II CONGRESO

Actualización en farmacoterapia

Medicina de precisión

ACTUALFARMA
Jornadas farmacológicas

Colabora:

Biotyc
Fundación

Primera edición: 2022

Editores:

D. Gregorio Romero Candel

Dr. Agustín Ortega Cerrato.

Dr. Juan Pérez Martínez

Ilustraciones de la portada: Joaquín López Palacios

La totalidad del material gráfico empleado en esta obra es original y los derechos de imagen han sido cedidos por los interesados.

Editorial: Fundación BIOTYC Impreso en España.

Los autores de esta obra han verificado toda la información con fuentes fiables para

asegurarse de que esta sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Los posibles errores humanos o de cambio en las ciencias médicas, ni los autores, ni la editorial, ni cualquier otra persona implicada en el desarrollo de esta obra, garantizan que la totalidad del material aquí contenido sea exacto o completo y no se responsabilizan de errores u omisiones que de ellos se pueda generar. El lector deberá tener especial cuidado en la lectura de los fármacos y situaciones clínicas sobre los que se advierte diversas pautas o que son objeto de polémica, las opiniones vertidas representan únicamente las de los autores, sin que se niegue validez a otras que pueden diferir de las mismas. Aconsejamos la consulta de textos especializados, publicaciones científicas periódicas y obras más extensas y detalladas cuando se quiera ampliar la información. Los editores han hecho todos los esfuerzos para localizar a los titulares del copyright del material utilizado por los autores. Si inadvertidamente hubieran omitido alguno, se harán los arreglos en la primera oportunidad que se les presente para tal fin.

Fotocopiar es un delito (art. 270 C.P.)

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso, fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en especial a la fotocopia y en general a la reproducción en cualquier formato o soporte.

ISBN: 978-84-15898-81-8

Depósito legal: DL AB 18-2022

Los autores han revisado con especial atención las dosis y pautas de los tratamientos que se exponen en esta obra. Debe tenerse en cuenta que las presentaciones de los fármacos y las dosificaciones recomendadas pueden cambiar con el tiempo. Recomendamos al lector utilizar de un modo juicioso la información terapéutica descrita en esta obra y siempre de acuerdo con aquella que se indica en los prospectos de los fabricantes de los productos que se mencionan y con la información referida en la bibliografía.

Amiloidosis hereditaria por transtiretina

Autores: Alicia Martínez Hernández, Alba Pérez Caño, Ghita Sefrioui, Carolina García Jiménez,Cristina Lopez Sanchez

Introducción

La amiloidosis hereditaria por transtiretina (TTR) es una enfermedad rara y progresiva, que debuta en la edad adulta en personas con herencia autosómica dominante caracterizada por la deposición extracelular de fibrillas amiloides compuestas de monómeros anómalos de TTR, cuya forma fisiológica es una proteína de transporte para la tiroxina y vitamina A en el plasma, que se produce predominantemente en el hígado y se encuentra dispuesta en forma de tetrámeros. Los monómeros inadecuadamente plegados se desnaturalizan, facilitando la formación de estructuras de tipo amiloide dando lugar a pequeños agregados solubles muy estables, que se acumulan en diversos órganos y tejidos, causando su disfunción progresiva.

Objetivo

Evaluar los resultados clínicos del tratamiento basándonos en la revisión de historias clínicas.

Tratamientos:

- **Tafamidis**: previene la disociación de los tetrámeros naturales o mutados de transtiretina en sus monómeros, impidiendo la formación de las fibrillas amiloides, mediante su unión a varios puntos de la transitretina.
- **Patisirán:** aborda específicamente una secuencia conservada genéticamente en la región 3' no traducida del ARNm de todas las TTR mutantes y naturales, produciendo la degradación catalítica del ARNm de la TTR en el hígado reduciendo su concentración en suero.
- **Inosertén:** oligonucleótido anti sentido que se une selectivamente al ARNm de la TTR provocando su degradación y disminuyendo sus niveles en circulación al evitar la síntesis de la TTR en el hígado.

Resultados

- Paciente A: inicio enfermedad con problemática de túnel de carpiano, tratamiento con Tafamidis (2015). En 2022 cambio a Patisarán por deterioro en la fuerza en las extremidades, requiere bastón (estadio II de Coutinho), efectivo durante 6-12 meses, después continua con la neurodegeneracion sin afectación a corazón u otros tejidos, solo sistema nervioso por lo que cambia a Inosertén (2022).
- Paciente B: comienza con arreflexia universal y se trata con Patisarán (2021), mejora lado izquierdo, presenta parestesias distales y presenta disfunción eréctil completa. Estadio 1 de Coutinho.

Conclusión

Los pacientes presentan una reducción en la velocidad de progresión de la enfermedad, pero no es capaz de frenar su evolución.

Análisis de incidencias en el reenvasado de formas farmacéuticas orales sólidas en el servicio de farmacia

Autores: Saiz Molina JJ; Araque Arroyo P; Pérez Fácila A; Notario Dongil C; Marcos De La Torre A; Samper Juarez AM**.** Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real).

Introducción

La información del acondicionamiento primario es clave en la correcta identificación y administración de fármacos. Sin embargo, esta información puede perderse durante el manipulado, siendo el reenvasado una necesidad.

Objetivos

Describir la calidad de un proceso de reenvasado en el Servicio de Farmacia (SF) de un hospital general.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo de formas farmacéuticas sólidas orales no peligrosas, reenvasadas (reenvasadora manual) para dispensar en dosis unitaria (DU) en 2021. Variables: número de incidencias en la descripción de formas farmacéuticas sólidas orales no peligrosas, reenvasadas mediante reenvasadora manual, para su dispensación en DU.

Se revisó el registro manual de cada acto de reenvasado. Se compararon los datos trascritos a mano por el personal técnico de farmacia [código nacional (CN), nombre comercial, principio activo (PA), dosis, cantidad reenvasada (número de DU), lote y caducidad del fabricante] y la información contenida en la etiqueta de la DU proporcionada por el programa informático [CN, nombre comercial, PA, dosis, forma farmacéutica, excipientes de declaración obligatoria, lote y caducidad final de la DU).

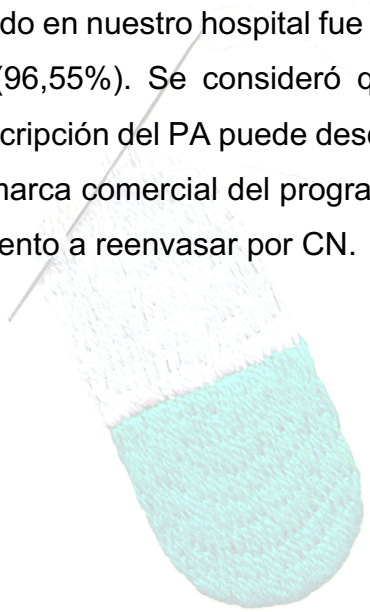
Este estudio se integra en el marco de mejora de los objetivos de calidad del SF. Indicador de calidad: ≥ del 95% de DU no deben presentar incidencias en la descripción de la forma reenvasada.

Resultados

117.418 DU (1.421 medicamentos) fueron reenvasadas. Incidencias detectadas (3,45%), por tipo: error de transcripción de lote (67,4%), error de transcripción de caducidad (20,42%), error de cálculo de caducidad (8,18%), error por confusión de PA (2%), otros errores (2%).

Conclusiones

El proceso de reenvasado en nuestro hospital fue óptimo en relación al indicador de calidad propuesto (96,55%). Se consideró que el número de incidencias relacionadas con la descripción del PA puede descender. Es por esto, se decidió eliminar el registro de marca comercial del programa informático, obligando a la búsqueda del medicamento a reenvasar por CN.



Análisis de la implementación de monitorización farmacocinética de infliximab en pacientes con enfermedad de crohn en un hospital de tercer nivel

Drozdz Vergara A, Serna Serrano B, Collado Sanz JM, Tébar Martínez E, Alabort Ayllón H, Sánchez Serrano JL.

Objetivos

Analizar la monitorización farmacocinética de infliximab intravenoso (INFiv) en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) realizada por el servicio de farmacia (SF) de un hospital de reciente introducción de la técnica analítica empleada: ELISA (LISA-TRACKER®).

Métodos

Estudio observacional, prospectivo (febrero-abril 2022) y multidisciplinar de los niveles de INFiv en adultos en fase de mantenimiento (semana ≥ 14). Variables: sexo, edad, pauta posológica, medicación concomitante, anticuerpos anti-fármaco (AAF), respuesta al tratamiento, calprotectina fecal (CPF) y Proteína C reactiva (PCR). Concentraciones plasmáticas valle (CPV): indetectables (<0,4 µg/mL), subterapéuticas (<3 µg/mL), terapéuticas (3-7 µg/mL) y supraterapéuticas (>7 µg/mL). Las intervenciones farmacéuticas (IF) fueron tomadas en base a un algoritmo de actitud terapéutica con anti-TNF en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados

Se incluyeron 55 pacientes (53% mujeres), mediana de 43 años (34-58). Pauta posológica: 5mg/kg/8 semanas (n=41; 74,5%), 5mg/kg/6 semanas (n=4; 7,3%) y 5mg/kg/4 semanas (n=10; 18,2%). El 31,1% estaba con tratamiento concomitante inmunomodulador (azatioprina/metotrexato) y el 10,3% con corticoides orales (budesónida/prednisona/metilprednisolona). Se solicitaron AAF en un 8,8% de los pacientes, solo 1 positivo. CPV: indetectables (n=4; 7,3%), subterapéuticas (n=13; 23,6%), terapéuticas (n=17; 30,9%) y supraterapéuticas (n=21; 38,2%). Los niveles de CPF y PCR estuvieron disponibles en el 8,6% y 6,9% de los pacientes, respectivamente. N=39 pacientes (70,9%) mostraron remisión clínica: 41% presentaron CPV

terapéuticas [4,5 µg/mL (3,4-5,3)] y 58,9% CPV supraterapéuticas [11,8 µg/mL (11,2-20,7)].

IF realizadas por el SV	N	Porcentaje
Continuar con la misma dosis	20	36,4%
Vacaciones farmacológicas	4	7,3%
Intensificar dosis por mala respuesta	7	12,7%
Intensificar dosis por mala respuesta + inmunomodulador	6	10,9%
Desintensificar dosis por buena respuesta	15	27,3%
Cambiar diana terapéutica	3	5,4%

Conclusiones

El 58,9% de los pacientes en remisión clínica mostró sobredosificación, podría optimizarse su tratamiento. PCR y CPF son marcadores de inflamación que se relacionan con la actividad de la EC, pero estuvieron disponibles en un bajo porcentaje de los pacientes. La monitorización de INFiv es una práctica clínica en plena implantación en nuestro hospital, será necesario conocer su implicación terapéutica en los pacientes monitorizados analizando las IF aceptadas por los digestólogos.

Análisis de las interacciones farmacológicas en la planta de oncohematología.

Autores: Almanchel Rivadeneyra, A; Tena Alejandre, P; Duque Aguilar, JJ; González Bartolomé, J; Dobrito Palles, A; Fernández Lisón, LC.

Introducción:

Las interacciones farmacológicas(IF) potenciales o teóricas pueden producir efectos negativos en la seguridad y eficacia del tratamiento farmacológico del paciente.

Objetivos: Analizar las IF clínicamente relevantes en los pacientes onco-hematológicos ingresados en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de las prescripciones de los pacientes ingresados en onco-hematología, del 04/10/21 al 28/02/22. Datos recogidos: sexo, edad, intervenciones realizadas e IF. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ingresados y la historia clínica electrónica. Las interacciones se analizaron a través de la base de datos de IF Lexicomp® y se clasificaron según su riesgo. El riesgo se codificó como A:“No se ha descrito interacción”,B:“No es necesario modificar la terapia”,C:“Se recomienda monitorizar la terapia”,D:“Considerar modificación de la terapia”,X:“Evitar la combinación”. RESULTADOS: Durante este periodo ingresaron un total de 240 pacientes(57,5%hombres) de 60,59años±14,2SD. Intervenciones realizadas: 121, siendo el 33,88%(41/121) debidas a IF, se resolvieron: cambiando tratamiento: 26/41(63,41%), suspendiendo tratamiento: 6/41(14,63%) y reduciendo la dosis: 7/41(17,07%). La intervención se rechazó:2/41(4,87%). Grupo con mayor número de intervenciones: antimicóticos para uso sistémico, derivado de triazol (ATC:J02AC04) con un 48,78%(20/41), con la siguiente proporción: posaconazol 45%(9/20), isavuconazol 15%(3/20), voriconazol 35%(7/20) y fluconazol 5%(1/20). Segundo grupo con más IF: agentes modificadores de los lípidos: Inhibidores de la HMG-CoA reductasa (ATC:C10AA05):14,63%(6/41) y el tercer grupo: inhibidores de la bomba de protones (ATC:A02BC01):12,19%(5/21). En función del riesgo, IF de categoría-X:21/41, categoría-D:13/41 y categoría-C:7/41. La enzima mayoritariamente responsable fue el CYP3A4.

Conclusiones: Las IF pueden comprometer la seguridad y efectividad de los tratamientos farmacológicos, detectarlas permite reducir el riesgo de toxicidad y optimizar el tratamiento en los pacientes onco-hematológicos. El elevado número de intervenciones aceptadas hace evidente la importancia de esta validación, así como la integración del farmacéutico como parte del equipo multidisciplinar de atención al paciente onco-hematológico

Análisis de las intervenciones farmacéuticas por omisión de medicación en una unidad de corta estancia del servicio de urgencias

Autores: Fernandez Ruiz-Morón A, Corazón Villanueva J, Manzano Lorenzo R, Tallón Martínez JC, Puebla García V, De la Torre Ortiz M

Introducción

Las transiciones asistenciales son situaciones de riesgo donde pueden producirse errores de medicación (EM). La conciliación de la medicación ha demostrado ser una estrategia eficaz en la reducción de errores de conciliación (EC). El EC más frecuente al ingreso es la omisión de un medicamento crónico.

Objetivo

Realizar un análisis descriptivo retrospectivo de intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas al detectar un EC por omisión, llevadas a cabo durante la conciliación de la medicación al ingreso, de pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia (UCE) del Servicio de Urgencias (SU) en el año 2021.

Métodos

Se exportan las IF realizadas por omisión de medicación de la base de datos de actividad de atención farmacéutica en el SU, analizando la aceptación y principio activo (PA) implicado. Se evalúa si los PA son considerados “Medicamentos de Alto Riesgo en Pacientes Crónicos” según el listado elaborado por el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) y si son fármacos cuyo tiempo de conciliación es inferior a 4 horas, según el “Documento consenso en terminología y clasificación en conciliación de la medicación” de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria”

Resultados

Se realizaron un total de 221 IF tras detectar una omisión de un medicamento: aceptadas 132 (59,7%); no aceptadas 76 (34,4%).

Del total, 57 IF son PA considerados como medicamento de alto riesgo en paciente crónico (25,8%) y 69 (31,2%) fármacos cuya conciliación es <4h (28 no son valorables).

Conclusiones

La omisión de un medicamento crónico de un paciente cobra especial importancia cuando se trata de medicamentos de alto riesgo o que puedan producir efecto rebote tras su interrupción de manera brusca, situación que ocurre entre el 25-30% de las IF realizadas. La conciliación de los tratamientos es un proceso clave que debe realizarse en cada transición asistencial para mejorar la seguridad del paciente.

Grupo terapéutico	Número de intervenciones / %
A10 Fármacos usados en diabetes	9 (4%)
B01 Antitrombóticos	17 (7,7%)
C01 Terapia cardiaca	11 (5%)
C07 Agentes beta bloqueantes	12 (5,4%)
C08 Bloqueantes de canales de calcio	6 (2,7%)
C09 Agentes que actúan sobre el sistema renina-angiotensina	21 (9,5%)
G04 Preparados urológicos	12 (5,4%)
H03 Terapia tiroidea	6 (2,7%)
N02 Analgésicos	9 (4%)
N03 Antiepilépticos	12 (5,4%)
N05 Psicolépticos	17 (7,7%)
N06 Psicoanalépticos	35 (15,8%)
R03 Agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias	12 (5,4%)
S01 Oftalmológicos	18 (8,1%)

Análisis de las solicitudes de medicamentos en situaciones especiales realizadas en un hospital comarcal

Almanchel Rivadeneyra M, Tomás Luiz A, Almanchel Rvadeneyra A, Llopis Fernández M, Rvadeneyra Ruiz Am, Sanchez Teruel F

Introducción

La solicitud de medicamentos en situaciones especiales se realiza de forma telemática a través de una aplicación informática de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

A través de ella se solicitan:

- Medicamentos en investigación antes de su comercialización en España, para pacientes concretos, sin una alternativa terapéutica disponible satisfactoria, que no forman parte de un ensayo clínico que están en una situación clínica que no permite esperar a que finalice la investigación y los nuevos tratamientos se autoricen.
- Medicamentos no autorizados y destinados a su utilización en España, siempre que estén legalmente autorizados en otros países, cuando ello resulte imprescindible para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de patologías concretas por no existir en España alternativa adecuada autorizada para esa indicación concreta o por situaciones de desabastecimiento.

Objetivo

Analizar las solicitudes realizadas a través de la aplicación informática de la AEMPS en un hospital comarcal.

Métodos

Se recogió el número de peticiones realizadas y los fármacos solicitados a través de la aplicación, durante un periodo de cuatro años (01/01/2018 - 31/12/2021). Las solicitudes se clasificaron en peticiones de inicio y continuaciones.

Resultados

Durante el periodo de estudio se realizaron 370 solicitudes. En el año 2018 se solicitaron 24 fármacos y se realizaron 68 peticiones, siendo 15 de inicio (22%); En 2019 se solicitaron 35 fármacos y se realizaron 105 peticiones, 25 de ellas (23,8%) de inicio; En 2020 se solicitaron 33 fármacos y se realizaron 103 peticiones, 51 de ellas (49,5%) de inicio; En 2021 se solicitaron 34 fármacos y se cursaron 94 peticiones, 36 (38,3%) de inicio.

Conclusiones

Se observa que el aumento de solicitudes a través de la aplicación de la AEMPS se mantiene en los últimos años, hecho que incrementa el tiempo dedicado a la gestión de los medicamentos por parte de los centros sociosanitarios.

Análisis de pacientes covid en tratamiento con tocilizumab

Autores González Bartolomé J, Tena Alejandre P, Duque Aguilar JJ, Almanchel Rvadeneyra A, Caba Hernández C, Fernández Lison LC.

Introducción

En tiempos de pandemia, es cada vez más necesario estudiar los pacientes y relacionarlos correctamente con los tratamientos existentes.

Objetivos

Analizar el tipo de pacientes ingresados con neumonía SARS-CoV-2 que recibieron como tratamiento farmacológico Tocilizumab.

Materiales y metodos

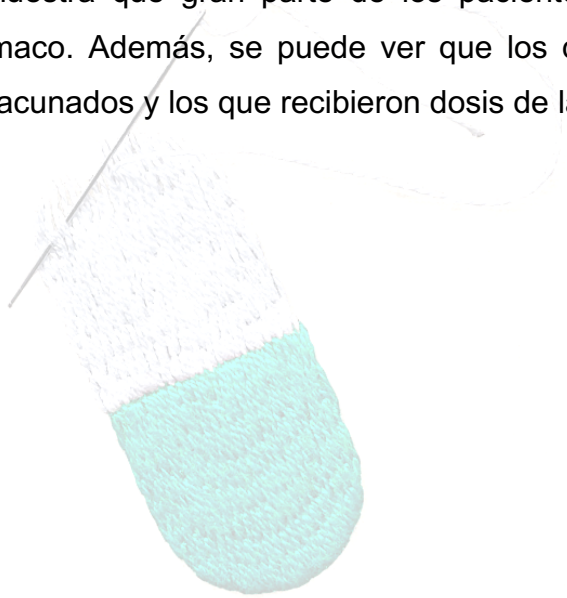
Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de los pacientes receptores de Tocilizumab en el periodo comprendido entre 23/07/21 y 09/05/22 Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, dímero D, interleukina (IL)-6, primera dosis, segunda dosis (si fue necesaria), vacunación, tipo y número de dosis. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ingresados y la historia clínica electrónica. Para la autorización del fármaco se siguió el protocolo del centro: paciente con neumonía intersticial, necesidad de ventilación, IL-6>40pg/ml, dímero D en progresivo aumento o pacientes susceptibles de UCI.

Resultados

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento un total de 106 pacientes (70,75% hombres) con una edad media de 66,20 ± 12.85. Los pacientes no vacunados supusieron un 32,08% (34/106). Los vacunados fueron un 67,92% (72/106) distinguiendo entre Pfizer un 65,28% (47/72), AstraZeneca 23,61% (17/72), AstraZeneca+Moderna 4,17% (3/72), Janssen 4,17% (3/72), Janssen+Moderna 1,38% (1/72) y Moderna 1,38% (1/72). La IL-6 media fue 106,07. La dosis de 600mg fue recibida por 83 pacientes (78,30%) teniendo que recibir una segunda dosis el 66,27% (55/83). La de 400mg fue para 23 (21,70%), de los que el 69,57% (16/23) precisaron segunda dosis.

Conclusiones

El análisis de datos muestra que gran parte de los pacientes necesitó una segunda dosis del fármaco. Además, se puede ver que los dos grupos más amplios fueron los no vacunados y los que recibieron dosis de la vacuna Pfizer.



