB DERUXTECÁN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL25

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

16. SESGO DE GÉNERO EN ENSAYOS CLÍNICOS DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO 1 SIMILAR AL GLUCAGÓN EN DIABETES-2: REVISIÓN SISTEMÁTICA26

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

18. ANÁLISIS DE LA TERAPIA INTRATECAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR.....27

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

19. INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON ABEMACICLIB28

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

21. PERSISTENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB EN PSORIASIS MODERADA- GRAVE28

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

22. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN Y VISADO DE APIXABÁN29

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES AMBULANTES

26. EXPERIENCIA CON BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA30



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

29. EVALUACIÓN DEL AJUSTE DE DOSIS DE ENOXAPARINA SÓDICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA REAL	31
---	-----------

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

35. USO DE UN SELLADO DE SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIM EN UNA BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CATÉTER POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA.	31
---	-----------

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

37. ANÁLISIS DEL USO DE USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	32
---	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

38. EFECTOS ADVERSOS INMUNORRELACIONADOS ASOCIADOS A PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO.	33
--	-----------

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

40. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍAS COMPLEJAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA.....	34
--	-----------

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

41. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ESKETAMINA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: RESULTADOS EN SALUD	34
---	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

42. EXPERIENCIA DE USO DE FOSTAMATINIB: ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL	35
--	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES AMBULANTES

43. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES CON POLIPOSIS NASAL EN TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB.....	36
--	-----------

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

44. IMPACTO DE LAS CÁPSULAS DE LEVAMISOL COMO FÓRMULA MAGISTRAL PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICODEPENDIENTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	37
--	-----------

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

46. FORMULACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL TEST MINOR COMO COADYUVANTE DEL DIAGNÓSTICO EN EL SÍNDROME DE FREY	38
---	-----------

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

49. EVOLUCIÓN DE LA DOSIS Y PERFIL DE SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CDK4/6 RIBOCICLIB, PALBOCICLIB Y ABEMACICLIB EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL.	38
--	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

50. ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA EN ASMA GRAVE Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS.....	39
--	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

51. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL GRAVE REFRACTARIA	40
--	-----------

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

52. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ADALIMUMAB Y RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA	41
---	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

55. EFICACIA Y SEGURIDAD DE CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINA INTRAMUSCULAR. DATOS EN VIDA REAL..	42
---	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

57. PANITUMUMAB E HIPOMAGNESEMIA. FORMA DE PREVENCIÓN.....	43
---	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

58. ANÁLISIS DEL CAMBIO A FUMARATO DE DIROXIMEL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE	43
--	-----------



CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

59. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN LENVATINIB Y PEMBROLIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO AVANZADO.....	44
--	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

61. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SORAFENIB EN LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA.....	45
---	----

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

62. EVALUACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS SEGÚN NUEVO PROTOCOLO AUTONÓMICO DE REFERENCIA	46
--	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

63. APLICACIÓN DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN EN PACIENTES CON NEOPLASIAS ONCO-HEMATOLÓGICAS AL PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA.....	47
---	----

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

64. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA	47
---	----

CLASIFICACIÓN: TERAPIAS AVANZADAS

65. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ECUZUMAB OFF- LABEL EN EL RECHAZO AGUDO HUMORAL EN TRASPLANTE RENAL.	48
--	----

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

67. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN EN LAS PRESCRIPCIONES DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA A LAS CONDICIONES DE FINANCIACIÓN A TRAVÉS DEL VISADO	49
---	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

70. PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DEL FILGOTINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE	50
--	----

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

71. SEGURIDAD DE ATOGEPANT EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA	51
--	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

72. IMPACTO DE LA ARGIPRESINA EN EL MANEJO DEL SHOCK EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	51
---	----

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

74. EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL COMO GARANTE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR.....	52
--	----

CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

75. EVALUACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ACTIVOS EN 2025 DESDE LA PERSPECTIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA	53
--	----

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

76. ANÁLISIS DE ALERGIAS A BETALACTÁMICOS: PROYECTO DESETIQUETA TU ALERGIA	53
--	----

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

77. ADECUACIÓN A LAS CONDICIONES DE FINANCIACIÓN DE PRESCRIPCIONES DE RIMEGEPANT Y ATOGEPANT PARA PROFILAXIS DE MIGRAÑA	54
---	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

79. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y ANÁLISIS DE SEGURIDAD TRAS EL CAMBIO DE ATEZOLIZUMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO	55
---	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

80. EXPERIENCIA CON ATEZOLIZUMAB MÁS BEVACIZUMAB EN CARCINOMA HEPATOCELULAR.....	56
--	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

81. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN DEL VIH Y DE LOS POSIBLES FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE.....	56
---	----

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

82. IMPACTO DE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN CENTRO SOCIOSANITARIO EN LA REDUCCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS.....	57
--	----



CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

84. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE RESCATE CON EPTINEZUMAB FRENTE A MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA A OTROS FÁRMACOS ANTI-CGRP.58

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

86. IMPACTO DE TEDIZOLID EN LA PLAQUETOPENIA: ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD HEMATOLÓGICA..59

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

87. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DETECCIÓN INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT60

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

88. RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO PROA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL: CAMBIANDO TENDENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS HOSPITALARIOS61

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

89. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE VOSOROTIDE EN PEDIATRÍA: DATOS EN VIDA REAL.....62

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

91. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES Y POSIBLES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO62

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

93. BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL63

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

95. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE REGISTRO DE ALERGIAS EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA (PRISMA)64

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

97. EXPERIENCIA DE USO DE MARIBAVIR EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL Y CITOMEGALOVIRUS65

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

98. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO CON PDL-1 SUPERIOR AL 50%.66

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

99. SEGURIDAD EN VIDA REAL DE ABEMACICLIB PARA EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ EN COMBINACIÓN CON HORMONOTERAPIA.66

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

100. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO BEMPEDOICO EN VIDA REAL67

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

102. UTILIZAR LA EXPERIENCIA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN URGENCIAS: ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y PRIORIZACIÓN DE GRUPOS TERAPÉUTICOS.68

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

106. ADECUACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA A LAS GUÍAS DE LA INTERNATIONAL DISEASE SOCIETY OF AMERICA.....69

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

107. FORMULACIÓN DE CREMA DE LOSARTÁN 0.2% PARA ESCLERODERMIA EN ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA EL HUÉSPED.....69

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

108. ANÁLISIS DE FRECUENCIAS ALÉLICAS POBLACIONALES EN POLIMORFISMOS DE DPYD Y UGT1A1 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL70

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

109. EVOLUCIÓN DEL USO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM TRAS LA CONSOLIDACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS (PROA)71

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

111. RISDIPLAM EN ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	72
--	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

112. ANÁLISIS DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON LORLATINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.....	73
--	-----------

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

113. COMPARACION DE FINANCIACION DE FORMULAS MAGISTRALES PEDIATRICAS EN DISTINTAS COMUNIDADES AUTONOMAS	73
--	-----------

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES AMBULANTES

114. RESULTADOS EN SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN EL CAMBIO DE USTEKINUMAB SUBCUTÁNEO STELARA® A UTEKINUMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS	75
---	-----------

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

115. "EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN ÁREA DE SALUD: UN ENFOQUE SEGÚN LA GUÍA AWARE"	75
--	-----------

COMUNICACIONES DE TÉCNICOS

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

73. IMPACTO ECONÓMICO DE UN PROTOCOLO DE FRACCIONAMIENTO DE MAVACAMTEN	77
---	-----------

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

90. IMPLANTANDO MEJORAS PARA LA SEGURIDAD: ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN.	77
--	-----------

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

92. SYMBALOO: RECURSOS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS	78
--	-----------

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

94. MORFINA. COMO EVITAR EVENTOS ADVERSOS DESDE FARMACIA.....	79
--	-----------

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

96. SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN: UBICACIÓN ESTÁTICA	79
---	-----------

CASOS CLÍNICOS

1. BROTE PSORIÁSICO POR PEMBROLIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	81
---	-----------

10. TOCILIZUMAB EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: ANÁLISIS DE UN CASO	83
--	-----------

12. A PROPÓSITO DE UN CASO: MYCOBACTERIUM AVIUM MULTIRRESISTENTE EN PACIENTE VIH POSITIVO.....	84
---	-----------

17. BEVACIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE ANGIODISPLASIA GASTROINTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO	87
---	-----------

34. HIPEROXALURIA PRIMARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO	90
--	-----------

39. MANEJO DE LA INTOXICACIÓN SEVERA POR DABIGATRÁN CON DOSIS REPETIDAS DE IDARUCIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO	94
--	-----------

47. CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL MANEJO DE LA PROCTITIS ACTÍNICA	96
--	-----------

56. COMPLEJIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO A AMIODARONA: A PROPÓSITO DE UN CASO	99
--	-----------

69. MANEJO MUTIDISCIPLINAR DE LA HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEVERO	102
---	------------



78. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN DE FENITOÍNA EN SITUACIONES DE HIPOALBUMINEMIA Y POLITERAPIA	104
101. MANEJO TERAPÉUTICO DE LA CALCIFILAXIS NO URÉMICA CON TIOSULFATO SÓDICO E ILOPROST: A PROPÓSITO DE UN CASO	106
105. ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL: MANEJO TERAPÉUTICO CON NALTREXONA A PROPÓSITO DE UN CASO	108
118. FORMULACIÓN MAGISTRAL TÓPICA DE LOVASTATINA Y COLESTEROL AL 2% PARA EL TRATAMIENTO DE LA POROQUERATOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO	110

COMUNICACIONES DE FARMACÉUTICOS

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

2. ATEZOLIZUMAB EN CÁNCER UROTELIAL LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO: FACTORES DE MAL PRONÓSTICO, EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

ZAMBRANO CROCHE MD; GRAGERA GÓMEZ M; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; NAVARRO RUIZ Á; TORRES ZARAGOZA L; SUÁREZ MORILLAS MA; MARTÍNEZ ORTEGA L

OBJETIVOS

Atezolizumab está indicado para el carcinoma urotelial (CU) localmente avanzado o metastásico después de quimioterapia con platino o en primera línea en no aptos a platino.

Como modelos predictivos de mal pronóstico en CU, se encuentran ya establecidos el de Bajorin et al (en primera línea), o el modelo de Bellmunt et al (tras fracaso con platino). Aunque en estos últimos años se han intentado desarrollar nuevos modelos en los que tienen en cuenta más variables, por ejemplo, el de Bamias et al, 2023.

El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad de atezolizumab en CU y la asociación entre los posibles factores pronósticos y la mediana de supervivencia global (mSG).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de la eficacia, seguridad y factores de mal pronóstico de atezolizumab en CU avanzado o metastásico en un hospital de tercer nivel desde enero de 2018 hasta marzo de 2024.

Las variables recogidas fueron: sexo, edad, indicación, quimioterapia previa y fecha de finalización, fecha de inicio y fin de atezolizumab, efectos adversos que obligasen a interrumpir o parar tratamiento. En cuanto a las variables recogidas consideradas como factores de riesgo, se tomaron las señaladas por el modelo de Bamias et al: valores altos de fosfatasa alcalina, metástasis hepática y ósea, tiempo desde última quimioterapia < 6 meses, ECOG>1 y Hb<10 g/dL. Los datos fueron recopilados de la historia clínica y del programa de ambulantes Farmatools®.

Se calculó la mSG total, y la de los diferentes subgrupos. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS®.

RESULTADOS

Se analizaron 31 pacientes, de los cuales 3 fueron eliminados del estudio por haber recibido anteriormente inmunoterapia o ser la indicación de atezolizumab la de 1ª línea. El resto de pacientes (28) recibieron quimioterapia previa a atezolizumab. La mediana de edad fue de 69 (36-85) años, siendo el 78.6 % hombres. Los subgrupos creados fueron los siguientes (según número de factores de riesgo): bajo (0-1), intermedio (2), alto (3-4), y muy alto riesgo (5-7). El número de pacientes pertenecientes a los mismos respectivamente fue: 6, 6, 13, y 3.

La mSG total fue de 2,6 meses (IC 95%: 0.92-4.28). En el análisis por subgrupos la mSG en meses fue de 11.27 (IC95%: 8.44-14.1), 2.2 (IC95%: 1.43-2.97), 2.6 (IC95%: 0-5.5) y 0.83 (IC95%: 0-1.79) para bajo, intermedio, alto y muy alto riesgo respectivamente con una p=0.018.

En cuanto a la seguridad cabe destacar dos casos de colitis inmunomediada que obligó a parar tratamiento y un caso de síndrome de lisis tumoral que fue exitus.

CONCLUSIONES

En nuestros resultados la mSG total fue menor que en el ensayo IMvigor 211 (2.6 vs 11.1 meses). Sin embargo, en el subgrupo de bajo riesgo la mSG fue similar, 11.27 meses.

Se observó una diferencia significativa en la mSG según subgrupos de riesgo. Aunque el subgrupo intermedio obtuvo una mSG ligeramente inferior que el subgrupo de alto riesgo. Hay que tener en cuenta el pequeño tamaño de la muestra y que este no fue homogéneo en los diferentes subgrupos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

4. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DEL USO DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS REALIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

RODRÍGUEZ-DE FRANCISCO L; SUÁREZ-CASILLAS P; GUISADO-GIL AB; JARAMILLO-RUIZ D; PÉREZ-PERIANÉZ F; VERDE-PARRA A



OBJETIVOS

La profilaxis antibiótica es una medida que ha demostrado disminuir la frecuencia de las infecciones del lecho quirúrgico. No obstante, tan importante como la aplicación de la profilaxis es la no administración de la misma en aquellos procedimientos quirúrgicos donde ésta no está indicada, así como la elección del antimicrobiano correcto, dosis, momento de administración de la primera dosis y la duración.

El objetivo del trabajo fue evaluar la adecuación del uso de profilaxis antibiótica en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional retrospectivo y multicéntrico. La población diana de este estudio son los pacientes adultos y pediátricos que se someten a una cirugía. Quedarán excluidas las cirugías oftalmológicas, cirugías dermatológicas y plásticas y las cirugías para implantación de catéteres vasculares centrales, en las que la administración de profilaxis antibiótica quirúrgica por vía sistémica es muy infrecuente.

Se recogieron los siguientes datos demográficos y clínicos de los pacientes: sexo, edad, tipo de cirugía (urgente o programada/ambulante o en régimen de hospitalización), tipo de procedimiento, duración de la cirugía, antecedente de alergia a antimicrobiano, y función renal.

La evaluación de la adecuación del uso de profilaxis antibiótica se realizará en base al "Documento de consenso de la SEIMC y de la AEC en profilaxis antibiótica en cirugía"¹ según los siguientes ítems: indicación de la profilaxis, antimicrobiano, dosis, vía de administración, timing, duración de la profilaxis.

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes, 26 mujeres. La edad media fue de 64 años (RIQ: 29). Solo hubo un caso de cirugía urgente y el 95,2% requirió hospitalización. Los tipos de procedimientos quirúrgicos fueron: general-digestivo 11 (26,2%), traumatología 10 (23,8%), urología 5 (11,9%), ginecología-obstetricia 4 (9,5%), otorrinolaringología 3 (7,1%), maxilofacial, pediátrica, angiología y vascular 2 (4,8%) respectivamente, y cirugía torácica, cardíaca y neurológica 1 (2,4%) caso cada una. La duración media de la cirugía fue de 51 minutos. Un paciente era alérgico a las penicilinas, y todos los pacientes tenían función renal normal. La adecuación de la indicación de la profilaxis fue del 66,7% (28 pacientes). 38 recibieron profilaxis: 21 cefazolina, 16 amoxicilina-ácido clavulánico y 4 otros (cefuroxima, vancomicina, clindamicina).

	Apropiado, N (%)	Inadecuado, N (%)	Ausencia de datos, N (%)
Antimicrobiano	25 (65,8)	13 (34,2)	0 (0)
Dosis	28 (73,7)	10 (26,3)	0 (0)
Vía de administración	30 (79,0)	8 (21,1)	0 (0)
Momento de administración	5 (13,2)	10 (26,3)	23 (60,5)
Duración	15 (39,5)	21 (55,3)	2 (5,3)

CONCLUSIONES

Aunque la indicación de la profilaxis, la selección del antimicrobiano, la dosis y la vía de administración fueron moderadamente adecuadas, aspectos críticos como el momento de administración y la duración de la profilaxis mostraron tasas de adecuación más bajas. La auditoría de la adecuación de la profilaxis antibiótica quirúrgica resalta la necesidad de implementar medidas para optimizar el uso de antimicrobianos en este entorno.

¹Del Toro López MD et al. Resumen ejecutivo del Documento de Consenso de la SEIMC y AEC en profilaxis antibiótica en cirugía. Cir Esp (Engl Ed). 2021;99(1):11-26.

CLASIFICACIÓN: TERAPIAS AVANZADAS

5. REAL-WORLD DATA DE TERAPIAS CON LINFOCITOS T CON RECEPTOR DE ANTÍGENO QUIMÉRICO (CAR-T)

AUTORES

MESA EXPÓSITO R

OBJETIVOS

El uso de células T con receptor de antígeno quimérico (CAR-T) dirigidas al CD19 está transformando el panorama terapéutico, logrando altas tasas de respuesta. Sin embargo, presentan un nuevo perfil de toxicidad, relacionado



con la hiperactivación de las células T, entre los que destacan, el síndrome de liberación de citocinas (CRS) y el síndrome de neurotoxicidad asociada a células efectoras inmunitarias (ICANS).

El propósito de este estudio fue evaluar la eficacia y el perfil de toxicidad de las terapias con células CAR-T en una cohorte de pacientes de la vida real. El objetivo principal del estudio fue la tasa de respuesta global (ORR) y respuesta completa (CR) a los 3 y 18 meses. Los objetivos secundarios fueron la supervivencia global (OS) y la seguridad, determinadas por la incidencia de eventos adversos (EA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes infundidos con terapias CAR-T anti-CD19 fuera de ensayos clínicos, en nuestra Comunidad entre el 01/01/2019 y el 31/12/2023. Se recogieron diferentes variables descriptivas del paciente, su patología y tratamientos.

RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes (edad media 57 años (14-74), 33,3% mujeres), 94,4% tratados por linfomas B y 5,6% por leucemias linfoblásticas agudas. Finalmente, sólo 27 pacientes recibieron la infusión, ya que 9 pacientes fallecieron antes de su administración. El 86,1% recibió axicabtagene ciloleucel y el 13,9% tisagenlecleucel. Todos los pacientes tenían ECOG 0-1 y habían recibido al menos 2 líneas de tratamiento previas. La ORR a los 3 meses fue del 51,9% y del 17,4% a los 18 meses, con una RC del 44,4% y del 17,4% a los 3 y 18 meses respectivamente. La SG fue del 85,2% a los 3 meses y del 52,2% a los 18 meses.

En cuanto a los EA, 24 (88,9%) pacientes sufrieron CRS (1 de ellos grados 3-4) y 12 (44,4%) ICANS (4 de ellos grados 3-4). La proporción de CRS fue significativamente mayor, por otro lado, la probabilidad de que fuera grado 3-4 fue significativamente mayor para ICANS que para CRS. En cuanto a los tratamientos empleados, el 48,2% de los pacientes recibieron tocilizumab y el 29,6% corticoides.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo anterior, concluimos que nuestro estudio de vida real se alinea con los resultados de los ensayos clínicos pivotaes. Tras la infusión de un CAR-T, era más probable que se produjera un SRC que un ICANS, pero, en caso de producirse, era más probable que el ICANS fuera más grave. Los farmacéuticos hospitalarios deben seguir generando conocimiento sobre estas nuevas terapias en la vida real para mejorar la eficacia y la seguridad, centrándose principalmente en el manejo de los EA de clase.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

6. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS BIOSIMILARES EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA

AUTORES

MESA EXPÓSITO R

OBJETIVOS

Desde que se autorizó el primer medicamento biosimilar, las agencias de medicamentos han promovido su uso. Si bien, la intercambiabilidad o el cambio, son competencias de cada país, generando disparidad en su uso.

Un acuerdo marco es una forma de racionalización técnica de la Contratación Centralizada que consiste en preestablecer una serie de condiciones o términos que serán comunes a todos los contratos basados en este convenio marco. Este sistema permite una gestión más sencilla de los controles para facilitar el alta de los organismos y entidades, así como de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales.

El propósito de este estudio fue evaluar la adherencia en la prescripción y el impacto económico de la implementación en 2019 de la Compra Centralizada de medicamentos biosimilares (adalimumab, infliximab y trastuzumab) en 9 hospitales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo en dos períodos: 2018 (período previo a la implantación) y 2020-2021 (período posterior a la implantación). Se utilizó la base de datos SAP HANA para la ubicación y recolección de datos: costos y unidades compradas de los diferentes biosimilares de adalimumab, infliximab y trastuzumab. También se evaluó el porcentaje de cumplimiento del contrato marco por parte de cada hospital.

RESULTADOS

La siguiente tabla muestra el costo total de las compras de adalimumab, infliximab y trastuzumab, durante 2018 (período preimplantación), 2020-2021 (período postimplantación), así como el total de unidades compradas y el costo promedio por unidad.



	2018	2020	2021
Coste total (€)	14.476.989,1	8.745.917,26	8.699.020,98
Total de unidades compradas (jeringa/vial)	33.662	57.641	64.522
Coste medio (€)/ unidad (jeringa/vial)	430,07	151,73	134,82

Según los datos, la reducción del coste medio unitario fue del 64,72% en 2020 y del 68,25% en 2021. En términos monetarios, este ahorro supuso una reducción directa del coste de 5.731.071,84€ en 2020 y 5.777.968,02€ en 2021. Además, el ahorro estimado respecto a 2018 se calculó en 16.043.747,61€ en 2020 y 19.049.955,56€ en 2021.

La compra del biosimilar al primer ganador del concurso por parte de los hospitales fue del 71,03% en 2020 y del 77,49% en 2021. Por tanto, según los datos extraídos, se ha constatado que a mayor cumplimiento en el acuerdo marco, se consigue un mayor ahorro económico.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta lo anterior, concluimos que los procedimientos centralizados de compra de medicamentos biosimilares han contribuido significativamente a racionalizar y mejorar la eficiencia de los procesos de abastecimiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, obteniendo al mismo tiempo la reducción de precios derivada de economías de escala.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

7. RESULTADOS Y EXPERIENCIA DE USO DE DALBAVANCINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

TORRECILLA ABRIL MA; MORENO BANEGAS J; MORENO LOPEZ AJ; LOPEZ LOPEZ P

OBJETIVOS

Describir y evaluar el uso de dalbavancina, así como el resultado en la práctica clínica diaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes tratados con dalbavancina entre junio de 2021 noviembre de 2024. Se recogieron los siguientes datos a partir de la historia clínica: edad, sexo, indicación, microorganismo causante, tratamiento utilizado previamente, posología y efectividad del tratamiento.

RESULTADOS

Un total de 32 pacientes fueron estudiados.

La edad media fue de 68 años y 24 fueron hombres (72%).

En cuanto a las indicaciones para la prescripción de dalbavancina: osteomielitis crónica, endocarditis infecciosa sobre válvula protésica, infección prótesis cadera y rodilla, espondilocistitis, aneurisma micótico.

Los microorganismos aislados fueron: Staphylococcus epidermidis: 15(46,8%), microorganismo no identificado: 2(6,25%), Staphylococcus aureus meticilin-resistente: 5(15,6%). Enterococcus faecalis: 10(31,25%).

En la mayoría de los casos, más de un 50% se utilizó previamente linezolid junto a daptomicina y cloxacilina. En otros casos vancomicina y ceftriaxona, vancomicina y rifampicina, daptomicina y clindamicina, usándose la dalbavancina por fallo en la terapia antibiótica en un 45% de los pacientes y en el resto por simplificación de la terapia antiinfecciosa de manera ambulatoria.

Las dosis de inicio varían entre 1000 y 1500 mg, y las dosis de mantenimiento varían entre 500,1000 y 1500 mg, con un intervalo posológico muy variable, dosis única, cada semana, cada dos semanas, cada tres semanas y al mes. El tiempo de fin tratamiento también es muy diverso.

La efectividad del tratamiento fue muy significativa 26 (79,5%) pacientes fueron curados de la infección tras el uso de dalbavancina, 4 (12,5%) mejoraron sus síntomas tras el uso, uno (3,1%) de ellos el tratamiento fue retirado por la aparición de un exantema cutáneo y el otro paciente (3,1%) fue un éxitus durante el tratamiento, pero no por su uso.

CONCLUSIONES

La dalbavancina es un tratamiento muy efectivo contra infecciones de microorganismo gram positivos. Sería de gran importancia más estudios sobre ella para así poder estandarizar dosis y posología de manera óptima, ya que podemos observar gran variabilidad y fuera de ficha técnica.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

8. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL DE TOXICIDAD DEL CARFILZOMIB EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

AUTORES

PARADELA GARCÍA E; ALVARADO FERNÁNDEZ MD; PONCE GONZÁLEZ A; CORRIENTE GORDÓN I

OBJETIVOS

El mieloma múltiple (MM) es una de las neoplasias malignas hematológicas más prevalentes a nivel global. Afecta principalmente a adultos de edad avanzada y a pesar de considerarse una enfermedad incurable, la introducción de nuevas opciones terapéuticas ha logrado mejorar la supervivencia y calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes presentan una enfermedad refractaria-recurrente que obliga el uso de varias líneas terapéuticas y su consiguiente toxicidad acumulativa. El objetivo de este estudio es determinar el perfil de toxicidad del carfilzomib, un inhibidor de proteasoma (IP) aprobado en pacientes con MM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel, que incluyó a los pacientes tratados con carfilzomib entre enero de 2023 y enero de 2025. Se registraron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas como el sistema de clasificación internacional del MM (ISS-R), la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (tabaquismo, obesidad y DM) y enfermedades cardiovasculares (ECV) previas. Se recogieron el tipo de efectos adversos presentados (EA), reducción de dosis y/o suspensión de tratamiento por toxicidad con su motivo. La fuente de datos fue la historia de salud (Diraya®) y el programa de prescripción Farmis_Oncofarm®.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 23 pacientes. La edad media fue de $60,5 \pm 7$ años con predominio del sexo femenino (61%). El 57% de los pacientes tenía diagnóstico de MM de alto riesgo según el ISS-R. Se detectaron FRCV en 18 pacientes, destacando tabaquismo ($n=15$), DM ($n=8$) y/u obesidad ($n=4$). En cuanto a los pacientes con ECV ($n=13$), la hipertensión arterial y la dislipemia fueron las más frecuentes ($n=9$). El esquema mayoritariamente usado fue carfilzomib+isatuximab (65%). En el resto, se combinó con lenalidomida, dexametasona y/o poliquimioterapia. Los EA más frecuentes fueron infecciones en un 65% de los casos: infección de vías altas ($n=10$), infección fúngica ($n=2$), shock séptico ($n=1$), seguidos de EA hematológicos en el 61%: trombocitopenia ($n=11$), anemia ($n=6$) y neutropenia ($n=5$); EA gastrointestinales en un 48%: náuseas/vómitos ($n=6$), anorexia ($n=5$) y diarreas ($n=5$) y EA cardíacos en un 39%: SCASEST/AIT ($n=3$), taquicardia ($n=3$), insuficiencia cardíaca congestiva ($n=1$) y fibrilación auricular ($n=1$). Un paciente requirió ingreso en UCI por shock cardiogénico secundario a carfilzomib. Además, se identificaron 5 casos de neuropatía periférica asociados al tratamiento.

El tratamiento se espació por toxicidad en el 39% de los pacientes: infecciones respiratorias y síndrome febril principalmente. 5 de los 8 pacientes que requirieron reducciones de dosis fue debido a trombopenia severa. 4 de los 7 pacientes que suspendieron el tratamiento fue por toxicidad: un caso por neuropatía periférica, uno por pancitopenia severa y dos casos de toxicidad cardiovascular.

CONCLUSIONES

Carfilzomib presenta un perfil de seguridad y tolerancia aceptable incluso en pacientes refractarios a varios tratamientos. No obstante, su uso no está exento de EA, siendo las infecciones respiratorias y los hematológicos los más prevalentes. Las complicaciones cardíacas son los EA más graves que pueden derivar en situaciones críticas o incluso muerte. Por ello, se deben extremar las precauciones y la vigilancia clínica en pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

9. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE DURVALUMAB EN FUNCIÓN DE LA EXPRESIÓN DE PD-L1

AUTORES

VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; GRAGERA GÓMEZ M; ZAMBRANO CROCHE MD; TORRES ZARAGOZA L; NAVARRO RUIZ Á; MARTÍNEZ ORTEGA L; SÚAREZ MORILLAS MA

OBJETIVOS

Evaluar cómo el grado de expresión de PD-L1 afecta a la Supervivencia Libre de Progresión (SLP) de los pacientes tratados con Durvalumab; así como describir su seguridad, en base a los efectos adversos observados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en el que se incluyeron a todos los pacientes que recibieron ≥ 3 ciclos de Durvalumab como terapia de mantenimiento tras quimiorradioterapia en cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) localmente avanzado irresecable con PD-L1 $\geq 1\%$ entre septiembre de 2019 y marzo de



2024. Se determinaron variables de carácter demográfico (sexo, edad, tabaquismo, estado funcional (ECOG)...); características de la enfermedad (histología del tumor, expresión de PD-L1...); ciclos y tipo de quimioterapia recibida; y ciclos de durvalumab posteriores. El análisis de supervivencia se realizó a través del cálculo de las curvas de supervivencia Kaplan-Meier y de las proporciones del área bajo la curva (AUC) de SLP de los dos subgrupos clasificados en función del grado de expresión de PD-L1 (débiles expresores, 1-24%; fuertes expresores, $\geq 25\%$). Para ello, se operó con la aplicación Affinity Designer 2 y SPSS. La seguridad se determinó a raíz de los efectos adversos reflejados en la historia clínica de los pacientes. También se utilizó Microsoft Excel y el programa de Pacientes Ambulantes de Farmatools

RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes, de los que el 94% eran hombres con una mediana de edad de 70 años. Todos los pacientes, excepto uno, eran fumadores activos o exfumadores. El 48% era ECOG 1. Respecto a la histología del tumor, el 67% eran del tipo escamoso. El régimen de quimioterapia más utilizado fue cisplatino + vinorelbina (36% de los pacientes) y la mediana de ciclos fue 5. En cuanto a los niveles de PD-L1, 45% de pacientes eran débiles expresores (1-24%), mientras que un 54% expresó un PD-L1 $>25\%$. La mediana de ciclos de durvalumab fue 13. El 24% de los pacientes progresó a Durvalumab: 5 en el grupo poco expresor y 3 en el de PD-L1 $>25\%$. El 12% del total de los pacientes fallecieron. El 24% de los pacientes finalizó el tratamiento, de los cuales ninguno falleció ni progresó en su enfermedad hasta el fin del estudio. De la interpretación de las proporciones del AUC se deduce una SLP 21 días superior en el grupo PD-L1 $>25\%$ -560 días frente a 539-. Respecto a la seguridad, la mayoría de los efectos adversos reseñados consistieron en un aumento de las infecciones respiratorias y otras patologías autoinmunes, algunas de carácter leve como hipotiroidismo, y otras que revistieron mayor gravedad como neumonitis, que afectó al 12% de los pacientes y supuso el fallecimiento de dos de ellos

CONCLUSIONES

Aunque el estudio de supervivencia ofrece una ventaja mínima al grupo de alta expresión a diferencia de lo observado en el ensayo PACIFIC, no puede descartarse una posible mayor efectividad en esta población a falta de una mayor muestra y tiempo de estudio. El fármaco fue bien tolerado en líneas generales, sin embargo, los dos fallecimientos ligados a neumonitis inmunomediada suponen un riesgo asociado nada desdeñable.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

11. ESKETAMINA INTRANASAL EN TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. ¿EFICAZ EN TODA LA POBLACIÓN?

AUTORES

LÓPEZ MUÑOZ MJ; MONTERO-VÍLCHEZ C; SALMERÓN COBOS AY; MARTÍN ROLDÁN A

OBJETIVOS

El trastorno depresivo mayor (TDM) es la enfermedad mental más frecuente y es una de las principales causas mundiales de años vividos con discapacidad. La esketamina es un antagonista no selectivo y no competitivo del receptor de N-metil-Daspartato (NMDA). Su presentación intranasal ha sido autorizada para el tratamiento del TDM resistente al tratamiento, en combinación con otros antidepresivos, en adultos que no han respondido al menos a dos tratamientos diferentes en el episodio depresivo moderado o grave actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital español comarcal, en el cual se revisaron todos los pacientes que iniciaron tratamiento con esketamina intranasal entre febrero de 2023 y diciembre de 2024. Se recogieron las variables demográficas edad y sexo, y otras variables relacionadas con la patología; tratamientos previos, concomitantes, fecha de inicio y fin, dosis en el mantenimiento, duración de tratamiento y motivo de finalización del tratamiento con esketamina.

RESULTADOS

Un total de 18 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, siendo el 72,2% mujeres (13/18). La edad media de estos pacientes al inicio del tratamiento fue de 60,17 (DE: 6,55). La mediana de supervivencia al tratamiento fue de 23 (DE: 6,23) semanas y un 33,3% (6/18), suspendieron el tratamiento por ineficacia, correlacionándose con el sexo femenino ($p=0,037$). Además, el número de tratamientos en mujeres fue más elevado que en los hombres, (8,62 vs 7,00, $p=0,033$). Sin embargo, la ineficacia del tratamiento no se relacionó ni con el número previo de tratamientos ni concomitantes.

CONCLUSIONES

Este estudio en vida real del uso de esketamina pone de manifiesto la posibilidad de que este fármaco sea más eficaz en hombres que en mujeres, sin embargo, hacen falta más estudios que valoren las características bio-



psico-sociales de los pacientes con TDM para poder seleccionar aquellos pacientes que más puedan beneficiarse de este tratamiento.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

14. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN: ¿MERECE LA PENA EL SALTO?

AUTORES

PORTILLO HARO S; ROMERO CANDEL G; GÓMEZ DELGADO M; PÉREZ MORENO M; MARTÍN PÉREZ F

OBJETIVOS

Cuantificar las intervenciones farmacéuticas realizadas tras la instauración de un farmacéutico clínico en planta. Determinar el grado de aceptación de las intervenciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un nuevo circuito de atención farmacéutica al paciente hospitalizado: la principal novedad es que el farmacéutico discutiría directamente las discrepancias encontradas en los tratamientos prescritos con el equipo médico en planta y resolvería discrepancias a pie de cama con el paciente.

Para establecer si este circuito lograba mejores resultados de comunicación con el equipo médico y de aceptación de intervenciones, se llevó a cabo un estudio observacional prospectivo entre enero/2024 y diciembre/2024, en el que se registraron todas las intervenciones farmacéuticas realizadas en pacientes hospitalizados, exceptuando las realizadas a través del PROA o mediante circuito de Conciliación, que siguieron otro registro paralelo. Los tratamientos de los pacientes son visibles a través del programa Farmatools. El registro de intervenciones y el análisis de los datos también se realizó a través de Farmatools.

Se consideraron las variables: servicio responsable, tipo de intervención, gravedad, grupo terapéutico al que refiere, y aceptación.

RESULTADOS

Se realizaron 543 intervenciones: 390(71,8%) en el servicio de medicina interna, al cual también pertenecen más de la mitad de los pacientes de nuestro hospital, 76(14,0%) en Traumatología, 35(6,4%) en Cirugía General, y 42(7,7%) en otros servicios. Los grupos terapéuticos con más intervenciones fueron el grupo N(sistema nervioso) con 123(22,7%) y grupo A(tracto alimentario y metabolismo) con 83(15,3%), y grupo H (preparados hormonales excluyendo hormonas sexuales e insulina) con 63(11,6).

Los motivos de intervención más comunes fueron adecuación terapéutica con 147(27,1%), duplicidad terapéutica con 104(19,2%), y error posológico con 129(23,8%).

497 intervenciones(91,5%) fueron aceptadas por el equipo médico.

CONCLUSIONES

La presencia del farmacéutico en planta ha logrado aumentar las intervenciones en los tratamientos de pacientes hospitalizados, especialmente en el servicio de Medicina Interna.

El grado de aceptación de las intervenciones es excepcional.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

15. INCIDENCIA DE NEUMONITIS INMUNOMEDIADA EN PACIENTES TRATADOS CON TRASTUZUMAB DERUXTECÁN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

TORRES ZARAGOZA L; GRAGERA GÓMEZ M; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; ZAMBRANO CROCHE MD; NAVARRO RUIZ Á; SUÁREZ MORILLAS MA; MARTÍNEZ ORTEGA L

OBJETIVOS

La neumonitis es la reacción adversa de mayor riesgo identificada con el tratamiento con trastuzumab deruxtecán. Por tanto, el objetivo de esta investigación es analizar la incidencia de neumonitis inmunomediada relacionada con el tratamiento con trastuzumab deruxtecán en pacientes diagnosticados con cáncer de mama HER2-positivo o HER2-low no resecable o metastásico, tras pautas previas dirigidas a HER2.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes oncológicos en tratamiento con trastuzumab deruxtecán desde enero de 2023 a febrero de 2025 en un hospital de tercer nivel. Los datos fueron obtenidos a partir del programa informático de pacientes ambulatorios Farmatools® y de la historia clínica de los pacientes.

Las variables recogidas fueron demográficas (sexo, edad), tipo de cáncer de mama (HER2-positivo o HER2-low), dosis prescrita de trastuzumab deruxtecán, número de ciclos de tratamiento, existencia de inmunoterapia previa, aparición de reacciones adversas y causa de la interrupción o finalización del tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes diagnosticados de cáncer de mama, siendo el 95,45% mujeres, con una mediana de edad de 56 años [42-75]. De ellos, 18 (81,82%) eran tipo HER2-positivo puro y 4 (18,18%) eran tipo HER2-low. Los pacientes recibieron una dosis intravenosa correspondiente a 5,4 mg/kg cada 21 días con una mediana de 5 [1-28] ciclos de tratamiento a fecha del análisis (febrero de 2025). En el 40,91% (n=9) de los casos se requirió una reducción de dosis como consecuencia de la aparición de efectos adversos tales como neumonitis, neutropenia, trombopenia, gastritis o astenia. Solo 2 (9,09%) de los pacientes no había recibido inmunoterapia previa, correspondientes a casos de cáncer de mama HER2-low tratados con quimioterapia anti-HER2. Al finalizar el estudio, el 54,55% continuaba en tratamiento con trastuzumab-deruxtecán, el 22,72% cambió de línea de tratamiento por progresión de la enfermedad y otro 22,72% finalizó por *exitus*.

La incidencia de neumonitis en la muestra elegida fue del 18,18% (n=4), advirtiéndose un caso de dudoso diagnóstico, uno de grado 2, uno de grado 3 y uno de grado 4. El 100% de los casos presentaban fenotipo HER-2 puro y la reacción apareció tras una mediana de 4 ciclos [2-12] con trastuzumab deruxtecán. En los más graves (neumonitis grado 3-4, 50% de casos de neumonitis), la reacción adversa derivó en el fallecimiento del paciente. En los otros dos, la interrupción del tratamiento y la farmacoterapia con corticosteroides a altas dosis permitieron su resolución. Posteriormente, retornaron a la terapia con trastuzumab.

CONCLUSIONES

El ensayo pivotal DESTINY-Breast03 recoge los datos de incidencia de enfermedad pulmonar intersticial/neumonitis en un 10,5% de los pacientes, siendo solo un 0,8% de los casos de grado mayor o igual a 3. Por ende y, comparando con los resultados obtenidos, podríamos concluir que en la práctica clínica habitual la incidencia de reacciones adversas graves, en concreto, de neumonitis, es superior a las mostradas en el estudio. Esto es así, probablemente, por el sesgo que implica la selección de los pacientes al ensayo. Sin embargo, serían necesarias investigaciones con una mayor muestra para comparar ambos resultados.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

16. SESGO DE GÉNERO EN ENSAYOS CLÍNICOS DE AGONISTAS DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO 1 SIMILAR AL GLUCAGÓN EN DIABETES-2: REVISIÓN SISTEMÁTICA

AUTORES

PÉREZ PERIÁÑEZ F; LÓPEZ GÓMEZ A; LÓPEZ GALÁN M; SANTOS RAMOS B; ACOSTA RODRÍGUEZ H

OBJETIVOS

Evaluar el sesgo de género en ensayos clínicos (EC) tipo III realizados sobre los inhibidores del péptido similar a glucagón 1 (iGLP-1) para la diabetes mellitus 2 (DM2).

MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión sistemática en PubMed y EMBASE hasta febrero de 2025, sin restricciones de idioma, usando los términos EC tipo III, DM2 y iGLP-1, así como los nombres de los fármacos. Se incluyeron EC aleatorizados y randomizados de fase III en adultos con DM2, que evaluaron un iGLP-1 en monoterapia o combinado con otros antidiabéticos, comparados con placebo o fármacos alternativos y que evaluaron variables de eficacia y seguridad relacionadas con la DM2. También análisis post-hoc de los mismos que analizaran datos por sexo/género. La selección fue mediante revisión por pares.

Se analizó: fármaco, año de publicación, ubicación geográfica, tamaño muestral y financiación. Se comparó la fracción de prevalencia femenina de DM2 (F-Prev=0.48) con la fracción de mujeres participantes en cada EC (F-Particip). Se definió la existencia de sesgo de reclutamiento cuando la diferencia entre F-Prev y F-Particip fue $\geq \pm 0.05$, ampliándose este umbral a ± 0.1 y ± 0.2 en algunos análisis. Asimismo, se analizó la participación femenina en posiciones clave de autoría, realización de análisis estratificados por sexo y variables relacionadas con factores hormonales.

RESULTADOS

De 1.173 referencias identificadas, se incluyeron 87 EC con un total de 56.226 pacientes, de los cuales el 44,8% fueron mujeres (F-Particip=0.448), cercano a F-Prev estimada (0.48), lo que sugiere una representación global adecuada (sesgo de género=-0.031). Sin embargo, el 43,6% de los EC presentaron sesgo significativo ($\geq \pm 0.05$). De ellos, hubo infrarrepresentación femenina en un 33.3% y sobre-representación en el 10.3%. El análisis por sexo de los resultados de eficacia y seguridad se limitó a 15 ensayos (17%) (2 comunicados en el artículo



principal y 13 en análisis post-hoc publicados en otro artículo). Estos análisis no encontraron diferencias por sexo en las variables de eficacia pero sí en seguridad, sobre todo efectos gastrointestinales. Ningún artículo consideró factores como ciclo menstrual o terapia hormonal y todos fueron financiados por la industria farmacéutica. Se observó mayor inclusión de mujeres en EC con autoría femenina en posiciones clave (44,9% vs. 43,3%). La representación femenina fue menor en estudios realizados en Asia (34,9%) y en EC con menos de 200 participantes (38,2%).

CONCLUSIONES

Los ensayos clínicos de los iGLP1 muestran un importante sesgo de género porque solo el 17% realizan un análisis de las variables principales de eficacia y seguridad de forma separada por sexos. La representatividad femenina es menor de la deseable en casi la mitad de los estudios. Hay una absoluta omisión de factores hormonales. Todo ello limita la comprensión sobre la eficacia y seguridad de iGLP-1 de forma separada entre hombres y mujeres.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

18. ANÁLISIS DE LA TERAPIA INTRATECAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR

AUTORES

LÓPEZ GÓMEZ A; LÓPEZ GALÁN M; FERNÁNDEZ GARCÍA MI; PÉREZ PERIANEZ F

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de las bombas de perfusión intratecales en pacientes con diferentes tipos de dolor en la Unidad Clínica del Dolor en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes atendidos en la Unidad Clínica del Dolor que recibieron bombas de perfusión intratecales durante el periodo 2022–2024. Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), clínicas (diagnóstico, tipo de dolor) y tipo de fármaco administrado a través de la bomba. Además, se evaluó la variable efectividad mediante la medición del incremento o disminución media semanal de dosis de los distintos fármacos incluidos en las bombas intratecales, mientras que la variable seguridad se evaluó mediante la recopilación de las reacciones adversas (RAs). Para la obtención de los datos se emplearon la historia clínica andaluza y el programa de prescripción Athos-Prisma®.

RESULTADOS

Se analizaron 25 pacientes, con una edad media de 55,5 años (rango 21-86), 60% hombres y 40% mujeres. Del total, el 48 % recibió tratamiento para el dolor oncológico, el 48 % para el dolor neuropático (incluyendo 6 pacientes con lesiones medulares y 6 con diversos diagnósticos) y el 4% restante, con carcinoma, para el dolor mixto. Todos los pacientes habían recibido previamente opiáceos y neurolépticos antes de iniciar la terapia intratecal.

Durante el estudio, el 44% de los pacientes mantuvieron el mismo tipo de bomba intratecal: 20% con morfina presentó un incremento de 0,23 mg/semana y otro 20% con ziconotide, de 0,007 mcg. Además, un paciente tratado con una bomba combinada de ziconotide y baclofeno mostró incrementos semanales de 0,001 mcg y 0,34 mcg, respectivamente.

Por otro lado, el 52% de los pacientes inició el tratamiento con bombas de morfina, presentando un aumento medio de 0,79 mg/semana. Tras la adición de ziconotide en 10 pacientes (incremento 0,19 mcg/semana) o bupivacaína en 2 pacientes (incremento 0,42 mg/semana) el aumento de dosis de morfina se redujo significativamente a 0,24 mg/semana, lo que representa una disminución del 70%.

Se destacó también un caso en el que un paciente con bomba de morfina, tras iniciar ziconotide, experimentó RAs que obligaron a suspender dicho fármaco una semana después. En este paciente, el incremento de morfina pasó de 0,23 mg/semana a 0,17 mg/semana.

Se registraron diversas RAs: -Para la morfina: alteraciones digestivas (4), cefalea (2), somnolencia (2), retención urinaria (1).

-Para el ziconotide: agresividad (1), reacción cutánea (1), somnolencia (1), náuseas (1) y sudoración, xerostomía, disgeusia, parestesias (1).

-Para el baclofeno: espasmos (1).

CONCLUSIONES

La combinación de morfina intratecal con adyuvantes (ziconotida, bupivacaína o baclofeno) resulta efectiva al reducir en un 70% el incremento de dosis semanal de morfina y prevenir las RAs de las dosis altas de opioides. Además, fue segura ya que las RAs fueron, en general, previsibles y manejables, salvo un caso aislado. Se destaca la importancia de individualizar el tratamiento, ya que en algunos casos el ajuste de dosis puede estar influenciado por la evolución de la enfermedad.



CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

19. INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO CON ABEMACICLIB

AUTORES

LÓPEZ GÓMEZ A; LÓPEZ GALÁN M; GUTIÉRREZ LORENZO M; ALVERO ROLDÁN FJ

OBJETIVOS

Evaluar la incidencia y gravedad de la diarrea, una de las reacciones adversas (RAs) más frecuentes en pacientes con cáncer de mama tratados con abemaciclib.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con cáncer de mama HER2- y receptor hormonal positivo que iniciaron abemaciclib entre junio de 2023 y junio de 2024 en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (estado funcional basal [ECOG], tratamiento hormonal concomitante, indicación y fecha de inicio del tratamiento) y aquellas relacionadas con la RA (gravedad según la escala CTCAE v5.0, fecha de inicio, actuación [ajuste de dosis o suspensión definitiva del tratamiento] y medidas farmacológicas). Los resultados fueron comparados con los ensayos clínicos MONARCH-2 y MONARCH-3, donde la incidencia de diarrea fue del 86,4% y 82,3% respectivamente, siendo mayor en el primer mes. Los datos se obtuvieron de la historia clínica DIRAYA® y del programa corporativo ATHOS®.

Para el análisis estadístico se utilizaron métodos descriptivos y univariante mediante chi cuadrado con IBM SPSS Statistics 25®.

RESULTADOS

Se incluyeron 64 pacientes (96,9 % mujeres), con una edad media de 56,9 años (rango 30-81). El 70,3% presentaba ECOG 0. Abemaciclib se utilizó principalmente en régimen adyuvante (79,7 %) y en menor medida para enfermedad metastásica (20,3 %).

La terapia hormonal concomitante más frecuente fue letrozol (50%), seguido de letrozol con goserelina (23,5 %). La duración media del tratamiento fue de $11,3 \pm 4,7$ meses.

El 95,3% de los pacientes presentó diarrea, con una mediana de inicio a los 21 días (RIQ: 14-43). El 55,7% experimentó diarreas de grado 1, el 39,3% de grado 2 y el resto de grado 3. Durante el estudio, el 48,4% mantuvo la dosis recomendada de 150 mg cada 12 horas, el 31,3% requirió un primer ajuste de dosis, el 15,6% un segundo ajuste y el 4,7% suspendió definitivamente, todos estos cambios se debieron a la RA. Además, el 50 % precisó loperamida.

El análisis univariante mostró relación significativa entre la gravedad de la diarrea y el tiempo hasta su aparición ($p=0,010$). Se categorizó este tiempo en tres intervalos: <30 días, 30-90 días y >90 días, observándose diferencias significativas ($p=0,024$). El 58,8% de las diarreas de grado 1 ocurrieron en el primer mes de tratamiento frente al 91,7% de las diarreas de grado 2.

El manejo de la RA también mostró relación significativa con su gravedad ($p=0,006$). Entre los pacientes con diarrea de grado 1, el 67,6% no precisó ajuste de dosis mientras que el 29,4% redujo la dosis a 100 o 50 mg cada 12 horas. El 70,8% de los pacientes con diarrea de grado 2 y el 66,7% con grado 3 precisaron ajuste de dosis. Solo un paciente de cada categoría de gravedad suspendió el tratamiento.

