

## Resúmenes de trabajos Científicos

### INDICE

DIA	SESION	AUDITORIO	PAG.
JUEVES 20 de 8:00 a 9:00 hs	PRIMERA SESIÓN ORAL	AUDITORIO BUSTELO	2
	SEGUNDA SESION ORAL	SALA MAGNA	11
	TERCERA SESION ORAL	USPALLATA	20
JUEVES 20 de 15:00 a 16:30 hs	CUARTA SESIÓN ORAL	AUDITORIO BUSTELO	28
	QUINTA SESIÓN ORAL	SALA MAGNA	42
	SEXTA SESIÓN ORAL	USPALLATA	55
VIERNES 21 de 8:00 a 9:00 hs	SEPTIMA SESIÓN ORAL	AUDITORIO BUSTELO	69
	OCTAVA SESIÓN ORAL	SALA MAGNA	78
	NOVENA SESIÓN ORAL	USPALLATA	87
POSTERS SIN DEFENSA			96

## AUDITORIO BUSTELO

### PRIMERA SESIÓN ORAL– JUEVES 20, de 8:00 a 9:00 hs

#### **Implementación de una metodología de validación farmacéutica en pediatría en un centro de salud de alta complejidad de Argentina**

ROMÁN MF

Sanatorio Allende – Córdoba – Argentina

Mail de contacto: flor\_roman989@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El principal problema relacionado a medicamentos (PRM) informado en estudios en pediatría es el error de prescripción. La validación farmacéutica es un proceso complejo y en el Sanatorio Allende (SA) el tiempo disponible resulta limitado. El Grupo Español de Farmacia Pediátrica (GEFP) desarrolló un modelo de validación basado en una comprobación estandarizada de la prescripción para abarcar todos los posibles motivos de error.

#### OBJETIVOS

Implementar una metodología de validación por pasos que permita identificar más errores de prescripción en pacientes pediátricos internados. Cuantificar las intervenciones farmacéuticas al detectarlos y su aceptación, establecer su relevancia clínica e identificar los grupos terapéuticos implicados sin/con la metodología.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental, pre-post intervención (con grupo control) en 40 camas de Pediatría/Neonatología del SA. En octubre de 2021 se definió un procedimiento operativo estándar (POE) con 14 aspectos descritos en el modelo de complejidad básica del GEFP y uno intermedio, por su factibilidad de aplicación y pertinencia. La validación con POE se efectuó durante noviembre-diciembre 2021 y enero 2022, de 9 a 11 horas. Se empleó la historia clínica digital para corroborar los puntos del POE en las prescripciones, contrastando con fuentes bibliográficas. Al identificar un error, la intervención sugerida se discutió telefónicamente con el médico. Se excluyeron las prescripciones de Oncología y las posteriores al horario. De manera retrospectiva, se obtuvieron datos de pacientes validados y errores detectados sin POE en agosto-septiembre-octubre 2021. Se plasmó la información de ambos grupos en planillas de cálculo, utilizando la clasificación de errores NCC MERP Ruiz-Jarabo y escala Overhage de severidad.

#### RESULTADOS

Se registraron 0,03 intervenciones/día-cama para el grupo sin POE vs 0,32 con POE. La aceptación fue 86,4% vs 90,2%. Los 22 errores detectados sin el método correspondían a 6 categorías, la mayoría informáticos (31,8%) y de frecuencia (22,7%). Aplicando el POE (174 errores) fueron 9, principalmente de dosis (29,9%), medicamento erróneo (16,1%) e informático (14,4%). Los errores detectados

potencialmente letales fueron 4,5% vs 5,2%, serios 40,9% vs 24,7% y significativos 31,8% vs 52,3%. En ambos casos los grupos terapéuticos con mayor número de errores fueron el nervioso (31,8% y 23% respectivamente), aparato gastrointestinal (22,7% y 21,8%) y antiinfecciosos sistémicos (9,1% y 20,7%).

#### DISCUSIÓN

La metodología incrementó 8 veces el número de errores detectados. En el estudio del GEFP las intervenciones/día-cama fueron 0,014, siendo en nuestro caso superior en ambos períodos. Sería preferible comparar su aplicación en otra institución de Argentina. Su alta aceptación presentó porcentajes similares a Malfará et al. El POE permitió detectar errores de dosis, los más relevantes en pediatría, coincidiendo con Ceriani y Ocaña et al. El uso incorrecto de la tecnología representa una fuente importante de error. El porcentaje de errores potencialmente letales fue levemente mayor en relación al del GEFP (2%), aunque en su mayoría se previnieron errores serios o significativos. Los antiinfecciosos no fueron el grupo mayoritario como en otros estudios, posiblemente porque no se comprobó duración de tratamiento y cultivos, o por su estricta política de uso en el SA. Añadiendo nuevos aspectos en el POE, se detectaría un mayor rango de errores. Las limitaciones del estudio: ausencia de protocolos donde la falta de consenso resultó en rechazo de la intervención, historias clínicas desactualizadas y medicación habitual no especificada lo que dificultaba el conocimiento de información relevante para la validación.

#### CONCLUSIÓN

La metodología resulta efectiva para detectar más errores de prescripción en pediatría. La aceptación de las intervenciones farmacéuticas reflejó la confianza del médico en las recomendaciones, que evitaron PRM de manera oportuna.

#### **Reacciones adversas tipo B (“bizarrras”) por antimicrobianos: factores de riesgo asociados en pacientes adultos hospitalizados**

SCOLARI M, JAUREGUIBERRY P, GUELER B, ERNST G  
Hospital Británico – CABA – Argentina  
Mail de contacto: marianojscolari@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) pueden clasificarse en 2 tipos: A (RAMA, aumentadas) y B (RAMB, bizarras). Las RAMA estarían relacionadas con el mecanismo de acción y dosis del medicamento causal. En las RAMB se suele desconocer la causa. Solo se han postulado algunos factores de riesgo (FACR) tales como edad avanzada (mayor a 65 años), sexo femenino (F), polimedicación (PM) y disfunción de órganos. En un estudio previo se observó una elevada prevalencia de RAMB en pacientes tratados con antimicrobianos (ATM) en nuestro centro, razón por la que el objetivo de este estudio, fue determinar los FACR que contribuyan a predecir una RAMB en pacientes internados bajo tratamiento con ATM.

## OBJETIVOS

Describir FACR en pacientes adultos con RAMB por ATM, internados en áreas no críticas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, aprobado por nuestro comité revisor institucional. De la base de datos de RAM de Farmacia, se agruparon los pacientes mayores de 18 años (asistidos en áreas no críticas) que cursaron con RAMB o RAMA por ATM entre 2020 y 2022. Se recabó de la historia clínica, edad, sexo, creatinina sérica y medicamentos concomitantes al momento de la RAM. Se definió insuficiencia renal (IR) si el filtrado glomerular (FG) fue menor a 60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> y PM a la indicación 5 o más medicamentos simultáneos.

Para determinar los FACR asociados al desarrollo de RAMB, se realizaron análisis de regresión logística uni (UNIV) y multivariados (MV) expresados como razón de probabilidad (OR) e intervalo de confianza (IC 95%). Además, se estimó el área bajo la curva (AUC) ROC de las variables asociadas a RAMB, sensibilidad y especificidad.

## RESULTADOS

En el periodo mencionado, se incluyeron 52 pacientes con RAM de los cuales 29 presentaron RAMB y 23 RAMA por ATM. Los grupos fueron comparables respecto a la edad, sexo, FG y PM (51 años vs 50 años con p:0.08; 62.1% sexo F vs 65.2% sexo F con p:0.9; 41ml/min/1,73m<sup>2</sup> vs 21.7ml/min/1,73m<sup>2</sup> con p:0.15 y 89.6% vs 82.6% con p:0.68, respectivamente).

El análisis UNIV de los FARC mostró que tener edad mayor a 65 años, incrementa significativamente el riesgo de tener una RAMB con un OR = 4,2 (1,01-18,1); mientras que las variables sexo F, PM e IR presentaron una razón de probabilidad no significativa, aunque con tendencia a ser FARC. Cuando se agruparon tres de los 4 FARC, el análisis MV arrojó OR= 4,7 (1,13-19,48). Los FARC que resultaron significativos, mostraron un AUC ROC de edad mayor a 65 de 62% ± 5,8% con una sensibilidad de 37,9% y una especificidad de 86,9%; mientras que la triple combinación mostró un AUC 67% ± 7% con una sensibilidad del 80% y una especificidad de 54%.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con otros autores, los FARC que caracterizan a los pacientes con RAMB por ATM, en esta cohorte, fueron similares (edad mayor a 65, F, PM, IR). Existe escasa evidencia que demuestre que la IR, incrementa el riesgo de RAMB, sin embargo, nuestros hallazgos sugieren que esta variable, debe considerarse en pacientes con triple combinación.

Resulta de especial importancia, que cualquier combinación de 3 de las variables estudiadas, aumenta significativamente el riesgo de cursar una RAMB en casi 5 veces respecto del grupo RAMA, mostrando una alta sensibilidad. Esto contribuye a comprender las precauciones necesarias en estos pacientes, en especial, analizando la posibilidad de minimizar la PM. Estudios con mayor número de muestra no solo podrían confirmar los resultados, sino que, además, contribuirían a establecer la significancia de los FARC que solo mostraron tendencia.

## CONCLUSIÓN

Se describieron FARC posiblemente asociados a padecer RAMB, siendo los mismos edad mayor a 65 años, sexo F, IR y PM, aunque solo la primera lo hizo de un modo significativo y con alta especificidad. La combinación de al menos 3 de ellos aumenta significativamente el riesgo de RAMB, con elevada sensibilidad y aceptable especificidad.

## **Caracterización de pacientes adultos que cursaron reacciones adversas por antimicrobianos en un hospital de comunidad**

SCOLARI M, JAUREGUIBERRY P, GUELER B, ERNST G

Hospital Británico – CABA – Argentina

Mail de contacto: marianojscolari@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Comprender las características de los pacientes que cursan reacciones adversas a medicamentos (RAM), puede proveer información que contribuya a predecir tempranamente una posible RAM o bien extremar las precauciones durante el tratamiento. Los antimicrobianos (ATM) se encuentran entre las drogas más empleadas en hospitales. Sin embargo, los factores de riesgo asociados con presentar RAM a los mismos no han sido establecidos. Se diseñó este estudio para ampliar el conocimiento sobre estas RAM y su potencial asociación con las características de los pacientes que las padecen.

## OBJETIVOS

Describir las características de pacientes adultos internados en áreas no críticas, que presentaron RAM por ATM y establecer el ATM mayormente involucrado en las mismas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional. De la base de datos de Farmacia, se recopilaron todos los pacientes mayores de 18 años (asistidos en áreas no críticas) que tuvieron una o más RAM (con causalidad probable o superior, según Naranjo) por ATM (antibióticos, antifúngicos, antivirales) entre enero 2020 y mayo 2022. En nuestro centro, las mismas se detectan y notifican de forma voluntaria. Se excluyeron pacientes pediátricos y adultos críticos. Utilizando la historia clínica se recabó edad, sexo, comorbilidades (CMB) y datos de laboratorio previo a la RAM (albuminemia, plaquetas, bilirrubina total, creatininemia). Además, se estimó el filtrado glomerular (FG) e índice de Charlson (INC), y se registró la medicación concomitante (MC), para cada paciente, al momento de la RAM. Se definió polimedicación a la indicación de al menos 5 fármacos simultáneos. Los datos se volcaron en hoja de cálculo para su análisis. Se estimó mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas y porcentaje para variables categóricas.

## RESULTADOS

Durante el periodo analizado se registraron 115 RAM, de las cuales 52 fueron por ATM. Éstas correspondieron a 46 pacientes. Los mismos tuvieron una mediana de edad de 50,5 años (33-66 años) y 62% de sexo femenino (F). CMB principales: Hipertensión (HTA): 38%, enfermedad oncohematológica (EOH): 38%, tabaquismo (TBQ): 27%, diabetes y obesidad: 5%. Albuminemia: 3,2g/dl (2,7-3,5g/dl), FG: 90,2 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (56,9-120,8 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), plaquetas: 200500/μL (76000-280000/μL), bilirrubina total: 0,6 mg/dl (0,4-0,9 mg/dl). INC=3(2-5). MC= 8(6-10). El tipo de ATM mayormente involucrado en las RAM fueron los antibióticos (83%), principalmente vancomicina (17,3%).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han permitido identificar las particularidades de los pacientes que cursaron al menos una RAM por ATM. En acuerdo con lo descrito por otros autores se observó predominancia de sexo F, HTA, EOC y TBQ. Se destacó como característica, en esta cohorte de pacientes, la MC por encima de 5. Ésta es una variable sobre la que los farmacéuticos podemos influir de manera beneficiosa, reduciendo el uso de fármacos de manera racional.

Este estudio impulsa a los farmacéuticos a abogar por una farmacoterapia racional con foco en los pacientes con características similares a las descritas, alertando, también, a los médicos que asisten a este tipo de pacientes empleando antibióticos, pero sin descuidar a los otros tipos de ATM. Además, sienta las bases para realizar un estudio de casos y controles en el futuro, para establecer factores de riesgo. Dado el posible sesgo de notificación de RAM, nuevos estudios aumentando el número de pacientes y controlando el subregistro de RAM son necesarios para confirmar nuestros hallazgos.

## CONCLUSIÓN

Los pacientes con RAM por ATM, de nuestro hospital, fueron mayormente de sexo F, con HTA y EOC, polimedicados y con hipoalbuminemia. El ATM mayormente involucrado en las RAM, en este estudio, fue vancomicina.

## Interacción clopidogrel – omeprazol: ¿Sí o no?

SCOLARI M, PRIMERANO F, SCHILLACI N, OTERO D, JAUREGUIBERRY P, GUELER B  
Hospital Británico – CABA – Argentina  
Mail de contacto: marianojscolari@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP), en especial omeprazol (OMP), como profilaxis de hemorragia digestiva alta (HDA) es habitual en pacientes tratados con clopidogrel (CPG). La bibliografía y los chequeadores de interacciones (CHQ) sugieren que la asociación CPG-OMP se relaciona con aumento de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) y de la mortalidad. Esto describió, también, para otros IBP aunque con mejores desenlaces. A pesar de esto, existe reticencia de los cardiólogos de nuestro hospital para aceptar las sugerencias de los farmacéuticos de cambiar el OMP por un IBP con mejor perfil de interacción, alegando falta de evidencia

sobre el daño asociado a la interacción.

#### OBJETIVOS

Evaluar si la interacción entre CPG e IBP se asocia a desenlaces desfavorables mediante análisis de las revisiones sistemáticas (RS) y/o meta-análisis (MA) disponibles en la literatura.

Consensuar el o los IBP (para profilaxis de HDA) con el perfil más conveniente de interacción con el CPG.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda en Medline con los siguientes términos en inglés: CPG, OMP, IBP, interaction, adverse events, RS, MA. Se seleccionaron las RS y MA (en inglés y publicadas desde 2015) que contuvieran en el título dos de los estos términos: OMP, IBP, CPG, interaction. En cada uno se consideró: cantidad de pacientes incluidos, desenlace (MACE y/o muerte, HDA), IBP estudiados, heterogeneidad (HT) y sesgo de publicación (SP). Se excluyeron los estudios sin esta información. La elección del IBP más conveniente se realizó por cruzamiento de la información de los RS/MA y por el CHQ Lexicomp®. El consenso se logró por discusión entre farmacia y cardiología.

#### RESULTADOS

La búsqueda arrojó 252 artículos de los cuales se excluyeron 244. 230 por no cumplir con los requerimientos del título y/o no estar relacionados al tema y 14 por no ser RS o MA, quedando 8 MA para el análisis. De éstos se excluyeron 2 por no haber evaluado el SP y 1 por no presentar datos de HT. Los 5 MA incluidos abarcaron 452389 pacientes de los cuales 178872 pertenecieron al grupo interacción. Todos evaluaron MACE y muerte. Excepto 1, los MA sugieren beneficios para la monoterapia con CPG. Sólo 2 MA evaluaron el desenlace HDA observándose ventajas para la combinación IBP - CPG. Dos estudios evaluaron el efecto diferencial de cada IBP. Según la evidencia y el CHQ, el IBP con mejor perfil de interacción sería el rabeprazol (RBP), luego pantoprazol (PTP) y lansoprazol (LSP) y, finalmente, OMP y esomeprazol (ESOMP). La HT de los MA para los desenlaces MACE y muerte fue moderada y alta para HDA. El SP fue bajo en todos los MA (funnel plots simétricos).

#### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sugieren que la combinación de IBP-CPG se asociaría a MACE y muerte. Sin embargo, se observó que la monoterapia con CPG incrementa el riesgo de HDA, aunque con un grado visible de HT. OMP y ESOMP no parecen buenas alternativas, por lo que el consenso se centró en PTP, LSP y RBP. RBP y LSP no pertenecen al vademécum del hospital. La HT de los MA no sería suficiente como para considerar la incorporación de los mismos teniendo PTP ya en nuestro centro. Tal observación se vio reforzada por la bibliografía empleada por el CHQ, la cual fue similar a la nuestra. Por lo tanto, se consensuó el uso de PTP para profilaxis de HDA en pacientes tratados con CPG, con monitoreo de los efectos. A pesar de la gran cantidad de pacientes incluidos, la HT de algunos MA sugieren cierta incertidumbre en las decisiones tomadas a partir de ellos y que la evidencia en favor de uno u otro IBP podría cambiar en el futuro, siendo necesaria una nueva revisión.

## CONCLUSIÓN

Se estableció que la interacción entre CPG e IBP, en especial con OMP, se asociaría a desenlaces cardiovasculares desfavorables, pero tendría beneficio en cuanto a HDA. PTP sería el IBP, disponible en nuestro centro, con el perfil de interacción más conveniente con el CPG y sería la elección para profilaxis de HDA.

## **Derecho a la salud integral: atención farmacéutica con perspectiva de género**

LOZANO MF, CASTRONUOVO C, GONZÁLEZ GMA, BAY MR  
HIGA San Roque de Gonnet – La Plata – Buenos Aires – Argentina  
Mail de contacto: celeste010393@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La Ley 26743 reconoce el derecho a la identidad de género y al acceso a la modificación de la apariencia o la función corporal.

En Buenos Aires, el Programa de implementación de políticas de género y diversidad sexual busca garantizar el acceso a la atención integral de salud con perspectiva de género y derechos humanos, y superar mecanismos de estigma, discriminación y violencia.

En el HIGA San Roque, funciona un programa para acompañamiento integral y centrado en las necesidades de la población trans.

El hospital cuenta con 160 camas y un área de consultorios externos con 25 especialidades. Por su parte, el Servicio de Farmacia (SF) cuenta con un área de dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, entre los que se encuentran los fármacos utilizados para Tratamiento de modificación hormonal corporal (TMHC) para personas trans.

Creemos que la atención farmacéutica (AF) es una oportunidad para constituirnos desde el SF como un eslabón de protección para esta población y desarmar estructuras heteronormativas, patologizadoras e históricamente excluyentes. En este contexto planteamos como primera medida la capacitación y sensibilización del personal del SF en atención integral en salud de personas bajo TMHC que asisten a retirar su medicación.

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el acceso a la atención integral de salud de las poblaciones trans y los TMHC para elaborar la “Guía para la atención de personas bajo TMHC desde el SF del HIGA San Roque”. En la misma se incluyó el marco histórico- contextual y abordajes conceptuales vinculados a salud -género - sexualidades -accesibilidad -discriminación, con el objetivo de informar, capacitar, y guiar a todo el personal del SF al momento de la atención. La búsqueda bibliográfica se realizó en PubMed consultando los artículos encontrados utilizando los términos «lgbtq cuidado de la salud, hormonas transgénero», y también publicaciones de Ministerios de Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, y normas jurídicas. Además, se consultaron fichas técnicas de medicamentos en la Agencia Europea de Medicamentos y prospectos, para incluir información sobre los medicamentos utilizados en los TMHC.

A su vez, se diseñó un folleto con información sobre el tratamiento farmacológico

para entregar en el acto de dispensa de los TMHC, de manera de acompañar y reforzar la atención farmacéutica que se realice de manera verbal previo a la entrega de los medicamentos.

Finalmente, se planificó un encuentro con todo el recurso humano del SF para difusión de los nuevos documentos y su contenido, y sensibilización sobre diversidad de género y derecho a la salud integral. Se diseñó un formulario de encuesta anónimo en línea a modo de autoevaluación sobre los conceptos y temas a abordar, para completar pre y post encuentro. Luego queda pendiente realizar el análisis de dichas encuestas.

#### DISCUSIÓN

Las investigaciones revelan la necesidad de formación del farmacéutico, tanto en aspectos farmacológicos, como humanos y de comunicación, para acompañar a personas trans, y de potenciar su participación en el equipo interdisciplinar en la reasignación de género.

A pesar de la Ley, las personas trans continúan siendo un colectivo vulnerado con barreras en el acceso a la salud. Es fundamental asegurar en el SF la toma de conciencia de dichas barreras y el impacto de estas en la calidad y esperanza de vida, para lograr aumentar la confianza y satisfacción del paciente mediante la AF. En este sentido esperamos continuar informando y sensibilizando al incorporar y recibir personal en el SF, ser modelo a seguir y lograr establecer redes que aseguren respuesta asistencial y atención eficiente y respetuosa, entendiendo la relevancia y el impacto que puede tener en el acto de dispensa cuestiones como la cercanía, la inmediatez, la profesionalidad y el clima afectivo.

#### **Caracterización de notificaciones de farmacovigilancia realizadas en un hospital de mediana complejidad**

NAFISSI L, FIORE C

Hospital Alfredo Italo Perrupato– Mendoza – Argentina

Mail de contacto: liliel2@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El uso de medicamentos y sus problemas asociados ha ido incrementándose. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) aumentan 5-10% los costos de salud. 2-12% de los ingresos hospitalarios están relacionados con RAM, pudiendo cuadruplicarse la hospitalización en pacientes mayores. Cobran importancia las redes de farmacovigilancia (FVG). En el Hospital en 2017 se crea un espacio de FVG, como sección de farmacia. En un hospital de 200 camas se estima que 30-60 pacientes presentarían RAM, (15-30 graves y 5-9 pacientes fallecerían). Registrarlas permite conocer los grupos prevalentes de RAM, vigilar desvíos de calidad (DC), y utilizarlas en las licitaciones para mejorar las compras y seguridad de pacientes. Este trabajo busca caracterizar las notificaciones para desarrollar metodologías de mejora y análisis de RAM y DC.

## OBJETIVO

Describir el tipo de notificaciones de farmacovigilancia realizadas en un hospital de mediana complejidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal desde 2014-2021. Se utilizó una tabla Excel con: año, RAM sospechada, marca, tipo de reacción (según Rawling/Thompson), causalidad (Algoritmo de naranjo), severidad (OMS), distribución de RAM (código ATC). En DC se registraron: año, DC y marca del fármaco. Las notificaciones registradas se recolectaron de internados y ambulatorios, en revistas de sala, o por comunicación de profesionales y/o pacientes. Todas fueron enviadas a ANMAT, y se colocaron en una carpeta virtual clasificadas por año y si eran RAM o DC. Asimismo se encuentran las impresiones en una carpeta llamada "FVG" en la que cada notificación se encuentra caracterizada con un número que representa 1 (si es ram) o 2 si es DC, número correlativo/año en que se notificó. En el caso de DC contamos con una caja con muestras y dichos códigos.

## RESULTADOS

Se analizaron 46 sospechas de RAM y 77 DC. 63% de los reportes fueron DC, de ellos, (18% falta de eficacia y 82% defectos de empaque). De los DC 30.77% fueron blísteres incompletos, envases defectuosos 21,52% y falta de eficacia 17.77%, rotura de envase (11.54%), envases similares (7.59%) en el caso de medicamentos lasa, o igual lote siendo medicamentos diferentes, precipitados (6.41%) y defectos en la materia prima (3.8%). Los medicamentos más implicados en falta de eficacia fueron: midazolam, tropicamida /fenilefrina (20%) y 13,33% furosemida, remifentanilo y metoclopramida. Los grupos más frecuentes fueron: vacunas (26%), antiinfecciosos, digestivos y antiepilépticos (15% cada uno). 9% fueron RAM tipo A y 91% tipo B, 60.42% fueron moderadas, 29.17% leves y 6.25% graves: anafilaxia por ceftriaxona; shock anafiláctico por ranitidina y bradicardia por piperacilina/tazobactam y vancomicina .60% fueron "probables" y 40% "posibles".

## DISCUSIÓN

Tuvimos menos reacciones moderadas y graves que otras publicaciones y ninguna letal. La causalidad fue mayor en "posibles" y menor "probables". El grupo mayormente implicado fueron: vacunas, anti infecciosos, digestivos y antiepilépticos, lo cual concuerda en digestivos y antiinfecciosos, agregando anticoagulantes en otros estudios. Como limitación, no siempre es posible enviar muestras de DC, sin embargo, en ANMAT han podido retirar del mercado al menos un medicamento reportado conociendo su lote. Respecto de las faltas de eficacia, podrían deberse a variaciones interindividuales.

Sería interesante hacer un análisis de costos por RAM en el hospital. Cabe destacar que contamos con estrategias respecto a los lasa y se buscan continuamente formas de mejora en el uso costo efectivo y seguro de los medicamentos. Conocer las RAM, ayuda a prevenirlas. Analizar la información del hospital nos permite favorecer la vigilancia y prevenir errores, así como priorizar las compras los fármacos más seguros.

## CONCLUSIÓN

Los DC representan 63% de los reportes, sobresaliendo falta de eficacia y envases similares que serían más inseguros fomentando la ocurrencia de errores. Los grupos más frecuentes de RAM reportadas fueron: vacunas, antiinfecciosos, digestivos y antiepilépticos por lo que deberían vigilarse más exhaustivamente.

## SALA MAGNA

### SEGUNDA SESIÓN ORAL– JUEVES 20, de 8:00 a 9:00 hs

#### **Gestión de riesgos de errores de medicación por isoapariencia en emergencias de un hospital zonal**

REIZENTHALER N, GÓMEZ MM

Hospital Mario V Larraín – Berisso – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: noe.reiz@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Los medicamentos (M) se pueden confundir, ya sea porque son similares en apariencia (Look-Alike: LA) o en fonética (Sound-Alike). Si los EM involucran medicación de alto riesgo (MAR) los daños pueden ser serios. La gestión de riesgos es una herramienta útil para disminuir o mitigar los EM. Cuando en el servicio de farmacia (SF) se detectan pares de M LA, se señala a fin de evitar EM de dispensación (EMD). No obstante, esto no impide EM de almacenamiento (EMAL) o administración (EMAD) fuera del SF. En el presente trabajo se pretende sistematizar la detección de posibles EM LA y proponer medidas útiles para prevenir EMD, EMAL y EMAD.

#### OBJETIVOS

Cuantificar los posibles EM por LA de M inyectables. Clasificar dichos EM en serios y no serios. Conocer la opinión de los profesionales de Enfermería (PE) de Emergencias sobre la influencia de M LA en la comisión de EM.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se realizó un registro fotográfico de M LA inyectable en el lugar de trabajo, a fin de poder comparar con M disponible en otro momento. Se elaboró una tabla con pares de M LA. Se elaboró una matriz de riesgo con los contextos clínicos factibles; diagnósticos críticos (DC): paro cardiorrespiratorio (PCR), shock anafiláctico (SA), urgencias psiquiátricas (UP), urgencias convulsivas (UC), intoxicaciones agudas (IA), hemorragias digestivas altas (HDA); dolor (D) y emergencias menores (EM) (vómitos, fiebre, etc.). Se excluyeron: emergencias pediátricas y gineco obstétricas. Se consideraron EM serios a los que involucran MAR (ya sea comisión u omisión). Se consideraron no serios los EM que no involucran MAR. Se realizó una encuesta a los PE del sector de Emergencias para saber su opinión sobre EM LA. Para la recolección de datos se usó un cuestionario diseñado ad hoc, que incluía 16 ítems con 5 posibles respuestas según la escala Likert (1= muy en desacuerdo a 5= muy de acuerdo).

## RESULTADOS

Se contaron 1885 EM LA posibles, de los cuales 1617 son serios por involucrar a 38 MAR (42% de los 91 analizados). De ellos, 815 son por comisión y 802 son por omisión. También se contaron 600 situaciones clínicas de compromiso vital por la omisión del M indicado en DC. Contestaron la encuesta 6 PE. El 100% (6) consideró los M LA como un factor de riesgo en la comisión de EM. Un 0% reconoció haber cometido errores por este motivo.

## DISCUSIÓN

De 91 M inyectables se hallaron 1885 errores LA posibles, de los cuales 1617 se consideran serios por involucrar MAR, creemos que estos resultados ameritan definir una política de seguridad de M. En 2017 la OMS instó a los países para que tomen medidas a fin de reducir los EM y el daño al paciente. Un área fundamental es: M con riesgo de provocar daños si se utilizan indebidamente (MAR). La atención sanitaria segura se logra cuando existe una cultura organizacional que aplica sistemáticamente prácticas óptimas y evita atribuir culpas cuando se producen errores. "Prevenir errores permite ahorrar dinero y salvar vidas" (Margaret Chan, Directora Gral. de la OMS). Si bien los PE encuestados reconocieron los M LA como un factor de riesgo para EM, nadie reconoció haber cometido EM por este motivo, tal vez por miedo a ser culpabilizados (o la muestra encuestada no fue representativa). El trabajo fue hecho por farmacéuticos, en un período de tiempo limitado, puede existir un sesgo en los datos obtenidos y las similitudes y errores potenciales podrían estar subestimados. Se propone la implementación de un sistema de orden e identificación de M en los sitios de almacenamiento y dispensación.

## CONCLUSIONES

Los M LA son percibidos por los PE como un factor de riesgo de EM. Existen M LA que generan un riesgo potencial de EM. El 85,78% de los EM podrían prevenirse si se identificarán unívocamente las ampollas de 38 MAR.

## **Implementación de un programa de compras públicas sostenible en una farmacia hospitalaria**

COZZARÍN MM, GONZALEZ, JP

Hospital Regional Ushuaia "Gobernador Ernesto Campos" – Ushuaia – Argentina

Mail de contacto: mariacozzarinhru@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de desarrollo sostenible 12, de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, establece que, si no se modifican las modalidades de producción y consumo, se causarán daños irreversibles al ambiente, y en los determinantes ambientales y sociales de la salud. Dentro de sus metas, se pueden destacar la 12.4 que establece lograr una gestión racional de los productos químicos y de los desechos a lo largo de su ciclo de vida (CV), y la 12.7 que promueve prácticas de contratación pública sostenibles.

La sostenibilidad ambiental de un establecimiento de salud supone implementar intervenciones que optimicen el consumo de recursos, reduzcan las emisiones de gases de efecto invernadero y desechos, como así también implica la adquisición de bienes y servicios más sostenibles cuando no comprometan la prestación de la atención de la salud y la seguridad del personal sanitario.

Entendiendo que el CV de un bien son las etapas consecutivas de un sistema de un producto, desde la adquisición de las materias primas hasta su disposición final, un análisis del mismo brinda información para la toma de decisiones de orden técnico en las que se relacionan los productos.

En el presente trabajo se describe cómo se implementa el programa de compras públicas sostenibles (CPS) en el Servicio de Farmacia del Hospital Regional Ushuaia (SFHRU).

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En el año 2019 el SFHRU comenzó a trabajar en CPS. Se elaboró un diagnóstico de situación y un análisis del contexto a través de un análisis FODA. Posteriormente, se realizó una fase experimental de implementación del programa, generando evidencia documentada en un estudio de envases secundarios para los inyectables de bajo volumen. A continuación, se desarrolló una fase de expansión, extendiendo la muestra de la población, las variables a analizar y las estrategias de la implementación del programa.

El SFHRU gestiona 357 medicamentos que están incluidos en la guía farmacoterapéutica (GFT), los cuales se establecieron y delimitaron, acorde a la forma farmacéutica (FF) y sus envases, en 16 subgrupos. De estos, se analizaron 4 subgrupos que corresponden al 75,35% de la GFT, los cuales fueron elegidos por ponderación por su impacto ambiental y su cantidad adquirida.

Cada muestra fue evaluada acorde al CV de esa forma farmacéutica, por medio de estudios cuali-cuantitativos, observacionales, descriptivos y transversales, triangulando la información proveniente de fuentes primarias y secundarias.

Por otro lado, para toda la población evaluada se analizaron variables de la cadena de suministro a fin de determinar criterios sociales y económicos de las compras sostenibles.

Posteriormente, con la información recabada, se elaboraron herramientas donde se establecieron criterios de sostenibilidad y matrices ponderadas para cada subgrupo.

#### DISCUSIÓN

Se pudo establecer un diagnóstico de situación y una línea de base para las CPS en productos farmacéuticos en el ámbito del SFHRU. A pesar de encontrar un contexto desfavorable, el cual quedó evidenciado en el análisis FODA, se pudo generar un ambiente habilitador interno, y una oportunidad a partir de una necesidad.

Si bien la falta de bibliografía fue una limitación para poder realizar un análisis global del riesgo de cada subgrupo, con nuestras propias investigaciones, se pudieron definir criterios de sostenibilidad propios, acorde a cada forma farmacéutica, y de los proveedores. Por otro lado, se logró mejorar e incorporar nuevas especificaciones de compras y así retroalimentar el proceso.

La implementación del programa dio transparencia y transversalidad al proceso de adquisición, y además, modificó el paradigma del rol del farmacéutico hospitalario como gestor de la compra de un medicamento hacia el mejor valor, acorde a su ciclo

de vida.

### **Evaluación del impacto ambiental y criterios de sostenibilidad para la adquisición de los inhaladores en dosis fija en un hospital público.**

COZZARÍN MM

Hospital Regional Ushuaia "Gobernador Ernesto Campos" – Ushuaia – Argentina

Mail de contacto: mariacozzarinhru@hotmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

El cambio climático se debe al aumento de los gases del efecto invernadero (GEI) en la atmósfera (natural o antropógeno), dando un aumento de la temperatura media mundial y trayendo consecuencias en la salud humana. Ante esta situación, los sistemas de salud deben identificar y reducir sus fuentes de contribución a los GEI.

Los inhaladores de dosis fija (IDF), son medicamentos que contienen los principios activos y excipientes, en un gas propelente. Éste gas habitualmente son los hidrofluorocarbonos (HFC), potentes GEI definidos como sustancias químicas controladas por el Protocolo de Montreal por su potencial de calentamiento global (PCG). Por otro lado, poseen una válvula plástica, material proveniente de una fuente no renovable y contaminante.

Desde 2019, el Servicio de Farmacia del Hospital Regional Ushuaia (SFHRU) está implementando compras públicas sostenibles, en ese marco se desarrolla el presente trabajo.

#### **OBJETIVOS**

Evaluar los IDF que posee el SFHRU, estudiando cadena de suministro, válvula y gas en su formulación.

Calcular sus emisiones (Es) acorde a su propelente.

Definir criterios de sostenibilidad (CS) para los IDF y analizar alternativas sin propelente en el mercado.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio de corte transversal, observacional y descriptivo, de todos los IDF que ingresaron al SFHRU en el año 2020.

Se registró: laboratorio elaborador, origen y cantidad ingresada, presentación, principio activo, presencia o no en la guía farmacoterapéutica (GFT), tipo y cantidad de propelente (por dosis y unidad), válvula e identificación según normas IRAM 13700.

Se calculó las Es como equivalente de CO<sub>2</sub> (CO<sub>2</sub>eq), multiplicando la cantidad de HFC (por dosis, unidad y total) y su factor de emisión.

Se determinaron como CS, a igual principio activo: cantidad y PCG del propelente y válvula identificada. Las alternativas se estudiaron en AlfaBeta®.

#### **RESULTADOS**

Se analizaron 11 especialidades medicinales, de 4 laboratorios nacionales, con presentaciones comerciales y muestras médicas (MM). Los ingresos fueron: adquisición hospitalaria, programa nacional de materno e infancia y MM de un

laboratorio. De los siete medicamentos evaluados cuatro estaban en la GFT. Todos poseían 1,1,1,2-tetrafluoretano (HFC-134a) como propelente en diferentes cantidades, menos uno que estaba combinado con 1,1,1,2,3,3,3-heptafluoropropano (HFC-227ea). Las Es por unidad varió de 4,43 a 19,31 kg de CO<sub>2</sub>eq dependiendo del tipo de gas, cantidad por dosis y presentación. La estimación para el total de las unidades analizadas dio 25,42 Tn de CO<sub>2</sub>eq (76,1% insumos del programa, 17,6% al SFHRU y 6,3% a las MM). Todos los productos poseían diferentes colores válvulas y ninguna tenía identificación. Como CS, se pudo ponderar positivamente a igual principio activo el que posee menos y menor PCG. De los insumos de la GFT solo uno posee alternativa en el mercado sin propelente.

#### DISCUSIÓN

Entre las distintas especialidades, se observó que la cantidad de gas en cada IDF variaba, pero todos eran del grupo controlado HFC.

De la cadena de suministro, se determinó que la mayor contribución a las Es no son las compras del SFHRU y se estimó el impacto ambiental de las MM y del programa nacional. Por otro lado, todos los insumos evaluados son de alto impacto ambiental según lo definido por el National Health Service británico.

No se pudo ponderar acorde a las válvulas, pero sí se pudo determinar CS acorde al propelente.

#### CONCLUSIÓN

A partir de este trabajo, se generó información que no se contaba y se pudo definir CS propios para los IDF.

Se generó una herramienta para el cálculo de las Es de los IDF que correlaciona, insumo, HFC y gestión ambiental. Con el análisis de la cadena de suministro se pudo detectar oportunidades para reducción del impacto, a pesar de no encontrarse en el país alternativas de bajas emisiones.

Generar nuevas investigaciones es un desafío para brindar mejores estimaciones de GEI de los IDF y lograr terapias de manera más sostenible.

#### **Aplicación de la metodología Lean en el proceso de dispensación por dosis diaria**

LEMONNIER G, MELO ACEVEDO MJ, FRUTOS L

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner – Florencio Varela – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: [gabriela.lemonnier@hospitalelcruce.org](mailto:gabriela.lemonnier@hospitalelcruce.org)

#### INTRODUCCIÓN

El Servicio de Farmacia de nuestro hospital realiza dispensación por dosis diaria en sus 182 camas, distribuidas en 14 salas de internación, todos los días de la semana. Las etapas del circuito de utilización de medicamentos comprenden la prescripción, validación, preparación, dispensación y administración.

Las actividades del circuito realizadas en el sector de dispensación comienzan a las 13 hs (con la entrega de las salas validadas) y terminan a las 17 hs (horario límite de

entrega a la sala para su administración en tiempo y forma). Esta alta concentración de trabajo en 4 horas, genera un cuello de botella en el proceso.

La metodología Lean es una manera innovadora de gestionar los procesos, logrando que el producto fluya continuamente a partir de los pasos que agregan valor eliminando los desperdicios. Este nuevo enfoque nos motivó a analizar esta problemática bajo esa perspectiva.

#### OBJETIVOS

Medir los tiempos de proceso de dispensación por dosis diaria a las salas de internación para conocer la relación entre la demanda y la capacidad operativa del sector.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo realizado del 15 al 28 de noviembre de 2021 en un hospital de alta complejidad. Durante este período se midieron diariamente los tiempos de preparación de las salas y se registraron en una planilla preparada para tal fin. A esta variable de estudio, se le sumaron 5' previos + 5' posteriores, considerados de organización para la preparación en sí.

Se pre definieron otros tiempos que acompañan a la actividad: 15' control + 5' traslado a la sala, siendo entonces el tiempo operativo diario de 3hs 40' (220').

En esa franja horaria se contaba con 4 técnicos para realizar esa actividad. Cada técnico disponía de 190' (220' - 30' de almuerzo), siendo el total x 4 técnicos de 760'.

Se determinaron los siguientes parámetros:

Tiempo de ciclo (TC): tiempo promedio para completar una unidad de producción

Tasa de producción (TP): tasa efectiva a la que un proceso produce servicios

Capacidad (C): máxima tasa a la que un proceso produce servicios

Capacidad utilizada (CU): tasa de producción/capacidad x 100

Takt Time (TT): tiempo de producción disponible/demanda

#### RESULTADOS

El tiempo usado en promedio por día fue 420', dando un promedio general por sala de 30'.

Por otra parte, se determinaron los tiempos promedio de preparación de cada sala con un rango de 20' a 60' dependiente del número de camas y la complejidad de la sala.

El TC fue de 40' (5' + 30' + 5'). Por lo que, para preparar 14 salas se requerirían 560'.

El TP es de 14 salas/día

Siendo el tiempo máximo disponible 760', la C es 19 salas/día y la CU es 74%

El TT es de 54', dando como resultado, un TT > TC

Se asignaron los horarios de almuerzo y se distribuyeron de manera equitativa la preparación de las salas según los tiempos requeridos.

#### DISCUSIÓN

Dado que el TT es mayor al TC, se demuestra que es suficiente la cantidad de técnicos asignados a esta tarea para cumplir con la demanda asistencial.

En función del valor de C, se desprende que, si se agregan más salas, el sistema podría absorberlo. La CU obtenida nos demostraría que tenemos cierta elasticidad para

cubrir situaciones como faltas eventuales o vacaciones. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, en este análisis, la C se consideró sin tiempos de espera, con una utilización completa de los minutos técnicos disponibles. La continuación de este trabajo es determinar los otros tiempos no medidos como son: horario de entrega de cada sala validada, tiempos de control, esperas entre actividades, etc. Esto nos permitirá obtener resultados individuales por sala más precisos y cuantificar las esperas, que son los principales desperdicios de este proceso, y trabajar para reducirlas.

#### CONCLUSIÓN

A través de este estudio se determinó que la capacidad operativa del sector supera a la demanda, garantizando el cumplimiento de esta etapa del proceso de utilización de medicamentos.

#### **Imputación en el sistema de gestión de stocks de las localizaciones de medicamentos, productos médicos y precursores químicos almacenados en el servicio de farmacia**

MARQUES M, LEMONNIER G, MARTINS M

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner– Florencio Varela – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: micalamarques91@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Nuestro hospital es un establecimiento de salud que brinda prestaciones de alta complejidad tales como trasplante de órganos, cirugía cardiovascular, neurocirugía, hemodinamia, entre otras.

Los insumos utilizados para cubrir estas prestaciones son muy variados y específicos. El servicio de Farmacia (SF) cuenta con una guía farmacoterapéutica compuesta por aproximadamente 800 medicamentos y un listado de más de 1500 productos médicos (PM). Es el responsable de la adquisición, recepción, almacenamiento y dispensación de todos estos insumos. El servicio cuenta con varios depósitos donde se almacenan los medicamentos, PM y precursores químicos de acuerdo a sus características y al tipo de dispensación que posean. Esto puede dificultar la localización de un producto, lo que podría generar demoras y/o errores en las tareas de dispensación, reposición y almacenamiento.

Motiva la realización de este trabajo la necesidad de conocer de manera inequívoca y rápida la localización de cada producto dentro del Servicio.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

El trabajo se realizó entre los meses de agosto y septiembre del año 2021.

Se definieron todas las ubicaciones posibles dentro del SF y se codificaron con una abreviatura que indique en qué depósito se encuentra el producto en cuestión (D: Dispensación, T: Transitorio, G: General, H: Heladera), sobre qué tipo de estructura (E: Estantería, A: Armario, P: Pallet, I: Isla, Bajo Mesada), y alguna característica específica de su localización que oriente mejor la búsqueda (color, número o letra

identificatoria de la estantería).

A partir de esto, se generó un “maestro de localizaciones” dentro del software del sistema de gestión de stocks con las distintas descripciones y sus abreviaturas. Se definió que la localización se visualizará en una ventana ya existente de consulta en la que se muestra la existencia y consumo, utilizada habitualmente por el personal, transformándola en una consulta de existencia, consumo y localización.

A continuación, se realizó un relevamiento de las localizaciones de todos los insumos, generando una tabla con el código interno del producto en sistema de gestión, el nombre y su localización.

Se relevaron 679 medicamentos, 29 precursores químicos y 1463 PM, asignándose un total de 2702 localizaciones. Dependiendo del producto, se incluyeron hasta tres localizaciones posibles.

Se elevó esta tabla al personal del área de sistemas para que le imputara a cada producto su localización en nuestro sistema de gestión de stock.

La localización indicada por el sistema sólo informa la ubicación física general. Luego, para hallar el producto se deberá seguir el protocolo de almacenamiento del servicio. A partir de octubre de 2021, quedó en funcionamiento esta nueva herramienta de consulta.

#### DISCUSIÓN

El conocimiento de la localización de los insumos dentro del SF permite optimizar los tiempos y las tareas de almacenamiento, reposición y dispensación, como así también, disminuir errores relacionados a estas tareas.

Este recurso es de mucha utilidad en nuestro hospital por la cantidad y el tipo de insumos que se utilizan. Contamos con una gran variedad de PM específicos para cada especialidad médica que son difíciles de identificar.

Por otra parte, el hospital se encuentra en etapa de crecimiento generando nuevas incorporaciones de RRHH. Contar con esta información favorece su curva de aprendizaje.

Gracias a esta nueva herramienta, puede conocerse de manera rápida y sencilla la localización de cada producto dentro de los diferentes depósitos pertenecientes al Servicio de Farmacia.

#### **Perfil del farmacéutico hospitalario en la gestión de protocolos de investigación clínica**

SANCHEZ TELLEZ V, PAYER M, CARISSIMO D  
Hospital Alemán – CABA – Argentina  
Mail de contacto: vmsanchezt@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La Investigación Clínica en Argentina, es uno de los campos del sector de Investigación y Desarrollo de mayor crecimiento de los últimos años. Cada año aumenta el número de protocolos aprobados, así como el número de Centros e investigadores que participan. Esto se traduce en un aumento de nuevas tareas y responsabilidades en la farmacia hospitalaria, relacionadas con la investigación clínica.

Por supuesto, es un fenómeno que está ocurriendo a nivel global. La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), elaboró y lanzó en abril de 2022, su primera “Guía de Excelencia para la realización de ensayos clínicos en la Farmacia Hospitalaria”, con el objetivo de estandarizar y mejorar la calidad de esta gestión.

Algunas normativas internacionales mencionan la intervención de los farmacéuticos en el campo de la investigación clínica.

El presente trabajo pretende visibilizar la labor y el rol de los farmacéuticos hospitalarios como parte fundamental del equipo de investigación clínica

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se observó en los últimos tres años, un aumento acelerado en los nuevos protocolos de investigación que se incorporan a nuestra institución durante cada año.

Para el desarrollo de EC en los hospitales, se delega al SFH la gran responsabilidad no sólo de custodiar las drogas en investigación, sino también su reconstitución y preparación.

Adicionalmente, se ha hecho indispensable realizar intervenciones en cuanto a errores de dosificación, por lo que una adecuada capacitación en cada protocolo, conocimiento del idioma inglés, y comprensión del lenguaje y terminología de los Ensayos Clínicos, se convirtió en un requisito fundamental para los farmacéuticos.

Además de la gestión administrativa compleja que requieren los protocolos de investigación y el tiempo que insume, se hizo indispensable contar con espacios físicos restringidos a los medicamentos y documentos pertenecientes a los estudios.

Como consecuencia a la alta demanda de tareas, se encontró una necesidad de incorporar un profesional que pudiera dedicarse con exclusividad a estas funciones, y poder ganar un espacio de aporte profesional de calidad, y también un espacio físico que permitiera optimizar el esquema de trabajo.

Para llevar adelante esta incorporación, se recolectaron datos mediante indicadores de calidad que permitieran medir el volumen de trabajo diario y cantidad de protocolos que se fueron incorporando por mes y por año, lo que permitió demostrar ante el equipo de investigación y los directivos de la institución, una evidente oportunidad de mejora, logrando finalmente la aprobación de una nueva vacante y la habilitación de un nuevo espacio físico exclusivo para los EC.

#### DISCUSIÓN

Cada día aumenta la exigencia de conocimiento y preparación de los farmacéuticos hospitalarios en este tema. Se solicitan cada vez más requisitos académicos y experiencia en el área. Debido a esto, se convierte en un fuerte campo de incumbencia y una gran oportunidad de desarrollo profesional. Es un área que actualmente está en desarrollo, que implica muchas oportunidades de mejora, y que como siempre, requiere de una búsqueda intensiva por integrarnos como parte de otros equipos interdisciplinarios. Fue necesario esperar casi dos años para la aprobación de este proyecto.

Aunque todavía se está trabajando en la organización y desarrollo del espacio físico, ya que demanda presupuesto y desarrollo de obras, la incorporación de un profesional de dedicación exclusiva ha permitido no solo la descompresión de tareas sobre otros profesionales, sino también trabajar con mejores estándares de calidad, mejora y actualización de procedimientos, optimización en la comunicación y manejo

de la información, entre otros lineamientos recomendados en la guía de la SEFH. En definitiva, un gran paso en el camino a la excelencia y desarrollo profesional de los farmacéuticos hospitalarios como parte del equipo de investigación clínica.

## SALA USPALLATA

### TERCERA SESIÓN ORAL– JUEVES 20, de 8:00 a 9:00 hs

#### **Intervención farmacéutica sobre el uso de octreotide en fístula pancreática**

BILLORDO M., ÁLVAREZ C., ARAUJO J., DI LÍBERO E., MARTÍNEZ I

Hospital Interzonal General de Agudos Evita – Lanús – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: belenbillordo94@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La fístula pancreática (FP) es una complicación frecuente de los pacientes sometidos a duodenopancreatectomía. Las secreciones pancreáticas a través de FP retrasan la recuperación de la cirugía y a menudo requieren de tratamiento adicional para lograr la cicatrización completa. Los análogos de la somatostatina se utilizan para el tratamiento de fístulas del tracto gastrointestinal con el objetivo de disminuir el volumen de débito y lograr el cierre de las fístulas. Nuestro objetivo es presentar un caso de FP en el que se propuso el uso de octreotide (Oc) con esta finalidad y la revisión bibliográfica al respecto.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Masculino de 31 años de edad sin antecedentes patológicos. Ingresó al hospital por herida de arma de fuego en zona de hipocondrio izquierdo con orificio de entrada aparente, sin evidenciarse orificio de salida. El servicio de cirugía realizó una laparotomía exploratoria donde se observó lesión en asa fija, en región cercana al riñón izquierdo y en la cola del páncreas. Se colocaron 3 drenajes y se procedió al cierre de la cavidad. El paciente evolucionó con la formación de una FP y por dicho motivo se prescribió Oc con la finalidad de disminuir el débito pancreático y promover el cierre de la misma. La médica tratante consultó con el sector Farmacia Clínica a los fines de enriquecer su búsqueda bibliográfica respecto del manejo quirúrgico de las FP, próxima a presentar al paciente en ateneo del servicio de Cirugía. A través del proceso de búsqueda bibliográfica se definió que en la mayoría de los casos corresponde manejo médico (debridamiento mínimamente invasivo, nutrición, sostén clínico) versus pancreatectomía. Colateralmente, respecto del Oc, se halló una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos clínicos controlados randomizados de pequeñas dimensiones donde se evidencia que los análogos de somatostatina no producen una mayor tasa de cierre de FP en comparación con tratamiento médico. La bibliografía aportada se debatió en el ateneo y se decidió la deprescripción del Oc. El paciente continuó clínicamente estable y con buena evolución.

