

XXIV CONGRESO ARGENTINO DE FARMACIA HOSPITALARIA

1 al 3 de octubre de 2025 – Córdoba, Argentina

PRIMERA SESIÓN –ORAL– MIÉRCOLES 1, de 15 a 16 horas, SALÓN C

TRABAJO 1

Análisis del Uso off-label de Rituximab e implementación de una planilla para su solicitud en un Hospital de alta complejidad

VELA E, CARRERA G, HOFFMANN A, VIEYRA E, MARTÍNEZ M

Hospital Nacional Alejandro Posadas – El Palomar – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: alinehoff@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El rituximab (RTX) mAbs anti-CD20 que forma parte de la Guía Farmacoterapéutica del hospital, autorizado para indicaciones aprobadas por FDA y ANMAT, se encuentra en el listado de medicamentos de alto costo y uso restringido.

Teniendo en cuenta el aumento de las solicitudes de RTX se realizó un diagnóstico (DX) en el servicio de Farmacia y los fundamentos de uso dados por los especialistas. Frente a esa inquietud se plantea la necesidad de realizar una revisión de las prescripciones (PR) y los DX contemplando los usos aprobados para RTX, según bibliografía.

OBJETIVOS

Analizar las PR y protocolizar el uso de RTX mediante la elaboración de una planilla para su solicitud que permita unificar criterios para la indicación, dispensa y gestión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional y descriptivo de todas las solicitudes de RTX en el año 2024 de pacientes pediátricos (P) y adultos (A) internados. Se examinaron en las mismas los DX que dieron origen a la indicación, se clasificaron teniendo en cuenta primero si se trataba de un uso aprobado o uno "off label" (OL). Luego de identificarlas por patología, se realizó una búsqueda bibliográfica web. Los resultados se expresan como porcentaje sobre el total de las PR.

RESULTADOS

Se examinaron un total de 25 recetas para RTX. Se identificaron los DX listados a continuación. Se evidencia un 92 % de DX de uso OL y un 8 % usos aprobados para RTX durante el periodo analizado. Se incluyeron pacientes hospitalizados P y A analizándose las PR con su respectivo resumen de historia clínica (HC) que justifique indicación de RTX, se identificaron las patologías encefalitis autoinmune (ea) 12%, vasculitis crioglobulinémica 4%, lupus 8%, PTI 16%, dermatomiositis juvenil 4%, anemia hemolítica 8%, miastenia gravis (mg) 12%, vasculitis anca (va) 12%, miopatía 8%, artritis reumatoidea 4%, pénfigo vulgar cutáneo 4%, ganglionopatía sensitiva 8%, siendo las patologías con mayor frecuencia EA, PTI, MG , VA. Los

resúmenes de HC que justifican cada PR de RTX indican que los pacientes fueron refractarios a otros tratamientos de primera línea siendo corticoides 43%, ciclofosfamida 12%, IGIV 25%, plasmaféresis 10%, inmunosupresores 10%. Las justificaciones que sostenían la refractariedad a otros tratamientos correspondía a monoterapia en un 28% y con dos o más tratamientos un 72%.

DISCUSIÓN

Actualmente, estos usos OL se encuentran fuera del marco regulatorio, por lo que resulta necesario promover la generación de estudios científicos que respalden su incorporación formal, garantizando así un uso seguro, eficaz y normatizado. Además, se observa una falta de estudios que lo comparen directamente con las terapias estándar, lo cual impide determinar si esta alternativa es equivalente o superior a los tratamientos actualmente aceptados. Sabemos que, a pesar de ser difíciles de realizar en enfermedades raras, los datos de estudios observacionales pueden proporcionar información útil para facilitar la PR en la práctica clínica, aunque los niveles de evidencia de los mismos no sean concluyentes. Por lo tanto, el uso de RTX se justificaría únicamente en situaciones refractarias o cuando las opciones de primera línea hayan fracasado. Cabe destacar que los DX considerados se encuentran fuera del PMO, lo que implica que su uso (OL) genera un alto impacto económico. Por lo tanto, proponemos que sea un requisito documentar la respuesta de los pacientes a dicha PR considerando ser criteriosos a la hora de usar el recurso, además al aportar datos más concretos acerca de la evolución y respuesta de la terapéutica implementada en estos casos.

CONCLUSIONES

Considerando que el nivel de evidencia que respalda el uso de RTX para las indicaciones OL es bajo y el costo es elevado se elaboró la planilla de solicitud de uso para protocolizar el RTX que permitirá analizar cada uno de los requerimientos, evaluar DX, optimizar los tratamientos, favorecer criterios de dispensa y la gestión del medicamento.

TRABAJO 2

Optimización de la atención farmacéutica: estratificación de pacientes trasplantados ambulatorios e intervenciones farmacéuticas en una institución pública de salud

BOSCH G, VECCHIARELLI N

Ente autárquico Instituto de Trasplante de la Ciudad – CABA – Argentina

Mail de contacto: gracielabosch@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria, realizamos el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes trasplantados ambulatorios (Ptx) con tratamiento inmunosupresor (TI) y medicación concomitante (MC) en una institución pública de salud. Su complejidad hace necesario establecer criterios objetivos que permitan optimizar recursos y aportar valor en su atención farmacéutica (AF). Hemos aplicado el Modelo de Estratificación (ME) para pacientes crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) estableciendo intervenciones farmacéuticas (IF) más efectivas en función de las necesidades de cada paciente.

OBJETIVOS

Estratificar a los Ptx ambulatorios en función de variables de riesgo.
Describir las intervenciones farmacéuticas realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional, retrospectivo de agosto 2024 a abril 2025. Sobre Ptx pediátricos y adultos que retiran bimestralmente su TI y MC, estratificados según ME de la SEFH, las IF se analizaron según registros de la historia clínica electrónica y de las entrevistas de AF. Criterios de inclusión: Ptx pediátricos y adultos bajo seguimiento. El puntaje total para cada paciente determinó su nivel de riesgo: 1 global (≥ 14 puntos), 2 A medicación (> 8 puntos), 2 B sociosanitario (> 6 puntos) o 3 básico (resto). Las IF se clasificaron en “seguimiento farmacoterapéutico”, “educación de pacientes” y “coordinación con resto del equipo multidisciplinar”. Se utilizó como método estadístico frecuencia absoluta (fi).

RESULTADOS

Sobre muestra de 203 Ptx el puntaje obtenido: 101 (49,7%) riesgo básico, 54 (26,6%) riesgo de medicación, 17 (8,4%) riesgo sociosanitario y 31 (15,3%) riesgo global. IF totales: 2854. “Seguimiento farmacoterapéutico”: Revisión y validación de tratamiento: 2570 (90,05%), detección efectos adversos: 34 (1,19%), administración inadecuada: 19 (0,67%), interacción fármaco-fármaco: 6 (0,22%), dosis incorrecta: 5 (0,18%). “Educación de pacientes”: resolución de consultas: 102 (3,58%), información escrita: 21 (0,73%), telefarmacia: 13 (0,45%), prevención de efectos adversos: 5 (0,17%). “Coordinación con resto del equipo multidisciplinar”: trabajo conjunto: 76 (2,66%), incorporación nuevo fármaco no incluido en Vademécum: 3 (0,10%).

DISCUSIÓN

En el contexto de Ptx con TI crónico, múltiples medicamentos y recursos sanitarios limitados, el ME es una herramienta que permite intervenciones de AF orientadas a las características específicas de cada paciente para lograr mejores resultados en salud y calidad de vida. Las principales IF realizadas fueron la revisión y validación de la prescripción y detección de efectos adversos para todos los niveles de riesgo. Trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinar, resolución de consultas, entrega de información escrita y telefarmacia sobre niveles de riesgo 1 y 2. La AF es proporcionada en forma continua a todos los pacientes.

CONCLUSIONES

Esta herramienta permite abordar al paciente en función de los riesgos identificados, optimizando recursos y mejorando las estrategias de intervención, tanto nuevas como existentes.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

TRABAJO 3

Impacto clínico de un protocolo de analgosedación en pacientes críticos: estudio de cohorte en un hospital público de alta complejidad

ARAUJO J, DIAZ BALLVÉ L, GÓMEZ J, GONZÁLEZ, L, IZQUIERDO H, LUCINI S, PUZZO F, SCARSELLETTA F

Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner – Cañuelas – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: araujojaversantiago@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica PADIS destacan la implementación de protocolos estructurados de analgosedación (PAS) en unidades de cuidados intensivos (UCI). Metanálisis de ensayos clínicos, como Minhas et al. y otras revisiones sistemáticas, demostraron que la estandarización de la sedación en UCI se asocia con mejores desenlaces clínicos. En nuestro hospital, la ausencia de un protocolo unificado resultaba en prácticas heterogéneas. Para abordar esta brecha, un equipo multidisciplinario diseñó e implementó un PAS basado en tres pilares: interrupciones diarias programadas de la sedación, sedación guiada por enfermería y adecuación del perfil de sedantes según lineamientos vigentes. Este PAS se complementó con un programa intensivo de capacitación para el personal, con el objetivo dual de reducir la incidencia de delirium (ID) y estandarizar las prácticas clínicas.

OBJETIVOS

Analizar el impacto de la implementación de un PAS en la UCI de un hospital de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en el Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, hospital público de alta complejidad ubicado en la Provincia de Buenos Aires. Se realizó un estudio de cohorte con control histórico, incluyendo pacientes > 18 años con ventilación mecánica invasiva ≥ 12 horas en UCI. Se analizaron dos períodos: pre implementación (P1, diciembre 2023 a febrero 2024) y post-implementación (P2, septiembre a diciembre 2024). Para minimizar sesgos, se aplicó un emparejamiento por puntaje de propensión (1:1). Se compararon los días de ventilación mecánica (DVM), estancia hospitalaria en UCI (EH-UCI), fármaco sedante utilizado en el día 1 (FS1), consumo de fármacos sedantes (CFS); ID y mortalidad hospitalaria (MH). Las variables DVM, EH-UCI y MH se expresaron como mediana y rango intercuartilo (RIQ), mientras que las demás se presentaron en porcentajes. Las variables no paramétricas se analizaron con SPSS® mediante el test de Mann-Whitney, y los porcentajes se compararon utilizando el test de Chi-cuadrado, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Tras el emparejamiento, se incluyeron 180 pacientes (90 por cohorte). Las características demográficas (edad, género, diagnóstico de ingreso, APACHE II, SAPS III, índice de Charlson) fueron comparables. Entre P1 y P2, no hubo diferencias estadísticamente significativas en DVM (3,5 días, RIQ 1-11 vs. 4,0 días, RIQ 2-10) ni en EH-UCI (8,5 días, RIQ 2-17 vs. 6,0 días, RIQ 3-13). Hubo cambios significativos en el FS1: aumento de propofol (17% a 66%) y reducción de midazolam (68% a 21%) ($p < 0,001$); además, existió diferencia estadísticamente significativa en la ID (64% vs. 38%, $p = 0,03$) y variación significativa en el CFS, medido como

unidades dispensadas cada 100 días-paciente: mayor consumo de propofol (253 vs. 427) y menor de midazolam (380 vs. 316) entre P1 y P2. La MH fue de un 46% en P1 y P2.

DISCUSIÓN

La implementación del PAS logró cambios significativos en los patrones de sedación, con mayor uso de propofol y menor de midazolam, con la consecuente reducción en la ID, posiblemente asociada al menor uso de benzodiacepinas. Sin embargo, no se observaron diferencias significativas en DVM o EH-UCI. Esto coincide con estudios previos que muestran resultados contradictorios, fundamentalmente en EH-UCI. Algunas limitaciones incluyen: medición de DVM en días enteros, pudiendo subestimar diferencias horarias; la falta de evaluación de indicadores de proceso y estructura, como adherencia al protocolo; y la falta de cuantificación de eventos adversos (ej. pancreatitis por propofol). El aumento en el consumo de propofol –objetivo deseado– plantea interrogantes sobre su sostenibilidad económica, requiriendo futuros estudios de costo-efectividad.

CONCLUSIONES

Si bien no se encontraron diferencias significativas en DVM, se logró significancia estadística en FS1, el CFS y la ID. Hubo una tendencia, aunque no significativa, de menor EH-UCI. El PAS modificó las prácticas de analgosedación en la UCI.

TRABAJO 4

Costo efectividad de la aplicación de un protocolo de analgosedación en la unidad de cuidados intensivos de adultos de un hospital público de alta complejidad

ARAUJO J, DIAZ BALLVÉ L, GÓMEZ J, GONZÁLEZ L, IZQUIERDO H, LUCINI S, MOIONI F, PUZZO F, SCARSELETTA F

Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner – Cañuelas – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: araujojaviersantiago@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El manejo eficiente de recursos en unidades de cuidados intensivos (UCI) es un reto clave para los sistemas de salud. Estrategias que logren reducir la estancia en UCI pueden tener impacto en costos hospitalarios y disponibilidad de camas críticas. En nuestro hospital, implementamos un protocolo de analgosedación (PAS) y mostró una tendencia —no significativa— en reducción de la estancia en UCI de adultos (EHU). Dado el cambio en el perfil de sedación y su posible impacto económico, es necesario evaluar su costo-efectividad (C/E).

OBJETIVOS

Evaluar la C/E a partir del PAS implementado en nuestra UCI, utilizando los días de UCI evitados como medida de efectividad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte con control histórico en el Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, centro público de alta complejidad en Buenos Aires. Se incluyeron pacientes >18 años con ventilación mecánica invasiva ≥ 12 horas. Se compararon dos períodos: pre (P1) y post-implementación (P2). Se realizó emparejamiento por puntaje de propensión (1:1). Se evaluaron: días de VM (DVM), EHU, sedante en día 1 (FS1), consumo de sedantes (CFS), interrupciones diarias de

sedación (ID) y mortalidad hospitalaria (MH). Las variables DVM, EH-UCI y MH se expresaron como mediana y RIQ; las restantes, como porcentajes. Se usaron test de Mann-Whitney y Chi-cuadrado (significancia: $p < 0,05$). Para el estudio de C/E se diseñó un modelo de árbol de decisión con horizonte temporal limitado a la estancia en UCI, considerando sólo costos directos hospitalarios. Los costos se expresaron en USD según tipo de cambio oficial al 31/01/2025. La efectividad se midió como días de UCI evitados. El costo diario de UCI se estableció a través de un microcosteo en 2022 y fue ajustado por IPC a 2025. La incertidumbre se analizó mediante simulación de Montecarlo (5000 iteraciones) con análisis de sensibilidad probabilístico (ASP), usando distribución gamma para días y triangular para costos (+/- 50%).

RESULTADOS

Tras emparejamiento, se analizaron 180 pacientes (90 por cohorte) con características clínicas comparables. No hubo diferencias significativas en DVM (3,5 días vs. 4,0) ni en EHU (8,5 vs. 6,0 días). Se observaron cambios relevantes en FS1: mayor uso de propofol (17% a 66%) y menor de midazolam (68% a 21%) ($p < 0,001$); también disminuyó la ID (64% vs. 38%, $p = 0,03$) y varió el CFS: aumento en unidades de propofol (253 vs. 427) y disminución de midazolam (380 vs. 316). La MH fue del 46% en ambos períodos. El costo diario de UCI fue de USD 1198,85 en P1; en P2 se incrementó a USD 1426,63 por mayor gasto en medicamentos (+34%). El total de días en UCI fue de 1368 en P1, con un costo de USD 1.640.028,91 y 1104 en P2, con un costo de USD 1.575.003,05. La razón de costo-efectividad incremental fue de USD 246,31 por día de UCI evitado. El ASP mostró dominancia del PAS en el 51% de las simulaciones y costo-efectividad en el 42%.

DISCUSIÓN

Aunque el PAS no redujo significativamente la EHU, la diferencia observada puede resultar costo-efectiva. Sin embargo, el diseño observacional podría sobreestimar el beneficio por factores de confusión no medidos. Los metaanálisis actuales no evidencian reducciones consistentes en EHU. Además, el modelo no contempla efectos adversos diferenciales entre esquemas (ej. delirium con midazolam o pancreatitis con propofol), lo que podría modificar los costos. A pesar de estas limitaciones, el ASP respalda la robustez del modelo: en 51% de las simulaciones el PAS fue dominante y en 42% costo-efectivo, sugiriendo que se necesitaría establecer un umbral de disposición a pagar por día de UCI evitado. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia internacional a favor de estrategias sin benzodiacepinas, aunque se requieren estudios prospectivos que controlen mejor los factores confundidores y amplíen los desenlaces clínicos evaluados, especialmente la EHU.

CONCLUSIONES

El análisis sugiere que el PAS en pacientes críticos bajo VM podría ser una intervención costo-efectiva.

TRABAJO 5

Intervención farmacéutica en la desensibilización a Darunavir/ritonavir en paciente con VIH multirresistente

PODDOUBNIAK K, PERNICE C, LARREA D, PERALTA A, CASANOVA P, TURIACI A, SCARSELLETTA F, MARIANI P

Hospital General de Agudos Dr Teodoro Álvarez – CABA – Argentina

Mail de contacto: alvarez_farma@buenosaires.gob.ar

INTRODUCCIÓN

La hipersensibilidad a fármacos antirretrovirales representa un desafío clínico significativo en pacientes con VIH+, especialmente en aquellos con antecedentes de múltiples fallos terapéuticos y escasas opciones farmacológicas. En estos casos, la intolerancia a antirretrovirales usados frecuentemente, como inhibidores de proteasa, puede comprometer la eficacia del tratamiento, pudiendo ser ésta la última alternativa posible. La desensibilización surge como única estrategia viable en estos pacientes. A pesar de su potencial clínico, existen escasos reportes bibliográficos que describen protocolos específicos de desensibilización a Darunavir/ritonavir (DRV/r). El objetivo de esta comunicación es describir la intervención farmacéutica en el proceso de desensibilización a DRV/r en un paciente con VIH multirresistente, destacando el rol del farmacéutico hospitalario en la planificación, formulación, seguimiento y validación del tratamiento, con el fin de lograr la tolerancia al fármaco y permitir la continuidad de una terapia antirretroviral efectiva.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino de 30 años con diagnóstico de VIH desde 1995 por transmisión vertical. Recibió los siguientes tratamientos presentando fallo terapéutico y escasa adherencia: AZT / d4T+3TC+IDV / DDC+NVP+NFV / d4T+DDI+LPV/r / TDF+3TC+DTG (doble dosis). En 2024, mientras se encontraba en tratamiento con Dolutegravir 50 mg + Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg (ACRIPTEGA) + Dolutegravir 50 mg, presentó un rash eritematoso generalizado con prurito, acompañado de una carga viral elevada (31.900 copias/ml). Por esta reacción y la progresión virológica, se rotó el esquema a DRV/r (600/100) + Fostemsavir 600 mg, ante el cual desarrolla una reacción de hipersensibilidad (rash cutáneo y prurito, sin compromiso sistémico), motivo por el cual se interrumpió la medicación. Dado que no existían alternativas terapéuticas eficaces disponibles, se decidió implementar un protocolo de desensibilización a DRV/r, diseñado e implementado en forma conjunta entre los servicios de Infectología, Inmunología y Farmacia. La estrategia contempló la internación del paciente en una unidad de cuidados intensivos, con inicio de dosis de 0,3 mg de DRV/r, incrementadas cada 2 hs hasta alcanzar la dosis terapéutica diaria de 600 mg/día. El Servicio de Farmacia fue responsable de la elaboración de preparados magistrales orales (sellos) con las correspondientes dosis de DRV/r, garantizando la precisión y seguridad en cada etapa del protocolo. La desensibilización se completó sin complicaciones ni eventos adversos, lo que permitió la reintroducción exitosa del tratamiento. Actualmente, el paciente mantiene el esquema DRV/r + Fostemsavir 600 mg, con buena adherencia, carga viral indetectable y un recuento de CD4 de 460 copias/ml.

DISCUSIÓN

La desensibilización a antirretrovirales es una herramienta clínica poco frecuente, pero crucial en pacientes con resistencia múltiple donde las alternativas terapéuticas son limitadas. Darunavir, por su alta potencia y elevada barrera genética, es un agente fundamental en esquemas de rescate, y su exclusión compromete significativamente el control virológico. Este caso evidencia cómo la intervención farmacéutica, integrada en un abordaje multidisciplinario, resultó determinante para la viabilidad de la desensibilización. El farmacéutico hospitalario tuvo un rol activo desde la validación del esquema terapéutico hasta la ejecución práctica del protocolo, incluyendo el cálculo de dosis progresivas, la elaboración magistral de formas farmacéuticas seguras, y el seguimiento continuo del paciente durante el procedimiento. La experiencia demuestra que, con una planificación rigurosa y una ejecución coordinada, es posible implementar protocolos de desensibilización efectivos que permitan recuperar opciones terapéuticas críticas incluso frente a reacciones de hipersensibilidad.

TRABAJO 6

Evaluación de la inclusión al vademecum de Tenecteplase por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (CFyT)

ORFOIS S, PÉREZ L, GUELER B, JAUREGUIBERRY P

Hospital Británico de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: stumaris12@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El tenecteplase (TNK) es un agente trombolítico de segunda generación, derivado del activador tisular del plasminógeno humano (tPA). Su estructura se modificó para aumentar la especificidad por la fibrina, prolongar su vida media y permitir la administración en bolo único intravenoso, a diferencia del alteplasa (rt-PA) que requiere infusión continua. Estas características le confieren ventajas clínicas en patologías tiempo dependientes.

Inicialmente aprobado para el tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM), el TNK fue evaluado en los últimos años como alternativa terapéutica en el accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACV-AI).

La nueva evidencia sobre su eficacia y seguridad en el ACV-AI, así como su inclusión en recomendaciones de algunas guías internacionales, impulsó la revisión de su uso en instituciones hospitalarias. En este contexto, la decisión de incorporarlo al vademécum institucional requirió un análisis integral por parte del Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT), considerando criterios de eficacia, seguridad, conveniencia, costos y comparaciones con alternativas disponibles.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Al analizar la evidencia disponible se convocó una reunión para plantear la inclusión de TNK al vademécum del hospital. Al momento el hospital contaba únicamente con Alteplasa (rt-PA). La reunión del CFyT estuvo compuesta por profesionales de múltiples servicios donde se realizó un análisis de evidencia, costos y efectividad para reemplazar un trombolítico por otro. El servicio de neurología (SN) presentó la solicitud de incorporación al vademécum por medio de un formulario estandarizado de nuestra institución junto con la bibliografía respaldatoria e hicieron el pedido formal de compra de TNK. La dosis del mismo para ACV-AI es 0,25 mg/kg

(dosis máxima=25 mg). La decisión final se tomó por parte de los profesionales farmacéuticos que asisten al CFyT.

DISCUSIÓN

Al analizar la evidencia disponible, el equipo farmacéutico detectó que los primeros estudios fueron diseñados para demostrar la superioridad de TNK frente a rt-Pa pero no se obtuvieron resultados favorables. Por ello posteriormente se diseñaron estudios de no inferioridad, evaluando el outcome primario de discapacidad y outcomes secundarios de seguridad, mejoría neurológica a distintos tiempos post evento, entre otros. Los últimos metaanálisis y revisiones sistemáticas establecen la no inferioridad en eficacia y términos de seguridad (similar mortalidad a 90 días y riesgo de hemorragia intracraneal) sumado a su administración más simplificada (bolo) e igualdad de costos (fuente: precios de medicamentos Argentina). Esto se establece siempre y cuando el trombolítico sea utilizado en el período de hasta 4,5 horas post inicio de síntomas (ventana y ventana extendida). Por este motivo el comité decide incorporar al vademécum este trombolítico y reemplazar la rt-Pa por el mismo dado que a igualdad de costos y eficacia, la administración de TNK resulta más fácil y es menos propensa a que ocurran errores de medicación por una incorrecta administración del medicamento. El error más frecuente en el uso de rt-Pa fue el incorrecto cálculo de la dosis de ataque y la indicación de la velocidad de infusión durante el primer minuto, resultando en una ventaja de seguridad el uso del bolo para administrar TNK. Además a partir de esta incorporación es tarea del equipo de farmacia clínica crear un boletín de uso de TNK para estandarizar su uso y administración. También el SN planteó que rt-PA posee otros usos que aún no fueron probados usando TNK, como el uso en pacientes con inicio incierto de síntomas y ventanas tardías de hasta 9 horas, para los cuales los farmacéuticos alegaron baja calidad de la evidencia y por ende desaconsejaron el uso de trombolíticos en ese contexto.

SEGUNDA SESIÓN –ORAL– JUEVES 2, de 9 a 10 horas, SALÓN B

TRABAJO 7

Resultados del proyecto "TEACH-ECHO-PROA" para optimizar el uso de antimicrobianos en Latinoamérica

QUIRÓS R, ARAUJO J, DI LIBERO E, MACCHI A, TERUEL M, MALDONADO M, BARBOSA DE LIMA A, ZURAWSKI A, MERA J, Grupo Proyecto TEACH PROA-ECHO

Instituto ECHO de la Universidad de Nuevo México

Mail de contacto: eugeniadilibero@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Ante la amenaza de la Resistencia a Antimicrobianos (RAM), el Instituto ECHO de la Universidad de Nuevo México y Pfizer colaboran en el proyecto TEACH-AMS para fortalecer los equipos que implementan Programas para Optimizar el Uso de Antimicrobianos (PROAs). En Argentina, la plataforma PROAnet coordinó un “programa ECHO”: telementorías para compartir mejores prácticas y resolución de casos, promoviendo el aprendizaje colaborativo entre establecimientos de salud de varios países de Latinoamérica. Nos propusimos evaluar si esta estrategia educativa impacta en el grado de desarrollo de los PROA.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto del proyecto TEACH PROA-ECHO en el nivel de desarrollo de los PROA de las instituciones participantes. Identificar las variables asociadas al nivel de desarrollo de los PROA. Identificar las barreras y facilitadores que influyen en la implementación efectiva de los PROA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental antes-después. Se invitó a todas las instituciones registradas en la base de datos de PROAnet con un equipo PROA mínimo (infectólogo, farmacéutico y microbiólogo). Se aplicaron dos autoevaluaciones validadas (disponibles en manual OMS y plataforma PROAnet) para medir el nivel de desarrollo de los PROA, antes y después de 18 sesiones educativas con teoría y casos-problema sobre el uso institucional de ATM. Se analizaron variables institucionales -declaradas en el registro PROAnet- asociadas al desarrollo de los PROA mediante análisis univariado y regresión múltiple. Además, se recolectaron facilitadores y barreras reportadas por los centros.

RESULTADOS

80 centros de 10 países completaron la autoevaluación basal y 73 (91,3%) llegaron al final del proyecto. El puntaje global promedio final vs basal mostró un aumento significativo (64,0 vs 51,1; IC95% 8,0-13,7; $p < 0,0001$). Mientras el 55% de los centros tenían nivel de desarrollo del PROA intermedio + avanzado en la autoevaluación basal, post-intervención alcanzó ese nivel el 83,5% (IC95% 14,7-42,4%; $p < 0,0001$).

Las variables institucionales que en el análisis univariado se asociaron con el nivel de desarrollo del PROA fueron el tipo de financiamiento (Privada vs. Pública), la antigüedad y su continuidad. En el análisis de regresión lineal múltiple permanecieron en el modelo las variables: financiamiento privado, antigüedad ≥ 5 años y falta de interrupciones.

Entre los facilitadores citados primaron: trabajo en equipo (16%), apoyo institucional (12%), implementación de un proceso de mejora (9%) y entre las barreras: acceso limitado al recurso humano (14%), resistencia al cambio (12%), falta de capacitación del personal asistencia (11%).

DISCUSIÓN

Estudios previos han demostrado que un mayor nivel de desarrollo de los PROA se asoció en forma significativa a mejores indicadores de uso, menor consumo de ATM y a una menor densidad de incidencia de infecciones por microorganismos multirresistentes, por lo que los resultados obtenidos en este estudio son auspiciosos. Como limitación, se encuentra la naturaleza cuasi experimental del estudio y que el punto de valoración es subrogado en cuanto al objetivo final de lograr cambios concretos en parámetros que midan apropiabilidad en el uso de ATM, resultados clínicos en pacientes y tasas de RAM.

Se refuerza la importancia de la asignación de los recursos humanos y materiales necesarios para la sostenibilidad de los PROA. Además, resulta necesario lograr un cambio cultural.

CONCLUSIONES

El proyecto educativo mejoró significativamente el desarrollo de los PROA. Su impacto se vinculó con el tipo de financiamiento, la antigüedad y la continuidad del programa. El trabajo en equipo y el apoyo institucional fueron facilitadores clave, mientras que la falta de personal y la resistencia al cambio actuaron como barreras.

TRABAJO 8

Auditoría prospectiva de empleo de Ceftazidima-Avibactam para infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasas en una jurisdicción

GONZÁLEZ S, CALABRIA A, GIL F, COCCO M, VARELA BAINO A, OSUNA C, DI LIBERO E

Programa de Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud y Resistencia Antimicrobiana del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires – Buenos Aires – Argentina
Mail de contacto: eugeniadilibero@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En Argentina existen nuevos betalactámicos con inhibidores de betalactamasas para tratar bacilos gram negativos (BGN) MDR, pero su alto costo limita el acceso, sobre todo en el sistema público. Entre las estrategias de los PROA, las auditorías prospectivas con retroalimentación han demostrado reducir el consumo sin restringir la prescripción, y son bien aceptadas por quienes prescriben.

OBJETIVOS

Describir las características demográficas, clínicas y microbiológicas de los pacientes incluidos en el Programa de Auditoría; cuantificar la proporción de tratamientos con ceftazidima-avibactam (CAZ-AVI) aprobados, rechazados o modificados; y estimar el ahorro en días de tratamiento resultante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyeron pacientes internados en hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires para los que se solicitó CAZ-AVI mediante un formulario prediseñado entre el 19/11/2024 y el 31/5/2025.

El Programa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) y Resistencia Antimicrobiana (RAM) del Ministerio de Salud (MinSal) de la PBA, convocó un panel de expertos. Luego de la revisión de la epidemiología y la mejor evidencia disponible, se elaboraron pautas para el tratamiento empírico (TEI) y dirigido (TD) de infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasa (EPC).

Las solicitudes fueron evaluadas por un comité según estas pautas, registrando aceptación, rechazo, acortamiento o desescalado del tratamiento propuesto. Se registraron datos de edad, estadía hospitalaria, sitio de infección, tipo de carbapenemasa, gravedad (INCREMENT score) y óbitos informados en el período de seguimiento. Se estimó el ahorro en días de tratamiento comparando los días solicitados con los autorizados.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 42 (± 21) años, la mediana de estadía hospitalaria 19 (RIC 8-34) días. Estaban internados en Terapia Intensiva 98/175 (56%), 92/175 (53%) presentaban shock séptico y la mediana del score INCREMENT fue 8 (RIC 5-14).

De 175 solicitudes de CAZ-AVI en 150 pacientes provenientes de 26 hospitales, 45 (26%) fueron para TEI y 130 (74%) para TD. Los diagnósticos más frecuentes para los TD fueron: bacteriemia asociada a catéter 31/130 (24%), bacteriemia primaria 24/130 (18%). Las infecciones intraabdominales, post neuroquirúrgicas, urinarias, respiratorias y osteoarticulares representaron cada una el 8%. La carbapenemasa más frecuente fue MBL:

91/130 (70%). A 15/175 solicitudes (9%) se rechazó el requerimiento, en 15/94 (16%) se acortó el tratamiento, 16/94 (17%) se desescaló alcanzada la estabilidad clínica: de 1318 días de tratamiento solicitados, se usaron 783 (60%). Se registraron 7 fallecimientos en el período de seguimiento y 25/26 (96%) hospitales provinciales llenaron solicitudes.

DISCUSIÓN

Este estudio se alinea con la Resolución 2291/2023 y representa una de las primeras experiencias provinciales en implementar auditoría prospectiva con retroalimentación para optimizar el uso de antimicrobianos de alto costo. Nuestros resultados se hallan en línea con el efecto reportado de esta estrategia de los PROA: impacto relevante en el consumo a través de diferentes intervenciones. El perfil clínico de los pacientes coincide con el de otras cohortes de infecciones por EPC.

Los rechazos y reducciones se fundamentaron en la ausencia de criterios clínico-microbiológicos para el uso de CAZ-AVI, según protocolo. La principal limitación fue la falta de datos comparativos previos y la heterogeneidad en el registro de variables clínicas.

CONCLUSIONES

Se trató de adultos de mediana edad, en su mayoría internados en UTI y con infecciones graves, principalmente bacteriemias. MBL fue la carbapenemasa predominante. El 91% de los tratamientos fue aprobado, aunque en un tercio se propusieron ajustes. La auditoría permitió un ahorro del 40% en días de tratamiento sin comprometer el acceso ni la atención clínica.

TRABAJO 9

Determinación de Tratamientos Empíricos Antimicrobianos a través de la validación sindrómica por un equipo de PROA en la unidad de Terapia Intensiva de un Hospital Interzonal General de Agudos.

DI LÍBERO E, PÉREZ CATALÁN S, GAÑETE M, TUCCI O, RAMOS N, ÁLVAREZ C
Hospital Interzonal de Agudos Evita – Lanús – Buenos Aires – Argentina
Mail de contacto: eugeniadilibero@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los tratamientos empíricos iniciales (TEI) se definen a partir del análisis semestral-anual de todos los agentes etiológicos aislados en el centro y sus susceptibilidades. Este enfoque llevó a priorizar infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasa (EPC) y cocos Gram positivos. Sin embargo, no se había contrastado con la realidad clínica local. Por ello, se realizó un análisis basado en la jerarquización clínica (VALCLIN) de cada agente y estratificado en base a síndromes infecciosos (focos). Esta estrategia, enmarcada en el Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA), fue desarrollada por un equipo multidisciplinario —farmacéuticos clínicos, infectólogos y microbiólogos— con el objetivo de definir TEI más ajustados.

OBJETIVOS

Explorar la estratificación sindrómica para definir nuevos TEI utilizando muestras con VALCLIN y evaluar si difieren respecto de los construidos con métodos tradicionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal. Se incluyeron todos los cultivos positivos de los pacientes del sector de Cuidados Críticos informados por bacteriología (abril 2024- marzo 2025), registrando tipo de muestra, microorganismo (MO) aislado, susceptibilidad a ATM, mecanismo de resistencia y si un equipo multidisciplinario en cada ronda de infectología determinaba que tenía VALCLIN. Resultaron dos ramas: la base de reportes cruda y el subgrupo con VALCLIN. Para proponer nuevos TEI, se utilizó el criterio de los antibiogramas sindrómicos: informar los agentes causales y sus perfiles de RAM estratificado por foco infeccioso validado. Luego se esbozaron TEI que otorgaran cobertura al 75-90% de los agentes causales, categorizando los mismos por la gravedad del cuadro. Las proporciones se compararon con test de χ^2 o exacta de Fisher.

RESULTADOS

Se incluyeron 294 aislamientos correspondientes a 95 pacientes. El 48% correspondían a muestras respiratorias, 26% hemocultivos, 7% punta de catéter y líquido abdominal. Los MO aislados fueron: *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa* (18%), *Acinetobacter* spp. y *S. aureus* (11%), *Proteus* spp. (8%), enterococo (7%), *Enterobacter* spp. y *E. coli* (3%). El 19% presentaban carbapenemasa, 12% betalactamasa de espectro extendido (BLEE) y meticilino o vancomicina resistencia el 4%.

Tuvieron VALCLIN 190 muestras (64.6%), de ellas, más del 90% fueron bacteriemias (BAC) y neumonías (NEU). No se halló diferencia estadísticamente significativa entre ambas ramas, ni en las frecuencias de MO aislados, ni en la de los mecanismos de resistencia (sí hubo tendencia a ser mayores en VALCLIN), ni en la estratificación por síndrome infeccioso.

En cuanto al desafío de los TEI, se halló en las BAC (focos endovascular, abdominal y no determinado): EPC 35%, BLEE 30%, SAMR 2%, EVR 5%; en los NEU: EPC 11%, BLEE 9%. ($p < 0.05$ para EPC y BLEE).

BAC en pacientes no críticos, permite el TEI COL+ (minociclina/tigeciclina/MEM/fosfomicina) y retirar VAN, mientras que para críticamente enfermos avibactam-aztreonam sería de elección. NEU permite COL± (cefepime/piperacilina-tazobactam) y COL+MEM respectivamente.

DISCUSIÓN

El estudio de Bantar (2007) evidenció la infraestimación de los patrones de resistencia en los agregados de sensibilidad tradicionales respecto de los VALCLIN. Nuestro estudio replicó esos hallazgos, pero las consideraciones más notables provienen de aplicar el método de los antibiogramas sindrómicos.