CONCLUSIONES

La diarrea fue una RA frecuente en pacientes tratados con abemaciclib, con mayor incidencia en la población estudiada que en los ensayos clínicos, predominando el grado 1. Aunque la mayoría ocurrieron en el primer mes, las medidas farmacológicas y ajustes de dosis permitieron mantener el tratamiento en la mayoría de los casos.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

21. PERSISTENCIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE TILDRAKIZUMAB EN PSORIASIS MODERADA-GRAVE

AUTORES

NARANJO LLAMAS ME; GALVÁN BANQUERI M; GABELLA BAZAROT E; PÉREZ GIL A

OBJETIVOS

Evaluar la persistencia, efectividad y seguridad de tildrakizumab en pacientes con psoriasis moderada-grave.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar que incluyó todos los pacientes diagnosticados de psoriasis moderada-grave en tratamiento con tildrakizumab durante al menos un año, en un hospital de especialidades



hasta febrero del 2025. Se excluyeron aquellos que no tuvieran valores de Psoriasis Area and Severity Index (PASI) basales y a los 6 y 12 meses.

Variables recogidas: demográficas (sexo y edad) y clínicas en el momento basal (PASI, DLQI), a los 6 meses y al año (PASI y brotes (sí/no)) y relacionadas con el fármaco (fecha inicio, fecha fin y motivo de suspensión/cambio). Se recogió además si los pacientes precisaron aumento de dosis de 100 a 200mg de tildrakizumab.

Se analizó la persistencia de tildrakizumab (tiempo transcurrido desde el inicio hasta la retirada del fármaco) por el método de kaplan-Meier y se evaluó la efectividad a los 6 meses y a los 12 meses a través de los valores de PASI mediante la prueba T de Student.

Respecto a la seguridad, se recogieron las reacciones adversas (RA) registradas durante el tratamiento.

Fuentes de información: historia clínica electrónica y programa de prescripción electrónica.

Procesamiento de datos: programa estadístico IBM-SPSS-v29.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes, 19 hombres (73,1%), con edad mediana de 52 años (RIQ:47-60).

La mediana de PASI basal fue 9 (RIQ: 6-10), el valor de DLQI basal mediano fue 12 (RIQ:9-15,5). De los 26 pacientes analizados 7,7% (n=2) pacientes habían discontinuado y 92,3% (n=24) pacientes continuaban con el tratamiento a fecha fin de estudio. El motivo de suspensión de tratamiento fue por fracaso secundario en los dos casos y un 15,4 % de pacientes (n=4) requirió aumento de dosis a 200mg.

Por el método de Kaplan-Meier se obtuvo una persistencia mediana para tildrakizumab de 31,2 meses (IC95%:29,1 – 33,9).

La mediana de PASI a los 6 meses del inicio de tratamiento fue 1,0 (RIQ: 0,0 – 2,0), y a los 12 meses fue 0,0 (RIQ: 0,0 – 2,0). Mediante la prueba T de Student para muestras emparejadas se compararon los valores PASI basales con los valores a los 6 y 12 meses observándose una disminución media de 6,5 puntos del valor basal (IC95%: 3,8 – 7,7; $p<0,01$) a los 6 meses y una disminución media de 5,8 puntos del valor basal (IC95%: 4,9 – 8,0; $p<0,01$) a los 12 meses. Solo un paciente presentó brotes a los 6 y 12 meses.

En cuanto a seguridad, un paciente presentó una posible RA en la primera administración del fármaco con fiebre y dificultad respiratoria, que no volvió a aparecer en las siguientes dosis.

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes que continuaba con el tratamiento a fecha fin de estudio fue elevado por lo que en nuestra muestra la persistencia fue alta. Se observó una disminución estadísticamente significativa del PASI basal con respecto al mes 6 y 12 y una disminución del número de brotes. El fármaco fue bien tolerado, solo se observó una posible reacción adversa relacionada con la primera infusión del fármaco.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

22. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN Y VISADO DE APIXABÁN

AUTORES

PINTO NIETO CM; GARCÍA VALDÉS MDM; FERNÁNDEZ MUÑOZ M; VALLE MESA JM

OBJETIVOS

Evaluar si se ha realizado un correcto visado de apixabán, teniendo en cuenta que cumpla criterios de visado así como asegurándonos que está correctamente prescrita su posología.

Posología en *Prevención del ictus/embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular (FANV)*: apixabán 5mg/12h.

Requiere *reducción de dosis* a 2,5mg/12h para pacientes con FANV y al menos dos de las siguientes características: edad ≥ 80 años, peso corporal ≤ 60 kg, o creatinina sérica $\geq 1,5$ mg/dl (133micromoles/l)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se extrajeron del programa Microstrategy las prescripciones de apixabán asociadas a nuestro centro hechas/ renovadas durante 2024. Mediante la revisión de cada historia clínica se recogieron en una excel : NUHSA; sexo, edad actual, peso actual, servicio prescriptor, fecha primera prescripción y si estuvo previamente con acenocumarol, fecha prescripción/renovación en 2024, Cr en la fecha de prescripción/renovación 2024, dosis apixabán en 2024

RESULTADOS

Durante el año 2024 se registraron 65 pacientes (36mujeres/29hombres-edad media 79años) con prescripción de apixabán asociadas al Hospital: 38 de ellas nuevas prescripciones y 27 renovaciones. Especialidades prescriptoras: Cardiología 35, Hematología 22, Medicina Interna 5, Médico Atención Primaria 2 y Neurología 1. Sólo en 21 de ellos venía reflejado el peso del paciente en el informe de visado.

**Según indicación:* A los 65 pacientes se les prescribió para *Prevención del ictus y de la embolia sistémica en pacientes con FANV*:

-54 si tenían indicación de visado: 46 estuvieron previamente tratados con acenocumarol; 6 no, por no acceso al control de INR; 2 no, por contraindicación descrita correctamente en la historia.

-10 no tenían indicación del primer visado hecho hace años cuando éste no estaba tan controlado por el Servicio de Farmacia, por lo que se ha ido renovando incorrectamente.

-1 paciente no se ha podido saber si estuvo previamente con acenocumarol.

**Según posología:*

-45 pacientes están con pauta de apixabán 5mg/12h

4 de ellos cumplirían 2 o más criterios para valorar dosis reducida: 3 pacientes por ≥ 80 años y ≤ 60 Kg y 1 paciente por ≥ 80 años y $\text{Cr} \geq 1.5 \text{ mg/dL}$

-20 pacientes están con pauta ajustada de Apixabán 2,5mg/12h

8 de ellos con ≥ 2 parámetros para su ajuste:

6 pacientes ≥ 80 años y $\text{Cr} \geq 1.5 \text{ mg/dL}$

1 paciente ≥ 80 años y $\leq 60 \text{ Kg}$

1 paciente $\text{Cr} \geq 1.5 \text{ mg/dL}$, > 80 años y $\leq 60 \text{ Kg}$

-12 de los 20 pacientes con apixaban 2,5mg/12h sólo cumplían un criterio para ajuste de dosis, habría que revisar dichas posologías

9 pacientes ≥ 80 años

1 paciente $\leq 60 \text{ Kg}$

2 pacientes $\text{Cr} \geq 1.5 \text{ mg/dL}$

De los 27 pacientes que se les ha renovado al menos una vez en el 2024, 11 de ellos no tenían analíticas recientes (sin analítica de 3 a 7 meses anteriores)

CONCLUSIONES

El proceso prescripción y visado es mejorable. Destacando que es importante dar a conocer estos datos a los clínicos (y así se ha hecho) para que ante una nueva prescripción o renovación de apixabán tengan en cuenta: tener analítica con función renal reciente, datos sobre peso reciente y que se valore el paso de los años a la hora de valorar ajuste de dosis por edad.

Además de recordarles que todos los datos relevantes han de reflejarlos en el informe para el visado

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES AMBULANTES

26. EXPERIENCIA CON BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA

AUTORES

TORRECILLA ABRIL MA; RODRIGUEZ DELGADO A; MORENO BANEGAS J

OBJETIVOS

Evaluar efectividad y seguridad de Baricitinib en pacientes con alopecia areata (AA) en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio ambispectivo, en el que se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de AA en tratamiento con baricitinib, durante al menos 36 semanas de tratamiento. Se registraron variables demográficas, Severity of Alopecia Tool (SALT) al inicio y a las 36 semanas y reacciones adversas asociadas. Los datos se recogieron a partir de las dispensaciones registradas en el programa Athos-APD y la historia clínica en Diraya. Se analizaron los datos en Excel.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes con una media de edad de 38 años, siendo el 60% mujeres. Todos presentaban un $\text{SALT} \geq 50$ al inicio del tratamiento. Tras 36 semanas de tratamiento con baricitinib 4 mg una vez al día, 13 pacientes (65%) presentaron un $\text{SALT} \leq 20$, siendo la repoblación de todos ellos casi completa, en más de un 90%. Entre los pacientes que no han alcanzado esta variable, a dos se les cambió de tratamiento y uno lo abandonó. Las reacciones adversas más frecuentes fueron el aumento de LDL, observado en 5 pacientes (25%), y la aparición de acné en 3 pacientes (15%). Ningún paciente tuvo que interrumpir el tratamiento.

CONCLUSIONES

Baricitinib es un tratamiento efectivo y seguro para la AA, con una tasa de respuesta comparable a la documentada en los ensayos clínicos pivotaes BRAVE-AA1 y BRAVE-AA2. No se observaron efectos adversos graves en la población estudiada. Sin embargo, es necesario continuar con el seguimiento a largo plazo para evaluar su seguridad y efectividad sostenidas.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

29. EVALUACIÓN DEL AJUSTE DE DOSIS DE ENOXAPARINA SÓDICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA REAL

AUTORES

JIMÉNEZ DE-JUAN MDC; SÁNCHEZ LOBÓN I; MORILLO LUCHENA MDÁ; GIRÁLDEZ PÉREZ T

OBJETIVOS

Las heparinas de bajo peso molecular, en concreto la enoxaparina sódica, son los anticoagulantes más utilizados para prevenir la enfermedad tromboembólica. La dosis recomendada para esta indicación es de 40 mg/24 h en pacientes no quirúrgicos. En pacientes con insuficiencia renal (IR), la enoxaparina tiene un aclaramiento más lento y efectos anticoagulantes más prolongados, lo que aumenta el riesgo de hemorragia, por lo que en pacientes con aclaramiento de creatinina (CrCl) de 15-30 ml/min es necesario un ajuste de dosis (20 mg/24 h). El objetivo de nuestro estudio fue analizar las prescripciones de enoxaparina sódica como uso profiláctico de la enfermedad tromboembólica procedentes del Servicio de Medicina Interna (MI) para comprobar si se realiza un correcto ajuste de dosis en pacientes con insuficiencia renal, con el fin de identificar posibles puntos de intervención que ayuden a optimizar su uso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en un hospital comarcal. Se analizaron las prescripciones de enoxaparina sódica de todos los pacientes hospitalizados en el Servicio de MI durante 15 días. Variables recogidas: edad, sexo, dosis de enoxaparina, CrCl al ingreso e indicación (profilaxis o tratamiento de la enfermedad tromboembólica). Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital y del programa de receta electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 103 pacientes (74% hombres), mediana de edad: 69 años (17-99). La dosis más frecuente fue 40 mg (56%) seguida de 60 mg (26%), 20 mg (13%), 80 mg (3%) y 100 mg (2%). El 69% (71 pacientes) recibió el fármaco como profilaxis de la enfermedad tromboembólica, y el 29% de ellos (20 pacientes) tuvo un CrCl < 30 ml/min. El 62% (12 pacientes) de los pacientes con insuficiencia renal recibieron la dosis ajustada correcta, mientras que el resto (38%; 8 pacientes) recibió una dosis excesiva. De estos últimos, se llevó a cabo la posterior reducción de dosis en dos pacientes debido a la sospecha de hemorragia interna, evidenciada en las pruebas de laboratorio como anemia.

CONCLUSIONES

Aunque la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal recibieron una dosis adecuada de enoxaparina sódica, el porcentaje de pacientes cuya dosis no fue ajustada fue considerable, exponiéndolos a un mayor riesgo de hemorragia y otros efectos adversos. Hubo dos casos de hemorragia interna que podrían haberse evitado de haber realizado un correcto ajuste de la dosis desde el inicio. Es fundamental verificar que los pacientes con insuficiencia renal reciben la dosis adecuada de este anticoagulante al realizar cada validación farmacéutica, con el objetivo de minimizar los errores de prescripción y aumentar la seguridad del paciente.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

35. USO DE UN SELLADO DE SULFAMETOXAZOL/TRIMETOPRIM EN UNA BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CATÉTER POR STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA.

AUTORES

MOYA MARTÍN ML; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-LAULHÉ BDM; MOÑINO DOMINGUEZ LM; ROIZ RACERO M; MARTÍN CASADO L; ROMERO GONZALEZ M

OBJETIVOS

Describir la preparación de un sellado de sulfametoxazol/trimetoprim 16 mg/ml, así como su efectividad en un paciente sometido a diálisis con una bacteriemia por *Stenotrophomonas maltophilia* asociada a un catéter yugular tunelizado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un paciente de 84 años con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía obstructiva tras cistoprostatectomía, en hemodiálisis a través de un catéter yugular tunelizado derecho desde 2019. El paciente ingresó en septiembre con escalofríos y malestar general durante la hemodiálisis, requiriendo

una desconexión anticipada. Se realizaron cultivos del orificio de inserción y las ramas del catéter y se aisló *Stenotrophomonas maltophilia* sensible a trimetoprim/sulfametoxazol, levofloxacin y ceftazidima a dosis incrementadas.

La secuencia de tratamiento consistió en sulfametoxazol/trimetoprim IV (400 mg/24h) y ceftazidima IV (1 g/24h) post-hemodiálisis durante 5 días, seguido de sulfametoxazol/trimetoprim oral (800/160 mg/24h) en monoterapia, utilizándose además un sellado de ceftazidima. Ante la limitada opción terapéutica para erradicar este microorganismo, se consideró la preparación de un sellado con sulfametoxazol/trimetoprim, realizándose una búsqueda bibliográfica sobre su preparación y estabilidad. A través del programa de Historia Clínica Electrónica (Diraya), se recogieron datos clínicos relevantes, tales como reactantes de fase aguda, resultados de cultivos de sangre y catéter, y temperatura corporal.

RESULTADOS

La literatura consultada describió varias concentraciones del sellado a preparar, eligiendo la de 16mg/ml por su sencilla preparación. Para la elaboración, se utilizaron 80mg de sulfametoxazol/trimetoprim intravenoso (800/160), 500 UI de heparina sódica 1 % y 2ml de suero fisiológico. El procedimiento consistió en desechar 4,5 ml de un vial de heparina 1%, agregar 2 ml de suero fisiológico, reconstituir el vial de sulfametoxazol 5 ml de la solución de trimetoprim y añadir 2,5 ml de esta solución al vial de heparina. La mezcla final, envasada en dos jeringas de 5 ml, contenía sulfametoxazol/trimetoprim a 16 mg/ml y heparina a 100 UI/ml. El período de validez asignado fue de 24 horas a temperatura ambiente.

El paciente completó 7 días con el sellado, observándose mejoría clínica. Los reactantes de fase aguda disminuyeron (PCR de 87,3 a 9,7 mg/L y leucocitos de 7,5 a $5,37 \times 10^3/\mu\text{L}$). Además, los cultivos de sangre se negativizaron y el paciente se mantuvo hemodinámicamente estable, sin recidivas.

CONCLUSIONES

Esta es la primera experiencia de uso en nuestro centro de un sellado de sulfametoxazol/trimetoprim. La combinación del sellado con un tratamiento sistémico, ha demostrado ser efectiva en la erradicación de bacteriemias asociadas a catéteres vasculares sin tener que quitar el mismo, mejorando así el manejo de este tipo de infecciones en pacientes sometidos a hemodiálisis.

CLASIFICACIÓN: CRONICIDAD Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL

37. ANÁLISIS DEL USO DE USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES

GÓMEZ SÁNCHEZ MT; GARCÍA AGUILERA AM; SÁNCHEZ VALERA M; GÁZQUEZ PÉREZ R; DIAZ LOPEZ MG; GÁMEZ TORRES D

OBJETIVOS

Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la IL-12 e IL-23. El tratamiento para Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se inicia con una única dosis intravenosa, seguida de 90mg/8 semanas. El mantenimiento será de 90 mg/12 semanas, pudiéndose intensificar a 90mg/8 semanas. Sin embargo, este esquema de dosificación puede variar en función de la clínica y la analítica del paciente. El objetivo de este estudio es analizar el uso de Ustekinumab en pacientes con EII en un Hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en un hospital de tercer nivel, analizando el uso de Ustekinumab en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento con Ustekinumab por diagnóstico de Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU) en el periodo de estudio. Se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, patología, régimen de dosificación y necesidad de reinducción. Los datos fueron extraídos de la base de datos clínica del Sistema Sanitario Andaluz (Diraya).

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes (49% hombres, 51% mujeres), edad media 48,5 años (14-79 años). El 26% de los pacientes sufrían CU mientras que el 74% restante padecían EC. Únicamente 5 pacientes necesitaron una reinducción.

Tabla 1. Régimen de dosificación de Ustekinumab en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal según patología

Régimen de dosificación	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn	Total
90mg/8 semanas (SC)	12%	33%	45%
90mg/6 semanas (SC)	2%	14%	16%
130mg/4 semanas (IV)	5%	10%	15%
90mg/12 semanas (SC)	4%	7%	11%
130mg/6 semanas (IV)	0%	2%	2%
90mg/4 semanas (SC)	3%	7%	10%
45mg/12semanas (SC)	0%	1%	1%

CONCLUSIONES

Este estudio parece demostrar una gran variabilidad en el régimen de dosificación de Ustekinumab en EII, siendo el más frecuente 90mg/8 semanas para las dos patologías en este hospital de tercer nivel.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

38. EFECTOS ADVERSOS INMUNORRELACIONADOS ASOCIADOS A PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO.

AUTORES

GUZMÁN CORDERO C; MANCILLA MONTERO E; LÓPEZ RANCHAL R; CASTILLO VARGAS AI; CRUZ GUZMÁN GS; GAGO SÁNCHEZ AI

OBJETIVOS

Los inhibidores de checkpoints inmunitarios han mejorado significativamente los resultados clínicos para pacientes con cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm), convirtiéndose en el tratamiento de primera línea para esta enfermedad. Pembrolizumab, un inhibidor de PD-L1, ha demostrado una eficacia superior a la quimioterapia a base de platinos en pacientes con CPNMm no tratados previamente, independientemente de la actividad tumoral de PD-L1. Sin embargo, la hiperactivación del sistema inmunológico que provocada por este fármaco puede conducir a una variedad de efectos adversos inmunorrelacionados (IR-EAs) de gravedad variable.

El objetivo de este estudio consiste en identificar y evaluar los diferentes IR-EAs derivados de la terapia con pembrolizumab y su gravedad en pacientes con CPNMm.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron todos los pacientes con CPNMm que iniciaron tratamiento con pembrolizumab en nuestro centro (hospital de tercer nivel) desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2022. Los datos se obtuvieron a través de registros médicos electrónicos y del programa de prescripción electrónica. Las variables estudiadas fueron: género, edad al inicio del tratamiento, calidad de vida al inicio del tratamiento (según escala ECOG), tabaquismo activo, IR-EAs, su gravedad (según la clasificación CTCAE) y los motivos de las discontinuaciones de tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 123 pacientes (76,4% hombres) con una edad mediana al inicio del tratamiento de 64,4 años. La mayoría de los pacientes (71, 57.7%) tenían un ECOG de 1, y el 91,1% eran fumadores activos o exfumadores al diagnóstico. Se detectaron 15 IR-EAs en 42 pacientes (34,1% de los estudiados), en orden de frecuencia: artralgia, prurito, neumonitis, dermatitis, nefritis, hipertransaminasemia, colitis, tiroiditis, mucositis, conjuntivitis, gastritis, paratiroiditis, anemia, neutropenia y trombopenia. La mayoría de los IR-EAs fueron de grado I (43,0%) o II (29,7%), con solo tres clasificados como grado IV (neutropenia, trombopenia e hipertransaminasemia). En cuanto a la interrupción del tratamiento, 47 casos fueron debido a progresión de la enfermedad, 25 pacientes fallecieron y solo 14 (11,4% de los casos) tuvieron que suspender el tratamiento debido a IR-EAs. Los pacientes restantes (34) seguían en tratamiento al finalizar el estudio o habían suspendido la terapia antineoplásica debido a la estabilización de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos están alineados con los de los ensayos clínicos que respaldaron la aprobación de pembrolizumab para el tratamiento del CPNMm. Aproximadamente el 30% de los pacientes experimentan algún IR-EA de gravedad



variable. Típicamente, estos síntomas son manejables mediante la administración de corticosteroides y no requieren la interrupción del tratamiento, pero es importante tener en cuenta estos fenómenos antes de iniciar tratamiento con este fármaco. La formación de equipos multidisciplinares formados por oncólogos y farmacéuticos es clave para la minimización de los efectos iatrogénicos derivados de la inmunoterapia.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

40. INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍAS COMPLEJAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD Y CALIDAD DE VIDA.

AUTORES

ROIZ RACERO M; RODRÍGUEZ SÁNCHEZ-LAULHÉ BDM; ALONSO PÉREZ I; MARTÍN FERNÁNDEZ N

OBJETIVOS

Valorar el impacto generado tras la incorporación de una farmacéutica especialista dedicada al área de pediatría, en un equipo multidisciplinar, previamente constituido, de atención a pacientes pediátricos con patologías neurológicas complejas y enfermedades raras.

MATERIALES Y MÉTODOS

Desde julio de 2024 hasta febrero de 2025, el farmacéutico realizó un análisis exhaustivo de cada uno de los casos propuestos para discusión en reuniones mensuales, identificando potenciales intervenciones de mejora para optimizar la atención al paciente y asegurar un seguimiento continuo.

Para ello se recopilaron datos como sexo, edad, talla y medicación activa, evaluando parámetros como la indicación terapéutica, posología, reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones medicamentosas y el modo de administración, también compatibilidad a la hora de administrar estos fármacos con ostomías o gastrostomías endoscópicas percutáneas (PEG) ya que muchos de estos pacientes pediátricos requieren alimentación modificada a través de estos.

RESULTADOS

Con la incorporación del farmacéutico se realizó una valoración farmacoterapéutica más profunda, aportando soluciones de relevancia en casos de elevada complejidad.

Se estudiaron un total de 24 pacientes, 10 mujeres y 14 varones, con una media de edad de $9,4 \pm 4,4$ años, un peso de 29 ± 18 kg y con un número de tratamientos concomitantes de 4 ± 2 .

En total se realizaron 15 intervenciones farmacoterapéuticas y todas ellas fueron aceptadas. El 7.7% de las intervenciones se centraron en notificar interacciones farmacológicas, mientras que el 15.4% se dedicó a la recomendación de monitorización de niveles plasmáticos. En un 30.8% de los casos, se propusieron ajustes de dosis, y se propuso un cambio en la formulación farmacéutica en el 7.7% de los casos. Además, el 38.4% de las acciones se orientaron a hacer un seguimiento de RAMs.

CONCLUSIONES

Dado el significativo número de intervenciones realizadas y el grado de aceptación de las mismas, se considera necesario la continuación de formar parte de este equipo multidisciplinar prestando la colaboración farmacéutica, ya que esto permite mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, al mismo tiempo que se garantiza la seguridad en la atención farmacéutica. Esta atención se sustenta en pilares esenciales como la adherencia, la adecuación y la conciliación de los tratamientos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

41. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ESKETAMINA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: RESULTADOS EN SALUD

AUTORES

LORA ESCOBAR SJ; VILLALBA MORENO AM; ALFARO LARA ER; ALVERO ROLDÁN FJ; FLORES MORENO S

OBJETIVOS

Esketamina es el primer antagonista del receptor N-metil-D-aspartato autorizado como antidepresivo en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) refractario, es decir, aquellos que no responden a al menos tres líneas de tratamiento. Debido a su potencial de abuso, en nuestro centro su uso requiere la aprobación individualizada por un Comité local y se administra bajo supervisión. Este estudio tiene como objetivo evaluar la efectividad y seguridad de la esketamina intranasal en pacientes con TDM refractario en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo realizado en todos los pacientes tratados con esketamina intranasal hasta enero de 2025. Se recopilaron variables como sexo, edad, posología, duración del tratamiento y



gravedad de la depresión. La efectividad se midió a través de la puntuación de la *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) basal y en los meses 1, 3 y 6, considerándose respuesta una reducción $\geq 50\%$ en MADRS en el mes 1 respecto a la basal, y remisión $\text{MADRS} \leq 12$ en los meses 3 o 6, variables empleadas en los ensayos clínicos pivotaes. Para la seguridad, se registraron las reacciones adversas.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes (13 hombres, 54,2%), con una media de edad de $55,0 \pm 3,0$ años. La duración media fueron $4,8 \pm 1,8$ meses. Respecto a la posología, en 13 (56,5%) pacientes fue necesario prorrogar el periodo de inducción más de 4 semanas. Seis pacientes continúan en tratamiento (duración media de $2,6 \pm 1,2$ meses). Veintidós (91,6%) pacientes presentaron depresión moderada-grave ($\text{MADRS} \geq 24$ puntos), de los cuales 16 (66,6%) depresión grave ($\text{MADRS} \geq 35$ puntos). En 10 (41,7%) pacientes se recogió la MADRS basal y una vez iniciado el tratamiento (en 9 de ellos en el primer mes, 3 en el tercer mes y 6 en el sexto mes). Del resto (58,3%), no se registró la MADRS durante el tratamiento, por lo que no se pudo valorar la respuesta. En los pacientes evaluados, la MADRS media basal fue de $38,6 \pm 5,7$. Se observó una reducción media de $12,4 \pm 7,0$ puntos en el primer mes (equivalente al 34,7%), seguida de una disminución en $10,0 \pm 6,2$ puntos en el tercer mes y $6,8 \pm 7,9$ en el sexto mes. Hubo 3/10 pacientes respondedores, con una disminución media de 20,7 puntos en la MADRS, uno alcanzó la remisión en el tercer mes. Todos suspendieron el tratamiento a los 6 meses (dos por ineficacia y uno por causa desconocida). Las reacciones adversas más frecuentes fueron somnolencia, sedación y síntomas disociativos. Se reportó una reacción anafiláctica con hospitalización, y otro de pesadillas persistentes tras finalizar tratamiento.

CONCLUSIONES

La falta de registro de MADRS dificulta extraer conclusiones sólidas sobre la efectividad de esketamina. Los pacientes evaluados muestran una mejoría significativa el primer mes, pero el beneficio observado decae posteriormente, con una duración media del tratamiento que no supera los 6 meses. Cerca de la mitad requirió una inducción prolongada. La seguridad fue consistente con la esperada. Estos resultados resaltan la necesidad de un seguimiento sistemático con variables objetivas para evaluar su efectividad y seguridad en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

42. EXPERIENCIA DE USO DE FOSTAMATINIB: ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO EN DOS HOSPITALES DE TERCER NIVEL

AUTORES

MENGUANO ROMERO Y; MORALES GARCÍA Á; GONZÁLEZ MARTÍNEZ M; OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ

OBJETIVOS

Fostamatinib es un inhibidor de tirosina quinasa indicado en el tratamiento de la trombocitopenia inmunitaria (PTI) crónica en pacientes refractarios o intolerantes a terapias previas.

Este estudio tiene como objetivo describir las condiciones de uso y evaluar su efectividad en la práctica clínica de dos hospitales de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico que incluyó a pacientes con PTI que recibieron al menos una dosis de fostamatinib entre enero de 2020 y diciembre de 2024 en dos hospitales de tercer nivel. Se analizaron variables demográficas, tiempo de seguimiento, líneas previas de tratamiento, diagnóstico, recuento plaquetario al inicio y cada dos semanas hasta la semana 24, motivo de discontinuación (por reacciones adversas o ineficacia), necesidad de tratamiento complementario (inmunoglobulinas u otros agonistas del receptor de trombopoietina [TPO-RA]) y porcentaje de pacientes activos al cierre de la recogida de datos.

La variable principal de efectividad fue la respuesta plaquetaria estable en la semana 24, definida como un recuento plaquetario $\geq 50.000/\mu\text{L}$ en al menos 4 de las últimas 6 analíticas realizadas entre las semanas 14 y 24, ambas inclusive.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 15 pacientes, con una mediana de edad de 58 años (rango: 20–86), el 60% hombres. La mediana de seguimiento fue de 24 semanas (rango: 8–52). El 80% de los pacientes había sido sometido a, al menos, dos líneas previas de tratamiento.

El recuento plaquetario basal, calculado como la mediana de los valores individuales de cada paciente, fue de $28 \times 10^3/\mu\text{L}$ (rango: $8 \times 10^3/\mu\text{L}$ - $397 \times 10^3/\mu\text{L}$). A las 24 semanas, se evidenció un incremento hasta alcanzar una mediana de $125 \times 10^3/\mu\text{L}$ (rango: $18 \times 10^3/\mu\text{L}$ - $280 \times 10^3/\mu\text{L}$).



Se obtuvo una respuesta plaquetaria estable en el 40% (6/15) de los pacientes.

La discontinuación de fostamatinib se produjo en el 40% de los casos, siendo atribuible a reacciones adversas en el 25% y a ineficacia en el 15%. Además, el 60% de los pacientes requirió tratamiento complementario para alcanzar una respuesta adecuada.

Al cierre de la recogida de datos, el 70% de los pacientes se encontraba activo en tratamiento con fostamatinib.

Tabla resumen:

Parámetro	Valor
Número total de pacientes	15
Mediana de edad (rango)	58 años (20–86)
Mediana de seguimiento (rango)	24 semanas (8–52)
Líneas previas (≥ 2)	80%
Recuento plaquetario basal (mediana)	$28 \times 10^3/\mu\text{l}$ (rango: $8 \times 10^3/\mu\text{l}$ – $397 \times 10^3/\mu\text{l}$)
Recuento plaquetario semana 24 (mediana)	$125 \times 10^3/\mu\text{l}$ (rango: $18 \times 10^3/\mu\text{l}$ – $280 \times 10^3/\mu\text{l}$)
Respuesta plaquetaria estable	40%
Discontinuación	40% (25% por reacción adversa; 15% por ineficacia)
Necesidad de tratamiento complementario	60%
Pacientes activos al cierre de recogida de datos	70%

CONCLUSIONES

La experiencia con fostamatinib en la práctica clínica habitual de dos hospitales de tercer nivel muestra una eficacia moderada en el manejo de la PTI, observándose una respuesta plaquetaria estable en menos de la mitad de los pacientes.

Dada la heterogeneidad en la respuesta y la necesidad de terapias complementarias en más del 50% de los pacientes, es difícil sacar conclusiones definitivas sobre la efectividad de fostamatinib en nuestra práctica clínica. Se necesitan estudios con una muestra superior de pacientes y un tiempo de seguimiento más prolongado para obtener resultados más robustos.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES AMBULANTES

43. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES CON POLIPOSIS NASAL EN TRATAMIENTO CON MEPOLIZUMAB

AUTORES

MONTILLA GARRIDO E; TORRES DE LA CRUZ MD; QUESADA SANZ MP; VILLANUEVA JIMÉNEZ P; GANFORNINA ANDRADES A

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de vida percibida en pacientes con poliposis nasal tratados con mepolizumab mediante una adaptación del cuestionario SNOT-22.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, basado en la evaluación de la calidad de vida percibida en pacientes con poliposis nasal tratados con mepolizumab mediante una adaptación del cuestionario SNOT-22 (0-100). Según los resultados obtenidos, los pacientes se clasificaron como: sin afectación en la calidad de vida (0-10), afectación leve (>10 -20), moderada (20-50) y grave (>50). La adaptación incluyó preguntas retrospectivas en cada ítem del cuestionario para evaluar el estado de los pacientes antes del inicio del tratamiento. Todos los pacientes cumplimentaron el cuestionario SNOT-22 adaptado a través de la plataforma survio®, de forma presencial o telefónica, garantizando su anonimato y obteniendo su consentimiento informado.

RESULTADOS

De 21 pacientes, 10 hombres y 11 mujeres, con una mediana de edad de 65 años, que iniciaron tratamiento con mepolizumab para poliposis nasal, 5 fueron excluidos debido a no poder completar la encuesta. Los motivos fueron: incapacidad de contactar ($n=1$) o cambio de tratamiento por mala tolerancia del fármaco (edema duro

con fóvea (n=1), empeoramiento del asma (n=1), cefalea asociada a mal control de la enfermedad (n=1) y aumento de disnea con mayor necesidad de broncodilatadores de rescate (n=1)).

Los 16 pacientes restantes completaron la encuesta SNOT-22 antes y después del inicio del mepolizumab, con una mediana de duración de 7 meses de tratamiento. La mediana del puntaje previo al tratamiento fue de 73,5 (rango: 31–97), mientras que la mediana posterior al tratamiento fue de 38,5 (rango: 21–83). Se observó una reducción de 35 puntos tras el tratamiento con mepolizumab.

Al evaluar la evolución de síntomas específicos dentro de la encuesta (escala de 1 a 5, donde 5 indica la mayor severidad), se evidenció una marcada mejoría tras el tratamiento. La congestión y la obstrucción nasal, inicialmente valoradas con una mediana de 5, disminuyeron a 2. La reducción del gusto y/o olfato pasó de una mediana de 5 a 3,5. En cuanto a los síntomas asociados a la presión y el dolor, la sensación de presión en los oídos descendió de 3 a 1, al igual que el dolor facial.

CONCLUSIONES

Este diseño permite evaluar la calidad de vida percibida en pacientes tratados con mepolizumab, incluso sin disponer del SNOT-22 previo al tratamiento, utilizando una metodología retrospectiva que puede ofrecer resultados valiosos sobre la efectividad percibida del tratamiento. Estos resultados reflejan una mejoría en los síntomas más relevantes para los pacientes tras el inicio del tratamiento con mepolizumab. La principal limitación de este estudio fue el sesgo de memoria inherente a su enfoque retrospectivo.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

44. IMPACTO DE LAS CÁPSULAS DE LEVAMISOL COMO FÓRMULA MAGISTRAL PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICODEPENDIENTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

AUTORES

PÉREZ CRUZ J; GUERRERO HERRERA C; MARTÍNEZ PÉREZ M; URBANO FERNÁNDEZ MÁ; ROBLES MUÑOZ MR; SALMERÓN GARCÍA A

OBJETIVOS

Este estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de las cápsulas de levamisol 50 mg como fórmula magistral en pacientes pediátricos con síndrome nefrótico corticodependiente (SNCD). Se analiza la eficacia, tolerabilidad y seguridad del levamisol como alternativa terapéutica en estos pacientes, además del desarrollo de un Procedimiento Normalizado de Trabajo (PNT) para su elaboración.

El tratamiento estándar del SNCD son los corticoides orales en días alternos. Sin embargo, sus múltiples efectos adversos han llevado al aumento del uso off-label de levamisol, debido a su eficacia comparable y menor costo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio se llevó a cabo en el servicio de nefrología pediátrica junto con Farmacia Hospitalaria de un hospital de tercer nivel, donde se seleccionaron pacientes con SNCD. Estos pacientes respondían inicialmente a los corticoides orales, pero recaían al reducir o suspender la dosis de estos fármacos, por lo que, necesitaban dosis continuas de corticoides orales para mantener la remisión.

Dado que levamisol no está disponible comercialmente, se gestionó la importación del principio activo a través de medicamentos extranjeros. La formulación magistral consistió en la elaboración de cápsulas de 50 mg, utilizando excipientes adecuados y garantizando uniformidad en la dosificación. Se estableció un PNT basado en la normativa de la Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en Servicios de Farmacia Hospitalaria (GBPP).

Se realizó un seguimiento clínico y analítico durante 4 meses de los pacientes, evaluando proteinuria, albúmina urinaria y relación proteína/creatinina en orina mediante análisis periódicos en historia clínica digital (Diraya®). La tolerabilidad y seguridad del tratamiento fueron registradas a través del monitoreo de posibles efectos adversos en la historia clínica de los pacientes.

RESULTADOS

El estudio incluyó dos pacientes (6 y 8 años) con SNCD, a quienes se les administró levamisol 2-2.5 mg/kg en días alternos. (1) Se prepararon cápsulas de tamaño nº 2, conteniendo 50 mg de levamisol, con un periodo de validez de 180 días siguiendo las GBPP.

Tras 4 meses de seguimiento, ambos pacientes mostraron una reducción significativa en los valores de proteinuria, albuminuria y relación proteína/creatinina, indicativa de una mejoría en la función renal. En el paciente de 8 años, la proteinuria disminuyó de 3733.9 mg/dL a 136.9 mg/dL, y la albuminuria de 3240.6 mg/dL a <0.7 mg/dL. En el paciente de 6 años, la proteinuria descendió de 1420.5 mg/dL a 147.3 mg/dL, con una mejoría similar

en los demás parámetros analíticos. Además, se observó un buen perfil de tolerabilidad sin efectos adversos, consolidando el levamisol como una alternativa terapéutica viable para estos pacientes.

CONCLUSIONES

Los resultados destacan que levamisol es una alternativa terapéutica prometedora para pacientes pediátricos con SNCD. Su administración permitió una mejoría en los parámetros renales, con un perfil de seguridad favorable y sin efectos adversos relevantes.

Además, la elaboración de un PNT asegura la disponibilidad de esta terapia en el ámbito hospitalario, proporcionando una alternativa en centros sin acceso comercial a levamisol.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de seguir investigando su impacto a largo plazo y considerar su integración en protocolos de tratamiento para pacientes con opciones terapéuticas limitadas.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

46. FORMULACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL TEST MINOR COMO COADYUVANTE DEL DIAGNÓSTICO EN EL SÍNDROME DE FREY

AUTORES

GUERRERO HERRERA C; MARTINEZ PEREZ M; PEREZ CRUZ J; URBANO FERNANDEZ MDLA; ROBLES MUÑOZ MR; CABEZA BARRERA J

OBJETIVOS

El síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal representa una reinervación aberrante tras una lesión del nervio auriculotemporal, principalmente aparece tras una complicación de la parotidectomía. Los pacientes que padecen este síndrome suelen presentar calor facial, enrojecimiento y una gran sudoración en el territorio del nervio auriculotemporal. Los síntomas se producen durante las comidas, lo que supone un problema social para estas personas. Desde el servicio de Otorrinolaringología se solicita la elaboración del Test de Minor para el diagnóstico del síndrome de Frey. Los objetivos fueron revisar bibliografía sobre la elaboración, además de evaluar su uso y efectividad como coadyuvante para el diagnóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la composición del Test de Minor, dando prioridad a aquellos artículos recientes. Se encontró un estudio del año 2023 sobre la formulación de este, aunque la información existente sobre la efectividad de la mezcla era escasa.

El Test de Minor se define como una solución de lugol al 5%, vehiculizada en aceite de castor y alcohol absoluto para favorecer el secado. Para su elaboración se pesó el yodo resublimado y el potasio yoduro, con el fin de pulverizar su mezcla en un mortero. Se midió el volumen de aceite de castor para calcular la cantidad necesaria de alcohol absoluto. Tras ello, se disolvió el polvo en el alcohol absoluto y se añadió el aceite de castor agitando hasta su completa homogeneización.

La efectividad se evaluó a través del área marcada por el almidón. Además se realizó una reevaluación de los pacientes al mes del tratamiento observando la disminución en la coloración de la zona.

RESULTADOS

Se obtuvo una mezcla viscosa de color amarillento y de fácil aplicación sobre la zona a evaluar. Al espolvorear almidón sobre la mezcla, tras una estimulación gustativa, el yodo se disuelve con el sudor y queda atrapado en el almidón tiñendo de morado la zona. Esto pone de manifiesto el área afectada de hiperhidrosis, permitiendo el tratamiento intradérmico con la toxina botulínica en los puntos exactos.

El total de pacientes tratados fue de cuatro, todos ellos padecían síndrome de Frey de aparición posterior a una cirugía de extirpación de la glándula parótida. Tras un mes desde el tratamiento con la toxina botulínica, se procedió a la reevaluación de los pacientes observándose una nula coloración en la zona afectada.

CONCLUSIONES

La aplicación tópica del Test de Minor es efectiva como coadyuvante en el tratamiento del síndrome de Frey, permitiendo una localización precisa de la inyección intradérmica de la toxina botulínica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

49. EVOLUCIÓN DE LA DOSIS Y PERFIL DE SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE CDK4/6 RIBOCICLIB, PALBOCICLIB Y ABEMACICLIB EN CÁNCER DE MAMA: EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL.

AUTORES

JIMÉNEZ DE-JUAN MDC; SALMERÓN NAVAS F; RODRÍGUEZ MORETA C; DOMINGUEZ CANTERO M



OBJETIVOS

Ribociclib, palbociclib y abemaciclib son inhibidores de CDK4/6 indicados para el tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado o metastásico, receptor hormonal positivo (RH+) y receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano negativo (HER2). El objetivo de nuestro estudio fue analizar la evolución de las dosis de estos fármacos en vida real, así como su perfil de seguridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y multicéntrico en dos hospitales comarcales. Se incluyeron a todos los pacientes tratados con inhibidores de CDK4/6 (enero de 2020 a diciembre de 2024). Variables registradas: edad, fármaco, dosis inicial, número de reducciones, motivo y gravedad (según criterios CTCAE.v.5.0) de las reacciones adversas (RAMs), necesidad de medicación coadyuvante y suspensión del tratamiento. Los datos se obtuvieron de la historia clínica y del sistema de dispensación electrónica.

RESULTADOS

Se incluyeron 63 pacientes; edad media: $61 \pm 12,3$ años. 28 (44,4%) pacientes fueron tratados con abemaciclib, 15 (23,8%) con palbociclib y 20 (31,7%) con ribociclib. Todos los pacientes comenzaron con la dosis plena. La dosis se redujo en 32 (50,8%) pacientes: 10 abemaciclib (35,7% de los pacientes tratados con el fármaco), 9 palbociclib (60%) y 13 ribociclib (65%). Algunos pacientes requirieron una segunda reducción de dosis: 5 abemaciclib (17,9%), 7 palbociclib (46,7%) y 4 ribociclib (20%). Las RAMs fueron el único motivo para la reducción de la dosis. Algunos pacientes requirieron medicación coadyuvante. Las RAMs, gravedad y medicación coadyuvante para las mismas fueron:

	Neutropenia nº pacientes G1-2/G3	Diarrea nº pacientes G1-2/G3	Hepatotoxicidad nº pacientes G1-2/G3	Otros
PALBOCICLIB	2/7	0	0	Linfedema G3 (1)
Medicación coadyuvante (nº pacientes)	G-CSF (2)	-	-	-
ABEMACICLIB	1/3	4/2	0/2	Anemia G2 (1)
Medicación coadyuvante (nº pacientes)	G-CSF (1)	Loperamida (5)	-	Hierro intravenoso y epoetina
RIBOCICLIB	1/8	0	0/1	Dolor de estómago y prurito G2 (1), anemia G2 (1), astenia G2 (2), náuseas y vómitos G2 (2)
Medicación coadyuvante (nº pacientes)	G-CSF (3)	-	-	Omeprazol (1), metoclopramida (2), epoetina y hierro(1)

6 pacientes (9,5%) discontinuaron el tratamiento debido a dichas RAMs: 3 abemaciclib (10,7%), 7 palbociclib (46,7%) y 2 ribociclib (10%).

CONCLUSIONES

Alrededor del 50% de los pacientes necesitaron una reducción de la dosis para el tratamiento de las RAMs. Las RAMs hematológicas fueron la razón principal en el 75% de los pacientes, necesitando para ello medicación coadyuvante como factores estimulantes de colonias, epoetina y hierro intravenoso. Los pacientes tratados con abemaciclib tuvieron menos reducciones, aunque las RAMs gastrointestinales fueron relevantes, a diferencia que ribociclib y palbociclib.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

50. ADHERENCIA A LA TERAPIA INHALADA EN ASMA GRAVE Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS

AUTORES

GALINDO GARCÍA C; GABELLA BAZAROT E; GALVÁN BANQUERI M; GALLEGO BORREGO J

OBJETIVOS

Evaluar la adherencia al biológico y a los fármacos inhalados y analizar la posible relación de la adherencia a la terapia inhalada con la respuesta al tratamiento biológico en pacientes con asma grave no controlada (AGNC).



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar en un hospital de especialidades. Se incluyeron pacientes con AGNC en tratamiento biológico que acudieron a consulta de Neumología y Farmacia (acto único) entre septiembre-2024 y enero-2025.

Se recogieron variables demográficas (sexo, edad) y clínicas en la consulta (tabaquismo, obesidad, rinosinusitis, rinitis/rinoconjuntivitis, reflujo gastroesofágico, alergia alimentaria, apnea/hipoapnea, biológico y duración, Volumen Espiratorio Forzado en 1 segundo (FEV1), test de control del asma (ACT), necesidad de corticoides sistémicos (CS) y exacerbaciones.

La adherencia se determinó mediante la tasa de posesión de la medicación (TPM), definida como la proporción de días con medicación disponible sobre el total prescrito en 6 meses, clasificando como no adherentes a TPM $\leq 80\%$. Para el tratamiento inhalado, se utilizó además el test de adhesión a los inhaladores (TAI), un cuestionario de 10 ítems (puntuación 1-5 por pregunta), clasificando a los pacientes en buen (50), intermedio (46-49) o mal cumplimiento (≤ 45).

La escala multidimensional Exacerbaciones, ACT, Corticosteroides sistémicos y Obstrucción-FEV1 (EXACTO) se utilizó para evaluar la respuesta al biológico (no respuesta/parcial/buena/completa).

Fuentes de información: historia clínica electrónica y programa de prescripción electrónica. Análisis estadístico: programa IBM-SPSS-v29.0, aplicando la prueba Chi-Cuadrado y si incumplimiento de sus supuestos la regresión logística ordinal (RLO).

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes, con una mediana de edad de 51 años (RIQ: 46-66), siendo el 63,8% mujeres. La mayoría eran no fumadores (70,2%) y presentaban comorbilidades como obesidad (29,8%), rinosinusitis (44,7%), rinitis/rinoconjuntivitis (21,3%), reflujo gastroesofágico (19,1%), alergias alimentarias (8,5%) y apnea/hipoapnea del sueño (19,1%).

Respecto al tratamiento biológico, 14 pacientes recibían tezepelumab, 11 benralizumab, 10 dupilumab, 8 mepolizumab y 4 omalizumab. La mediana de duración del tratamiento era de 14,5 meses (RIQ: 9,7-37).

En la consulta, la mediana de FEV1 fue 75% (RIQ: 50,8-89,3) y de ACT 17 (RIQ: 13-22). El 20,6% requirió CS y el número mediano de exacerbaciones desde la consulta previa fue 0 (RIQ: 0-1).

La adherencia fue del 100% para la terapia biológica y del 23% para la terapia inhalada según la TPM. La evaluación con el TAI mostró una mediana de 50 (RIQ: 49,5-50) para la terapia inhalada (buen cumplimiento).

Según EXACTO, el 45,9% tuvo una respuesta buena al biológico, el 37,8% parcial y el 16,2% completa.

La RLO no mostró una asociación significativa entre la adherencia a la terapia inhalada y la respuesta al biológico ($p=0.557$). Aunque el coeficiente negativo ($\beta=-0.366$) sugiere una menor probabilidad de mejor respuesta en pacientes no adherentes, este efecto no fue estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES

La adherencia al biológico es completa y, sin embargo, a la terapia inhalada aunque es buena según TAI, la TPM es considerablemente baja. No se encontró una relación significativa entre la adherencia a la terapia inhalada y la respuesta al biológico, aunque hubo una tendencia a peor respuesta en no adherentes. Se requieren estudios con muestras mayores para confirmar esta relación.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

51. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON RINOSINUSITIS CRÓNICA CON POLIPOSIS NASAL GRAVE REFRACTARIA

AUTORES

TORRES DE LA CRUZ MD; MONTILLA GARRIDO E; GANFORNINA ANDRADES A; JIMENEZ VILLANUEVA P; ÁVILA ÁLVAREZ JR; QUESADA SANZ MP

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de mepolizumab en pacientes con diagnóstico de rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCcPN).

MATERIALES Y MÉTODOS

Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra la interleucina-5 (IL-5) indicado en el tratamiento de la RSCcPN grave refractaria a corticoides sistémicos y/o cirugía nasosinusal. La dosis recomendada es de 100 mg cada 4 semanas por vía subcutánea.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de RSCcPN que iniciaron tratamiento con mepolizumab durante el periodo de enero 2023 hasta octubre 2024 y que llevaban al menos 3 meses de



tratamiento. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, número de cirugías endoscópicas nasosinusales (CENS) previas y posteriores al tratamiento, corticodependencia y tipo de poliposis.

Se definió tipo I a la poliposis aislada, tipo II a la poliposis asociada a asma, tipo III a la asociada a asma e hipersensibilidad a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), también conocida como tríada ASA, y tipo IV a la caracterizada por mucosidad espesa y secreciones densas, en ocasiones vinculada a fibrosis quística.

La efectividad se evaluó mediante la necesidad de corticoterapia sistémica o cirugía de rescate tras el tratamiento, la mejora subjetiva de la sintomatología asociada a poliposis nasal y recuento eosinofílico sérico. Para valorar la seguridad, se tuvo en cuenta cualquier efecto adverso (EA) relacionado con el tratamiento o la administración del fármaco.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 pacientes (52,38% mujeres) con una media de edad de 58 años. Se excluyeron 2 pacientes con tiempo inferior a 3 meses de tratamiento, uno por empeoramiento de asma asociado y otro por aparición de edemas en miembros inferiores. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 7 meses.

En cuanto a comorbilidades asociadas, un 73,68% (n=14) presentaba asma y un 10,52% (n=2) presentaba hipersensibilidad a AINEs. Con respecto al tipo de poliposis, el 68,42% (n=13) presentaba tipo II, el 26,31% (n=5) tipo I, sólo 1 paciente manifestó la tríada ASA y ninguno presentaba poliposis tipo IV. La mediana de CENS previas fue de 2 (0-5). En relación al recuento eosinofílico, la media de eosinófilos basales en sangre fueron de $0,45 \pm 0,31 \times 10^3 \mu\text{L}$ y tras el tratamiento de $0,09 \pm 0,08 \times 10^3 \mu\text{L}$.