#### DISCUSIÓN

En nuestro centro, la FP, no es una patología que se presente frecuentemente. No obstante, respecto de la utilización del Oc, se puede afirmar con moderado nivel de

certeza -dadas las pequeñas dimensiones de los estudios incluidos y la moderada a alta heterogeneidad ( $I^2$  62%) del meta-análisis- que no aporta beneficio significativo en el manejo de la FP. Además, se trata de un fármaco de escasa disponibilidad en nuestro centro, habitualmente gestionado para atender las hemorragias digestivas variceales. Al momento de considerar el uso de un recurso, es clave contemplar la costo-efectividad, y tomar decisiones en forma interdisciplinaria permite acercarse a ese objetivo.

### **Intervención farmacéutica sobre accesos vasculares periféricos en un hospital general de agudos**

ARAUJO J, BILLORDO M, ÁLVAREZ C, OSARDO V, MARTÍNEZ I, DI LÍBERO E  
Hospital Interzonal General de Agudos Evita – Lanús – Buenos Aires – Argentina  
Mail de contacto: araujojaviersantiago@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

Los accesos intravenosos son un componente necesario para algunos tratamientos médicos en pacientes (pts.) hospitalizados. La literatura internacional reconoce que alrededor del 80% de los pts. hospitalizados en todo el mundo requieren de dispositivos de accesos vasculares (DAV). Las complicaciones infecciosas y trombosis asociadas a los DAV conllevan estancias hospitalarias más prolongadas, además de aumentar los costos en la atención sanitaria, requiriendo un escrutinio más detenido de su uso con especial énfasis en la aplicación de indicaciones basadas en la evidencia.

#### **OBJETIVO**

Cuantificar las intervenciones farmacéuticas (IF) sobre retiro de DAVs en pts. en seguimiento por nuestro servicio.

Discriminar si dicha IF se realizó como consecuencia de otras IF y describir los grupos farmacológicos afectados.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo llevado a cabo desde octubre del 2020 a junio de 2022 inclusive, en los servicios de Clínica Médica (CM) y Unidad Cerrada (UCer) de nuestro Hospital. El registro se realizó con las fichas de seguimiento farmacoterapéutico (SFT), en las cuales se detalla la historia clínica del paciente, los fármacos administrados junto a su vía de administración, pauta posológica y dosis, además de los DAV y las IF realizadas. Se seleccionaron de las fichas de SFT aquellas con la IF "sin indicación clínica" (SIC) sobre DAV, registrando además si en simultáneo se daba la IF "vía de administración incorrecta" (VAI) o "finalización de tratamiento" (FIN) sobre fármacos que estuvieran siendo administrados por vía parenteral. Se consignaron en una base de datos antecedentes demográficos, clínicos, motivo y sector de internación, número de comorbilidades, estancia hospitalaria de los pts. objeto de estas IF y también el grupo farmacológico afectado.

#### **RESULTADOS**

De un total de 2783 pts. en SFT en el período de tiempo evaluado, se realizó la IF SIC

sobre DAV en 512, resultando en una tasa de retiro del DAV en el 18,4% de los pts. seguidos. El 59,5% de los pts. intervenidos estaba hospitalizado por motivos infectológicos, el 13,5% por problemas respiratorios, el 10,2% por patologías concernientes al sistema nervioso central, y el resto por otras causas. El promedio de comorbilidades de los pacientes fue de 3 (rango 0-10). La mayor parte de las IF fue realizada en el servicio de CM (91,8%). De la cantidad total de SIC sobre DAV aceptadas, 395 (77,3%) se corresponden a terapia secuencial (VAI) o finalización de tratamientos parenterales (FIN). Cuando el retiro de DAV se acompañó de la suspensión de un fármaco, éstos se distribuyeron según: antimicrobianos en un 40,2%, el 36,1% fluidoterapias, el 16,2% corticoides, y el resto comprendía medicación analgésica, gastroenterológica, vitamínica, cardiovascular y diuréticos. En los pacientes intervenidos se obtuvo un promedio de 9 días con DAV y 8 días sin ellos. Se asoció el retiro de vía con la suspensión de un fármaco EV (en el 53% de los casos un ATM) en los pts. que ingresaban por motivo infectológico ( $p < 0,05$ ).

#### DISCUSIÓN

No es posible asignar una magnitud al resultado obtenido ya que no hallamos en la literatura estudios de farmacéuticos clínicos que intervengan en el retiro de DAV. Si bien la información es variable en cuanto a la incidencia de infecciones asociadas a DAV, en nuestro medio observamos una notable cantidad de las mismas. Entre las limitaciones de nuestro trabajo podemos citar: la falta de registro de DAV en algunas fichas de SFT y no tener discriminados los catéteres venosos periféricos de los centrales. Es necesaria la realización de estudios de diferente diseño para evaluar el impacto clínico de estas IF.

#### CONCLUSIÓN

El retiro de DAV se dio en el 18,4% de los pacientes en SFT por farmacéuticos clínicos; el 77,3% de ellas se asociaron a una IF de tipo VAI o FIN; en la mayoría de los casos, un antimicrobiano.

#### **Perfil de intervenciones farmacéuticas sobre la prescripción de antimicrobianos en un hospital interzonal general de agudos**

ÁLVAREZ C, ARAUJO J, OSARDO V, BILLORDO M, MARTÍNEZ I, DI LÍBERO E  
Hospital Interzonal General de Agudos Evita – Lanús – Buenos Aires – Argentina  
Mail de contacto: alvarez.cami14@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos más perseguidos por los profesionales sanitarios en la actualidad es el uso racional de medicamentos, ya que a él se asocian resultados clínicos, sociales y económicos muy determinantes en una institución y en la sociedad misma. Dentro de los grupos de medicamentos de mayor interés, en vista de las impactantes consecuencias ecológicas y la cada vez menor disponibilidad de opciones terapéuticas novedosas y efectivas, está el de los antimicrobianos (ATM). En nuestro centro, funciona un Programa de Optimización del uso de ATM (PROA) desde el año 2012, integrado por infectólogos/as, microbiólogos/as y farmacéuticos/as clínicos/as, que

participan sistemáticamente de los pases de sala, y consensuan intervenciones terapéuticas. No obstante, observamos que en muchas oportunidades la sola intervención de infectólogos/as no es suficiente para producir cambios concretos en la prescripción. Conocer el perfil de las intervenciones farmacéuticas (IF) sobre la prescripción de ATM permitirá delinear estrategias globales para su optimización.

#### OBJETIVOS

Categorizar las IF sobre ATM y cuantificar su aceptación.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Se completó una hoja de reporte de caso (CRF) prediseñada a los fines del estudio por cada prescripción de ATM intervenida en las salas con seguimiento farmacoterapéutico estandarizado por parte de Farmacia Clínica (FC): Unidad Coronaria (UCO), Terapia Intensiva (UTI) y Clínica Médica (CM); del 1ero al 31 Mayo de 2022. En las CRF se consignó edad, sexo, motivo de ingreso, número de comorbilidades foco infeccioso, si fue adquirido en la comunidad o intrahospitalario, ATM seleccionado, IF realizada -clasificadas según una adaptación del método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico-, aceptación de la misma y evolución del paciente (pt) entendido como “resuelve el cuadro infeccioso”, “progresa” y “muere”. Los datos se procesaron usando los programas Microsoft Excel y Statistix 7.

#### RESULTADOS

Sobre 1300 pts./mes seguidos, durante el período de estudio se hicieron 230 intervenciones, resultando una tasa de 18 IF en ATM/100 pts./día. El 40% de ellos se había hospitalizado por causas infecciosas, el resto por otros motivos. La media de comorbilidades en los pacientes fue de 2 (rango 0-7). El 63.5% de las IF se realizaron en CM, 30.4% en UTI, 4.3% en UCO. 45.1% de las IF fueron sobre focos respiratorios, 18.3% sobre piel y partes blandas, 12.2% asociadas a dispositivos intravasculares, 9.8% tracto urinario. 71.4% de las IF fueron sobre episodios adquiridos en la comunidad, 21.4% intranosocomiales. Las IF más frecuentes fueron: “finalización de tratamiento” (FIN) (15.3%), “medicamento mal seleccionado” (MMS) y “vía de administración incorrecta” (VAI) (14.8% c/u), “problema de salud no tratado” (12.7%) y “Consultas” (11.4%). El 96.1% de las IF realizadas fueron aceptadas y el 86.6% de los episodios intervenidos tuvo evolución favorable.

#### DISCUSIÓN

En estudios de PROAs liderados por farmacéuticos con metodología comparable se reportan perfiles de IF similares a las obtenidas en nuestro estudio. La tasa de aceptación en el presente trabajo, no obstante, fue superior (96.1 vs. 88,3%). Al igual que en nuestro trabajo, la IF más frecuente fue FIN. Nuestros hallazgos sugieren que implementar desde el PROA, protocolos del tipo “stop farmacéutico” dirigidos a la selección/duración de los tratamientos y a la terapia secuencial, serían de gran apoyo a la utilización responsable. Entre las limitaciones que podemos citar, estuvieron la imposibilidad de discriminar las IF realizadas a posteriori de las hechas por infectología, de las completamente hechas por FC; y un probable sub reporte en las IF rechazadas.

## CONCLUSIÓN

Se hicieron 230 IF, sobre 1300 pts. seguidos en el período de estudio (18 IF en ATM/100 pts./día). Dentro de ellas, FIN, MMS, y VAI fueron las más frecuentes. El 96.1% de las IF realizadas fueron aceptadas.

## **Detección de reacciones adversas a medicamentos y medicación potencialmente inapropiada en adultos mayores en un centro de rehabilitación.**

MORATTO CJ, PORTU MP, DEVIA E, BELLOMO MJ, HERMILLA MV

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: maria.hermilla@hospitalitaliano.org.ar

## INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores (AM) presentan riesgo de desarrollar reacciones adversas a medicamentos (RAM) asociadas a la polimedicación y a las prescripciones inapropiadas (PI). Dichos aspectos se consideran un problema de salud pública.

La detección y reporte de las RAM son parte de las actividades de Farmacovigilancia (FVG) desarrolladas en nuestro Hospital siendo Efectores Periféricos de ANMAT.

El uso racional de medicamentos y la monitorización de las prescripciones redundan en un beneficio para esta población. Por tal motivo se realiza una revisión de los aspectos fundamentales relacionados en AM de nuestra Institución.

## OBJETIVOS

Analizar cuantitativamente las PI, e identificar los fármacos más prescritos asociados a las mismas en AM.

Identificar las RAM y estudiar la posible asociación de las mismas con la PI.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se relevaron los episodios de internación de pacientes AM de 65 años internados en un centro de rehabilitación del Hospital Italiano en el período abril 2021-marzo 2022.

Las variables registradas fueron: medicación recibida durante la internación y al alta, PI, presencia de medicamentos trazadores (MT) de reacciones adversas, RAM y parámetros de laboratorio asociados.

Se consideró la definición de RAM de OMS y de la Guía de Buenas Prácticas de FVG. Se incluyeron todas las RAM evolucionadas en la historia clínica electrónica, reportadas por notificación voluntaria y las detectadas a través de MT, considerando los mismos como aquellos antídotos o medicamentos utilizados en el manejo de RAM.

Las RAM fueron reportadas a Anmat a través de Vigiflow.

Para la identificación de la PI consideramos los Criterios Stopp-Start y la adaptación argentina de los Criterios de Beers (CB) 2019.

## RESULTADOS

De un total de 65 pacientes, 53 (81.5%) presentaron al menos una PI y 22 (33.8%) presentaron al menos una RAM.

El total de PI fueron 111. Los fármacos más prescritos fueron: 29 bisacodilo (26%), 22 clonazepam (20%), 13 alprazolam (12%), 8 quetiapina (7%), 5 Lorazepam y metoclopramida (5%).

Del total de 26 RAM detectadas, 15 se asociaron a medicación inapropiada (58%) y 11 (42%) a otros fármacos. 15 RAM fueron leves, 10 moderadas y 1 grave.

Se detectaron 3 indicaciones de MT: 2 de vancomicina oral para tratamiento de Clostridium difficile por uso prolongado de antibióticos y 1 indicación de vitamina K en un paciente con hemorragia secundaria a warfarina.

#### DISCUSIÓN

Observamos un mayor porcentaje de pacientes con al menos una PI en comparación con otros estudios tales como Davidoff y col. con 43 % de AM en EE.UU. En Argentina estos valores oscilan entre el 25% y el 36% en diferentes centros de salud.

Al analizar los fármacos más prescritos, destacamos el bisacodilo, incluido recientemente en la adaptación argentina de los CB, por lo cual no se presenta en otros estudios. Su uso sería justificado en pacientes con diagnóstico de constipación crónica que no responden a otros laxantes como lactulosa y polietilenglicol. Sin embargo, encontramos indicaciones de uso como primera opción.

El clonazepam comparte con otros estudios alta frecuencia de indicación. Gran parte de los pacientes presentan internaciones prolongadas por rehabilitación secundarias a ingresos por caídas. Deberían, entonces, reevaluar las indicaciones de la medicación habitual, en el manejo del insomnio y desprescribir o rotar a benzodiazepinas de vida media más corta.

De las RAM asociadas a PI, se destacaron las hiponatremias moderadas y leves en pacientes con patologías de base cuya condición se agudizó.

La única RAM grave si bien no correspondió a una PI, fue detectada a través del seguimiento de MT, cuyo uso mejora y amplía la búsqueda y detección de RAM.

#### CONCLUSIÓN

Pudimos completar el análisis cuantitativo de las PI, identificamos los fármacos y las RAM asociadas a las mismas. Incorporamos en forma sistemática esta actividad como mejora en nuestra práctica diaria.

#### **Estudio de utilización de isavuconazol en el paciente oncohematológico en un hospital de comunidad**

PRIMERANO F, GONZALEZ VALDEZ D, GODOY E, GONZALEZ N, BROFMAN V, BRITOS FODOR L, ROSCINI F, ROLDAN N, CARO C, CARISSIMO D

Hospital Alemán – CABA – Argentina

Mail de contacto: fprimerano@hospitalaleman.com

#### INTRODUCCIÓN

El isavuconazol (ISA) es un nuevo triazol que se encuentra aprobado para el tratamiento de la aspergilosis invasiva y la mucormicosis, como alternativa a voriconazol (VOR) y anfotericina B (ANF), respectivamente. Fue incorporado al vademécum institucional en 2019 y según su protocolo de uso, debe indicarse

únicamente bajo estas pautas de tratamiento.

Los beneficios del ISA con respecto a los antifúngicos ya existentes serían el perfil de seguridad y de interacciones droga-droga (IDD) favorables, un comportamiento farmacocinético lineal, alta biodisponibilidad oral y la falta de necesidad de monitoreo terapéutico.

Debido a que se trata de un fármaco de aparición reciente, se decidió realizar el presente estudio para conocer las características de su prescripción.

#### OBJETIVOS

Describir cómo se utiliza el ISA en los pacientes oncohematológicos (POH) de la institución.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los POH tratados con ISA desde mayo de 2021 a mayo de 2022 en un hospital de comunidad de alta complejidad. Los datos se recogieron de la revisión de la prescripción y de historias clínicas electrónicas (HCE). Las variables analizadas fueron: edad, sexo, diagnóstico, motivo de la elección, indicación, posología, duración del tratamiento, vía de administración y tratamiento antifúngico previo (TAP). Se recogieron datos de efectos adversos (EA) descritos en la HCE.

#### RESULTADOS

Se identificaron siete pacientes, cinco hombres, con una edad media de 52 años. Cuatro con leucemia mieloide aguda, dos con mielofibrosis y uno con leucemia linfoide aguda. La indicación principal de ISA fue la profilaxis primaria de hongos filamentosos (en seis de siete pacientes), uno recibió profilaxis secundaria, ninguno como tratamiento. El ISA se usó como primera línea en tres pacientes, el resto recibió al menos un TAP: uno caspofungina (CAS), dos CAS y fluconazol y uno CAS y ANF. Los motivos para elegir ISA fueron insuficiencia renal (IR), insuficiencia hepática (IH), uveítis e IDD con sirolimus, midostaurina, venetoclax y vincristina.

Todos los pacientes recibieron ISA vía oral. Cinco recibieron dosis de carga (DC) y mantenimiento, de los cuales uno recibió una DC menor y de dos no se obtuvo la información.

Tres pacientes finalizaron profilaxis con ISA, con una mediana de duración de 42 días (18-49). Los otros cuatro continuaban al momento de finalizar el estudio.

No se encontró ningún reporte de EA.

#### DISCUSIÓN

El estudio permitió detectar que la prescripción de ISA no se ajusta a la indicación aprobada. La evidencia para su uso en profilaxis aún es insuficiente y no está contemplado en el protocolo institucional.

Con respecto a los motivos para elegir ISA, se podrían haber utilizado otros antifúngicos más estudiados, que no están contraindicados ni requieren ajuste de dosis en IR o IH y tienen un perfil de IDD similar. Es importante destacar que en ningún caso la justificación fue la intolerancia o fracaso al TAP.

La posología fue en general adecuada, si bien faltaron algunos datos, y la duración del tratamiento fue variable.

No se encontraron reportes de EA, en concordancia con el perfil de seguridad favorable sugerido por la bibliografía.

Para el análisis, se deben tener en cuenta las limitaciones del estudio como el tamaño muestral reducido y el posible sub reporte de EA debido a que la notificación es voluntaria y por tratarse de un estudio retrospectivo.

A partir de estos resultados se identificaron posibles áreas de actuación de la farmacia para optimizar la prescripción de ISA en POH a nivel de su indicación.

#### CONCLUSIÓN

El ISA se prescribe principalmente como profilaxis primaria y secundaria de hongos filamentos en los POH de la institución. Su uso off-label se justifica por un perfil farmacocinético, farmacodinámico y de seguridad mejorado, y una menor probabilidad de IDD. A partir del análisis, se detectaron potenciales intervenciones farmacéuticas para favorecer un uso racional.

#### **Defibrotide en enfermedad veno oclusiva hepática: experiencia de dos casos en pediatría**

GONZALEZ VALDEZ D, PRIMERANO F, GODOY E, GONZALEZ N, BROFMAN V, BRITOS FODOR L, ROSCINI F, ROLDAN N, CARO C, CARISSIMO D.

Hospital Alemán – CABA – Argentina

Mail de contacto: [dgonzalez@hospitalaleman.com](mailto:dgonzalez@hospitalaleman.com)

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad veno oclusiva hepática (EVOH) es una complicación grave del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), donde las células endoteliales sinusoidales y los hepatocitos sufren daño y necrosis. En cuadros graves se requiere el uso de defibrotide (DFT), además de medidas de soporte y tratamiento sintomático. Si bien la aplicación de pulsos de metilprednisolona podría resultar efectivos, el único fármaco aprobado para el tratamiento de la EVOH grave es DFT.

En nuestro país, DFT ingresa bajo el Régimen de Acceso de Excepción de Medicamentos No Registrados. La dosis en adultos y niños es de 6,25 mg/kg cada 6 horas, administrado al menos durante 21 días y hasta que resuelvan los signos y síntomas de EVOH.

Debido a que no se contaba con experiencia previa en la institución con la utilización de DFT, se decidió hacer el presente trabajo, con el objetivo de describir su uso en los dos casos clínicos (CC) que se presentaron.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

##### CC 1

Niño de 7 años con Leucemia Linfoblástica Aguda B de alto riesgo, ingresó para TCPH. El día +20 comenzó con cuadro compatible con EVOH, por lo que se suspendieron drogas hepatotóxicas (DH), se indicaron pulsos de metilprednisolona y se restringió líquidos. Al reunir criterios para tratamiento con DFT y debido a la urgencia, se consiguió como préstamo en otra institución y se solicitó la autorización a la obra social (OS) para utilizarlo. El día +22 comenzó con DFT, cubriéndose 10 días. Al

cumplirlos, se encontraba en mejor estado general, sin edemas ni ascitis, peso estable, función hepática mejorada, aunque persistía con hepatomegalia. Por resolución del cuadro, el día +44 recibió el alta hospitalaria.

CC 2

Niño de 1 año con Leucemia Mieloblástica Aguda M5 refractaria. Ingresó para TCPH. El día +16 presentó cuadro compatible con EVOH y se suspendieron las DH, se indicó dexametasona y se restringió líquidos. Se solicitó DFT a la OS, la cual autorizó 14 días de tratamiento, y se adquirió como préstamo en el mismo hospital que el caso anterior. El día + 18 comenzó con DFT. Al finalizarlo, el paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, mejor estado general, con reducción de la ascitis y hepatomegalia mejorada. El día +32 se otorgó alta hospitalaria por resolución del cuadro.

El servicio de farmacia (SF) llevó a cabo distintas tareas para asegurar el tratamiento adecuado de los pacientes. Como DFT no se comercializa en el país, se tuvo que coordinar su préstamo con otra institución para garantizar su rápida disponibilidad. Se solicitó su inclusión al vademécum institucional, permitiendo la prescripción electrónica y mejorando el control de la entrega, administración y seguimiento. Se desarrolló un instructivo de preparación, destinado a enfermeros y médicos, para disminuir posibles errores y optimizar su uso. Finalmente, mediante la validación y monitoreo se verificó su correcta indicación y ausencia de interacciones y reacciones adversas.

#### DISCUSIÓN

Ambos pacientes resolvieron su cuadro a pesar de no cumplir con la duración del tratamiento sugerido por la evidencia 1,2. Esta limitación se debió a la autorización de las OS, quienes evaluaron la progresión de la enfermedad y consideraron que no había necesidad de continuar. Si bien no se pueden obtener datos concluyentes con solo dos pacientes, es un punto a destacar.

El SF fue responsable de la gestión que permitió contar con el DFT. A través de acciones educativas y provisión de información logró resguardar la calidad y estabilidad de un medicamento inusual y desconocido por parte del equipo de salud y, así, optimizar los recursos en beneficio del tratamiento y seguridad de los pacientes.

### AUDITORIO BUSTELO

#### CUARTA SESIÓN ORAL JUEVES 20, de 15:00 a 16:30 hs

#### **Hacia una mejor validación: Uso de benzodiazepinas en un hospital de comunidad**

PÉREZ L, SCOLARI M, JAUREGUIBERRY P, GUELER B  
Hospital Británico – CABA – Argentina  
Mail de contacto: lucianamagalip@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Las benzodiazepinas (BZD) son fármacos con elevado nivel de prescripción en la práctica clínica. Tienen amplio margen terapéutico, lo que daría la impresión que presentan seguridad al indicarlos. Lo cierto es que no son inocuas, existiendo un

problema de sobreuso. Los pacientes mayores de 65 años son una población con alto índice de indicación de BZD vía oral (VO), lo cual incrementaría el riesgo de caídas en los mismos, afectando su calidad de vida. Dado que no hay análisis previos sobre las indicaciones de BZD en nuestro hospital, se desarrolló y diseñó este estudio

#### OBJETIVOS

Analizar las indicaciones más frecuentes de BDZ y su prevalencia en nuestro centro. Determinar la cantidad de intervenciones farmacéuticas (IF) relacionadas a la indicación de BDZ.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional y unicéntrico sobre la indicación de BZD entre Julio y Noviembre de 2021. Se creó una base de datos de pacientes mayores de 18 años y asistidos en áreas no críticas que tenían indicación de BZD VO. Dicha base contaba con datos como edad, sexo, BZD indicada, diferenciando si la BZD fue prescrita previa o durante la internación. Esta información se obtuvo de la historia clínica del paciente. Los criterios de exclusión fueron pacientes pediátricos y los internados en áreas críticas.

Para poder analizar la idoneidad de la indicación de BZD se utilizó el DSM V (Diagnostic and Statistical Manual) como referencia. Se realizó un análisis de subgrupo en pacientes mayores de 65 años.

Utilizamos la base de registro de IF del Servicio de Farmacia, durante el período de enero a noviembre de 2021, para obtener el total de IF relacionadas con BZD VO, durante la validación.

#### RESULTADOS

Durante el estudio se registraron 122 pacientes con indicación de BZD VO. La edad promedio de los mismos fue 68,4 años y las mujeres obtuvieron 59,0% de indicaciones. El 26,2% de los pacientes tenía una adecuada indicación de BZD VO mientras que no se observó lo mismo en el 73,8% restante. Los pacientes que tenían indicación de BZD VO previa a la internación fue 72,1%, el resto (27,9%) adquirió la indicación durante la misma. De este último, el 26% (9) tenía indicación para recibir BZD VO. Tras el análisis de subgrupo, se obtuvo que los mayores de 65 años tenían un porcentaje mayor de indicaciones totales (62,3%) de BZD VO que los menores. El clonazepam fue la BZD mayormente indicada (49%).

En cuanto a las IF obtuvimos 6793 registros, siendo el 1,2% relacionadas únicamente a la indicación de BZD VO.

#### DISCUSIÓN

En este estudio se analizó la idoneidad de indicación de BZD VO en pacientes mayores de 18 años de áreas no críticas. Obtuvimos un elevado porcentaje de indicaciones inapropiadas según DSM V, lo que nos lleva a suponer que existe un uso irracional de estos medicamentos. Estos resultados indican la necesidad de medidas para disminuir el sobreuso y que se tomen en cuenta los efectos adversos que generan a largo plazo. Con respecto a los pacientes mayores de 65 años observamos que presentan un elevado porcentaje de indicación de BZD VO, tanto previo como durante la internación. Estos podrían perjudicarse por el aumento del riesgo de caídas,

incrementando el número de internaciones.

El bajo porcentaje obtenido de IF relacionadas con la indicación de BZD VO se podría explicar por un bajo nivel de jerarquía subjetiva, que los farmacéuticos aplican a las mismas durante la validación, respecto a otros fármacos, pudiéndose pasar por alto fallas en la indicación. Sería necesario capacitar sobre el uso racional de BZD VO con el fin de generar conciencia en el personal de salud sobre los problemas de la indicación a largo plazo de las mismas. Limitaciones: bajo número de pacientes. Estudio unicéntrico.

#### CONCLUSIÓN

Se observa un alto porcentaje de indicaciones inapropiadas de BZD, tanto para pacientes menores como mayores de 65 años. La BZD mayormente indicada es el Clonazepam. La cantidad de IF relacionadas a las BZD es baja.

#### **Análisis del uso de antibióticos e inhibidores de bomba de protones como factores de riesgo asociados a la infección por clostridioides difficile en una serie de casos**

BROFMAN V, PRIMERANO F, GONZALEZ VALDEZ D, GODOY E, GONZALEZ N, FODOR L, ROSCINI F, ROLDAN N, CARO C, CARISSIMO D  
Hospital Alemán – CABA – Argentina  
Mail de contacto: virginiabrofman@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Las infecciones por Clostridioides difficile (ICD) constituyen una de las principales causas de infecciones asociadas al cuidado de la salud. El uso de antibióticos (ATB) se ha asociado a mayor riesgo de adquirirla y a formas más graves, mientras que en relación al uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) la evidencia es controvertida.

Los datos sobre la frecuencia y la relevancia de la ICD en Argentina son escasos y heterogéneos. La vigilancia de los episodios es importante, ya que brinda la información necesaria para conocer la frecuencia, los efectos y la gravedad de esta afección.

Investigar los factores de riesgo (FR) asociados a ICD en pacientes de la institución resulta una herramienta útil para evaluar las posibles intervenciones que se pueden implementar para su control.

#### OBJETIVOS

Estudiar la posible asociación entre el uso de ATB y de IBP, y las ICD en pacientes adultos internados en un hospital de alta complejidad (HAC).

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en un HAC que incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de ICD en salas de internación general y unidad de cuidados críticos, de enero a mayo de 2022. Todos los pacientes incluidos fueron aquellos que recibieron como tratamiento para la ICD solución oral de vancomicina. Se excluyeron pacientes pediátricos.

Se recopilaron de la historia clínica electrónica los siguientes datos: edad, sexo, días de internación, tratamiento previo con ATB (hasta 3 meses) y uso de IBP.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes, con una media de 68 años, de los cuales el 52% eran mujeres. La duración promedio de internación fue de 20 días. Todos los pacientes estuvieron expuestos a tratamiento ATB previo, con un promedio de 3 ATB diferentes por paciente. Los más utilizados fueron ampicilina sulbactam (30%), ceftriaxona (30%) y ciprofloxacina (26%). De los pacientes incluidos 17 recibieron IBP (70%), principalmente omeprazol y esomeprazol.

#### DISCUSIÓN

La exposición previa a ATB y el uso de IBP, serían FR muy frecuentes en los pacientes con ICD incluidos en el análisis. Esto podría deberse a la utilización excesiva de estos fármacos en el ámbito intra y extra hospitalario, lo que lleva a discutir sobre el uso adecuado de los mismos.

Los resultados estuvieron en concordancia con lo visto en otros estudios 1,2, los cuales asocian a estas drogas con la ICD.

La problemática del uso irracional de ATB podría afrontarse a través de la implementación de distintas estrategias en el marco de un Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos, establecido recientemente en la institución y del cual el servicio forma parte.

En cuanto al uso de IBP, si bien los datos actuales consideran la evidencia como insuficiente o controversial para asociarlo a ICD, se debe analizar su uso para elaborar recomendaciones y optimizar la indicación con fines profilácticos en la institución.

Como limitaciones del estudio se destacan el tamaño muestral pequeño, la falta de evaluación de las dosis de ATB e IBP y el método de identificación de pacientes con ICD, que pudo causar que no todos los pacientes con ICD estuvieran contemplados en el estudio.

#### CONCLUSIÓN

Luego del análisis, se considera que el uso de ATB e IBP serían FR asociados al desarrollo de ICD en pacientes de la institución. Teniendo en cuenta el uso masivo de estos fármacos, se propone contribuir a reducir su uso inapropiado, mediante acciones educativas que promuevan buenas prácticas de prescripción.

#### **Carga anticolinérgica en pacientes internados ¿la consideramos durante la validación farmacéutica de las prescripciones?**

RUSSO ME, GIUGOVAZ ME, ZAPATA DJ, CABRAL MB, GONZÁLEZ GMA, BAY MR

HIGA San Roque de Gonnet – La Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: augeniarusso@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Los fármacos anticolinérgicos son aquellos que antagonizan los efectos de la acetilcolina al inhibir competitivamente los receptores colinérgicos. En algunos casos

se emplean específicamente por su efecto anticolinérgico, pero en otros, esta actividad no está relacionada con la acción terapéutica principal.

La carga anticolinérgica (CA) se define como el efecto acumulativo de tomar uno o más medicamentos con capacidad para desarrollar efectos adversos anticolinérgicos. Dos factores influyen en la CA global: la potencia anticolinérgica de cada medicamento y su dosis. En adultos mayores una CA elevada se ha asociado a un incremento del riesgo de trastornos cognitivos, demencia y caídas y a un aumento de la morbimortalidad.

Existen distintas escalas que permiten estimar la CA las cuales varían ya que puntúan de forma diferente un mismo fármaco.

En nuestro hospital, dentro de los criterios de validación farmacéutica de las prescripciones médicas de los pacientes internados, actualmente no está contemplada la evaluación de la CA corriendo el riesgo de producir efectos adversos relacionados.

#### OBJETIVOS

Evaluar la carga anticolinérgica en los pacientes internados en HIGA San Roque e intervenir para disminuirla.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, cuasi experimental, longitudinal, prospectivo, durante los días hábiles de abril del 2022. Se incluyeron a todos los pacientes internados, mayores de 60 años, excluyendo a los internados en cuidados intensivos y urgencias.

Diariamente se revisaron las prescripciones, registrándose la medicación indicada en una planilla diseñada para tal fin, calculando la CA con la Anticholinergic Burden Calculator<sup>®</sup>, optando por la escala ACB por estar ambas validadas. Luego se clasificó cada prescripción en: Riesgo alto ( $\geq 3$ ), intermedio ( $=2$ ), bajo ( $=1$ ) y sin riesgo ( $=0$ ), realizando intervención farmacéutica a los de riesgo alto e intermedio.

Durante la intervención se contactó al médico tratante y se sugirió: suspender el tratamiento, sustituirlo por otro de menor carga o reducir la dosis según fuera posible. Luego se recalculó y se volvió a clasificar el riesgo.

#### RESULTADOS

Se evaluaron 466 prescripciones y 2719 medicamentos, correspondientes a 114 pacientes con una mediana de edad de 71 años. % de prescripciones: Sin riesgo 49,6, con riesgo bajo 28,5, intermedio 8,6, alto 13,3.

Se intervinieron el 45% de las prescripciones (88 medicamentos) que lo requerían (30 a clínica médica, 5 salud mental, 1 neurología, 5 cardiología, 2 cirugía y 3 oncología). Los medicamentos más frecuentemente intervenidos fueron: Furosemida (17), Hidrocortisona (12), Morfina (12) y Quetiapina (9).

Post intervención, se rotaron 9 a otro fármaco, se suspendieron 10, se bajó dosis en 24 casos, y en 45 no se realizaron modificaciones. Eso permitió reducir la CA en 19 prescripciones.

#### DISCUSIÓN

Se eligió la escala ACB por su mayor calidad según el estudio de Lisibach y col., aunque en nuestro estudio no disminuyó la CA con la estrategia de reducción de dosis.

Algunas de las causas por las que no se realizaron modificaciones post intervención fueron: medicación crónica, o sin alternativa en la guía farmacoterapéutica (GFT) del hospital. Por este motivo, las prescripciones de estos pacientes no fueron intervenidas en los días subsiguientes, generando un alto porcentaje de no intervención. Se podría plantear incorporar a la GFT, alternativas a ciertos medicamentos con menor carga. Quedaría pendiente realizar un trabajo en pacientes externos para vincular síntomas anticolinérgicos centrales, tales como el delirio, con una alta CA, como evidencian Rojo-Sanchís y col.

#### CONCLUSIÓN

Podemos concluir que un 21,9 % de las prescripciones evaluadas tuvieron un riesgo alto e intermedio, requiriendo intervención. Se intervino al 45 % de las prescripciones que lo requirieron y en el 49% de los casos fue modificada, permitiendo disminuir la CA en 19 prescripciones.

#### **Tuberculosis miliar genital en el embarazo: a propósito de un caso**

GÓMEZ EA, RENDANO JI, TORREGIANI PJ, PASTUR LM, SALOMONE ES  
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero – CABA – Argentina  
Mail de contacto: analigomez.ag@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

En el año 2020 se notificaron 10896 casos de tuberculosis (TB) en Argentina, de los cuales el 84% está representado por personas en edad reproductiva y el 39.9 % por mujeres y de los casos incidentes un 11,9% es de localización extrapulmonar.

Aunque hay más hombres que se contagian y mueren en Argentina, las mujeres pueden presentar consecuencias más severas, especialmente aquellas en edad reproductiva y embarazadas. La TB miliar es una rara presentación de una TB extrapulmonar. Para pacientes en los cuales el seguimiento es complejo se puede aplicar el Tratamiento Directamente Observado (TDO), estrategia para supervisar la correcta toma de la medicación antituberculosa centrada en las características del paciente.

El HGA Piñero cuenta con la presencia de un farmacéutico en la unidad de cuidados intensivos (UCI), quien vela por el tratamiento correcto del paciente crítico. Con el propósito de analizar el caso de una persona gestante con diagnóstico de TB miliar genital, se describen los hallazgos clínicos para el diagnóstico, las intervenciones farmacéuticas y el acompañamiento del tratamiento para lograr una adherencia óptima.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Ingresó por guardia una paciente femenina de 38 años, con 20 semanas de gestación que refirió ginecorragia, fiebre y sudoración nocturna, anorexia, pérdida de peso de 20 kg y tos no productiva de dos meses de evolución. Se constató ruptura prematura de membranas y radiografía de tórax con hallazgos compatibles con lesiones miliares. Fue derivada a la UCI donde fue evaluada por un equipo multidisciplinario que determinó iniciar empíricamente el tratamiento antifímico de primera línea a espera

de la confirmación del laboratorio. Durante este procedimiento, el farmacéutico participó en el cálculo de la dosis en base al peso del paciente y en la vigilancia de las posibles reacciones adversas a medicamentos. Se recomendó suplementar con piridoxina 25 mg/día por su embarazo, en concordancia con las guías locales y se enfatizó en la realización del catastro para evaluar la situación epidemiológica de su entorno. Dada la manifestación verbal de rechazo a la medicación por parte de la paciente, se acordó iniciar el TDO. La medicación se dispensó diariamente desde el servicio de farmacia y se realizó un estricto seguimiento junto con enfermería.

La paciente evolucionó con secreción purulenta transvaginal sin movimiento ni latidos fetales, por lo que se consensuó interdisciplinariamente la interrupción quirúrgica del embarazo. Se realizó una histerectomía donde se extrajo el feto muerto y una salpingectomía bilateral debido al estado de las trompas uterinas. Se cultivó muestra de la cavidad endometrial que arrojó resultado detectable para tuberculosis confirmándose el diagnóstico de TB miliar genital.

Luego de ocho días en UCI la paciente evolucionó favorablemente y fue derivada a una sala de menor complejidad donde se continuó con la supervisión del tratamiento. Al alta, se articuló el TDO con el Centro de salud (CeSAC) N°20, donde la paciente continuó el tratamiento de manera ambulatoria.

#### DISCUSIÓN

La TB en el embarazo presenta un riesgo seis veces más alto de muerte perinatal, a su vez representa una importante causa de infertilidad. La afectación genital es rara debido a que el diagnóstico suele alcanzarse antes de identificar la localización. En este caso se consideró que la paciente enfrentaba una TB miliar con afectación de órgano aislado en el tracto genital femenino. Su compromiso sistémico y local masivo la pudo llevar a la muerte fetal, una complicación poco frecuente en las pacientes con TB y embarazo.

Según la OMS, la estrategia sugerida es la utilización del TDO en todos los casos, pero las revisiones sistemáticas indican que no en todos los pacientes resulta beneficioso este tipo de intervención. Estudios demuestran que pacientes en situación de vulnerabilidad, como la paciente del caso, son candidatos para ser beneficiados con su implementación.

#### **Desarrollo de una guía de extravasación de fármacos en un hospital pediátrico de tercer nivel**

GALLARDO C, MARTIN V, GARCÍA F, NOBILE N, SALVADOR V, LORENZINI L  
Hospital de Pediatría JP Garrahan – CABA – Argentina  
Mail de contacto: garfran94@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La extravasación de fármacos es una complicación asociada a la administración de terapia intravenosa que puede provocar lesiones de gravedad variable, incluso daño irreversible. La severidad depende del mecanismo de injuria tisular del agente involucrado, concentración, volumen extravasado, pH, entre otros factores. La incidencia de extravasaciones de fármacos citostáticos en la literatura se sitúa entre

el 0,1 y 6%. No se conoce con exactitud información referida a fármacos no citostáticos.

La falta de estandarización de los tratamientos y del registro de eventos en nuestro centro, impulsó a la farmacia a elaborar una guía de manejo de extravasación de fármacos que incluya, además de citostáticos, otros grupos farmacológicos, como también la confección de un kit de extravasación y una ficha de reporte.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se elaboró una guía de manejo de extravasaciones con definiciones, clasificaciones y factores influyentes en el desarrollo de eventos en conjunto con médicos y enfermeros. Para su desarrollo, se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Google Scholar abarcando publicaciones comprendidas entre 2009 y 2021, entre ellas, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, protocolos institucionales, reportes/series de casos, libros de texto y fichas técnicas. Se incorporaron recomendaciones para la prevención y manejo general de extravasaciones. Se definieron medidas específicas farmacológicas y no farmacológicas para 85 medicamentos. Se desarrolló una ficha de documentación de eventos con datos del paciente, fecha y hora del incidente, accesos vasculares, fármaco involucrado y volumen extravasado, características de la lesión, medidas implementadas en las primeras 24 hs, evolución y resultados finales. Además, se elaboró un kit de extravasación acorde a las recomendaciones bibliográficas y disponibilidad de material, compuesto por compresas frías y calientes, agua para inyectables, agujas, guantes estériles, cinta adhesiva, antiséptico, marcador indeleble para delimitar zona afectada al inicio y crema con hidrocortisona 1%. Fármacos tales como dimetilsulfóxido 99% (DMSO) y fentolamina 10 mg se encuentran en farmacia para su dispensación. Cada kit cuenta con una tabla de clasificación de los medicamentos según su capacidad de daño, un algoritmo de manejo y una hoja de registro y seguimiento del evento.

#### DISCUSIÓN

En el hospital, las consultas relacionadas con el manejo de extravasaciones son relativamente frecuentes. La disponibilidad de un kit de extravasación, un algoritmo de manejo y una ficha de reporte, podrían ser de utilidad para lograr mejores resultados clínicos y realizar un seguimiento de los eventos, optimizando la calidad de atención.

Durante el desarrollo de la mejora surgieron ciertas limitaciones. Entre ellas, el bajo nivel de evidencia disponible en cuanto a medidas específicas y las contradicciones en las publicaciones respecto de la aplicación de medidas puntuales. Esto se debe a que las recomendaciones se basan en modelos animales, reporte de casos y un limitado número de estudios pequeños no controlados. Por otro lado, la imposibilidad de comparar la frecuencia local de eventos con los reportados debido a la falta de registros. Además, se suma la poca disponibilidad de opciones terapéuticas en la industria que dificulta la elaboración de un kit acorde a lo recomendado en bibliografía, que incorpora medicamentos tales como la hialuronidasa no disponible en el hospital.

Cabe destacar la importancia del trabajo interdisciplinario con el fin de optimizar la calidad y la seguridad en la atención del paciente.

Se espera poder implementar las medidas descritas en el corto plazo en nuestro centro, así como también realizar inducciones en los servicios sobre el uso de la guía, recomendaciones generales, tratamientos disponibles y concientizar sobre la importancia del reporte de eventos.

### **Monitoreo farmacoterapéutico de vancomicina en un hospital de adultos de alta complejidad**

MORA M., MAC INTOSH N., NAVARRETE M  
Hospital Central– Mendoza – Argentina  
Mail de contacto: marinamora\_06@hotmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

La vancomicina es un antibiótico glicopeptídico, de acción bactericida, que actúa inhibiendo la síntesis de la pared celular bacteriana. Es un fármaco de estrecho margen terapéutico con efectos nefrotóxicos demostrados, y por esto, resulta fundamental el monitoreo de sus concentraciones plasmáticas como herramienta para mejorar la efectividad y prevenir la toxicidad, individualizando y optimizando las dosis de cada paciente en función a sus parámetros farmacocinéticos (pK) y farmacodinámicos (pD). El Área de Farmacocinética del Servicio de Farmacia del Hospital Central lleva a cabo el seguimiento de los pacientes en tratamiento con vancomicina. En base a los dosajes de vancomicina obtenidos (vancocinemias), los farmacéuticos evalúan los parámetros pK/pD de los pacientes a través de simulaciones farmacocinéticas; y realizan intervenciones que se registran en historia clínica. Los farmacéuticos trabajan multidisciplinariamente junto con infectólogos y médicos prescriptores para optimizar los tratamientos.

#### **OBJETIVOS**

Determinar la cantidad de dosajes efectivos realizados, y establecer el nivel de aceptación de las intervenciones realizadas en pacientes críticos y no críticos internados en el hospital.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, que incluyó a todos los pacientes a los que se les realizó dosaje de vancomicina en el período comprendido entre enero 2020 a diciembre 2021 en el Hospital Central de Mendoza. Se analizó la información remitida por el laboratorio de química (vancocinemias) e Historia Clínica, donde se registraron las intervenciones basadas en simulaciones de farmacocinética efectuadas con programa informático Precise Pk®. Las intervenciones fueron mantener, aumentar, disminuir dosis, o suspender la administración. Criterios de inclusión: Todos los pacientes a los que se les realizó algún dosaje de vancomicina en sangre, en tratamientos empíricos o dirigidos. Criterios de exclusión: dosajes no efectivos, que corresponden a dosajes innecesarios (dosajes que se realizaron antes de la fecha adecuada en pacientes en seguimiento), dosajes con muestras mal tomadas o dosajes control.

## RESULTADOS

En el período de estudio, se realizaron 659 dosajes de vancomicina a 292 pacientes, de los cuales 528 dosajes fueron efectivos. El Área de Farmacocinética hizo intervenciones en 377 dosajes efectivos (71.4%), de los cuales 221 fueron a pacientes no críticos, y 156 a pacientes críticos. Fueron aceptadas 354 recomendaciones (93.9%); 203 de pacientes no críticos y 151 de pacientes críticos; y no aceptadas 23 recomendaciones (6.1%), 18 de pacientes no críticos y 5 de pacientes críticos

## DISCUSIÓN

Al ser un estudio retrospectivo, pueden haberse excluido intervenciones que no fueron registradas en Historia Clínica. El 20% de los dosajes fueron no efectivos, este número elevado puede deberse en parte al desconocimiento del momento indicado para solicitar la vancocinemia o que no se ha establecido con claridad qué profesional debe solicitarla. Se debería fortalecer la capacitación de médicos prescriptores sobre el momento indicado para solicitar la vancocinemia al laboratorio y al personal de enfermería en cuanto a la toma de muestra; y además actualizar y difundir el protocolo de Monitoreo de Vancomicina vigente en el hospital. Los datos obtenidos demuestran el valioso aporte del farmacéutico en el equipo clínico, y la gran aceptación de las intervenciones farmacéuticas en el Hospital. Con la monitorización terapéutica realizada por el Área de Farmacocinética, se logra que el paciente reciba tratamientos seguros, eficaces, y además, que se optimicen los tratamientos antimicrobianos evitando la aparición y diseminación de resistencias.

## CONCLUSIÓN

El 80% de los dosajes fueron efectivos y se pudieron realizar intervenciones farmacéuticas con un alto nivel de aceptación (94%), tanto en paciente críticos (43%) como no críticos (57%).

## **Cinacalcet e hiperparatiroidismo en pacientes trasplantados renales: revisión bibliográfica**

BOSCH G, VECCHIARELLI N, OSARDO V, CABEZAS V, FARIÑA A, ROJAS L

Instituto de Trasplante – CABA– Argentina

Mail de contacto: nicolasvecc@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

En pacientes trasplantados renales (PTR) suele ser frecuente la persistencia de hiperparatiroidismo (HPT) a pesar de una adecuada función del injerto, observándose esta alteración en hasta un 50% de pacientes. Este cuadro se caracteriza por hipercalcemia, hipofosfatemia y elevación en los niveles de hormona paratiroidea (PTH). La hipercalcemia postrasplante se considera un factor de riesgo para el desarrollo de calcificaciones túbulo-intersticiales en el injerto y el fracaso del mismo a mediano o largo plazo, además de conllevar a un efecto perjudicial sobre el sistema cardiovascular. Como tratamiento definitivo para el HPT persistente se ha propuesto la paratiroidectomía, la cual está indicada cuando existe hipercalcemia sintomática.

No obstante, muchos pacientes no son pasibles de dicho tratamiento ya sea por el riesgo que conlleva la cirugía o porque se niegan a la misma. Como alternativa al tratamiento quirúrgico han surgido los calcimiméticos como el cinacalcet.

#### OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del Cinacalcet para el tratamiento del HPT persistente en PTR y su uso como alternativa al tratamiento quirúrgico.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica de revisiones sistemáticas y/o meta-análisis en la base de datos de PubMed utilizando los términos: “cinacalcet”, “transplant”, “kidney”, “hyperparathyroidism”, “tertiary hyperparathyroidism” para responder a dos interrogantes; el primero: la efectividad del cinacalcet para el tratamiento del HPT persistente en PTR y los términos “cinacalcet”, “parathyroidectomy” y “transplant” para el segundo interrogante: beneficio del cinacalcet para el tratamiento del HPT persistente en PTR comparado con la paratiroidectomía. El período de tiempo evaluado fue del 01/01/2007 hasta 31/12/2021. Idiomas: español / inglés.

#### RESULTADOS

Para el primer interrogante se obtuvieron 13 resultados, de los cuales: 7 artículos se excluyeron porque no incluían PTR, 1 artículo se excluyó porque evaluaba otros tratamientos distintos al cinacalcet, 2 artículos se excluyeron porque no evaluaba eficacia del cinacalcet como endpoint primario, 1 artículo se excluyó porque evalúa sólo HPT primario, quedando 2 artículos para la revisión.

Para el segundo interrogante se obtuvieron 7 resultados: 3 artículos se excluyeron porque no incluían PTR, 1 artículo se excluyó porque evaluaba otros tratamientos distintos al cinacalcet, 1 artículo se excluyó porque no evaluaba eficacia del cinacalcet como endpoint primario, quedando 2 artículos para la revisión.

De los 4 artículos totales 2 eran duplicados, quedando un total de 2 artículos para la revisión de las dos preguntas planteadas.

#### DISCUSIÓN

La calidad de la evidencia encontrada es bastante baja, tratándose en casi todos los casos de ensayos no randomizados, de “n” pequeños y con períodos de seguimiento cortos que no permiten evaluar outcomes clínicos más relevantes (morbilidad cardiovascular, enfermedad ósea renal, sobrevida del injerto).

Si bien en términos generales podemos concluir que el tratamiento quirúrgico parece ser una mejor opción al tratamiento farmacológico, también se debe tener en cuenta la realidad local respecto de la cirugía, sus costos, los riesgos y el estado clínico del paciente, lo que lleva en muchos casos a plantear la indicación de cinacalcet como primera opción de tratamiento.

#### CONCLUSIÓN

Según la evidencia recolectada, el cinacalcet ha demostrado mejoras estadísticamente significativas en los niveles de calcio sérico, fósforo y PTH. Además, este efecto se ha visto incrementado en los casos más severos de HPT.

Sin embargo, cuando se lo compara con el tratamiento quirúrgico (paratiroidectomía),

éste último muestra tasas de cura más elevadas y bajas tasas de complicaciones. Además, un estudio que evaluó costo-efectividad de ambos tratamientos ha concluido que una vez superados los 14 meses la opción quirúrgica resulta ser superior en dicho aspecto.

### **Implementación de Farmacia Oncológica en un hospital pediátrico de alta complejidad**

OCAÑA V, HIGUERAS L, ARAMAYO A  
Hospital Público Materno Infantil – Salta – Argentina  
Mail de contacto: virginiaocana@yahoo.com

#### **INTRODUCCIÓN**

La farmacia oncológica es una actividad de relevancia para el hospital, dada la importancia del adecuado manejo de los fármacos para la efectividad de la quimioterapia, la seguridad del paciente y la reducción de costos. La validación farmacéutica de los protocolos permite prevenir inconsistencias en la prescripción de drogas de alto riesgo y la centralización de su preparación, asegura que la misma se realice de manera controlada, bajo estándares de calidad. En el año 2021 se presentó un proyecto de creación del servicio de farmacia oncológica en un hospital materno-infantil de referencia provincial. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el proceso de creación de dicho servicio y mostrar los datos iniciales de casuística, tratamientos y costos que pudieran ser de utilidad para motivar la implementación en otras instituciones.

