

Libro de Resúmenes

1. Trazabilidad en la central de esterilización: elaboración de una guía de productos médicos e instrumental quirúrgico

LOZANO MF, MARTIN SL, WOOLEY S, GONZALEZ GMA, BAY MR.

H.I.G.A. "San Roque" de Gonnet – La Plata – Argentina

Mail de contacto: lozanomariaflores88@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La central de esterilización (CE) es la unidad orgánica funcional destinada a recepción, limpieza, acondicionamiento, desinfección, esterilización, almacenamiento y dispensación de productos médicos y textiles, a fin de garantizar calidad prestacional. Debe disponer de protocolos de trabajo y registros que documenten la trazabilidad.

El Hospital San Roque de Gonnet es una institución pública interzonal, de atención general de agudos con 160 camas de internación. El Servicio de Farmacia y Esterilización (SFyE) certificó en 2011 a los "Procesos de Esterilización" bajo normas ISO 9001, con sucesivas recertificaciones y compromiso en la mejora continua. En el análisis de los riesgos asociados a los procesos realizados en la CE se detectó que la trazabilidad puede verse afectada si la identificación de un producto es incorrecta, a pesar de contar con un sistema de informático que permite trazar, el error de confundir un producto con otro o confundir su nombre predispone a pérdidas y fallos en los procesos siguientes.

En un Sistema de Gestión de Calidad deben considerarse los riesgos para impedir un impacto negativo en la seguridad del paciente. En este contexto, es una necesidad la elaboración de una guía de los productos médicos e instrumental que se reciben en la CE para lograr su correcta identificación y trazabilidad.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se realizó una búsqueda en el sistema informático de la CE de todos los productos e instrumental quirúrgico, de los 24 sectores de origen. Del total (750): 44% Quirófano, 12% Centro Obstétrico, 5% Terapia Intensiva.

Se eliminaron las duplicidades de materiales con distinto nombre, y se actualizó, previo consenso con sector de origen, la identificación de cada ítem.

Se realizó una tabla Excel para cada sector, listando productos e instrumental con la identificación unívoca consensuada, detallando material de acondicionamiento, método de esterilización, uso previsto, e imagen que facilite identificación en la recepción.

Se elaboró un documento denominado "Guía de productos e instrumental en la CE" que se incluyó en la matriz documental del sistema de gestión de la calidad del SFyE.

Finalmente, se informó y capacitó al recurso humano de la CE sobre el nuevo documento y su contenido.

DISCUSIÓN

El sistema informático en la CE debe garantizar la trazabilidad directa e inversa, para ello es indispensable identificar el instrumental de forma adecuada, lo que permitirá el acceso a su documentación e información. La posibilidad de identificación incorrecta le quita poder a la trazabilidad como herramienta para la seguridad al paciente, y credibilidad como instrumento de información, control y gestión.

La Guía unifica nomenclatura en la institución, y permite de forma eficaz realizar la recepción informática de todo lo que ingrese a la CE. Esto es relevante al incorporar recurso humano: el desempeño independiente depende en gran medida de la capacidad de identificación de los ingresos para poder generar la etiqueta autoadhesiva con código de barra que acompañará a cada producto hasta su uso.

Las investigaciones revelan que, si bien algunos riesgos son inevitables, pueden reducirse según el modo en que se gestione un servicio, una institución o la CE. En la cultura de la seguridad al paciente el abordaje debe ser integral, se reconoce como responsabilidad multidisciplinaria. Por ello se involucró al referente de cada sector de origen y al recurso humano de la CE en el consenso de la nomenclatura, esperando un aumento de la confianza y satisfacción de los usuarios, y del sentido de pertenencia y confianza del personal técnico de la CE, con su labor y la del equipo de trabajo.

La guía se identificó como un desafío, logrado con dedicación, convicción y compromiso, para brindar procesos de calidad al servicio de la población. Se incorporará a la misma todo material que ingrese a la CE por primera vez, en la revisión anual, y la sociabilización y capacitación al recurso humano.

2. Evaluación clínica y económica de las intervenciones farmacéuticas en un hospital de comunidad

SCOLARI M, PRIMERANO F, APESTEGUI M, BYRO P, JAUREGUIBERRY P, GUELER B
Hospital Británico de Buenos Aires –CABA– Argentina.
Mail de contacto: scolarimariano@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de farmacia clínica y atención farmacéutica han evolucionado a lo largo del tiempo cambiando el rol tradicional del farmacéutico, colocándolo en un lugar de privilegio del ejercicio sanitario, siendo responsable solidario de la farmacoterapia del paciente. Las intervenciones farmacéuticas (IF) han demostrado ser una herramienta útil para la mejora de la evolución clínica del paciente y la resolución de problemas relacionados con medicamentos (PRM), a lo que se suman beneficios económicos en la atención sanitaria.

OBJETIVOS

Cuantificar, evaluar e interpretar las IF realizadas por el equipo de farmacia clínica desde los puntos de vista clínico y económico en un hospital de comunidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y transversal. Período: julio a diciembre 2019. Las IF se realizaron durante la validación de la prescripción médica en salas de internación clínico-quirúrgicas y unidad de cuidados intensivos de adultos y niños. Para conocer el impacto clínico, se clasificaron las IF según el PRM a resolver y severidad del daño potencialmente evitado según Overhage, y se asignó el exceso de estancia evitado según Classen. Se consultó el evento adverso con mayor prevalencia en la base VigiAccess, en la fecha de análisis, que habría sido prevenido por las IF. La evaluación del impacto económico involucró el desarrollo de una ecuación para estimar el costo unificado potencialmente evitado (CUPE) por todas las IF, considerando el grado de aceptación, según: $CUPE = \sum_{\text{julio - diciembre}} [(CPEM + VAL) \times \text{nivel de aceptación}]$. Siendo $CPEM = \text{Días de internación prevenidos por la IF} \times \text{Probabilidad de incrementar la estancia del PRM} \times \text{valor del día cama del mes en curso}$ y $VAL = \text{precio promedio ponderado} \times \text{Días de internación prevenidos por la IF} \times \text{cantidad de unidades diarias del medicamento no empleadas}$.

RESULTADOS

Se realizaron 2442 IF en total, que involucraron a 1156 pacientes. Los PRM más frecuentes fueron los relacionados a las dosis (41.2 %), seguidos de la indicación de medicamentos innecesarios (16.6%). En cuanto a la severidad del daño potencialmente evitado, el 87.8% se clasificó como significativa, 8.3% seria y 3.9% no significativa. El exceso de estancia promedio potencialmente evitado fue de 2.67 días. El grupo de medicamentos con mayor cantidad de IF asociadas fueron los antimicrobianos y, dentro de ellos, la vancomicina. La aceptación fue del 95% con un CUPE de 13.353.604,4 pesos.

DISCUSIÓN

Al analizar la cantidad de IF realizadas y las más frecuentes, evidenciamos la importancia del farmacéutico clínico para proveer una farmacoterapia segura y racional. El hallazgo de que las IF fueron mayormente significativas y que la disminución potencial de la estancia hospitalaria fue de casi 3 días, indicaría un impacto clínico favorable sobre la evolución del paciente y la calidad de sus prescripciones. El alto nivel de aceptación, demuestra la buena inserción del farmacéutico en el equipo multidisciplinario. En cuanto al impacto económico, al buscar el evento adverso que mejor se ajustaba al daño evitado, hace suponer que el CUPE, estaría cerca del valor real. Los datos obtenidos nos muestran la magnitud del gasto evitado que supone nuestro trabajo diario, el cual generaría no sólo menores costos en salud, sino también mejores desenlaces y menor exposición del paciente a eventos adversos potenciales dentro del hospital. Considerando lo antes dicho, podría decirse que los resultados de este estudio muestran el valor clínico y económico de la tarea desempeñada por los farmacéuticos clínicos, posicionándonos como un eslabón fundamental de la cadena asistencial de los pacientes internados en nuestro hospital.

CONCLUSIONES

Se ha podido cuantificar, evaluar e interpretar las IF realizadas por el equipo de farmacia clínica, analizando el impacto clínico y económico de las mismas, en diferentes áreas de internación de nuestro hospital, suponiendo beneficios clínicos y en el costo sanitario.

3. Desarrollo de una suspensión oral de acitretina para tratamiento sistémico de psoriasis e ictiosis en pediatría

POLIZZI FV, TRACCHI L, MEDER MA, QUIROGA MF, RACH AS

HIEMI V Tetamanti –Mar del Plata– Argentina

Mail de contacto: florpolizzi@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Acitretina, análogo sintético del ácido retinoico y principal metabolito activo del etretinato, actúa sobre los receptores nucleares de retinoides y de ácido retinoico con efectos antiinflamatorios y antiproliferativos. Se usa para tratar la psoriasis y formas graves de dermatitis, sin causar inmunosupresión. Sus principales efectos adversos son manifestaciones cutáneas, hepatotoxicidad y teratogénesis. La psoriasis del pañal es una patología frecuente en menores de dos años, desencadenada por fenómenos traumáticos y friccionales, pudiendo diseminarse. La Ictiosis Hystrix-Curth-Macklin es una genodermatosis autosómica dominante rara, caracterizada por queratodermia palmo-plantar masiva, fisuras profundas, sangrantes y dolorosas. Las indicaciones terapéuticas iniciales consisten en tratamientos con cremas emolientes, cremas con urea, corticoides y antimicóticos locales y antihistamínicos vía oral. La presentación disponible de acitretina es únicamente como cápsulas de 10 y 25 miligramos, por lo que se presenta el desafío de adaptar la forma farmacéutica disponible en una adecuada para la población pediátrica.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Fuimos consultados por el Servicio de Dermatología debido a la necesidad de una formulación de acitretina para una niña de ocho meses con diagnóstico de psoriasis del pañal refractaria a tratamientos locales. Por este motivo iniciamos una búsqueda bibliográfica, teniendo en cuenta propiedades fisicoquímicas, liposolubilidad, fotosensibilidad, toxicidad, excipientes y sus interacciones. Se realizó una formulación de acitretina 1 mg/ml utilizando cápsulas de Neotigason® y jarabe simple hasta volumen final calculado, dándole una estabilidad de 14 días, refrigerado, debido a la falta de conservantes en la formulación y de estudios de estabilidad a largo plazo. Se consideró la necesidad de su elaboración en una cabina de seguridad biológica y con equipo de protección personal adecuado, disminuyendo la exposición del farmacéutico/técnico elaborador a la acitretina, que es teratogénica. La paciente tuvo una excelente respuesta al tratamiento, resolución del cuadro clínico y alta dermatológica.

Posteriormente se presentaron dos pacientes que requirieron tratamiento con acitretina, un niño de cinco meses con psoriasis del pañal y otro de cinco años con diagnóstico de ictiosis congénita, que requirió aumento gradual de dosis. Ambos aún en tratamiento y con buena respuesta al mismo.

DISCUSIÓN

La psoriasis del pañal tiene un tiempo finito de tratamiento con acitretina, hasta resolución de los síntomas, mientras que en la ictiosis el paciente recibe un tratamiento crónico por lo que se debe realizar un control del desarrollo musculoesquelético, efectos adversos y hepatograma. En general, el uso de acitretina en la población pediátrica se reserva para casos extensos y de difícil manejo, como son las ictiosis graves o refractarias al tratamiento tópico. La bibliografía

recomienda empezar con dosis de 0,5 mg/kg/día en niños y aumentar según respuesta. El desarrollo de una fórmula farmacéutica huérfana para acitretina como la propuesta, es una alternativa adecuada en pacientes pediátricos donde las dosis utilizadas son mucho menores a las disponibles a nivel mundial. Los excipientes presentes en las cápsulas comerciales de Neotigason® no presentan interacciones relevantes frente al vehículo utilizado. El uso de un vehículo estructurado como agente suspensor no fue tenido en cuenta debido a la falta de datos de estabilidad y la buena resuspensión del polvo con jarabe simple sin observar precipitados que dificulten su correcta administración durante el período de caducidad asignado. Respecto a la fotosensibilidad, diversos estudios indican una rápida degradación del principio activo en contacto con la luz, por lo que se recomienda evitar su exposición trabajando de manera rápida, utilizando envases de vidrio color caramelo y almacenarlo al abrigo de la luz.

4. Hospitales modulares: un nuevo desafío de la farmacia hospitalaria dentro de la pandemia

FRUTOS LM, GONZÁLEZ L, LEMONNIER G, MARTINS MG, MELO ACEVEDO MJ, ROBATTO M

Hospital El Cruce Alta Complejidad en Red Dr. Kirchner – Florencio Varela – Argentina.