Con respecto a la efectividad, el recuento eosinofílico obtuvo una reducción de $0,36 \times 10^3 \mu\text{L}$. Sólo 1 paciente requirió cirugía y sólo otro mantuvo corticoterapia sistémica tras el tratamiento con mepolizumab. Además, 18 pacientes manifestaron mejoría subjetiva de la sintomatología asociada a la poliposis nasal, incluido el paciente que presentaba la tríada ASA. En cuanto a la seguridad, únicamente 1 paciente manifestó cefalea que no obligó a suspender el tratamiento y no hubo ningún caso de EA relacionado con la administración del fármaco.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia demuestra que mepolizumab es un fármaco efectivo en el tratamiento de la RSCcPN grave refractaria. Su uso es seguro con un perfil de EAs manejable. Sin embargo, como limitación, el tamaño muestral fue pequeño, por lo que son necesarios más estudios que incluyan una muestra más amplia para verificar los resultados obtenidos.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

52. RELACIÓN ENTRE CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ADALIMUMAB Y RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA

AUTORES

GOMEZ LLUCH MT; FOBELO LOZANO MJ; VASQUEZ CHINCHAY F; GABELLA BAZAROT E; NARANJO LLAMAS E

OBJETIVOS

La monitorización terapéutica de fármacos (TDM) puede ayudar a garantizar unos mejores resultados clínicos, sin embargo, se desconocen los rangos terapéuticos óptimos de concentraciones séricas en hidradenitis supurativa (HS).

El objetivo del estudio fue analizar las concentraciones séricas (Cmin) de adalimumab, la presencia de anticuerpos antiadalimumab (AAA) y la relación con la respuesta clínica en pacientes con diagnóstico de HS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio ambispectivo y multidisciplinar que incluyó todos los pacientes con HS en tratamiento con adalimumab que tuvieran al menos una determinación de niveles séricos (TDM) durante la fase de mantenimiento (Cmin, realizada antes de recibir la siguiente dosis y con un mínimo de 12 semanas de tratamiento) hasta enero de 2025.

Se recogieron las siguientes variables demográficas y clínicas: edad, sexo, hábito tabáquico, obesidad, tratamiento inmunomodulador concomitante, albúmina, proteína C reactiva (PCR), tiempo desde el inicio de adalimumab hasta la TDM y posología.

Las Cmin obtenidas se clasificaron en tres grupos; subterapéutico $<5 \mu\text{g/mL}$, terapéutico $5\text{--}12 \mu\text{g/mL}$ y supratrapéutico $>12 \mu\text{g/mL}$ (según los estudios *PIONEER I Y II*) y se analizó la presencia de AAA, ambos mediante ensayo de inmunoabsorción enzimática (ELISA, Promotino[®]).

La respuesta clínica se evaluó con la valoración clínica del dermatólogo (basada en Hurley y PGA), clasificando a los pacientes como; respondedores, respondedores subóptimos y no respondedores.

Para la relación entre la Cmin y la respuesta se utilizó la prueba de Chi cuadrado.



RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes (40 TDM) con una edad mediana de 47 años [RIC30-56], 52% mujeres. El 74% eran fumadores/exfumadores y el 74% presentaban obesidad. Ningún paciente con tratamiento inmunomodulador concomitante. Los valores medios de PCR y albúmina obtenidos fueron 9,4 mg/L ($\pm 15,7$) y 4,4 g/dL ($\pm 0,4$) respectivamente. La mediana de la duración del tratamiento hasta la extracción del nivel fue de 3,8 meses/semanas (RIC 3-8).

En el momento de la TDM, el 70% de los pacientes tenían como pauta posológica 40mg/semanal (pauta estándar), un 20% 80mg/semanal (pauta intensificada), un 7% 80mg/2semanas (pauta estándar) y un paciente 40 mg/2 semanas (pauta optimizada).

Las concentraciones séricas de adalimumab fueron: 50% supratrapéuticas, 20% en rango terapéutico y 30% subterapéuticas. No se detectaron AAA en ningún paciente.

Por otro lado, la respuesta clínica resultó con un 50% de respondedores (11 en rango supratrapéutico, 4 en rango terapéutico y 5 en rango subterapéutico), 25% no respondedores (4 en rango supratrapéutico, 2 en rango terapéutico y 4 en rango subterapéutico), y otro 25% como respondedores subóptimos (5 en rango supratrapéutico, 2 en rango terapéutico y 3 en rango subterapéutico).

No hubo relación estadística entre el nivel sérico y la respuesta al fármaco ($p=0,93$).

CONCLUSIONES

El presente estudio sugiere que la TDM puede ser parte de una estrategia para obtener resultados clínicos óptimos, no obstante, se precisan más estudios con mayor número de pacientes que aclaren esta relación y la existencia de otros posibles factores asociados.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVALES

55. EFICACIA Y SEGURIDAD DE CABOTEGRAVIR-RILPIVIRINA INTRAMUSCULAR. DATOS EN VIDA REAL

AUTORES

URDA ROMACHO J; JIMÉNEZ CARBELO N; MARTÍN MIRA MM

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con cabotegravir/rilpivirina (CAB/RPV) intramuscular en pacientes adultos con VIH durante 2024.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel que incluyó a todos los pacientes VIH adultos (edad ≥ 18 años) en tratamiento con CAB/RPV inyectable durante el año 2024. Datos recogidos: sexo, edad, terapia antirretroviral (TAR) previa a CAB/RPV y tiempo de tratamiento con CAB/RPV. Para evaluar la eficacia de CAB/RPV, se eligió como variable primaria la proporción de pacientes con carga viral plasmática (CVP) suprimida (ARN VIH < 50 copias/ml). Como variable secundaria, el cambio medio de los valores de linfocitos CD4 (células/ μ L) tras iniciar CAB/RPV. Para evaluar la seguridad de CAB/RPV, se analizó la proporción de pacientes que presentaron cualquier evento adverso (RA) tras el cambio de terapia oral a administración intramuscular. La información se obtuvo de las historias clínicas electrónicas y de los registros de dispensaciones del programa informático de pacientes externos del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS

De 19 pacientes tratados con CAB/RPV, se excluyeron 4 pacientes por no disponer de datos suficientes para su posterior análisis. De los 15 pacientes incluidos, el 93,3% eran varones. La edad media fue $36 \pm 9,2$ años. Los pacientes presentaron una media de TAR con CAB/RPV de $38 \pm 11,6$ semanas. Los TAR previos fueron: 40% dolutegravir/rilpivirina, 26,6 %bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida, 20% dolutegravir/lamivudina y 6,6% dolutegravir/abacavir/lamivudina.

Eficacia. Respuesta virológica: antes de iniciar tratamiento con CAB/RPV, un paciente presentaba una CV de 72 copias/mL (analíticas previas con ARN VIH < 50 copias/mL), siendo el resto de pacientes indetectables. Tras el cambio, todos mantuvieron CV indetectable en su última analítica disponible (semana $29 \pm 11,5$). En cuanto a la respuesta inmunológica, el valor medio basal de linfocitos CD4 fue de $799,1 \pm 321,1$ células/ mm^3 , disminuyendo a $701,3 \pm 310,1$ tras el cambio a CAB/RPV. Tres pacientes iniciaron CAB/RPV con niveles de CD4 < 500 células/ mm^3 .

En dos de estos pacientes, sus CD4 aumentaron, aunque no superaron los 500 CD4 en su última analítica disponible. **Seguridad.** Se notificó evento adverso en 10 (66,6 %) pacientes. Nueve (60 %) presentaron dolor moderado/intenso en el lugar de inyección. El dolor, por lo general, permanecía durante 2-3 días y luego desaparecía. Ningún paciente tuvo que interrumpir el tratamiento y volver al TAR previo debido a las RA.



CONCLUSIONES

La combinación de CAB y RPV es la primera terapia antiretroviral inyectable intramuscular aprobada para el tratamiento de la infección por VIH. En cuanto a la eficacia, nuestros resultados se correlacionan con los ensayos de no inferioridad respecto a las pautas convencionales de TAR oral y todos los pacientes mantuvieron cargas virales indetectables durante el periodo del estudio. El perfil de seguridad fue bueno y consistente con el de los ensayos pivotaes, siendo el dolor en el lugar de inyección el principal efecto adverso descrito.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

57. PANITUMUMAB E HIPOMAGNESEMIA. FORMA DE PREVENCIÓN.

AUTORES

SÁNCHEZ VALERA M; GÁMEZ TORRES D; DÍAZ LÓPEZ MG

OBJETIVOS

Panitumumab está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con carcinoma colorrectal metastásico (mCRCC) con RAS no mutado (wild-type). La dosis recomendada es de 6 mg/kg de peso corporal, administrada una vez cada dos semanas. Ocasionalmente, se ha asociado con una disminución de los niveles séricos de magnesio (Mg) que conduce a una hipomagnesemia grave.

El objetivo del estudio fue evaluar la aparición de hipomagnesemia durante el tratamiento con Panitumumab y su corrección.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes que recibieron tratamiento con Panitumumab en monoterapia o en combinación con otros antineoplásicos en un hospital terciario desde octubre de 2022. Variables recogidas: sexo, edad, niveles séricos de Mg al inicio y después de cuatro visitas, necesidad de suplementación con Mg y reducción de dosis de Panitumumab. Para ello se utilizó la historia clínica digital, la aplicación de revisión analítica y el programa de prescripción de tratamientos oncológicos.

RESULTADOS

Se incluyeron dieciocho pacientes con mCRCC. 14 hombres y 4 mujeres. La edad media fue 58 años (45-72). Los niveles séricos de Mg se determinaron al inicio del estudio en 8 pacientes (44,8%), todos los cuales (8) fueron atendidos por el mismo médico. Para 6 pacientes (33,3%) fue imposible conocer sus niveles, ya que fueron atendidos por otro médico. 8 (100,0%) presentaron valores normales (1,60-2,60 mg/dL) en la primera visita. En la cuarta visita (después de 4 ciclos de tratamiento con Panitumumab), 4 (50,0%) pacientes tuvieron una disminución de los niveles de Mg hasta niveles de hipomagnesemia (<1,60 mg/dL). 4 (50,0%) tenían niveles normales. 8 (100,0%) habían recibido suplementación de Mg (oral o intravenosa) y sólo 1 (12,5%) requirió reducción de dosis de Panitumumab. Ninguno de ellos tenía asociado otro fármaco productor de hipomagnesemia.

CONCLUSIONES

Existe una asociación entre el tratamiento con Panitumumab y la hipomagnesemia. La suplementación con magnesio evitó una reducción de los niveles séricos en la mitad de los pacientes; sólo 1 paciente requirió una reducción de la dosis de Panitumumab a pesar de la suplementación. Es necesario monitorear los niveles de Mg en todas las visitas a la clínica y llegar a un acuerdo entre todos los médicos para monitorear de cerca los niveles de Mg, ya que la hipomagnesemia podría provocar arritmias cardíacas debido a la hipopotasemia asociada, entre otros efectos graves.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVALES

58. ANÁLISIS DEL CAMBIO A FUMARATO DE DIROXIMEL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE REMITENTE-RECURRENTE

AUTORES

LÓPEZ BAUTÍS B; ALAMINO ARREBOLA E; ROUCO BLANCO RAJOY M; LINARES ALARCÓN A

OBJETIVOS

Analizar en vida real el cambio a fumarato de diroximel (DRF) en pacientes con esclerosis múltiple remitente-recurrente (EMRR).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes con EMRR que cambiaron de tratamiento a DRF desde enero de 2022 hasta enero de 2025 en un hospital de tercer nivel.

Variables recogidas: demográficas (edad y sexo) y clínicas: terapias sistémicas previas, fecha de inicio y duración con DRF, motivo de cambio, posología, número de brotes de la enfermedad y efectos adversos (EA).



Variables estudiadas: efectividad a través de la disminución o estabilidad del número de brotes en comparación con los tratamientos anteriores y tolerabilidad al cambio de fármaco a partir de los EA. Los datos se obtuvieron a partir del programa de prescripción electrónica Athos® y de la historia clínica informatizada.

RESULTADOS

Se incluyeron a 18 pacientes (2 hombres y 16 mujeres) con una mediana de edad de 41 años (26-64). La duración media de tratamiento con DRF fue de 9,6 meses (2-14).

La mediana de líneas previas al inicio de DRF fue de 1,6: 10 pacientes recibieron sólo 1 tratamiento previo, 6 pacientes recibieron 2; 1 paciente recibió 3 y otro paciente 4. Las terapias administradas anteriormente fueron: dimetilfumarato (13 pacientes), interferón beta 1-a (8 pacientes), acetato de glatirámico (5 pacientes) y fingolimod (1 paciente).

En cuanto a los motivos que justificaron el cambio a DRF, se recogieron problemas digestivos en todos los pacientes tratados con dimetilfumarato; pérdida de respuesta en 5 pacientes (3 con interferón beta y 2 con acetato de glatirámico); incomodidad en la administración subcutánea (2 pacientes con acetato de glatirámico); flushing en 3 pacientes con dimetilfumarato (DMF) e intolerancia cutánea en un paciente con DMF.

Del total de los 18 pacientes, se excluyeron a 2 en la evaluación de los resultados de efectividad por escaso tiempo de seguimiento. El 87,5% de los pacientes no tuvo ningún brote desde el inicio de DRF. El 12,5% tuvo sólo 1 brote durante el tratamiento.

Con respecto a la tolerabilidad, los EA recogidos fueron: flushing en 6 pacientes (1 que persistía del DMF recibido previamente y 5 de nueva aparición, conllevando la retirada del DRF en 1 de ellos); cansancio (1), mareos esporádicos (1) y molestias gástricas leves en 4 pacientes: 1 de nueva aparición y 3 de continuación al DMF previo, pero con menor afectación. El 77% de los pacientes que habían recibido DMF (10 pacientes) resolvieron los problemas de toxicidad gastrointestinal.

CONCLUSIONES

Según los resultados de nuestro estudio, el 87,5% de los pacientes respondió favorablemente al cambio a DRF, ya que no presentó ningún brote de la enfermedad después de la transición. La evaluación de los datos de seguridad nos sugiere que es un fármaco seguro, ya que la mayoría de los EAs notificados fueron leves y bien tolerados. Además, contribuyó a reducir las reacciones adversas asociadas a otros fármacos. Es necesario realizar un seguimiento estrecho y multidisciplinar para optimizar el tratamiento de la EMRR, así como para garantizar la intercambiabilidad de los fármacos en nuestros pacientes sin comprometer la efectividad ni la seguridad.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

59. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN LENVATINIB Y PEMBROLIZUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO AVANZADO

AUTORES

DÍAZ PERALES R; BALLESTEROS FERNÁNDEZ Á; MOLINA GUERRERO M; MARTÍN CLAVO S

OBJETIVOS

La combinación Lenvatinib/Pembrolizumab está autorizada para el tratamiento del cáncer de endometrio (CE) avanzado/recurrente, en adultas no candidatas a cirugía/radioterapia, con progresión de enfermedad (PE) tras tratamiento previo basado en platino, independientemente de la presentación de inestabilidad de microsatélites (MSI). El objetivo de este estudio fue analizar los datos de seguridad y efectividad de esta combinación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo desarrollado en hospital de tercer nivel con pacientes de CE tratadas con Lenvatinib/Pembrolizumab, desde enero 2023 hasta febrero 2025. La información se obtuvo del programa de dispensación a pacientes externos y de la historia clínica. Se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, sexo), clínicas (estadio, clasificación histológica, inmunohistoquímica), terapéuticas (tratamientos previos, duración tratamiento, posología), seguridad (efectos adversos (EEAAs) clasificados según CTCAE v5.0, reducciones, interrupciones, suspensiones definitivas) y efectividad (respuesta según última prueba de imagen, duración respuesta, Supervivencia Libre de Progresión (SLP), Supervivencia Global (SG)).

RESULTADOS

Se incluyeron siete mujeres, edad media 69,2 (51-83) años, con de CE estadio IV, inmunohistoquímica HER2 negativo y receptores de estrógenos/progesterona positivos (excepto una). Ninguna presentaba MSI. Clasificación histológica: cinco pacientes carcinoma seroso, una endometrioide y una mixto.

Todas habían recibido tratamiento sistémico previo basado en platino. Una recibió segunda línea previa con Carboplatino/Doxorubicina Liposomal. Cuatro habían recibido tratamiento hormonal previamente.

La dosis inicial de lenvatinib fue 20 mg/día en combinación con pembrolizumab 200 mg cada 3 semanas, excepto una paciente que comenzó lenvatinib 14 mg/día. La duración media del seguimiento del tratamiento fue 9,8 meses (3-18).

Los EEAAs descritos fueron (nº pacientes; grado): Alteración marcha(1;I), Alteración renal(1;I), Astenia(2;III)(1;II)(3;I), Anorexia(1;I), Diarrea(2;II)(2;I), Epigastralgia(1;I), Estreñimiento(1;I) (1;II), Hipertensión(3;III)(1;II), Hiporexia(1;I) (2;I), Hipotiroidismo(2;II)(1;I), Infección tracto urinario(1;II), Labilidad emocional(1;I), Mareos persistentes(1;I), Mucositis(1;II), Náuseas(3;I) (1;II), Neutropenia(1;II), Proteinuria(1;II), Toxicidad inmunomediada (TI) digestiva con colitis, colecistitis, hepatitis y pancreatitis(1;II), TI vesical(1;II), Transaminitis(1;I), Trombopenia(1;II), Troponitis(1;II), Vómitos(1;II).

Con respecto a Lenvatinib se llevaron a cabo reducciones de dosis en todas las pacientes, 5 interrupciones en 3 pacientes, un retraso en una paciente y una suspensión definitiva. Tan solo se produjo una suspensión de la combinación por TI.

En cuanto a efectividad: las respuestas evaluadas fueron en un 28.5% respuesta completa (RC) y en un 71.4 % PE. La mediana SLP fue 12.5 meses con mediana de SG no alcanzada. Una de las pacientes sigue aún en tratamiento con RC (13 meses) y otra mantiene RC sin tratamiento activo por TI (9+4 meses).

CONCLUSIONES

El perfil de seguridad de la combinación concuerda con los estudios informados anteriormente, lo que sigue reflejando el importante perfil de EEAAs asociados a esta terapia. Los principales EEAAs responsables de interrupciones/reducciones fueron la hipertensión, astenia y problemas gastrointestinales.

En cuanto a la efectividad obtenida de Lenvatinib/Pembrolizumab (mSLP de 12,5 meses) ha sido superior a los ensayos clínicos publicados (estudio 309/KEYNOTE775) que fue de 7,2 meses. Ello se puede deber tanto al número limitado de pacientes del estudio, como al número elevado de líneas previas de tratamiento en las pacientes del ensayo clínico, lo que impide poder sacar conclusiones significativas. A pesar de ello, estos análisis son importantes para conocer resultados en salud en la práctica clínica.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

61. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE SORAFENIB EN LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA

AUTORES

LÓPEZ GÓMEZ A; PÉREZ MORENO MA; MARTÍN DOMÍNGUEZ FM; VEGA COCA MD; VERDE PARRA A; RODRÍGUEZ ARBOL E

OBJETIVOS

Sorafenib, un inhibidor multiquinasa, ha mostrado eficacia en ensayos clínicos como terapia de mantenimiento en pacientes con leucemia mieloblástica aguda (LMA) FLT3-mutado después del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH) para reducir el riesgo de recaída, indicación off-label. El objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad de sorafenib en este contexto en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes adultos con LMA FLT3-mutado, que recibieron sorafenib como tratamiento de mantenimiento post alo-TPH.

Las variables recogidas fueron: demográficas (edad, sexo), detalles del diagnóstico (mutación y riesgo), ECOG (estado funcional basal), tipo y fecha del trasplante, fecha de inicio del tratamiento, dosis alcanzada, modificación/suspensión de dosis y motivo, fecha de recaída y muerte. La efectividad se evaluó mediante la supervivencia libre de recaída (SLR) y supervivencia global (SG) y la seguridad mediante el análisis de las principales reacciones adversas (RAs) detectadas.

Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo y se empleó el método de Kaplan-Meier para la estimación de la probabilidad de supervivencia mediante el programa IBM SPSS Statistics 25®.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes (54,4% mujeres) con una mediana de edad de 55 años (rango 43-72). El 81,8 % de las LMA fueron de riesgo intermedio y el 18,2 % de riesgo adverso según European LeukemiaNet, con mutaciones adicionales predominantemente en NPM1 (63,6%), DNMT3A (36,3%) y WT1 (27,2%). La mayoría (81,81%) presentaron ECOG 0. En cuanto al tipo de trasplante, el 36,6% recibió trasplante haploide, el 18,2% compatible y el resto no emparentado.

El tratamiento con sorafenib se inició a una mediana de 65 días (RIQ:43-74) postrasplante, lográndose dosis óptima de 400 mg cada 12 horas en el 72 % de los casos.



A la fecha de corte de los datos (31/01/2025), 6 pacientes continuaban en tratamiento mientras que 5 lo suspendieron (60% por recaída y 40% por toxicidad). Todos los pacientes que discontinuaron el tratamiento habían alcanzado la dosis óptima.

En términos de efectividad, tras una mediana de seguimiento de 84 días (RIQ 42,5-266,5) no se alcanzaron las medianas de SLR ni de SG, con un valor medio estimado de SLR de 15,6 meses (IC95% 9,3-21,9) y de SG de 19,9 meses (IC95% 15,2-24,7).

Respecto a la seguridad, el 91% de los pacientes presentó RAs, siendo la toxicidad digestiva la más frecuente (100%, con diarreas en el 50%), seguida de toxicidad cutánea (70%, con rash en el 100% y prurito en el 71,4%) y molestias articulares (30%). Un paciente presentó neutropenia como toxicidad hematológica. En el 60% de los casos, las RAs motivaron la reducción de dosis.

CONCLUSIONES

Sorafenib es una opción prometedora para el mantenimiento en LMA FLT3-mutado post alo-TPH, con datos de supervivencia incluso algo superiores a los reportados en los ensayos pivotaes. Sin embargo, su tolerabilidad fue inferior a la descrita en dichos ensayos, requiriéndose ajuste de dosis en una proporción significativa de pacientes. Sería necesario un seguimiento más prolongado y mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

62. EVALUACIÓN DEL USO DE INMUNOGLOBULINAS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS SEGÚN NUEVO PROTOCOLO AUTONÓMICO DE REFERENCIA

AUTORES

VÁZQUEZ VELA V; MARTÍNEZ DÍAZ C; REYES DE LA MATA Y; FRÍAS RUIZ P; BORRERO RUBIO JM

OBJETIVOS

Las inmunoglobulinas (Igs) son hemoderivados de disponibilidad limitada, dado que su producción depende de las donaciones de plasma humano. Es por ello, que su uso debe restringirse a indicaciones con beneficio clínico demostrado. El objetivo principal del estudio fue evaluar la adecuación del uso de Igs en pacientes hematológicos según el protocolo actualizado de la Comisión Autonómica para el Uso Racional de los Medicamentos en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Objetivos secundarios: Desarrollar e implementar medidas que faciliten la aplicación y seguimiento del protocolo, promoviendo su adhesión en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes con patologías hematológicas que recibieron Igs entre el 1 de enero de 2024 y 28 de febrero de 2025. En cada caso, se verificó la adecuación de la indicación y se clasificó, conforme al protocolo autonómico, en las siguientes categorías:

1. Indicaciones aprobadas en ficha técnica por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
2. Indicaciones fuera de ficha técnica (off-label), clasificadas según la evidencia disponible en:
 - Verde: Evidencia sólida de uso. Puede iniciarse el tratamiento sin trámites adicionales.
 - Amarillo: Evidencia débil. El tratamiento con Igs debe evaluarse individualmente en cada paciente considerando otras alternativas, especialmente en casos de desabastecimiento.
 - Rojo: Ausencia de evidencia o indicación no recomendada. De forma muy excepcional, podrían valorarse individualmente si se trata de situaciones sin alternativas terapéuticas.

RESULTADOS

Se revisaron 35 pacientes hematológicos con prescripción de Igs (254 prescripciones en total).

El 97,1% (34) correspondió a indicaciones aprobadas, por orden de frecuencia:

- Inmunodeficiencias 2ª en pacientes que sufren infecciones graves o recurrentes 76,5% (26): Mieloma 11,7% (4) y LLC/Linfoma 64,7% (22)
- Inmunodeficiencias 1ª con producción de anticuerpos deteriorada 20,6% (7).
- Púrpura trombocitopénica idiopática 2,9%(1).

El 2,9% (1) restante correspondió a la indicación de Anemia hemolítica (off-label), con evidencia consolidada (verde) que justificaba su empleo en dicho contexto.

No se identificaron prescripciones en indicaciones con evidencia débil (amarillo) ni en indicaciones no recomendadas (rojo) que requirieran reevaluación por ausencia de alternativas terapéuticas.

Se actualizó el registro hospitalario del tratamiento con Igs incorporando la clasificación de las indicaciones, autorizadas y off-label, junto con el sistema de código de colores definido en el protocolo para las indicaciones fuera de ficha técnica, para una mayor adherencia a las recomendaciones definidas en el protocolo.

CONCLUSIONES

El uso de Igs en pacientes hematológicos mostró una alta adecuación al protocolo autonómico, tratándose de indicaciones aprobadas en la gran mayoría de las prescripciones. No se identificaron prescripciones en indicaciones no recomendadas o con evidencia débil. La actualización del registro de Igs con la implementación del código de colores ha facilitado la revisión de la prescripción y mejorado la trazabilidad del uso de Igs en hematología. Esta herramienta contribuye a su gestión eficiente y uso racional en la práctica clínica, favoreciendo la disponibilidad de este recurso limitado.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

63. APLICACIÓN DEL MODELO DE ESTRATIFICACIÓN EN PACIENTES CON NEOPLASIAS ONCO-HEMATOLÓGICAS AL PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

AUTORES

ROBUSTILLO CORTÉS MDLA; SOLÍS MARTÍN C; NARANJO LLAMAS ME

OBJETIVOS

Aplicar la herramienta de estratificación farmacéutica para pacientes con enfermedades oncohematológicas elaborado por la SEFH, a pacientes con diagnóstico de Leucemia Linfocítica Crónica (LLC) e identificar aquellos que más se puedan beneficiar de determinadas intervenciones de atención farmacéutica dependiendo de su nivel de prioridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de LLC en tratamiento activo durante el año 2024. Todos los pacientes fueron estratificados de acuerdo con el modelo de estratificación para pacientes con enfermedades oncohematológicas de la SEFH. Este modelo está basado en 22 variables agrupadas en cuatro bloques: variables demográficas, variables sociosanitarias y del estado cognitivo-funcional, variables clínicas y de utilización de servicios sanitarios y variables relacionadas con el tratamiento. En función de la puntuación obtenida los pacientes fueron estratificados en 3 niveles, siendo el nivel 1 el de mayor prioridad y 3 el de menor prioridad. Las variables fueron obtenidas a través de la historia clínica y el módulo de prescripción en receta electrónica, así como el programa de dispensación del servicio de farmacia.

RESULTADOS

Se incluyeron 36 pacientes, 86,6% hombres con una mediana de edad de 66 (RIQ: 58-75) años. El 88,9% presentaba un ECOG 0-1. La mediana de meses de seguimiento fue de 28 (RIQ: 20-71) meses, estando el 42,8% en tratamiento con ibrutinib, seguido del 20% con R-venetoclax, 14,3% con acalabrutinib, 11,4% zanubrutinib, el 2,8% con venetoclax en monoterapia, el 2,8% con obinutuzumab-venetoclax y el 2,8% restante con ibrutinib-venetoclax. El 58,3% estaba con un tratamiento en primera línea. Tras la aplicación del modelo de estratificación, el 80,6% de los pacientes (n= 29) se categorizaron en el estrato 3, de menor nivel de complejidad. El 16,7% (n=6) se situó en el nivel de prioridad 2 y solo 1 paciente en el estrato 1 (2,8%). En relación a las variables clínicas, el 80,0% de los pacientes tenían al menos dos comorbilidades y el 25,0% de los pacientes insuficiencia renal moderada-grave. Las variables que más influyeron en la estratificación fueron las relacionadas con el tratamiento; el 47,2% de los pacientes eran polimedicados, el 55,6% estaban en tratamiento concomitante con medicación de alto riesgo según el ISMP, el 16,7% de los pacientes presentaron alguna interacción grave y el 13,9% presentó toxicidad grado 2 o superior relacionada con el tratamiento. Sin embargo, los pacientes presentaron excelente adherencia al tratamiento oncohematológico (97,2%).

CONCLUSIONES

La aplicación de la herramienta de estratificación en pacientes con LLC ha permitido identificar que la mayoría de los pacientes tienen un nivel de complejidad bajo, que necesitan un tipo de intervenciones flexible y que favorezcan el autocuidado y el empoderamiento del paciente con su enfermedad crónica.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

64. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DE IBRUTINIB EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

AUTORES

SOLÍS MARTÍN C; ROBUSTILLO CORTÉS MDLA; GALINDO GARCÍA C



OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de ibrutinib en monoterapia en vida real para el tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC) tanto en primera línea (1L) como en líneas sucesivas ($\geq 2L$).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes con LLC en tratamiento con ibrutinib en monoterapia desde julio-2015 hasta diciembre-2024. Variables demográficas: sexo y edad al inicio. Variables clínicas: presencia de delección 17p/mutaciónTP53 (sí/no), estado funcional según escala ECOG, líneas de tratamiento recibidas (1 línea o ≥ 2 líneas), reducción de dosis de ibrutinib (sí/no), motivo de fin de tratamiento (progresión/exitus, toxicidad u otros) y status actual (exitus, activo o suspendido).

En cuanto a las variables de efectividad: Supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Tipo respuesta obtenida (respuesta parcial, RP; respuesta completa, RC; no respuesta, NR) y progresión (sí/no). La seguridad se determinó con las reacciones adversas (RA) asociadas a ibrutinib. Se recogieron las variables toxicidad (sí/no), grado de toxicidad según criterios CTCAE V.5.0 y tipo de RA

Fuentes de información: Historia Clínica digital y programa de prescripción electrónica. Datos procesados en el programa estadístico IBM-SPSS v 26.0.

RESULTADOS

Se incluyeron 35 pacientes, con una mediana de edad de 69 años (RIQ=62-75); el 57,1% eran hombres. El 62,9% no presentaba delección 17p/mutaciónTP53. En cuanto al estado funcional el 94,3% presentaba un ECOG 0-1. El 31,4% de los pacientes recibió 1L y el 68,6% recibió ≥ 2 líneas. El 25,7% de los pacientes necesitó reducción de dosis y el motivo de fin de tratamiento fue 54,3% progresión/exitus, 25,7% toxicidad y 2,9% otros. El 17,1% de los pacientes permanece en tratamiento con ibrutinib.

El tiempo mediano de seguimiento fue de 47,3 meses (RIQ=15,5-69,0). En los pacientes de 1L, la mejor respuesta alcanzada fue RC en 2 pacientes, 8 RP y uno NR. La mediana de SLP fue 45,7y la SG fue de 65,6 meses (IC95%=43,4-87,8). En los pacientes de $\geq 2L$, 4 pacientes alcanzaron la RC, 14 RP y 6 NR. La mediana de SLP fue de 48,1 meses (IC95%=0,0-102,0) y la mediana de SG no se alcanzó.

El 77,1% de los pacientes tuvo algún tipo de toxicidad asociada a ibrutinib. 18 pacientes (51,4%) sufrieron RA grado 1-2, mientras que 9 (22,9%) sufrieron de grado 3-4, siendo las más frecuentes la toxicidad hematológica y gastrointestinal (ambas 28,6%) y calambres/mialgias y hemorragias/sangrados (ambas 25,7%).

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos muestran que ibrutinib consigue una buena tasa de respuesta global tanto en primera como en líneas sucesivas. Se necesita un seguimiento más prolongado para sacar conclusiones sobre la SLP y la SG, ya que un número significativo de pacientes siguen vivos. Los EA observados fueron los esperados y coinciden con los descritos en los ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: TERAPIAS AVANZADAS

65. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE ECULIZUMAB OFF- LABEL EN EL RECHAZO AGUDO HUMORAL EN TRASPLANTE RENAL.

AUTORES

MOLINA GUERRERO M; DÍAZ PERALES R; BALLESTEROS FERNÁNDEZ Á; MORALES LARA MJ

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de Eculizumab como tratamiento off label del rechazo agudo humoral en pacientes receptores de trasplante renal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes que recibieron eculizumab como tratamiento del rechazo agudo humoral tras trasplante renal en nuestro centro.

Las variables evaluadas fueron: demográficas (edad y sexo), clínicas [parámetros analíticos previos y posteriores a la administración de eculizumab (filtrado glomerular, hemoglobina y plaquetas), trasplantes previos, necesidad de diálisis previa o tras eculizumab y biopsias diagnósticas de microangiopatía trombótica (MAT)) y terapéuticas (inmunosupresores previos y concomitantes)].

La efectividad se evaluó mediante la normalización de los parámetros hematológicos evaluados (hemoglobina y plaquetas) y renales (evolución en la categoría de Filtrado glomerular (FG) según guía KDIGO 2024), y necesidad de diálisis.

La dosificación de eculizumab se hizo conforme al protocolo de trasplante renal de nuestro centro, a la dosis de 900 mg-1200 mg semanales y en un rango 2-4 semanas de tratamiento. Este protocolo consta de eculizumab



con rituximab a dosis de 375 mg/m², esteroides, micofenolato de mofetilo, tacrolimus y plasmaféresis (5-7 sesiones) e inmunoglobulinas intravenosas a dosis de 0.2-0.4 g/kg.

Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica (Diraya) y del programa de prescripción electrónica de pacientes ingresados y ambulatorios (Athos- Prisma).

RESULTADOS

Desde el año 2017, en nuestro centro fueron tratados con Eculizumab para rechazo humoral 9 pacientes [(30% mujeres, media de edad de 48,3 años ($\pm 10,67$)). El 100% había presentado rechazo a un trasplante renal previo (55% un rechazo previo y 22% dos y 3 rechazos a trasplantes previos).

Todos los pacientes presentaron una categoría de FG al diagnóstico del rechazo y previa a la administración de eculizumab de al menos G3b o superior (5 pacientes categoría de FG G5 (Fallo renal) y 2 pacientes categoría G4 (gravemente disminuido) [(media de tasa de filtrado glomerular (TGF) previa a 19,56 (mL/min) ($\pm 19,3$)). Tras la administración de eculizumab se registró una mejoría en la categoría de FG en 55% de pacientes sin llegar al rango de normalidad (4 pacientes alcanzaron categoría G3b (moderada a gravemente disminuido o inferior) [(TGF media tras eculizumab de 32,33 (mL/min) ($\pm 21,55$)).

A nivel hematológico, todos los pacientes mejoraron estos parámetros (hemoglobina y plaquetas) pero sin entrar en rango de normalidad (media previa a la administración de eculizumab: hemoglobina media previa 10,91 g/dL ($\pm 1,98$) y plaquetas $173 \times 10^9/L$ ($\pm 96,10$) y tras la administración del fármaco: hemoglobina 11,82 g/dL ($\pm 1,56$), plaquetas $202,33 \times 10^9/L$ ($\pm 75,24$)).

Tras la administración del fármaco, el 33% de pacientes necesitaron diálisis.

Ninguno de los pacientes presentó eventos adversos tras la administración del fármaco.

CONCLUSIONES

El eculizumab fue bien tolerado y efectivo, permitiendo que el 66% de nuestra población no iniciara de nuevo diálisis. Dado que el tratamiento con eculizumab en rechazo humoral del trasplante renal es una indicación off-label, es difícil obtener un tamaño muestral mayor que corrobore estos resultados preliminares. Sin embargo, a priori es una opción a valorar, sobre todo en pacientes con rechazo a trasplantes previos en los que las opciones de tratamiento son escasas.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

67. EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN EN LAS PRESCRIPCIONES DE FENTANILO DE LIBERACIÓN RÁPIDA A LAS CONDICIONES DE FINANCIACIÓN A TRAVÉS DEL VISADO

AUTORES

SÁNCHEZ LOBÓN I; OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; ROMERO HERNÁNDEZ I; MORILLO LUCHENA MDÁ; SILES MORRIS S

OBJETIVOS

Evaluar la adecuación de las prescripciones de fentanilo de liberación rápida (FLR) a las condiciones de visado establecidas comparando su realización por parte de personal administrativo ajeno al servicio de farmacia en el año 2022, frente al realizado por un farmacéutico especialista en 2023.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel comparando dos periodos: un año previo a la implantación del visado (2022) y el primer año de implantación del visado (2023) en el servicio de farmacia. A través de la aplicación corporativa para el seguimiento de las prescripciones en receta, se obtuvieron informes de prescripciones de FLR realizadas en el periodo enero de 2022 a diciembre de 2023. Se revisó la historia clínica y farmacoterapéutica de los pacientes para evaluar si las prescripciones realizadas cumplían los criterios de financiación establecidos por el Ministerio de Sanidad: tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico oncológico (DCO). Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxicodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más. En 2023, para el análisis de solicitudes y evaluación de adecuación a las condiciones de visado, se diseñó una base de datos en la que se registra fecha, NUHSA, fármaco prescrito, indicación, estado de la prescripción (visado, pendiente de datos o denegado), motivo, así como prescriptor y servicio.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 465 prescripciones de FLR en el periodo de estudio: 280 en 2022 y 185 en 2023. En cuanto a las prescripciones visadas en el año 2022, 68,9% (193/280) de las prescripciones no eran adecuadas



por los siguientes motivos: 52,2% (96/193) no recibían un mantenimiento con opiáceos adecuados, 18,1% (35/193) no correspondían a la indicación financiada en DCO y 32,1% (62/193) por ambas razones. Con respecto a las prescripciones con indicaciones no financiadas, 33,2% (64/193) se prescribían para dolor isquémico, 4,7% (9/193) dolor articular y 4,1% (8/193) dolor crónico. Sin embargo, en cuanto a las prescripciones que cumplían con la indicación financiada DCO 65,7% (184/280), el 52,2% (96/184) no cumplían criterios de financiación por un mantenimiento con opioides inadecuado. En el año 2023, 40/185 (22,7%) de las prescripciones no fueron visadas, de las cuales, 32/42 (76,2%) porque no cumplían con la indicación en DCO y 10/42 (23,8%) porque no tenían prescrito un mantenimiento con opiáceos adecuados.

CONCLUSIONES

La implicación del servicio de farmacia en el visado ha supuesto un mayor número de prescripciones adecuadas según criterios de financiación, así como una disminución del número de pacientes que reciben FLR. Todo ello se traduce en un aumento de la seguridad, eficiencia y calidad del uso de los medicamentos.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

70. PERSISTENCIA Y SEGURIDAD DEL FILGOTINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORES

VERDE PARRA A; SUÁREZ CASILLAS P; BARRIGA RODRÍGUEZ P; PÉREZ-PERIAÑEZ ORRILLO F; ALVERO ROLDÁN FJ

OBJETIVOS

Evaluar la persistencia y seguridad de filgotinib en pacientes con artritis reumatoide (AR) y determinar las principales razones de discontinuación del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con AR tratados con filgotinib desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de enero de 2025, excluyendo aquellos con pérdida de seguimiento.

Las variables recogidas fueron: datos demográficos (sexo, edad), tratamientos previos, fechas de inicio y suspensión del tratamiento con filgotinib, motivos de discontinuación y efectos adversos (EA).

La persistencia se definió como el período (en meses) transcurrido desde el inicio del tratamiento hasta su suspensión, y se analizó mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier con la prueba de log-rank. Las causas de discontinuación se categorizaron en falta de respuesta, EA, edad y comorbilidades, y otros motivos. La seguridad se midió por la presencia de EA registrados.

Los datos fueron obtenidos del sistema de historia clínica electrónica (DIRAYA) y del programa de prescripción electrónica (ATHOS). Para el análisis estadístico, se utilizó el software SPSS 20.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 70 pacientes (90% mujeres) con una mediana de edad de 58,5 años (IQR: 43,3 -73,8). El 12,9% no había recibido ningún tratamiento previo, el 41,4% recibió un tratamiento previo y el 45,7% recibió dos o más tratamientos.

La mediana de persistencia fue de 29 meses (IC 95%: 45,6 a 78,5). Al final del periodo de seguimiento, 24 (34,3%) pacientes suspendieron el tratamiento con filgotinib con un tiempo medio de tratamiento de $14,97 \pm 10,14$ meses. Los motivos de suspensión del tratamiento fueron: falta de respuesta en 14 pacientes (58,3%), presencia de EA en 4 pacientes (16,7%), edad y comorbilidades en 3 pacientes (12,5%) y otras causas en 3 pacientes (12,5%).

El 20% de los pacientes tuvieron EA relacionados con filgotinib. El principal EA fueron las infecciones (71,4%), siendo las infecciones urinarias y respiratorias las más frecuentes, 40 y 30% respectivamente. Los otros EA registrados fueron: alteraciones en la piel (urticaria, toxicodermia) en un 14,3%, y alteraciones cardiovasculares (CV) e hipercolesterolemia en un 7,1% cada uno de ellos. Los EA más graves que llevaron a suspender el tratamiento fueron infecciones (2), urticaria (1) y alteraciones CV (1).

CONCLUSIONES

Un tercio de los pacientes (34,3%) suspendieron el tratamiento con filgotinib, siendo la falta de respuesta el principal motivo de discontinuación. La presencia de infecciones fue el EA más frecuente. Un seguimiento adecuado, identificando precozmente la aparición de EA y/o la falta de respuesta al tratamiento, podría dar lugar a mejores resultados en estos pacientes.

Sería interesante la realización de estudios comparativos con los otros inhibidores de JAK empleados en el manejo de la AR para obtener datos concluyentes de los resultados obtenidos.



CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

71. SEGURIDAD DE ATOGEPANT EN EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

AUTORES

ALVERO ROLDÁN FJ; MONTECATINE ALONSO E; BARRIGA RODRÍGUEZ PC; VERDE PARRA A; PÉREZ PERIÁÑEZ ORRILLO F

OBJETIVOS

Analizar la seguridad de atogepant en pacientes diagnosticados de migraña.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde mayo de 2024 hasta febrero de 2025 de los pacientes que iniciaron tratamiento con atogepant en un hospital de tercer nivel. Se recogieron los siguientes datos: variables demográficas (edad, sexo), tipo de migraña, dosis del fármaco, tratamientos biológicos previos y tiempo de tratamiento con atogepant. La seguridad se evaluó según los efectos adversos (EA) registrados en la historia clínica. Los pacientes incluidos debían tener al menos una consulta de seguimiento en neurología.

RESULTADOS

Un total de 130 pacientes iniciaron tratamiento con atogepant durante el periodo de estudio. Se incluyeron 38 pacientes (29,2%), el 81,6% eran mujeres, con una mediana de edad de 50,5 años [RIQ: 39,5 - 56,3]. El 84,2% de los pacientes presentaban migraña crónica y el 15,8% migraña episódica de alta frecuencia, y todos recibieron la dosis de 60 mg. El 55,3% no habían recibido previamente tratamiento con un anticuerpo monoclonal. El tiempo de tratamiento medio con atogepant fue de $20,8 \pm 8,1$ semanas.

Al finalizar el estudio, 21 pacientes (55,3%) tuvieron algún EA relacionado con el tratamiento, de éstos el 47,6% habían estado en tratamiento previo con un anticuerpo monoclonal. Respecto a los EA presentados, el 85,7% tuvieron alteraciones gastrointestinales (estreñimiento, náuseas, vómitos y anorexia), el 33,3% astenia, 19,1% mareos, 9,5% hipotensión, 9,5% irritabilidad y un 4,8% insomnio. Del total de pacientes estudiados, el 15,8% tuvo que abandonar el tratamiento por síntomas gastrointestinales.

CONCLUSIONES

Tras analizar los resultados del estudio podemos concluir que, al igual que en los ensayos clínicos ADVANCE, MD-01 y PROGRESS, las alteraciones gastrointestinales fueron los EA más frecuentes. En estos ensayos, la incidencia EA fue del 63,5% tras 52 semanas de tratamiento. En cambio, en los pacientes analizados, la incidencia obtenida fue menor, alcanzando un 55,3%, aunque hay que destacar que el periodo de tratamiento medio fue más breve, de solo 21 semanas. En este estudio la interrupción de atogepant debido a EA fue del 15,8%, notablemente superior a lo que reflejan los ensayos con la dosis de 60mg (3,1%). Con los datos obtenidos, sería necesario un seguimiento más estrecho de los pacientes en tratamiento con atogepant en relación a la aparición de EA relacionados con el fármaco.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

72. IMPACTO DE LA ARGIPRESINA EN EL MANEJO DEL SHOCK EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

AUTORES

ROMERO GIL E; GALINDO GARCÍA C; SOLÍS MARTÍN C; CANTUDO CUENCA MD

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de la argipresina en pacientes con hipotensión refractaria a noradrenalina debido a shock, en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo que incluyó pacientes en tratamiento con argipresina en combinación con noradrenalina durante más de 12 horas, entre abril-2023 y diciembre-2024.

Se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas: tipo de shock, presión arterial media (PAM) al inicio de la doble perfusión (noradrenalina+argipresina), dosis iniciales de argipresina (UI/min) y noradrenalina (mcg/kg/min) además de la duración de ésta (días). También se registró la dosis de noradrenalina al finalizar la doble perfusión, prescripción concomitante de corticoides o fluidoterapia, PAM al final de la doble perfusión y días de estancia en UCI.

Finalmente, como variable de efectividad se determinó la mortalidad tras 28 días del inicio de argipresina, que fue la variable principal del ensayo clínico VASST y para determinar la seguridad se recogieron las reacciones adversas medicamentosas (RAM).

Los datos fueron extraídos de la Historia Clínica digital y programa de prescripción electrónica, y procesados mediante IBM-SPSS-v29.0.



RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes, 17 hombres (63,3%), con una mediana de edad de 66 años (RIQ=59-75). El 80% presentaba shock séptico, el 6,7% cardiogénico, el 6,7% hipovolémico y el 6,7% mixto.

El 60% de los pacientes presentaban PAM<65 mmHg al inicio de la doble perfusión. La dosis mediana de argipresina al inicio de la doble perfusión fue 0,02 UI/min (RIQ=0,02-0,03) y la de noradrenalina fue 1,3 mcg/kg/min (RIQ=0,8-1,9). La duración mediana de la doble perfusión fue de dos días (RIQ=1-2). La mediana de la dosis de noradrenalina al finalizar la doble perfusión fue de 0,35 mcg/kg/min (RIQ=0,20-0,70); en el 93,3% de los pacientes se disminuyó la dosis de noradrenalina con una mediana de 67,5% de disminución de dosis respecto a la dosis inicial de noradrenalina. El 80% de los pacientes recibieron corticoides y el 93,3% recibió fluidoterapia. El 82,1% de los pacientes a los que se les pudo medir la PAM al final de la doble perfusión (n=28) presentaron PAM>65 mmHg. La mediana de la estancia en UCI fue 10 días (RIQ=4-18).

El 56,7% de los pacientes falleció antes de los 28 días tras el inicio de argipresina, siendo la mediana de días hasta el éxitus de 9,5 días (RIQ=1,2-20,5).

En cuanto a la seguridad, el 10% de los pacientes presentaron RAM asociadas a argipresina, 6,7% isquemia digital y 3,3% hiponatremia.

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos, se observa una mejora en la estabilidad hemodinámica en la mayoría de los casos aunque la mortalidad a los 28 días fue elevada (56,7%), en comparación con la reportada en el ensayo clínico VASST (35,4%). Sin embargo, hubo una baja incidencia de reacciones adversas que podría deberse a la reducción significativa de la dosis de noradrenalina a causa del uso de argipresina.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

74. EL FARMACÉUTICO DE HOSPITAL COMO GARANTE DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

AUTORES

VÁZQUEZ REAL M; GONZÁLEZ MARTÍNEZ M; GONZÁLEZ-CARRASCOSA VEGA T; GALLARDO CABRALES S

OBJETIVOS

La seguridad del paciente (SP) es la dimensión más importante relacionada con la cultura de la Calidad de los centros sanitarios, estando impulsada además por la Estrategia de Seguridad del Sistema Sanitario Público Andaluz (ESSPA). El objetivo es medir la actividad realizada por el farmacéutico de hospital (FH) adscrito a una Unidad de Calidad (UC) en un equipo multidisciplinar formado por una enfermera, un FH y una directiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis observacional retrospectivo llevado a cabo en un área de gestión sanitaria (AGS) durante el año 2024. Se recogieron todas las actividades relacionadas con la SP llevadas a cabo por el FH junto al equipo de la UC. Los datos se recogieron en tablas Excel para su explotación.

RESULTADOS

Durante el año 2024 destacan las siguientes actividades: 1) Estimulación de la notificación a través de sesiones formativas a referentes “micro” de SP de las unidades durante 2024. Esto incrementó las notificaciones en un 140%, pasando 395 en 2023 a 949 en 2024. De forma secundaria, se llevaron a cabo 5 Análisis Causa-Raíz (ACR) de eventos potencialmente graves, implementando 29 acciones de mejora orientadas a optimizar los procesos y la SP en el AGS. 2) Formación. Destacar la formación a los nuevos residentes en SP, haciendo hincapié en identificación inequívoca del paciente, uso seguro de la medicación (USM), prescripción electrónica (PE) e higiene de manos. Además, se realizaron 2 cursos presenciales para los referentes de SP de las unidades del AGS. 3) Mejora de la seguridad en la PE: Se revisaron las fichas del programa de PE y armarios automatizados (AU) para implantar la estrategia de “tall-man lettering”, modificando un total de 424 fichas de medicamentos (135 en el programa de PE y 289 en AU). 4) Adecuación de botiquines. Se actualizó el listado de medicamentos fotosensibles, termolábiles y de alto riesgo (MAR), identificando 130, 98 y 247 principios activos, respectivamente, reforzando su conocimiento e identificación entre el personal sanitario. 5) Mejora del proceso prescripción-preparación-administración, implantando dos procedimientos transversales, uno de identificación inequívoca del paciente y otro de preparación y administración de medicamentos, con el fin de garantizar la identificación adecuada del trinomio paciente-plan terapéutico-medicamento.