Sólo el 65% de las muestras cultivadas tuvieron VALCLIN. La estratificación sindrómica permitió esbozar TEI que pueden traducirse en mejores resultados clínicos, menor impacto ecológico y menores costos.

Entre las limitaciones, reconocemos el diseño retrospectivo, la baja representación de otros focos y la falta de modelado más sofisticado que nos permita estimar mejor las probabilidades de cobertura.

CONCLUSIONES

Los TEI construidos con métodos tradicionales no resultan diferentes que con VALCLIN. La estratificación sindrómica sí permitió esbozar TEI más ajustados.

TRABAJO 10

Metadona oral y su efecto en la analgesia postoperatoria en cirugía cardiovascular en un hospital de alta complejidad

CAPACCIOLI F, VALLE NM, PÁJARO JB, PORTELA GV, DI GIORGIO L, KATAIFE E, MANSILLA A, BAS V

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: florencia.capaccioli@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

Las cirugías causan dolor postoperatorio (PO) que debe aliviarse de manera eficiente para reducir el sufrimiento, prevenir complicaciones y promover el proceso de curación y rehabilitación. A partir del análisis de trabajos científicos que estudian la aplicación endovenosa (EV) de metadona intraoperatoria en cirugía cardiovascular (CCV) para mejorar el manejo del dolor PO y la calidad de la estancia hospitalaria del paciente (P), se propone el estudio de la administración de metadona preoperatoria para evaluar el manejo del dolor en un Hospital de Alta Complejidad. Por la falta en el país de la presentación EV, se estudia la administración de metadona vía oral (VO) con una conversión por biodisponibilidad de 2:1.

OBJETIVOS

Analizar la efectividad de la administración de metadona VO preoperatoria para reducir los rescates analgésicos necesarios en PO de P sometidos a CCV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de P adultos, de ambos sexos, sometidos a CCV de similar complejidad en quirófano central entre diciembre 2024 y mayo 2025. Los P fueron divididos en dos grupos dependiendo del equipo médico de anestesia: aquellos que recibieron una dosis única de una preparación magistral de metadona VO antes de la inducción anestésica (grupo A) y aquellos que no la recibieron (grupo B). Se excluyeron 2 pacientes que solo contaban con rescates de paracetamol y tramadol. El rango de referencia según bibliografía es de 0,1 mg/kg a 0,4 mg/kg EV, por lo que se ajustó por biodisponibilidad a razón de 2:1 a un promedio de dosis de 0,55 mg/kg administrada 30 minutos antes de la CCV en el sector prequirúrgico.

El efecto analgésico PO se evaluó mediante el análisis de la cantidad total y la dosis acumulada de morfina y/o ketorolac de rescate administrados durante las primeras 48 horas posteriores a la CCV, que se registran por enfermería en la Historia Clínica Electrónica (HCE) luego de analizar la escala de dolor del P.

RESULTADOS

Se analizaron 65 CCV, de los cuales 23 recibieron metadona VO antes de la inducción anestésica (A) y 42 no la recibieron (B).

Los P del grupo A requirieron un promedio de 1,9 rescates analgésicos (morfina y/o ketorolac) en las primeras 48 horas PO, mientras que aquellos del grupo B necesitaron en promedio 3,36 rescates.

En el grupo A, el promedio de rescates fue de 0,83 para morfina y 2,35 para ketorolac, mientras que en el grupo B fue de 1,45 y 4,36 respectivamente. En cuanto a las dosis acumuladas administradas, el grupo A recibió en promedio 2,35 mg de morfina y 31,3 mg de ketorolac, en tanto el grupo B recibió 4,36 mg y 81,43 mg respectivamente.

DISCUSIÓN

La administración preoperatoria de metadona VO se asocia con un menor requerimiento de analgésicos de rescate en P sometidos a CCV. Se observó una reducción tanto en la cantidad de rescates (en un 43,5%) como en la dosis acumulada de morfina y ketorolac, lo que sugiere un mejor control del dolor PO. Esto optimiza el esquema analgésico, reduce insumos y mejora la recuperación del P, al tiempo que ajusta la dosis VO para lograr una analgesia efectiva.

Entre las principales limitaciones de este estudio se encuentran el reducido número de P incluidos, por escasez de registro de datos de análisis y la falta de herramientas estadísticas más complejas para un análisis más completo. Es importante destacar que se trata de una prueba preliminar a pequeña escala, cuyo objetivo fue obtener resultados aproximados.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos, se concluye que la administración preoperatoria de metadona VO constituye una estrategia efectiva para mejorar el manejo del dolor PO en P sometidos a CCV. Su uso se asoció con una menor necesidad de rescates analgésicos, tanto en frecuencia como en dosis, lo que respalda su eficacia clínica. Este estudio inicial busca sentar las bases para futuras investigaciones con mayor rigor metodológico y avanzar hacia la estandarización institucional de esta nueva práctica.

TRABAJO 11

Evaluación de eficacia y seguridad de la sedación inhalatoria versus endovenosa en pacientes críticos

PRIMERANO F, GONZALEZ VALDEZ D, CARO C, CARISSIMO D

Hospital Alemán – CABA – Argentina

Mail de contacto: primeranoflorencia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La sedación constituye una estrategia fundamental en el manejo del paciente crítico (PAC) en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Tradicionalmente, los agentes sedantes de elección han sido endovenosos (SEV), no obstante, estos fármacos presentan limitaciones clínicas relevantes.

La sedación inhalada (SIN) ha surgido como una alternativa prometedora, sin embargo, su implementación ha estado condicionada por barreras técnicas, logísticas y por falta de experiencia de uso fuera del quirófano.

Ante este escenario, se decidió realizar una búsqueda bibliográfica (BB) para aportar información que justifique su uso en la UCI.

OBJETIVOS

Comparar eficacia y seguridad de SIN versus SEV en PAC, a partir de la revisión de la evidencia científica publicada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una BB no sistemática en PubMed utilizando las palabras clave: “inhaled sedation”, “intensive care” AND “anesthetics”, incluyendo artículos en inglés o español de los últimos 10 años. Criterios de inclusión (CI): revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis (MA) que comparen SIN y SEV. Población: PAC que recibieron midazolam, propofol, isoflurano o sevoflurano. Criterio de exclusión (CE): pacientes pediátricos.

Los criterios de valoración de eficacia fueron: tiempo hasta el despertar (TD), tiempo hasta la extubación (TE), duración de la ventilación mecánica (DV), duración de la estancia en UCI (DU). Los criterios de valoración de seguridad fueron delirium (DE), náuseas y vómitos (NV), efectos renales (RE) y miocárdicos (MIO).

La evaluación de la validez interna se estableció aplicando la declaración PRISMA. Para la validez externa se evaluó aplicabilidad y heterogeneidad.

RESULTADOS

Se obtuvieron 24 resultados, tras aplicar CI y CE, y una selección por título, se analizaron 4 MA y 1 RS, que incluyeron 5220 PAC.

En los 3 MA que analizaron TD, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa a favor de SIN. En todos los estudios se evaluó TE con resultado positivo para SIN. La DV fue investigada en 3 MA, de los cuales uno demostró una disminución significativa en favor de SIN. Ninguno de los estudios encontró diferencia en la DU. En 2 MA se analizó DE, de los cuales uno obtuvo una diferencia significativa favorable para SIN. En 3 MA se evaluaron NV, sin encontrar diferencia entre ambas estrategias. Los RE se investigaron en un MA sin demostrar diferencia en el nivel de creatinina sérica. Los MIO se analizaron en 2 MA en los que los niveles de troponina sérica fueron significativamente menores para SIN.

DISCUSIÓN

En términos de eficacia, los resultados demostraron que SIN se asoció con un menor TD y TE, dos indicadores clínicamente relevantes que pueden impactar en la recuperación del paciente y optimizar el manejo en UCI. Respecto a la DV, si bien uno de los MA mostró una reducción significativa para SIN, la heterogeneidad entre estudios impide establecer una conclusión definitiva. Respecto a DU, no se observaron diferencias lo que sugiere que, si bien SIN puede acelerar ciertos procesos de recuperación, otros factores podrían influir en el alta hospitalaria.

En cuanto a la seguridad, la incidencia de DE fue menor con SIN en uno de los MA, lo cual es un hallazgo relevante dado su impacto negativo en los desenlaces de los PAC. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en NV ni en RE, lo que demostraría que SIN no aumenta estos efectos adversos indeseables. Los MIO mostraron menores niveles de troponina sérica en los pacientes que recibieron SIN, lo que podría indicar un potencial beneficio cardioprotector, aunque se requieren más estudios para confirmar este hallazgo. Las limitaciones incluyen la naturaleza no sistemática de la BB y la heterogeneidad entre los estudios incluidos.

CONCLUSIONES

SIN demostró ser una alternativa a SEV en PAC, con beneficios en TD y TE, y un perfil de seguridad comparable. Estos resultados respaldan su uso en UCI, aunque se requieren más estudios para consolidar la evidencia.

TRABAJO 12

Priorización farmacéutica asistida por Machine Learning: Predicción de Intervenciones Críticas

GONZALEZ VALDEZ D, PRIMERANO F, CARO C, CARISSIMO D

Hospital Alemán – CABA – Argentina

Mail de contacto: dgonzalez@hospitalaleman.com

INTRODUCCIÓN

La ciencia de datos es una disciplina que integra estadística, matemáticas, programación y comprensión de un área específica para analizar y extraer información valiosa a partir de datos. Entre otras cosas, es útil para tomar decisiones informadas, identificando patrones, tendencias y relaciones en los datos, y predecir eventos, mediante técnicas de machine learning (ML).

La falta de un enfoque sistemático para analizar intervenciones farmacéuticas (IF) limita la capacidad para anticipar problemas y tomar medidas preventivas. Los modelos de ML podrían ser útiles en priorizar IF críticas (IFC) que deben resolverse con antelación, optimizando el uso de recursos y mejorando la eficiencia del servicio de farmacia.

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo de ML que permita predecir IFC y determinar las principales variables que definen el modelo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se desarrolló un modelo de ML utilizando datos relacionados a los pacientes, las IF y los medicamentos intervenidos. Se utilizaron los registros de IF recopilados entre julio de 2020 y marzo de 2025, información de la base de datos de pacientes adultos del servicio de Clínica Médica y una base de datos de medicamentos. Se excluyeron los registros incompletos.

Se consideraron IFC a aquellas de mayor impacto clínico y en las cuales los fármacos no fueron dispensados, priorizando la seguridad del paciente. Por otro lado, las IF no críticas (IFNC) fueron las de baja implicancia clínica, y, por lo tanto, con dispensa del fármaco.

El preprocesamiento de datos, el modelado estadístico y el análisis de las variables fue realizado en Google Colab utilizando Python como lenguaje de programación.

Para la clasificación de las IFC e IFNC, se utilizó el algoritmo Random Forest. Se entrenó el modelo con el 80% de los datos y se validó su performance con el 20% restante. Se evaluó su desempeño utilizando métricas como exactitud, precisión (P), sensibilidad (S) y el área bajo la curva (AUC).

Además, se identificaron las variables con mayor importancia relativa en el modelo, determinando las características que contribuyen a la predicción de una IFC.

RESULTADOS

De un total de 35.454 IF, se identificaron 11.258 con registros completos, de los cuales 6.169 fueron IFC.

Los resultados fueron:

Predicción IFC: 68 % de P y 76% de S (n= 1196)

Predicción IFNC: 69 % de P y 60% de S (n= 1056)

La exactitud del modelo fue del 69% y el AUC 0.75.

Las variables más relevantes del modelo fueron “Motivo de IF”, “Grupo Terapéutico” del medicamento intervenido y “Rango de edad” del paciente.

DISCUSIÓN

El desempeño general del modelo es moderadamente bueno, con una buena capacidad para discriminar entre IFC y IFNC. Identifica correctamente el 76% de las IFC reales y cuando clasifica una IF como crítica, acierta el 68% de las veces. Por otro lado, aunque la precisión para clasificar las IFNC es similar, solo se detecta en el 60% de estos casos. Esto indica que el modelo es más sensible para detectar IFC, lo cual puede ser deseable para evitar pasar por alto situaciones de riesgo.

Entre las variables más relevantes, es esperable que ciertos motivos de IF sean más críticos que otros. Asimismo, algunos grupos terapéuticos suelen concentrar mayor atención debido a su asociación con un alto riesgo de efectos adversos y errores de prescripción. Del mismo modo, determinados rangos etarios presentan una mayor vulnerabilidad a problemas relacionados a medicamentos.

La principal limitación del estudio fue la pérdida de información causada por la alta proporción de registros incompletos. Sería relevante analizar si la incorporación de un mayor volumen de datos o un ajuste más preciso de los parámetros podría mejorar el rendimiento del modelo.

CONCLUSIONES

Se desarrolló un modelo de ML con un rendimiento moderadamente bueno que podría ser útil como herramienta de apoyo en la priorización de IF, destacando las de mayor impacto clínico y criticidad.

TERCERA SESIÓN –ORAL– JUEVES 2, de 9 a 10 horas, SALÓN C

TRABAJO 13

Seguimiento fármaco terapéutico de pacientes oncohematológicos. Experiencia uruguaya

ORICCHIO F, BARBOZA JP, RAMÍREZ F, ACUÑA S, VÁZQUEZ M, STEVENAZZI M, MALDONADO C

Área Biofarmacia y Terapéutica, Facultad de Química, Universidad de la República – Uruguay

Mail de contacto: florenciaoricchio@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha ocurrido un gran avance en los tratamientos oncohematológicos, lo que contribuyó ampliamente a la mejora en la sobrevida y calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el tratamiento de estos pacientes, especialmente aquellos polimedicados por comorbilidades, es complejo. Posibles interacciones farmacológicas y reacciones adversas (RAs), pueden comprometer la seguridad y eficacia del tratamiento. El consumo de plantas medicinales (PM), frecuente en Latinoamérica, puede generar interacciones farmacodinámicas (PD) y farmacocinéticas (PK) con los fármacos. De forma similar, ocurre con los alimentos. En este contexto, surge la necesidad de un enfoque multidisciplinario que permita abordar esta temática de manera integral y centrada en el paciente.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

El químico farmacéutico (QF) se incorporó al equipo de seguimiento de pacientes de la policlínica de Neoplasias Mieloproliferativas Crónicas del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay. En la consulta médica se relevaron datos clínicos y paraclínicos, medicación, presencia de RAs, hábitos, plantas medicinales y adherencia al tratamiento. Posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica en Google Scholar, Pubmed y Medscape para evaluar interacciones fármaco-fármaco (F-F), fármaco-alimento (F-A), fármaco-planta medicinal (F-PM) y RAs. Los hallazgos fueron discutidos con el equipo médico. La adherencia se evaluó con el cuestionario SMAQ, la imputabilidad de RAs con el algoritmo de Naranjo y su severidad según CTCAE v5.

Durante 1 año se reclutaron 67 pacientes. Los diagnósticos hallados fueron leucemia mieloide crónica (LMC, 46,3%), trombocitemia esencial (TE, 28,4%), policitemia vera (PV, 14,9%) y mielofibrosis primaria (MF, 10,4%). Hubo un 33% de no adherencia, siendo las respuestas más frecuentes olvidar alguna vez su medicación (27%) y no tomar la medicación en el horario indicado (19%). Se registraron 26 RAs (Grado 1: 65 %, Grado 2: 23%, Grado 3: 9%, Grado 4: 3%). Se hallaron interacciones F-F para el 36% de los casos, F-PM para el 16% y F-A para el 5%. En pacientes con LMC tratados con inhibidores de la tirosinkinasa (ITKs), el 56% de las interacciones F-F halladas fueron interacciones PK, siendo el ITK el fármaco objeto en el 46% de los casos. Estas interacciones se deben a disminución en la solubilidad por inhibidores de la bomba de protones o anti-H2, aumento de su metabolismo por inducción de CYP3A4 o inhibición de P-gp. Además algunos ITK, como dasatinib, imatinib y nilotinib, son inhibidores enzimáticos (CYP3A4, CYP2C8, UGT), convirtiéndolos en fármacos precipitantes. Las interacciones PD se asociaron a la coadministración de fármacos que comparten o agravan las RAs de los ITK: prolongación de QT, hemorragias y hepatotoxicidad.

En pacientes con TE, PV y MF, se identificaron interacciones potenciales con AAS y clopidogrel, como aumento del riesgo de sangrado por la coadministración con inhibidores de la recaptación de serotonina y disminución de la activación de clopidogrel mediada por CYP2C19.

Se detectaron 4 potenciales interacciones F-A: enalapril-potasio, atenolol-jugo de naranja e imatinib y dasatinib-jugo de pomelo.

El 25% de los pacientes consumía al menos una PM, observándose 42 potenciales interacciones con los fármacos de la terapia (67% PK, 29% PD y PK-PD 5%).

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan la complejidad del tratamiento en pacientes con neoplasias mieloproliferativas, con tasas relevantes de no adherencia y RAs mayoritariamente leves a moderadas. La frecuencia del consumo de PM y su potencial de interacción subraya la necesidad de indagar activamente sobre estos hábitos. La cantidad y relevancia clínica de las interacciones detectadas evidencian la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario, con participación activa del QF, para mejorar la seguridad y eficacia de la terapia, favorecer la calidad de vida de los pacientes y optimizar recursos en salud.

TRABAJO 14

Protocolización de la administración intratecal de tigeciclina en pacientes críticos adultos: reporte de un caso clínico.

GARCIA SARUBIO M, MESCHINI MJ, MAZZOLENI MA, ARAMENDI V, DI CRISCIO J, COLAVITA C, BARBIERI A, FERRARIS M

Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín" – La Plata – Buenos Aires – Argentina
Mail de contacto: maruferrarisfarma@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las infecciones post-neuroquirúrgicas se definen como aquellas que ocurren hasta 90 días posteriores a una intervención y suelen estar asociadas a microorganismos multirresistentes (MDRO). La eficacia del tratamiento (TTO) depende en gran medida de alcanzar concentraciones óptimas de antimicrobianos (ATM) en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Si bien la inflamación meníngea favorece el pasaje al LCR, drogas como la tigeciclina (TGC) sólo alcanzan un 10% de la concentración plasmática. La vía intratecal (IT) permite la administración directa al LCR a través de un drenaje ventricular externo (DVE), en pacientes con meningitis o ventriculitis nosocomiales, recomendándose su uso combinado con la vía intravenosa (IV).

Los ATM más utilizados vía IT son gentamicina (GEN), vancomicina (VAN), colistina y daptomicina.

Debido a la falta de experiencia previa en la institución con TGC IT, se realizó este estudio con el objetivo de describir y protocolizar su uso.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina de 38 años con resección de Schwannoma en 2015 no controlado y ventriculostomía por hidrocefalia con desplazamiento del 4º ventrículo a causa de tumor cerebeloso izquierdo en 2023.

Presentó meningitis postquirúrgica con rescate en LCR de *Streptococcus sanguis* por lo cual cumplió TTO con VAN.

Posteriormente por sangrado intratumoral e hidrocefalia se colocó DVE e ingresó a la unidad de cuidados intensivos. Diez días después, por fiebre se tomó hemocultivo (HC) y LCR, con rescate de *Klebsiella pneumoniae* (Kp) MBL BLEE por la cual cumplió TTO con ceftazidima/avibactam (CAZAVI)-aztreonam (AZT)-fosfomicina (FOS). Por persistir MDRO en LCR se ajustó la frecuencia de CAZAVI-AZT a cada 6 horas y añadió rifampicina (RIF) a dosis meníngea.

Diez días después ante colección abscedada y pioventriculitis se drenó, cultivó y cambió DVE. Rescató mismo MDRO e inició GEN IT.

Tras una semana por necrosis en bordes de herida quirúrgica se realizó injerto y rotó a TGC IV e IT, manteniendo CAZAVI-AZT.

A los 21 días se completó TTO ATM y se retiró DVE. La paciente fue trasladada a sala de clínica y posteriormente derivada a hospital de 3º nivel para rehabilitación.

Durante el pase de sala, el farmacéutico clínico intervino en la elección de los esquemas y modo de administración de los ATM. Además, confeccionó un protocolo para TIG IT que incluyó recomendaciones de dosis, preparación y administración de la solución, el cual se incorporó a la prescripción electrónica asistida. La dosis consensuada con el servicio de infectología y basada en la bibliografía publicada, consistió en reconstituir 50 mg con 5,3 ml

de solución fisiológica (SF), tomar 0,5 ml (5 mg) y agregar 1,5 ml SF, para administrar 5 mg/2 ml cada 12 horas.

DISCUSIÓN

Son limitadas las alternativas de ATM en el TTO de meningitis postquirúrgicas asociadas a MDRO, pudiendo requerir administración de ATM IT e IV para lograr el éxito terapéutico.

La TGC IT se ha utilizado en pocos casos de infecciones asociadas al SNC, siendo éste el primer reporte de uso en nuestro hospital.

Luego de la elaboración del protocolo de TGC IT, se desarrollaron pautas para siete ATM adicionales que admiten esta vía, incluyendo fichas informativas con dosis, preparación, estabilidad y modo de administración. Estos datos surgen de una búsqueda bibliográfica exhaustiva que evidenció un limitado número de publicaciones (Mastroianni et al. 2023; Muller A et al. 2023; Trissel 's 2 Clinical Pharmaceutics Database MICROMEDEX).

La participación del farmacéutico clínico fue clave para optimizar la terapéutica y generar herramientas útiles para futuros casos.

TRABAJO 15

Farmacocinética poblacional y biodisponibilidad de una suspensión oral de tacrolimus en niños con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas

TESTARD J, BUONTEMPO F, CÁCERES P, IBARRA M, JULIÁ A, LICCIARDONE N, MENDOZA A, PÉREZ C, SALGUEIRO S, SCHAIQUEVICH P, STACIUK R, BRSTILO L

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan – CABA – Argentina

Mail de contacto: jutestard3@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El tacrolimus es el inmunosupresor de primera línea para la prevención de la enfermedad de injerto contra huésped (EICH) en niños bajo trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Debido a la gran variabilidad interindividual en la farmacocinética (FC) y al estrecho margen terapéutico, se recomienda la monitorización farmacoterapéutica (MFT) para minimizar el riesgo de EICH y toxicidades. El laboratorio de farmacotecnia del Hospital Garrahan elabora una suspensión oral de tacrolimus. Sin embargo, los modelos farmacocinéticos para la MFT y la conversión de dosis de suspensión intravenosa (IV) a oral son limitados.

OBJETIVOS

Desarrollar un modelo de farmacocinética poblacional de tacrolimus aplicable a la MFT y evaluar la tasa de conversión de dosis de la formulación IV a la suspensión oral en pacientes pediátricos con TCPH.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, llevado a cabo en un hospital de alta complejidad, desde julio de 2021 hasta octubre de 2024. Se incluyeron 16 niños con TCPH que recibieron infusión IV continua y luego recibieron la suspensión oral de tacrolimus (conversión de dosis 1:4). Se recogieron 339 muestras de sangre y se cuantificaron mediante inmunoensayo (CMIA): 260 durante la administración IV y 79 correspondientes a perfiles de 12 horas (0, 20 min., 1, 3 y 12 h.) durante la administración de la suspensión oral. El análisis

de datos se realizó mediante un enfoque no lineal de efectos mixtos con MonolixSuite®, considerando factores demográficos, clínicos y farmacológicos.

RESULTADOS

Un modelo unicompartimental con eliminación lineal describió adecuadamente la farmacocinética de tacrolimus. Los valores típicos estimados (% de error estándar relativo) para el aclaramiento (CL), el volumen de distribución (Vd) y la biodisponibilidad absoluta fueron de 1,5 L/h (9,5%), 42,3 L (17,5%) y 40,0% (14,8%), respectivamente. La biodisponibilidad sugiere un factor de conversión de dosis de 2,5 de la terapia intravenosa a la oral en este contexto clínico.

Un tiempo de retardo medio de 0,3 h caracterizó mejor el retraso en la fase de absorción. El peso corporal se asoció significativamente con el CL, el Vd y la biodisponibilidad.

DISCUSIÓN

Desarrollamos un modelo farmacocinético poblacional para tacrolimus tras la administración tanto de infusión IV como de suspensión oral. Este modelo podría ser incorporado a la práctica clínica para MFT de tacrolimus. En comparación con la biodisponibilidad reportada previamente por otros grupos, nuestros hallazgos muestran una biodisponibilidad de la suspensión oral del 40 %, por lo que se propone un factor de conversión de 2,5 para la conversión de la terapia IV a la suspensión oral. Todos estos hallazgos deben ser validados de manera prospectiva en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

Se desarrolló un modelo farmacocinético poblacional para describir la FC de tacrolimus durante la administración de infusión IV continua o suspensión oral en pacientes pediátricos sometidos a TCPH, que puede utilizarse para el ajuste individualizado de la dosis. Asimismo se determinó un factor de conversión más específico y exacto entre la infusión IV y la suspensión oral, siendo de gran importancia en la práctica diaria.

TRABAJO 16

Farmacogenética de CYP2C19 y Ajuste de Voriconazol en pacientes pediátricos de Argentina: Hacia una Dosificación Individualizada

TESTARD J, ARAOZ V, BRÍSTILO L, CIAVATTA J, CONDE F, JULIÁ A, PONCE MV, SASSONE A, STACIUK R, SCHAIQUEVICH P, ZUGBI S

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan – CABA – Argentina

Mail de contacto: jutestard3@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Voriconazol (VCZ) se utiliza en profilaxis y tratamiento de infecciones fúngicas invasivas en pacientes con enfermedades hemato-oncológicas y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Su eficacia está relacionada a su alta variabilidad farmacocinética, explicada en parte por variantes en el gen CYP2C19 y los consecuentes cambios en su metabolismo. Los genotipos CYP2C19 *1/*1, *2/*2 y *17/*17 o *17/*1 que codifican, respectivamente, para una enzima con función metabólica normal, pobre y acelerada, permiten explicar las dificultades para alcanzar precozmente el rango terapéutico de VCZ. Integrar herramientas farmacogenéticas en la atención clínica constituiría una estrategia para

optimizar la dosificación de VCZ, incrementando la probabilidad de alcanzar tempranamente concentraciones valle (C0) en rango terapéutico.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de variantes *2 y *17 del gen CYP2C19 como factores determinantes en la farmacocinética de VCZ en una población pediátrica argentina

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo, desde abril 2022 hasta agosto 2023. Se extrajo ADN de muestras de sangre y la genotipificación se realizó por técnica de Sanger. Se estimaron las frecuencias alélicas y se infirieron los fenotipos metabolizadores como: ultrarrápido (UM), rápido (RM), normal (NM), intermedio (IM) y lento (PM). Se analizó la correlación entre el fenotipo metabolizador y los valores del primer C0. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y farmacológicas utilizando el software GraphPad Prism versión 8. Se simuló 2 esquemas de dosificación: la recomendación del vademécum institucional (18 mg/kg/día) y un esquema basado en la edad y fenotipo metabolizador del paciente.

RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes pediátricos oncohematológicos y con TCPH, que recibían VCZ oral. Las frecuencias alélicas resultaron en un 79%, 14% y 7% para los alelos *1, *2 y *17 respectivamente. Los pacientes se clasificaron como: 32 NM (64% *1/*1), 10 IM (18% *1/*2 y 2% *2/*17), 2 PM (4% *2/*2), y 6 RM (12% *1/*17). No se identificaron pacientes con fenotipo UM. Las C0 normalizadas por dosis expresados como mediana, fueron de 1345 ng/ml/mg/kg (924.7–1764.9) para los PM, 359.7 ng/ml/mg/kg (40.6–8302) para los IM, 94.5 ng/ml/mg/kg (5.9–867.4) para los NM, y 78.3 ng/ml/mg/kg (22.2–313.4) para los RM. NM y RM presentaron valores significativamente más bajos que PM e IM ($p < 0,05$).

Se evidenció una dosificación menor a la recomendada, con 24% de los C0 en rango terapéutico. Las simulaciones farmacocinéticas mostraron que, con la recomendación institucional, el valor alcanzaría un 36%, y que ajustando la dosis inicial de VCZ según edad y fenotipo inferido podría elevarse al 52%

DISCUSIÓN

Este estudio presenta la primera evidencia sobre la frecuencia de variantes clínicamente relevantes de CYP2C19 en una cohorte pediátrica argentina y su impacto en la farmacocinética del VCZ. En esta cohorte, las frecuencias alélicas observadas fueron 14% para *2 y 7% para *17, la última ligeramente inferior a las reportadas en cohortes americanas y europeas (12-22%). No se encontró asociación significativa entre C0 y otras covariables, como interacciones, excepto con el fenotipo metabolizador. La mayoría de los NM presentaron C0 subterapéuticas, posiblemente por el uso de dosis iniciales bajas por riesgo de efectos adversos (EA). 24% de los primeros C0 de VCZ se encuentran en rango terapéutico, este porcentaje podría incrementarse al dosificar según fenotipo y edad. Estos resultados, a pesar de ser una cohorte pequeña, resaltan la importancia de la genotipificación del CYP2C19 para realizar una primera dosificación más precisa y alcanzar precozmente niveles terapéuticos de VCZ.

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que identificar los genotipos *2 y *17 y una dosificación por fenotipo y peso permitirían mejorar la exposición sistémica a VCZ y potencialmente, los resultados terapéuticos y así minimizar el riesgo de EA.

TRABAJO 17

Diagnóstico de situación sobre el uso de formularios terapéuticos en hospitales públicos de Mendoza

MUSSÉ MV, NAFISSI LE, OROZCO M, ORUETA MC

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza – Mendoza – Argentina

Mail de contacto: marce.musse@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La gestión racional de medicamentos es un componente esencial de la calidad asistencial en hospitales. En este contexto, los formularios terapéuticos hospitalarios (FTH) actúan como herramientas clave para estandarizar tratamientos, reducir errores de medicación y optimizar recursos. En Mendoza existe un formulario provincial para el primer nivel de atención, sin embargo este necesita complementarse para abarcar todos los niveles de atención.

OBJETIVOS

Diagnosticar el estado actual del uso y gestión de los FTH en hospitales públicos de segundo y tercer nivel de Mendoza, a partir de una encuesta realizada a farmacéuticos jefes de servicio de hospitales públicos

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de enfoque mixto, cuali-cuantitativo. Se diseñó y difundió un formulario estructurado con preguntas cerradas y abiertas, dirigido a profesionales farmacéuticos de hospitales públicos. Se analizaron variables como: nivel de atención, existencia de vademécum y FTH, protocolos institucionales, percepción sobre los medicamentos más problemáticos, y barreras para su implementación y actualización. Se realizó un análisis estadístico descriptivo simple (porcentajes) para las respuestas cerradas y un análisis cualitativo de las respuestas abiertas mediante codificación de categorías discursivas y visualización en gráficos tipo Sankey para mostrar relaciones y flujos entre temas emergentes.

RESULTADOS

Se envió a 7 hospitales, todos respondieron. 5 son de segundo nivel. Todos cuentan con un vademécum, solo el 57% lo ha actualizado en los últimos 2 años. El 85% no posee procedimiento para la inclusión de medicamentos o realización de guías y FTH. Un 75% cuenta con protocolos infectológicos, destacándose la profilaxis prequirúrgica y neumonía comunitaria, pero no se actualizan de forma sistemática.

El 21% declaró contar con un protocolo estandarizado para la creación y uso de FTH. Sin embargo, el 100% considera que un formulario unificado mejoraría la eficiencia y seguridad del tratamiento de los pacientes. Solo 2 de los 7 consultados tienen formularios de prescripción especiales para diabetes. Ninguno posee restricciones de prescripción de antibióticos de uso controlado, si para dispensación. Ninguno mide la demanda insatisfecha

de medicamentos solicitados. Barreras y recursos necesarios descritos en el gráfico de Sankey. Principales barreras: Falta de comité activo por no contar con horas protegidas para la participación, dificultades en la comunicación con los médicos, falta de interés o resistencia al cambio, dificultades para la adherencia a las guías y en la gestión de compras.

Recursos necesarios: Bases de datos pagas actualizadas, comités de evaluación y de promover las residencias hospitalarias para fortalecer el área y la existencia de guías de otras áreas en la institución. Temas discursivos emergentes: Falta de recurso humano, ausencia de comité de farmacia y terapéutica y remuneración baja e independiente de la especialización o realización de la residencia.

DISCUSIÓN

Los resultados reflejan una brecha entre esta percepción y la práctica institucional. Las barreras son multifactoriales, destacando la necesidad de fortalecer la gestión institucional, aumentar el número de recursos humanos capacitados y fomentar una cultura de actualización y mejora continua.

CONCLUSIONES

Existe un consenso sobre el valor de los FTH en la mejora de la seguridad del paciente, pero su implementación enfrenta limitaciones estructurales, organizacionales y culturales. Este estudio promovió la creación de un comité provincial de farmacoterapéutica para el análisis de un vademécum provincial unificado y la creación de un formulario de inclusión único digital como primeros pasos para el desarrollo de un formulario terapéutico para el segundo y tercer nivel de atención.

TRABAJO 18

Variabilidad en la dosificación de antibióticos combinados en pediatría

HIGGS J, MOLINA FM, PIGLIAPOCO VE, NARBAITS JAUREGUI M, LOPEZ GROSSO AL, EYRAUD GM, NAKANDAKARI D, FERNÁNDEZ RE, VACCARO RM

Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde – CABA – Argentina

Mail de contacto: josefinahiggs@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El tratamiento farmacológico en pediatría difiere del de adultos, porque la dosificación se basa en el peso o superficie corporal.

Los antibióticos (ATB) combinados, como Amoxicilina-clavulánico (AMS-CLV), Ampicilina-sulbactam (AMP-SUL), Ceftazidima-avibactam (CAZ-AVI), Piperacilina-tazobactam (TZP) y Trimetoprima-sulfametoxazol (TMS), son frecuentemente utilizados en el ámbito hospitalario; su incorrecta prescripción o administración puede llevar a dosis subterapéuticas o sobredosificación.

En el Hospital Elizalde los farmacéuticos han detectado variabilidad en la prescripción y administración de estos ATB.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la situación actual en cuanto a la prescripción y administración de éstos ATB, con el objetivo de unificar criterios y proponer medidas de mejora para optimizar su uso.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se diseñó una encuesta mediante Google Form dirigida a médicos y enfermeros de: 6 salas generales, 1 oncohematológica, 3 terapias intensivas y guardia.

A los médicos se les pidió que indicaran con un ejemplo práctico la cantidad de miligramos que prescriben especificando si la dosis se realiza en base al principio activo (PA) o a la combinación del fármaco. A los enfermeros se les consultó cómo preparan y administran las dosis prescritas.

Se revisó bibliografía a fin de contrastar las prácticas con las recomendaciones teóricas.

Se consultaron 220 enfermeros y 153 médicos obteniendo 105 respuestas: 84 de enfermeros (38%) y 21 de médicos (14%) y se decidió analizar los datos provenientes de ambos.

En cuanto a la prescripción, la mayor proporción de respuestas indican la dosificación según el PA: AMS-CLV 83 vs 17%, AMP-SUL 65 vs 35%, CAZ-AVI 56 vs 43%, TZP 61 vs 39%, TMS 96 vs 4%.

En cuanto a la administración por parte de enfermería, se observaron proporciones similares entre quienes preparan las dosis según el PA principal o la combinación: AMS-CLV 48 vs 52%, AMP-SUL 51 vs 49%, CAZ-AVI 52 vs 48%, TZP 55 vs 45%. Una excepción fue la asociación TMS, en la que el 74% del personal de enfermería administra la dosis según la trimetoprima y el 26% según la combinación.

DISCUSIÓN

Los resultados permiten visibilizar una variabilidad en criterios de dosificación y administración de ATB combinados. El hecho de que la mayoría de los médicos dosifique según el PA principal concuerda con las recomendaciones bibliográficas (UpToDate y Pediamecum, Taketomo). Es claro en TMS, en la cual las fuentes coinciden en que la dosificación debe realizarse según la trimetoprima; en AMS-CLV y AMP-SUL, el vademécum del Hospital Garrahan y Takemoto sugieren la dosificación en función del ácido clavulánico o sulbactam solo en situaciones puntuales, en general, se establece la dosis por el antibiótico β -lactámico principal. Esto valida la práctica de dosificar según PA, observada en más del 65% de los prescriptores. En el caso de AMP-SUL el Pediamecun no hace referencia a la combinación sino solo a AMP.

CAZ-AVI y TZP el vademecum del Hospital Garrahan difiere en que la dosis es calculada por el ATB total.

La variabilidad en la práctica de enfermería sugiere fallas en la estandarización de la administración, con porcentajes similares entre PA y la combinación total. Esto podría deberse a falta de capacitación, ausencia de guías de administración o una transmisión ambigua de la indicación médica.