#### **PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO**

La dirección del hospital avaló el proyecto y autorizó la incorporación de un farmacéutico y un técnico, permitiendo al primero la realización de una pasantía en el Hospital Garrahan como parte de su formación. Una de las actividades iniciales fue la organización de la recepción y control de la medicación procedente del Programa Provincial de Cáncer y de las obras sociales, destinándose espacios exclusivos para almacenamiento, en envases rotulados por paciente. La medicación se incorporó al sistema informático donde se registraron todos los movimientos de ingreso y dispensa. Se escribió el manual de procedimientos del laboratorio, estandarizándose las concentraciones a preparar, diluyentes y fechas de caducidad, además de aspectos relacionados al acondicionamiento y condiciones de trabajo. Se coordinaron las actividades con el servicio de oncología, estableciéndose horarios para envío de protocolos y preparación de las quimioterapias.

En el primer semestre de 2022 se asistieron 31 pacientes, 22 varones (71%) y 9 mujeres (29%), con una mediana de 7 años, de los cuales el 52% fue diagnosticado de Leucemia Linfoblástica Aguda, observándose en segundo y tercer lugar un 10% de pacientes con Tumor Germinal de Testículo y Meduloblastoma. Once pacientes (35%) eran de la ciudad capital. Se prepararon 378 quimioterapias, con un pico de 89 en abril, siendo las drogas más utilizadas vincristina y citarabina. La validación farmacéutica permitió corregir principalmente aspectos de dosis y concentraciones de la dilución final. Fallecieron en el período de estudio 6 pacientes a los que se les

aseguró el tratamiento paliativo.

El costo total en quimioterapias preparadas fue de \$9.427.530, lográndose un ahorro de \$1.995.033 (21%) por optimización en el uso de cada unidad. El costo en medicamentos recibidos en el semestre ascendió a \$36.144.514 empleándose el 26% en quimioterapias y 3% en tratamientos ambulatorios, reintegrándose el excedente al Programa de Cáncer.

#### DISCUSIÓN

Desde la incorporación de la farmacia oncológica se evidencia como la mejor organización permite disponer de las quimioterapias oportunamente, optimizándose el seguimiento de pacientes e incrementándose la seguridad en el uso de drogas de alto riesgo. Se considera relevante la posibilidad de realizar atención farmacéutica en pacientes con cuidados paliativos. Además del ahorro por aprovechamiento de cada unidad de medicamento, según fechas de quimioterapias y estabilidad del fármaco, es llamativo el monto en citostáticos que se reintegró al Programa, destacándose el caso de la PEG-L- asparaginasa, de alto costo. Los salarios de las personas incorporadas resultan justificados por la economía en drogas, pero principalmente por los beneficios para el paciente. Si bien la bibliografía y sociedades científicas (como la AAFH y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria) sustentan la incorporación de la farmacia oncológica en hospitales por numerosos motivos, no siempre resulta posible el concretarlo. Constituye un logro el haber alcanzado la meta y demostrado las ventajas a corto plazo.

#### **Déficit de ornitina transcarbamilasa: manejo materno pre-postcesárea y perinatal. Rol del farmacéutico en la prevención de hiperamonemia, a propósito de un caso.**

CATANZARITI AG, KIRNBAUER IE, PORTU MP  
Hospital Italiano de Buenos Aires– CABA – Argentina  
Mail de contacto: [alejandro.catanzariti@hospitalitaliano.org.ar](mailto:alejandro.catanzariti@hospitalitaliano.org.ar)

#### INTRODUCCIÓN

La deficiencia de ornitina transcarbamilasa (DOT) es un trastorno del metabolismo del ciclo de la urea. Se caracteriza por una elevación de amonio en sangre. El embarazo y el período posparto pueden desencadenar episodios de hiperamonemia con encefalopatía.

El objetivo del siguiente reporte es presentar el caso de una paciente con diagnóstico de DOT que se interna para realizar una cesárea y el rol del servicio de farmacia en el manejo de su enfermedad de base durante la cirugía y el puerperio.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se reporta el caso de una paciente de 27 años con DOT cursando un embarazo de 37 semanas.

El 9/3 desde la farmacia del quirófano de obstetricia (FQO) se consultó al equipo de metabolopatías sobre el manejo de la DOT durante la cesárea y el puerperio. Se revisó el protocolo enviado por los especialistas para verificar que pudiera adaptarse a las

formulaciones usadas en el hospital. El protocolo incluye, entre otras medidas: infusiones de benzoato de sodio, arginina y soluciones hipertónicas de dextrosa. Se incorporaron estos medicamentos al depósito de la FQO y se gestionaron los stocks para cubrir toda la internación.

El 14/3 la paciente se internó para cesárea con 37.3 semanas de gestación. Antecedentes: DOT, laboratorio normal y serologías negativas. Medicación habitual: benzoato de sodio, fenilbutirato, omeprazol, aminoácidos esenciales, citrulina y carnitina. Ingresó con amonemia de 77 ug/dL.

El día de la cesárea para la prevención de la hiperamonemia se realizó el protocolo sugerido. Previamente se hizo un repaso con las enfermeras del quirófano y de internación y se despejaron dudas acerca de las diluciones, formas de preparación e incompatibilidades.

Nació un bebe de sexo femenino con peso adecuado para su edad gestacional, apgar 7/8, capurro 37 semanas. Por presentar distrés respiratorio y desregulación térmica, permaneció en neonatología (UCIN) por 24 hs, pasó posteriormente a internación conjunta.

A los dos días de vida, presentó episodios de cianosis y dificultad respiratoria. Permaneció otras 24 horas en UCIN y presentó hipoglucemias que resolvió con la administración de leche materna. Luego retornó a internación conjunta.

Se recibió en la farmacia de UCIN la consulta de si era necesario suspender la lactancia, ya que la madre estaba recibiendo benzoato de sodio.

Se realizó una búsqueda bibliográfica y se consultó a otro hospital telefónicamente. Por la falta de información se hizo una evaluación de la relación riesgo/beneficio y se sugirió al equipo tratante no suspender la lactancia.

Durante toda la internación se realizó la validación de indicaciones médicas tanto de la madre como de la hija, no se detectó hiperamonemia. El 20/3 la paciente y la beba son dadas de alta.

#### DISCUSIÓN

El protocolo propuesto por el equipo de metabolopatías concuerda con la bibliografía. Consideramos que fue efectivo ya que la paciente no presentó hiperamonemia durante toda la internación.

Se gestionaron los stocks necesarios sin presentar faltas o quiebres de stock. Dado que se trataba de medicamentos no habituales en el quirófano o en maternidad fue indispensable la capacitación del personal de enfermería.

Con respecto a la consulta sobre la suspensión de la lactancia debido a la falta de información relacionada con lactancia y teniendo en cuenta: que el benzoato de sodio se utiliza en recién nacidos en el tratamiento del trastorno del ciclo de la urea, los requisitos que debe cumplir un medicamento para su pasaje significativo a la leche materna y la importancia y beneficios de esta última como principal fuente de alimentación del neonato, se sugirió al equipo médico no suspender la lactancia.

Tanto la cesárea y el puerperio como el nacimiento y el manejo postnatal requieren el trabajo interdisciplinario del equipo de salud para garantizar el mejor cuidado del binomio madre-hija. En nuestro caso se evidencia la importancia de un servicio de farmacia activo e integrado en el proceso asistencial.

## SALA MAGNA

### QUINTA SESIÓN ORAL JUEVES 20, de 15:00 a 16:30 hs

#### **Intervenciones farmacéuticas en un paciente crítico, a propósito de un caso**

RICHTER G, KIJKO I, CINQUI G

Hospital de Pediatría JP Garrahan – CABA – Argentina

Mail de contacto: gerarichc@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

En el 2019, Critical Care Medicine publicó una revisión sistemática donde evidenció que la inclusión del farmacéutico en el equipo de terapia intensiva (UCI) mejoró los resultados de los pacientes, incluida la mortalidad, la duración de la estadía, y los eventos adversos de medicamentos. (Heeyoung & Kyungwoo, 2019). Para evidenciar esto, se describirán las intervenciones farmacéuticas llevadas a cabo en un paciente internado en una UCI.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino, de 12 años de edad, ingresó a UCI por presentar síndrome hemofagocítico (SH) y recibió por ello gammaglobulina y timoglobulina. Evolucionó con fallo multiorgánico con impacto esplénico, hepático, renal (por lo que requirió hemodiálisis venovenosa continua (HDVV) y hematológico (con anemia, plaquetopenia y leucocitosis); estuvo en asistencia respiratoria mecánica y recibió inotrópicos a altas dosis. Con el objetivo de lograr un efecto cardioprotector recibió por 48 hs infusión de glucosa, insulina y potasio (GIK). Con respecto al aspecto Infectológico el paciente recibió múltiples esquemas antibióticos (meropenem, caspofungina, vancomicina) y durante su internación recibió voriconazol por desarrollar infección fúngica invasiva a *Trichosporon asahii* y ganciclovir por altas copias de citomegalovirus. El paciente también presentó hiperamonemia por lo que recibió benzoato de sodio, hipomagnesemia e hipocalcemia.

Se realizaron intervenciones farmacéuticas, clasificadas según el POE de intervenciones farmacéuticas de la farmacia de nuestro hospital:

1- Timoglobulina: del tipo dosis (TD): se informó el ajuste por HDVV y falla hepática; del tipo administración y preparación (TAD): tiempo de administración y premedicación.

2- Antimicrobianos: TD: ajuste por HDVV para vancomicina y meropenem; del tipo farmacocinética (TF): se recomendó efectuar dosaje de vancomicina, con su posterior ajuste por dosaje elevado; del tipo selección del fármaco (TSF): se sugirió cambio de caspofungina a anidulafungina por falla hepática, ya que esta última no presenta metabolismo hepático; del TD y TF: se recomendó dosaje de voriconazol y posterior ajuste de dosis por su metabolismo hepático y su variabilidad farmacogenética; TSF y TD: se aconsejó cambiar ganciclovir a foscarnet por plaquetopenia y ajuste de dosis por HDVV.

3- Benzoato de sodio: intervención del tipo de preparación y administración (TPA) y TD: se indicó preparación, concentración de administración, tiempo de infusión y

dosis máxima.

4- Solución de reemplazo renal: TPA: debido a la hipomagnesemia e hipocalcemia del paciente se informó que se puede adicionar sulfato de magnesio a la solución utilizada en el hospital, pero no así cloruro de calcio debido a que puede precipitar.

5- Infusión de GIK: TD y TPA: se sugirió dosis y la estabilidad de la solución, así como también, ventajas y desventajas de la infusión en y.

6-Gammaglobulina: TD y TPA: se recomendó el pasaje de la misma en tres días para evitar la sobrecarga de volumen.

7- Aminofilina: TF: se sugirió el dosaje de la misma para evitar neurotoxicidad.

8- Manitol: TSF: se aconsejó no utilizarlo por tiempos prolongados por ser un diurético osmótico con efecto máximo de 6 hs.

## DISCUSIÓN

La administración correcta de medicamentos es un desafío permanente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, cada paciente debe ser considerado según sus alteraciones fisiopatológicas, para determinar las dosis correctas y las interacciones posibles. El rol de un farmacéutico clínico en la unidad es fundamental y parte central del equipo de trabajo de una UCI. (Regueira, 2016).

Con este paciente queda demostrada la inclusión del farmacéutico al equipo multidisciplinario y como sus intervenciones son imprescindibles para la mejora de los resultados clínicos, así como para la disminución de los eventos adversos

## Reacciones adversas a múltiples antibióticos, descripción de caso

KOT L, SCOLARI M, JAUREGUIBERRY P, GUELER B

Hospital Británico – CABA – Argentina

Mail de contacto: liliankot@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Una reacción adversa a un medicamento (RAM) es toda respuesta nociva, no deseada y no intencionada que se produce tras la administración de un fármaco, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad. Se describe el caso de una paciente con RAM a múltiples antibióticos (ATB) con diferentes mecanismos de acción que podría corresponder a una entidad atípica llamada síndrome de intolerancia a múltiples drogas (MDIS).

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina de 50 años acude a la guardia por disnea asociada a dolor torácico, sin tos, ni fiebre. Como antecedentes presentaba síndrome antifosfolípídico, linfoma no Hodgkin (libre de enfermedad) y COVID leve ya resuelto. Medicación habitual: acenocumarol 2 mg/día y clonazepam 2mg/día. Al examen físico se encontraba lúcida saturando 93% al aire ambiente y 98% con cánula a 2 litros/minuto, frecuencia cardiaca de 120 pulsaciones/minuto y respiratoria de 18 ciclos/minuto; aceptable mecánica ventilatoria con hipoventilación en base pulmonar izquierda. Se realizó toracentesis con detección de Staphylococcus aureus meticilino sensible (SAMS) con

sensibilidad a cefazolina. Por resonancia magnética nuclear se evidenciaron colecciones inflamatorias paravertebrales, en ecografía transesofágica se observó vegetación de 6mm en válvula mitral nativa llegando al diagnóstico de endocarditis infecciosa por SAMS. Se inició tratamiento con cefazolina endovenosa (EV) 2 g cada 8 hs.

Luego de 48 hs de ATB se observó descenso progresivo de plaquetas, leucocitos y hematíes, sin repercusión clínica aparente. Transcurridas tres semanas con este esquema y tras descartar síndrome mielodisplásico, con valores de plaquetas 74000/ $\mu$ L, leucocitos 2.2x 10<sup>3</sup>/ $\mu$ L y hematíes 3.2x10<sup>9</sup> / $\mu$ L, se decidió suspender cefazolina e iniciar vancomicina EV 1 gc/12 hs (Filtrado glomerular (FG)=217 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>). Tras 48 hs intercorre con deterioro de la función renal (FG=42 mL/min/1.73m<sup>2</sup>), desde farmacia clínica se sugiere sin éxito realizar dosaje y ajuste de dosis. Se suspende el tratamiento con mejoría de FG (FG=64 mL/min/1.73m<sup>2</sup>). Se decide iniciar daptomicina IV 10 mg/kg/día presentando al séptimo día un valor de CPK=70488 UNIDADES/L, sin falla orgánica.

Por falta de alternativas terapéuticas se acuerda rotar a linezolid 600 mg EV c/12 hs observándose al segundo día de tratamiento elevación de transaminasas (AST=698 U/L y ALT=296 U/L) para previas normales. Se interpreta como hepatotoxicidad por linezolid. Luego de 48 hs sin conducta antibiótica activa se inicia trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) 160/800 mg cada 12 hs por vía oral (VO), como tratamiento de alta. Por traumatismo encefalocraneano en el hogar, la paciente reingresa con diagnóstico de hematoma subdural con plaquetopenia de 3000/ $\mu$ l. Se interpreta este último hallazgo como probablemente secundario a TMS. Se instaura clindamicina VO 600 mg c/ 12 hs sin nuevas RAM a la fecha.

Las RAM obtuvieron una causalidad probable por algoritmo de Naranjo y se notificaron al sistema de farmacovigilancia (FVG).

#### DISCUSIÓN

En el presente caso se evidenciaron RAM distintas a cinco ATB con diferentes mecanismos de acción y estructura química. En principio, podría interpretarse como MDIS, una entidad poco reportada, pero con gran impacto clínico. Si bien la prevalencia del MDIS es baja, otros autores lo han reportado para ATB, analgésicos y otros medicamentos. La exposición ATB en nuestro caso podría haberse acotado, si se hubiera aceptado la sugerencia farmacéutica de dosar vancomicina y eventualmente ajustar la dosis al cuadro clínico o incluso evaluar el “rechallenge” una vez resuelta la falla renal evitando la manifestación de MDIS. Sin embargo, no es posible afirmar esto último con certeza.

Queda clara la importancia del ejercicio de la FVG hospitalaria, no sólo como herramienta que permite un mejor conocimiento sobre la seguridad de los fármacos sino también para la detección de síndromes escasamente reportados.

#### **Reporte de caso: anemia hemolítica e insuficiencia renal aguda por oxaliplatino**

PORTU M.P, FILLOY M.F

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: paula.portu@hospitalitaliano.org.ar

## INTRODUCCIÓN

Se define reacción adversa a un medicamento (RAM) como cualquier respuesta nociva no intencionada a dosis normalmente utilizadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, o para modificar funciones fisiológicas. La mayoría de las RAM son previsible y relacionadas con los efectos farmacológicos (tipo A), pero otras no son previsible ni relacionadas con la dosis o el efecto (tipo B o reacciones de hipersensibilidad) y por esto es importante reportarlas. El oxaliplatino es un fármaco antineoplásico que se utiliza en el tratamiento del cáncer de colon, entre otros. Existen en la bibliografía reportes sobre hemólisis inducidas por esta droga. Presentamos el caso de una paciente que luego de la infusión de oxaliplatino presentó anemia hemolítica (AH) e insuficiencia renal aguda, con requerimiento de hospitalización.

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina, 71 años, con diagnóstico de adenocarcinoma de recto con múltiples recaídas. Recibió tratamiento con esquema FOLFOX (5-fluorouracilo, leucovorina y oxaliplatino) en 2011, 2018 y en 2022. El 10/01/2022 durante la infusión de oxaliplatino presentó pirogenemia y dolor abdominal agudo, por lo que se detuvo la infusión y se trasladó a guardia. En el laboratorio se observó: hemoglobina 7.8 g/dL (previo 10.4 g/dL), hematocrito 21.9% (previo 30.9%), plaquetas 384200/mm<sup>3</sup>, creatinina 4.71 mg/dL. Por sospecha de AH se realizó estudio inmunohematológico y aglutinación in vitro con oxaliplatino, que resultó positivo. Se diagnosticó anemia hemolítica Coombs positiva con alteración aguda de la función renal. Como tratamiento recibió hiperhidratación, furosemida para forzar diuresis y metilprednisolona 60 mg/día. También requirió transfusión de glóbulos rojos. Debió ingresar a unidad de terapia intensiva para monitoreo hemodinámico, con requerimiento de una sesión de hemodiálisis. Farmacología clínica lo interpretó como reacción inmunomediada dosis independiente e indicó suspensión y contraindicación absoluta para recibir la droga. Desde Farmacia de Oncología, recibimos el llamado del equipo médico informándonos de la RAM. Se realizó el algoritmo de Naranjo que dio causalidad probable y severidad grave. Además, se cargó la alerta en la historia clínica electrónica. También se realizó reporte a ANMAT. El 28/1 la paciente se fue de alta con mejoría clínica y de parámetros de laboratorio con indicación de eritropoyetina trisemanal más ácido fólico. Desde el punto de vista oncológico, se decidió tomar conducta expectante para permitir la recuperación clínica y evaluar alternativas terapéuticas a futuro.

## DISCUSIÓN

En la AH inducida por drogas, el fármaco provoca la formación de complejos inmunitarios que se unen a los glóbulos rojos y producen la activación del sistema del complemento, con la consecuente lisis celular.

Al realizar una búsqueda bibliográfica en PubMed, se encontró una revisión en donde los autores concluyeron que el oxaliplatino, entre otros, es una de las drogas que más frecuentemente produce AH, basado en el número de reportes encontrados en la literatura. También se encontraron en la bibliografía reportes de caso y se realizó una búsqueda en Vigiacces en donde informan 105 reportes de esta RAM con

oxaliplatino.

En cuanto al tratamiento de la AH, la literatura muestra que la suspensión del fármaco y el tratamiento con corticoides se asocia con la reversión completa del cuadro clínico, lo cual coincide con el manejo que se realizó en nuestro hospital.

El número de reportes encontrados evidencia que es una RAM no tan infrecuente, sin embargo, puede ser desconocida para muchos, por lo que resulta de suma importancia que como farmacéuticos hospitalarios realicemos el reporte a farmacovigilancia para que exista cada vez más evidencia de la posibilidad de ocurrencia de este efecto adverso que puede poner en riesgo la vida del paciente.

### **El rol de la farmacia en instituciones de rehabilitación**

SZYDLOVSKI K, COSTA K, CONSTANTE G

Hospital de rehabilitación Manuel Rocca – CABA – Argentina

Mail de contacto: casidelparque@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

En los pacientes en rehabilitación la polifarmacia contribuye a la recuperación funcional, pero se asocia con mayor riesgo de efectos adversos y problemas relacionados con medicamentos que deterioran la autonomía.

Las autoras se proponen estudiar los roles más relevantes de la farmacia en centros de rehabilitación para promover su desarrollo.

#### **OBJETIVO**

Recopilar y analizar evidencia sobre el rol de la farmacia hospitalaria en instituciones de rehabilitación.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

La búsqueda de publicaciones científicas se realizó en PubMed con las siguientes estrategias:

1)(pharmacy service, hospital [MeSH Major Topic]) AND (rehabilitación [MeSH Major Topic])

2)((clinical pharmacist [MeSH Terms]) OR (clinical pharmacy service [MeSH Terms]) OR (clinical pharmacy services [MeSH Terms]) OR (hospital pharmacy service [MeSH Terms]) OR (pharmacists' interventions [Title/Abstract])) AND ((center, rehabilitation [MeSH Terms]) OR (REHABILITATION HOSPITAL[Title/Abstract]))

3) (Role of Pharmacists [Title/Abstract]) AND (rehabilitation [Title/Abstract])

4) ("Pharmacists/organization and administration"[MAJR]) OR "Pharmacy Service, Hospital/organization and administration"[MAJR]) AND "Rehabilitation/organization and administration"[MAJR]

Las estrategias de búsqueda no tuvieron límites de tiempo, ni filtros.

El criterio de inclusión estableció que la publicación debía evaluar o describir roles del servicio de farmacia en instituciones de rehabilitación. No se fijaron criterios de exclusión.

## RESULTADOS

Se hallaron 30 citas bibliográficas. Para 4 citas no se pudieron encontrar los artículos completos ni los resúmenes. Se incluyeron 12 publicaciones que fueron realizadas en Israel, Alemania, EE.UU. y Japón durante el periodo 1983 - 2022.

Las 12 publicaciones consistieron en 1 ensayo aleatorizado, 1 estudio cuasi experimental, 2 revisiones narrativas, 6 estudios observacionales descriptivos y 2 comunicaciones breves. Los roles identificados con mayor frecuencia fueron la conciliación, y el seguimiento farmacoterapéutico, todos estaban enfocados en la prevención, detección y resolución de problemas relacionados con medicamentos (PRM).

Para el estudio aleatorizado y el cuasi- experimental las intervenciones hechas por farmacéuticos con participación activa en un equipo tratante se asociaron con una reducción estadísticamente significativa de los PRM

Las revisiones narrativas describieron como el seguimiento farmacoterapéutico permite detectar PRM que podrían causar deterioro funcional de los pacientes en rehabilitación.

En menor medida, algunos trabajos mencionan la educación al paciente, la información sobre medicamentos y la docencia.

## DISCUSIÓN

La búsqueda bibliográfica se realizó solo en PubMed y no se encontró estudios de Latinoamérica. Esto limita la extrapolación de los resultados a instituciones argentinas. Otra limitación de esta revisión surge a causa de que no se pudo encontrar el artículo ni los resúmenes para 4 citas. Dos de los trabajos observacionales estaban en japonés o hebreo, y se los analizó en función de los resúmenes escritos en inglés. El ensayo aleatorizado y el cuasi experimental aportaron muy buen nivel de evidencia. Sin embargo, los resultados más relevantes en relación con el objetivo de este trabajo fueron los de las revisiones narrativas porque muestran que las intervenciones farmacéuticas pueden prevenir y resolver PRM asociados al deterioro funcional de los pacientes en rehabilitación.

No se encontraron revisiones sistemáticas sobre el tema.

Las autoras consideran que el desarrollo de esos roles en centros argentinos es factible.

## CONCLUSIÓN

Se encuentran publicaciones que avalan el rol del servicio de farmacia de instituciones de rehabilitación en la optimización del tratamiento farmacológico de los pacientes a través de la conciliación y el seguimiento farmacoterapéutico, con participación activa en el equipo de salud.

## **Implementación de estrategias de mejora en el uso de medicamentos en neonatos**

COLAVITA C, BARBIERI A

HIGA San Martín– La Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: colavitacar@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La población neonatal es altamente vulnerable a los errores de medicación (EM), pudiendo sufrir graves secuelas ante los mismos. Los pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) suelen tener una alta exposición a medicamentos que requieren múltiples manipulaciones previo a su administración y cuyo cálculo de dosis varía según edad gestacional, peso, edad posnatal y condición clínica.

El Servicio de Farmacia (SF) del HIGA San Martín de La Plata se propuso implementar el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA) FARHOS® para optimizar la prescripción médica en el Servicio de Neonatología (SN). La aplicación de esta tecnología puede ayudar a reducir los EM en las UCIN, pero individualmente no parece ser superior a otras intervenciones.

Para complementar esta estrategia se incorporó una farmacéutica al equipo interdisciplinar con Neonatología y se tomaron como referencias prácticas recomendadas por el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) para la prevención de EM, publicadas en el Boletín N° 50 en febrero de 2021.

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

La planificación de estrategias de mejora se llevó adelante entre mayo y septiembre de 2021 a través de reuniones interdisciplinarias, y se implementaron en el mes de octubre.

En cuanto a la PEA, se seleccionaron los medicamentos más utilizados y se crearon 105 ítems nombrándolos según las concentraciones estándar de administración. Se cargó información sobre preparación, administración y otras recomendaciones específicas. A 46 de estos ítems (43.8%) se les asignó, al menos, un protocolo de uso. Se definieron los horarios de administración de cada medicamento para prevenir EM por omisión o retraso. Se crearon 87 protocolos, 67 de ellos de dosis por peso y se incluyeron alertas para medicamentos de alto riesgo o que superen las dosis máximas recomendadas para prevenir EM en el cálculo de dosis pediátricas. Se incorporó la validación farmacéutica al 100% de las prescripciones.

Se elaboraron instructivos escritos y en video que fueron distribuidos a médicos y enfermeros. Se realizaron capacitaciones presenciales. Durante la implementación se mantuvieron las indicaciones en papel, existentes previo a la PEA, hasta que todos los usuarios estuvieron capacitados. Se instaló un sistema de contingencia en el SN ante cortes posibles de sistema.

Se evaluó la satisfacción frente a la PEA a través de una encuesta realizada a 36 usuarios activos del sistema (15 médicos y 21 enfermeros). Un 91.7% se mostró satisfecho. Un 89% opina que mejora la seguridad de atención y, un 88,9%, que mejora la calidad de atención al paciente. Un 83.4% opina que la PEA le otorga información para prescribir/administrar mejor y un 77.8% cree que puede reducir los errores en la atención al paciente.

Para complementar, se actualizó el almacenamiento de medicamentos en el SN dividiéndolos por grupos terapéuticos, asignando códigos de color y rotulando con Tallman letters, y se incorporó el reenvasado de ampollas de cloruro de potasio 3 mEq/ml para prevenir EM por similitud en el etiquetado o envasado de medicamentos. En el caso de opioides se aplicó el código de color según vía de

administración.

#### DISCUSIÓN

La PEA fue aceptada por el SN. El farmacéutico fortaleció su actividad clínica y su participación en el uso seguro de medicamentos. Los médicos en particular destacan la facilidad de prescripción a través de protocolos de dosis por peso y solicitan continuar con este proceso.

Estudios publicados demostraron una disminución significativa en los errores de prescripción electrónica versus manual. Otros encontraron un alto nivel de aceptación a la intervención farmacéutica en la optimización del uso de medicamentos en las UCIN. La medición del impacto de estas estrategias no fue planteada en esta primera etapa, pero se propone estudiarlo próximamente.

El equipo conformado tiene también como objetivo la centralización de la preparación de dosis unitarias por parte del SF.

#### **Gestión de notificaciones de reacciones adversas desde la industria: REDCap versus Formularios de Google**

CUELLO MA, BARROS C, RIVERO R, KEDIKIAN R, FONTANA D

Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba – Córdoba-Argentina

Mail de contacto: maria.agustina.cuello@mi.unc.edu.ar

#### INTRODUCCIÓN

La notificación de Reacciones Adversas (RA) desde la industria es obligatoria según la Disp. ANMAT 5358/12, lo cual implica desarrollar estrategias para obtener información generada por los usuarios de los productos en cuestión

El Laboratorio de Hemoderivados, Universidad Nacional de Córdoba (LH-UNC) en sus comienzos utilizó planillas en papel específicas para cada producto, adaptando lo propuesto por ANMAT (hoja amarilla en papel y online) con el fin de analizar y facilitar el proceso de los reportantes. En 2018 comenzó la digitalización utilizando los Formularios online de Google (FG), obteniendo el 1er reporte en 2020

En el proceso de mejora continua, aparecen nuevas opciones para la toma de datos como REDCap (Research Electronic Data Capture) una plataforma que en la actualidad incluye 6017 organizaciones en 146 países y más de 1.5 millones de proyectos. Esto amerita un análisis para tomar decisiones en este sentido

#### OBJETIVOS

Realizar un análisis comparativo y DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de REDCap vs FG para elegir la herramienta a utilizar para la notificación de RA

#### MATERIALES Y MÉTODOS

En julio del 2022 el LH-UNC identificó y comparó en cada plataforma las siguientes variables:

- a) Personalización de diseño
- b) Seguridad de los datos
- c) Uso offline
- d) Gratuidad
- e) Usabilidad
- f) Lógicas de ramificación
- g) Reporte de datos
- h) Importación y exportación de datos
- i) Requisitos para el uso
- j) Uso de módulos externos
- k) Uso de interfaz de programación de aplicaciones (API)
- l) Aplicación móvil

Se realizó un análisis DAFO sobre la implementación de REDCap como nueva plataforma de notificación de RA

#### RESULTADOS

Análisis comparativo (REDCap vs FG)

Similitudes: d, e, k

Diferencias:

REDCap: a, b, c, f, g (creación propia), h, i (pertenencia al consorcio), j, l

FG: g (automáticos), i (sólo Gmail)

Análisis DAFO (REDCap)

Fortalezas: lógicas de ramificación, uso de API, alertas y notificaciones, uso offline, importación y exportación de datos, seguridad de los datos

Debilidades: necesidad de administrar usuarios, que la institución forme parte de un consorcio, se requiere capacitación para el diseño de formularios

Oportunidades: llega a más usuarios, posibilidad de recepción de mayor número de reportes, uso en otras actividades (estudios clínicos, de satisfacción, gestión de información administrativa)

Amenazas: resistencia al cambio para la creación de formularios y para el uso, necesidad de entendimiento de conceptos básicos de programación

#### DISCUSIÓN

REDCap es una aplicación web para construir y administrar encuestas y bases de datos en línea. El FG es un software de administración de encuestas que se incluye como parte del conjunto gratuito Google Docs Editors basado en la web que ofrece Google. REDCap presenta funcionalidades y herramientas que se destacan frente a FG como las lógicas de ramificación y la creación de reportes que permiten un análisis más minucioso de los datos. Si bien REDCap requiere de capacitación previa para diseñar formularios, es muy intuitiva y el manejo de datos obtenidos resulta muy flexible y completo

El análisis se realizó enfocado en el uso para notificaciones de RA, sin embargo, el enfoque de REDCap basado en sistemas informáticos flexibles y de rápido desarrollo ofrece funcionalidades que podrían ser de gran utilidad para registrar información de encuestas, estudios clínicos, repositorios de muestras para investigación, actividades administrativas, etc.

Quienes utilizan REDCap indican el beneficio del consorcio de instituciones

académicas para el acompañamiento en el empleo de la plataforma y alientan a otras entidades a implementar esta herramienta

Una limitante del estudio es el poco tiempo que el LH-UNC lleva utilizando la plataforma, viéndose la necesidad de un piloto para probar los formularios generados por la misma

#### CONCLUSIÓN

Resultaría más beneficioso la implementación de REDCap como herramienta de recolección de datos para notificaciones de RA en comparación al FG.

### **Desarrollo de una herramienta de soporte asistido para la validación farmacéutica de prescripciones oncológicas**

MARQUES M, BADANO M, RUIZ A

Hospital El Cruce Néstor Kirchner – Florencio Varela – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: micaelamarques91@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Se define Error de Medicación (EM) a cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a la utilización inadecuada de los medicamentos. Estos errores pueden producirse en cualquier fase del proceso farmacoterapéutico.

En el ámbito hospitalario son de particular interés los EM relacionados al uso de antineoplásicos debido a su inherente toxicidad, a la incidencia de efectos adversos, al estrecho margen terapéutico que presentan algunos y al incremento en los últimos años de nuevos medicamentos en el mercado.

Según la literatura disponible la mayoría de estos EM ocurren durante la prescripción, se consideran prevenibles y pueden ser graves para el paciente.

Nuestro hospital es un hospital de Alta Complejidad en el que se elabora un promedio mensual de 507 formulaciones quimioterápicas (dato del 2021) entre pacientes internados y aquellos que asisten por hospital de día. El 73% de estas preparaciones corresponden a protocolos oncohematológicos mientras que el 21% a protocolos oncológicos. Dentro de las patologías más tratadas aproximadamente el 15% corresponde a leucemias, el 14% a mielomas múltiples, el 11% a linfomas no hodgkin y el 5% a linfomas de hodgkin.

La gran cantidad de tratamientos elaborados por mes y la variedad de patologías y protocolos utilizados hace que la validación farmacéutica cobre especial importancia para la detección de errores.

El objetivo de este trabajo es diseñar una herramienta asistida para la validación de prescripciones oncológicas que permita estandarizar, sistematizar y agilizar el trabajo del farmacéutico.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se diseñó una plantilla general en Excel que incluyó datos personales y de laboratorio del paciente, y que, por medio de celdas relacionadas, permite el cálculo de la superficie corporal y las dosis estándar a utilizar de cada fármaco.

Esta plantilla se adaptó para cada protocolo y patología aclarando la frecuencia y la duración recomendada de ciclos, el potencial hematógeno y, mediante una serie de dibujos, se especificó sobre qué órganos pueden presentarse efectos adversos. Cada una cuenta con una tabla que muestra qué drogas forman parte del protocolo, en que dosis y días del ciclo se utilizan, su vía de administración y algunas observaciones. Se incluyó información necesaria para el ajuste de dosis en función de los valores de clearance, concentración de bilirrubina, cantidad de plaquetas, etc.

Como alerta para la necesidad de ajuste se decidió utilizar formato condicional en las celdas de interés, permitiendo que, si el valor de una variable está por fuera de lo recomendado por la bibliografía, la celda se resalta, dejando en evidencia que será necesario ajustar uno o más fármacos. De esta manera, le corresponderá al farmacéutico realizar los cálculos necesarios basándose en las observaciones de la tabla y en la bibliografía disponible.

Toda la información volcada en estas planillas se obtuvo de los protocolos disponibles en las Guías de la Sociedad Argentina de Hematología (SAH) y de los protocolos de referencia de BC Cancer Agency, eviQ (Cancer Institute NSW) y NHS Protocols (University Hospital Southampton).

#### DISCUSIÓN

La creación de las fichas y su uso como herramienta de soporte para la validación farmacéutica de los protocolos de quimioterapia nos brindan un apoyo ágil y rápido para llevar a cabo dicho proceso, de una forma más segura y sistematizada. La utilización de alertas con colores e iconografía permite identificar rápidamente situaciones de riesgo potencial para el paciente y prevenir errores.

Sin embargo, la tabla no brinda las nuevas dosis ajustadas para cada fármaco, y en caso que se requiera, los cálculos deberán ser realizados por el profesional.

Es esperable que el número de errores disminuya y los tiempos de validación se agilicen, mejorando la atención integral del paciente.

#### **Perfil de uso de gammaglobulina en el hospital provincial Neuquén**

CAMPO D., CASULLO M., COLLETTI. P. FARÍAS A., GONZALEZ J.P., HERRESUELO M.J. MAZZITELLI E., TAPIA M.

Hospital Provincial Neuquén Dr. Castro Rendon –Neuquén – Argentina

Mail de contacto: daia.campo84@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El uso de fármacos de alto costo, escasa disponibilidad y con potencialidad de generar efectos adversos justifica la necesidad de estrategias de control por parte del Servicio de Farmacia (SF). Las Inmunoglobulinas endovenosas (IgIV) cumplen estos criterios. En la Provincia de Neuquén los SF dispensan IgIV considerando las indicaciones (I) aprobadas por la ANMAT. Aquellas I no incluidas son evaluadas por un Comité de Medicamentos (CM) multidisciplinario.

No existen protocolos escritos para la prescripción y dispensa de IgIV.

Los motivos que impulsó este estudio fue la percepción del aumento del consumo, así

como la impresión de uso por fuera de las I aprobadas.

#### OBJETIVOS

Describir el uso de IgIV en pacientes adulto y pediátrico en el Hospital Provincial Neuquén (HPN) para establecer la adecuación de las prescripciones a las I aprobadas por ANMAT.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo descriptivo retrospectivo observacional donde se revisaron las dispensaciones (D) de IgIV del sistema electrónico del SF del HPN y las historias clínicas tanto en papel como con soporte digital de los pacientes a los que se dispensó IgIV entre enero 2012 y diciembre 2019. Se analizaron también los pedidos de solicitud archivados. Se excluyeron los pacientes en los que no se pudo acceder al diagnóstico. Los datos se recolectaron en una planilla diseñada ad hoc teniendo en cuenta parámetros demográficos, diagnóstico, pauta posológica y duración del tratamiento. Se evaluó la adecuación de las I de administración de IgIV en tres grupos, según fuera (a) una I aprobada por ANMAT, (b) no aprobada por ANMAT, pero con evidencia que justifique su I o (c) no aprobada y sin evidencia justificadora. El CM del HPN, avala los comprendidos en la clasificación a y b.

Se consideró como una única I aquella que recibe un paciente de manera periódica por una misma patología.

#### RESULTADOS

Se detectaron 826 dispensaciones de IgIV correspondiendo a 219 pacientes: 89 pediátricos (Media: 3,85 años), y 130 adultos (Media: 45,07 años). 168 tuvieron infusiones únicas y 51 infusiones múltiples (IM).

Las I más comunes fueron la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) (75 pacientes) y el síndrome de Guillain Barré (SGB) (35 pacientes).

En pacientes pediátricos, el diagnóstico más frecuente fue PTI (36), seguido SGB (18) y Kawasaki (9). En adultos, fueron PTI (39), SGB (17) y Mieloma Múltiple (8).

Hay registro de diagnóstico en 205 de los 219 pacientes. 193 D (94,1%) se corresponden con las autorizadas por ANMAT y/o las aprobadas por el CM.

#### DISCUSIÓN

El uso de IgIV puede ser controvertido, dado el coste y el cuestionable beneficio en algunas patologías.

Se observa aceptable concordancia entre las I registradas en nuestra serie y las aprobadas por ANMAT (94,1%). Las I no aprobadas por ANMAT cuentan con bibliografía publicada de diversa calidad que apoya el uso de IgIV en esas otras condiciones, podrían considerarse bien indicadas.

Se observa un perfil de uso distinto al de reportes de otras instituciones. Millán García et al reportó una adecuación de I del 69%, intermedia comparada con otros reportes contemporáneos en España, pero claramente inferior a la encontrada en nuestra serie. El perfil de I difirió del reportado por el Hospital Garrahan (Yori, et al.). Esto podría explicarse por el diferente perfil de pacientes atendidos.

Se observa tendencia al aumento en el consumo de IgIV.

Como limitación encontramos que los registros de IgIV pueden contener implícito un

sesgo tanto de diagnóstico como por tipo de IgIV utilizada ya que, en el caso de las D, corresponden a carga manual. Se encontraron datos incompletos como especialidad prescriptora, no se puede concluir sobre uso según especialidad.

#### CONCLUSIÓN

Los registros analizados muestran que la PTI y el SGB son las patologías en las que se registra un mayor consumo de Iglv tanto en niños como en adultos. Se observa un uso adecuado a las habilidades de la IgIV endovenosa.

#### **Eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización asociados a la vacuna anti-covid-19 Sputnik V en el personal del Hospital Juan P. Garrahan**

ARAVENA M, TESTARD J, BELLERI F, PIZARRO D, SBERNA N, ESCUDERO R, PARRA A  
Hospital de Pediatría JP Garrahan – CABA – Argentina  
Mail de contacto: florbelleri@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Debido a la emergencia provocada por la pandemia por SARS-CoV-2 se ha producido una crisis sanitaria global. Una vez disponibles las vacunas, se espera que jueguen un rol decisivo para el control de la enfermedad. Dichas vacunas fueron desarrolladas en tiempo récord por lo que es esencial monitorear su seguridad. Durante la Campaña de Vacunación contra COVID-19, todos los Eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI) debieron ser notificados al Ministerio de Salud de la Nación (MSN) a través del Sistema Integrado de Información Sanitaria de Argentina (SIISA).

#### OBJETIVOS

Registrar y describir los ESAVI ocurridos en el personal del Hospital Garrahan.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo desde el 04/01/2021 al 05/05/2021 en el personal del Hospital Garrahan. Se utilizaron dos métodos de vigilancia de ESAVI. La vigilancia pasiva incluyó las notificaciones voluntarias recibidas de forma telefónica y a través de un cuestionario publicado en intranet. La vigilancia activa se realizó sobre los primeros 947 trabajadores inmunizados, enviando el mismo cuestionario por WhatsApp.

#### RESULTADOS

Fueron inmunizados 5056 agentes, 4865 con las dos dosis. Se notificaron 473 ESAVI. De ellos, 304 correspondían a la primera dosis y 169 a la segunda. Las notificaciones según origen fueron 136 para la vigilancia pasiva, y 333 para la vigilancia activa. Se registraron 5 ESAVI graves; 3 anafilaxis, 1 escotoma secundario a hipertermia y 1 reacción alérgica grave. Los síntomas locales más frecuentes fueron: dolor, enrojecimiento, hinchazón e induración. Los síntomas sistémicos más frecuentes fueron: fiebre, febrícula, astenia, cefalea, mialgia, artralgia y síntomas

gastrointestinales. Como tratamiento en la mayoría de los casos se utilizó paracetamol. En promedio la aparición de síntomas ocurrió a las 14 h de la vacunación y la duración de los mismos fue de 40 h.

#### DISCUSIÓN

Encontramos una mayor proporción de reacciones con la primera dosis en relación a la segunda. En un estudio de la misma vacuna, Scolari et al. postularon que esto podría explicarse porque esta vacuna utiliza dos vectores virales diferentes, hipótesis que debería ser confirmada por estudios futuros. En nuestro caso creemos que esta diferencia puede atribuirse también a limitaciones metodológicas, teniendo en cuenta que en la notificación voluntaria pudo haber existido un mayor entusiasmo por notificar al inicio. Con respecto a la gravedad, la mayoría fueron no graves, requiriendo tratamiento ambulatorio y sin necesidad de atención médica, coincidente con lo publicado por el ensayo de Fase III de la vacuna y con el estudio de Scolari et. al. Todas las reacciones graves ocurrieron con la primera dosis. Hubo 3 anafilaxis sobre 9921 aplicaciones. En el informe de mayo de 2021 del MSN se registraron 6 anafilaxis sobre 3.414.158 aplicaciones. La tasa de incidencia del presente trabajo es significativamente mayor. Esto no significa que la aplicación de la vacuna tenga alto riesgo de shock anafiláctico, sino que por ser una reacción idiosincrática, se debe evaluar en una mayor cantidad de personas. Los síntomas más frecuentes fueron los mismos descritos en los otros trabajos mencionados a nivel local como sistémico. Con respecto al tratamiento, el más frecuente fue paracetamol, coincidente con los Lineamientos Técnicos para la Campaña de Vacunación contra COVID-19. El análisis sobre la aparición de los síntomas y duración de los mismos coincide con otros trabajos.

#### CONCLUSIÓN

En el presente trabajo pudimos registrar y describir un número significativo de notificaciones de ESAVI, con lo cual se reafirma la importancia de la farmacovigilancia sobre una vacuna de reciente aprobación, donde la información disponible hasta el momento era muy escasa y generaba incertidumbre sobre su seguridad.

### SALA USPALLATA

#### SEXTA SESIÓN ORAL JUEVES 20, de 15:00 a 16:30 hs

#### **Fraccionamiento de Bevacizumab 2.5 mg/ 0.10 mL intravítreo para el tratamiento de degeneración macular húmeda asociada a la edad**

GARCÍA C, FUENTES N

Hospital Zonal Trelew Dr. Adolfo Margara – Chubut – Argentina

Mail de contacto: nori\_fuentes@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La degeneración macular asociada a la edad (DMAE) con membrana neovascular húmeda, es un trastorno ocular que reduce la visión central, genera pérdida de la capacidad de lectura y la visualización de los detalles finos; hasta ocasionar la ceguera.

La prevalencia aumenta de manera exponencial a partir de los 65 años. Ante la indicación continua de Bevacizumab para tratar la DMAE neovascular, y la prescripción para otras patologías, vemos como necesidad inminente dar solución al problema del fraccionamiento hospitalario. Desde 2020 son los profesionales del Hospital de El Cruce quienes han hecho el fraccionamiento para cubrir la demanda y dar cobertura a los Hospitales de la provincia del Chubut (Rawson, Trelew, Puerto Madryn y Esquel). Debido al incremento del uso y la posibilidad de contar con el recurso físico necesario, es que se toma el desafío de dar respuesta al fraccionamiento desde nuestra Institución.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

A partir del primer caso con requerimiento de Bevacizumab (BZM) 2.5mg/0.10ml intravítreo se decidió realizar interconsulta con el Hospital El Cruce, y se coordinó logística de traslado del BZM fraccionado y acondicionado por sus profesionales. Frente al incremento de la prescripción del BZM intravítreo, surgió la inquietud de dar respuesta y analizar el recurso humano, profesional y físico ya que sería la primera vez a fraccionar un vial estéril para uso oftalmológico.

Para lo cual se coordinó capacitación en cuanto al trabajo en cabina de seguridad biológica, validación de técnica aséptica y fraccionamiento de BZM; como resultado de la misma se procedió a realizar la validación de la técnica aséptica y se controló el crecimiento microbiano en el Laboratorio de Bacteriología de nuestra Institución luego de realizar el fraccionamiento de BVZ, antes de su dispensa.

#### DISCUSIÓN

Es importante el rol del farmacéutico en las distintas etapas del proceso de resolución de la situación problema.

Se evaluaron las fortalezas y limitaciones; las fortalezas fueron contar con el recurso físico, profesional y la autorización del director médico del Hospital, mientras que las limitaciones eran la falta de experiencia y contar con un Laboratorio para preparaciones estériles que se debió verificar que cumpla con las normativas vigentes. Evaluar riesgo-beneficio: entre los profesionales intervinientes se decidió el fraccionamiento de BVZ intravítreo, haciendo hincapié en el beneficio del abastecimiento continuo, priorizando mantener la calidad del producto final. Se gestionó el frasco ampolla de BVZ ante el Ministerio de Salud.

Se asumió la necesidad de una capacitación para el fraccionamiento de oftálmicos intravítreos y para el manejo de salas con un sistema de aire controlado. Se adquirió habilidad para la aplicación de principios y técnicas de manipulación aséptica y se decidió su validación periódica. Se realizó el fraccionamiento, acondicionamiento de las jeringas y sobre rotulado del primer lote de BVZ intravítreo respetando las Buenas prácticas de elaboración. Habiendo realizado la primera simulación del fraccionamiento y acondicionamiento para la validación microbiológica del área y de la técnica aséptica se obtuvieron resultados negativos, como así también en la elaboración del primer lote de BVZ intravítreo. Se hicieron las consultas bibliográficas para lograr establecer la conservación refrigerada del BVZ intravítreo en tres meses. Actualmente se dispensa el BVZ y se distribuye a los Hospitales de la Provincia del Chubut obteniendo resultados favorables en la aplicación y terapéutica al igual que con los enviados desde Hospital El Cruce.

## **Estandarización de las cargas máximas para la validación de los procesos de esterilización**

RATTI G, VERÓN N

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner – Florencio Varela – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: gladys.ratti@hospitalelcruce.org

### **INTRODUCCIÓN**

Debido a que la esterilidad de los productos no puede demostrarse por medio de ensayos microbiológicos sin la destrucción total de las unidades, la esterilidad se define en términos de probabilidad. Un producto es estéril cuando la probabilidad de encontrar un microorganismo viable es menor o igual a 1 en 1.106.

Los procesos de esterilización deben estar validados para demostrar que cada equipo y proceso es adecuado para obtener productos estériles.

La ISO 17665 establece en el punto 9.4 que la carga de esterilización a utilizar en el ensayo de validación debe ser similar a la procesada rutinariamente y perteneciente a la misma familia de productos y que cualquier configuración de la carga, restricción de tamaño y/o masa deben estar especificados. La carga del equipo no debe superar el 80% de la capacidad de la cámara. (Resolución 1547/2007).

Dado que en las centrales de esterilización hospitalarias las características de los dispositivos médicos que se procesan son muy variables en cuanto a composición y volumen, la estandarización de las cargas representa un gran desafío al que se le suma la acción del operador.

### **OBJETIVOS**

Clasificar los dispositivos médicos en familias de productos y determinar el volumen promedio de cada uno.

Definir el tipo de carga y el volumen máximo para cada equipo y ciclo de esterilización. Limitar en el sistema informático el volumen de carga máximo para cada equipo y ciclo.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal en la central de esterilización de un Hospital de Alta Complejidad durante el año 2021.

El material que ingresa habitualmente en la Central de Esterilización se clasificó teniendo en cuenta su constitución y uso en 4 familias: Textil, Instrumental, Dispositivos médicos reusables y Dispositivos médicos descartables.

Se midieron los materiales, se determinó su volumen, y se registró en el sistema de trazabilidad.

Para cada método de esterilización se validaron los ciclos correspondientes utilizando cargas máximas definidas teniendo en cuenta los volúmenes de los productos y el 80% del volumen de las cámaras de los equipos.

Se trabajó con el proveedor del Sistema Informático para que el mismo límite la carga de material teniendo en cuenta los volúmenes máximos definidos para cada ciclo y

método y los volúmenes de los productos de manera que no sea posible superar las cargas máximas especificadas.

#### RESULTADOS

Se determinó el volumen de 1805 productos que corresponde al 63% del total (2852) y se clasificaron de acuerdo al tipo de familia en: Instrumental (40%), Textil (3%), Dispositivos médicos único uso (49%), Dispositivos médicos reusables (6%).

Las cargas máximas en dm<sup>3</sup> para cada equipo y ciclo fueron: Vapor: ciclo Instrumental 115, Textil 250, Mixto 320, Termolábil 310, Óptica 12; Formaldehído: 62, Peróxido de Hidrógeno 100, Calor Seco: 12 frascos conteniendo 250 ml de vaselina sólida cada uno.

Estos volúmenes máximos se incorporaron al sistema informático de modo que a medida que se ingresan los materiales a cada ciclo el sistema suma los volúmenes y permite cargar insumos hasta el valor especificado.

#### DISCUSIÓN

La variabilidad en los materiales procesados en las centrales de esterilización hospitalarias dificulta la estandarización de las cargas, sin embargo, esto es indispensable para la validación de los procesos. La definición de volúmenes y su incorporación al sistema informático permite que ningún proceso se realice fuera de las condiciones estandarizadas evitando variabilidad del operador.

#### CONCLUSIÓN

Se clasificaron los dispositivos médicos en familias de productos y se determinaron sus volúmenes. Los mismos fueron registrados en el sistema de trazabilidad de manera que el mismo al poseer un limitante de volumen máximo no permite cargar los equipos con más cantidad de productos que lo especificado en el proceso de validación.