ANÁLISIS DE PERSISTENCIA DE SECUKINUMAB E IKEKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA PSORIASIS MODERADA A GRAVE

Torralba-Fernández L, Domínguez-Barahona A, Toledo-Davia M, López-Álvarez R, Jiménez Méndez C, Moya-Gómez P.

Introducción

Estudiar la persistencia de secukinumab e ixekizumab puede resultar útil para establecer un posicionamiento terapéutico en el tratamiento de la psoriasis.

Objetivos

Analizar la persistencia de secukinumab e ixekizumab en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave y comparar los resultados obtenidos con ambos fármacos.

Métodos

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes de un hospital de tercer nivel tratados con ixekizumab y secukinumab desde las fechas de inclusión en guía de ambos fármacos (febrero de 2016 y diciembre de 2017, respectivamente) hasta abril de 2022. Variables analizadas: sexo, edad, fármaco prescrito, duración del tratamiento y motivo de suspensión, si procede. Los datos se recogieron mediante el módulo de dispensación electrónica y la historia clínica informatizada. El procesamiento de datos se realizó con el programa SPSS® v.22.0.

Resultados

Se incluyeron 60 pacientes, 39 hombres (65%) y 21 mujeres (35%), mediana de edad: 50,50 años (RIQ: 60-40).

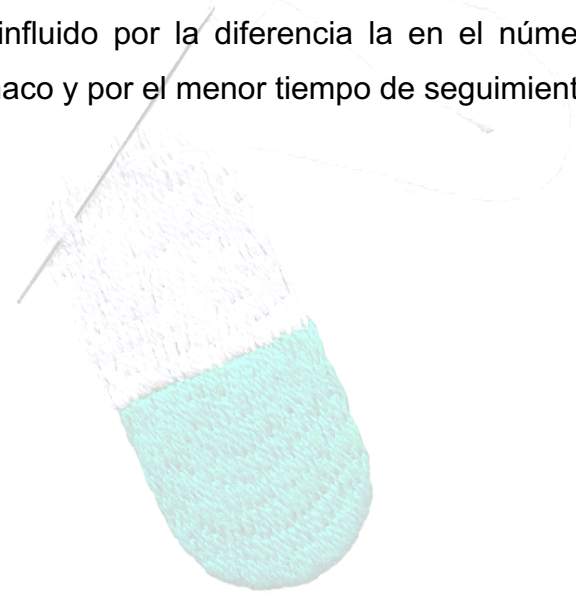
Fármaco nº pacientes (%)	Continuación tratamiento nº pacientes (%)	Suspensión tratamiento nº pacientes (%)	Motivos suspensión: nº pacientes (%)
Secukinumab 25 (41,7%)	9 (36%)	16 (64%)	Inefectividad: 15 (60%) Reacciones adversas: 1 (4%). Conjuntivitis
Ixekizumab	25 (71,4%)	10 (28,7%)	Inefectividad: 8 (22,9%)

35 (58,3%)			Reacciones adversas: 1 (2,9%). Herpes zóster Contraindicaciones: 1 (2,9%). Tuberculosis activa

La mediana de persistencia de secukinumab fue de 30,3 meses (IC95%: 24,63-54,16) y la de ixekizumab de 39,4 meses (IC95%: 9,46-51,104). No se observaron diferencias significativas (p = 0,412) en la persistencia de ambos fármacos mediante la realización del test Log Rank.

Conclusiones

El principal motivo de suspensión del tratamiento con ixekizumab y secukinumab fue la pérdida de efectividad. La persistencia de ambos fármacos es similar, lo cual ha podido estar influido por la diferencia la en el número de pacientes tratados con cada fármaco y por el menor tiempo de seguimiento de ixekizumab versus secukinumab.



Análisis de seguridad de Certolizumab pegol en mujeres durante la gestación y lactancia

Autores: Diego Gámez Torres, Marina Sánchez Valera, Belén Sánchez Rodríguez.

Introducción

Se desconoce la seguridad de anticuerpos monoclonales en embarazadas y lactantes.

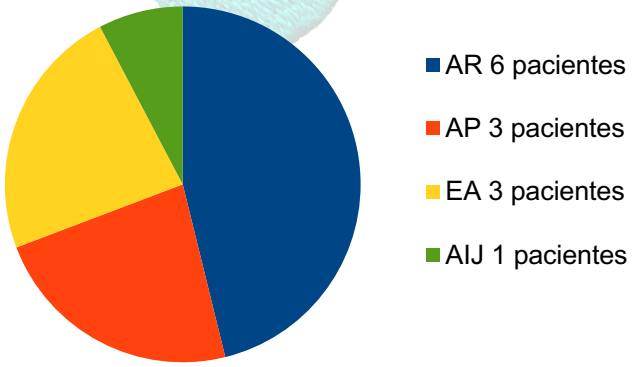
Objetivos

Analizar seguridad de Certolizumab en pacientes con intención de embarazo, embarazadas y lactantes

Métodos

Analisis restrospectivo, observacional, descriptivo desarrollado en un hospital de tercer nivel. Criterio de inclusión: pacientes con intención de embarazo, embarazadas y lactantes que padecen enfermedades inflamatorias inmunomediadas: Artritis reumatoide (AR), Artritis psoriásica (AP), Espondilitis Anquilosante (EA) y Artritis idiopática juvenil (AIP) desde Julio-2016 a Enero-2022. Se usó la Historia Clínica y la aplicación de dispensación hospitalaria. Variables revisadas: edad, patología, control de la enfermedad, embarazo actual/pasado/aborto, lactancia, fármacos moduladores de la enfermedad (FAME) y fármacos Anti-TNF previos.

Resultados



N=13

N=13, Media de edad: 36 años (30-44).Duración de enfermedad: 8,46 años(4-15). 11 (85%) pacientes tratados previamente con >1 FAME y 2 (15%) con uno. 3 (23%) se tratataron con un Anti-Tnf y 1 (8%) con >1 .Se prescribió en 10 (77%) pacientes con intención de embarazo, de ellas 4 (40%) siguen en busca del

mismo y 6 (60%) quedaron embarazadas. De éstas últimas,4 (67%) acabó la gestación y 2 (33%) sigue con ella. 3 (23%) de las pacientes, Certolizumab se pautó dentro del periodo de lactancia.3 (75%) de pacientes que finalizaron el proceso de gestación, tuvieron un niño sano y 1 (25%) sufrió un aborto, la paciente había quedado embarazada antes de suspender Metotrexato y abortó por recomendación médica. En todas las pacientes embarazada (2), el feto estuvo sano. En pacientes en los que Certolizumab fue pautado en lactancia, el niño se encuentra sano. Todas las pacientes mantuvieron control de la enfermedad durante el tratamiento con certolizumab.

Conclusión

Certolizumab pegol ha mostrado ser un fármaco seguro en el proceso de gestación/lactancia, suponiendo una alternativa a pacientes que precisen tratamiento durante este periodo.

Análisis de supervivencia de pembrolizumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico. Estudio de subgrupos

Toledo Davia MA, Labrador Andújar N, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C, Blázquez Romero C, Moya Gómez P.

Hospital Universitario de Toledo

Objetivos

Analizar los resultados obtenidos con el tratamiento de pembrolizumab en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), de forma global y por subgrupos de pacientes.

Materiales y métodos

Estudio observacional y retrospectivo en un hospital de tercer nivel en pacientes tratados con pembrolizumab y con CPNM. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron las siguientes variables: sexo, edad, histología, ECOG, expresión de PD-L1, metástasis, duración de tratamiento y motivo de suspensión del fármaco. Análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan Meier y log Rank test en el análisis de subgrupos, en el programa informático SPSS v.25.

Resultados

Resultaron 74 pacientes tratados con pembrolizumab, 59 hombres y 14 mujeres con una mediana de edad de 65 [83-37] años. El 90% (66) histología tipo adenocarcinoma y el 10% (7) tipo epidermoide; el 54% (40) de los pacientes presentaron ECOG=0, 42% (31) ECOG=31 y un 2,7% (2) ECOG=2. El 35% (26) de los pacientes con PD-L1<50%, el 26 % (19) de con PD-L1>50% y para un 69% (51) desconocido. El 16% (12) de los pacientes presentaron metástasis en SNC y el 29% (22) de los pacientes metástasis hepáticas y/u óseas. Hubo una pérdida de 4 pacientes. Resultados de supervivencia en grupo global: *ver tabla anexa.* Resultados de supervivencia por subgrupos: solo se obtuvieron diferencias significativas en el grupo de pacientes con metástasis

hepáticas/óseas en términos de SLP (**p=0,03**), y en el grupo de pacientes con metástasis en SNC en términos de SG (**p=0,003**).

	SLP			***SG***		
	Mediana IC95%	Eventos (N)	p LR-t	Mediana IC95%	Eventos (N)	p LR-t
Global	14,2 (9,5-18,7)	51 (70)		21,85 (16,4-27)	38 (70)	
PDL1						
PDL1<50	15,6 (7,4-23,8)	18 (26)		20,7 (12,1-29,9)	15 (26)	
PDL1>50	19,1 (9,9-28,1)	12 (19)	0,225	33,1 (23,8-42,3)	6 (19)	0,092
Desconocido	9,7 (4,2-15,2)	25 (51)		21,9 (16,5-27,2)	17 (25)	
Histología						
Epidermoide	NE	3 (6)		NE	1 (6)	
Adenocarcinoma	12,6 (8,3-16,9)	48 (64)	0,111	24,7 (8-4,5)	37 (64)	0,063
Metástasis						
SNC	8,6 (0,2-16,97)	11 (12)		9,6 (1,2-17,9)	11 (12)	
No SNC	14,3 (9,9-20,7)	40 (58)	0,112	24,9 (18,6-31,2)	27 (58)	**0,003**
Hepát/Ósea	6,3 (2,9-9,6)	19 (22)		11,2 (6,9-15,4)	15 (22)	
No Hepát/Ósea	17,3 (11,4-23,2)	32 (48)	**0,03**	25,4 (18,9-31,9)	23 (48)	0,102

Tabla 1. Resultados de Supervivencia libre de progresión (SLP) y Supervivencia global (SG).

Conclusiones

Pembrolizumab parece eficaz en términos de supervivencia en nuestros pacientes. La expresión de PD-L1 parece tener un efecto positivo en la eficacia del tratamiento con pembrolizumab. La presencia de metástasis en SNC y hepáticas/óseas se relaciona con un peor pronóstico para el tratamiento con pembrolizumab.

Análisis del circuito de dispensación de nirmatrelvir/ritonavir

Autores: Pablo Selvi Sabater, Juan Abellon Ruiz, Jose Pastor Cano, Cristina Roig Ramirez y Victor Rausell Rausell

Introducción

Se ha establecido un circuito para prescripción y dispensación de Paxlovid®, pudiéndose realizar la prescripción desde atención primaria (AP) o especializada y la dispensación desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria, previa validación farmacéutica. Para su prescripción desde AP se realizara una solicitud específica (INP)

Objetivos

Analizar los datos obtenidos del circuito de dispensación de Paxlovid®

Material y métodos

Se ha realizado un estudio observacional prospectivo que incluye todas las INP de Paxlovid® y pacientes que han recibido tratamiento desde AP o especializada entre el 1/4/2022 y 15/5/2022

Los datos analizados son: nº de pacientes con INP, nº de pacientes en tratamiento, motivo de rechazo en caso de no validar el tratamiento.

Los datos fueron registrados y analizados en una base de datos Excel® y Access® diseñada para este uso y el análisis de consumo mediante el Portal de Inteligencia (PIN) del Servicio Murciano de Salud

Resultados

Desde atención primaria se realizaron un total de 73 INP de las cuales se aceptaron el 41% (30/74). De las INP no aceptadas el 58% (25/43) no cumplía los criterios del ministerio, el 18% (8/43) presentan alguna interacción que lo contraindica, el 9% (4/43) estaban pendiente de validar por farmacia, el 9% (4/43) no recibió el tratamiento por otros motivos y el 5% (2/43) presentaba otras contraindicaciones.

En total además de los 30 tratamientos dispensados cuya prescripción provenía desde atención primaria, se dispensaron 44 tratamientos más prescritos desde atención especializada.

Conclusiones

- La mayoría de dispensaciones (59%) realizadas son prescritas por atención especializada.
- El porcentaje de aceptación de INP para el tratamiento con Paxlovid® es inferior al 50%
- El mayor motivo de rechazo de las INP de tratamiento con Paxlovid® es no pertenecer a algunos de los grupos de riesgo del ministerio, seguido de presentar alguna interacción contraindicada.

ANÁLISIS DEL USO DE EMICIZUMAB EN PACIENTES CON HEMOFILIA A.

Almanchel Rivadeneyra, A; Tena Alejandre, P; Duque Aguilar, JJ; González Bartolomé, J; Dobrito Palles, A; Fernández Lisón, LC.

Introducción

Emicizumab, es un anticuerpo monoclonal-biespecífico humanizado para profilaxis de episodios hemorrágicos en pacientes con hemofilia A(HA).

Objetivos

Analizar el impacto del uso de emicizumab en pacientes con HA.

Material y métodos:

Estudio observacional-retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con emicizumab en nuestro hospital hasta mayo del 2022. Datos recogidos:edad, presencia:artropatía hemofílica e inhibidor contra el FVIII, tratamiento previo, eventos hemorrágicos y reacciones adversas(RAM). Los datos fueron obtenidos de la historia clínica informatizada y del registro de dispensaciones de farmacia.

Resultados:

Se incluyeron 5 pacientes de 19,6(6-33) años. 3/5:pacientes presentaban artropatía hemofílica de base(tobillos) y 2/5:inhibidores contra el FVIII: 1/2 sin respuesta a inducción a inmunotolerancia(ITI) y 1/2 fue tratado con ITI 200 UI/kg durante 22 meses previo inicio emicizumab. Los 3 pacientes restantes tenían profilaxis, 2 con FVIII plasmático y 1 con octocog alfa. Con pauta posológica: 1 administración cada 2-3 días y 2 administraciones a la semana, respectivamente. Con el cambio a emicizumab, dosis:3 mg/Kg/semanal 4semanas, seguida de mantenimiento(3 opciones:1,5 mg/kg/semana, 3 mg/kg/2semanas o 6 mg/kg/4semanas). El coste anual profilaxis con FVIII según las dosis prescritas(sin tener en cuenta dosis extras por eventualidades): 167.015€/paciente/año. El coste medio anual de la profilaxis con emicizumab teniendo en cuenta la dosis prescrita: 218.688€/paciente/año. 3/5pacientes>1año tratamiento:2/3 no presentaron sangrado durante el primer año, 1/3presentó sangrado (tratado):epistaxis leve el primer mes, con 2 episodios de>10min tratados con:eptacog-alfa(activado). 2/5pacientes

Aplicación de la vía subcutánea en la hidratación y administración de medicamentos: revisión en cuidados paliativos pediátricos.

Autores: López Álvarez R, García Palomo M, Toledo Davia MA, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C, Moya Gómez P.

Introducción

En el área de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), donde existe un equipo multidisciplinar, la atención farmacéutica tiene gran relevancia.

Objetivo

El objetivo de esta revisión fue presentar, desde la visión clínica del farmacéutico, la vía subcutánea (SC) como elección cuando no sea posible ó suficiente utilizar la vía enteral y hacer extensible su uso. Se utiliza mayoritariamente para control de síntomas y en situación de últimos días.

Métodos

Revisión bibliográfica exhaustiva de guías de práctica clínica y administración de fármacos, manuales, artículos y bibliografía relacionada. Se analizaron características farmacocinéticas y farmacodinámicas, principales regiones anatómicas de administración, volúmenes y ritmos de infusión máximos de fármacos e hidratación (hipodermoclisis), características que deben cumplir los fármacos candidatos y síntomas que pueden manejarse.

Resultados

Se trata de una técnica segura, poco agresiva y de fácil utilización, proporciona autonomía, menos efectos secundarios que la vía intravenosa (con equivalente efectividad) y menos dolorosa que la intramuscular. En contraposición, la velocidad de absorción es más lenta y existe limitación en el número de fármacos y su volumen. Las zonas principales de administración son: infraclavicular, cara externa del brazo, cara anterior del abdomen, cara externa muslo y zona escapular. En cuanto a ritmos de infusión y volúmenes máximos, se pueden administrar bolos de hasta 2-3 ml, infusión continua de fármacos a 2 ml/h y un

volumen máximo para hidratación SC de 1000-1500 ml/24h por cada vía. Los fármacos deben ser hidrosolubles, poseer baja viscosidad, no citotóxicos, irritantes ni necrosantes y formar parte de soluciones isotónicas y de pH neutro. Entre los síntomas que se pueden tratar debemos destacar: dolor, convulsiones, agitación, disnea, náuseas, vómitos, secreciones, etc.

Conclusiones

En conclusión, se debe destacar su uso frecuente en CPP, pero podría ser utilizada ocasionalmente en otras unidades cuando el resto de vías no son una opción, aumentando la calidad de vida de los pacientes.

Atezolizumab en combinación con quimioterapia en primera línea para cáncer de pulmón microcítico: eficacia y seguridad en la práctica clínica

Autores: Ana Infante Camarero, Isabel Gutiérrez Fernández, Beatriz Castaño Rodríguez, Mª Paz Espinosa Gómez

Introducción

El Cáncer de Pulmón Microcítico en estadio extendido(CPM-EE) es una enfermedad muy agresiva que no ha tenido mejoría en supervivencia en los últimos años.

Objetivo

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad de Atezolizumab en combinación con quimioterapia en primera línea de CPM-EE en la práctica clínica habitual.

Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo que incluyó los pacientes con diagnóstico de CPM-EE que recibieron atezolizumab en combinación con quimioterapia basada en Platino+Etopósido durante el periodo comprendido entre Octubre 2019 y Mayo 2021 en un hospital de tercer nivel.Se solicitó autorización a la Dirección Médica del centro al estar indicado pero pendiente de financiación por el Sistema Nacional de Salud(SNS).

A partir de la historia clínica electrónica y el programa de pacientes ambulantes, se recogieron variables demográficas y clínicas. La eficacia se determinó como supervivencia libre de progresión(SLP),supervivencia global(SG) y tasa de respuesta objetiva(TRO)siguiendo criterios immunotherapy Response Evaluation Criteria In Solid Tumors(iRECIST). Se recogieron los eventos adversos(EA).Los datos se procesaron mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences(SPSS).Se analizaron las toxicidades según los criterios Common Terminology Criteria for Adverse Events(CTCAE)v.5.0.

Resultados

Nº pacientes	**9**

Sexo	66,7% hombres
Mediana de edad	65 años
Hábito tabáquico	
Fumador	5
Exfumador	1
No documentado	3
ECOG=0	3
ECOG=1	6
Metástasis cerebrales	2
Metástasis hepáticas	4
Metástasis suprarrenales	2
Carboplatino-Etopósido	6
Cisplatino-Etopósido* ***Un paciente cambió a carboplatino por experimentar toxicidad renal a cisplatino**	3
Mediana de duración del tratamiento con atezolizumab	4,7meses(2,8-17,3)
Mediana del número de ciclos recibidos	7 ciclos (4-24).

A fecha de corte del estudio (11/05/2021), con una mediana de seguimiento de 4,9 meses, 5 pacientes habían finalizado el tratamiento (3 por progresión y 2 éxitus). De los pacientes que continúan en tratamiento activo, uno de ellos, ha recibido 24 ciclos, demostrando un beneficio duradero.

Autoadminsitración de terapia biológica en pacientes con asma grave no controlada

Autores: Plasencia García I., de Lorenzo García I., García Robaina J.C., Díaz Pérez D., Pendiente Pendiente E., Merino Alonso J.

Introducción

La terapia biológica en el tratamiento del asma grave no controlada (AGNC) permite la autoadministración en domicilio con los fármacos de administración subcutánea (omalizumab, mepolizumab, benralizumab). No existe esta posibilidad para reslizumab, de administración intravenosa y del mepolizumab en pacientes entre 6-11 años que precisan de viales de administración subcutánea. Antes de marzo de 2020 era una práctica poco extendida en este grupo de pacientes (en nuestro centro un 8% de los pacientes de Neumología, 25% de los pacientes de Alergología y el 100% de los pacientes de Pediatría).

Objetivos

Analizar el paso a autoadministración y las causas de no autoadminsitración en nuestra serie de pacientes con AGNC activos a 13 de mayo de 2022, de forma global, por Servicio y por fármaco.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo en el que analizamos los siguientes datos a partir de una base de datos compartida en el que se incluyen entre otros: fármaco, servicio, fecha inicio, fecha suspensión, causa de no autoadminsitración y como variable dicotómica autoadministración (Sí/No).