CONCLUSIONES

La participación del FH en la SP a través de la UC junto a un equipo multidisciplinar permite actuar sobre aspectos fundamentales de la SP, participando directamente en multitud de actividades, destacando en el USM.



CLASIFICACIÓN: ENSAYOS CLÍNICOS

75. EVALUACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ACTIVOS EN 2025 DESDE LA PERSPECTIVA DEL SERVICIO DE FARMACIA

AUTORES

VALLE DÍAZ DE LA GUARDIA AM; GARCÍA LÓPEZ Á; VALLE MESA JM; FERNÁNDEZ MUÑOZ M; SADYRBAEVA DOLGOVA S

OBJETIVOS

Evaluar la complejidad de los ensayos clínicos (EECC) activos y con sujetos reclutados a fecha de Febrero 2025 en la Unidad de Ensayos Clínicos de un hospital de tercer nivel, desde el punto de vista del área de Farmacia de esta Unidad, con el fin de conocer la relevancia del trabajo del farmacéutico responsable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, en el que se analiza el grado de complejidad de los ensayos clínicos utilizando la escala diseñada y publicada por *Calvin-Lamas M, et al.* Este sistema asigna una puntuación concreta para cada actividad relacionada con el ensayo clínico, en el ámbito de la gestión farmacéutica. Se valoran aspectos como: tipo de cegamiento, número de productos en investigación implicados, método de dispensación, necesidad de preparación por parte del farmacéutico (por ejemplo, en condiciones estériles), requisitos de conservación, utilización de sistema interactivo de respuesta por web...etc. Según esta escala, la complejidad de un ensayo clínico puede ser baja (6-10 puntos), media (11-19 puntos) o alta (20-33 puntos). Nuestro estudio se desarrolló en tres fases: 1) Descripción de los EECC activos durante el mes de Febrero del 2025 en la Unidad de EECC del hospital, 2) Recogida de datos generales de cada uno de ellos (diseño, servicio médico, pacientes reclutados...) a partir de la base de datos Fundanet®, 3) Asignación de puntuaciones y evaluación de la complejidad.

RESULTADOS

Se identificaron 55 EECC activos, con un total de 171 sujetos reclutados y en tratamiento. La distribución mayoritaria por servicios médicos fue la siguiente: Oncología (27%), Hematología (21%) y Dermatología (15%). El 56% (31 estudios) obtuvo una puntuación correspondiente a un nivel de complejidad media. Dos EECC fueron catalogados de complejidad alta. De los 20 estudios con la puntuación más alta, 11 pertenecían al área de Hematología. El ítem que más contribuyó a aumentar la dificultad fue el tipo de preparación del producto en investigación (la necesidad de trabajar en condiciones estériles puntuó el máximo en 18 ensayos). Aquellos EECC en los que no es necesario ningún tipo de acondicionamiento, sólo incluyen un tipo de producto en investigación y se custodian a temperatura ambiente, recibieron una puntuación menor.

CONCLUSIONES

La medición del nivel de complejidad de los EECC desde el punto de vista del farmacéutico hospitalario puede ser de gran utilidad para conocer y detectar puntos de mejora o situaciones puntuales de necesidad de apoyo en la labor asistencial del responsable del área de farmacia de una unidad de ensayos clínicos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

76. ANÁLISIS DE ALERGIAS A BETALACTÁMICOS: PROYECTO DESETIQUETA TU ALERGIA

AUTORES

FAURA SALAS AI; AZNAR GARCÍA M; MARTOS ROSA A; PEREA PÉREZ Á; CASTRO VIDA MÁ

OBJETIVOS

Los betalactámicos (BL) son el grupo de antibióticos del que más alergias se notifican, generando la necesidad de emplear alternativas y limitando las opciones terapéuticas.

El objetivo del estudio es revisar y actualizar los registros de alergias del programa de prescripción electrónica del hospital y la historia clínica digital y valorar la repercusión terapéutica del desetiquetado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se analizaron los registros de alergias a BL en pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel desde junio hasta noviembre de 2024. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, tipo de alergia registrada (a grupo terapéutico (GT) o principio activo (PA)), presencia de estudios en alergología, prescripciones previas de BL (en 5 años anteriores), puntuación PEN-FAST, intervención y antibioterapia durante el ingreso (GT utilizado al inicio y cambio a BL tras descartar alergia) y si prescripción de BL después del ingreso.

Se aplicó la regla PEN-FAST (Penicillin Allergy Decision Rule), herramienta de decisión clínica validada que permite la evaluación del riesgo individual de alergia a penicilinas. Esta regla puntúa: reacción hace menos de 5 años (2 puntos), angioedema o anafilaxia (2 puntos), reacción cutánea severa (2 puntos), necesidad de



tratamiento para el episodio (1 punto). Intervención: eliminamos registros de alergia con 0 puntos y derivamos a estudio de alergia con puntuación ≥ 2 .

RESULTADOS

Se incluyeron 42 pacientes. La edad media fue 72,3 años (SD=16,6), 64% mujeres. Tipo de alergia registrada: GT BL 52%, PA 48%. El 2% de los pacientes tenían estudios de alergología y 50% tenía prescripciones de BL en los últimos 5 años. Los resultados del PEN-FAST fueron 0 puntos 57%, ≥ 2 puntos 43%. En cuanto a la intervención, eliminamos el registro de alergia a 24 pacientes (57%), el resto derivamos a estudio de alergia. El 62% requirió antibioterapia durante el ingreso, el grupo de antibióticos utilizado al inicio fue 38% quinolonas, 17% BL, 14% nitroimidazoles, 24% otros. De los 19 pacientes con antibiótico al inicio diferente a BL se desetiquetaron 47% y se cambió a BL 33%. Tras el desetiquetado, el 29% tuvo prescripciones de BL tras el ingreso.

CONCLUSIONES

El proyecto "Desetiqueta tu alergia" ha permitido identificar y corregir discrepancias en los registros de alergias a BL ya que más de la mitad de los pacientes demostraron que tenían una etiqueta de alergia incorrecta. Esto resalta la importancia de actualizar los registros de alergias a BL.

Por otro lado, se observó un aumento en la prescripción de BL tras la revisión y eliminación del registro de alergia en los pacientes que requirieron antibioterapia durante y después del ingreso. Esto demuestra que el etiquetado de alergias es un factor relevante en la selección de antibióticos por la necesidad de emplear antimicrobianos alternativos que pueden ser menos eficaces, seguros y eficientes.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

77. ADECUACIÓN A LAS CONDICIONES DE FINANCIACIÓN DE PRESCRIPCIONES DE RIMEGEPANT Y ATOGEPANT PARA PROFILAXIS DE MIGRAÑA

AUTORES

CORRIENTE GORDÓN I; SÁNCHEZ GARCÍA E; PARADELA GARCÍA E; PONCE GONZÁLEZ A

OBJETIVOS

Rimegepant y atogepant son antagonistas del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) con financiación por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para: profilaxis de la migraña episódica de alta frecuencia (HFEM) con más de 8 días de migraña al mes (DMM) y fracaso a tres fármacos previos (rimegepant y atogepant) y profilaxis de la migraña crónica (MC) con más de 8 DMM y fracaso a dos fármacos previos y a toxina botulínica (atogepant).

Objetivos: Evaluar si las prescripciones realizadas de rimegepant y atogepant cumplen los criterios de financiación aprobados en pacientes ambulatorios con migraña y comprobar el cumplimiento de las recomendaciones de la Comisión Multidisciplinar de Uso Racional del Medicamento (CMURM).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo desde julio de 2024 hasta febrero de 2025 de pacientes ambulatorios que comenzaron tratamiento con gepantes.

Las variables de estudio fueron: sexo, edad, tipo de migraña, tiempo de tratamiento, número de fármacos profilácticos no biológicos previos, tratamiento previo con toxina botulínica, DMM antes de iniciar tratamiento, número de fármacos profilácticos biológicos previos y posibles interacciones de rimegepant/atogepant con tratamiento prescrito en Receta XXI (esta última variable debido a las recomendaciones de la CMURM).

Los datos fueron obtenidos mediante revisión de historial clínico con Diraya.

RESULTADOS

Se recogieron 42 pacientes, 18 en tratamiento con rimegepant y 24 con atogepant, 37 (88,1%) mujeres. La mediana de la edad fue de 45 años (IQR: 54-34,7).

	RIMEGEPANT	ATOGEANT
Porcentaje de pacientes y diagnósticos		
HFEM	72,2%	95,8%
MC	27,8%	4,2%
Mediana del tiempo de tratamiento	9,4 semanas (IQR: 19,4-4,4)	9,7 semanas (IQR: 14-5,2)

Mediana de tratamientos no biológicos previos	6,5 (IQR: 7.5-5)	6 (IQR: 8-5) *El 75% recibieron toxina botulínica previa
Mediana de DMM	12,5 (IQR: 20-10,5)	16,8 (IQR: 30-9,8)
Porcentaje de pacientes y número de biológicos previos		
Ninguno	55,6%	33,3%
Uno	11,1%	12,5%
Dos	16,7%	20,8%
Tres	11,1%	20,8%
Cuatro	12,5%	12,5%

La adecuación a las condiciones de financiación se cumplieron en 27 (64,3%) pacientes. Principales motivos de incumplimiento: 6 (14.3%) pacientes con atogepant como profilaxis de MC no recibieron previamente toxina botulínica, 5 (11.9%) con rimegepant como profilaxis de MC, 3 (7.1%) con menos de 8 DMM en el momento de la prescripción y 1 (2.4%) que fracasó a menos de tres fármacos profilácticos previos.

De las recomendaciones de la CMURM sobre la selección de atogepant o rimegepant según potenciales interacciones farmacológicas, tan solo en un caso (2,4%) con prescripción activa de topiramato, se seleccionó de forma indebida atogepant frente a rimegepant.

CONCLUSIONES

Un porcentaje apreciable de pacientes con migraña no reunían todos los criterios para la financiación del tratamiento profiláctico. Además, sólo una prescripción fue susceptible de aplicar las recomendaciones de la CMURM sobre interacciones, y no se llevaron a cabo.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

79. VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN Y ANÁLISIS DE SEGURIDAD TRAS EL CAMBIO DE ATEZOLIZUMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO

AUTORES

OCAÑA DE LA ROSA MDLA; SÁNCHEZ LÓPEZ I; GIRALDEZ PEREZ T; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ; RODRIGUEZ MATEOS ME; RIVERO GARCÍA MDV

OBJETIVOS

Valorar la satisfacción percibida y analizar la seguridad de los pacientes tras la transición de la formulación de atezolizumab intravenoso (i.v.) a subcutáneo (s.c.).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo de 4 meses de duración (noviembre 2024 a febrero 2025). Se incluyeron todos los pacientes en seguimiento por el servicio de aparato digestivo con carcinoma hepatocelular (CHC) tratados con atezolizumab s.c. en combinación con bevacizumab i.v., tras haber recibido previamente ambos fármacos vía i.v. Para conocer la valoración por parte de los pacientes y evaluar la posible toxicidad se diseñó una encuesta, la cual contenía preguntas relacionadas con reacciones adversas (RA) derivadas de la forma de administración y conformidad con la misma. La recopilación de datos se realizó mediante el uso de Oncowin® (programa de prescripción oncológica) y Diraya® (historia clínica electrónica), registrándose en una hoja Excel® los siguientes datos: edad, personal sanitario que proporciona la información, tiempo empleado en el hospital, reacciones adversas locales y satisfacción con la vía s.c.

RESULTADOS

Se realizó la encuesta a 12 pacientes (66,6% hombres; media de edad 69±10 años). Con respecto a la información recibida acerca del cambio de vía de administración, 66,6% (8/12) se mostraron muy satisfechos, 16,6% (2/12) satisfechos y solo 16,6% (2/12) estaba insatisfecho. En el 83,3% (10/12) de los casos, la información sobre la transición a la vía s.c. fue proporcionada tanto por el especialista en aparato digestivo como por el farmacéutico. El 100% (12/12) de los pacientes experimentaron una disminución del tiempo empleado en el hospital, pasando de una media de 2 horas a aproximadamente 1 hora en la gran mayoría de los casos. En relación a las RA locales, 58,3% (7/12) presentaron dolor en el lugar de inyección, con una duración media de 48 horas. Respecto a la satisfacción con la nueva vía de administración, el 58,3% (7/12) manifestó insatisfacción y expresó preferencia

por la administración i.v. Solo un 25% (3/12) de los pacientes manifestó estar satisfecho con la nueva vía, todos ellos en monoterapia con atezolizumab tras ser necesaria la retirada de bevacizumab por hipertensión arterial y proteinuria. Un 33% (4/12) de los pacientes volvieron a recibir tratamiento con atezolizumab i.v. por RA con la vía de administración s.c.

CONCLUSIONES

La evaluación de la satisfacción con el cambio de vía de administración es un factor clave para la optimización de la calidad asistencial. En este estudio la mayoría de los pacientes expresaron insatisfacción con la formulación subcutánea debido a que, al mantenerse la administración i.v. de bevacizumab, preferían evitar una punción adicional, incluso a costa de un mayor tiempo de estancia hospitalaria.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

80. EXPERIENCIA CON ATEZOLIZUMAB MÁS BEVACIZUMAB EN CARCINOMA HEPATOCELULAR

AUTORES

OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; SILES MORRIS S; RIVERO GARCIA MDV; MARTÍNEZ BAUTISTA MJ; RODRIGUEZ MATEOS ME; SÁNCHEZ LÓPEZ I

OBJETIVOS

La combinación de atezolizumab más bevacizumab, está indicada en pacientes con carcinoma hepatocelular avanzado o irresecable que no han recibido terapia sistémica previa. El estudio pivotal Imbrave150 demostró un beneficio significativo en supervivencia libre de progresión en comparación con sorafenib. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la efectividad y seguridad de esta combinación de inmunoterapia en primera línea para carcinoma hepatocelular avanzado o metastásico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo desde enero de 2021 hasta la actualidad que incluyó pacientes adultos diagnosticados de carcinoma hepatocelular avanzado o irresecable, en tratamiento con atezolizumab 1200 mg junto con bevacizumab 15 mg/kg cada 21 días hasta progresión de la enfermedad o toxicidad. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digital Diraya® y del programa de prescripción de quimioterapia Oncowin®. Se recogieron las siguientes variables: NUHSA, edad, sexo, fecha de diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento y número de ciclos. La efectividad se evaluó mediante el porcentaje de pacientes libre de progresión y el porcentaje de pacientes vivos a los 6 meses. La seguridad se valoró mediante la aparición de efectos adversos (EA) recogidos en la historia clínica.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes, 88,2% (15/17) hombres, edad media 66 ± 9 años. La media de ciclos de atezolizumab más bevacizumab recibidos fue de 8. El porcentaje de pacientes libres de progresión a los 6 meses fue del 58,8 (10/17) %. Un 41,1% (7/17) de los pacientes fallecieron. El porcentaje de pacientes vivos a los 6 meses fue de 67,7% (11/17). En cuanto a resultados en seguridad, un 47% (7/17) de los pacientes presentó algún EA, los más frecuentes fueron: hipotiroidismo subclínico (28%), hipertensión arterial (28%) siendo necesario un tratamiento complementario con antihipertensivos y pancreatitis leve inmunomediada. En el 23,5 % (4/17) de los pacientes fue necesario la suspensión del tratamiento por: meningoencefalitis inmunomediada, citólisis hepática, neumonitis inmunomediada e infarto agudo de miocardio, en este último caso solo fue suspendido bevacizumab.

CONCLUSIONES

Los resultados de efectividad y seguridad obtenidos en vida real son semejantes al ensayo clínico pivotal Imbrave150. Los EA más frecuentes son los esperados, siendo características las reacciones inmunomediadas como EA para atezolizumab y cardiovasculares para bevacizumab. Por tanto, la combinación atezolizumab más bevacizumab es una opción que aporta valor terapéutico en el carcinoma hepatocelular avanzado o irresecable.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVELES

81. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN DEL VIH Y DE LOS POSIBLES FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

AUTORES

PÉREZ AHIJÓN C; GARCÍA LLORET P; JIMENEZ RIVERO N; ARENAS VILLAFRANCA JJ; FAUS FELIPE V; OLALLA J

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es describir el perfil de adherencia a la profilaxis pre-exposición (PREP) del VIH y evaluar si ciertas variables relacionadas con el paciente pueden influir de manera significativa sobre dicha adherencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, unicéntrico y multidisciplinar de la adherencia al tratamiento PREP. Se incluyeron todos los pacientes en tratamiento activo, bajo criterios de financiación, durante los últimos 6 meses. Se excluyeron aquellos pacientes cuyo inicio de PREP era menor a 6 meses desde la fecha del análisis. En una base de datos se recogieron variables demográficas, así como consumo de estupefacientes, tabaco, alcohol, práctica de chemsex, presencia de comorbilidades y presencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en el momento del inicio de la PREP. Para cada paciente se registró el grado de adherencia. La adherencia se evaluó mediante la tasa de posesión de la medicación (TPM = Días cubiertos con la medicación dispensada / intervalo de reposición x 100), considerando adherente al paciente con $\geq 95\%$ de dispensaciones correctas. Se analizó estadísticamente la influencia de estas variables en la adherencia del paciente mediante la prueba Chi-cuadrado (variables cualitativas) o T-student (variables cuantitativas). Se consideró un nivel de significación estadística $p < 0,05$. Se utilizó el software SPSS v28.

RESULTADOS

De un total de 122 pacientes incluidos en el programa PREP se incluyeron 83 pacientes ($N = 83$) varones con una media de edad de $39,7 \pm 9,4$ años. Del total, el 21,4% eran consumidores de tabaco, el 51,7% de alcohol y el 45,6% de drogas. Practicaban chemsex el 35,6%. El 20,8% presentaba alguna comorbilidad, y al inicio de PREP presentaron otras ETS en la visita médica inicial el 68,7%. Se confirmó la adherencia $\geq 95\%$ en el 69,9% de la población de estudio ($N=58$). Tras el análisis estadístico se observó que dicha adherencia no parece estar relacionada con ninguna de las variables analizadas. Destaca la variable “presencia de otras ETS” sobre la adherencia con tendencia a la significación ($p=0,08$), donde el 36,8% de pacientes no adherentes presentaron ETS al inicio frente a un 15,4% de pacientes no adherentes sin presencia de ETS previa.

CONCLUSIONES

Se observa una correcta tasa de cumplimiento terapéutico de la pauta PREP, cercana al 70% de los usuarios. No se encontró ninguna variable que influyera significativamente en la adherencia al fármaco de las estudiadas en el presente trabajo.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

82. IMPACTO DE LA INTEGRACIÓN DE UN FARMACÉUTICO HOSPITALARIO EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO EN LA REDUCCIÓN DE INGRESOS HOSPITALARIOS

AUTORES

GÁZQUEZ PÉREZ R; GARCÍA AGUILERA AM; SÁNCHEZ VALERA M; GÓMEZ SÁNCHEZ MT; DÍAZ LÓPEZ MG; GÁMEZ TORRES D; ROMERO CARREÑO E

OBJETIVOS

Describir los ingresos hospitalarios de un centro sociosanitario (CSS) antes y después de la integración de un farmacéutico hospitalario en el equipo asistencial, tras el convenio con un servicio de farmacia hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo en un CSS de 120 camas adscrito a un servicio de farmacia hospitalaria desde junio-2023. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, número de ingresos hospitalarios previos a la integración del farmacéutico y número de ingresos hospitalarios posteriores a la integración del farmacéutico (hasta enero-2025) y motivos de ingreso. Se analizaron los ingresos hospitalarios durante un periodo de 1,5 años antes y después de la integración del farmacéutico en el CSS. Los datos fueron extraídos del programa de prescripción electrónica Farmatools y de la Historia Electrónica Digital (Diraya). Se calculó la reducción absoluta del riesgo (RAR) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

RESULTADOS

Se incluyeron 150 residentes, 98 mujeres (65%). La media de edad fue de $84 \pm 10,41$ años (57 – 103). El número de ingresos hospitalarios se redujo de 99 a 65 tras la integración del farmacéutico hospitalario. La tasa de ingresos hospitalarios disminuyó en un 22,67% (IC95%: 11,7% – 33,6%). Los motivos de ingreso se indican en la siguiente tabla:

Motivo de ingreso	Ingresos previos	Ingresos posteriores	RAR (IC95%)
Infecciones	39	23	10,7% (1,6% a 19,8)
• Respiratoria	25	16	6% (-13,7% a 1,7%)
• Tracto urinario	14	7	4,7% (-10,4% a 1,1%)
Traumatismo/ Fractura/ Cirugía	16	4	8% (-13,6% a 2,4%)
Cólico/ Colangitis/ Coledocolitiasis	6	4	1,3% (-5,4% a 2,7%)
Salud mental	6	1	3,3% (-6,7% a 0,06%)
Deterioro estado general	4	2	1,3% (-4,5% a 1,8%)
Hemorragias	4	1	2% (-4,9% a 0,9%)
Crisis comicial	3	2	0,7% (-3,6% a 2,2%)
Disfagia/ Implantación Gastrostomía Endoscópica Percutánea	3	1	1,3% (-3,9% a 1,3%)
Deshidratación	1	1	0% (-1,8% a 1,8%)
Fibrilación Auricular/ICTUS/Síndrome Coronario Agudo/Insuficiencia Cardíaca	5	6	-0,7% (-4,9% a 3,6)
Broncoaspiración	3	9	-4% (-8,4% a 0,4%)
Insuficiencia Renal	1	3	-1,3% (-3,9% a 1,26%)
Otros	8	8	0% (-5,1% a 5,1%)

La reducción fue estadísticamente significativa en el caso de ingresos totales y de infecciones.

CONCLUSIONES

La integración de un farmacéutico hospitalario en el centro sociosanitario se asoció con una reducción significativa de los ingresos hospitalarios, lo que refleja un impacto positivo en la optimización del tratamiento farmacológico. Destaca la reducción de ingresos por infecciones respiratorias e infecciones urinarias, posiblemente asociada a la dispensación de fármacos intravenosos de uso hospitalario al centro sociosanitario evitando traslados innecesarios al hospital. No obstante, se observó un ligero aumento en ingresos por broncoaspiración e insuficiencia renal aguda, lo que podría indicar áreas de mejora en la atención integral del paciente.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

84. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE RESCATE CON EPTINEZUMAB FRENTE A MIGRAÑA CRÓNICA REFRACTARIA A OTROS FÁRMACOS ANTI-CGRP.

AUTORES

GUZMÁN CORDERO C; CRUZ GUZMÁN GS; CASTILLO VARGAS AI; RODRÍGUEZ CAMACHO JM

OBJETIVOS

Eptinezumab es un anticuerpo monoclonal dirigido frente al péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) indicado para la profilaxis de la migraña. En nuestro centro, su uso está restringido como última opción de tratamiento anti-CGRP para la migraña crónica tras haberse utilizado los diferentes mecanismos de acción de estos fármacos.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de eptinezumab en migraña crónica refractaria a otros anti-CGRP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes que recibieron al menos una dosis de eptinezumab como última opción de tratamiento anti-CGRP en profilaxis de migraña crónica y un tiempo de seguimiento suficiente para evaluar respuesta (12 semanas). Se recogieron las siguientes variables: características demográficas, número de dosis recibidas, duración del tratamiento, número de fármacos anti-CGRP previos. La eficacia fue medida mediante el cambio en días de migraña mensuales (DMM) y con el porcentaje de pacientes con reducción $\geq 50\%$ en DMM a las 12 semanas de la primera dosis tras la primera dosis. La seguridad fue medida mediante el registro de efectos adversos relacionados con el fármaco.

Para el análisis estadístico descriptivo de los resultados se utilizaron los programas informáticos R y RStudio.



RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes (93.75% mujeres, de 47.71 ± 11.95 años). Todos habían sido previamente tratados con al menos un fármaco anti-CGRP (89.58% erenumab, 70.83% fremanezumab y 39.58% galcanezumab), con una media de 2.1 ± 0.42 tratamientos previos.

Los pacientes recibieron una media de 2.83 ± 1.19 dosis, con una duración media del tratamiento de 8.50 ± 3.57 meses. La reducción media en DMM tras una sola dosis fue de -10.43 días (IC95%: 6.47-14.38). El porcentaje de pacientes con una reducción $\geq 50\%$ en DMM fue 42.86% (IC95%: 27.44%-58.28%).

El número de pacientes con eficacia nula (cambio de DMM ≥ 0) fue de 13 (27.08%). Se suspendió el tratamiento al 35.42% de los pacientes por falta de eficacia.

Los pacientes sufrieron una media de 1.56 ± 0.7 efectos adversos atribuibles al tratamiento. El más común fue cansancio (8.33%), seguido de caída de pelo (6.25%), estreñimiento y rinitis (ambos en el 4.17% de los pacientes). Ningún efecto adverso provocó la interrupción del tratamiento.

CONCLUSIONES

Eptinezumab mostró una reducción considerable en los DMM en pacientes con migraña crónica refractaria a otros tratamientos anti-CGRP. Sin embargo, menos de la mitad de los pacientes mostraron una tasa de respuesta $\geq 50\%$ y un cuarto de ellos no presentó ninguna mejoría. Los efectos adversos fueron en general leves y no llevaron a la discontinuación del tratamiento.

Estos datos sugieren que aunque eptinezumab puede ser una opción viable en casos refractarios, no garantiza una respuesta en la mayoría de los pacientes. Esta eficacia variable subraya la necesidad de identificar factores predictivos de respuesta para optimizar la selección de pacientes.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

86. IMPACTO DE TEDIZOLID EN LA PLAQUETOPENIA: ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD HEMATOLÓGICA

AUTORES

OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; SÁNCHEZ LÓPEZ I; MENGUIANO ROMERO Y; RODRÍGUEZ MATEOS ME; GIRALDEZ PEREZ T

OBJETIVOS

Analizar la seguridad de tedizolid en la incidencia de plaquetopenia como efecto adverso hematológico realizado en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo desde mayo de 2019 a la actualidad, que incluyó todos los pacientes que habían recibido tratamiento con tedizolid en seguimiento por la unidad de anestesia y reanimación postquirúrgica. Los datos fueron extraídos de Diraya® (historia clínica digital) y ATHOS-stock®. Se recopilaban los siguientes datos en Excel®: NUHSA, edad, sexo, tratamiento empírico o dirigido, diagnóstico, días de tratamiento con tedizolid y recuento previo y posterior de plaquetas, tratamiento previo con linezolid, su duración y recuento previo y posterior de plaquetas. También se revisó la necesidad o no de terapia de reemplazo renal continua (TRRC) y oxigenador de membrana extracorpóreo (ECMO).

RESULTADOS

Se incluyeron 39 pacientes, 69,2% (27/39) hombres, con una mediana de edad de 67 ± 12 años. Un 69,2% (27/39) pacientes necesitaba de TRRC y ECMO, siendo preferente el tratamiento con oxazolidinonas. La media de días en tratamiento con tedizolid fue de $6,8 \pm 3$ días. El recuento medio de plaquetas al inicio del tratamiento con tedizolid fue de 76.435 ± 36.044 U/ μ L y al finalizar dicho tratamiento aumentó a 147.051 ± 95.726 U/ μ L. De los pacientes incluidos, el 10,2% (4/39) recibió tedizolid como tratamiento antibiótico dirigido siendo *Staphylococcus epidermidis* el microorganismo aislado en el 50% de los casos (2/4) por infección asociada a catéter. El resto de los pacientes, 92,30% (35/39) recibió tedizolid como antibioterapia empírica, de los cuales: 48,6% (17/35) eran pacientes con sepsis, 42,9% (15/35) presentaron neumonía y 8,5% (3/35) restante manifestaron infección de piel y partes blandas.

Un 30,8% (12/39) de los pacientes habían recibido tratamiento previo con linezolid con una media de $7,3 \pm 8$ días de tratamiento. En estos pacientes, el recuento medio de plaquetas al inicio del tratamiento con linezolid fue de 155.833 ± 118.289 U/ μ L con disminución a 80.666 ± 70.407 U/ μ L, lo que motivó el cambio a tedizolid. El tratamiento posterior de estos pacientes con tedizolid consiguió una recuperación en el recuento de plaquetas del 83,3% (10/12), en el resto 16,7% (2/12), el recuento siguió por debajo del límite inferior normal, debido a trombopenia inducida por heparina. De los pacientes en TRRC y ECMO un 29,6% (8/27) no consiguió un

recuento de plaquetas por encima del límite inferior normal al finalizar tratamiento con tedizolid. De la población microbiológicamente analizable un 43,8% (7/16) consiguió resolución favorable, un 25% (4/16) fue necesario desescalada o retirada y el 31,2% (5/16) resultó en éxitus por su patología de base.

CONCLUSIONES

Tedizolid parece tener un menor impacto sobre el recuento de plaquetas en comparación con linezolid, por tanto lo convierte en una alternativa terapéutica a considerar en pacientes con un recuento plaquetar por debajo del límite inferior normal y con necesidad de tratamiento con oxazolidinona. Su uso podría ser relevante en aquellos pacientes con TRRC y ECMO, técnicas que favorecen el secuestro plaquetar. En este contexto, tedizolid contribuye a optimizar el manejo de la infección y la preservación del perfil hematológico.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

87. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN LA DETECCIÓN INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS ASOCIADAS A LA PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QT

AUTORES

GIRALDEZ PEREZ T; TUDELA J; OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; SILES MORRIS S; ROMERO HENÁNDEZ I

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la intervención farmacéutica (IF) en la detección de interacciones farmacológicas implicadas en la potenciación o desarrollo de la prolongación del intervalo QT en pacientes ingresados en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención prospectivo de 1 año de duración (febrero 2024-febrero 2025) en el que, mediante la validación farmacéutica, se revisaron las prescripciones de pacientes con interacciones farmacológicas que podrían potenciar el alargamiento del intervalo QT, aumentando el riesgo de taquicardias ventriculares graves o Torsade de Pointes, un efecto adverso a vigilar especialmente en pacientes de edad avanzada y alto riesgo cardiovascular.

Las interacciones detectadas fueron revisadas y clasificadas según el riesgo de interacción en la base de datos Lexicomp® en: categoría X (evitar combinación), categoría D (considerar modificación del tratamiento) y categoría C (monitorizar tratamiento). La IF consistió en notificar la interacción farmacológica según la clasificación del riesgo de interacción y emitir recomendaciones de adecuación terapéutica al facultativo prescriptor a través del sistema de mensajería de ATHOS PRISMA®. Para el análisis y registro de datos se empleó Microsoft Excel®, en el que se anotó: NUHSA, edad, sexo, factores de riesgo que favorecen la prolongación del intervalo QT inducida por medicamentos (edad > 65 años, sexo femenino y factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, diabetes, dislipemia, tabaquismo y antecedente de accidente cardiovascular), interacción farmacológica, grupo farmacológico involucrado, servicio médico y aceptación de la IF.

RESULTADOS

Se identificaron 40 pacientes ingresados que cumplían los criterios de inclusión (edad media: 69±12 años; sexo: 67,5% (27/40) hombres). Entre los pacientes con interacciones farmacológicas detectadas, el 52,5% (21/40) presentaba entre 2 y 3 factores de riesgo que favorecen la prolongación del intervalo QT inducida por medicamentos.

Se detectaron un 45% (18/40) de interacciones categoría X, 42,5% (17/40) categoría D y un 12,5% (5/40) categoría C. Del total de interacciones notificadas en el 60% (24/40) de los pacientes, el médico prescriptor tuvo en cuenta la IF modificando el tratamiento o retirando el fármaco con riesgo de reacción adversa. En el 40% (16/40) restante, se mantuvo la prescripción original o se optó por monitorizar el electrocardiograma (ECG). En las interacciones de categoría X, el tratamiento se modificó o suspendió en el 77,7% (14/18) de los casos. Las principales clases de fármacos involucrados fueron antipsicóticos [55%, 22/40], antiarrítmicos [52,5% (21/40)] y antibióticos o antifúngicos [47,5% (19/40)]. Las especialidades médicas con mayor frecuencia de interacciones fueron: medicina interna [22,5% (9/40)], cirugía cardíaca [20% (8/40)] y onco-hematología [12,5% (5/40)].

CONCLUSIONES

La IF fue aceptada por los médicos prescriptores en la mayoría de los casos, lo que permitió la correcta adecuación del tratamiento y la prevención de la prolongación del intervalo QT. De esta forma, se evidencia como el farmacéutico hospitalario cumple un papel indispensable en la validación de la prescripción, contribuyendo a prevenir interacciones graves y proporcionando opciones farmacológicas más seguras para los pacientes.



CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

88. RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO PROA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL: CAMBIANDO TENDENCIAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS HOSPITALARIOS

AUTORES

RUBIO CALVO D; GARCÍA DÍEZ J; MANRIQUE GONZALEZ ME; CALVO PORQUERAS B

OBJETIVOS

Analizar el impacto de las intervenciones del farmacéutico hospitalario en el programa de optimización de consumo de antibióticos (PROA) y comparar los resultados con otros hospitales del mismo nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio realizado durante el año 2024 en un hospital comarcal de 104 camas. Las reuniones con el equipo PROA eran lideradas por el farmacéutico hospitalario responsable. Se analizaron las intervenciones llevadas a cabo y el tipo de intervención (intervención PROA general, desescalada, solicitud de nueva muestra, terapia secuencial, duración y ajuste posológico). Se analizó el consumo de antibióticos de amplio espectro (AAE): Carbapenémicos, Piperacilina/Tazobactam, Linezolid, así como el consumo global de antibióticos hospitalarios. Dichos resultados se expresaron en dosis diaria definida por cada 100 estancias-día (DDD/100E). Los resultados fueron comparados con el año 2023 y con la mediana de otros hospitales < 200 camas, incluidos en la plataforma nacional de monitorización de consumo de antibióticos del grupo de trabajo de atención farmacéutica en enfermedades infecciosas (AFINF) de la sociedad española de farmacia hospitalaria (SEFH). Finalmente se analizó el gasto monetario y el porcentaje de cepas aisladas de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) y enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasa (CPE) aisladas.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 588 intervenciones, 464(79%) fueron aceptadas, del total de intervenciones, 86 fueron intervenciones PROA generales, 176 desescaladas, 18 solicitudes de nueva muestra, 65 terapias secuenciales, 97 duraciones de tratamiento y 22 ajustes posológicos. La edad media de los pacientes fue de 75 años. En la tabla 1 se expresan los resultados de consumo obtenidos. El gasto monetario total en antibióticos en 2023 fue 113.153,30€ frente al del 2024 que fue 80.075,48€. Los aislamientos microbiológicos en 2023 y 2024 se muestran en la tabla 2.

Tabla 1 Consumos años 2023 y 2024

	Cabapenems 2023	Cabapenems 2024	Piperacilina/ Tazobactam 2023	Piperacilina/ Tazobactam 2024	Linezolid 2023	Linezolid 2024	Global 2023	Global 2024
DDD/100E	3,96	2,65	7,27	6,51	3,12	2,41	77,45	76,19
Mediana DDD/100E	4,19	4,1	4,93	5,46	1,78	2,4	69,86	73,9
Nº								
Hospitales participantes	50	18	50	18	50	18	50	18

Tabla 2 Microorganismos aislados durante 2023 y 2024

Microorganismos	2023	2024
Escherichiacoli BLEE	66(14,5%)	87(18,7%)
KlebsiellapneumoniaeBLEE	27(22%)	26(20%)
KlebsiellapneumoniaeCPE	14(10%)	12(8%)
SARM	14(27%)	8(12%)

CONCLUSIONES

El farmacéutico hospitalario es fundamental en el equipo PROA participando y proponiendo intervenciones clave. Las intervenciones de mayor impacto como la desescalada y duración del tratamiento antibiótico fueron las más numerosas. Durante 2024 se disminuyó de manera global el consumo de antibióticos y en especial los de AEE con respecto al año 2023. Al comparar estos consumos con otros hospitales del mismo nivel es destacable que el consumo de carbapenémicos se encuentra por debajo de la mediana nacional. Del mismo modo esta mejoría en el perfil de prescripción de antimicrobianos también se ha visto reflejado en el gasto en antibióticos con un ahorro de 33.077,82€ frente a 2023. Finalmente, en los resultados microbiológicos se observa una



tendencia descendente en las infecciones producidas por SARM y un incremento en las infecciones producidas por *Escherichia coli* BLEE, manteniéndose estable el resto de microorganismos aislados.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

89. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE VOSOROTIDE EN PEDIATRÍA: DATOS EN VIDA REAL

AUTORES

FLORIT SANCHEZ M; FERNANDEZ MARTÍN JM; ROUCO M; MOLINA GUERRERO M

OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de vosorotide en pacientes pediátricos con acondroplasia confirmada genéticamente, en los que existe un crecimiento óseo endocondral regulado de forma negativa debido a una mutación de ganancia de función en el FGFR3. Vosorotide es un péptido natriurético de tipo C, que se une a su receptor diana y reduce la actividad del FGFR3.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo de una serie de casos tratados con vosorotide en un hospital de tercer nivel. Criterios de inclusión: Pacientes pediátricos con acondroplasia confirmada genéticamente, cuyas epífisis no se habían cerrado todavía y tratados con vosorotide. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica digital y del programa de prescripción de pacientes ingresados y ambulatorios.

Periodo de estudio: 02/2024 a 02/2025. Variables recogidas: demográficas (edad, sexo), clínicas (diagnóstico), peso, talla en bipedestación, longitud del pie, efectos adversos (EA) y adherencia, estimada por comparación entre dispensaciones teóricas y dispensaciones reales de la medicación. Variables estudiadas: efectividad a través de la velocidad de crecimiento anual al iniciar el tratamiento y transcurrido un año. La dosis de vosorotide es 15 mcg/kg de peso y la administración subcutánea diaria. En nuestro hospital, pacientes y cuidadores fueron convocados el primer día de tratamiento a una jornada de formación, en la que un equipo multidisciplinar de profesionales (FEAs endocrino pediátrico y farmacéutico hospitalario) les adiestraron en la preparación y administración del medicamento, qué precauciones debían tener y qué EA podían aparecer.

RESULTADOS

Pacientes con vosorotide: 7 (57% mujeres). Media de edad: 6 años ($\pm 3,29$). Todos ellos con una mutación en heterocigosis en el gen FGFR3 confirmada genéticamente. Peso medio al inicio y al año de tratamiento, respectivamente: 17, 53 kg ($\pm 6,81$) vs 18,9 kg ($\pm 9,2$). Talla media en bipedestación al inicio y al año de tratamiento respectivamente: 89,86 cm ($\pm 16,42$) vs 98,11 cm ($\pm 16,63$). Longitud media del pie al inicio y al año de tratamiento, respectivamente: 14,71 cm ($\pm 3,1$) vs 16,64 cm ($\pm 2,47$). Con todo ello, se estimó una velocidad de crecimiento anual media en nuestros pacientes tratados con vosorotide de: 6,73 cm ($\pm 1,33$), frente a la velocidad de crecimiento anual media previa al inicio del tratamiento que era: 3,75 cm ($\pm 1,01$). En todos los casos, la adherencia fue del 100%.

En cuanto a la seguridad: vosorotide fue un fármaco bien tolerado. A destacar que 4 de los 7 pacientes refirieron hipertriosis tras el inicio del tratamiento, EA no descrito en ficha técnica. Uno de ellos padeció dolor en miembros inferiores, vómitos y cefalea.

CONCLUSIONES

Vosorotide ha sido un tratamiento efectivo y seguro en la acondroplasia en nuestra cohorte de pacientes pediátricos, al producir un aumento en la velocidad de crecimiento anual. Además, cuenta con un buen perfil de seguridad y tolerancia. No obstante, es necesario ampliar el tamaño muestral para obtener conclusiones definitivas y evaluar la efectividad del tratamiento a largo plazo, para confirmar dichos resultados.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

91. ESTUDIO DE PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS

MULTIRRESISTENTES Y POSIBLES FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN UN CENTRO SOCIO-SANITARIO

AUTORES

RUBIO CALVO D; GARCÍA DÍEZ J; DE LAMO POVEDA J; ABAD ABELLAN M; RODRÍGUEZ BACETE B; JÍMENEZ LAGUNA E; GÓMEZ ROMERO DE ÁVILA R

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia y factores de riesgo asociados a la colonización por enterobacterias portadoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) o carbapenemasas (CPE) y *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en un centro sociosanitario (CSS) de nuestra área de salud.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal de prevalencia realizado en un CSS con capacidad para 146 residentes. Se tomó a cada paciente un exudado rectal para el aislamiento de enterobacterias y un exudado nasal para el aislamiento de SARM. En la historia clínica de los pacientes se revisó el índice de Barthel, ingreso hospitalario en los últimos tres meses y toma de antibióticos en los últimos tres meses como posibles factores de riesgo asociados a la colonización.

RESULTADOS

Participaron un total 35 residentes (57,3% mujeres) con una edad media de 84 años, 23(66%) eran dependientes totales con una puntuación en el índice de barthel ≤ 20 , 26(74%) habían recibido antibiótico previo, de los cuales 19(73%) habían consumido 2 o más antibióticos. Los grupos de antibióticos más consumidos fueron: Betalactámicos: 81%, otros: 42%, quinolonas: 27% y macrólidos: 15%. En total 6(17%) residentes estuvieron ingresados en un centro hospitalario. Con respecto a los aislamientos, 23(66%) residentes estaban colonizados con algún microorganismo multirresistente (MMR) de los cuales se aislaron un total de 6(17%) SARM, 5(14%) *Klebsiella pneumoniae* BLEE, 14(40%) *Escherichia coli* BLEE y 3(9%) *Klebsiella pneumoniae* CPE. Hubo 5(14%) residentes en los que coexistían dos MMR. La tabla 1 recoge el número de residentes en función del microorganismo aislado y sus factores de riesgo asociados.

	Aislamiento	Consumo Antibióticos (3 meses previos)	Ingreso Reciente (3 meses previos)	Índice de Barthel <20 (Dependencia total)
SARM	6	6(100%)	2(33,3%)	4 (66,6%)
BLEE	19	16(84,21%)	3(15,78%)	12(63%)
CPE	3	3(100%)	1(33,3%)	2(66,6%)
No MMR	12	7(58,33%)	2(16,66%)	9(75%)

CONCLUSIONES

El 2/3 de los residentes estudiados estaban colonizados por algún MMR y el 14% por 2 MMR lo que implica un alto porcentaje de colonización en los CSS. El más frecuente fue *Escherichia coli* BLEE. Los pacientes colonizados por MMR habían consumido porcentualmente más antibióticos recientemente que aquellos no colonizados siendo los betalactámicos el grupo más prescrito. El consumo de antibióticos previo parece ser el factor de riesgo más relevante para presentar colonización por MMR. Por el contrario el ingreso reciente no parece ser un factor de riesgo tan determinante. Sin embargo, este factor parece más importante en aislamientos de SARM y CPE que en BLEE. El índice de Barthel <20 (dependencia total) no parece ser un factor relacionado con la colonización por MMR. Es necesario continuar el estudio en más CSS para aumentar el número de pacientes y profundizar en el análisis estadístico y la relación con los factores de riesgo asociados.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS E INTERNIVALES

93. BARICITINIB EN ALOPECIA AREATA: EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN VIDA REAL

AUTORES

LAGUNA ALCÁNTARA A; GARCÍA RUIZ M; SÁNCHEZ YAÑEZ E; ZAMORA RUIZ A; LASALA AZA C

OBJETIVOS

La alopecia areata (AA) es una enfermedad autoinmune que cursa con brotes y afecta al folículo piloso, provocando alopecia no cicatricial. Baricitinib es un inhibidor de JAK1 y JAK2 aprobado en octubre de 2023 para el tratamiento de la alopecia areata grave en pacientes adultos. Su financiación se restringe al tratamiento de la AA con una superficie de pérdida de cabello mayor al 50% del cuero cabelludo (índice SALT ≥ 50) con un episodio de más de 6 meses de evolución. Así, nuestros objetivos son evaluar la efectividad y la seguridad de baricitinib en el tratamiento de AA en vida real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico que incluye pacientes adultos con AA tratados con baricitinib 4 mg.

Se recogieron:

- Variables epidemiológicas: edad, sexo, tratamientos previos, tratamiento concomitante, tiempo de evolución de la AA, factores de riesgo cardiovascular (FRCV)



- Variables de eficacia: SALT <20 a las 36 semanas de tratamiento (SALT: porcentaje de pérdida de cabello del cuero cabelludo. Rango 0-100)
- Variables para el registro de efectos adversos (EA).

Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y se registraron y analizaron mediante Excel.

RESULTADOS

Se incluyeron 34 pacientes. 13 hombres/19 mujeres. Edad media 42 (+/-13) años.

Tratamientos previos: corticoides tópicos y orales 100%(n=34), corticoides intralesionales 52,9% (n=18), metotrexato parenteral 47% (n=16), difenciprona tópica 11,74% (n=4) y ciclosporina oral 20,58% (n=7).

El 50% (n= 17) recibieron tratamiento concomitante con minoxidil oral durante la terapia con baricitinib.

La mediana de evolución de la AA fue de 74 meses.

Presencia de FRCV: 8,82%(n=3) pacientes eran fumadores y un 2,94%(n=1) presentaba antecedentes de accidentes cardiovasculares (iniciándose baricitinib a dosis de 2mg).

De los 34 pacientes, 11,74%(n=4) se diagnosticaron de infección tuberculosa latente (ITL) recibiendo quimiopprofilaxis con isoniazida todos ellos. Ningún paciente tenía antecedentes de cáncer.

De los pacientes incluidos en el estudio:

- 88,24%(n=30) recibían una dosis de 4mg
- 11,74%(n= 4) tuvieron una dosis 2mg:
- 1 paciente por FRCV
- 2 pacientes por repoblamiento completo.
- 1 paciente por alteraciones en el hemograma.

Eficacia del tratamiento:

- Media SALT basal: 98 (n=34)
- SALT ≤ 20 (36 semanas): Del total de pacientes incluidos en el estudio el 38% (n=13) alcanzaron las 36 semanas de terapia, de ellos el 69,2% (n=9) alcanzó un SALT≤20.

Suspensión por ineficacia en el 5,9% (n=2). El SALT medio en el momentos de la suspensión fue 45.

Seguridad del tratamiento: 23,5% (n=8) pacientes que experimentaron EA:

- herpes zóster(n=3)
- neumonía(n=1)
- infección del tracto urinario inferior(n=1)
- aumento de peso(n=1)
- náuseas(n=1).
- Alteración del hemograma(n=1)

No se suspendió definitivamente baricitinib por EA en ningún caso.

No se detectaron EA graves (neoplasia, accidente cardiovascular o enfermedad tromboembólica venosa). No hubo ningún caso de reactivación de ITL.

CONCLUSIONES

Según los datos de nuestro estudio, baricitinib es un tratamiento efectivo y seguro para la AA en vida real. La mayoría de los pacientes presentaron una mejoría significativa en la puntuación SALT sin eventos adversos graves que requirieran la suspensión definitiva del tratamiento. Hacen falta estudios con una muestra más grande y un mayor tiempo de seguimiento para confirmar estos resultados a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

95. IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE REGISTRO DE ALERGIAS EN UN PROGRAMA DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA (PRISMA)

AUTORES

VALLE MESA JM; FERNÁNDEZ MUÑOZ M; MUÑOZ CID CL; SANCHEZ MARTIN A; GONZÁLEZ DEL VALLE E; JIMÉNEZ MORALES A

OBJETIVOS

Implementar un protocolo para registrar las alergias medicamentosas en el programa de prescripción electrónica de un hospital de tercer nivel para prevenir y/o evitar las posibles alergias a medicamentos conocidas, incorporando la información disponible en la Historia Clínica informatizada (Diraya) al programa de prescripción electrónica (Prisma) para mejorar y garantizar la seguridad del paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las fases que se han seguido para elaborar este protocolo han sido las siguientes:



1. Revisión de la información sobre alergias en el programa de prescripción: Se identifican las alertas en el apartado de Datos Generales del paciente y se establece el nivel de alergia según el color de la bandera o el texto.
2. Verificación con Historia Clínica de aquellas alertas de alergias confirmadas o pendientes de confirmar.
3. Análisis, clasificación y registro de la información sobre alergias según sean medicamentosas, no medicamentosas y, por otra parte, también se registran intolerancias y contraindicaciones.

Validación y comunicación: Si en la validación del tratamiento se detecta una posible alergia no registrada, se contacta con el médico responsable antes de la administración del fármaco.

RESULTADOS

Durante los 5 meses del periodo de estudio (Octubre 2024-Febrero 2025) se han revisado las alergias de un total de 3081 pacientes ingresados en el hospital detectando que:

- Un 34,6% de ellos presentaba alergias pendientes o confirmadas (banderas naranja y roja respectivamente).
- Un 65.4% no presentaba alergias conocidas o no se disponía de información sobre ellas (banderas verde, gris y blanca).
- Se han revisado las alergias del programa de prescripción introduciendo un total de 330 principios activos y 11 grupos terapéuticos.
- Para la correcta clasificación de estas alergias se elaboró un algoritmo de decisión dirigido a los profesionales que validan tratamientos en el programa de prescripción electrónica.

CONCLUSIONES

Se ha implementado el protocolo de registro de alergias y con ello:

- Se ha estandarizado el registro de alergias en el programa de prescripción electrónica, reduciendo inconsistencias en la historia clínica.
- Se ha logrado mejorar la seguridad del paciente a través de la estandarización del registro de alergias.
- La implementación del protocolo ha optimizado la identificación y comunicación de alertas de alergia, minimizando errores de medicación.
- La intervención farmacéutica ha sido clave en la confirmación y actualización de alertas, fomentando una comunicación multidisciplinar efectiva.