### **Estandarización de la reprocesamiento manual de broncoscopios rígidos y evaluación del método mediante pruebas microbiológicas**

VALLONE P., BANI A, LETCHE V.

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” – La Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: vallonepaulaa@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Los broncoscopios rígidos (BR) de uso diagnóstico son productos médicos clasificados como semicríticos, y por lo tanto necesitan ser sometidos a una desinfección de alto nivel para minimizar el riesgo de infección cuando son reutilizados.

El reprocesamiento comprende todas las etapas a las que se somete el dispositivo desde que ha sido utilizado en un paciente hasta que pueda ser utilizado en el siguiente paciente de forma segura. Si se pretende trabajar en pos de la seguridad del paciente, el reprocesamiento debe ser una práctica estandarizada dentro de una institución, llevada a cabo por personal entrenado y capacitado.

Los cultivos microbiológicos (CM) sobre los broncoscopios reprocesados constituyen una herramienta útil para evaluar la calidad del método de reprocesamiento mediante la cual se busca el aislamiento de microorganismos indicadores y el análisis de los resultados permite detectar y corregir debilidades y errores en el procedimiento.

El objetivo de este trabajo es estandarizar el reprocesamiento manual de los BR utilizados en el Servicio de Otorrinolaringología (SO) del Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” y establecer los CM que puedan realizarse sobre los mismos una vez que han sido reprocesados para evaluar la calidad del método.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se realizó una búsqueda bibliográfica desde el Servicio de Farmacia y Esterilización que nos permitió conocer las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales para llevar a cabo el reprocesamiento.

Luego fue necesario una etapa observacional que consistió en visitas de los farmacéuticos al quirófano del SO para presenciar el reprocesamiento y así tomar conocimiento de cómo se estaba llevando a cabo el procedimiento dentro de la institución, los insumos disponibles, las limitaciones propias de la institución y cuáles eran los puntos críticos de mejora.

Teniendo en cuenta lo observado en el quirófano y las consideraciones halladas tanto en la búsqueda bibliográfica como en los manuales de uso de los broncoscopios disponibles, desde el servicio de Farmacia se redactó la “Guía institucional para el reprocesamiento manual de broncoscopios rígidos” con el fin de contar con un documento escrito que definiera los pasos a seguir y permitiera estandarizar el método. Además, se realizaron intervenciones y recomendaciones al SO para optimizar los recursos disponibles y adquirir nuevos recursos necesarios para un adecuado reprocesamiento.

Por último, se realizó una segunda búsqueda bibliográfica con el fin de establecer los CM que pudieran realizarse sobre los broncoscopios reprocesados y que sirvieran como herramienta para poder evaluar la calidad del método estandarizado y cuán eficiente resulta el mismo. Se analizaron las pruebas microbiológicas recomendadas internacionalmente, se consultó con el área de Microbiología del Laboratorio Central del hospital para poder adaptar las mismas a los recursos disponibles dentro de la institución y se redactó la “Guía institucional de cultivos microbiológicos como control del reprocesamiento de broncoscopios rígidos”, en la cual se establecieron los controles a realizar, la metodología del muestreo y la frecuencia de los mismos.

#### DISCUSIÓN

La elaboración de la guía de reprocesamiento institucional a partir de este trabajo fue útil para estandarizar el método considerando las recomendaciones internacionales y los recursos y limitaciones del hospital. Se realizaron intervenciones y recomendaciones al SO y se lograron correcciones e incorporar nuevos recursos, aunque todavía se continúa en proceso de nuevas mejoras.

En cuanto a las pruebas microbiológicas como método de control, se pudieron adaptar los controles recomendados en la búsqueda bibliográfica a los recursos disponibles en el hospital y a partir de la guía redactada en este trabajo se

implementarán dichos controles en el transcurso de los próximos meses.

### **Optimización del uso de morfina mediante producción por fraccionamiento de la ampolla en un hospital de alta complejidad**

ORBAN L. T, MICUCCI G. P

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: giannina.micucci@hospitalitaliano.org.ar

#### **INTRODUCCIÓN**

Los estupefacientes son considerados medicamentos de alto riesgo. Su gestión inadecuada puede causar daños graves en los pacientes. Por ello son un aspecto prioritario en los programas de seguridad clínica de los centros sanitarios.

La producción de dosis de rescates de morfina se realiza dentro de cada farmacia satélite por el método habitual de producción por paciente. Esto conlleva a un inadecuado manejo de los mismos observándose una gran cantidad de ampollas (amp) usadas y mg descartados por vencimiento a las 24 h por política hospitalaria. Con el objetivo de optimizar los recursos disponibles se implementa un nuevo método de producción por fraccionamiento y se propone estimar el ahorro de amp usadas y mg descartados, comparando ambos métodos.

#### **OBJETIVOS**

Estimar el ahorro promedio en la cantidad de amp de morfina usadas y el porcentaje de mg de morfina descartados en la Central de Emergencias de Adultos (CEA) y la Unidad de Terapia Intermedia de Adultos (UTIM), comparando ambos métodos de producción.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se llevó a cabo un estudio transversal retrospectivo en la CEA y UTIM. Se incluyó a todos los pacientes que recibieron al menos un rescate, sin criterios de exclusión. Se implementó la producción por fraccionamiento como único método y se realizaron mediciones en septiembre de 2021, noviembre 2021 y marzo 2022. Se estandarizó la producción de rescates en dosis de hasta 3 mg.

En la producción por fraccionamiento se registró diariamente la cantidad de amp de morfina utilizadas, los rescates producidos por apertura de una amp, y los mg descartados por producción o vencimiento. Las dispensaciones se registraron con la etiqueta identificativa del paciente. Con los datos obtenidos se analizó la cantidad de amp usadas y los mg descartados por mes y se controló que los mg de amp usadas coincidieran con la suma de los mg dispensados y descartados.

Para analizar el consumo y descarte que se hubiese obtenido de haber continuado con la producción por paciente, se registraron los mg totales administrados en 24h. Se analizó tanto el consumo teórico, considerando que se hubiese usado 1 amp por cada 10 mg utilizados por paciente, como los mg que se hubieran descartado a las 24 hs.

## RESULTADOS

En los tres meses analizados usando el método de fraccionamiento se observó en UTIM un ahorro promedio mensual en el consumo de amp del 79 % y en la CEA del 136 %. Mientras que con el método de fraccionamiento se usaron en 91 días 283 amp en UTIM y 202 amp en la CEA, de haber continuado con la producción por paciente se hubieran usado 498 amp en UTIM y 478 amp en la CEA en el mismo período de tiempo. Por fraccionamiento, el porcentaje promedio de mg descartados en UTIM fue del 10 % y en la CEA del 11 %, mientras que, por paciente, se hubiesen descartado un 49 % y un 62 % respectivamente.

## DISCUSIÓN

En ambos sectores se pudo evidenciar que, mediante la producción por paciente, una cantidad considerable de rescates serían descartados por vencimiento. Esto pudo deberse a que muchos pacientes, por su condición clínica o alta temprana, pudieron necesitar menos que 10 mg de morfina al día como rescate. Si bien el consumo de morfina por paciente fue independiente del método de producción analizado, mediante la producción por fraccionamiento se observó un menor uso de amp de morfina en cada sector debido a la menor cantidad de mg descartados. La diferencia de ahorro entre ambos sectores se pudo deber a una mayor rotación de pacientes a favor de la CEA.

## CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos nos permiten concluir que el fraccionamiento de dosis de morfina es más eficiente que la producción por paciente permitiendo un ahorro significativo en la cantidad de amp utilizadas. Esto nos lleva a resaltar la importancia del trabajo del farmacéutico hospitalario en la gestión de insumos y medicamentos mediante la estandarización de protocolos o implementación de ciclos de mejora para optimizar los recursos disponibles.

## **Factor de corrección de dosis en el fraccionamiento de formas farmacéuticas sólidas para la preparación de chartulas en un hospital de tercer nivel de Perú**

ALBINO GUEVARA T.L.

Hospital Nacional Ramiro Priale – El Tambo – Peru

Mail de contacto: [tulioalbino@hotmail.com](mailto:tulioalbino@hotmail.com)

## INTRODUCCIÓN

La chartula es una fórmula magistral que consiste en el fraccionamiento de formas farmacéuticas sólidas con la finalidad de obtener dosificaciones no disponibles en el mercado farmacéutico.

Permite cumplir con la medicación segura en aspectos tan importantes como la dosis prescrita, la dosis administrada, la concentración en el sitio de acción y la intensidad del efecto.

La administración de medicamentos en pediatría y neonatología requiere conocimientos específicos tanto de las formas farmacéuticas disponibles como de su

manera de administración. La información del documento de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) Reflection paper: formulations of choice for the pediatrics population describe las necesidades actuales de investigación solicitadas por la Agencia de la Industria Farmacéutica para adaptar los medicamentos a las necesidades reales de los niños y neonatos.

Se considera que, un tercio de los errores que conllevan efectos adversos en pediatría y neonatología se producen en la administración de medicamentos.

Un punto importante es a que edad pueden los niños tragar con seguridad las formas de dosificación orales sólidas, como comprimidos o cápsulas. Esto suele depender fundamentalmente de la edad y del estado de salud.

#### OBJETIVOS

El objetivo de nuestra investigación es determinar un factor de corrección porcentual de dosis en el fraccionamiento de formas farmacéuticas sólidas prescritas a pacientes de los servicios de pediatría y neonatología del Hospital Nacional Ramiro Priale del Seguro Social de Salud, con la finalidad de dispensar dosis y concentraciones exactas de medicamentos.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó en el área de acondicionamiento de dosis de la unidad de farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Ramiro Priale del Seguro Social de Salud.

Para cumplir con la parte experimental se emplearon: Balanza analítica de precisión, morteros y pilones, espátulas y papel cebolla.

Se realizaron procedimientos de fraccionamiento de 10 comprimidos de cada uno de los siguientes medicamentos: captopril 25 mg, espironolactona 25 mg y furosemida 40 mg, por ser los medicamentos más demandados por los servicios de pediatría y neonatología

Para el análisis y procesamiento de la información se consideró el registro de pesos en tres momentos del proceso: peso inicial de un comprimido en su presentación original (P1), peso de un comprimido pulverizado, recuperado del mortero (P2) y peso de un comprimido recuperado de las chartulas preparadas (P3).

Se obtuvieron 30 registros de pesos P1, P2 y P3, luego se determinaron 30 rangos de diferencia entre P1 y P3 y finalmente su promedio nos permitió determinar el factor de corrección porcentual

Para el procesamiento de información se utilizó el programa informático Excel 2021 (18.0)

#### RESULTADOS

De la revisión de los resultados se determinó que, los rangos de diferencia entre el peso inicial (P1) y el peso administrado (P3) oscilaron entre 9.0% y 10.7%.

Si, empleáramos el factor de corrección porcentual, en el proceso de preparación de chartulas deberíamos corregir el peso inicial y, tendríamos:

P1 de captopril = 133.0 mg, P1 corregido=146.3 mg

P1 de espironolactona = 221.0 mg, P1 corregido= 243.3 mg

P1 de furosemida = 324.0 mg, P1 corregido= 356.2

#### DISCUSIÓN

En mérito a los resultados obtenidos se logró determinar un factor de corrección porcentual de dosis en el fraccionamiento de formas farmacéuticas sólidas para la preparación de chartulas. El que nos permite concluir que, al peso inicial del comprimido se le debe adicionar un porcentaje de 10 % del mismo.

#### CONCLUSIÓN

El factor de corrección permitirá la mejora de la dosificación intrahospitalaria de medicamentos en los pacientes de los servicios de pediatría y neonatología.  
La realización de la investigación no tuvo limitaciones en su ejecución.

#### **Briefing y debriefing, una herramienta para mejorar la seguridad en la elaboración de medicamentos peligrosos**

RUIZ A, BADANO M, ORTEGA V, GODOY A, COLMAN M, DRAGO C

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner – Florencio Varela – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: adrian86mh@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Desde la publicación del informe del Instituto de Medicina (IOM) Errar es Humano, las organizaciones de salud han buscado reducir los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes a través de un diseño más seguro del sistema de salud.

La comunicación juega un rol fundamental en la seguridad del paciente. La mala comunicación es la causa más frecuente de eventos adversos en el ambiente sanitario. Los “Safety Briefing (SB)”, traducido como “Reuniones de Seguridad” sirven para aumentar la conciencia de seguridad y para ayudar a desarrollar una cultura basada en ella siendo parte de nuestra rutina.

El briefing es una herramienta sencilla que permite compartir e incorporar información sobre seguridad en el quehacer diario. Son reuniones cortas, multidisciplinarias, que no deben durar más de 5-10 minutos, orientadas para discutir sobre riesgos potenciales en el entorno de trabajo con un guion previo diseñado con una metodología y un objetivo.

El debriefing es una de las herramientas centrales de aprendizaje en simulación y se recomienda realizar después de una emergencia en la vida real. En esta instancia, el equipo se vuelve a reunir con el objetivo de identificar las posibles causas de los errores y proponer soluciones para evitar la repetición de los mismos errores en el futuro.

El objetivo del trabajo es contar la experiencia de la implementación del briefing y debriefing en el equipo de elaboración de medicamentos oncológicos de un hospital público de alta complejidad.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO:

A partir de mayo de 2021 se implementó el briefing, que consiste en la realización de una reunión diaria de 10 minutos de comunicación sistematizada donde participan 4

técnicos y 2 farmacéuticos sumándose rotantes del área. Es coordinada por el farmacéutico, se realiza previo al ingreso al área de preparaciones y cada actor expone las novedades del día respecto a la preparación de medicamentos peligrosos y los cambios de último momento contando entonces con toda la información necesaria para llevar a cabo la tarea.

Se desarrolló una herramienta de soporte que contiene datos de identificación de paciente, medicamentos a preparar con dosis, diluyente y volumen y consideraciones especiales de cada uno. Sirve como guía para los involucrados en el acto de comunicación y registro de las novedades donde los técnicos realizan la verificación de comprensión de la información brindada por los farmacéuticos previo a la elaboración de citostáticos como así también la disponibilidad de los insumos y medicamentos necesarios.

En dos ocasiones se implementó el debriefing, una por errores en el uso de guías de infusión con filtros donde se encontraron medicamentos preparados sin la guía de infusión correspondiente. Como estrategia de prevención de errores futuros se confeccionó una tabla donde se describe que guía lleva cada medicamento. En otro evento se detectaron errores en la priorización de preparaciones, en este caso se agregó a la orden de elaboración un número que identifica qué medicamentos preparar primero y cual después para respetar el orden de infusión.

#### DISCUSIÓN

El análisis de las causas de un evento que buscan prevenirlo por parte del equipo hace que las decisiones que se tomen se implementen rápidamente.

Fueron necesarios sólo dos debriefing, consideramos que esto puede deberse a la implementación del briefing diario que reduce y evita errores en la preparación.

Se encontró evidencia de la implementación de la herramienta en áreas críticas, pero no en procesos específicos de farmacia. La posibilidad de escucharnos entre todos generó mayor confianza del equipo que impacta en la realización de una tarea crítica y mejoró el clima laboral contando con un espacio de intercambio.

La herramienta fue de gran utilidad y de muy simple implementación ya que se reorganizó el proceso y se generó el espacio para el intercambio de ideas.

#### **Cálculo de costos para la elaboración de una solución de Polietilenglicol 4000 y comparación con el precio de formulaciones comerciales**

MARQUES M, BADANO M, RUIZ A.

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Néstor Kirchner – Florencio Varela – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: micalamarques91@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El Cáncer Colorrectal (CCR) es el tercer cáncer en incidencia y el segundo en términos de mortalidad. La mortalidad está en descenso en los países más desarrollados gracias a la adopción de mejores prácticas en el diagnóstico precoz y tratamiento. La videocolonoscopia (VCC) es útil como primera herramienta de pesquisa en CCR en

pacientes con riesgo promedio. La calidad de la preparación intestinal es clave en la eficacia de la VCC. Para tal fin existen formulaciones comerciales en base a Polietilenglicol (PEG) de gran volumen (4l) o bajo volumen (2l) con coadyuvantes. De acuerdo a la bibliografía, se prefieren estas últimas ya que han demostrado tener menor cantidad de efectos adversos y mejor tolerancia. La accesibilidad a dichos medicamentos se ve dificultada debido a su precio, comprometiendo la realización de los estudios.

Nuestro hospital es un hospital de alta complejidad que cuenta con un laboratorio de preparaciones no estériles en el Servicio de Farmacia (SF), que nos permite elaborar formulaciones de alta calidad.

El objetivo de este trabajo es elaborar una formulación magistral (FM) alternativa y realizar un análisis comparativo de precios con FC disponibles.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En diciembre de 2021 se realizó una búsqueda bibliográfica a través de PubMed usando las palabras claves: videocolonoscopia, solución Golytely, preparación intestinal. Se encontró una FM de bajo volumen en base a PEG 3350 y sales con bisacodilo como coadyuvante, posible de realizar en nuestro laboratorio. Como este principio activo no está disponible en el mercado, fue reemplazado con PEG 4000 sin que esto suponga una modificación sustancial en la naturaleza de la formulación, según lo encontrado en Martindale 38ed

Se realizó la preparación en base a la formulación encontrada. Cada kit utilizado por paciente para la preparación colónica se compone de 147 g de mezcla (conteniendo 128 g de PEG 4000) para preparar 2 L de solución y 4 comprimidos de bisacodilo. Se trata de una solución extemporánea con una estabilidad una vez preparada de 48 hs en heladera.

Para el análisis se tuvieron en cuenta los costos de la materia prima (MP) utilizada y el precio de envases y comprimidos de bisacodilo. No se consideraron los costos indirectos. Los precios actualizados de las MP, comprimidos y envases se solicitaron a los proveedores habituales del hospital y los precios de las formulaciones comerciales se obtuvieron de la página AlfaBeta.

Como unidad de análisis se consideró lo necesario para la preparación colónica de un paciente. Se obtuvo que el costo de elaboración de nuestra FM por kit es de \$655,42 (precio 07/22). El precio de las formulaciones comerciales usadas para el mismo fin varía entre \$1087,80 y \$1558,00 para la compra en el hospital (precio 03/22), y entre \$6584,08 y \$11710,62 para su compra particular en farmacias (precio 07/22). Comparativamente, existe un ahorro del 40-43% para el hospital y del 90-94% para la compra particular.

#### DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la gran diferencia de precios entre ambas, la elaboración podría significar una mejora en la accesibilidad de los pacientes a los preparados, posibilitando una mayor detección y tratamiento tempranos del CCR, mejorando su pronóstico. Una limitación de este análisis es la falta de estudios sobre seguridad y eficacia de la FM. Es por esto que planteamos otra línea de investigación para intentar demostrar que nuestra formulación es al menos tan segura, eficaz y tolerable como las comerciales.

Si consideramos que el precio del envase representa el 45% del costo total de la formulación, podríamos disminuirlo aún más buscando otras alternativas de envase primario

En caso de poder confirmar la no inferioridad de nuestra formulación, esta podría ser replicada por otros SF, farmacias comunitarias o laboratorios de producción pública permitiendo una llegada aún mayor a la población general, evidenciando la importancia del trabajo del farmacéutico como parte del equipo asistencial.

### **Estrategias para minimizar la ocurrencia de errores en el uso de soluciones parenterales de electrolitos y/o glucosa**

MENDES GARRIDO F, PALERMO E, CABRAL C, SALVADOR R  
Clínica Santa Isabel - Grupo Omint – CABA – Argentina  
Mail de contacto: facundomga@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

Las soluciones parenterales inyectables con electrolitos y/o glucosa se utilizan para la reconstitución de medicamentos, infusiones intravenosas, planes de hidratación parenteral, irrigación, etc. Los rótulos de los envases primarios de las soluciones parenterales presentan colores diferentes para su correcta identificación según las disposiciones ANMAT 8278/2011 y 3602/2018. El desconocimiento de la legislación y de los usos de las soluciones parenterales de pequeño (menor a 100 mL) o gran volumen (denominados comúnmente “sueros”) por el personal asistencial puede conducir a eventos adversos. Particularmente, las soluciones parenterales de electrolitos de pequeño volumen son medicamentos de alto riesgo y pueden causar daños graves cuando se produce un error en el curso de su utilización, por lo que se deben adoptar estrategias para prevenir errores. Los profesionales farmacéuticos deben velar por el uso adecuado de los medicamentos e implementar estrategias de capacitación e identificación de medicamentos de alto riesgo.

#### **PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO**

Los farmacéuticos elaboraron un procedimiento operativo estándar con estrategias para la correcta identificación de soluciones parenterales. Se formalizó la verificación del cumplimiento de las especificaciones de colores de ANMAT al momento de la adquisición, fraccionamiento y dispensa, y se colocaron carteles con el color correspondiente del rótulo en las gavetas o pallets de almacenamiento de soluciones parenterales en Farmacia Central y de Quirófano. Se implementó la marcación con pintura roja de la cabeza de las ampollas de cloruro de potasio. Además, los farmacéuticos realizaron un video corto (4') sobre medicamentos de alto riesgo en general y soluciones parenterales inyectables en particular, con la denominación en el sistema informático, color del rótulo y usos habituales de las presentaciones incluidas en la guía farmacoterapéutica. El contenido del video fue consensuado con referentes de Clínica Médica y Enfermería para adecuarlo al nivel y necesidades de estos sectores y de la Farmacia. El video se subió a YouTube y el link de acceso se difundió entre médicos, enfermeros y técnicos de Farmacia vía mail, WhatsApp y un código QR para escanear con el celular. La capacitación se registró a través de un

formulario de Google Drive. Al mes de iniciada la difusión del video se capacitaron 250 personas.

#### DISCUSIÓN

El trabajo interdisciplinario entre farmacéuticos, médicos, enfermeros y otros profesionales permite identificar necesidades y consensuar estrategias para implementar mejoras en los procesos de las instituciones de salud. En este sentido, el rol de los farmacéuticos hospitalarios es crucial para las mejoras en la calidad de atención y la seguridad de los pacientes. La redacción de los procedimientos del servicio constituye una herramienta para homogeneizar el trabajo en la Farmacia, en el marco de un sistema de calidad. La verificación del cumplimiento de la legislación permitió que el servicio de Farmacia identificara un desvío en un lote de solución de gluconato de calcio de un laboratorio nacional (rótulo azul en lugar de verde), que se reportó al elaborador y a ANMAT. La capacitación a través del video permitió brindar información sobre medicamentos a trabajadores de diferentes servicios que no la conocían, y se espera que minimice el reporte de eventos adversos relacionados con la prescripción, dispensa y administración de soluciones parenterales inyectables. La participación activa de los farmacéuticos, su actualización constante en la legislación y en el uso de las nuevas tecnologías de comunicación, condujo a un gran alcance de la capacitación dentro de la institución. Dados los resultados positivos, próximamente se replicarán las estrategias para otros medicamentos de alto riesgo como los LASA (Look Alike-Sound Alike, que se ven o suenan similar) y la adopción de medidas de identificación complementarias (fraccionamiento en bolsas de diferentes colores).

#### **Puesta en marcha de un área para preparar nutriciones enterales artesanales en el servicio de farmacia de FLENI**

MAIDANA D., ORTEGA LÓPEZ M. X., SAXTON R  
FLENI – CABA – Argentina  
Mail de contacto: [dmaidana@fleni.org.ar](mailto:dmaidana@fleni.org.ar)

#### INTRODUCCIÓN

Según Torresani M. Elena (1999), la nutrición enteral artesanal (NEA) son fórmulas preparadas en el hogar o en la institución a través de alimentos y/o módulos de principios nutritivos que deben ir combinándolos para cubrir las necesidades nutricionales. Tienen la ventaja de poder graduar las distintas concentraciones según las necesidades nutricionales, así como adecuarse al calibre de la sonda o al órgano al cual va destinada la alimentación. La desventaja es la mayor manipulación que requieren y, por consiguiente, el mayor riesgo de contaminación.

Tradicionalmente en Fleni las NEA eran preparadas por una mucama supervisada por las nutricionistas, en un sector del servicio de nutrición.

Debido a las competencias del farmacéutico en la elaboración y a la necesidad de dotar de mayor calidad a la preparación, al circuito general de prescripción y dispensa de NEA, vimos la oportunidad de acondicionar un área para elaborar las NEA en la farmacia.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Durante la segunda parte de 2021 en el laboratorio de preparaciones no estériles se realizó una modificación estructural, la cual permitió tener un área dedicada y segregada para la preparación de NEA. Se colocó un filtro de aire (HEPA), obteniendo un área de clasificación ISO 8. A su vez, se restringió el acceso con una antesala para colocarse la vestimenta correspondiente. Generando todos los procedimientos necesarios para reducir el riesgo de infección hospitalaria, como por ej. Política Institucional P0059 - Prevención y control de las infecciones relacionadas al área de Nutrición, ya que se considera un área crítica:

Al mismo tiempo el servicio de farmacia diseñó una hoja de alimentación compartida, donde las nutricionistas generan el pedido de los alimentos o principios nutritivos que conformaran la NEA, registran datos del paciente como: nombre, edad, DNI. Para la prescripción selecciona la opción correspondiente al tipo de alimentación y completa la información solicitada en las celdas que aparecen resaltadas automáticamente de acuerdo con la opción seleccionada. Las nutriciones indicadas para ese paciente se registran ingresando el código interno y la cantidad, el volumen diario y la cantidad de tomas de ese total (cantidad de contenedores).

El farmacéutico responsable valida las NEA indicadas de acuerdo con la historia clínica electrónica y con la información registrada en la hoja de alimentación. Una vez validada, dicha hoja se entrega al técnico de farmacia para su posterior elaboración en los contenedores plásticos estériles y luego son dispensadas a la enfermera del piso de internación correspondiente con una estabilidad no mayor a 24 hs según corresponda, a su vez se dispensan nutriciones enterales comerciales listas para administrar, en polvo y/o líquidas.

De noviembre de 2021 hasta agosto 2022 se prepararon 1373 NEA, con una media de preparación diaria de 5 unidades. De estas 1373 preparaciones un 36% (489) corresponden a Dietas cetónicas, utilizadas en casos de epilepsia refractaria siendo en su mayoría pacientes pediátricos.

#### DISCUSIÓN

El farmacéutico cuenta con las competencias y formación necesarias para establecer un área apta para la preparación de NEA y obtener un producto seguro para el paciente.

A su vez, mediante la hoja de alimentación puede realizar la validación de la nutrición y corroborar que no existan interacciones con la medicación prescrita.

Las NEA tienen un alto grado de manipulación y por lo tanto un mayor riesgo de potencial contaminación. Proponer un área de preparación a tal efecto con condiciones controladas de trabajo logró la rápida aceptación del proyecto por parte de los distintos profesionales involucrados, mejorando la calidad y seguridad de la preparación, la dispensa y la administración.

## AUDITORIO BUSTELO

### SÉPTIMA SESIÓN ORAL–VIERNES 21, de 8:00 a 9:00 hs

#### **Farmacovigilancia de medicamentos hemoderivados desde una Industria farmacéutica pública nacional: resultados preliminares de un análisis entre 2009 y 2022**

BARROS C., RIVERO R., CARDOZO P., MINARDI S., KEDIKIAN R., FONTANA D.  
Laboratorio de hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba– Córdoba– Argentina  
Mail de contacto: carolina.barros@unc.edu.ar

#### INTRODUCCIÓN

La Disp. ANMAT 5358/2012 establece la obligatoriedad para la industria farmacéutica de realizar actividades de farmacovigilancia a fines de obtener información de seguridad sobre el uso de los medicamentos y prevenir y/o minimizar daños a la salud de los pacientes. El Laboratorio de Hemoderivados de la UNC (LH-UNC) tiene un Programa de Farmacovigilancia (PF) formalizado en el año 2014 acorde a lo establecido por ANMAT. No obstante, cuenta con datos de efectividad y seguridad de los medicamentos que distribuye, obtenidos en años previos a la existencia de dicho PF. Dado que la notificación espontánea (NE) es poco frecuente, a partir del año 2017 se implementaron nuevas estrategias de farmacovigilancia activa (FVG-A) tales como estudios de campo (EC) y visita de representantes regionales (RR), que se sumaron a la estrategia ya vigente, el programa de donación de medicamentos (PDM). Además, en 2020, se implementaron herramientas para la optimización del sistema de registro de datos, pasando del uso de formularios en papel (FP) al uso de formularios digitales online (FO) diseñados con Google Forms.

#### OBJETIVOS

Analizar las notificaciones obtenidas antes y después de implementar las nuevas estrategias de FVG-A.  
Evaluar el impacto del uso del FO vs FP en la cantidad de notificaciones recibidas.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo.  
Se analizaron las notificaciones recibidas en el LH-UNC durante el periodo 2009-2022 (hasta el 30 de junio inclusive).  
Se registraron en tablas de Excel las notificaciones de los siguientes medicamentos: Albúmina Sérica Humana 20% UNC (ASH); Inmunoglobulina G Endovenosa UNC (IGE); Gammaglobulina T (GT) Factor VIII Antihemofílico UNC (FVIII); Antitrombina III UNC (ATIII), Gammasub UNC (GS).  
Se determinó: cantidad total de notificaciones, fuente de notificaciones, distribución por medicamento, número de notificaciones antes y después de implementar las nuevas estrategias de FVG-A, notificaciones según tipo de formulario empleado.

#### RESULTADOS

Notificaciones analizadas: n=1106

Fuente de las notificaciones: EC: 26.9% (n=297), RR: 27.6% (n=305), PDM: 43.8% (n=485); NE: 1.7% (n=19)

Distribución por medicamento: ASH 10% (n=111), IGEV 77.3% (n=855), GT 0.3% (n=3), FVIII 12.1% (n=134), ATIII 0.2% (n=2), GS 0.1% (n=1)

Notificaciones antes/después de nuevas estrategias de FVG-A: antes: 22.4 % (n=248); después: 77.6% (n=858)

Notificaciones según tipo de formulario empleado: FP: 61.4% (n=679), recopiladas durante un lapso de 11 años (2009 a 2019); FO: 38.6% (n=427), recopiladas en 2,5 años (2020 a junio de 2022)

#### DISCUSIÓN

El análisis de las notificaciones evidencia la importancia de implementar FVG-A, ya que el 98.3% (n=1087) de las mismas se obtuvo mediante estas acciones. Las nuevas estrategias utilizadas a partir de 2017 tuvieron un impacto positivo reflejado en el aumento del número de notificaciones observado. Sería de importancia realizar un análisis de asociación de variables para determinar su significancia estadística.

La utilización de un FO demostró el valor que tiene la transformación digital aplicada a este campo como en tantos otros. Dado que la herramienta Google Forms presenta limitaciones vinculadas al diseño requerido desde el PF del LH-UNC, se está evaluando la implementación de una nueva herramienta informática (REDCap – Research Electronic Data Capture) que permitirá realizar el registro electrónico de datos online de una manera más amigable y eficiente.

#### CONCLUSIÓN

La cantidad de notificaciones recibidas fue mayor luego de implementar nuevas estrategias de FVG-A; se considera fundamental continuar desarrollando este tipo de acciones para obtener información sobre el uso de medicamentos hemoderivados.

La implementación del FO tuvo un impacto positivo ya que permitió obtener una mayor proporción de notificaciones en relación al periodo de tiempo transcurrido comparado con el FP (171 vs 62 notificaciones/año), mostrándose como una opción potencialmente más efectiva.

#### **Análisis de la adherencia de profilaxis antibiótica intraoperatoria en cirugías cardiovasculares y su relación con la tasa de infección de sitio quirúrgico en un hospital de alta complejidad**

VALLE N, MORATTO C, ARZENO M, MANSILLA A, TINTORELLI V.

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA– Argentina

Mail de contacto: nelida.valle@hospitalitaliano.org.ar

#### INTRODUCCIÓN

La infección de sitio quirúrgico (ISQ) es una de las complicaciones más frecuentes de una cirugía (CX). Por el elevado número de procedimientos quirúrgicos (PQ) llevados a cabo en el hospital y la importante morbimortalidad, sumado a un aumento en la estadía de internación, reingresos y los elevados costos, es que el Hospital Italiano de

Buenos Aires cuenta con una guía de profilaxis antibiótica (GPA). Debido a un incremento en la tasa de ISQ: 3,77% en el 2021 respecto a 2,82% en el 2020 en cirugías cardiovasculares (CCV) se tomaron acciones. Evaluar en conjunto con el servicio de anestesia, infectología, CX y comité de control de infecciones (CCI) la profilaxis antibiótica intraoperatoria (PAI), que es una de las medidas con mayor evidencia científica para disminuir este riesgo.

#### OBJETIVOS

Analizar la adherencia (AD) de PAI en CCV según las recomendaciones de la GPA y evaluar la tasa de ISQ.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y observacional de pacientes (P) adultos ambulatorios e internados, sometidos a CCV en quirófano central entre los meses de abril a junio 2022. A partir de la Historia Clínica Electrónica (HCE) se obtuvo: antibiótico/s (ATB) prescripto/s, dosis, horario y frecuencia de administración. La adecuación de la profilaxis fue contrastada con la GPA, definiendo el cumplimiento o no. Luego de reuniones multidisciplinarias entre los servicios de farmacia, anestesia, infectología y CCI, se determinó como valor de corte de cumplimiento de AD, un porcentaje mayor al 80%.

La tasa de ISQ se determinó teniendo en cuenta como denominador los PQ realizados mensualmente agrupados por categoría quirúrgica y como numerador a los episodios de ISQ según las definiciones del centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) que ocurren post PQ vigilado.

#### RESULTADOS

Se analizaron 115 CCV, de las cuales cumplieron con las recomendaciones de la GPA 99 CX (86%), mientras que en 16 CX (14%) se observó algún desvío. El porcentaje de AD a la guía de PAI fue del 87%.

Los desvíos observados fueron: error de registro y dosis equivocada (7/16;44%), omisión de profilaxis ATB (3/16;19%), omisión de dosis de refuerzo (3/16;19%), omisión de ATB necesario (2/16;12%) y administración de ATB innecesario (1/16;6%). La tasa de ISQ en el corte analizado en el 2022 fue de 2,38%.

#### DISCUSIÓN

La AD a la guía de PAI fue superior al punto de corte establecido. Esto se debió al trabajo en equipo, el rol activo del farmacéutico en el control y uso de antimicrobianos, ateneos multidisciplinarios y comunicación efectiva entre los servicios involucrados. Además, se generaron alertas en la HCE cuando el tiempo de CX se extendió más de cuatro horas.

La principal causa de incumplimiento fue error de registro y dosis equivocada, se observaron indicaciones de dosis subterapéuticas y dosis incorrectas porque fueron ajustadas a función renal.

El desvío de omisión de ATB necesario se debió a falta de indicación de vancomicina en P internados durante más de 72 horas o colonizados con SAMR.

En omisión de dosis de refuerzo se observó que no se indicó la dosis de refuerzo de cefazolina en CX de más de cuatro horas.

En administración de ATB innecesario había casos donde la indicación de vancomicina no era requerida debido a que los P no se encontraban colonizados ni tenían antecedentes de SAMR y el período de internación antes de la CX era menor a 72 horas.

En omisión de profilaxis ATB se observaron que ambas CX fueron urgencias, pudiendo ser ésta la causa.

La disminución de la ISQ se correlaciona con la AD a PAI en el período analizado. También se implementaron controles sobre: correcta higiene de manos, antisepsia de piel por baños con clorhexidina, aplicación de mupirocina, controles de glucemia y número máximo de personas presentes durante una CX.

#### CONCLUSIÓN

En base al resultado obtenido se observa una adecuada AD de PAI. Las acciones implementadas de manera interdisciplinaria mejoran el cumplimiento de la PAI y disminuyen la tasa de ISQ.

### **Adherencia de pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo I de un hospital público y correlación con la hemoglobina glicosilada**

GARCÍA HERRERA F

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” – La Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: [felghe1401@gmail.com](mailto:felghe1401@gmail.com)

#### INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 (DBT-I), requiere de una serie de demandas conductuales que lo vuelven complejo y por su cronicidad, dificultan la adherencia (ADH). La hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) es un indicador que refleja la concentración de glucosa de las últimas 6-8 semanas y puede usarse para evaluar la ADH. Altos valores de Hb1Ac ( $\geq$  a 9%) indican un pobre control metabólico (CM), valores medios ( $7% < \text{Hb1Ac} < 9\%$ ) indican un CM satisfactorio, y bajos valores ( $\leq 7\%$ ) indican un buen CM.

Los datos de los registros de dispensación de farmacia (RDF) son un método indirecto para medir la ADH, que suponen que un paciente toma la medicación que se le dispensa. Es un método sencillo con limitaciones: la dispensación no es sinónimo de cumplimiento y se pueden inducir sesgos en la valoración, infra o sobreestimando la ADH. Para tratamientos crónicos, el objetivo de ADH es lo más cercana al 100% posible (valor ideal), y se considera buena ADH valores  $> 90\%$ .

#### OBJETIVOS

Estimar la adherencia al tratamiento de pacientes pediátricos con DBT-I a partir del registro de dispensación de farmacia. Evaluar el control metabólico de estos pacientes a través de la Hb1Ac y compararlo con la adherencia estimada.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de corte

longitudinal. Criterio de inclusión: pacientes con DBT-I sin obra social atendidos en el Hospital de Niños de La Plata durante el año 2020. La ADH se evaluó a partir del RDF. Se calculó la ADH de cada paciente como:  $ADH \text{ individual} = \frac{\text{n}^\circ \text{ meses retiró medicación}}{\text{n}^\circ \text{ meses en tratamiento en el año}} \times 100$ . Además, se calculó la ADH promedio de los pacientes como:  $ADH \text{ prom} = \frac{\text{suma de ADH individuales}}{\text{cantidad total de pacientes}} \times 100$ . El CM se evaluó mediante el análisis de los valores de Hb1Ac disponibles para el período analizado, consultando las historias clínicas. Se calculó la HbA1c promedio (Hb1Ac prom) de cada paciente.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 95 pacientes. Sólo 8 (8,4%) tuvieron una ADH del 100%. 10 (10,5%) tuvieron una ADH del 91,6% y en total 18 pacientes (18,9%) tuvieron una ADH >90%. La ADH promedio fue de 61,1%. Solo se obtuvieron datos de Hb1Ac de 78 pacientes (82,1%). 4 (4,2%) tuvieron Hb1Ac prom  $\leq 7\%$ ; 36 (37,9%) tuvieron Hb1Ac prom entre 7 y 9% y 38 (40,0%) tuvieron Hb1Ac prom  $\geq 9\%$ . Para 17 pacientes (17,9%) no se encontraron valores de Hb1Ac. Para los 8 pacientes con 100% de ADH, los valores de Hb1Ac prom fueron 10,3; 10; 9,7; 9,5; 9,4; 8,3; 7,2 y 6,7%. Para los 10 pacientes con 91,6% de ADH, las Hb1Ac prom fueron 8,7; 8,8; 8,5; 7,2; 9,1; 7,4; 8,9; 7,1; 8,2 y 7,4%.

#### DISCUSIÓN

El estudio muestra que los pacientes tienen una mala ADH, ya que el 81,1% tienen una ADH <90%. El CM es inadecuado, ya que solo el 4,2% tiene Hb1Ac%  $\leq 7\%$ . Cuando se comparó la ADH con la Hb1Ac, se observó que, a excepción de un paciente, los pacientes con buena ADH e incluso aquellos con ADH ideal, tienen valores de Hb1Ac >7 y por lo tanto un pobre o insatisfactorio CM. Esto era probable dadas las limitaciones del método y porque, además, en el estudio no se consideraron otros factores influyentes en la Hb1Ac (dieta, ejercicio, estilo de vida). Los resultados ponen en evidencia la necesidad de intervenir de manera interdisciplinaria para mejorar la ADH y el CM de los pacientes, disminuyendo así las consecuencias a largo plazo del mal manejo de la DBT-I. Un factor determinante para los resultados fue el inicio de la pandemia por SARS-COV 2 en marzo de 2020, ya que la restricción de la circulación limitó la asistencia de los pacientes al hospital a retirar la medicación. Sería interesante volver a hacer el análisis post pandemia y post intervenciones para evaluar el impacto en la ADH y el CM.

#### CONCLUSIÓN

Los pacientes pediátricos con DBT-I analizados tienen una mala ADH y un inadecuado CM. Para los pacientes con buena ADH, el CM no resulta el esperado. Es necesario intervenir interdisciplinariamente para mejorar estos resultados.

#### **Gestión del error de medicación en el servicio de farmacia de un hospital de mediana complejidad**

CHACÓN MG., MUSSÉ M., BARBEITO AL., NAFFISI L., OROZCO M.  
Hospital Alfredo Italo Perrupato – Mendoza – Argentina  
Mail de contacto: farmgabrielachacon@yahoo.com.ar

## INTRODUCCIÓN

En 2017 la OMS lanza el tercer reto por la seguridad del paciente (SP): “Medicación sin daños” focalizado en acciones destinadas a reducir a la mitad los errores de medicación en los próximos cinco años. El Servicio de Farmacia (SF) del Hospital Perrupato (HP) incorporó conceptos de SP en Misión, Visión, Mapa de Procesos y Procedimiento “Gestión del error” con barreras para frenar errores de medicación: 2 Barreras de Adquisición de medicamentos 1 Barrera en Recepción 4 Barreras en Almacenamiento 4 Barreras en la Dispensación.

## OBJETIVO

Evaluar el funcionamiento de las barreras descritas y clasificar los errores de medicación evidenciados.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Desde marzo del 2021 a marzo 2022 en el SF del Hospital Perrupato. Para evaluar el funcionamiento de las 11 barreras se utilizaron reportes de error voluntarios recibidos en grupo whats app (152) que se registraron en planilla Excel con datos del Formulario de Registro de Error de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital. Se clasificaron y se calcularon porcentajes de reportes por mes en cada variable. 1-Tipo de error: prescripción ilegible, medicamento no indicado/apropiado, duplicidad terapéutica, frecuencia, dosis incorrecta, omisión de dosis, forma farmacéutica equivocada, paciente incorrecto o datos erróneos o faltan datos, duración incorrecta del tratamiento, medicamento vencido/deteriorado, etiquetado/Prospecto/Envasado. 2-Etapa en que ocurrió: adquisición, recepción, almacenamiento, prescripción, dispensación, administración. 3-Categoría: potencial (A), sin daño (B) llega al paciente (C), con daño (E,F,G,H), mortal (I). 4-Barrera que intercepta: adquisición, recepción, almacenamiento, dispensación. 5-Documento/formulario que evidencia el error: recetario, orden de compra, remito. 6-Sector: Internación o Ambulatorio. 7-Personal que informa: Farmacéutico o Técnico. 8-Horario: Turno (T) mañana, siesta, noche. Se excluyen los datos de error provenientes de la validación farmacéutica de internación que se registran en el reporte Formulario Intervención Farmacéutica.

## RESULTADOS

1- 66% Datos de pacientes erróneos, 15% Paciente incorrecto. 2- 85% Prescripción, 6%Admisión, 5% Dispensación. 3- 86%B, 9%C, 5%A. 5-51%. 4- 51% Validación farmacéutica Internación, 29% Control de receta por técnico, 7%Validación farmacéutica en Programas Especiales, 8% Ninguna. 5- 65% Recetario digital internación, 16% Recetario impreso CE, 9%Recetario manual ambulatorios. 6- Internación 80%, Ambulatorio 19%. 7- Farmacéutico 55%, Técnico/Auxiliar 31%, Farmacéutico Residente 14%. 9- 77%Turno mañana, 16% Turno siesta.

## DISCUSIÓN

Predomina error de prescripción coincidente con bibliografía, en internación. Referido a la 1ª meta de Identificación del paciente se destacan datos erróneos del paciente en el recetario digital de internación en el turno mañana que no llegaron al

paciente. Si la receta de internación pudiera iniciarse con los datos cargados desde admisión podría eliminarse este error. En el 92% de los reportes la validación farmacéutica y control de receta por técnico frenaron errores de medicación. En 12 reportes (8%) ninguna barrera (4 de almacenamiento o 4 de dispensación) desde el SF interceptó los errores de almacenamiento en lugar incorrecto o comprimidos fraccionados con rótulo incorrecto, de administración de comprimido entero en lugar de un cuarto y de dispensación medicamento erróneo, que llegaron al paciente en 10 reportes, y en 2 reportes enfermera y médica advirtieron el error que no llegó al paciente. Limitaciones del estudio: No se registraron barreras para selección de medicamentos y elaboraciones no estériles en el PFNº20. Solo personal del SF pudo reportar.

#### CONCLUSIÓN

La gestión del error desde la identificación de barreras en procedimientos resultó ser de utilidad para que la mayoría de los errores reportados no llegarán al paciente.

#### **Uso de letermovir post trasplante de células progenitoras hematopoyéticas en un hospital de alta complejidad**

DEVIA E, GOMEZ P, CATANZARITI A, RODRIGUEZ M  
Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina  
Mail de contacto: paula.gomez@hospitalitaliano.org.ar

#### INTRODUCCIÓN

La reactivación de citomegalovirus (CMV) es una de las principales causas de mortalidad en pacientes inmunosuprimidos post trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH).

Letermovir (LET) fue incorporado en el vademécum hospitalario en febrero del 2020 con las siguientes pautas de uso: 1) posología y ajuste de dosis según ficha técnica del fármaco 2) indicación de profilaxis en pacientes TCPH con alto riesgo de infección por CMV, y en quienes no puedan recibir otro antiviral por toxicidad o falla terapéutica y 3) contar con interconsulta y seguimiento por parte de infectología.

El seguimiento interdisciplinario de pacientes bajo profilaxis con LET y el correcto uso tras su reciente incorporación en el hospital, representa un desafío para el equipo de salud.

#### OBJETIVOS

Analizar la adecuación del uso de LET en pacientes internados a las pautas con las que fue incorporado en un hospital de alta complejidad.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo, en el cual se analizó la historia clínica (HC) de pacientes adultos internados que se encontraban bajo tratamiento con LET desde junio 2020 hasta junio 2022.

Los datos analizados fueron: indicación, enfermedad de base, tipo de trasplante, dosis, vía de administración, interacciones con la medicación concomitante,

reacciones adversas graves, reactivación viral, duración de la profilaxis, interconsulta con infectología y mortalidad.

#### RESULTADOS

Se analizaron ocho pacientes bajo tratamiento con LET. La mediana de edad fue de 63 años (23-69 años). Ocho pacientes lo usaron como profilaxis en TCPH, siete de ellos alogénicos. La enfermedad de base en la mitad de los pacientes fue leucemia aguda. La duración de la terapia fue menor a 100 días en cinco pacientes y de 100 días en el resto. El total de pacientes utilizó LET por vía oral. Siete pacientes recibieron una dosis de 480 mg y uno recibió 240 mg por estar recibiendo ciclosporina.

Tres pacientes tuvieron reactivación de CMV intraprofilaxis, dos de ellos tras TCPH alogénico.

El total de pacientes recibió aciclovir como profilaxis de reactivación por herpes.

No se registraron efectos adversos graves en la historia clínica. El total de los pacientes tuvo interconsulta con infectología.

Cinco pacientes fallecieron. En estos pacientes no se documentó carga viral al momento de la defunción.

#### DISCUSIÓN

Previo al LET no existía un consenso en cuanto al uso de profilaxis en receptores CMV+.

En el total de pacientes, el LET se utilizó según la dosis recomendada en la bibliografía publicada y la ficha técnica.

Respecto a sus interacciones, requiere un ajuste de dosis del 50% cuando es administrado con ciclosporina, ya que esta inhibe los transportadores responsables de la entrada del LET al hígado para su metabolismo. Este ajuste se realizó en el caso de un paciente.

Dado que el LET no presenta actividad contra herpesvirus, el uso de otro antiviral es recomendado. Todos los pacientes recibieron cobertura profiláctica con aciclovir.

En el caso del paciente que recibió LET tras TCPH autólogo, su uso fue coincidente con los criterios de incorporación al hospital por estar contraindicado el ganciclovir.

En ningún caso se excedió la duración del tratamiento más allá del día 100 post TCPH, en línea con la recomendación de la bibliografía, ya que la seguridad y eficacia luego de este día no ha sido estudiado.

Como limitante del estudio, en los casos de reactivación de CMV no se pudo valorar posibles resistencias. Además, por el bajo número de casos analizados, no podemos hacer una comparación del porcentaje de reactivación de CMV al día 100 que en nuestra serie fue 37% mientras que en el estudio pivotal fue 19.1%

#### CONCLUSIÓN

El uso de LET como profilaxis en pacientes TCPH con alto riesgo de infección por CMV se adecuó a las pautas con las que fue incorporado al vademécum hospitalario.

## **Apropiabilidad de antimicrobianos en un hospital de alta complejidad**

RIOS C, GONZALEZ L, LUCINI S, SCARSELLETTA F, SFARA C, DÍAZ N, FARINA J, VINICOFF G, ZUBELDÍA BRENNER L, GIL F.

Hospital de alta complejidad Cuenca Alta Néstor Kirchner – Cañuelas – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: farmaciahospitalcuencaalta@gmail.com

### **INTRODUCCIÓN**

El uso de antimicrobianos (ATM) tiene impacto en el paciente, en el medio ambiente y en la población. El objetivo de los programas de optimización de uso de ATM (PROA) es mejorar resultados clínicos, reducir efectos adversos, resistencia y gasto por uso inadecuado. El farmacéutico cumple un rol clave en la validación de prescripciones, optimización de dosis, identificación precoz de eventos adversos y prevención de interacciones. Así, los farmacéuticos intercambiamos información con infectólogos y microbiólogos en un pase semanal desde agosto de 2021, con el fin de alcanzar la mejor terapéutica para el paciente. El registro y análisis del trabajo realizado nos permite evaluar el impacto de la implementación del mismo y las futuras líneas de acción.

### **OBJETIVOS**

Evaluar en el marco de un PROA, la apropiabilidad (AP) de los tratamientos ATM prescritos en pacientes internados, las intervenciones farmacéuticas (IF) y su aceptación por parte del equipo médico.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional, prospectivo, realizando 3 cortes mensuales durante el pase semanal sobre prescripciones de ATM en pacientes internados de enero a junio 2022. Se registró: ATM, tipo de tratamiento, motivo de IF y su aceptación. Se evaluó apropiabilidad según: indicación de tratamiento, posología, duración y ATM, basada en protocolos locales y criterio clínico-bacteriológico.

### **RESULTADOS**

Se obtuvieron 17 cortes con 912 indicaciones, de las cuales la AP global fue 80%. Motivos de no AP: no indicación de ATM 58%, duración 19%, ATM no adecuado 18% y posología 5%. AP por sala: neonatología 94%, UTI 90%, UTIM 78%, cuidados generales 76%, partos 75%, emergencias 50%, maternidad 44%. No AP por tipo de tratamiento: profilaxis quirúrgicas (PQ) 55%, empíricos 26% (63% sin indicación), dirigidos por gram 11%, dirigidos 5% y profilaxis médicas 3%. De 912 prescripciones 297 tuvieron IF y 69 de ellas por más de un motivo. Del total, 95% fueron aceptadas. De los tratamientos adecuados 35% sufrieron IF aceptadas previas al pase aportando a su AP. Motivos IF (número): posología 191, mejora en administración 121, ATM 18, monitoreo 12, indicación 7, duración 6, vía de administración 6 y evento adverso 4.