Resultados:

Se incluyeron 155 pacientes con una media de 48±17 años, 69% mujeres. Las causas de no autoadministración, así como el porcentaje de pacientes que pasan a autoadministración de forma global, por servicios y por fármaco se muestran en la siguiente tabla:

CAUSAS No autoadminsitración	**n (%) GLOBAL**		
Período de formación	22 (42)		
Decisión paciente	8 (15)		
Seguimiento estrecho	6 (11)		
Adminsitración en centro a 70km	9 (17)		
Vial IV/sc	7 (13)		
Traslado centro	1 (2)		
% AUTOADMINSITRACIÓN	66		
% AUTOADMINSITRACIÓN FINAL*	**82**		
No autoadministración/Servicios n(%)	**Alergología**	**Neumología**	**Pediatría**
Período de formación	2 (18)	20 (51)	0 (0)
Decisión paciente	3 (27)	5 (13)	0 (0)
Seguimiento estrecho	0 (0)	6 (15)	0 (0)
Adminsitración en centro a 70km	4 (37)	5 (13)	0 (0)
Vial IV/sc	1 (9)	3 (8)	3 (100)
Traslado centro	1 (9)	0 (0)	0 (0)
% AUTOADMINSITRACIÓN	73	62	77
% AUTOADMINSITRACIÓN FINAL*	**81**	**80**	**100**

No autoadministración/Fármaco n(%)	**Omalizumab**	**Mepolizumab**	**Benralizumab**
Período de formación	3 (27)	8 (44)	10 (53)
Decisión paciente	5 (46)	1 (6)	2 (11)
Seguimiento estrecho	0 (0)	1 (6)	5 (26)
Adminsitración en centro a 70km	3 (27)	5 (27)	1 (5)
Vial IV/sc	0 (0)	3 (17)	0 (0)
Traslado centro	0 (0)	0 (0)	1 (5)
% AUTOADMINSITRACIÓN	78	66	59
% AUTOADMINSITRACIÓN FINAL*	**83**	**83**	**77**
* Se excluye pacientes en período de formación, traslados a otros centros y prescripción de viales IV/sc			

Conclusiones:

La pandemia por COVID-19 provocó un aumento de pacientes con AGNC en autoadminsitración con el objetivo de reducir el número de visitas al centro.

La autoadministración en pacientes con AGNC exige un mayor seguimiento en las Unidades de Pacientes Externos de los Servicios de Farmacia, al ser los profesionales con mayor contacto con los pacientes.

Las principales causas de no autoadministración en pacientes con AGNC son decisión del paciente y razones clínicas que precisan de un seguimiento aún más estrecho, bien por inestabilidad clínica o por antecedentes de toxicidad.

Baricitinib en pacientes covid-19: ¿una opción terapéutica efectiva y segura?

Autores: Duque Aguilar JJ, Tena Alejandre P, Almanchel Rivadeneyra A, González Bartolomé J, Caba Hernández C, Fernández Lisón LC.

Objetivos

Descripción de la efectividad observada tras la adición de baricitinib a pacientes COVID-19 de riesgo moderado y la contribución de éste al perfil de toxicidades durante ingreso y al alta.

Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes COVID-19, confirmados por prueba PCR, de riesgo vital estimado moderado entre diciembre de 2020 y abril de 2021. La información procedió de la historia clínica, el registro de pruebas de laboratorio y los programas de validación y dispensación de medicación. La seguridad se evaluó mediante registro de eventos adversos.

Resultados

En total 33 pacientes iniciaron tratamiento con baricitinib. La mediana de edad fue de 66 años. El tratamiento estándar durante su ingreso incluyó heparinas de bajo peso (HBPM), oxigenoterapia a bajo flujo, glucocorticoides y antibioterapia empírica. Del total, 12 pacientes (36,37%) iniciaron baricitinib a dosis de 2mg ajustada a edad y/o función renal.

14 pacientes (42,42%) completaron al menos siete días de tratamiento, 8 (24,24%) fueron dados de alta durante la terapia, 4 (12,12%) suspendieron tratamiento por empeoramiento y 7 (21,22%) cesaron por *exitus*.

Tras seguimiento a cuatro semanas de pacientes que completaron tratamiento, 2 (9,09%) resultaron *exitus*.

Respecto al perfil de eventos adversos: 3 pacientes (13,63%) experimentaron otras infecciones durante ingreso, 5 (22,72%) desarrollaron trombocitosis y 10 (45,45%) manifestaron elevación de las transaminasas.

Conclusiones

La adición de baricitinib pudo acortar el tiempo hasta alta, siendo necesario identificar qué subgrupo de pacientes se vería beneficiado.

El uso concomitante con inmunosupresores pudo favorecer infecciones oportunistas. En base al perfil de eventos adversos, aconsejaríamos la monitorización de transaminasas y la profilaxis con HBPM dado el probable riesgo incrementado de fenómenos tromboembólicos.

Evaluación de brentuximab vedotín en la práctica clínica

Autores: Inmaculada Casas Hidalgo, María de la Paz Casas Hidalgo, Patricia Rodríguez Gómez

Introducción y Objetivo:

Describir la efectividad y seguridad de brentuximab vedotín(BV) de acuerdo con la experiencia de su uso en la práctica clínica.

Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo que incluye a todos los pacientes que iniciaron tratamiento con BV en un hospital de tercer nivel durante dos años.

Resultados:

Se incluyeron 12 pacientes: 58% hombres y mediana de edad 42(22-67).

Diagnóstico: linfoma de Hodgkin clásico subtipo esclerosis nodular (10 pacientes), linfoma anaplásico NK (1 paciente) y micosis fungoide transformada a linfoma T de células grandes (1 paciente).

Estadío de la enfermedad: I(1/12), II(6/12), III(1/12), IV(4/12).

La mediana de ciclos previos fue de 10(rango 14 – 7). Los tratamientos previos más frecuentes fueron: ABVD(10/12), ESHAP-MINE(8/12), CHOP(5/12), GPD(5/12).

La mediana de ciclos de BV recibidos fue de 4(rango 1 – 7).

Efectividad: RC(4/12), RP(5/12), enfermedad en progresión(2/12) y pendiente de evaluación(1/12).

Los efectos adversos se manifiestan en el 33,33% de los pacientes. Los más frecuentes fueron: molestias abdominales, lesiones eritematosas y neuropatía sensitiva periférica grado II (reversible). 1 paciente presentó reacción infusional, lo que conllevó a la suspensión de BV.

Se produjo éxitus en 2 pacientes al poco tiempo de iniciar el tratamiento con BV.

Conclusiones:

Brentuximab vedotín es un tratamiento efectivo, consiguiéndose remisión completa o parcial en la mayoría de los pacientes.Sin embargo, presenta una toxicidad que conlleva a la retirada del fármaco en uno de los pacientes.El éxitus que se produce en dos pacientes, tiene lugar al inicio del tratamiento con BV, por lo que las causas parecen estar más relacionadas con el avanzado estadío de la enfermedad.No obstante, se necesitan estudios a más largo plazo y con mayor población para conocer el balance beneficio-riesgo.

Características y vacunación de los pacientes covid-19 inmunocomprometidos en un hospital terciario

Autores: Drozdz Vergara A, Del Pozo Carlavilla C, Collado Sanz JM, Alabort Ayllón H, Tébar Martínez E, Sánchez Serrano JL.

Introducción

La población inmunocomprometida podría tener una respuesta inmune inferior a la de la población general tras la inmunización frente a COVID-19. Según la estrategia de vacunación nacional se recomienda administrar dosis de recuerdo (DR) en esta población a los 5 meses tras la pauta completa de primovacunación (PCP): dos dosis más una dosis adicional (DA).

Objetivos

Analizar y conocer las características y vacunación frente a COVID-19 de los pacientes inmunodeprimidos ingresados en un hospital de tercer nivel durante la sexta ola por SARS-CoV-2.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron los pacientes adultos inmunocomprometidos ingresados el 10/01/2022 con diagnóstico confirmado por PCR-SARS-CoV-2. Variables: sexo, edad, días de ingreso (DI), condición de inmunosupresión, PCP y mortalidad. A fecha del estudio no se había comenzado a administrar DR en inmunodeprimidos. Los datos se obtuvieron de la historia clínica digitalizada. Las variables cuantitativas se expresaron en mediana (rango intercuartil; RIQ) y las cualitativas en valor absoluto (relativo).

Resultados

Se incluyeron 26 pacientes, 78 años (65-83), 10 (38%) mujeres, mediana de 12 DI (7-23). Principales condiciones de inmunosupresión: enfermedad oncohematológica en los últimos 5 años n=9 (34,6%), tratamiento activo con

inmunosupresores/corticoides a dosis altas n=6 (23,1%) y trasplante de órgano sólido n=4 (15,4%). PCP: n=8 (53,3%) hombres.

Edad	**PCP**	**No vacunados**	**Mortalidad**
< 60 años	N=2 (13,3%)		
60-80 años	N=5 (33,3%)	N=1 (100%)	N=1 (16,7%)
> 80 años	N=8 (53,3%)		N=5 (83,3%)
Total	N=15 (57,7%)	N=1 (3,8%)	N=6 (23,1%)

Conclusiones:

El 57,7% de los hospitalizados presentaron PCP, el grupo mayoritario fueron hombres de > 80 años, grupo que mostró una mortalidad superior. No se produjo ningún exitus en < 60 años pese a que fue el grupo de edad con menor PCP.

La población con más de 80 años es la más vulnerable a la COVID-19 por una mayor pérdida de la protección con el tiempo. Por tanto, sería candidata a una inmunización de recuerdo más frecuente. No obstante, es necesaria la realización de más estudios para confirmar dicha afirmación.

Caso clínico: evaluación de la efectividad y seguridad de trastuzumab deruxtecan en el tratamiento del cáncer de mama her2+ metastásico.

Autores: Almanchel Rivadeneyra, A; Tena Alejandre, P; Duque Aguilar, JJ; González Bartolomé, J; Dobrito Palles, A; Fernández Lisón, LC.

Introducción

El trastuzumab-deruxtecán está indicado, en monoterapia, para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de mama HER2-positivo no resecable o metastásico que han recibido dos o más pautas previas dirigidas a HER2.

Objetivo

Evaluar la efectividad y seguridad de trastuzumab-deruxtecán en el cáncer de mama HER2+ metastásico.

MATERIAL Y METODO:

Estudio observacional retrospectivo de una paciente en tratamiento con trastuzumabderuxtecán. Variables recogidas: edad, líneas previas, estado clínico, evolución. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica informatizada

Resultados:

Paciente de 43 años, con cáncer de mama HER2+, que tras 5 líneas de tratamiento con terapia HER2-dirigida, presenta progresión tumoral con nódulos en pared torácica y adenopatías axilares. 2 nódulos subcutáneos(sc) en mama derecha de 1 centímetro y otro de 2 centímetros más caudal. (Tras 3ªlinea: progresión cutánea). Junto con mal estado general, se plantea uso compasivo con trastuzumab-deruxtecán, inicio:18/06/2021. A partir del 2ºciclo: desaparecen nódulos y adenopatía cervical derecha. Tras 5ºciclo se realiza TAC de reevaluación:con mejoría radiológica pulmonar y de los nódulos torácicos.7ºciclo: disminución adenopátias axilares e inginales izquierdas. Evolución Ca15.3 PREVIO 4ºCICLO 11ºCICLO 14ºCICLO 61 46 35 30 En cuanto a seguridad: En 9ºciclo: refiere picor induración mama izquierda, que se resuelve con dexclorfeniramina. En 13ºciclo: aparece mínimo linfedema en zona superior brazo izquierdo. Actualmente la paciente ha recibido un total de 17 ciclos de

trastuzumabderuxtecán mantiene mejoría clínica, con enfermedad estable tras reevaluación por TAC y buena tolerancia al tratamiento.

Conclusiones:

El tratamiento a resultado eficaz y seguro, y supone una nueva alternativa para los pacientes que han sido tratados previamente por cáncer de mama metastásico HER2 positivo.

Comparación indirecta nirmatrelvir/ritonavir, remdesivir y molnupiravir en paciente ambulatorio con alto riesgo de progresión a enfermedad grave

Autores: Pablo Selvi Sabater, Juan Abellon Ruiz, Jose Pastor Cano, Cristina Roig Ramirez y Victor Rausell Rausell

Introducción

Actualmente con la cepa BA.2 los tratamientos activos frente a COVID son escasos.

Objetivo

Comparación indirecta de eficacia de los tratamientos antivirales para el COVID19 activos frente BA.2 en el paciente ambulatorio con alto riesgo de progresión

Material y métodos

Se incluyeron aquellos antivirales de uso autorizado en España y que son activos frente a la cepa BA.2 (Molnupiravir, Nirmatrelvir/Ritonavir y Remdesivir). Para comparar los datos se utilizaron los datos publicados en los ensayos clínicos para el tratamiento de paciente ambulatorio con alto riesgo de progresión de cada fármaco.

La comparación indirecta se realizó para la variable principal de los ensayos clínicos (hospitalización y/o muerte) mediante el método Bucher, y se considera que las diferencias son estadísticamente significativas cuando la $p<0,05$.

Resultados

Previamente, y para poder realizar la comparación indirecta, se calculó el riesgo relativo (RR), los intervalos de confianza al 95% (IC95%) y la significación estadística (p) de cada tratamiento frente a placebo:

Remdesivir VS placebo RR 0,14 (IC95% 0,03 a 0,59) p=0,008

Nirmatrelvir/ritonavir VS placebo RR 0,15 (IC95% 0,06 a 0,34) p<0,0001

Molnupiravir VS placebo RR 0,52 (IC95% 0,33 a 0,8) p=0,0048

Todos los fármacos demostraron ser superior a placebo en sus respectivos ensayos para esta variable.

A continuación se presentan dos datos (RR, IC95% y p) de la comparación indirecta:

Nirmatrelvir/ritonavir VS Molnupiravir RR 0,29 (IC95% 0,11 a 0,76) p=0,01*

Remdesivir VS Molnupiravir RR 0,26 (IC95% 0,05 a 1,23) p=0,09

Remdesivir VS Remdesivir RR 0,9 (IC95% 0,16 a 5,05) p=0,9

Un RR<1 indicaría un mejor resultado del fármaco situado en primer lugar (menor riesgo de sufrir evento: hospitalización y/o muerte) si p<0,05)

Conclusiones

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre remdesivir vs molnupiravir o remdesivir vs nirmatrelvir/ritonavir.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre Nirmatrelvir+Ritonavir y molnupiravir, siendo nirmatrelvir/ritonavir más eficaz en esta comparación indirecta

Controversia en la administración de una dosis de recuerdo de vacuna frente al COVID-19

Autores: Notario Dongil C, Pérez Carrero C, Saiz Molina JJ, Marcos De La Torre A, Pérez Fácila A, Alañón Pardo MM.

Introducción

En los pacientes en situación de inmunosupresión se espera una peor respuesta tras la administración de la vacuna frente al COVID-19 en comparación a la generada en población general.

Objetivo

Analizar la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes oncológicos tras la administración de la segunda dosis de la vacuna.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo de 10 meses de duración (01/01/2021-31/10/2021). Se incluyeron aquellos pacientes oncológicos en tratamiento activo con quimioterapia intravenosa. Las variables recogidas fueron: Tipo de vacuna, fecha vacunación (primera y segunda dosis), fecha de administración de tratamiento oncológico más cercana a la administración de la vacuna, infección por SARS-CoV-2, ingreso hospitalario, exitus. Los datos fueron recolectados del módulo de Pacientes Ambulantes (Farmatools) y de la historia clínica informatizada, MambrinoXXI®

Resultados

Se analizaron un total de 279 pacientes, de los cuales un 88% habían recibido la pauta completa de vacunación. De ellos, el 94% habían sido vacunados con Pfizer- BioNTech, el 4% con Moderna, y el 2% restante con Astrazeneca y Johnson & Johnson/ Janssen. Del total de pacientes infectados (57 pacientes),

el 86% no habían recibido la vacuna. Un 12% habían presentado infección por COVID-19 previo a recibir la vacuna y el 2% tras recibir la pauta completa. Durante el periodo de estudio, 53 pacientes fueron exitus, no siendo la infección por COVID-19 la causa de muerte en ninguno de ellos. De total de pacientes vacunados, ninguno de ellos cursó ingreso tras completar la pauta de vacunación.

Conclusiones

En base a los resultados del estudio, se observa un alto porcentaje de respuesta a la vacuna frente al COVID-19 tras completar la segunda dosis. La vacunación protege de la enfermedad grave (ingreso hospitalario) y de muerte por COVID-19. Se necesitan más estudios que confirmen la duración de la inmunidad a largo plazo en este grupo de población.

DINÁMICA DE LA PANDEMIA DE SARS-cov-2 EN EL SUR DE ESPAÑA

AUTORES: María de la Paz Casas Hidalgo, Inmaculada Casas Hidalgo, Mª Fe Bautista Marín

INTRODUCCIÓN.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha exigido a los Laboratorios Microbiológicos una adaptación de sus recursos y capacidades técnicas para dar la respuesta necesaria, convirtiéndose en un pilar fundamental en las estrategias de detección, vigilancia y control de la COVID-19.

OBJETIVO.

Conocer las características demográficas y distribución temporal de la infección por SARS-CoV-2 en nuestra área.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Desde abril de 2020 cuando comenzamos a realizar la RT-PCR SARSCoV-2 en el Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería(AGSNA),hasta septiembre de 2021 se recibieron 115972 muestras respiratorias de vías altas para estudio de SARS-CoV-2.Las muestras se procesaron por la técnica de RT-PCR a tiempo real, con el kit AllplexTM SARS-CoV-2 (Seegene InC, Seúl, Korea) y el kit Xpert Xpress SARS-CoV-2 (Cepheid).Se recogieron datos demográficos,sexo,edad,procedencia y fecha del estudio.

RESULTADOS.

Del total de muestras procesadas, el 21,9% eran de procedencia hospitalaria.De éstas, el 12,1% procedían del Servicio de Urgencias y el 9,8% de otros Servicios/Consultas del hospital. Del total de muestras analizadas el 9,7% fueron positivas. De las muestras positivas, el 51,4% correspondían a mujeres. La distribución por edad(<1, 1-5, 6-15, 16-45, 46-70 y >70 años) fue 0,31%, 4,5%, 10,2%, 45,8%, 29,1% y 10,1% respectivamente (rango de edad: 19 días -120 años). La mayor tasa de positividad correspondió al tercer y cuarto trimestre en el año 2020(34,5% y 60,9% respectivamente) y al primer y tercer trimestre en el 2021(67,6% y 21,7%, respectivamente).

CONCLUSIÓNES.

1. La infección por SARS-CoV-2 afecta prácticamente igual a mujeres que a hombres.

2. La mayor prevalencia se observa en la población adolescente y adulta joven.

3. Las olas pandémicas que más han afectado al AGSNA han sido la segunda y tercera ola.

Disección aórtica aguda, a propósito de un caso clínico.

Autores: Nerea García Soria, Hortensia Fuentes Almagro, Pablo Madrigal Laguía, Rocio Luján Martínez, Sara Carrasco Claros.

Introducción:

La disección aórtica aguda es una urgencia médica asociada a una alta mortalidad, por lo que es fundamental su diagnóstico precoz. Es característica en hombres hipertensos mal controlados entre los 60 y los 70 años de edad.

Objetivo, métodos, resultados:

Paciente varón de 56 años con HTA mal controlada, dislipemia y DM II, que acude por dolor centrotorácico no opresivo, desgarrante, mal definido, sin irradiación ni cortejo vegetativo de inicio súbito.
A su llegada regular estado general. Consciente, orientado.
- TA 150/86 mmHg en brazo derecho y 110/80 mmHg en brazo izquierdo; FC 85 lpm; Sat de O2: 96%.
- ACP: Rítmica, sin soplos. Normoventilación con MVC.
- ECG: RS a 87 lpm, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización.
- Analítica: Primera determinación de troponinas T en 37 pg/ml, la segunda en 51 pg/ml y la tercera en 40 pg/mlL.
- TAC: Disección aorta ascendente tipo A de Standford que se extiende hasta aorta descendente (suprarrenal).

Conclusiones

Ante un dolor torácico agudo debemos descartar las patologías más frecuentes, como son: el SCA, el tromboembolismo pulmonar y el síndrome aórtico agudo. Aunque el síndrome aórtico agudo es la patología más infrecuente de las comentadas, es fundamental tenerla en cuenta ante un paciente con sospecha inicial de SCA con ECG y troponinas normales. El dolor torácico es el síntoma más frecuente. El tratamiento inicial consiste en el control de la tensión arterial y el dolor. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía transesofágica, aunque de urgencia puede usarse el TAC torácico.

Efectividad de biterapia antirretroviral en pacientes con vih.

Autores Tena Alejandre, P.; Duque Aguilar, JJ.; Almanchel Rivadeneyra, A.; González Bartolomé, J.; Caba Hernández, C.; Fernández Lisón, LC.;

Introducción

La introducción de la terapia antirretroviral aporta beneficios a nivel económico, para simplificar tratamientos y a nivel de interacciones farmacológicas con respecto a otros esquemas de tratamiento en pacientes con VIH. Ante estos hechos conviene saber la efectividad que tiene frente a las demás alternativas terapéuticas.

Objetivo

Evaluar la eficacia que tiene la introducción de biterapia antirretroviral en pacientes con VIH durante los dos primeros años de tratamiento.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes que empezaron con biterapia desde enero de 2016 hasta enero de 2019. Se recopilaron datos demográficos de los pacientes y número de tratamientos antirretrovirales previos. Se recogió la carga viral en el momento del inicio de la biterapia y en las determinaciones semestrales realizadas durante los dos primeros años de tratamiento.

Resultados

Se detectaron 19 pacientes con una edad media de 54,5 años (DE±9,8) de los cuales 13 (68,4%) de ellos son hombres y 6 (31,6%) mujeres. Analizando el número de tratamientos previos con antirretrovirales de los pacientes, se ha visto que este fue de 4,3 (DE±1,6). En ningún caso se puso biterapia desde el inicio. La carga viral previa de estos pacientes era indetectable excepto en un paciente. Las determinaciones realizadas semestralmente durante los dos primero años tras empezar el tratamiento fueron indetectables en todos los pacientes, con la particularidad de que en tres de ellos aparecieron “blips” en un control analítico.