Mail de contacto: gabriela.lemonnier@hospitalelcruce.org

INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, la OMS caracterizó como pandemia a la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). En este contexto, el gobierno planificó una serie de medidas para fortalecer nuestro sistema sanitario. Una de ellas, fue la puesta en marcha de 11 hospitales modulares (HM) destinados a la internación de pacientes con COVID. A nuestro hospital, que es de alta complejidad y cuenta con 168 camas, se le asignó la coordinación de 4 de ellos. Presentamos este trabajo para compartir el rol de la farmacia en la ejecución de este proyecto.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Desde el Servicio de Farmacia se realizaron las siguientes acciones de planificación y gestión:

- *Definición del alcance del proyecto:* Los 4 HM estaban ubicados en zona VI, cada uno con 24 camas de terapia intensiva y 52 de intermedia de adultos. Se recorrieron las obras y nos contactamos con los médicos coordinadores a cargo.
- *Selección de RRHH:* Se proyectó la necesidad de 2 técnicos en Farmacia Hospitalaria (TFH) y 1 farmacéutico por HM, aprobándose sólo los TFH. Realizamos su preselección, entrevistas y elección final.
- *Gestión de insumos:* Junto con los médicos terapeutas asignados, definimos y estimamos cantidades de medicamentos y productos médicos necesarios, basándonos en la experiencia en manejo de pacientes críticos respiratorios y relevando información de tratamientos COVID existente hasta la fecha. Realizamos la gestión de compras, recepción y almacenamiento de los insumos definidos.
- *Recepción, almacenamiento y distribución de EPP (equipos de protección personal):* Estos insumos fueron donados por el Ministerio de Salud de la Nación.
- *Fortalecimiento en RRHH del sector de recepción y almacenamiento:* Se redistribuyó personal para fortalecer las áreas con mayor producción y se incorporó un nuevo TFH exclusivo para este proyecto.

- *Adaptación del sistema informático de gestión de stock:* Se crearon depósitos virtuales independientes para los HM y se diferenciaron los movimientos de salida a estos sectores con el objetivo de no afectar nuestro stock ni nuestro historial de consumos.
- *Generación de áreas de almacenamiento:* Se adaptaron espacios dentro del hospital como depósitos y se alquilaron dos containers.
- *Logística de distribución:* Se coordinó con los referentes de cada HM, la reposición semanal de insumos a partir de un formulario preestablecido. El TFH asistiría a nuestro hospital para participar en el armado y control de su pedido, y coordinar el transporte al HM.
- *Dispensación de Estupefacientes:* Se articuló, luego de consultar con las autoridades pertinentes, un circuito especial de solicitud y dispensación (receta triplicada personal del médico referente de cada HM).
- *Generación de información:* Se elevaron reportes a la dirección para supervisar consumos, analizar gastos y gestionar el presupuesto.

DISCUSIÓN

Este proyecto significó un gran desafío debido al contexto de incertidumbre y a la dinámica variable de la pandemia, sin embargo, pudimos dar una adecuada respuesta.

Uno de los mayores desafíos fue la definición de insumos necesarios. Inicialmente fue teórica, pero la constante generación de evidencia en los tratamientos, conductas a tomar y criterios de internación, implicó variaciones en los requerimientos obligando un permanente análisis de consumo y redefinición de stocks.

Otro gran aspecto a destacar fue el incremento en el volumen de insumos involucrados ya que pasamos a abastecer 5 hospitales en lugar de 1, representando un aumento de camas totales de 168 a 472. Esto implicó un enorme esfuerzo físico, por lo que destacamos la gran capacidad de adaptación, respuesta y predisposición de los miembros del servicio.

Nos sentimos muy orgullosos del rol que nos tocó ocupar en esta pandemia y de la respuesta brindada, reafirmando nuestro compromiso con la Salud Pública.

5. Gestión del recurso humano en el servicio de farmacia de un hospital de mediana complejidad

CHACON M.G., ARAYA J.

Hospital Dr. Alfredo I. Perrupato– Godoy Cruz– Argentina

Mail de contacto: farmgabrielachacon@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El Hospital Perrupato es una institución comprometida con la calidad de trabajo. Por lo que en 2018 el Servicio de Farmacia (SF) y la Residencia de Farmacia Hospitalaria (RFH) certifican Normas ISO 9001:2015. Esta norma define en el punto 7.2 Competencia que la empresa tiene que establecer la competencia de las personas que llevan a cabo un trabajo, ya que puede afectar al desempeño y poder realizar la evaluación de la eficiencia de acciones llevadas a cabo. Esto se refiere a garantizar que los trabajadores de la organización tienen los conocimientos, habilidades y experiencia necesaria para realizar el trabajo encomendado de la mejor manera posible.

OBJETIVOS

Evaluar el nivel de cumplimiento de las competencias definidas en cada perfil de puesto del SF y RFH durante 2018, 2019 y 2020.

Comparar los resultados en cada año y con respecto al nivel ideal deseado y definido por puesto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo y comparativo del cumplimiento de las competencias de cada perfil de puesto del SF en 2018-2019 y de residentes de RFH durante 2018, 2019 y 2020.

Competencias evaluadas: Rigor técnico (RT), Proactividad (P), Resolución de conflictos y problemas (RCP), Liderazgo (L), Trabajo en equipo (TE), Toma de decisiones (TD) y Comunicación (C).

Perfiles de puesto: Jefe de Sección (JS) y Farmacéutico adjunto (FA), Jefe de Unidad (JU), Técnico (T) y Encargado de Compras y Depósitos (ECD), Auxiliar administrativo (AA), Residente de 1, 2 y 3 año y Jefe de Residentes (R1, R2, R3, JR).

De acuerdo al nivel de cada competencia se asignó el siguiente puntaje: Nivel A: 4 puntos, Nivel B: 3 puntos, Nivel C: 2 puntos y Nivel D: 1 punto.

Se tomaron en cuenta las evaluaciones, de todo el personal que se desempeñó en SF y RFH en 2018, 2019 y 2020. Se compararon los valores promedio de los integrantes de cada puesto. Se registraron los valores en planillas Excel.

RESULTADOS

Se realizaron 19 evaluaciones en 2018, 25 en 2019 y 6 en 2020. Se llega al valor ideal en JT, T, ECD, A. No se llega al valor ideal en JS y FA, siendo mayores las exigencias en JS. Se obtienen mejores valores en 2019 que en 2018. R1: llega al valor ideal en RT, P, TE en 2018, 2019 y 2020. RCP se llega al valor en 2018 y 2020. TD y C no se llega al nivel ideal. R2: llega al valor ideal solo en P, en RT no se alcanza el ideal en 2020, RCP se llega al valor en 2018 y 2020. L se llega al valor en 2018 y 2019. TE, TD y C no se alcanza el nivel ideal en ninguno de los años. R3: 2018 sin R3. RT, RCP, TE y C aumenta en 2020 pero no se llega al valor ideal. En L si se llega al valor ideal los dos años. En TD sucede lo mismo, pero si se llega al valor ideal. JR: en 2018 no existía el puesto. RT, RCP y TD y L no se alcanza en 2019 pero si en 2020. P se alcanza en ambos años.

DISCUSIÓN

Con respecto a RFH se observan mayores fluctuaciones en los años que en SF, ya que van variando las personas. RT se da importancia a llevar un mejor seguimiento de las actividades y proyectos a cumplir. P anticiparse y crear soluciones alternativas ante situaciones que podrían presentarse posibilitaría el valor ideal. RCP se deberían analizar los problemas, identificar varias soluciones para una misma dificultad y comunicar claramente su postura ante un conflicto. L se requiere mayor seguimiento y retroalimentación de los objetivos y transmisión al resto del equipo, visión de futuro. TD mayor seguimiento de las decisiones, analizar ventajas y desventajas antes decidir, animarse. C información comprendida por todos los niveles de la organización.

CONCLUSIONES

Capacitar al personal de ingreso en las capacidades y niveles que se espera de cada puesto, involucrándolo en los objetivos propuestos, lleva a disminuir la incertidumbre que ocasiona la falta de información y minimiza los riesgos en los procesos proporcionando mayor seguridad a los pacientes atendidos.

6. Perfil de analgosedación de pacientes con neumonía grave por COVID-19 en ventilación mecánica

GARCIA SARUBBIO M, PAZOS V, MESCHINI MJ, BARBIERI A, COLAVITA C, ARAMENDI V, TROVATTO C, CARRATELLO G, DI CRISCIO J, PAEZ C, MAZZOLENI MA

Hospital San Martín de La Plata–La Plata– Argentina.

Mail de contacto: mariajmeschini@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El actual abordaje recomendado para la analgosedación (AS) del paciente crítico conectado a la ventilación mecánica (VM), caracterizado por analgesia óptima y sedación ligera o no sedación, no parece completamente aplicable a los pacientes con enfermedad severa por COVID-19. En éstos, la frecuente presentación de síndrome de distrés respiratorio agudo grave condiciona un objetivo de sedación profunda y en ocasiones uso de drogas bloqueantes neuromusculares (BNM). En varios países, el extraordinario aumento de consumo de drogas para AS provocó desabastecimiento, obligando al uso de alternativas terapéuticas impensadas. Tratándose de una nueva enfermedad surgió la necesidad de conocer el comportamiento vinculado a la indicación y consumo de AS en nuestro ámbito.

OBJETIVOS

Evaluar el perfil de uso de drogas para AS y BNM en pacientes con neumonía grave por COVID 19 en VM.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos de un hospital de alta complejidad de 390 camas de la Provincia de Bs As. Durante los meses de junio a agosto de 2020, se analizaron las indicaciones de analgosedación de pacientes consecutivos en VM >48 hs con resultado de hisopado positivo para SARS-CoV2, ingresados a la UCI. Se registraron características de los pacientes, días VM y días BNM; dosis prescritas, consumo en mg/día cama ocupado (DCO) y en ampollas, % de indicación y N° de pacientes con indicación de cada una de las drogas para AS y BNM utilizadas.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se registraron 552 prescripciones de AS correspondientes a 37 pacientes. Días VM 11 [7-19]; días BNM 5 [4-9]; dosis midazolam (MDZ) (mg/kg/h): 0,16 [0,12-0,2], fentanilo (FNT) (mcg/kg/h): 4,8 [3-7,7], propofol (PROP) (mg/kg/h): 2 [0,17-2,6], remifentanilo (REMI) (mcg/kg/h) 9 [5-12], dexmedetomidina (DEX)(mcg/kg/h) 0,5 [0,3-0,8], ketamina (KET) (mg/kg/h) 0,18 [0,18-0,18], atracurio (ATRA) (mcg/kg/min) 10 [7,5-12]; % de indicación: 293 (53), 469(85), 88(16), 22(4), 83(15), 6(1), 166(30), respectivamente. Datos presentados como mediana [p25-75] o N (%). Consumos en mg/DCO junio, julio, agosto

respectivamente: MDZ: 231; 199,8; 155,3; FNT: 9,4; 9,4; 7,1; PROP: 1092,8; 820; 537,4; REMI: 5,5; 0,8; 0,1; DEX: 0; 0,05; 0,24; KET: 0; 9,5; 0; ATRA: 530,6, 470,8, 314,9 y consumo en ampollas: MDZ: 493, 2038, 3728; FNT: 1208, 5770, 10248; PROP 175, 628, 967; REMI: 35, 26, 10; DEX: 0, 41, 433; KET: 0, 3, 0; ATRA 340, 1441, 2267. Nº de pacientes: MDZ 36, FNT 36, PROP 19, REMI 1, DEX 14, KET 1, ATRA 22.

DISCUSIÓN

El sedante más indicado fue el midazolam, el analgésico fentanilo y el único BNM usado fue el atracurio, indicado en el 60 % de pacientes. Todos considerados primera línea de tratamiento en pacientes COVID en VM según recomendaciones actuales. En el período estudiado no se registró desabastecimiento de drogas para AS. Las dosis, aunque mayores a datos históricos de nuestra UCI se mantuvieron dentro de los rangos recomendados. Estos resultados corroboran la hipótesis de un alto requerimiento de AS y uso de BNM. El consumo en ampollas registró un aumento absoluto a lo largo de los meses, propio del incremento en el número de pacientes/día. Sin embargo, el consumo/DCO se redujo, probablemente a causa de que inicialmente eran pocos pacientes cursando a la vez la fase inicial de la enfermedad con mayor demanda de drogas y luego a pesar de aumentar el número de pacientes aquellos con estancia prolongada en UCI demandaron menos AS y BNM. El breve período estudiado es una limitante de nuestro estudio.

CONCLUSIONES

La AS elegida para pacientes con neumonía grave por COVID-19 y requerimiento de VM fue FNT y MDZ. Como alternativa sedante se usó principalmente PROP. El ATRA fue indicado en un alto porcentaje de pacientes. En todos los casos las dosis se mantuvieron dentro de rangos recomendado.