### **DISCUSIÓN**

El gran porcentaje de ATM prescritos sin indicación expone su habitual uso no racional. Las salas con equipo interdisciplinario afianzado con farmacéutico clínico

incorporado como UTI y Neonatología tienen porcentajes de AP superiores. Contrariamente, en las salas sin farmacéutico clínico asignado como Maternidad y Emergencias, se obtuvieron los menores porcentajes de AP. Se deben optimizar las PQ, como también los tratamientos empíricos por su alto porcentaje de inadecuación por no indicación. Las IF permitieron aumentar la AP de ATM principalmente por optimización de posología, reflejada en el alto porcentaje de IF por posología y en el bajo porcentaje de no AP por tal motivo. Como limitación del trabajo se destaca el subregistro de IF, principalmente las no aceptadas y la falta de proporcionalidad en los cortes mensuales por factores externos. Del análisis del PROA se logran evidenciar oportunidades de mejora y establecer prioridades de abordaje: farmacéutico clínico en todas las salas y promoción de la adecuación principalmente en las prescripciones de PQ y tratamientos empíricos.

#### CONCLUSIÓN

La AP de los tratamientos de ATM prescritos en pacientes internados fue acorde a lo esperado según la meta planteada para este año en el PROA institucional (75%). Las IF fueron ampliamente aceptadas por el equipo médico, generando un impacto positivo sobre la AP de los tratamientos instaurados. La interdisciplinariedad del equipo de salud permite optimizar el tratamiento ATM de los pacientes.

### SALA MAGNA

#### OCTAVA SESIÓN ORAL–VIERNES 21, de 8:00 a 9:00 hs

#### **Alergia al látex, un problema que crece en el ámbito hospitalario**

MARSIGLIA LÓPEZ JL, BUCCIARELLI L, FILLOY MF, RUIZ ML, SÁNCHEZ FA, KOCHI CA, TESTA AGUIRRE AM, FRANCESCHI V, SÁNCHEZ JM, FEUERSTEIN SV  
Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina  
Mail de contacto: [julieta.marsiglia@hospitalitaliano.org.ar](mailto:julieta.marsiglia@hospitalitaliano.org.ar)

#### INTRODUCCIÓN

En la actualidad ha aumentado significativamente el número de individuos con alergia al látex, dando como resultado un importante problema de morbimortalidad en el ámbito de la salud.

Se define como "alergia al látex" cualquier reacción al látex mediada por mecanismos inmunológicos que se acompaña de manifestaciones clínicas que abarcan desde afecciones locales leves a reacciones anafilácticas con riesgo de muerte.

Actualmente no existe tratamiento curativo para la alergia al látex y la medida más segura para prevenir complicaciones es minimizar al máximo la exposición al alérgeno, además de contar con personal y pabellones quirúrgicos debidamente preparados.

En Argentina existe la disposición 6013 del año 2014, donde la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) dispone que los productos médicos que contienen látex de caucho natural en su composición deberán indicarlo en el rótulo.

El objetivo de este reporte es identificar y evaluar la presencia de látex en aquellos medicamentos y productos médicos más solicitados y consultados en la farmacia de internación de un hospital de tercer nivel. Además, confeccionar una tabla de consulta rápida y de fácil acceso con esta información.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se relevaron los medicamentos y productos médicos más solicitados y consultados sobre su composición en todos los sectores de internación del hospital. Los mismos debían estar incorporados al vademécum del servicio de farmacia de internación.

Se procedió a realizar una revisión visual de los productos médicos, clasificándolos entre los que poseían el logo libre de látex, la leyenda “contiene látex” o ninguna referencia en su envase. Para clasificar a estos últimos se contactó al laboratorio productor.

Se analizaron 161 medicamentos y productos médicos, el 96% resultó libre de látex. El 4% restante con látex en su composición, cuenta con alternativas disponibles en el hospital, fabricadas en neopreno, PVC, silicona, poliuretano o vinilo, los cuales pudimos identificar para reemplazar en caso necesario.

Por último, se confeccionó una tabla en donde se detallaron los medicamentos y productos médicos, incluyendo el código interno del hospital, nombre del producto, descripción, marca comercial y presencia o ausencia de látex.

#### DISCUSIÓN

El principal problema que percibimos en el servicio de farmacia, es que el desconocimiento de la ley por parte de todos los profesionales genera incertidumbres a la hora de seleccionar un producto.

Como consecuencia, creció el número de consultas al servicio de farmacia respecto al material descartable utilizado tanto en procedimientos como en tratamientos médicos, ya que los mismos no siempre especifican en el envase si el material “contiene látex” o es “látex free”.

Esto acarrea demoras a la hora de utilizar un insumo. En áreas críticas y en quirófanos, en algunos casos, los tiempos en la toma de decisiones son esenciales para la supervivencia del paciente.

Debemos tener en cuenta que el farmacéutico receptor de las consultas, en algunas situaciones, no posee los materiales a su alcance, por lo cual, no puede verificar la información con el envase del producto.

Podemos destacar la importancia de la participación del farmacéutico en la toma de decisiones a la hora de seleccionar productos médicos para prevenir la alergia al látex. A raíz de este involucramiento, se generó una tabla de consulta rápida y de fácil acceso que asegura la prevención de complicaciones minimizando al máximo la exposición al alérgeno, la cual se pudo implementar en la tarea diaria.

Sabiendo que la mayoría de nuestros productos son látex free, y considerando que todos tienen alternativas disponibles, se podría aspirar a ser un hospital libre de látex.

## **Toxicidad en sistema nervioso periférico secundario a blinatumomab en leucemia linfoblástica aguda B recaída: reporte de caso**

OTERO DJ

Hospital Británico – CABA – Argentina

Mail de contacto: debora.johanna.otero@gmail.com

### **INTRODUCCIÓN**

Blinatumomab (BLINA) es una molécula captadora bio específica que se une a CD19 en células B y CD3 en células T, media la formación de una sinapsis entre la célula T y la célula tumoral generando lisis redirigida de células CD19+

Está aprobado en pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células B con enfermedad mínima residual (EMR) positiva y LLA B en recaída.

El tratamiento con BLINA tiene como objetivo reducir la carga tumoral pre- trasplante (PTRA) ya que la tasa de recaída tiene una estrecha relación con la respuesta PTRA.

Se sugiere una monitorización de las reacciones adversas (RAM). Según la base de datos VigiAccess hay reportados 4919 eventos adversos de los cuales el 3% corresponden a desórdenes del tejido musculoesquelético donde están descritos debilidad muscular y movilidad reducida.

La motivación de describir este caso clínico es visibilizar el rol del farmacéutico realizando farmacovigilancia (FV).

### **PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO**

Paciente masculino de 23 años sin antecedentes de relevancia con diagnóstico de LLA B con cromosoma Philadelphia positivo, CD20 + desde junio 2021 de riesgo alto (RA). Luego de evaluar la citometría de flujo multiparamétrica (CMF) post tercer bloque de RA con EMR + de 1% se interpreta como recaída.

Se decidió tratamiento con BLINA 28 mcg/día por 28 días en infusión continua de 24 hs a 10 mL/h.

El 16/02/22 recibe la primera dosis de BLINA presentando registros febriles. En frotis de sangre periférica se observó presencia de más de 50% de blastos por lo que se realiza una CMF para evaluación de EMR.

En contexto de estos hallazgos se determinó infusión de BLINA 9 mcg/día durante 7 días continuando con 28 mcg/día hasta completar el ciclo.

El 21/02/22 se administró en forma errónea a una velocidad de 100 ml/h por lo que se interrumpió la infusión. Al no presentar ningún síntoma neurológico en el examen físico, se reinició el tratamiento.

El 25/02/22 (recibiendo 28 mcg/día) el paciente refiere dolor 8/10 en miembros inferiores simétricos, asociado a deterioro del sensorio y desaturación durante la infusión.

La sintomatología descrita se interpretó como RAM Grado III secundaria a BLINA. Se suspende medicación a la brevedad y el evento revierte espontáneamente. La misma continuó suspendida por 72 horas y se reevaluó reiniciar a dosis de 9 mcg/día según evolución clínica.

A las 72 hs libre de manifestaciones, se decide instaurar nuevamente BLINA a 9 mcg/día según tolerancia durante 7 días y luego se escaló a 28 mcg/día.

El 12/03/22 aparecen nuevamente dolores musculares en miembros inferiores que ceden con analgesia, continua BLINA hasta completar los 28 días de tratamiento. El paciente continuó con debilidad muscular en seguimiento con Neurología.

#### DISCUSIÓN

En estudios clínicos, se ha observado toxicidad neurológica en aproximadamente el 65% de los pacientes con LLA tratados con BLINA.

A pesar de la alta incidencia de RAM, el BLINA se recomienda como tratamiento ya que los beneficios superan los riesgos.

Las RAM descritas en este caso se resolvieron con interrupciones temporales y reintroducción a dosis reducida y posterior aumento a dosis plena, dichas sugerencias fueron discutidas con el equipo médico y el farmacéutico durante la validación farmacéutica basados en evidencia científica.

La RAM mencionada es de baja incidencia según lo encontrado en VigiAccess pero al ser un fármaco nuevo amerita seguimiento.

En la evaluación causalidad de la RAM mediante el algoritmo de Naranjo evidencio que para el dolor en miembros inferiores da como resultado 5 puntos asignándose como PROBABLE.

Destacó la importancia de realizar la validación farmacéutica y seguimiento que permite la detección y registro tanto de RAM como interacciones reivindicando el rol del farmacéutico clínico en la atención centrada en el paciente.

#### **Evaluación de la profilaxis de infecciones asociadas a sitio quirúrgico en un hospital interzonal general de agudos**

LARRECHE VERDIER MS, SALVI V, VAYO MG, ORDOÑEZ A, SALI B, CARLONI A, RUBINI A, CORTEZ D, GONZÁLEZ PM

Hospital Dr Rodolfo Rossi – La Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: viccsalvi@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Las infecciones asociadas al sitio quirúrgico (ISQ) son una causa común de infección intrahospitalaria. Ciertas acciones anteriores a la cirugía constituyen un pilar fundamental para disminuirlas. La posibilidad de contar con una guía actualizada de prevención de ISQ adaptada a nuestro medio resulta la principal herramienta para optimizar el uso de fármacos.

#### OBJETIVOS

Evaluación de la profilaxis antibiótica y la realización del baño pre quirúrgico según la guía de prevención de infección asociada a sitio quirúrgico (ISQ) del hospital Rodolfo Rossi. Introducción: Las ISQ son una causa común de infección intrahospitalaria. Una profilaxis antimicrobiana (PA) adecuada previo a la cirugía constituye uno de los pilares para la prevención de las mismas. La posibilidad de contar con una guía actualizada de profilaxis quirúrgica adaptada a nuestro medio a partir del año 2018 es una herramienta para optimizar el uso de fármacos. En esta guía no sólo se mencionan los antibióticos adecuados según el tipo de cirugía, sino la presencia de otros factores

que contribuyen a la reducción de las ISQ tales como baño y vacunación previa (sin embargo, esta última no puede evaluarse a partir de la foja quirúrgica).

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal donde se recogió información a partir de las fojas quirúrgicas de todas las cirugías del hospital sobre los antibióticos empleados previamente y su dosificación, así como la realización del baño prequirúrgico. La recolección de los datos se llevó a cabo durante noviembre y diciembre de 2019 y los mismos se registraron en una tabla. Se consideró que cumplieron con las medidas de prevención de ISQ aquellos pacientes que realizaron el baño y la profilaxis antibiótica adecuada, así como el refuerzo de dosis en aquellas cirugías que lo requerían.

#### RESULTADOS

Se evaluaron un total de 241 pacientes. Se observó que 139 (57,7%) pacientes no cumplieron con las medidas recomendadas. Dentro de las medidas de prevención de ISQ que no se cumplieron se observó que en un 58,9% se registró una terapia antimicrobiana inadecuada, en un 43,8% no se registró el baño prequirúrgico y en un 17,3% se omitió el refuerzo de dosis en aquellas cirugías que lo requerían. En cuanto a los pacientes en los que no se cumplieron las pautas antimicrobianas establecidas por la guía, se observó que en 34 de ellos se produjo un error en la selección del antibiótico, en 32 se administró una dosis errónea, en 3 se realizó una profilaxis innecesaria y en 13 pacientes no se administró cuando sí estaba recomendada.

#### DISCUSIÓN

Se observó un bajo porcentaje de cumplimiento de las medidas de profilaxis recomendadas por las guías, en contraposición a lo observado en un estudio realizado en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón en Madrid, en donde se registró que el cumplimiento global de la profilaxis fue de 89.1%. La mayor cantidad de errores estaba relacionada con la selección del antibiótico y con la no realización del baño prequirúrgico, aunque esto puede deberse a la omisión de su registro en la foja quirúrgica y/o historia clínica. Los resultados pudieron haberse obtenido debido a una baja difusión de nuestra guía de profilaxis, lo que lleva a una discrepancia en la bibliografía utilizada por los diferentes servicios quirúrgicos. Esto plantea estrategias de divulgación, así como la digitalización de la misma para una mayor practicidad al momento del empleo. Algunas limitaciones durante la recolección de datos fueron la interpretación de las fojas quirúrgicas y que ciertos procedimientos no clasificaban dentro de las cirugías descritas en la guía de profilaxis, por lo que no pudieron evaluarse.

#### CONCLUSIÓN

Se registró un bajo porcentaje de cumplimiento de la guía de prevención de ISQ en el Hospital Rodolfo Rossi. Las medidas efectivas básicas y estratégicas para control de la infección quirúrgica deben gestionarse, vigilarse y revisarse de forma periódica promoviendo acciones en busca de mejoras en la adecuación y desarrollo de indicadores que monitoreen el cumplimiento de las medidas recomendadas por la guía de nuestro nosocomio, en pos de aumentar la seguridad del paciente.

## **Uso de nebulizaciones asépticas de N- acetilcisteína en un paciente con lesión por inhalación de humo**

PERELSTEIN MM, MORATTO CJ

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: camila.moratto@hospitalitaliano.org.ar

### **INTRODUCCIÓN**

La lesión por inhalación de humo es una causa significativa de morbimortalidad en pacientes quemados. Puede llevar a daños en las vías respiratorias con inflamación y edema y aumenta el riesgo de infección.

No existe un tratamiento estándar globalmente aceptado. Hay datos que respaldan el uso de heparina, albuterol y N acetilcisteína (NAC) nebulizada para reducir el estrés oxidativo y la obstrucción de las vías respiratorias.

NAC se utiliza tanto en intoxicaciones por paracetamol y en pacientes con lesión de las vías aéreas. En este último caso el esquema aconsejado es uno a 10 mL de solución al 20% o dos a 20 mL de solución al 10% cada dos a seis horas. Las formulaciones magistrales descritas en bibliografía en general son para uso en intoxicaciones y no se realizan de forma aséptica. Debido al gran riesgo de infección en pacientes quemados, se decidió realizar una formulación de NAC de forma aséptica.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente femenina de 26 años sin antecedentes de relevancia. El 30/6/2022 acude a la guardia por lesión de vía aérea secundaria a inhalación de humo debido a un incendio. Se evidenció lesión G2, edema de mucosa en laringe, enrojecimiento severo y restos de humo y hollín en cavidad supra e infraglótica y tráquea. El equipo médico de la Unidad de Terapia Intensiva solicitó al laboratorio de magistrales si se podría realizar una formulación de NAC nebulizable. Debido al riesgo de infección de la paciente se decidió modificar la técnica habitual para que fuera aséptica. El 1/7 se indicaron nebulizaciones con NAC, heparina, salbutamol e ipratropio. La administración de la solución de NAC se realizó con un nebulizador y la dosis fue 400 mg cada seis horas el primer día y 200 mg cada cuatro horas el segundo y tercer día. El 3/7 se observa una franca mejoría con leve enrojecimiento y pocos restos de hollín. El 4/7 se extuba y el 5/1 se pasa a piso de internación general saturando a 97%, sin oxígeno suplementario.

#### **Preparación de la solución nebulizable de NAC**

Se decidió preparar una solución nebulizable de NAC aséptica al 10%. Se trabajó bajo mechero, con materiales de laboratorio estériles y mesada limpia con alcohol al 96%. Se utilizó un baxter de agua destilada de 250 mL estéril, del cual se extrajo 100 mL descartando el resto. Se los colocó en el vaso de precipitado con 10 gramos de NAC. Se mezcló y a partir de un filtro de 0,2 µm se volvió la solución de NAC al baxter.

Debido a que los fines de semanas no hay un farmacéutico especializado en formulaciones magistrales, se decidió verificar si la solución de NAC mantuvo las propiedades por 72 horas, como figura en bibliografía. Se midió el pH, características organolépticas y si había precipitado cada día. No se evidenciaron cambios desde la

preparación hasta las 72 horas al almacenarse en temperaturas entre dos a ocho centígrados.

#### DISCUSIÓN

La solución de NAC generalmente preparada en el hospital es al 20% con hidróxido de sodio, pH entre seis y siete y presenta estabilidad de tres meses. Sin embargo, esta formulación es difícil de elaborar de forma aséptica debido a que el hidróxido de sodio es higroscópico y el agregado se realiza de a pequeñas cantidades, debiendo controlar el pH cada vez que se incorpora. El laboratorio cuenta con pHmetro y cintas de medición. Disminuir el tiempo de contacto con el medio ambiente y otros materiales como la introducción de un pHmetro y cintas permite realizar una técnica más ágil y segura. Por esto se decidió realizar la formulación sin el agregado del mismo, obteniendo un valor de pH y solubilidad menor. Por eso se preparó la solución al 10%, ya que al 20% y sin el agregado de hidróxido de sodio, la NAC es poco estable y poco soluble.

Contar con un farmacéutico especializado en el área de magistrales, nos permite tener criterio y elaborar formulaciones individualizadas para cada paciente, lo más eficaz y seguro posible, teniendo en cuenta su condición y estado de salud según los recursos disponibles.

#### **Reacciones adversas secundarias al tratamiento con clofarabina en pacientes pediátricos con LLA recaída**

NÓBILE N, TESTARD J, GARCÍA F, CONDE F  
Hospital de Pediatría JP Garrahan – CABA – Argentina  
Mail de contacto: nuriafirst@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Clofarabina es un antimetabolito utilizado junto con etopósido y ciclofosfamida (CYCLET) en pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) recaída. Complicaciones asociadas a su toxicidad resultan relevantes en la continuidad del tratamiento. Los efectos adversos (EA) descritos en la literatura involucran: compromiso hematológico, hepático, neurológico, dermatológico y gastrointestinal. Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son una importante causa de morbimortalidad y pueden limitar las opciones terapéuticas.

#### OBJETIVOS

Analizar la evolución de pacientes del Hospital Garrahan con LLA recaída que presentaron RAM a clofarabina, clasificando las mismas según severidad y sistema afectado. Conocer el impacto de las RAM en la continuidad del tratamiento y mortalidad.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se revisaron historias clínicas (HC) de niños con LLA recaída que recibieron clofarabina en el periodo 01/01/2016 a 31/06/2021. Los pacientes se analizaron según manifestación de RAM

o no. Dichas reacciones se clasificaron según criterios de severidad de ANMAT en leve, moderada, grave o letal. La toxicidad se clasificó según el sistema afectado. Como toxicidad hematológica se consideró pancitopenia mayor a un mes. La evolución de la enfermedad se analizó según su estadio como: mantenimiento, remisión completa (RC), sin RC (considerando fallecidos y paliativos) y los que recibieron trasplante de médula ósea (TMO).

#### RESULTADOS

83 pacientes recibieron CYCLET, de los cuales 67 (80%) presentaron toxicidad a clofarabina. 48 (71%) manifestaron reacciones dermatológicas, 23 (34%) neurológicas, 13 (19%) gastrointestinales, 6 (9%) hepáticas y 4 (5%) hematológicas. En 20 pacientes (30%) se vio afectado más de un sistema.

De los pacientes con RAM, 17 (25%) padecieron reacciones graves: 15 (88%) farmacodermias severas (asociadas o no a cefaleas, vómitos y/o elevación de enzimas hepáticas) y 2 (12%) toxicidad hematológica y neurológica. Todos los niños con RAM grave requirieron tratamiento y posterior contraindicación de clofarabina. 2 (12%) lograron RC, 1 (6%) alcanzó mantenimiento, 5 (29%) recibieron TMO y 9 (53%) no alcanzaron RC.

Por otro lado, 49 (73%) padecieron RAM moderadas y a pesar de requerir tratamiento continuaron con la terapia.

Los 65 niños que siguieron con CYCLET (por no haber sufrido RAM o por no tener contraindicación): 4 (6%) alcanzaron RC, 7 (11%) mantenimiento, 22 (34%) recibieron TMO y 32 (49%) no lograron RC.

Se detectó 1 RAM letal por complicaciones asociadas a DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms).

#### DISCUSIÓN

Las RAM dermatológicas asociadas a clofarabina son frecuentemente reportadas en la bibliografía (90%). En nuestro estudio, no solo resultaron ser las más frecuentes (71%), también fueron las de mayor severidad y motivo de discontinuación del tratamiento.

Por otro lado, observamos diferencias en los pacientes con EA hematológicos descritos en distintas fuentes y los obtenidos en este análisis (80% vs 5%). Existe una discrepancia en los criterios utilizados para considerar la RAM, que puede justificar esta brecha. Al comparar mortalidad de pacientes con contraindicación de clofarabina y los que continuaron La bibliografía utiliza los criterios CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events), mientras que para este trabajo sólo se consideraron RAM a las pancitopenias mayores a un mes con la misma, asumiendo la no RC como causal de óbito, encontramos resultados semejantes (53% versus 49% respectivamente). Aunque el pronóstico de pacientes con LLA recaída es incierto, el uso o no de clofarabina no demostró grandes diferencias como estrategia para llegar a TMO.

#### CONCLUSIÓN

Las RAM dermatológicas fueron las más relevantes en nuestra población, siendo un puntapié para protocolizar su abordaje. La severidad del EA, compromete la continuidad del tratamiento, pero no representa una limitación para alcanzar TMO.

## **Farmacovigilancia intensiva de anfotericina complejo lipídico**

PIZARRO D, TESTARD J, ROUSSEAU M, BELLERI F.  
Hospital de Pediatría JP Garrahan – CABA – Argentina  
Mail de contacto: florbelleri@gmail.com

### **INTRODUCCIÓN**

La Farmacovigilancia Intensiva (FI) es un método de detección de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) por medio de monitoreo sistemático. Ante la notificación de RAM graves relacionados a la infusión de Anfotericina B Complejo Lipídico (ABCL) en un corto plazo, sospechando la asociación a un lote en particular, se utilizó FI centrada en este medicamento, para tomar acciones preventivas.

### **OBJETIVOS**

Describir características de las RAM a ABCL reportadas al sistema de farmacovigilancia de forma espontánea y las obtenidas luego de la revisión de historias clínicas de pacientes con ABCL.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. En un periodo entre 10/05/19 y 09/08/19 se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes que recibieron ABCL, en búsqueda de RAM relacionadas a la infusión. Se realizaron los reportes correspondientes describiendo la clínica presentada y el tratamiento requerido. Se clasificaron las RAM según gravedad, imputabilidad y evitabilidad. Finalmente se notificaron a ANMAT y laboratorio productor.

### **RESULTADOS**

73 pacientes recibieron ABCL. 20 presentaron RAM relacionadas a la infusión. Sólo 2 RAM fueron notificadas por seguimiento farmacoterapéutico, las restantes por FI. 3 pacientes presentaron compromiso cutáneo, 2 descompensación hemodinámica, 12 hipertensión, hipotensión o taquicardia, 17 fiebre y 1 cefalea. 2 pacientes requirieron pase a UCI. 18 estaban premedicados.

En cuanto al tratamiento de la RAM 14 requirieron suspender la infusión, 7 de ellos necesitaron expansión de volumen, 2 máscara de oxígeno con reservorio. De estos 14 pacientes 8 reiniciaron la infusión más lenta (3 - 6 hs) y premedicación completa.

Analizando gravedad, 8 fueron graves, 10 moderadas y 2 leves. 10 rotaron a otro antifúngico a causa de la reacción.

Según el algoritmo de naranjo 3 RAM fueron definitivas, 15 probables y 2 posibles. Solo 3 RAM fueron evitables.

### **DISCUSIÓN**

En cuanto al compromiso cutáneo obtuvimos una incidencia similar a la bibliografía (4%) al igual que con los signos hemodinámicos, en cambio 23% de nuestros pacientes presentaron fiebre mientras que la incidencia descrita es menor (14%). Respecto a la

cefalea, mientras que sólo 1 paciente presentó, la incidencia en bibliografía es del 6%. El análisis del lote no pudo asociarse al aumento de reportes.

Cabe destacar que la gran diferencia existente entre el número de reacciones que se reportaron en un inicio y las que se encontraron por FI pone en evidencia el sub reporte.

#### CONCLUSIÓN

A partir de la revisión de historias clínicas pudimos describir las características de las RAM y hacer el reporte correspondiente. Con el objetivo futuro de mejorar el perfil de seguridad del medicamento, planteamos la necesidad de crear alguna herramienta para difundir al equipo de salud que informe sobre la correcta administración de ABCL.

### AUDITORIO USPALLATA

#### NOVENA SESIÓN ORAL–VIERNES 21, de 8:00 a 9:00 hs

#### **Papel del farmacéutico en el manejo de la analgesia postoperatoria en paciente con múltiples reacciones adversas. Reporte de caso**

SCHILLACI N, KOT L, SCOLARI M, JAUREGUIBERRY P, GUELER B

Hospital Británico – CABA – Argentina

Mail de contacto: schillacinataliaandrea@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente ha adquirido una relevancia fundamental en los últimos años. En este aspecto el farmacéutico hospitalario juega un papel importante, como profesional sanitario especializado en medicamentos, tanto en el seguimiento farmacoterapéutico como en la detección de reacciones adversa a medicamentos (RAM)

Las RAM son causa de complicaciones que pueden derivar en prolongación de la estadía hospitalaria como en la dificultad para definir una óptima terapia farmacológica.

Los opioides son comúnmente utilizados para el tratamiento de dolor postoperatorio (POP), dolor crónico y dolor oncológico. Dichos fármacos habitualmente no presentan RAM graves si se administran en forma correcta y en dosis adecuadas. Entre las RAM más frecuentes se encuentran: náuseas, vómitos, estreñimiento, sedación y somnolencia. Los síntomas neurológicos como las alucinaciones, generalmente se presentan con el consumo crónico de opioides por acumulación de metabolitos tóxicos.

Se presenta el caso de una paciente con RAM a múltiples opioides.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, alergia mayor a analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES), presentando edema de glotis a ibuprofeno y clonixinato de lisina.

Ingresa el 27/05/2022 a nuestra institución para artrodesis L4-L5, en contexto de canal estrecho lumbar. En POP evoluciona lúcida, sin hallazgos positivos. Analgesia: bomba de infusión continua (BIC) con 300 mg de tramadol y paracetamol 1gr cada 8 hs vía oral.

A las 24 horas intercorre con mal control del dolor, pobre descanso nocturno y manifiesta haber presentado náuseas y alucinaciones visuales interpretándose secundarias a tramadol, por lo que se rota a morfina 20 mg en BIC de 24 horas. Por nuevo episodio de alucinaciones, se descende la velocidad de infusión. Por persistencia de las mismas se suspende este último fármaco.

Ante este escenario, se evalúa el caso entre cuidados paliativos y farmacia y se acuerda analgesia con dosis bajas de tramadol, con seguimiento de efectos. Se comenta a la paciente la alternativa con resultado favorable, por lo que se inicia tramadol 50mg c/8 hs y paracetamol 1g c/6 hs.

A las 24 hs de rotar el analgésico presenta nuevamente alucinosis, acompañada de episodio vasovagal, sin traumatismo. Se decide rotar a codeína 60 mg/paracetamol 300 mg en rescates. Por presentar somnolencia se acuerda su suspensión.

Por RAM múltiple a los opioides agonistas y dolor persistente luego de una semana POP, sin presencia de falla orgánica y descartando interacciones, desde farmacia se ofrece buprenorfina (agonista – antagonista) transdérmica 5 mg semanal más adyuvancia con pregabalina y paracetamol.

A las 12 horas de instaurado este esquema analgésico, presenta alucinaciones visuales y auditivas, por lo que se decide descartar la analgesia con opioides.

Dada la necesidad de controlar el dolor sin contar con opioides, ni AINES no selectivos, se realizó prueba de desensibilización con etoricoxib. Por no haber presentado RAM durante este ensayo, se inicia analgesia con este fármaco asociado a paracetamol con buena respuesta. Se otorga el alta hospitalaria con dicho esquema analgésico, sin complicaciones.

#### DISCUSIÓN

Las reacciones descritas fueron notificadas al sistema nacional de farmacovigilancia del ANMAT y se pudieron detectar gracias al trabajo diario que el farmacéutico clínico realiza durante el seguimiento farmacoterapéutico.

Es notable la cantidad de RAM padecidas por la paciente a pesar del cambio de analgesia, representando un caso de difícil manejo ya que limitaba el tratamiento de la misma y prolongó su estancia hospitalaria, en un contexto de opciones terapéuticas acotadas (alergia a AINES no selectivos y RAM a múltiples opioides).

Nuestro caso destaca la importancia del trabajo multidisciplinario, donde las alternativas terapéuticas ofrecidas por los farmacéuticos, fueron aceptadas en todos los casos por los servicios tratantes.

#### **Cálculo de dotación de personal para la central de esterilización de un hospital de alta complejidad**

OCAÑA V, CASTRO B, GUAYMÁS R, FLORES A, RAMOS M, BURGOS A  
Hospital Público Materno Infantil – Salta – Argentina  
Mail de contacto: virginiaocana@yahoo.com

## INTRODUCCIÓN

El cálculo del personal de un servicio de salud se realiza teniendo en cuenta principalmente su producción. En las Centrales de Esterilización, la misma se mide en unidades de esterilización (UE), que representan los minutos que se requieren para procesar cada uno de los productos. Actualmente se encuentra vigente la Resolución 1067/2019 en la que se señalan los pasos para realizar el cálculo de UE y la estimación del personal requerido. Sin embargo, en dicha resolución se indican los valores para puntuar solo algunos de los materiales procesados, quedando otros fuera de la especificación. El objetivo del presente trabajo fue realizar el cálculo de personal requerido para la central de esterilización de un hospital de alta complejidad en base a la metodología descrita en la Resolución 1067 y al tiempo real de procesamiento de materiales, comparando luego los valores obtenidos con la dotación actual.

**PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO.** El servicio de esterilización de nuestro hospital procesa alrededor de 120 tipos de productos, incluyendo elementos de un componente, otros constituidos por varias partes que se ensamblan, instrumental individual y en cajas, textil individual y equipos, y material de producción propia. Como primera pauta para el cálculo de las UE, se procedió a cuantificar el número de unidades procesadas de cada producto, para lo cual se realizó el conteo manual ya que no se cuenta con un registro informatizado que incluya la totalidad de los ítems. Se realizó el recuento en junio de 2022, obteniéndose un valor de 116.000.

De acuerdo a la Resolución 1067 se asignó a cada elemento el puntaje según la clasificación inicial (2,3 o 10 puntos), necesidad de descontaminación (1 o 10 puntos), esterilización (5 puntos) y control de calidad (2 puntos). Por la etapa de preparación y acondicionamiento, la Resolución consigna el puntaje para 10 productos (con rango de 2 a 10 puntos) por lo que, para los restantes, se tomó un valor según similitud en la complejidad del material. De este modo se calcularon las UE que representa cada elemento y se multiplicó por el total de unidades procesadas por mes. Se obtuvo un puntaje de 2.461.729 UE que se dividieron por el factor 10 y luego por 60, con lo que se obtuvo un valor de 4.103 horas mensuales de personal requerido para cubrir el servicio.

Con el propósito de comprobar si la similitud de complejidad establecida para puntuar preparación y acondicionamiento era correcta, se procedió a cronometrar los tiempos reales de la actividad. Con los tiempos medidos se construyó una grilla de puntajes: 0-30 segundos, 1 punto; 31-60 segundos, 2 puntos, y así sucesivamente hasta los 10 puntos. Solo quedaron fuera de la grilla dos insumos que requirieron un tiempo especialmente prolongado de preparación, que fueron equipos para cardio cirugías y gasas impregnadas con cremas, que recibieron un puntaje proporcional de 28 y 30. Calculando nuevamente las UE del mismo modo que antes, pero empleando los puntajes de preparación y acondicionamiento asignados por tiempo, se obtuvo un total de 2.353.542 UE que dividido en 10 y en 60 resultaron en 3.923 horas de personal.

La central del hospital posee 23 técnicos que cumplen 42 y 35 horas semanales (17 y 6 personas, respectivamente) con lo que la carga de trabajo mensual asciende a 4.550 horas. Descontando las vacaciones, 571 horas calculadas como promedio mensual según antigüedad, se obtuvo un total de horas disponibles de 3.979.

## DISCUSIÓN

A partir de las mediciones y cálculos realizados, concluimos que la central de esterilización cuenta actualmente con el recurso humano adecuado al requerimiento. Será importante informatizar el movimiento de stocks para contar mensualmente con el dato actualizado. Podemos concluir que es posible calcular las UE mediante los datos de la Resolución, aunque éstos deberían contrastarse con la medición de los tiempos reales, sobre todo por el aumento de complejidad de los productos que se procesan.

## **Acceso a la información mediante códigos qr en la dispensa de formulaciones magistrales, en un hospital de mediana complejidad**

GUTIÉRREZ F, OROZCO M, NAFISI L

Hospital Perrupato – Mendoza – Argentina

Mail de contacto: francomartingutierrez1@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

El servicio de farmacia del Hospital Perrupato dispensó aproximadamente un promedio de 1200 preparaciones magistrales o normatizadas por mes en el 2021, tanto a pacientes internados como ambulatorios. Entre ellas se encontraban formulaciones que no se pueden obtener fácilmente en las farmacias comunitarias. Como estas carecen de prospectos, es importante brindar información sobre estos medicamentos.

Recientemente, debido a la pandemia, el distanciamiento social y el miedo a entrar en contacto con superficies contaminadas, los códigos QR han desempeñado un papel integral. Son representados como un mosaico en blanco y negro, que permiten almacenar todo tipo de datos. Con los teléfonos inteligentes, se pueden leer estos códigos para poder obtener la información que contienen.

Por ello, percibimos como una aplicación innovadora y de utilidad el compartir hojas informativas a través de “QR” sobre las formulaciones que se preparan en el laboratorio de la farmacia de nuestro hospital, para proveer información clara y de fácil acceso. Es sustancial que la información que reciban los pacientes, enfermeros o médicos, llegue de fuentes confiables y que un farmacéutico sea el encargado de brindarla.

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Durante el mes de marzo de 2022 se realizó un vademécum con las preparaciones farmacéuticas disponibles en el hospital, realizadas en el laboratorio. En él, se registró composición, acción farmacológica, indicaciones, posología, reacciones adversas y observaciones o indicaciones para el paciente. Se realizó una búsqueda bibliográfica de distintas fuentes, principalmente de trabajos que describen su preparación, conservación, precauciones para el uso, etc.

Una vez que los pacientes retiraban la preparación indicada por el médico, se les explicaba la existencia de la “hoja informativa virtual” y la forma de acceder a la información a través del código “QR”.

Para la creación de los códigos QR se realizaron de forma individual las hojas informativas en Microsoft Word de cada preparación magistral, agregando los datos pertinentes, y se guardaron en formato PDF. Se almacenaron estos archivos PDF en un servicio de almacenamiento en la nube para tener acceso instantáneo y en todo momento de estos datos. Gracias a un generador de códigos "QR" obtenido de la página "me-qr.com", se asignó un código específico a cada preparación. Se diseñó un rótulo para cada preparación magistral donde se agregó el código "QR" correspondiente a cada preparación.

La estructura de la hoja informativa se realizó de forma sencilla y clara. Estaba formada por: forma farmacéutica, composición, control de calidad, acción farmacológica, indicaciones, conservación, precauciones, posibles interacciones y efectos adversos.

#### DISCUSIÓN

Es importante que el paciente se involucre en su mantenimiento de la salud, y este hecho se extiende, asimismo, al conocimiento de los fármacos que utilizan.

La utilización de estas hojas informativas virtuales, son una forma de subsanar la falta del prospecto del medicamento magistral con la ventaja de no utilizar papel.

Consideramos necesario proporcionar información al paciente sobre el medicamento que toma y que dicha información sea lo más veraz y completa posible, utilizando un lenguaje comprensible, con el fin de que adquiriera el conocimiento suficiente del medicamento en cuestión.

Una limitación del trabajo es la falta de información sobre el acceso a la tecnología de la población y por ende el alcance real de esta herramienta, si bien es una está muy extendida actualmente no se conoce el porcentaje de la población que la utiliza.

Para conocer la repercusión sería importante medir el grado de aceptación y satisfacción de los pacientes para mejorar continuamente, así como incluir en los códigos "QR" un mail de contacto del servicio de información de la farmacia, para subsanar dudas de los pacientes y poder notificar la aparición de cualquier efecto adverso que pudiese aparecer.

#### **Estudio de utilización de tromboprofilaxis en un hospital general de agudos**

DI LÍBERO E, BILLORDO B, ARAUJO J, ÁLVAREZ C, MARTÍNEZ I.

Hospital Interzonal General de Agudos Evita – Lanús – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: eugeniadilibero@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo venoso (TEV) es un proceso intercurrente que se asocia a importante morbi-mortalidad entre los pacientes (pts.) hospitalizados. Si bien la incidencia en valores relativos se reporta baja, la multiplicidad de pts. en riesgo lo convierten en una entidad a atender. Sostenida por la evidencia científica, una de las formas más eficaces para prevenirlo es ofrecer tromboprofilaxis farmacológica (TPx) de rutina en pts. de moderado-alto riesgo. No conocemos la tasa de utilización ni el impacto del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en el uso racional de la TPx.

Realizar un estudio de utilización nos permitirá definir la situación preponderante y esbozar eventuales soluciones.

#### OBJETIVOS

Cuantificar la prevalencia de uso de TPx en salas de cuidados intermedios/críticos. Esbozar el impacto del SFT sobre las tasas de pertinencia de la TPx.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y de corte transversal. Se completó una hoja de reporte de caso (CRF) por cada pt internado en Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Unidad Coronaria (UCO), Clínica Médica (CM) –con SFT-, y Cardiología (C) y Cirugía (CX) –sin SFT- el día 29 de Julio de 2022. En las CRF se consignó: edad, motivo de ingreso, servicio, TPx y pauta utilizada. Además, se evaluó si calificaban o no para utilización de TPx, y si había pertinencia entre lo indicado y lo sostenido por la bibliografía. Para esta catalogación se extrajeron los criterios de utilización validada por las correspondientes guías actualizadas y de reconocimiento internacional. Los datos se procesaron usando los programas Microsoft Excel y Statistix 7.

#### RESULTADOS

Se incluyeron 73 pts., edad promedio 59 (rango 16-90) años, 60% masculinos. El 64% de ellos pertenecían a CM, 11% a UTI, 10% a UCO, 8% a CX y 7% a C. Tenían indicada TPx, 36 pts. (49%), representada en el 97% de los casos por heparina no fraccionada (HNF 5000 UI c/8-12 hs.), y en el 3% por heparina de bajo peso molecular (enoxaparina 40 mg/día). Luego del análisis de sus características, de los pts. que no tenían anticoagulación terapéutica, se determinó que el 39% no calificaba para ninguna indicación de TPx validada por la bibliografía. Respecto de la adherencia a las recomendaciones, el 79% de los pts. tenía una indicación pertinente, y el 14% de ellas lo era por intervención farmacéutica. La pertinencia en servicios con SFT fue del 84% y 77% en los que no lo tienen ( $p=0.685$ ), y los resultados no variaron luego del análisis de sensibilidad.

#### DISCUSIÓN

Éste es el primer estudio de utilización de TPx de nuestra institución. Nuestras tasas de utilización de TPx son más altas que las reportadas en estudios realizados en otros centros, pero nuestro agente de elección es la HNF, producto de la lectura crítica, el análisis de costo-efectividad y estrategias educacionales que en nuestro hospital se brindan conjuntamente con el SFT. Las tasas de pertinencia también son altas y si bien no se obtuvo significancia estadística en cuanto a la obtenida con y sin SFT, es probable que esto obedezca al tamaño muestral. Entre las limitaciones que se pueden citar del presente trabajo, están la naturaleza observacional, sin seguimiento y el sesgo correspondiente a la observación de que, en muchas ocasiones, la prescripción de TPx no es una práctica racionalizada ni protocolizada, sino más bien aplicada “por defecto”. Esta realidad, sumada a la baja incidencia de TEV y el costo de los agentes implicados, obliga a considerar tácticas más agresivas, a la hora de aumentar un uso racional de la misma.

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de uso de TPx en nuestro estudio fue del 49%, con tasas de pertinencia globales del 79%, observándose una tendencia a ser mayor en salas con SFT.

## **Derrame pleural secundario al uso de dasatinib en un paciente pediátrico. A propósito de un caso**

TESTARD J, CONDE F, CIAVATTA J, PONCE M V, ROMERO J, ZEA C, BURGOS M E  
Hospital de Pediatría JP Garrahan – CABA – Argentina  
Mail de contacto: jutestard3@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Los medicamentos conocidos como inhibidores de la tirosina kinasa (ITK) son utilizados para el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC) y la leucemia linfoblástica aguda (LLA) cromosoma Filadelfia positivo (Ph+). Como mecanismo de acción inhiben la actividad tirosina kinasa de la proteína BCR-ABL que se encuentra presente en las células neoplásicas permitiendo que crezcan y se reproduzcan descontroladamente. El conocimiento de las reacciones adversas medicamentosas (RAM) relacionadas a dicha droga, resulta de vital importancia en la comunidad científica debido a ser fármacos relativamente nuevos y con escasa información sobre seguridad en pediatría.

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente de 5 años con diagnóstico de Trasplante de Médula Ósea (TMO) alogénico familiar día + 67, secundario a LMC. Recibiendo polimedicación, entre las que se destacan: ciclosporina como inmunosupresor de base, voriconazol como profilaxis antifúngica y dasatinib desde el mes postrasplante y previo al mismo como tratamiento de su leucemia de base. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho. Al examen físico presenta hipoventilación a base pulmonar derecha y taquipnea, sin hipoxemia. Afebril en todo momento. Se le realizan diversos estudios diagnósticos: imagen de tórax que evidencia infiltrado alveolar en base pulmonar derecha con derrame pleural. Ecografía compatible con derrame de aspecto homogéneo de 11.8 mm. Tomografía computada (TAC): también informa derrame pleural bilateral a predominio derecho. Ecocardiograma con derrame pericárdico de escasa cantidad. Con dicho diagnóstico se realizan exámenes complementarios para definir etiología. Asumiendo posible causa infecciosa se solicitan hemocultivos y virológico de secreciones nasofaríngeas, e inicia tratamiento empírico inicial con meropenem y vancomicina. Además, se realiza un Lavado broncoalveolar. Ante la falta de aislamiento microbiológico y con los hallazgos clínicos y de imágenes, se interconsulta al farmacéutico clínico de la sala de internación de pacientes inmunodeprimidos, sobre la posibilidad de RAM secundaria a alguna de los fármacos indicados ya que se trata de un paciente polimedicado. Luego de una revisión intensiva de la literatura y diversas bases de datos (Micromedex, Uptodate, Drugs.com), se concluye que los ITK pueden producir derrame pleural en un 20-28% y derrame pericárdico 1-4%. Con estos datos se asume el cuadro como un efecto adverso (EA) al dasatinib por lo que se suspende y se indica metilprednisolona 1 mg/kg

cada 12 hs por 7 días con buena evolución. Posteriormente se reinicia la medicación a la mitad de dosis sin reaparición del EA descripto. Se realiza el reporte de la reacción al Sistema Nacional de Farmacovigilancia, obteniendo una imputabilidad probable y severidad grave.

#### DISCUSIÓN

Si bien el derrame pleural a causa de dasatinib es una reacción frecuentemente descrita en la bibliografía, que lleva a discontinuar o disminuir la dosis, en el paciente presentado no se sospechó inicialmente de una posible RAM, debido a que el mismo venía recibiendo dicho fármaco con anterioridad y de manera prolongada sin ninguna complicación. Sin embargo, al revisar la literatura, constatamos que la mayoría de los casos reportados fueron en pacientes que recibieron dasatinib de manera prolongada, pudiendo manifestar dicha reacción luego de varios meses de tratamiento. Cabe destacar que los datos publicados sobre la frecuencia de aparición de dicho EA, son en alto porcentaje en pacientes adultos, con escasa información en pacientes pediátricos. El trabajo interdisciplinario en nuestra práctica clínica diaria es indispensable para el conocimiento de la toxicidad de estas drogas, para minimizar los efectos adversos y asegurar la adherencia al tratamiento, lo que permitirá lograr el objetivo terapéutico.

#### **Evaluación de los factores asociados en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes de hemodiálisis en un hospital público del Perú**

GARAYAR FLORES R

Hospital Regional de Ica – Ica – Peru

Mail de contacto: rgarayarf@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes de hemodiálisis constituyen uno de los grupos que presentan mayor número de terapia farmacológica debido a las múltiples comorbilidades que padecen. Por ello la adherencia al tratamiento farmacológico tiene una influencia determinante en la calidad de vida, la supervivencia y el coste económico del tratamiento. Por esta razón se consideró importante realizar un estudio que permita determinarla y así como la influencia que pudiera tener algunos factores asociados a ella en una unidad de hemodiálisis de un hospital público del Perú, la que cuenta con una farmacia satélite con un farmacéutico específico para este grupo de pacientes. Un instrumento usado para medir la adherencia al tratamiento farmacológico lo constituye el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ), el cual ha sido previamente utilizado en pacientes en hemodiálisis crónica.

#### OBJETIVOS

Determinar la adherencia al tratamiento farmacológico y la influencia de factores asociados que pudieran afectarla, en pacientes de hemodiálisis del Hospital Regional de Ica, Perú.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal, por un periodo de tres meses. La población estudiada estuvo constituida por pacientes que acudieron a sesiones de diálisis del Hospital Regional de Ica, Perú. Se empleó como criterios de inclusión a pacientes con enfermedad renal crónica, que tuvieran 2 meses o más en diálisis y que otorgaron su consentimiento informado. Como criterio de exclusión se consideró a pacientes que no reunieran las condiciones físicas, mentales y lingüísticas que impidieran responder las preguntas de los cuestionarios. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó un cuestionario de datos socio-demográficos, con el que se colectaron variables sociodemográficas y médico-clínicas (edad sexo, nivel socio-económico, cultural, antecedentes mórbidos); y el cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) que sirvió para obtener la variable de adherencia terapéutica. Este último consta de seis preguntas de carácter dicotómico, por lo que cualquier respuesta en el sentido de no adherente implicó que al paciente se le considerara no adherente. Se utilizaron tablas de frecuencia y porcentaje y para la asociación de variables se emplearon las pruebas t y de chi cuadrado.

## RESULTADOS

Fueron incluidos 113 pacientes. De ellos el 62,8% resultaron varones, y el 37,2% mujeres. El promedio de edad fue de  $56,3 \pm 15$  años, tiempo en hemodiálisis  $32,9 \pm 30$  meses, el 85% no tenían ninguna ocupación, el 92,9% tenía algún tipo de instrucción educativa y los antecedentes mórbidos prevalentes fueron diabetes mellitus (38,9%) e hipertensión arterial (38,1%). El porcentaje de adherencia fue de 23,9% y la no adherencia 76,1%. Los factores sociodemográficos edad, sexo, estado civil, ocupación, nivel educativo, evaluados no tuvieron asociación estadística significativa con la variable adherencia, así como el tiempo de diálisis ( $p > 0,05$ ). Los antecedentes mórbidos diabetes e hipertensión presentaron asociación estadística significativa ( $p < 0,05$ ).

## DISCUSIÓN

El grado de adherencia es bajo comparado con otros estudios. Cabe resaltar que en este estudio no se realizó ningún tipo de intervención farmacéutica. Si bien es cierto las variables estudiadas no tuvieron asociación estadística con la variable adherencia, se podría considerar para trabajos posteriores, factores como los psicosociales. La asociación estadística entre las variables antecedentes mórbidos (diabetes mellitus e hipertensión) y la variable adherencia, es de preocupación, porque son enfermedades que requieren de un adecuado control en pacientes de hemodiálisis.

## CONCLUSIÓN

La adherencia fue de 23,9%. No se encontró asociación estadística significativa entre los factores sociodemográficos y la variable adherencia. Los antecedentes mórbidos hipertensión y diabetes presentaron asociación estadística significativa con la variable adherencia ( $p < 0,05$ ).

## POSTERS SIN DEFENSA

### **1) Estudio de utilización de misoprostol en interrupción voluntaria del embarazo en un hospital de alta complejidad (tercer nivel 3.b2, II)**

FERNANDEZ DE LARREA M, SOLÁ N, MARTIN R.

Hospital Regional Dr. Louis Pasteur – Villa Maria – Córdoba – Argentina

Mail de contacto: mariangelf\_22@hotmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

El misoprostol fue inicialmente autorizado como protector gástrico asociado a diclofenac y, recientemente, se ha aprobado el uso en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). En Argentina, la Ley N°27610, establece que el aborto inducido es legal y gratuito, en los casos autorizados previamente o cuando la gestación no supere la semana catorce, inclusive. En este contexto y considerando que en la actualidad la IVE es un problema controversial socio-científico, con discusiones y argumentos diversos, surgieron las siguientes preguntas en el Hospital Pasteur de Villa María (HPVM): ¿Hubo un aumento en la dispensación de misoprostol y en qué magnitud luego de la sanción de la ley? ¿Cuál es el perfil de las usuarias de misoprostol en IVE? Para responder a los interrogantes y obtener un panorama de la situación se diseñó la presente investigación.

#### **OBJETIVOS**

Realizar un estudio de utilización de medicamentos en el HPVM. Describir a las mujeres usuarias de misoprostol, identificando características sociales y demográficas de las gestantes y del procedimiento médico. Analizar el consumo de misoprostol 200 mcg, antes y después de la sanción de la ley.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

El perfil de las usuarias se evaluó realizando un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo desde marzo a diciembre de 2021. Se incluyó a todas las gestantes atendidas en el hospital que recibieron misoprostol para la práctica de IVE y se excluyeron aquellas a las que se les administró para otras indicaciones. Las variables estudiadas fueron edad, lugar de residencia, nivel de escolaridad, edad gestacional, gravidez y paridad, antecedentes de abortos previos, método anticonceptivo (MAC) antes del procedimiento y el elegido después del mismo, vía de administración y dosis de misoprostol, tipo de tratamiento, si el aborto fue resuelto o no y las complicaciones observadas. Los parámetros cualitativos se describieron utilizando frecuencias absolutas y relativas y gráficos circulares. Los cuantitativos con estadísticos descriptivos y gráficos de barras. Para el estudio cuantitativo de consumo de misoprostol 200 mcg se obtuvo información de los reportes de gastos del sistema informático en dos períodos, antes (marzo a diciembre de 2020) y después (marzo a diciembre de 2021) de la sanción de la ley. Luego se expresó utilizando el número de dosis diaria definida por 1000 habitantes por día (DDH).