La incorrecta prescripción o administración puede llevar a dosis subterapéuticas incrementando el riesgo de fracaso terapéutico, prolongando la duración de la enfermedad y favoreciendo la resistencia microbiana. La sobredosificación puede derivar en toxicidad farmacológica.

El rol del farmacéutico se vuelve crucial como parte del equipo interdisciplinario; su presencia en el proceso de validación de órdenes médicas y su aporte en instancias de formación continua, favorece la homogeneización de criterios y reduce la variabilidad.

TRABAJO 19

Desarrollo de un listado de medicamentos sound alike e implementación de la estrategia Tallman Lettering

GONZÁLEZ J, ÁVILA A, CINQUI G

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan – CABA – Argentina

Mail de contacto: juji.g22@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los errores Look-Alike Sound-Alike (LASA) del tipo Sound-Alike se producen cuando dos fármacos tienen similitud ortográfica o fonética (ej: dopamina-dobutamina) y se puede dar en la prescripción, dispensación y administración del medicamento. Estos tipos de errores LASA son uno de los eventos que causan más daño en el paciente.

La estrategia Tallman lettering intenta reducir este tipo de errores al utilizar letras mayúsculas en lugares selectivos de los pares de nombres LASA para resaltar sus diferencias. Estudios han mostrado que esta técnica puede resultar efectiva para reducir los errores de dispensación, cuando se utiliza en el etiquetado de los medicamentos, y para minimizar los errores de selección de los nombres de los medicamentos en los sistemas informatizados de prescripción y dispensación. Varios organismos internacionales (ISMP, OMS, Joint Commission) la recomiendan como apoyo para mejorar la seguridad del paciente.

El objetivo de este trabajo fue detectar los medicamentos sound alike del Hospital de Pediatría “Juan P. Garrahan” para generar un listado de los mismos y una posterior implementación de la herramienta Tallman lettering como parte de mejora en el proceso de dispensación de fármacos.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se realizó búsqueda bibliográfica sobre listados existentes de medicamentos LASA y reglas del Tallman lettering. Se encontraron 3 principales listados: FDA-ISMP, ISMP-España, ISMP-Canadá. Se detectó que existen distintas reglas a la hora de aplicar las letras mayúsculas: existen al menos 5 formas, de las cuales se puede mencionar la técnica “MID”, en donde lo que se acentúan son las 3 letras del medio, técnica “OPTIMAL” en donde se destaca en mayúscula todo lo distinto al par confuso y “WILD” es la técnica en la que no se sigue ninguna regla específica.

Se decidió que para nuestro listado, los fármacos que fueron identificados a partir de un listado de otro país se lo escribió tal cual a como se encontraban (en general coincidían en los tres listados consultados) y en los casos en los que una dupla fuera propuesta en nuestro entorno (por idioma o porque si bien no se encontraban en ningún listado fueron reportados por causar error del tipo LASA en nuestra Institución), optamos por la opción “WILD” donde fueron consensuadas y estandarizadas internamente las reglas a seguir. El listado fue revisado por el Comité de Medicamentos de Alto Riesgo del hospital. Posteriormente fue implementado en el vademécum, en el reenvasado de medicamentos, etiquetas de antibióticos y antineoplásicos.

Próximamente se implementará en indicaciones médicas electrónicas y bonos de salida de medicación de Farmacia.

Adicionalmente, se separaron y almacenaron los pares de medicamentos detectados como LASA en lugares alejados entre ellos.

DISCUSIÓN

Con este trabajo creamos el primer listado de medicamentos Sound-Alike publicado en una Hospital de Argentina realizado a partir de la experiencia propia.

Una limitante es que este listado fue creado en base a bibliografía internacional debido a que no se dispone en nuestro país de un listado estandarizado de referencia. Si bien FDA e ISMP-Canadá implementaron un listado estandarizado, esto no es aplicable en su totalidad a nuestro entorno ya que al traducir los nombres de los medicamentos al castellano algunos difieren. España dispone de un listado estandarizado de drogas LASA con el uso de Tall Man letters pero a pesar del idioma en todos estos listados se observan diferencias en cuanto a fármacos que aquí no se utilizan y viceversa. A pesar de ello, estos nos sirvieron de base para crear un listado artesanal de drogas con potencial LASA.

Esperamos en un futuro realizar un estudio en servicios de salud para medir el impacto de esta herramienta.

TRABAJO 20

Análisis de costo utilidad de ceftazidima avibactam con aztreonam versus terapias alternativas en bacteriemias por Enterobacterales productores de metalo- β -lactamasas desde la perspectiva del sistema público Argentino

ARAUJO J, DI LIBERO E, LUCINI S, MOIONI F, QUIRÓS R

Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner – Cañuelas – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: araujojaviersantiago@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La resistencia antimicrobiana es una amenaza creciente para la salud pública, especialmente en infecciones por Enterobacterales productores de metalo- β -lactamasas (MBL), que restringen drásticamente las opciones terapéuticas. En Argentina, el acceso hospitalario a ceftazidima-avibactam con aztreonam (CAZ-AVI-ATM) es limitado, principalmente por su alto costo. Evaluar su costo-utilidad (CU) frente a alternativas disponibles es clave para orientar decisiones en contextos de recursos limitados.

OBJETIVOS

Evaluar la CU de CAZ-AVI-ATM en pacientes con bacteriemia por Enterobacterales MBL, desde la perspectiva del sistema de salud público argentino (SSPA).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un análisis de CU comparando CAZ-AVI-ATM con tratamientos alternativos (TA) en bacteriemias por Enterobacterales MBL. Los datos clínicos se extrajeron del único estudio de cohorte prospectivo disponible (Falcone et al.), que comparó CAZ-AVI-ATM con una variedad de esquemas antibióticos con actividad in vitro, definidos como TA. Estos incluyeron combinaciones de antibióticos como colistin-tigeciclina, colistin-fosfomicina y otros, según disponibilidad local y resultados de sensibilidad, reflejando la práctica clínica heterogénea en contextos sin opciones de CAZ-AVI-ATM. Se desarrolló un modelo de Markov con ciclos diarios y horizonte hasta el final de la esperanza de vida ajustada por comorbilidades. Se

consideraron tres estados: hospitalización, alta y muerte. Las probabilidades de transición y las medidas efectividad clínica se obtuvieron de dicho estudio. Los costos se expresaron en USD al tipo de cambio oficial del 31/01/2025, incluyendo datos reales de compra de medicamentos y costos de internación -sala general y UTI, a través de microcosteo realizado en el 2022- del SSPA, ajustados por IPC hasta esa fecha. Las utilidades se tomaron de estudios previos con CAZ-AVI en infecciones por KPC. Se realizaron análisis determinísticos univariados (ASP, tornado) y probabilísticos (ASD, simulación de Monte Carlo, 5000 iteraciones). El umbral de disposición a pagar fue de USD 9329/años de vida ajustados por calidad (AVAC), según estimaciones locales (Pichon-Riviere et al., Lancet).

RESULTADOS

El análisis base arrojó un ICER de USD 5475,56/AVAC, posicionando a CAZ-AVI-ATM como una opción costo-útil en el contexto argentino. En el ASD, las variables de mayor impacto fueron el hazard ratio (HR) de alta hospitalaria y el costo diario de CAZ-AVI-ATM. En el ASP, la estrategia fue costo-útil en el 72% de las simulaciones. La curva de aceptabilidad mostró una probabilidad del 94% de ser costo-útil con umbrales de hasta USD 9000/AVAC.

DISCUSIÓN

Este es el primer análisis de CU de CAZ-AVI-ATM en Argentina para bacteriemias por MBL. El ICER se mantuvo por debajo del umbral aceptado, aunque sensible al tiempo de alta y al precio del fármaco. La estimación del HR de alta proviene de un único estudio observacional, lo que introduce incertidumbre; se necesitan estudios más rigurosos para confirmar su impacto en la reducción de estancias hospitalarias. El costo del tratamiento influye fuertemente en su valor relativo: en escenarios de alto precio, el ICER puede superar el umbral de CU; reducciones mediante compras centralizadas o producción local mejorarían su perfil económico. El ASP respaldó su implementación en la mayoría de los escenarios. Pese al uso de datos observacionales, los hallazgos apoyan políticas que optimicen el acceso a CAZ-AVI-ATM mediante esquemas de financiamiento sostenibles, sobre todo en zonas con alta resistencia. Una limitación clave es la heterogeneidad en los TA, lo que refuerza la necesidad de comparaciones directas o análisis de subgrupos en estudios futuros para mejorar la precisión en las evaluaciones económicas.

CONCLUSIONES

CAZ-AVI-ATM es una estrategia costo-útil frente a TA en pacientes con bacteriemia por Enterobacteriales MBL, desde la perspectiva del SSPA.

TRABAJO 21

Insulina segura en hospitales: diagnóstico y estandarización en instituciones de Mendoza

MUSSÉ MV, IBARRA MR, CEJAS MV, ESPEJO F, PERALTA MB, FALASCHI A

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza – Mendoza – Argentina

Mail de contacto: marce.musse@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus constituye la tercera causa de mortalidad mundial según la OMS. En Mendoza, afecta al 8,9% de la población adulta. Esta enfermedad conlleva riesgos elevados

en el entorno hospitalario, sobre todo por errores relacionados con la administración de insulinas, medicamentos considerados de alto riesgo. En respuesta a esta problemática y en línea con la Resolución RM 3647/2023, se impulsó este estudio para revisar y mejorar las prácticas de manejo de insulina en instituciones de salud con internación.

OBJETIVOS

Analizar las prácticas actuales y percepciones del personal de enfermería respecto al manejo de insulinas en instituciones de salud con internación de la Provincia de Mendoza, con enfoque en los procesos de reconstitución, dilución y administración.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta digital (Googleforms) de 12 preguntas cerradas. Para conocer 1- tipo de insulina utilizado en correcciones. 2- Solución de dilución 3- Reemplazo del sistema de infusión. 4- Descarte de la solución preparada. 5- Concentración de la solución a infundir. 6- Administración de la dilución. 7- Volumen de solución que descarta. 8-Cómo realiza la infusión. 9- Cómo realiza la preparación 10- Cómo realiza la dosificación. 11-Cuando utiliza un vial multidosis, una vez abierto ¿cómo lo almacena?. 12- Institución. También se efectuó un análisis de consumo y costos de insulina corriente en viales multidosis y lapiceras prellenadas. El análisis fue estadístico-descriptivo utilizando Excel.

RESULTADOS

Participación: Se obtuvieron 407 respuestas de 9 hospitales de salud pública de Mendoza; el 35,4% provino del Hospital Central. El 92,4% utiliza insulina corriente para infusiones IV, diluida en solución fisiológica en el 94,1% de los casos. 40% la prepara en concentración de 1 UI/mL, 35% usa 10 UI/mL, 15% emplea 0.1 UI/mL, y un 10% no sigue estandarización. Duración del uso del vial post-apertura: 80% lo usa durante 30 días. 15% hasta agotar su contenido. 5% solo 24 horas. El 70% la administra inmediatamente luego de la dilución, 27% la deja reposar durante 30 minutos y luego la administra. 46% descarta la primera parte de la solución y luego inicia la infusión. 49% Prepara la infusión y administra inmediatamente sin descartar solución. Volumen descartado: 77% el correspondiente a la guía de infusión o espacio muerto. Modo de infusión: 95% En goteo continuo mediante bomba de infusión. 67% afirma que posee un protocolo institucional.

DISCUSIÓN

El estudio revela una alta prevalencia del uso de insulina corriente en viales multidosis, a pesar de los riesgos microbiológicos, especialmente en áreas sin condiciones óptimas. Las prácticas no se alinean con las guías nacionales ni recomendaciones provinciales. Existe variabilidad en la concentración de infusión y el tiempo de descarte del vial, lo que refleja una falta de estandarización. Comparado con otros países latinoamericanos (Brasil, México), se observan patrones similares: uso extendido del vial por razones económicas y disparidad en la implementación de protocolos.

CONCLUSIONES

El estudio muestra un consenso en algunas buenas prácticas (uso de solución fisiológica, recambio de sistema cada 24 horas), pero evidencia también una gran variabilidad en aspectos críticos como la concentración de insulina y la duración de uso de viales abiertos.

Este análisis motivó la implementación de estrategias de mejora diseñadas por el departamento de calidad y seguridad del paciente, el programa de diabetes y la dirección provincial de farmacología. Las mismas consistieron en establecer protocolos para todos los niveles de atención que esperan aprobación como resolución provincial.

TRABAJO 22

Uso de teduglutide en pacientes pediátricos con síndrome de intestino corto: experiencia clínica e impacto farmacoeconómico en un hospital de alta complejidad

LARREA D, GROSSO C, KIJKO I

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan – CABA – Argentina

Mail de contacto: dalmalarrea.dr@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino corto (SIC) es una condición caracterizada por malabsorción secundaria a resección masiva del intestino delgado, que conlleva dependencia prolongada o permanente de nutrición parenteral (NP). Este soporte nutricional crónico puede generar complicaciones como infecciones, enfermedad hepática asociada y alteraciones metabólicas. Teduglutide (TD), análogo del péptido similar al glucagón tipo 2, mejora la absorción intestinal y permite reducir o eliminar la NP. Sin embargo, su elevado costo plantea interrogantes sobre su viabilidad en salud pública. La farmacoeconomía permite analizar si sus beneficios clínicos y económicos justifican su uso.

OBJETIVOS

Describir la experiencia clínica con TD en cuatro pacientes pediátricos con SIC y evaluar el impacto farmacoeconómico comparado con la NP crónica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con análisis farmacoeconómico sobre el uso de TD en pacientes con SIC dependientes de NP en un Hospital pediátrico de alta complejidad. Se incluyeron 4 pacientes, entre 2 y 15 años, con SIC tratadas con TD durante un periodo de al menos 12 meses.

Se recopilaron datos clínicos a partir de historias clínicas electrónicas y se analizaron las siguientes variables: peso inicial, volumen de NP antes y después del tratamiento y evolución clínica.

Luego, se estimaron los costos directos anuales de TD y NP adquirida en laboratorio farmacéutico externo incluyendo costos asociados a la internación diaria. Se llevó a cabo un análisis comparativo entre dichos valores, evaluando cuál resulta más conveniente desde el punto de vista económico.

RESULTADOS

Tres de las cuatro pacientes alcanzaron independencia total de NP; la cuarta redujo el volumen en un 20% y requirió NP solo 4 días por semana tras iniciar TD. Todas las pacientes ganaron peso (media: 2 kg).

El análisis farmacoeconómico dió como resultado que el costo anual de TD por paciente fue de \$ 732 490 020, mientras que el costo anual de NP por paciente incluyendo días de internación fue de \$ 492 750 000.

DISCUSIÓN

Los resultados clínicos de esta experiencia local coinciden con los reportes internacionales que respaldan el uso de TD como estrategia efectiva para alcanzar la independencia de NP en pacientes pediátricos con SIC. No obstante, al comparar los costos directos anuales de ambas terapias, se observa que TD representa un gasto considerablemente mayor en relación con el mantenimiento del paciente internado con NP. Sin embargo, esta diferencia económica debe analizarse en función del impacto que tiene en la vida del paciente. La dependencia prolongada de NP limita severamente la posibilidad de llevar una vida normal. En contraste, nuestra experiencia con TD demostró que las pacientes mejoraron su calidad de vida, logrando reinsertarse en el ámbito escolar y limitando su asistencia al hospital a controles periódicos. A pesar de su alto costo, la mejora clínica y la reducción de complicaciones justifican su indicación en pacientes seleccionados.

En este marco, el rol del farmacéutico hospitalario es esencial en la generación de evidencia local que respalde la sostenibilidad de estos tratamientos innovadores en el ámbito de salud pública.

Como limitación del estudio, podemos mencionar un tamaño muestral reducido, lo cual impidió hacer un análisis farmacoeconómico más completo, con índices que permiten realizar análisis costo efectivos.

CONCLUSIONES

La experiencia clínica local con TD en pacientes pediátricos con SIC demostró beneficios clínicos significativos, evidenciados en la reducción o eliminación de la NP, mejoría del estado nutricional y una notable mejora en la calidad de vida. Si bien el análisis comparativo reveló un costo anual considerablemente mayor para TD en relación con la NP crónica, este debe interpretarse en un contexto más amplio que contemple la reducción de complicaciones, la disminución de días de internación y la posibilidad de reinserción social y escolar.

TRABAJO 23

Optimización de la vía intraósea en emergencias pediátricas: experiencia y rol del farmacéutico hospitalario

SCHWERDT N, SPIKERMAN K, ARZENO MB, DÁVILA C, MARTIN V

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: belenarzeno@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

La administración intraósea (IO) constituye una vía alternativa crucial para la provisión de medicamentos y fluidos en situaciones de emergencia, especialmente en pediatría, donde el acceso venoso, vía de preferencia, puede ser difícil o inviable. La vía IO consiste en la inserción de una aguja en la médula ósea, lo que permite un acceso rápido y directo a la circulación sanguínea. La absorción de fármacos y líquidos a través de ésta vía es eficiente y su utilización en adultos, niños y neonatos ha demostrado ser segura y eficaz. Requiere de conocimientos técnicos precisos y una gestión adecuada del recurso para evitar errores que puedan comprometer la eficacia terapéutica y generar un elevado impacto económico. El objetivo del presente trabajo es analizar el uso de la vía IO en la central de emergencias pediátricas (EP) y proponer medidas que ayuden a optimizar el recurso.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En la central de EP, entre enero de 2020 y abril de 2024, según datos obtenidos de la historia clínica electrónica y el sistema automatizado de farmacia, se utilizó la vía IO en 10 pacientes pediátricos. Se analizó la indicación del procedimiento, el fármaco administrado y el resultado de la intervención, la cual fue exitosa en seis casos y fallida en los cuatro restantes. El farmacéutico identificó diversas problemáticas asociadas al uso, incluyendo errores en la selección de los productos médicos, períodos prolongados sin utilización que provocaron el vencimiento del material y ausencia de protocolos claros respecto a fármacos compatibles con esta vía.

Frente a estas situaciones, se implementaron acciones correctivas que consistieron en la coordinación de capacitaciones dirigidas a médicos y enfermeros, llevadas a cabo en colaboración con el laboratorio proveedor y bajo la supervisión de profesionales médicos especializados. Paralelamente, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre medicamentos compatibles y se desarrolló un repositorio digital con instrucciones detalladas para el uso adecuado del kit IO (aguja intraósea más materiales de fijación) junto a un maletín disponible con los insumos necesarios, con el objetivo de facilitar el uso correcto. Finalmente, se evaluó la posibilidad de reesterilizar los componentes del kit IO cuyo envoltorio fue abierto por error, pero se descartó esta idea ya que el costo inherente al proceso de reesterilización superaría cualquier ahorro potencial.

DISCUSIÓN

La experiencia evidencia que el éxito en la aplicación de una técnica crítica como la administración IO no depende únicamente de la destreza individual del médico, sino que requiere una gestión integral que involucra la formación continua del equipo de salud, la implementación de protocolos claros y actualizados, así como una adecuada planificación y control del inventario de insumos. En este marco, el farmacéutico hospitalario desempeña un papel fundamental al identificar deficiencias en el uso correcto de los insumos, coordinar programas de capacitación y optimizar el uso de los materiales disponibles, contribuyendo a mejorar tanto la seguridad del paciente como la eficiencia del sistema de atención. Su rol estratégico en la gestión del stock permite evitar el vencimiento de productos y minimizar costos innecesarios. La decisión de descartar la reesterilización de los materiales enfatiza la necesidad de preservar la seguridad del paciente en la administración. Estas intervenciones subrayan la importancia de integrar al farmacéutico de manera transversal en los procesos de atención de emergencia como actor clave en la construcción de un sistema de salud más seguro, eficiente y de calidad.

TRABAJO 24

Intoxicación con metotrexate: una consecuencia fatal de la automedicación. A propósito de un caso

DEL VALLE S, HANSEN G, MARCONI M, ESCRIBA M, JUÁREZ G
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú – CABA – Argentina
Mail de contacto: sofiadelv@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El metotrexato (MTX) es un fármaco antimetabolito e inmunosupresor utilizado en enfermedades autoinmunes, inflamatorias y oncológicas.

La dosis de MTX depende de la indicación clínica. El rango terapéutico va de 7,5 a 25 mg una vez por semana para artritis reumatoidea, a 12000 mg/m² para osteosarcoma. Para prevenir la toxicidad, dosis > 500 mg/m² de MTX requieren rescate de leucovorina de 10-15 mg/m² cada 6 hs.

El caso presentado a continuación resultó de interés porque evidencia las consecuencias negativas del mal uso de un medicamento de alto riesgo, definido como aquel que tiene una probabilidad elevada de causar daños graves o mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.

La Farmacovigilancia (FVG) nos permite identificar estos efectos adversos (EA) graves y es crucial para mejorar la seguridad de los medicamentos y poder generar acciones preventivas. Entre los EA del MTX (dosis-dependientes) se incluyen toxicidad gastrointestinal, elevación de transaminasas hepáticas, estomatitis, mielosupresión (leucopenia, trombocitopenia, anemia) y nefrotoxicidad.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente de 69 años empleado de farmacia, ingresa al hospital por síndrome confusional. Se constata úlceras cutáneas infectadas. La Tomografía Computada muestra infiltrados pulmonares.

El laboratorio evidencia tricitopenia con coagulopatía asociada y falla renal.

Evoluciona con hipotensión arterial y se interpreta shock séptico secundario a foco piel y partes blandas + respiratorio. Se inicia vancomicina + piperacilina/tazobactam, soporte transfusional y filgrastim.

Previo a su internación, el paciente realizó tratamiento con trimetoprima/sulfametoxazol (TMS) por infección cutánea.

Se realiza Punción Aspiración de Médula Ósea (MO) y citometría de flujo que determinan aplasia medular.

Al 3º día en interrogatorio dirigido al familiar, refiere que el paciente se había automedicado por artralgias con MTX 10 mg /día desde la semana previa al inicio de síntomas (esto se omitió al ingreso del paciente). Se diagnostica intoxicación por MTX. La farmacéutica evalúa los antecedentes del paciente y revisa los EA del MTX, potenciados por la interacción con TMS. El TMS compite por el sitio de unión a proteínas plasmáticas aumentando la concentración de MTX en sangre, además potencia la supresión de MO. Se asigna la causalidad del EA. El algoritmo de naranjo arrojó una puntuación de 5, clasificándose como probable.

Se inicia leucovorina 25 mg/6 hs. Farmacia valida dicha dosis como inicial y recomienda realizar dosaje de MTX para ajustar la dosis de leucovorina según búsqueda bibliográfica (podría aumentar a 100 mg/m² cada 6 hs, si las concentraciones plasmáticas de MTX fueran > 1 µmol/L a las 48 hs, o > 0,2 µmol/L a las 72 hs).

El paciente empeora la tricitopenia, evoluciona con requerimiento de vasopresores y ARM y fallece antes de dosar el MTX. Se realiza el reporte a FVG de la ANMAT.

DISCUSIÓN

La supresión de MO por MTX es un evento muy raro en sobredosis oral aguda, por su baja biodisponibilidad. Sin embargo, en este caso la administración diaria, sumada a factores de

riesgo como insuficiencia renal, edad avanzada y la interacción con TMS, probablemente provocaron acumulación y un cuadro de intoxicación severo.

Por otro lado, la leucovorina no pudo revertir la toxicidad posiblemente por la imposibilidad de ajustar la dosis debido a la falta de dosaje de MTX, pero fundamentalmente por el retraso en el inicio del tratamiento (por la demora en el diagnóstico). Esto último podría haberse evitado contando con la información completa al ingreso, realizando una conciliación farmacoterapéutica.

Por otro parte, según una encuesta realizada en el 2018, casi la mitad (47%) de los argentinos reconoció consumir medicamentos sin asesoramiento de un profesional de la salud, es decir, automedicarse. Este caso evidencia las graves consecuencias que puede tener la automedicación, especialmente con medicamentos de alto riesgo.

QUINTA SESIÓN –ORAL– VIERNES 3, de 9 a 10 horas, SALÓN B

TRABAJO 25

Cambios de color en soluciones orales e inyectables: ¿señal de alerta o variación esperada? implicancias clínicas, prácticas y regulatorias

GAETA NA, FERNÁNDEZ AC, CID MV, LLAURO VS, CANIL AL

ANMAT – Argentina

Mail de contacto: nadia.gaeta.anmat@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El color es evaluado dentro del ensayo de aspecto de medicamentos por el Servicio de Laboratorio de Ensayos Farmacotécnicos (SLEF) del Instituto Nacional de Medicamentos (INAME). Este es un atributo crítico de calidad, que, además de influir en la aceptación del usuario, puede reflejar alteraciones del ingrediente farmacéutico activo o de la formulación, con potencial impacto en la seguridad y eficacia del producto. Sin embargo, su descripción en prospectos (P) y metodologías de control de calidad (MCC) suele ser ambigua, dificultando su evaluación. Para reducir la subjetividad, farmacopeas internacionales recomiendan métodos estandarizados para su evaluación.

OBJETIVOS

Evaluar la variación del color como parámetro crítico de calidad en soluciones orales e inyectables, considerando sus implicancias clínicas, farmacotécnicas y regulatorias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva en la base de datos del SLEF (2023-2025) sobre reportes vinculados a variaciones de color en soluciones orales e inyectables. Se seleccionaron dos casos representativos que resultan contrastantes: uno donde el cambio afecta la calidad y otro en que no.

La solución oral de aceite de cannabis (SOAC) es sensible al enranciamiento por exposición a oxígeno y luz que la oscurece y afecta su calidad tras la apertura. Por otro lado, la solución inyectable de dobutamina (SID) adquiere coloración rosada debido a la oxidación del activo (Handbook on Injectable Drugs) que no afecta su calidad.

Se revisaron P y MCC de ambos productos. Para SOAC se evaluó experimentalmente el cambio de color, post-apertura simulando su uso, según los capítulos <631> de la Farmacopea de

Estados Unidos (USP) y 2.2.2 de la Farmacopea Europea (EP), que compara visualmente la muestra con soluciones patrón estandarizadas.

RESULTADOS

SOAC mostró color inicial amarillo-dorado, descripto en P y fue estable durante la simulación de uso, sin superar los límites establecidos en la MCC (intensidad sin diluir \leq IUSP y diluida 1:1 \leq GY1EP \leq Y2EP). No obstante, con exposición de forma constante a oxígeno y luz se observó oscurecimiento progresivo.

SID inicialmente incolora, desarrolló coloración rosada que según bibliografía no compromete su eficacia. Los P lo mencionan, aclarando que dentro del periodo de validez y bajo condiciones de conservación adecuadas no afecta su eficacia. Sin embargo, dentro de las MCC relevadas no incluyen el ensayo de color límite.

DISCUSIÓN

Este estudio evidencia la necesidad de contar con criterios estandarizados y reproducibles para describir y controlar el color en soluciones medicinales. Estos ensayos deben ser incluidos dentro de las MCC. Adicionalmente, a los fines de alertar a los profesionales y pacientes, los cambios de color deberían detallarse en P, ya sea que estos impliquen o no fallas en la seguridad, calidad y eficacia de los productos.

La implementación del ensayo de color límite según los capítulos <631> de la Farmacopea de Estados Unidos (USP) y 2.2.2 de la Farmacopea Europea (EP) demostró ser útil, técnica y operacionalmente viable, clínicamente relevante y regulatoriamente justificable. Por ello, el SLEF solicita su inclusión en las MCC, tanto en etapas de registro, post-registro y durante las fiscalizaciones en las que se evidencia su ausencia. Actualmente, en SOAC autorizadas como producto vegetal a base de cannabis según Disposición 6431/2022, es obligatorio. A futuro, se espera incluir el ensayo dentro de la Farmacopea Argentina.

CONCLUSIONES

Los hallazgos respaldan la necesidad de incluir sistemáticamente el ensayo de color límite en documentos técnicos y regulatorios. Su incorporación en los controles rutinarios permite una evaluación objetiva, reproducible y alineada con estándares internacionales, facilitando una interpretación adecuada por parte del sistema de salud.

TRABAJO 26

Implementación de un sistema de gestión de riesgo en una central de esterilización

PEDRINI M, CARLONI A

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

Mail de contacto: pedrinimarcela@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La central de esterilización (CE) del Hospital Rossi ha experimentado a lo largo del tiempo cambios importantes derivados de las innovaciones tecnológicas internas, y externas, aumento de procedimientos quirúrgicos (se realizan 700 cirugías mensuales) y de los procedimientos clínicos por lo que debía adaptarse a las circunstancias.

La CE es un punto más de la cadena asistencial, de ahí que, si somos capaces de detectar errores en nuestro proceso, seremos capaces de ofrecer un producto de calidad.

Nos propusimos realizar un abordaje de los principales procesos desde un enfoque basado en riesgos, es decir, centrado en la prevención o reducción de efectos adversos indeseados a través del modelo AMFE (Análisis Modal de Fallos y sus Efectos). El AMFE es un método de análisis prospectivo y sistemático que permite identificar situaciones en las que un proceso puede fallar, por qué puede fallar, valorar los efectos de errores potenciales y priorizar medidas correctoras. Este análisis se realizó entre junio del 2023 y junio del 2024.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se formó un equipo que incluyó farmacéuticos, técnicos de esterilización e instrumentadoras y luego se realizó una reunión inicial donde se presentó el modelo AMFE. Del mapeo de procesos se identificaron las siguientes etapas críticas: recepción de instrumental, esterilización y entrega de material estéril. Se estableció para cada etapa los modos de fallo que podrían producir un error, se examinaron las posibles causas de cada modo de falla y sus consecuencias potenciales sobre la seguridad del paciente.

Se identificaron diez modos de falla: 5 en la Recepción: recepción de instrumental quirúrgico de manera inadecuada, identificación incorrecta del material, instrumental en desuso por mal estado, suciedad en instrumental canulado y bases de las cajas, falta de control de cajas de ortopedias en tránsito. Para el proceso de Esterilización, un modo de fallo: procesamiento de material que no fue incluido en el sistema informático y en el de Entrega cuatro modos de fallo: entrega de material no estéril, entrega de material en condiciones inadecuadas, entrega de material a otro servicio, falta de registro de la entrega de material.

Los riesgos potenciales asociados abarcan la esterilización inadecuada, extravío de instrumental, afectación de trazabilidad, incremento de costos, problemas ergonómicos, confusiones en el flujo de trabajo y aumento del riesgo de infecciones nosocomiales. Para calcular el riesgo asociado a cada modo de fallo se utilizó el Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) que se obtuvo multiplicando la frecuencia, la gravedad y la detectabilidad. La frecuencia se define como la probabilidad de que el fallo ocurra y se le asignó un valor que va del 1 (la menor probabilidad que ocurra) al 5 (la mayor probabilidad que ocurra). La gravedad va del 1 (sin peligro para el paciente) al 5 (el mayor daño posible). La detectabilidad es la probabilidad de detectar un fallo, se le asignó un valor que va del 1 (a la mayor probabilidad que se detecte) al 5 (la menor probabilidad que se detecte).

DISCUSIÓN

La aplicación del AMFE permitió identificar los puntos críticos de la CE, conocer las etapas en las que se pueden producir los errores, analizar las causas que los pueden provocar y los efectos que estos tendrían en la seguridad del proceso.

A mediano plazo, se espera reducir significativamente la frecuencia de errores en recepción y esterilización y aumentar la detectabilidad de fallos antes de la entrega. Las limitaciones presentadas fueron la falta de trabajo en equipo

Se inicia un proceso continuo de mejora de la calidad, con reevaluaciones periódicas del IPR para medir el éxito de las medidas e identificar nuevas áreas de oportunidad. La metodología AMFE se perfila como una herramienta replicable en otros servicios de apoyo hospitalario que requieran sistemas de gestión de riesgos sólidos.

TRABAJO 27

Desarrollo de una suspensión oral de melatonina como sustituto a solución de hidrato de cloral para estudios pediátricos de neurofisiología

OLANO C, CARDOSO MJ, BOSSIE MJ, RACH AS

Servicio de Farmacia y Esterilización. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" (HIEMI) – Mar del Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: carolinaolano@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El hidrato de cloral ha sido ampliamente utilizado en protocolos de sedación e inducción del sueño para los estudios neurofisiológicos en pediatría. Frente la falta de dicho principio activo por restricciones en su comercialización y ante la consulta del servicio de Neurofisiología, desde el Servicio de Farmacia y Esterilización del Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" se propuso la utilización de melatonina como reemplazo. La evidencia en población pediátrica es escasa y solo se ha evaluado el uso de una suspensión de 1 mg/mL de melatonina. Por otra parte, en nuestro país únicamente existe una especialidad medicinal comercial sólida oral de 3 mg. Dado que la población pediátrica es heterogénea, surge la necesidad de desarrollar una formulación más concentrada, 3 mg/mL, permitiendo generalizar su indicación independientemente de la edad, dosis y/o patología de base de los pacientes y que resulte ser segura y eficaz.

OBJETIVOS

Establecer las condiciones de almacenamiento y caducidad de la suspensión de melatonina 3 mg/mL y comprobar la estabilidad fisicoquímica y la seguridad microbiológica de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

A partir de una búsqueda bibliográfica, se desarrolló una formulación melatonina 3 mg/mL suspensión utilizando melatonina polvo y la mezcla 1:1 de los vehículos símil ORA-Sweet® y símil ORA-Plus®. La misma se fraccionó en frascos inactivos y se dividieron en dos grupos correspondientes a dos condiciones de almacenamiento: Temperatura ambiente (TA) ($25^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$) y refrigerado (R) ($5^{\circ}\text{C} \pm 3^{\circ}\text{C}$). Se estableció un tiempo total de evaluación de 35 días, tomando muestras para los análisis los días: 0, 7, 14, 28 y 35. El análisis fisicoquímico se efectuó según protocolo TP295 del Laboratorio de Control de Calidad del Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Buenos Aires, que incluyó: aspecto, identificación del principio activo por HPLC, pH y valoración del principio activo. El análisis microbiológico se llevó a cabo en el Laboratorio de Microbiología del Servicio de Bioquímica del HIEMI y se realizó sobre muestras de 3 mL, que incluyó el recuento de microorganismos aerobios totales, ausencia de *Escherichia coli*, recuento combinado de hongos filamentosos y levaduras.

RESULTADOS

La formulación mantiene sus características organolépticas y se cumplieron con las especificaciones respecto al aspecto de la suspensión (blanquecina, heterogénea, inodora), pH ($4,9 \pm 0,1$), identificación (cumple) y valoración ($99,9 \pm 2,2$ y $101,0 \pm 1,3$ % a TA y R, respectivamente). Se identificó un depósito de partículas que se resuspende al agitar por 5 min. No se observó desarrollo de microorganismos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en los estudios de estabilidad avalan una vida útil de 30 días desde su formulación a una concentración de 3 mg/mL. La amplitud de temperaturas permite la versatilidad según las facilidades de almacenamiento del usuario. La refrigeración podría traer beneficios en cuanto a la palatabilidad y reducción de la probabilidad de contaminación.

CONCLUSIONES

La formulación desarrollada es segura desde el punto de vista fisicoquímico y microbiológico, las condiciones de almacenamiento resultan adaptables a las diversas situaciones y la disponibilidad de una alternativa permitirá la continuación de los estudios de neurofisiología.

TRABAJO 28

Desarrollo de una solución oral concentrada de fosfato para pacientes neonatales

BOSSIE MJ, RACH AS

Servicio de Farmacia y Esterilización. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti" (HIEMI) – Mar del Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: carolinaolano@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El balance hidroelectrolítico es importante en el cuidado del neonato donde una administración inadecuada puede llevar a complicaciones severas. Los ingresos de líquidos que se deben contabilizar son: soluciones endovenosas, nutrición parenteral, cristaloides, medicaciones/lavado de catéteres y líquidos vía oral. Los altos requerimientos de fósforo y calcio son difíciles de satisfacer por vía parenteral, debido al riesgo de precipitación de las mezclas, por lo tanto, es necesario suplementarlos de forma enteral. El fósforo oral se consigue por una formulación magistral (fosfato de sodio monobásico y dibásico) aportando 20 mg fósforo elemental/mililitro, la cual presenta dificultad en la solubilización de las sales y/o cristalización posterior. Además, usando esta, se deben utilizar altos volúmenes para cubrir esta demanda quedando poco margen para la totalidad de ingresos de líquidos.