7. Efecto wasabi-nose asociado a la administración de ciclofosfamida en pacientes con cáncer de mama

MASSA AV, GIUGOVAZ ME, LAVEZZARO M, PONCE I, DIAZ MC, GONZÁLEZ GMA, BAY MR
H.I.G.A. "San Roque" de Gonnet – La Plata – Argentina
Mail de contacto: eugeniagiugovaz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La ciclofosfamida se emplea frecuentemente como inmunosupresor y antineoplásico en diversas patologías. La mielosupresión, la emesis moderada, la alopecia y la cistitis hemorrágica son los efectos adversos (EA) más característicos. Durante la administración del esquema AC (Doxorrubicina-Ciclofosfamida 60-600 mg/m²) en adyuvancia en Cáncer de mama, las enfermeras del hospital San Roque de Gonnet detectaron malestar nasofaríngeo, en ocasiones, intolerante, en al menos cinco pacientes. Ese efecto fue descrito por primera vez en 1983 con su administración en bolo. Si bien luego se modificó la forma y velocidad de administración, se han reportado nuevos casos, y en el 2002 se le dio el nombre de Wasabi nose (WN) por la semejanza al disconfort que aparece al comer sushi con wasabi.

OBJETIVOS

Estudiar el efecto WN inducido por ciclofosfamida, evaluando proporción de aparición por paciente, por unidosis preparadas y momento de aparición. Registrar y evaluar eficacia de la intervención empleada para minimizarlo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio cuasi experimental con intervención incluyendo a todas las pacientes con Cáncer de Mama en tratamiento con esquema AC que recibieron al menos una infusión de ciclofosfamida en el hospital San Roque, entre marzo y junio de 2020. Las unidosis se elaboraron en 250 ml de solución fisiológica y se administraron por vía endovenosa en 30 minutos. Se consultó a las pacientes aparición de síntomas asociados al efecto WN tras 15 minutos del comienzo de la infusión: congestión nasal (CN), lagrimeo (L), dolor de cabeza (DC), dolor facial y/o quemazón. En caso afirmativo se disminuyó la velocidad de infusión a la mitad y se evaluó persistencia de síntomas luego de 15 minutos. Se registraron nombre y apellido de la paciente, número de ciclo, momento de aparición del efecto, presencia o no de síntomas característicos y requerimiento de tratamiento adicional para manejo de la reacción.

RESULTADOS

El 57.14% de 14 pacientes presentaron uno o más EA en al menos un ciclo de tratamiento. El 44% de 25 ciclos evaluados registraron al menos un EA, reportándose CN (28%), DC (16%) y L (4%). Todos se resolvieron a los 15 minutos post intervención, sin requerir tratamiento adicional. No se detectaron quemazón ni dolor facial pero sí mareos en dos pacientes que no remitieron con la intervención y zumbidos en los oídos. Una paciente premedicada con difenhidramina por reacción severa en ciclo previo, no presentó ningún EA.

DISCUSIÓN

Los síntomas del WN, se presentaron en poco más de la mitad de la población estudiada. Su aparición no parece estar relacionada a una sensibilización previa a la droga como indican Janow G et al, ya que se evidenció independientemente de haber tenido una reacción anterior. A diferencia de la bibliografía consultada, los EA fueron leves sin presencia de quemazón ni dolor facial, que generan mayor discomfort. Esto puede deberse a que se administró a una dosis baja y no en bolo. Además, encontramos otros EA no descritos en la bibliografía consultada (zumbidos en oídos y mareos).

La disminución de la velocidad de infusión permitió atenuar los síntomas y tras la intervención éstos no se evidenciaron. No podemos evaluar correctamente el efecto en la paciente que recibió premedicación, ya que este factor podría modificar los resultados.

A pesar de que el monitoreo de toxicidad por ciclofosfamida se centra en sus EA característicos, resulta importante difundir la existencia del efecto WN relacionado a la concentración y velocidad de infusión, que produce un malestar frecuente y de gravedad variable pudiendo llevar a interrupción del tratamiento por parte del paciente.

CONCLUSIONES

La población estudiada ha desarrollado alguno de los síntomas en aproximadamente la mitad de los ciclos de tratamiento evaluados. Sin embargo, el discomfort facial llamado WN remitió aplicando la estrategia descrita de disminuir la velocidad de infusión.

8. Comunicación interna en el servicio de Farmacia: impacto de la implementación de la herramienta Brief de TeamSTEPPS en el contexto de la pandemia

MORALES S, MENDES GARRIDO F, SALVADOR R
Clínica Santa Isabel, Grupo Omint–CABA– Argentina
Mail de contacto: silviamorales74@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El contexto de la pandemia implicó un incremento exponencial de la demanda de productos a la Farmacia, cambios regulatorios, en los protocolos y en las decisiones terapéuticas y, además, produjo un gran impacto en las personas. Estos cambios condujeron a modificaciones en el plan de comunicación interna del servicio de Farmacia con el fin de lograr una orientación continua y coordinada del equipo. Se incorporó la herramienta Brief de TeamSTEPPS (“Estrategias y herramientas de equipo para mejorar el rendimiento y la seguridad del paciente”, desarrollada por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica de EEUU y que favorece una comunicación eficaz y el desarrollo de habilidades de trabajo en equipo). El Brief es una breve sesión para compartir el plan, discutir la formación del equipo, asignar roles y responsabilidades, establecer expectativas y clima y anticipar resultados y posibles contingencias. El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad del Brief para la comunicación interna en el servicio de Farmacia Central.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

El Brief se implementó en mayo de 2020 realizando una sesión en el turno mañana y otra en la tarde en los días hábiles. Participaron todos los técnicos y los farmacéuticos. Estos últimos guiaron la reunión con una planilla con preguntas que abarcaban aspectos operativos (de la Clínica y del servicio) y de recursos humanos (incidencias personales, carga de trabajo por técnico, etc.). Se incorporó una pizarra de apoyo con la información más crítica del Brief para garantizar el suministro de productos. Tras 5 meses de la implementación del TeamSTEPPS se realizó una encuesta de opinión de los colaboradores sobre el Brief utilizando la escala de Likert de 5 niveles (2 positivos, 1 neutro, 2 negativos).

Para los encuestados (n=14) la principal utilidad del Brief fue el conocimiento de la situación operativa de la Clínica (número de pacientes y cirugías) y de la Farmacia (insumos críticos, tratamientos oncológicos o de alto costo, etc.). Los colaboradores participaron activamente en el Brief (100% de valoraciones positivas), se interesaron por los temas tratados (100%), se informaron de cuestiones del servicio que antes desconocían (100%), consultaron la pizarra durante la jornada (73%) reduciendo la apelación a la memoria (82%) y consideraron que mejoró el trabajo en equipo (91%). Sólo el 9% opinó que el Brief interrumpe el trabajo y quita tiempo. La totalidad de los colaboradores consideraron que el Brief fue útil para la comunicación descendente (de jefa/coordinadores a técnicos), ascendente (de técnicos a jefa/coordinadores) y horizontal (entre técnicos o entre farmacéuticos). El Brief fue la herramienta de comunicación más útil (100%), seguido del libro de actas de reporte diario (86%), mail (79%), tablón de novedades (57%) y Whatsapp (21%). Por último, el 86% consideró que con las herramientas disponibles la comunicación interna en el servicio es fluida.

DISCUSIÓN

Si bien la formalización de la comunicación implica un esfuerzo adicional en el equipo, las herramientas formales ordenan el flujo de información y mejoran el trabajo. En este sentido, la implementación del Brief tuvo un efecto positivo y fue una herramienta superadora a las otras contempladas en el plan de comunicación del servicio de Farmacia. La mejora en la comunicación interna contribuyó a optimizar el trabajo en equipo y que este sea más homogéneo y coordinado. Esto último, sumado al mayor conocimiento de la situación operativa, disminuyó la probabilidad de cometer errores por omisión. Además, el Brief brindó un nuevo espacio para la expresión de cuestiones personales y formalizó una instancia diaria de planteo de dudas u observaciones. Los resultados positivos obtenidos alientan al servicio de Farmacia a continuar con la realización del Brief y a sumar más herramientas de TeamSTEPPS, como el Debrief y el Huddle. Más aún, se proyecta la incorporación del Brief en los turnos noche y SaDoFe.

9. Diferencias en el consumo de penicilina g benzatínica (pgb) para el tratamiento de sífilis tras la pandemia por covid 19 en un hospital de agudos del gobierno de la ciudad de Buenos Aires

GOMBOSO V, SCARSELLETTA F, TERNOVETCHI F, SARALE S
Hospital de Agudos Dr. Teodoro Álvarez – CABA – Argentina
Mail de contacto: victoriagomboso@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La actual pandemia de COVID-19, así como las medidas tomadas para controlarla, tienen un profundo impacto en la atención médica, tanto para los problemas relacionados con Covid como para otros problemas diferentes. Uno de esos problemas es la falta o demora del control médico en la atención de enfermedades prevalentes. Continuando con el registro de consumo de PGB realizado durante los años 2019 y 2018, surge la hipótesis para objetivar si hubo diferencias en el consumo de PGB como un dato indirecto de la falta de atención médica en pacientes con Sífilis.

OBJETIVOS

Cuantificar las unidades de PGB (UPGB) dispensadas durante el período comprendido entre enero a junio de 2020 inclusive y determinar si existen diferencias cuantitativas con el 1º semestre del año 2019.

Objetivo Secundario: Determinar si existen diferencias cuantitativas de consumo entre los meses previos al aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) (enero-febrero y marzo) y los posteriores (abril-mayo y junio).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo. Los datos se recabaron en forma retrospectiva a partir de las recetas dispensadas desde el servicio de Farmacia para el tratamiento de Sífilis, durante el período Enero hasta junio 2020 inclusive. Los datos recogidos, en base a los registros que figuran en las recetas médicas, fueron: UPGB dispensadas, tratamientos totales del período, sexo, embarazo y profilaxis. Se define como UPGB: 1 amp. de 2.400.000 UI. Se excluyeron las recetas sin diagnóstico (Dx) o con un Dx diferente de Sífilis.

RESULTADOS

Se relevaron un total de 158 recetas, 34 fueron excluidas por tener otro Dx. distinto de Sífilis. Se dispensaron 124 UPGB durante el período enero a junio de 2020, correspondiendo a 74 tratamientos para Sífilis y 8 profilaxis de hijo o pareja. De las 124 UPGB dispensadas, 104 corresponden a los meses de enero, febrero y marzo y solo 20 se dispensaron entre los meses de abril, mayo y junio representando una disminución del 81 % con respecto del trimestre anterior. El N° de UPGB en el 1º sem 2019 fue de 186 según nuestro registro anterior, implicando una disminución del 33,33 % de UPGB dispensadas entre los 2 períodos analizados. Se incluyeron un total de 82 pacientes con Dx de Sífilis y profilaxis, de los cuales 40 % fueron Varones y 60 % Mujeres. Del total de mujeres con Sífilis (48), 17 estaban embarazadas (35.4%).

DISCUSIÓN

Se observó una disminución significativa en la cantidad de UPGB dispensadas entre los tres meses previos al ASPO y los tres meses posteriores, lo que puede deberse a varios factores, uno de ellos es el temor al contagio por covid 19 que retrasa la consulta médica, esto en un futuro se expresará probablemente en formas más avanzadas de Sífilis, otro factor puede ser que, al ser una enfermedad de transmisión sexual el ASPO haya sido un factor determinante en la disminución de la incidencia de la misma como también el desgaste del sistema sanitario en la detección precoz de enfermedades no relacionadas con la pandemia. Llamó la atención el incremento de pacientes mujeres respecto de hombres diagnosticados con Sífilis, diferencia no observada en años anteriores.

CONCLUSIONES

De los resultados de este trabajo concluimos que a diferencia de la tendencia en aumento en el consumo de UPGB para el tratamiento de Sífilis observadas en nuestros registros previos (2018-2019), encontramos una disminución en el consumo que atribuimos principalmente al ASPO en contexto de la pandemia.

Sin lugar a dudas, la pandemia de COVID-19 tendrá implicancias a corto y largo plazo para gran parte de las prácticas en nuestro Hospital. La atención médica necesitará de estrategias para mitigar la interrupción en la atención y los medios para la reintegración de las actividades.

10. Desarrollo de una herramienta estructurada para detectar pacientes clínicos con alta necesidad de seguimiento farmacoterapéutico exhaustivo: desarrollo inicial

SCOLARI M, PRIMERANO F, JAUREGUIBERRY P

Hospital Británico de Buenos Aires –CABA– Argentina.