## RESULTADOS

En cuanto a las usuarias, la edad media fue de 26.4 años, el nivel de instrucción predominante fue el primario, la mayoría de Villa María sin cobertura social. Además, 8,5 % de las pacientes se había realizado al menos un aborto previo. El 50% utilizaba algún MAC antes de la IVE. La vía de administración sublingual fue la más indicada y en el 85% de los casos el tratamiento fue ambulatorio. El 27% de las gestantes necesitó intervención quirúrgica para resolverlo. Las complicaciones principales fueron: genitorragia (35%) y aborto retenido o incompleto (38%). Los resultados muestran que hubo un aumento de más de 3 veces en la cantidad de misoprostol dispensado después del cambio normativo (DDH= 0,0103 vs 0,0339).

## DISCUSIÓN

En Argentina, el sistema público de salud llevó a cabo 64164 abortos legales, seguros y gratuitos en todo el país, informados al 31 de diciembre de 2021. En la provincia de Córdoba fueron 3051 en el mismo período. También la entrega de misoprostol por parte del gobierno nacional creció en estos últimos años, pasó de 18590 tratamientos durante el 2020 a 74057 en el 2021.

## CONCLUSIÓN

Este análisis es el primero sobre consumo de misoprostol en el HPVM, evaluando la diferencia de consumo antes y después de la ley y el perfil de las usuarias para IVE. El estudio contribuirá a diseñar e implementar estrategias que mejoren la calidad en la atención y salud de la población. Por último, con los datos obtenidos, el servicio de farmacia propuso nuevos objetivos y proyecciones que favorecerá el uso racional de este medicamento.

## **2)Caracterización de pacientes adultos que cursaron reacciones adversas por antimicrobianos en un hospital de comunidad**

SCOLARI M, JAUREGUIBERRY P, GUELER B, ERNST G  
Hospital Británico – CABA – Argentina  
Mail de contacto: marianojscolari@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Comprender las características de los pacientes que cursan reacciones adversas a medicamentos (RAM), puede proveer información que contribuya a predecir tempranamente una posible RAM o bien extremar las precauciones durante el tratamiento. Los antimicrobianos (ATM) se encuentran entre las drogas más empleadas en hospitales. Sin embargo, los factores de riesgo asociados con presentar RAM a los mismos no han sido establecidos. Se diseñó este estudio para ampliar el conocimiento sobre estas RAM y su potencial asociación con las características de los pacientes que las padecen.

### Objetivos

Describir las características de pacientes adultos internados en áreas no críticas, que presentaron RAM por ATM y establecer el ATM mayormente involucrado en las mismas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional. De la base de datos de Farmacia, se recopilaron todos los pacientes mayores de 18 años (asistidos en áreas no críticas) que tuvieron una o más RAM (con causalidad probable o superior, según Naranjo) por ATM (antibióticos, antifúngicos, antivirales) entre enero 2020 y mayo 2022. En nuestro centro, las mismas se detectan y notifican de forma voluntaria. Se excluyeron pacientes pediátricos y adultos críticos. Utilizando la historia clínica se recabó edad, sexo, comorbilidades (CMB) y datos de laboratorio previo a la RAM (albuminemia, plaquetas, bilirrubina total, creatininemia). Además, se estimó el filtrado glomerular (FG) e índice de Charlson (INC), y se registró la medicación concomitante (MC), para cada paciente, al momento de la RAM. Se definió polimedicación a la indicación de al menos 5 fármacos simultáneos. Los datos se volcaron en hoja de cálculo para su análisis. Se estimó mediana e intervalo intercuartílico para las variables continuas y porcentaje para variables categóricas.

## RESULTADOS

Durante el periodo analizado se registraron 115 RAM, de las cuales 52 fueron por ATM. Éstas correspondieron a 46 pacientes. Los mismos tuvieron una mediana de edad de 50,5 años (33-66 años) y 62% de sexo femenino (F). CMB principales: Hipertensión (HTA): 38%, enfermedad oncohematológica (EOH): 38%, tabaquismo (TBQ): 27%, diabetes y obesidad: 5%. Albuminemia: 3,2g/dl (2,7-3,5g/dl), FG: 90,2 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (56,9-120,8 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), plaquetas: 200500/ $\mu$ L (76000-280000/ $\mu$ L), bilirrubina total: 0,6 mg/dl (0,4-0,9 mg/dl). INC=3(2-5). MC= 8(6-10). El tipo de ATM mayormente involucrado en las RAM fueron los antibióticos (83%), principalmente vancomicina (17,3%).

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio han permitido identificar las particularidades de los pacientes que cursaron al menos una RAM por ATM. En acuerdo con lo descrito por otros autores se observó predominancia de sexo F, HTA, EOC y TBQ. Se destacó como característica, en esta cohorte de pacientes, la MC por encima de 5. Ésta es una variable sobre la que los farmacéuticos podemos influir de manera beneficiosa, reduciendo el uso de fármacos de manera racional.

Este estudio impulsa a los farmacéuticos a abogar por una farmacoterapia racional con foco en los pacientes con características similares a las descritas, alertando, también, a los médicos que asisten a este tipo de pacientes empleando antibióticos, pero sin descuidar a los otros tipos de ATM. Además, sienta las bases para realizar un estudio de casos y controles en el futuro, para establecer factores de riesgo. Dado el posible sesgo de notificación de RAM, nuevos estudios aumentando el número de pacientes y controlando el subregistro de RAM son necesarios para confirmar nuestros hallazgos.

## CONCLUSIÓN

Los pacientes con RAM por ATM, de nuestro hospital, fueron mayormente de sexo F, con HTA y EOC, polimedcados y con hipoalbuminemia. El ATM mayormente involucrado en las RAM, en este estudio, fue vancomicina.

### **3)Intoxicación aguda oral con solución jabonosa de clorhexidina al 4 %**

DIAZ RJ, LUGEA CA, DOMOSBIAN DE  
Mail de contacto: elgrandete10@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

El rol del farmacéutico hospitalario es clave para las instituciones de salud. La Farmacia debe hacer las advertencias en rótulos de medicamentos y productos médicos que se entregan a salas, guardias y quirófanos. La clorhexidina al 4 % se usa como antiséptico pre quirúrgico y para lavado de manos prequirúrgico. Los riesgos de intoxicación oral son graves y pueden llevar a la muerte.

#### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Miércoles 02/08/2017, el laboratorio fabricante del producto recibió un llamado telefónico de una médica toxicóloga de un hospital pediátrico, consultó la toxicología de la solución jabonosa de clorhexidina al 4%, o sus componentes, debido a una intoxicación aguda oral en una paciente de dos meses, con cirugía programada, que había evolucionado a un estado crítico y grave con acidosis metabólica.

El farmacéutico director técnico del laboratorio le solicitó detalles del hecho, porque el producto tiene claras indicaciones de “uso externo” en su rótulo y prospecto; y ella le informó que “por error de criterios, conocimientos o interpretación, la madre suministró a su beba por vía oral una pequeña cantidad (suponía 5 a 10 mL) del antedicho antiséptico”; también comentó que “probablemente esto haya ocurrido porque a la mamá de la beba se le entregó una jeringa (sin aguja) conteniendo algunos mililitros del citado antiséptico, fraccionado allí, aparentemente rotulada sobre una tela adhesiva para usarlo cuando bañara la beba antes de la Cirugía”.

Fue iniciada una extensa y urgente búsqueda bibliográfica en el laboratorio (con bibliografía propia más Internet) y en el CFPBA (con fuentes y accesos de su biblioteca), colaborando confidencialmente otros farmacéuticos, pediatras y toxicólogos, concluyendo que la mayor toxicidad conocida, con tendencia a acidosis, podía deberse al 5 % de alcohol isopropílico y/o al 25 % de alcohol láurico polietoxilado. Esa información indicaba que el mejor tratamiento posible era la corrección del pH plasmático por infusión endovenosa de solución fisiológica bicarbonatada y monitoreo continuo del pH, además de ventilación respiratoria con oxígeno, que la paciente ya estaba recibiendo.

Cinco días después, la médica confirmó que la paciente fue tratada satisfactoriamente según lo recomendado, que estaba fuera de riesgo de vida, que no tuvo más requerimientos de oxígeno y que se mantuvo con leves signos de dificultad respiratoria, sin acidosis ni fiebre y con hematocrito en ascenso.

Semanas después, confirmó su recuperación y que el seguimiento general de su salud (en lo relacionado o derivado de esta intoxicación y de la cirugía ya realizada entonces) continuarían por años a través de los recursos activados por el Hospital para atender su evolución crónica.

Se le sugirió advertir a Farmacia que, al menos, realice la rotulación establecida en la F.A. 7. (u otras, ej: Anuncio de seguridad, FDA, 2-2-2017)

## DISCUSIÓN

Dada la importancia de la antisepsia prequirúrgica para prevenir las infecciones en las cirugías, es crítico que sea hecha y supervisada sólo por profesionales de la salud adecuadamente capacitados, para ser efectiva y 100 % segura para los pacientes.

El personal de salud, así como pacientes y familiares, deberían acceder a un amplio y profundo conocimiento de los “Riesgos del uso y aplicación de los Antisépticos” debido a sus toxicidades.

Si es indispensable fraccionar un medicamento, debe ser seguro desde la preparación hasta su entrega y su rotulado ser simple, claro y entendible.

Antes de delegar su uso en familiares, debe asegurarse la comprensión cabal del uso por ellos y emplear recipientes adecuados, que no lleven a confusiones ni tengan indicaciones escasas.

Cada institución debe tener instrucciones de comprensión simple o de carácter gráfico que minimicen los errores del personal, de los pacientes o de sus familiares.

## **4)Evaluación de la efectividad microbiológica y de la metodología para la detección de trazas de ácido peracético como agente desinfectante en procesos de obtención de hemoderivados**

MERELES F, DE LA IGLESIA G, PRENOL L, GERNIR P, CACCIAMANO M, NOVILLO T, OSTORERO M, VILCHES A

Laboratorio de hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba– Córdoba– Argentina

Mail de contacto: gabriela.iglesia@unc.edu.ar

## INTRODUCCIÓN

El estudio de los agentes desinfectantes utilizados en la industria farmacéutica es un requisito normativo para el cumplimiento de las buenas prácticas de fabricación. Para garantizar la seguridad del producto se debe contar con métodos analíticos adecuados que determinen tanto su efectividad microbiológica como la detección de trazas del mismo en aguas de enjuague.

En el área de producción del Laboratorio de Hemoderivados (LH) se desea incorporar como nuevo agente para la desinfección del sistema de cañerías y equipos de acero inoxidable el ácido peracético (AP), ya que posee un alto poder oxidante, baja acción corrosiva, mayor rango de acción en presencia de materia orgánica y genera productos de degradación que presentan baja toxicidad para el ambiente en comparación con otros agentes comúnmente utilizados como hipoclorito de sodio y el hidróxido de sodio.

## OBJETIVOS

- 1)Determinar la Efectividad microbiológica de AP al 0.3%.
- 2)Comparar los métodos analíticos de tiras reactivas (TR) y Carbono Orgánico Total (TOC) para la detección de trazas de AP en aguas de enjuague.

## MATERIALES Y MÉTODOS

En ambos estudios se trabajó con AP Victory Perac®

Efectividad microbiológica: Diseño experimental: Se utilizó el método de dilución-neutralización descrito en las normas europeas UNE-EN 1040 y UNE-EN 1275: el agente en estudio se añade a una suspensión de concentración elevada de microorganismos a 20 °C durante cinco minutos; luego se neutraliza la reacción y se determina el número de microorganismos sobrevivientes para calcular la reducción logarítmica del inóculo inicial. Se siguieron como referencia los capítulos “51 Prueba de Efectividad antimicrobiana” y “1072 Desinfectantes y antisépticos” USP 43.

Comparación de métodos para la detección de trazas: Diseño experimental. A partir del AP valorado por titulación óxido reducción, se prepararon diluciones con agua de calidad inyectable. (50 ppm, 30 ppm, 20 ppm, 10 ppm, 5 ppm, 2.5ppm). A cada dilución se le realizó la detección de trazas por los métodos de TR (Comparación visual semicuantitativo) y TOC (Capítulo 643. USP 43. Equipo TOC Sievers M9) dos días y dos analistas por duplicado. Se estudiaron los parámetros exactitud, precisión, rango y linealidad. Los datos fueron analizados estadísticamente y los resultados fueron evaluados en función de los criterios de aceptación del procedimiento interno de validación y verificación de métodos analíticos.

Ambos estudios se realizaron en el área de control de calidad del LH, Año:2021-2022

## RESULTADOS

En cuanto a la efectividad microbiológica: El AP comercial Victory Perac® cumple los criterios de aceptación de las normas citadas.

En la comparación de métodos se determinó que el método de TR es preciso y específico, pero la exactitud y la linealidad no cumplen con los criterios de aceptación. En el método TOC la exactitud, precisión y linealidad cumplen con los criterios de aceptación para el rango estudiado.

## DISCUSIÓN

Se demuestra que la efectividad microbiológica en AP cumple con las especificaciones; pero el estudio tiene como limitación que no se han probado a otras concentraciones. La efectividad es comparable a la obtenida con otros desinfectantes, con mayores beneficios en cuánto a toxicidad, corrosión de equipos, seguridad operativa e impacto ambiental.

Los resultados de la comparación de métodos para el análisis de trazas, demuestran que, si bien el método de TOC es más efectivo en aguas de enjuague porque presenta mayor exactitud, no posee la especificidad de las TR.

## CONCLUSIÓN

El AP posee capacidad bactericida y fungicida a la concentración ensayada, siendo apto su uso para desinfección de equipos y cañerías utilizados en procesos productivos hemoderivados.

El método TOC es adecuado y cumple con los requisitos para la determinación de trazas de AP en aguas de enjuague.

Fuente de financiación: Laboratorio Hemoderivados UNC. Presidente Arturo Illia. Los autores declaran no tener conflicto de intereses

## **5) Intervención farmacéutica en pacientes con diagnóstico de pubertad precoz en tratamiento con triptorelina en un hospital pediátrico**

VACCARO R, FERNÁNDEZ R, MONTERO M

Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde – CABA – Argentina

Mail de contacto: romariavaccaro@gmail.com

### **INTRODUCCIÓN**

La triptorelina se utiliza en el tratamiento de pubertad precoz (PP) para evitar los trastornos emocionales secundarios a los cambios físicos producidos fuera de la edad habitual y disminuir la aceleración de la maduración esquelética y evitar así el deterioro de la estatura final.

### **OBJETIVO**

Este trabajo tiene como finalidad describir y registrar las intervenciones farmacéuticas en pacientes pediátricos en tratamiento con triptorelina.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

A raíz de la observación de un aumento del consumo de triptorelina en el año 2021 se realizó una búsqueda bibliográfica del período 2019-2022 en PubMed enfocada en el aumento de la pubertad precoz en los últimos años para comparar con los datos de la población objetivo. Estrategia de búsqueda: Palabras claves: triptorelina, pubertad precoz, confinamiento.

A través de un estudio retrospectivo observacional descriptivo se definió la población objetivo tomando un período de 36 meses (2019 - 2021), con un total de 30 niñas diagnosticadas con PP que recibieron tratamiento con triptorelina 3.75 mg cada 28 días IM atendidas en el servicio de endocrinología.

Como criterio de pubertad precoz se ha utilizado: Desarrollo mamario antes de 8 años, velocidad de crecimiento acelerada con cruce de percentilos, edad ósea adelantada mayor de 2 años, diámetro longitudinal uterino mayor de 33 mm con volumen ovárico mayor 2,1 cm<sup>3</sup>, respuesta de hormona luteinizante (LH) mayor a 4 mU/ml y la relación LH/FSH mayor a 0,2. Como criterio de finalización del tratamiento y tomando como referencia el trabajo publicado de Díaz et al, se indicó como parámetro edad ósea de 12 años ± 0,6 años.

La intervención farmacéutica (IF) se desarrolló a partir de la validación de las prescripciones médicas e historias clínicas obtenidas de las ayudas médicas solicitadas en el servicio de farmacia en el año 2022. Se definieron dos tipos de IF a partir de las observaciones realizadas: no adherencia y duración excesiva del tratamiento

### **RESULTADOS**

De un total de 30 niñas el 16.6% (5) fueron tratados durante el año 2019, 26.7% (8) fueron tratados durante el año 2020 y 56.7% (17) durante el año 2021.

De las IF realizadas en el año 2022 resultó que un 10 % (3) no adhirieron al tratamiento y 6.6% (2) tuvieron una excesiva duración del tratamiento. Se comunicó al equipo médico tratante lo observado, lo que resultó en la adecuación de tratamientos y comunicación con pacientes no adherentes.

## DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en el período 2021 coinciden con los datos bibliográficos, asociándose el confinamiento por la pandemia de COVID-19 con el inicio temprano de pubertad precoz según la bibliografía S. . sin embargo, se necesitan más investigaciones en cohortes más grandes de niños para correlacionar el aumento observado de la PP con factores patógenos específicos.

Las IF fueron realizadas por el farmacéutico en forma activa, en la toma de decisiones en la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados.

## CONCLUSIÓN

Es imprescindible continuar con las IF implementando un conjunto de medidas educadoras, de retroinformación y auto evaluadoras con el servicio de endocrinología del hospital lo que permitirá mejorar la adherencia al tratamiento, como así también reducir los costos al interferir en la finalización de tratamientos con el consiguiente beneficio para el paciente. Intervención farmacéutica en pacientes con diagnóstico de pubertad precoz en tratamiento con triptorelina en un hospital pediátrico.

## **6)Desinfectante fenólico mutagénico prohibido por ANMAT, EPA, EMA, FDA.**

LUGEA C

ANMAT – CABA – Argentina

Mail de contacto: claudialugea@yahoo.com.ar

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad comercializan y usan un domisanitario, con desconocimiento de la población de los riesgos que ocasiona, y que no tiene un registro sanitario vigente. En su composición contiene: acroleína y fenoles, prohibidos de acción mutagénica y carcinogénica.

Los profesionales Farmacéuticos, durante la formación universitaria y laboral desarrollan las competencias necesarias para salvaguardar a la población de posibles daños por productos domisanitarios (desinfectantes de uso doméstico y hospitalarios).

Conocer en profundidad las legislaciones vigentes y a través de la responsabilidad social y ambiental actuar de forma inmediata.

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO:

Los siguientes son síntomas que presentaron los habitantes del edificio y vecinos al estar en contacto con el producto: vómitos, irritación de garganta, problemas oculares, jaquecas, etc. Se detectó que el desinfectante usado en el uso común del edificio habitacional y arrojado en la vereda, de un olor penetrante y de color blanquecino al ser diluido en agua; era acroleína. El mismo es un compuesto fenólico, cancerígeno, CAS Nro 108 95 2 en la formulación de productos sanitarios. Prohibida la utilización de la materia prima fenol a partir de la entrada en vigor del Disp. 1031/17. “Que ni el fenol, ni los cresoles constituyen sustancias comprobadamente aceptadas por la EPA, FDA, o la Comunidad Europea. Que la utilización de sustancias

con propiedades peligrosas, según clasificaciones internacionales como la International Agency for Research in Cancer (IARC) categoría 1, o clasificada como cancerígena, mutagénica o tóxica para la reproducción quedan prohibidas en productos de higiene personal, cosméticos y perfumes”.

#### DISCUSIÓN

En base a la denuncia presentada al ANMAT y por incumplimiento de las normativas vigentes, bajo Certificado de Actuación, en la Comisaría 2, Gob. De la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Justicia y Seguridad. Policía Federal, caratulado bajo Delito 11179 Art. 89. Lesiones leves. Contravencional Ley 1472 Art. 54: Colocar o arrojar sustancias insalubres o cosas dañinas en lugares públicos. Contravención 1472 Art. 52. Fuero Penal. Contravención y Faltas. Desde Control de Mercado de ANMAT, se investiga y actúa al respecto. La prevención y difusión, herramientas fundamentales de trabajo. Estar atento es la premisa de la prevención.

#### **7)Validación del método de valoración por espectrofotometría uv- visible de inyectables de furosemida-unc durante el proceso de elaboración**

FRACAROLI MB, CACCIAMANO M, CUARTA E, MONTERESINO J, NOVILLO T, GERMIR P, DE LA IGLESIA G, METTÁN A, VILCHES AP

Laboratorio de hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba– Córdoba– Argentina

Mail de contacto: belen.fracaroli@unc.edu.ar

#### INTRODUCCIÓN

Las buenas prácticas de fabricación y control requieren que los métodos analíticos empleados para evaluar las especificaciones establecidas sean apropiados. La presentación de métodos analíticos nuevos o revisados debe contener suficiente información para permitir la evaluación de los procedimientos propuestos. La valoración de Furosemida en el momento de su formulación en el tanque (bulk) y producto envasado (PE) (en caso de no disponer de cromatografía líquida de alta eficacia –HPLC-), efectuada en el departamento de Ensayos Físico Químicos (FQ) de Control de Calidad del Laboratorio de Hemoderivados UNC (LDH), se realiza mediante el método de espectrofotometría UV-Visible (UV). Este método se basa en la medida de absorbancia a 273 nm (teórico) y la relación con la concentración de la solución, a través de una curva de calibración.

La ventaja de contar con el método por UV validado está en la disminución del tiempo que lleva obtener el resultado en comparación con el resultado obtenido HPLC. Esta reducción en el tiempo de análisis permite tomar decisiones en menos tiempo y comenzar el llenado de las ampollas más rápido, evitando así la posible contaminación microbiana en el tanque previo a su filtrado.

#### OBJETIVOS

Validar el método de Espectrofotometría UV-Visible, alternativo al HPLC demostrando que el método analítico empleado para la cuantificación de Furosemida en el bulk y PE es adecuado, efectivo y cumple con los requisitos regulatorios.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trabajó con 3 analistas del departamento de FQ, en 3 días distintos en marzo y abril de 2022:

Se preparó la curva de calibración, según procedimiento específico de LHD. La longitud de onda ( $\lambda$ ) máxima de trabajo se determinó en una curva espectral obtenida en el UV

Se realizó la curva de Absorbancia vs. concentración y se obtuvo del gráfico la pendiente y la ordenada al origen obteniéndose así la fórmula para el cálculo de concentración.

Cada analista preparó 5 niveles de concentración de Furosemida (Lote: 103048) a partir del estándar de Furosemida (Lote: 103048) de modo tal que cubrían el 50%-80%-100%-110%-130% (de 10 mg/ml) del rango de valoración especificado (9-11 mg/ml)

- Analista 1: 5 repeticiones por nivel.
- Analista 2 y 3: 3 repeticiones por nivel.

Se leyeron todas las muestras por duplicado en el UV.

Los criterios de desempeño y de aceptación son los descritos por farmacopeas internacionales y guías de validación que se detallan a continuación:

- Exactitud: porcentaje recuperación(%R): 98-102%
- Precisión Intraensayo: coeficiente de variación porcentual(%CV):  $\leq 4\%$
- Precisión Interensayo: coeficiente de variación porcentual (%CV):  $\leq 2-3\%$
- Linealidad y Rango: coeficiente de correlación (R<sup>2</sup>):  $\geq 0.99$
- Especificidad: los excipientes no deben interferir en la señal

## RESULTADOS

De los resultados obtenidos se observa:

- Exactitud: Entre 98,7% y 101,9%
- Precisión intraensayo: Entre 0.09% y 3.37%
- Precisión Interensayo: Entre 0.45% y 1.66%
- Linealidad: R<sup>2</sup>= 0.9998
- Rango: 7,2m g/ml-13,2 mg/ml.
- Se determinó que los excipientes no interfieren en la señal.

Estos valores corresponden a promedios estadísticos. Están expresados en rangos ya que abarcan los resultados correspondientes a cada una de los 5 niveles de concentración de cada analista.

## DISCUSIÓN

Si bien el método de valoración por UV para Furosemida no está descrito en farmacopea, demostró que puede ser una alternativa a la valoración por HPLC, en el control del bulk de furosemida y de PE (cuando no se cuenta con HPLC) optimizando los tiempos del mismo. Ya que para este método el tiempo de medición es de aprox. 10 min, y por HPLC es de aprox. 8hs. (35 min por corrida; 14 muestras; 2 estándares por quintuplicado y 2 muestras por duplicado) Farmacopea Nacional Argentina 7° ed.

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten concluir que el método de valoración por espectrofotometría UV- visible de FUROSEMIDA-UNC está VALIDADO ya que cumple con los criterios de aceptación de los parámetros evaluados.

### **8)Alteración cuali-cuantitativa asociada a la pandemia COVID 19 en la composición de residuos patogénicos generados en un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires**

SMITH MR, JUAREZ GK, CIRULLI M, CORREA GE  
Hospital General de Agudos E. Tornú – CABA – Argentina  
Mail de contacto: smithmariarosa@hotmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

Desde una perspectiva ambiental, los hospitales interactúan con el entorno a partir del flujo de energía y materiales y la generación de residuos y emisiones que impactan en el ambiente con potencial peligro para la salud.

A partir de los primeros casos COVID-19 en Argentina, se impusieron medidas de protección al personal de salud. El equipo de protección personal (EPP) según riesgo de exposición, podía incluir guantes de látex (GL), barbijo quirúrgico (BQ), mascarillas N95, protector ocular, camisolines (CT), cofias y botas. Su desecho alteró la generación de residuos patogénicos (GRP). Conocer la composición y volumen de estos residuos contribuye a su correcta gestión y a minimizar el impacto ambiental.

#### **OBJETIVO**

Determinar la composición cuali-cuantitativa de los residuos patogénicos generados (RPG) durante la pandemia. Estudiar la posible asociación entre la variación en la GRP y el uso de EPP.

#### **MATERIALES Y MÉTODO**

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. Población: RPG en todo el hospital. Períodos: de referencia, pre pandemia (prePAN) 01/03/19 al 29/02/20; de estudio: pandemia (PAN) 01/03/20 al 31/03/22. No aplicó muestreo. Criterio de inclusión: RPG en bolsa roja para su retiro y disposición final. Variables: Consumo promedio mensual (CPM), en unidades, de BQ, CC, CH y GL -como marcadores del uso EPP por su uso extendido y/o formar parte de los requeridos en la mayoría de los procedimientos-; RPG dispuesto en bolsa roja. Cálculo: cantidad de bolsas rojas/mes; promedio validado: 13.6 kg/bolsa. Análisis de datos: estadística descriptiva.

#### **RESULTADOS**

GRP en kg. Año 2020, MAR a DIC: 3306, 4923, 5364, 7545, 14996, 11140, 12086, 10292, 9865, 8622. Año 2021, ENE a DIC: 7995, 6862, 9351, 9711, 13096, 11979, 5949, 5052, 9230, 6903, 8318. Año 2022, ENE a MAR: 10011, 8200, 7639. Generación promedio mensual (GPM): 8685. Aumento de GRP: 310% sobre GPM prePAN (2800) y 535% en JUL 2020.

Consumo de BQ (unidades). AÑO 2020, MAR a DIC: 650, 42000, 48000, 58500, 61000, 64000, 68000, 56000, 52000, 44000. Año 2021, ENE a DIC: 48000, 41000, 48500,

60000, 68000, 7200, 68000, 52000, 50000, 37500, 45000, 40000. Año 2022, ENE a MAR: 42000, 37000, 41500. El CPM (49800) reflejó una suba del 2.594% respecto a CPM prePAN (1920) y 3750% en JUN 2020.

Consumo CT (unidades). Año 2020, MAR a DIC: 790, 6168, 6879, 23623, 23573, 21.069, 18361, 13271, 10548, 3954. Año 2021, ENE a DIC: 7190, 5054, 10868, 4544, 21515, 26759, 24123, 4809, 13098, 3572, 9154, 13316. Año 2022, ENE a MAR: 10531, 9434, 7855. El CPM (12000) evidenció un aumento del 2.222% con respecto a prePAN (540) y 4.955% en JUN 2021.

Consumo GL (unidades). Año 2020, MAR a DIC: 130400, 236800, 99.500, 133500, 169.400, 155000, 133300, 164700, 93600, 88000. Año 2021, ENE a DIC: 96700, 64600, 188000, 156000, 312100, 206800, 251100, 123400, 213500, 98.300, 183300, 155600. Año 2022, ENE a MAR: 128200, 168200, 155100. El CPM (156192) mostró un incremento del 212% con respecto a prePAN (73627) y 424% en MAY 2021.

#### DISCUSIÓN

El abrupto aumento en MAR 2020 en la GRP coincide con el comienzo de la pandemia. A partir de aquí, la variación de GRP siguió un patrón de subas y bajas similar al progreso de casos confirmados COVID-19 informados en CABA.

Los patrones de consumo de los insumos marcadores presentaron cimas y valles en armonía con la dinámica de la pandemia, a la vez que evidenciaron un incremento considerable con respecto a los valores promedio prePAN, aumento que puede relacionarse directamente con el uso de EPP.

El incremento empinado en ABR 2020 en el consumo de BQ coincide con la obligatoriedad de uso en todo el personal.

#### CONCLUSIÓN

Durante la pandemia, se observó un considerable aumento en el consumo de BQ, CT y GL así como en la generación de residuos patogénicos generados. El incremento en el uso y desecho de los insumos marcadores permite inferir que la alteración cualitativa en la GRP está relacionada al uso de EPP.

### **9) Gestión de medicamentos en el contexto de escasez: Experiencia en el Servicio de Farmacia de un Hospital Público de la Ciudad de Buenos Aires durante la pandemia COVID-19**

SMITH MR, CORREA GE, JUÁREZ GK

Hospital General de Agudos E. Tornú – CABA – Argentina

Mail de contacto: smithmariarosa@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La escasez de medicamentos es un problema de salud pública sustentado en diversos factores con origen distintos puntos de la cadena de suministro y consecuencias directas en la farmacoterapia de los pacientes. Frente a la emergencia por COVID-19, un pico en la demanda se instaló sobre diferentes productos en distintos momentos. Conocer los medicamentos que se presentaron como faltantes (MF), las razones que las originaron y las estrategias implementadas para enfrentar la coyuntura servirá de

base para la toma anticipada de decisiones y lineamientos de planes de emergencia en futuras ocasiones.

#### OBJETIVOS

Identificar MF en nuestra institución durante la pandemia.

Identificar las estrategias de respuesta farmacoterapéutica de faltantes.

Analizar para cada MF las razones de su escasez.

Verificar para cada MF su inclusión en “Lista de Medicamentos Esenciales para el tratamiento de pacientes que ingresan a unidades de cuidados intensivos (UCI) con sospecha o diagnóstico confirmado de COVID-19” de la Organización Panamericana de la Salud (ListOPS)

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal. Población: MF para tratamientos de paciente internado en el Hospital Tornú. Identificación MF y estrategias de cobertura a través de registros internos. Análisis publicaciones mensuales de ANMAT. Criterio de inclusión: MF normalmente adquiridos por Orden de Compra Abierta (OCA). Criterios de exclusión: MF adquiridos por otros medios (licitación, decreto, OC centralizada). Período Marzo 2020- Agosto 2021.

#### RESULTADOS

Se identificaron 11 MF. Estrategias identificadas: alternativa terapéutica, acciones de red (préstamo o intercambio con otras instituciones, seguimiento diario y recupero de medicamentos críticos y escasos. Posibles causas de escasez: Problemas de producción de producto importado (PPI), Problemas de abastecimiento de materia prima importada (PAMP), Problemas de producción (PP).

Ocho (72.2%) de los 11 MF estaban incluidos en ListOPS.

MF, posibles razones e inclusión en ListOPS, respectivamente:

Sulfametoxazol 400 mg/trimetoprima 80 mg amp, PPI, NO; Enoxaparina sódica, PAMP, NO; Fentanilo 0.05 mg/ml amp, PAMP, SI; Atracurio 50 mg amp, PAMP, SI; Midazolam 15 mg amp, PAMP, SI; Heparina sódica 5000 U/ml FA,PAMP, SI; Noradrenalina 1 mg/ml amp, PPI, SI; Omeprazol 40 mg FA, PP, SI; Amiodarona 150 mg amp, PP, NO; Propofol 10 mg/ml amp, PAMP, SI; Insulina cristalina 100 UI, sin identificar, NO.

#### DISCUSIÓN

Con el avance de la pandemia, el aumento de la demanda de medicamentos críticos y/o esenciales dio lugar a un suministro limitado alrededor del mundo.

La información publicada por ANMAT, permite inferir que las razones de escasez se correlacionan con las reconocidas a escala global, aunque no simultáneamente, lo que puede interpretarse por el efecto dominó de la escasez comenzando en el hemisferio norte con efecto retardado en nuestra región.

La inclusión de los MF en ListOPS da cuenta de la criticidad de los mismos

Otros estudios correlacionan el aumento en el flujo de medicamentos críticos (y problemas de escasez) con el incremento de pacientes en UCI durante fases agudas

de COVID-19, resaltando a la vez la participación del farmacéutico en el manejo de la contingencia.

Se destaca el lugar protagónico de las redes formales e informales entre los distintos servicios de farmacia para la cobertura de las carencias

#### CONCLUSIÓN

Se identificaron once MF. De ellos, el 72.20 % están incluidos en ListOPS siendo considerados esenciales en el manejo de pacientes en UCI. Se destacan las acciones de red como estrategia poderosa para dar respuesta a la demanda, por encima del reemplazo de alternativas terapéuticas. La escasez de insumos debido a faltas en el mercado local o a efectos globales, alcanzó las actividades de nuestra institución durante la pandemia.

### **10) Intoxicación por Metotrexato a dosis terapéutica**

MELINA M L, HOFFMANN A R, VELA E, MANZI M

Hospital Nacional Posadas – El Palomar – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: alinehoff@yahoo.com.ar

#### INTRODUCCIÓN

La intoxicación por metotrexato (MTX) es muy frecuente, grave siendo motivo de consulta y de internación. La intoxicación por este fármaco es más frecuente cuando se indica en dosis altas para tratamiento oncológico, pero, en ocasiones, también puede presentarse cuando se prescriben dosis bajas. Las manifestaciones principales son hematológicas, gastrointestinales y mucocutáneas. Entre estas últimas, las más frecuentes son las erosiones de la mucosa oral. Se comunica un caso de intoxicación aguda por MTX sin niveles séricos en sangre. La pauta diagnóstica específica por intoxicación fue basada en la anamnesis, cuadro clínico con mucositis erosiva y estudios complementarios sin relación de dosis dependientes del MTX.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino de 59 años (90Kg) con diagnóstico de HT, DBT II, IRC en diálisis trisemanal, HDA, Tabaquismo y Artritis Reumatoidea (AR) en tratamiento con MTX desde mayo de 2022. Su tratamiento actual: MTX 10 mg semanales, ácido fólico 1 mg/día, omeprazol, Metformina. Motivo de Consulta: Tos productiva, sin disnea, con estrías de sangre rutilante, se diagnostica neumonía y pancitopenia como cuadro secundario a toxicidad por MTX. Tratamiento toxicológico: Suspender la medicación habitual, administración de Factor estimulante de colonias, leucovorina (LV) Dosaje de MTX, Buches anestésicos y seguimiento por Hematología. Intervención Farmacéutica: Seguimiento clínico del paciente y uso del antídoto en forma conjunta con el Servicio de Toxicología.

#### DISCUSIÓN

El MTX se elimina principalmente por vía renal, dentro de las primeras 6-8 horas de su administración, y es indetectable en sangre luego de 24 horas. Sin embargo, uno de sus metabolitos activos permanece a nivel intracelular entre 1 y 4 semanas, sin ser

cuantificable retenido en las células en forma de poliglutamato. De esta manera, un dosaje sérico de MTX positivo es útil para orientar el diagnóstico, pero uno negativo no descarta intoxicación. Entre las causas de intoxicación se destacan la posología inadecuada, las interacciones medicamentosas (AINE, inhibidores de la bomba de protones, antibióticos y levetiracetam), la ingesta de alcohol y la insuficiencia renal. Debido a esto, antes de indicar MTX se recomienda: evaluar el estado cognitivo, la función renal y las posibles interacciones medicamentosas, así como corroborar la comprensión de la posología.

### **11) Dispensación de formulaciones magistrales antifímicas en un hospital general de agudos: propuesta de mejora tras un análisis FODA**

SALOMONE E.

Hospital General de Agudos Parmenio Piñero – CABA – Argentina

Mail de contacto: emilianosalomone@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

En la Argentina durante el 2020 se notificaron 10.896 casos de tuberculosis (TB). El 17 % de dichos casos corresponde a niños, niñas y adolescentes; en esta franja etaria, la tasa más alta corresponde a CABA, siendo de 36,5 cada 100.000 habitantes con un total de 107 casos.

A partir del primer trimestre del año 2021, frente al aumento de requerimiento de tratamientos y quimioprofilaxis para pacientes pediátricos, alcanzando la cifra de 22 pacientes entre 2021 y 2022, se sustituyó en nuestra institución la utilización de preparaciones extemporáneas mediante la incorporación de las formulaciones magistrales de jarabe de etambutol y suspensión de pirazinamida junto a la fórmula magistral de solución de isoniazida ya utilizada para quimioprofilaxis y al jarabe de rifampicina comercial.

El objetivo de la presente publicación es describir la elaboración y dispensación de estos fármacos en el Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (CABA) mediante un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), así ofrecer una propuesta de mejora que pudiera favorecer la accesibilidad a los tratamientos.

#### **PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO**

Entre las fortalezas, se encontraron el empleo de formulaciones magistrales estandarizadas con bibliografía reconocida, de técnica sencilla y pocos excipientes necesarios, y el fácil acceso a los principios activos a través de Talleres protegidos de CABA.

Debilidades de la situación incluyeron formulaciones de estabilidad acotada (30 días), limitando la demanda espontánea y la falta de un farmacéutico con dedicación exclusiva para el laboratorio.

Las principales amenazas se relacionaron con el aumento de casos de TB activa y latente en este grupo etario, así como la exposición a casos activos. La pérdida de profesionales farmacéuticos en atención primaria de la salud junto a la pobre conectividad entre el hospital y dichos centros provocaron la concentración de

atención de estos pacientes en el nosocomio, exigiendo mayor demanda con riesgo de no ser satisfecha. Se destacó también la situación de vulnerabilidad junto al bajo nivel sociocultural de las familias, dificultando la comprensión de la importancia de la adherencia al tratamiento; ejemplo a destacar fue el caso de K. J., paciente de 7 meses de edad que ingresó hospitalizada este año con diagnóstico de TB consecuente a la falta de adherencia a la quimioprofilaxis con isoniazida prescrita por exposición a su madre, paciente con TB quien no comunicó su intolerancia a los fármacos y, por este motivo, decidió abandonar arbitrariamente el tratamiento de ambas.

Finalmente, se halló la oportunidad de jerarquizar el rol farmacéutico, mediante una incumbencia tradicional y propia como es la elaboración de magistrales, dentro del equipo de salud y en toda la comunidad. Asimismo, estas formulaciones contaron con gran aceptación por parte de los profesionales médicos dada la versatilidad de dosificación y satisfactoria respuesta de los pacientes (buena palatabilidad).

#### DISCUSIÓN

Dada la circunstancia analizada, se presentan las siguientes propuestas: articular una red de comunicación, a través de alguna aplicación de mensajería instantánea, para el equipo multidisciplinario conformado por neumonología pediátrica, farmacia, trabajo social y laboratorio, para organizar cronogramas de dispensación y alertar sobre aquellos pacientes que tienen dificultades para acceder a los tratamientos; además ofrecer una vía de comunicación directa con la farmacia a los pacientes o sus responsables para resolución de consultas y notificación de eventos adversos. Por último, se propone la gestión de los mecanismos necesarios para la debida derivación a centros de atención primaria a los pacientes que estén mostrando inconvenientes con la adherencia a los tratamientos (observada mediante ausencias de retiro de medicación) para mayor seguimiento y posibilidad de realizar el tratamiento directamente observado.

#### **12) Análisis del aporte de la cátedra de farmacia clínica y asistencial en la formación de los futuros farmacéuticos de hospital**

YORDANOVICH P., FALKIEVICH D.B., D’ALESSANDRO S.  
Universidad Nacional del Chaco Austral – Chaco – Argentina  
Mail de contacto: plyordanovich@uncaus.edu.ar

#### INTRODUCCIÓN

La cátedra de farmacia clínica y asistencial (CFCA) corresponde al primer cuatrimestre del quinto año de formación de la carrera de Farmacia de la Universidad Nacional del Chaco Austral de la localidad de Pcia. Roque Saéñz Peña, Chaco. La CFCA está formada por cuatro farmacéuticos, de los cuales dos se desempeñan, además, cumpliendo funciones hospitalarias en la farmacia de la Unidad Médica Educativa (UME). La UME es una fundación que opera como Centro de Salud de Alta Complejidad y pertenece a la Universidad. Debido a la necesidad de formar farmacéuticos de hospital capaces de conjugar saberes teóricos con los prácticos, desde la cátedra, se implementa que los estudiantes cursantes de la CFCA realicen prácticas en la UME. La CFCA es la responsable del diseño de las actividades, control del cumplimiento de las horas

prácticas, acompañamiento, orientación y evaluación del desempeño de los estudiantes. Las prácticas consisten en cumplir 40 horas presenciales realizando las actividades asignadas bajo la supervisión de farmacéuticos de la CFCA, médicos y personal de salud del establecimiento. El objetivo del trabajo es analizar el aporte de la CFCA en la formación de los futuros farmacéuticos en el ámbito hospitalario, teniendo en cuenta la experiencia con los estudiantes al realizar las prácticas en la UME.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Las actividades incluidas en las prácticas consistieron en el cumplimiento de 40 horas presenciales en la UME durante el cursado de la CFCA en el primer cuatrimestre del año 2022. Los futuros profesionales reconocieron todas las actividades llevadas a cabo en la farmacia del establecimiento, participaron en la confección y distribución de pedidos para todos los sectores, aprendieron a utilizar el sistema informático del área y realizaron el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes. Este último implicó el análisis de la indicación, efectividad, seguridad y detección de problemas relacionados con los medicamentos. Se realizaron entrevistas con los médicos y pacientes. Cada estudiante realizó el seguimiento farmacoterapéutico de dos pacientes seleccionados al azar de algún sector del establecimiento (Unidad Coronaria, Unidad de Terapia Intensiva y/o Sala). Se completaron las fichas farmacoterapéuticas proporcionadas por la CFCA durante el seguimiento periódico de los pacientes, se realizó una evaluación de las mismas haciendo hincapié en los problemas relacionados a los medicamentos, se incluyó la búsqueda bibliográfica y se concluyó con el informe final de cada paciente asignando. Los farmacéuticos pertenecientes a la CFCA controlaron, supervisaron y evaluaron el desempeño de los estudiantes durante las prácticas.

#### DISCUSIÓN

La implementación de las prácticas en la UME permitió a los estudiantes conjugar saberes teóricos con la experiencia práctica, formarse en el perfil hospitalario, adquirir conocimientos nuevos y/o fijar conocimientos y lograr destrezas para realizar las actividades asignadas, lo que resulta relevante para la profesión farmacéutica debido a que permite un impacto favorable en términos económicos, hospitalarios y en la seguridad del paciente. La inserción del estudiante en el ámbito hospitalario permitió el conocimiento del rol del farmacéutico hospitalario. Se reflejó la necesidad del aporte del farmacéutico como especialista en medicamentos formando parte activa del centro de salud. La UME resultó un campo fértil para formar profesionales enfocados en la atención farmacéutica centrada en el paciente. Las prácticas implementadas por la CFCA aportaron conocimientos prácticos relacionados al cuidado de la salud y proporcionaron herramientas para la integración de los futuros farmacéuticos al equipo interdisciplinario de la salud, haciendo hincapié en la resolución de los problemas relacionados a los medicamentos.

**13) Terapia supresora de la acidez: estudio antes-después de utilización de antiulcerosos en un Hospital Interzonal de Agudos**

DI LÍBERO E, ÁLVAREZ C, BILLORDO M, OSARDO V, ARAUJO J, MARTÍNEZ I  
Hospital Interzonal General de Agudos Evita – Lanús – Buenos Aires – Argentina  
Mail de contacto: eugeniadilibero@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El uso de terapia supresora de la acidez (TSA) se reporta como abusivo en pacientes (pts.) hospitalizados. Desde Farmacia Clínica (FC) se realizan intervenciones educativas en forma estandarizada y en el año 2018, se presenta en Jornadas Científicas del Hospital (JJCC), un estudio de utilización de TSA, que pone de manifiesto las tasas de uso racional definido como: tratamientos signo-sintomatológico (SS) de esofagitis/gastritis, reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, hemorragia digestiva alta no variceal; profilaxis de úlceras por estrés (PUPE) en pacientes de alto riesgo y profilaxis de úlceras inducidas por AINEs (PUIA). Para poder definir el impacto de esta intervención, se realiza un estudio antes-después.

### OBJETIVOS

Cuantificar la prevalencia de uso de TSA y clasificar las indicaciones de TSA en salas con y sin asistencia de FC, en dos períodos pre (prei) y post intervención (posti). Evaluar el impacto a nivel de consumo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental transversal, no controlado, de tipo antes-después. La intervención, realizada en agosto de 2018, consistió en la presentación, en las JJCC, de los resultados de un primer corte y las recomendaciones extraídas de la literatura; con convocatoria y asistencia de los servicios prescriptores. Se incluyeron todos los pts. internados en Clínica Médica (CM) y Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y Coronaria (UCO) -con seguimiento de FC-; y en Cardiología y Cirugía (CX) -sin FC-, en dos cortes: 17 de Julio de 2018 y 29 de Julio de 2022. Se consignaron servicio, cuál TSA, en caso de usarla; vía de administración y factores de riesgo reconocidos por la bibliografía asociados a ulceración; según lo relevado en las Historias Clínicas. Se catalogó si calificaban o no para utilización de TSA en base a criterios de utilización validados por guiamientos actualizados y reconocidos; y se clasificó su uso en PUPE, PUIA o SS. Para el impacto en consumo se analizaron las dosis diarias definidas (DDD) de las diferentes TSA en los períodos 2017/18 y 2021/22. Los datos se procesaron usando Microsoft Excel y Statistix 7.

### RESULTADOS

Se incluyeron 72 pts en prei y 74 en posti. Las características clínico-epidemiológicas y distribución entre servicios entre ambos períodos no difirió significativamente. Tenían indicado alguna TSA, 63 pts (87%) en el prei y 22 (30%) en posti ( $p < 0,05$ ). De ellos, en prei, el 33% tenía prescripto omeprazol (OMP) por vía oral (VO) y el 67% ranitidina (RANI): 40% por vía endovenosa (EV) y 60% VO; en posti, el 86% OMP VO y 14% RANI EV. En el prei, de los pts que tenían prescrita TSA, el 72% no calificaban para ninguna indicación validada por la bibliografía; versus 41% en el posti ( $p < 0,05$ ), fundamentalmente a expensas de los servicios C y CX. De los que calificaban, en prei, 14 pts (70%) usaban TSA para PUPE, 3 (15%) para SS, 2 (10%) para PUIA+PUPE y 1 (5%) para SS+PUPE; mientras que en posti, usaban TSA para PUPE 3 pts (23%), 7 (54%) para

SS, y 3 (23%) para PUIA. La mayor proporción de uso no justificado, se dio en los servicios de CM y CX en prei, vs. C y CX en posti. Las DDD totalizadas fueron 23338 en 2017/18 y 6199 en 2021/22.

#### DISCUSIÓN

Nuestras tasas de utilización de TSA en el prei coinciden con las reportadas en estudios realizados en otros centros. En el posti, el consumo global y la proporción de mal uso disminuyó significativamente, a expensas de servicios con seguimiento estructurado por FC. Nuestros hallazgos sugieren que además de las intervenciones educativas y de mejora de la prescripción, informar las cifras de desvíos respecto del uso racional, tiene impacto al momento de apoyar las intervenciones farmacéuticas.

#### CONCLUSIÓN

La intervención se asoció a disminución significativa del uso de TSA. Las PUPE fueron las de mayor indicación de TSA en prei, y la SS en posti. En posti, la mayor proporción de uso no justificado se dió en los servicios sin seguimiento estructurado por FC. Hubo una reducción en el consumo del 73%.

#### **14) Cidofovir intravesical en cistitis hemorrágica por virus BK en un paciente con trasplante de células hematopoyéticas**

ARZENO MB, FRANCESCHI V, MICUCCI G, MORATTO C, PORTU MP  
Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina  
Mail de contacto: victoria.franceschi@hospitalitaliano.org.ar

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con trasplante de células hematopoyéticas (TCH) sufren diversas complicaciones en el período post trasplante. La tasa de incidencia de cistitis hemorrágica (CH) en estos pacientes es de un 13-40% y la viruria por BK ocurre en aproximadamente la mitad de los receptores de TCH alogénicos y en menos del 10% de los receptores de TCH autólogos.

La CH se define como una inflamación de la mucosa vesical que produce un sangrado debido a una activación patológica de citoquinas proinflamatorias que destruyen la mucosa y conducen a la apertura de microvasos a la luz vesical. La sintomatología se caracteriza por hematuria, disuria y síntomas comunes del tracto urinario bajo (frecuencia, urgencia).

El virus BK (vBK) es un poliomavirus humano que típicamente es adquirido en la infancia y se mantiene latente en el riñón y en el tracto urinario (más del 90% de los adultos son seropositivos). Puede provocar desde viruria asintomática a CH, que puede ser severa.

La estrategia actual para el manejo del vBK es: hiperhidratación, sostén transfusional, irrigación continua de la vejiga y disminución de la inmunosupresión. No hay antivirales aprobados para el tratamiento.

El cidofovir (CDV) se ha descrito en series de casos y estudios retrospectivos para la terapia de CH por vBK por dos vías de administración: intravenosa (IV) e intravesical (IVe). Se presenta el caso de un paciente con TCH, que recibió CDV IVe por infección con vBK.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino de 65 años con diagnóstico de linfoma no Hodgkin tipo B recaído, realizó un TCH alogénico haploidéntico relacionado el 22/12/22, como acondicionamiento recibió esquema Baltimore (ciclofosfamida, fludarabina e irradiación corporal total). Recibió posteriormente ciclofosfamida y se instauró tratamiento con tacrolimus y micofenolato como profilaxis para enfermedad injerto contra huésped (EICH). El 3/1 el paciente presentó uretritis y hematuria con requerimiento de transfusión de plaquetas, se realizó cistoscopia con lavado de coágulos y cauterización. El 5/1 presentó BK en orina detectable por técnica PCR, CV (carga viral) negativa en sangre. El 17/2 por persistencia de hematuria se realizó un nuevo laboratorio, con resultados de CV >25000000 en orina y 1348 en sangre. Se manejó al paciente con lavado vesical permanente y medidas de soporte y se decidió no iniciar tratamiento farmacológico.