OBJETIVOS

Elaborar una formulación magistral oral concentrada de fosfato, apta para pacientes neonatos, y evaluar estabilidad microbiológica y fisicoquímica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un lote de formulación 40 mg/mL de fósforo elemental en las siguientes condiciones: se llevó a 90°C un 60% de agua purificada donde se disolvió metilparabeno. Se agregó la sal monosódica de fosfato de sodio (fórmula nueva) hasta disolución. Se dejó enfriar, se agregó el sorbitol y corrigió pH 4-6. Se filtró y llevó a volumen con agua purificada. Se envasó en frasco de polietileno transparente y rotuló permaneciendo a temperatura ambiente. El estudio microbiológico constó de recuentos de microorganismos aerobios totales, combinado de hongos filamentosos/levaduras y ausencia de *Escherichia coli*, una vez cada 2 semanas por 56 días a partir de su elaboración. El estudio fisicoquímico (aspecto) constó de dos tipos de ciclos de cambios de temperatura (6 ciclos de 24 h a 40°C y 24 h a temperatura ambiente/6 ciclos de 24 h a 5°C y 24 h a temperatura ambiente) y un control quedando a temperatura ambiente.

RESULTADOS

Los valores de carga microbiana (ensayo microbiológico) informan negativo para cada tiempo de medición. Los ciclos de temperatura (ensayo fisicoquímico) cumplieron la especificación a excepción del ciclo 5°C/temperatura ambiente para formulación nueva.

DISCUSIÓN

La nueva formulación aporta el doble de fósforo elemental/mililitro con una cantidad de sodio proporcional. Se concentró a partir de la sal monobásica debido a mayor solubilidad que la dibásica evitando los problemas en la solubilización y/o cristalización. Se realiza ajuste pH 4-6 debido a tolerabilidad gastrointestinal y rango de actividad del metilparabeno. Según estudio de estabilidad fisicoquímica se debe mantener a temperatura ambiente. Desde el aspecto microbiológico es apta para consumo oral.

CONCLUSIONES

La formulación desarrollada tiene una caducidad de 56 días a temperatura ambiente y ausencia de cristalización. El hecho de contar con una formulación de fosfato oral más concentrada es una ventaja terapéutica para este grupo etario, permitiendo tener una mayor cantidad de ingreso de líquido disponible, que si se usara la fórmula actual debido al importante requerimiento de este electrolito.

TRABAJO 79

Formulación y administración segura de temozolomida en paciente pediátrica sin vía oral disponible: una intervención farmacéutica personalizada

SPIKERMANN K, MARSIGLIA LOPEZ JL, GOMEZ AP, SCHWERDT N, AIELLO CD

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: karim.spikerman@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

La temozolomida (TMZ) es un agente antineoplásico oral de tipo alquilante, capaz de atravesar la barrera hematoencefálica, indicada en tumores cerebrales como glioblastoma multiforme y astrocitoma anaplásico. Está clasificada como medicamento peligroso por NIOSH, dada su toxicidad, potencial carcinogénico y mutagénico, por lo que su manipulación exige estrictas medidas de bioseguridad.

Si bien se encuentra disponible comercialmente en cápsulas, esta presentación puede no ser adecuada para pacientes pediátricos, geriátricos o aquellos sin vía oral disponible.

El objetivo de este trabajo es elaborar una formulación magistral en suspensión a partir de cápsulas de TMZ para su administración alternativa, y diseñar material infográfico que facilite su manipulación segura en ámbitos hospitalarios y domiciliarios.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se presenta una paciente de 8 años con diagnóstico de glioma de alto grado confirmado por biopsia. Ante la imposibilidad quirúrgica, se indicó radioterapia de intensidad modulada y quimioterapia con TMZ. Al no contar con vía oral disponible, se preparó una suspensión para administración por sonda nasogástrica.

Se realizó una búsqueda bibliográfica y se consultó a hospitales con experiencia en formulación magistral, adoptando una fórmula publicada por la SEFH.

Se gestionó la compra de polivinilpirrolidona K-30, insumo no disponible en la institución. El laboratorio de formulaciones magistrales del hospital realizó la pesada y fraccionamiento de los excipientes, salvo TMZ.

La preparación se efectuó en una Cabina de Seguridad Biológica (CSB), bajo estrictos protocolos de limpieza y separación de otras formulaciones, dada la peligrosidad del principio activo.

La concentración final fue 10 mg/mL y su estabilidad, según la bibliografía consultada, se estimó en 60 días.

La paciente completó satisfactoriamente el tratamiento con TMZ durante los 42 días indicados y, una vez finalizado el esquema, regresó a su provincia de origen para continuar con los cuidados y controles correspondientes.

Como complemento, se elaboró material infográfico destinado a cuidadores y personal de salud, con el objetivo de orientar la manipulación segura del preparado, minimizando riesgos y promoviendo buenas prácticas. Este recurso educativo facilitó la comprensión de los pasos críticos del procedimiento y reforzó la importancia del uso de elementos de protección personal.

DISCUSIÓN

En nuestro hospital se dispensan aproximadamente 85 ciclos de TMZ anuales correspondientes a 20 pacientes, lo que refleja la necesidad de contar con estrategias para adecuar su forma farmacéutica.

El caso presentado evidencia el valor de adaptar medicamentos en función de las limitaciones clínicas, garantizando continuidad terapéutica y adherencia, especialmente en oncología, donde muchas veces no existen alternativas.

La utilización de una fórmula magistral validada aportó respaldo técnico y seguridad en cuanto a dosificación, estabilidad y compatibilidad. Las condiciones de elaboración, acordes a normativas de bioseguridad, protegieron tanto al personal como al preparado.

Se destaca la coordinación interdisciplinaria entre el equipo médico, farmacia y laboratorio de formulaciones magistrales, que permitió responder con celeridad a una necesidad terapéutica urgente. La estabilidad alcanzada ofreció ventajas logísticas al evitar preparaciones frecuentes y minimizar la exposición del personal.

De esta manera, se cumplieron los objetivos planteados: adaptar la forma farmacéutica de la TMZ a las necesidades de la paciente, y brindar herramientas que favorezcan una administración segura y efectiva tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio.

TRABAJO 30

Implementación de un sistema de notificación voluntario y anónimo de errores de medicación en un hospital pediátrico.

GONZÁLEZ MV, FARO PS, MEDAWAR R

Hospital Pediátrico de San Luis – San Luis – Argentina

Mail de contacto: valeriagonzalez26891@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los errores de medicación son causa prevenible de eventos adversos. En el Hospital Pediátrico de San Luis, a partir de observaciones clínicas y reportes informales, se identificó una frecuencia preocupante de errores en el proceso de medicación. La institución aún no dispone de un Comité de Seguridad del Paciente, lo que restringe mecanismos formales de gestión y prevención de estos eventos. La notificación espontánea presenta barreras como temor a represalias. Por ello, se implementó un sistema de reporte anónimo, dirigido a personal de salud y familiares, para facilitar la detección de errores y promover la cultura de seguridad, destacando el rol activo del farmacéutico como profesional clave en la identificación, registro y análisis de errores de medicación.

OBJETIVOS

Evaluar los eventos reportados mediante un sistema voluntario, anónimo y digital de notificación de errores de medicación implementado en un hospital pediátrico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal (abril 2024 - mayo 2025). Se diseñó un formulario digital anónimo (Google Forms), accesible mediante código QR en áreas clave (internación, guardia, farmacia ambulatoria, terapia intensiva), con seis preguntas cerradas, abiertas y opción múltiple. Variables: fecha, sector y descripción del evento, medicamento, si alcanzó al paciente y notificador. Los reportes se clasificaron según sistema anatómico-terapéutico (ATC), gravedad del Consejo Nacional Coordinador para la Notificación y Prevención de Errores de Medicación (NCCMERP, basada en Hartwig), clasificación de la Sociedad Americana de Farmacéuticos del Sistema de Salud (ASHP) y la adaptación española del NCCMERP. Estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes); para asociaciones, test exacto de Fisher.

RESULTADOS

Se obtuvieron 109 reportes. El área con más reportes: servicio de internación general de pacientes pediátricos (60; 55%). El 79,8% fueron notificados por farmacéuticos (87 reportes). Los errores que alcanzaron al paciente (57; 52,3%). La categoría de gravedad más frecuente fue C (llegó al paciente sin daño, 38,5%). Predominaron medicamentos del grupo ATC J (antibióticos de uso sistémico, 28,4%). Según ASHP, el error más común fue de prescripción (57,8%) y según NCCMERP adaptación española, predominó el de preparación/manipulación/acondicionamiento (19,3%). El mayor número de reportes se concentró entre abril y junio de 2024. Se observó asociación estadísticamente significativa entre errores graves y los que alcanzaron al paciente ($p < 0,05$).

DISCUSIÓN

Estos hallazgos coinciden con la bibliografía, que reporta mayor tasa de notificación con sistemas digitales y anónimos, especialmente por farmacéuticos. El servicio de internación general de pacientes pediátricos fue el que mayor reportes obtuvo, probablemente debido a su alta ocupación respecto a los demás sectores. Los errores se concentran en la prescripción y administración, puntos críticos del proceso de medicación. La mayor cantidad de reportes al inicio podría asociarse a la difusión inicial y alta circulación de antibióticos por infecciones respiratorias, en línea con picos estacionales descritos en la literatura. Se destaca que los reportes provenientes de familiares fueron escasos, probablemente por la limitada difusión

del sistema entre este grupo. Las limitaciones (unicéntrico, período acotado, sesgo de notificación voluntaria) también se citan en estudios similares, lo que sugiere interpretar los resultados con cautela y avanzar hacia sistemas más integrados y sostenibles.

CONCLUSIONES

Este sistema permitió describir los eventos reportados y detectar oportunidades de mejora. La alta participación del farmacéutico refuerza su rol proactivo en la seguridad del paciente. Esta experiencia evidencia que herramientas simples promueven la cultura de seguridad. Es necesario conformar un Comité de Seguridad del Paciente que estructure de manera sostenible la mejora continua de los procesos de medicación.

POSTERS SIN DEFENSA

TRABAJO 31

Implementación de un facilitador para reducir el tiempo de espera en la atención de pacientes ambulatorios en el Servicio de Farmacia del Hospital Escuela Eva Perón (FHEEP)

GARCIA Y, MAS A

Hospital Escuela Eva Perón – General Baigorria – Santa Fé – Argentina

Mail de contacto: yamilavanesagarcia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Escuela Eva Perón (HEEP), el incremento en la demanda de atención a pacientes ambulatorios en el Servicio de Farmacia provocó extensas filas de espera, desorganización y demoras en la atención. Estas situaciones generaron insatisfacción en los pacientes y sobrecarga en el personal. Como solución, se implementó la figura del facilitador en Farmacia Hospitalaria, cuya función principal es asistir al paciente ante distintas eventualidades que se puedan presentar al momento de la dispensa en la ventanilla de atención al público.

Con el objetivo de evaluar el impacto de esta estrategia, en la organización del Servicio de Farmacia y la reducción de los tiempos de espera en la atención de los pacientes ambulatorios.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Durante 90 días consecutivos, de lunes a viernes, entre las 8:30 y 13:30 hs, se llevó a cabo una experiencia observacional en el Servicio de Farmacia del HEEP. El técnico, agregó a sus tareas habituales, el rol de facilitador.

La población incluida fueron pacientes ambulatorios que se presentaban a retirar medicación. El facilitador recorrió la fila de espera, verificó que los pacientes contarán con la prescripción médica. En caso de detectar errores u omisiones, se los guió para resolverlos antes de llegar a la ventanilla. Cada intervención se registró en una planilla, consignando fecha, hora, cantidad de pacientes asistidos y motivo de intervención.

Se realizaron más de 100 intervenciones; las causas más frecuentes fueron falta de identificación en la prescripción y falta de stock de medicamentos en el Servicio de Farmacia.

DISCUSIÓN

La implementación del facilitador permitió anticipar y resolver errores previos a la dispensa, reduciendo significativamente el tiempo de espera en la atención, optimizando el flujo de

pacientes, comentarios positivos por parte de los pacientes, aunque no se utilizó un instrumento formal de evaluación. Entre las limitaciones, se destaca que la experiencia fue restringida a una franja horaria. Sin embargo, mostró un impacto positivo, replicable y de bajo costo.

TRABAJO 32

Hipertensión pulmonar en embarazo: tratamiento con epoprostenol y rol del farmacéutico

BAVA L, RIZZARDI F, MOLINA C, MALVICINI MA

Hospital Universitario Austral – Pilar– Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: lucilebava92@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La hipertensión pulmonar (HP) en el embarazo representa un cuadro clínico de altísimo riesgo, con una mortalidad materna reportada del 56% y neonatal del 13%. La combinación de sobrecarga hemodinámica gestacional y disfunción del ventrículo derecho (VD) condiciona una evolución impredecible. Su manejo exige un abordaje multidisciplinario en centros de alta complejidad, con disponibilidad de terapia intensiva, cuidados neonatales y experiencia en tratamientos vasodilatadores específicos como el epoprostenol (E), un análogo de la prostaciclina con acción vasodilatadora pulmonar potente y de inicio rápido, pero que conlleva riesgos asociados a su corta vida media y necesidad de infusión continua.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina de 39 años, con antecedentes de síndrome antifosfolipídico, hipotiroidismo y dos abortos espontáneos, cursando embarazo de 25 semanas. Fue derivada al Hospital Austral con diagnóstico reciente de HP severa (presión arterial pulmonar de 92 mmHg) y disnea clase funcional II. Se identificó disfunción del VD y antecedentes familiares de HP tipo I. Tras descartar tromboembolismo pulmonar, se confirmó el diagnóstico de HP idiopática/hereditaria.

Durante la internación, presentó hemoptisis y deterioro hemodinámico. Dado su riesgo obstétrico y cardiológico, se indicó inicio de E intravenoso en combinación con sildenafil, como terapia vasodilatadora de rescate. La estrategia terapéutica fue definida por el especialista en HP y posteriormente comunicada al equipo interdisciplinario, integrado por obstetricia, neonatología y farmacia clínica.

Se inició E a 2 ng/kg/min, utilizando una concentración estándar de 0,015 mg/ml.

La velocidad inicial, determinada según el peso fue de 0,48 ml/h, utilizando una tabla diseñada por el servicio de farmacia. La dosis se tituló gradualmente en función de la respuesta clínica y tolerancia hemodinámica, alcanzando una dosis de 6 ng/kg/min.

Se realizó cesárea a las 30 semanas con anestesia raquídea, soporte hemodinámico (noradrenalina, milrinona) y monitoreo invasivo. El tratamiento con E se mantuvo estable durante la cesárea y fue suspendido 48 h post-parto, tras una evolución favorable. La paciente fue externada tras estabilidad clínica y optimización del tratamiento ambulatorio. El desenlace de la recién nacida fue favorable, cursó dos meses de internación en neonatología por prematurez, con evolución estable y egreso sin eventos clínicos relevantes.

El farmacéutico participó activamente en distintas etapas. Desde la validación de la indicación, dosificación inicial y monitoreo de interacciones con anticoagulantes y vasodilatadores orales, hasta en la preparación y control de estabilidad de la solución. Se

implementaron estrategias para minimizar errores de administración, estandarizar protocolos de infusión continua y asegurar el acceso a la medicación durante todo el proceso quirúrgico y postoperatorio.

También participó en la educación al personal de enfermería y en la transición segura al tratamiento ambulatorio con análogos orales (macitentan, tadalafilo).

Desde el servicio de farmacia se generó una tabla dinámica que, al ingresar el peso y la concentración requerida por minuto, brinda la velocidad de infusión de forma automática sin necesidad de cálculos, minimizando errores de dosificación.

DISCUSIÓN

Este caso refleja la complejidad del manejo de la HP severa en el embarazo y resalta la importancia del abordaje multidisciplinario centrado en la paciente. El uso de E, en combinación con otras terapias, permitió estabilizar el cuadro hemodinámico y lograr un parto programado con buena evolución materno-fetal.

El rol del farmacéutico clínico fue determinante para la seguridad, eficacia y continuidad del tratamiento, desde la validación y preparación hasta el seguimiento, evidenciando la necesidad de integrarlo en los equipos de alta complejidad. Estas intervenciones se apoyaron en fuentes como el prospecto oficial (Veletri), UpToDate y Medscape.

TRABAJO 33

Atención basada en valor: fraccionamiento de estupefacientes en una farmacia quirúrgica de un hospital de alta complejidad

SCHWERDT N, PORTU MP, SPIKERMAN K, MANSILLA AG

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: nicole.schwerdt@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

La atención basada en valor (ABV) busca reorganizar los servicios de salud para optimizar resultados clínicos y experiencia del paciente en relación con los recursos utilizados. En el quirófano de angiografía digital, se detectó la necesidad de mejorar la gestión de estupefacientes (Estup) ante la falta de estandarización en diluciones, fraccionamiento (Fracc) y registros, lo que generaba variabilidad operativa, pérdidas por descartes y alta carga administrativa. Se implementó un procedimiento operativo estandarizado (POE) para mejorar la eficiencia, reducir desperdicios y reforzar la trazabilidad.

El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la implementación del POE para el Fracc de Estup.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto del Fracc de Estup en la farmacia (Farm) quirúrgica de angiografía, sobre la reducción de ampollas descartadas y formularios completados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en la Farm quirúrgica de Angiografía de un hospital de alta complejidad, durante diez meses: antes y después de la implementación de un POE para el Fracc de Estup.

Antes del POE, el Fracc y dilución de Estup eran realizados sin protocolos definidos, en ausencia de área específica, sin rotulado estandarizado, con registros manuales individuales por droga y paciente. No existía un circuito formal de control de remanentes.

Tras la implementación, se estableció un circuito estructurado: el Fracc fue realizado por el técnico de anestesia en área limpia del quirófano, bajo técnica aséptica, con diluciones estandarizadas y validadas por Fam. Para ello, se realizó una revisión de las dosis más comúnmente empleadas en el área. Cada preparación fue rotulada con nombre del paciente, concentración final, fecha/hora de elaboración y guardadas bajo llave hasta su uso. El farmacéutico/técnico controló la entrega. Al finalizar el procedimiento, el anestesiólogo registró dosis administradas y devolvió remanentes precintados. Finalmente, el descarte se realizó en presencia de testigo y fue documentado en un formulario digital único por paciente. Para evaluar el impacto del POE se analizó: promedio diario de formularios completos en el turno mañana, como indicador de carga administrativa; cantidad de ampollas descartadas de las drogas involucradas (Morfina, Fentanilo, Remifentanilo y Ketamina); porcentaje de descarte sobre el total de unidades dispensadas.

Se incluyeron los procedimientos del turno mañana en ambos períodos y se excluyeron aquellos con datos incompletos. La fuente de datos fue el sistema informatizado de Farm, planillas manuales y digitales de descarte y se procesaron con tablas dinámicas de Microsoft Excel.

RESULTADOS

El promedio diario de formularios completados descendió de 5 a 2 en el turno mañana, lo que implicó una reducción del 60 % en la carga administrativa. Las ampollas descartadas bajaron de 294 a 117, una disminución del 60,2 %. El porcentaje de descarte sobre el total dispensado se redujo del 35 % al 20 %, equivalente a una mejora del 15 %.

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian un impacto positivo tras la implementación del POE. La estandarización, el registro digital y el rol activo del farmacéutico mejoraron la trazabilidad y redujeron pérdidas. La bibliografía describe tasas de descarte del 15 % al 40 % en contextos similares, por lo que los resultados se consideran aceptables.

El descarte es inevitable, pero centralizar la preparación en un único área dentro del hospital podría minimizarse aún más. Este POE fue replicado en otras Farm quirúrgicas del hospital con resultados similares, lo que sugiere aplicabilidad institucional.

CONCLUSIONES

El Fracc estandarizado representa un avance en la gestión segura y eficiente de los Estup, con beneficios sobre la seguridad del paciente, eficiencia operativa y sustentabilidad. Refuerza el rol del farmacéutico en estrategias basadas en valor y abre nuevas líneas para profundizar la mejora de procesos en áreas críticas.

TRABAJO 34

Optimización de técnica para la preparación magistral de ácido holo-trans-retinoico para administración por sonda nasogástrica

CAPACCIOLI F, PERELSTEIN MM, GARCÍA M, NAVARRO NA, PICCALLO SI

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: florencia.capaccioli@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

El ácido holo-trans-retinoico (ATRA) es un fármaco de primera línea para el tratamiento de leucemia promielocítica aguda (M3). La presentación comercial es en cápsulas blandas de 10 mg.

El principio activo se encuentra en la tabla 2 de la lista NIOSH. Debe manipularse según las normas de seguridad del laboratorio de Farmacotecnia del Hospital.

En contexto de paciente con sonda nasogástrica (SNG) se decide buscar una forma de optimizar la técnica disponible para preparar la medicación en el laboratorio magistral.

El Hospital cuenta con dos técnicas que presentan limitaciones, por lo que se propone una mejora en la técnica utilizada en el sector de Farmacotecnia.

El objetivo es desarrollar una nueva formulación magistral de ATRA para su administración vía SNG, minimizar los riesgos asociados tanto para el paciente como para el personal sanitario y optimizar el proceso de preparación garantizando la uniformidad y precisión en la dosificación.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En el laboratorio magistral se utilizaba una técnica extraída del manual de Farmacotecnia de la SEFH, implicaba ablandar las cápsulas con agua a 45°, luego extraer el contenido de la cápsula con una aguja y vehiculizar en triglicéridos de cadena media (TCM). Las desventajas que presenta son: es difícil de ejecutar para farmacéuticos o técnicos que no estén habituados al trabajo de mesada, resulta riesgosa para el personal y el proceso para la correcta dosificación lleva un tiempo prolongado ante una emergencia.

Por otro lado se contaba con otra técnica tomada de la Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia que implicaba la disolución total de las cápsulas en una jeringa con TCM y agua a 45° en agitación. Se considera que esta técnica tiene riesgo para el paciente ya que, al no poder filtrar la suspensión, puede ocurrir que algún fragmento de cápsula sin disolver tape la SNG y el paciente requiera un recambio.

En base a las desventajas de las técnicas anteriores y la experiencia farmacéutica del equipo, se propone una nueva técnica a realizar con los siguientes materiales:

Jeringa de 20 y 60 mL

Obturador

Vaso de precipitados

cápsula

papel aluminio

Para la preparación se deben usar medidas de protección personal: doble par de guantes, barbijo, cofia y camisolín, además de un campo quirúrgico para no contaminar la mesada.

El procedimiento consiste en introducir las cápsulas necesarias en una jeringa obturada de 60 mL sin émbolo, reinstalar el émbolo, agregar 15 mL de agua a 45° y dejar reposar 1 minuto. Luego, se añaden 5 mL de TCM y se agita durante 30 segundos. Finalmente, se prensa el

contenido de la jeringa con el émbolo, recolectando el contenido en un vaso de precipitados, quedando las cápsulas vacías en la jeringa. Se recoge la emulsión resultante en una jeringa de 20 mL, se rotula y se conserva a temperatura ambiente, al abrigo de la luz. La formulación final es una emulsión agua-aceite, con el principio activo disuelto en la fase oleosa, favorecida por los excipientes lipofílicos de la presentación comercial.

Para garantizar la seguridad y la uniformidad de la preparación se controla en cada lote que el volumen final sea consistente con el esperado y control visual verificando que no haya restos de cápsulas ni partículas extrañas.

DISCUSIÓN

La técnica optimizada permitió una preparación reproducible, segura y estandarizada. Se eliminaron riesgos de punción, contacto directo con el principio activo y es más ágil. Además se consigue menor contacto del ATRA con elementos de mesada, ambiente y preparadores. La emulsión obtenida garantiza la extracción completa del contenido de la cápsula.

La principal limitación es que se necesita contar con personal entrenado las 24hs para su preparación ante una urgencia.

La nueva técnica desarrollada es más segura que las dos previamente existentes, tanto para los operarios como para los pacientes, por este motivo se reemplazó en el manual del Hospital la fórmula anterior por esta nueva propuesta.

TRABAJO 35

Neurotoxicidad inducida por ifosfamida: abordaje clínico-farmacéutico de un caso pediátrico

HUBSCHER C, BAVA L, MALVICINI MA, GUARNACCIA A, TORRES V.

Hospital Universitario Austral – Pilar – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: lucilebava92@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La ifosfamida es un agente alquilante utilizado en el tratamiento de tumores sólidos, como sarcomas de partes blandas, neuroblastoma, sarcoma de Ewing. Es un profármaco que requiere activación hepática para actuar sobre el ADN.

Su perfil de toxicidad incluyen mielosupresión, urotoxicidad, nefrotoxicidad y neurotoxicidad, manifestada como encefalopatía inducida por ifosfamida (EII). Esta complicación, puede aparecer incluso con dosis moderadas, especialmente en pacientes con factores predisponentes como insuficiencia renal, hipoalbuminemia, anemia o polimedicación.

El mecanismo fisiopatológico implica al cloroacetaldehído, un metabolito neurotóxico, junto con alteraciones en la homeostasis del glutatión y del metabolismo del ácido fólico.

El diagnóstico de EII es clínico, el abordaje implica la suspensión del agente, soporte sintomático y, en algunos casos, la administración de azul de metileno para revertir los síntomas neurológicos.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino de 12 años con diagnóstico de tumor maligno de la vaina de nervios periféricos, tratado inicialmente con cirugía, quimioterapia y radioterapia. Por progresión de enfermedad, se avanzó a un esquema intensificado con ifosfamida: 3000 mg, cisplatino: 75

mg y etopósido: 75 mg. Durante la administración del primer día del ciclo, presentó somnolencia profunda, mutismo, respuesta limitada a estímulos y movimientos espasmódicos de miembros superiores, sin fiebre ni alteraciones hemodinámicas significativas. Se solicitó interconsulta con toxicología, estudios de laboratorio que evidenciaron acidosis metabólica, y una RMN de cerebro que descartó síndrome de encefalopatía posterior reversible y patología estructural.

Desde farmacia se realizó una evaluación de causalidad, revisando factores predisponentes (polifarmacia, función renal alterada, hipoalbuminemia) y se consideró que los síntomas presentados por el paciente son los mismos que describe la bibliografía para EII. Con lo cual, se lo consideró como principal agente sospechoso. Desde toxicología, se indicó suspensión de psicofármacos con posible efecto depresor del SNC (escitalopram, levomepromazina), y administración de azul de metileno como antídoto, en dosis de 1 mg/kg cada 6 horas, una vez descartadas otras posibles causas de la clínica presentada por el paciente.

El paciente recibió por 24 hs el antídoto, en total 4 dosis de 30 mg; tras la primera administración, se observó mejoría progresiva del sensorio, con recuperación completa del estado neurológico sin secuelas ni efectos adversos. Si bien es uso off-label, no se firmó consentimiento.

La intervención farmacéutica incluyó la validación de compatibilidades, estabilidad del antídoto y verificación posológica. Se suspendió la administración del tercer día de ifosfamida para evitar una nueva exposición. Otra intervención, en conjunto con toxicología, consistió en la sugerencia de profilaxis con azul de metileno previo al próximo ciclo de quimioterapia para prevenir la recurrencia del cuadro.

DISCUSIÓN

La encefalopatía inducida por ifosfamida es una complicación potencialmente grave pero reversible, cuya identificación temprana requiere una alta sospecha clínica y la evidencia del uso de azul de metileno está basada en estudios observacionales.

El abordaje multidisciplinario fue determinante para lograr un desenlace favorable. La participación del farmacéutico permitió realizar una evaluación integral del tratamiento, identificar factores de riesgo, optimizar la farmacoterapia concomitante y proponer medidas basadas en evidencia, incluyendo el uso de antídoto.

Este caso subraya la importancia de integrar al farmacéutico en los equipos de atención de pacientes oncológicos.

TRABAJO 36

Detección temprana de medicamentos look alike en un hospital de comunidad

WAISMAN C, GUELER B, MUZYKA S, DELLACHIESA M

Hospital Británico de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: waismcla@hbritanico.com.ar

INTRODUCCIÓN

La identificación de medicamentos LASA (Look Alike – Sound Alike) es una recomendación internacional orientada a reducir errores de medicación.

Desde 2016, en la farmacia del Hospital Británico, existe una lista de medicamentos LASA Sound Alike (SA), definidos por su similitud fonética en el principio activo o nombre comercial,

para los que se toma la acción preventiva de identificación visual reetiquetándolos o reenvasándolos.

En cambio, la identificación de los medicamentos Look Alike (LA), aquellos con similitud visual, resulta más variable. Esto se debe a factores como el diseño de envases, rotulado de los laboratorios y características de las compras institucionales. Por estas razones, hasta el momento, la detección de los LA ha sido mayormente reactiva, posterior a su distribución y en respuesta a reportes o incidentes.

Nos propusimos avanzar hacia una estrategia activa y preventiva para la identificación de medicamentos LA, con el objetivo de anticipar riesgos y fortalecer la seguridad del paciente.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En el abordaje de medicamentos Look Alike (LA), nos enfocamos en las ampollas y frasco-ampollas con similitudes físicas,

Para ello, realizamos un relevamiento fotográfico de todos los medicamentos almacenados en el depósito, y definimos una serie de características descriptivas que permiten establecer agrupaciones entre presentaciones similares. Las características comparativas son

- Tamaño y color de la ampolla o frasco-ampolla
- Identificación mediante etiqueta o grabado directo
- Color de la tipografía (ya sea en la etiqueta o grabado)
- Presencia y color de las líneas en el bulbo de la ampolla

Se diseña un formulario digital de carga en el que se registran el código del medicamento en SAP, su denominación y todas las características mencionadas, junto con una fotografía del envase. Este formulario es completado por el personal técnico del depósito.

Los datos recolectados se integran automáticamente en una planilla Excel. Semanalmente el farmacéutico vincula el stock del depósito, y esto genera listas de medicamentos con similitudes físicas basadas en los criterios registrados.

El farmacéutico revisa estas listas de posibles LA, y analiza las acciones a tomar (etiquetado/reenvasado) sobre el grupo de mayor impacto. La información se documenta en una matriz de doble entrada que actúa como registro sistemático de las similitudes detectadas y a su vez es una herramienta de consulta para las compras institucionales.

El reenvasado se hace con envasadora de ampollas y el etiquetado se realiza con etiquetas autoadhesivas de LASA

Quedan excluidos de este proceso los medicamentos clasificados como de alto riesgo y los Sound Alike (SA), ya que estos son reenvasados de forma rutinaria por pertenecer a grupos críticos predefinidos.

Con cada nuevo ingreso de medicación, se verifica si la misma se encuentra en las tablas de registro. En caso negativo, se cargan sus datos y fotografía en el formulario.

Actualmente, nuestra base de datos cuenta con 255 medicamentos catalogados. A partir del análisis realizado, se han etiquetado y/o evitado la compra de alrededor de 40 medicamentos LA

DISCUSIÓN

Los errores LASA representan hasta el 25% de los errores en la administración de medicamentos. Aunque el impacto de los LA no se puede cuantificar, afectan la seguridad del paciente. Como estrategia sobre los LA, la bibliografía sugiere evitar la compra de medicamentos con envases similares y comparar los nuevos medicamentos con los ya disponibles para rotularlos y/o separarlos en su almacenado.

Es por ello que diseñamos un formulario que nos permite aplicar las recomendaciones de evitar la compra y/o etiquetar o envasar cuando coexisten medicamentos LA. Implementar estas medidas fortalece la cultura de prevención y mejora la seguridad.

TRABAJO 37

Evaluación de la seguridad del Balón de Bakri incorporado al al circuito de reuso en un hospital de alta complejidad

BUCCIARELLI, L., SCHWERDT, N.

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: ludmila.bucciarelli@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

El reuso de un dispositivo médico (DM) implica su uso repetido, incluso aquellos diseñados para un solo uso, siempre y cuando su reutilización no afecte sus propiedades ni comprometa su esterilidad. Dada la escasez de ciertos dispositivos en el contexto económico del país, se incorporó el Balón de Bakri (BB) al circuito de reuso (CRU) para controlar hemorragias postparto, especialmente tras cesáreas, donde el riesgo de sangrado ha aumentado. Este estudio busca evaluar la seguridad del reprocesamiento del BB, específicamente en términos de infecciones postoperatorias, incluyendo endometritis e infecciones pélvicas.

OBJETIVOS

Evaluar la seguridad del BB reprocesado, determinando la incidencia de infecciones asociadas a su uso, en relación con el total de cesáreas donde se utilizó el BB, ya sea nuevo o reprocesado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, analizando historias clínicas electrónicas de pacientes a las que se le colocó BB en obstetricia entre noviembre de 2023 y abril de 2025. Se registraron fecha de colocación, número de reprocesos, lote, episodios infecciosos y observaciones clínicas.

Se consideraron infecciones asociadas aquellas con signos clínicos como fiebre, elevación de leucocitos y alteraciones en cultivos urinarios durante la internación o reingreso dentro de 14 días post-alta.

La integridad del BB fue evaluada por médicos y el servicio de esterilización tras cada reprocesamiento.

El análisis económico consideró costos directos del proceso de esterilización con óxido de etileno, sin realizar un análisis costo-beneficio completo.

RESULTADOS

Se analizaron 26 colocaciones de BB, de las cuales 17 (65%) fueron reprocesadas. El 23,5% de las pacientes con BB reprocesado presentó infecciones asociadas. El número de reprocesos varió entre los balones, sin correlación clara con infecciones. No se reportaron fallas en la integridad del BB. El análisis económico mostró que el reprocesamiento es menos costoso que la compra de BB nuevos, optimizando recursos en un contexto de restricciones.

DISCUSIÓN

Los resultados sugieren que el uso de BB reprocesados es seguro si se siguen protocolos de limpieza, desinfección, esterilización y trazabilidad. Sin embargo, la ausencia de un grupo control limita la posibilidad de atribuir las infecciones exclusivamente al reuso.

La tasa de infecciones no es un dato concluyente y debe compararse con datos publicados. Por ejemplo, Villegas-Arias et al. reportaron una tasa de endometritis del 3.1% en pacientes con BB frente a 7.2% sin él, sugiriendo que el BB no aumenta el riesgo. En esta institución, el grupo con BB nuevo presentó una tasa de infección del 11% debido a infecciones de herida quirúrgica, pero la muestra fue pequeña, por lo que no es representativa. Factores externos como comorbilidades y condiciones quirúrgicas también pueden influir en la incidencia de infecciones y deben ser considerados en futuros estudios. El reprocesamiento resulta una alternativa viable y segura en contexto de restricciones, pero dada la inexistencia de trabajos previos, se requieren estudios comparativos con grupo control y análisis más profundos para confirmar resultados.

En cuanto a costos, demostró ser una opción económica viable, aunque no se realizó un análisis formal de costo-beneficio ni consideración de costos indirectos por infecciones.

CONCLUSIÓN

La incorporación del BB reprocesado al CRU en un hospital de alta complejidad es una estrategia segura y eficiente, siempre que se apliquen rigurosos protocolos de esterilización y control. Aunque la tasa de infecciones observada no puede atribuirse exclusivamente al reuso debido a la falta de un grupo control, los resultados son consistentes con las tasas reportadas en la literatura para el uso de BB nuevos.

TRABAJO 38

El rol del farmacéutico en la adherencia a la guía de práctica clínica del tratamiento del dolor

DIAZ MJ, MALVICINI MA, ORTIZ C

Hospital Universitario Austral – Pilar– Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: mariajidi@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones farmacéuticas y las guías de práctica clínica (GPC) son una herramienta para optimizar el tratamiento del dolor. El uso inadecuado de fentanilo (F) conlleva riesgos de sobredosis, dependencia y depresión respiratoria severa que incrementan el riesgo de vida de los pacientes. Desde el año 2022 el Hospital Universitario Austral (HUA) emplea una GPC para el manejo del dolor de pacientes no ventilados de 3 escalones: 1° escalón (dolor 1-4) uso de antiinflamatorios no esteroideos, opiáceos débiles como rescates; 2° escalón (dolor 5-7) opiáceos débiles en goteo y rescates; 3° escalón (dolor 8-10) opiáceos fuertes. Por la validación farmacéutica, la posibilidad de intervenir en prescripciones médicas y consensuar analgesia con el equipo tratante, desde farmacia se decide medir la adherencia a la GPC en conjunto con el área de calidad y seguridad del paciente y fomentar su cumplimiento mediante presentación de resultados en ateneos de morbimortalidad.

OBJETIVOS

Analizar adherencia a la GPC del tratamiento del dolor.

Medir la reducción del consumo de F.

Calcular el impacto económico de la reducción del consumo de F.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo cuantitativo, analítico, experimental, prospectivo, poblacional y transversal. Se llevó a cabo en el HUA durante el periodo enero 2023 a mayo 2025 analizando mensualmente de forma aleatoria 30 prescripciones de pacientes adultos internados por un lapso de al menos 24 horas (Criterios de inclusión: paciente adultos no ventilados). Se evaluó la historia clínica (hc) del paciente, la prescripción médica y si la misma cumplió con la GPC. Se desarrolló en conjunto con el área de Calidad y Seguridad del paciente de la institución una base de datos en excel donde se registraron las mediciones. Se obtuvo del sistema informático la cantidad de ampollas de F validadas en cada mes y se calculó el gasto institucional teniendo en cuenta el valor de compra del HUA.