Es necesario continuar con la evaluación del impacto del protocolo y realizar auditorías periódicas que permitan detectar posibles mejoras en el proceso de registro y gestión de alertas de alergias en el programa de prescripción electrónica.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

97. EXPERIENCIA DE USO DE MARIBAVIR EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL Y CITOMEGALOVIRUS

AUTORES

VALLE MESA JM; GARCÍA LÓPEZ Á; FERNÁNDEZ MUÑOZ M; GÓMEZ BALAZOTE A; JIMÉNEZ MORALES A

OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar las razones de prescripción, la eficacia y seguridad del uso de Maribavir en pacientes con trasplante renal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo entre Octubre de 2024 y Febrero 2025. Se incluyeron todos los pacientes con trasplante renal y uso de Maribavir.

Se consideraron pacientes refractarios aquellos con una viremia por CMV que se incrementaba en $>1\log_{10}$ en los niveles de ADN CMV en sangre o suero determinados por cambio de $\log_{10}$ entre el pico de carga viral tras la primera semana y el pico de carga viral a las 2 semanas o más, medido en el mismo laboratorio tras al menos dos semanas de tratamiento antiviral a la dosis adecuada. Como pacientes intolerantes se consideraron aquellos con reacciones adversas a valganciclovir, foscarnet, cidofovir o ganciclovir.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, diagnóstico, justificación de uso, fechas de inicio y fin de tratamiento, carga viral (previa al tratamiento, a los 7 días, a los 14 días y al final del tratamiento), neutrófilos y plaquetas (previos al tratamiento, a los 10 días y al final del tratamiento)

Se utilizaron el programa de prescripción electrónica y la historia clínica para la obtención de datos que fueron recogidos en una hoja de cálculo.

RESULTADOS

Se incluyeron 3 pacientes, 66% mujeres y 33% hombres, con una media de edad de 46 años.

En el 66% de los pacientes se inició Maribavir por mielosupresión asociada a valganciclovir, la media de plaquetas previas fue de 61.000 por microlitro, la de neutrófilos de 500 por microlitro, y la carga viral de $2.7\log_{10}$. Tras una media de 35 días de tratamiento los neutrófilos medios fueron de 2.800 por microlitro y plaquetas de 204.000 por microlitro encontrándose ambos dentro del rango y la carga viral fue indetectable en el 50% y en el otro 50% detectable pero debajo del límite de cuantificación..

En el 33% de los pacientes se inició debido a falta de respuesta a una o más terapias antivirales. La carga viral previa del tratamiento fue de $4.02\log_{10}$ y tras 54 días de tratamiento detectable pero por debajo del límite de cuantificación.

CONCLUSIONES

Maribavir ha demostrado ser una alternativa eficaz y segura en pacientes trasplantados con CMV que presentan replicación viral persistente o toxicidad hematológica con valganciclovir. Se observó un descenso sostenido de la carga viral en todos los casos, acompañado de una mejora considerable en los parámetros hematológicos, permitiendo la recuperación de neutrófilos y plaquetas sin necesidad de intervenciones adicionales.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

98. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL PEMBROLIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO CON PDL-1 SUPERIOR AL 50%.

AUTORES

CANO MARTÍNEZ G; SALMERÓN NAVAS FJ; MORA CORTÉS M; REYES DE LA MATA Y; DOMINGUEZ SANTANA CM; MARTÍNEZ DÍAZ C

OBJETIVOS

Pembrolizumab como monoterapia está indicado para el tratamiento de primera línea del cáncer de pulmón no microcítico metastásico (CPNMm) en adultos cuyo tumor exprese PD-L1 con una proporción de marcadores tumorales (TPS) $\geq 50\%$ sin mutaciones EGFR o ALK positivas.

El objetivo de este estudio es analizar la efectividad y seguridad de pembrolizumab en primera línea de tratamiento en pacientes con CPNMm y PD-L1 $\geq 50\%$.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes con CPNMm en tratamiento con pembrolizumab durante un período de cuatro años. Se consultó el programa de prescripción electrónica de oncología y las historias clínicas. Los datos recogidos para cada paciente fueron: sexo, edad, hábito tabáquico, performance status (PS), histología, mutaciones EGFR/ALK/ROS-1, expresión de PDL-1, esquema terapéutico y número de ciclos recibidos. La efectividad se evaluó en términos de supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG), calculada mediante el método de Kaplan-Meier. Las reacciones adversas (RA) se recogieron para analizar la seguridad y la gravedad de las RA, se clasificó en función de los criterios terminológicos comunes para acontecimientos adversos, V.5.0..

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes, 90% hombres, con una edad media de 67 (54-87) años, de los cuales 19 pacientes eran fumadores actuales y 10 exfumadores. Un total de 23 pacientes presentaban al inicio del tratamiento PS ≤ 1 . Había 19 adenocarcinomas de pulmón y 11 de histología no escamosa. Ningún paciente presentaba mutaciones EGFR/ALK/ROS-1 y la expresión de PDL-1 era ≥ 50 en el 100% de los pacientes. Los esquemas, número medio y rango de ciclos fueron: Pembrolizumab 200 mg cada 3 semanas, 11 (1-30) ciclos. La mediana de SLP y SG fue de 11,3 meses y 31,4 meses respectivamente. Se produjeron 48 RA en 24 pacientes (80%): 52% de grado 1, 38% de grado 2 y 10% de grado 3. Los casos de RA de grado 3 fueron: astenia, hipertransaminemia, embolia pulmonar y neumonitis.

CONCLUSIONES

Un elevado número de pacientes de nuestro estudio eran fumadores activos. Pembrolizumab demostró un beneficio clínico en SLP y SG. Las reacciones adversas más frecuentes fueron de grado 1-2.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

99. SEGURIDAD EN VIDA REAL DE ABEMACICLIB PARA EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL CÁNCER DE MAMA PRECOZ EN COMBINACIÓN CON HORMONOTERAPIA.

AUTORES

ROUCO M; JURADO ROMERO Á; FLORIT SÁNCHEZ M; MARTIN CLAVO S; ALAMINO ARREBOLA E; LÓPEZ BAUTIS B



OBJETIVOS

Evaluar la seguridad de abemaciclib combinado con hormonoterapia en el tratamiento adyuvante del cáncer de mama precoz, positivo para el receptor hormonal, negativo para el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), con afectación ganglionar y elevado riesgo de recaída.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro con abemaciclib en esta indicación. Periodo estudiado: 01/11/2022-15/02/2025. Variables recogidas: demográficas (sexo, edad, peso, altura, estado menopáusico y ECOG al inicio del tratamiento), clínicas (fecha de diagnóstico, estadio tumoral, grado histopatológico, tamaño tumoral, afectación ganglionar, expresión de receptores de estrógenos, de receptores de progesterona, de HER2, de KI-67, si ha recibido quimioterapia o radioterapia previa, hormonoterapia recibida), y de seguridad (ciclos de tratamiento completados, reducciones de dosis, suspensiones temporales o definitivas del tratamiento, tasa de efectos adversos (EA) y grado CTCAE v5.0, manejo y fecha aparición de diarrea).

RESULTADOS

40 pacientes, mujeres, mediana de edad 56,5 años (17,5% ≥ 65 años), 67,5% postmenopáusicas al inicio del tratamiento (22,5% premenopáusicas, 10% perimenopáusicas). Todas recibieron quimioterapia previa con ciclofosfamida, doxorubicina y taxol: 22,5% como neoadyuvancia, 77,5% como adyuvancia. También radioterapia previa como tratamiento adyuvante.

Hormonoterapia: 85% recibieron un inhibidor de la aromatasa (17,6% combinado con un agonista de hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH)); 15% tamoxifeno (33,3% combinado con un agonista de LHRH). Mediana de seguimiento: 11 meses. 5 pacientes completaron los 2 años de tratamiento con abemaciclib. 8 lo suspendieron por EA, 1 por progresión tras 15 ciclos y 1 por mastitis grave. Las 27 pacientes restantes seguían en tratamiento al finalizar el estudio sin signos de progresión.

Todas las pacientes tuvieron algún EA relacionado con abemaciclib, el 52,5% necesitó reducir dosis y el 32,5% tuvo que interrumpir temporalmente su tratamiento debido a ellos. EA más frecuentes: diarrea (82,5% de las pacientes), neutropenia (65%), astenia (62,5%), anemia (60%), leucopenia (50%) y dolor abdominal (30%). La diarrea apareció en el primer ciclo de tratamiento en el 75,6% de los casos. Respecto al manejo, fue controlada con medicación en el 51,5% de los casos, con reducción de dosis en el 6%, y con ambas en el 36,4%. EA grado ≥ 3 : neutropenia (5% de las pacientes), astenia (5%), y elevación de alanina aminotransferasa (ALT) (2,5%).

Otros EA: plaquetopenia (27,5%), náuseas, artralgia (22,5%), aumento de creatinina en sangre (20%), elevación de ALT (17,5%), elevación de aspartato aminotransferasa (15%), estreñimiento (12,5%), dolor espalda, dolor cabeza, linfedema (10%), pérdida peso, menor apetito, mucositis (7,5%), vómitos, rash, insomnio (5%), alopecia, neurotoxicidad, taquicardia, mialgia, neumonitis y osteopenia (2,5%).

No hubo eventos tromboembólicos.

CONCLUSIONES

Los resultados son consistentes con el perfil de seguridad descrito en ensayos clínicos de abemaciclib, siendo la diarrea el EA más común. Un correcto manejo y ajuste de dosis permite a las pacientes, en la mayoría de casos, poder continuar el tratamiento. El farmacéutico tiene un importante papel al informar al paciente de qué EA puede esperar y cómo manejarlos.

CLASIFICACIÓN: EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

100. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO BEMPEDOICO EN VIDA REAL

AUTORES

RIVERO GARCÍA MDV; SILES MORRIS S; JIMÉNEZ MÉNDEZ C; BULO CONCELLÓN MDR; FERNÁNDEZ ANGUITA MJ; OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ

OBJETIVOS

El ácido bempedoico (AB) es un inhibidor de la adenosina trifosfato-citrato liasa que reduce la síntesis de colesterol. Su indicación se limita a pacientes que no logran alcanzar los objetivos lipídicos a pesar de recibir dosis máximas de estatinas y ezetimiba, o aquellos con intolerancia o contraindicación a estos medicamentos. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad, seguridad y adherencia al tratamiento con AB en vida real.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con AB entre septiembre de 2023 y febrero de 2025. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y 2-3 mediciones analíticas mediante Diraya®. La efectividad se evaluó mediante la reducción de los niveles plasmáticos de colesterol LDL y el alcance de los objetivos lipídicos (LDL < 55 mg/dL). La adherencia se definió como la retirada de al menos el 75% de los



envases prescritos durante el seguimiento. Se registraron las reacciones adversas (RA). Los pacientes que interrumpieron el tratamiento no fueron considerados en el análisis de efectividad, pero sí en el análisis de adherencia y seguridad. El análisis estadístico se realizó con IBM® SPSS® Statistics.

RESULTADOS

Se incluyeron 131 pacientes (edad media 69 ± 9 años, 12,5% mujeres). Un 87,3% presentaban hipertensión, 43,0% diabetes y 84,4% dislipidemia. El 18,7% (n=23) eran fumadores. El 89,1% (n=115) sufrió un evento cardiovascular (ECV) previo, principalmente cardiopatía isquémica (84,4%, n=108). Un 79,4% (n=100) recibían estatinas de alta intensidad y un 16,1% (n=20) inhibidores de PCSK9. Un 21,7% (n= 28) tenían descrito intolerancia a estatinas. La duración media del tratamiento fue de 305 días. La reducción media de LDL fue del 21,2% (LDL pretratamiento 90 ± 36 mg/dL vs LDL postratamiento 71 ± 42 mg/dL); y el 21,1% (n=30) alcanzaron niveles objetivos de LDL < 55 mg/dL, de los cuales el 18,3% (n=24) estaba con estatinas y ezetimiba y un 3,1% (n=4) estaba acompañado además de un iPCSK9. Se observó una reducción del 13,7% del colesterol total y un 16% del colesterol no HDL. El 90,8% (n=119) de los pacientes mostraron buena adherencia. En cuanto a seguridad, 12 pacientes (9,2%) sufrieron RA siendo la mialgia la más frecuente (5,3%; n=7) y fatiga (3,8%; n=5), reacciones adversas que ya habían sido descritas en tratamientos previos al AB. Durante el seguimiento, el 7,9% (n=9) presentaron un evento cardiovascular, 5 pacientes presentaron angina inestable y 2 pacientes un ictus.

CONCLUSIONES

En este estudio se observa que el AB redujo los niveles de LDL en un porcentaje similar a los ensayos clínicos previamente publicados. Además de presentar buena adherencia, parece ser un fármaco seguro y bien tolerado, con más RA en pacientes con intolerancia previa.

A pesar de ello, la tasa de eventos CV fue considerable, por lo que es necesario realizar más estudios que evalúen la eficacia y seguridad en diferentes subgrupos poblacionales.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES HOSPITALIZADOS O INSTITUCIONALIZADOS

102. UTILIZAR LA EXPERIENCIA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN URGENCIAS:

ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS Y PRIORIZACIÓN DE GRUPOS

TERAPÉUTICOS.

AUTORES

ALBA GALEOTE AB; FERNANDEZ CUERVA C; MONTERO SALGADO B; SALAMANCA CASADO A; FAUS FELIPE V

OBJETIVOS

El papel del farmacéutico de hospital (FH) en la seguridad de los pacientes y la disminución de los errores de medicación ha promovido la presencia habitual del mismo en el servicio de urgencias (SU) de nuestro hospital. El volumen de personas que acuden a diario al SU, y la disponibilidad de jornada del FH, requiere implantar estrategias de priorización de revisión de medicación que permita atender a los pacientes que con mayor probabilidad se verán beneficiados. El objetivo del estudio fue determinar qué tipo de intervenciones realizamos con mayor frecuencia y sobre qué grupos terapéuticos, para establecerlos como prioritarios en la revisión diaria de la prescripción en el SU.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo realizado entre junio y septiembre de 2024 en el SU. Diariamente se realizaba una búsqueda activa de fármacos prescritos en urgencias considerados inicialmente como prioritarios, y se revisaba la prescripción de los mismos. Para esta primera selección de fármacos, se utilizó de apoyo el documento de consenso: "Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias" de REDFASTER. Variables registradas: edad del paciente, medicación sobre la que se realiza la intervención (clasificada según ATC: Clasificación Anatómica Terapéutica) y tipo de intervención realizada (clasificadas en: intercambio terapéutico, conciliación y validación).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se registraron 202 intervenciones en 166 pacientes. La mediana de edad de los pacientes fue de 79 años (rango 33-97).

Respecto al tipo de intervenciones realizadas, la más frecuente fue el intercambio terapéutico: 47,03% (n=95), seguida de la conciliación del tratamiento: 37,13% (n=75). De entre las intervenciones en conciliación: omisión de fármaco 40% (n=30), error de transcripción en la dosis 21,33% (n=16), cambio de marca/presentación 10,67% (n=8), errores de pauta 5,33% (n=4) y prescripción de un fármaco previamente suspendido 1,33% (n=1). En un 21,33% (n=16) de pacientes se registro una completa y correcta conciliación de medicación. Finalmente, un 15,84% (n=32) fueron intervenciones de validación: ajuste de dosis por insuficiencia renal aguda 71,87% (n=23), solicitud de información relevante al prescriptor 15,62% (n=5), ajuste de presentación por sonda nasogástrica



6,25% (n=2), cambio de antibiótico 3,12% (n=1) y suspensión de la prescripción de un anticoagulante oral en paciente con problema hemorrágico 3.12% (n=1)

Los grupos terapéuticos en los que más intervenciones se realizaron fueron: C 35,5 % (n=72), N 17,3 % (n=35), B 16,7 % (n=34), V 6% (n=12), L 4,5% (n=9), R 4% (n=8), S 4 % (n=8), A 3,5% (n=7), J 3 % (n=6), H 2,5 % (n=5) P 1,5 % (n=3), G 1 % (n=2), M 0,5% (n=1).

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte, las intervenciones fueron realizadas principalmente en los ATC: sistema cardiovascular (C), sistema nervioso (N), sangre y órganos hematopoyéticos (B) por lo que se establecieron como preferentes en la revisión de pacientes. Del análisis de los tipos de intervención, destacamos la necesidad de enfatizar en el ajuste a función renal, que propone nuevas estrategias de revisión según parámetros de la analítica. Analizar nuestro trabajo diario nos permite mejorar en los procesos para garantizar una atención de mayor calidad.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

106. ADECUACIÓN DE LA MONITORIZACIÓN FARMACOCINÉTICA DE VANCOMICINA A LAS GUÍAS DE LA INTERNATIONAL DISEASE SOCIETY OF AMERICA.

AUTORES

ALBA GALEOTE AB; ALAMINO ARREBOLA E; GARCIA LLORET P; PEREZ AHIJON C; FAUS FELIPE V

OBJETIVOS

La última actualización de la guía para el manejo de vancomicina en infecciones graves de la International Disease Society of America (IDSA), modificó los criterios de monitorización de vancomicina, recomendando a) Objetivo terapéutico de Área bajo la curva a las 24h (AUC 24h) 400-600 mg*h/L, b) Utilización de métodos bayesianos para estudio cinético c) Monitorización preferente en 24-48h, antes de alcanzar el estado estacionario y d) Dosificación por peso corporal y dosis de choque para alcanzar precozmente niveles terapéuticos. El objetivo del estudio es valorar la adecuación a dichos criterios en el momento de la primera determinación, de una muestra de pacientes cuyo tratamiento siguió la práctica asistencial habitual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y unicéntrico, que incluyó a 30 pacientes tratados con vancomicina intravenosa cuya monitorización farmacocinética se realizó durante los meses de enero y febrero de 2025. De los pacientes incluidos, se registró su peso, talla, edad, sexo, creatinina sérica (Cr_s) y dosis de vancomicina, y se calculó su valor promedio e intervalo de confianza IC95%. Mediante el software de ajuste bayesiano Abbott PKS, de cada paciente se estimó el aclaramiento de vancomicina (Cl_{vanco}), su vida media (t_{1/2}) y volumen de distribución (V_d). El AUC 24h se calculó mediante la fórmula $AUC_{24h} = \text{Dosis en 24h} / Cl_{vanco}$. Para caracterizar la adecuación a la recomendación de las guías, se calculó el porcentaje de pacientes cuyo AUC_{24h} se situaba, en la primera determinación, en el objetivo de AUC descrito, la tasa de pacientes cuya primera determinación fue precoz (igual o inferior a 48h), y el porcentaje de pacientes con dosis de carga.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se incluyó a 30 pacientes con las siguientes características: edad 66 años (59-73), estatura 167 cm (164-170), peso 69 kg (64-74), sexo femenino 27% (14-45), Cr_s 0,9 (0,8-1,0). El porcentaje de pacientes cuya primera monitorización fue anterior a las 48h fue del 60% (42-75). El tiempo medio transcurrido hasta dicha determinación fue de 2,2 días (1,6-2,8). Al 23% (12-41) de los pacientes se les administró dosis de carga. El AUC_{24h} fue correcto en el 40% (25-58); el 43% (27-61) de los pacientes estaba sobredosificado y el 17% (7-34) infradosificado.

CONCLUSIONES

El grado de adherencia a las recomendaciones de la Guía de la IDSA en nuestro centro es bajo. El 60% de los pacientes presenta una dosificación incorrecta de vancomicina durante un promedio de 2,2 días desde el inicio del tratamiento. Solo un 23% de los pacientes recibió dosis de carga. Es necesario implementar estrategias encaminadas a conseguir una monitorización precoz de los pacientes para la consecución del objetivo terapéutico basado en AUC.

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

107. FORMULACIÓN DE CREMA DE LOSARTÁN 0.2% PARA ESCLERODERMIA EN ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA EL HUÉSPED.

AUTORES

PEREZ PERIAÑEZ ORRILLO F; CARRASCAL MOZO C; VERDE PARRA A; ALVERO ROLDÁN FJ



OBJETIVOS

Desarrollar y evaluar una crema formulada con Losartán al 0.2% destinada al tratamiento de la esclerodermia en pacientes con Enfermedad de Injerto contra el Huésped (EICH). Dado a la inexistencia de una presentación tópica de Losartán comercial, se procedió a adaptar una fórmula magistral basada en evidencias bibliográficas y ficha técnica del fármaco.

MATERIALES Y MÉTODOS

La formulación se realizó utilizando Losartán potásico, agua purificada y una crema base de emulsión agua/aceite (o/w). El proceso se estructuró en las siguientes 3 fases: Disolución del fármaco, preparación de la crema O/W y homogeneización de ambas. Se realizaron controles de pH, condiciones organolépticas, homogeneidad y aspecto durante un periodo de 3 meses. En cuanto a los pacientes se estudiaron los casos de pacientes con EICH, que sufrieran esclerodermia y se realizaron controles periódicos sobre los posibles efectos y reacciones adversas de crema de Losartán 0.2% en los que se aplicó.

RESULTADOS

La crema mostró estabilidad durante todo el periodo evaluado, manteniendo un pH aproximado de 6, condiciones organolépticas adecuadas y una mezcla homogénea. Las condiciones de conservación se establecieron a temperatura ambiente y protegidas de la luz durante 3 meses.

En un estudio piloto, se administró la crema a cuatro pacientes con antecedentes de trasplante alogénico de médula ósea (mínimo 2 años de antigüedad) presentando los siguientes diagnósticos: 1 paciente Leucemia Linfoblástica Crónica (LLC), 2 pacientes Leucemia mieloblástica Aguda y 1 paciente Leucemia Linfoblástica aguda (LLA). La aplicación se realizó en diferentes áreas; muñeca, brazos, cara interna de muslo y abdomen. En uno de los pacientes se observó, tras 2 meses de uso, una mejoría subjetiva en las alteraciones de la pigmentación y un aumento en el número de folículos pilosos del antebrazo, mientras que en otras áreas los cambios fueron menos notorios. No se reportaron efectos adversos en ninguno de los pacientes (mareos, hipotensión, hiperpotasemia, anemia, angioedemas, alteraciones en creatinina y urea).

CONCLUSIONES

La formulación de crema de Losartán 0.2% presenta propiedades físico-químicas satisfactorias y estabilidad durante 3 meses, lo que la posiciona como una opción terapéutica potencial en el manejo de la esclerodermia en pacientes con EICH. Los resultados preliminares indican una posible eficacia en la mejora de manifestaciones cutáneas sin la aparición de efectos adversos significativos. No obstante, se requiere la realización de estudios a mayor escala y con seguimiento prolongado para confirmar la eficacia y seguridad de esta formulación. La calidad de la evidencia actual se valora como baja a moderada, dado el reducido tamaño muestral y el corto periodo de evaluación.

CLASIFICACIÓN: FARMACOCINÉTICA Y FARMACOGENÉTICA

108. ANÁLISIS DE FRECUENCIAS ALÉLICAS POBLACIONALES EN POLIMORFISMOS DE DPYD Y UGT1A1 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

AUTORES

TORRES GARCÍA A; MARTÍNEZ PÉREZ M; MORÓN ROMERO R; DIAZ VILLAMARÍN X; NIETO SÁNCHEZ MT; CABEZA BARRERA J

OBJETIVOS

Introducción y objetivos. El genotipado de variantes del gen *DPYD* (rs3918290, rs55886062, rs67376798 y rs56038477) y de gen *UGT1A1* (rs4148323, rs35350960 y rs8175347) ha sido implementado en nuestro hospital para optimizar el tratamiento con fluoropirimidinas e irinotecán, respectivamente, de acuerdo con las recomendaciones de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Este estudio tiene como objetivo caracterizar estas variantes en nuestra población mediante la descripción de frecuencias alélicas, genotípicas y fenotípicas, así como realizar un análisis de desequilibrio de ligamiento (LD) y equilibrio de Hardy-Weinberg (H-W) para cada variante, comparando los datos con bases de datos de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Métodos. Se realizó el genotipado de 1039 pacientes para las variantes de *DPYD* y 120 pacientes para *UGT1A1*, utilizando QuantStudio™ 12K-Flex de Applied Biosystems y KlusterCaller de LGC Genomics. Las frecuencias obtenidas se compararon con 1000Genomes y gnomAD, mientras que los datos fenotípicos se obtuvieron de PharmGKB. El análisis estadístico se llevó a cabo con R-4.3.2



RESULTADOS

Se detectaron diferencias significativas en las variantes rs3918290 (Granada:MAF=0.1 vs Europa:MAF=0.5; $p=0.041$) y rs56038477 (Granada:MAF=1.30 vs Europa:MAF=2.4; $p=0.027$) del gen *DPYD*, con mayor frecuencia alélica en la población nórdica. El 3.95% de la cohorte presentó fenotipo heterocigoto, indicando un fenotipo metabolizador intermedio asociado a riesgo de toxicidad por fluoropirimidinas. También se identificaron diferencias significativas en la variante rs4148323 del gen *UGT1A1* respecto a la población global (Granada:MAF=0 vs Global:MAF=0.034; $p=0.0005$), con menor frecuencia alélica en la población asiática. El análisis fenotípico reveló que el 55% de la cohorte es portadora de variantes de *UGT1A1* requiriendo ajuste en la dosificación de irinotecán.

CONCLUSIONES

Conclusiones. La alta frecuencia de portadores de variantes alélicas en la cohorte subraya la necesidad de implementar la farmacogenética en la práctica clínica para minimizar el riesgo de toxicidad de estos tratamientos.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

109. EVOLUCIÓN DEL USO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM TRAS LA CONSOLIDACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS (PROA)

AUTORES

DÍAZ LÓPEZ MG; GAZQUEZ PEREZ R; GARCÍA AGUILERA AM; ROMÁN MÁRQUEZ EL

OBJETIVOS

Ceftazidima/avibactam es una combinación de tratamientos antibióticos considerados de uso restringido por las pocas resistencias existentes. Su utilización está justificada como tratamiento dirigido en presencia de bacterias aerobias Gram negativas multiresistentes según el protocolo del programa de optimización de antibióticos (PROA). El objetivo es estudiar la evolución del PROA en la utilización de ceftazidima/avibactam en dos periodos de 365 días separados en el tiempo tras su implantación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de la utilización de ceftazidima/avibactam en dos periodos, diciembre de 2021 a diciembre de 2022 y diciembre 2023 a diciembre 2024, analizando a 46 y 28 pacientes respectivamente, en un hospital de tercer nivel. Se recogieron los siguientes datos de la historia clínica: sexo, edad, servicio prescriptor, microorganismo, tratamiento empírico o dirigido, aislamiento, indicación y desenlace.

RESULTADOS

Variable	Periodo 1 (n=46)	Periodo 2 (n=28)
Edad media ($\pm$ DE)	60,17 $\pm$ 15,64 años	56 $\pm$ 18,27 años
Sexo		
- Mujeres (%)	26%	32%
- Hombres (%)	74%	68%
Fallecidos (%)	35%	29%
Tratamiento empírico (%)	52%	43%
- No resistente en estos casos (%)	37%	29%
Tratamiento con aislamiento microbiológico previo (%)	48%	57%
- Prescrito por infecciosas (%)	10%	18%
- Prescrito por otros servicios (%)	38%	39%
Tratamientos dirigidos frente a Gram- multiresistentes (%)	28%	50%

Tabla 1. Características clínicas y tipos de tratamiento en los dos periodos de estudio. Se presentan las características de los pacientes incluidos en los periodos 1 (n=46) y 2 (n=28), con la distribución por sexo, edad media ($\pm$ desviación estándar), y porcentaje de fallecidos. Se describe el tipo de tratamiento antibiótico recibido, diferenciando entre tratamientos empíricos, tratamientos dirigidos frente a bacterias Gram negativas multirresistentes y tratamientos con aislamiento microbiológico previo, especificando el porcentaje de estos prescritos por el servicio de enfermedades infecciosas u otros servicios.

AISLAMIENTOS			
Periodo 1		Periodo 2	
Gram + (9) 20%	Gram – (13) 28%	Gram + (2) 7%	Gram – (14) 50%
1 Staphilococcus petrasii 5 Staphilococcus epidermidis SARM 2 Staphilococcus haemoliticum SARM 1 Staphilococcus aureus SARM	7 Pseudomonas aeruginosa mR 1 Escherichia coli OXA-48 1 Klebsiella pneumoniae BLEA 1 Enterococcus faecium VanR 3 Stenotrophomonas maltophilia	2 Enterococcus faecium	8 Pseudomonas aeruginosa mR 1 Escherichia coli BLEE 2 Klebsiella pneumoniae BLEE 1 Klebsiella pneumoniae OXA-48 2 Stenotrophomonas maltophilia

Tabla 2. Aislamientos microbiológicos en los dos períodos de estudio. Distribución de bacterias aisladas en los períodos 1 y 2, diferenciadas por su tinción Gram. Se indican las principales resistencias identificadas.

CONCLUSIONES

Los datos revelados por el estudio han mostrado una mejoría en un 22% de las prescripciones tras la consolidación de las intervenciones adoptadas como reuniones diarias de un equipo multidisciplinar y avisos vía online por el programa de optimización de antibióticos. A pesar de ello, no se ajustan al protocolo de centro debido a su utilización como tratamiento empírico y frente aislamientos a Gram +. Ceftazidima/avibactam se considera de uso extremo restringido limitado por antibiogramas o códigos de sepsis en presencia de Gram – multiresistentes.

CLASIFICACIÓN: ENFERMEDADES RARAS Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

111. RISDIPLAM EN ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: EFICACIA Y SEGURIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

FERNÁNDEZ MUÑOZ M; VALLE MESA JM; GÓMEZ BALAZOTE A; CABALLERO ROMERO Á

OBJETIVOS

Risdiplam es un fármaco que actúa aumentando y manteniendo los niveles de proteína de supervivencia de las neuronas motoras (SMN) funcional, la cual está deficiente en los pacientes con atrofia muscular espinal (AME) con mutaciones en el gen SMN1. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento oral con risdiplam en pacientes con AME en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó todos los pacientes tratados con risdiplam entre marzo de 2023 y febrero de 2025. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica Prisma y mediante la revisión de historias clínicas en Estación Clínica Diraya. Las variables recogidas fueron edad, sexo, duración del tratamiento, eficacia funcional y respiratoria, seguridad y satisfacción subjetiva con el tratamiento. La eficacia a nivel funcional fue medida a través de la variación en las puntuaciones de las escalas funcionales *Revised Upper Limb Module* (RULM) y *Hammersmith Functional Motor Scale Expanded* (HFMSE). La eficacia a nivel respiratorio se evaluó mediante las pruebas espirométricas de capacidad vital forzada (FVC), volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y relación FEV1/FVC. Se recogieron los valores basales, a los 6 meses desde el inicio del tratamiento y en la última revisión.

RESULTADOS

Se incluyeron 4 pacientes (2 hombres y 2 mujeres), con una mediana de edad de 25 años (22-43). La mediana de tiempo en tratamiento fue de 22 meses (21-23). A nivel funcional, se observó una mejoría en las escalas RULM y HFMSE. La mediana de puntuación de RULM en el miembro superior derecho aumentó de 12,5 (4-22) a 16,5 (5-26). Y en el miembro superior izquierdo, aumentó de 13 (0-16) a 16 (0-21). Todos los pacientes obtuvieron una mejoría de al menos 1 punto y hasta 11 puntos en la puntuación global de ambos miembros superiores. En la escala HFMSE la mediana basal fue de 0,5 (0-3) y la actual 1,5 (0-3), pero solo un paciente mejoró en 2 puntos, el resto se mantuvieron estables. Respecto a la función respiratoria, la FVC y el FEV1 disminuyeron un promedio de 7,97% y 3,8% respectivamente, mientras que la relación FEV1/FVC aumentó un promedio de 1,29%. Todos los pacientes reportaron autopercepción de mejoría subjetiva tras el inicio de risdiplam. No se observó ningún efecto adverso grave relacionado con el tratamiento, solo un paciente presentó molestias gastrointestinales leves.



CONCLUSIONES

El tratamiento con risdiplam en pacientes con AME ha mostrado resultados positivos de eficacia funcional, especialmente en la mejora de la función motora de los miembros superiores, la cual fue más pronunciada que la mejora de la función motora global. Los beneficios en la función respiratoria fueron más limitados y podrían depender de factores individuales. El perfil de seguridad fue favorable. Los resultados obtenidos respaldan el uso de risdiplam en pacientes con AME. Sin embargo, son necesarios estudios adicionales que incluyan mayor número de pacientes y un seguimiento que evalúe los efectos a largo plazo.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

112. ANÁLISIS DE SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON LORLATINIB EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO.

AUTORES

MORENO BANEAS J; TORRECILLA ABRIL MÁ; MORENO LÓPEZ ÁJ

OBJETIVOS

Lorlatinib es un inhibidor selectivo de las quinasas del linfoma anaplásico (ALK) y oncogén c-ros 1 (ROS1) indicado en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado positivo para ALK en primera línea o tras recibir otro tratamiento con un inhibidor de ALK.

Evaluar la seguridad del tratamiento con lorlatinib en pacientes con CPNM metastásico para esta indicación y como uso compasivo en pacientes con mutación ROS1, estudiando la incidencia de efectos adversos (EA) y su gravedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con CPNM en tratamiento con lorlatinib desde 2020 con al menos 3 meses de tratamiento en un hospital de tercer nivel. Se recogieron las siguientes variables a partir de la historia clínica electrónica: edad, sexo, ECOG, dosis inicial, reducción de dosis y motivo, EA y gravedad.

RESULTADOS

Fueron incluidos 17 pacientes, siendo un 64% hombres con una media de edad de 66 años (58-74) y un ECOG medio de 1. La dosis inicial fue de 100 mg/día en todos menos en un paciente que inició con 75 mg/día debido a insuficiencia renal. De todos ellos, 2 necesitaron una primera reducción a 75 mg/día por EA graves (edemas y neuropatía periférica grado 3), incluso experimentando una segunda reducción a 50mg/día por los mismos un paciente. Un 82% experimentaron algún EA (grado 1-2), los más frecuentes: hipercolesterolemia (82%) e hipertrigliceridemia (35%) que precisó la prescripción de hipolipemiantes en 10 pacientes y la modificación de estos en otros 3 que ya lo tenían prescrito; edema (47%); efectos cognitivos y trastornos de la visión (11%), ganancia de peso (11%), erupción cutánea (11%); proteinuria (5%); hipertensión arterial (5%). La discontinuación debida a EA se produjo en 1 paciente por hipercolesterolemia potencialmente mortal (>500mg/dl). La mediana de seguimiento fue de 8 meses. Al final del período del estudio, 9 pacientes continuaban en tratamiento. El tratamiento fue suspendido en 7 pacientes por progresión de enfermedad y 2 pacientes fueron éxitos.

CONCLUSIONES

Más del 80% de los pacientes con CPNM metastásico en tratamiento con lorlatinib presentaron algún EA, destacando la gran incidencia de alteraciones en niveles de colesterol y triglicéridos y la necesidad de seguimiento analítico y farmacoterapéutico, aunque ninguno tuvo que suspenderlo definitivamente por toxicidad. Solamente un 12% requirió una bajada de dosis tras la cual pudieron continuar el tratamiento. No se observaron EA de tipo neumonitis ni bloqueo auriculoventricular frecuentes descritas en el ensayo pivotal. Analizando las consideraciones reflejadas en la ficha técnica sobre la monitorización de niveles de lipasa y amilasa por riesgo de pancreatitis debido a una hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia en ningún caso se ha llevado a cabo a pesar de haberlo notificado. Tampoco se registraron interacciones potencialmente relevantes entre fármacos y lorlatinib.

CLASIFICACIÓN: PEDIATRÍA

113. COMPARACION DE FINANCIACION DE FORMULAS MAGISTRALES PEDIATRICAS EN DISTINTAS COMUNIDADES AUTONOMAS

AUTORES

ALVAREZ DEL VAYO BENITO C; MOLEON RUIZ M; LETRAN SANCHEZ MDLS; CARRERA LUQUE JJ; MANZANARES OLIVAREZ JM; PEREZ PERIAÑEZ F



OBJETIVOS

Analizar las distintas condiciones de financiación de fórmulas magistrales pediátricas en distintas comunidades autónomas

MATERIALES Y MÉTODOS

Se obtienen de los conciertos para la prestación farmacéutica a través de oficina de farmacia, los listados de principios activos financiados para formulación magistral de 8 comunidades autónomas: Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia y Comunidad de Madrid.

Se seleccionan 15 principios activos no financiados en Andalucía frecuentemente utilizados en formulación magistral pediátrica para las siguientes indicaciones :

Acetozolomida via oral (Glaucoma), Amlodipino (Hipertension arterial), Atropina colirio (Reducción progresión de la miopía), Budesonida viscosa (Esofagitis eosinofílica), Carvedilol (Cardiopatía), Ciclosporina oftálmica (Queratoconjuntivitis vernal), Glicopirrolato oral (Sialorrea), Eritromicina oral (Procinético), Etambutol (Tuberculosis), Fosfato monosódico (Fuente de fosfato en pacientes renales), Griseofulvina (Tiña pediátrica), Levamisol (Síndrome nefrótico refractario), Metadona (Síndrome de abstinencia), Pirazinamida (Tuberculosis), Topiramato (Crisis epilépticas).

Su no financiación es frecuente causa de problemas y dificultades para las familias y los profesionales para la obtención de dichas fórmulas magistrales fuera del ingreso hospitalario

Se comprueba la situación de financiación en el resto de comunidades autónomas

	Andalucía	Aragón	Castilla LM	Cataluña	Canarias	Extremadura	Galicia	Com. Madrid
Acetozolomida	NO	SI	SÍ	SI	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Amlodipino	NO	NO	SÍ	SI	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Atropina oftal	NO	SÍ	SÍ	SI	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Budesonida oral	NO	NO	SÍ	SI	NO	SÍ	NO	SÍ
Carvedilol	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SÍ	SÍ
Glicopirrolato oral	NO	SÍ	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Ciclosporina oftálmica	NO	SÍ	SÍ	SI	NO	SÍ	NO	SÍ
Eritromicina oral	NO	NO	SÍ	SI	NO	NO	SÍ	SÍ
Etambutol	NO	SÍ	NO	SI	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Fosfato monosódico	NO	SÍ	NO	SI	NO	SÍ	NO	NO
Griseofulvina	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SÍ
Levamisol	NO	SÍ	NO	SI	NO	SÍ	NO	NO
Metadona	NO	SÍ	SI	SI	SI	SÍ	NO	SÍ
Pirazinamida	NO	SÍ	SI	SI	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Topiramato	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
TOTAL FINANCIADAS	0	9	8	15	2	10	7	11

RESULTADOS

En la siguiente tabla se indica si la fórmula magistral está financiada en el concierto de prestación farmacéutica a través de oficina de farmacia de cada comunidad autónoma estudiada:

De los 15 principios activos no financiados en Andalucía, en las restantes 7 comunidades autónomas están financiados 15 principios activos en Cataluña, 11 en la Comunidad de Madrid, 10 en Extremadura, 9 en Aragón, 8 en Castilla la Mancha, 7 en Galicia y 2 en Canarias.

Las comunidades que se adaptan mejor a las necesidades actuales de formulación pediátrica son las que tienen un proceso de incorporación de principios activos regular y ágil, con listados más actualizados.



CONCLUSIONES

Existen grandes diferencias en cuanto a las condiciones de financiación de fórmulas magistrales pediátricas en las distintas comunidades autónomas que conviene armonizar, para evitar diferencias en cuanto al acceso a las mismas dependiendo del origen geográfico de los pacientes.

CLASIFICACIÓN: ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES AMBULANTES

114. RESULTADOS EN SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD EN EL CAMBIO DE USTEKINUMAB SUBCUTÁNEO STELARA® A UTEKINUMAB BIOSIMILAR EN PACIENTES DERMATOLÓGICOS

AUTORES

SILES MORRIS S; SÁNCHEZ LOBÓN I; OCAÑA DE LA ROSA MDLÁ; HUERTAS FERNÁNDEZ MJ; FERNÁNDEZ ANGUITA MJ; MENGUIANO ROMERO Y

OBJETIVOS

Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal IgG1κ totalmente humano que se une con especificidad a la subunidad proteica p40 de las citocinas interleukinas humanas (IL)-12 e IL-23. Las alteraciones en la regulación de estas citocinas se han asociado con enfermedades de mediación inmunitaria, como la psoriasis, la artritis psoriásica, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

El propósito de este estudio fue analizar posibles cambios en la eficacia y seguridad en pacientes dermatológicos que han sido tratados con STELARA® por vía subcutánea (SC) y luego cambiados a ustekinumab biosimilar en un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes dermatológicos tratados con STELARA® subcutáneo que fueron cambiados a ustekinumab biosimilar. La transición se llevó a cabo entre julio y octubre de 2024, y los datos fueron obtenidos directamente de la historia clínica digital (DIRAYA®), a partir de los registros de las consultas de los servicios de farmacia hospitalaria y dermatología. Se analizaron variables demográficas y clínicas. La efectividad del tratamiento se evaluó considerando la reducción de al menos un 75% en el PASI (PASI≥75) respecto el valor basal antes del cambio y su mantenimiento posterior, así como la continuidad del tratamiento. También se registró la necesidad de intensificación o de volver al fármaco original tras la transición.

Además, se analizó la aparición de nuevas reacciones adversas desde el cambio hasta febrero de 2025. Se excluyeron del estudio los pacientes que no estaban en remisión clínica con el tratamiento original.

RESULTADOS

De los 92 pacientes iniciales se analizaron a 73 pacientes cuya edad media fue de 52.2±14.7 años y el 46,5% (n=34) eran mujeres. El 89% (n=65) de los pacientes presentaban el diagnóstico de psoriasis vulgar moderada/grave y el 11% (n=8) hidradenitis supurativa y artritis psoriásica en las mismas proporciones. El 54,8% (n=40) estaba en tratamiento con ustekinumab de 45 mg. El 22% (n=16) de los pacientes realizaron la inducción con STELARA® y continuaron con ustekinumab biosimilar.

El 83,6% (n=61) de los pacientes mantuvieron la remisión sin cambios a nivel clínico tras la transición. Un 6,8% (n=5) experimentó una mejoría, mientras que el 9,6% (n=7) presentó empeoramiento. Entre estos últimos, a dos pacientes se les cambió el tratamiento biológico, y a uno se le intensificó la terapia.

En cuanto a la seguridad ninguno de los pacientes presentó reacciones adversas de interés o que se pudiese asociar al tratamiento.

CONCLUSIONES

El cambio de ustekinumab SC (STELARA®) al biosimilar en pacientes dermatológicos mantuvo la respuesta en la gran mayoría de los pacientes, si bien no se puede establecer que los pacientes que empeoraron de la enfermedad fuese debido al cambio o también hubiese ocurrido con la marca de referencia. Los pacientes que cambiaron a ustekinumab biosimilar no tuvieron problemas de tolerabilidad o efectos adversos.

Estos resultados respaldan la viabilidad del cambio a biosimilar en cuanto a eficacia y seguridad en la práctica clínica real, además del ya sabido beneficio económico. Aun así es necesario un seguimiento a largo plazo y más estudios de seguridad y eficacia.

CLASIFICACIÓN: PATOLOGÍA INFECCIOSA (ANTIBIOTICOTERAPIA, HEPATOPATÍAS VÍRICAS Y VIH)

115. "EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN ÁREA DE SALUD: UN ENFOQUE SEGÚN LA GUÍA AWARE"

AUTORES

PONCE GONZÁLEZ A; SÁNCHEZ DEL MORAL R; RODRÍGUEZ MOLÍNS E; GUZMÁN RAMOS MI



OBJETIVOS

La creciente resistencia a los antibióticos es uno de los principales problemas de salud pública y desafíos sanitarios a nivel mundial. Para revertir esta situación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica en 2017 la guía AWaRe, que clasifica a los antibióticos en tres categorías: Access, Watch o Reserve, en función del riesgo de resistencia que su uso puede desencadenar. El objetivo que propone es aumentar la proporción global del consumo antibiótico del grupo Access (Atención primaria y Hospital) hasta alcanzar al menos un 60% del total.

Los objetivos de este estudio son: analizar el consumo antibiótico en un área de salud (Atención primaria y Hospital), según la guía AWaRe, y evaluar el grado de cumplimiento del objetivo propuesto por la OMS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo en el que se analizó el consumo antibiótico expresado en Dosis Diaria Definida (DDD)/1000 estancias anuales y su porcentaje correspondiente (%), desde el año 2019 hasta 2022, en base a la última actualización de la clasificación AWaRe de la OMS (2023). Clasificación de los antibióticos empleados: "Access" como primera opción empírica frente a patógenos comunes y bajo riesgo de resistencia; "Watch" a aquellos con riesgo moderado-alto de resistencia y restringidos a infecciones complejas y "Reserve" a los que deben emplearse como última línea, esenciales para infecciones críticas o fracaso terapéutico. Datos recogidos: proporción de antibióticos pertenecientes a cada grupo y consumo correspondiente en las unidades mencionadas con anterioridad, expresado también en porcentaje. Fuentes de información usadas: programa Athos Stock® y Microsoft Excel®.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 52 antibióticos que se clasificaron como Access (14), Watch (25) y Reserve (13). Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla:

Año	Consumo DDD/1000 estancias área de salud (%)			
	2019	2020	2021	2022
Access	945,12 (38,5%)	886,35 (34%)	858,43 (35,8%)	967,92 (37,9%)
Watch	1416,64 (57,7%)	1613,79 (61,9%)	1428,9 (59,6%)	1482,68 (58%)
Reserve	94,07 (3,8%)	107,92 (4,1%)	111,41 (4,6%)	104,03 (4,1%)

CONCLUSIONES

El consumo de los diferentes grupos de antibióticos según la guía AWaRe permanece sin variación significativa a lo largo de los años, aunque sí es destacable un menor consumo de antibióticos del grupo Access a expensas de un mayor consumo de antibióticos del grupo Watch en el año 2020 fundamentalmente, coincidiendo con el inicio de la pandemia SARS-COV-2.

Por otra parte, vemos un consumo global menor al 40% de los antibióticos del grupo Access en el período estudiado, lejos del 60% recomendado por la OMS y de perseguir el objetivo propuesto por la misma.

La evaluación del consumo antibiótico según la guía AWaRe permite la posibilidad de identificar mejoras, establecer políticas de prescripción más eficientes, y contribuir a la lucha contra la resistencia bacteriana, intentando mejorar la seguridad del paciente y la sostenibilidad del sistema sanitario.



COMUNICACIONES DE TÉCNICOS

CLASIFICACIÓN: FARMACOTECNIA Y NUTRICIÓN

73. IMPACTO ECONÓMICO DE UN PROTOCOLO DE FRACCIONAMIENTO DE MAVACAMTEN

AUTORES

FERNÁNDEZ CARREÑO V; MALENO TOMÁS ML; GARCÍA AGUILERA AM; ROMERO CARREÑO E; GÁZQUEZ PÉREZ R; SIERRA GARCÍA F; GÓMEZ SÁNCHEZ MT

OBJETIVOS

La Miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) es una cardiopatía hereditaria que se caracteriza por una hipertrofia desproporcionada del ventrículo izquierdo con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI). Esta obstrucción provoca síntomas como disnea, angina y síncope, y puede derivar en insuficiencia cardíaca. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto económico del uso de Mavacamten en pacientes con MCHO en un hospital de tercer nivel, analizando las estrategias de optimización en la preparación de cápsulas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con MCHO tratados con Mavacamten en nuestro centro desde octubre 24-febrero25. Los datos fueron extraídos de la base de datos clínica del Sistema Sanitario Andaluz (Diraya) y del registro de dispensaciones en consultas externas para analizar el coste del tratamiento. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, dosis de mavacamten prescrita y unidades dispensadas. Se fraccionaron cápsulas de 15 mg para obtener dosis de 5 y 2,5 mg para optimizar el uso del fármaco y reducir costes. Se consideró un coste unitario de fármaco de 60,63 € por cápsula, independientemente de la dosis (2,5 mg, 5 mg, 10, mg o 15 mg).

RESULTADOS

Se incluyeron 3 pacientes (2 mujeres), con una media de edad de 57 años (rango: 44-66 años). Las dosis empleadas en estos pacientes dependieron del estado clínico y severidad de la obstrucción (TSVI y síntomas NYHA II-III), el perfil metabólico (CYP2C19) y la respuesta al tratamiento. En España, la financiación de mavacamten por el Sistema Nacional de Salud comenzó en noviembre de 2024. Se establecieron protocolos de fraccionamiento para las siguientes dosis: cápsulas de 2,5 mg, partiendo de 20 cápsulas de 15 mg (coste total de partida=1.200 €), se obtiene un lote de 120 unidades; cápsulas de 5 mg, se parte de 40 cápsulas de 15 mg (coste total de partida=2.400€), obteniendo un lote de 120 unidades. El fraccionamiento permitió un ahorro de 6.000 € para 120 cápsulas de 2,5 mg y de 4.800 € para 120 cápsulas de 5 mg. Dos pacientes comenzaron el tratamiento con una dosis de 5mg por ser metabolizadores normales, pero en uno de ellos a los dos meses de tratamiento se decidió reducir a 2,5 mg por presentar gradiente TSVI por debajo de 20 mmHg tras maniobra de Valsalva. El tercer paciente presentaba una mutación en CYP2C19 que le hacía ser metabolizador ultrarrápido por lo que la dosis prescrita era de 5mg. En el periodo estudiado se dispensaron un total de 118 cápsulas de 2,5 mg y 88 cápsulas de 5 mg. El ahorro conseguido hasta ahora ha sido de 9.420 €.

CONCLUSIONES

Mavacamten es una opción terapéutica prometedora para pacientes con Miocardiopatía hipertrófica obstructiva que no responden al tratamiento convencional. Dado su alto coste requiere estrategias de optimización para su implementación eficiente en hospitales sin que por ello se llegue a comprometer la efectividad para los pacientes. La estrategia de fraccionamiento de dosis ha permitido un ahorro significativo, y ha garantizado el acceso al tratamiento.