Mail de contacto: scolarimariano@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La disponibilidad de tiempo y recurso humano adecuado para satisfacer las necesidades terapéuticas de los pacientes, es una problemática frecuente en gran parte de los servicios de farmacia hospitalaria. Por esta razón, contar con herramientas que permitan optimizar los recursos sin descuidar la calidad de atención es importante. En nuestro hospital se realiza seguimiento farmacoterapéutico (SFT) a todos los pacientes internados. Sin embargo, nuestra

relación farmacéutico clínico (FC) / paciente es baja, lo cual se hace más visible en el turno noche y el SADOFE. Esto limita el tiempo destinado a SFT. Nos propusimos desarrollar una herramienta (HER) que facilite la diferenciación de pacientes con alta necesidad de SFT exhaustivo (ANSFTE), para optimizar el tiempo dedicado a los mismos.

OBJETIVOS

Analizar y validar los resultados obtenidos con una HER para detectar pacientes con ANSFTE

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional, transversal. Período marzo a mayo 2020. La HER es un algoritmo que se basa en preguntas relevantes con respuesta de “sí” o “no” y finaliza con 2 resultados: ANSFTE o no. Considera si la internación fue provocada por una RAM, la edad del paciente, la cantidad de medicamentos habituales (MH), la falla de órganos, el uso de medicamentos de bajo índice terapéutico y la presencia de comorbilidades como, diabetes, IAM, trasplante, HIV, neutropenia, tuberculosis y otras.

Se incluyeron a todos los pacientes internados en sala general mayores de 18 años con hasta 24 horas de internación. Para resolver la HER se empleó únicamente la evolución de ingreso más completa en historia clínica. Se registró sexo, edad, tiempo de estancia total, reingresos y muertes. Para los pacientes con resultado no ANSFTE, se observó el tiempo hasta la primera intercurencia no relacionada con su motivo de ingreso (PINR). Se estudió el impacto de la pandemia por COVID-19 en los resultados. Las diferencias se evaluaron por test de Fisher, Student o Mann - Whitney con $p < 0,05$ como significativa.

RESULTADOS

Se incluyeron 600 pacientes (49,3% sexo masculino) con edad promedio 58,3 años. 54,3% fueron clasificados como de ANSFTE ($p < 0,1$). La edad promedio de estos fue 65,5 años y 49,8 para los no ANSFTE, observándose una mayor cantidad de pacientes mayores de 65 años en el primer grupo ($p < 0,00001$). El tiempo de estancia hospitalaria fue, en promedio, 3,2 días más prolongado para los pacientes con ANSFTE ($p < 0,00001$). Se registraron 40 reingresos y 25 muertes, 38 y 22, respectivamente, observados en el grupo ANSFTE. El tiempo hasta la PINR para los pacientes no ANSFTE fue de 4,5 días. Los resultados no fueron mayormente afectados al excluir los pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19.

DISCUSIÓN

La HER clasificó prácticamente la mitad de pacientes como ANSFTE lo cual puede suponer una mejora en el tiempo dedicado a ellos. Los pacientes no ANSFTE, también merecen SFT aunque el rigor del mismo sería menor. Consideramos que la clasificación es criteriosa ya que los pacientes ANSFTE son de mayor edad, mostraron mayor estancia, reingresos y muertes que los pacientes no ANSFTE. Si bien esto le da validez al resultado de la HER, no permite establecer causalidad. Considerando que el tiempo hasta la PINR fue de 4,5, por seguridad recomendamos una vigencia de 3 días para el resultado de la HER, luego del cual se deberá reevaluar. La ausencia de cambios en los resultados al excluir los pacientes COVID-19, sugiere robustez de la HER. Es posible que la HER, mejore los tiempos de validación, sin perder calidad, demandando poca información para obtener el resultado. Sin embargo, creemos firmemente que este no debe reemplazar al buen criterio farmacéutico. En el futuro comenzaremos a usar

la HER en los turnos de menor dotación de FC para luego generalizarla.

CONCLUSIONES

Se han analizado y validado los resultados obtenidos con la versión inicial de la HER, siendo los mismos alentadores para su implementación.

11. De la comunidad al hospital: interacciones medicamentosas detectadas en la medicación habitual de pacientes conciliados al ingreso.

SCOLARI M, GUELER B.

Hospital Británico de Buenos Aires –CABA– Argentina.

Mail de contacto: scolarimariano@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La polimedicación (PM) es un problema sanitario. Los pacientes añosos consumen gran cantidad de medicamentos de forma continua sin reevaluación médica. Esto representa un riesgo para su salud, no solo por el aumento de probabilidad de efectos adversos a los fármacos sino también de interacciones medicamentosas (IM) indeseadas o falta de adherencia. El presente estudio se enfoca en las IM.

OBJETIVOS

Determinar las IM dentro de la MH de los pacientes ingresados al hospital y clasificarlas según la conducta a seguir.

Analizar los resultados considerando la edad y sexo de los pacientes y el número de medicamentos prescritos como MH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal. Período: octubre 2019. Empleando los datos obtenidos durante la conciliación de ingreso, un farmacéutico chequeó las IM entre los fármacos de uso sistémico referidos por el paciente como MH. Para ello se empleó la herramienta Lexicomp®. Se clasificaron y cuantificaron según la conducta a seguir según: A: interacción desconocida, B: No se requiere acción, C: monitorizar terapia, D: cambiar terapia y X: evitar combinación. Se recabó sexo y edad de los pacientes y se cuantificó la cantidad de medicamentos referidos como MH en cada uno para el análisis.

Inclusión: pacientes de al menos 18 años de edad para los que se haya completado la entrevista de conciliación y que posean dentro de su MH al menos 2 medicamentos.

Exclusión: pacientes críticos, pediátricos y aquellos con información faltante en la conciliación. Las diferencias se evaluaron por Test de Fischer con $p < 0.05$ como significativa.

RESULTADOS

Se incluyeron 197 pacientes (49,2% sexo masculino) para los cuales se detectaron 390 interacciones. De ellas, el 1% fue clasificada como X, 10% como D, 76,7% como C, 11,5 % como B y 0,8% como A. La clasificación C fue significativamente superior a las demás ($p < 0,00001$). La media de edad de la muestra fue de 65,4 años (19-93) siendo de 67,3 años para los pacientes que tuvieron al menos una IM y de 62,7 para los que no tuvieron ninguna. No hubo diferencias

en la ocurrencia de IM entre los sexos. La mayor cantidad de IM se observó en los pacientes que tenían entre 6 y 10 medicamentos indicados (232), seguida por los que tenían entre 11 y 15 (85).

DISCUSIÓN

Este estudio describe las características de las IM dentro de la MH de los pacientes que asisten al hospital. Si bien no se estudió si alguna de ellas causó el ingreso hospitalario, es preocupante que la gran mayoría de pacientes posean al menos una IM que requiere monitoreo de la terapia (tipo C). Esta situación abre una oportunidad para que el farmacéutico mejore el tratamiento del paciente, luego del paso de conciliación. Es probable que con el trabajo multidisciplinar se logre modificar la MH para obtener un listado mejorado cuando el paciente vuelva a la comunidad. Este trabajo también plantea la necesidad de aunar esfuerzos entre los farmacéuticos comunitarios y los hospitalarios para garantizar una terapia segura durante todo el proceso asistencial. Se observó que la media de edad de los pacientes con IM fue mayor a la de los que no tuvieron. Esto reflejaría la mayor incidencia de PM a medida que la edad avanza. Sin embargo, es notable que la mayor cantidad de IM no se detectó en el subgrupo con mayor cantidad de fármacos. Esto podría explicarse por 3 razones. Primero porque la PM es condición predisponente pero no necesaria para la ocurrencia de IM. Segundo, porque, en la muestra estudiada, este subgrupo fue minoritario y tercero, porque la naturaleza de los medicamentos puede ser determinante. Limitaciones: corto período de evaluación. Solo se chequearon IM de fármacos de uso sistémico.

CONCLUSIONES

Se determinaron las IM a partir de la MH de los pacientes incluidos siendo, las más frecuente, las de tipo C.

La media de edad fue mayor en pacientes con IM. Las IM fueron más frecuentes en pacientes con 6 a 10 medicamentos como MH, sin observarse diferencias entre los sexos.

12. Evaluación de la medicación potencialmente inapropiada, dentro de la medicación habitual, en ancianos admitidos en un hospital de comunidad, según criterios stopp y su posible vinculación con el motivo de ingreso

PEREZ COSSINO L, SCOLARI M, GUELER B.

Hospital Británico de Buenos Aires –CABA– Argentina.

Mail de contacto: lapcossino@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La población geriátrica es considerada vulnerable por su grado de comorbilidad, deterioro funcional y cognitivo. La mayor parte se encuentra polimedicada lo cual supone un mayor riesgo de interacciones y eventos adversos. Está bien descrito que, a menudo, parte de los medicamentos indicados al paciente geriátrico podría causar más daños que beneficios. Es posible detectar medicación potencialmente inapropiada (MPI) mediante el uso de criterios explícitos que emitan recomendaciones al respecto. Uno de ellos son los de STOPP – START, publicados por primera vez en 2008. En el presente trabajo analizaremos el uso de MPI al ingreso de los pacientes y su posible vinculación con el motivo del mismo, basándonos en

estos criterios.

OBJETIVOS

Conocer y analizar la MPI dentro de la medicación habitual (MH) de pacientes añosos en el ingreso al hospital, según criterios STOPP, y la incidencia de polimedicación (PM).

Asociar el motivo de ingreso con la indicación de MPI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Período noviembre 2019 - abril 2020.

Criterios de inclusión: pacientes adultos mayores de 65 años recién ingresados al hospital.

Exclusión: pacientes menores de 65 años, pacientes internados en áreas críticas.

Se analizó la medicación de los pacientes en sala general, a través de la Historia Clínica Electrónica y la conciliación a cargo de los farmacéuticos. Se utilizó la herramienta STOPP para el análisis de la prescripción de MPI en la MH y su posible relación con el motivo de ingreso. Para esto último, se observó si el evento adverso esperado para la MPI podría explicar la admisión. Finalmente, se investigó la presencia de PM (al menos 5 medicamentos).

RESULTADOS

Se incluyeron 154 pacientes (59,1% sexo masculino) de los cuales el 59,1% (91) se encontraban polimedificados.

76 pacientes (49,4%) presentaban al menos una MPI dentro de su MH, dando un total de 88 MPI. La MPI más frecuentemente detectada (84,1%) fue la perteneciente a la sección K de STOPP: Fármacos que aumentan en forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores, seguida por la de la sección C (antiagregantes/anticoagulantes) y la de la sección E (sistema renal) con un 4,55%.

En 9 casos fue posible considerar que la MPI podría haber sido causal del ingreso. En dos ocasiones, el motivo de ingreso fue la agudización de insuficiencia renal, habiendo los pacientes ingerido diclofenac, cumpliendo el criterio STOPP E4. Los otros 7 casos fueron pacientes que consumían benzodiazepinas, cumpliendo el criterio STOPP K1, ingresados tras caída de propia altura.

DISCUSIÓN

La PM y la indicación de MPI en pacientes añosos son un problema actual, lo cual se refleja en los resultados de este estudio. La detección de MPI en los pacientes hospitalizados es una actividad clave del farmacéutico, apuntada a mejorar la seguridad del tratamiento. Esta actividad sería un complemento al proceso de conciliación terapéutica que mejoraría los resultados en salud en nuestro centro. Estos hallazgos, están en línea con lo observado por otros autores, siendo muy frecuente la presencia de MPI que predispone a caídas en pacientes añosos. Si bien el diseño del estudio no permite establecer una relación causal entre MPI y motivo de ingreso, es preocupante haber detectado 9 casos donde cabría dicha posibilidad. Todo esto, plantea la necesidad de que el farmacéutico lidere el trabajo multidisciplinario para disminuir este tipo de indicaciones y prevenir daños evitables.

CONCLUSIONES

Se observó gran cantidad de MPI en la MH de los pacientes ingresados al hospital, siendo las

que predisponen a caídas las más frecuentes. También se vio alta incidencia de PM. Se observó que en 9 oportunidades la MPI podría haber causado el ingreso del paciente, aunque se necesitan estudios adicionales para establecer causalidad.

13. Incorporación de la telefarmacia a la práctica asistencial

LOZANO MF, BARCHIESI G, CABRAL M, CURZI MV, GIUGOVAZ ME, MARTIN SL, WOOLEY S, ZAPATA DJ, GONZALEZ GMA, BAY MR.

H.I.G.A. "San Roque" de Gonnet – La Plata – Argentina

Mail de contacto: lozanomariaflores88@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) revolucionaron la forma de comunicarse e intercambiar información.¹ Una TIC para desarrollar en nuestro campo profesional es la Telefarmacia, definida por la Sociedad Española Farmacia Hospitalaria (SEFH) como la práctica farmacéutica a distancia a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación.² Sus aplicaciones permiten y potencian actividades dentro de equipos multidisciplinares de salud, para una atención al paciente completa, coordinada, más eficaz, que permita alcanzar resultados óptimos y acceder a pacientes con dificultades para concurrir a la institución.