RESULTADOS

Se obtuvo lo siguiente:

- Adherencia a la GPC: Se obtuvo el valor más bajo de adherencia con 17% en marzo 2024 y el 100% en el mes de abril de 2025.
- Consumo de F: Se registró una disminución del 36% entre el 2023 - 2024 y del 33% entre 2024 hasta mayo 2025.
- Impacto económico: Se observó que la reducción de consumo de F significó en un impacto estimado a favor del HUA de \$12.000.000 (doce millones de pesos) entre 2023 - 2024 y se proyecta una reducción de \$5.000.000 (cinco millones de pesos) entre 2024 - 2025.

DISCUSIÓN

La adherencia a la GPC del manejo del dolor y la optimización del uso del F son fundamentales para garantizar la seguridad del paciente y minimizar los riesgos asociados a su uso. Cuando el farmacéutico intervino las indicaciones de analgesia reforzando los criterios de la GPC para la indicación de fentanilo, se observó desconocimiento de la misma. Para mejorar la adherencia a la GPC se difundieron los datos en ateneos de morbilidad y se reforzó con los médicos la importancia del cumplimiento de la misma, así como restringir el uso del F para pacientes con dolor mayor a 8 y monitorizados (saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca). El rol del farmacéutico en la medición de la GPC de manejo del dolor es crucial, ya que posee acceso a la hc del paciente, a la evolución de enfermería (quienes evalúan el dolor regularmente y lo dejan asentado en hc) y a la prescripción médica donde puede realizar las intervenciones y advertencias necesarias para garantizar el uso seguro y más adecuado de la analgesia para cada paciente.

CONCLUSIONES

La participación del farmacéutico en el equipo de salud es una decisión institucional fundamental para que la adherencia a la GPC del tratamiento del dolor perdure ya que tiene acceso a la prescripción donde puede intervenir. Garantizando el uso adecuado de F, minimizando los riesgos asociados con su uso con un importante impacto económico, para que la atención médica cumpla los mayores estándares de calidad.

TRABAJO 39

Análisis causa-efecto de errores en la gestión de inventario de medicamentos e insumos biomédicos en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca

COSTA K, PHILIPPI A, VILLARREAL B, BENIA, N

Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca – CABA – Argentina

Mail de contacto: kcosta@buenosaires.gob.ar

INTRODUCCIÓN

La gestión eficiente de inventario en farmacia hospitalaria es esencial para asegurar la disponibilidad de insumos, evitando errores que afectan la atención segura. En contextos de alta rotación y limitaciones tecnológicas, se evidencian discrepancias entre stock físico e informático. Las metodologías Lean y Kaizen y el análisis causa-efecto (diagrama de Ishikawa) permite identificar los factores subyacentes que provocan errores. En Argentina, la literatura sobre su implementación en farmacia hospitalaria sigue siendo limitada.

Ante la la necesidad de reducir los errores de inventario detectados, decidimos implementar medidas basadas en dichas metodologías

OBJETIVOS

Identificar las causas de error en el registro de inventario del 20% de insumos que concentran el menor costo relativo, teniendo bajo control el stock de aquellos insumos que representan el 80% restante, en un hospital monovalente de rehabilitación, y evaluar el impacto de la intervención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental, de tipo pre-post sin grupo control, en el Servicio de Farmacia del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca (GCBA), durante los períodos julio-octubre 2023 (pre intervención) y marzo-junio 2024 (post intervención). Se trabajó sobre aquellos medicamentos e insumos biomédicos que representaban el 20% del presupuesto total, excluyendo los de mayor costo dado que ya se encontraban bajo controles específicos. Los farmacéuticos de guardia realizaron recuentos físicos semanales del stock del depósito activo. Se calcularon porcentajes de error comparando registros físicos con los del sistema informático.

Se clasificaron los errores en: Despacho/dispensación, Transferencias entre depósitos, Ingreso/almacenamiento.

A partir del análisis causa-efecto se identificaron aquellos factores asociados a los errores. Las intervenciones incluyeron mejoras en señalización, estandarización de procesos y actualización de planillas, y capacitación del personal. Se volvió a medir el porcentaje de error tras las intervenciones.

Resultados

Categoría de error

% Pre intervención

% Post intervención

Medicamentos

9,97%

6,16%

Insumos biomédicos

9,62%

8,72%

Los errores más frecuentes fueron: entrega de producto equivocado o mal registro de egreso (despacho/dispensación), omisión de movimientos internos (transferencia), alta con código incorrecto o ubicación errónea (ingreso/almacenamiento).

DISCUSIÓN

La reducción del porcentaje de errores refleja el impacto positivo de las medidas implementadas. Los resultados deben interpretarse con cautela debido a posibles sesgos (estacionalidad de productos, diferencias en carga de trabajo por turno).

Estos hallazgos son consistentes con experiencias recabadas en España (reducción del error de 30% en hospitales públicos) y Argentina (combinación de ciclos Kaizen y de auditorías internas).

Este trabajo destaca por su abordaje sistemático y por la adaptación de herramientas de mejora continua al contexto de un hospital público sin automatización.

Entre sus limitaciones incluyen: falta de un grupo control, posibles sesgos por estacionalidad y variabilidad entre observadores. La capacitación previa buscó homogeneizar la recolección de datos y minimizar dichas variaciones.

CONCLUSIONES

El uso análisis causa-efecto de acuerdo con las metodologías Lean y Kaizen permitió reducir errores críticos en la gestión de inventario, en un entorno de recursos limitados. La implementación de procesos estandarizados y el fortalecimiento del rol del farmacéutico resultaron claves para mejorar la trazabilidad. Se recomienda continuar con auditorías periódicas, uso de tecnología complementaria y formación continua del personal para sostener los logros alcanzados y promover una cultura de mejora continua.

TRABAJO 40

Evolución del consumo de Penicilina G Benzatínica en la Pre-pandemia, Pandemia y Post-pandemia para el tratamiento de sífilis en un Hospital General de Agudos

PERALTA A, CASANOVA P, LARREA D, PODDOUBNIAK K, TURIACI A, PERNICE C, SCARSELLETTA F, MARIANI P.

Hospital General de Agudos Dr Teodoro Álvarez – CABA – Argentina

Mail de contacto: alvarez_farma@buenosaires.gob.ar

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por *Treponema Pallidum* y su aumento sostenido en los últimos años representa un desafío para la salud pública. El tratamiento de elección es la penicilina G benzatínica (PGB), cuyo consumo constituye un indicador indirecto del comportamiento epidemiológico de la enfermedad y del acceso efectivo al tratamiento. En el Hospital de Agudos Dr T. Álvarez realizamos dos trabajos previos que evidenciaron un aumento del consumo del 71% de PGB entre el 1° semestre de 2018 vs. 2019. Sin embargo, con el inicio del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) de 2020, en el 1° semestre de ese año se obtuvo una marcada caída del 33% atribuida a la interrupción de la atención sanitaria y al aislamiento de contacto. De este análisis previo surge

la necesidad de evaluar la situación actual en el hospital respecto al consumo de PGB, después de pasado el impacto de la pandemia.

OBJETIVOS

Comparar y analizar el consumo de PGB para el tratamiento de sífilis durante la pre pandemia (2018-2019), el ASPO (2020) y post pandemia (2025). Identificar tendencias.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se analizaron datos históricos del consumo de PGB durante el 1er semestre de 2018, de 2019, de 2020, y de forma prospectiva desde enero a abril de 2025 en nuestro hospital. Se incluyeron recetas de pacientes internados y ambulatorios con diagnóstico de sífilis. Se consideró una unidad (U) como 1 ampolla de PGB 2.400.000 UI dispensada. La variable analizada fue promedio mensual de U y se compararon los períodos. En el caso del año 2020, se hizo una distinción entre promedios mensuales del 1er trimestre y 2do trimestre dado el impacto del ASPO en la dispensa.

RESULTADOS

En el 1º semestre de 2018 se dispensaron en promedio 18 U/mes y en el mismo periodo de 2019, 31 U/mes. En 2020 el promedio fue de 21 U/mes, con una diferencia entre enero-marzo (35 U/mes) y abril-junio (7 U/mes). En el período enero-abril de 2025, se dispensaron 29 U/mes en promedio. La disminución observada durante el ASPO y la posterior recuperación en 2025 no alcanzan los valores de 2019 ni del primer trimestre de 2020.

DISCUSIÓN

Los datos recabados en nuestro hospital en 2025 muestran una recuperación de U de PGB dispensadas para sífilis post pandemia, pero sin llegar a los valores previos a la pandemia. Según el Boletín Epidemiológico Nacional n° 719 (2024), la tasa de sífilis en Argentina fue de 51 cada 100.000 habitantes en 2018, 56 en 2019, 23 en 2020, 27 en 2021, 58 en 2022 y 69 en 2023, lo que indicaría una importante suba en el período post-pandemia. Al ser una enfermedad de notificación obligatoria desde noviembre de 2022, este cambio podría explicar el incremento registrado en 2023. Sin embargo, no puede descartarse una suba real en la incidencia, por lo que será necesario contar con los datos de 2024 y 2025, que aún no se encuentran disponibles. Como limitaciones del trabajo no se analizó diferencias por sexo ni otros factores clínicos y el análisis de 2025 se restringe a los primeros cuatro meses. A partir de estos hallazgos, se propone avanzar en la mejora de la continuidad del tratamiento, mediante un registro nominal de dosis por paciente que vincule diagnóstico, tratamiento prescrito y esquema para alertar tempranamente al equipo tratante ante interrupciones y favorecer la adherencia. El rol del farmacéutico hospitalario se posiciona como un actor clave, promoviendo un modelo de atención centrado en el paciente y no solo en la disponibilidad del insumo.

CONCLUSIONES

La sífilis continúa siendo un problema de salud pública. El análisis evidenció una recuperación del consumo de PGB en 2025 respecto a 2020, aunque sin alcanzar aún los valores pre pandemia. Los hallazgos permiten identificar oportunidades de mejora y refuerzan la necesidad de fortalecer estrategias de diagnóstico, seguimiento y adherencia al tratamiento en el abordaje de esta enfermedad.

TRABAJO 41

Perfil de pacientes de Salud Mental asistidos por guardia: ventana de oportunidades a la intervención farmacéutica

CASANOVA P, PERALTA A, LARREA D, PODDOUBNIAK K, TURIACI A, PERNICE C, SCARSELLETTA F, MARIANI P

Hospital General de Agudos Dr Teodoro Álvarez – CABA – Argentina

Mail de contacto: alvarez_farma@buenosaires.gob.ar

INTRODUCCIÓN

El Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez cuenta con un servicio de Urgencias en Salud Mental (SM) que brinda atención continua, incluyendo provisión de medicación por 72 horas hasta la obtención de un turno médico. Durante la validación y dispensación de recetas ambulatorias en la guardia, el farmacéutico hospitalario identificó un patrón de asistencia recurrente de pacientes que solo buscaban retirar medicación, sin manifestar urgencias clínicas evidentes. Esta observación empírica motivó el presente estudio, orientado a describir el perfil de los pacientes que retiran medicación luego de consultas por la guardia de SM, caracterizar los motivos por los cuales utilizan la guardia como vía de acceso al tratamiento farmacológico, identificar los psicofármacos más frecuentemente prescritos en esta modalidad de atención y detectar oportunidades de intervención desde la Farmacia Hospitalaria (FH).

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo, donde se incluyeron pacientes ambulatorios que retiraron medicación tras concurrir a la guardia externa de SM del Hospital de agudos Dr. Teodoro Álvarez, en cortes transversales semanales los días martes de abril de 2025. Según el motivo de consulta registrado en la evolución médica, se realizó una categorización de 56 pacientes en 3 grupos: Urgencia (descompensación aguda), Acceso a la medicación (AM, paciente en seguimiento médico sin descompensación que concurre por faltante de medicación) y Acceso al Sistema (AS, paciente sin descompensación, bajo control por guardia sin turno programado, con o sin faltante de medicación). Se calculó la recurrencia (R, cantidad de visitas del mismo paciente a la guardia de SM del hospital durante el período Abril 2024-25) y se relacionó con dichas categorías. Los psicofármacos más frecuentemente prescritos, de acuerdo al porcentaje de pacientes con dicha medicación, fueron: clonazepam (43%) y lorazepam (25%) y antipsicóticos atípicos: risperidona (36%), quetiapina (21%) y olanzapina (11%). El 38.2% de los pacientes analizados acudieron por U con una R entre 1 y 7; el 20% se presentó por AM, con una R entre 1 y 17 y el 41.8% concurrió por AS, con una R entre 1 y 111; dentro de este grupo, el 42% registró más de 20 consultas en el período analizado.

DISCUSIÓN

Los datos muestran que la mayoría de las consultas no responden a urgencias clínicas sino a necesidades de acceso a medicación y seguimiento. Esto sugiere un uso crónico de la guardia como punto de acceso al tratamiento, consecuencia de la falta de turnos programados. Si bien la guardia podría interpretarse como un recurso disponible para los pacientes de SM, las

historias clínicas reflejan dificultades reales para acceder a los controles, lo que refuerza la hipótesis de una demanda no resuelta más que una elección del paciente. Esta dinámica implica una sobrecarga del servicio, falta de trazabilidad clínica y discontinuidad terapéutica. Desde la FH, se identifican oportunidades de intervenciones concretas: registro y seguimiento de pacientes de alta recurrencia, proponer estrategias de continuidad en la entrega de psicofármacos en coordinación con el equipo de SM para garantizar continuidad del tratamiento, diseñar registros de pacientes frecuentes y reportes para favorecer la articulación con servicios ambulatorios, generar indicadores de uso de medicamentos en SM que permitan evaluar impacto, adherencia y necesidades reales.

TRABAJO 42

Validación farmacéutica clínica en la formación inicial de farmacéuticos residentes en Salta

DIP E, MURUAGA G, CONDORI B, MANDRILE M

Hospital San Bernardo – Salta – Argentina

Mail de contacto: depzoti@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el año 2023 se inicia la primera residencia de farmacia hospitalaria (RFH) en el Hospital San Bernardo (HSB) de la provincia de Salta bajo la Resolución Ministerial N° 0912/23. De este modo se suman a 11 la cantidad de provincias en la Argentina que tiene implementada esta modalidad de formación profesional, tomando como antecedentes la referencia de las publicaciones existentes en la revista de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital del año 2024 que refiere a Proceso de acceso y formación de farmacéuticos para la residencia en Farmacia Hospitalaria (Volumen 48, Número 5, Septiembre-Octubre 2024, Páginas T198-T203). El programa formativo de la RFH en el HSB aborda áreas de: gestión, dispensación, clínica, elaboración, esterilización y docencia e investigación. Los farmacéuticos de la segunda cohorte inician actividades en el área clínica en la sala de Cirugía General de Mujeres (CGM) con la validación farmacéutica (VF) de prescripciones médicas digitales. Este trabajo se enfoca en el análisis de registros de validaciones, intervenciones farmacéuticas (IF) y tipificación de errores de medicación (EM).

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Durante los meses de diciembre 2024 hasta febrero 2025, diariamente se extraía del sistema informático el listado de pacientes internados en la sala CGM y se validaban las prescripciones digitales en dosis 24 hs. Se realizaron 1967 validaciones de un total de 2120 prescripciones digitales, la diferencia de 153 se debió a factores como altas médicas, derivación a otros servicios, óbitos entre otros. Se analizaron los EM, clasificados en prescripción y preparación, registrándose en una planilla adaptada del formato ANMAT. No se incluyeron errores de administración de medicamentos, ya que el sistema de registro conjunto con enfermería se encuentra en etapa de diseño e implementación. Fueron detectados un total de 60 EM, correspondiendo 50 a la etapa de prescripción y 10 a la de preparación. Las IF de los errores de prescripción fueron abordados mediante comunicación directa con el profesional tratante en conjunto con la instructora para su corrección. Los errores de prescripción registrados corresponden a: días de tratamiento, dosis, forma farmacéutica y duplicidades terapéuticas. Los errores de preparación se resolvieron en el momento mediante la implementación del doble control dentro del servicio de farmacia.

DISCUSIÓN

De los 60 errores de medicación EM detectados en el período analizado, 50 corresponden a la etapa de prescripción y fueron prevenidos mediante intervenciones farmacéuticas, lo que resalta la importancia de la VF. Los 10 errores restantes, correspondientes al proceso de preparación, se corrigieron a través del doble control implementado como procedimiento de seguridad en el Servicio de Farmacia. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por la Revista de la Organización de Farmacéuticos Ibero-Latinoamericanos (OFIL, 2019), que, en un estudio sobre intervenciones farmacéuticas en un sistema de prescripción electrónica asistida en un hospital de tercer nivel, destaca la eficacia de dichos sistemas y el rol del farmacéutico como barrera de seguridad a través de la validación de prescripciones digitales.

Las actividades clínicas desarrolladas en la Sala de CGM permitieron la inserción en la práctica hospitalaria y la adquisición de herramientas para prevenir EM, favoreciendo la integración del farmacéutico con el equipo de salud para garantizar la seguridad, eficacia y eficiencia de la farmacoterapia. A medida que el sistema de registro de errores de administración se consolide, se espera una mejora progresiva en la detección y prevención de riesgos asociados a la medicación, reforzando el compromiso del HSB con la seguridad del paciente.

TRABAJO 43

Preparado magistral de papaína para desbridación enzimática en úlceras y quemaduras en pacientes adultos internados en un hospital.

CRETÓN J, FUENTES N, GARCÍA C, VILLIVAR J

Hospital Zonal Trelew Dr Adolfo Margara – Trelew – Chubut – Argentina

Mail de contacto: farmaciahztw@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las úlceras crónicas y quemaduras son un problema para la práctica clínica, por su impacto en la calidad de vida del paciente y los recursos del sistema de salud. Un factor clave del tratamiento en este tipo de lesiones es la desbridación, o sea, la eliminación de tejido necrótico o desvitalizado cuando el proceso de cicatrización se ve comprometido.

La desbridación suele realizarse de forma mecánica y quirúrgica, son métodos efectivos pero dolorosos, costosos y no siempre viables en todos los pacientes. El desbridamiento enzimático surge como la alternativa menos invasiva.

La Papaína es una enzima proteolítica que se encuentra en forma natural en la papaya (Carica papaya), demostró eficacia para degradar tejido no viable facilitando su eliminación y mejorando la granulación de heridas a sanar, lo que la hace eficiente para su uso.

Este trabajo busca evaluar el uso de un preparado magistral de papaína gel que se obtiene luego de revisión bibliográfica de artículos científicos y académicos de colegas del Hospital del Quemado, Scielo; como tratamiento para la optimización del manejo de las heridas por quemaduras y úlceras crónicas en pacientes internados en un hospital, como así también dar solución al tiempo de permanencia nosocomial.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia clínica del preparado magistral de papaína asociada a urea y cisteína para uso tópico en el tratamiento de úlceras y quemaduras en pacientes hospitalizados.

Establecer un protocolo seguro y reproducible para la elaboración de gel.

Evaluar la eficacia con respecto a los tiempos de cicatrización de otros métodos tradicionales, estadía hospitalaria y costos.
Valorar posibles reacciones adversas al tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio es observacional, descriptivo y prospectivo.

Lugar y duración: servicio de internación de un Hospital, en un período de 8 meses

Población de estudio: Pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de úlceras crónicas o quemaduras que requirieron desbridación.

Criterios de inclusión:

Heridas con presencia de úlceras, tejidos necrosados.

Heridas por quemaduras en distintas graduaciones

Criterio de exclusión:

Alergia conocida a la papaína, a componentes del gel.

Pacientes pediátricos.

Variables medidas:

Área de la herida

Presencia de tejido necrótico

Tiempo de desbridación y tiempo de granulación.

RESULTADOS

Se incluyeron veinte pacientes, doce con úlceras por presión y 8 con quemaduras de segundo grado o superior según criterio médico.

Se observó en el 90% de los pacientes tratados por quemadura mejoras visibles en la evolución de la herida.

Se observó que en el corto lapso de 5 días una quemadura de segundo grado pasó a tener 50% de tejido limpio y epitelizado.

Se redujo el tiempo de internación en hasta un 50% e ingresos a quirófano hasta en un 100%, lo que lleva significativa reducción de costos.

No se observan reacciones adversas al tratamiento.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos concuerdan con la literatura que respalda el uso de la papaína, rompiendo los enlaces peptídicos de las proteínas necróticas, lo que facilita su eliminación sin procedimientos quirúrgicos.

La elaboración y uso de un preparado magistral permitió una aplicación controlada, segura y efectiva reduciendo los procesos invasivos. Participación activamente en la aplicación del gel, la observación de una buena tolerancia y una mejora en la cicatrización de las heridas.

CONCLUSIONES

El preparado magistral representa una herramienta terapéutica útil, segura y adaptable para el tratamiento de úlceras y quemaduras en el entorno hospitalario.

Se logra un protocolo de elaboración y uso reproducible, con prescripción adecuada y seguimiento clínico continuo.

Se demuestra mayor eficacia en relación a productos y técnicas de uso habitual, logrando una eliminación rápida y no traumática del material proteico no deseado, evitando infecciones

intrahospitalarias, reduciendo el tiempo de internación, intervención quirúrgica y con ellos los costos.

TRABAJO 44

Uso racional de IBP inyectables. perspectiva económica y ecológica

SERGI J, RIQUELME B , MALAGRINO L, DEPALMA M, PALAMARA C

Hospital General de Agudos Cecilia Grierson – CABA – Argentina

Mail de contacto: sergijohanna@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se encuentran entre los medicamentos más frecuentemente prescritos en el ámbito hospitalario. En el marco del uso racional de medicamentos, se establece que los pacientes deben recibir tratamientos adecuados en el momento oportuno, con la medicación, dosis y duración ajustadas a sus necesidades individuales, y al menor costo posible.

Al iniciar nuestras actividades como farmacéuticas clínicas en una unidad específica del hospital, observamos un consumo elevado de omeprazol inyectable en relación con la cantidad de camas ocupadas. Esta situación motiva un análisis más profundo, marcando el inicio de nuestra primera intervención institucional a largo plazo.

Una revisión bibliográfica sobre el uso de IBP en contextos hospitalarios reveló que muchas indicaciones de omeprazol inyectable eran innecesarias. Este uso inapropiado genera preocupación desde el plano farmacoterapéutico, y a la vez desde lo económico y ambiental: mayores costos, aumento en el consumo de materiales descartables, incremento de residuos hospitalarios.

Ante esta realidad, se decide desarrollar e implementar un proyecto interdisciplinario orientado a promover el uso racional de los IBP en el área de internación de clínica médica. El objetivo principal fue mejorar la calidad de atención, optimizar recursos y contribuir a la sostenibilidad del sistema de salud.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se realizó un análisis cuantitativo del consumo de omeprazol en el servicio de internación de clínica médica, considerando sus dos presentaciones: cápsulas de 20 mg y frascos ampolla de polvo liofilizado de 40 mg.

El estudio abarcó el período comprendido entre marzo de 2024 y marzo de 2025, y contempló variables como la ocupación de camas, las unidades dispensadas de ambas presentaciones y las intervenciones realizadas. Se evaluó la evolución del consumo tras la implementación del proyecto de uso racional.

En lo que respecta a la formulación inyectable, se evidenció una reducción significativa: su uso pasó de representar el 19 % al 6 % en relación con la ocupación de camas.

Desde el punto de vista presupuestario, se logró una disminución del gasto estimada en aproximadamente 1.4 millones de pesos anuales.

En términos ambientales, se calculó una reducción anual de residuos equivalente a 400 ampollas (considerando tanto el frasco con polvo liofilizado como el diluyente), además de 200 jeringas y agujas.

DISCUSIÓN

El análisis del consumo de omeprazol en el servicio de clínica médica permitió identificar beneficios concretos asociados a la implementación de prácticas de uso racional. No obstante, el estudio presentó algunas limitaciones metodológicas. No se incluyeron variables como la duración de los tratamientos, la adherencia al proyecto previo a la prescripción, ni otros factores que podrían haber influido en el patrón de consumo observado. Asimismo, la falta de datos precisos sobre costos indirectos e impacto ecológico limitó la cuantificación de los resultados en esos aspectos.

En cuanto a la evidencia bibliográfica, estudios como los de Heidelbaugh et al. (2012) y Delgado et al. (2019) analizan el uso inadecuado de IBP en el ámbito hospitalario, señalando que entre el 40 % y el 70 % de las prescripciones podrían no estar justificadas según las guías clínicas internacionales. Estos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en este trabajo, especialmente en relación con la utilización innecesaria de la formulación inyectable. Los beneficios del uso racional se reflejaron en tres resultados concretos: reducción en el consumo de ampollas de omeprazol inyectable, disminución en la generación de residuos hospitalarios y optimización de recursos económicos.

Estos efectos positivos, tanto desde el punto de vista terapéutico, económico como ambiental, confirman el impacto institucional que puede generar un proyecto de sensibilización y seguimiento en la prescripción de medicamentos de alto consumo.

TRABAJO 45

Evaluación del uso de buches magistrales preventivos en mucositis oral de pacientes oncohematológicos trasplantados

SIMONELLI S M , MARTINEZ PATIÑO L

Hospital Privado Universitario de Córdoba – Córdoba – Argentina

Mail de contacto: simonellisofiahp@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La mucositis oral es una de las complicaciones más frecuentes y debilitantes en pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante hematopoyético, como resultado de los regímenes de acondicionamiento con quimioterapia. Se manifiesta con dolor intenso, dificultad para alimentarse y comunicarse, incremento del riesgo infeccioso y, en muchos casos, requiere modificar o interrumpir el tratamiento principal, afectando la calidad de vida y la adherencia terapéutica.

En nuestra institución, el manejo habitual incluía una formulación magistral terapéutica para aliviar la mucositis ya instalada (lidocaína +sucralfato+difenhidramina).

Sin embargo, surgió la inquietud de buscar la forma de prevenir a esta problemática donde se planteó que la administración anticipada de una formulación magistral con fines preventivos podría reducir la incidencia, severidad y duración de la mucositis en pacientes trasplantados. Cabe aclarar que ésta última es distinta a la utilizada para el alivio de síntomas de mucositis, conteniendo: nistatina+sorbitol+jarabe simple. El presente estudio tiene como objetivo evaluar el impacto de dicha formulación preventiva.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto del uso de una formulación magistral de buches preventivos sobre la incidencia, grado y duración de la mucositis oral en pacientes trasplantados; Comparar la

evolución de la mucositis en dos grupos de pacientes internados en abril (sin buches preventivos) y mayo (con buches preventivos); Evaluar la adherencia de los pacientes a la estrategia preventiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Cohorte retrospectiva comparativa.

Población: 22 pacientes internados en el Hospital para trasplante hematopoyético durante los meses de abril y mayo de 2025.

Criterios de inclusión: pacientes sometidos a trasplante autólogo o alogénico con historia clínica completa y evolución registrada.

Grupos:

- Grupo A: 11 pacientes internados en mayo que recibieron buches preventivos desde el inicio del acondicionamiento.

- Grupo B: 11 pacientes internados en abril sin prevención.

Variables registradas: edad, tipo de trasplante, régimen de acondicionamiento, aparición y grado de mucositis (escala OMS), día de inicio, duración (días) y nivel de adherencia al tratamiento preventivo (definido como cumplimiento $\geq 90\%$ de las indicaciones de administración según registro en planillas de enfermería.) Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas.

Consentimiento: estudio retrospectivo sobre datos clínicos anonimizados, sin intervención directa.

RESULTADOS

Incidencia de mucositis: Grupo A 30% / Grupo B 40%.

Grado promedio: Grupo A I-II / Grupo B II-III.

Duración media: Grupo A: 3 días / Grupo B: 6 días.

Adherencia al tratamiento preventivo (Grupo A): 10/11 pacientes (91%) presentaron adherencia alta.

DISCUSIÓN

El uso de la formulación preventiva mostró una asociación con menor incidencia, severidad y duración de mucositis oral. Esta estrategia preventiva parece contribuir a una mejor tolerancia al tratamiento oncológico, evitando interrupciones en la ingesta oral y en la vía de administración del tratamiento.

Las limitaciones del estudio incluyen el número reducido de pacientes, el corto período de análisis y su carácter retrospectivo. Será necesario continuar con el seguimiento longitudinal y ampliar la muestra para confirmar estos hallazgos.

CONCLUSIONES

La utilización de una nueva formulación magistral de buches con fines preventivos se asoció a una reducción en la incidencia, severidad y duración de la mucositis oral en pacientes oncohematológicos sometidos a trasplante. Su implementación temprana demostró ser segura, bien tolerada y fácilmente adaptable.

Los resultados mostraron diferencias claras entre los pacientes internados en abril (sin preventivo) y mayo (con preventivo), cumpliendo con el objetivo de evaluar el uso de la formulación. Asimismo, se observó una alta adherencia en el grupo preventivo, cumpliendo con todos los objetivos propuestos.

TRABAJO 46

Implementación del proceso de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario

GIACOBBE N, ESCOBAR J, ARMALEO L, PELELLA M, DE LAS FLORES V, ZÚCCARO A, ARRECHE N.

Hospital Naval Buenos Aires "Cirujano Mayor Doctor Pedro Mallo" – CABA – Argentina

Mail de contacto: ng.giacobbe@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Durante el seguimiento farmacoterapéutico realizado por el farmacéutico clínico se observa la necesidad de realizar conciliación terapéutica (CT). Este es el proceso mediante el cual se compara la medicación habitual de un paciente con la prescripción indicada durante su internación, para detectar y corregir discrepancias (DS) en la transición asistencial. Este procedimiento contribuye a garantizar una atención segura, eficaz y costo-efectiva. La División Farmacia Clínica del Hospital Naval Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo (HNPM) en el marco del Comité de Seguridad del Paciente propuso su implementación al momento del ingreso.

OBJETIVOS

Implementar el proceso de CT en el HNPM.

Mejorar la seguridad del uso de medicamentos mediante la detección y corrección de las DS que no pudieran ser justificadas entre la medicación de base del paciente y la prescrita al ingreso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional, prospectivo que incluyó a los pacientes internados en las áreas de ginecología y traumatología durante un período de 8 meses, en el HNPM. Se implementó una guía de procedimiento, una ficha de CT y una base de datos en Excel para registro y análisis. El proceso se realizó en tres etapas: recopilación de información del paciente a partir de historia clínica y la entrevista inicial de enfermería; comparación con la prescripción electrónica realizada al ingreso; resolución de DS detectadas mediante la comunicación con el médico tratante. Las DS se clasificaron según su tipo (omisión, dosis, frecuencia, vía de administración) y su resolución, es decir, si es justificada por el médico o requiere aclaración. Se midieron dos indicadores: porcentaje de pacientes en los que se detectó alguna discrepancia sobre el total de pacientes y número de DS que requieren aclaración sobre las detectadas.

RESULTADOS

Se implementó el proceso de conciliación en los servicios de ginecología y traumatología del HNPM.

De un total de 262 pacientes relevados, se detectaron DS en al menos un medicamento al ingreso de 35 de ellos (13%). 108 pacientes (41 %) no requirieron CT por no tener medicación de base y el resto, 119 pacientes (46 %) se concilió la medicación de base sin ningún tipo de discrepancia.

De un total de 458 especialidades medicinales conciliadas, 131 (30%) presentaron DS. De estas 131, 100 (76%) fueron justificadas por sustituciones terapéuticas (48), suspensiones basadas en criterio médico (29) y por inexistencia de la especialidad en el vademécum del

hospital y provisión por el paciente (23). Y de las 31 DS (24%) que no tenían justificativo al momento de la detección, ocurrieron por error en el medicamento prescripto (2), omisión de prescripción (25) y error de dosis (4). En este último caso, la intervención del farmacéutico clínico logró detectar los errores de prescripción y solicitó la corrección de la receta electrónica.

DISCUSIÓN

La CT al ingreso en el HNPM mejoró la seguridad del paciente mediante la detección y corrección de DS en la medicación. La participación de manera articulada de médicos, enfermeros y farmacéuticos clínicos fue clave para la sostenibilidad del proceso. Esta experiencia reafirma la importancia del rol del farmacéutico clínico en los equipos de atención y destaca el valor de incorporar esta práctica como parte del abordaje integral del paciente internado.

Al incluir solo pacientes de ginecología y traumatología, limitó la actuación ya que muchos no contaban con medicación de base al ingreso, siendo el rango etáreo entre 35 y 75 años.

CONCLUSIONES

La implementación de CT al ingreso, mediante la detección y corrección de DS en la medicación, demostró ser una herramienta eficaz para identificar errores frecuentes en la transición del paciente ambulatorio al ámbito hospitalario. La participación activa del farmacéutico clínico permitió mejorar la seguridad del paciente y optimizar el uso racional de los medicamentos.

TRABAJO 47

Abordaje multidisciplinario en paciente con obesidad severa y leucemia mieloide crónica

BARBOZA JP, ORICCHIO F, RAMÍREZ F, MATOSAS V, VÁZQUEZ M, STEVENAZZI M, MALDONADO C

Área Biofarmacia y Terapéutica, Facultad de Química, Universidad de la República – Uruguay

Mail de contacto: juanpablobarbozagon@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La obesidad tiene gran impacto sobre la farmacocinética y farmacodinamia de varios fármacos, incluyendo los inhibidores de tirosina quinasa (ITK), primera línea en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica (LMC). Alteraciones en la absorción, distribución y eliminación pueden modificar la exposición sistémica, generando falla terapéutica o toxicidad. En este contexto, es clave un abordaje integral que considere el estado nutricional y metabólico del paciente, junto con eventuales ajustes posológicos. Esta estrategia permite optimizar la respuesta terapéutica, brindando una terapia más segura, personalizada y con mejores desenlaces clínicos en pacientes con LMC y obesidad.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Mujer de 31 años con obesidad severa (IMC: 52,4 kg/m²) y LMC en fase crónica (Sokal: intermedio; ELTS: bajo). Inició tratamiento con imatinib, luego rotó a dasatinib y finalmente a nilotinib por falta de respuesta molecular. Ante las dificultades para alcanzar la respuesta al tratamiento se plantea la evaluación integral de su farmacoterapia, por parte del químico farmacéutico del equipo de seguimiento de pacientes de la policlínica de Neoplasias

Mieloproliferativas del Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay. Se recopilaron datos clínicos y paraclínicos, y se investigaron interacciones fármaco-fármaco/alimento y reacciones adversas a medicamentos (RAMs) mediante Google Scholar, PubMed y Medscape. Las RAMs se evaluaron con el algoritmo de Naranjo (imputabilidad) y CTCAE v5 (gravedad). La adherencia, estimada con el SMAQ, clasificó a la paciente como adherente.

En abril de 2023 inició atorvastatina, y en junio presentó hepatotoxicidad severa que motivó la suspensión de nilotinib. Tras evaluar los hallazgos, en octubre se suspendió atorvastatina y se reinició nilotinib a baja dosis, separando su administración de las comidas. Al mes se aumentó la dosis, logrando una respuesta molecular mayor. Cuatro meses después se resolvió la hepatotoxicidad.

Las RAMs relacionadas con los ITKs (diarrea, dermatitis, infecciones, hepatotoxicidad, alopecia) fueron catalogadas como posibles o probables, de gravedad grado 1 o 2. A continuación, se detallan cronológicamente:

07/11/2022 (dasatinib): diarrea, clasificada como posible y de gravedad grado 2, la cual mejoró con el paso del tiempo. También se documentó dermatitis, considerada posible y de gravedad grado 2.

21/05/2022 (nilotinib): infección de piel y partes blandas, con imputabilidad posible y gravedad grado 2. Evolución fue favorable tras tratamiento con antibióticos tópicos y orales.

07/06/2022 (nilotinib + atorvastatina): hepatotoxicidad, evaluada como posible y de gravedad grado 2, con bilirrubina total 2,24 mg/dL, bilirrubina indirecta 1,56 mg/dL, TGO 55 U/L, TGP 71 U/L y GGT 110 U/L.

18/09/2023 (nilotinib, aumento de dosis): picazón en rostro, cuello y tórax, reacción clasificada como probable y de gravedad grado 2. También se registró alopecia, con imputabilidad posible y gravedad grado 1.

06/11/2023 (nilotinib + atorvastatina): astenia y calambres, ambos evaluados como posibles y de gravedad grado 1.