Conclusión

No hubo ningún caso de fracaso virológico, con lo que se puede afirmar que durante estos dos primeros años la biterapia ha sido, al menos, igual de efectiva que el tratamiento previo.

Efectividad y seguridad de irrigación vesical con alumbre 1% en hematuria persistente

Introducción

En el manejo de la cistitis hemorrágica se emplean irrigaciones vesicales con sales de aluminio para conseguir la estabilización hemodinámica del paciente. El alumbre es astringente y forma precipitados de proteínas sobre la pared de la vejiga disminuyendo la permeabilidad capilar y provocando vasoconstricción.

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de irrigaciones vesicales con alumbre a una velocidad de administración adecuada para el paciente en el tratamiento de la hematuria persistente.

Material y métodos

Se realizó búsqueda bibliográfica en bases de datos y Guías Clínicas de Urología, se redactó un procedimiento de elaboración y se estableció un protocolo de trabajo con el servicio de Urología a fin de establecer una velocidad máxima de irrigación que sea efectiva y segura para el paciente.

Resultados

El servicio de Urología solicita al Servicio de Farmacia la elaboración de la fórmula magistral de alumbre 1% para realizar lavados vesicales continuos en pacientes con hematuria persistente cuando los lavados con salino fisiológico al 0,9% no han sido efectivos. La bibliografía recoge protocolos con una velocidad de irrigación de 200-300 mL/h pero dada la gravedad de la hematuria de algunos paciente los urólogos desean ponerlo a alta velocidad. Desde Farmacia se aconseja no superar 300 mL/h y una duración de 3 días. Una duración prolongada podría favorecer la aparición de efectos adversos (acidosis metabólica, dolor suprapúbico y espasmos vesicales). Por otro lado, un exceso de velocidad de administración, resultaría ineficaz pues el alumbre ejerce su acción mediante la precipitación de proteínas por lo que para que pueda actuar, la velocidad debe ser lenta.

Conclusiones

La implicación del farmacéutico en equipos multidisciplinares colaborando en la toma decisiones farmacoterapeuticas con el equipo médico y de enfermería resulta fundamental para conseguir resultados en salud.

Efecto inmunomodulador y antioxidante de un remedio herbolario en sujetos sanos

Autores: Villegas Rivera G[1,2], Román Pintos L[2], Barragán García A[3], Vega Magaña A[2], García Chagollán N[2], Gutiérrez Iñiguez C[2]1 Centro de Investigación Clínica y Medicina Traslacional CIMeT [2] Universidad De Guadalajara, [3] Universidad Xochicalco

Introducción

Existe evidencia del efecto inmunomodulador y antioxidante de distintos remedios herbolarios como *Sambucus nigra, Echinacea purpurea, Quercetina* y fructanos de Agave, pero no de su combinación.

Objetivo

Evaluar el efecto inmunomodulador y antioxidante de un remedio herbolario en voluntarios sanos.

Métodos

Ensayo clínico, aleatorio, doble ciego, con grupo placebo en paralelo, fase I en 40 sujetos. Hombres y mujeres clínicamente sanos. No fueron incluidos sujetos con tratamientos previos, hipersensibilidad reconocida a los productos, uso de antibióticos o medicamentos antiinflamatorios o alteraciones clínicas clínicamente significativas. Los sujetos fueron aleatorizados a cualquiera de los dos grupos: remedio o placebo, c/ 24h x 28 días. Se realizó una evaluación de escrutinio (-14 días), una basal (día 0), dos intermedias (días 7 y 14), una final (día 28). Las variables de desenlace primario fueron marcadores inmunomoduladores entre el día 0 y el día 28. Secundariamente, se evaluó el efecto antioxidante, parámetros somatométricos, determinaciones bioquímicas de seguridad, y síntomas respiratorios. Durante todo el estudio se verifico el apego al tratamiento, eventos adversos y tratamientos concomitantes.

Resultados

Los datos mostraron que el remedio herbolario tuvo un impacto en la disminución de la PCR en el grupo del remedio en respecto a su resultado basal-final ($p<0.05$)

además de presentar menos sintomatología respiratoria respecto al grupo placebo.

Conclusión. Los hallazgos encontrados evidencian el potencial del remedio herbolario como inmunomodulador y antioxidante a la espera de los resultados del resto de estudios.

Eficacia de ustekinumab en pacientes con enfermedad de Crohn.

Autores: Maria del Valle Sánchez-Matamoros Piazza; Ángela Alcalá Soto; Álvaro Morales Garcia;

Introducción

Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal IgG1κ humano que ataca a las interleucina-12 y 23. Ha sido aprobado para enfermedad de Crohn (EC) activa, moderada a grave en pacientes adultos con respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia al tratamiento convencional o antagonistas del TNFα.

Objetivo

El objetivo es evaluar la efectividad de Ustekinumab en pacientes con EC.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo de pacientes con EC que iniciaron tratamiento con Ustekinumab desde enero 2018 hasta diciembre 2020 en un hospital de 500 camas.

Se recogieron las siguientes variables: demográficas, número de líneas biológicas previas, calprotectina fecal (CF), proteína C reactiva (PCR) antes de Ustekinumab y a la octava semana y, respuesta clínica.

Resultados

33 pacientes, 20 mujeres (60,6% hombres). Todos recibieron tratamiento previo con alguna línea biológica excepto 3 pacientes cuyo tratamiento inicial fue Ustekinumab. 6 (18,18%) pacientes fracasaron en 3 líneas previas, 11 (33,3%) después de 2 líneas y 13 (39,4%) tras una línea anterior.

Sólo 12 pacientes pudieron obtener datos de CF al inicio del estudio, media de 559,45 ± 1192 µg/g. La media de PCR 19,29 ± 35,61 mg/dL. A las 8 semanas CF de 638,82 ± 736 µg/g y PCR 16,32 ± 32,68 mg/dL.

En cuanto a la respuesta clínica, 20 (60,6%) tuvieron mejoría en cuanto al dolor abdominal y deposiciones, sin embargo, 13(39,4%) no tuvieron mejoría, algunos mantuvieron números de deposiciones estables. Por otro lado, algunos de ellos presentaron empeoramiento clínico.

Conclusiones

El uso de ustekinumab aunque ha sido aprobado para el tratamiento de la EC no parece tener un resultado importante en cuanto a la reducción de la CF y la PCR, sí parece presentar mejoría en respuesta clínica. Dados los datos censurados y el bajo número de poblaciones incluidas, se necesitan más estudios para evaluar la eficacia y seguridad de ustekinumab en pacientes con EC.

Eficacia y seguridad de dupilumab en pacientes con dermatitis atopica moderada a grave

Autores: Caba Hernández C., Tena Alejandre P., Duque Aguilar J.J, Almanchel Rivadeneyra; Gonzalez Bartolomé J., Fernández Lison L.C.

Introducción

Dupilumab es un anticuerpo monoclonal recombinante de la IgG4 humana que inhibe la señalización de la interleucina-4 y la interleucina-13, indicado en el tratamiento de pacientes con dermatitis atópica moderada a grave.

Objetivo

Estudiar la efectividad, seguridad y adherencia de los pacientes en tratamiento con dupilumab en dermatitis atópica moderada a grave.

Materiales y métodos

Estudio observacional, retrospectivo en el que se incluyó a los pacientes en tratamiento con dupilumab desde Octubre de 2017 a Mayo de 2021. Se revisaron las historias clínicas digitalizadas, las dispensaciones desde el Servicio de Farmacia y los datos registrados en Valtermed®. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, las variables IGA (Investigator global assessment) y EASI (Eczema Area anda SeverityIndex) antes, a las 16 y a las 24 semanas del tratamiento con dupilumab, adherencia al tratamiento y los efectos adversos.

Resultados

Se incluyeron un total de 12 pacientes con una mediana de edad de 26 años (16-54), siendo el 45,45% mujeres y el 54,54% hombres. Se excluyeron a 5 pacientes por no haber cumplido las 16 semanas de tratamiento. La mediana de las variables en el momento de la prescripción de dupilumab fue: EASI= 41 (65-25) y IGA= 4 (3-4). A las 16 semanas de tratamiento, se re-evaluaron las variables del estudio con los siguientes resultados: mediana de valores EASI= 10,6 (3-15), y mediana de valores IGA= 1 (1); a la semana 24 fueron: EASI= 5 (4-5) y IGA= 1 (1). Además 4 pacientes consiguieron un EASI 50 (reducción del 50% del valor de escala EASI) en la semana 16, de los cuales 3 de ellos consiguieron un EASI

90 en la semana 24. Los pacientes han presentado 100% de adherencia al tratamiento. Un paciente presentó conjuntivitis leve relacionada con el tratamiento con dupilimab, que no requirió retirada del mismo.

Conclusiones

Según los datos obtenidos, dupilumab es efectivo en los pacientes con dermatitis atópica, mejorando en sintomatología y calidad de vida, demostrando además tener un buen perfil de seguridad.

Estudio de compatibilidad de antimicrobianos más utilizados en oncología pediátrica administrados en “y “con nutrición parenteral pediátrica

Autores: Belén Sánchez Rodríguez, Elena Elvira Ladrón de Guevara, Marina Sánchez Valera, Diego Gamez Torres

Introducción

La composición de las nutricionales parenterales (NP)es variable e inestable al incorporar más elementos de los que ya las componen, la administracion en Y puede producir la desestabilización de la mezcla

Objetivo

Proporcionar información sobre compatibilidad durante la administración en Y de antimicrobianos (antibióticos, antivíricos, antifúngicos) usados junto con NP en la unidad de oncología pediátrica,

Material y métodos

Estudio descriptivo desarrollado en hospital de tercer nivel. Criterio de inclusión: todas las NP pediátricas y los antimicrobianos prescritos durante dos años por el servicio de oncología pediátrica. Los datos se recogieron del programa de prescripción electrónica inhospitalaria. Se seleccionaron las NP de 10 pacientes de edad media 6 años (3-7) y 21,68 Kg (14-28).

Para caracterizar la composición de las NP se calculó la proporción de hidratos de carbono, lípidos y proteínas que contenían las mezclas de tres días diferentes: el primer día, el último día y uno de los días durante el periodo en el que recibieron la nutricion parenteral.

Los medicamentos antibióticos que se analizaron fueron: Amoxicilina, Amoxicilina/Clavulánico, Ampicilina, Piperacilina/Tazobactam, Cloxacilina, Cefadroxilo, Cefazolina, Cefepima, Cefotaxima, Ceftazidima, Ceftriaxona, Imipenem/Cilastatina, Cotrimoxazol, Amikacina, Ciprofloxacina, Gentamicina, Teicoplanina, Vancomicina, Metronidazol y Linezolid. Los antivíricos: Aciclovir. Los antifúngicos: Anfotericina B y Fluconazol.

Se consultaron bases de datos (Stabilis ®, Micromedex®, Trissel®Pubmed) Fichas técnicas para realizar comprobaciones de compatibilidades

clasificándolas en una tabla diferenciando: compatibles, no probada e incompatibles.

ADMINISTRACIÓN EN "Y" DE ANTIMICROBIANOS Y NUTRICIONES PARENTERALES					
	NPT: AA (2- 5%) HC (5-35%) LIP (1,5 -5%)				NPT: AA(2-5%) HC(5-35)
	COMPATIBLE	INCOMPATIBLE	NO PROBADA		COMPATIBLE
Aciclovir		X			
Amikacina 5 mg/ml	X				
Amoxicilina					X
Amoxicilina/Clavulanico 5 mg/ml			X		
Ampicilina 50 mg/ml	X				
Anfotericina B		X			
Cefadroxilo			X		
Cefazolina	X				
Cefepima			X		
Cefotaxima 20 mg/ml	X				
Ceftazidima 40 mg/ml	X				
Ceftriaxona 20 mg/ml	X				
Ciprofloxacina 1mg/ml	X				
Cloxacilina			X		
Cotrimoxazol 0,8 mg/ml y 4 mg/ml	X				
Fluconazol 2 mg/ml	X				
Imipenem/Cilastatina 10 mg/ml	X				
Linezolid					X
Metronidazol 5 mg/ml	X				
Piperacilina/Tazobactam 40 mg/ml	X				
Teicoplanina			X		
Vancomicina 10mg/ml	X				

Conclusión

Optimización de la administración de antimicrobianos sin necesidad de detener el flujo de la NP.

por ello no se recomienda la práctica habitual de estas opciones de administración. Aportación del servisio de farmacia a la administración de fármacos de forma eficaz y segura al equipo de enfermería evitando errores y demoras

Estudio de utilización de inhibidores de tirosin kinasas en pacientes oncohematológicos

Autores: Pérez Fácila A; Marcos de la Torre A; González Escribano C; Saiz Molina JJ; Araque Arroyo P; Andrés Navarro N. Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)

Introducción

La incorporación de fármacos inhibidores de tirosina kinasa (ITK) al arsenal terapéutico ha cambiado sustancialmente el manejo del paciente oncohematológico.

Objetivo

Analizar el perfil de utilización fármacos ITK en un hospital general.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, en pacientes oncohematológicos tratados con ITK durante un año (2021). Variables recogidas: servicio clínico, tratamiento, diagnóstico, condición de uso (indicado/fuera de ficha técnica). Se analizó: 1) distribución de ITK según pacientes y diagnóstico y; 2) distribución de diagnóstico según pacientes e ITK prescritos.

Resultados

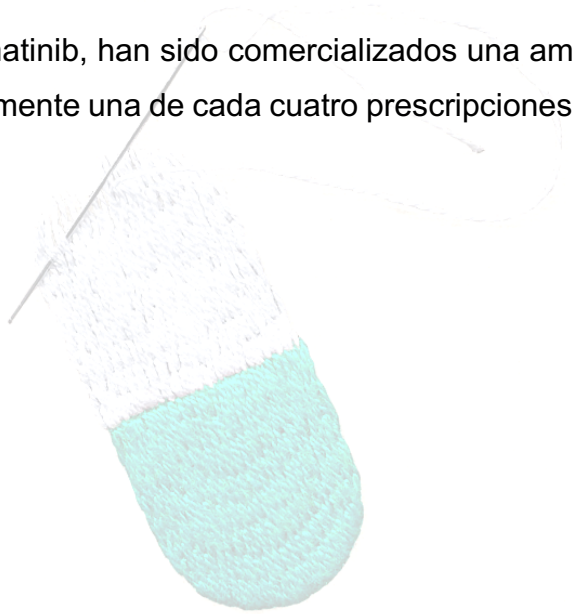
86 pacientes en tratamiento con ITK (322 pacientes con antineoplásicos orales), 90 prescripciones (22 ITK, 18 indicaciones distintas). Servicios clínicos (oncología: 62,2%; hematología: 32,2%; digestivo: 5,6%); indicación (fuera de ficha técnica: 6,7%).

ITK más utilizados (>5%): ibrutinib (20,0%), palbociclib (10,0%), regorafenib (8,9%), osimertinib (8,9%), imatinib (7,8%) y everolimus (7,8%). Ibrutinib se empleó mayoritariamente en leucemia linfocítica crónica (LLC) (75%), seguido de linfoma del manto (12,5%), linfoma linfocítico (6,25%) y linfoma de zona marginal (6,25%). Palbociclib (mama: 100%), regorafenib (colorrectal: 100%), osimertinib (pulmón no microcítico: 100%), imatinib [leucemia mieloide crónica (LMC): 50%; tumor del estroma gastrointestinal: 50%], everolimus (neuroendocrino de origen gastrointestinal: 60,0%; mama: 20,0%; renal: 20,0%).

Indicaciones más tratadas con ITK (>5%): pulmón no microcítico (18,9%), mama (16,7%), LLC (13,3%), LMC (10%), colorrectal (8,9%), renal (8,9%), hepatocarcinoma (5,6%). Cáncer de pulmón no microcítico fue tratado mayoritariamente con osimertinib (47,1%), seguido de alectinib (17,6%), erlotinib (11,8%), gefitinib (11,8%) y nintedanib (11,8%). Cáncer de mama (palbociclib: 60,0%; everolimus: 13,3%; ribociclib: 13,3%; abemaciclib: 6,6%; neratinib: 6,6%), LLC (ibrutinib: 100%), LMC (imatinib: 44,4%; nilotinib: 33,3%; bosutinib: 11,1%; dasatinib: 11,1%), cáncer colorrectal (regorafenib: 100%), cáncer renal (sunitinib: 37,5%; axitinib: 25% ; everolimus: 25%; cabozantinib: 12,5%), hepatocarcinoma (sorafenib: 60%; lenvatinib: 40%).

CONCLUSIONES:

Tras el desarrollo de imatinib, han sido comercializados una amplia variedad de ITK, suponiendo actualmente una de cada cuatro prescripciones antineoplásicas orales.



Estudio de utilización en vida real: eficacia y seguridad de los inhibidores de PSCK9

Autores: Monteagudo Martínez N, García Vercher A, Pellicer Castell A, Álvarez Arroyo L, Valero García S, Carrera Hueso J, Cebolla Beltrán T, Montañés Pauls B.

Objetivos

Conocer la utilización, eficacia y seguridad de los inhibidores de PSCK9 (iPSCK9) en un hospital comarcal.

Material y método

Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes tratados iPSCK9 desde el año 2017 hasta abril 2022.

Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, servicio prescriptor, indicación y valores de laboratorio pretratamiento y 6-12meses tras el inicio: (LDL-colesterol, colesterol, triglicéridos). Se comprobaron que dosis e indicaciones prescritas se ajustaban a criterios de financiación del sistema nacional de salud y ficha técnica.

Para la recogida de datos se utilizaron la historia clínica y analíticas (Abucasis® e iGestlab®).

Criterios de respuesta: consecución del LDL objetivo<70mg/dL para conseguir la disminución del riesgo cardiovascular expresado en medianas y rangos intercuartílicos(RIC) y por intención de tratar. Los datos se analizaron con Microsoft Excel Workbook®.

Resultados:

Se registraron 18 pacientes: 10 alirocumab, 8 evolocumab. La mediana de edad 60,99(RIC 53,98-67,05)años.

Indicación: 2 pacientes hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe), ninguno homocigótica, 4enfermedad cardiovascular intolerantes a estatinas, 11 no controlados con estatinas dosis máximas, 1 estatinas contraindicadas. Los

servicios prescriptores fueron: cardiología(8 pacientes), endocrinología(8), medicina interna(1), nefrología(1). Los pacientes consiguieron el objetivo de reducción de LDL, excepto uno motivado por mala adherencia al tratamiento. A destacar que 2 pacientes no diponían de valores de triglicérdios por anulación de la prueba.

	LDL-colesterol	Colesterol	Triglicéridos
Inicio	147(RIC 123-173)	239 (RIC 207-320)	227 (RIC 95-307)
6meses-1año	60 (RIC 45-92)	176 (RIC 128-286)	186 (RIC 92-385)
Δ	-87 (RIC -32; -79)	-63 (RIC -79; - 34)	-41 (RIC -3; 78)

No se registró ninguna reacción adversa (RA).

Conclusiones:

La utilización iPSCK9 en pacientes seleccionados consiguió el objetivo terapéutico. Aunque no se registraron RA, sería necesario realizar un seguimiento más prolongado para conocer el efectividad/seguridad a largo plazo.

Estudio de variantes de SARS-CoV-2 mediante PCR alelo-específica en un hospital comarcal

Autores: María de la Paz Casas Hidalgo ,Inmaculada Casas Hidalgo, Jesús Gil Tomás

Introducción

La secuenciación de genomas completos aporta la información más completa y precisa sobre las dinámicas de aparición y dispersión de variantes de un virus,pero esta estrategia no permite obtener resultados en un tiempo de respuesta adecuado.La PCR alelo-específica permite realizar un screening de variantes acortando tiempos.

Objetivos

Implementar un sistema de vigilancia epidemiológica para detectar variantes en circulación y nuevas mutantes de SARS-CoV-2 en un hospital comarcal.

Material y métodos

Las muestras positivas para SARS-CoV-2 se sometieron a una PCR alelo-específica desde abril hasta septiembre de 2021.Para ello,se usó el kit AllplexTM SARS-CoV-2 Variants I Assay (Seegene, Seúl,Korea) y el kit AllplexTM SARS-CoV-2 Variants II Assay(Seegene, Seúl, Korea). El primer kit detecta las mutaciones N501Y(compartida por las variantes alfa, beta y gamma),E484K(compartida por beta, gamma, iota, zeta y eta),la delección HV 69/70 (compartida por alfa y eta) y el gen RdRP.El segundo kit detecta las mutaciones L452R(compartida por delta,kappa y épsilon),W152C(variante épsilon),K417N(variante beta) y K417T(variante gamma).

Resultados

Se realizaron PCRs alelo-específicas a 1161 muestras pertenecientes a pacientes COVID-19 positivos,el 8,6% de ámbito hospitalario.En 46,4% se detectó la mutación L452R;el 43.1%, mostraron la mutación N501Y y la delección HV 69/70;El 1,3% fueron positivas para la mutación E484K; y, el 9,2% no presentaron ninguna mutación incluida en los kits.Del total de muestras,195 se enviaron para secuenciación genómica,mostraron una concordancia del 100% en la secuenciación.

Conclusiones

1. Este tipo de PCR permite la realización de un screening de manera más sencilla que la secuenciación,lo que ha facilitado su incorporación en la práctica clínica de un hospital comarcal.