El Hospital San Roque cuenta con 151 camas de internación y un área con 25 consultorios externos. Su área programática abarca 200.000 habitantes y el área de influencia comprende localidades del sur del conurbano bonaerense.

En el contexto de la pandemia de coronavirus y el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio decretado a nivel nacional, la Dirección del Hospital implementó la atención a pacientes crónicos a través de la teleconsulta.

Por su parte, el Servicio de Farmacia y Esterilización, que recibe 2600 prescripciones mensuales promedio en el área de Dispensación a pacientes ambulatorios, cree oportuno y necesario la incorporación de la Telefarmacia a través de un Proyecto destinado a pacientes bajo tratamiento ambulatorio para patologías crónicas que fortalezca el acceso a la salud en la complejidad del presente, y en el futuro.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En primer lugar, se definió el objetivo general del Proyecto de Telefarmacia: realizar un plan de atención farmacéutica para pacientes bajo tratamiento ambulatorio para patologías crónicas; y los objetivos secundarios: realizar seguimiento farmacoterapéutico, brindar información a los pacientes a través de TICs sobre su tratamiento-patología, y evaluar y fomentar la adherencia.

Se definió el criterio de inclusión, y se determinaron las actividades a desarrollar: inclusión del paciente al Proyecto, consulta y asesoramiento farmacoterapéutico a distancia, seguimiento farmacoterapéutico a distancia frente a inicio/cambio de esquema de tratamiento y a pacientes no adherentes, motivación y educación mediante difusión de material audiovisual, evaluación de la adherencia, cálculo de indicadores, y análisis y revisión del Proyecto. Se determinó para cada una la frecuencia, metodología, y se realizó un diagrama de Gantt con plazos y personal responsable para su implementación. Se establecieron los recursos necesarios humanos, tecnológicos, equipamiento y espacio físico; así como también los

indicadores para seguimiento y evaluación.

DISCUSIÓN

Se realizó un análisis FODA del Proyecto: fortalezas: una nueva forma de contacto para brindar información y realizar seguimiento; oportunidades: el contexto institucional para implementar TICs y el desplazamiento limitado de pacientes; debilidades: resistencia al cambio y falta de experiencia; amenazas: la pérdida de contacto directo y exclusión de pacientes sin acceso a TIC.

La SEFH apuesta por cuatro ámbitos de actuación en la Telefarmacia, entre ellos seguimiento farmacoterapéutico e información y formación a pacientes. Durante la pandemia Covid-19 encuestó a 185 Servicios, que atienden a más de 600.000 pacientes externos: el uso de la telefarmacia pasó de un 17 al 100%.

La tecnología, incluyendo a la Telefarmacia, tiene un gran potencial para abordar los problemas de salud contemporáneos.¹ Para su desarrollo, pacientes y farmacéuticos, necesitan herramientas digitales de comunicación. Según un informe del INDEC, en el último cuatrimestre del 2019, el 81% de las personas del Gran Buenos Aires tenía acceso a internet y el 85% disponía de teléfono celular revelando que las bases para la implementación de telefarmacia ya están sentadas. Queda pendiente realizar el seguimiento, evaluación y difusión de los resultados.

14. Abordaje multidisciplinario del paciente oncológico: a propósito de un caso.

BARCHIESI G, LOZANO MF, MASSA A, GONZALEZ G, BAY MR

H.I.G.A. "San Roque" de Gonnet – La Plata – Argentina

Mail de contacto: giulianabarchiesi@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La causa más común de muerte por cáncer en el mundo es el de pulmón. La quimioterapia es parte esencial del tratamiento y entre los agentes más usados se encuentran los platinos, los taxanos y el pemetrexed que actúa como un antimetabolito del ácido fólico. Dentro de sus indicaciones se hallan: tratamiento de primera línea en cáncer de pulmón a células no pequeñas en combinación con cisplatino y en monoterapia como tratamiento de mantenimiento. En cuanto a su farmacocinética, sufre escaso metabolismo hepático y se elimina principalmente en orina. En insuficiencia renal pacientes con $ClCr \geq 45$ ml/min no requiere ajuste y, al no existir datos, su uso no se recomienda en $ClCr < 45$ ml/min.

El mejor índice para valorar la función renal es la medida del filtrado glomerular (FG) y dado que es engorroso medirlo en la práctica, se usan las estimaciones a partir de ecuaciones destacándose Cockcroft-Gault, MDRD y CKD-EPI.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Mujer de 66 años, procedente de Villa Elisa, admitida en el Servicio de Oncología del Hospital San Roque de Gonnet, con diagnóstico presuntivo de cáncer de pulmón. Antecedentes de la enfermedad: astenia y disminución de peso de 5 meses de evolución; antecedente familiar: madre con cáncer de riñón, y antecedentes personales: EPOC y tabaquista. Al examen físico se registró un peso de 39 Kg, una talla de 157 cm (SC: 1,3m²) y un ECOG de 1. Se le realizó una

TAC de tórax con contraste y se diagnosticó cáncer de pulmón estadio 3. Se indicó tratamiento con carboplatino + pemetrexed por 6 ciclos más radioterapia. Al finalizarlo se observó una respuesta parcial y se decidió continuar esquema de mantenimiento con pemetrexed hasta progresión o toxicidad.

Desde el Servicio de Farmacia, para realizar la validación farmacéutica del tratamiento de mantenimiento, se calculó el FG por ecuación de Cockcroft-Gault, obteniéndose un resultado de 46 ml/min cercano al límite referido para la suspensión del tratamiento. Se procedió entonces a realizar también el cálculo de FG con la fórmula de CKD-EPI, arrojando un resultado de 71 ml/min. Se consultó al Servicio de Nefrología sobre la validez de ambas ecuaciones para definir el resultado correcto, recomendando la utilización de la fórmula CKD-EPI por ser más adecuada y precisa. Se informó al Servicio de Oncología y se decidió continuar con el tratamiento.

DISCUSIÓN

Según el Instituto Nacional del Cáncer el tratamiento de primera línea es aquel primer tratamiento que se administra para una enfermedad. Saltar una línea, en donde las alternativas no abundan o tienen un costo mayor, podría causar un dilema a afrontar en la práctica. En este caso, el uso de una herramienta por sobre otra, pudo cuestionar la utilización de primera línea de tratamiento oncológico en el paciente en estudio.

La ecuación de Cockcroft-Gault ha sido habitualmente utilizada en el ajuste de dosis de fármacos. En la actualidad las diferentes guías de práctica clínica recomiendan valorar el FG a partir de ecuaciones basadas en la determinación de creatinina junto a otras variables, siendo la de mayor aceptación la de MDRD. Sin embargo, presenta una serie de limitaciones por lo que el grupo CKD-EPI publicó una nueva ecuación y en su comparación frente a MDRD mejora los resultados, en especial para FG altos.

El Servicio de Nefrología de nuestro hospital recomienda el uso de la ecuación de CKD-EPI para el seguimiento de la función renal de pacientes oncológicos. Frente a esto y, sabiendo que la comunicación efectiva entre profesionales tiene un impacto positivo en la calidad de atención brindada a los pacientes, se realizó un ateneo conjunto con el Servicio de Oncología para la revisión del caso y consensuar la forma de abordaje futuro integrando las recomendaciones del Servicio de Nefrología. En adelante se utilizará la fórmula de CKD-EPI para la estimación del filtrado glomerular y se continuará con el abordaje multidisciplinario para aumentar la seguridad del paciente.

15. Seguridad del paciente en neonatología: uso de propilenglicol en formulaciones magistrales.

CABRAL M, LOZANO MF, MASSA AV, GONZALEZ GMA, BAY MR.

H.I.G.A. "San Roque" de Gonnet – La Plata – Argentina

Mail de contacto: macarenacabral93@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El tratamiento farmacológico en pacientes neonatos podría suponer una dificultad para el equipo de salud que los atiende, en especial para el farmacéutico que busca las especialidades medicinales más adecuadas. En este contexto, el farmacéutico propone fórmulas magistrales

con el objetivo de brindar una solución terapéutica. Entre los excipientes que utiliza en la elaboración, el propilenglicol es comúnmente usado como cosolvente, para favorecer la disolución de los solutos poco hidrosolubles y por su efecto potenciador de conservantes. En pacientes menores de 4 años de edad, el uso de propilenglicol se encuentra desaconsejado debido a que la vía por la cual se metaboliza se encuentra limitada, prolongando su vida media, lo que puede provocar su acumulación en el organismo y causar efectos adversos. En el área de elaboración de formulaciones no estériles del Hospital San Roque de Gonnet se advirtió la presencia de propilenglicol en dos de las formulaciones que se utilizan frecuentemente en pacientes neonatos para suplementación de minerales: solución de fosfatos y sulfato de zinc gotas orales.

OBJETIVOS

Evaluar si la cantidad de propilenglicol que reciben los pacientes internados en el área de neonatología supera la dosis máxima recomendada, y, si fuese necesario, proponer un plan de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo observacional en el período comprendido entre el 11 de mayo y el 11 de julio del 2020. En primer lugar, se hizo una búsqueda bibliográfica sobre el uso de propilenglicol en neonatología, dosis recomendadas, efectos adversos y toxicidad. De los resultados de la misma, las dosis recomendadas fueron de 1 mg/kg/día para pacientes neonatos y nacidos pretérminos hasta la semana 44 y de 50 mg/kg/día para mayores de un mes. A continuación, se diseñó una planilla para la recolección y procesamiento de datos, que incluyó para cada paciente: fecha, peso, edad, edad gestacional, dosis diaria prescrita de las formulaciones, dosis diaria recibida de propilenglicol, duración del tratamiento con dichas formulaciones, días de tratamiento con dosis de excipiente superando la dosis recomendada, la dosis promedio recibida y la dosis máxima recibida durante el tratamiento. Se registraron en la planilla los datos de pacientes con prescripción activa, tanto los que iniciaban el tratamiento como aquellos que lo continuaban. Por último, de acuerdo a los resultados obtenidos se propusieron líneas de mejora para garantizar la seguridad de los pacientes.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se observaron 9 pacientes y en el 100% la dosis diaria de propilenglicol superó la recomendada según peso y edad durante la totalidad de días del tratamiento. En pos de la seguridad de los mismos, se decidió buscar una alternativa a las preparaciones de manera de no utilizar propilenglicol como excipiente y se modificaron las monografías de las formulaciones que lo contenían.

DISCUSIÓN

A la vista de los resultados obtenidos y siendo todos los pacientes estudiados nacidos pretérmino, si bien las dosis recibidas superan la recomendada, desde el servicio de Neonatología, no se han reportado aparición de efectos adversos con el uso de estas formulaciones y según un trabajo europeo sobre el uso de excipientes en pacientes neonatos publicado en 2017, con una dosis de hasta 192 mg/kg de propilenglicol no se observan efectos adversos. Cabe aclarar que, en nuestro caso, si bien las dosis fueron superadas ampliamente,

en ninguno de los casos se estuvo cerca de la dosis a la cual se describen aparición de dichos efectos.

CONCLUSIONES

La totalidad de los pacientes neonatos de la institución reciben dosis de propilenglicol mayores a la recomendada, por lo que se modifican las monografías de las formulaciones conteniendo propilenglicol para evitar el uso de este excipiente en neonatos.

16. Hipoglucemia por tramadol. A propósito de un caso

FARIÑA ME, ALDERETE TOMMASI MC.

Hospital de Clínicas "José de San Martín" UBA – CABA – Argentina

Mail de contacto: mariaelisf@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El tramadol (TRA) es un analgésico opioide débil que está indicado para el dolor moderado a severo y puede ser efectivo en pacientes con dolor mixto. Su consumo ha ido en aumento en los últimos años a nivel mundial. En el último tiempo se han publicados trabajos que alertan sobre la posibilidad de que el TRA genere cuadros de hipoglucemias, que si bien es un efecto adverso (EA) raro puede ser severo.

Se presenta un caso de hipoglucemia severa por la ingesta de TRA.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina de 53 años cursando postoperatorio de reemplazo de cadera, en tratamiento antibiótico por infección asociada a prótesis, ajustado al antibiograma y función renal, evolucionando favorablemente.

Como antecedentes es una paciente diabética insulino requiriente de larga data, con enfermedad renal crónica.

Al séptimo día de internación, presentó cuadro de sudoración, escalofríos, mareos y confusión. Se le realizó medición de glucemia capilar que resultó en 55 mg/dl que se normaliza tras la administración de solución glucosada al 50%.