CLASIFICACIÓN: GESTIÓN, DESARROLLO ORGANIZATIVO Y CALIDAD

90. IMPLANTANDO MEJORAS PARA LA SEGURIDAD: ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN.

AUTORES

CALLEJÓN GARCÍA M; AGÜERA SORIANO S; AZNAR GARCIA M

OBJETIVOS

La dispensación de la medicación para 24 horas de los pacientes hospitalizados se realiza desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH). Esta medicación, una vez se encuentra en planta, sigue sufriendo modificaciones. Estos cambios de tratamiento se solicitaban por escrito por los profesionales de enfermería (PE). Para la mejora en la seguridad y eficiencia de este proceso, el SFH en colaboración con los PE, implantó un sistema de solicitud a través del programa de prescripción electrónica. El objetivo de este estudio es conocer la percepción de los profesionales de enfermería acerca de la implantación de este procedimiento.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital universitario de 270 camas en el que se realizó una encuesta anónima dirigida a los profesionales de enfermería de planta de hospitalización. En la encuesta se incluyeron datos demográficos, servicio al que pertenece y años trabajados en el hospital. Para evaluar su opinión, la encuesta se estructuró en tres ítems: eficacia, seguridad y ejecución, compuestos por 5 cuestiones cada uno. Se estableció una puntuación de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Los datos fueron tratados por el programa Excel®, para la expresión de los resultados se calculó la media

RESULTADOS

36 profesionales realizaron la encuesta, 72% mujeres. El 19,4% tenían una edad entre 20-30 años, 27,8% 30-40 años, 33,4% 40-50 años y 19,4% más de 50 años. El 16,7% pertenecía al servicio de Salud Mental, 16,7% a Cardiología, 14% a Ginecología, 11,1% a Unidad de Cuidados Intensivos, 8,3% a Traumatología, 8,3% a Neumología, 8,3% a Medicina Interna, 8,3% a Pediatría y 8,3% a Urgencias. El 16,7% había trabajado en el hospital menos de 1 año, el 19,4 % 1 año, 22,2% 1-10 años, 5,5 % 10-15 años y 36,2% más de 15 años. En el apartado de EF se puntuó: con 3,36 que los horarios se ajustan a las necesidades del servicio, 3,55 a disminución de la carga de trabajo, 3,14 en aumento de la carga de trabajo, 3,11 en mejora de la organización y 3,36 en mejora de la eficacia profesional. En el apartado de seguridad se puntuó: con 3,75 puntos a la mejora de la seguridad del paciente, con 4,61 disminución de errores de dispensación, 3,47 en disminución de distracciones y 3,83 en mejora general en materia de seguridad. La puntuación en el apartado de ejecución fue: 3,89 en sencillez de ejecución, 4,14 en comprensión, 2,37 en dudas de ejecución, 3,61 en mejoras en la ejecución y por último 2,17 puntos en preferencias por el método manual

CONCLUSIONES

El sistema se percibe como una herramienta eficaz, permitiendo la organización del tiempo y disminución de la carga de trabajo. También se observa como una mejora en el ámbito de seguridad, percibiendo una disminución de errores en la dispensación y menor distracción. El sistema se considera sencillo y comprensible siendo la opción preferente frente a la petición escrita. Como aspectos mejorables destacar que siguen surgiendo algunas dudas respecto a su uso correcto que podría resolverse ofreciendo formación continuada desde el SFH que sirva de recordatorio donde se resuelvan dudas pendientes y se instruya a los nuevos profesionales incorporados.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

92. SYMBALOO: RECURSOS DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES EXTERNOS

AUTORES

TORRES RODRIGUEZ MC; URDA ROMACHO J; SÁNCHEZ CÉSPEDES E; SÁNCHEZ CESPEDES M; GAITÁN MORALES E; LIMAS JIMENO R

OBJETIVOS

El técnico de farmacia complementa la función del farmacéutico en la atención a los pacientes en la Consulta Externa de Farmacia (CEF). Entre sus funciones cabe destacar la educación sanitaria al paciente y/o familiares. Nuestro objetivo es proporcionar a los pacientes fuentes fiables de información.

MATERIALES Y MÉTODOS

SYMBALOO es una plataforma que permite recopilar y reunir recursos de información y organizarlos de forma personalizada. El proyecto se inicia en 2018 cuando un Técnico de Farmacia (TF) y un farmacéutico residente diseñan el primer SYMBALOO de la CEF con 31 ventanas a modo de botones de opción directos a la página web de interés agrupadas por patologías. El TF actualmente se encarga de actualizar según demanda y novedades bajo la supervisión de un Farmacéutico Especialista en Farmacia. Se incluye un código QR en la tarjeta de visita de la farmacia, además de haber carteles informativos en la sala de espera e informar al paciente de forma oral en su primera visita.

RESULTADOS

A final de 2024 disponemos de 44 enlaces directos. 6 ventanas de VIH, 3 para vacunas, 3 sobre psoriasis, 3 de enfermedades reumáticas, 2 para enfermedades inflamatorias intestinal, 3 sobre hepatitis, 5 guías de salud, 3 para síndrome ojo seco, además de recetas cardiosaludables, coronavirus, página oficial de nuestro hospital y sociedades farmacéuticas. Nuestros pacientes acceden a páginas que tienen un certificado de calidad, lenguaje claro, guías de información publicadas con el nombre del autor, patrocinador y/o afiliación, lo que demuestra una señal de garantía. Se ofrece una información clara, fiable y de calidad basada en la evidencia.

CONCLUSIONES

En la actualidad se busca en internet todo lo relacionado con sanidad ya sea una patología de recién diagnóstico, un tratamiento nuevo prescrito o incluso asociaciones para pacientes. La implementación de SYMBALOO



en la CEF supone una herramienta innovadora y eficaz para optimizar el acceso a información clave lo que favorece una atención más segura obteniendo pacientes bien informados, mayor adherencia a su tratamiento, más seguridad, mejor concienciación de su enfermedad, más confianza para expresarlo y compartirlo con sus familiares, así como puntos de encuentro virtuales con otros pacientes a nivel nacional. Desde la CEF se proporciona una herramienta digital que permite organizar y categorizar enlaces web seleccionados sobre los diferentes tratamientos, patologías y necesidades que se atienden en CEF diariamente.

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

94. MORFINA. COMO EVITAR EVENTOS ADVERSOS DESDE FARMACIA

AUTORES

SERNA MARÍN IM; MARTÍN JUÁREZ M; SALMERÓN RAMÍREZ MJ; MOLINA MARTÍNEZ MJ; LÓPEZ RUEDA C

OBJETIVOS

La morfina es un analgésico narcótico agonista de los receptores opiáceos μ y en menor grado de los kappa, en el sistema nervioso central. Está indicada para el control del dolor intenso, dolor asociado al infarto de miocardio, en la sensación de ahogo y ansiedad (asociada a la dificultad de respirar). Catalogada como un medicamento de alto riesgo, su dosis y vía de administración deben ser individualizadas, según la respuesta y tolerancia del paciente. Su administración intravenosa puede ser en bolos o por perfusión continua. En nuestro hospital utilizamos ampollas al 1% para bolos y viales al 2% para perfusiones.

En el 2023 se reportaron dos eventos adversos (EA) graves en distintas unidades del hospital, por error en la administración de viales al 2% para bolos. Tras la revisión de los casos por la Unidad de Calidad en el Grupo del Uso Seguro del Medicamento, se decidió retirar los viales al 2% de todas las unidades de hospitalización, solicitando a Farmacia Hospitalaria (FH), la preparación de perfusiones estandarizadas de morfina.

OBJETIVOS:

- Evitar eventos adversos relacionados con la administración de morfina.
- Estandarizar el empleo de morfina al 1% y evitar el uso al 2% en las unidades de hospitalización.
- Garantizar el uso seguro de la morfina como medicamento de alto riesgo desde el Servicio de FH
- Evaluar el impacto de la preparación de perfusiones de morfina por enfermeras entrenadas de FH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio prospectivo realizado entre el 26 de abril de 2024 y el 7 de febrero de 2025, en el que se analizaron todas las mezclas elaboradas para perfusiones de morfina, por enfermeras entrenadas de FH, según Guía de elaboración, control y registro de Fórmulas Magistrales, realizando controles microbiológicos a cada lote preparado. También se revisaron las comunicaciones de eventos adversos relacionados con la morfina durante este periodo.

Los materiales utilizados fueron FarmaTools para obtención de datos de las mezclas, notificASP para la extracción de datos de EA, y Modulab para registrar los resultados microbiológicos.

RESULTADOS

- Durante el periodo en estudio, no se notificaron EA relacionados con la administración de morfina.
- Se retiraron los viales de morfina al 2% de todas las unidades hospitalarias.
- Se realizaron un total de 273 mezclas con controles microbiológicos negativos.
- Ninguna de las perfusiones fue desechada, ya que las mezclas se elaboran según Guía de Buenas Prácticas de Preparación de Medicamentos en FH, basada en la nueva USP797 americana, que permite una caducidad de 45 días si se realizan controles microbiológicos y se conservan entre 2 y 8°C.

CONCLUSIONES

- Se han implementado medidas adecuadas para evitar eventos adversos relacionados con la morfina.
- La preparación de perfusiones de morfina por enfermeras entrenadas de FH ha contribuido a la eliminación de EA relacionados con la administración de morfina en el periodo estudiado.
- Desde la Unidad de Farmacia, se ha garantizado el uso seguro de este medicamento de alto riesgo mediante la estandarización de su administración y validación farmacéutica

CLASIFICACIÓN: SEGURIDAD

96. SISTEMA AUTOMATIZADO DE DISPENSACIÓN: UBICACIÓN ESTÁTICA

AUTORES

CALLEJÓN GARCÍA M; MORENO AZUAGA D; FAURA SALAS AI; SERRANO BARRERA EM; ROSA ALBA M; AZNAR GARCÍA M



OBJETIVOS

La seguridad en el almacenamiento y dispensación de medicamentos en el ámbito hospitalario es un factor clave para minimizar errores y mejorar la trazabilidad. En particular, los medicamentos de alto riesgo (MAR), fotosensibles (MFS) y de especial control (MEC) son objetivo prioritario de estrategias en prevención de errores y seguridad. Los sistemas automatizados de dispensación y almacenamiento (SAD), como el carrusel horizontal, son armarios de configuración flexible, que almacenan y dispensan medicación. El objetivo del estudio es analizar y evaluar la ubicación de los MAR, MFS y MEC en el SAD, identificando la proporción de estos fármacos que cuentan con una ubicación estática y valorar su impacto en la eficiencia y seguridad de la dispensación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional en el Servicio de Farmacia Hospitalaria (SFH) de un Hospital Universitario de tercer nivel. Se revisó la ubicación de los MAR, MFS y MEC dentro del SAD, registrando la proporción de medicamentos con ubicaciones estáticas.

Para la identificación de los MAR, se utilizó el listado del Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Los MFS fueron seleccionados mediante una revisión bibliográfica de la guía farmacoterapéutica del hospital. La identificación de los MAR y MFS fueron comprobados en los Protocolos Estandarizados de Trabajo (PNT) actualizados disponibles en el SFH. Los MEC se definieron según la frecuencia de errores notificados en la dispensación y/o impacto elevado. Se analizaron los datos para determinar la proporción de medicamentos en ubicaciones estáticas y evaluar la necesidad de estandarización del proceso de almacenamiento y dispensación de este grupo de medicamentos.

RESULTADOS

Se analizaron 156 medicamentos clasificados como MAR 96, MFS 37 y MEC 23. El 100% estaban clasificados de acuerdo a los PNTs del SFH.

La proporción en ubicación estática en el SAD fue la siguiente: MFS: 12 (32,4%); MAR: 22 (22,9%) en posiciones estáticas; MEC: 4 (17,4%) en posiciones estáticas.

CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que la mayoría de los MAR y MEC no cuentan con ubicaciones estáticas, lo que podría incrementar el riesgo de errores en almacenamiento y dispensación. Aunque los MFS presentan una proporción superior de ubicaciones estáticas, aún existe un porcentaje significativo en ubicaciones no estáticas, lo que podría afectar su estabilidad y consiguiente eficacia terapéutica. La implementación de criterios estandarizados para la ubicación de MAR, MFS y MEC en el SAD podría contribuir a una mayor seguridad en el almacenamiento y dispensación, minimizando riesgos y mejorando la trazabilidad de estos fármacos. La ubicación estática permite un almacenamiento organizado y clasificado, establecer un inventario rápido y referenciación de los elementos guardados.

CASOS CLÍNICOS

1. BROTE PSORIÁSICO POR PEMBROLIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

ZAMBRANO CROCHE MD; GRAGERA GÓMEZ M; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; TORRES ZARAGOZA L; NAVARRO RUIZ Á; MARTÍNEZ ORTEGA L; SUÁREZ MORILLAS MA

PALABRAS CLAVE

Inhibidores del punto de control inmunitario, Psoriasis, Efectos adversos inmunorrelacionados.

INTRODUCCIÓN

Pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal utilizado en la inmunoterapia contra el cáncer. Presenta indicación para diferentes tipos de tumores como: cáncer renal, cáncer de pulmón no microcítico, melanoma, cáncer de esófago, cáncer de endometrio, cáncer triple mama negativo, cáncer de cabeza y cuello...(1)

Este anticuerpo monoclonal bloquea el receptor programmed cell death (PD1), cuya función es inducir la apoptosis de linfocitos T evitando una excesiva proliferación y función de los mismos, por lo que dicho bloqueo conlleva una estimulación de la respuesta inmune.(2)

Debido a este mecanismo de acción, los fármacos anti PD1 o los inhibidores del ligando (anti PDL1), producen efectos adversos inmunorrelacionados que afectan con frecuencia a la piel. De hecho, los efectos adversos cutáneos inmunorrelacionados son los efectos adversos más comunes de los inhibidores del punto de control inmunitario (ICI), suponen alrededor de más del 50 % de todos los grados. Aunque suelen ser efectos adversos leves, por lo que habitualmente no afectan a la continuación de la terapia.(3)

La presentación clínica es muy variable, siendo las erupciones maculopapulares inespecíficas las más comunes. También se han notificado presentaciones autoinmunes más específicas, como reacciones liquenoides, psoriasis y dermatosis ampollosas. En el caso de la psoriasis, (enfermedad inflamatoria de la piel que afecta al 3% de la población) se han descrito tanto nuevas apariciones como exacerbaciones de la enfermedad ya existente en la asociación con el tratamiento de los ICI. (3)

A continuación, se presenta el caso de una paciente que manifestó brote de psoriasis grado 3, tras terapia con pembrolizumab para el tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 69 años que, en 2009 consulta a su médico de cabecera por dolor axilar de la mama derecha, en aquel momento no se llega a diagnosticar de ninguna enfermedad grave. Ante la persistencia de dolor y aparición de nódulo, en 2010 finalmente es diagnosticada de cáncer de mama. En 2011 es intervenida, realizándose tumorectomía más vaciamiento ganglionar axilar.

En cuanto a antecedentes personales cabe destacar que presenta trastorno ansioso. En cuanto a hábitos tóxicos, es exfumadora desde hace 21 años de 20 cigarrillos al día. No presenta hipertensión arterial (HTA), ni dislipemia (DLP), ni diabetes mellitus (DM).

Respecto a los antecedentes familiares, la paciente tiene una madre fallecida por cáncer de páncreas, una hermana con melanoma, y 4 tíos maternos fallecidos por cáncer gástrico, de pulmón y dos de origen desconocido. Los resultados anatómo-patológicos de la biopsia con aguja gruesa (BAG) de mama fueron los siguientes:

- Carcinoma ductal invasivo en el 45 % de la muestra, con extensas áreas de necrosis
- En cuanto a resultados de perfil genético, hormono-dependiente y proliferación celular fueron los siguientes:
 - Ki-67: 25%
 - p53: 1%
 - Receptor de estrógenos: 90%
 - Receptor de progesterona: 90%
 - Prueba HER2: negativa

Tras evaluar el caso de la paciente (cáncer de mama ductal invasivo estadio IIB, grado 3, hormonossensible, luminal b) se decide tras cirugía realizar quimioterapia, radioterapia más hormonoterapia con letrozol que termina en 2016. El esquema de quimioterapia consistió en 4 ciclos de FAC (5-Fluoruracilo, Doxorrubicina, Ciclofosfamida) seguidos de 4 ciclos de nab-paclitaxel. Se utilizó nab-paclitaxel en lugar de docetaxel por episodio de alergia.

Desde 2016 hasta 2019, realiza revisiones periódicas con su oncólogo. Durante este periodo de tiempo, consulta con el dermatólogo por lesiones compatibles con psoriasis. El dermatólogo en 2017 le diagnostica de psoriasis en gotas leve y con escasa afectación del cuero cabelludo. La paciente se encuentra sin tratamiento crónico, solo en los casos de brotes se le prescribe tratamiento con corticoides vía tópica y amoxicilina/clavulánico 875 mg cada 8 horas durante 8 días.

En la revisión del 2019 presenta elevación del Ca 15.3, por lo que se solicita PET-TAC, en el cual se informa de: "...Adenopatías hipermetabólicas en mediastino, región retropectoral derecha y cadena mamaria izquierda, y lesiones pleurales hipermetabólicas en pulmón izquierdo; todo ello altamente sugestivo de malignidad..." Ante



la metástasis, el oncólogo solicita tratamiento con ribociclib y fulvestrant, y el comité de tumores evalúa el caso y lo aprueba. La paciente comienza con el nuevo tratamiento en junio del 2019 y finaliza en septiembre de 2020 ante toxicidad cutánea con desarrollo de dermatitis, prurito y descamación que requirió la disminución de dosis de ribociclib a 400 y 200 mg/día, también se precisó de la prescripción de dexametasona.

En octubre de 2020 inicia tratamiento en segunda línea metastásica con capecitabina hasta agosto de 2021, donde se visualiza de nuevo en PET-TAC progresión a nivel pulmonar y aumento de los marcadores tumorales. Por lo que se considera cambiar de línea a palbociclib más fulvestrant en septiembre del 2021, tras la aprobación por el comité de tumores. Como único efecto adverso de este tratamiento se debe mencionar la neutropenia que precisó disminuir la dosis de palbociclib a 100 mg/día.

En enero de 2022, se detecta de nuevo progresión de la enfermedad por lo que se cambia a eribulina. En marzo de 2022 finaliza el tratamiento por progresión, e inicia ya la 5ª línea con carboplatino y bevacizumab, de la cual recibe 11 ciclos hasta diciembre de 2022.

En octubre de 2022, tras visualización de PET-TAC, aconsejan estudio histológico de las lesiones pulmonares. Además, se evidencia un CEA de 90,4 (en aumento) y un Ca 15.3 de 76,7 (en descenso). Se propone biopsia de lesión para valorar nueva inmunohistoquímica de cara a optimizar tratamiento. En diciembre de 2022 se realiza mediastinoscopia, de la que se analizan células de cáncer de mama y pulmón. De las células neoplásicas de pulmón los resultados son positivos frente a TTF1 y napsina (intenso y difuso), con negatividad frente a GATA3, mamaglobina, SOX10, GCDP15, RE y RP. Los resultados de expresión de PD-L1 fueron del 90%. No se detecta ninguna mutación driver en la muestra tras realización de los paneles de secuenciación masiva (NGS).

Ante estos hallazgos, se propone seguir con quimioterapia con nab-paclitaxel para el control del cáncer de mama estadio IV, y solicitar pembrolizumab en monoterapia para el adenocarcinoma de pulmón estadio IV. Tras evaluar la situación de la paciente, y estudiando sus comorbilidades (psoriasis leve controlada sin tratamiento), el comité de tumores aprueba el esquema con el ICI, y comienza en febrero de 2023. En el TAC de julio de 2023 se observa una buena respuesta al tratamiento, pero se decide parar la inmunoterapia tras brote grave de psoriasis, efecto adverso inmunomediado grado 3, y continua solo con nab-paclitaxel hasta julio de 2024, cuando vuelve a progresar y recibe una séptima línea de tratamiento con doxorubicina pegilada liposomal. A día de hoy sigue con mismo tratamiento con enfermedad estable.

En el brote de psoriasis de julio de 2023, la paciente es derivada al dermatólogo, el cual observa numerosas máculas y pápulas eritematoescamosas, coalescentes, que afectan al tronco, los brazos y las piernas. Para el brote se le prescribe la espuma vía tópica de calcipotriol/betametasona, cremas hidratantes y la toma una vez al día de bilastina. Ante la no mejoría con tratamiento tópico, en consulta con oncólogo también se le receta antibióticos y corticoides en pauta descendente que no logran mucho resultado.

El dermatólogo vuelve a explorar a la paciente en octubre de 2023 debido a la persistencia e incluso incremento de las lesiones psoriásicas. La paciente presenta un PASI>8. El dermatólogo decide comenzar con tratamiento sistémico ya que el tratamiento tópico ha resultado ineficaz. La paciente acepta y comienza con una dosis de metotrexato de 5 mg por la mañana y 5 mg por la noche una vez a la semana, junto con la toma también de una vez a la semana de ácido fólico 5 mg. Finalmente, la dosis se aumenta hasta 12,5 mg de metotrexato una vez a la semana, ya que con esta pauta parece presentar un buen control de la enfermedad con una práctica respuesta PASI 100.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

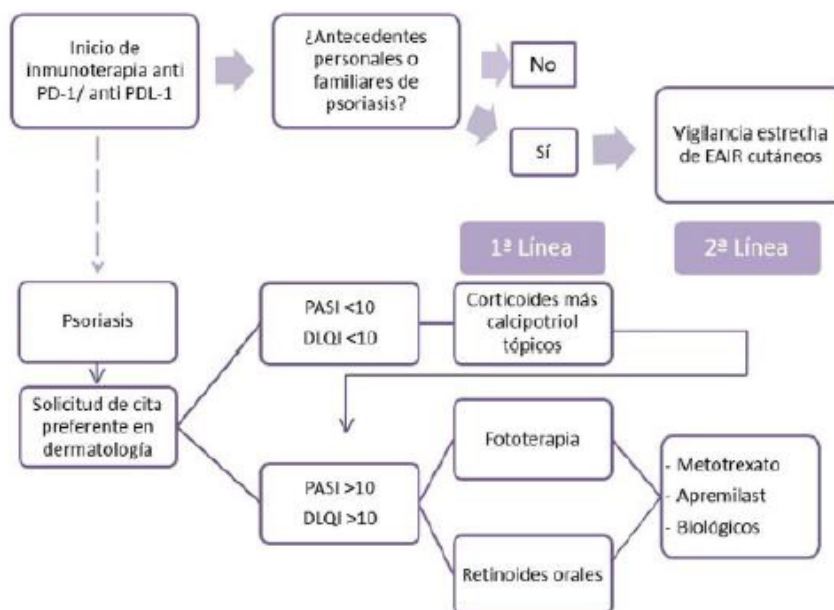
La psoriasis es un efecto adverso poco frecuente asociado al uso de ICI. Aunque su aparición tras el tratamiento con pembrolizumab no se comprende del todo, se ha sugerido un posible mecanismo subyacente. El receptor PD-1, presente en células como las T y dendríticas, desempeña un papel clave en la regulación de la respuesta inmune al inhibir la activación de las células T. Sin embargo, al bloquear esta vía, se puede generar un aumento en la actividad de las células Th17 que, junto con las Th1, promueven la producción de citocinas proinflamatorias. Este proceso contribuye a la inflamación crónica y la proliferación de queratinocitos, favoreciendo así la aparición o el empeoramiento de la psoriasis. (4,5)

En una carta científico clínica publicada en la revista ACTAS Dermo-Sifiliográficas en 2022, informan que hasta esa fecha se habían registrado en la literatura hasta 43 casos de psoriasis inducida o exacerbada por anti-PD1 y anti-PD-L1. Siendo la edad media de 65.7 años y el sexo predominante el masculino. 11 de los 43 pacientes no tenían antecedentes personales de psoriasis (25,6%) y 14 de los 43 presentaron una exacerbación de su psoriasis previa con los ICI (32,6%).(6)

De estos 43 pacientes un 46,5% se controló únicamente con tratamiento tópico. Las terapias sistémicas más empleadas fueron los retinoides orales (20,9%), la fototerapia y los corticoides sistémicos (11,6%, en ambos casos). Dos pacientes recibieron metotrexato y, además, dos casos aislados recibieron apremilast y secukinumab. Se suspendió temporalmente la inmunoterapia en un 14% de los casos y de forma definitiva en un 11,6%. (6)

En cuanto al tratamiento a seguir, se encontró un algoritmo elaborado por dermatólogos y oncólogos de Valencia publicado en un artículo en ACTAS Dermo-Sifiliográficas, 2022, al que se ha referido anteriormente (Figura1).(6)

Figura1. Propuesta de algoritmo de manejo de psoriasis inducida o exacerbada por ICI.



La guía europea de psoriasis de 2024 recomienda en primera instancia tratamiento tópico, fototerapia (excepto en pacientes con alto riesgo de neoplasias cutáneas) y acitretina. En caso de no ser eficaz sugieren utilizar metotrexato excepto para pacientes con cáncer de piel no melanoma.(7)

Decir que en estos pacientes con enfermedades inmunomediadas se pueden beneficiar de inmunoterapia, como en el caso de nuestra paciente, pero se necesita un control estrecho, ya que es posible la aparición de brotes inmunorelacionados. Es necesario una buena comunicación entre los distintos profesionales de la salud como oncólogos, dermatólogos (en este caso) y farmacéuticos.

El papel del farmacéutico junto con el de otros profesionales de la salud como oncólogos, radiólogos, etc en los comités de tumores es fundamental para la aprobación de los medicamentos en oncología, sobre todo de aquellos de gran impacto y que pueden tener efectos adversos relacionados según las comorbilidades de los pacientes. Ya que se analizan caso por caso, buscando bibliografía y las posibles mejores alternativas de los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIMA :: FICHA TECNICA KEYTRUDA 50 MG POLVO PARA CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION [Internet]. [citado 30 de enero de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1151024001/FT_1151024001.html
2. Pardoll DM. The blockade of immune checkpoints in cancer immunotherapy. Nat Rev Cancer. 22 de marzo de 2012;12(4):252-64.
3. Haanen J, Obeid M, Spain L, Carbone F, Wang Y, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 1 de diciembre de 2022;33(12):1217-38.
4. Sibaud V. Dermatologic Reactions to Immune Checkpoint Inhibitors: Skin Toxicities and Immunotherapy. Am J Clin Dermatol. junio de 2018;19(3):345-61.
5. Scarfi F, Lacava R, Patrizi A, Tartari F, Ravaoli GM, Veronesi G, et al. Follicular psoriasis induced by pembrolizumab in a patient with advanced non-small-cell lung cancer. Int J Dermatol. agosto de 2019;58(8):e151-2.
6. Sánchez-Martínez E, Sáez-Belló M, Ochendusko S, Mateu-Puchades A. Psoriasis y anti-PD1/anti-PDL1: presentación de tres casos, revisión de la literatura y propuesta de algoritmo de manejo. Actas Dermo-Sifiliográficas. abril de 2022;113(4):427-31.
7. Nast A, Spuls P, Dressler C, Bata-Csörgő Z, Bogdanov I, Boonen H, et al. EUROGUIDERM GUIDELINE FOR THE SYSTEMIC TREATMENT OF PSORIASIS VULGARIS. Treat PSORIASIS.

10. TOCILIZUMAB EN LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: ANÁLISIS DE UN CASO

GRAGERA GÓMEZ M; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; ZAMBRANO CROCHE MD; NAVARRO RUIZ Á; TORRES ZARAGOZA L; SUÁREZ MORILLAS MA; MARTÍNEZ ORTEGA L

PALABRAS CLAVE

Still, Tocilizumab, Hemofagocítico.



INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad autoinflamatoria poligénica cuya etiología aún no está completamente elucidada. Clínicamente, se caracteriza por una tríada de síntomas: fiebre elevada, erupción cutánea evanescente y artritis, aunque la enfermedad puede manifestarse de formas diferentes. La fiebre suele ser alta y episódica, y la erupción tiende a ser transitoria y de tipo maculopapulosa. Aunque en la mayoría de los casos la enfermedad tiene un curso benigno, no está exenta de complicaciones graves que pueden comprometer la vida del paciente, tales como síndrome hemofagocítico y fallo multiorgánico.

A pesar de los avances en el tratamiento, existen grandes desafíos en la gestión de la ESA, ya que muchos pacientes no responden adecuadamente a los tratamientos convencionales. Tocilizumab, un inhibidor de la interleucina-6 (IL-6), ha demostrado ser eficaz en el manejo de la ESA, no solo en la inducción de remisión clínica, sino también en la reducción del uso de corticosteroides, lo que puede ayudar a minimizar sus efectos secundarios.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un hombre de 49 años que fue hospitalizado por un cuadro de odinofagia persistente durante 11 días. En los dos días posteriores al inicio de los síntomas, desarrolló fiebre de hasta 40°C termometrada en domicilio, que no respondió a antipiréticos convencionales. Además, presentó una erupción urticariforme en tronco y extremidades. El paciente también reportó artralgiyas en varias articulaciones (tobillo, hombro, codo y muñeca), respetando las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas.

En la analítica solicitada desde urgencias cabe destacar hiperferritinemia significativa (33789 ng/ml), leucocitosis y neutrofilia. Estos resultados, junto con los síntomas clínicos, sugirieron el diagnóstico de ESA.

Tras estos parámetros se decidió ingreso hospitalario para tratamiento y estudio. Se inició tratamiento con corticosteroides a dosis de 1 mg/kg/día, sin embargo, el paciente continuó presentando fiebre elevada, y la erupción cutánea morbiliforme no mejoró. En la analítica de control, se produjo un deterioro progresivo de la función renal, junto con acidosis metabólica secundaria, alteración de la función hepática y de la coagulación, además de una elevación de los reactantes de fase aguda (RFA).

Tras este fracaso a corticoides se decidió administrar una dosis de tocilizumab intravenoso a 8 mg/kg, ya que se descartaron infecciones u otras causas alternativas. En el transcurso de dos días tras la dosis de tocilizumab, el paciente presentó pancitopenia, disminución de fibrinógeno, y aumento progresivo de lactato deshidrogenasa y de ferritina, cumpliendo los criterios para el diagnóstico de síndrome hemofagocítico. Tras este hallazgo, el servicio de hematología inició tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas.

El paciente presentó mejoría clínica y analítica progresiva, manteniendo glucocorticoides a 2 mg/kg/día, sin dolor, fiebre, lesiones cutáneas ni otros síntomas. Se inició una reducción lenta del tratamiento corticoide, sin embargo, se produjo un aumento de los RFAs y de la ferritina, por lo que se inició tratamiento con ciclosporina A (CsA) a dosis de 3 mg/kg como uso compasivo.

Finalmente, el paciente fue dado de alta tras evolución favorable reduciendo las dosis de CsA a 100 mg cada 12 horas por vía oral e instaurando tratamiento con tocilizumab 8 mg/kg IV cada 4 semanas. En la actualidad está en tratamiento con tocilizumab 162 mg vía subcutánea cada 7 días, junto con metotrexato 5 mg semanal y se encuentra en seguimiento por el servicio de reumatología.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El tratamiento de la ESA sigue siendo un desafío debido a su variabilidad clínica y la falta de guías estandarizadas. Tocilizumab ha surgido como una alternativa eficaz en casos refractarios a corticosteroides, permitiendo la remisión clínica y la reducción de la toxicidad asociada a estos fármacos. En este caso, el uso de tocilizumab en combinación con ciclosporina permitió un control adecuado de la enfermedad y la prevención de recaídas. Existen pocos estudios controlados que evalúen el uso de inhibidores de IL-6 en la ESA, por lo que es necesario seguir investigando para definir su papel dentro del esquema terapéutico óptimo, así como su seguridad a largo plazo.

Desde el punto de vista farmacéutico, la monitorización del tratamiento con tocilizumab y ciclosporina es fundamental para garantizar su eficacia y minimizar los efectos adversos. Se debe prestar especial atención a la aparición de infecciones oportunistas, alteraciones hematológicas y disfunción hepática, además de realizar un seguimiento de los niveles de ferritina y otros marcadores inflamatorios.

Asimismo, la participación del farmacéutico clínico en la optimización del tratamiento y la educación del paciente es clave para mejorar la adherencia y los resultados terapéuticos. En este caso, una adecuada intervención farmacéutica permitió ajustar las dosis y minimizar los riesgos, asegurando una mejor calidad de vida para el paciente.

12. A PROPÓSITO DE UN CASO: MYCOBACTERIUM AVIUM MULTIRRESISTENTE EN PACIENTE VIH

POSITIVO

SUÁREZ MORILLAS MA; GRAGERA GÓMEZ M; ZAMBRANO CROCHE MD; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; TORRES ZARAGOZA L; NAVARRO RUIZ Á; MARTÍNEZ ORTEGA L



PALABRAS CLAVE

VIH, MAC, Multirresistente.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad diseminada por *M. avium* complex es una de las infecciones oportunistas más comunes en los pacientes con infección por VIH, siendo una de las enfermedades definitorias de SIDA. Se presenta casi siempre cuando la enfermedad está muy avanzada y la inmunodepresión es muy severa (linfocitos CD4 < 50/μl, ausencia de tratamiento antirretrovírico, etc.) (1).

Clínicamente puede aparecer como una combinación de fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos, diarrea, dolor abdominal, síntomas respiratorios, mielosupresión y colestasis disociada (1).

Los principales aspectos analíticos asociados con la enfermedad MAC diseminada incluyen anemia y niveles elevados de fosfatasa alcalina hepática (3). La hepatomegalia, la esplenomegalia o la linfadenopatía son también característicos de esta enfermedad (3).

La incidencia en los pacientes inmunodeprimidos occidentales es mayor que la de los países subdesarrollados, no se ha vinculado de manera consistente ninguna exposición ambiental o conducta en particular con un mayor riesgo posterior de desarrollar la enfermedad por MAC (3). Se cree que el modo de infección por MAC es a través de la inhalación o ingestión repetida de bacterias a través del tracto respiratorio o gastrointestinal, probablemente a partir de la exposición ambiental ya que son bacterias ubicuas (3).

El tratamiento de la infección por MAC diseminada se realiza siempre con varios agentes antimicrobianos. En el momento del diagnóstico de MAC se debe instaurar un tratamiento formado como mínimo por tres antibióticos, en el que debe haber un macrólido, normalmente claritromicina, pero en los casos en los que haya intolerancia digestiva o interacciones farmacológicas relevantes se puede cambiar por azitromicina (3).

Los otros dos fármacos son etambutol y una rifazimina (rifampicina o rifabutina), ninguno de los dos ha demostrado mayor eficacia clínica que el otro, no obstante, en aquellos pacientes que reciban tratamiento antirretroviral se prefiere la utilización de rifabutina por un menor perfil de interacciones farmacológicas. El tratamiento debe instaurarse durante mínimo 12 meses. Si ocurre fracaso terapéutico tras los doce meses de tratamiento se instaurará un nuevo tratamiento formado por 4 fármacos dos de ellos han de ser nuevos (3), normalmente se asocia un aminoglucósido parenteral durante un mes y una quinolona ya sea levofloxacino o moxifloxacino. Si tras doce meses de tratamiento no hay mejoría clínica se pueden usar otros fármacos como son linezolid, bedaquilina, omadaciclina, clofazimina, este último no ha demostrado un beneficio clínico sustancial en MAC de ahí que en España no esté comercializado. En un metaanálisis publicado en 2021 se comparó aquellas terapias basadas en clofazimina contra aquellas que no lo incluyen observándose que existía una mayor tasa de respuesta en el grupo de pacientes que fueron tratados sin clofazimina (2).

La duración del tratamiento oscila entre 12-18 meses pudiendo ser menor siempre y cuando los niveles de CD4 del paciente estén por encima de 100 durante 6 meses consecutivos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un hombre de 48 años con antecedentes de infección por VIH desde 2005, en tratamiento con diferentes pautas de antirretrovirales desde 2008, debido a resistencias fenotípicas a nevirapina (NPV) y rilpivirina (RPV). En tratamiento actual con Dovato (dolutegravir lamivudina).

Dicho paciente presenta episodios en los que por decisión propia deja de tomarse la medicación para el VIH, estando documentados dos periodos que transcurren desde 2005-2008 y 2012-2015, hecho que explica los niveles tan bajos de linfocitos CD4 del paciente y las resistencias a antirretrovirales.

En abril de 2022 es diagnosticado en otro hospital de NAC siendo ingresado y tras la toma de muestras microbiológicas detectado CMV, *P. jirovecii* y *Mycobacterium avium* (presente en esputo y sangre) por lo que presentaba infección diseminada por MAC.

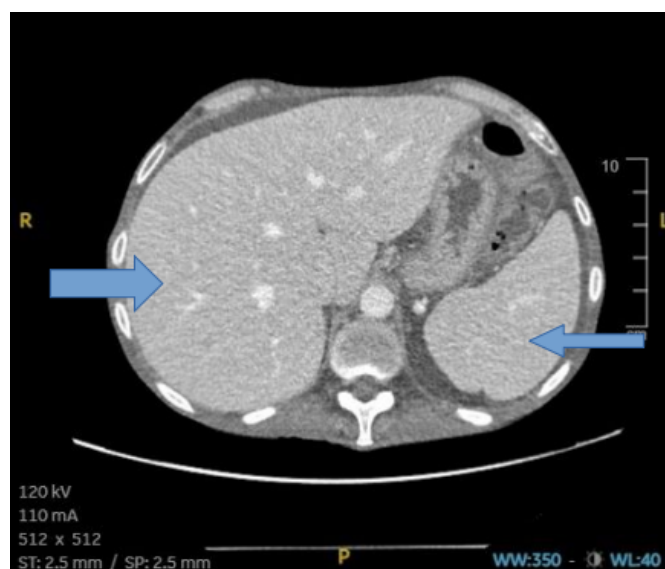
Se inicia triple terapia (claritromicina+etambutol+rifampicina) para el tratamiento de la infección diseminada durante un año además de cotrimoxazol y ganciclovir para el tratamiento de *P. jirovecii* y CMV respectivamente. Tras un año de tratamiento no se contiene la enfermedad por lo que inician cuádruple terapia formada por rifampicina+etambutol+amikacina+moxifloxacino, durante otros 12 meses, no consiguiendo eliminar la bacteria por lo que el paciente elige suspender la medicación por falta de efectividad y poca tolerancia sobre todo a la amikacina.

Es aquí cuando en noviembre de 2024 ingresa en nuestro hospital con clínica de diarrea de 5 días de evolución, en un estado caquéctico (IMC 16) y con astenia generalizada y RFA elevados. La carga Viral del VIH era indetectable pero su cociente CD4/CD8 era muy bajo, así como el número total de linfocitos CD4. Se realizaron pruebas complementarias como TAC abdominal, colonoscopia y toma de biopsia de colon. En el TAC abdominal se detecta hepatoesplenomegalia y linfadenopatías generalizadas compatible con un proceso infeccioso causado por *Mycobacterium avium*.

Figura 1: TAC abdominal donde se observan linfadenopatías.



Figura 2: TAC abdominal donde se observa la hepatoesplenomegalia.



Se detecta *Mycobacterium avium* en heces y en la biopsia de colon, tratándose de una cepa multirresistente cuya sensibilidad se muestra en el siguiente antibiograma:

Mycobacterium avium			
	Estado	CMI	Comentario
AMIKACINA	Sensible	La CIM para la ...	
CLARITROMICINA	Sensible		
LINEZOLID	Resistente		
MOXIFLOXACINA	Resistente		

Por lo que tras estos resultados se instaura primero durante un mes tratamiento con amikacina+rifabutina+etambutol+azitromicina, eliminando tras un mes la amikacina proponiéndose como tratamiento rifabutina+bedaquilina+clofazimina+etambutol, se dio de alta al paciente y se mantuvo su seguimiento por parte de las consultas de enfermedades infecciosas y por parte de pacientes externos de farmacia desde el día 25 de enero de 2025

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

En un primer momento se propuso el cambio de rifampicina por rifabutina debido a un menor perfil de interacciones de este con la medicación que el paciente toma para el VIH (dovato: dolutegravir y lamivudina) siendo la propuesta aceptada por el médico de enfermedades infecciosas.

En segundo lugar, se realizó la monitorización farmacocinética de la amikacina que se encontraba ajustada al peso ideal, con el fin de conseguir la mayor eficacia clínica sin que aparezcan reacciones adversas ya que el paciente presenta muy poca tolerancia a la amikacina. Al estar en administración única diaria los niveles valle debían de ser menores a 8 mcg/ml, siendo en este caso el nivel valle menor a 1 mcg/ml.

En tercer lugar tras terminar la administración de amikacina el medico propuso añadir al tratamiento bedaquilina y clofazimina siendo la clofazimina un medicamento extranjero en que se tuvo que hacer la gestión oportuna por la página de MSE para conseguirlo, mientras que la bedaquilina se trataba de un uso off-label ya que solo está aprobada su financiación en casos de tuberculosis pulmonar multirresistente por lo que en este caso a no ser el foco de la infección de origen pulmonar tuvo que ser aprobado por dirección médica. Tras aprobar su uso se empezó a dispensar junto con la clofazimina por pacientes externos. Durante estas visitas a la farmacia del hospital, se realizó un seguimiento del paciente insistiendo en la necesidad de tomar el tratamiento ya que el paciente tiene un largo historial de falta de adherencia tanto a la medicación antirretroviral como a la antituberculosa. A fecha de edición de este caso el paciente ha seguido recogiendo la medicación y acudiendo a la consulta de patologías infecciosas observándose clara mejoría en su estado no obstante todavía es pronto para determinar si el tratamiento será capaz de erradicar completamente la bacteria.

BIBLIOGRAFÍA

1. de Microbiología MS y. MGS. COMPLEJO Mycobacterium avium: ASPECTOS MICROBIOLÓGICOS [Internet]. Seimc.org. [citado el 18 de febrero de 2025].
2. Disseminated Mycobacterium avium Complex: Adult and Adolescent OIs [Internet]. Hiv.gov. [citado el 18 de febrero de 2025].
3. Micobacterias de Lento Crecimiento [Internet]. Guiaprioam.com. [citado el 18 de febrero de 2025].
4. Diel R, Nienhaus A, Ringshausen FC, Richter E, Welte T, Rabe KF, et al. Microbiologic outcome of interventions against Mycobacterium avium complex pulmonary disease. Chest [Internet]. 2018;153(4):888–921.
5. Ministerio de Sanidad - Profesionales de la Salud - Buscador situación financiación medicamentos [Internet]. Gob.es. [citado el 21 de febrero de 2025].

17. BEVACIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE ANGIODISPLASIA GASTROINTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

MARTÍNEZ ORTEGA L; GRAGERA GÓMEZ M; VELÁZQUEZ VÁZQUEZ H; ZAMBRANO CROCHE MD; NAVARRO RUIZ Á; TORRES ZARAGOZA L; SUÁREZ MORILLAS MA

PALABRAS CLAVE

Bevacizumab, Angiodisplasia gastrointestinal, Off-label.

INTRODUCCIÓN

La angiodisplasia gastrointestinal (AGI) es una anomalía vascular del tracto digestivo y una causa frecuente de sangrado. Se define como una “lesión claramente delimitada, de color rojo brillante, plana, que consiste en dilataciones capilares tortuosas y agrupadas” rodeadas de mucosa normal. Morfológicamente, las lesiones angiodisplásicas se caracterizan por nidos ectásicos de venas, vénulas y capilares tortuosos. Los canales vasculares a menudo están separados de la luz intestinal solo por la delgada pared del vaso y una capa de células epiteliales atenuadas, lo que hace que los vasos sean vulnerables a la ruptura incluso con daños menores. La distensión y contracción normal del intestino pueden ocasionalmente obstruir las venas submucosas que penetran a través de la muscularis propia, lo que provoca una dilatación focal y tortuosidad de los vasos submucosos y mucosos suprayacentes. En las angiodisplasias de mayor tamaño se pueden observar arterias agrandadas que pueden estar asociadas a fistulas arteriovenosas, lo que explica por qué el sangrado puede ser muy intenso en algunos pacientes. Las lesiones de AGI suelen ser múltiples y pueden localizarse en todos los segmentos del tracto digestivo, típicamente el yeyuno proximal y el colon ascendente.

La patogénesis de la angiodisplasia sigue sin poder explicarse de una forma clara, sin embargo, se ha atribuido a factores mecánicos y congénitos, a pesar de que los mecanismos involucrados en el desarrollo de la lesión no se comprenden por completo, su prevalencia es mayor en poblaciones de edad avanzada, con enfermedad renal terminal, enfermedad de Von Willebrand y estenosis aórtica. Esta afección representa el 20% de los episodios graves de sangrado intestinal en poblaciones de edad avanzada. La presentación puede variar desde hemorragias crónicas e intermitentes hasta hemorragias agudas y masivas.

Esta afección supone un impacto muy significativo a la calidad de vida del paciente, debido a las importantes pérdidas de sangre lo que llevan a estar en un estado de anemia sintomática constante, llegando a la necesidad de realizarle transfusiones de concentrados de hematíes y de hierro parenteral de forma muy frecuente. El manejo integral de esta enfermedad requiere una combinación de enfoques farmacológicos y no farmacológicos, así como un seguimiento continuo para evitar los continuos ingresos hospitalarios por las complicaciones que podrían surgir. A continuación, se presenta un caso de angiodisplasia, refractario

a tratamiento según los esquemas terapéuticos disponibles, sin resolución absoluta en ninguna ocasión desde el diagnóstico de la enfermedad; y la propuesta de administración de bevacizumab como alternativa off-label.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

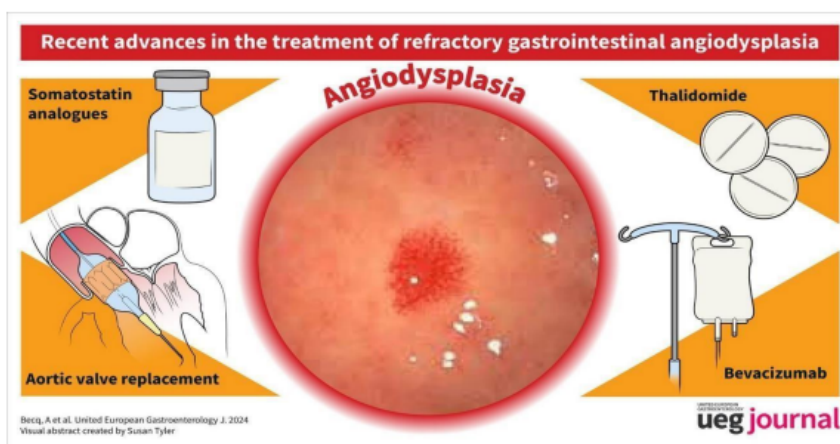
Paciente mujer de 65 años con angiodisplasias gástricas e intestinales con episodios de anemia que han precisado de transfusiones (desde el año 2012 ha recibido un total de 215 concentrados de hemáties por anemia secundaria al sangrado digestivo). Como comorbilidades presenta: Cardiopatía isquémica que además desarrolla cuadros de angor hemodinámico con la anemia, hipertensión y dislipemia. Desde la entrada de la paciente en el servicio de Medicina interna se han ensayado diferentes tratamientos:

- Tratamientos endoscópicos:
 - Se han empleado métodos térmicos (termocoagulación, coagulación con argónplasma) y métodos mecánicos (clips y bandas). Se han realizado numerosas veces, llevando solamente a una mejoría por periodos de tiempo muy breves y sin poder evitar las transfusiones de concentrados de hemáties. Por lo que finalmente se desechan por los riesgos que conllevan para la paciente.
- Tratamientos farmacológicos:
 - Octreótide 10mg cada 4 semanas. Durante un tiempo controló parcialmente el sangrado, sin embargo, fue poco a poco perdiendo eficacia hasta resultar completamente ineficaz.
 - Lanreótide 90mg cada 4 semanas. Ocurrió lo mismo que con el anterior análogo de la somatostatina controló parcialmente el sangrado, al comenzar a disminuir su efecto se subió la dosis a 120mg cada 4 semanas, pero finalmente fracaso.
 - Talidomida 100mg diarios que inicialmente parecía funcionar ya que se disminuyeron los requerimientos transfusionales y los ingresos hospitalarios, pero finalmente dejó de ser eficaz.

A principios del año 2024 desarrolla una fístula arteriovenosa a nivel pulmonar que le provoca un hemotórax y requiriendo tratamiento por parte de cirugía Torácica. Durante los 6 primeros meses del año 2024 necesitó 20 transfusiones de concentrados de hemáties por lo que se decide administrar bevacizumab off-label a dosis de 5mg/kg (dosis total de 380mg) cada 15 días. Ante esta intervención se reevalúa la paciente tras la infusión de la sexta dosis, viéndose una muy buena evolución ya que no ha necesitado ninguna transfusión en ese periodo de tiempo, por lo que amplía el intervalo de administración a cada 4 semanas. Se continuará su evolución por si se pudiera considerar un incremento del intervalo de la administración, debido a la eficacia que se va viendo con el tratamiento.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Graphical Abstract.



Cuando se presenta el caso en el servicio de Farmacia Hospitalaria, se informa de la necesidad de tramitar una solicitud de uso off-label, dado que no existe indicación recogida en ficha técnica para el empleo de bevacizumab en el tratamiento de Angiodisplasias gastrointestinales. Se estudian diversos artículos con avances en el tratamiento de la angiodisplasia gastrointestinal refractaria que vienen recogidos en United European Gastroenterology Journal, donde nos habla de la farmacoterapia comenzando por los análogos de somatostatina donde se recoge una tabla con diferentes estudios sobre la eficacia de los análogos de somatostatina en el sangrado relacionado con la angiodisplasia y otra tabla referida a la talidomida.

TABLA 1. Eficacia de los análogos de la somatostatina en el sangrado relacionado con la angiodisplasia *

Autor (año)	Diseño	Total de pacientes	Pacientes con disminución de la transfusión sanguínea	TIR (IC del 95%)
Benamouzig y otros 2018 ¹¹	RCT	8	8	0,87 (0,26–2,93)
Frago y col. 2018 ¹²	CS	23	21	0,35 (0,09–0,40)
Chetcuti y otros, 2017 ¹³	CS	8	8	0,54 (0,23–1,29)
Holleran y otros, 2016 ¹⁴	CS	22	20	0,28 (0,14–0,59)
Klimova y otros, 2015 ¹⁵	CS	15	12	0,12 (0,02–0,65)
Nardone y otros, 2014 ¹⁶	CS	60	57	0,18 (0,11–0,28)
Salgueiro y col. 2014 ¹⁷	CS	13	11	0,30 (0,15–0,57)
Bon y otros, 2012 ¹⁸	CS	15	14	0,20 (0,09–0,40)

TABLA 2. Eficacia de la talidomida en el sangrado relacionado con angiodisplasia.