2. La identificación prematura de la aparición y dispersión de las VOC y VOI,es primordial en términos de Salud Pública.

Estudio y evolución de tratamientos con paxlovid®

Autores: Beatriz Isabel García-Almenta García Hnd Zagagh Alicia Martínez Hernández

Introducción

Paxlovid® (Nirmatrelvir/Ritonavir 150mg/100mg) es un medicamento de uso restringido utilizado para tratamiento de COVID-19. El Nirmatrelvir es un inhibidor de la proteasa SARS-CoV-2 3CL que actúa interrumpiendo la replicación, mientras que el Ritonavir actúa como inhibidor del CYP-450 aumentando la eficacia del Nirmatrelvir al ralentizar su metabolización. El Ritonavir requiere una revisión previa de la medicación de los pacientes y está sujeto a un posible ajuste posológico debido a que es responsable de numerosas interacciones. Objetivo Evaluación de la evolución y RAM presentadas por los pacientes tratados con Paxlovid® en un hospital universitario en abril-mayo de 2022 y su percepción sobre el tratamiento.

Métodos

Revisión de historial clínico y encuesta telefónica de los pacientes, exceptuando uno de ellos ya que se encontraba hospitalizado. Los pacientes presentaban alto riesgo de desarrollo de COVID grave (Esclerosis Múltiple y Leucemias). Resultados De los seis pacientes revisados, 3/6 quedaron satisfechos con el tratamiento, 1/6 se muestra escéptico y 1/6 expresa frustración por la duración de la infección. Según los datos obtenidos de las entrevistas, 3 pacientes presentaron RAM: sabor amargo y anorexia (n=1) y diarrea (n=2). Uno de los dos pacientes que presentaron diarrea optó por interrumpir su tratamiento. La evolución es positiva en más del 80% de los pacientes: remisión clínica total en 2/6 y síntomas residuales en 3/6 (congestión, tos, presión en el pecho). El paciente que interrumpió su tratamiento desarrolló cuadro de neumonía LID tras diez días. Actualmente se encuentra ingresado y estable.

Conclusión

Pese a contar con una población limitada para este estudio, en general se observa una mejora clínica en los pacientes que completaron el tratamiento con Paxlovid® y no se detectaron RAM alarmantes. Por último, creemos importante recordar a los facultativos la importancia de la conciliación de medicamentos por posibles interacciones con el Ritonavir.

Evaluación de la efectividad de ocrelizumab en esclerosis múltiple.

Autores Tena Alejandre, P.; Duque Aguilar, JJ.; Almanchel Rivadeneyra, A.; González Bartolomé, J.; Caba Hernández, C.; Fernández Lisón, LC.;

Introducción

El ocrelizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado contra el antígeno CD20 de las células B para la EM remitente recurrente como para la primaria progresiva.

Objetivo

Evaluar la efectividad de ocrelizumab en esclerosis múltiple.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes tratados con ocrelizumab desde el Marzo de 2019 hasta marzo de 2022. Se recogieron datos demográficos, tipo y tiempo de evolución de la esclerosis múltiple. Se evaluó la efectividad sobre la clínica del paciente, como reducción en el número de brotes con esclerosis múltiple remitente-recurrente o como ausencia de la progresión de la enfermedad en esclerosis múltiple primaria-progresiva.

Resultados

Se detectaron 12 pacientes con una edad media de 45,75 años (DE±10,34) de los cuales 5 (41,67%) de ellos son hombres y 7 (58,33%) mujeres. El tiempo medio de evolución de la esclerosis múltiple es de 8,41 años. 8 (66,67%) de los pacientes presentaba esclerosis múltiple de tipo primaria progresiva, siendo el resto de tipo remitente recurrente. Los datos clínicos en los pacientes con esclerosis múltiple de tipo primaria progresiva fueron los siguientes: en el 62,5% de ellos se produjo una ausencia de progresión de la enfermedad y en el 37,5% restante se ha producido una mejoría de la clínica neurológica objetivada por el neurólogo. En los pacientes con esclerosis múltiple recurrente remitente se observo tras el comienzo del tratamiento con este fármaco una reducción o ausencia de brotes en el 75% de ellos, sin embargo en el 25% no se ha visto mejoría clínica al seguir teniendo brotes con una frecuencia similar.

Conclusión

Ocrelizumab resultó efectivo, estabilizando o incluso mejorando la clínica de la mayoría de los pacientes pacientes.

Evolución del tratamiento covid-19 desde el inicio de la pandemia en un hospital de tercer nivel.

Autores: Lidia Ybañez García, Rocío Manzano Lorenzo, Jose Carlos Tallón, María Molinero Muñoz, Natalia Sanchez-Ocaña, Jose Manuel Martinez Sesmero.

Introducción y objetivos

El tratamiento del COVID19 desde su inicio hasta la actualidad ha variado enormemente por el perfil de paciente ingresado, el conocimiento de la enfermedad y la aparición de nuevos fármacos. EL objetivo de este trabajo es describir esta evolución durante las distintas olas de la pandemia.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, desde 1/3/2020 hasta 5/5/2022. Los datos se han obtenido de los programas de prescripción electrónica del hospital. Los periodos se han definido según los datos de la red nacional de vigilancia epidemiológica: Periodo 1: marzo-mayo 2020, periodo 2: agosto-noviembre 2020, periodo 3: enero-febrero 2021, periodo 4: abril-mayo 2021, periodo 5: julio-agosto 2021, periodo 6: noviembre-febrero 2022, periodo 7: abril-mayo 2022.

Resultados

En total, desde marzo 2020 hasta el 5 de mayo de 2022 se ha dispensado tratamiento específico contra la COVID a 1039 pacientes: 14 lopinavir/ritonavir (LR), 44 hidroxicloroquina (HQ), 16 sotrovimab (Sotro), 656 remdesivir (Rem), 301 tocilizumab (Toci), 3 nirmatrelvir/ritonavir (N/R), 1 molnupiravir (M).

PERIODO	Nº INGRESOS COVID	Nº PACIENTES L/R	Nº PACIENTES HQ	Nº PACIENTES TOCI	Nº PACIENTES REM	Nº PACIENTES SOTRO	NºPACIENTES MOLNU	NºPACIENTES N/R	%pacientes tratados
1	1981	14	44	194	-		-	-	10,7%, 9,7% tratamiento inmunomodulador con tocilizumab
2	1506	-	-	26	239	-	-	-	17.5% pacientes tratados, 15.8% tratamiento antiviral, 1.7% tratamiento inmunomodulador
3	753	-	-	10	80	-	-	-	11.9% pacientes tratados, 10.6% tratamiento antiviral, 1.32% tratamiento inmunomodulador
4	344	-	-	24	55	-	-	-	22.9% pacientes tratados, 15.9% tratamiento antiviral, 6.9% tratamiento inmunomodulador
5	286	-	-	9	35	1	-	-	15,7% pacientes tratados, 12.58% tratamiento antiviral (0.35% en prevención de COVID grave), 3.1% tratamiento inmunomodulador
6	669	-	-	18	139 (42 prevención COVID grave)	12	-	-	25,26% pacientes tratados, 22.5% tratamiento antiviral (8.9% prevención COVID grave) y 2.6% tratamiento inmunomodulador
7	137	-	-	3	39 (16 prevención COVID grave)	1	1	3	34.3% de pacientes tratados, 32.1% tratamiento antiviral, 2.1%tratamiento inmunomodulador)

Conclusiones: En el primer periodo, cuando todavía no existía evidencia sobre qué tratamientos eran eficaces, observamos un elevado número de pacientes que tratados con L/R e HQ, así como con tocilizumab, el único de estos fármacos de este periodo que mostró utilidad posteriormente. En el resto de periodos, con remdesivir disponible, vemos que es el fármaco prescrito en el mayor número de pacientes. El porcentaje de pacientes tratados con estos fármacos ha ido en aumento con la comercialización de nuevos fármacos para tratamiento y prevención de enfermedad grave. El tipo de paciente ingresado (acceso más precoz a cuidados hospitalarios que en las primeras olas y vacunación) y la disponibilidad de nuevos fármacos han condicionado esta evolución, haciendo ahora menos frecuente el uso de tocilizumab frente a los nuevos antiviriales

Experiencia de uso de dalbavancina en la práctica clínica real de un hospital terciario

Autores: Andrea Pinilla Rello, Cristina Vicente Iturbe, Ángel Escolano Pueyo, Irene Aguilo Lafarga, Elena Herranz Bayo, Rafael Huarte Lacunza

Introducción

Dalbavancina es un antibiótico lipopéptico activo frente a bacterias Gram-positivas con larga semivida de eliminación siendo una opción de tratamiento ambulatorio en la práctica clínica en pacientes con infecciones graves, en ocasiones no indicadas en ficha técnica, que requieren tratamiento antibiótico prolongado.

Objetivo

Describir el perfil de utilización de dalbavancina en un hospital terciario y evaluar la efectividad y seguridad en la práctica clínica.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico de los pacientes que recibieron dalbavancina desde enero/2017-abril/2021.

Variables: demográficas, índice de Charlson, diagnóstico/infección, germen, tratamientos anteriores, dosis/pauta de dalbavancina, tratamiento concomitante, antecedentes de infecciones e ingresos previos por mismo diagnóstico, sepsis/shock séptico y bacteriemia, curación clínica, microbiológica, recurrencia a los 3 meses y mortalidad 60 días post-alta.

Resultados

14 pacientes recibieron dalbavancina con una mediana de edad de 62 años(41-92) siendo el 64,3% mujeres(mediana índice de Charlson 4,5(0-11)).

6/14 pacientes(42,9%) habían recibido antibióticos previos en ingresos anteriores por la misma infección.

Durante el ingreso, 2/14(14,3%) pacientes presentaron shock séptico, 3/14(21,4%) sepsis y 7/14(50,0%) bacteriemia. Todos los pacientes excepto uno (7,1%) recibieron antibióticos previos a dalbavancina(mediana duración 23 días(1-59)): 6/14(42,9%) recibieron un antibiótico, 4/14(28,6%) dos antibióticos distintos, 2/14(14,3%) tres y 1/14(7,1%) cuatro en combinación.

Diagnóstico	Germen responsable	Dosis y pauta	Nº de dosis de Dalbavancina	Tratamiento concomitante
Osteomielitis	*Staphylococcus aureus meticilin resistente (SARM)*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	4	NO
Tipsitis	*Enterococcus faecium*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	18	NO
Celulitis EII	No se aísla	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	3	NO
Osteomielitis	*Clostridium celerecrescens*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	22	Doxiciclina 100 mg/12h
Infección de reservorio	*Bacillus thurigiensis*	1000 mg dosis única	1	Sellados de catéter con Daptomicina
Infección herida quirúrgica	*Staphylococcus epidermidis*	1500 mg dosis única	1	NO
Celulitis ESD	No se aísla	1500 mg dosis única	1	Profilaxis con Clindamicina
Endocarditis	*Streptococcus salivarius*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	5	NO
Infección material osteosíntesis	*Staphyloccocus. aureus*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	14	NO
Infección crónica de prótesis aórtica	*Lactobacillus rhamnosus*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	6	Amoxicilina 1g cada 24h
Osteomielitis	*SARM*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	3	NO
Infección material osteosíntesis	*Propionibacterium granulosum*	1000 mg dosis carga y 500 mg semanales	3	NO
Infección de prótesis de rodilla	*Staphylococcus epidermidis*	500 mg dos dosis	2	Rifampicina 600 mg/24h
Infección herida quirúrgica	*Enterococcus faecium*	1000 mg dos dosis	2	NO

Tabla 1. Diagnóstico de los pacientes tratados con dalbavancina, germen responsable y características del tratamiento.

En 13/14 pacientes(92,9%) el motivo de prescripción fue recibir tratamiento ambulatorio al alta y en un paciente(7,1%) era la única alternativa disponible por resistencias e interacciones.

Un paciente (1/14,7,1%) presentó efectos adversos: astenia, polaquiuria con urgencia miccional y fotosensibilidad en el lugar de la inyección.

Todos los pacientes(14/14, 100,0%) tuvieron curación clínica y/o microbiológica con recurrencia de la infección en 3/14 pacientes(21,4%). Ningún paciente falleció a los 60 días post-alta.

Conclusiones

Dalbavancina es una opción de tratamiento al alta para completar la antibioterapia en pacientes con infecciones graves por Gram-positivos e ingresos prolongados con un buen perfil de efectividad y seguridad en la práctica clínica real.

Experiencia en el uso de gilteritinib en el tratamiento de la leucemia mieloide aguda con mutacion FLT3.

Autores: Maria del Valle Sánchez-Matamoros Piazza; Ángela Alcalá Soto; Carmen María Cuadros Martínez.

Introducción

Gilteritinib inhibidor de FLT3 oral altamente selectivo con actividad contra mutación FLT3 (ITD y TKD) y actividad débil contra c-Kit. También inhibe la tirosina quinasa AXL, implicada en la resistencia al inhibidor de FLT3.

Objetivos:

El objetivo es evaluar la utilización y toxicidad de gilteritinib en pacientes con leucemia mielobástica aguda (LMA) refractaria con mutación FLT3.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyó una paciente que había recibido gilteritinib en la indicación aprobada.

El esquema terapéutico fue el registrado en ficha técnica. Se recogieron datos demográficos (sexo y edad), farmacoterapéuticos (dosis empleada y número de dosis) y clínicos (diagnóstico, análisis citogenético y evolución clínica). Los datos se obtuvieron de historia clínica, PRISMA-ATHOS, Farmis ONCOFARM.

Resultados

Paciente de 42 años diagnosticada en octubre de 2018. Recibió tratamiento de inducción (Idarubicina + Citarabina, esquema 7+3) y tres ciclos de consolidación (dosis altas de Citarabina). Tras recaída inicia Gilteritinib. Resultados de determinaciones por inmunofijación (IF) y citometría de flujo (CMF):

- Antes de iniciar: 87,7% blastos IF, 97% CMF
- Día +16: 14% de blastos IF, 22% CMF
- Día +29 0,7% de blastos IF, 3% CMF
- Día +51 <0,2% de blastos IF, 1% CMF

Obtiene RC y suspende gilteritinib noviembre 2020, se consolida respuesta con trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos.

Presentó anemia y trombopenia profundas que precisan de trasfusiones entre 1-2 concentrados de hematíes y 3-4 pooles de plaquetas semanales (media de plaquetas 12.1 *103). Reducción el día +30 de tratamiento para intentar mejoría de citopenias.

Conclusiones

El tratamiento de gilteritinib permitió obtener una respuesta que pudo consolidarse con un TASPE encontrándose en RC. Este fármaco tiene decisión de no financiación. Sería necesario establecer cual es la dosis y duración más eficiente que permita ser una opción de tratamiento en pacientes con LMA refractaria con mutación FLT3+.

Fiebre: no todo es infección.

Autores

Hortensia Fuentes Almagro, Pablo Madrigal Laguía.; Rocio Luján Martínez; Sara Carrasco Claros;Nerea García Soria

Descripción del caso

Varón de 35 años que ingresa por fiebre de origen desconocido. El paciente acudió a Urgencias por aumento de tamaño en testículo con fiebre de hasta 38º C. Ante sospecha de orquioepididimitis, fue dado de alta con levofloxacino durante 10 días. Dada la ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico, acude de nuevo.

El paciente refiere que desde hace 2 meses presenta sensación de tirantez y dolor de tipo opresivo de carácter mecánico en ambos cuádriceps, que mejora con AINEs. Desde hace 2 semanas, presenta fiebre de alto grado de predominio vespertino, acompañada de sudoración profusa nocturna y escalofríos, asociado a aumento de teste izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias

En la exploración, buen estado general, con fiebre de 38.5 ºC, sin adenopatías laterocervicales, preauriculares, retroauriculares, supraclaiculares, axilares ni inguinales palpables. Presenta rash macular de tipo asalmonado evanescente en cuello y tronco no pruriginoso. Auscultación cardiaca y pulmonar rítmica sin soplos audibles, ni ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen sin visceromegalias, no doloroso a la palpación. Extremidades inferiores (EEII) sin dolor a la palpación, fuerza y sensibilidad conservada, sin impotencia funcional. En genitales, bolsa escrotal sin signos de inflamación ni infección local, con epidídimo indoloro a la palpación. No lesiones cutáneas ni sensación distérmica aumentada. En la analítica destaca un aumento de RFA y leucocitosis con neutrofilia, con ferritina en torno a 2500 ng/mL. Con autoinmunidad y serología negativa. Solicitamos TAC toracoabdominopélvico para descartar otras posibles

etiologías entre ellas, procesos linfoproliferativos, que resultó sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico

Enfemedad de Still del adulto

Diagnóstico diferencial

Enfermedad de Still, vasculitis, linforma, leucemia, enfermedad de tejido conectivo, enfermedades granulomatosas.

Comentario final

Ante dicho cuadro clínico, nos planteamos un amplio diagnóstico diferencial, en el que destacamos como entidad diagnóstica la enfermedad de Still, otras enfermedades autoinmunes y neoplasias hematológicas.

Dado que se descartó como etiología del proceso, enfermedades oncohematológicas, e infecciosas, con la presencia de pruebas en rango, con la mejoría ante el tratamiento corticoideo, y el descenso de los parámetros analíticos previamente elevados, nos planteamos como primera sospecha diagnóstica la enfermedad del still del adulto.

Formulación magistral de glibenclamida 2,5 mg/ml para el tratamiento de la diabetes mellitus neonatal

Autores: Jiménez Méndez C., García Palomo M., Aguado Barroso P., Toledo Davia M.A., Torralba Fernández L., Moya Gómez P.

Introducción

La diabetes mellitus neonatal es una situación de hiperglucemia detectada durante el primer mes de vida, que precisa tratamiento con insulina debido a la presencia de células β afuncionales. Las sulfonilureas, como la glibenclamida se han posicionado como una opción terapéutica para el tratamiento de ciertos tipos de pacientes.

Objetivos

Desarrollar una fórmula magistral (FM) de glibenclamida para el tratamiento de la diabetes mellitus neonatal en ausencia de medicamento comercial adecuado para estos pacientes.

Materiales y métodos

Búsqueda bibliográfica en PubMed® utilizando palabras clave como “glibenclamida”, “oral suspensión”, “paedriatic” junto con los operadores booleanos AND y OR. Para seleccionar los excipientes más adecuados, se consultaron los documentos de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), así como el Registro Unificado de Empresas de Sustancias Activas (RUESA) para determinar si existe materia prima comercializada en España.

Resultados

De las referencias bibliográficas obtenidas, se seleccionaron aquellas que incluían estudio de estabilidad físico químico y microbiológico y se describía el procedimiento de elaboración de la FM. Ante varias opciones de formulación, se eligieron aquellas que incluían excipientes seguros en neonatos, evitando el sorbitol o la glicerina, y usando en la menor cantidad posible los de uso precautorio (conservantes parabenos). Como fuente de principio activo se partió de medicamento comercial al no estar disponible la materia prima. Una vez

seleccionada la composición se llevó a cabo una validación galénica (pH, caracteres organolépticos), coincidiendo con los resultados del artículo seleccionado y asignando por tanto el mismo periodo de validez.

COMPONENTES	**CANTIDAD (50ml)**
Glibenclamida (Daonil ® 5mg)	125mg
Goma xantan	100mg
Agua conservans sin propilenglicol c.s.p	50ml

Conclusiones

El diseño de una FM adecuada para neonatos en cuanto a forma farmacéutica, excipientes y que garantice la estabilidad y seguridad, es esencial para el adecuado tratamiento de este tipo de pacientes.

Grado de aceptación de las intervenciones del programa de optimización de uso de antimicrobianos en el servicio de geriatría

Autores: González Bartolomé J, Almanchel Rivadeneyra A Caba Hernández C, Martín Martín Mi, Luengo Älvarez J, Fernández Lison LC.

Introducción

El uso de antimicrobianos se está extendiendo cada vez más, utilizándose en algunas ocasiones de forma incorrecta e incurriendo así en un aumento del riesgo de aparición de resistencias.

Objetivos

Analizar las intervenciones realizadas en los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría desde el programa de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) y evaluar el grado de aceptación.

Materiales y metodos

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de las intervenciones realizadas por el equipo PROA a los pacientes ingresados en el Servicio de Geriatría en el periodo comprendido entre 01/03/2022 y 10/05/2022. Se incluyeron a todos los pacientes con algún antimicrobiano prescrito. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, antimicrobianos prescritos, intervenciones realizadas y aceptación de las mismas. Los datos se obtuvieron del programa de prescripción electrónica para pacientes ingresados y la historia clínica electrónica. Los tipos de intervenciones se clasificaron en ajuste de tratamiento empírico, ajuste de tratamiento dirigido y fin de tratamiento.

Resultados

Durante el periodo de estudio iniciaron tratamiento antimicrobiano en el Servicio de Geriatría un total de 197 pacientes. Se realizaron un total de 20

intervenciones, siendo aceptadas 17/20 (85%). Se sugirió un ajuste de tratamiento empírico en el 25% de las intervenciones (5/20), un ajuste de tratamiento dirigido en el 35% (7/20) y la finalización del tratamiento en el 40% de los casos (8/20).

Conclusiones

El número de intervenciones aceptadas permite la reducción del riesgo de toxicidad, optimización de la terapia antimicrobiana y reducción del riesgo de resistencias, garantizando así una atención de mayor calidad en el paciente hospitalizado.

Instilaciones de ácido acético tópico y terapia de presión negativa en paciente con osteomielitis por pseudomonas xdr: a propósito de un caso

Autores: Andrea Pinilla Rello, Cristina Vicente Iturbe, Ángel Escolano Pueyo, Irene Aguilo Lafarga, Elena Herranz Bayo, Rafael Huarte Lacunza

Introducción

La terapia de presión negativa con instilaciones tópicas de antimicrobianos es una opción de tratamiento tras desbridamiento quirúrgico y antibioterapia sistémica concomitante.