Por sospecha de un error en la administración de insulina, se realizan múltiples ajustes de dosis hasta su completa suspensión pese a lo cual persiste con hipoglucemia.

Se descartó la posibilidad de sepsis, insuficiencia suprarrenal y la presencia de un insulinoma.

Se procede al análisis exhaustivo de su farmacoterapia en busca de posibles EA relacionadas a hipoglucemias o interacciones medicamentosas que puedan resultar en este efecto.

Dentro de los fármacos con posibles efectos hipoglucemiantes, además de la insulina, encontramos a la heparina sódica, con una incidencia muy baja y tramadol. No se encontraron interacciones relevantes.

Al descartarse otras causas y tener una secuencia temporal favorable se sospecha del TRA como causal de las hipoglucemias por lo cual se decide su suspensión. La paciente evoluciona favorablemente, normalizando sus glucemias a las 48 hs de suspendido el TRA.

DISCUSIÓN

La hipoglucemia por TRA está descrita como un EA raro.

Si bien el mecanismo de acción no está completamente dilucidado, las hipótesis apuntan a su acción sobre los receptores opioides y sobre la serotonina.

Distintos estudios publicados han encontrado asociación entre el TRA y el desarrollo de hipoglucemia.

Fournier et al en 2015 realizaron un estudio de caso-control donde hallaron que el TRA se asoció con un aumento del riesgo de sufrir hospitalizaciones por hipoglucemia (OR, 1.52 [95%CI, 1.09-2.10]) siendo este mayor durante los primeros 30 días de tratamiento.

En el estudio de Golightly et al (2017) se analizó el riesgo de hipoglucemia en pacientes hospitalizados. En su análisis concluyeron que el TRA se asoció a hipoglucemia, donde vieron riesgo aumentado en pacientes diabéticos.

Recientemente se publicó una revisión sistemática sobre la incidencia del TRA en los valores de glucemia. Aunque existen reportes aislados de hiperglucemia, la mayoría de los estudios reportan efectos hipoglucémicos y todos los estudios que involucraron pacientes diabéticos reportaron hipoglucemia.

Al momento todos los trabajos plantean riesgo aumentado en pacientes diabéticos, con falla renal y edad avanzada. Sin embargo, no se descarta que este EA pueda aparecer en cualquier individuo realizando tratamiento con este fármaco, con lo cual es de suma importancia considerarlo como una potencial etiología, principalmente en los primeros 30 días de iniciado el tratamiento.

Nuestro caso coincide con lo descrito en bibliografía en cuanto al tiempo de aparición (primeros 30 días) y los antecedentes de riesgo de la paciente.

La relación de causalidad según el algoritmo de Naranjo fue Posible. El EA fue notificado al Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

Recalamos la importancia del rol del farmacéutico hospitalario en el reporte y vigilancia de sospechas de efectos adversos para favorecer la seguridad de nuestros pacientes.

17. Elaboración de una formulación magistral para el tratamiento tópico de las úlceras orales

ZAPATA D, LOZANO MF, MASSA AV, GONZALEZ GMA, BAY MR.

H.I.G.A. "San Roque" de Gonnet – La Plata – Argentina

Mail de contacto: zapata.dan7@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las úlceras orales (UO) representan un proceso patológico frecuente de la cavidad bucal y, según su aparición y duración, se clasifican en agudas o crónicas.² Su origen puede deberse a procesos como traumatismos, infecciones, enfermedades gastrointestinales o alergias.³ Por lo que se considera necesario la realización de un diagnóstico diferencial correcto para establecer el tratamiento a seguir, el cual debe ser diseñado con el objetivo de disminuir los síntomas, acortar el proceso y evitar recidivas.⁴ En general se utilizan inicialmente, tratamientos locales para el manejo de los síntomas y de las lesiones, mientras se determinan los factores predisponentes y las causas subyacentes para eliminarlas y así evitar la reaparición. El tratamiento local consiste en la administración tópica de principios activos mediante una formulación que permita un tiempo de contacto prolongado con la mucosa oral.⁴ En el Área de elaboración de formulaciones no estériles del Servicio de Farmacia (SF) del Hospital San

Roque de Gonnet, se realiza el diseño, desarrollo y elaboración de productos farmacéuticos destinados a los pacientes atendidos en la institución. En este contexto, el Servicio de Odontología y Cirugía Maxilofacial solicitó la elaboración de un preparado de lidocaína HCL 2% y triamcinolona 0.3% en Orabase® para el tratamiento de un paciente con UO, por lo que se procedió a la investigación y desarrollo de la fórmula solicitada.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Inicialmente se buscó información sobre la formulación consultando la ficha técnica de Orabase® en la página web del fabricante, la cual refiere que es un vehículo comercial hidrófobo y de alta adherencia. Al analizar su composición se determinó que no podía recrearse con las materias primas (MP) disponibles en el SF. Se intentó entonces reemplazar algún componente con los disponibles en el SF usando como referencia el “Handbook of Pharmaceuticals Excipients”, pero no fue posible. Se buscaron entonces otros vehículos disponibles en el mercado, y al tener una composición similar a Orabase® presentaron el mismo inconveniente para su elaboración: falta de MP disponibles en el SF. Paso siguiente se buscaron otras alternativas de vehículos encontrando la posibilidad de usar un gel adhesivo como base. Se encontró una formulación con gel de carboximetilcelulosa como base al que se le añaden luego principios activos y excipientes. Se comprobó la factibilidad de realizarla en el SF y se procedió a su elaboración. Se evaluó que la consistencia y la adherencia fueran las requeridas para el uso previsto, y se evaluaron y corrigieron los caracteres organolépticos. Además, se diseñó un folleto con información al paciente con recomendaciones y precauciones de uso.

DISCUSIÓN

Las UO tienen una prevalencia de hasta el 40% en la población argentina, causan dolor e incomodidad al paciente limitando actividades cotidianas como la alimentación y la comunicación.^{5,6} El 35% de la población provincial no cuenta con cobertura de salud, lo que implica mayores dificultades a la hora de costear un medicamento.⁷ El desarrollo de la nueva formulación permitirá garantizar el acceso al tratamiento, una recuperación más rápida y una mejora en la calidad de vida. La utilización de un gel de carboximetilcelulosa permite el desarrollo de la formulación sin necesidad de adquirir MP adicionales a las adquiridas anualmente por la institución, respetando la optimización de recursos y reducción de costos que describe el Modelo De Práctica Profesional En Farmacia Hospitalaria de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital.⁸ A través del desarrollo de formulaciones y elaboración de material informativo para acompañar la dispensa, el Farmacéutico se integra al equipo de salud demostrando que el enfoque interdisciplinario es la mejor forma de enfrentar los problemas de salud y al mismo tiempo se alinea con la política de mejora continua adoptada por el Servicio.

18. Intervención farmacéutica por sobredosificación de ganciclovir en paciente con función renal alterada

ROMAN M F, MONTIVERO S D

Sanatorio Allende-Córdoba – Argentina

Mail de contacto: flor_roman989@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En pacientes trasplantados, la infección por citomegalovirus es una complicación común que aumenta la morbilidad y la mortalidad. El fármaco de elección para su tratamiento es el ganciclovir endovenoso. Se elimina principalmente vía renal, y, por lo tanto, en pacientes con función renal alterada es necesaria una reducción de dosis.

Se han reportado casos fatales de supresión de médula ósea por sobredosificación con ganciclovir en pacientes con insuficiencia renal. Otras reacciones adversas severas asociadas pueden incluir neurotoxicidad, falla renal aguda y hepatitis. El farmacéutico tiene la responsabilidad de realizar sugerencias de dosis para garantizar la seguridad del tratamiento.

El objetivo de la presente comunicación es describir la intervención farmacéutica respecto al esquema posológico de ganciclovir en un paciente con función renal alterada.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente de 27 años, sexo femenino, 60 kg, trasplantada hepática, ingresó a Terapia Intensiva con insuficiencia hepática, insuficiencia renal y descompensación general. El hemograma informaba 3,73 mil/mm³ glóbulos blancos y un recuento de plaquetas de 25 miles/mm³. Se le diagnosticó un rechazo del órgano trasplantado, con cultivo positivo para citomegalovirus. Se le prescribió ganciclovir 500 mg endovenoso a administrar cada 12 horas en infusión de 2 horas.

Al tercer día de tratamiento, el Servicio de Farmacia detectó que la paciente presentaba un clearance de creatinina de 52,7 ml/min, calculado con la fórmula Cockcroft-Gault y que el valor de glóbulos blancos había descendido a 2,18 mil/mm³. Según la bibliografía consultada, la dosis de ganciclovir ajustada a ese clearance debía ser 150 mg cada 12 horas. Se realizó la intervención farmacéutica con el médico tratante, quien redujo la dosis según lo sugerido.

Al segundo día de instaurada la nueva posología, el valor de glóbulos blancos aumentó a 3,01 mil/mm³, y al cuarto día a 4,07 mil/mm³. A través de un Algoritmo de Naranjo, se determinó la relación de causalidad entre la sobredosificación y el episodio de leucopenia, arrojando el resultado de "evento adverso probable".

El Servicio de Farmacia continuó con la monitorización diaria del clearance y de los parámetros de laboratorio mencionados. No se observaron nuevos eventos adversos relacionados.

DISCUSIÓN

La información disponible respecto a sobredosificación con ganciclovir es limitada. Episodios de leucopenia han sido anteriormente reportados como evento adverso por intoxicación aguda, aunque también podrían explicarse como consecuencia de citotoxicidad por la infección.

Existe evidencia de que, incluso luego de hemodiálisis para su eliminación, hay acumulación intracelular de ganciclovir después de la administración de dosis excesivas. Un incremento en esta concentración estaría relacionado con el aumento en la toxicidad hematológica. En este caso, el riesgo se veía aumentado por la plaquetopenia persistente, y por ello el evento adverso requirió seguimiento. Sin embargo, la paciente no manifestó signos de neurotoxicidad y se recuperó rápidamente de la leucopenia, sin recurrir a diálisis u otras medidas terapéuticas. En conclusión, este caso demuestra la necesidad y la importancia del monitoreo de dosis de ganciclovir por parte del farmacéutico en pacientes con función renal alterada. Se recomienda

establecer protocolos de actuación que se anticipen a errores en la posología mediante seguimiento del clearance de creatinina y vigilancia activa de signos y alteraciones en el hemograma.

Determinar el perfil farmacocinético mediante concentraciones plasmáticas de la droga es una medida indirecta de concentración intracelular, pero puede resultar útil para personalizar la terapia.

19. Análisis del cumplimiento de la conciliación de la medicación habitual en pacientes posquirúrgicos según guía de recomendación institucional

TINTORELLI MV, LIGNAZZI D, VALLE M, LUDUEÑA M, DEL CUETO S, ALVAREZ F, FRANCESCHI V, SANCHEZ J, FEUERSTEIN S, FILLOY F, CATANZARITI A, MANSILLA A
HOSPITAL ITALIANO CENTRAL DE BUENOS AIRES–CABA– Argentina
Mail de contacto: maria.tintorelli@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

Los pacientes quirúrgicos (PQ) presentan transiciones de cuidados, el prequirúrgico, intraquirúrgico, pase a sala y el alta, aumentando el riesgo de discrepancias en la conciliación (C) de la medicación habitual (MH). Esto se ve agravado por la vía oral no disponible y la posible interacción de la MH y los fármacos administrados durante la anestesia. La C en nuestro hospital, es una actividad médica, sin embargo, los farmacéuticos nos involucramos, en la validación de la C y en la redacción de una guía de práctica clínica (GPC), con un “Listado de Medicamentos y sus Recomendaciones pre procedimientos invasivos” (LMR), que sugiere suspender fármacos con antelación, indicando tiempo de suspensión y no suspender otros. Para ambos casos se recomienda el tiempo de restitución.

Esta GPC es una recomendación, el médico hará una valoración individual del riesgo/beneficio, ya que no depende exclusivamente del fármaco en cuestión, sino de: patología del paciente y tipo y gravedad del procedimiento quirúrgico al cual será sometido.

OBJETIVOS

Analizar el cumplimiento de la GPC del Hospital Italiano de Buenos Aires (LMR) y la C de la medicación en pacientes quirúrgicos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo desde septiembre de 2019 a marzo 2020. Se incluyeron pacientes adultos, de ambos sexos, mayores de 18 años, sometidos a procedimiento quirúrgico en: Quirófano Central, Unidad de Cirugía Ambulatoria, Quirófano de Ortopedia, Angiografía y Quirófano de Obstetricia.

Se evaluaron indicaciones médicas de PQ con MH. Los datos se recopilaron de la Historia Clínica Electrónica (HCE). Se analizó de cada episodio de internación y/o ambulatorio, la MH de la paciente registrada en la apertura de episodio y en la evolución del anesthesiólogo en el prequirúrgico. Se determinó el cumplimiento según la GPC.