DISCUSIÓN

La hepatotoxicidad podría explicarse por sinergia entre nilotinib y atorvastatina (interacción farmacodinámica) o factores farmacocinéticos. La obesidad puede ser considerada como una patología inflamatoria crónica de bajo grado, con aumento de citoquinas proinflamatorias que suprimen la expresión del ARNm de la CYP3A4. Por lo tanto, se esperaría mayor exposición a ITKs y atorvastatina, ambos sustratos de dicha enzima. Los ITKs también tienen un efecto inhibitorio sobre la enzima CYP3A4, lo que podría llevar a una exposición aún mayor de la estatina. Además, nilotinib aumenta su biodisponibilidad cuando se toma junto con comidas con alto contenido graso.

La obesidad se identificó como un factor con alto impacto en este caso, afectando la seguridad y eficacia del tratamiento con ITKs desde una perspectiva farmacocinética y farmacodinámica.

TRABAJO 48

Profilaxis pre y post exposición con fármacos para la prevención de VIH en un hospital público de La Matanza

BENÍTEZ L, PAYO A

HIGA Paroissien, Universidad de Morón – La Matanza – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: lilibeni668@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La prevención combinada del VIH es un enfoque que integra diversas estrategias para prevenir la transmisión del virus VIH. El uso de medicamentos antirretrovirales (ARV) como la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis post-exposición (PEP) forman parte de esa estrategia. La PrEP se utiliza en personas VIH negativas que tienen mayor riesgo de exposición al virus. La PEP se utiliza en situaciones de emergencia cuando se considera que una persona puede haber estado expuesta al VIH.

El motivo por el cual los autores realizan el presente estudio es conocer las profilaxis de VIH en un contexto real.

OBJETIVOS

Describir las características de la población que recibió PrEP y PEP en un hospital público del conurbano bonaerense.

Analizar las indicaciones de PEP y PrEP.

Evaluar la adherencia y las causas de interrupción de las PrEP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el HIGA Paroissien. Se incluyeron pacientes a los que se les dispensó PrEP y PEP desde enero 2024 hasta abril 2025 inclusive. Se utilizó el registro informatizado de retiro de ARV de Farmacia (Apéndice B).

Se consultó información del registro de plataforma Sistema de la Dirección de SIDA y ETS (SVIH) dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA).

Se trabajó con archivo compartido de equipo tratante de PEP, para obtener datos de tratamientos. Se utilizaron planillas de Excel para la organización de los datos y cálculos.

Para el cálculo de adherencia (ADH) se utilizó el método registro de dispensación de medicación (RDM). Se consideró una buena adherencia a valores iguales o superiores a 95%.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 3 personas recibieron tratamiento PrEP. Las 3 eran mujeres de 29, 42 y 46 años respectivamente.

Los motivos de indicación de PrEP fueron por pareja VIH positiva en los 3 casos (100%). La ADH a la PrEP medida por el RDM fue > 98 % en tres tratamientos.

Durante el periodo de estudio 2 de las personas habían suspendido tratamiento PrEP, no se encontraron datos del motivo de dicha suspensión. Las PEP entregadas en el periodo estudiado fueron 48. Da un promedio de 3 PEP entregadas por mes. Las personas que recibieron PEP fueron 43 (32 mujeres y 11 varones). La media de edad fue de 29 años (18-47). Recibieron PEP en más de una oportunidad 4 personas.

Los motivos de la indicación de PEP fueron agresión sexual en 21 casos (44%), falla de método de barrera en 21 casos (44%) y sin dato de 6 casos (12 %).

En los casos de PEP por agresión sexual fueron mujeres en un 95 % y por falla de barrera fueron varones en un 52 % de los casos.

Los tratamientos ARVs utilizados fueron tratamientos estándar.

DISCUSIÓN

Este estudio puede ampliarse incorporando el seguimiento de los controles clínico-serológicos de las PEP y las PrEP.

En el presente trabajo se observa que cuatro personas requirieron PEP más de una vez (2 ó 3). Se podría evaluar ofrecer a estas personas PrEP, si se considera que son población de riesgo que pueden beneficiarse con ese tratamiento.

"I=I" (Indetectable = Intransmisible) es un concepto central en la respuesta al VIH/SIDA, que la OMS y otros promueven.

Esto fundamenta que la PrEP indicada en parejas serodiscordantes pueda suspenderse una vez que la persona que es positiva esté con carga viral indetectable de manera sostenida, que pudo haber sido lo que ocurrió en los casos descritos en este trabajo. En motivo de PEP por agresión sexual es marcada la diferencia entre géneros.

CONCLUSIONES

En este estudio todas las personas en tratamiento PrEP eran mujeres, el motivo de indicación fue por pareja VIH positiva, la adherencia al tratamiento fue buena. En los casos que discontinuaron PrEP no se encontró descrito el motivo de la suspensión.

Las personas que recibieron PEP eran personas jóvenes y en su mayoría mujeres.

TRABAJO 49

Trazabilidad de bombas de infusión: clave para la seguridad del paciente

BALDA M, PÉREZ E

Hospital Zonal Especializado en Rehabilitación El Dique –La Plata – Buenos Aires – Argentina

Mail de contacto: mariamartabalda@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad en las instituciones sanitarias. Las bombas de infusión (BI) permiten una administración precisa de fluidos y medicamentos, pero su uso incorrecto o fallas técnicas pueden causar eventos adversos, incluidos errores de medicación y complicaciones clínicas. La trazabilidad en su uso y mantenimiento es clave para asegurar su disponibilidad, funcionalidad y seguridad.

Estudios como el de Bacon y Lyn señalan que, si bien las BI se han expandido, incluso las inteligentes, persisten desafíos en su integración con los flujos de trabajo y en la capacitación del personal. Yu y Obuseh advierten que las alarmas frecuentes pueden generar interrupciones que afectan la eficiencia asistencial.

En este contexto, el Hospital Zonal Especializado en Rehabilitación “El Dique” implementó un sistema de trazabilidad desde la Central de Esterilización para monitorear el uso de las BI, asegurando su adecuado estado mediante procesos de limpieza y desinfección. Esta trazabilidad permite un seguimiento continuo, mejora la gestión y facilita la detección temprana de fallas.

OBJETIVOS

Describir la gestión y trazabilidad de las BI parenterales (BIP) y enterales (BIE) durante 2024 mediante análisis estadístico.

Evaluar la rotación mensual promedio de BI. Registrar los días-paciente con indicación de BI. Cuantificar fallas reportadas. Registrar reemplazos efectuados por el proveedor.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, enero-diciembre 2024. Se incluyeron 28 BIP propias y 23 BIE en comodato.

RESULTADOS

Rotación mensual promedio: BIP: 7,25 | BIE: 6,75.

Días-paciente: UCI: BIE: 2240 | BIP: 419. Cuidados Moderados (CM): BIE: 2495 | BIP: 0

Fallas técnicas: 12 (todas en BIE), destacándose alarmas por bloqueo de pantalla.

Reemplazos: 2 BIE por parte del proveedor.

DISCUSIÓN

Las BIE tuvieron mayor uso, asociado a estancias prolongadas y características de los pacientes atendidos (TEC, ACV, disfunciones neurológicas, disfagia). Las fallas se reportaron solo en BIE, posiblemente por su exposición continua. Las BIP se usaron solo en UCI, donde se requiere un control riguroso de infusión IV, y su manipulación está a cargo de personal especializado, lo que puede explicar la ausencia de fallas.

El uso similar de BIE en UCI y CM refleja el perfil clínico de los pacientes, que requiere soporte nutricional prolongado. Las alarmas por bloqueo de pantalla pueden deberse a fallas técnicas o errores de manipulación. Bacon y Lyn recomiendan adaptar flujos de trabajo y capacitar al personal. Yu y Obuseh destacan que las alarmas excesivas generan sobrecarga asistencial, lo que refuerza la necesidad de revisar protocolos y evaluar la tecnología incorporada.

La trazabilidad resultó clave para monitorear el uso, identificar fallas y garantizar la respuesta oportuna del proveedor ante incidentes técnicos.

CONCLUSIONES

Este estudio caracterizó el uso y gestión de BI, con uso intensivo de BIE y bajo índice de fallas. Se recomienda:

- Reforzar la capacitación en el uso de BIE.
- Analizar alarmas frecuentes y ajustar parámetros técnicos.
- Evaluar indicadores de seguridad vinculados al uso de BI.

Una gestión activa y un sistema de trazabilidad eficaz son esenciales para optimizar el uso de estas tecnologías y mejorar la seguridad del paciente.

TRABAJO 50

Satisfacción del paciente ambulatorio atendido en un servicio de farmacia hospitalario de San Martín Mendoza

CHACÓN M, ARBOIT A, OROZCO M, MUSSÉ M, NAFISSI L, BARBEITO L, TALLEY V, FIORE C

Servicio de Farmacia Hospital Perrupato – Mendoza – Argentina

Mail de contacto: farmgabrielachacon@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La satisfacción del usuario es un indicador fundamental para evaluar la calidad en los servicios de salud. El Servicio de Farmacia (SF) del Hospital Perrupato (HP), atiende mensualmente un promedio de 18.000 pacientes sin recursos. Desde 2013, se realizan encuestas anuales de satisfacción como herramienta para detectar oportunidades de mejora y elevar la calidad del servicio.

OBJETIVOS

Analizar los resultados de las encuestas realizadas, para determinar el nivel de satisfacción por año del SF y de la institución. Describir variables utilizadas y demostrar la utilidad de la satisfacción del usuario como indicador de mejora continua.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico de los resultados de encuestas anuales de satisfacción, diseñadas por el hospital, no validadas, realizadas a pacientes ambulatorios que asistieron al SF a retirar sus medicamentos, desde 2013 hasta 2023. Desde 2013 a 2018 se utilizó un único formato de encuesta institucional con variables: Amabilidad, Tiempo de espera, Horario de atención, Limpieza, Satisfacción en la información dada por los profesionales, Confianza en la asistencia recibida, calificadas como Excelente (E), Muy Bueno (MB), Bueno (B), Regular (R), Insuficiente (I), en escala numérica. Se realizaron en 2013 50 encuestas, 2014 50, 2016 10, 2017 10 y 2018 30 sin registros del mes en que se realizaron. A partir de 2021, se implementó una nueva encuesta específica para el SF, que incluyó datos sociodemográficos y preguntas cerradas múltiple opción, variables: Nivel de satisfacción en la atención, Tiempo de recepción de medicamentos, Satisfacción de recepción de medicamentos, Periodicidad de recepción de medicamentos, Cantidad de medicamentos retirados, Satisfacción en tiempo de espera. Expresadas como % de cada opción. En diciembre de 2021 se encuestó a 76 pacientes y en agosto-septiembre de 2023 a 80. Se analizarán los valores de: % satisfacción en el SF e institución por año. Y las variables de mayor relevancia.

RESULTADOS

El % de satisfacción anual en el SF según la primera encuesta fue: 75 (2013), 65,6 (2014), 70,5 (2016), 58,2 (2017) y 77,5 (2018). A nivel institucional, los valores fueron más altos en general: 77,8 (2013), 80,17 (2014), 78,64 (2016), 70,51 (2017) y 77,56 (2018). No se dispone de datos institucionales para 2021 y 2023. En la segunda encuesta, no se obtiene un valor global de satisfacción. El tiempo de espera fue la única variable común entre ambos formatos, con valores positivos crecientes en 2013-2018. Mientras que, en 2021, el 67% de los pacientes fue atendido en menos de 15 minutos y en 2023 el 53,2%.

DISCUSIÓN

El mayor nivel de satisfacción en el SF fue de 77,5% en 2018, comparable con otros SF que alcanzan hasta un 92%. El menor valor se observó en 2017, posiblemente debido a deficiencias señaladas en informes de auditorías, como falta de insumos, atención deficiente, ampliación horaria y limpieza. Si se considera en 2021 y 2023 el valor de la suma de las respuestas MB y E de la variable Nivel de satisfacción con la atención se obtiene: 61,8% (2021) y 77,5% (2023), lo que evidencia una mejora. Las diferencias entre los formatos de encuesta limitan la posibilidad de hacer comparaciones directas o seguir tendencias precisas. Sin embargo, se observa una evolución positiva en la percepción de los usuarios. Para el futuro, se recomienda rediseñar una encuesta única que integre variables relevantes, con respuestas cerradas y validación metodológica para garantizar uniformidad y permitir la obtención de un porcentaje final comparable con estándares nacionales o internacionales.

CONCLUSIONES

Se demuestra que el análisis de encuestas de satisfacción permite monitorear la calidad del SF, identificando áreas de mejora y evidenciando una tendencia positiva en la satisfacción de los pacientes. Se destaca la necesidad de unificar y validar la herramienta de medición para facilitar la evaluación continua y su aplicación en otros contextos farmacéuticos.

TRABAJO 51

Probables interacciones medicamentosas en pacientes ambulatorios adultos mayores polimedicados atendidos en el Hospital Regional Río Gallegos

OLIVARES F, PÉREZ N.

Hospital Regional Río Gallegos – Río Gallegos – Santa Cruz – Argentina

Mail de contacto: fernandogolivares6@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La polifarmacia se define como el uso rutinario de cinco o más medicamentos. Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento producen modificaciones de la farmacocinética y estados de especial susceptibilidad del adulto mayor a presentar interacciones medicamentosas. En el año 2022 el número de prescripciones médicas a los pacientes ambulatorios del Hospital Regional Río Gallegos (HRRG) aumentó un 27 % mientras que la cantidad de fármacos dispensados por receta tuvo un incremento del 28 %.

OBJETIVOS

Analizar las prescripciones farmacológicas a pacientes ambulatorios adultos de 50 años o más atendidos en el HRRG y sus dependencias, identificar polifarmacia y probables interacciones medicamentosas (PIM), comparando la consistencia en los resultados obtenidos mediante el uso de dos recursos multimedia de identificación de PIM de acceso libre.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal prospectivo en el HRRG durante el mes de febrero de 2023. La población de estudio fueron todos los pacientes atendidos en farmacia de ambulatorios durante ese mes; la muestra fueron los pacientes de 50 años o más que consumieron 5 o más medicamentos de manera habitual. Se analizaron todas las prescripciones médicas y se cotejaron los resultados con la Lista de Ingredientes Farmacéuticos Activos Potencialmente Inapropiados en Adultos Mayores (IFAsPIAM) de Argentina. Los resultados cuantitativos se examinaron con InfoStat®, Mesdcape® y Drug.com®. El análisis estadístico fue realizado mediante comparación de medias independientes con la prueba de Wilcoxon-Mann Whitney y la prueba de la mediana, ambas con un nivel de significancia del 5 %.

RESULTADOS

Se analizaron 1754 prescripciones médicas. El 43 % de las mismas tenía como diagnóstico repetición de receta, mientras que el 20 % carecía de éste. Se identificaron 98 pacientes adultos de 50 años o más polimedicados. El 76 % de las prescripciones provenía de los Centros de Integración Comunitaria. En la muestra un 59 % de las recetas tenía por diagnóstico repetición de receta, mientras que un 9 % no tenía diagnóstico. Del análisis de las indicaciones médicas se identificaron 39 PIM serias, 56 PIM de monitoreo obligatorio y 2

contraindicaciones. Se obtuvieron 548 PIM por Mesdcape© y 716 PIM por Drug.com©. La comparación de medias de resultados entre ambas herramientas informáticas proporcionó un p-valor de 0,0207, mientras que la prueba de la mediana dió un p-valor de 0,0018. El porcentaje de coincidencia en los resultados entre ambos recursos multimedia fue del 32 %. El incremento de la cantidad de IFAsPIAM de la lista de consenso en las prescripciones médicas se correlacionó con el incremento del número de PIM obtenidos por Mesdcape© y Drug.com©. Dentro de las PIM serias, 18 fueron causadas por el ácido acetil salicílico + enalapril y 11 por la combinación de diclofenac e ibuprofeno + enalapril. Las 2 contraindicaciones corresponden a gemfibrozil + atorvastatina.

DISCUSIÓN

Se requiere utilizar múltiples recursos multimedia y listas de consenso para facilitar la tarea de identificar PIM en adultos mayores y aunar criterios de severidad, ya que los resultados obtenidos por cada instrumento varían considerablemente. Debido a la importancia de las PIM en adultos mayores polimedicados se debe prestar especial atención a los criterios de prescripción. Es posible realizar atención farmacéutica a pacientes polimedicados adultos a fin de favorecer la identificación de PIM menores, PIM de monitoreo o PIM serias, además de contraindicaciones terapéuticas. Sin embargo, se debe contar con sistemas de alarma o notificación entre la farmacia y el nosocomio y sus efectores periféricos.

CONCLUSIONES

El farmacéutico hospitalario puede favorecer la deprescripción de medicamentos o sugerir el intercambio terapéutico por PIM en la medida en que se vea facilitada la comunicación efectiva entre los distintos actores del sistema sanitario.

TRABAJO 52

Prevención y respuesta en extravasaciones: cuando el conocimiento farmacéutico marca la diferencia

MALVICINI MA, NAVARRO LE, CAMPOS JR, BAVA L, DIAZ MJ
Hospital Universitario Austral – Pilar – Buenos Aires – Argentina
Mail de contacto: agus.malvi@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La extravasación (E) de fármacos agresivos para los tejidos es una complicación que puede derivar en graves secuelas, desde reacciones de irritación local hasta necrosis tisulares con disminución de la movilidad del miembro afectado, o incluso la amputación. Existen factores predisponentes del paciente y factores del fármaco (pH y osmolaridad). Todo ello produce una pérdida de la calidad de vida del paciente y alargan la estancia hospitalaria, incrementando los costos de atención.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

El hospital cuenta con un Departamento de Calidad y Seguridad, quien observó y registró en los últimos años un aumento en el número de eventos de E.

Durante el análisis de los eventos registrados en la base de datos, surgió la necesidad de armar un equipo multidisciplinario para la prevención, análisis y manejo de las E. El equipo de Terapia de Infusión se conformó siguiendo los lineamientos de Infusion Nurses Society (INS)

bajo el lema “El equipo de salud debe estar comprometido en la terapia de infusión segura, efectiva y de calidad” y forman parte del mismo: 2 enfermeras, 2 farmacéuticas, 1 toxicólogo y médicos de diferentes áreas.

El equipo se reúne una vez al mes para analizar las E reportadas; teniendo en cuenta características del paciente (edad, peso, capilar venoso), patología, horario de ocurrencia, prescripción médica, validación farmacéutica, alertas y precauciones brindadas en cuanto a la administración. También se analiza cómo fue preparada la medicación, si la concentración, dilución y velocidad de infusión fueron las adecuadas. Además, se evalúa si fue necesario el uso o no de antídotos, forma de administración y los medios físicos que alivian y mejoran la evolución del evento. La finalidad es lograr propuestas de mejora que luego son compartidas con el/los servicios involucrados en Ateneos de Servicio o Ateneo de Morbimortalidad mensual para prevenir y mejorar el accionar ante estos eventos.

Durante Enero 2024 a Mayo 2025 se reportaron y analizaron 31 eventos de E. Los fármacos involucrados fueron: Electrolitos (45%), vasoactivos (16 %), Citostáticos (12 %) y Dextrosa 10% (10%). De cada grupo el fármaco prevalente fue: gluconato de calcio y noradrenalina respectivamente y se sumó la amiodarona.

Como mejoras se implementaron:

Protocolos Institucionales: Colocación, mantenimiento y retirada de catéteres venosos centrales – Prevención de flebitis en acceso venoso periférico corto – Algoritmo Institucional para la selección del dispositivo de acceso vascular.

Capacitaciones con simulación clínica.

Auditorías de Paquetes de medida preventivos para evitar las Infecciones asociadas al cuidado de la salud, mediante herramientas digitales.

Guía institucional de manejo de fármacos Vesicantes/Irritantes, sus complicaciones y tratamiento.

Sistema de reporte voluntario por intranet.

DISCUSIÓN

Cuando se produce una E la consulta sobre su manejo se dirige al servicio de farmacia, y en otras ocasiones es el propio servicio que se plantea el manejo de la E. En muchos casos, el papel del farmacéutico es de búsqueda bibliográfica, aunque también abarca la clínica; por su conocimiento del medicamento aporta un punto de vista muy valioso en la prevención y puede participar en todo el proceso de valoración, tratamiento y seguimiento. El farmacéutico es un profesional sanitario clave, ya que al ser expertos en medicamentos pueden identificar el agente y el riesgo vesicante, recomendar el manejo específico, participar en la elaboración de guías institucionales, y preparación de tratamientos coadyuvantes o antídotos. La coordinación con el equipo médico, enfermería y toxicología permite una respuesta rápida, disminuyendo las complicaciones.

Existen trabajos y guías publicados sobre E y su manejo pero la mayoría se enfoca en citostáticos y tratamiento pero no tanto en los fármacos utilizados habitualmente en la internación. No encontramos trabajos para poder comparar las estadísticas de nuestro centro.

TRABAJO 53

Clasificación y cuantificación de intervenciones farmacéuticas en farmacia ambulatoria mediante una herramienta digital estructurada

CHIARANTE N, LUNA MB, MINARDI EP, URTASUN MN

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: esteban.minardi@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones farmacéuticas (IF) mejoran la calidad y seguridad del proceso de dispensa. Sin embargo, su falta de registro sistemático impide identificar oportunidades de mejora en la práctica profesional. Para visibilizar su impacto y optimizar procesos, en la farmacia ambulatoria (FA) del Hospital Italiano (HI) se diseñó e implementó una herramienta digital estructurada. Estudios previos, como el de Sutt et al. (2023), demostraron que las IF aumentan la seguridad del paciente, reducen eventos adversos y costos, respaldando la pertinencia de esta iniciativa.

OBJETIVOS

Diseñar e implementar una herramienta digital estructurada para clasificar y cuantificar IF realizadas en FA del HI.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal. El período analizado fue: 11/24 a 03/25. Las IF se realizaron en las FA del HI. Se desarrolló un formulario digital tipo Google Forms para registrar las IF, organizándolas en cuatro grandes categorías basadas en un registro previo no estructurado: 1. IF sobre el medicamento, subclasificadas las de mayor criticidad en: validación de prescripción ambulatoria (VPA), eritropoyetinas (EPO), vacunas, opioides magistrales, insulinas, fertilidad y leches medicamentosas, 2. IF sobre la gestión del medicamento, subclasificadas en: cobertura, reclamos a abastecimiento, reintegros, gestión de reclamos, envíos de medicamentos, errores de dispensa, informática médica y vacunas estatales, 3. IF sobre la prescripción médica, subclasificadas en: omisiones de prescripción, medicina domiciliaria, conciliación al alta hospitalaria, error de prescripción y duplicación de prescripción y 4. Intervenciones sobre el paciente, subclasificadas en: seguimiento farmacoterapéutico, educación, adherencia a tratamiento y farmacovigilancia.

RESULTADOS

Durante el período analizado se realizaron 3.600 IF sobre un total de 281.545 dispensaciones, con una tasa de 12,78 por mil. El 54,4 % de las IF estuvieron relacionadas con el medicamento, destacándose la VPA (27,1 %), EPO (19,8 %) y vacunas (17,7 %). Un 24,7 % correspondió a la categoría de gestión, donde predominó la validación de coberturas (38,1 %). El 12,4 % se orientó a la prescripción médica, especialmente por omisiones o errores (35,9 %) y conciliación al alta (22,4 %). Finalmente, el 8,5 % fue centrado en el paciente, con seguimiento terapéutico (44,5 %) y educación sanitaria (39,3 %) como las subcategorías más frecuentes.

DISCUSIÓN

El diseño transversal no permite establecer causalidad, pudiendo existir subregistro. A pesar de estas limitaciones, la herramienta digital permite estandarizar el registro y caracterizar las IF realizadas, facilitando la identificación de áreas críticas. Las IF más frecuentes estuvieron orientadas al medicamento, en especial a la VPA, donde se identificaron errores frecuentes en dosis, posología o vigencia. La alta frecuencia de IF en EPO se asoció a un programa institucional de control de sobreuso. En cuanto a la gestión, se observó una importante participación del farmacéutico (FC) en la verificación del cumplimiento de normativas de cobertura. Las IF centradas en el paciente fortalecieron la adherencia y seguridad de los tratamientos. Si bien no fueron medidas cualitativamente, las IF sobre la prescripción médica fueron bien recibidas por el equipo médico, subrayando la importancia del FC como integrante activo en equipos interdisciplinarios. Estos resultados coinciden con hallazgos previos en bibliografía, como Sutt et al. (2023), que evidencian el impacto positivo de las IF en seguridad y eficiencia del tratamiento.

CONCLUSIONES

Se logró diseñar una herramienta digital para clasificar y cuantificar de manera precisa las IF en FA del HI. Su uso visibiliza el valor del FC en áreas clave como la VPA, el seguimiento terapéutico y la gestión asistencial, contribuyendo a la mejora continua de la atención.

TRABAJO 54

Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas en el Consultorio de Farmacia de un Hospital Universitario de Alta Complejidad

CHIARANTE N, LUNA MB, URTASUN M.

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: nicolas.chiarante@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

El Hospital Italiano cuenta con un Consultorio de Farmacia (CdF) en el cual se realiza la atención farmacéutica de pacientes en tratamientos crónicos con medicamentos de alto precio. Las intervenciones farmacéuticas (IF) se definen como acciones que lleva a cabo el farmacéutico en la toma de decisiones en la terapia de los pacientes y en la evaluación de los resultados. Con el objetivo de poder conocer y cuantificar las IF realizadas desde este sector, se desarrolló un formulario a ser completado por los farmacéuticos.

OBJETIVOS

Analizar las IF realizadas en el CdF de un Hospital Universitario de Alta Complejidad

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se confeccionó un formulario googleforms basado en un registro previo no estructurado a ser completado por los farmacéuticos del CdF entre los meses 11/2024 y 3/2025. En el mismo se agruparon posibles IF en cuatro áreas:

- orientadas al medicamento (OM): Validación de receta (VR)
- orientadas a la gestión (OG): Coberturas (Cob), Sugerencias o reclamos de pacientes (SRP) y Reclamo a departamento de compras (RDC)

- orientadas a la prescripción y al médico (OPM): Error de prescripción (EP) y falta de prescripción/omisión (FP)
- orientadas al paciente (OP): Educación al paciente (EP), Adherencia a tratamiento (AT) y Seguimiento del paciente y/o consulta con médico tratante (SPCM).

Se evaluaron las respuestas y se calcularon porcentajes.

RESULTADOS

Se atendieron 1821 pacientes y se llenaron 237 formularios.

Al evaluar por área de IF, se evidenció que el 16,3% de las mismas fueron OM, 52,3% OG, 1,7% OPM y el 29,7% OP.

Dentro de las IF OM, la totalidad de las mismas correspondió a VR (16,3% del total).

Entre las IF OG, un 29,6% (15,5% del total) correspondió a Cob, 21,6% (11,3% del total) a SRP y 48,8% (25,5% del total) a RDC.

Dentro de las IF OPM, el 50% se realizó para los casos de EP (0,8% del total) y el 50% para FP (0,8% del total).

Por último, entre las IF OP, un 62,0% (18,4% del total) correspondió a EP, 4,2% (1,3% del total) a AT y 33,8% a SPCM para casos particulares en que se requiere más información (10% del total).

DISCUSIÓN

Se realizaron IF en las cuatro áreas planteadas inicialmente, si bien las OPM fueron minoritarias. Entre las tres áreas con mayor cantidad de IF, aproximadamente la mitad fueron OG, seguidas por aquellas OP y finalmente las OM.

Si se ordenan las IF individuales de más a menos frecuente, en los primeros tres lugares se ubican RDC (un cuarto del total), EP (casi un quinto) y VR, totalizando alrededor de dos tercios. En cuanto a RDC, se interpreta que se corresponde con el esquema interno de trabajo del CdF, en el cual para gran parte de los medicamentos se hace una compra individualizada. Esto requiere un seguimiento de cada proceso de adquisición. Dado el tiempo considerable dedicado a esta tarea por los farmacéuticos, se podría pensar en mecanismos alternativos de trabajo para así contar con más tiempo para IF relacionadas con la clínica. Por otro lado, el alto porcentaje de EP se puede interpretar como una ventaja de la atención farmacéutica realizada al paciente en un ambiente personalizado como es el CdF, donde se genera la posibilidad de educar sobre efectos adversos, interacciones y posología. Finalmente, las VR se corresponden con la necesidad de actualizar recetas o solicitar aclaraciones a los médicos. Se evidencia posibilidad de mejora y disminución en la frecuencia de esta IF a partir de enfatizar a los servicios médicos la necesidad de contar con esta información en tiempo y forma.

En conjunto, entendemos que estas IF posibilitan disminuir o prevenir errores, en concordancia con lo planteado por Leape et al. (1999). Sin embargo, una limitante de este trabajo es el breve tiempo analizado

CONCLUSIONES

Se han analizado las IF realizadas en el CdF de un Hospital de Alta Complejidad, analizando su distribución y evaluando las razones de este ordenamiento, así como la implementación de acciones correctivas.

TRABAJO 55

Evaluación en vida real del tratamiento de artritis reumatoidea con upadacitinib en un Hospital de Alta Complejidad

CHIARANTE N, DI GIUSEPPE L, LUNA MB, URTASUN M
Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina
Mail de contacto: nicolas.chiarante@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

La droga upadacitinib (Upa) es un inhibidor de la quinasa Janus que ha sido recientemente registrada en la Argentina para el tratamiento de una serie de patologías, entre las cuales se incluye la artritis reumatoidea (AR), enfermedades inflamatorias intestinales y dermatitis atópica. Se incorporó al vademecum del Hospital en 9/23. Se conoce que un medicamento puede tener un perfil de seguridad y efecto clínico diferente en los ensayos clínicos que llevan a su aprobación respecto al uso en “vida real”. Dada la reciente incorporación de Upa al vademecum del Hospital, el presente trabajo se orienta a analizar los casos de pacientes que han recibido Upa para el tratamiento de AR.

OBJETIVOS

Monitorear la efectividad y seguridad del upadacitinib para el tratamiento de artritis reumatoidea en pacientes de un Hospital de Alta Complejidad

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de tipo serie de casos. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes que reciben o han recibido Upa desde 9/23 a 5/25. Se evaluó edad al comienzo del tratamiento, sexo biológico, tratamientos previos para AR, posología y meses de tratamiento con Upa, seguridad y efectividad (a partir de las evoluciones de médicos y farmacéuticos en la historia clínica electrónica).

RESULTADOS

Se identificaron 18 pacientes que han recibido o reciben tratamiento con Upa, tres para AR (uno con tratamiento finalizado y dos que continúan). Se trató mujeres con edades de 57, 73 y 43 años al iniciar tratamiento. Las mismas habían realizado tres a ocho tratamientos previos con Fármacos Modificadores de la Enfermedad Antirreumáticos de tipo convencionales, biológicos o sintéticos dirigidos, siendo estos metotrexato, baricitinib, etanercept, abatacept, infliximab, certolizumab, rituximab, tofacitinib, tocilizumab o adalimumab. Todas las pacientes tuvieron una posología diaria de 15 mg de Upa, sin cambio de dosis.

La primera y segunda paciente llevan 25 y 32 meses de tratamiento, mientras que la tercera paciente realizó sólo cinco meses de tratamiento antes de discontinuar por falta de efectividad. En cuanto a la efectividad del Upa en las dos primeras pacientes, se refieren mejoras, si bien en el caso de la segunda se observaron recaídas que se resolvieron utilizando corticoides.

En cuanto a la seguridad, no se presentaron eventos adversos atribuibles al medicamento.

DISCUSIÓN

Se observa que el número de pacientes relevado es bajo, si bien esto se debería a que este medicamento de alto precio se autoriza para pacientes refractarios a diversos tratamientos.

En efecto, se evidencia la complejidad para el manejo de estos casos dado el alto número de tratamientos que fallaron antes de que comenzara la administración de Upa.

En cuanto a la efectividad, si bien en líneas generales los médicos tratantes refieren en sus evoluciones mejoría clínica, una de las dos pacientes debió recurrir a la complementación con corticoides. Existen diversas limitaciones metodológicas que dificultan la comparación de los resultados de los ensayos clínicos con la evidencia en vida real recopilada en este trabajo. Por ejemplo, en nuestro trabajo sólo contamos con pacientes mujeres. Sin embargo, el 66,6% de pacientes que continúa en tratamiento en nuestro Hospital se asemeja al 68,1% que permanecía en tratamiento luego de tres años en el ensayo clínico SELECT-EARLY, y resulta superior al 45,6% de SELECT COMPARE.

En cuanto a la seguridad del tratamiento, cabe mencionar que dos de las pacientes se encuentran en tratamiento actualmente, habiéndose extendido el mismo por más de dos años sin observarse efectos adversos. Resulta en este punto indispensable el rol del farmacéutico y la entrevista que realiza en cada dispensa, instancia en la que se le consulta al paciente por posibles efectos adversos.

CONCLUSIONES

Se logró monitorear la efectividad y seguridad del Upa para el tratamiento de AR en pacientes de un Hospital de Alta Complejidad

TRABAJO 56

Implementación de un sistema de gestión de medicación de alto costo de terceros en un hospital de alta Complejidad: Experiencia y lecciones aprendidas

CAMELLI A, DELLACHIESA M, JAURREGUIBERRY P, WAISMAN C, CALLEGARI G, GUELER B

Hospital Británico de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: abccamelli@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Entre 2022 y 2024, en nuestra institución se incrementó un 175 % la recepción de medicamentos de alto costo, definidos como aquellos cuyo costo anual excede 1,5 veces el PBI per cápita, provistos por entidades financiadoras del sistema de salud —obras sociales y prepagas, en adelante “terceros”—.

Esto evidenció las limitaciones de una gestión basada en rotulado manuscrito, sin registros digitales ni mecanismos eficaces de control de stock, lo que generó errores de identificación, inventarios incorrectos y pérdidas por vencimiento. En respuesta a esta problemática, se desarrolló un sistema informatizado de gestión de medicamentos provistos por terceros, con el objetivo de ordenar los procesos y reducir las fallas descritas.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

El proyecto se implementó en dos etapas. En la primera (mayo de 2024), se utilizaron herramientas gratuitas (Google Forms y Excel) para estructurar la carga de datos del paciente, financiador, medicamento, lote y vencimiento. Esto permitió obtener alertas de vencimiento y reportes de stock por paciente.

Desde enero 2025, se integró al sistema institucional SAP permitiendo la asociación del número del paciente (ID) – código del medicamento (CodSAP), generando dentro de SAP un perfil de paciente que cuenta con la fecha de ingreso y dispensa, droguería de procedencia,

lote y vencimiento, generando un código de barras único para cada unidad ingresada. Antes del proyecto, este proceso se realizaba de forma manual. Durante la primera etapa se estandarizó mediante planillas, y en la segunda, se integró al sistema SAP. Además del ordenamiento buscado, mediante el uso de etiquetas impresas con código de barras, el personal técnico logró un ahorro del 75 % en el tiempo destinado al etiquetado y la baja de stock se agilizó. Se redujo en un 50 % el tiempo dedicado a buscar y acondicionar la medicación gracias a la reorganización física por monodroga y la estandarización del registro. El personal administrativo informa con mayor claridad la disponibilidad de tratamientos, optimizando la planificación de las infusiones por parte del equipo farmacéutico.

DISCUSIÓN

Lo observado coincide con Akter (2024), quien mostró cómo digitalizar inventarios mejora disponibilidad y reduce errores. Aunque no está centrado en el alto costo, sus hallazgos respaldan nuestra experiencia. Este trabajo no incluyó análisis estadísticos ni indicadores cuantificables, y se basó en observaciones operativas, pero representa un primer paso hacia una gestión profesionalizada de medicamentos provistos por terceros.

En una tercera etapa, se buscará afianzar la devolución de tratamientos no utilizados para favorecer la sostenibilidad sanitaria.

TRABAJO 57

Estudio de utilización de Lorazepam sublingual en pacientes ginecológicas en un hospital de comunidad

LEDESMA A, PÉREZ L, JAUREGUIBERRY P, GUELER B
Hospital Británico de Buenos Aires – CABA – Argentina
Mail de contacto: aldanaaledesmaa@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las benzodicepinas (BZD), se utilizan frecuentemente en el ámbito hospitalario por sus efectos ansiolíticos, hipnóticos, sedantes y coadyuvante en procedimientos quirúrgicos. El lorazepam sublingual (LZP-SL) ofrece una absorción rápida y evita el metabolismo de primer paso hepático, lo que podría representar una ventaja clínica. Sin embargo, presenta ciertos efectos adversos como sedación excesiva, somnolencia y fatiga que pueden tener un impacto negativo al momento de su indicación. En nuestra institución se identificó un patrón sistemático de uso de LZP-SL en pacientes del servicio de Ginecología (SG), lo que motivó al equipo de Farmacia Clínica a evaluar estas prescripciones. Este trabajo surge con el objetivo de generar evidencia local sobre su uso real.