Objetivo

Describir el caso de un paciente con osteomielitis crónica tratado con instilaciones de ácido acético sobre la herida quirúrgica en combinación con tratamiento dirigido para *Pseudomonas aeruginosa* XDR(*PA-XDR*)

Métodos

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de un caso clínico de un paciente para el que se preparó desde Farmacia una solución de ácido acético 5% para instilación tópica por su acción desinfectante y bacteriostática.

Resultados

Paciente de 41 años con antecedentes de múltiples fracturas con infecciones polimicrobianas repetidas desde marzo/2020. En octubre/2021 ingresa por fístula proximal de la pierna diagnosticándose osteomielitis post-fractura abierta de tibia, y se decide intervención quirúrgica para realizar curetaje, exéresis de la fístula cutánea-ósea y desbridamiento. Se envían muestras intraoperatorias a microbiología aislándose *PA-XDR*, sensible a amikacina, colistina, ceftolozano-tazobactam y ceftazidima-avibactam. Se consultó a Infecciosas y se decidió tratamiento con ceftazidima-avibactam 2g/8h y amikacina 1000mg/24h. Una semana después, se solicita el primer cultivo de control con negativización de *PA-XDR,* manteniendo tratamiento ante osteomielitis crónica. 14 días después de iniciar el tratamiento antibiótico y con nuevo cultivo de control negativo, se complementa el tratamiento dirigido con instilaciones de ácido acético en terapia de presión negativa(VAC)(40ml/8h) debido a los antecedentes de *PA-XDR* en ingresos previos. Tras 6 semanas de tratamiento dirigido combinado con

instilaciones, evolución clínica favorable y negativización de todos los cultivos de control, se suspende tratamiento antibiótico dirigido y las instilaciones de ácido acético retirando el VAC. El paciente fue dado de alta 13 días después con curación clínica y microbiológica sin recurrencias de la infección por *PA XDR* 6 meses después.

Conclusiones

Las instilaciones de ácido acético como terapia complementaria al tratamiento dirigido podría ser una alternativa disponible para conseguir erradicar *PA.*

Fórmula magistral: Ácido acético 5% 1000 ml solución tópica[1]	
Principios activos y diluyente	**Cantidad**
Ácido acético glacial	50 ml
Agua destilada	950 ml
TOTAL	**1000 ml**
Condiciones de preparación	Preparar en cabina de flujo laminar vertical por personal de enfermería
Observaciones de preparación	Envasar 40 ml en una bolsa EVA para administración en planta con VAC.
Precauciones	El ácido acético glacial es corrosivo e inflamable. Manejar con precaución porque produce irritación y quemadura química.
Conservación	Caducidad 6 meses desde su elaboración. Conservar a Tª ambiente

[1]Fórmulación magistral preparada según la guía de buenas prácticas de elaboración de medicamentos tras revisión bibliográfica previa (PUBMED, Micromedex, Formulario Nacional)ml= mililitros**Tabla 1. Descripción de la formulación magistral de ácido acético 5% 1000 ml solución tópica**

Múltiples líneas de tratamiento y experiencia de paciente en cáncer de ovario: a propósito de un caso.

Autores: López Álvarez R, Rubio Salvador AR, Toledo Davia MA, Domínguez Barahona A, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C.

Introducción

El cáncer de ovario es una de las neoplasias ginecológicas más frecuentes, sobre todo en mujeres postmenopáusicas.

Objetivo

El objetivo del estudio fue describir el proceso clínico de una paciente diagnosticada de carcinoma seroso papilar de ovario que ha sido tratada con múltiples líneas y el mismo proceso desde la experiencia de la paciente a lo largo de 10 años.

Métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, cuya información se obtuvo de la historia clínica y de la plataforma de gestión oncológica. También se recopiló la experiencia de la paciente mediante entrevista. Para la descripción de la experiencia se utilizó una metodología empleada previamente en nuestro centro, basada en preguntas estructuradas en categorías (descubrir, comenzar, tratamiento y seguimiento) que contienen 5 respuestas que se valoran: 1 (totalmente inadecuado), 2 (inadecuado), 3 (esperable), 4 (adecuado) y 5 (muy adecuado).

Resultados

De manera global, se puede destacar la experiencia satisfactoria de la paciente con respecto a los profesionales sanitarios y los tratamientos (nota global: 4 puntos sobre 5), aunque éstos últimos han sido el obstáculo más difícil de su trayectoria. Con respecto a la organización de los tratamientos, los tiempos de espera y el trabajo en hospital de día, la paciente expresó que son mejorables.

MARZO 2012	**DIAGNÓSTICO.** Carcinoma seroso papilar de ovario
MARZO 2012	Comienzo de tratamiento neoadyuvante (**1ª línea**). **Paclitaxel + Carboplatino** (x3)
MAYO 2012	**CIRUGÍA ÓPTIMA**
MAYO 2012	Continuación hasta completar 6 ciclos. 5º y 6º ciclo se combina con Bevacizumab
AGOSTO 2012	Tratamiento de **mantenimiento. Bevacizumab en monoterapia** (x9)
MAYO 2013	**Respuesta completa a un año de la intervención**
FEBRERO 2014	**2ª LÍNEA.** Tratamiento con **Doxorrubicina liposomal pegilada + Carboplatino** (x6)
ABRIL 2015	**3ª LÍNEA.** Tratamiento con **Gemcitabina + Carboplatino.** ILP: 7 meses
AGOSTO 2016	**4ª LÍNEA.** Tratamiento con **Paclitaxel semanal + Carboplatino**
DICIEMBRE 2016	**5ª LÍNEA.** Tratamiento con **Olaparib.** BRCA de significado incierto (FFT)
FEBRERO 2017	Se suspende Olaparib por deseo de la paciente
SEPTIEMBRE 2017	**6ª LÍNEA.** Tratamiento con **Trabectedina + Doxorrubicina liposomal pegilada.** ILP: 9,5 meses
OCTUBRE 2018	**7ª LÍNEA.** Tratamiento con **Paclitaxel semanal + Carboplatino.** ILP: 11 meses
FEBRERO 2019	**8ª LÍNEA.** Tratamiento con **Niraparib 300 mg**
OCTUBRE 2019	**9ª LÍNEA.** Tratamiento con **Topotecán semanal.** ILP: 5 meses
DICIEMBRE 2019	**10ª LÍNEA.** Tratamiento con **Ciclofosfamida metronómica + Bevacizumab**
JUNIO 2020	**11ª LÍNEA.** Tratamiento con **Gemcitabina quincenal**
NOVIEMBRE 2020	**12ª LÍNEA.** Tratamiento con **Vinorelbina oral + Carboplatino**
JUNIO 2021	**13ª LÍNEA.** Tratamiento con **Pemetrexed**
ENERO 2022	**14ª LÍNEA.** Tratamiento con **Nab-Paclitaxel**
ABRIL 2022	Derivación a Unidad de Cuidados Paliativos para **tratamiento sintomático**

"Yo solamente quería saber qué me iba a pasar en el futuro"

"Yo confiaba al 100% en los profesionales de mi hospital"

"Tuve varias situaciones desagradables en el hospital de día"

"Siempre me han explicado los resultados y el nuevo tratamiento"

"Mis problemas solo los han provocado los medicamentos"

De manera global, se puede destacar la experiencia satisfactoria de la paciente con respecto a los profesionales sanitarios y los tratamientos (nota global: 4 puntos sobre 5), aunque éstos últimos han sido el obstáculo más difícil de su trayectoria. Con respecto a la organización de los tratamientos, los tiempos de espera y el trabajo en hospital de día, la paciente expresó que son mejorables.

Conclusiones Debido a las limitadas posibilidades de tratamiento en esta patología es obligatorio aplicar líneas que no incluyen dicha indicación en ficha técnica, por lo que la divulgación del beneficio clínico y la experiencia de las pacientes largas supervivientes con tumores quimiosensibles que agotan las terapias estándar y sufren recaídas son de gran utilidad. Aunque se trata de un estudio descriptivo de un solo caso, se pretende generar una oportunidad para dar a conocer las posibles terapias de las que se dispone en la actualidad y si éstas son eficaces, si aportan una experiencia satisfactoria y si plantean una relación beneficio/riesgo favorable.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD, A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Carrasco Claros S., Garcia Soria N., Fuentes Almagro H., Madrigal Laguía P., Luján Martinez R, Barroso Benayas I..

Descripción del caso:

Mujer de 67 años que acude por disnea y tos de 4 días de evolución con fiebre de hasta 38.6ºC. La paciente es independiente para todas las actividades de la vida diaria.

Exploración y pruebas complementarias:

Aceptable estado general, febrícula de 37.5º y taquipneica a 26 rpm. En la auscultación se objetivan sibilantes en campos medios y bases.

Realizamos radiografía torácica con hallazgo de leve derrame bilateral y consolidación basal izquierda circular. En la analítica destaca PCR 30.43, y en la gasometría arterial datos de insuficiencia respiratoria sin alteraciones ácido-básicas (pCO2 36.5, pO2 54.8, sat 90.3%).

Realizamos pruebas de gripe, SARS-coV-2 y antigeniuria frente a neumococo y legionella siendo todas negativas.

Orientación diagnóstica:

Nos encontramos ante una neumonía atípica adquirida en la comunidad que asocia insuficiencia respiratoria aguda.

Comentario final:

Ante el cuadro de neumonía es fundamental distinguir si es comunitaria o nosocomial, lo que condicionarán la antibioterapia empírica, pues varían los microorganismos más frecuentes. Está recomendado una primera dosis intravenosa independientemente del manejo. Para elegir la modalidad de tratamiento estratificaremos el riesgo con la escala FINE.

En nuestro caso, una neumonía adquirida en la comunidad, los microorganismos que queremos cubrir son S. pneumoniae y microorganismos causales de neumonía atípica. El tratamiento empírico, consiste en Amoxicilina-clavulánico 875/125 mg v.o. cada 8 horas 5 días, asociado a Azitromicina 500 mg cada 24 h v.o. 3 días. Debido a que nuestro paciente presentaba un FINE III. La elección de la modalidad fue iniciar tratamiento intravenoso en la unidad de observación y mantener a la paciente en la misma al menos 24h.

A la reevaluación tras 24h de tratamiento se resolvió la insuficiencia respiratoria sin necesidad de oxigenoterapia. Por lo que pasó a manejo domiciliario con antibioterapia oral.

Variable	*Puntuación asignada*
Edad:	
• Varones	Edad (años)
• Mujeres	Edad (años) – 10
Paciente procedente de residencia.	+10
Comorbilidad	
Neoplasia	+30
Hepatopatía	+20
Insuficiencia Cardiaca	+10
Enfermedad vascular cerebral	+10
Nefropatía	+10
Hallazgos físicos	
Confusión	+20
Frecuencia respiratoria ≥ 30 rpm	+20
Presión arterial sistólica < 90 mmHg	+20
Temperatura < 35 ºC o ≥ 40 ºC	+15
Frecuencia cardiaca ≥125 lpm	+10
Hallazgos analíticos y radiológicos	
pH arterial <7,35	+30
Urea ≥ 11 mmol/l	+20
Sodio < 130 mmol/l	+20
Glucosa ≥ 50 mg/dl	+10
Hematocrito <30 %	+10
PaO2 < 60 mm Hg	+10
Derrame pleural	+10

Clase	Puntuación	Actitud terapéutica recomendada
I	0	Tratamiento ambulatorio
II	1-70	
III	71-90	Vigilancia hospitalaria en unidad de corta estancia
IV	91-130	Ingreso convencional
V	>130	

Omalizumab en alergias graves a medicamentos mediadas por IgE

Autores: Martín López A, Plasencia García I, Joy Carmona P, González Chávez J, González García I, Merino Alonso FJ.

Objetivo

Analizar el uso de omalizumab fuera de indicación en alergias graves a medicamentos mediadas por IgE.

Material y métodos

Se incluyeron los tres pacientes que han recibido omalizumab para la indicación de alergia grave a medicamentos mediada por IgE. Los datos se obtuvieron a partir del programa Selene® y Farmatools®. Se recogieron las variables: edad, medicamento, fecha, finalización de la desensibilización, dosis de omalizumab, cambios en la pauta, autoadministración y costes.

Resultados

Se incluyeron tres pacientes adultos con alergia grave a medicamentos.

Paciente embarazada con riesgo de preeclampsia que precisaba ácido aceitilsalicílico hasta la semana 36 con una reacción grave al mismo.

Paciente con Linfoma que desarrolló alergia grave al Rituximab en el segundo ciclo.

Paciente con antecedentes de alergia a carboplatino que inició terapia con gemcitabina-carboplatino para tratar un adenocarcinoma y presentó reacciones graves durante el proceso de desensibilización en los dos primeros ciclos.

Los tres iniciaron la pauta coadyuvante con omalizumab 300 mg cada 14 días, dos de ellos cambiaron a cada 21 días y el tercero cada 28 días. La media de dosis administrada fue de 6 y la duración 4 meses. Todos finalizaron la desensibilización y pudo administrarse el tratamiento prescrito. La administración en domicilio supuso un ahorro de 7 visitas al centro, una media de 2 por paciente. El coste global ha sido de 10.169 euros.

Conclusiones:

El uso de omalizumab fuera de indicación en alergias graves a medicamentos mediadas por IgE presenta una evidencia limitada.En nuestra serie de casos se logró finalizar la administración del fármaco prescrito sin incidencias relevantes.

La pauta de omalizumab es limitada en el tiempo, implicando costes asumibles.

Es necesario el seguimiento y la atención farmacéutica en estos pacientes, desde la gestión del omalizumab en situaciones especiales a la formación del paciente en autoadministración y el seguimiento terapéutico.

OMALIZUMAB EN URTICARIA CRÓNICA: EFECTIVIDAD Y CONTROL SINTOMATOLÓGICO

Autores: Duque Aguilar JJ, Tena Alejandre P, Almanchel Rivadeneyra A, González Bartolomé J, Caba Hernández C, Fernández Lisón LC.

Objetivos

Evaluación de la efectividad de omalizumab en pacientes con urticaria crónica espontánea inadecuadamente controlados.

Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con urticaria crónica espontánea insuficientemente controlados en tratamiento con omalizumab entre septiembre de 2015 y abril de 2021. La información recopilada procedió de la historia clínica y los registros de seguimiento y dispensación farmacéutica.

Resultados

Se incluyó un total de 30 pacientes (el 66,67% fueron mujeres) en tratamiento. La mediana de edad al diagnóstico fue de 48 años.

A fin del estudio, 18 pacientes (60,00%) mantenían tratamiento activo, 1 (3,33%) se trasladó de comunidad con pérdida de seguimiento, y los 11 (36,67%) restantes habían cesado terapia: 2 (6,67%) lo acordaron por deseo gestacional; 5 (16,67%) finalizaron por aparente curación; otros 2 (6,67%) fueron clasificados como fracaso terapéutico; 1 (3,33%) cesó tratamiento por intolerancia; y un último sujeto (3,33%) fue notificado *exitus*.

De los individuos en tratamiento, 10 pacientes (55,56%) referían control aceptable a dosis estándar (300mg mensuales) según ficha técnica, 4 (22,22%) lograron reducir dosis (150mg en 3 sujetos; 75mg en el cuarto caso) sin repercusión clínica, 1 (5,55%) amplió el intervalo posológico sin incidencias, y 3 (16,67%) continuaron sin alcanzar respuesta satisfactoria a dosis estándar.

Respecto al perfil de eventos adversos (EA), solamente 1 paciente (3,33%) refirió desde el comienzo exacerbaciones pruriginosas, náuseas, mareo y leve reacción anafilactoide tras la administración. El resto (96,67%) no registró EA reseñables.

Conclusiones

Comprobamos que omalizumab supone una terapia efectiva y segura en la mayoría de pacientes indebidamente controlados mejorando su calidad de vida, permitiendo incluso la disminución de dosis y retirada del medicamento tras consecución de los objetivos terapéuticos.

PERSISTENCIA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA GRAVE NO CONTROLADA

Autores: Plasencia García I., de Lorenzo García I., García Robaina J.C., Merino Alonso J.

Introducción

La terapia biológica en el tratamiento del asma grave no controlada (AGNC) empezó a dispensarse a nivel hospitalario desde 2014 (omalizumab), incorporándose nuevas moléculas como mepolizumab (2016), reslizumab (2018), benralizumab (2019) y dupilumab (2022).

Objetivos

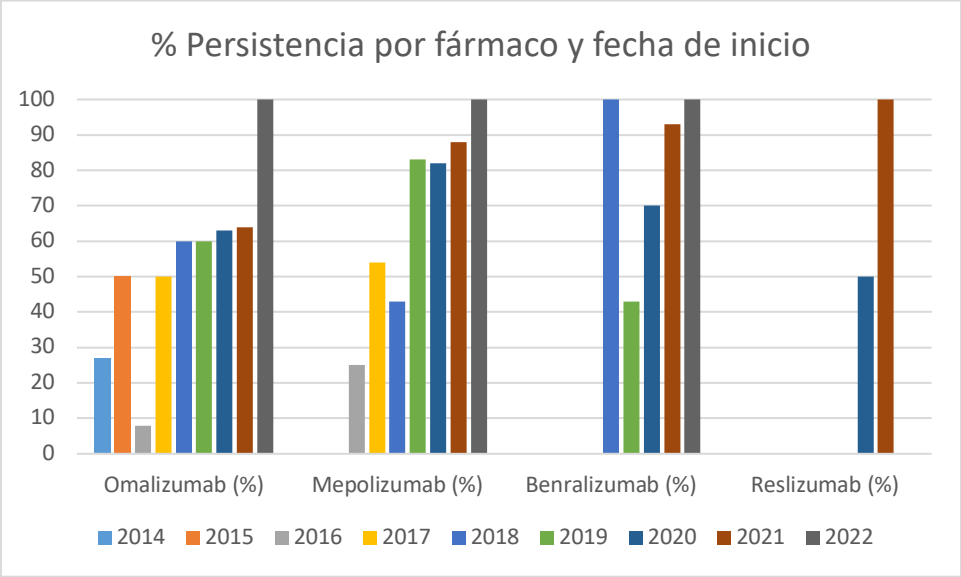
Analizar la persistencia en el tiempo de la terapia biológica en pacientes con AGNC según fármaco y fecha de inicio/fin de tratamiento.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que analizamos los siguientes datos a partir de una base de datos compartida en el que se incluyen entre otros: fármaco, fecha inicio, fecha suspensión, causa suspensión, días con prescripción activa.

Resultados

Se incluyeron 240 pacientes en tratamiento con omalizumab, mepolizumab, benralizumab y reslizumab. Se excluyeron pacientes con dupilumab, al aprobarse su finanaciación en 2022. Los inicios de tratamiento fueron 107 para omalizumab: 26, 6, 12, 8, 10, 15, 16, 11, 3 desde 2014 a 2022 respectivamente; 72 para mepolizumab: 4, 13, 7, 12, 11, 17, 8 desde 2016 a 2022; 55 para benralizumab: 3, 7, 10, 27, 8 desde 2018 (como uso compasivo) a 2022 y 6 para reslizumab: 1, 2, 3, 0 desde 2019 a 2022. La persistencia global fue del 47% para omalizumab, 74% para mepolizumab, 84% para benralizumab y 67% para reslizumab. En la gráfica se muestra la persistencia según año de inicio del tratamiento.



Conclusiones

En base a nuestros resultados, benralizumab es el fármaco con mayor persistencia, mientras que omalizumab fue el que mostró menor persistencia, de manera que se encuentran activos menos de la mitad de los pacientes que lo iniciaron.

La incorporación de nuevas moléculas al arsenal terapéutico permite el cambio de terapias cuando no se obtiene respuesta o bien ésta es parcial.

Tabla 1. Protocolo de administración de pertuzumab. Obtenida de González de Olano D et al. Positive basophil activation test following anaphylaxis to pertuzumab and successful treatment with rapid desensitization

ADMINISITRACIÓN DE PERTUZUMAB EN PAUTA DE DESENSIBILIZACIÓN TRAS REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD.

Autores: Marcos De La Torre A, Notario Dongil C, Saiz Molina JJ, Pérez Fácila A, González Escribano MC, Moreno Perulero ML.

Introducción

La adición de pertuzumab al arsenal terapéutico para tratar los tumores de mama HER2 positivo ha demostrado aumentar las tasas de supervivencia cuando se utiliza combinado con otros agentes. En ocasiones, la aparición de toxicidad puede privar al paciente de un beneficio potencial.

Objetivos

Describir un caso de hipersensibilidad a pertuzumab.

Métodos

Estudio descriptivo de un caso clínico de reacción de hipersensibilidad a pertuzumab en paciente diagnosticada de cáncer de mama estadio IV. Se revisaron datos clínicos del módulo de pacientes ambulantes (Farmatools®) y de la historia clínica (Mambrino XXI®). Además, se realizó una búsqueda bibliográfica.