La farmacéutica del área, luego de realizar una búsqueda bibliográfica, consensuó junto al equipo tratante, iniciar tratamiento con CDV IVe semanal a 5 mg/kg diluido en 60 ml de SF y se instiló en vejiga durante 15 minutos. Si bien la bibliografía recomienda retener el CDV IVe durante una hora, no se pudo respetar dicha pauta de administración ya que el paciente requería de lavados vesicales continuos debido a la abundante hemorragia que presentaba.

El día 22/3 se agregó epinefrina cada ocho horas en lavado vesical y el 24/3 por no poder descartar E.I.C.H. vesical inició Infliximab semanal. El 25/3 recibió la segunda dosis de CDV IVe y continuó con lavados manuales. En el último lavado realizado no presentó coágulos. El 29/3 se constató el óbito del paciente.

#### DISCUSIÓN

Debido a la complejidad del paciente, su inestabilidad hemodinámica y las múltiples intercorrientes infecciosas se trabajó en un equipo interdisciplinario formado por el servicio de farmacia de la terapia intermedia y los médicos tratantes a fin de consensuar el mejor tratamiento posible. La administración IV de CDV no era una opción terapéutica, por los efectos adversos como neutropenia y nefrotoxicidad; la alternativa era el mismo antiviral vía IVe. Por el óbito del paciente solo se logró realizar dos instilaciones y no se pudo comprobar la eficacia del tratamiento. Hace falta una investigación más profunda para poder comprobar la eficacia del CDV IVe en el tratamiento de la CH para el vBK en pacientes con TCH, pero ante la falta de otra alternativa es una opción a considerar.

#### **15) Acción de mejora para la correcta administración de Adalimumab**

BUCCIARELLI L, FEUERSTEIN S, FRANCESCHI V, PERELSTEIN MM, RODRÍGUEZ M, SÁNCHEZ F

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: [sabrina.feuerstein@hospitalitaliano.org.ar](mailto:sabrina.feuerstein@hospitalitaliano.org.ar)

## INTRODUCCIÓN

El adalimumab es un anticuerpo monoclonal humano recombinante, producido en células de ovario de hámster chino, específico frente al factor de necrosis tumoral (TNF). Se une a él con gran especificidad y afinidad, bloquea su función biológica y evita la interacción con los receptores celulares, inhibiendo su efecto pro-inflamatorio.

La forma comercial es una jeringa inyectable monodosis precargada de administración subcutánea, que contiene una solución sin conservantes, estéril, transparente e incolora.

Dentro de los múltiples usos terapéuticos del adalimumab, se encuentran las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), que comprenden dos entidades clínicas: la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). Las EII afectan a más de cinco millones de personas en todo el mundo, con una incidencia y prevalencia en aumento progresivo. Ambas se definen como enfermedades inmunomediadas en las que se produce un daño de la mucosa intestinal con una respuesta inmunológica exacerbada. Se caracterizan por ser crónicas y por la alternancia de periodos de actividad y remisión de duración impredecible.

El adalimumab está indicado en CU y EC activas de moderada a grave, en pacientes refractarios a tratamientos previos con corticoides y/o inmunosupresores.

A partir de un error en la aplicación del medicamento en un sector pediátrico de internación general, se desarrolló una guía de administración por parte del Servicio de Farmacia (SF) del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

## PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En un piso pediátrico de internación general, un paciente de 4 años de edad con diagnóstico de EC se internó por reagudización de su patología de base. Luego de múltiples estudios en nuestra institución, el equipo médico decidió iniciar tratamiento con adalimumab semanal. La primera aplicación se llevó a cabo sin problemas. En la segunda semana se produjo un error de administración por desconocimiento del uso del dispositivo por parte de enfermería, quien presionó el botón de activación antes de colocarlo sobre la piel, perdiendo el contenido de la jeringa. Ante lo sucedido, el SF decidió proveer la dosis faltante.

El error presentado disparó un reporte de incidente que llevó a un análisis causa-raíz (ACR), donde se propuso como mejora la realización de guías de administración para las dos marcas homologadas en el hospital por parte del SF.

Las guías se desarrollaron, no solo con el fin de evitar próximos errores, sino también como material de capacitación y consulta rápida de enfermería. Se diseñó un material didáctico de fácil comprensión con fotos y pasos a seguir.

Estas guías fueron enviadas por mail a todos los supervisores de enfermería, y se subieron al campus virtual para que todos los farmacéuticos tengan acceso al mismo.

## DISCUSIÓN

Los farmacéuticos clínicos hospitalarios están formados en todo lo que respecta a la correcta administración de los fármacos, desde la dosificación, dilución, tiempo de infusión, compatibilidades, hasta forma correcta de aplicación; el SF del HIBA cuenta con guardia farmacéutica las 24 hs, en la que siempre hay un profesional disponible para resolver todo tipo de consultas. Existiendo esta posibilidad, la enfermera a cargo del paciente no se comunicó ante la duda del uso del dispositivo, sino una vez sucedido el hecho. Al ser un medicamento de baja rotación en internación, fue el primer evento centinela de este tipo que generó un ACR.

El error cometido desencadenó la creación de guías de fácil acceso y lectura por parte del SF. Luego de realizar una revisión bibliográfica, los farmacéuticos comprobaron que no existen guías nacionales de fácil acceso para la administración de éstos fármacos, exceptuando los prospectos analizados.

El objetivo de la realización de estas guías fue facilitar la administración y evitar pérdidas económicas a futuro, demostrando la importancia del rol farmacéutico dentro del equipo multidisciplinario.

### **16) Intervenciones farmacéuticas orientadas a la desprescripción en pacientes internados en un hospital de alta complejidad**

GODOY E, GONZALEZ VALDEZ D, PRIMERANO F, GONZÁLEZ N, BROFMAN V, BRITOS FODOR L, ROLDAN N, ROSCINI F, CARO C, CARISSIMO D.

Hospital Alemán – CABA – Argentina

Mail de contacto: egodoy@hospitalaleman.com

#### **INTRODUCCIÓN**

La desprescripción (DEP) es el proceso en el que se identifican y se retiran aquellos medicamentos cuyos riesgos potenciales sobrepasan los posibles beneficios para conseguir los objetivos terapéuticos marcados para un individuo (Jimenez.O.,2018; Atención primaria). Los farmacéuticos de EEUU pueden ayudar a identificar los medicamentos que podrían ser suspendidos y a gestionar este proceso (Colegio Americano de Farmacia Clínica.,2021).

Se decide abordar el presente estudio para conocer las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas con el fin de optimizar la terapia de los pacientes mediante la detección de oportunidades de DEP, ya que no se cuenta con datos de estudios previos de este tipo en el hospital.

#### **OBJETIVOS**

Analizar cuali cuantitativamente las IF en las que se sugiere la DEP en pacientes internados en un hospital de alta complejidad. Determinar el grado de aceptación de esta clase de IF.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo de corte transversal de un año de duración (marzo 2021-marzo 2022). Se incluyeron las IF realizadas durante la validación farmacéutica en salas de internación general y unidades cerradas, pediátricas y de adultos, cuyo

motivo de intervención fue “Medicamento innecesario para la situación clínica actual” (MI) o “Duración del tratamiento inadecuada” (DTI). Quedaron excluidas el resto de las IF. Los fármacos involucrados se agruparon por su acción terapéutica.

Se calculó el porcentaje de aceptación de las IF por los prescriptores, considerándose aceptadas aquellas indicaciones suspendidas luego de su comunicación.

#### RESULTADOS

Durante el periodo del estudio, las IF sobre prescripción de medicamentos inadecuados representaron el 34.3% del total (1323 de 3858) e involucraron a 836 pacientes. El 52,8% (698) correspondieron a MI y el 47,2% (625) a DTI. Los grupos farmacológicos (GF) más frecuentes fueron los antimicrobianos (ATM) con el 25.6% y los electrolitos con el 18.8%, siendo los fármacos principales: cefazolina y fosfato de potasio, respectivamente.

La aceptación del equipo médico a las IF fue del 90,0%.

#### DISCUSIÓN

El GF más frecuente estuvo representado por ATM, en relación directa con su alto grado de prescripción; particularmente la cefazolina, cuyo principal inconveniente fue la extensión de la profilaxis post-quirúrgica más allá de lo recomendado.

En segundo lugar, se ubicaron los electrolitos, que continuaban indicados a pesar de valores de laboratorio normales o incluso por encima de éstos. Lo que puede deberse a la necesidad de revisión constante de estas indicaciones, debido a los cambios frecuentes que experimentan estos parámetros.

Las IF destinadas a DEP fueron ampliamente aceptadas, confirmando que al validar se encuentran MI porque han cambiado las características del paciente.

En comparación con otros estudios la aceptación fue similar al resultado obtenido (91%,86%) y las IF en medicamentos inadecuados representaron el 26% y 23%. Uno hace referencia al GF siendo 21,6% ATM y 20,8% antiulcerosos. Estos últimos no se encontraron dentro de los más frecuentes en el hospital por lo que serían IF potenciales destinadas a la DEP.

Limitaciones: Escasos estudios con respecto al Farmacéutico en la DEP que dificultan la comparación de resultados.

#### CONCLUSIÓN

Las IF destinadas a DEP representan un alto porcentaje del total de las realizadas por el equipo de farmacia clínica en el periodo estudiado. Los GF más frecuentes son el de los antimicrobianos y electrolitos siendo estas intervenciones aceptadas ampliamente por el equipo médico, demostrando la importancia de la integración del farmacéutico al equipo de salud y afianzando su rol en la optimización de la farmacoterapia.

### **17) Medicamentos endovenosos: Guía de preparación, administración y elección del acceso venoso**

CASANOVA P, SANDRI, E.

Clínica Bazterrica, grupo OMINT – CABA – Argentina

Mail de contacto: casanova\_pa@live.com.ar

### INTRODUCCIÓN

Debido a que numerosas instituciones asistenciales de la CABA no cuentan con un espacio de elaboración y fraccionamiento de formulaciones estériles dentro de la farmacia, la mayoría de estas operaciones recaen en el servicio de enfermería. El propósito de esta comunicación breve es presentar un proyecto de elaboración de una guía de preparación, administración y elección del acceso venoso de medicamentos endovenosos para los pacientes internados adultos dirigida al servicio de enfermería de una clínica de CABA adaptadas a las condiciones y necesidades institucionales de la clínica, destacando la figura del farmacéutico hospitalario como líder referente del proyecto.

### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

El proceso de elaboración de la guía comenzó en el mes de noviembre del 2021 y continúa desarrollándose en etapas: Conformación del grupo de trabajo, liderado por las farmacéuticas, formado por referentes de enfermería y el área de especialización en terapia infusional de la firma Icu Medical. Configuración del contenido, se incluyeron todos los medicamentos de administración endovenosa que forman parte del vademécum institucional, excepto los medicamentos clasificados según la NIOSH como peligrosos del grupo 1 (antineoplásicos). Hasta el momento se revisaron un total de 69 medicamentos (38% del total del vademécum) correspondientes al grupo de antiinfecciosos, electrolitos y sistema cardiovascular. Los encabezados que se incluyeron en la guía se eligieron en función de la información primordial que debe tener el enfermero a la hora de acondicionar el medicamento dispensado desde farmacia para su administración; presentación, forma de reconstitución y dilución, modo de infusión (bolo, intermitente o continua), estabilidad, proteger de la luz y sugerencia en la elección del acceso venoso según parámetros fisicoquímicos de pH, osmolaridad y capacidad vesicante de la solución diluida, estableciendo tres tipos de riesgo para el daño tisular; riesgo bajo (vía periférica): osmolaridad <450 mOsm/L, pH 5-7.5 y no vesicante, riesgo medio (vía periférica <7 días, vía media/central>7 días): osmolaridad 450–600 mOsm/L, o pH 4–5o7.5–9 y no vesicante y alto riesgo (vía central): osmolaridad >600 mOsm/L, pH <4o>9 o vesicante. Búsqueda bibliográfica, Armado, finalizado, capacitación y socialización de la guía. Un hallazgo importante fue que 5 medicamentos antiinfecciosos (12%) se clasificaron como de alto riesgo, entre ellos ampicilina+sulbactam y vancomicina, antimicrobianos de gran utilidad que suelen pasarse comúnmente por vía periférica.

### DISCUSIÓN

El hallazgo mencionado plantea un cambio en la elección del acceso venoso de los medicamentos clasificados como de mediano y alto riesgo y aunque no se tienen en cuenta para su determinación, es bien sabido que estos factores afectan la integridad de los vasos sanguíneos. A raíz de la inquietud planteada por la enfermera especializada en control de infecciones con respecto a la incidencia de flebitis e infecciones asociadas a catéter, decidimos definir estas sugerencias como un factor más a valorar en conjunto con los otros factores intervinientes para la toma de decisiones. Este es un punto que podría plantearse como futura línea de investigación,

ya que la influencia del uso de la guía y la incorporación de los Medline podría generar un impacto considerable en la mejora del uso de los antimicrobianos, y de la calidad en la atención de los pacientes por reducción de los daños derivados del acceso venoso. Si bien la guía continúa en proceso de elaboración, sienta las bases de una cultura de trabajo institucional basada en evidencia científica y refleja la colaboración de todos los profesionales que intervienen en la terapia infusional. No es un trabajo meramente farmacéutico, sino que es el fruto de un consenso multidisciplinario liderado por el farmacéutico hospitalario, asumiendo de esta forma el rol de nuestra profesión en la mejora de la calidad del sistema de utilización del medicamento.

### **18) Experiencia en atención farmacéutica y seguimiento de casos de pacientes con tuberculosis farmacorresistente**

TORREGIANI PJ, RENDANO JI, GÓMEZ EA, SALOMONE ES, PASTUR LM, SANCHEZ LM.  
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero – CABA – Argentina  
Mail de contacto: pablotorregiani3@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

Se han descrito cepas de *Mycobacterium tuberculosis* con mecanismos de resistencia a fármacos antituberculosos de primera línea. La tuberculosis farmacorresistente (TB-FR) puede deberse a la presencia de cepas resistentes simultánea a Isoniazida (H) y/o Rifampicina (R) y/o a otros fármacos empleados en el tratamiento de la patología. En Argentina, 210 de 6857 nuevos casos registrados en el año 2020 presentaron algún tipo de resistencia.

El área programática del Hospital Piñero se ubica entre las jurisdicciones de mayor incidencia de TB en el país. En respuesta a la alta demanda, desde septiembre de 2018 el servicio de farmacia ha puesto a disposición una oficina que brinda atención farmacéutica individualizada incluyendo inicialmente 45 pacientes por mes, cifra que asciende a 183 pacientes a julio 2022; ocho de los cuales presentan diagnóstico bacteriológico de TB-FR. El registro de dispensación es uno de los métodos indirectos para medir adherencia; se basa en la toma adecuada de la medicación que se dispensa. Aquellos pacientes adherentes lograrían terminar el tratamiento de TB-FR luego de 18 meses.

Se propone analizar el impacto del rol farmacéutico respecto al seguimiento terapéutico, adherencia y gestión de los fármacos disponibles.

#### **PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO**

Se registró el primer caso de TB-FR confirmada bacteriológicamente en 08/2020 y desde entonces se reportaron dos casos en el año 2020, dos en 2021 y cuatro durante el primer semestre 2022.

Para la atención farmacéutica de los pacientes con diagnóstico de TB-FR se empleó un sistema de seguimiento electrónico conformado por la historia clínica digital, Sistema de Gestión Hospitalaria de CABA (SIGEHOS) y base de datos la cual se actualizó en cada dispensa. Se utilizó para evaluar el seguimiento de los pacientes y como método indirecto de medición de adherencia. En aquellos casos donde se observó que no

había seguimiento longitudinal del tratamiento, junto con los médicos tratantes se realizó apoyo telefónico, se contactó y recuperó al paciente.

Fue prioridad asegurar en tiempo y forma la adquisición de la medicación antifúngica dirigida. Un paciente retiró la medicación el mismo día, tres dentro de la primera semana, cuatro dentro del primer mes y sólo uno registró 373 días de demora por su ausencia a las consultas. La solicitud de medicación de segunda línea impidió comenzar el tratamiento inmediatamente luego del diagnóstico. El médico debió solicitar autorización al Ministerio de Salud de Nación, quien auditó y envió la medicación a “Redes y Programas” de CABA, responsable de la distribución a cada centro.

#### DISCUSIÓN

Tras el aumento de los casos de TB-FR en el hospital, dato que se encuentra en concordancia con la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, es acertado implementar un programa de atención farmacéutica. Las debilidades de este trabajo exponen el nuevo desafío de diseñar un programa de atención farmacéutica global, validado y sistematizado como eje central de próximo trabajo.

Un sólo paciente inició su tratamiento en el mismo día del diagnóstico por ser familiar conviviente de otro ya diagnosticado con TB-FR, ambos con mismo esquema. El inicio precoz del tratamiento es beneficioso para disminuir la morbimortalidad por la infección y evitar la transmisión, siendo clave agilizar los tiempos de gestión.

Aunque la dispensación de medicación no implica por sí sola un cumplimiento correcto del tratamiento se observó, a través de los registros, que aquellos pacientes que lograron un buen nivel de adherencia obtuvieron el alta a los 18 meses.

Se recomienda la presencia de un farmacéutico en el equipo interdisciplinario de atención al paciente con diagnóstico de TB-FR. Es él quien puede acercar las metas del tratamiento con el consentimiento y aval del paciente, detectar y colaborar en la resolución de sus problemas de adherencia y mantenerlo en el sistema de salud.

#### **19) Evaluación del conocimiento de los cuidadores de pacientes pediátricos en la preparación, conservación y almacenamiento de medicamentos e implementación de estrategias de capacitación**

ACOSTA F, ALBERDI N, FERNÁNDEZ R, NAKANDAKARI D, PIGLIAPOCO V, VACCARO R

Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde – CABA – Argentina

Mail de contacto: refernandez@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el documento publicado en 2003 (66) “Adherence to long-term therapies: Evidence for action”, describe las causas de una baja adherencia entre las que cita: conocimientos insuficientes del tratamiento, insuficiente habilidad para llevar a cabo el tratamiento, no entendimiento de las instrucciones del tratamiento y la complejidad de las pautas prescripta. En pediatría es habitual recibir prescripciones de suspensiones que requieren preparación previa para adecuar las dosis y facilitar su administración, por lo cual es fundamental analizar

el conocimiento de la población concurrente con respecto a la preparación, conservación y almacenamiento de los medicamentos para evitar la falla terapéutica.

#### OBJETIVOS

Evaluar el grado de conocimiento de los cuidadores sobre la correcta preparación, conservación y almacenamiento de medicamentos para identificar puntos críticos que requieran capacitación.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal prospectivo a través de un muestreo aplicando una encuesta anónima realizada por el farmacéutico al momento de la dispensa. La encuesta fue diseñada con lenguaje sencillo con 10 preguntas (4 con respuestas cerradas y 6 abiertas). Como criterio de inclusión se definió pacientes o cuidadores de pacientes ambulatorios a los que se les dispensó medicación. No se aplicó criterio de exclusión.

#### RESULTADOS

La farmacia de atención ambulatoria de un hospital pediátrico recibe mensualmente 1200 pacientes a quienes se les dispensa medicación.

La encuesta se realizó durante el período de enero a junio 2022 con una aceptación del 98 %. El total de encuestados fue de 300 con una media de edad de 34.73 años (17-68). El 49.33% fue atendido en guardia, 14 % en neurología y el 36.67 % en consultorios externos de distintas especialidades. Según el análisis integral de las encuestas el 10 % respondió correctamente todas las respuestas. Con respecto al lugar de almacenamiento de los medicamentos la cocina corresponde al 55.33%, dormitorio 35,66 %, baño 3 % y otros 6 %. La reconstitución correcta del polvo para suspensión fue de 81%, el 13,33% fue incorrecto y no lo preparan 5,66 %. El 91,33 % guarda en heladera la suspensión preparada, lugar inadecuado 4,33 %, según corresponda 3.33 % y el 1% no tiene heladera. Con respecto a los medicamentos oftálmicos el 64 % no sabía la duración una vez abierto y que son de uso individual. El 84, 66 % lee el prospecto antes de usar un medicamento. En el caso de los medicamentos que requieren refrigeración entre 2 a 8 ° C el 70,33 % respondió que lo guardaban en la puerta de la heladera, 26,66 % en el estante y 3 % en el congelador. El 94 % mantenía los medicamentos fuera del alcance de los niños y mascotas. Por último, el 64,66 % tenía conocimiento que el sol directo puede alterar los medicamentos.

#### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos fueron coincidentes a la publicación citada de la OMS ya que el 10 % de la población encuestada respondió correctamente todas las respuestas formuladas. La falta de información motivó a realizar acciones de promoción sobre la correcta utilización de los medicamentos mediante elaboración de folletos entregados con la dispensa de los medicamentos, se colocaron carteles en las salas de espera con código QR con recomendaciones, se elaboró un video cuya difusión se realizó a través de la página web de la asociación de profesionales del hospital y de redes sociales. El impacto de las medidas implementadas se evaluará luego de 6

meses de difusión utilizando como criterio de inclusión a la población de pacientes crónicos.

#### CONCLUSIÓN

El estudio realizado permite corroborar la carencia de información de la población encuestada, lo que lleva a la necesidad de promover acciones para capacitar a la población con respecto a este tema utilizando medios de difusión masiva sin omitir la explicación oral del farmacéutico al momento de la dispensa.

#### **20) Análisis del uso de dapagliflozina en pacientes de unidad coronaria**

JANG JL, CATANZARITI AG, SANCHEZ FA, FRANCESCHI V, SÁNCHEZ JM, FEUERSTEIN SV, PORTU MP

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: [alejandro.catanzariti@hospitalitaliano.org.ar](mailto:alejandro.catanzariti@hospitalitaliano.org.ar)

#### INTRODUCCIÓN

La dapagliflozina (DPZ) es un inhibidor del cotransportador sodio-glucosa tipo 2. En concordancia con la evidencia publicada y las recomendaciones de sociedades de cardiología nacionales e internacionales, en junio de 2021, se incorporó DPZ en el vademécum de nuestro hospital en el tratamiento de: 1) pacientes con insuficiencia cardíaca (IC clase funcional II-IV) y fracción de eyección reducida (Fey <40%) tengan o no diabetes 2) pacientes con Fey reservado (>40%) con diabetes (DBT) para prevenir las hospitalizaciones.

Dado que se trata de un fármaco nuevo incorporado para ser utilizado en la población mencionada, del cual no se cuenta con un protocolo institucional de uso, sino que se siguen las recomendaciones de la Sociedad Argentina Cardiológica, se propuso analizar su perfil de uso y sus efectos adversos, siendo los más reportados infecciones genitourinarias, hipotensión e injuria renal aguda.

#### OBJETIVOS

Describir el perfil de prescripción de DPZ, su adecuación a las indicaciones de incorporación en el vademécum del hospital de DPZ y la presencia de efectos adversos.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal en la unidad coronaria (UCO) de un hospital de alta complejidad (51 camas). Se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos aquellos pacientes que fueron tratados con DPZ desde julio de 2021 hasta marzo de 2022. Se recolectaron los siguientes datos: fecha de internación, edad, sexo, dosis utilizada, si era medicación habitual o inició en ese episodio de internación, medicamentos concomitantes, si el paciente tenía DBT, estadio de IC, clase funcional según NYHA, registro de Fey reducida y registro de reacciones adversas. Se incluyeron pacientes con al menos 24 hs de tratamiento

## RESULTADOS

Se obtuvieron 43 episodios de internación que correspondían a 40 pacientes, 3 pacientes tuvieron reinternaciones. La edad promedio fue 65,7 años, rango de 20 a 89.

De los 43 episodios el 67,4%(29) fueron hombres. El 44,2% ya estaba en tratamiento y el 55,8% lo inició durante su internación. El 60,5% tenía DBT y 86,1% tenían Fey reducido. El 100% de los pacientes se adecuó a los criterios de indicación del hospital. Solo una de las pacientes recibió 5 mg/día, el resto 10 mg/día.

No hubo registro en la historia clínica de efectos adversos asociados a DPZ.

## DISCUSIÓN

DPZ fue incorporada al vademécum hospitalario para dos indicaciones específicas, en nuestra población de pacientes el 100% cumplía con al menos una. La UCO de nuestro hospital cuenta con una farmacia satélite y una farmacéutica referente que valida las prescripciones médicas. Este es un factor fundamental para garantizar que los fármacos se utilicen según las recomendaciones hospitalarias.

Más de la mitad de los pacientes analizados tenían DBT, el tratamiento para la IC beneficia pacientes diabéticos y no diabéticos por igual, aunque puede haber diferencia en el control de glucemia en la población con DBT tipo 2. En 3 pacientes, si bien tenían Fey conservada, se inició el tratamiento porque además eran diabéticos. La dosis utilizada coincide con la sugerida por la bibliografía en casi la totalidad de los pacientes. Solo una paciente recibió 5 mg/día pero se corrigió posteriormente a 10 mg/día.

No se registró en ningún episodio de internación un evento adverso que pueda asociarse a la DPZ. Hay signos y síntomas que pueden presentarse en pacientes coronarios que coinciden con aquellos del perfil de efectos adversos de DPZ, lo que pudo haber generado un subregistro. También pudo deberse a que el número de pacientes del estudio fue muy bajo.

## CONCLUSIÓN

El uso de DPZ dentro de la UCO se hizo en concordancia con los criterios con los que fue incorporada al hospital y con la bibliografía. No hubo registro de efectos adversos asociados a DPZ. Es necesario un estudio mayor para saber si nuestros resultados coinciden con los de otras áreas de internación del hospital.

## **21) Análisis de la percepción del rol del farmacéutico en un hospital privado de alta complejidad**

GONZÁLEZ N, GONZALEZ VALDEZ D, PRIMERANO F, GODOY E, BROFMAN V, BRITOS FODOR L, ROSCINI F, CARO C, CARISSIMO D.

Hospital Alemán – CABA – Argentina

Mail de contacto: [nlgonzalez@hospitalaleman.com](mailto:nlgonzalez@hospitalaleman.com)

## INTRODUCCIÓN

Los farmacéuticos de hospital (FH) contribuyen al cuidado de la salud en los equipos profesionales, mediante la comprensión del manejo de medicamentos (M) para

corroborar que estos sean seguros, efectivos y apropiados para cada paciente (P). Entre sus tareas (T) se encuentran la dispensa de M, validación (V) de indicaciones médicas (IM), formación continua, investigación y gestión farmacéutica, etc. Según un proyecto realizado en España, FHarmaconectados, la percepción de los FH sobre su actividad es que está marcada aún por aspectos burocráticos y farmacoeconómicos, mientras que consideran necesaria una mayor orientación clínica y dotación de recursos acorde para llevar a cabo el rol más cercano al P en todos los ámbitos asistenciales. Consideran imprescindible la incorporación y uso de las tecnologías de la información y la comunicación para dar mayor continuidad y longitudinalidad al seguimiento del cuidado asistencial de los P. Este trabajo se desarrolló con el objetivo de analizar la percepción y valoración del FH por los profesionales de la salud (PS) en un hospital privado de alta complejidad.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se realizó una encuesta voluntaria desarrollada por el servicio, anónima de siete preguntas cerradas a los PS del hospital. Mediante ésta se intentó conocer aspectos como la noción acerca de las T que realiza el FH, su impacto en la seguridad del P y en la optimización de recursos (OR), y por último evaluar la comunicación. La totalidad de los encuestados (E) fue de 84 (44 médicos, 39 enfermeros, 1 otros). El 83.3% de los E sabía que había un FH 24hs en la institución. En cuanto a las T que realiza el FH, la mayoría estaba al tanto de las de V (83.3%) y de farmacovigilancia (76.2%), mientras que, para monitorización de efectos de M, control de estupefacientes y dispensa las respuestas rondaron el 60%. Respecto a la V, el 65.5 % respondió que debía llevarse a cabo previo a la administración en todas las IM, y el 27.4 % solo en M de alto riesgo. En relación a la seguridad del P, el 48.8% de los E coincidieron en que la actividad de mayor impacto era el control de M de alto riesgo y en último lugar resolver consulta (6%). Con el foco en la comunicación, se preguntó si resultaba sencillo poder contactar al FH y el 15.5% respondió que no, y el 14.3% no sabía cómo contactarlo. En consideración al registro de las recomendaciones del FH en la historia clínica: el 71.4% respondió que sí estaba de acuerdo en que pudieran realizarlas, el 4.8% que no y el 23.8% restante fue neutral. Finalmente, en referencia a OR y costos, el 79.8% percibió que el FH es útil para mejorar y contribuir en este aspecto mediante la V.

#### DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos, se puede inferir que los PS de la institución tienen un amplio conocimiento de las T que desarrolla el FH. Sin embargo, llama la atención que casi el 30% de E no sabe cómo contactar al FH o no les resulta sencillo hacerlo. Esta limitación en la comunicación efectiva puede deberse a la poca visibilidad del número de interno en la página institucional (intranet) y al impedimento del FH para hacerse presente en todos los pisos de internación. Las T diarias se ven condicionadas por factores como la presión asistencial creciente y la necesidad de adecuación de los recursos al desempeño del FH, tal como se menciona en los resultados de FHarmaconectados. Como oportunidades de mejora, se propone realizar acciones para lograr una mayor visibilidad y presencia: ateneos interdisciplinarios para debatir cómo tener una mejor comunicación entre FH y el resto del PS; asistencia a los pases de guardia médicos; auditorías mensuales en pisos de internación; optimizar la información en intranet. Además, sería muy valiosa la incorporación de nuevos FH al

equipo, para incrementar la presencia en internación. Por último, se destaca que el FH es percibido en la institución como uno de los responsables de la OR y costos y esto impacta de manera positiva en la economía de la misma.

## **22) Gestión de los recursos humanos necesarios para una central de esterilización en un hospital de alta complejidad**

ARENAS N, SAYAVEDRA E, SEGUI E  
Hospital Central Mendoza – CABA – Argentina  
Mail de contacto: ngenesoni@gmail.com

### **INTRODUCCIÓN**

Hospital Central de adultos, referente de Mendoza, con 330 camas, posee una Central de Esterilización en la que se desempeñan: 2 Farmacéuticos y 16 Técnicos con carga horaria 40 hs semanales, y 3 turnos. Las Normas Provinciales y Nacionales reglamentan las actividades realizadas como recepción, lavado, acondicionamiento, esterilización, dispensa y así también dan un modelo de cálculo de RR. HH, que a la hora de implementarlo es limitado según las características propias de la CE. Debido a que se procesan más de 87000 PM mensuales de distinta complejidad, es fundamental contar con una herramienta que permita conocer la dotación realmente necesaria del mismo

### **OBJETIVOS**

General: Desarrollar una herramienta de gestión que permita calcular la dotación de RR. HH necesario  
Específicos: Clasificar los PM en categorías de acuerdo a su condición de recepción y establecer los tiempos de producción de estos.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo observacional de corte transversal de un año de duración de enero a diciembre de 2021. Datos de producción obtenidos por el Sistema de Trazabilidad. Los PM se agruparon en seis categorías según su condición de recepción: ESTERIL; ACONDICIONADO SIN ESTERILIZAR; SUCIO; LIMPIO; CON CONTROL DE REUSO y MAT TEXTIL. Se cargaron los datos de prod. mensual de cada categoría en Excel®. Se evaluó qué actividades estaban incluidas en cada una de ellas. Se estimó la Distribución del Tiempo Total Trabajado (DTTT) en base al cronograma de distribución de actividades según Puestos de Trabajo. Se obtuvo la media mensual de horas trabajadas, por marcación horaria, sin contar el tiempo de refrigerio. Teniendo en cuenta la media mensual de hs y la DTTT (%), se obtuvo cantidad de hs reales abocadas a cada actividad. Para calcular Tiempo de Actividad (TA) de cada categoría, se relacionó las hs reales involucradas en esa actividad y la cantidad de PM procesados. Para calcular el Tiempo de producción (TP), se tuvo en cuenta los TA de cada categoría.

### **RESULTADOS**

Se obtuvieron datos sobre PRODUCCIÓN ANUAL según las cat. definidas y estos se relacionaron según la act. realizada.

PROD. ANUAL PM: Estéril 888027; Acond. S/E 281; Sucio 10698; Limpio 140589; Control De Reúso 2457; Y Textil 7597

PROD. ANUAL PM POR ACTIVIDAD Recep. 1144920; Lavado 10698; Acond. 256612; Esterilización 256893; Dispensa 1144920; Control De Reúso 2457; Armado 7597

Se estimó la DTTT y estos valores se relacionaron con las horas reales involucradas por act. y la cant. de PM procesado obteniéndose la TA.

DTTT (%) Recep 12.51; Lavado 6.26; Acond. 31.18; Esterilización 18.77; Dispensa 12.51; Textil 6.26; Control De Reúso 6.26; Gestión 6.26

DTTT (HS) Total 1968 Hs.

TA POR ACTIVIDAD Recep. 0,00269; Armado 0,10057; Control De Reusó 0,65981; Lavado 0,14796; Acond. 0,03407; Esterilización 0,02042; Dispensa 0,00269; Gestión 0,14796.

TP DE CADA CATEGORÍA Pm Estéril 0,00539; Acond. S/E 0,02581; Sucio 0,35581; Limpio 0,05989; Control De Reúso 0,71971; Textil 0,16046

TIEMPO TOTAL DE PRODUCCIÓN ANUAL (HS): Pm Estéril 4791; Acond. S/E 7; Sucio 3807; Limpio 8420; Control De Reúso 2457; Textil 7597

TOTAL, ANUAL= 20013 hs TOTAL MENSUAL=1667 HS

#### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos coinciden con la dotación de RR. HH existente. Este valor no se puede comparar con el cálculo de dotación sugerido por la normativa vigente por sus limitaciones y tampoco con otros trabajos presentados en AAFH ya que el nuestro está basado en datos de producción y no en tiempo real. Queda planteado para un futuro medir en Tiempo Real la producción de cada PM según su categoría.

#### CONCLUSIÓN

Se evidencio con la herramienta desarrollada que existe una correlación entre las unidades producidas y dotación de RR.HH. Esto se utilizará para estimar cuántas unidades produzco con personal que dispongo o cuánto personal necesito para producir una cantidad de PM deseados.

### **23) Síndrome de Kounis tipo I inducido por ondansetrón. Reporte de dos casos.**

CALIVAR L, RUIZ RUBIA A, PALMES C, AGUERO S, RODRÍGUEZ G.

Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson – San Juan – Argentina

Mail de contacto: lauracalivar@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Kounis (SK), conocido como angina alérgica o infarto agudo de miocardio alérgico (IAMA), fue descrito en 1991 por Kounis y Zavras. Es una entidad clínica infradiagnosticada, de baja incidencia y con potencial de propiciar súbitamente una reacción alérgica (RA), anafiláctica/anafilactoide asociada a un síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes (PAC) con predisposición a reacciones de hipersensibilidad (RH).

Según la presentación clínica, se la clasifica en:

- Tipo I en PAC sin enfermedad coronaria previa (ECP), en la cual pueden desarrollar un fenómeno vasoespástico (FV) o de afectación microvascular.
- Tipo II en PAC con enfermedad ateromatosa preexistente y erosión o rotura aguda de placa.
- Tipo III en PAC con stent previamente implantado, con infiltración de éste por eosinófilos y mastocitos.

Como agentes etiológicos desencadenantes, se incluyen: alimentos, picadura de insectos, y fármacos (FCO). De éstos último se describirán las reacciones adversas medicamentosas (RAM) inducida por ondansetrón, un antagonista de los receptores de Serotonina (5-Hidroxitriptamina 3(5HT3)), utilizado como antiemético en tratamientos citostáticos.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

##### Caso clínico 1

PAC masculino (MASC) de 35 años, APP de Leucemia Mieloide Aguda (LMA) M6, ingresó a Clínica Médica (CM) para ciclo quimioterápico (QMT) (citarabina (ARA-C) e idarrubicina), ondansetrón y metoclopramida, sin complicaciones clínico-analítico-funcionales previas (SCCAFP).

Luego de la infusión (INF) intravenosa (I.V) de ondansetrón, presentó cuadro de dolor precordial, hipertensión arterial grado 3 (HTA), taquicardia sinusal y petequias en tronco anterior y abdomen, se decidió suspender la INF del antiemético. Ante la sospecha de RAM se consultó a farmacia sobre efectos adversos cardiológicos del ondansetrón.

Se realizó ECG donde se objetivó isquemia subendocárdica anterolateral con alteración de enzimas cardiacas. Se inició antiagregación plaquetaria (AP), anticoagulante, vasodilatador (VD). Los juegos enzimáticos seriados fueron negativos, suspendiéndose la cinecoronariografía (CCG). El Ecocardiograma evidenció derrame pericárdico leve sin alteración del miocardio (estudio previo normal). Su evolución fue favorable.

##### Caso clínico 2

PAC MASC de 18 años, APP de LMA M4, que ingresó a CM para ciclo QMT (ARA-C, idarrubicina), y ondansetrón, SCCAFP.

Luego de la INF I.V de ondansetrón, presentó dolor precordial, HTA grado 3, taquicardia sinusal, irritabilidad, diaforesis y cianosis periférica. Se interpretó como reacción anafiláctica asociado al antiemético (RAAE). En conjunto se decidió suspender la droga y se sustituyó por metoclopramida, AP, VD y antihistamínico. El PAC tuvo una recuperación favorable.

Ambos casos se notificaron al Sistema Nacional de Farmacovigilancia siendo de imputabilidad probable e intensidad grave.

#### DISCUSIÓN

Si bien el ondansetrón es un FCO con alto perfil de seguridad, en la actualidad existen pocos casos reportados que lo vinculen al SK. Es notable destacar que, antes del 2010,

el diccionario WHO-ART, solo tenía codificadas las manifestaciones clínicas asociadas al SK. Fue a partir de ese año, que comenzó a ser identificado con ese término.

En el caso de nuestros reportes, los PAC no presentaban ECP, y se pudo advertir que, ante la RH por el antiemético, desarrollaron un FV, coincidiendo con la bibliografía.

En el caso 2, se prescindió de realizar exámenes complementarios, hubieran permitido diagnosticar el SK. En contraste a la publicación de Cha-Forlani et. al., en la cual recomiendan solicitar: marcadores biológicos de daño miocárdico, ECG y CCG, que permitirían caracterizar al SK post exposición al antiemético.

Actualmente la información disponible es obtenida de casos clínicos y serie de casos, es por ello que la difusión de las RAM, permitirá al farmacéutico tomar conocimiento de éste síndrome para su detección y reporte, contribuyendo en la divulgación científica del SK.

#### **24) Lecciones aprendidas: Impacto de la pandemia COVID 19 en las actividades del Servicio de Farmacia.**

AMAYA N, HANSEN G, SMITH M

Hospital General de Agudos E. Tornú – CABA – Argentina

Mail de contacto: namaya.trfsa@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

La pandemia COVID-19 instaló con escaso margen de tiempo la necesidad de reorganizar los servicios de farmacia (SF) hospitalaria, adaptando actividades, procesos y procedimientos (APP) al nuevo escenario.

Nuestro SF está conformado por 19 profesionales farmacéuticos (PF), quienes realizan las funciones acordes con el nivel de complejidad institucional (Nivel III).

Las lecciones aprendidas (LA) refieren al conocimiento adquirido en procesos o experiencias a través de la reflexión y el análisis crítico de factores que puedan haber impactado de forma positiva o negativa. Conocer los cambios que le permitieron adaptarse al SF a las nuevas demandas facilitará el diseño de planes de acción para hacer frente a futuras crisis sanitarias.

#### **OBJETIVOS**

Identificar y documentar LA

Indagar sobre emociones experimentadas por PF en el ámbito laboral, frente al escenario desconocido en el inicio de la pandemia

Identificar APP modificadas (APPM), incorporadas (APPI) y/o suspendidas (APPS) en el marco de la pandemia

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio observacional, cuali-cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal sobre APP en el SF. Período: MAR 2020 – AGO 2021. Metodología de LA: reflexión sistemática y colectiva sobre tres aspectos: a) ¿qué pasó?: Evento inesperado, emociones experimentadas por PF; b) ¿qué se hizo?: APPM, APPI, APPS; c) ¿qué se

desprende: lecciones derivadas a partir de la experiencia colectiva. Técnica de encuesta: formulario on-line, autoadministrado, dirigido a integrantes del SF, entrega única. Diseño: consulta sobre los aspectos de metodología LA. Análisis de datos: estadística descriptiva y categorización de respuestas abiertas.

#### RESULTADOS

Fueron respondidos 15 formularios. Índice de respuesta: 78.9%

- ¿Qué sucedió? Pandemia
  - Emociones experimentadas: Incertidumbre 25,6%; Miedo 23,1%; Responsabilidad 12,8%; Indefensión 10,3%; Angustia y ansiedad 7,7%; Preocupación 5,1%; Otros 15,4%
- ¿Qué se hizo?
  - APPI: implementación de medios tecnológicos para agilizar la comunicación. Preparación, control, entrega y seguimiento nominalizado de insumos críticos; gestión de insumos escasos; recepción electrónica de solicitudes; preparación de alcohol 70° a escala; implementación de medidas de autocuidado.
  - APPM: Intercambio con otras instituciones; dispensación a través de SISA; aumento tiempo de cobertura de la dispensa; delimitación y acondicionamiento de áreas restringidas.
  - APPS: Asistencia en salas; dispensación ambulatoria (derivación a Centro de Atención Primaria 33); suspensión de firmas de recepción; suspensión de admisión alumnos y de actividades de Comités y grupos de trabajo.
- ¿Qué se desprende?
  - Valor del trabajo en equipo
  - Rol del SF en manejo de recursos críticos y aumentos de demanda
  - Rol del PF en gestión de recursos críticos
  - Importancia de trabajo interdisciplinario
  - Incorporación tecnología y comunicación virtual
  - Toma de conciencia de la vulnerabilidad
  - Implementación de nuevos protocolos y su reactualización
  - Importancia del autocuidado
  - Empatía en la atención
  - Importancia de la organización interna del SF

#### DISCUSIÓN

Nuestro SF se reorganizó velozmente y adaptó sus APP para un manejo eficaz de recursos, escasos a escala global. Escenarios similares fueron descritos en otros estudios publicados.

Se lograron identificar lecciones derivadas, que destacan la tarea de los PF y el trabajo interdisciplinario en la contingencia.

Las LA se consolidan cuando se incorporan a los procedimientos de la organización. Este trabajo sienta las bases para el diseño de estrategias de mejora.

#### CONCLUSIÓN

En la pandemia se modificaron, incorporaron y suspendieron APP. Los PF se adaptaron al nuevo escenario, manejando a la vez nuevas emociones. Las lecciones identificadas

facilitarán el diseño de estrategias de mejoras en la calidad de atención y ante futuras crisis.

## **25) Implementación de un recetario anual para la dispensa de medicamentos e insumos para pacientes con diabetes en el servicio de farmacia del H.Z.G.A. Dr. A. Balestrini**

ORTEGA LOPEZ M. X., FUA L., PORCELLI M

Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Edgardo Balestrini” – Ciudad Evita – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: ximenaortegalopez@gmail.com

### **INTRODUCCIÓN**

La diabetes es una enfermedad crónica, constituye el tercer factor de riesgo en importancia como causa de muerte a nivel global y el octavo en relación con la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

Se estima que 1 de cada 10 personas de 18 años o más en la Provincia, tiene diabetes y aproximadamente el 40% de quienes la padecen desconocen su condición.

A través del Programa de Diabetes (PRODIABA), del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs.As. brinda cobertura a aquellos pacientes carentes de recursos y de cobertura médico social para el adecuado control de su patología. Este programa brinda provisión de medicación y reactivos de diagnóstico para autocontrol.

El servicio de farmacia del hospital dispensa medicación a 570 pacientes de forma mensual. El pedido de medicación al Ministerio se hace en base a recetas con indicaciones médicas que presentan los pacientes todos los meses y estén inscriptos en el RESAPRO.

La médica diabetóloga, plantea la siguiente problemática al servicio de farmacia: debido a la confección de recetas mensuales para la dispensa de medicación e insumos, al aumento en la demanda de turnos y la gran demora en otorgarlos, muchos pacientes quedan sin la atención necesaria.

El trabajo en conjunto llevó a que se propusiera como Objetivo: Implementar un recetario anual, para la dispensa de medicamentos e insumos para pacientes con diabetes, a fin de brindar mayor accesibilidad, equidad y calidad de atención.

La detección y el adecuado control son importantes para evitar o retrasar complicaciones de la misma y mejorar la calidad de vida de las personas que presentan esta enfermedad.

### **PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO**

A fin de evitar que los pacientes tomen un turno para obtener la receta, desde el servicio se diseñó un recetario anual propio el cual permite dispensar medicación e insumos sin solicitar un turno de forma mensual.

Al inicio del tratamiento el médico debe realizar la prescripción por duplicado, el original queda en manos del paciente para la dispensa mensual y la copia queda en la farmacia, cada mes que el paciente retira medicación se coloca la fecha y cantidad dispensada en ambos recetarios, a fin de generar un registro de los pacientes y poder analizar en un futuro la adherencia al tratamiento.

Debido a que no todos los pacientes requieren el mismo control médico, se incluyó una sección donde se coloca la fecha del próximo control médico, de esta forma el paciente puede retirar medicación hasta el mes del control inclusive, sin necesidad de solicitar un turno para la confección de una receta.

Este recetario contiene los datos del paciente, fecha de inscripción al PRODIABA, columnas con la medicación incluida en el programa que el médico puede prescribir y con los 12 meses para poder completar la dispensa desde el servicio de farmacia.

Cuenta con un sector de observaciones, en donde el médico puede indicar la forma de administración de la medicación, cantidad de insulina que deba aplicarse, etc.

En la parte del reverso, se puede completar datos como control oftalmológico, nutricional, hemoglobina glicosilada, presión arterial y examen de pie.

#### DISCUSIÓN

La implementación de este recetario, brinda al paciente autonomía y un mejor seguimiento de su patología. A su vez intenta ofrecer mayor accesibilidad, equidad y calidad de atención, ya que no debe obtener un turno de forma mensual para la confección de una receta y al disminuir esta demanda, pacientes que no podían atenderse por falta de turnos, podrán acceder a una consulta y tener el tratamiento necesario.

Es importante remarcar el rol del farmacéutico, donde no solo contribuye en la asistencia de pacientes, sino también puede colaborar en la mejora de la gestión administrativa de consultorios externos del Hospital.

#### **26) Cómo optimizar el cumplimiento en la administración de antibióticos**

ACEBEDO S

Hospital de rehabilitación Manuel Rocca – CABA – Argentina

Mail de contacto: soledadacebedo3@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El equipo de enfermería ha seguido tradicionalmente los cinco aspectos correctos de la administración de medicamentos (paciente, medicación, vía, tiempo y dosis correcta).

El cuidado de la enfermería se ha convertido cada vez más en una práctica especializada, compleja y dinámica, exigiendo que los enfermeros desarrollen liderazgo e integren conocimientos científicos y tecnológicos de forma proactiva, participando de las decisiones y promoviendo avances en la búsqueda de la seguridad del paciente; por lo tanto, es necesario integrar a la práctica de enfermería una cultura de motivación, en procesos de planeamiento, implementación y evaluación en articulación con nuestro servicio de farmacia.

Por ello es fundamental responder cuatro preguntas: cómo estamos, qué necesitamos y queremos y hasta dónde queremos llegar, motivar a la participación e implicación para conseguir mejorar la calidad y excelencia clínica.

El objetivo es brindar herramientas e identificar estrategias que generen motivación no solo en el personal de enfermería, revalorizando sus competencias, sino también al resto de los profesionales de la salud, garantizando el manejo óptimo de las

infecciones con la coordinación entre servicios para la prevención y control para así aumentar la efectividad y disminuir los riesgos de la farmacoterapia en nuestro rol como farmacéuticos.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

El servicio de farmacia del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca realizó las siguientes observaciones especialmente en los esquemas de antibióticos en las que llevó registro en carpeta de archivo de las indicaciones a sus pacientes internados, tanto en el año 2020 como parte del 2021 : interrupciones, dispensas duplicadas, medicación bajo llave en salas quedando no disponible para la administración al paciente, olvidos de los mismos, falta de comunicación en los pases de sala en enfermería.

Se observó perjuicio, tanto al paciente como destinatario final, aumentando resistencias, como también económico si se tiene en cuenta que la medicación no utilizada permanece fuera de la farmacia en el tiempo y con riesgo a vencer.

A partir de lo observado, el servicio decidió realizar dispensas parciales por 48 hs. de antibióticos sólo para las ampollas, los comprimidos se continuaron dispensando por esquema completo.

Se implementó una planilla de antibióticos que incluye columnas con fecha, cantidad entregada, persona que recibe, farmacéutico que dispensa, y por último un check que se corresponde al movimiento de stock realizado.

#### DISCUSIÓN

Inmediatamente implementada la modificación por nuestra intervención, hubo algunas resistencias por parte del servicio de enfermería debido a las visitas cada 48 horas para el retiro de los antibióticos en cuanto se prefería el retiro por esquema completo.

Se argumentó que el cambio justamente se realizó para evitar olvidos e interrupciones y en tanto posibles resistencias debido a esto.

Actualmente está asumido sin inconvenientes y logramos que los antibióticos sean dispensados de éste modo.

Este cambio tal vez parezca ínfimo para lugares donde se cuenta con otros recursos y tecnologías.

No obstante, sabemos que muchos profesionales aún trabajamos con algunas limitaciones en el ámbito público, y nos parece de valor compartir esta breve comunicación de nuestra experiencia.

Este registro permite llevar un control y seguimiento de nuestros pacientes, logramos optimizar el cumplimiento siguiendo la dispensa hasta completar el esquema.

Existe un control real de unidades fuera de la farmacia y su devolución, stock y vencimientos, disponibilidad de las mismas para el inicio de nuevos esquemas a otros pacientes.

Este trabajo fue el punto de partida para nuestro próximo objetivo que será el análisis de los efectos adversos entre monoterapias y terapias combinadas en diferentes infecciones, siempre promoviendo la implicancia y participación activa en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud.

## **27) Percepción de la acción antitusiva del jarabe de butamirato citrato en pacientes con covid19. Serie de casos**

MUSSE M, GUTIÉRREZ F, NAFFISI L, CHACÓN G, ABREGO, M  
Hospital Perrupato – Mendoza – Argentina  
Mail de contacto: francomartingutierrez1@gmail.com

### **INTRODUCCIÓN**

La tos es un signo común de las enfermedades respiratorias que produce malestar en los pacientes. Para aliviar este signo común en la enfermedad por COVID-19, el servicio de farmacia seleccionó, a raíz de la pandemia, un antitusivo disponible en el mercado. El butamirato es un antitusivo no opioide de acción central sin los efectos adversos de los antitusivos opiáceos. Su comercialización no es controlada y su dispensa bajo receta común facilitó la accesibilidad al medicamento. La evidencia científica respecto de los antitusivos es escasa, por esto y teniendo en cuenta que es un estudio preliminar, sería importante determinar, aún de manera subjetiva, la acción de este medicamento.