RESULTADOS

Se analizaron 165 episodios de PQ, los que arrojaron 391 fármacos registrados como MH. Se detectó que 164/391, (42%), cumplieron con las recomendaciones de la GPC, 31/391 (8 %) no cumplieron y 196/391 (50%) no se pudo evaluar cumplimiento por falta de información y/o evolución en la HCE, de este 50%, 20/196 (10%), fueron intervenidos por farmacia, sugiriendo restitución, con una aceptación del 100%.

La MH de los PQ, que no cumplieron, fueron principalmente: levotiroxina y amlodipina y las que sí, fueron: ácido acetil salicílico, enalapril, clonazepam, alprazolam, rosuvastatina y losartan.

DISCUSIÓN

La retirada de la MH en los PQ puede significar un riesgo para la cirugía y aumentar sus complicaciones. Es importante contar con un programa de conciliación de la medicación, seguir recomendaciones institucionales y unificar criterios. Al analizar la C de la MH de los PQ y el cumplimiento de la GPC, el 42% cumple con las recomendaciones, el incumplimiento es bajo, un 8% y la imposibilidad de evaluar, es elevada, un 50%. Esta situación podría estar dada por información fragmentada en silos que no tienen interoperabilidad y falta de registro en la HCE por parte del médico.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de la GPC fue bajo, el análisis de la C de la MH en los PQ tuvo sus limitaciones. No se tiene registro del grado de conocimiento y adherencia de los médicos a la GPC. La HCE no contempla un único nicho para registro de la MH, la información se encuentra dispersa, resultando engorroso su búsqueda y evaluación. La falta de actualización de la MH proporciona pérdida de fiabilidad de los datos.

La conciliación de la MH y el grado de cumplimiento de la GPC en PQ tiene como finalidad, mejorar la seguridad en el uso de los medicamentos en el intraoperatorio y del paciente en la transferencia de cuidados.

20. Aporte de sodio de los antiinfecciosos parenterales: elaboración de un boletín

RUSSO ME, GONZÁLEZ GMA, BAY MR.

H.I.G.A. "San Roque" de Gonnet – La Plata – Argentina

Mail de contacto: augeniarusso@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los procesos metabólicos y las funciones de los órganos dependen de concentraciones precisas de electrolitos tanto extracelulares como intracelulares mantenidas a partir de múltiples mecanismos. El sodio es el principal catión extracelular encargado de regular y participar en diversas funciones del organismo entre las que se destacan: la transmisión nerviosa, el intercambio de iones y sustancias a través de membranas, la secreción glandular etc. Pese a su beneficioso papel, existen situaciones clínicas en las que su aporte debe estar restringido. La hipernatremia ocurre con frecuencia en pacientes críticos y el uso de medicamentos influye en su desarrollo, ya sea por su mecanismo de acción, efectos adversos o debido a la presencia de sodio en sus formulaciones. Los farmacéuticos del área clínica del HIGA "San Roque" validamos diariamente las prescripciones de todos los pacientes internados

recurriendo a realizar una búsqueda puntual cada vez que nos enfrentamos a una situación de hipernatremia. Debido al gran uso de antiinfecciosos sobre todo en los pacientes de las unidades de cuidados críticos y a que la evidencia avala que es uno de los grupos terapéuticos con mayor cantidad de este electrolito en sus formulaciones, se decidió elaborar un boletín para especificar cuánto sodio (Na) aportan dentro del envase primario (ampolla, frasco ampolla o bolsa para perfusión) y por día de una posología estándar.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se seleccionaron todos los antiinfecciosos para uso sistémico parenteral (ATC J) incluidos en la Guía Farmacoterapéutica del hospital. La búsqueda se realizó consultando para cada fármaco las fichas técnicas en el vademecum de la ANMAT. A partir de la información encontrada (antibiótico como sal sódica y/o excipientes que lo aporten) se detalló por medicamento y laboratorio la siguiente información: mg Na/envase primario, mEq Na/envase primario y mEq Na/día de una posología estándar. En los casos de ausencia de información precisa en los prospectos se contactó al laboratorio productor. A los medicamentos con un contenido menor de 1 mEq por envase se los consideró con bajo contenido de sodio.

DISCUSIÓN

Algunos autores señalan que la hipernatremia es un indicador de calidad en la atención clínica que reciben los pacientes ingresados en cuidados intensivos, ya que el balance de fluidos es un punto clave en el cuidado del paciente crítico, estableciendo una asociación entre la incidencia de hipernatremia e incremento de la estancia hospitalaria y mortalidad. En muchas ocasiones el contenido de este electrolito en estos medicamentos es bajo, pero en otras donde la pauta posológica habitual es mayor de una vez al día y además poseen cierto contenido en sodio, los resultados analíticos pueden estar distorsionados a causa de un factor no incluido en la valoración. Conocer los antibióticos que aportan una mayor cantidad de este catión es un criterio más a tener en cuenta en pacientes que requieren una restricción del mismo. Por este motivo la socialización de este boletín a los médicos prescriptores junto con una adecuada validación y seguimiento farmacoterapéutico son claves para mejorar la seguridad de los pacientes internados. Queda pendiente la incorporación de la información recopilada en este boletín al sistema de prescripción electrónica FARHOS para asistir al médico en la prescripción.

21. Uso de una formulación oral de sevelamer carbonato en un paciente pediátrico, a propósito de un caso

PRIETO V, PÉREZ MEDINA A, QUIROGA M, MEDER M, RACH A.

HIEMI V Tetamanti –Mar del Plata– Argentina

Mail de contacto: victoria_prieto7@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El sevelamer es un fármaco que ha sido usado en la práctica clínica durante más de 10 años, y son una gran cantidad de estudios los que han puesto de manifiesto sus efectos sobre el paciente con enfermedad renal. El sevelamer en sus dos formulaciones, carbonato y clorhidrato, es un captor o quelante de fósforo no absorbible, libre de metal y calcio, que se emplea para el control de la hiperfosfatemia en la enfermedad renal crónica (ERC).

Describimos el caso de un niño pequeño con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) que requirió tratamiento con una formulación oral de sevelamer carbonato elaborada en nuestra institución, con el objetivo de garantizar que el paciente reciba el fármaco de la forma más adecuada para conseguir el efecto terapéutico deseado.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino de 8 años de edad con diagnóstico de ERCT en diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) desde hace siete meses, en tratamiento con carbonato de calcio 1250 mg, medio comprimido junto con las comidas indicado para la hiperfosfatemia.

A partir de los análisis de laboratorio de rutina, se observó un elevado valor del calcio plasmático, por lo que se decidió suspender el carbonato de calcio y se evaluó la posibilidad de indicar un quelante de fósforo no cálcico, como el sevelamer.

Partiendo de comprimidos de sevelamer 800 mg RENEVELA® y, debido a la imposibilidad de ajustar la dosis indicada a partir de los mismos, se realizó una búsqueda bibliográfica para poder adaptar el medicamento a una fórmula líquida de administración oral.

Se procedió a la formulación de una suspensión de concentración 50 mg/ml:

- Sevelamer carbonato..... 12 gr (15 comprimidos)
- Agua destilada..... 120 ml
- Jarabe simple.....csp. 240 ml

A la hora de establecer la dosificación correcta, la búsqueda bibliográfica no arrojó resultados precisos. Debido a esta falta de información, se acordó iniciar con una dosis de 400 mg cada ocho horas, la cual se fue ajustando hasta llegar a una dosis de 800 mg cada 12 horas junto con las comidas. Se trató durante cuatro meses y los valores de fósforo si bien disminuyeron con el tiempo (de 9,3 a 7,3 mg/dL), se mantuvieron por encima de los valores de referencia (3,7-5,6 mg/dL en niños). Mientras que los de calcio se mantuvieron dentro del rango de referencia, pero cercanos al límite superior (8,5-10,5 mg /dL).

DISCUSIÓN

Tal y como describe la bibliografía, el tratamiento con sevelamer carbonato resultó efectivo en una disminución de los niveles séricos de fósforo y, al ser un quelante no cálcico, la concentración plasmática de este último no se vio modificada. Es muy difícil que un paciente con ERCT llegue a valores séricos de fósforo normales, ya que no solo depende de la droga sino también de los ciclos y el equipo de diálisis peritoneal, la accesibilidad al tratamiento y la dieta. La formulación tuvo una buena tolerancia, favoreciendo la aceptación y el cumplimiento por parte del paciente.

El sevelamer se prescribe con frecuencia para el tratamiento de adultos con hiperfosfatemia secundaria a ERCT. Sin embargo, aún no hay mucha información con respecto a su utilización en niños menores de 6 años. Es por eso que, su indicación en esta población debe ser estrictamente avalada y monitoreada por un médico especialista.

A pesar de que se necesita más investigación para determinar mejor seguridad, eficacia y dosificación para pacientes pediátricos, este agente parece ser una opción viable como fosfato aglutinante en niños con ERCT.

Nuestra intervención permitió adaptar la medicación al paciente pediátrico, para garantizar junto al equipo de salud una farmacoterapia lo más adecuada posible.

22. Alergia a TMS en pacientes con VIH: reportes de caso

PASTRANA RV, PAREJAS GA.

Hospital Universitario CEMIC – CABA - Argentina

Mail de contacto: rosanavpastrana@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (antes *Pneumocystis carinii* o PCP) es la infección respiratoria oportunista más común en pacientes con SIDA. Se produce en aquellos con recuento de CD4 < 200 células/μL que no reciben terapia antirretroviral (TARV) o profilaxis adecuada.

Trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) es el fármaco elegido como profilaxis y tratamiento. Sin embargo, se observa una incidencia de hasta 27% de reacciones de hipersensibilidad idiosincrásicas en pacientes VIH en tratamiento para PCP, que aparecen entre 7° y 10° día de terapia.

TMS requiere especial seguimiento por parte del farmacéutico para evaluar tolerancia y detectar la aparición de reacciones alérgicas en estos casos.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino de 33 años, tabaquista, con diagnóstico reciente de VIH (CD4=99 células/μL) y sin TARV. Presenta tos seca e inicia tratamiento con TMS VO por sospecha de PCP (20/mar/2019), evolucionando con registros febriles diarios. Al 4° día y ante resultado de TAC sin patrón de PCP, se suspende TMS e inicia amoxicilina-clavulánico (por 7 días). El 1/abr reinicia TMS como profilaxis, y a las horas presenta malestar general. Es internado con rash cutáneo, fiebre e hipotensión. Recibe corticoide y antihistamínico. Requiere adrenalina IM, expansión de volumen y vasopresores, con posterior pase a UTI y evolución favorable. Realiza profilaxis secundaria con pentamidina inhalada y es externado. Se reporta al Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFV) determinándose en base al algoritmo de Naranjo, la imputabilidad definida, y de intensidad grave.

Paciente masculino de 31 años, 55 kg y reciente diagnóstico de VIH (CD4=119 células/μL) y sin TARV. Inicia terapia con TMS VO por disnea e infiltrados pulmonares (05/feb/2020). Es internado por agregar hipoxemia y taquipnea, y aumentar disnea (11/feb). Desde la unidad de observación, se consulta al farmacéutico por dosificación de TMS EV para neumonía por PCP. También inicia levofloxacina y fluconazol EV. Desarrolla eritema y se administra antihistamínico. Suspende levofloxacina y fluconazol. Al 3° día presenta nuevamente reacción de hipersensibilidad con eritema, edema facial (especialmente de labios), rash en brazos y manos, sin obstrucción aérea; se administra corticoide y antihistamínico. Se decide suspender TMS e iniciar pentamidina (14/feb), consensuando la dosis con el farmacéutico. Éste informa a enfermería cómo preparar y los cuidados durante la administración por riesgo de hipotensión e hipoglucemia.

Se realiza al paciente una prueba de desensibilización a TMS y desarrolla eritema en tronco y miembros, seguido de escalofríos, hipotensión y taquicardia, requiriendo adrenalina IM. Luego agrega fiebre persistente. Es trasladado a UTI, evolucionando favorablemente. Regresa a sala general y mantiene pentamidina EV. Ante aumento de creatinina, disminución de electrolitos, hipotensión, y parestesias en dedos de mano, sin déficit sensitivo o motor (con mejoría

posterior), se evalúa rotar a dapsona, pero se informa a infectología la posibilidad de reacción de hipersensibilidad cruzada. Finaliza tratamiento y es externado. Mantiene pentamidina como profilaxis secundaria para PCP. Se reportaron al SNFV las reacciones de anafilaxia por TMS (según algoritmo de Naranjo, imputabilidad definida e intensidad grave) y las derivadas por el tratamiento con pentamidina.