OBJETIVOS

Evaluar la utilización de LZP-SL en pacientes ginecológicas internadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal en un hospital de comunidad durante el mes de mayo de 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que tuvieron indicación de LZP-SL durante su internación indicada por el SG. La recolección de datos se realizó a través de encuestas telefónicas a las pacientes internadas. Fueron de carácter estructurado, compuestas por cinco preguntas de respuesta cerrada. Dichos datos se

complementaron con la revisión de la historia clínica electrónica (HCE) de dichas pacientes. Las variables analizadas fueron: edad, administración efectiva de LZIP-SL durante la internación, si corresponde a medicación habitual (MH), si recibió alguna explicación sobre la indicación, si fue la propia paciente quien manifestó la necesidad de recibirlo, y si consideró que el medicamento cumplió con el efecto esperado.

RESULTADOS

Durante el estudio se identificaron 17 pacientes con indicación de LZIP-SL. La edad promedio fue 44 años. El 59% recibió efectivamente el LZIP-SL. En todos los casos el LZIP-SL fue indicado durante la internación, sin antecedentes de su uso habitual previo en la HCE. El 65% refirieron haber recibido alguna explicación sobre la indicación, sin embargo el 6% manifestó dificultad en la conciliación del sueño. El 35% manifestó haber resuelto el insomnio, mientras que el 53% de ellas no supieron responder si hubo algún beneficio.

DISCUSIÓN

Un hallazgo relevante del estudio fue que, a pesar de contar con la indicación médica existe un porcentaje significativo de pacientes que decidieron no tomar la medicación. El hecho de que ninguna de las pacientes tuviera antecedentes de uso de BZD sugiere una prescripción sistematizada sin el respaldo de una evaluación interdisciplinaria adecuada. Los hallazgos ponen en evidencia un uso frecuente de LZIP SL en pacientes ginecológicas con escasa documentación sobre su indicación clínica. El uso sin criterios claros ni evaluación individualizada genera dudas sobre la pertinencia de su prescripción. Este escenario refuerza el rol del farmacéutico clínico como agente clave en la revisión de la terapéutica institucional y en la promoción de buenas prácticas en la prescripción, especialmente en medicamentos con potencial de abuso o efectos adversos significativos. Es indispensable promover el desarrollo de protocolos consensuados, fortalecer la comunicación entre profesionales y pacientes, y empoderar al farmacéutico clínico como actor clave en la promoción del uso racional de medicamentos.

CONCLUSIONES

El estudio evidencia un uso frecuente y sistematizado de LZIP-SL en pacientes ginecológicas internadas sin antecedentes de uso previo ni registro en la HCE. Si bien la mayoría recibió información sobre su indicación, persisten dudas sobre los efectos y beneficios. Esto destaca oportunidades de mejora en la educación al paciente y en las intervenciones farmacéuticas promoviendo un uso racional de las BZD.

TRABAJO 58

Análisis de la antibioticoterapia en las salas de internación del Hospital de Oncología María Curie

EISNER S, DE LAS FLORES V, SOSA A, CORREA ALTAMIRANDA C, LAURUTIS A, GONZALEZ CINA D, BECERRA S

Hospital Municipal de Oncología María Curie – CABA – Argentina

Mail de contacto: victordelasflores@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los farmacéuticos hospitalarios cumplen un rol fundamental en los Programas de Optimización de Antibióticos (PROA), ya que participan del comité de infecciones y analizan las indicaciones médicas diariamente, pudiendo efectuar las intervenciones pertinentes para alcanzar la adecuación terapéutica. Para fortalecer la seguridad y salud de los pacientes, prevenir resistencias y optimizar el uso de los recursos, este trabajo propone realizar un diagnóstico de la situación actual y así identificar las acciones plausibles de mejora.

OBJETIVOS

- Evaluar la adecuación de los tratamientos antibióticos (TATB) indicados en internación.
- Analizar las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas sobre dichos TATB.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, observacional y prospectivo entre junio y diciembre de 2024. Criterios de inclusión: TATB en pacientes oncológicos de salas de internación general. Criterios de exclusión: profilaxis antibióticas, TATB en pacientes oncohematológicos y en internados en terapia intensiva. Para conocer el contexto del TATB, se buscó en las historias clínicas todos los datos de relevancia que tuvieran que ver con la probable infección y se cotejó con los resultados de laboratorio. Se consultó al médico tratante (y a Infectología de ser necesario) para disipar cualquier duda y/o realizar la IF correspondiente. Para determinar la adecuación del TATB, se consultaron las guías y recomendaciones de la Sociedad Argentina de Infectología. El registro de cada caso se hizo en un formulario ad hoc con la evolución diaria del TATB, la determinación de adecuación o inadecuación, la IF realizada (si correspondía) y si fue aceptada o no.

Finalmente, se confeccionó una planilla de Excel para calcular porcentajes de adecuación, proporción de IF hechas, aceptadas, y de qué tipo.

RESULTADOS

Se recabó un total de 569 TATB que cumplían con los criterios de inclusión correspondientes a 214 pacientes. De estos TATB, 435 (76,4%) fueron empíricos y 134 (23,6%) fueron definitivos. Dentro de los TATB empíricos 300 fueron adecuados (69%) mientras que 102 de los definitivos lograron la adecuación (76%).

Se realizaron 55 IF sobre los TATB definitivos, que fueron aceptadas en un 81%, y las de mayor frecuencia fueron: el aviso temprano de cultivo positivo y antibiograma, con sugerencia de desescalamiento del TATB en 35 casos (63%); suspensión del TATB en 9 casos (16%), y corrección de dosis en 7 casos (13%).

Por otro lado, 32 de las 45 IF realizadas sobre los TATB empíricos tuvieron aceptación (71%) y en su mayoría fueron: suspensión del TATB en 29 casos (64%), corrección de dosis en 14 casos (25%).

Por último, de los 167 TATB inadecuados (29% del total), se hicieron IF en 48 de ellos (29%), de las cuales se aceptaron 33 (69%); mientras que de los 402 TATB adecuados se hicieron 52 IF (13%) en pos de lograr un tratamiento adecuado desde su inicio, todas aceptadas.

DISCUSIÓN

El alto número de TATB para el total de pacientes incluidos en el estudio se debe a que su patología de base y su tratamiento generan necesidad de reiteradas internaciones y son factores de riesgo para contraer diversas infecciones.

Si bien se realizaron varias IF sobre los TATB, no se pudieron hacer sobre todos los TATB inadecuados por limitaciones de tiempo y de recursos.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se observa un alto porcentaje de inadecuación en los TATB. Las IF realizadas favorecieron a la optimización de la antibioticoterapia en los pacientes, especialmente al inicio de la misma. Consideramos fundamental contar con los recursos humanos y tecnológicos para:

- Realizar seguimiento diario y exhaustivo por parte del farmacéutico clínico en todos los TATB
- Trabajo interdisciplinario y fluida comunicación con el equipo tratante
- Brindar herramientas para fomentar el uso racional de ATB: capacitaciones, guías de práctica clínica, consensos, elaboración de algoritmos basados en la epidemiología de nuestra institución

TRABAJO 59

Adherencia terapéutica en pacientes ambulatorios del Instituto de Cardiología de Corrientes

MARTÍNEZ E. VITTI Y

Instituto de Cardiología de Corrientes – Corrientes – Argentina

Mail de contacto: ezemrtzn@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el grado en que la conducta del paciente respecto a la medicación, dieta o hábitos coinciden con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud. Mejorar la adherencia impacta positivamente en la calidad de vida, la seguridad del tratamiento y la evolución de la enfermedad. Se sospecha que los pacientes ambulatorios que asisten al Instituto de Cardiología de Corrientes “Juana Francisca Cabral” (ICCJFC) y retiran medicación en la División Farmacia pueden no presentar una adherencia adecuada a su tratamiento.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ambulatorios que retiran medicación en la farmacia del ICCJFC.

Objetivos específicos: * Determinar la cantidad de medicamentos consumidos. * Evaluar la adherencia mediante la escala de Morisky-Green. * Analizar el grado de cumplimiento según edad y sexo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, realizado en la farmacia del ICCJFC entre noviembre de 2024 y febrero de 2025. Se utilizó la escala de Morisky-Green de 8 ítems. El personal de farmacia (farmacéutico o técnico) entregó una encuesta anónima en formato papel a pacientes que acudieron a la misma para retirar medicación ambulatoria. Para el análisis estadístico, se aplica t de student y test de Pearson, usando el software Jamovi. Criterios de inclusión: pacientes ambulatorios que retiran medicación en farmacia. Exclusión: pacientes dados de alta a los que se le entrega medicación para finalizar su tratamiento.

RESULTADOS

Durante el período de recolección, se completaron 100 encuestas Edad: media = 56,3 años (DE = 11,1); mínimo = 24 años, máximo = 85 años. Sexo: 64% hombres. Tipo de atención: 56% pacientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Corrientes (MSAL), 44% de estudios de investigación (protocolos) Educación: 32% secundaria completa, 26% primaria completa, 12% secundario incompleto, 12% primaria incompleta. Cantidad de medicamentos que consume: mediana de 3 medicamentos diarios (RIC: 2); más frecuente: 2 medicamentos (28%), luego 3 (24%). Distribución de medicamentos diaria fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$) Localidad: 79% de Corrientes Capital, 21% del interior y Chaco Adherencia: solo el 13% fue considerado adherente según el test de Morisky-Green. En este grupo: 54% hombres, media de 55 años (DE = 11,69). Nivel educativo bajo predominante (61,6% con secundario incompleto o inferior) Media de medicamentos diarios = 3,31 (RIC: 2). Y un 92,3% reside en Corrientes Capital. Ítem con menor adherencia: Olvida tomar su medicación algunas veces – 42% Barreras identificadas: 49%: “No consigue el medicamento o no tiene recursos para comprar”. 25%: “Muchas pastillas, difícil de recordar” Estrategias sugeridas por los pacientes: 31,9%: alarmas, calendarios o recordatorios. 31%: mejor acceso a la medicación.

DISCUSIÓN

La adherencia fue baja (13%), validando la hipótesis y destacando un problema crítico para el sistema de salud. Comparado con estudios en España (52,4%) y Paraguay (25%), los resultados locales son alarmantes. Las principales barreras fueron el acceso a medicamentos y la complejidad del tratamiento, tal como lo señalan organismos internacionales. El bajo nivel educativo de muchos pacientes podría dificultar el entendimiento del tratamiento, por lo que es clave adaptar la comunicación del equipo de salud.

CONCLUSIONES

La baja adherencia detectada en pacientes ambulatorios del ICCJFC compromete la efectividad del tratamiento y evidencia la necesidad de intervenciones que mejoren el acceso, comprensión y seguimiento del tratamiento. Este estudio aporta datos relevantes para diseñar estrategias que promuevan la adherencia y la calidad del cuidado.

TRABAJO 60

Adherencia a la guía de profilaxis para hemorragia digestiva alta: evaluación en la práctica clínica

RECALDE V, PÉREZ L, SALA R, MARCHESANO A, JAUREGUIBERRY P, GUELER B

Hospital Británico – CABA – Argentina

Mail de contacto: victoria09rz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una fuente de sangrado localizado en el esófago, estómago o duodeno.

La profilaxis farmacológica con protectores gástricos (PG) es una práctica habitual para prevenir la aparición de HDA en pacientes hospitalizados (PH). Sin embargo, su uso debe basarse en criterios clínicos bien definidos. En agosto de 2023 el Comité de Farmacia y Terapéutica (CFyT) de nuestra institución confeccionó la Guía de Profilaxis para HDA (GP-HDA).

Dado que no hay análisis previo sobre la adherencia a dicha guía en nuestro hospital, se desarrolló el presente estudio.

OBJETIVOS

Evaluar la adherencia a la guía institucional de profilaxis para HDA en PH. Determinar el porcentaje de aceptación de intervenciones farmacéuticas (IF).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, transversal y monocéntrico realizado entre abril y mayo de 2025.

La GP-HDA recomienda el uso de omeprazol vía oral cada 24 hs en las siguientes situaciones clínicas: hepatopatías crónicas (HC), coagulopatías (CP), quemaduras extensas, cirugía cardíaca (CC), o la coexistencia de al menos dos condiciones clínicas como shock, sepsis e insuficiencia renal. Además el uso simultáneo de dos o más factores de riesgo, como el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) al menos por 48 horas consecutivas, corticosteroides (CE) sistémicos en dosis equivalentes a más de 200 mg diarios de hidrocortisona, anticoagulantes (ACOs), doble antiagregación plaquetaria, edad mayor a 65 años o antecedentes de úlcera o sangrado intestinal (SI) en el último año.

Se creó una base de datos en los que se incluyeron pacientes mayores de 18 años internados en áreas no críticas.

Se utilizó la base de IF del Servicio de Farmacia del mismo período para obtener el total de IF.

RESULTADOS

Se analizaron 139 pacientes con indicación activa de PG. La edad promedio fue 69 años. El 58,1% de las prescripciones fueron consideradas justificadas según los criterios establecidos en la GP-HDA.

El fármaco más prescrito fue omeprazol (82,4%). La vía de administración más frecuente fue la oral (88%) y la frecuencia de administración cada 24 horas (97.8%).

Se registraron condiciones clínicas relevantes para la indicación de PG según la guía: CC en 8.1% de los pacientes, CP en pacientes no cirróticos en 4.4%, y HC en 5.9%.

Entre los pacientes con indicación clínica justificada por dos o más factores de riesgo, el 22.8% presentaba edad avanzada (EA) junto con uso de AINEs, y un 20.3% tenía EA con uso ACOs. Además, el 7.2% tenía antecedentes de SI asociado a EA. En menor proporción, 3.8% presentaba EA junto con uso de CE, y otro 3.8% combinaba el uso de AINEs con CE. El 5.1% presentaba EA junto con doble antiagregación.

Se realizaron un total de 68 IF, de las cuales el 23.5% fueron aceptadas por el equipo médico.

DISCUSIÓN

El uso de PG para prevenir HDA está ampliamente difundido debido al riesgo de inestabilidad hemodinámica. Esta práctica generalizada genera alerta por el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos.

Se observó una adherencia moderada a la guía institucional. La mayoría de las indicaciones adecuadas se justificaron por la edad avanzada de los pacientes internados, en combinación con el uso de AINEs, ACOs y/o CE. El fármaco más prescrito fue el omeprazol vía oral cada 24 hs en concordancia con la GP-HDA.

El bajo porcentaje de IF aceptadas destaca la necesidad de fortalecer la comunicación interdisciplinaria.

En concordancia con otros estudios, se observó que los PG se prescriben de forma sistematizada.

CONCLUSIONES

A pesar que la mayoría de indicaciones fueron adecuadas, persiste un porcentaje significativo de sobre prescripción destacando un uso frecuente y sistematizado de PG. La aceptación limitada de IF resalta la necesidad de continuar promoviendo el uso racional de PG, fortalecer el rol del farmacéutico clínico y fomentar el trabajo interdisciplinario.

TRABAJO 61

Gestión de urgencias de alto costo. Análisis de situación a propósito de un caso

ÁLVAREZ C, DI LIBERO E, RAMOS N, LICCIARDI S.

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

Mail de contacto: eugeniadilibero@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La adquisición de medicamentos en hospitales de la Provincia de Buenos Aires se enmarca en la Ley 13.981 y su decreto reglamentario 59/19. Esta normativa establece mecanismos como Licitaciones Privadas (LP), Procedimientos Abreviados (PA) y compras menores, diferenciados por montos y plazos teóricos. Sin embargo, una limitación relevante es la demora de las LP y PA hasta la aprobación de la compra.

A modo de referencia, durante el proceso de gestión correspondiente al primer semestre de 2025, para un total de 227 insumos solicitados, la mediana de demora para la adquisición fue de 129 días (RIC=119-133). El 12% de los ítems fueron rechazados por ministerio por juzgarlos con precio excesivo, 6% sufrieron reducción en la cantidad solicitada y 4% quedaron sin oferentes (desiertos).

Ante urgencias en la adquisición de medicamentos de alto costo no parece existir un proceso que asegure la asequibilidad en tiempo y forma. Presentamos un caso de porfiria, el primero en la historia de la institución, que nos enfrentó a la necesidad de su tratamiento específico: hemina.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina de 31 años con antecedentes de asma, sin uso de medicación habitual y madre con diagnóstico de porfiria. Ingresó intubada y conectada a asistencia respiratoria mecánica, derivada de una Unidad de Pronta Atención del área programática de nuestra institución post paro cardíaco secundario a broncoaspiración por convulsión. Su familiar refiere que presentó debilidad de miembros inferiores que ascendieron hacia miembros superiores en un período de 4 semanas de evolución. Estudios de imágenes de cerebro y punción lumbar no arrojaron datos positivos. Ante la sospecha diagnóstica, se envían muestras de sangre y orina al centro de referencia regional en Porfirias, resultando prueba de Ehrlich positiva y Porfobilinógeno (PBG) en orina= 2781µg/24h (v. ref: 100-1700). Se instaura tratamiento de sostén inmediatamente y se solicita la administración de hemina.

La pertinencia del requerimiento fue escrutada por farmacéuticas clínicas, a través de una exhaustiva búsqueda bibliográfica y el consecuente análisis crítico de la información obtenida. En línea con los resultados, que otorgaban baja certeza en la magnitud de los efectos, se argumentó que las chances de obtener beneficio de instaurarse el tratamiento habida la

evolución del cuadro clínico, y la demora propia de los procesos; eran bajas a muy bajas. No obstante, ante amenazas de litigio, la institución decidió avanzar con la catalogación y compra acorde al costo (\$15 millones) contemplando la dosis, forma de administración, estabilidad y duración del tratamiento. La hemina fue ofrecida al momento del diagnóstico en forma total por el centro de referencia en carácter de préstamo con compromiso de devolución, pero se aguardó la certeza en la adquisición para acceder al préstamo. Finalmente se administra la primera dosis de hemina a los 53 días del ingreso hospitalario y a los 42 de iniciado el procedimiento de compra.

La paciente evoluciona con múltiples interurrencias infectológicas, sin cambios a nivel neurológico. Finalmente, a causa de inestabilidad hemodinámica con subsecuente parada cardíaca, fallece.

DISCUSIÓN

Consideramos que aunque la medicación hubiera estado disponible sin las demoras de la gestión, el desenlace en esta paciente particular no habría sido distinto. Sin embargo resulta pertinente plantear la generación de un mecanismo que contemple estas situaciones, como existe en otros Sistemas de Salud: unidades de Toma de Decisiones Clínicas, con un presupuesto asignado que valore las solicitudes desde el marco de la evidencia disponible, el costo de oportunidad, la perspectiva de los pacientes y los QALYs ganados.

Encontramos como limitación del sistema, el temor a las demandas judiciales, que en el caso presentado y en muchas ocasiones determina que se destinen presupuestos a intervenciones juzgadas fútiles desde múltiples perspectivas.

TRABAJO 62

Reacción adversa a excipientes: detección farmacéutica de un caso vinculado a cambio de marca de palbociclib

MINARDI EP, ROSALES A

Hospital Italiano de Buenos Aires – CABA – Argentina

Mail de contacto: esteban.minardi@hospitalitaliano.org.ar

INTRODUCCIÓN

Palbociclib (PB), inhibidor selectivo de CDK4/6 aprobado para cáncer de mama RH+/HER2-, presenta como reacciones adversas (RAMs) comunes la neutropenia y la fatiga, siendo las manifestaciones dermatológicas muy poco frecuentes. La aparición de lesiones cutáneas tras cambio de formulación sugiere un posible rol de los excipientes (EX) en la seguridad del fármaco. Se describe una RAM cutánea moderada vinculada a la polivinilpirrolidona (PVI) presente en una marca comercial de PB.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina de 86 años con cáncer de mama RH+/HER2-, tratada con PB marca Ibrance® VO (marca 1) y letrozol VO desde 2024, con muy buena tolerancia inicial. Tras 10 meses de tratamiento, cambió a la marca Pariterib® (marca 2) y, al mes de iniciado el consumo de esta formulación, presentó lesiones dolorosas con ampollas y descamación en palmas, plantas y zonas expuestas. Se descartaron causas infecciosas e inmunológicas mediante evaluación interdisciplinaria. El servicio de farmacia identificó una posible RAM por EXs. Se realizó entonces un análisis cuali-cuantitativo de los Exs presentes en ambas formulaciones y se

compararon: la marca 1 incluía en su composición celulosa microcristalina (CM), lactosa monohidrato (LM), almidón glicolato de sodio A, sílice coloidal (SC), estearato de magnesio (ES), dióxido de titanio y tinta de impresión; mientras que la marca 2 contenía CM, LM, ES, SC, croscarmelosa sódica (CS) y PVI. Se sospechó RAM por PVI debido a antecedentes de reportes previos, por lo que se notificó al equipo médico, se recomendó retomar la formulación inicial y se procedió a informar el caso a ANMAT a través de Vigiflow. La evaluación de causalidad mediante el algoritmo de Naranjo fue posible, con intensidad moderada. La sugerencia de cambio de marca fue aceptada y la paciente mejoró tras la suspensión de Pariterib[®] y el reinicio de la formulación original (Ibrance[®]), sin nuevas recurrencias.

DISCUSIÓN

En pacientes oncológicos, la variabilidad en los EXs puede modificar la tolerancia clínica. Aunque inactivos desde lo farmacológico, algunos EXs inducen hipersensibilidad tipo IV. Como antecedente médico relevante, además del oncológico, la paciente no presentaba disfunción hepática ni renal que justificara acumulación de PB. Además, este fármaco no posee un margen terapéutico estrecho, y el inicio de la toxicidad coincidió con el cambio de marca, lo que reforzó la hipótesis de RAM por EX y no por PB. La revisión bibliográfica permitió descartar también al EX CS (presente únicamente en la marca 2) como agente causal, ya que los RAMs asociados a este EX son de tipo gastrointestinal y no dermatológico. La intervención farmacéutica y la farmacovigilancia (FGV) permitieron detectar esta señal de seguridad, evitar recurrencias y asegurar la continuidad de una terapia adecuada. Un trabajo publicado en 2024 en la revista ILAPHAR por Santos et al., del Servicio de Salud de la Región Autónoma de Madeira (Portugal), subraya la relevancia clínica de los EXs tradicionalmente considerados inocuos, al evidenciar su impacto en pacientes con alergias, y propone bases de datos que faciliten su consulta. Esto podría implementarse institucionalmente como una oportunidad de mejora en la gestión de FVG. Este caso refuerza el rol del farmacéutico en la detección precoz de RAMs vinculadas a EXs y promueve el desarrollo de herramientas para optimizar la seguridad en pacientes vulnerables.

TRABAJO 63

¿La participación del equipo PROA en pases de sala de UCI es útil para mejorar la utilización de antimicrobianos?

RUSSO ME, SUAREZ M, PADILLA M, RODRIGUEZ P, BERNAN ML

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

Mail de contacto: augeniarusso@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La implementación de Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) proporciona estrategias basadas en la evidencia para mejorar los resultados clínicos, disminuir efectos adversos, promover el costo-efectividad de la terapia y reducir la resistencia a los antimicrobianos (ATM) con herramientas e intervenciones educativas a los profesionales de salud. Se establecen e implementan actividades de optimización como rondas periódicas afín de revisar y analizar los ATM elegidos, evaluar la prescripción, generar retroalimentación y adaptar los tratamientos empíricos iniciales a la resistencia ATM institucional.

OBJETIVOS

Objetivo general: Evaluar la utilización de ATM, los microorganismos aislados, las tasas de IACS y las patologías de ingreso en UCI antes y después de la implementación de intervenciones del PROA. Objetivos secundarios: Analizar el consumo de ATM en DDDs 100 días paciente (DP) según clasificación AWARE de la OMS y consumo global antes y después de la implementación de pases de sala del PROA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico cuasi experimental antes y después de implementar intervenciones educativas con pases de sala trisemanales en UTI a fin de analizar los pacientes internados. Periodo de intervención un año (5/24-4/25). Se evaluaron iguales períodos de tiempo pre y post intervención. En cada lapso se analizaron: Nº de pacientes, patologías de ingreso, tasa de IACS por procedimiento, microorganismos aislados y consumo de antimicrobianos por 100 días DP. Los datos fueron registrados y analizados en Programa VIHDA y PROANET; la diferencia de tasas (DT) y significancia estadística en Open EPI método Byar.

RESULTADOS

En los períodos pre/post intervención se registró: 168/230 ingresos, 2668/2526 DP, % patologías de ingreso: dificultad respiratoria con ARM 46/43, politraumatismo 19/12, ACV 17/22, postquirúrgico 6/5 y otros 12/18. Nº IACS 41/40 (tasas por procedimiento %: infección asociada a catéter 14/12, neumonía asociada a respirador 11/10 e ITU 5/4). Principales microorganismos aislados en ambos intervalos: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomona aeruginosa*. El consumo global de ATM en DDD 100 DP en cada período fue de 120,5/119,4 y las DDDs totales fueron de 3215/3017. La diferencia de tasas (DT) del consumo global de ATM antes y después de la intervención fue de -1,1 con un valor de $p < 0.05$ (IC -7 a 4). El consumo de ATM de reserva (colistin, tigeciclina y linezolid) expresados en media ponderada DDDs 100 DP fue en el grupo intervención de: 19,3, 1,07 y 0,31 vs pre-intervención: 25,9, 3 y 0,6 con DT de: -6,6 (-9 a -3), -1,9 (-2,6 a -1,1) y -0,13 (-0,4 a 0,2). La DT de ATM de vigilancia carbapenems y vancomicina en el grupo intervención fue de -1,9 (-3 a 0,1) y -4 (-0,5 a -0,2). Con respecto a los ATM acceso, en el grupo intervención las DT e IC del 95 % fueron de: cefalosporinas de 1ª generación 2 (1,1 a 3,2) y AMS 1,5 (0,17 a 2,8).

DISCUSIÓN

Las políticas restrictivas y las auditorías prospectivas son estrategias complementarias que buscan mejorar el uso y combatir la resistencia a los ATM. En nuestra experiencia, recién alcanzamos una disminución del consumo de los ATM de reserva y vigilancia con la participación periódica del PROA en las rondas de sala. Los consumos de colistin, tigeciclina y vancomicina se redujeron con significancia estadística. Limitación, los pacientes de los grupos no fueron seleccionados, sino que solo se compararon periodos iguales de tiempo. Queda pendiente clasificar y categorizar las intervenciones realizadas por el equipo.

CONCLUSIONES

No se evidenciaron diferencias significativas en las patologías de ingreso a la unidad, las tasas de IACS y los microorganismos aislados en cada periodo. Las intervenciones realizadas generaron una reducción en las tasas de consumo en su mayoría con significancia estadística de ATM de vigilancia y reserva además de un aumento del uso del grupo acceso. El consumo global se redujo, pero sin significancia estadística.

TRABAJO 64

Análisis del manejo terapéutico de la intoxicación por paracetamol en un hospital de alta complejidad

GIACOMUCCI C, BROFMAN V, GONZÁLEZ VALDEZ D, PRIMERANO F, ROSCINI M, CARO C, CARISSIMO D

Hospital Aleman – CABA – Argentina

Mail de contacto: cgiacomucci@hospitalaleman.com

INTRODUCCIÓN

La intoxicación por paracetamol (IP) es motivo frecuente de ingresos por sobreingesta medicamentosa.

El pronóstico del paciente (P) depende de la precocidad y la aplicación adecuada del tratamiento. Este consiste en descontaminación digestiva (DD) oportuna con lavado gástrico y/o carbón activado, el inicio precoz del antídoto específico N-acetilcisteína 20% solución oral (NAC), correcta dosificación y momento de finalización adecuado.

Ante la falta de un protocolo estandarizado y la variedad de P atendidos en nuestra institución, es necesario analizar tanto las estrategias terapéuticas utilizadas como el perfil de los casos de IP.

OBJETIVOS

Analizar el perfil de P con IP, evaluar adecuación y errores en el manejo terapéutico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de P tratados con NAC por IP desde enero-2019 hasta abril-2025.

Se recopilaron datos de historia clínica (HC): edad, sexo, tipo y motivo de intoxicación, dosis total ingerida (DTI), horas transcurridas desde ingesta, concentración plasmática inicial (CPI), hepatitis aguda (HA).

Se evaluó el manejo terapéutico tomando de referencia la Guía de antídotos y tratamientos en intoxicaciones del Centro Nacional de Intoxicaciones del Htal. Posadas, siendo adecuado cuando la DD fue en las 2h post-ingesta, el inicio del tratamiento con NAC fue dentro de las 8 h post-ingesta, la dosis carga (DC) fue 140mg/kg, la dosis de mantenimiento (DM) 70 mg/kg y la duración del mismo fue de 17 dosis o hasta cumplimiento de criterios de finalización (CFT) (enzimas hepáticas normalizadas, concentraciones plasmáticas de paracetamol <10 mcg/ml, RIN<2, reversión de encefalopatía).

RESULTADOS

Se analizaron 15 P con edad media 25 años (67% mujeres). En todos el tipo de intoxicación fue aguda y voluntaria por intento autolítico en el 87%. La DTI media fue 17,8g. El 40% de P acudieron antes de las 8 h post-ingesta, 27% pasadas las 8h y 33% no se pudo determinar. El rango de CPI fue entre 3-303 mcg/ml, 2 P presentaron HA. Un P fue derivado luego de recibir la DC.

La DD se aplicó en 7 P, en 5 fue adecuada y en 2 inadecuada. En 5 no se realizó porque no cumplían criterio y de 3 no se tenían datos.

El inicio de NAC fue en tiempo correcto en 7 P y tardó en 5; el resto de los P iniciaron en otro centro. La DC fue correcta en los 12 P que la recibieron en el hospital. La DM fue correcta en 14 P. El total de los P finalizó el tratamiento correctamente: 10 P recibieron 17 dosis y 4 P suspendieron antes por cumplir con CFT.

El manejo terapéutico fue correcto en 6 P. En 5 P fue incorrecto debido a DD inadecuada (1 P) e inicio tardío de NAC (4 P); aunque todos cumplieron con DC y DM correctas, 17 dosis y CFT. En 4 P no se pudo determinar adecuación del manejo ya que comenzaron en otro centro o fueron derivados.

DISCUSIÓN

Los errores más frecuentes fueron en la etapa inicial del abordaje: la aplicación tardía de DD y el inicio demorado del antídoto. Las causas de retraso del antídoto pueden deberse a la demora en la consulta tras la ingesta y a la decisión clínica de priorizar la DD cuando la dosis ingerida ya ha sido absorbida.

Todos los P recibieron dosificación correcta de NAC una vez iniciado o continuado el tratamiento en el hospital, cumpliendo con 17 dosis o CFT, lo que demuestra administración del antídoto adecuada.

Actualmente el manejo de la IP se realiza basado en guías externas, por lo que se propone para optimizar y unificar criterios de tratamiento la implementación de un protocolo institucional.

Una limitación del estudio fue la imposibilidad de evaluar todos los casos ya que el manejo terapéutico no se realizó en su totalidad en el hospital.

CONCLUSIONES

La mayoría de los casos de IP fueron mujeres jóvenes con ingestas agudas y voluntarias, y menos de la mitad de los P recibió un tratamiento completamente adecuado. Se identificaron como puntos a mejorar la aplicación correcta de DD y el inicio precoz del antídoto.

TRABAJO 65

Evaluación económica de las intervenciones farmacéuticas en una unidad de cuidados intensivos de adultos

GONZALEZ VALDEZ D, PRIMERANO F, CARO C, CARISSIMO D

Hospital Aleman – CABA – Argentina

Mail de contacto: dgonzalez@hospitalaleman.com

INTRODUCCIÓN

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), la gravedad de los pacientes y la polimedicación aumentan el riesgo de errores de prescripción y problemas relacionados a medicamentos (PRM). En nuestra institución, farmacia clínica realiza intervenciones farmacéuticas (IF) durante la validación de prescripciones, identificando PRM, y en la revisión de solicitudes de medicamentos realizadas por enfermería, ajustando las cantidades a enviar. Así, se busca mejorar resultados clínicos y reducir costos.

Si bien existen estudios sobre el impacto económico de IF, este trabajo surge como respuesta a la necesidad institucional de generar evidencia que respalde la inversión en farmacéuticos en UCI.

OBJETIVOS

Estimar el impacto económico de las IF en una UCI de adultos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de las IF realizadas entre enero y marzo de 2024. Fueron incluidas IF en la UCI de adultos. Se excluyeron IF de preparados magistrales y duplicados. Las IF se clasificaron según PRM.

El impacto económico total (IET) se estimó sumando el valor económico de las IF en la validación (VEV) y en la revisión de solicitudes (VER).

El VEV se calculó sumando el costo directo (CD) y el costo evitado (CE) de cada IF, considerando el porcentaje de aceptación.

El CD es la diferencia de costos entre la terapia original y la sugerida.

El CE es el gasto prevenido al evitar un PRM considerando la probabilidad (P) de ocurrencia utilizando la metodología Nesbit y su impacto en la estancia hospitalaria.

El VER es el costo de las unidades no dispensadas por correcciones en las solicitudes de medicamentos.

El costo de cada medicamento se definió según el precio de venta al público (PVP) de marzo de 2025.

Se analizaron los motivos de IF y su impacto en el VEV.

RESULTADOS

Se incluyeron 3415 IF: 294 de validación y 3121 de revisión de solicitudes. La aceptación fue 86,2%.

El CD fue \$26.482.920 y el CE \$76.547.586, resultando en un VEV de \$103.030.506. El VER resultó de \$73.501.736. El IET estimado fue de \$176.532.242.

Los motivos de IF más frecuentes y sus costos asociados fueron: falta de ajuste por falla renal (FAR) \$42.025.701 (n=45, CD \$7.677.897, CE \$34.347.804), dosis inferior a la recomendada (DI) \$-8.410.795 (n=40, CD \$-16.063.640, CE \$7.652.845), dosis superior a la recomendada (DS) \$18.643.488 (n=38, CD \$11.373.285, CE \$7.270.203), medicamento en falta (MF) \$15.119.476 (n=36, CD \$8.241.915, CE \$6.877.561).

DISCUSIÓN

El análisis muestra que ambos tipos de IF generaron beneficios económicos. Aunque las IF durante la validación fueron menos frecuentes, tuvieron mayor impacto. La tasa de aceptación sugiere que las IF son valoradas por el equipo médico.

La FAR es el motivo que más contribuye al CE. Esto se debe a que es una de las IF más frecuentes y a que, según la metodología usada, de no realizarse existe una mayor P que ocurra un daño severo. Su impacto económico se sustenta en su importancia clínica, al prevenir eventos adversos potencialmente graves. En el caso de IF por DS y la gestión de MF, el ahorro generado se debe principalmente a que son motivos recurrentes, con impactos similares en el CE y CD. En contraste, IF por DI tienden a aumentar el CD, generando un gasto adicional.

Entre las limitaciones, se destaca que la utilización del PVP de los medicamentos sobreestima su impacto en el CD y el VER. Por otro lado, algunos costos hospitalarios asociados a las IF no fueron tenidos en cuenta. Además, por la imposibilidad de identificar todas las IF aceptadas, se usó un porcentaje estimado. Finalmente, es importante tener en cuenta que la valoración

económica de eventos que no ocurrieron presenta incertidumbres inherentes, a pesar de la metodología utilizada.

CONCLUSIONES

Este estudio revela que las IF en UCI, además de ser efectivas desde el punto de vista clínico, son beneficiosas económicamente. Estas pueden evitar costos asociados a PRM, mejorar la seguridad del paciente y optimizar el uso de recursos.

TRABAJO 66

Diseño y validación de un instrumento de recolección de datos para analizar el conocimiento, gestión y manejo de cloruro de potasio intravenoso en instituciones de salud

VITTAR M1, FONTANA D1, BARROS HERRERO C1, LAMI HERNANDEZ MB1, TORRES N1, KEDIKIAN R1, CIAN M1, SEGURO L2, MECCHIA A3, DUTTO S4, CAPURRO A5, CAPELLI A6, MOLINA R7, ROUSSEAU M8, BUSTOS FIERRO C9, RIVERO R1

1) Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba – Córdoba – Argentina. 2) Sanatorio Aconcagua – Córdoba – Argentina. 3) Sanatorio Allende – Córdoba – Argentina. 4) Hospital Misericordia – Córdoba – Argentina. 5) Hospital Infantil Municipal – Córdoba – Argentina. 6) Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez – CABA – Argentina. 7) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas – El Palomar – Buenos Aires – Argentina. 8) Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan – CABA – Argentina. 9) Hospital Nacional de Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba – Córdoba – Argentina

Mail de contacto: melody.vittar@mi.unc.edu.ar

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos de alto riesgo (MAR) son aquellos con mayor potencial de causar daño significativo al paciente si se utilizan incorrectamente, por lo que requieren un manejo especial para minimizar los mismos.