### **OBJETIVOS**

Analizar la percepción del paciente respecto de la actividad del butamirato como antitusivo en la enfermedad por COVID-19. Analizar la medicación concomitante de los pacientes.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

El diseño del estudio es del tipo prospectivo, longitudinal y descriptivo. Se estudió la percepción de la tos en los pacientes internados con diagnóstico COVID-19 e indicación de butamirato 90 mg/día, utilizando la prueba validada de Evaluación de la Tos (CET), para evaluar la gravedad y su impacto en la salud. Se incluyeron los pacientes internados en clínica médica con diagnóstico COVID-19 y tos según criterio médico. Se excluyeron a los pacientes que no pudieron ser ubicados telefónicamente para la realización del test. El CET consta de 6 preguntas que evalúan 3 variables distintas: frecuencia, intensidad y malestar. Las respuestas se clasifican en: Nunca; Muy rara vez; A veces; Frecuentemente y Todo el tiempo, con una puntuación del 1 al 5 respectivamente. El puntaje obtenido es la sumatoria del puntaje de cada pregunta. Una puntuación más alta indica mayor gravedad en la percepción de la sintomatología de la tos. El test se llevó a cabo de forma telefónica entre abril y mayo del 2021, realizando llamadas a cada paciente durante los tres días de tratamiento. Se midió el puntaje de cada paciente por día.

La medicación concomitante se analizó utilizando el reporte “consumo por paciente”, del sistema informático del Hospital Perrupato, SHIAP 1.2.270.

### **RESULTADOS**

Se encuestaron 23 pacientes, fueron excluidos 15 por pérdidas. La edad media fue de 42 años, el 75% fueron hombres. El tiempo medio de internación fue de 10 días. Todos los pacientes recibían difenhidramina jarabe, corticoides y antibióticos; tres pacientes recibían aerosoles inhalatorios (ipratropio y salbutamol) antes de instaurar el tratamiento con butamirato. El puntaje de los 8 pacientes (P) durante los 3 días fue:

P1: 17, 14 y 6; P2: 18, 16 y 13; P3: 16, 15 y 10; P4: 17, 11 y 11; P5: 20, 16 y 16; P6: 20, 14 y 13; P7: 19, 9 y 8; P8: 16, 13 y 12.

#### DISCUSIÓN

El tratamiento fue adecuado para disminuir la percepción de los síntomas subjetivos de la tos. A medida que el tratamiento y la encuesta continuaban, el puntaje por día disminuía en la mayoría de los casos. Los 15 pacientes excluidos no respondieron las preguntas en alguno de los 3 días. Los 8 pacientes restantes completaron el test. Un paciente pasó a terapia intensiva luego de responder todas las preguntas los 3 días. Conjuntamente al jarabe de butamirato, se indicaron fármacos con actividad antitusígena como difenhidramina e ipratropio.

Respecto a la actividad del butamirato, existe un estudio comparativo frente al clobutinol, donde se observó mejoras para severidad y frecuencia. Otro estudio compara su efecto frente a dextrometorfano y placebo, en el cual el butamirato no mostró actividad, aunque podría atribuirse a la utilización de dosis subterapéuticas (45 mg/día).

#### CONCLUSIÓN

Pese a que es un estudio preliminar, el butamirato podría ser una alternativa válida a los antitusígenos opiáceos sin sus efectos adversos. Hubo disminución del puntaje utilizando CET, aunque la indicación previa de difenhidramina e ipratropio, con actividad antitusiva, posiblemente haya ayudado en la disminución de la percepción de la tos.

#### **28) Error de Dispensación en atención ambulatoria. Reporte de un caso**

ONTIVERO R, CALIVAR L, AGÜERO S, RODRÍGUEZ G.

Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson – San Juan – Argentina

Mail de contacto: mrosario.ontivero@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El error de medicación (EM) es definido como cualquier fallo no intencionado en el circuito de utilización del medicamento, abarcando la selección del medicamento, adquisición, recepción, prescripción, dispensación y/o administración de un medicamento.

Cada etapa en el circuito de utilización del medicamento presenta cierto grado de riesgo y el entorno de la farmacia hospitalaria ambulatoria no se encuentra exenta de que este evento adverso alcance este proceso.

El reconocimiento y registro de la existencia de EM por lectura incorrecta en las prescripciones médicas, a consecuencia de letra ilegible o poco clara, y similitud en el etiquetado del medicamento, almacenamiento, sobrecarga laboral que fomenta dispensa de medicamentos erróneos etc., permite que se establezcan medidas de seguridad de protección del paciente.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO.

Paciente femenino de 9 años de edad. Antecedentes de atención dispersa, hiperactividad y dislexia, valorada por neurología. En el corriente año recurre al

hospital público para continuar tratamiento (tto.).

El día 7/6/2022, la madre se presenta a la farmacia ambulatoria a retirar su tto. prescrito de metilfenidato 10 mg/días comprimidos (comp.) por 30 unidades. Su madre se percató que la medicación recibida no era la prescrita; dicho evento no alcanzó al paciente. Ella, posteriormente se dirigió a la institución a notificar lo sucedido, informando que se había entregado Morfina 10 mg comp. en lugar del psicoestimulante. Se devolvió el fármaco (FCO) erróneo y se dispensó el correcto. Se realizó el análisis de causa raíz, donde se advirtió que el EM se produjo en la manipulación, preparación y dispensa del FCO. Se clasificó como EM potencial de categoría A (circunstancia o incidente con capacidad de causar EM) y B (EM se produjo sin daño).

Se notificó y reportó a ANMAT.

#### DISCUSIÓN

Los EM de dispensación son inducidos por variables como la organización del trabajo y los hábitos del personal implicado, la presencia de fuentes de distracción e interrupciones constantes entre otros. Es por ello que es necesario analizar el diseño de los procesos a fin de identificar los EM latentes o fallos del sistema siendo imprescindible aumentar la seguridad de los pacientes.

En nuestro caso, en el análisis del evento se destaca que el empaque de los fármacos eran diferentes y se encontraban ubicados en distintos lugares, lo que permitió notar la necesidad de adicionar un técnico más en la atención ambulatoria y de esa manera contemplar los descansos del personal. Además entre los instrumentos de barreras, se dispuso como procedimiento la verificación en el sistema de farmacia, del historial de medicación y fechas de retiro del paciente mediante el documento nacional de identidad, se elaboró cartelería educativa para los pacientes, permitiendo de este modo, que ellos sean incluidos en la verificación de su tratamiento, y como consecuencia, favorecer el doble chequeo técnico-paciente, coincidiendo con lo descrito en la bibliografía disponible hasta el momento.

Se destaca la importancia del farmacéutico en hacer visibles los EM cuando suceden, participando de manera activa en el rediseño de procesos de dispensación de los medicamentos en la atención ambulatoria, y de esta manera colaborar en la prevención de daños asociados a la atención médica.

#### **29) Seguimiento farmacoterapéutico de pacientes diabéticos tipo 2 con sobrepeso en tratamiento con semaglutide**

TESTA AGUIRRE AM, MINARDI EP, LUNA MB, URTASUN MN

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: [andreina.testa@hospitalitaliano.org.ar](mailto:andreina.testa@hospitalitaliano.org.ar)

#### INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo II (DBT2) es una de las 10 principales causas de mortalidad en Argentina. En las opciones farmacológicas para su manejo encontramos hipoglucemiantes orales, insulinas y nuevas tecnologías como semaglutide (SG):

agonista del receptor del péptido similar al glucagón (AGLP1) aprobado por ANMAT en 2020. Al ser incorporado al vademécum del hospital en 2021 para pacientes (PTEs) con mal control glucémico (Hb glicosilada - HbA1c  $\geq$  6,5%) y sobrepeso (índice de masa corporal - IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>), el seguimiento farmacoterapéutico de los mismos es relevante.

#### OBJETIVOS

Analizar respuesta de SG en PTEs con DBT2 en TTO previo no AGLP1 (NAGLP1) respecto a PTEs que rotan a SG desde un AGLP1 previo (AGLP1p) en los parámetros de HbA1c, IMC, peso (P) y perfil lipídico (PL).

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. El período analizado fue desde 08/21 a 06/22. Se incluyeron PTEs ambulatorios con DBT2 que rotaron a SG desde otros AGLP1 u otros TTOs NAGLP1 y que completaron 6 meses con SG. De este total de PTEs, se dividieron en 2 grupos: por un lado, los PTEs NAGLP1 y por otro lado los PTEs en TTO con AGLP1p. Se elaboró planilla en dónde se registraron edad, sexo, TTOs farmacológicos previos para DBT2, valores iniciales (T0) y finales (T6) de: HbA1c (%), IMC (kg/m<sup>2</sup>), P (kg) y PL (mg/dL): colesterol total (CT), HDL, LDL y triglicéridos (TG). Los datos fueron recabados por farmacéuticos desde la historia clínica electrónica. Estos resultados fueron expresados en porcentaje (%) y media (MD)  $\pm$  desviación estándar (DS). Las comparaciones estadísticas se realizaron mediante prueba de Wilcoxon (WX).

#### RESULTADOS

De los 17 PTEs totales: 58.8% eran mujeres y 41.2% hombres. La edad media fue 58.9 $\pm$ 14.4 años. 8 PTEs eran tratados con AGLP1p. Los otros 9 restantes tratados con NAGLP1. Los valores al inicio del TTO para PTEs AGLP1p (T0) fueron: HbA1c: 7.1  $\pm$  1.2, IMC: 35.6  $\pm$  7.2, P: 100.5  $\pm$  21.9, CT: 137.9  $\pm$  34.5, HDL: 40.4  $\pm$  11.5, LDL: 71.1  $\pm$  29.7 y TG: 132.1  $\pm$  48.1 y los de inicio para PTEs NAGLP1 (T0): HbA1c: 7.7  $\pm$  1.9, IMC: 36.1  $\pm$  6.8, P: 101.6  $\pm$  22.7, CT: 186.5  $\pm$  52.6, HDL: 40.1  $\pm$  5.6, LDL: 105.9  $\pm$  46.3 y TG: 177.4  $\pm$  73.5. Los valores finales para grupo AGLP1p (T6) fueron: HbA1c: 6.7  $\pm$  0.8, IMC: 34.4  $\pm$  7.4, P: 97.7  $\pm$  22.1, CT: 139.3  $\pm$  34.9, HDL: 43.6  $\pm$  9.4, LDL: 71.4  $\pm$  30.9 y TG: 124.3  $\pm$  50.2 y los valores finales para el grupo NAGLP1 (T6) fueron: HbA1c: 7.0  $\pm$  1.1, IMC: 34.6  $\pm$  5.9, P: 97.7  $\pm$  21.2, CT: 166.8  $\pm$  39.9, HDL: 49.3  $\pm$  17.7, LDL: 88.0  $\pm$  37.9 y TG: 179.0  $\pm$  73.5. Los resultados de prueba de WX fueron significativos frente al valor crítico (VC) en el grupo NAGLP1 para CT (WX=3, VC  $\leq$  5), LDL (WX=5, VC  $\leq$  5) y HDL (WX=0, VC  $\leq$  3).

#### DISCUSIÓN

Al evaluar la respuesta de SG en 2 grupos de PTEs (NAGLP1 y AGLP1p) todos los valores finales (T6) mejoraron finalizados los 6 meses de TTO con SG. Ahora bien, al someterlos a prueba estadística de WX, se obtuvieron resultados significativos en CT, LDL y HDL para el grupo NAGLP1. La elección de esta prueba WX fue debido al tamaño muestral bajo de ambos grupos de estudio (n=8 y n=9). Respecto a bibliografía, en el estudio de ensayo clínico SUSTAIN, se comparó SG con otros AGLP1 tales como liraglutide (LG), en dónde SG dio una mejor respuesta a la disminución de HbA1c que

LG. En nuestro trabajo el grupo NAGLP1 mostró mejor respuesta a SG que el grupo de PTEs AGLP1p. Por otro lado, si bien en la actualidad existen varios TTOs farmacológicos para DBT2, muchos PTEs no alcanzan los objetivos de control de la enfermedad. Las guías actuales americana y europea de DBT recomiendan alcanzar objetivos más allá del control glucémico (descenso de P, reducción de riesgo cardiovascular, etc.), por lo que medidas higiénico-dietéticas aportarían un mejor resultado sumado al uso de SG.

#### CONCLUSIÓN

El grupo de PTEs NAGLP1 presentó mejor respuesta a SG respecto al que rota desde un AGLP1p.

### **30) Síndrome de Guillain Barre inducido por vacuna SARS-COV 2 Sinopharm. A propósito de un caso.**

RUIZ RUBIA A, CALIVAR L, AGUERO S, RODRÍGUEZ G.

Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson – San Juan – Argentina

Mail de contacto: aguruizrubia@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía poco frecuente, inmunomediada que produce debilidad muscular y parálisis. El diagnóstico se basa en características clínicas, pruebas de líquido cefalorraquídeo (LCR) y estudios de conducción nerviosa.

El SGB puede ser precipitado por una infección viral, bacteriana y recientemente, su aparición ha sido relacionado a la administración de la vacuna (VAC) Sinopharm (de baja incidencia reportada), por lo que el objetivo de nuestro trabajo es presentar el caso de un paciente que desarrolló evento adverso supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) asociado a la VAC Sinopharm.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino de 67 años, con antecedentes de infección por SARS-COV 2, que resolvió en julio (recibió la primera dosis de VAC Sinopharm en abril de 2021).

En septiembre consultó por lumbalgia dolor 9/10 que irradiaba a cara lateral de muslos. En la anamnesis refirió que, 26 días previos había sido inoculado con segunda dosis de VAC Sinopharm.

Al momento del examen físico refirió debilidad en ambos miembros inferiores (MMII) en forma ascendente, se encontraba lúcido, pupilas isocóricas reactivas, movilidad ocular conservada, reflejo fotomotor (RFM) +/+, paraparesia 2 / 5 , arreflexia sin piramidalismo, sensibilidad superficial y profundidad conservada en ambos MMII, impresionaba hiporreflexia patelar y aquiliana bilateral. Sin clínica de hipertensión endocraneana aguda, ni meningismo, sin compromiso respiratorio y gastrointestinal. Se solicitó laboratorio de rutina (normal) y Tomografía Axial Computada (TAC) cerebro y columna, punción lumbar (PL) con LCR 4/9, proteína 1.29 gr/dl, células 1 por campo, lactato 2.16 mmol/L, glucosa 75 mg/dl, albúmina 0.35 gr/L.

A los 3 días del ingreso a emergencia y por sospecha de SGB (que progresó con disfagia, cuadriparesia a predominio de MMII, con recuperación parcial de función motora en MMII, reflejos osteotendinosos abolidos y sensibilidad conservada, sin uso de músculos accesorios), se solicitó traslado a UTI, donde se indicó tratamiento con Inmunoglobulina humana 30 gr por 5 días. Neurología consultó a Farmacéutico frente a posible EA asociado a VAC, donde se aportó información del ESAVI y se acordó la dosis de IG IV de acuerdo a la bibliografía.

Asimismo, intercurrió con colecistitis aguda lo que prolongó su internación en UTI (20 días).

Por respuesta favorable al tratamiento, estabilidad neurológica, mejoría de la fuerza muscular en MMII y rehabilitación kinésica post SGB, se otorgó el alta con controles ambulatorios.

El EA fue notificado mediante ficha de reporte ESAVI-ANMAT, estableciéndose en base al algoritmo de Naranja de imputabilidad probable e intensidad grave.

#### DISCUSIÓN

En nuestro caso se observa que el paciente comenzó con el desarrollo de los síntomas asociados a la sospecha de SGB aproximadamente a los 30 días de recibir la segunda dosis de VAC, en concordancia con la publicación de Karimie et.al, donde se describe que el mismo se desarrollaría entre los días 4 a 37 días luego de la inoculación. Sin embargo, la evidencia disponible hasta el momento, no es concluyente entre la relación causal de VAC SARS-COV 2 y el desarrollo de SGB.

Cabe destacar que, dada la baja frecuencia de aparición de SGB por VAC Sinopharm, sería necesario la realización de más estudios científicos para inferir asociación entre ambos. Es por ello que, como farmacéuticos, destacamos la importancia de notificar los ESAVI, como una oportunidad de investigación y seguimiento de este tipo de casos, y así contribuir a la generación de evidencia científica.

### **31) Mejora del proceso de distribución y seguridad en el uso de los medicamentos**

BAVA L, KORNITZ L, PEREZ V, RODRIGUEZ D

Sanatorio Otamendi – CABA – Argentina

Mail de contacto: kornitzl@otamendi.com.ar

#### INTRODUCCIÓN

En un sanatorio privado de CABA con 206 camas de internación se dispone de un sistema informático para la prescripción médica que genera pedidos a la farmacia. El sistema calcula según la indicación médica la cantidad de unidades a entregar por farmacia de dos formas: Pedido Emergente (PE) para las primeras 36 hs de internación y al día siguiente, si la indicación continua, se genera un pedido programado (PP) para las próximas 24hs. De esta forma un día puede haber PE de las nuevas indicación y PP de lo que continúa indicado por lo que se ve imposibilitado el retiro de la medicación sobrante de los offices de enfermería ya que se puede retirar parte de la medicación del PE que el paciente necesita para las próximas 24hs. En el proceso actual las devoluciones dependen exclusivamente de enfermería sin una sistemática

establecida y corresponde al 25% del total enviado, siendo solo el 35% del total, devuelto a nombre de paciente. Esto genera acumulación de medicamentos en los offices lo que puede ocasionar errores de administración de medicación, stock no disponible para otros pacientes y riesgo de pérdidas por rotura o extravío. En el sanatorio se preparan en promedio 95 PP/día de internación general a cargo de 1 farmacéutico y 1 técnico, con un tiempo de 7,9 min/pedido (12hs de trabajo). Tampoco se contaba con identificadores de gavetas por paciente, ni segregación de medicamentos de alto riesgo (MAR) en los office de enfermería.

#### PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se modificó el sistema de prescripción para que genere un PE para cubrir la dosis necesaria para ese mismo día hasta el horario de entrega del PP y un PP con las unidades para cubrir las próximas 24 hs de la indicación completa. También se propuso identificar cada gaveta por paciente, segregar los MAR y realizar un control cruzado con enfermería de los MAR al momento de la entrega. De esta forma al momento de la entrega del PP se retira la medicación sobrante del día anterior (excepto multidosis). En una primera etapa, se realizó la implementación parcial del nuevo sistema en 1 office de enfermería con 26 camas y se estimó el tiempo requerido para la preparación del PP midiendo tiempos de validación, preparación, segregación de MAR, rotulado y entrega de los pedidos, siendo de 10,3 min/pac y se extrapolo a los 95 PP/día, obteniendo un total de 17 hs de trabajo. Al analizar esta primera etapa de implementación, se observó una reducción de las devoluciones al 20% promedio en el office implementado y con un flujo continuo de medicación devuelta a la farmacia (en vez de grandes pulsos), un aumento del número de devoluciones identificadas por paciente a un 97%, disminuyó la cantidad de medicación por fuera de la farmacia (office de enfermería) y se incorporó la segregación de MAR. Al medir las devoluciones en los office con el sistema anterior se observó que eran fluctuantes (por ejemplo, un día se devolvía el 68% y al día siguiente un 3%).

#### DISCUSIÓN

La implementación parcial del nuevo sistema, la cuantificación del tiempo de preparación y los datos de las devoluciones permitieron demostrar que el nuevo sistema de dispensación mejora la organización de los office (rótulos de gavetas y orden) y evita la acumulación en los mismos. Estos datos arrojan la necesidad de incorporar más personal destinado a la preparación de los PP para implementar el proceso. Un proceso no ordenado como las devoluciones en pulsos genera una carga laboral en farmacia destinada a las devoluciones que no pueden estimarse ni ordenarse y demoras en el reingreso al stock de farmacia.

Entre las limitaciones podemos mencionar que solo se implementó en un office, que no se cuenta con farmacéuticos las 24hs que puedan validar las indicaciones y el hecho de que el PP se genera automáticamente según reglas definidas en el sistema informático lo que hace que sea difícil de comparar con otras instituciones.

### **32) Intervenciones realizadas por el farmacéutico clínico incorporado en unidades cerradas de un sanatorio privado**

DI CRISCIO J, KORNITZ L

Sanatorio Otamendi – CABA – Argentina

Mail de contacto: dicriscioj@otamendi.com.ar

#### **INTRODUCCIÓN**

Dada la complejidad del paciente crítico, el riesgo de sufrir daños por errores de medicación es mayor. Se ha demostrado el beneficio de incorporar farmacéuticos clínicos al equipo de trabajo para disminuir errores de prescripción, eventos adversos relacionados a medicamentos y los costes asociados.

En un sanatorio privado de CABA con 206 camas y Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente dividida en terapia intensiva, intermedia, unidad coronaria y hemodinamia (28 camas) y neonatología (38 camas), que no contaba con farmacéutico clínico, se decide su incorporación en jornada de 40 hs/semana para validar las prescripciones.

#### **OBJETIVOS**

Cuantificar y clasificar las intervenciones realizadas por el farmacéutico clínico incorporado al equipo de trabajo en áreas críticas de adultos y neonatales y evaluar su impacto económico.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo de las intervenciones realizadas en 9 meses (09/21 al 06/22) tras la incorporación del farmacéutico clínico, incluyendo todos los pacientes internados en UCI (ocupación promedio 100%) y neonatología (ocupación promedio 60%) durante el periodo de estudio, registrando las intervenciones realizadas sobre el total de prescripciones diarias en una tabla estandarizada de creación propia, clasificándolas en no conformidad asociada a la prescripción (renglón de la indicación que genera dudas al validar), tipo de intervención, activa o pasiva (pasivas: realizadas al farmacéutico, activas: realizadas por el farmacéutico) y aceptada o no.

Se realizó un análisis farmacoeconómico (FE) del primer mes de trabajo considerando los fármacos asociados a las intervenciones aceptadas. Se analizó cuales se encontraban dentro y fuera del módulo de internación y teniendo en cuenta el precio de compra de cada uno, se calculó su aporte a la rentabilidad del módulo.

#### **RESULTADOS**

Intervenciones totales 1051, promedio de aceptación 80%, promedio de intervenciones activas 80%, pasivas 3% el primer mes y 28% el último mes.

No conformidades principales 38% relacionadas a la posología, 27% a la preparación/administración de medicamentos y 11% a prescripciones confusas. Grupos terapéuticos principales 35% antimicrobianos (ATM), 11% analgesedación y 10% cardiovascular.

El análisis FE se realizó sobre 103 intervenciones aceptadas del primer mes (total 153). Dentro del módulo las intervenciones disminuyen la rentabilidad 0,7% y la aumentan 12,4%. Fuera de módulo: las intervenciones disminuyen la rentabilidad 18,6 % y la

aumentan 13,7%. En total las intervenciones realizadas aumentaron la rentabilidad 26.1% y la disminuyeron 19.6%.

#### DISCUSIÓN

Que la mayoría de las intervenciones se relacionen con la posología/administración puede deberse a que no se cuenta con protocolos de utilización de fármacos.

El farmacéutico tuvo una buena aceptación (alto porcentaje de aceptación y aumento de intervenciones pasivas).

Las prescripciones confusas pueden relacionarse a que las mismas son manuales afectando su interpretación, por lo que la validación y comprobación de la prescripción por el farmacéutico, es un punto crítico para evitar que errores asociados a la medicación lleguen al paciente optimizando la calidad y seguridad de la atención. El grupo terapéutico sobre el cual se realizaron más intervenciones fueron los ATM, de elevado uso en áreas cerradas.

El análisis FE demuestra que incorporar un farmacéutico clínico genera ahorro de recursos.

Como limitaciones podemos enumerar el corto período de recolección de datos, el horario de trabajo del farmacéutico, la clasificación arbitraria de las intervenciones y que solo pudo analizarse el impacto económico al primer mes de trabajo lo que puede sesgar los resultados obtenidos.

#### CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos demuestran la contribución del farmacéutico clínico en el equipo de salud para proveer una adecuada farmacoterapéutica al paciente, disminuyendo errores asociados a la medicación, optimizando los recursos y mejorando la rentabilidad.

### **33) ¿La adherencia al tratamiento antirretroviral en la población en estudio predice resultado virológico?**

BENÍTEZ L, PAYO A, SOTELO V, RIOS A, CASTELNUOVO P

Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien – Isidro Casanova – Buenos Aires –Argentina

Mail de contacto: lilibeni668@yahoo.com.ar

**INTRODUCCIÓN:** La adherencia (ADH) al TARV (tratamiento antirretroviral) es la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento de su tratamiento a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Constituye uno de los factores clave en el seguimiento de los pacientes infectados por VIH, puede determinar el éxito o el fracaso de la terapia. La ADH no es un objetivo en sí misma, sino que interesa la eficacia terapéutica, medida por parámetros clínicos y biológicos, también la prevención de la aparición de resistencias. Uno de los métodos indirectos para calcular la ADH es el de registro de medicación (RDM), que se basa en calcular la ADH según la medicación que el paciente retiró de la farmacia. La relación entre ADH, calculada por métodos indirectos, y resultado virológico fue estudiada en trabajos de investigación.

## OBJETIVOS

Con este estudio queremos ver si en nuestra población existe una buena correlación entre la ADH medida por RDM y la evolución virológica de los pacientes.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, observacional, poblacional y retrospectivo. El estudio se llevó a cabo en el hospital Paroissien. Los criterios de inclusión fueron pacientes adultos en tratamiento ARV desde enero 2021 hasta junio 2022 inclusive, que retiran su medicación de farmacia. Se agrupó a los pacientes en 3 rangos etarios (20-35; 36-50 y 51-67 años). Se utilizaron archivos de registros informatizados de dispensa y el Sistema Integrado de información Sanitaria Argentino (SISA). Se calculó la ADH del período enero 2021 a junio 2022 por el método RDM. Se clasificó la ADH en porcentajes, agrupando según los valores:  $\geq 90$  %; 89-70 %; y  $\leq 69$ %. Se consultaron resultados de laboratorio parámetro CV para HIV-1 que fueran concordantes con las fechas del estudio. Se clasificó CV no detectable (valor  $< 40$  copias/ml HIV-1) y valor detectable ( $> 40$  copias/ml HIV-1). Se realizó registro de los pacientes estudiados los valores de ADH y resultado de CV de cada paciente incluido en el estudio.

## RESULTADOS

Se incluyeron 303 pacientes (58 entre 20 y 35 años; 123 entre 36 y 50 años y 122 entre 51 y 67 años). Se obtuvo un resultado de CV de cada paciente incluido en el estudio. Los resultados de CV fueron: no detectable (ND) 256 (84%) y detectable (DET) 47 (16%). Los resultados de ADH obtenidos fueron  $\geq 90$  % 136 pacientes (45 %); 89-70 % 119 pacientes (39%) y  $\leq 69$  % 48 pacientes (16%). Se agruparon a los pacientes según su CV en 2 grupos: no detectables y detectables y dentro de cada grupo se colocó la cantidad pacientes según la ADH (90; 89-70;  $\leq 69$ ) y se contabilizó cuantos había en cada subgrupo. Se obtuvieron los siguientes resultados: CV no detectable con ADH  $\geq 90$  el 48 %; ADH 89-70 el 40 %; ADH  $< 69$  el 12 %. CV detectable con ADH  $\geq 90$  el 28 %; ADH 89-70 el 36 %; ADH  $< 69$  el 36 %.

## DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que una alta ADH se correlacionó mejor con resultado de CV indetectables. Analizando los casos de alta ADH y CV detectable se observó que, a pesar de tener valores detectables de CV, estos eran bajos (excepto uno en particular, que podría indicar fallo terapéutico). Hay que tener en cuenta que otras infecciones y algunas vacunas pueden producir un aumento transitorio de la CV. El método RDM tiene limitaciones, no garantiza la fiabilidad de los resultados ya que acudir regularmente a retirar la medicación no es sinónimo de buen cumplimiento. Para poder completar, profundizar y fundamentar mejor se podría realizar un seguimiento de la población estudiada con segundo resultado de CV y complementar los valores de ADH (para casos puntuales) con otros métodos indirectos como recuento de medicación sobrante o cuestionarios de ADH.

## CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes estudiados tienen una buena ADH al TARV. En este estudio una alta ADH a la terapia ARV muestra predecir mejor el resultado virológico que una baja ADH. La alta ADH se correlaciona mejor con éxito virológico.

### **34) Conociendo a la población bajo tratamiento antirretroviral en un hospital público de La Matanza**

SERGI J, GALLO R, BASUALDO C, BOGOUSH G

Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien – Isidro Casanova – Buenos Aires –Argentina

Mail de contacto: sergijohanna@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

Según el último boletín del Ministerio de Salud (2021) se estima que en Argentina son 140 mil las personas que poseen el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), aunque un 17% de ellas lo desconoce. El 65% de los casos notificados se atiende en hospitales públicos. Dentro de los 1300 casos nuevos que se presentan del Gran Buenos Aires, el partido de la Matanza es el que mayor cantidad notifica. A partir de ello queremos conocer cuál es el impacto de estas estadísticas en la población de nuestro hospital, sus características y tratamientos.

#### **OBJETIVOS**

Conocer las características y tratamientos de la población bajo el programa de dispensación de tratamientos antirretrovirales (TARV) en el Hospital interzonal general de agudos (HIGA) Dr. Diego Paroissien, La Matanza.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Fue realizado en el servicio de Farmacia del HIGA Dr. Diego Paroissien. Para la recolección de datos se utilizaron registros manuales e informáticos con los datos necesarios. Fueron recolectados desde octubre de 2020 hasta junio de 2022 para obtener las estadísticas. Se analizaron los siguientes datos: cantidad de pacientes activos, distribución por género, edad, lugar de residencia, TARV utilizado.

#### **RESULTADOS**

El total de pacientes activos fue de 763 hasta junio de 2022. El 23% mayor 50 años, 30% entre 41-50 años, un 20 % entre 31-40 años y un 26% menores de 30 años. La distribución por género es equitativa entre el femenino y masculino (F: 55% y M:45%), sin pacientes no binarios. Pacientes que residen en el partido de La Matanza 65%, un 20% de los cuales no contamos con información y un 15% de otros partidos de la provincia.

De los tratamientos más usados: 31%; Darunavir/ Ritonavir/ Tenofovir/ Emtricitabina, 26% Tenofovir/Lamivudina/Dolutegravir, 17% Tenofovir/ Emtricitabina/Efavirenz. Durante dicho periodo, la cantidad de pacientes aumentó un 37%; de los cuales el 43% era menor de 30 años, 33% entre 30-40 años y solo un 23% mayores de 40 años.

#### DISCUSIÓN

Hemos alcanzado los objetivos propuestos y analizamos la importancia de buscar nuevas formas de registrar los datos de nuestros pacientes. En comparación con otros trabajos, los datos del boletín de HIV y enfermedades de transmisión sexual y con informes de la Organización Panamericana de la Salud, la población HIV positivo aumenta constantemente tanto a nivel nacional como mundial y ocurre lo mismo en nuestro hospital. Tenemos una diferencia con los datos a nivel nacional en la distribución por género, en el país es mayor en masculinos, con respecto a nuestro hospital que es equitativo. En relación a los casos nuevos en nuestro trabajo, la mayoría, siguiendo la tendencia mundial, se da en menores de 30 años. Nos impacta el hecho de que en tan solo 20 meses la población HIV haya crecido en niveles superiores al 30%.

No podemos comparar con otros trabajos la distribución por edad, ya que la mayoría está abocado a las nuevas detecciones. Encontramos dificultades al querer diferenciar nuevos pacientes, pacientes mudados de otros nosocomios y aquellos que reinician tratamiento. También encontramos inconvenientes al querer conocer la población de género femenino cursando embarazo y al querer especificar si los pacientes son género cis o trans. A partir de esto surge la necesidad de incorporar a la recolección de datos nuevos métodos que representan futuras líneas de investigación.

#### CONCLUSIÓN

Pudimos conocer las características y estadísticas básicas de nuestra población, lo que nos brinda información fundamental para las intervenciones farmacéuticas. Queda mucho trabajo para obtener mejores estadísticas.

#### **35) Análisis de la efectividad y seguridad del TADE en pacientes adultos**

VALLE T, DI SAN DOMENICO LP, SILVEIRA MG, CUNHA FERRE MF, BENSO JD, GALLO ACOSTA CM, SCOZZAFAVA SM, SAIMOVICI JM

Hospital Italiano de Buenos Aires – Buenos Aires –Argentina

Mail de contacto: tamara.valle@hospitalitaliano.org.ar

#### INTRODUCCIÓN

Los programas de tratamiento antimicrobiano domiciliario endovenoso (TADE) permiten iniciar o completar el tratamiento antimicrobiano por vía endovenosa de prácticamente cualquier tipo de infección en el domicilio.

Los beneficios de TADE incluyen la reducción de infecciones nosocomiales, la mejora en la calidad de vida del paciente y su familia y la reducción de costos sanitarios.

Nos propusimos, por lo tanto, evaluar la efectividad y seguridad de TADE en nuestra población.

#### OBJETIVOS

Analizar la efectividad y seguridad de TADE en pacientes adultos con internación domiciliaria (ID).

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes mayores de 18 años con ID del Hospital Italiano de Buenos Aires en el período 1/1/2019 al 31/7/2019. Se utilizó la historia clínica electrónica para la recolección de datos que posteriormente fueron organizados en una tabla dinámica de excel.

La efectividad se evaluó analizando las readmisiones hospitalarias por inadecuado control de la infección. La seguridad analizando los eventos adversos asociados a los antibióticos.

#### RESULTADOS

Se analizaron 232 pacientes con TADE en el periodo evaluado. El 83.2% (193) eran mayores de 65 años, de los cuales 53,9% (104) tenían más de 80 años. El 53.4% (124) eran pacientes agudos, 42.7% (99) eran crónicos complejos (baja funcionalidad, pluripatología, o enfermedad única progresiva, fragilidad y 2 o más internaciones o 3 o más consultas a urgencias en el último año), de los cuales el 66.7% (66) tenían necesidad de abordaje paliativo. El 73.3% (170) iniciaron TADE para facilitar la externación hospitalaria, con una estadía hospitalaria media previa de 8.6 días. Un 26.7% (62) inició TADE evitando una hospitalización. En ambos grupos, la infección urológica, 43.5% (101), fue el diagnóstico más frecuente. La estadía media de TADE fue 13,7 días. Los antibióticos (ATB) más utilizados fueron ceftriaxona 40.5% (94), seguido de ertapenem 36.2% (84) y vancomicina 12.9% (30). El 57.8% (134) recibió el ATB por catéter central de inserción periférica. El 90.1% (209) completó el TADE con remisión de la infección, mientras que la proporción de readmisión por empeoramiento durante el TADE y a los 30 días de finalizado fue de 7.3% (17) y 2.6% (6) respectivamente. Ningún paciente presentó eventos tromboembólicos ni infección asociada al catéter. 6 pacientes presentaron eventos adversos, 3 requirieron hospitalización por nefrotoxicidad asociada a vancomicina y 3 suspendieron tratamiento sin necesidad de hospitalización.

#### DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos, se puede inferir que si bien un elevado porcentaje de pacientes pudo completar el TADE con alta efectividad y seguridad, existen otras variables no medidas que pueden influir en los resultados, como por ejemplo, la correcta selección de pacientes, la valoración del entorno domiciliario, la elección de los catéteres para el acceso venoso, la disponibilidad de fármacos, los recursos necesarios para llevar a cabo la logística de envíos a domicilio y la disponibilidad del recurso de enfermería domiciliario.

Cabe remarcar que en nuestro estudio un porcentaje de pacientes inició TADE en domicilio sin la necesidad de una internación previa, lo cual demuestra otro beneficio de este régimen.

En los trabajos publicados hasta el momento no se encuentran diferencias significativas respecto a los resultados clínicos obtenidos con TADE frente a los conseguidos en hospitalización convencional. Por ello, a igual efectividad del tratamiento se prefiere TADE y sus beneficios. Nos queda pendiente realizar un análisis de costos para concluir que a igual efectividad y menor costo es preferible un régimen TADE.

#### CONCLUSIÓN

Se logró analizar efectividad y seguridad de TADE en nuestra población, siendo este efectivo y seguro para tratar una amplia gama de infecciones y pacientes, incluyendo pacientes crónicos complejos.

### **36) Intervención farmacéutica en la gestión quirúrgica hospitalaria**

ALBINO GUEVARA T.L.

Hospital Nacional Ramiro Priale – El Tambo – Peru

Mail de contacto: tulioalbino@hotmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de los dispositivos médicos para la atención sanitaria y la mejora de la salud de las personas y las poblaciones. Uno de los objetivos estratégicos de la OMS es asegurar la mejora del acceso, la calidad y el uso de productos médicos y tecnologías sanitarias (1).

Se entiende por dispositivo médico a todo instrumento, aparato, utensilio, máquina, implante, reactivo in vitro o calibrador, software, material o producto similar o relacionado que no logra el efecto principal perseguido en o sobre el organismo humano por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos y está concebido para ser empleado en seres humanos (2).

Seleccionar dispositivos médicos, sin tener en cuenta la necesidad de mejorar la salud individual y pública, puede dar lugar a que los dispositivos se usen inadecuadamente o no se usen, con el consiguiente despilfarro de recursos económicos (3).

La gestión de dispositivos médicos en el ámbito hospitalario es una actividad del Químico Farmacéutico, lo que conlleva a una mayor integración al equipo multidisciplinario que atiende al paciente con necesidades de índole quirúrgico.

#### **OBJETIVOS**

Estandarizar listados de dispositivos médicos por procedimientos quirúrgicos para brindar las facilidades necesarias en los mismos de manera eficaz, eficiente y en condiciones de máxima seguridad.

#### **MATERIALES Y MÉTODO**

Es un estudio retrospectivo. Se hizo una revisión de los procedimientos quirúrgicos de enero a diciembre de 2019 registrados por todas las especialidades médico-quirúrgicas del Hospital Nacional Ramiro Priale del Seguro Social de Salud.

Se revisaron 8784 formatos de prescripción de dispositivos médicos y, se obtuvo información sobre: 1) Tipo de procedimiento quirúrgico y 2) cantidad de procedimientos quirúrgicos por especialidad médico-quirúrgica.

De la revisión de los dispositivos médicos usados se diseñaron listados de dispositivos médicos o “paquetes quirúrgicos” por tipo procedimiento quirúrgico,

Para el procesamiento de información se utilizó el programa informático Excel 2021 (18.0)

#### **RESULTADOS**

De la revisión de los 8784 formatos de prescripción de dispositivos médicos, se identificaron 660 tipos diferentes de procedimientos quirúrgicos

Las especialidades médico-quirúrgicas con registro de procedimientos quirúrgicos fueron: tórax y cardiovascular, oncológica, general, pediátrica, ginecología, neurocirugía, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología y urología.

25 procedimientos quirúrgicos representaron el 65 % del total de la revisión de prescripciones, siendo el de cesárea con 9 % el de mayor cantidad.

#### DISCUSIÓN

De la revisión de dispositivos médicos usados por procedimiento quirúrgico se pudieron elaborar listados estándar de dispositivos médicos o “paquetes quirúrgicos” Los resultados obtenidos pueden contribuir a mejorar el sistema de gestión de dispositivos médicos en los procesos de planificación, adquisición, distribución, dispensación y uso racional.

El análisis de los resultados debe permitir el empoderamiento del profesional Químico Farmacéutico en la gestión quirúrgica hospitalaria de dispositivos médicos.

Los resultados deben ser compartidos con el equipo quirúrgico de profesionales médico cirujanos y de enfermería para involucrarlos en la necesidad de cumplir con la realización de cirugías seguras a través del uso de listados estándar de dispositivos médicos o “paquetes quirúrgicos”.

#### CONCLUSIÓN

La estandarización de 25 listados estándar de dispositivos médicos o “paquetes quirúrgicos” permitirá brindar una cobertura al 65 % del total de procedimientos quirúrgicos.

La implementación de los llamados “paquetes quirúrgicos” permitirá mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos hospitalarios.

#### **37) Errores detectados en la preparación de la medicación en el servicio de farmacia de un hospital público de la ciudad de la Plata**

METAZA J, BIANCO G, MYSOHRAJ M, ALANIZ M.

Hospital San Juan de Dios – La Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: julietametaza@hotmail.com

#### INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario se debe garantizar la seguridad del paciente monitorizando la cadena del proceso farmacoterapéutico (prescripción, validación, preparación, dispensación, administración y seguimiento). Un error de medicación es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada.

El hospital San Juan de Dios de La Plata (HSJDLP) es una institución pública orientada a la atención de la patología torácica-cardiovascular, pulmonar y de enfermedades infecciosas que posee 135 camas activas.

El Servicio de farmacia prepara la medicación a pacientes internados a partir de las indicaciones médicas de terapia intensiva (TI), guardia médica (GM), unidad coronaria (UCO), recuperación cardiovascular (RC), infectología (I), cirugía torácica (CT), clínica

médica (CM), cardiología (C), cuidados paliativos (CP) y neumonología (N). Todas, a excepción de TI, las prepara el técnico a granel a partir del listado de la medicación transcrita por el farmacéutico luego de realizar la validación. En TI, se valida y se prepara desde la indicación médica (IM) por paciente. Diariamente el farmacéutico controla la medicación para luego entregarla al cadete encargado del reparto a salas. A raíz de ello y de que no se cuenta con registros previos de detección de errores, es que se generó la necesidad de realizar un registro exhaustivo de cada error asociado a dicho proceso para optimizarlo y alcanzar mayor de seguridad.

#### OBJETIVOS

Analizar y clasificar los errores que se producen en la preparación de la medicación para las salas de internación. Determinar el tipo y las causas de los mismos.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo y prospectivo en el período mayo-junio 2022 en el servicio de farmacia del HSJDLP incluyendo todas las salas de internación. Para la recolección de datos se diseñó una planilla Excel por sala con una clasificación propia en la cual se registró el tipo de error como omisión de medicamento (OM), cantidad errónea (CE), dosis errónea (DE), vía de administración errónea (VAE), identificación incompleta (rótulo sin dosis o vencimiento), medicamento equivocado (ME), medicamento vencido. Las causas se clasificaron en validación incorrecta (VI), letra ilegible (LI), rotura de stock, LASA, descuido (falta de atención en la preparación), lectura incorrecta (mala interpretación del medicamento transcrito). Se registró la fecha y la relación entre N° de errores y total de renglones controlados.

No se tomaron registros durante los fines de semana y feriados.

#### RESULTADOS

De 2421 renglones controlados se encontraron 84 errores. El porcentaje en cada sala fue: 2.86% en GM; 0.57% en RC; 2.93% en CT; 10% en TI, 0.83% en UCO; 8.5% en CP; 5% en CM; 2.74% en N; 9.38% en I y 1.77% en C.

Respecto al tipo de errores, el 58.3% fue OM; 8.3% VAE; 8.3% ME; 7.2% DE; 15.5% CE; 2.4% identificación incompleta. En cuanto a las causas, el 59.5% fue descuido; 28.6% lectura incorrecta; el 2.4% LI; el 7.1% VI; el 2.4% LASA.

#### DISCUSIÓN

Los errores detectados en la preparación de la medicación de TI pueden deberse a fallas en la interpretación de la IM por parte de los técnicos que podría reducirse mediante capacitaciones. Respecto a CP e I los errores pueden deberse a que se preparan al final de la jornada y el listado de la medicación se realiza de manera manual y no impresa. Al ser el descuido la principal causa de errores, se podrían llevar a cabo acciones para acotar la circulación de personal en el área de preparación y restringir el uso del celular. Entre las limitaciones del estudio se presentó la escasez de tiempo para llenar las planillas por lo que no se registraron los errores durante los fines de semana y la dificultad para encontrar bibliografía que posibilite comparar los resultados obtenidos.

#### CONCLUSIÓN

Las salas que registraron mayor cantidad de errores fueron TI, CP e I. La mayoría fueron omisiones y la causa principal fue el descuido.

### **38) Satisfacción del cliente externo de un hospital público de mediana complejidad de Mendoza**

ARBOIT A, MUSSÉ MV, LÓPEZ N, GONZÁLEZ N, ARAYA J, PEREYRA M, ECHEGARAY S, CORREA D

Hospital Dr Alfredo Italo Perrupato – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: marce.musse@gmail.com

#### **INTRODUCCIÓN**

Una estrategia para disminuir la inequidad y garantizar la accesibilidad a la salud es mejorar la calidad de los servicios. El Hospital Perrupato (HP) cuenta con un sistema de gestión de calidad (SGC) certificado en Normas ISO 9001:2015 durante 10 años. El concepto de calidad es abstracto y subjetivo. La satisfacción del usuario se observa cuando sus expectativas fueron alcanzadas por lo brindado. La calidad de atención es la capacidad de satisfacer las expectativas del usuario y la medición de la satisfacción del cliente es un indicador del desempeño de las instituciones.

#### **OBJETIVO**

Determinar la satisfacción de los pacientes atendidos en la institución.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, analítico, transversal. Se entrevistaron 207 pacientes, atendidos en servicios del HP en abril de 2021. Muestra no probabilística con recolección de barrido durante 3 semanas, aleatoria con tamaño diferente en función de la cantidad de pacientes atendidos. Se registraron en tablas excel los datos: Edad, Género, Nivel Educativo, Lugar de Residencia, Satisfacción de Atención, Tiempo de Espera, Información Brindada, medicamentos recibidos, limpieza e higiene, confort y trato del personal.

#### **RESULTADOS**

207 pacientes entrevistados, 76 atendidos en el servicio de farmacia, 40 en Neonatología, 49 en Guardia y 21 en el Área Quirúrgica. Farmacia: Satisfacción: Buena 35,5%, Muy Buena 34.2% y Excelente 27.6%. Accesibilidad al Medicamento: 80.3% recibió todos los medicamentos. El 40.8% recibe medicamentos todos los meses. La mayoría retira de 2 a 4 medicamentos. 67.1% de los pacientes esperó menos de 15 minutos. Neonatología: Excelente 47%, muy buena 43%, bueno 10%. Guardia: 84% recomendarían este servicio, 10% tal vez y 6% no lo recomendaría. Lugar de Residencia 33% de pacientes son de San Martín, en igual medida de Maipú, le siguen Rivadavia y La Paz. Área Quirúrgica: 35% de los pacientes calificó como Muy Buena la atención del personal administrativo, "Muy conforme" con la información brindada por el médico, "Excelente" trato recibido por personal de enfermería. En cuanto a la

limpieza, fue satisfactoria, pero manifiestan disconformidad respecto a los baños, y camas ya que son altas. En internación, el 70% de los pacientes se muestran conformes y manifiestan que la información recibida sobre el procedimiento es más de lo esperado. El 30% manifestó que sus dudas fueron despejadas.

#### DISCUSIÓN

Se destacan los cortos tiempos de espera en la atención en el servicio de farmacia y la accesibilidad al medicamento, situación compleja en el ámbito público para pacientes ambulatorios. El presente trabajo pretende proporcionar datos a fin de corregir deficiencias y potenciar fortalezas. Se dificulta la comparación con otros centros debido a que no se encuentran similares trabajos en hospitales públicos de Argentina que permitan conocer satisfacción global. Se observa que el cliente externo-paciente tiene expectativas bajas respecto del sistema de salud público.

#### CONCLUSIÓN

La satisfacción del cliente externo resultó en su mayoría Muy Buena y conforme, oscilando entre los diferentes servicios prestados.

### **39) Evaluación de los abandonos de tratamiento antirretroviral en pacientes VIH que retiran medicación en la Farmacia del Programa Provincial de Sida**

FRAILE N, VENIER G, GLOWOSKY I, PÉREZ F

Farmacia Programa Provincial de SIDA de Mendoza –Mendoza – Argentina

Mail de contacto: noeliafrailet@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública especialmente en las regiones menos desarrolladas.

En la provincia de Mendoza se ha detectado un incremento en el abandono de tratamientos, lo cual llevó a estudiar los motivos del abandono de los tratamientos antirretrovirales (TARV) en los pacientes que retiran su medicación en la Farmacia del Programa Provincial de Sida que funciona en el Hospital Central.

#### OBJETIVOS

Analizar las causas más frecuentes del abandono de los TARV en pacientes que retiran la medicación de la farmacia del Programa Provincial de Sida.

Determinar la cantidad de pacientes que reinician el tratamiento, luego de la intervención farmacéutica realizada por parte de la farmacia.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo donde se incluyeron pacientes VIH adultos que abandonaron tratamiento entre enero de 2020 y diciembre de 2021.

Desde julio de 2020 a junio de 2022 se contactó a aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento. Se realizaron llamadas telefónicas, donde por medio de una encuesta cerrada, se consultó el motivo de falta de asistencia a retirar la medicación. Aquellas personas interesadas en reiniciar el tratamiento se les brindaba

el contacto de la licenciada en trabajo social del programa para coordinar turnos y el reinicio del tratamiento. Se excluyeron aquellos pacientes que no retiran medicación en la Farmacia del Programa Provincial de Sida, ya que retiran en efectores periféricos. Se consideró abandono a aquellos pacientes que se quedaron sin medicación por al menos tres (3) meses. Ese dato fue obtenido por medio del sistema informático de dispensa de la Farmacia. Los datos fueron analizados por medio de Excel.

Los pacientes que reinician tratamiento, deben presentar un formulario de reinicio, en el momento de la dispensa se revisaba en el sistema informático si el paciente había sido contactado telefónicamente, y se consultaba si el motivo de reinicio, era motivado por la intervención que realiza la farmacia.

#### RESULTADOS

De los 540 pacientes que abandonaron el tratamiento en el periodo de estudio, se contactó telefónicamente a 243 pacientes. El resto de los pacientes (297) no se pudo contactar, se los llamó hasta 3 veces en días diferentes y no se logró conexión telefónica.

Reiniciaron tratamiento motivados por el llamado 42 pacientes

De los datos analizados se obtuvo que: 142 pacientes no habían retirado la medicación porque se encontraban con obra social o prepaga, 48 se encontraban fuera de la provincia y 11 pacientes estaban fallecidos.

En relación al motivo de abandono, el 40,3 % remitió tener miedo de acercarse al hospital a retirar la medicación por la pandemia de Covid, el 31,2 % no supo responder el porqué de no retirar la medicación, el 23,3 % se sintió conflictuado con el diagnóstico y les costaba acercarse a buscar la medicación, un 5,2 % indicó que aún tenía medicación.

#### DISCUSIÓN

Conocer el principal motivo de abandono de tratamiento permitió trabajar en conjunto con todo el equipo de trabajo del programa; personal administrativo, médicos, trabajadoras sociales, etc.

En el Servicio de Farmacia vimos que se contactó solo el 45 % del total de los abandonos. El resto de los pacientes 297 (55%) no se logró conexión telefónica después de al menos 3 intentos en 3 días diferentes, o por no contar con el teléfono, o el número estaba fuera de línea.

Si bien se trabaja en relación a la adherencia, es importante fortalecer las herramientas para disminuir el número de abandonos. Luego del estudio se agregó al consentimiento informado que firman (aclarando que se los puede contactar por vía telefónica) la posibilidad de que brinden el número de teléfono de algún familiar o amigo/a.

#### CONCLUSIÓN

La causa más frecuente de abandono fue el miedo a contagiarse en contexto de la pandemia de Covid-19.

Se vio positivo que 42 pacientes reiniciaran tratamiento motivados por la intervención por parte de la Farmacia.