Resultados

Paciente de 49 años diagnosticada en noviembre de 2021 de carcinoma ductal infiltrante estadio IV, HER2 positivo. Inició tratamiento con pertuzumab, trastuzumab y docetaxel. En el segundo ciclo, mientras se infundía pertuzumab, la paciente presentó episodio de bradicardia, hipotensión, malestar y desaturación. Ante esta situación, se realizó interconsulta al Servicio de Alergias, que confirmó la reacción de hipersensibilidad tras realizar pruebas epicutáneas. Debido al potencial beneficio del tratamiento en la paciente, se consultó con el Servicio de Farmacia la posibilidad de realizar pauta de desensibilización. Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica en pubmed usando la estrategia de

búsqueda “pertuzumab AND hypersensitivity”. Se localizó únicamente un artículo que recogía un protocolo de desensibilización. En marzo de 2022 inició la administración de pertuzumab en pauta de desensibilización, con muy buena tolerancia. En la actualidad, la paciente ha completado 4 ciclos de pertuzumab, sin observarse incidencias durante la infusión del tratamiento. En mayo de 2022 se realizó tomografía axial computarizada de revaluación, donde se informó que existe una respuesta completa al tratamiento.

Conclusiones

El establecimiento de un protocolo de desensibilización entre los servicios de alergia, oncología y farmacia permitió en la paciente la administración del tratamiento de primera línea de manera segura.

Step	Solution	Rate (cc/h)	Time (min)	Administered dose (mg)	Cumulative dose (mg)
1	1	1	15	0.0004	0.0004
2	1	2	15	0.0010	0.0014
3	1	5	15	0.0021	0.0035
4	1	10	15	0.0042	0.0077
5	2	2	15	0.0084	0.0161
6	2	5	15	0.0210	0.0371
7	2	10	15	0.0420	0.0791
8	2	20	15	0.0840	0.1631
9	3	5	15	0.2100	0.3731
10	3	10	15	0.4200	0.7931
11	3	20	15	0.8400	1.6331
12	3	40	15	1.6800	3.3131
13	4	10	15	4.1654	7.4785
14	4	20	15	8.3308	15.8093
15	4	40	15	16.6616	32.4709
16	4	75	186	387.3815	420.0000
Total time	411				

Solution 1: 0.42 mg of pertuzumab in 250 cc of saline solution (0.002 mg/mL).
Solution 2: 4.2 mg of pertuzumab in 250 cc of saline solution (0.017 mg/mL).
Solution 3: 42 mg of pertuzumab in 250 cc of saline solution (0.168 mg/mL).
Solution 4: 416.5 mg of pertuzumab in 250 cc of saline solution (1.666 mg/mL).

Tabla 1. Protocolo de administración de pertuzumab. Obtenida de González de Olano D et al. Positive basophil activation test following anaphylaxis to pertuzumab and successful treatment with rapid desensitization

Primeras experiencias en la práctica clínica con el uso de sotrovimab en pacientes con infección por sars-cov-2.

Autores: Alabort Ayllon H, Tebar Martinez E, Drozdz Vergara A, Collado Sanz JM, Serna Serrano B, Aldaz Frances R.

Objetivo:

Evaluar la efectividad y seguridad del nuevo anticuerpo monoclonal Sotrovimab frente a la infección por SARS-COV2.

Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes tratados con Sotrovimab. Las variables analizadas han sido: fecha de nacimiento, sexo, estado de vacunación, tiempo desde la última dosis, condición de alto riesgo según la priorización llevada a cabo por la AEMPS, uso de otros fármacos anti-COVID19, variante, puntuación en la escala de riesgo de mortalidad de la SEIMC-Score, realizado el día de la prescripción del tratamiento.

La medida de efectividad utilizada fue la mortalidad de los pacientes hospitalizados y para evaluar la seguridad se revisaron las historias clínicas en busca de alguna reacción adversa al medicamento.

La explotación de datos clínicos se realizó mediante revisión de historias clínicas electrónicas (Mambrino XXI®) y el software de gestión farmacéutica (Farmatools).

Resultados:

Variables estudiadas	Observaciones (Pacientes totales: 7)			
Edad	Media 65±20 años (25-84)			
Sexo	Mujeres 29% (2)		Hombres 71% (5)	
Pauta de vacunación	Completa 86% (6)		No vacunado 14% (1)	
Tiempo trascurrido última dosis	Media de 3,5±1 meses			
Pacientes hospitalizados	Todos ellos 100% (7)			
Condiciones alto riesgo priorizadas	57% (4) trasplantados (50% renal, 25% hepático y 25% bipulmonar)		43% (3) hematológicos (66% Ibrutinib y 33% Rituximab)	
Riesgo de mortalidad SEIMC-Score	Riesgo muy alto 71% (5)	Riesgo alto 0% (0)	Riesgo moderado 14% (1)	Riesgo bajo 14% (1)
Variante	Ómicron 100% (7)			
Otra terapia anti-COVID19	14% (1) Baricitinib		14% (1) Remdesivir	

En cuanto a la efectividad el 14% (1) de los pacientes tuvo que ser ingresado en la UCI y que otro 14% (1) falleció en planta a causa de neumonía e insuficiencia respiratoria por COVID19. El resto de pacientes estuvo ingresado una media de 13±10 días (5-33). Si consideramos como efectividad la no mortalidad, el tratamiento fue efectivo en el 87% de los pacientes.

Por otro lado, en el caso de la seguridad, no se notificó ningún tipo de reacción adversa relacionada con el medicamento.

Conclusión:

Teniendo en cuenta las limitaciones del estudio debido a la falta de muestra las conclusiones deben reevaluarse en un futuro. Los resultados obtenidos en nuestros casos demuestran efectividad del tratamiento a la hora de reducir la mortalidad en pacientes de alto riesgo hospitalizados por COVID19 grave. Además, son tratamientos bien tolerados y con buen perfil de seguridad

Programa de seguimiento individualizado de las dispensaciones de antipsicoticos depot en centros de salud mental del area de salud

Autores: Llopis Fernández, M; Almanchel Rivadeneyra, M; Tomás Luiz, A; Soriano Jiménez, A; Muñoz Guardiola, E; Sánchez Teruel MF.

Objetivos

Analizar la puesta en marcha de un Programa de Seguimiento de los antipsicóticos depot (AD) con dispensación individualizada desde el Servicio de Farmacia Hospitalario (SFH) a los centros de salud mental (CSM) del Área de Salud (AS).

Material y Métodos

Se analizaron los datos de todos los pacientes incluidos en el programa. La implantación se realizó en 3 fases durante 2021:

Fase 1: Revisión-validación de las prescripciones: mayo –junio.

Fase 2: Dispensación de AD-mensuales por paciente: julio- septiembre.

Fase 3: Dispensación de AD-trimestrales por paciente: octubre-diciembre.

Se registraron todas las incidencias detectadas.

Resultados:

Se incluyeron 98 pacientes (76% hombres), 17(17,3%) tenían <30 años, 48(48,9%) entre 30-50 años, 30(30,6%) entre 50-70 años y 3(3,0%) >70 años.

93 pacientes (94,9%) estaban en tratamiento con paliperidona: 49(52,7%) con mensual y 44(47,3%) con trimestral.

Diagnosticados: 50(51%) pacientes con esquizofrenia, indicación de ficha técnica (FT); 24(24,4%) de trastornos bipolares, personalidad, esquizoafectivos; 10(10%) de trastornos mentales por abusos de tóxicos, 8(8,2%) retraso mental, 2(2%) demencia y en 3(3,0%) se estableció un diagnóstico aplazado. Todos recibieron el tratamiento con la frecuencia de administración indicada en FT y 18(18,3%) pacientes recibieron dosis superiores a las indicadas en FT.

Se detectaron 19 incidencias, todas resueltas antes de la dispensación. Se clasificaron:

a) Discrepancias en dosis: 9(47,4%). Se solicitó dosis superior a la prescrita en 7 ocasiones (36,8%) e inferior en 2(10,5%).
b) Aclaraciones/actualizaciones de tratamiento: 6(31,6%)
c) Fin de tratamientos: 2(10,5%) abandonos y un (5,2%) exitus.
d) Falta de adherencia: 1(5,2%) paciente.

Conclusiones:

La dispensación de AD por stock sólo ofrece datos de consumo global y aumenta la posibilidad de errores.

La validación previa a la dispensación aumenta la seguridad del paciente y permite conocer el perfil de utilización del fármaco.

Los AD que se utilizan con indicación y dosis fuera FT son tramitados por comisión regional de farmacia y terapéutica para su autorización.

Ramucirumab en adenocarcinoma gástrico metastásico: resultados de efectividad y seguridad

Pérez Fácila A; Marcos de la Torre A; Notario Dongil C; Saiz Molina JJ; Araque Arroyo P; Proy Vega B. Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan, Ciudad Real)

Introducción

Ramucirumab se encuentra indicado y financiado en cáncer gástrico avanzado (CGA) o adenocarcinoma de la unión gastroesofágica metastásico (AUGEM), en monoterapia o asociado a paclitaxel, en pacientes previamente tratados con platinos y/o fluoropirimidinas.

Objetivo

Evaluar la efectividad y seguridad de ramucirumab frente CGA y AUGEM en la práctica clínica habitual.

Métodos

Estudio observacional, retrospectivo, en pacientes que iniciaron ramucirumab frente a CGA o AUGEM desde su comercialización hasta mayo de 2022.

Variables recogidas: sexo, edad, tipo de cáncer (CGA/AUGEM), número y tipo de líneas previas, paclitaxel asociado (si/no), número de ciclos completos recibidos, líneas posteriores a ramucirumab, supervivencia libre de progresión (SLP), supervivencia global (SG) y reacciones adversas [categorizadas según *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE)].

Resultados

Se incluyeron 29 pacientes (65,52% hombres; 61,17±11,34 años de media; CGA: 28). Líneas previas (1: 23; 2: 6); tipo: platinos (28), fluoropirimidinas (25), antraciclinas (11), taxanos (7), irinotecan (1) y trastuzumab (1). Ramucirumab se asoció a paclitaxel en todos los pacientes (ciclos completos recibidos: 2,89±2,00 de media). 24 pacientes progresaron (mediana SLP: 3,43 meses) y 7 recibieron tratamiento posterior (irinotecan: 4; FOLFIRI: 2; taxanos: 1). 23 pacientes fallecieron (mediana SG: 4,93 meses). El 89,6% de pacientes experimentaron ≥1

reacción adversa: alopecia (G3: 1), anemia (G1: 6; G2:3), anorexia (G1:11; G2: 2), ascitis (G3: 1), astenia (G1: 10; G2: 6), conjuntivitis química (G1: 4), diarrea (G1: 7; G3: 1), estreñimiento (G1:1; G3: 1), hepatitis (G2: 1; G3: 1), mucositis (G1: 11), infección (G2: 3; G3: 1), náuseas (G1: 7; G2: 1), neurotoxicidad (G1: 9; G2: 2; G3: 1), neutropenia (G1: 3; G2: 2). Suspensión por toxicidad inaceptable (3: ramucirumab; 1: paclitaxel).

Conclusiones

La SLP fue similar al ensayo pivotal RAINBOW; sin embargo, la SG fue inferior. Las reacciones adversas observadas coinciden con las descritas con mayor frecuencia en el ensayo.

Relación entre rituximab y la infección por SARS-COV2.

Autores: Elena Elvira Ladrón de Guevara, Marina Sánchez Valera, Belén Sánchez Rodríguez.

Introducción

El rituximab es un anticuerpo monoclonal anti CD 20 cuyo mecanismo de acción tiene como finalidad la eliminación de las células B CD20+, que intervienen en la inmunidad, disminuyendo así, las defensas del organismo. Se pretende conocer la posible influencia del mismo en el contexto de la infección por SARS-COV2.

Objetivo: Objetivo principal: Conocer la proporción de pacientes que se han contagiado del virus SARS-COV2 durante su tratamiento con rituximab. Objetivo secundario: cuantificar las distintas patologías para las que se usa el rituximab.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo. Se extrajo del programa de prescripción los pacientes en tratamiento con rituximab desde septiembre 2021 hasta la actualidad y la indicación. A través de estación clínica y laboratorio se extrajeron

los datos de cuántos de ellos se habían contagiado desde su inicio de tratamiento con rituximab hasta la actualidad, la feha del contagio y el estado de vacunación.

Resultados:N= 66, 53% (35) mujeres, 47% (31) hombres.Mediana de edad de 63 años. El 80% de los pacientes con rituximab se contagiaron por SARS-COV2, 54% no poseía pauta de vacunación completa. Se produjeron en el transcurso del estudio 10 (15%) exitus, el 20% fue por SARS-COV2, el 50% no estaba vacunado con la pauta completa.

Patología	Porcentaje
Linfoma difuso de célula grande B (LDCGB)	26%
Linfoma folicular (LF)	21%
Artritis rematoide (AR)	7,80%
Leucemia linfocítica crónica (LLC)	7,60%
Linfoma de la zona marginal	7,60%
Linfoma del manto	6%
Esclerosis múltiple (EM)	6%
Linfoma tipo MALT	6%
Enfermedades autoinmunes	4%
Dermatomiosis	1,60%
Hemofilia A adquirida	1,60%
Linfoma cerebral	1,60%
Linfoma anaplásico de células grandes tipo T	1,60%
Síndrome Goodpasture	1,60%

Conclusiones:

El 80% de los pacientes que estaban en tratamiento con rituximab se contagiaron del virus SARS-COV2, de los cuales el 54% no poseían la pauta completa. El 20% de los exitus durante el ensayo fue por causa de la infección por SARS-COV2, de los cuales el 50% no tenia una pauta de vacunación completa .A pesar de los resultados obtenidos, las limitaciones del estudio no permiten establecer relación directa entre la administración de rituximab y la infección por SARS-COV2.

Las patologías mayoritarias para las que se prescribe rituximab son LDCGB 26%, LF 21%, seguido muy de lejos por AR 7,8%.

Seguimiento de pacientes narcoléticos tratados con pitolisant introducción

Autores: Alicia Martinez, Elisa Bieger, Ángela Arcos Hospital Infanta Sofía, servicio de Farmacia

La narcolepsia es una enfermedad rara autoinmune causada por la pérdida masiva de neuronas hioicretinérgicas. Se traduce en un trastorno del sueño caracterizado por una excesiva somnolencia diurna incapacitante y un estado de alerta disminuido. Puede ir asociada a episodios de cataplexia, parálisis muscular y atonía, generados ante estímulos fuertes. El tratamiento es sintomático con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente mediante a la disminución de la somnolencia diurna.

Objetivo

Evaluar la utilización de Pitolisant en la mejoría de la calidad de vida en 4 pacientes diagnosticados de narcolepsia.

Metodo

La evaluación se realiza mediante un análisis retrospectivo de la historia clínica y mediante entrevista con los pacientes.

Resultados

Se han revisados las historias clínicas de cuatro pacientes (Tabla 1) y se ha realizado una entrevista telefónica. En el ensayo pivotal de Pitolisant la calidad de vida se evalúa mediante la Escala de somnolencia de Epworth (ESE) En la muestra de nuestros pacientes no se ha utilizado este cuestionario. La percepción subjetiva mediante entrevista telefónica es que la mejoría en la calidad de vida es muy baja, excepto en un caso. En general es un fármaco bien tolerado con escasa incidencias de efectos adversos

Conclusión

En conclusión, hay una ligera percepción de mejora en la calidad de vida avanzado sobre todo en combinación con otros medicamentos, aunque los síntomas siguen siendo incapacitantes.

Tabla 1. Seguimiento del paciente

PACIENTES	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTOS PREVIOS AL DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO INICIAL TRAS DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO Y SITUACIÓN ACTUAL	PAUTA ACTUAL PITOLISANT	EFICACIA DEL TRATAMIENTO	REACCIONES ADVERSAS
PACIENTE 1 Mujer 48 años	NARCOLEPSIA TIPO 2. DIAGNOSTICO 2009	METILFENIDATO	PITOLISANT	PITOLISANT (2017) METILFENIDATO	18 mg SEGÚN SÍNTOMAS	BUENA CALIDAD DE VIDA	NINGUNA
PACIENTE 2 Mujer 53	NARCOLEPSIA T.1 DIAGNÓSTICO TARDÍO 2019	METILFENIDATO	OXIBATO SODIO MODAFINILO	PITOLISANT (2020) OXIBATO DE SODIO	18 mg 2-0-0	LIGERA MEJORA ESCASA CALIDAD DE VIDA	NINGUNA
PACIENTE 3 Hombre 46 años	NARCOLEPSIA T. 1 DIAGNÓSTICO 2009		MODAFINILO OXIBATO DE SODIO VENLAFAXINA	PITOLISANT (2019) OXIBATO DE SODIO MODAFINILO VENLAFAXINA METILFENIDATO	18 mg 2-0-0	MEJORA, PERO POCA CALIDAD DE VIDA	NINGUNA
PACIENTE 4 Mujer 44 años	NARCOLEPSIA TIPO 1 DIAGNÓSTICO 2013		OXIBATO DE SODIO VENLAFAXINA MODAFINILO PITOLISANT	PITOLISANT (2017) OXIBATO DE SODIO	20 mg 2-0-0	MEJORA AL INICIO DEL TRATAMIENTO POCA CALIDAD DE VIDA	NINGUNA

SEGURIDAD DE LOS NUEVAS TERAPIAS FRENTE AL COVID-19

Objetivo:

Describir la seguridad de las diferentes terapias frente al COVID-19 utilizadas en un hospital de tercer nivel.

Métodos:

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo realizado durante el periodo de agosto 2020-mayo 2022. Se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento con alguno de los antivirales o anticuerpos monoclonales frente a SARS-CoV2 disponibles en cada momento, entre los que se encuentran remdesivir, nirmatrelvir + ritonavir, molnupiravir y sotrovimab.

Las variables de estudio se obtuvieron a través de la historia clínica y programa de prescripción electrónica. Se analizaron los criterios de seguridad (advertencias y precauciones especiales de empleo y reacciones adversas) descritos en las respectivas fichas técnicas.

Resultados

- Remdesivir: De 389 pacientes analizados que iniciaron remdesivir en pauta de 5 días, 8 suspendieron por elevaciones de transaminasas ≥5 veces el límite superior de la normalidad, otros ocho pacientes que sí finalizaron sufrieron una elevación similar al quinto día. Dos suspendieron por rash cutáneos asociados a la infusión.

- Sotrovimab: De los 15 pacientes, no se identificaron ninguna de las reacciones adversas descritas en ficha técnica: hipersensibilidad, reacciones en la perfusión y anafilaxia.

- Nirmatrelvir/ritonavir: De los 5 pacientes, 3 de ellos desarrollaron alguno de los efectos adversos descritos. Dos describieron sensación de sabor metálico (disgeusia) y otro náuseas, vómitos y diarreas intensas durante el primer día de tratamiento.

- Molnupiravir: Un único paciente que no describió ni diarrea, náuseas o vómitos.

Conclusión

A pesar de que el tamaño muestral, perfil clínico y gravedad de los pacientes es distinta en cada una de las diferentes terapias utilizadas y sería necesario un análisis más profundo, la gran mayoría de los pacientes han tolerado bien estos tratamientos, y ninguna de las reacciones adversas descritas han comprometido gravemente la salud de los pacientes.

Seguridad y motivo de cambio de biterapia antirretroviral en pacientes con vih.

Autores Tena Alejandre, P.; Duque Aguilar, JJ.; Almanchel Rivadeneyra, A.; González Bartolomé, J.; Caba Hernández, C.; Fernández Lisón, LC.;

Introducción

La introducción de la biterapia antirretroviral supone el tratamiento con menos antirretrovirales que el resto de esquemas de tratamiento. Lo que a priori debería de aportar una ventaja en cuanto a la seguridad frente a las demás alternativas terapéuticas.

Objetivo Evaluar la seguridad que tiene la introducción de biterapia antirretroviral en pacientes con VIH, analizar las biterapia prescritas y los motivos de cambio a esta.

Métodos Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes que empezaron con biterapia desde enero de 2016 hasta enero de 2019. Se recopilaron datos demográficos de los pacientes, biterapia prescrita y motivo que impulsó el cambio a esta. Por otra parte se estudió la aparición de efectos adversos notificadas en los informes clínicos en los dos años posteriores a la introducción de la biterapia.

Resultados Se detectaron 19 pacientes con una edad media de 54,5 años (DE±9,8) de los cuales 13 (68,4%) de ellos son hombres y 6 (31,6%) mujeres. La biterapia prescrita en 8 (42,1%) de los pacientes fue darunavir-cobicistat con lamivudina, en 5 (26,3%) de ellos darunavir-cobicistat con rilpivirina, en 4 (21,1%) de ellos darunavir-cobicistat con dolutegravir y los 2 (10,5%) pacientes restantes llevaron darunavircobicistat con raltegravir. El motivo de cambio a biterapia en un 68,4% fue para simplificar su terapia, un 21,1% debido a toxicidad asociada al tratamiento previo y el resto por motivos de adherencia. No se notificaron reacciónes adversa al tratamiento durante el periodo de estudio. CONCLUSIÓN - El principal motivo para implantar la biterapia fue simplificar el tratamiento

antirretroviral. - Se trata de un tipo de estrategia muy segura en el tratamiento del VIH.

Siguiendo las guías

Autores: Madrigal Laguía, Pablo; Luján Martínez, Rocío; Carrasco Claros, Sara; García Soria, Nerea; Fuentes Almagro, Hortensia.