Autor (año)	Diseño	Total de pacientes	Eficiencia (%)	Talidomida	Seguimiento (mes)
Chen y otros, 2023 ²⁵	Piezas	51 contra 49 contra 50	31 (68,6) frente a 25 (51) frente a 8 (16)	100 mg una vez al día frente a 50 mg una vez al día frente a placebo	12
Garrido y col. 2012 ²⁶	Piezas	12	12 (100%)	200 mg una vez al día	4
Ge y otros 2011 ²⁷	Piezas	53	20 (71,4)	100 mg una vez al día	39
Kamalaporn y otros, 2009 ²⁸	RCS	7	3 (43)	50 mg una vez al día, aumentados en 50 mg/semana hasta 200 mg	12
Dabak y otros, 2008 ²⁹	RCS	3	2 (66)	100–400 mg una vez al día	8
Bauditz y otros, 2006 ³⁰	RCS	3	3 (100)	100 mg una vez al día	34
Bauditz y otros, 2004 ³¹	RCS	6	6 (100)	300 mg una vez al día, 50–100 mg una vez al día después de 6–9 meses	33

Bevacizumab se considera como una opción alternativa de último recurso para casos de angiodisplasia gastrointestinal refractaria, como sería el caso de esta paciente donde han agotado todas las opciones terapéuticas (tanto farmacológicas como no farmacológicas). Tras la revisión de todo su historial y ver que se han intentado todas las líneas de tratamiento posibles, sin éxito se considera como último recurso el uso de bevacizumab estableciéndose como posología más adecuada 5mg/kg en intervalos de 15 días. Una vez obtenida la aprobación conveniente por la Dirección Médica del hospital se autoriza la administración inmediata del tratamiento. La efectividad del tratamiento se evaluó en función de las transfusiones de concentrados de hemáties que requería la paciente las cuales en los primeros 6 meses del 2024 fueron 20 y desde el inicio del tratamiento (05/07/24) hasta la fecha de elaboración de esta comunicación no ha necesitado ninguna transfusión, además que tras la sexta perfusión se ampliaron los intervalos de 15 a 28 días. Por lo que, aunque existe una escasa evidencia respecto al uso de bevacizumab como tratamiento de la angiodisplasia gastrointestinal, ante la evolución positiva de la paciente y la experiencia clínica de este caso, se podría confirmar la eficacia y seguridad de este procedimiento. Sin embargo, la mayor certeza de beneficio terapéutico se esperaría si se pudiera ir incrementando el intervalo de administración y las necesidades transfusionales siguieran siendo prácticamente nulas. La paciente se encuentra en seguimiento farmacoterapéutico para optimizar la terapia y mejorar su calidad de vida. En conclusión, se trata de un caso complejo Bevacizumab es anticuerpo monoclonal humanizado contra

el factor de crecimiento endotelial vascular evitando la angiogénesis, evitando así la evolución de la enfermedad. Serían por tanto necesarios más ensayos clínicos que respalden su uso en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Becq A, Sidhu R, Goltstein LCMJ, Dray X. Recent advances in the treatment of refractory gastrointestinal angiodysplasia. UEG Journal 2024;12:1128–35. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12648>.
2. CIMA :: FICHA TECNICA MVASI 25 MG/ML CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION n.d. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1171246001/FT_1171246001.html (accessed February 20, 2025).
3. UpToDate n.d. https://www.uptodate.com/contents/angiodysplasia-of-the-gastrointestinal-tract?search=angiodysplasia&source=search_result&selectedTitle=1%7E47&usage_type=default&display_rank=1#H2941168123 (accessed February 20, 2025).
4. Sami SS, Al-Araji SA, Ragunath K. Review article: gastrointestinal angiodysplasia - pathogenesis, diagnosis and management. Aliment Pharmacol Ther 2014;39:15– 34. <https://doi.org/10.1111/apt.12527>.
5. Holleran G, McNamara D. An overview of angiodysplasia: management and patient prospects. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology 2018;12:863– 72. <https://doi.org/10.1080/17474124.2018.1503532>.

34. HIPEROXALURIA PRIMARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

GARCÍA AGUILERA AM; GÓMEZ SÁNCHEZ MT; ROMERO CARREÑO E; GÁZQUEZ PÉREZ R; SÁNCHEZ VALERA M; DÍAZ LÓPEZ MG

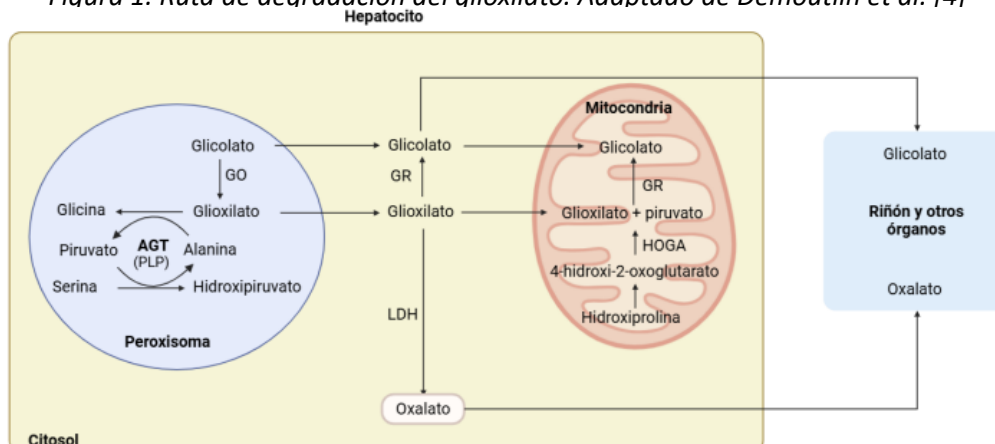
PALABRAS CLAVE

Hiperoxaluria primaria, Lumasiran, Litiasis renal.

INTRODUCCIÓN

La hiperoxaluria es un signo clínico consecuencia de la sobreproducción endógena de oxalato por parte del hígado (hiperoxaluria primaria, HOP), o bien del aumento de su absorción intestinal procedente de fuentes exógenas (hiperoxaluria secundaria). Se trata de un trastorno hereditario autosómico recesivo del metabolismo del glioxilato, que causa una sobreproducción de oxalato, producto final de su metabolismo, y es excretado principalmente por vía renal [1]. La HOP se caracteriza clínicamente por cálculos renales recurrentes de oxalato cálcico y/o nefrocalcinosis progresiva, que van provocando un declive de la función renal de forma progresiva. Cuando la tasa de filtración glomerular cae por debajo de 30-40 mL/min/1,73m², la producción hepática es superior a la capacidad de eliminación por parte del riñón, lo que hace que el oxalato se acumule en diversos tejidos a nivel sistémico, con manifestaciones clínicas dependientes del órgano afectado [2]. En humanos el oxalato no es metabolizado, por lo que cualquier cantidad de éste ácido dicarboxílico debe ser excretado principalmente por vía renal. Desde el punto de vista bioquímico existen tres tipos de HOP (HOP-1, HOP-2, HOP-3) dependiendo del defecto enzimático [3]. Así, mutaciones en el gen AGXT, que codifica para la enzima peroxisomal alanina glioxilato aminotransferasa (AGT), causan HOP-1; en el gen GRHPR, la enzima citosólica glioxilato reductasa (GR), causa HOP-2; y en el gen HOGA1, la enzima mitocondrial 4-hidroxi-2-oxoglutarato aldolasa 1 (HOGA), causa HOP-3 (Figura 1) [4]. Una mutación en cualquiera de estos genes aumenta la concentración de glioxilato en el citoplasma de los hepatocitos, el cual se transforma a oxalato, bien por la enzima peroxisomal glioxilato oxidasa (GO), o bien por la enzima citosólica lactato deshidrogenasa A (LDHA). En el caso concreto de HOP-1, hasta la fecha se han descrito más de 50 mutaciones diferentes que conducen a la ausencia o disfunción de AGT [5].

Figura 1. Ruta de degradación del glioxilato. Adaptado de Demoutlin et al. [4]



La HOP tiene una prevalencia estimada de 1-3 por millón de población y una tasa de incidencia de aproximadamente 1:100.000 nacidos vivos, aunque se han descrito tasas mayores en poblaciones históricamente aisladas, como en las Islas Canarias. Afecta aproximadamente al 1% de la población pediátrica con enfermedad renal terminal, siendo más frecuente en poblaciones donde la consanguinidad es mayor [6].

Los síntomas aparecen aproximadamente entre los 3-5 años en HOP-1. Cursan con episodios recurrentes de cálculos renales de oxalato cálcico y/o nefrocalcinosis. La expresión clínica es muy heterogénea, lo que condiciona que los pacientes manifiesten retrasos en el crecimiento, arritmias, cardiomiopatías, retinopatías, o afectación dermatológica [1].

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 6 años, que acude a urgencias por dolor abdominal recurrente y episodios de hematuria, con vómitos, afebril y sin disuria. Sin antecedentes familiares en enfermedad renal. Ingresa en nefrología pediátrica por sospecha diagnóstica de hiperoxaluria primaria con múltiples litiasis renales y enfermedad renal crónica estadio 2A1. Abdomen blando y depresible, sin aparente dolor a la palpación. Piel sin exantemas ni petequias. A su llegada, se realiza una ecografía, donde se evidencia Hidronefrosis grado II izquierda secundaria a litiasis obstructiva en uréter proximal. Hígado de tamaño, morfología y estructura normal, sin dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, y sin lesiones focales. La vesícula biliar sin engrosamiento parietal y sin litiasis.

Se solicita un estudio genético donde se detecta una variante en el gen AGXT relacionada con la HOP-1. Se detecta que el menor tiene una mutación puntual en homocigosis en un nucleótido de la secuencia de este gen, de la forma c.731 T>C. Esto se traduce en una mutación missense en la secuencia de la enzima AGT: p.Ile244Thr. Esta variante es una de las más frecuentes dentro de los pacientes con HOP-1 y se relaciona con una mayor agregación y/o degradación de la enzima y con un error en el tráfico proteico intracelular (mistargeting mitocondrial) [6,7].

Previo a la obtención de los resultados genéticos, se midieron los niveles de cistina en orina, para descartar que pudiese tratarse de cistinuria y determinándose un valor de 5,41 mg/g creatinina (VN: <30mg/g creatinina), por lo que se descartó esta condición. Durante el ingreso los valores analíticos de interés fueron los siguientes (Tabla 1):

Tabla 1. Valores analíticos de interés recogidos durante el ingreso hospitalario.

Fecha	eGFR (ml/min/1,73m ²) Fórmula Schwartz 2012	Creatinina sérica (mg/dL)	Urea sérica (mg/dL)
02/06/23	46	1,12	62
03/06/23	42,31	1,23	32
05/06/23	44,1	1	34
06/06/23	48	1,08	41
12/06/23	44,48	1,17	52

Estos datos analíticos muestran que hay un aumento de la creatinina (VN: 0,26-0,7 mg/dL) y la urea sérica (VN: 11-38 mg/dL). Además, la eGFR (filtración glomerular estimada) tiene valores por debajo de los normales durante todo el periodo (VN: eGFR > 90 ml/min/1,73m²). Otros valores que se midieron puntualmente durante el ingreso fueron la cistatina C y la β -2 microglobulina. La medida de la primera es mucho más sensible que la de la creatinina, y su valor fue de 1,35 mg/L, que está por encima del rango de valores normales en niños (VN: 0.5 – 1.0 mg/L). En el caso de la β -2 microglobulina, se obtuvo un valor de 8,32 mg/L (VN: < 0,4 mg/L), lo que manifiesta un daño en los túbulos renales proximales al impedir su reabsorción. Todos estos valores demuestran la alteración de la función renal existente en este paciente. Durante el ingreso, el tratamiento del paciente consistió en piridoxina a 6mg/kg/día y citrato potásico con una pauta inicial de 2 comprimidos cada 8 horas.

Tras el alta, y previo a las posteriores consultas con el especialista, se miden de nuevo los valores de algunos de estos parámetros y además los niveles de oxalato en orina de 24 h con el fin de ver la evolución del paciente (Tabla 2). La alta concentración de oxalato en esta muestra (VN: 13-38 mg/24h) es indicativa de la posible presencia de cálculos de oxalato. Durante el ingreso y hasta noviembre de ese mismo año el tratamiento.

Tabla 2. Valores analíticos de interés recogidos previamente a la revisión tras el alta.

Fecha	Oxaluria (mg/24h)	Creatinina sérica (mg/dL)	Urea sérica (mg/dL)	β -2 microglobulina (mg/L)
28/8/2023	141	0,75	33	13,06

Tras el análisis de los cálculos urinarios se encontró que la composición de estos era de 50% oxalato cálcico dihidratado (Weddelita) y 50% oxalato cálcico monohidratado (Whewelita). El hallazgo de estos cristales de Whewelita sugiere que se trate de HOP-1 [2], dado que los cálculos de HOP-2 o HOP-3 están formados con frecuencia por una mezcla de oxalato y fosfato cálcico.

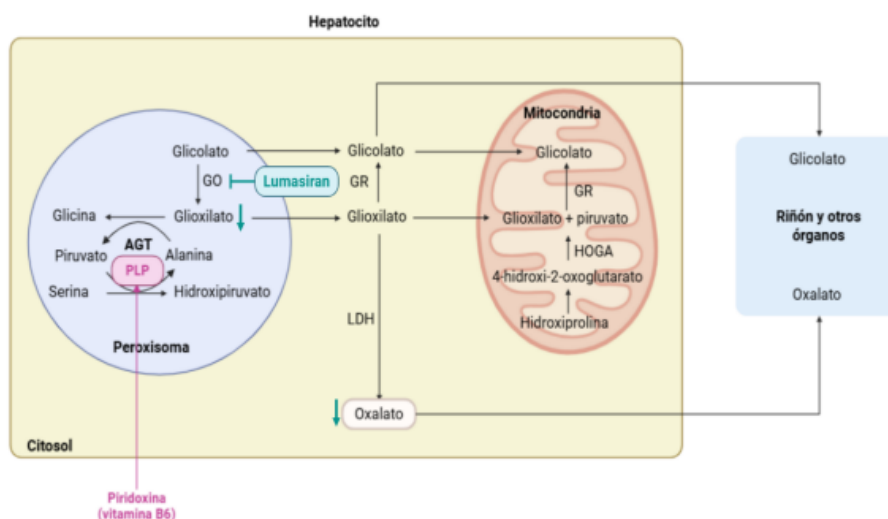
DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El manejo farmacológico de la HOP-1 en este paciente se ha basado en tres pilares terapéuticos principales:

1. Piridoxina (Vitamina B6): Induce la actividad residual de AGT en ciertos genotipos, reduciendo la producción de oxalato. La falta de respuesta tras 3 meses de tratamiento a 6mg/kg/d (sin descenso del 30% en oxaluria) llevó al aumento de la dosis a 12 mg/kg/día y al planteamiento de utilización de inhibidores específicos de la producción de oxalato.
2. Citrato Potásico: El objetivo de este tratamiento es aumentar el pH urinario unirse al calcio libre, evitando así la cristalización del oxalato cálcico[1]. A los tres meses la dosis pasó a aumentarse a 3 cada 8 horas, ajustado según los niveles de citrato urinario.
3. Lumasiran: Se planteó con la familia la posibilidad de iniciar tratamiento con este fármaco puesto que presenta una variante insensible a piridoxina, después de haber estado 3 meses sin responder al tratamiento con esta [8]. Se solicitó al servicio de Farmacia este tratamiento y mientras tanto se mantuvo la piridoxina y citrato potásico.

Lumasiran es un ácido ribonucleico pequeño de interferencia (ARNip) bicatenario, que reduce los niveles de la enzima GO al unirse al ARNm del gen hidroxilato oxidasa 1 (HAO1) en los hepatocitos. La disminución en los niveles de GO reduce la cantidad de glioxilato disponible, sustrato de la producción de oxalato. Esto se traduce en la reducción de los niveles de oxalato en orina y en plasma, lo que representa la causa subyacente de las manifestaciones de la enfermedad en pacientes con HOP-1. Dado que la enzima GO está por encima (upstream) de la AGT deficiente (Figura 2) causante de la HOP-1, el mecanismo de acción de lumasiran es independiente de la mutación del gen AGXT subyacente y soluciona el problema de la sobreacumulación del glioxilato[9].

Figura 2. Actuación del Lumasiran en la ruta de degradación del glioxilato.



El papel del farmacéutico hospitalario es clave en la optimización del tratamiento y la prevención de complicaciones. En este contexto, se han establecido las siguientes estrategias:

1. Preparación de las jeringas subcutáneas de Lumasiran: La administración de este fármaco se llevó a cabo en el hospital de día pediátrico bajo un protocolo estandarizado en el Servicio de Farmacia Hospitalaria, asegurando una dosificación precisa basada en el peso del paciente, con una fase de inducción de cuatro dosis mensuales seguidas de un mantenimiento trimestral (Tabla 3).

Tabla 3. Dosificación de Lumasiran. Obtenido a partir de Ficha técnica Oxlumo © [9].

Peso corporal	Dosis de carga	Dosis de mantenimiento
20 kg en adelante	3 dosis de 3mg/kg una vez al mes	3 mg/kg trimestralmente comenzando un mes después de última dosis de carga

La primera administración tuvo lugar en Noviembre de 2023 en el hospital de día pediátrico. Se administró una dosis de carga de 3 mg/kg una vez al mes durante 4 meses. En el servicio de Farmacia tiene lugar la preparación de jeringas precargadas de Lumasiran. Para ello, se elabora el siguiente protocolo:



- Calcular el volumen de medicamento pautado para el paciente en esta administración.
- Partiendo de viales de 94,5 mg/0,5 mL (Oxlumo[®]), precargar el volumen de medicamento especificado en el protocolo en jeringas estériles de 1mL sin ángulo muerto. Se debe tener en cuenta que el vial viene sobredosificado (contiene 0,6 mL=113,4 mg).
- Realizar inspección visual para comprobar que el contenido de la jeringa es límpido.
- Introducir en bolsa de autocierre la jeringa precargada. Proteger de la luz, y etiquetar.

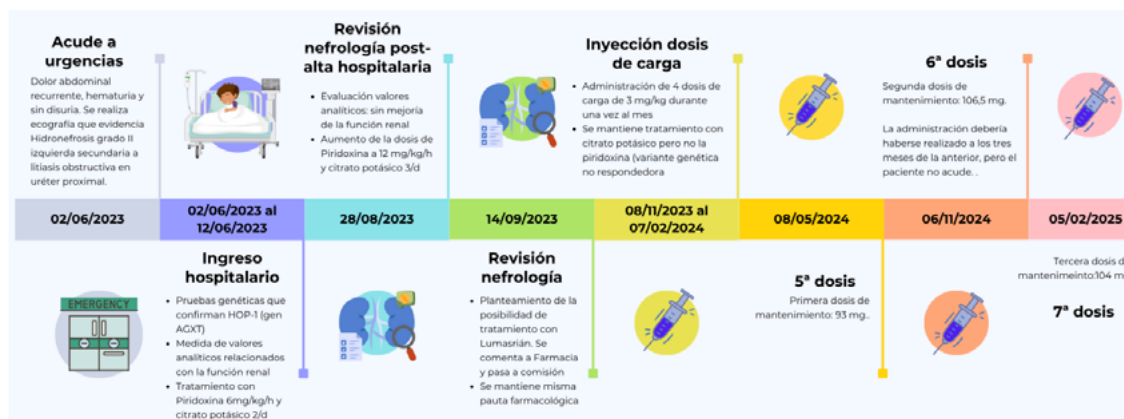
La estabilidad del producto es de un día en condiciones de 2-8°C. En el caso de la dosis de carga, y teniendo en cuenta que el peso del paciente es de 27 kg, la dosis prescrita es de 80mg/día, y el volumen a administrar es de 0,42 mL.

Tras esta dosis de carga, se evalúa la oxaluria, evidenciándose que la concentración de oxalato en orina ha descendido progresivamente, puesto que en septiembre de 2023 era de 141 mg/día, y en febrero de 2024 de 88,50 mg/día, aunque persistía la disfunción renal, evidenciada por la proteinuria (44 mg/dL) y la elevación de β -2 microglobulina (59,56 mg/L). Es por ello, que la administración posterior tiene lugar cada 3 meses a 3 mg/kg.

Tabla 4. Evolución de las dosis pautadas ajustadas por peso del paciente.

Día de administración	Número de dosis administrada	Peso (kg)	Dosis ajustada por peso (3mg/kg/día) (mg)	Volumen de administración (mL)
08/11 al 07/02/2024	Cuatro dosis de carga	27	80	0,42
08/05/2024	5ª dosis (mantenimiento)	31	93	0,49
06/11/2024	6ª dosis (mantenimiento)	35,5	106,5	0,57
05/02/2025	7ª dosis (mantenimiento)	34,6	104	0,55

Figura 3. Flujo de los eventos del paciente.



- Monitorización de la efectividad y seguridad de Lumasiran: Evaluación de oxalato urinario tras cada administración, con ajuste de dosis según evolución clínica y peso.

Tabla 5. Evolución de los parámetros analíticos de interés tras las administraciones.

Fecha	Oxaluria (mg/24h)	Creatinina sérica (mg/dL)	Urea sérica (mg/dL)	β -2 microglobulina (mg/L)
24/01/2024	88,5	0,85	37	59,56
18/07/2024	42,5	0,74	33	4,66
06/11/2024	50,1	0,76	36	9,08

3. Educación a la familia: Instrucciones sobre la importancia de la hidratación ($\geq 1,5$ -2L/día), dieta baja en oxalatos como chocolate y té. Es importante que acuda a las citas programadas de administración de Lumasiran y que siga tratamiento con citrato potásico, puesto que el tratamiento con Lumasiran eleva la cantidad de ácido glicólico, haciendo que los pacientes puedan desarrollar acidosis metabólica.

En conclusión, este caso subraya el papel fundamental del farmacéutico hospitalario en la optimización del tratamiento, desde la preparación y administración segura del fármaco hasta la educación del paciente y su familia, garantizando la adherencia y la detección precoz de posibles eventos adversos. A pesar de la mejoría bioquímica observada con Lumasiran, el riesgo de progresión a insuficiencia renal terminal sigue presente lo que justifica un seguimiento estrecho para prevenir la progresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín-Higueras C. Hiperoxaluria y oxalosis. An. Nefrol.Pediatr. 2023; 1(8): 243-250.
2. Groothoff JW, Metry E, Deezer L, Garrelfs S, Acquaviva C, Almardini R, et al. Clinical practice recommendations for primary hyperoxaluria: an expert consensus statement from ERKNet and OxalEurope. Nat Rev Nephrol. 2023; 19(3):194-211.
3. Fargue S, Acquaviva C. Primary hyperoxaluria: From genotype to clinical phenotype and therapeutic options. Clin Kidney J. 2022; 15 (1): i4-i8.
4. Demoulin N, Aydin S, Gillion V, Morelle J, Jadoul M. Pathophysiology and management of hyperoxaluria and oxalate nephropathy: a review. Am J Kidney Dis. 2021; 79(5): 717-727.
5. Orphanet Hiperoxaluria primaria. [Internet]. 2020. [Consultado el 7 de febrero de 2025] Disponible en: <https://www.orpha.net/es/disease/detail/416?name=hiperoxaluria%20primaria&mode=name>
6. Torres Rodriguez A, Lorenzo Sellares V, Salido Ruiz E. Hiperoxaluria primaria. Revista nefrología al día. 2023. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/596>
7. NIH. NM_000030.3(AGXT): C.731T>C (P.ILE244Thr) AND multiple conditions. 2022.. [Consultado el 6 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/RCV000662316.1/>
8. Mandrile G, Beck B, Acquaviva C, Rumsby G, Deesker L, Garrelfs S, et al. Genetics assessment in primary hyperoxaluria: why it matters. Pediatr Nephrol. 2023 ;38(3):625- 634.
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Oxlumo 94,5 mg/0,5 ml solución inyectable [Internet]. 2022.CIMA. [Consultado el 17 de febrero de 2025]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1201496001/FT_1201496001.html

39. MANEJO DE LA INTOXICACIÓN SEVERA POR DABIGATRÁN CON DOSIS REPETIDAS DE

IDARUCIZUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

FALCÓN CUBILLO M; LORA ESCOBAR SJ; MEJÍAS TRUEBA M; CIUDAD GUTIÉRREZ P; HERRERA HIDALGO L; GIL NAVARRO MV

PALABRAS CLAVE

Idarucizumab, Intoxicación, Coagulación

INTRODUCCIÓN

Dabigatrán, un inhibidor directo de la trombina, se elimina principalmente por vía renal (80%) y presenta una farmacocinética multicompartmental. Esto implica una distribución en varios compartimentos del organismo, incluidos los tejidos periféricos.

Por otro lado, idarucizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado diseñado específicamente para revertir la anticoagulación inducida por dabigatrán, presenta una farmacocinética monocompartmental, caracterizada por un menor volumen de distribución (Vd) y una vida media de eliminación ($t_{1/2}$) más corta en comparación con dabigatrán.

Estas diferencias farmacocinéticas tienen implicaciones clínicas relevantes; tras la administración de idarucizumab, la rápida eliminación de este fármaco puede permitir la redistribución del dabigatrán desde los compartimentos periféricos hacia el plasma, una vez que la concentración del anticuerpo ha disminuido. Aunque la posología recomendada es una dosis única de 5 g, en ciertos casos donde hay recurrencia del sangrado o el tiempo de coagulación continúa prolongado, son necesarias dosis adicionales del antídoto. Esto puede deberse al fenómeno conocido como rebote del dabigatrán, que puede provocar un incremento secundario en las concentraciones plasmáticas del fármaco, con el consiguiente riesgo de recurrencia de la anticoagulación y fracaso en la reversión del efecto anticoagulante. Este efecto rebote es particularmente relevante en pacientes con insuficiencia renal, dado que la depuración del dabigatrán está comprometida, lo que puede prolongar su presencia en el organismo y aumentar el riesgo de complicaciones hemorrágicas.

El objetivo es describir el manejo de la intoxicación severa por dabigatrán en una paciente que precisó dosis repetidas de idarucizumab.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 66 años, alérgica a metamizol, fumadora activa (índice paquete-año: 50) con antecedentes de drogodependencia, independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Presenta asma persistente mal controlada, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Respecto al tratamiento crónico domiciliario, la paciente tomaba: bilastina 20 mg/24h, montelukast 10 mg/24h, prednisona 30 mg/12h, azitromicina 500 mg/48 h, omeprazol 20 mg/24h, losartán 50 mg/hidroclorotiazida 12,5 mg/24h y atenolol 100mg/24h, así como en tratamiento biológico con tezepelumab 210 mg/mensual. En marzo de 2024 es diagnosticada de tromboembolismo pulmonar (TEP) e inicia tratamiento con enoxaparina 120 mg cada 24 horas. En abril de 2024, el tratamiento anticoagulante fue modificado a dabigatrán 150 mg cada 12 horas.

A los 20 días de iniciar el tratamiento con dabigatrán, la paciente fue trasladada al servicio de Urgencias de un hospital tras ser hallada inconsciente en su domicilio. A su valoración, la paciente presentaba trabajo respiratorio, saturación de oxígeno del 70% y bajo nivel de conciencia (Glasgow 7). Se le administró entonces metilprednisolona 80 mg, hidrocortisona 200 mg y butilescopolamina intravenosa. Sin embargo, comenzó con un cuadro de hematemesis e hipotensión, por lo que se decidió iniciar una perfusión de pantoprazol, somatostatina y noradrenalina.

Al día siguiente, fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en estado de shock hemorrágico, por diagnóstico hemorragia digestiva alta. Además, la paciente presentaba anemia, coagulopatía e hipotensión. Ante esta situación clínica, se sospechó de una intoxicación por dabigatrán, ya que, tras interrogar a la familia, se determinó que la paciente podría haber ingerido una dosis superior a la prescrita como consecuencia de una falta de comprensión de las indicaciones médicas.

Como prueba de laboratorio se solicitó una analítica con parámetros de coagulación que mostró los siguientes resultados: índice internacional normalizado (INR): 10.49 (rango normal [RN]: 2-3), hemoglobina: 7,5 g/dl (RN: 12-16 g/dL). Debido a la incapacidad de la muestra de la paciente para coagular, probablemente causada por la intoxicación por dabigatrán, no fue posible determinar el tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA). Se decidió iniciar la terapia de reemplazo renal continua (creatinina al ingreso de 3.79 mg/dL), para facilitar la eliminación de dabigatrán. Adicionalmente, se solicitó la determinación de niveles plasmáticos de anticoagulante para su monitorización clínica estrecha. Tras la obtención de los resultados antes mencionados, se inició un protocolo de transfusión masiva, que incluyó la administración de complejo protrombínico, fibrinógeno, tres concentrados de hematíes y una unidad de plasma fresco congelado. Dado que los niveles de dabigatrán fueron de 1287 ng/mL (rango normal: 30-225 ng/mL), se administró una primera dosis de idarucizumab, confirmando así la intoxicación. Posteriormente, se observó una mejoría en los parámetros de coagulación, con un INR de 2,49, un TTPA de 143,1 segundos (rango normal: 21-35 s) y una hemoglobina de 9,4 g/dL.

Al día siguiente, el INR (4.99) y el TTPA (105.6 s) seguían elevados, y la hemoglobina volvió a disminuir a 6.5 g/dL. Ante la alteración de estos valores, el servicio de Hematología recomendó administrar idarucizumab cada hora hasta lograr normalizar las cifras de TTPA. Tras la administración de dos dosis adicionales del antídoto se consiguieron normalizar los parámetros de coagulación, alcanzando valores de: INR (1,12), TTPA (47,5 s) y de hemoglobina (13 g/dl). Los niveles de dabigatrán disminuyeron a 269.9 ng/mL y, al día siguiente, a 51 ng/mL.

Tabla 1. Datos analíticos diarios.

Día	Concentración dabigatrán (ng/mL)	TTPA (s)	INR	Hemoglobina (g/dl)
0 (intoxicación)	1287	NA	10.49	7.5
1ª dosis de idarucizumab				
0	NA	143.1	2.49	9.4
1	NA	105.6	4.99	6.5
2ª y 3ª dosis de idarucizumab				
2	269.9	47.5	1.12	13
3	51	63.7	1.1	10.3
4	NA	31	1.01	9.6

Tras la normalización de los valores de coagulación y considerando el episodio de sangrado ocurrido, se decidió reintroducir la enoxaparina a dosis de 20 mg cada 24h, por los antecedentes de TEP de la paciente. En los días posteriores, las cifras del INR y el TTPA se mantuvieron en valores basales. A los 17 días del ingreso y a pesar de que la condición hemorrágica se resolvió, la paciente fue en este caso valorada por el servicio de Cirugía por un

cuadro de distensión abdominal y dolor. Finalmente, fue intervenida debido a una microperforación en colón y una peritonitis fecaloidea, presentando un shock distributivo y hemorrágico. Falleció al cabo de una semana tras varias intervenciones quirúrgicas por fracaso multiorgánico.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Al sospecharse una intoxicación por dabigatrán, desde el servicio de Farmacia se realizó una revisión exhaustiva de las posibles interacciones farmacológicas con su medicación crónica domiciliar mediante las bases de datos UpToDate® y Micromedex®. Se identificó una posible interacción entre la administración conjunta de azitromicina y dabigatrán, dado que la azitromicina es un inhibidor de la glicoproteína P, lo que podría resultar en un incremento de las concentraciones del metabolito activo de dabigatrán y, por lo tanto, en un mayor riesgo de desarrollar episodios hemorrágicos. Dicha interacción fue comunicada al médico responsable como un posible factor contribuyente al episodio hemorrágico presentado por la paciente.

Además, se revisó la literatura sobre la evidencia de emplear idarucizumab en dosis repetidas. En el ensayo clínico pivotal del fármaco, RE-VERSE AD [1], se estudió la efectividad de idarucizumab en un grupo de pacientes con hemorragia no controlada o potencialmente mortal. Los resultados del ensayo mostraron que una dosis única de 5 g de idarucizumab logró revertir en la mayoría de pacientes los efectos del dabigatrán en las primeras 4 horas tras la administración. No obstante, el TTPA de la paciente (143.1 s) fue superior al rango observado en los pacientes incluidos en el ensayo, que oscilaba entre 40 y 100 s. Por otro lado, en la revisión sistemática de Athavale et al [2], se identificaron 10 casos de pacientes que recibieron administración repetida de idarucizumab, con más de dos dosis de 5 g en algunos casos. Estos autores también indicaron que los pacientes con insuficiencia renal aguda podrían presentar una respuesta incompleta tras la administración de una dosis única de idarucizumab, tal y como se observa en nuestro caso. Por todo ello, se consensuó con el servicio de Hematología la administración de dosis adicionales de dabigatrán hasta conseguir normalizar los niveles de dabigatrán y los parámetros de coagulación alterados.

Además, desde el servicio de Farmacia se contactó con el equipo de enfermería para instruirles sobre la correcta administración de idarucizumab. Se les indicó administrar el fármaco mediante dos administraciones consecutivas de 2 viales de 2,5 g/50 ml, ya sea en inyección intravenosa rápida o en dos perfusiones consecutivas de 5 a 10 minutos. También se les indicó que la segunda perfusión podía iniciarse en un plazo máximo de 15 minutos tras finalizar la primera. Asimismo, se recomendó aclarar la vía de perfusión con una solución inyectable de cloruro de sodio al 0,9 %, tanto antes como después de la administración.

Dado el perfil de efectos adversos, las interacciones y el riesgo potencial de hemorragias asociado a dabigatrán, es fundamental realizar una monitorización clínica estrecha para garantizar la seguridad del paciente. Su perfil de seguridad sigue siendo un desafío debido al riesgo de sangrado, especialmente en pacientes con insuficiencia renal o polimedicados. Actualmente, no existen guías validadas que orienten el manejo específico de la intoxicación por dabigatrán, lo que dificulta la toma de decisiones en situaciones de emergencia. Sería útil contar con un algoritmo clínico basado en pruebas analíticas específicas como el TTPA, el INR y la hemoglobina. La determinación directa de los niveles plasmáticos de dabigatrán, aunque no siempre es accesible, proporciona información crítica para guiar las decisiones terapéuticas. Por este motivo, se requieren más estudios que realicen un análisis exhaustivo de la farmacocinética y farmacodinamia de este fármaco, explorando factores individuales como la predisposición genética, variabilidad interindividual y la influencia de comorbilidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha Técnica Praxbind (idarucizumab) 2.5g/50 mL solución inyectable y para perfusión. Recuperado el 23 de febrero de 2025, de: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1151056001/FT_1151056001.html
2. Athavale, A., Jamshidi, N., & Roberts, D. M. (2020). Incomplete responses to the recommended dose of idarucizumab: a systematic review and pharmacokinetic analysis. *Clinical Toxicology*, 58(8), 789–800.
3. Tomaselli GF, Mahaffey KW, Cuker A, Dobesh PP, Doherty JU, Eikelboom JW, Florido R, Gluckman TJ, Hucker WJ, Mehran R, Messé SR, Perino AC, Rodriguez F, Sarode R, Siegal DM, Wiggins BS. 2020 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Management of Bleeding in Patients on Oral Anticoagulants: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Aug 4;76(5):594-622.

47. CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN EL MANEJO DE LA PROCTITIS ACTÍNICA

MARTÍN MIRA MM; URDA ROMACHO J; JIMÉNEZ CARBELO N; CASTRO VIDA MA

PALABRAS CLAVE

Proctitis Actínica, Enemas de Sucralfato, Servicio de Farmacia



INTRODUCCIÓN

La proctitis actínica es una complicación crónica derivada de la radioterapia pélvica, comúnmente asociada con tratamientos oncológicos para cánceres prostáticos o ginecológicos. Esta patología se caracteriza por la inflamación de la mucosa rectal, formación de telangiectasias y sangrado rectal, los cuales impactan significativamente la calidad de vida del paciente. La proctitis actínica puede presentarse de forma aguda durante o poco después del tratamiento con radioterapia, o de manera crónica, desarrollándose meses o incluso años después de la exposición a la radiación.

En cuanto a su prevalencia, la proctitis aguda afecta entre el 8% y el 21% de los pacientes, dependiendo del tipo de radioterapia administrado. Por otro lado, la forma crónica es menos frecuente, con una incidencia estimada entre el 2% y el 20%.

Las manifestaciones clínicas incluyen dolor rectal, urgencia, diarrea y, sobre todo, rectorragia, que puede ocasionar anemia ferropénica debido a la ectasia vascular inducida por la radiación.

En la fase crónica, la lesión por radiación se caracteriza por fibrosis progresiva, atrofia epitelial y endarteritis obliterante, lo que conduce a isquemia crónica de la mucosa.

El diagnóstico se basa en la historia clínica, endoscopia y, en ocasiones, biopsias rectales para excluir otras causas. Se realizan también análisis de laboratorio, como hemogramas, pruebas de función hepática y marcadores de inflamación, además de estudios específicos para infecciones si se sospechan patologías concomitantes.

El tratamiento de la proctitis actínica es complejo, especialmente en pacientes con comorbilidades, donde se deben sopesar cuidadosamente las opciones terapéuticas para evitar efectos secundarios graves y preservar la calidad de vida.

Siendo el tratamiento conservador la primera opción terapéutica, especialmente en pacientes con condiciones frágiles. En este sentido, la intervención farmacéutica desempeña un papel fundamental al optimizar el tratamiento disponible, garantizando que el paciente reciba una atención accesible y eficaz. El caso que se presenta muestra cómo el Servicio de Farmacia Hospitalaria implementó una estrategia farmacológica adecuada, evitando así la necesidad de una intervención quirúrgica de alto riesgo, lo que favoreció la evolución clínica del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

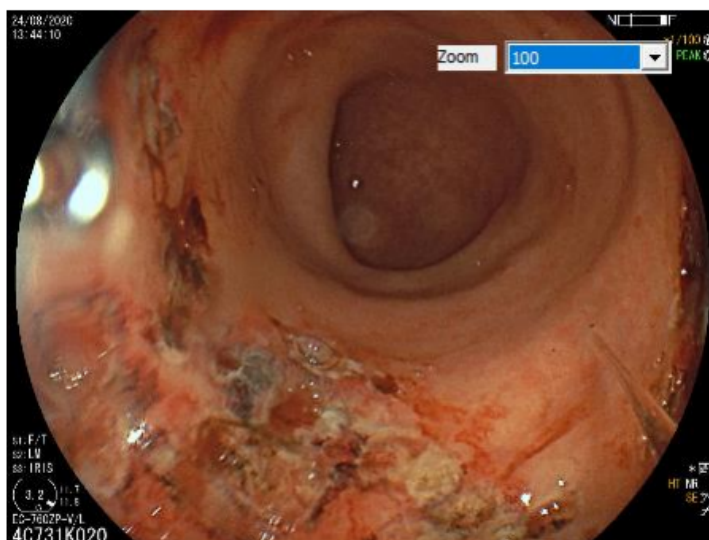
Paciente varón de 79 años, sin alergias conocidas a medicamentos, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo (tratado con radioterapia), artroplastia y prótesis de rodilla izquierda, retinopatía diabética no proliferativa e infarto agudo de miocardio anterolateral en 2007, intervenido mediante una colocación de stent en la arteria descendente anterior media y distal.

Desde octubre de 2019, el paciente comenzó a presentar episodios intermitentes de rectorragia, lo que llevó a múltiples visitas a urgencias por anemización, requiriendo transfusión sanguínea en varias ocasiones (Tabla 1). Entre octubre de 2019 y junio de 2021, acudió en seis ocasiones, con persistencia del sangrado.

Tabla 1 Niveles de hemoglobina durante las visitas a urgencias en las que el paciente requirió trasfusión.

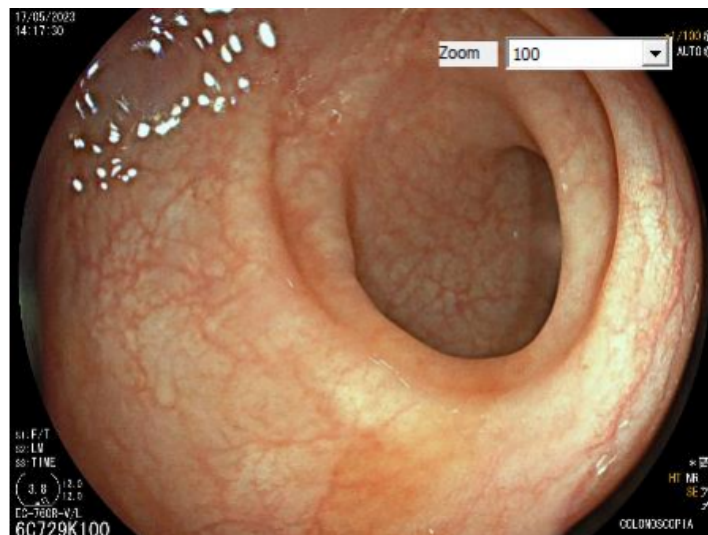
Fecha visita a urgencias	Hemoglobina (g/dL)
25/11/20	6
18/12/20	8
24/02/21	8,3
1/04/21	8,9
25/04/21	9,5
9/05/21	8,7

En junio de 2020, fue evaluado en consulta de digestivo debido a estos episodios. Se realizó una colonoscopia hasta el ciego, donde se identificaron telangiectasias múltiples con mucosa fibrótica en la región postanal (2-3 cm), lo que fue compatible con proctitis actínica probablemente secundaria a la radioterapia recibida por su adenocarcinoma de próstata. Se inició tratamiento con mesalazina en supositorios (1 g por noche) y se programó una rectosigmoidoscopia con termocoagulación con argón para el control de las lesiones.

Ilustración 1: Colonoscopia, Agosto de 2020.

En la revisión de septiembre de 2020, se constató la persistencia de la proctitis actínica. El paciente seguía presentando rectorragia distal a pesar del tratamiento con mesalazina. En la colonoscopia (Ilustración 1), se observó mucosa edematosa y eritematosa en el 50-55% de la circunferencia rectal, con tres úlceras pequeñas secundarias a la termocoagulación previa. Una de estas úlceras presentaba sangrado activo, el cual se resolvió espontáneamente. Debido al riesgo de mayor daño tisular, no se realizó una nueva sesión de termocoagulación. En enero de 2021, cirugía valoró el caso y sugirió opciones quirúrgicas debido a la persistencia de la rectorragia. Sin embargo, debido al alto riesgo quirúrgico del paciente por su edad, comorbilidades y afectación local del recto por radiación, se optó por un manejo conservador. Se intentó un tratamiento con hidrocortisona, pero debido al descontrol significativo de la glucosa, se suspendió.

En febrero de 2021, se inició tratamiento con enemas de sucralfato al 10% (20 ml dos veces al día). Desde junio de 2021, el paciente no ha requerido nuevas visitas a urgencias por episodios de anemia, lo que indica una evolución favorable con este tratamiento.

Ilustración 2: Endoscopia, Mayo de 2023.

En la endoscopia realizada en mayo de 2023 (Ilustración 2), se observó una mejoría significativa en comparación con los hallazgos previos, con una notable estabilización de la mucosa. Las telangiectasias y la mucosa edematosa mostraron signos de mejoría, lo que confirma la eficacia del tratamiento iniciado con los enemas de sucralfato. Esta mejoría se reflejó en la ausencia de rectorragia y la estabilidad clínica del paciente desde entonces.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

- Se desarrolló una fórmula magistral de enemas de sucralfato en suspensión, garantizando su estabilidad y seguridad.



- Se optimizó el envase de administración, eligiendo un sistema adecuado que permitiera una correcta aplicación rectal.
- Se diseñó un programa de educación para el paciente y se proporcionó material educativo con instrucciones detalladas para la preparación extemporánea del enema en domicilio.
- Se explicaron las condiciones adecuadas de conservación del producto para evitar degradación del principio activo y garantizar su eficacia terapéutica.
- Se estableció un control estrecho mediante consultas periódicas con el paciente para evaluar la evolución clínica y la eficacia del tratamiento.
- Se mantuvo una comunicación constante con el equipo médico para consensuar la continuidad del tratamiento y posibles modificaciones.

La intervención farmacéutica en la elaboración y enseñanza de la preparación de enemas de sucralfato resultó ser una estrategia efectiva en el manejo de la proctitis actínica refractaria. El enfoque multidisciplinar y el seguimiento estrecho permitieron optimizar la terapia, mejorar la calidad de vida del paciente y demostrar el impacto positivo del Servicio de Farmacia Hospitalaria en la individualización de tratamientos.

Este caso resalta la importancia del farmacéutico hospitalario en la resolución de barreras terapéuticas, optimizando recursos y mejorando la calidad de vida del paciente. La intervención farmacéutica permitió evitar una cirugía de alto riesgo y garantizó un tratamiento efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedman LS, Hong TS. Proctitis por radiación: manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. En: Willett CG, Robson KM, editores. UpToDate. [actualizado en enero de 2025; consultado el 21 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

56. COMPLEJIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO SECUNDARIO A AMIODARONA: A

PROPÓSITO DE UN CASO

NÚÑEZ GARCÍA M; VILLAFÁÑEZ FERNÁNDEZ A; MORALES GARCÍA A; GONZÁLEZ MARTÍNEZ M

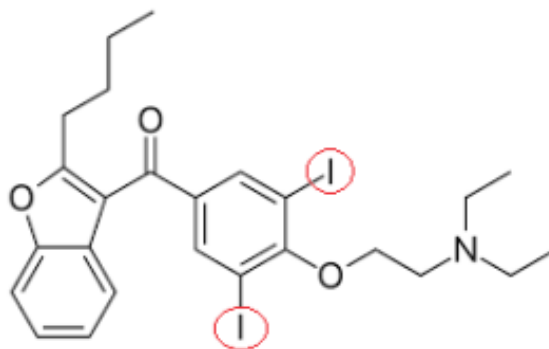
PALABRAS CLAVE

Amiodarona, Hipertiroidismo, Farmacología

INTRODUCCIÓN

La amiodarona es un fármaco antiarrítmico de clase III, un derivado benzofuránico rico en yodo, ampliamente utilizado en el tratamiento de taquiarritmias asociadas y en menor medida, de la cardiopatía isquémica.

Figura 1: estructura química de la amiodarona.



A menudo este fármaco causa cambios en las pruebas de función tiroidea, típicamente un aumento en las concentraciones séricas de T(4) y rT(3), y una disminución en las concentraciones séricas de T(3), principalmente relacionados con la inhibición de la actividad de la 5'-desyodasa, lo que resulta en una disminución en la generación de T(3) a partir de T(4) y una disminución en la eliminación de rT(3). En 14-18% de los pacientes tratados con amiodarona, hay disfunción tiroidea manifiesta, ya sea tirotoxicosis inducida por amiodarona (AIT) o hipotiroidismo inducido por amiodarona (HAI).

El hipertiroidismo, o tiroides hiperactiva, ocurre cuando la glándula tiroides produce más hormonas tiroideas de las que su cuerpo necesita.

Su diagnóstico se basa en los síntomas (nerviosismo, fatiga, debilidad muscular, temblor, latidos cardíacos irregulares o rápidos...), en análisis de sangre con la determinación de TSH, T3, T4 y anticuerpos tiroideos y con pruebas de imagen, ecografía o pruebas de absorción de yodo radioactivo, midiéndose la cantidad de yodo radioactivo que el tiroides absorbe de la sangre después de tragar una pequeña cantidad.

Las principales opciones de tratamiento son los fármacos antitiroideos como el metimazol o propiltiouracilo, el yodo radiactivo (RAI), y en casos graves o cuando el tratamiento no es efectivo, la tiroidectomía (extirpación de la glándula tiroides). Y para ayudar a controlar los síntomas, betabloqueantes (como el propranolol).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 78 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica cardiaca y fibrilación auricular paroxística CHA2DS-VASC 6 puntos anticoagulada con Rivaroxaban, reingresa en cardiología por SCASEST II tras previo ingreso prolongado en el mismo mes en medicina interna por astenia, con el diagnóstico al alta de tiroiditis por amiodarona, con la que llevaba en tratamiento desde 2022, iniciándose tratamiento con antitiroideos en dosis medias, tiamazol 5 mg cada 8 horas, fármaco que inhibe la síntesis de hormonas tiroideas actuando sobre el enzima clave (tiroperoxidasa).

Ingresa en UCI durante dos semanas, donde presenta rachas de FARVR paroxística que se controlaron con B bloqueantes y digoxina, posteriormente ingresó en planta de cardiología para completar estudio y tratamiento. Tras estabilización del cuadro cardiológico, se traslada a Endocrinología para optimización del tratamiento.

En el ingreso se objetiva un hipertiroidismo con TSI positivos con ecografía tiroidea sin bocio ni nódulos, teniendo los anticuerpos antitiroideos en la primera analítica del ingreso los siguientes valores: Ac anti peroxidasa tiroidea 15.1 UI/mL (valores normales 0.0 - 5.6), Ac anti receptor de TSH (cuantificación; UI) 5.81 UI/L (valores normales 0.00 - 1.75).

Se presenta en la siguiente tabla la evolución de los valores analíticos de TSH, triyodotironina libre y tiroxina libre del paciente durante el ingreso:

Tabla 1: Niveles de tirotropina, triyodotironina y tiroxina en sangre durante el ingreso.