DISCUSIÓN

Existen puntos concordantes entre lo descrito y la bibliografía, tanto en las características de los pacientes que desarrollaron anafilaxia, la duración de la exposición al fármaco, y la forma de presentación de reacción.

El TMS es un fármaco muy difundido por sus características de costo/efectividad y seguridad, y como se mencionó, es de elección como prevención y tratamiento para PCP en pacientes con VIH, pero frente a la incidencia de las reacciones de hipersensibilidad es de importancia el seguimiento farmacéutico para identificarlas, y ofrecer otras alternativas como profilaxis o terapia.

23. Identificación y análisis de medicamentos lasa en el servicio de farmacia del hospital Alfredo Ítalo Perrupato

ABREGO MI, MUSSÉ MV, CHACON MG

Hospital Dr. Alfredo I. Perrupato– Godoy Cruz– Argentina

Mail de contacto: maritaabrego11@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El servicio de farmacia (SFH) del hospital Dr. Alfredo I. Perrupato (HP), dispensa por dosis diaria, con validación previa del farmacéutico de la prescripción manual. Este proceso conlleva altas probabilidades de error. El SFH ha elaborado una Guía Farmacoterapéutica (GFT) Los errores con medicamentos LASA (Look-Alike Sound-Alike) son una de las causas más frecuentes de errores en la medicación (EM).

OBJETIVOS

Identificar los medicamentos (M) incluidos en el vademécum del Hospital Perrupato con características LASA. Implementar medidas que permitan reducir los EM relacionados con el uso y manejo de los medicamentos LASA.

MATERIALES Y MÉTODO

Se excluyeron los M almacenados fuera del área de internación. Se identificaron los M con: Similitud Fonética (SF): SF por raíz y terminación. Se exportaron a Excel, se utilizó la herramienta de búsqueda. Se construyó un listado ordenado alfabéticamente. Se revisaron todos los M incluidos en la GFT. Similitud visual (SV): tamaño, color y tipo de letra parecidos. Se clasificaron las SV. Se revisaron todas las presentaciones en stock desde noviembre del 2018 hasta noviembre del 2019. Se construyó una base de datos con fotos. Se realizó una búsqueda en la ficha técnica del M y en el vademécum del Hospital Garrahan para completar la etiqueta. Medidas Implementadas: SF: Cambio de letra e inversión del color de fondo, logrando una alerta visual. SV: se marcan las ampollas con pintura no tóxica. Cremas y jarabes

con marcador negro. Se marca el M de menor rotación. Se informó la similitud encontrada para tenerla en cuenta en la gestión de compras. Se cambió el orden de guardado. Se realizaron nuevas etiquetas donde se intercambiaron en letra imprenta mayúscula la parte de la palabra que se parece, invirtiendo el color de fondo. Se agregó el grupo farmacológico según GFT con colores diferentes, categoría de teratogenicidad, uso durante la lactancia e información de seguridad en la conducción. Se realizó un boletín informativo y capacitación al personal del SFH.

RESULTADOS

Se analizaron 447, 237 M presentaron SF, 35 especialidades son el mismo principio activo, pero diferente concentración. 133 de los 237 M con SF se resaltaron. 98 M requirieron resaltar su etiqueta. 35 M requirieron resaltar su concentración. Se hallaron 53 M con SV, 30 ampollas, 6 frasco ampolla, 10 comprimidos, 2 aerosoles, 2 gotas y 3 jarabes. Se cambiaron de lugar 6 M. Se envió a la dirección técnica 32 fotografías de M con SV, correspondientes a 18 laboratorios diferentes, siendo el laboratorio A el más frecuente con 10 de 47. Los M LASA representaron 40 % de los estudiados y el 30% de la GFT. Como resultado de la información obtenida para la mejora de las etiquetas se encontraron 100 M con clasificación de FDA, 2 M categoría A, 17 categoría B, 45 categoría C, 35 categoría D y sólo 1 categoría X. 91 monodrogas se clasificaron de acuerdo a su uso en la lactancia, resultando 79 no recomendados y 18 administrar con precaución durante la lactancia. Además 50 M se etiquetaron como desaconsejados al conducir.

DISCUSIÓN

La tasa obtenida de M LASA fue 180 de 447, mientras Russea y cols encontraron 927 de 20517 pero se realizó en referencia a todos los M comercializados en Argentina, mientras este trabajo solo aplica al vademécum del HP. Las mejoras deberían aplicarse a todo el SFH y conocer la tasa de error de dispensación por LASA antes de la implementación. También la realización de una encuesta para conocer la opinión de los preparadores.

CONCLUSIONES

Los cambios implementados permitieron identificar los medicamentos LASA en el vademécum del HP, registrar las marcas o laboratorios que presentan riesgos a la hora de adquirir medicamentos y tomar medidas que permitan resaltarlos en su disposición para alertar este riesgo en la dispensación. Es necesario continuar investigando para conocer su impacto en el EM

24. Donaciones en época de pandemia. Rol del farmacéutico.

OROZCO M.L., NAFISSI L. I., CHACÓN M. G., ABREGO M. I., LUGEA I. A.

Hospital Dr. Alfredo I. Perrupato– Godoy Cruz– Argentina

Mail de contacto: farmmarinaorozco@hotmail.com

INTRODUCCION

La transmisión del COVID-19 se produce a través de gotitas respiratorias producidas al toser, estornudar o hablar y del contacto con superficies contaminadas con estas gotas. La

Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el uso de medidas de higiene y desinfección de superficies y objetos, los productos utilizados habitualmente en los establecimientos sanitarios, tienen la capacidad suficiente para inactivar el virus.

El Servicio de Farmacia (SF) se encarga de gestionar, almacenar, elaborar, fraccionar o acondicionar y dispensar, los antisépticos para antisepsia y curaciones, por ello frente a la emergencia sanitaria debe prepararse para no sufrir quiebres de stocks ante un aumento de consumo.

En este contexto, el INV y Empresas Privadas realizaron un convenio con el Ministerio de Salud de la Provincia, para elaborar Alcohol y luego ser donado en Hospitales y Centros de Salud.

Como farmacéuticos somos personalmente responsables de la pureza y origen de los productos que se despachen o empleen en las preparaciones (fragmento Art. 29 Ley Nacional 17565), y desde el 29 de mayo de 2020 debemos cumplir con la Resolución Provincial N°1022. Tenemos la obligación legal y ética de supervisar la calidad de estos insumos, decidir si son aptos para su uso, el destino que se le dará y calcular el costo beneficio de su utilización en comparación con la compra de éstos.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Durante el mes de marzo se ofrecieron donaciones, fueron entregadas y almacenadas en cuarentena hasta cumplir con el procedimiento PF03 "Recepción de Insumos al Servicio de Farmacia", se solicitaron los Certificados de Análisis y se observó la leyenda "NO HABILITADO PARA USO EN COSMÉTICA Y MEDICINA HUMANA". Se buscó información de la empresa proveedora, en la Farmacopea Argentina VII ed (FA), opinión de expertos y colegas del Grupo Argentino Hospitalario de Farmacotecnia (GAHF) y se concluyó que el INV no puede habilitar un producto para "uso medicinal", el único organismo con la potestad para dar dicha habilitación es el ANMAT.

Utilizamos tablas suministradas por el GAHF para comparar el Certificado de Análisis, con los requisitos de FA y Código Alimentario Argentino (CAA), se obtuvo como resultado que la acidez era 10 veces superior a la permitida y carecía de algunas determinaciones. No cumplió con las condiciones requeridas para "uso medicinal" de igual manera se decidió utilizarlo, como una nueva Preparación "ALCOHOL 70° USO SUPERFICIES", se reutilizaron envases para no comprar y contribuir con el cuidado del medio ambiente.

Otro objetivo planteado era saber el costo beneficio económico. Se compararon los consumos de Alcohol 70° en el 1° y 2° cuatrimestre de 2019 con los de 2020. Durante 2019 se consumieron 1.238lts de Alcohol 70° se fraccionaron 4.949 unidades, en 2020 se elaboraron 2.470lts y 8.669 unidades. Existió un aumento de 1.232 lts de alcohol y se fraccionaron 3.720 unidades más que el año anterior. Se realizó el promedio de las compras del año 2020, el valor fue de \$179.57 por litro, resultando para 2019 un total de \$222.307,66 y para 2020 \$313.021,90. En 2019 el valor del litro fue de \$179.57 y en 2020 \$126.72, esta disminución en el precio se debe a que si bien aumentó la cantidad de litros, la mayor parte de ellos corresponden a las donaciones. Se ahorró \$52.85 por litro, un total de \$147.247,40 al decidir aceptar y dar uso a la donación.

DISCUSIÓN

Por la experiencia en otros países es conocido el desabastecimiento de insumos para antisepsia, por tal motivo el SF debe planificar la adquisición y buen uso de ellos.

Es muy importante la calidad con la que trabajamos ya que se han conocido casos de intoxicación e incluso muertes por Alcohol adulterado.

Nuestra responsabilidad como profesionales es velar por la salud de nuestros pacientes y personal, cumplir siempre con los principios de beneficencia y no maleficencia.

25. La intervención farmacéutica como mejora en la calidad de la atención de pacientes hospitalizados

BUSTAMANTE A. GUZMÁN K.P., GARCÍA M.

Instituto Nacional de Perinatología – Ciudad de México – México

Mail de contacto: ahirabuffer@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos son la principal vía para ofrecer tratamiento terapéutico, rehabilitatorio o preventivo. Las organizaciones hospitalarias desarrollan un sistema de medicación, para integrar los procesos clínicos y administrativos relacionados con el manejo y uso de medicamentos para proporcionar una farmacoterapia segura y lograr el acceso a estos.¹ Estudios en México han identificado 686 errores de medicación, 84.3% en prescripciones de hospitalización y 15.7% en tratamiento ambulatorio; otro identificó 776 errores de medicación de 6.119 prescripciones revisadas, sin embargo, México no ha tomado conciencia de su trascendencia, aunque su magnitud sea similar a la de los países de su entorno. Prevenirlos en función de la gravedad y de la probabilidad de que ocurran pueden establecer órdenes de prioridades y abordaje. La intervención farmacéutica es una herramienta para prevenir errores de medicación, optimiza la prescripción minimizando el riesgo para el paciente y aumentando la calidad asistencial. Se define como todas aquellas acciones que lleva a cabo el farmacéutico en forma activa, en la toma de decisiones en la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados.⁴ Se consideran oportunidades de mejora si logran optimizar la terapia del paciente.⁵ El documento expone la incorporación del farmacéutico a través de la intervención farmacéutica en los procesos del sistema de medicación para la detección, actuación y corrección de errores de medicación en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México que brinda atención a población vulnerable.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO.

Se implementó la participación activa del profesional farmacéutico en las etapas del sistema de medicación. A través del expediente electrónico se realizó la prescripción (orden médica) para cada paciente hospitalizado (adultos y neonatos), se activó usuarios a los farmacéuticos para la verificación de estas. Ya verificadas se imprimió en la farmacia del hospital y se surtió por el farmacéutico por dosis unitaria para 24 hrs. por paciente, la distribución se realizó por farmacéuticos. Se verificó la preparación, se vigiló la administración con enfermería y el monitoreo se realizó por el farmacéutico. Al detectarse problemas con la medicación se realizó intervención farmacéutica verbal y escrita, describiendo el evento y ofreciendo una recomendación para quien estuviese involucrado; se registró en el expediente electrónico.

DISCUSIÓN

Se detectaron 693 errores de medicación de los cuales se realizaron 521 intervenciones farmacéuticas, el 83% fue de prescripción con causalidad de error en la vía de administración, dosis menor a la necesaria y dosis mayor a la necesaria. Se apremia la viabilidad del expediente electrónico para verificar la orden médica, corroborar que el tratamiento es el apropiado para cada paciente, comprobar las pautas para la administración y lograr el efecto terapéutico. Las intervenciones farmacéuticas fueron 48.13% circunstancias o incidentes con capacidad de causar un error, 37.11% errores, pero no alcanzaron al paciente y 0.1% comprometió la vida de un paciente. Se demuestra la eficiencia de la labor farmacéutica a través de la intervención farmacéutica y el impacto sobre la calidad en la atención. El monitoreo farmacoterapéutico facilita la detección de errores de medicación para la intervención farmacéutica, disminuyen los gastos que genera el cuidado del paciente. La incidencia y el tipo de error en el sistema de medicación permite analizar la causa y realizar acciones preventivas para garantizar la seguridad al paciente. La labor del farmacéutico ha fortalecido la confianza y el trabajo en equipo con el personal de salud para la toma de decisiones en la farmacoterapia de las pacientes. El registro de la intervención farmacéutica en el expediente electrónico garantiza un acceso ágil e inmediato a la misma, además permite valorar el impacto de las intervenciones farmacéuticas.