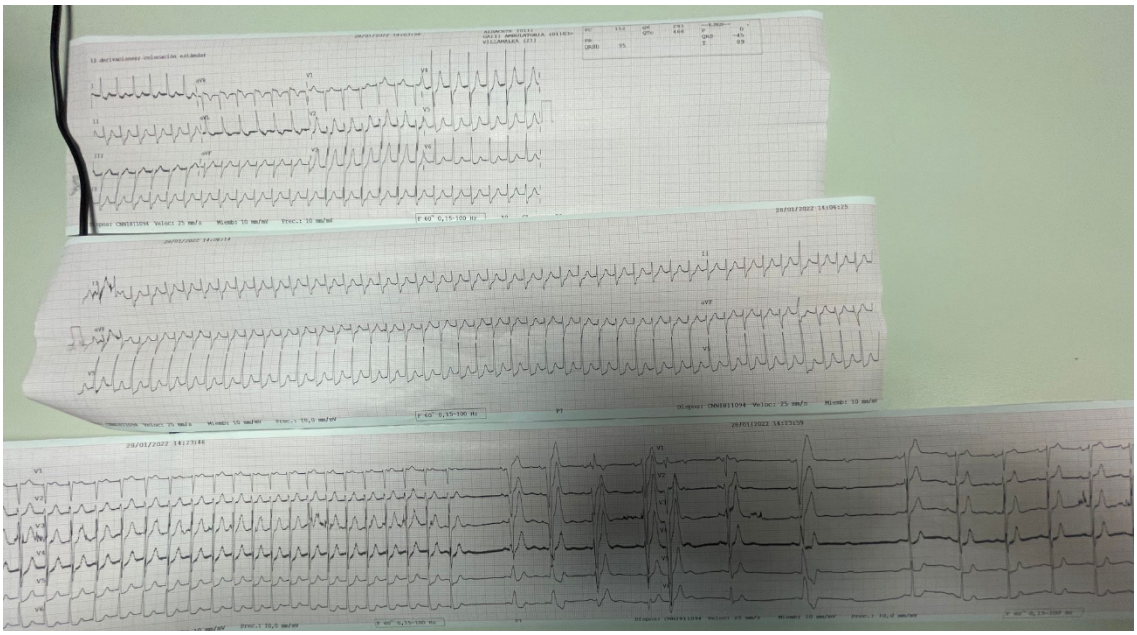
Descripción del caso

Mujer de 52 años que acude al consultorio acompañada de una amiga, la cual indica que presenta mal estado general desde hace un par de horas. La paciente no habla español, y sólo se señala a nivel centrotorácico. No tenemos registrada historia clínica; no refiere ningún AP.

Exploracón y pruebas complementarias

Regular estado general, consciente, orientada, normohidratada, leve palidez cutánea. Eupneica en reposo. TA 150/85, SAT02 98%, FC 150 lpm, Glucemia 95, Tª 36.5ºC. AC taquicárdica, rítmica, sin soplos audibles, AP murmullo vesicular conservado, ABDOMEN depresible, no dolor a la palpación, MIEMBROS INFERIORES no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. ECG: taquicardia a 150 lpm, no se visualizan ondas P, QRS estrecho, alteraciones de la repolarización probablemente secundaria a taquicardia(Figura 1). Se activa a la UVI-móvil y se inician maniobras de Valsalva modificada e invertida sin éxito. Pasados 20 minutos, empeora el estado de la paciente, presentando sudoración, leve taquipnea y aumento de palidez cutánea. Finalmente, se decide administrar un bolo de adenosina 6mg IV, objetivando que revierte a ritmo sinusal en torno a 75lpm y mejorando la clínica.

Figura 1.ECG



Orientación diagnóstica

Taquicardia supraventricular.

Diagnóstico diferencial

Flutter auricular, fibrilación auricular, síndrome coronario agudo subyacente.

Comentario final

En el ámbito de la medicina rural se enfatiza al máximo la importancia de una adecuada anamnesis, exploración física y orientación clínica. Ante una taquicardia regular de QRS estrecho con aceptable estado general, debemos iniciar la valoración ABCDE, monitorizar al paciente, así como asegurar vía IV y aporte de oxígeno. Posteriormente, iniciaremos maniobras de Valsalva para intentar frenar la taquicardia. Si esto no fuese suficiente, el estado del paciente empeora y no tenemos más apoyo externo en ese momento, se debe administrar inicialmente en bolo 6mg de adenosina; posteriormente podría requerir nuevos bolos de 12 y 18 mg e incluso cardioversión sincronizada.

Síndrome oro- queiro.

Autores: Luján Martínez, Rocío; Carrasco Claros, Sara; García Soria, Nerea; Fuentes Almagro, Hortensia; Madrigal Laguía, Pablo.

Introducción:

Mujer de 71 años, sin factores de riesgo cardiovascular ni consumo de tóxicos. Antecedente de cervicobraquialgia C5-C6 derecha.

Consulta en urgencias por parestesias en 1-2º dedo de mano derecha que progresan a la cara ventral de todos los dedos y palma, y parestesias peribucales derechas.

Objetivo y métodos:

Establecer diagnósticos diferenciales y conseguir el final con la mayor celeridad posible mediante valoración clínica/pruebas de imagen.

Se realiza TC craneal, sin hallazgos, desaparece la clínica y fue dada de alta. Vuelve a consultar 6horas después por debilidad en extremidades derechas, evidenciándose fluctuación de la afectación motora.

Se realiza nuevo TC craneal-perfusión y angioTSA con hallazgo de lesión isquémica aguda en territorio de ACP izquierda, área de penumbra del 90%, infarto establecido a nivel talámico izquierdo. Sugestivo de síndrome de oro-queiro

Resultados:

Tras hallazgo, se administra clopidogrel 300mg y ácido acetilsalicílico 300mg, ingresa en Unidad de Ictus, donde la RMN cerebral muestra infarto isquémico agudo tálamo-capsular izquierdo de pequeño tamaño. Durante el ingreso mejora, y al alta únicamente persiste parestesias en mano derecha.

Conclusiones:

El síndrome de oro-queiro o de síndrome de alarma capsular describe un episodio recurrente y autolimitado de déficit neurológico motor o sensitivo que afecta a cara, brazo o pierna, sin signos corticales, asociado en la mayoría de los pacientes a infarto de capsula interna en curso.

Este síndrome tiene un riesgo alto de completar un infarto cerebral en de los primeros 10días de presentación, resultando imprescindible su diagnóstico precoz para evitar que suceda.

En su fisiopatología influye la enfermedad de pequeños vasos, cardioembolia, vasoespamo y ateroesclerosis de la arteria cerebral media, considerándose ésta última el principal mecanismo, principalmente si existe afectación del origen las arterias perforantes lenticuloestriadas.

Terapia antibiótica y bacterias multirresistentes

Autores: Inmaculada Casas Hidalgo, María de la Paz Casas Hidalgo, Patricia Moreno Raya

Introducción/objetivos:

En un preocupante contexto epidemiológico debido a la elevada incidencia de patógenos resistentes a múltiples antimicrobianos y sin acceso a programas de terapia antibiótica parenteral ambulatoria en la mayoría de los centros españoles, los antimicrobianos aprobados recientemente se presentan como una atractiva alternativa en la práctica clínica. Sin embargo, a pesar de la creciente evidencia para los diversos usos potenciales, el número de indicaciones aprobadas hasta la fecha es limitado siendo generalmente insuficientes para responder a los problemas en la práctica diaria y los usos off-label son solicitados cada vez con más frecuencia. Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia clínica con estos fármacos.

Material y métodos:

Estudio observacional prospectivo de pacientes adultos que recibieron Dalbavancina(DAL), tedizolid(TDZ), ceftazidima/avibactam(CFZ / AVI) o ceftolozano/tazobactam(CTZ/TZB) durante un año de tratamiento en un hospital de tercer nivel.

Resultados:

Se incluyeron 31 pacientes. Los datos demográficos, microbiológicos, tratamiento, efectos adversos y resultado clínico se describen en la figura 1.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, la mayoría de estos antimicrobianos se utilizaron bajo uso off-label y, en concordancia con otros estudios, parecen ser alternativas seguras y efectivas para pacientes adultos que han fracasado con otras terapias, con organismos resistentes con limitadas opciones de tratamiento y/o como en el caso de DAL, facilitando entre otros, el alta hospitalaria.

Figura 1. Datos demográficos, microbiología, características de la terapia, eventos adversos y resultados clínicos

	DAL N=22	CFZ / AVI N=4	CTZ / TZB N=4	TDZ N=1
Edad, mediana (RIC)	70(46-85)	60(39-74)	64(59-76)	63
Hombre	13(59)	1(25)	4(100)	1(100)
Cuidados Intensivos	0	2(50)	0	0
Servicios Médicos	15(68)	0	4(100)	1(100)
Servicios Quirúrgicos	7(32)	2(50)	0	0
Infecciones osteoarticulares	10(46)	0	0	0
- infección asociada a dispositivo protésico	4/10(40)	0	0	0
- osteomielitis	6/10(60)	0	0	0
Neumonía	0	0	2(50)	0
Infecciones agudas de piel y partes blandas	3(14)	1(25)	0	0
Endocarditis	3(14)	0	0	0
Bacteriemia	5(23)	2(50)	2(50)	0
Infección protésica del injerto	1(5)	0	0	0
ITU complicada	0	1(25)	0	1(100)
Muestras microbiológicas	20(91)	4(100)	4(100)	1(100)
Staphylococcus aureus	12(55)	0	0	0
- S. aureus meticilín-resistente (SAMR)	7/12(58)	0	0	0
Estafilococos coagulasa negativo (SCN)	6(27)	0	0	0
- Meticilín-resistentes SCN	4/6(67)	0	0	0
Enterococcus faecalis / Enterococcus faecium	2(10)	0	0	0
Pseudomonas aeruginosa	0	0	4(100)	0
Klebsiella pneumoniae	22(100)	4(100)	0	1(100)
INDICACIÓN				
- Alta hospitalaria	11(65)	0	0	0
- Patógenos resistentes	5(23)	4(100)	3(75)	0
- Difícil acceso vascular / mala adherencia oral	2(9)	0	0	0
- Toxicidad previa inducida por medicamentos	3(14)	0	1(25)	1(100)
- Interacciones medicamentosas previas	1(5)	0	0	0
Uso off-label	19(86)	0	4(100)	1(100)

EFECTO ADVERSOS: Reacción en el sitio de infusión	1(5)	0	0	0
RESULTADO Favorable	20(95)*	3(75)**	3(75)	1(100)

Excepto donde se especifique lo contrario, los datos representan número (%) de pacientes; * 21 pacientes completaron el tratamiento, ** 1 éxitus tras dosis única.

Ulceras digitales: gel topico de vitamina e

Autores: Inmaculada María de la Paz Casas Hidalgo, Alejandro Rodriguez Delgado

Introducción / Objetivo:

Las úlceras digitales son una complicación de enfermedades tales como la esclerodermia y la esclerosis sistémica que se presentan en aproximadamente el 50% de los pacientes con estas patologías. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia y describir el proceso de elaboración de un gel tópico elaborado como fórmula magistral el cual está indicado en el tratamiento de úlceras digitales asociadas a las enfermedades sistémicas descritas anteriormente.

Material y métodos:

Tras búsqueda bibliográfica, se describe el proceso para la elaboración de la fórmula magistral: se pesan 1.04 gramos de sílice coloidal en un vaso de precipitado. A continuación, se procede al pesado de 25 gramos de vitamina E acetato (riqueza 100%). Se vierte la vitamina E sobre la sílice y se agita con ayuda de una varilla de vidrio, obteniéndose un gel tópico de vitamina E en una proporción de 96%. Se envasa finalmente en jeringas topacio de 10 mililitros y se procede a su etiquetado.

Tras la elaboración y dispensación de esta fórmula magistral se lleva a cabo un estudio descriptivo observacional para determinar la eficacia en los pacientes a los que les fue prescrito dicho preparado (historia clínica).

Resultados:

Se obtiene un gel denso y transparente estable durante 6 meses a temperatura ambiente y fotoprotegido.

Este gel presenta una elevada eficacia en todos los pacientes tratados, consiguiéndose una reducción del dolor y un descenso del uso funcional limitado de las manos asociado a las úlceras digitales.

Conclusiones:

El tratamiento con el gel tópico a base de vitamina E (elaboración muy sencilla y económica) ha conducido a una evolución favorable de las úlceras digitales presentes en pacientes con esclerodermia y esclerosis sistémica de nuestro hospital.

URTICARIA CRÓNICA Y COVID-19: UNA COMBINACIÓN TURBULENTA

Autores: Duque Aguilar JJ, Tena Alejandre P, Almanchel Rivadeneyra A, González Bartolomé J, Caba Hernández C, Fernández Lisón LC.

Objetivos

Estimación del impacto de la pandemia COVID-19 en la adherencia al tratamiento y control de la patología y sus repercusiones en pacientes diagnosticados de urticaria crónica espontánea.

Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes afectos de urticaria crónica espontánea en tratamiento con omalizumab a lo largo del año 2020. La información procedió de la historia clínica (visitas a urgencias, informes de seguimiento, cuestionarios UAS) y el registro de dispensaciones.

Resultados

En total, 14 pacientes (9 pertenecían al género femenino) presentaban tratamiento activo con omalizumab y excelente control subjetivo de la patología al comienzo del estudio. La mediana de edad fue de 48 años.

A excepción de un paciente (7,14%), los 13 (92,86%) restantes acudían al hospital o a su centro de salud para las administraciones subcutáneas.

Del total, 8 pacientes (57,14%) se mantuvieron estables y retiraron su medicación sin problema. Los otros 6 (42,86%) notificaron empeoramiento clínico e inclusión de antihistamínicos a dosis elevadas y/o rescates con glucocorticoides. En éstos, no se registró dispensación en 4 pacientes (66,67%), conllevando faltas en adherencia. En 2 pacientes (33,33%) se precisó escalada de dosis a pauta estándar según ficha técnica.

Conclusiones

Observamos que el estrés derivado de la pandemia COVID-19 pudo constituir un factor desencadenante en pacientes afectos de urticaria crónica espontánea,

disminuyendo su calidad de vida y precisando terapias adicionales y/o rescates para lograr un control adecuado.

El temor y la negativa a acudir a los centros hospitalarios contribuyeron a la falta de adherencia y retrasos en la administración de omalizumab, siendo necesaria la adaptación en servicios de Farmacia Hospitalaria con estrategias como la telefarmacia y el envío de medicación.

Utilidad de las intervenciones realizadas por farmacia en paciente ingresado

Autores: María Molinero Muñoz, Lidia Ybáñez García, Natalia Sánchez-Ocaña Martin, María de la Torre Ortiz, Javier Corazón Villanueva, Jose Manuel Martínez Sesmero.

Introduccion

El farmacéutico realiza intervenciones sobre el tratamiento del paciente ingresado que aparecen en el programa de prescripción. Sin embargo, un exceso de intervenciones puede derivar en fatiga de alertas que dificulte la lectura por el médico de las más graves.

Objetivo

Evaluar la utilidad de las intervenciones que realiza el farmacéutico sobre el tratamiento de pacientes ingresados a través del programa de prescripción electrónica.

Métodos

Se descargaron las intervenciones realizadas y se determinaron los tipos de intervenciones que se realizaban más frecuentemente. Se elaboró una encuesta que se difundió por email a los médicos de diferentes especialidades puntuando de 1 a 5 la utilidad de 13 tipos de intervención (1: nada útil, 5: extremadamente útil).

Resultados

Se han realizado 18 encuestas con la siguiente participación por especialidades: geriatría 33%, medicina interna 27%, hematología 16%, oncología 5%, reumatología 5%, endocrinología 5%, digestivo 5%. Por tipo de intervención: 88,9% de los médicos consideraban extremadamente útil las intervenciones relacionadas con alergias; 88,9% las de ajuste fármacos por función renal; 83% las relacionadas con la medicación no incluida en guía; 77,8% las de vía de administración inadecuada; 72% conciliación de la medicación; 66,7% sobre interacciones medicamentosas o con alimentos; 66,7% duplicidades

terapéuticas; 66.7% advertencia efectos adversos; 61,1% posología. Las intervenciones que se evaluaron con una puntuación ≤4, fueron las relacionadas con terapia secuencial (72%), duración de tratamiento (55%), deprescripción de fármacos (55%), dosis máximas (44,4%).

Conclusiones

Entre las intervenciones consideradas más útiles estaban las relacionadas con alergias, ajuste de fármacos por insuficiencia renal y medicación no incluida en guía. La intervención del farmacéutico en el tratamiento del paciente ingresado se considera bastante útil.

Validación clínica de los análogos del receptor de GLP1: Uso racional del medicamento.

Autores:Ángela Alcalá Soto; Miguel Vázquez Real; Maria del Valle Sánchez-Matamoros Piazza.

Introducción

La indicación financiada mediante visado de los análogos del receptor de GLP1 (AR-GLP1) es el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en obesos con un índice de masa corporal igual (IMC) o mayor de 30Kg/m2 y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando éstos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.

Objetivo

Analizar la adecuación a los criterios de financiación de las prescripciones de AR-GLP1. Analizar los motivos de no financiación.

Métodos

Análisis prospectivo de 3 meses de duración. Se analizó la adecuación de las prescripciones a la indicación financiada. Se obtuvieron los siguientes datos de la Historia Clínica: diagnóstico de DM, valor actual de hemoglobina glicosilada (HbA1c), objetivo de control glucémico, IMC, tratamiento concomitante y previos. Se analizaron los motivos de no financiación.

Edad	**Duración de la DM, presencia de comorbilidades o complicaciones**	**Objetivo de HbA1c**
< 65 años	Sin complicaciones o comorbilidades graves	<7 %*
	>15 años de evolución o con complicaciones o comorbilidades graves	< 8 %
66-75 años	<15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	<7 %
	<15 años de evolución sin complicaciones o comorbilidades graves	7-8 %
	Con complicaciones o comorbilidades graves	<8,5 %
>75 años		<8,5%

Resultados:

Se validaron un total de 104 prescripciones desde el 22-octubre-2021 a 21-enero-2022. Los fármacos prescritos: semaglutida sc (n=61; 58,65%), semaglutida oral (n=8; 7,7%), dulaglutida (n=35; 33,65%). El 78,84% de las prescripciones cumplían las condiciones de financiación. Se denegaron 22

solicitudes (21,15%). Los motivos de denegación fueron: sin datos recientes de HbA1c para valorar el control glucémico (n=4; 18,18%), prescripción al diagnóstico (n=1; 4,5%), buen control glucémico según objetivo de HbA1c (n=13; 59%), IMC<30 (n=1; 4,5%), monoterapia (n=2; 9%), sin diagnóstico DM2 (n=1; 4,5%).

Conclusiones:

Más de una de cada 5 prescripciones de AR-GLP1 no cumple con los requisitos de financiación establecidos, siendo las razones de no financiación en más de la mitad de los casos el buen control glucémico adecuado a objetivo de HbA1c. Es fundamental consultar la historia para la validación clínica de los criterios de financiación de los AR-GLP1 para asegurar su uso racional.

Valor del ratio derivado neutrófilo/linfocito (dnlr) como biomarcador predictivo en inmunoterapia en una cohorte de pacientes de cáncer de pulmón no microcítico.

Toledo Davia MA, Labrador Andújar N, Torralba Fernández L, Jiménez Méndez C, Blázquez Romero C Domínguez Barahona A, Moya Gómez P.

Introducción

Actualmente se postula que ciertos parámetros pueden servir como biomarcadores predictivos en el tratamiento con inmunoterapia en pacientes con cáncer.

Objetivos

Evaluar el valor del ratio derivado Neutrófilo/linfocítico (dNLR) como biomarcador de la respuesta al tratamiento con inmunoterapia.

Materiales y métodos

Estudio observacional, retrospectivo en pacientes tratados con pembrolizumab. Se recogieron variables demográficas (sexo y edad), clínicas (histología, ECOG y fechas de inicio de tratamiento y progresión y/o éxitus), y hematológicas

(recuento total de neutrófilos (N) y leucocitos (L) al inicio del tratamiento); se calculó el dNLR (N/[L-N]). Análisis estadístico: SPSS v.25 para análisis de supervivencia por método de Kaplan-Meier y log Rank test (contraste de hipótesis). Test de regresión de Cox para evaluar asociación entre dNLR y supervivencia (SLP y SG).

Resultados

Resultaron 74 pacientes tratados con pembrolizumab, 59(79,7%) hombres, 14(20,3%) mujeres; mediana de edad de 65[83-37] años. El 90%(66) con adenocarcinoma y el 10%(7) epidermoide, el 54%(40) de los pacientes presentaron ECOG=0, 42%(31) ECOG=3 y un 2,7%(2) ECOG=2. La mediana del recuento de neutrófilos fue 5,45[6,1-1,5] x10^9neut/L y de leucocitos 8,1[3,5-64,9] x10^9leuc/L. En cuanto al dNLR, la mediana fue 2,36[0,38-27,43]IC95% meses. El número de pacientes con dNLR<3 fue 42 y dNLR>3 fue 26. Se perdió el registro de 4 pacientes.

La mediana de SLP para dNLR<3 fue de 14,65[9-20] meses vs. 11,5[13,7-19,3]IC95% meses para dNLR>3(p=0,09) y para SG las medianas fueron de 23 [17,1-30,6]IC95% meses para dNLR<3 vs. 17,09[8,2-25]IC95% meses para dNLR>3(**p=0,04**).

Test de regresión de Cox: HR=1,07**(p<0,05)** para SG y un HR=1,09**(p<0,01**) para SLP.

Conclusiones

El dNLR puede ser útil para predecir la eficacia al tratamiento con pembrolizumab. A mayor valor de dNLR parece obtenerse una peor respuesta al tratamiento (HR=1,07 y 1,09). Son necesarios más estudios, con muestras mayores y evaluando otros fármacos, para poder evaluar la asociación real entre dNLR y la supervivencia en los tratamientos de inmunoterapia.