Fecha	Tirotropina TSH μUI/mL (0,350 - 4,940)	Triyodotironina (libre) T3L pg/mL (1,71 - 3,71)	Tiroxina (libre) T4L ng/dL (0,70 - 1,48)
08/10/2024	<0.01**	>20.00**	>5.00**
16/10/2024	<0.01**	>20.00**	>5.00**
23/10/2024	<0.01**	11.95**	>5.00**
31/10/2024	<0.01**	10.40**	>5.00**
04/11/2024	<0.01**	8.14	>5.00**
11/11/2024	<0.01*	5,28	>5.00**
19/11/2024	<0.01*	3,17	1,99
16/12/2024	0,18	2,08	1,18

Tras dos semanas en tratamiento debido a los hallazgos ecográficos, la presencia de autoinmunidad y la respuesta a tionamidas a los 15 días de tratamiento (descenso de FT3, TSH5; FT3: 11,95) sugirió a que se tratase de tiroiditis por amiodarona tipo 1, y dado lo abigarrado del cuadro del ingreso, se optó por tratar como forma mixta, con objeto de cubrir la posibilidad de componente de tiroiditis destructiva asociada (el tiempo de exposición a amiodarona se solapa entre ambas formas: 2 años de exposición), si bien, en la tipo 2 se hubiera esperado que no hubiese habido respuesta a tionamidas (que si la tuvo en este caso), en la que se recomienda la administración conjunta de tiamazol (40 mg/día) y prednisona (30 - 40 mg/día).

Por ello, a las dos semanas de inicio de tiamazol se sube la dosis a 10 mg cada 8 horas y prednisona de 30 mg cada 24 horas.

Al observar el descenso de T3 y una mejoría clínica progresiva, pero con la imposibilidad de objetivar la bajada de T4 por superación del límite de detección, dada la evolución clínica de la paciente, fue plausible el descenso de FT4 pero no se pudo objetivar por el límite de detección de laboratorio.

Por esa razón, y debido a la vulnerabilidad cardiológica de la paciente, la escasa respuesta a antitiroideos y los niveles de hormona T4 tan fuera del margen, el 31 de octubre se añadió un ciclo de lugol (yodo saturado) que se utiliza para reducir la síntesis de hormonas tiroideas, fórmula magistral que se preparó en el servicio de farmacia hospitalaria a una concentración del 5%. La posología que se administra a la paciente es de 6 gotas cada 8 horas durante 14 días.

La fórmula magistral de lugol al 5 % preparada en farmacia estaba compuesta por yodo resublimado, potasio yoduro y agua purificada.

Para el tratamiento preoperatorio del hipertiroidismo, la dosis recomendada es de 0,1 ml a 0,3 ml (2 a 6 gotas) de solución de lugol fuerte tres veces al día, de 7 a 14 días.

Además, existía la posibilidad de intervencionismo sobre el tiroides si con las medidas ya iniciadas no se hubiese conseguido controlar la función tiroidea y, por las comorbilidades de la paciente, se intentó optimizar todas las opciones de tratamiento médico antes de optar por cirugía y/o radioyodo. Se comentó el caso con Cirugía para que conocieran a la paciente en caso de requerir tiroidectomía en su evolución.

El 6 de noviembre al no poderse apreciar aún el descenso de T4 se aumenta la dosis de prednisona a 40 mg cada 24 hs.

Figura 2: gráfico de niveles de tiroxina libre en sangre.

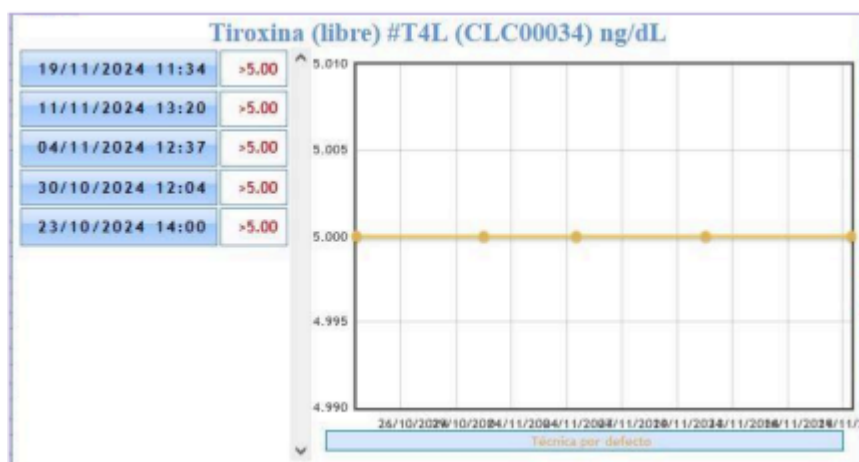


Figura 3: gráfico de niveles de triyodotironina libre en sangre.



Entre el 11 de noviembre y el 19 de noviembre se apreció un objetivable descenso de la hormona T4 hasta 1,99 ng/dL (0,70 - 1,48).

La paciente recibió el alta el 19 de noviembre y tiene actualmente seguimiento en las consultas de endocrinología del hospital. Su tratamiento actual es de tiamazol 5 mg 1 comprimido en desayuno, 1 comprimido en almuerzo y medio en cena, con niveles de hormonas de: Tirotrópica 37,650 μ UI/mL (0,350 - 4,940), Tiroxina (libre) 0,71 ng/dL (0,70 - 1,48), Triyodotironina (libre) 2,20 pg/mL (1,71 - 3,71), Ac anti tiroglobulina 0,7 UI/mL (0,0 - 4,1), Ac anti receptor de TSH (cuantificación; UI) 5,50 UI/L (0,00 - 1,75) y Ac anti peroxidasa tiroidea 2.0 UI/mL (0.0 - 5.6).

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Se realizó desde farmacia hospitalaria un estrecho seguimiento junto con endocrinología, ya que al ingreso farmacia realizó un seguimiento más cercano de la clínica y evolución del paciente, puesto que se realizó una



rotación clínica en la cual el farmacéutico, junto con el endocrinólogo visitaron al paciente cada día, asegurándose de que el tratamiento se ajustó conforme a la evolución clínica del paciente y de esta manera se pudo orientar en mayor medida sobre las diferentes opciones terapéuticas. Un ejemplo de intervención se presentó cuando se propuso iniciar y se preparó la fórmula magistral de lugol al 5% desde farmacia y se orientó sobre el tratamiento farmacológico y las dosis recomendadas. Se revisó la dosificación adecuada y se aseguró de que el tratamiento no se prolongue más de lo necesario, ya que el yodo puede tener efectos adversos, como la toxicidad o el empeoramiento del hipertiroidismo en algunos pacientes. Realizándose una monitorización continua de los niveles hormonales tiroideos durante el tratamiento.

En resumen, el farmacéutico hospitalario en este caso tiene un papel clave en la prevención, tratamiento y seguimiento del hipertiroidismo inducido por amiodarona, garantizando una utilización segura y efectiva de los fármacos, promoviendo el bienestar del paciente y minimizando riesgos asociados al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martino E, Bartalena L, Bogazzi F, Braverman LE. The effects of amiodarone on the thyroid. *Endocr Rev.* 2001 Apr;22(2):240-54. doi: 10.1210/edrv.22.2.0427.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Tirodril 5 mg [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2019 [citado 2025 Feb 17]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/24700/FT_24700.html
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fórmulas magistrales tipificadas. Formulario Nacional. Lugol fuerte [Internet]. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2003 [citado 2025 Feb 17]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/formulario-nacional/monografias/formulas-magistrales-tipificadas/fn_2003_fmt_018.pdf?x40380
4. Corrales-Hernández JJ, Sánchez-Marcos AI, Recio-Córdova JM, Iglesias-López RA, Mories-Alvárez MT. Tratamiento médico del hipertiroidismo. *Rev ORL.* 2020;11(3):105-112. doi:10.14201/orl.20957.

69. MANEJO MUTIDISCIPLINAR DE LA HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEVERO

VILLAFÁÑEZ FERNÁNDEZ A; NÚÑEZ GARCÍA M; CAMEAN CASTILLO M

PALABRAS CLAVE

Hemorragia alveolar difusa, Ciclofosfamida, Inmunosupresión.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia alveolar difusa (HAD) es un síndrome clínico caracterizado por sangrado en los alvéolos pulmonares, lo que puede provocar insuficiencia respiratoria aguda con hipoxemia severa. Se trata de una condición potencialmente mortal que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz. Las causas de la HAD pueden ser infecciosas, inflamatorias, autoinmunes, tóxicas o cardiogénicas. Entre las etiologías más frecuentes se encuentran las vasculitis sistémicas, el lupus eritematoso sistémico, infecciones pulmonares graves, coagulopatías y fármacos anticoagulantes. También se ha asociado a insuficiencia cardíaca y a hipertensión pulmonar severa.

Los síntomas más comunes incluyen disnea progresiva, tos, fiebre y hemoptisis, aunque esta última puede estar ausente hasta en un tercio de los pacientes. En la exploración clínica, es frecuente encontrar hipoxemia refractaria, crepitantes pulmonares bilaterales y signos de insuficiencia respiratoria. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en estudios complementarios como la broncoscopia con lavado broncoalveolar, la tomografía computarizada de tórax, que muestra opacidades en vidrio deslustrado bilaterales, y las pruebas serológicas y de autoinmunidad para identificar una posible causa subyacente.

El tratamiento depende de la causa. En los casos autoinmunes, se emplean corticoides a altas dosis e inmunosupresores como la ciclofosfamida o el rituximab. En hemorragias graves, puede requerirse el uso de plasmaféresis o terapia anticoagulante ajustada. El manejo de soporte incluye oxigenoterapia, ventilación mecánica no invasiva (VMNI) o intubación en casos críticos, y en algunos pacientes puede ser necesario el uso de antifibrinolíticos como el ácido tranexámico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 71 años, fumadora en fase de deshabituación tabáquica desde noviembre de 2024, con un consumo previo significativo (índice de paquetes-año >30). Sin hábito enólico. Ex-trabajadora en una fábrica de cartón y ama de casa, parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, con deambulación asistida con andador. Alérgica a betalactámicos.

Antecedentes personales de hipertensión, dislipemia, cardiopatía isquémica (infarto agudo sin elevación del segmento ST en noviembre 2006) con fibrilación auricular permanente, trombosis venosa sostenida, encefalopatía vascular y accidente cerebrovascular agudo isquémico con transformación hemorrágica en mayo de 2020, con secuelas visuales. En cuanto a los antecedentes respiratorios, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grado 3E en la escala GOLD, apnea obstructiva del sueño (AOS) e insuficiencia respiratoria crónica con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP), y oxigenoterapia continua domiciliaria (OCD) con presión positiva binivel en vía aérea (BiPAP).



La paciente recibía como tratamiento domiciliario la siguiente medicación: ramipril/bisoprolol, furosemda, espironolactona, empagliflozina, edoxabán, ranolazina, atorvastatina, roflumilast, levotiroxina y dipropionato de beclometasona/fumarato de formoterol dihidrato/glicopirronio con cámara espaciadora.

Acudió a urgencias el 30 de enero de 2025 por disnea con esputo hemoptoico de un día de evolución, en el contexto de una infección respiratoria en tratamiento con levofloxacino 500mg/12h. Había tenido un ingreso previo ese mismo mes por malestar general, sensación febril, aumento de su disnea basal (grado 3 en la escala mMRC (escala modificada del Medical Research Council)) y tos con expectoración hemoptoica.

A la exploración en urgencias, la paciente se encontraba en aceptable estado general, eupneica en reposo y con una puntuación de 15/15 en la Escala de Coma de Glasgow. Presentaba edemas pretibiales con fóvea y saturación de oxígeno (O₂) del 97% con O₂ a 3 litros por minuto (lpm) por cánulas nasales. Sin este aporte de oxígeno, se evidenció desaturación al 80%.

Los hallazgos analíticos más relevantes al ingreso fueron creatinina en suero en rango (1.03 mg/dL), hipopotasemia (3.0 mEq/L), pro-Péptido natriurético cerebral (NTproBNP) 5134.9 pg/mL, proteína C reactiva (PCR) elevada (10.8 mg/L), hipercapnia severa (pCO₂ 66.0 mmHg), hipoxemia (pO₂ 27.0 mmHg), baja saturación de O₂ (27.9%), bicarbonato elevado (42.8 mmol/L) y anemia moderada (Hb 10.1 g/dL) con hematocrito bajo (33.4%) y volumen corpuscular medio normal (87.0 fL). Linfocitos levemente bajos (19.8%) y monocitos elevados (13.5%). Tiempo de protrombina prolongado (29.7 s, INR 2.54).

Se ingresó a la paciente a cargo del Servicio de Neumología por hemoptisis a filiar, EPOC grado 3E y AOS. El resultado del estudio de virus respiratorio fue negativo y, a la espera del cultivo de esputo, se inició antibioterapia empírica con cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* por patología respiratoria e ingreso reciente, empleando Ciprofloxacino 400 miligramos (mg) cada 8 horas. Ante el elevado INR y la hemoptisis, se suspendió la anticoagulación con edoxaban y se recomendó retomarla con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profilácticas cuando cesase el sangrado.

En la radiografía de tórax se observó cardiomegalia y lesiones en ambos lóbulos superiores. El TAC (tomografía axial computarizada) de tórax mostró un aumento de adenopatía subcarinal, extensas áreas de vidrio deslustrado en ambos lóbulos superiores y áreas de condensación en lóbulo inferior derecho e izquierdo.

Durante la hospitalización, la paciente presentó deterioro respiratorio progresivo con disnea grado 3-4 mMRC con tos persistente y esputo hemoptoico, siendo necesaria ventilación mecánica no invasiva y altas concentraciones de oxígeno suplementario. Una broncoscopia flexible, en la que se hallaron restos hemáticos frescos y con coágulos en ambos bronquios principales, sugirió una clínica compatible con hemorragia alveolar difusa (HAD). Se inició entonces corticoterapia intravenosa con bolos de metilprednisolona 500 mg cada 24 horas durante 3 días. Ante la mala evolución de la paciente con crepitantes bibasales, se aumentó la dosis de corticoides a 1000 mg cada 24 horas por vía intravenosa y se administró ácido tranexámico 500 mg.

El día 6 de febrero, ante la ausencia de hemoptisis en las últimas 24h, se inició enoxaparina a dosis profilácticas. En las horas posteriores, tuvo un esputo hemoptoico y un 91% en la saturación periférica de O₂ (SpO₂) con reservorio a 15 lpm. Durante los días posteriores su evolución fue tórpida, con signos de agotamiento respiratorio e insuficiencia respiratoria con SpO₂ de hasta el 75% pese a VMNI con fracción inspirada de O₂ (FiO₂) del 100%. La PCR continuó en ascenso (73.4 mg/L). La realización de una radiografía de tórax mostró atelectasia completa del pulmón izquierdo, por lo que se realizó una broncoscopia urgente, extrayéndose un tapón mucoso sanguinolento del bronquio principal izquierdo.

Ante resultados negativos de los estudios de autoinmunidad para anticuerpos antinucleares y la situación de extrema gravedad de la paciente, se interconsultó a los Servicios de Nefrología, Medicina interna y Farmacia hospitalaria para la valoración conjunta del caso. Considerando que la función renal era normal, con sedimento con hematuria y albuminuria subnefrótica, y no siendo la paciente candidata a una biopsia renal, se propuso iniciar tratamiento inmunosupresor de forma empírica. Se plantearon como opciones ciclofosfamida vía intravenosa en dosis única 0.75mg/m², o, en caso de disfunción cardíaca grave, rituximab intravenoso a dosis de 375 mg/m². Al descartarse causa cardiogénica y, tras la evaluación multidisciplinar, se decidió la administración de una dosis única de ciclofosfamida 0,75 mg/m² vía intravenosa.

Desde la farmacia hospitalaria, se realizó una revisión del caso para validar el tratamiento inmunosupresor, ajustando la dosis en función del peso y superficie corporal de la paciente. Se llevó a cabo la preparación de la ciclofosfamida en condiciones de seguridad en la campana de flujo laminar, asegurando su estabilidad y etiquetado adecuado. Además, se monitorizó la interacción con otros tratamientos y se colaboró en la posible reintroducción de la anticoagulación, minimizando el riesgo de hemorragia recurrente.

El día posterior a la administración de ciclofosfamida, la paciente refirió mejoría de la disnea respecto a días previos y ausencia de hemoptisis. En la radiografía de tórax se observó la desaparición de la atelectasia izquierda con infiltrado pulmonar bilateral. Esa tarde, la paciente presentó un progresivo deterioro clínico, con aumento de la disnea y del trabajo respiratorio. Dado su estado de fragilidad y gravedad, se priorizaron medidas de confort. Finalmente, fue exitus durante la noche.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Este caso resalta la complejidad en el manejo de la hemorragia alveolar difusa en un paciente con EPOC severo, insuficiencia respiratoria crónica y tratamiento anticoagulante, requiriendo un abordaje multidisciplinar. La intervención



del farmacéutico hospitalario fue fundamental en la optimización de la terapia inmunosupresora, asegurando la adecuada selección y preparación del tratamiento, así como en la evaluación de interacciones y ajustes posológicos. En este tipo de casos complejos, la participación activa del farmacéutico permite una toma de decisiones informada y basada en la evidencia, tratando de optimizar los resultados clínicos y la seguridad terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collard HR, King TE Jr, Schwarz MI. Diffuse alveolar hemorrhage and rare infiltrative disorders of the lung. In: Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 6th, Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, Lazarus SC, King TE Jr, Murray JF, Nadel JA, Slutsky AS, Gotway MB (Eds), Elsevier, New York 2016. p.1207.
2. Erdogan D, Kocaman O, Oflaz H, Goren T. Alveolar hemorrhage associated with warfarin therapy: a case report and literature review. Int J Cardiovasc Imaging 2004; 20:155.
3. Stone JH, Merkel PA, Spiera R, et al. Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA-associated vasculitis. N Engl J Med 2010; 363:221.
4. Martínez-Martínez, M. U., & Abud-Mendoza, C. (2014). Hemorragia alveolar difusa en pacientes con lupus eritematoso sistémico: Manifestaciones clínicas, tratamiento y pronóstico. Reumatología Clínica, 10(4), 248-253. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2014.02.002>

78. SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LA MONITORIZACIÓN DE FENITOÍNA EN SITUACIONES DE HIPOALBUMINEMIA Y POLITERAPIA

ALAMINO ARREBOLA E; ALBA GALEOTE AB; FAUS FELIPE V

PALABRAS CLAVE

Farmacocinética, Hipoalbuminemia, Fenitoína.

INTRODUCCIÓN

La fenitoína es un fármaco antiepiléptico que presenta una cinética no lineal, saturable. Posee una biodisponibilidad del 95%, que puede reducirse por interacciones farmacológicas, nutrición enteral o alteraciones de la absorción gastrointestinal. Es un fármaco que presenta un estrecho margen terapéutico (EMT) (10- 20mg/l), por lo que la determinación de sus niveles resulta fundamental para minimizar toxicidad y maximizar eficacia terapéutica. La fenitoína presenta un grado de unión a proteínas plasmáticas (UPP) del 90%, por lo que en situaciones de hipoalbuminemia, insuficiencia hepática o uso concomitante de fármacos con elevada UPP, la fracción de fenitoína libre será mayor, con mayor riesgo de reacciones adversas graves, siendo necesario corregir la fracción libre de fenitoína.

En este trabajo se describe el caso de un paciente varón de 57 años diagnosticado de epilepsia en tratamiento domiciliario con fenitoína, carbamazepina y fenobarbital, que ingresa por sepsis, y se solicitan niveles de antiepilépticos para ajuste farmacológico, evidenciándose durante el ingreso niveles supratrapéuticos de fenitoína asociados a una hipoalbuminemia severa.

En situaciones de hipoalbuminemia, en las que partimos de un valor analítico sérico total de fenitoína y no de su fracción libre, su interpretación es compleja y requiere de un estudio farmacocinético individualizado para poder determinar dosis seguras y efectivas del fármaco. En nuestro centro, la determinación analítica de la fracción libre de fenitoína se realiza de forma rutinaria mediante una corrección de la misma de forma indirecta. Según el modelo dinámico que explica el efecto de un desplazamiento del fármaco de las proteínas plasmáticas, al aumentar la concentración libre, los niveles se compensarían con una mayor eliminación del fármaco, lo que supondría un efecto neto nulo. Sin embargo, este modelo no es aplicable a fármacos de comportamiento no lineal como la fenitoína. Además, existen interacciones cruzadas entre fenitoína, fenobarbital y carbamazepina, cuyo resultado en los niveles plasmáticos es, en conjunto, impredecible.

Así, mediante el estudio farmacocinético adaptado al paciente y el análisis transversal de la situación analítica y clínica del paciente, se consiguió optimizar la farmacoterapia del paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 57 años, 55 kg, 166 cm, en tratamiento domiciliario con fenitoína (PHT), carbamazepina (CBZ) y fenobarbital (PHB) por epilepsia, encefalopatía congénita y retraso mental. Ingresó en febrero de 2025 en nuestro hospital a cargo de medicina interna por sepsis de probable origen urinario en paciente con sondaje vesical (*Pseudomonas aeruginosa* aislada en último urocultivo). Institucionalizado en centro y dependiente para ABVD. Tratamiento domiciliario: Sinergina (Fenitoína comp) 100 mg: 1,5 -1-1, fenobarbital 100 mg/24h (0-0-1), carbamazepina 200mg (1-0,5-1). Por dificultad de deglución, se pasa a vía intravenosa fenitoína (100 mg/8h) y fenobarbital (75 mg iv cada 12h) y se procede a la suspensión temporal de carbamazepina (forma intravenosa no disponible). Se solicitan a farmacia niveles plasmáticos de antiepilépticos para su control y seguimiento farmacoterapéutico. En la residencia confirman que el paciente hace tiempo que no tiene crisis epilépticas. No existen niveles plasmáticos previos en su historial farmacoterapéutico del centro.

Parámetros analíticos al ingreso: Albúmina 2,1 g/dl; Cr=0,39 g/dl, GOT, GPT, GGT: normales; FA: 137 U/L; TG 159 mg/dl. Nivel valle de PHT = 23.6 mcg/ml; CBZ = 1.2 mcg/ml; PHB = 33.1 mcg/ml.



Tras realizar un análisis farmacocinético, se informa que: la concentración de fenitoína es superior al ámbito terapéutico. Sin embargo, en situación de hipoalbuminemia es necesario considerar la concentración “corregida” de fenitoína, para la que se utilizó la fórmula Schneider y Tozer, que se estimó en 46,4 mcg/dl (ámbito terapéutico 10-20 mcg/ml), compatible con síntomas de sobredosificación y mayor riesgo de toxicidad asociada. Se calcula que la concentración permanecerá elevada varios días hasta que se elimine. La concentración de fenobarbital se encontraba en el ámbito terapéutico. Sin embargo, por un problema en la conciliación del tratamiento el paciente estuvo recibiendo la dosis indicada en RXXI (2 comp diarios), en lugar de la que era administrada habitualmente (1 comp/24h por la noche). Los niveles se encontraban en el margen terapéutico (15-40 mcg/ml) pero se estimó que debido a la elevada vida media del fármaco, podrían ir subiendo paulatinamente hasta alcanzar el estado estacionario dentro de varios días. Se aconsejó valorar el retorno a su dosis habitual de 1 comp. antes de acostarse. La carbamazepina, tras la suspensión temporal del tratamiento, se encontraba bajo el ámbito recomendado en el tratamiento de la epilepsia en politerapia (4-8 mcg/ml). Se aconsejó mantener la dosis previa al ingreso de Tegretol 200 mg 1-0,5-1 comp, administrado por SNG. Considerar también que desde farmacia se recomendó suspender temporalmente el tratamiento con fenitoína por niveles compatibles con toxicidad, reducción de dosis de fenobarbital a 1 comp /24h en la cena, y reanudar carbamazepina a 100 mg comp 1-0,5-1 y monitorizar de nuevo nivel de fenitoína en 24 horas para evaluar la eliminación del fármaco. Tras 24 h de suspensión de fenitoína se vuelven a extraer niveles, obteniendo concentraciones valle de PHT = 23.6 mcg/ml. Desde farmacia se informa que la concentración de fenitoína sigue por encima del ámbito terapéutico y que, en situación de hipoalbuminemia se calcula nuevamente la concentración “corregida” de fenitoína, estimada en 35,7 mcg/dl (ámbito terapéutico 10-20 mcg/ml), siendo aún compatible con síntomas de sobredosificación. Se calcula que la concentración permanecerá elevada durante 48-72h. Se recomendó nuevamente mantener suspendida la fenitoína y realizar nuevo control en 72h. Finalmente se obtuvo un nivel valle de PHT = 6.6 mcg/ml (concentración “corregida” de fenitoína estimada en 14,1 mcg/dl, encontrándose dentro del ámbito terapéutico 10-20 mcg/ml). Desde farmacia se informa que se podría reintroducir tratamiento con fenitoína a su dosis habitual y se aconseja que, en caso de utilizar vía oral de forma conjunta a soporte nutricional, se evite su administración simultánea, espaciando al menos 2 horas con la fenitoína para asegurar la correcta absorción del medicamento. El paciente mostró una notable mejoría clínica después del ajuste del tratamiento sugerido, con una disminución de la desorientación y un aumento en la interacción con su entorno. A pesar de la reducción de la dosis, no se presentaron crisis epilépticas. Al momento del alta, se recomendó seguir de cerca la evolución del paciente, monitorizar de forma rigurosa la concentración de albúmina y los niveles de antiepilépticos.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El manejo adecuado de fármacos antiepilépticos de estrecho margen terapéutico en pacientes complejos representa un desafío debido a las alteraciones fisiológicas propias de la enfermedad y la polimedicación, por lo que requiere un enfoque multidisciplinario con un plan adecuado de evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

El aspecto más destacado de este caso es el papel del farmacéutico en la identificación, evaluación y solución de un posible episodio de sobredosificación, cuya interpretación resulta complicada en el contexto clínico y podría haber sido considerada dentro de los rangos terapéuticos si no se hubiera realizado un análisis farmacocinético exhaustivo. El paciente podría haber estado experimentando una sobredosificación crónica domiciliaria de forma previa a su ingreso, debido a la falta de medición de albúmina y concentraciones de fármaco anteriores, que permitiera interpretar correctamente los niveles plasmáticos. La ausencia de una comprensión adecuada de farmacocinética y/o basarse exclusivamente en las concentraciones totales del fármaco, podría haber ocasionado una sobredosificación.

Además, este hecho hace considerar la posibilidad de que pacientes que se encuentran en tratamiento con fármacos de EMT a los que no se le realiza una monitorización de niveles, puedan encontrarse en situaciones de sobre o infradosificación. Esto resalta la creciente necesidad de incorporar farmacéuticos con formación clínica y conocimientos de farmacocinética, capaces de contribuir al manejo de pacientes con tratamientos complejos.

BIBLIOGRAFÍA

1. N. Víctor Jiménez Torres, Vicente G. Casabó Alós, Vicente Sancho Chust. VI.2. Antiepilépticos: Carbamazepina, Fenitoína, Fenobarbital, Valproico. En: AFAHPE Fundación para el desarrollo 5 clínico de la Farmacia. Manual de procedimientos para farmacocinética clínica, editor. Primera edición. Valencia: AFAHPE; 1997. p VI 11-VI 25.
2. Alvarado ÁT, Pineda M, Cervantes L, Villanueva L, Morales A, Di Bernardo ML, et al. Estudio del índice nivel/dosis de la fenitoína en pacientes epilépticos voluntarios de Mérida. Rev Méd Clín Las Condes. 2020;31(2):197-203.
3. Ito M, Hatta K, Miyakawa K, Arai H. Phenytoin toxicity associated with hypoalbuminaemia and the paradoxical elevation of serum concentration. Acta Neuropsychiatrica. 2011;23(6):321-322. doi:10.1111/j.1601-5215.2011.00539.
4. García-Sánchez E, González-Castilla D, Sánchez-Álvarez JC, et al. Monitorización terapéutica de niveles séricos de antiepilépticos en pacientes adultos. SEMERGEN Medicina de Familia. 2018;44(9):634-639.



101. MANEJO TERAPÉUTICO DE LA CALCIFILAXIS NO URÉMICA CON TIOSULFATO SÓDICO E ILOPROST: A PROPÓSITO DE UN CASO

CRUZ GUZMÁN GS; CASTILLO VARGAS AI; LÓPEZ-VIÑAU LÓPEZ T

PALABRAS CLAVE

Calcifilaxis, Tiosulfato, Iloprost.

INTRODUCCIÓN

La calcifilaxis, también conocida como arteriopatía urémica calcificante (CUA), es una patología vascular grave caracterizada por la calcificación sistémica de la capa media de las arteriolas, lo que resulta en ulceración necrótica de la piel e isquemia cutánea secundaria por trombosis. Aunque es poco frecuente, presenta una elevada morbilidad debido a las complicaciones infecciosas de las lesiones cutáneas.

La enfermedad es más común en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis o con filtrado glomerular reducido debido a alteraciones en el metabolismo fosfocálcico. No obstante, también se han descrito casos en individuos con función renal normal. Existen diferentes factores de riesgo que favorecen la aparición de calcifilaxis. Entre los factores no modificables, se encuentran el tiempo prolongado en terapia sustitutiva renal, el sexo femenino—especialmente en la etapa postmenopáusica, donde el déficit de estrógenos favorece la calcificación de pequeños vasos—, la raza caucásica y la presencia de diabetes mellitus o inflamación sistémica, ambas condiciones que pueden contribuir al desarrollo de la enfermedad. Por otra parte, existen factores modificables como la obesidad, la hiperfosfatemia e hipercalcemia, que a menudo están relacionadas con el uso de captores de fósforo de base cálcica o análogos de la vitamina D. Además, el estado de hipercoagulabilidad y el tratamiento con anticoagulantes antagonistas de la vitamina K se han asociado a un mayor riesgo de calcificación vascular. Las alteraciones en la regulación del metabolismo del calcio y fósforo, como el hiperparatiroidismo o el hipoparatiroidismo, también pueden desempeñar un papel en la fisiopatología de la enfermedad.

La manifestación clínica más frecuente y debilitante es la presencia de úlceras, las cuales son extremadamente dolorosas y de difícil manejo. En la mayoría de los casos (90%), las lesiones se localizan en las extremidades inferiores, especialmente entre el tobillo y la pantorrilla. Sin embargo, también pueden aparecer en otras áreas con tejido adiposo abundante, como muslos, nalgas o mamas.

El manejo terapéutico de la calcifilaxis es complejo y requiere un enfoque multidisciplinario, orientado a detener su progresión y reducir la mortalidad. Dado que no existe un tratamiento óptimo establecido, es fundamental una estrategia integral que aborde tanto los factores desencadenantes como los síntomas asociados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidad mórbida, anemia multifactorial, hipotiroidismo y fibrilación auricular persistente. Su tratamiento habitual incluía bisoprolol, acenocumarol, losartán/hidroclorotiazida, omeprazol, fentanilo en parches, hierro sulfato, calcifediol, trazodona, metformina y semaglutida.

En marzo de 2024, la paciente fue derivada a nuestro hospital por la presencia de múltiples úlceras en ambos miembros inferiores y región glútea. Refirió el inicio del cuadro en 2022, con una exacerbación progresiva en los últimos dos meses. Previamente, había recibido curas y desbridamientos en atención primaria y por los servicios de dermatología y cirugía general. A su llegada a nuestro centro fue valorada por medicina interna con el diagnóstico de úlceras por presión sobreinfectadas por diferentes gérmenes, con importante exudado de coloración verdosa, mal olor y sangrado. Tras revisar la bibliografía disponible, se propuso el uso fuera de indicación de tiosulfato sódico IV con el siguiente protocolo de administración:

Protocolo de administración de tiosulfato sódico IV.

- Premedicación con ondansetrón 4 mg IV 15 minutos antes, en caso de náuseas.
- Administración de tiosulfato sódico al 25%: 25g de tiosulfato sódico diluidos en 100mL de SF, a pasar en 60-90 minutos.
- Control de tensión arterial antes y después de la administración. Si presencia de hipotensión sintomática, suspender y avisar a facultativo.
- Monitorización de gasometría venosa antes y después del tratamiento para controlar acidosis metabólica: si $\text{HCO}_3^- < 18$ meq, reducir dosis a la mitad (12.5g en 100mL de SF). Si $\text{HCO}_3^- < 12$ meq, suspender tiosulfato y corregir con bicarbonato 1M (avisar a facultativo).

La pauta inicial de administración fue de dos veces en semana, incrementándose posteriormente a tres veces en semana debido a la buena evolución. El aspecto de las úlceras mejoró progresivamente, con lechos menos esfacelados y formación de tejido de granulación. Ante el intenso prurito de la paciente en la zona, se incrementó la dosis de tiosulfato un día más a la semana y se administraron antihistamínicos. Un mes después del inicio del tratamiento con tiosulfato, se pautó pamidronato 30 mg cada 2 semanas por su capacidad de inhibir la calcificación vascular y su efecto antiinflamatorio, hasta completar 3 meses de tratamiento. Finalmente, la duración del tratamiento con tiosulfato fue de 4 meses y 1 semana con excelente tolerancia, sin presentar alteraciones del equilibrio ácido-base en ninguna administración.

Respecto al resto de medicación, durante el ingreso la paciente fue diagnosticada de hipercortisolismo ACTH dependiente, que fue tratado por ketoconazol oral elaborado por el servicio de farmacia a una dosis de 200 mg cada 12 horas. Por otra parte, se realizó la conversión del tratamiento anticoagulante de acenocumarol a apixabán (5 mg/12 h), eliminando un factor de riesgo importante para la calcifilaxis. Como complicación durante el ingreso, la paciente presentó una bacteriemia por *Staphylococcus haemolyticus*, por la que estuvo en tratamiento con vancomicina a dosis según niveles, con buena respuesta tras monitorización farmacocinética desde el servicio de farmacia. Tras un tiempo de estabilidad, fue dada de alta 7 meses después de ingreso con curas y analgesia como tratamiento de soporte.

En enero de 2025, transcurridos tres meses desde el alta, la paciente reingresó por sobreinfección de las úlceras, presentando lesiones profundas en la cara anterior de ambos muslos, de borde purpúrico, con focos de calcinosis y dolorosas a la palpación con abundante esfacelo y exudado maloliente. Ante el empeoramiento clínico y tras una revisión de la literatura, se consensúa entre medicina interna, dermatología y farmacia el uso off label de iloprost intravenoso en combinación con tiosulfato, obteniendo el consentimiento informado de la paciente y familiares. Iloprost es un análogo sintético de la prostaciclina PGI₂ que actúa inhibiendo la agregación plaquetaria, por lo que tras revisión de la farmacoterapia se decidió retirar el tratamiento con apixabán durante los cinco días de tratamiento con iloprost. Además, se retiró el tratamiento con clortalidona y espironolactona para prevenir episodios de hipotensión.

La pauta de administración de tiosulfato fue de 25 g diluidos en 100 ml de suero fisiológico al día durante 4 días, controlando la posible hipotensión y vigilando la gasometría venosa antes y después de la administración. Sin embargo, al segundo día el tratamiento tuvo que ser interrumpido por hipotensión, retomándose al día siguiente con total normalidad, completándose finalmente tres días de tratamiento.

La administración de iloprost se realizó según el siguiente protocolo:

Protocolo de administración de iloprost IV.

- Medir la presión arterial antes de la administración y con cada subida de dosis, vigilando inestabilidad (hipotensión, taquicardia...) y otros síntomas (cefalea, disnea, rubicundez...)
- Administrar dosis según peso (en nuestro caso 110kg), para conseguir un rango entre 0.5 y 2 ng/kg/min, controlando la velocidad de infusión mediante bomba de infusión, según la siguiente pauta: *Pauta inicial: 0.5ng/kg/min (bomba a 16.5mL/hora). Si a los 30 minutos tolera, aumentar a 1 ng/kg/min (bomba a 33mL/hora). Si a los 30 minutos tolera, aumentar a 1.5 ng/kg/min (bomba a 49.5mL/h). Si a los 30 minutos tolera, aumentar a 2 ng/kg/min (66mL/hora, dosis máxima). * Si aparecen signos de intolerancia leve, volver a administrar la dosis tolerada y completar con esa dosis la infusión hasta las 6h. En caso de intolerancia grave, cortar la infusión y avisar a facultativo.
* El tratamiento dura 5 días. El resto de días, la infusión se realiza durante 6h directamente con la dosis que haya tolerado el primer día según la titulación.
* Preparación: considerando la pauta máxima de administración (66 ml/h durante 6 horas, correspondiente a 396 ml), se precisa diluir dos ampollas de Iloprost de 50 mcg en 500 ml de SF, logrando la concentración deseada de 0.2 mcg/ml.

La paciente toleró una velocidad de infusión de iloprost de 48 ml/hora sin presentar ninguna incidencia durante la administración, completando satisfactoriamente los seis días de tratamiento. La evolución de las úlceras fue muy favorable, lo que permitió planificar la continuidad del tratamiento con tiosulfato al alta. Inicialmente,



el servicio de dermatología recomendó una pauta de administración de dos veces por semana; sin embargo, debido a las dificultades de la paciente y su familia para desplazarse al centro, se ajustó a una administración cada quince días. Desde entonces, ha recibido el tratamiento según esta nueva frecuencia, sin efectos adversos y con una respuesta clínica positiva, por lo que se ha decidido mantener la terapia.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

El papel del servicio de farmacia fue clave en el abordaje terapéutico de la paciente, proporcionando apoyo en la selección de tratamientos, optimización de dosis y prevención de efectos adversos. Desde el ingreso, se mantuvo una colaboración estrecha con los servicios de dermatología y medicina interna, participando activamente en la toma de decisiones terapéuticas y asegurando una atención farmacéutica integral.

Una de las intervenciones más relevantes fue la revisión bibliográfica y el análisis del caso para la selección del tratamiento más adecuado, que en este caso fue el uso fuera de indicación de tiosulfato e iloprost intravenoso tras la evaluación de eficacia y seguridad. Gracias a este análisis, se logró establecer un protocolo de administración adecuado, minimizando riesgos y garantizando un seguimiento clínico riguroso.

Además, desde el servicio de farmacia se realizó la monitorización farmacocinética de vancomicina, permitiendo un ajuste preciso de la dosis para alcanzar niveles terapéuticos óptimos en la bacteriemia por *Staphylococcus haemolyticus*. De igual forma, se realizó un seguimiento exhaustivo del equilibrio ácido-base durante la administración de tiosulfato, evitando complicaciones como la acidosis metabólica. Otro aspecto clave fue la formación y asistencia al personal de enfermería en la correcta preparación y administración de los tratamientos. Se identificaron y corrigieron errores en la dilución del tiosulfato, asegurando una administración adecuada y reduciendo el riesgo de efectos adversos. Además, se proporcionaron recomendaciones para la suspensión temporal del tratamiento anticoagulante con apixabán durante la administración de iloprost, minimizando el riesgo de hemorragias. Asimismo, se realizó la supresión definitiva del tratamiento con acenocumarol, dado su papel como factor de riesgo en la calcifilaxis, asegurando una anticoagulación alternativa más segura para la paciente. En el seguimiento ambulatorio, el servicio de farmacia participó en la adaptación de la pauta de tiosulfato, ajustándola a una administración cada quince días debido a las limitaciones logísticas de la paciente. Gracias a este ajuste, se aseguró la adherencia al tratamiento y se mantuvo una respuesta clínica positiva sin efectos adversos significativos.

Este caso clínico resalta la importancia de la atención farmacéutica en el manejo de patologías complejas como la calcifilaxis, donde la colaboración interprofesional y el seguimiento individualizado juegan un papel determinante en la evolución del paciente. La participación activa del servicio de farmacia permitió optimizar la terapia, garantizar la seguridad de los tratamientos y mejorar la calidad de vida de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Egido, E. M., Medina, A. Á., Gélvez, A. C. R., Pin, M. L., & del Pino, A. D. (2017). Sodium thiosulfate for the treatment of acenocumarol-induced calciphylaxis in a patient with preserved kidney function. *Farmacia Hospitalaria*, 41(3), 425–427. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.
2. Wiltfang, Lisa et al. "Successful Novel Treatment of Nonuremic Calciphylaxis with Sodium Thiosulfate and Iloprost: A Case Report." *Case reports in dermatology* vol. 14,3 269-274. 19 Sep. 2022, doi:10.1159/000525712.
3. Cucchiari, David, and Jose-Vicente Torregrosa. "Calciphylaxis in patients with chronic kidney disease: A disease which is still bewildering and potentially fatal." *Nefrología* vol. 38,6 (2018): 579-586. doi:10.1016/j.nefro.2018.05.007.
4. Abeck, Finn et al. "Successful treatment of non-uremic calciphylaxis with combination therapy with sodium thiosulfate, iloprost, and heparin." *International journal of dermatology* vol. 63,7 (2024): 962-963. doi:10.1111/ijd.17131.

105. ENFERMEDAD DE HAILEY-HAILEY REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL: MANEJO TERAPÉUTICO CON NALTREXONA A PROPÓSITO DE UN CASO TENA SÁNCHEZ EI; GARCÍA LÓPEZ Á; FERNÁNDEZ MUÑOZ M

PALABRAS CLAVE

Naltrexona, Fórmula Magistral, Enfermedad Hailey-Hailey.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Hailey-Hailey (EHH), también conocida como pénfigo familiar benigno, es una genodermatosis autosómica dominante caracterizada por la pérdida de adhesión entre los queratinocitos debido a mutaciones en el gen ATP2C1, que codifica una ATPasa de calcio en el aparato de Golgi. Se caracteriza por la presencia de ampollas dolorosas, erosiones, maceración y frecuente infección secundaria en las áreas de flexión, afectando significativamente a la calidad de vida de los pacientes.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 51 años que presenta placas con múltiples vesículas en la piel acompañado de prurito. Ante la sospecha de origen autoinmune, se inicia tratamiento inmunosupresor con Tacrolimus 0.1% pomada y Clobetasol (propionato) 0.5 mg/g crema. Sin embargo, tras 6 meses con el tratamiento no se observa mejoría en las lesiones.

Debido a la evolución de la enfermedad y la aparición de hiperhidrosis, se solicita un estudio histopatológico, que confirma el diagnóstico de enfermedad de Hailey-Hailey. Se decide entonces complementar el tratamiento con permanganato potásico e infiltraciones de toxina botulínica en las zonas afectadas cada 4-6 meses, logrando una mejoría en la hiperhidrosis, pero sin cambios significativos en las vesículas.

Ante la escasa mejoría y el impacto negativo en la calidad de vida del paciente, se revisa la literatura sobre casos refractarios al tratamiento convencional de la EHH. Se identifica como alternativa el uso de dosis bajas de naltrexona (1-5 mg/día). Se decide suspender el tacrolimus, dado que, aunque su uso está respaldado en algunos casos, no ha demostrado eficacia en este paciente.

Tras la adecuada orientación en consulta de atención farmacéutica sobre su correcta administración, en julio de 2022 se inicia tratamiento con naltrexona 4 mg/día en solución de 1 mg/ml, dosis que se mantiene hasta la actualidad.

En términos de eficacia, tras dos meses de tratamiento se observa una reducción del 75% en las lesiones. Tras 30 meses, la paciente refiere una mejoría significativa tanto en las lesiones como en la hiperhidrosis, lo cual es corroborado en consulta de Dermatología, con una reducción del 100% de las lesiones en comparación con la valoración inicial. En cuanto a la seguridad, la tolerancia a la fórmula magistral ha sido buena, sin efectos adversos reportados.

Actualmente, la paciente se encuentra estable, con buena evolución y solo presenta brotes ocasionales relacionados con episodios de mayor estrés.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

La EHH es una enfermedad crónica que puede ser refractaria a tratamientos convencionales, incluyendo corticosteroides tópicos, inhibidores de calcineurina y antibióticos. La naltrexona en dosis bajas (LDN) ha emergido como una alternativa terapéutica prometedora para casos refractarios de EHH. Diversos estudios han documentado la eficacia de LDN en la mejora de las lesiones cutáneas y la calidad de vida de los pacientes con EHH.

Por ejemplo, Albers et al. reportaron una serie de casos donde tres pacientes con EHH severa, refractaria a múltiples terapias, fueron tratados con LDN a dosis de 3 mg, incrementándose a 4,5 mg en dos de ellos, logrando resolución clínica en dos meses. La interrupción de LDN resultó en la reaparición de síntomas, los cuales remitieron al reiniciar el tratamiento.

Ibrahim et al. también documentaron tres casos de pacientes con EHH recalcitrante que mostraron al menos un 80% de mejoría en la extensión de la enfermedad tras el tratamiento con LDN a dosis de 1,5 a 3 mg diarios, sin efectos adversos registrados.

El mecanismo de acción de LDN en EHH no está completamente elucidado, pero se postula que su efecto modulador sobre los receptores opioides y su acción antiinflamatoria a través de la inhibición del receptor tipo toll 4 podrían contribuir a la mejora de la adhesión de los queratinocitos y la cicatrización de las lesiones.

Tras una revisión conjunta entre Dermatología y Farmacia, se optó por la preparación de una suspensión de naltrexona 1 mg/ml a partir de comprimidos de naltrexona 50 mg, al no estar disponible el principio activo como materia prima. El vehículo empleado fue Syrspend SF Liquid Cherry®.

Desde el inicio del tratamiento, se han realizado un total de 25 dispensaciones, con una adecuada adherencia y persistencia terapéutica.

Los Patient-Reported Outcome Measure (PROMs) reportados por el paciente son necesarios en este tipo de enfermedades sin suficientes alternativas terapéuticas. Por ello, se destaca la importancia de la colaboración interdisciplinaria para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albers LN, Arbiser JL, Feldman RJ. Treatment of Hailey-Hailey Disease With LowDose Naltrexone. JAMA Dermatol. 2017 Oct 1;153(10):1018-1020.
2. Peña S, Cadavid P E, Julián. Enfermedad de Hailey-Hailey. Tratamiento con dermoabrasión. Reporte de un caso.
3. Ibrahim O, Hogan SR, Vij A, Fernandez AP. Low-Dose Naltrexone Treatment of Familial Benign Pemphigus (Hailey-Hailey Disease). JAMA Dermatol. 2017;153(10):1015-1017.
4. Darosa Lim D, Belisle A, Davar S. Improvement in Hailey-Hailey disease with a combination of low-dose naltrexone and oral magnesium chloride: A case report. SAGE Open Med Case Rep. 2020;8:2050313X209.



118. FORMULACIÓN MAGISTRAL TÓPICA DE LOVASTATINA Y COLESTEROL AL 2% PARA EL TRATAMIENTO DE LA POROQUERATOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

CASTILLO VARGAS AI; CRUZ GUZMÁN GS

PALABRAS CLAVE

Porokeratosis, Lovastatin, Cholesterol.

INTRODUCCIÓN

La poroqueratosis (PK) es un trastorno de la queratinización caracterizado por la aparición de pápulas hiperqueratósicas de morfología anular, con un margen sobreelevado y crecimiento centrífugo. En su patogénesis se han identificado alteraciones en genes de la vía del mevalonato, lo que provoca una reducción de sus productos finales, incluido el colesterol, y una acumulación de metabolitos tóxicos.

Este trabajo tiene como objetivo elaborar una formulación magistral (FM) tópica combinada de lovastatina y colesterol, a petición del servicio de dermatología, para el tratamiento de una paciente con PK, así como evaluar su eficacia y seguridad.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en bases de datos como PubMed, UptoDate y Cochrane, utilizando los términos “porokeratosis”, “lovastatin” y “cholesterol”. Posteriormente, se analizaron las FM descritas en la literatura y, en base a esta información, se diseñó un Procedimiento Normalizado de Trabajo. Este proceso consideró la estabilidad y características físico-químicas de los principios activos y excipientes empleados, asegurando el cumplimiento de los controles de calidad establecidos. Una vez iniciado el tratamiento, se llevó a cabo un seguimiento estrecho de la paciente a través del servicio de dermatología, la historia clínica digital y la atención farmacéutica en la consulta de pacientes externos durante la dispensación de la FM.

DISCUSIÓN Y APORTACIÓN FARMACÉUTICA

Se identificaron diversas publicaciones científicas que respaldaban el uso de lovastatina y colesterol en el tratamiento de la PK, al bloquear la acumulación de metabolitos tóxicos y aportar colesterol a la piel. Con base en esta evidencia, se elaboró una FM con la siguiente composición:

- Lovastatina 40 mg comprimidos: 50 unidades.
- Colesterol polvo: 2 g.
- Etanol 96%: 30 mL.
- Propilenglicol: 70 mL.

Procedimiento: tras triturar en mortero y tamizar los comprimidos de lovastatina, se mezclaron con el colesterol en polvo hasta homogeneización. Paralelamente, se preparó una solución con propilenglicol y etanol, que luego se incorporó a la mezcla previa. Finalmente, la preparación se homogeneizó en un agitador magnético durante 30 minutos, se envasó en un frasco de vidrio topacio y se etiquetó. La formulación se llevó a cabo en la sala de FM, siguiendo las normas de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria. La FM presentó características organolépticas adecuadas y se estableció una caducidad de 30 días en nevera.

El tratamiento consistió en la aplicación tópica de la FM dos veces al día sobre la lesión.

A los dos meses, se observó una notable mejoría, con desaparición del eritema, la descamación y casi la totalidad de la lesión. Actualmente, tras dos años y 10 meses, la paciente mantiene una evolución estable y continúa con la misma pauta de administración, sin haber experimentado efectos adversos relacionados con la FM.

Conclusiones: La evidencia disponible respalda el uso de la combinación tópica de lovastatina y colesterol en el tratamiento de la PK. En nuestro caso, la FM al 2% mostró una excelente respuesta clínica a largo plazo, logrando una mejoría significativa de la lesión y un perfil de seguridad favorable.

20 congreso safh

Congreso Sociedad Andaluza
de Farmacéuticos de Hospitales
y Centros Sociosanitarios

El Ejido
14·16
mayo
2025

INNOVACIÓN Y COMPROMISO:
TRANSFORMANDO LA
FARMACIA HOSPITALARIA



safh

Sociedad Andaluza de
Farmacéuticos de Hospitales
y Centros Sociosanitarios

Patrocinan:

REGENERON **sanofi**