El Laboratorio de Hemoderivados produce y distribuye MAR como cloruro de potasio intravenoso (CIK-IV) y en el marco de los Planes de Gestión de Riesgos según Disposición ANMAT 5358/12, realiza estudios de campo para conocer la problemática y realizar propuestas para prevenir los riesgos identificados. Los cuestionarios son herramientas muy usadas en este sentido y, su adecuada construcción, implica un proceso interdisciplinario, con diversas fases de revisión y validación para asegurar que las mediciones del constructo elegido en la población de interés sean precisas y confiables.

OBJETIVOS

Diseñar y validar un instrumento de recolección de datos que permita realizar un diagnóstico situacional del conocimiento, gestión y manejo de MAR, específicamente CIK-IV, en instituciones de salud (IS).

MATERIAL Y MÉTODOS

El contenido del instrumento se definió en octubre de 2024 en un grupo de discusión conformado por médicos (M), enfermeros (E), farmacéuticos (F) del equipo de investigación, en el que se analizó bibliografía sobre seguridad del paciente, MAR, y encuestas.

Con la información recolectada, se diseñó una encuesta en la plataforma Research Electronic Data Capture, destinada a profesionales de la salud (PS) de IS que utilizan CIK-IV.

En noviembre de 2024, el formulario fue validado por 8 PS (M=2, E=1, F=5) referentes en el manejo de CLK-IV. Se analizó suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada dimensión del instrumento con una escala de Likert, puntuando desde la menor (1) a mayor (4=Pm) adecuación de cada ítem al constructo. El mayor puntaje posible de la validación resulta de $Pm \times \text{total de ítems (TI)} \times \text{cantidad de PS}$.

RESULTADOS

Instrumento

Tipo: encuesta en línea para enviar por e-mail y WhatsApp, de triple ramificación, con preguntas abiertas (para no inducir respuestas) y cerradas (opción múltiple, menú desplegable, con casillas de verificación y escala de likert según el PS que responda)

Variables:

- a) datos sociodemográficos de los PS: sexo, edad, profesión, antigüedad, servicio
- b) dimensiones: 1) Conceptos generales sobre MAR; 2) Proceso de manejo de CLK-IV, 3) desafíos en el manejo de CLK-IV, 4) Conocimiento y capacitación sobre CLK-IV, 5) Registro y Documentación de CLK-IV, 6) Opinión.

TI en las 6 dimensiones: 28

Validación: $4 \times 28 \times 8 = 896$

Suficiencia: 62% (F=356, M=203, E=0)

Claridad: 70% (F=369, M=201, E=55)

Coherencia: 70% (F=365, M=204, E=57)

Relevancia: 69% (F=368, M=198, E=49)

El instrumento validado se modificó según la devolución de los PS y se adaptó a 5 dimensiones: 1) Conceptos generales sobre MAR; 2) Conocimiento y capacitación, 3) Sistema de utilización sobre manejo, 4) Desafíos en el sistema de utilización del CLK-IV y 5) Opiniones sobre el uso del CLK-IV.

TI en las 5 dimensiones: 27.

Link del formulario validado. https://redcap.link/Encuesta_Uso_KCliv

DISCUSIÓN

El Instrumento diseñado inicialmente contiene secciones coincidentes con bibliografía en la temática estudiada, sin embargo, requirió modificaciones que refuerzan la importancia de validarlo antes de su implementación.

La validación revela diferencias en la valoración de los PS, posiblemente por la formación profesional, lo que puede ser una limitación en la construcción del instrumento.

Se proyecta la realización de una prueba piloto para que al ser implementado, sus resultados sean analizados en reuniones internas de cada IS participante para consensuar propuestas de intervención en los servicios que lo requieran para que el uso del CLK-IV sea seguro.

CONCLUSIONES

La interdisciplina, tanto en el diseño como en la validación de la encuesta, permitió diseñar y validar un instrumento de recolección de datos para realizar un diagnóstico sobre el conocimiento, gestión y manejo de CLK-IV en IS.

TRABAJO 67

Estudio de utilización de inmunoglobulina intramuscular de origen nacional

LAMI HERNÁNDEZ MB1, CUELLO MA1, BARROS C1, KEDIKIAN RM1, FONTANA D1, ROITTER C2, CUELLO PN2, BERTAGNOLIO ME2, MORENO C2, LUBRINA V2, TITA AV2, RIVERO R1

1)Laboratorio de Hemoderivados, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.

2)DASPU Obra social universitaria de Córdoba, Argentina.

Mail de contacto: belen.lami@unc.edu.ar

INTRODUCCIÓN

GAMMAGLOBULINA T intramuscular (GT) es un medicamento elaborado por el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba (LH-UNC), cuya materia prima es el plasma humano que contiene anticuerpos para patologías prevalentes de la región. Está aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para profilaxis de hepatitis A, sarampión, rubéola y para la prevención de afecciones de corta duración, víricas y bacterianas. En el marco del Plan de Gestión de Riesgos del LH-UNC, en cumplimiento de la Disp.ANMAT 5358/12, se detectó la necesidad de actualizar y documentar datos sobre el uso de GT, por lo que fue de interés hacer un Estudio de Utilización.

OBJETIVOS

Describir el perfil de uso y de seguridad de GT.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio: observacional, prospectivo de post comercialización.

Período: 03/2023 a 09/2024.

Población: pacientes con indicación de GT atendidos en alguna de las 4 sedes de la farmacia de la Obra Social Universitaria de Córdoba (DASPU), entrevistados telefónicamente, luego de aceptar mediante consentimiento informado.

Acorde a la posibilidad de aparición de Reacciones Adversas (RA) inmediatas, mediatas y tardías, y a la vida media de GT; se los contactó a los tiempos 0-2-10-28-60 días post infusión. Se registraron y analizaron los datos en un formulario electrónico creado para este estudio en la plataforma Research Electronic Data Capture. Este trabajo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética correspondiente.

Variables:

Demográficas: sexo, edad, residencia.

Vacunación COVID19: n° de dosis, antecedentes.

Indicación.

Pauta terapéutica.

Antecedentes de factores de riesgo y comorbilidades.

RA locales y sistémicas.

Ocurrencia de infecciones.

RESULTADOS

Se reclutaron 33 pacientes de Córdoba: 15 finalizaron el estudio, 1 abandonó el estudio, 11 no respondieron mensajes/llamadas y 6 no aceptaron participar.

Resultados expresados en % (n=15): 33% varones, 67% mujeres; entre 18-90 años.

Tiempo 0 días

COVID19

Vacunación 3 dosis o más 60%, 2 dosis 27%, 1 dosis 7%, no se vacunó 7%

Antecedentes COVID19+ sí 47%, no 53%.

Indicación

Profilaxis de infecciones respiratorias 67%, refuerzo sistema inmune 20%, tratamiento inmunomodulador 13%.

Pauta 1 dosis anual 67%, 1 dosis cada 3 meses 7%, 1 dosis cada 1 mes 27%.

Antecedentes de factores de riesgo y comorbilidades: 60%.

Tiempo 2 días

RA locales: dolor en el sitio de infusión 13%.

Tiempo 10-28-60 días

Ocurrencia de infecciones: COVID19 7%, Sinusitis 7%, Angina pultácea 13%

73% no presentó infección.

DISCUSIÓN

GT se indicó mayormente como profilaxis de infecciones respiratorias, en refuerzo del sistema inmune y como inmunomodulador. Las guías de uso aconsejan la inmunoglobulina G endovenosa para lograr niveles terapéuticos más elevados para inmunomodulación.

La mayoría de los pacientes no presentó infecciones (73%).

Las RA locales fueron leves y transitorias, coincidentes con el prospecto y probablemente asociadas a una inadecuada técnica de manipulación y administración. No hubo RA sistémicas.

Una limitación fue la falta de respuesta a la encuesta, lo que evidencia la necesidad de reformular las estrategias de recolección de datos.

CONCLUSIONES

GT se utilizó principalmente como profilaxis de infecciones observándose buena respuesta en un alto porcentaje de participantes para esta indicación; fue bien tolerada en la mayoría de los casos. Se obtuvieron resultados que permitieron conocer el perfil de uso y seguridad de GT en la población estudiada.

Es de interés realizar investigaciones en mayor profundidad para ampliar el conocimiento en la temática abordada.

El trabajo en equipo e interinstitucional fue clave para la ejecución del proyecto y para el diseño de acciones de Gestión de Riesgos en el uso de GT.

TRABAJO 68

Adecuación del tratamiento de la encefalitis granulomatosa amebiana en pediatría: a propósito de un caso

GROSSO C, DIEZ A, RUIZ E, ARIAS A

Hospital Prof. Dr Juan P. Garrahan – CABA – Argentina

Mail de contacto: cmgrosso91@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La encefalitis granulomatosa amebiana, causada por las amebas de vida libre *Balamuthia mandrillaris* o especies de *Acanthamoeba*, es una infección del sistema nervioso central (SNC) poco frecuente y mortal, con una tasa de letalidad superior al 90 %. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) sugieren un régimen antimicrobiano de primera línea compuesto por seis fármacos: pentamidina, sulfadiazina, flucitosina, fluconazol, miltefosina (M); y un macrólido (azitromicina o claritromicina). Sin embargo, en la práctica, el tratamiento debe ser adaptado individualmente según la presentación comercial disponible, edad, peso y tolerancia del paciente, lo que representa un desafío adicional para la adherencia y el éxito terapéutico.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente masculino, 3 años de edad, es derivado al Hospital Garrahan (HG) con sospecha de tumor de SNC supratentorial. El paciente había presentado convulsión focal de corta duración, con lo cual se le realizó una resonancia magnética que evidenció una lesión en el SNC. Al ingresar al HG se repitieron las imágenes e ingresó a quirófano para realizarse biopsia de cerebro, en la cual se toman cultivos. Se recibe PCR para amebas de vida libre con resultado positivo para *Balamuthia mandrillaris*, con lo cual se instaura tratamiento de primera línea y se realiza resección quirúrgica de la lesión. El paciente presentó algunas reacciones adversas (tales como síndrome nefrótico con insuficiencia renal aguda, mielotoxicidad y pancreatitis), que llevaron a ajustar las dosis de algunos de los fármacos y a suspender otros. También presentó un empeoramiento de la lesión intratratamiento, que motivó la incorporación de nuevos fármacos a la terapéutica, instaurando así un régimen alternativo que incluyó nitroxolina (N), una quinolona que no se comercializa en Argentina ni cuenta con la aprobación de EMA ni de FDA, pero existen reportes de casos que documentan resultados favorables al añadirla al tratamiento; y el albendazol, por recomendación de colegas sudamericanos.

El problema se generó, en primera instancia, para conseguir la medicación, ya que M y N son importadas, y en segundo lugar, porque no existe una forma farmacéutica adecuada para la administración pediátrica.

En el caso de M la especialidad medicinal es en cápsulas duras de 50 mg, para ello en el laboratorio de farmacotecnia se realizó la elaboración de cápsulas de 15 mg, que corresponde a la dosis indicada cada 12 hs, a partir de la presentación comercial de 50 mg y según procedimientos normatizados de técnica de elaboración de la Farmacopea, utilizando lactosa como diluyente.

En el caso de N, la presentación disponible es en cápsulas blandas de 250 mg, para una dosis indicada de 250 mg día dividido en 3 tomas. Para ello se analizaron los excipientes de la cápsula. Siendo éstos de carácter oleoso, se propuso vaciar el contenido de las cápsulas y diluirlo en 3 mL de aceite de girasol, obteniéndose un volumen final de 3.3 mL. Se fraccionaron en 3 dosis unitarias de 83 mg (1,1 mL), conservadas a temperatura ambiente por 24 hs, para evitar ruptura de la emulsión y posible riesgo de precipitación.

DISCUSIÓN

La adherencia al tratamiento fue adecuada durante la internación, gracias a las formulaciones adaptadas, lo que permitió su continuidad en forma ambulatoria. La farmacia del hospital gestionó la importación de M y N, garantizando su acceso.

Actualmente se encuentra recibiendo flucitosina, fluconazol, albendazol, M y N, concurriendo a controles periódicos con los especialistas.

La adecuada intervención farmacéutica y el trabajo interdisciplinario fueron pilares fundamentales que no solo hicieron posible la adherencia terapéutica, sino que también evidenciaron el impacto decisivo de dichas estrategias, favoreciendo la tolerancia al tratamiento, evitando suspensiones y permitiendo el alta hospitalaria tras seis meses de internación en el contexto de una patología de alta complejidad.

TRABAJO 69

Normalización del Servicio de Esterilización de una Policlínica de la Ciudad de Buenos Aires

RIVAS SALCEDO N.K

Policlínica bancaria – CABA – Argentina

Mail de contacto: karivasal@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La implementación del modelo centralizado en los servicios de esterilización permite reducir variaciones operativas, aumentar la seguridad del proceso, optimizar el uso de recursos y garantizar la disponibilidad oportuna del material estéril. Asimismo, facilita la estandarización y el cumplimiento normativo elevando el estándar de calidad y seguridad del cuidado brindado al paciente.

En línea con el Plan Nacional de Calidad 2021-2024, la normalización del servicio de esterilización determina un proceso estratégico de adecuación normativa y optimización funcional, centrado en la gestión de procesos críticos en conformidad a los lineamientos establecidos por la normativa nacional e internacional en vigencia.

El objetivo es fortalecer la capacidad institucional para ofrecer un proceso de esterilización seguro, estandarizado y eficiente, en concordancia con las regulaciones vigentes y las buenas prácticas reconocidas nacional e internacionalmente.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En 2017, al asumir la jefatura como farmacéutica especialista en esterilización, observé que el servicio no cumplía con la normativa vigente: no contaba con procedimientos estandarizados, registros informatizados ni trazabilidad. Los procesos eran descentralizados: cada sala limpiaba su material bajo criterios propios. El servicio realizaba esterilización por calor húmedo o seco y gestionaba la logística del óxido de etileno. El material termolábil se tercerizaba sin cronograma definido, afectando la planificación operativa.

Ante ello, presenté proyectos de adecuación por etapas. El rediseño contempló remodelaciones edilicias, incorporación de tecnología, centralización progresiva y estandarización de procesos.

Las acciones incluyeron:

- Reformas edilicias: se reorganizó el espacio, fijando un área de limpieza y la circulación unidireccional.
- Modernización del equipamiento: incorporación de una lavadora-desinfectadora, dos estufas y un equipo de plasma.
- Centralización progresiva: se dispuso la limpieza por etapas, comenzando con el material de Planta quirúrgica (PQ). Una vez consolidado el lavado y el conocimiento del instrumental de PQ, se incorporaron el resto de las áreas, completando el proceso en cuatro meses.

- Estandarización de procesos: se implementaron nuevos procedimientos (POE), protocolos e instructivos técnicos validados. Los POE se priorizaron considerando los puntos críticos y las nuevas actividades a desarrollar.
- Recurso humano: ampliación del equipo técnico (turnos intermedio y fin de semana) y formación continua mediante entrenamiento práctico bajo supervisión y actividades de capacitación.

El proceso inició a fines de 2022 y finalizó en agosto de 2024.

DISCUSIÓN

Las acciones permitieron adecuar la infraestructura, optimizar los procesos y consolidar un modelo centralizado, mejorando eficiencia, trazabilidad y seguridad. Sin embargo, las restricciones presupuestarias impidieron incorporar sistemas esenciales como renovación de aire, presiones diferenciales y aire comprimido central, requeridos por los estándares actuales. Esta situación no fue excepcional. Criado-Álvarez y Muro (2006) señalaron que una gestión eficaz requiere personal capacitado, tecnología adecuada, trazabilidad robusta y cultura de mejora continua. Por tanto, sin inversión sostenida en infraestructura, equipamiento y tecnología, no es posible alcanzar estándares óptimos.

En este contexto, la participación de un farmacéutico con formación especializada resultó un recurso técnico clave en la reconversión del servicio y su adecuación normativa. La normalización permitió consolidar una central de esterilización eficiente, con recurso humano capacitado y comprometido, ajustada a la normativa vigente y centrada en la seguridad del paciente.

TRABAJO 70

Optimización del uso de paracetamol y omeprazol inyectables en pacientes internados en una clínica de alta complejidad: intervención farmacéutica e impacto económico

ROSALES V, MENDES GARRIDO F, OTERO S, MARTÍNEZ I, SANADO C, SALVADOR R

Clínica Santa Isabel - Grupo Omint- CABA – Argentina

Mail de contacto: vickro8@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los medicamentos y productos médicos dispensados por farmacia representan uno de los principales costos en las instituciones de salud. A partir del análisis de los costos de farmacia se pueden identificar medicamentos que representan mayor gasto (en nuestro caso se destacan paracetamol y omeprazol inyectables) y surge la necesidad de generar un consenso para optimizar su uso. La adecuada prescripción e intervenciones farmacéuticas pueden tener impacto positivo en el costo de farmacia.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto en el consumo de paracetamol y omeprazol inyectable, y su costo asociado, luego de la implementación de una guía institucional en una clínica de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio analítico, cuasi experimental, antes-después, no controlado. Los farmacéuticos, junto con el equipo médico y de enfermería de la clínica, elaboraron una guía institucional con los criterios de indicación de formas farmacéuticas inyectables de paracetamol y omeprazol para priorizar las formas orales cuando sea posible. La guía se implementó en agosto de 2024 y, a través de la validación farmacéutica de las prescripciones médicas, se promovió su adherencia. Para analizar el impacto de la optimización, se obtuvieron del sistema informático de gestión hospitalaria las unidades consumidas (dispensadas menos devueltas) de diferentes formas farmacéuticas de paracetamol y omeprazol durante los 6 meses previos (febrero-julio 2024) y posteriores (agosto 2024-enero 2025) a la difusión del consenso, utilizando como indicador: unidades dispensadas/100 días cama (u/100 dc). También se analizó el costo individual de cada producto (cantidad de unidades consumidas x precio de costo unitario) como porcentaje del costo total de farmacia (suma de costo individual de todos los productos consumidos de la farmacia).

RESULTADOS

Tras la implementación de la guía se redujo el uso de paracetamol 1g iny (pre:32,4 - post:17,9 u/100 dc, -44,7%) y omeprazol 40mg iny (pre:19,7 - post:10,7 u/100 dc, -45,6%), además del costo que representaban dichos productos en el costo total de farmacia (paracetamol iny pre:2,4% - post:1,2%; omeprazol iny pre:0,60% - post:0,35%). Esto fue acompañado por un aumento en el uso de paracetamol 500mg comp (pre:147 - post:163 u/100 dc, +11,2%) y omeprazol 20 mg cáps (pre:29 - post:34 u/100 dc, +16,3%).

DISCUSIÓN

Con la implementación de la guía institucional y la validación farmacéutica de las prescripciones hubo una disminución del consumo de paracetamol y omeprazol inyectables, y un incremento en el uso de formas farmacéuticas sólidas orales de ambos fármacos, indicando que la necesidad terapéutica continuó cubierta pero con medicamentos de menor costo. Dado que en ambos períodos analizados siempre se contó con stock de todas las formas farmacéuticas de paracetamol y omeprazol analizadas, el mayor consumo de formas sólidas frente a las inyectables podría sugerir una buena adherencia a la guía y mayor conciencia por parte de los médicos en la prescripción racional de medicamentos. A su vez, esto implicaría un menor consumo de productos médicos relacionados con la vía endovenosa (jeringas, agujas, guías de infusión), contribuyendo también a la disminución de costos. Este modelo de optimización del uso podría ser replicable a otros medicamentos inyectables de la institución.

CONCLUSIONES

A partir de la elaboración de la guía institucional y la intervención pertinente de los farmacéuticos, se logró la optimización del uso de medicamentos inyectables que generan mayor gasto en la institución. La reducción del consumo de paracetamol y omeprazol inyectables, priorizando el uso de formas farmacéuticas orales, contribuye a reducir costos. El trabajo en equipo multidisciplinario y la generación de consensos es fundamental para la gestión eficiente de los recursos sanitarios sin afectar a los pacientes.

TRABAJO 71

Impacto de una capacitación autogestionada sobre el uso seguro de medicamentos en un hospital municipal

MOLINA C, BERTOLDO P

Hospital Municipal Príncipe de Asturias – Córdoba – Argentina

Mail de contacto: cecimolina55@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La gestión adecuada de medicamentos y productos médicos es clave para la seguridad del paciente en hospitales públicos como el Hospital Municipal Príncipe de Asturias (Córdoba, Argentina) de segundo nivel, donde la rotación de personal, la sobrecarga laboral y el escaso tiempo para la formación continua dificultan la implementación de buenas prácticas. En este contexto, las capacitaciones virtuales autogestionadas representan una alternativa efectiva y accesible para reducir errores, fortalecer el trabajo interdisciplinario y promover la cultura de seguridad.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una capacitación virtual autogestionada sobre conocimientos y prácticas relacionadas con la gestión de medicamentos y productos médicos, y su percepción sobre la seguridad del paciente entre el personal del hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se desarrolló una capacitación virtual con tres módulos audiovisuales y autoevaluaciones obligatorias con foco en los procesos de gestión de los medicamentos y productos médicos, selección, dispensación y medicamentos de alto riesgo. Un total de 75 de 190 trabajadores entre enfermeros, médicos y personal de salud vinculado a la temática completaron la capacitación. Se aplicaron dos encuestas ad hoc: una diagnóstica previa y otra posterior con autoevaluación y percepción del impacto. Se analizaron los cambios pre y post intervención.

RESULTADOS

Antes de la capacitación, el 79% desconocía la guía farmacoterapéutica, el 53% ignoraba el significado de medicamentos MAR y LASA, y el 48% tenía conocimientos incompletos sobre procedimientos de dispensación. Tras la capacitación, el puntaje promedio de la autoevaluación final de conceptos claves fue del 71,7%, con un aumento del 30% respecto de las respuestas previas. Más del 80% identificó correctamente conceptos clave de normativas, farmacovigilancia y descarte; el 100% de los encuestados manifestó haber comprendido los contenidos y el 90% percibió un impacto positivo en la seguridad del paciente y valoró la utilidad de la guía farmacoterapéutica.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que una intervención breve, virtual y autogestionada puede mejorar significativamente el conocimiento del personal. La capacitación abordó el uso seguro y también la gestión integral de medicamentos: desde la detección de necesidades, selección e incorporación a la guía farmacoterapéutica, compras, dispensación, entrega y disposición

final. Esto coincide con trabajos previos que reportaron mejoras de conocimientos en contextos similares. Elbeddini et al. (2021) demostraron que un módulo online incrementó significativamente el conocimiento de estudiantes de medicina, y Ozata y Dinc (2025) hallaron resultados similares en enfermería con e-learning y simulación. Entre las limitaciones del estudio se destaca la falta de seguimiento longitudinal para evaluar la aplicación sostenida de los contenidos, el uso de encuestas no validadas formalmente y la posible autoselección de participantes más motivados, lo cual podría sesgar los resultados. A pesar de ello, los hallazgos refuerzan el valor de estrategias educativas flexibles y accesibles.

CONCLUSIONES

La capacitación virtual autogestionada mejoró los conocimientos y la percepción del personal sobre la gestión de medicamentos y productos médicos. Su implementación resultó efectiva y viable en un entorno hospitalario público, fortaleciendo la seguridad del paciente. Se recomienda sostener y ampliar este tipo de instancias formativas como política institucional.

TRABAJO 72

Fostemsavir como opción terapéutica en pacientes con VIH multirresistente: experiencia en un Hospital General de Agudos

SCARSELLETTA F, PODDOUBNIAK K, PERNICE C, PERALTA A, TURIACI A, LARREA D, MARIANI P, CASANOVA P

Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez – CABA – Argentina

Mail de contacto: alvarez_farma@buenosaires.gob.ar

INTRODUCCIÓN

El Fostemsavir es un profármaco que se hidroliza a la fracción activa temsavir, antirretroviral que se une directamente a la subunidad gp120 de la glicoproteína gp160 de la envoltura del VIH-1 e inhibe su entrada al CD4. Está indicado en pacientes seropositivos con multirresistencia sin resistencia cruzada con otros antirretrovirales, logrando respuesta virológica sostenida y mejora inmunológica. Estos pacientes suelen requerir esquemas complejos, con baja adherencia, experimentar deterioro de su calidad de vida y mayores costos sanitarios. El objetivo de la presente comunicación es presentar la experiencia clínica con Fostemsavir en dos pacientes con VIH multirresistente atendidos en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, destacando el rol activo del farmacéutico hospitalario en la selección, gestión, seguimiento y evaluación de la respuesta terapéutica.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente 1: Masculino 30 años VIH+ por transmisión vertical, quien desde su nacimiento recibió 6 tratamientos diferentes, con cambios por fallos terapéuticos y escasa adherencia. En 2024, bajo tratamiento con Dolutegravir 50 mg + Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg (ACRIPTEGA) + Dolutegravir 50 mg, desarrolló rash eritematoso generalizado con prurito y una carga viral (CV) elevada de 31.900 copias/ml (c/ml). Ante esta situación, se rotó a Darunavir 600 mg/ritonavir 100 mg (DRV/r) + Fostemsavir 600 mg. Actualmente, se mantiene con el mismo esquema, mostrando buena adherencia, CV indetectable y recuento de CD4 de 460 células/ μ L. Paciente 2: Femenina 51 años diagnosticada de VIH en 1998, con múltiples fallos virológicos, rash eritematoso generalizado y mala adherencia a tratamientos previos (no se cuenta con datos de tratamientos previos al 2008). A partir del año 2008, la paciente

recibió 4 tratamientos distintos que debieron ser rotados por fallo virológico (CV 29800 c/ml). En julio de 2024, comenzó tratamiento con Dolutegravir 50 mg (doble dosis) + Fostemsavir 600 mg. La intervención demostró ser exitosa, con una CV de 20 copias/ml y un recuento de CD4 de 316 células/ μ L (14%).

El rol del farmacéutico es integral, ya que además de realizar la selección y gestión de la medicación antirretroviral, también realiza el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes. Esto implica monitorear la adherencia al tratamiento, identificar y evaluar reacciones adversas y analizar los parámetros de laboratorio relevantes.

DISCUSIÓN

El Fostemsavir es una alternativa crucial para pacientes adultos con VIH-1 multirresistente sin otras opciones viables, destacando su novedoso mecanismo de acción, la ausencia de resistencia cruzada, buena tolerabilidad y pocas interacciones farmacológicas. Los casos presentados muestran resultados clínicos positivos, con supresión virológica sostenida y recuperación inmunológica, con indicadores de seguimiento favorables según criterios de la OMS: carga viral, recuento de CD4, tolerancia y adherencia. Sin embargo, uno de los aspectos críticos en nuestra experiencia fue la ausencia de un sistema estructurado de farmacovigilancia activa, lo cual limita tanto la evaluación de seguridad como optimización del uso de nuevas terapias en poblaciones de alto riesgo. En estos casos, la implementación de estrategias de monitoreo farmacológico resulta fundamental para detectar eventos adversos, ajustar intervenciones y generar evidencia local.

En cuanto a la gestión, no se presentaron obstáculos para la provisión gracias a la coordinación entre farmacia y el Programa Nacional de VIH. La experiencia obtenida se alinea con la bibliografía internacional, que respalda el uso de este fármaco en pacientes con opciones terapéuticas limitadas. La integración del farmacéutico en el abordaje interdisciplinario fue esencial, no solo en la dispensación, sino también en el seguimiento continuo, facilitando decisiones clínicas oportunas y mejorando la calidad de vida de personas en situación de alta vulnerabilidad terapéutica.

TRABAJO 73

Intervención farmacéutica individualizada en tuberculosis diseminada con hepatotoxicidad grave: a propósito de un caso

GIAMBRONE ARRIAGA MA, TARZIA M, IGLESIAS DE, MARTINO MB

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

Mail de contacto: lujangiambrone@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Su presentación diseminada es rara en pacientes inmunocompetentes. En 2024, Argentina reportó 16.647 casos de TB, de los cuales 11,6% fueron extrapulmonares; se estima que hasta un 20% de estos últimos correspondieron a formas diseminadas. Una complicación grave que compromete la continuidad del tratamiento es la hepatotoxicidad (HTX) inducida por fármacos antituberculosos, con una incidencia de hasta 28%.

Se presenta un caso de TB diseminada y HTX que requirió manejo clínico y farmacéutico integrado. Se optimizó la suspensión/reintroducción escalonada de fármacos, esquemas

alternativos y adaptación de formas farmacéuticas, garantizando adherencia para evitar el fracaso terapéutico.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Paciente femenina de 24 años fue internada por sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria. Una laparotomía exploratoria reveló implantes miliares y adherencias, compatibles con TB. Con tinción Ziehl-Nielsen, en la anatomía patológica se evidenciaron bacilos ácido-alcohol resistentes, y GeneXpert en líquido abdominal detectó *M. tuberculosis* sensible a rifampicina. La tomografía de tórax, abdomen y pelvis confirmó hallazgos sugestivos de TB diseminada. Se inició tratamiento antituberculoso (ATT) con isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). A los 10 días, reingresó por guardia con vómitos y dolor abdominal e intolerancia a la vía oral. Ante un aumento de transaminasas glutámico-oxalacética (TGO) sérica mayor a 5 veces el límite superior normal, se suspendió HRZE, siguiendo las guías de manejo de HTX. Se instauró ATT no hepatotóxico con levofloxacina (Lvx), amikacina (Am) y E, no demorado por alta carga bacilar y sitios múltiples de afectación. Tras normalización del hepatograma y mejoría clínica, se reintrodujeron H, R y E secuencialmente, comenzando por el menos hepatotóxico. Al tercer día, nueva HTX obligó a suspender otra vez el ATT. Se solicitó al Programa Nacional de TB un esquema alternativo con cicloserina (Cs), bedaquilina (Bdq), linezolid (Lzd), Lvx y E. Por recomendación del Comité Asesor de Nación, se inició Am diaria un mes, luego trisemanal con Lvx, Lzd y E. Ante intolerancia a Am intramuscular, se ajustó a Lvx, Lzd, E y reintrodujo H. Por desabastecimiento de E, se solicitaron Cs o Bdq. Finalmente, se estableció el esquema definitivo: Cs, Lvx, Lzd, H y E por 12 meses. Ante la falta de H 100 mg y la imposibilidad de ajustar con comprimidos de 300 mg, se garantizó la dosis de 200 mg/día mediante una formulación magistral oral líquida adaptada. La farmacéutica validó las prescripciones, ajustando dosis según peso y condición clínica, y reforzó la educación sobre administración, horarios, efectos adversos y consecuencias del abandono. Se coordinaron retiros mensuales de la medicación coincidiendo con las consultas médicas. A mayo de 2025, se observó alta adherencia, buena evolución y ausencia de efectos adversos, con finalización del tratamiento prevista para julio de 2025.

DISCUSIÓN

La HTX es una complicación frecuente y difícil de atribuir a un fármaco específico, dado el uso de combinaciones a dosis fijas. Las intervenciones farmacéuticas son fundamentales para el manejo de la HTX, pero su registro exclusivo en el sistema de prescripción electrónica institucional limita su visibilidad e integración interdisciplinaria. Se propone incorporarlas en la historia clínica mediante una planilla estandarizada que permita valorar su impacto y fortalecer la atención integral del paciente.

La Resolución 814/2001 del Ministerio de Salud de Argentina establece la provisión gratuita de medicamentos antituberculosos, pero las interrupciones en el suministro dificultan la adherencia al tratamiento y aumentan el riesgo de resistencia. El farmacéutico hospitalario gestiona el stock y colabora con el equipo médico para ajustar tratamientos, minimizando el impacto de las faltas.

TRABAJO 74

Seguridad de Blinatumomab en pacientes pediátricos: serie de casos multicentro

SANCHEZ LAURINO M¹, WRIGHT J², TESTARD J³

1 Hospital de Niños Dr. R. Gutierrez – CABA – Argentina. 2) Hospital Interzonal Pediatría "Sor María Ludovica" – La Plata – Buenos Aires – Argentina. 3) Hospital Prof. Dr Juan P. Garrahan – CABA – Argentina

Mail de contacto: marielasanla@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es la primera causa de cáncer pediátrico en Argentina, con una frecuencia de 29%, la recaída es la causa más común de fracaso del tratamiento y ocurre aproximadamente 15-20% de los pacientes.

El blinatumomab (BTM) es un anticuerpo monoclonal biespecífico que fue aprobado por FDA en 2017 y por ANMAT en 2019 para el tratamiento de LLA-B recaída o refractaria en adultos y niños. El BTM tiene una vida media corta por lo cual se administra en infusión continua (IC) por 28 días. Dentro de sus efectos adversos (EA) más frecuentes y severos se encuentran neurotoxicidad (NTX), síndrome de liberación de citoquinas (SLC), cefaleas y fiebre. Los mismos requieren monitoreo y manejo adecuado por parte del equipo multidisciplinario.

OBJETIVOS

Evaluar seguridad y manejo clínico de los EA producidos por el uso de BTM en pacientes con LLA-B.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, multicéntrico, llevado a cabo desde Julio 2017 hasta Marzo 2025. Se incluyeron pacientes pediátricos con diagnóstico LLA-B CD19+, con indicación de BTM que fueron atendidos en los tres centros participantes: Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez (HNRG) CABA, Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan (HPG) CABA y Hospital Interzonal de Pediatría "Sor María Ludovica" (HIPSMIL) La Plata. La información se relevó a través del acceso a los registros e historias clínicas. Los datos registrados fueron: identificación del paciente, tipo de indicación médica, dosis, duración de la IC, cantidad de ciclos realizados, EA registrados durante la IC, necesidad de detener o retrasar infusión por EA: si la suspensión es parcial y retoma la IC o si es definitiva, pre-medicación (PM) utilizada previo y durante la IC.

RESULTADOS

De 47 pacientes con indicación de BTM en los 3 centros participantes, el 51% (24) presentaron EA. 11 desarrollaron NTX, de los cuales 2 desarrollaron convulsiones grado 4 y 6 grado 3. 10 pacientes tuvieron SLC, de los cuales 3 manifestaron cefalea, temblores e hipotensión, mientras que los 7 restantes desarrollaron síntomas leves aislados como fiebre, y elevación de transaminasas. 3 pacientes desarrollaron neutropenia (NTP) severa con intercorrientes infectológicas.

De los 24 pacientes que desarrollaron EA, 8 suspendieron definitivamente, 9 suspendieron parcialmente y 7 no debieron suspender ni retrasar su infusión. Todos los pacientes que desarrollaron NTX tuvieron que suspender sus infusiones, 5 de forma parcial y 6 definitivamente.

DISCUSIÓN

El BTM tiene la ventaja de carecer de las toxicidades de los citostáticos habituales, sin embargo no está exento de desarrollar EA serios en el transcurso de su IC. La mayoría de los EA observados coinciden con la ficha técnica de BTM y con estudios publicados sobre su perfil de seguridad.

El manejo clínico de los EA fue acorde a las recomendaciones bibliográficas, suspendiendo parcialmente tanto ante NTX o SLC grado 3 y suspendiendo definitivamente ante NTX o SLC grado 4 o un segundo EA NTX o SLC grado 3.

Los EA de grado 3 y 4 fueron reportados a ANMAT por los centros participantes.

Encontramos diferencias en los esquemas de PM tanto entre centros como entre pacientes del mismo centro, esto podría suponer distintos perfiles de EA interhospitalario.

Una de las principales debilidades del estudio es la falta de uniformidad en la recopilación de datos, ya que cada centro cuenta con distintos tipos de registro. La evaluación de la relación temporal entre el desarrollo de EA y la administración del BTM se encuentra limitada por el diseño retrospectivo del estudio.

CONCLUSIONES

Más del 50% de los pacientes desarrollaron EA durante la IC de BTM y 17% tuvieron que suspenderla definitivamente por EA grave como NTX. El uso de PM con inclusión de anticonvulsivante podría ser una herramienta eficaz como así también el monitoreo de la IC para la detección, correcto manejo clínico y reporte de los mismos, contribuyendo a su farmacovigilancia activa.

TRABAJO 75

Medicamentos responsables de reacciones adversas cutáneas en un hospital de alta complejidad

BROFMAN V, ROSCINI F, GIACOMUCCI C, PRIMERANO F, GONZALEZ VALDEZ D, CARISSIMO D
Hospital Alemán – CABA – Argentina
Mail de contacto: virginiabrofman@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas cutáneas asociadas a medicamentos (RACM) son un problema común y potencialmente grave en la práctica clínica. Estas reacciones pueden variar desde lesiones leves hasta cuadros graves como el síndrome de Stevens-Johnson (SJ).

La identificación de estos medicamentos (ME) y la caracterización de estas reacciones es fundamental para garantizar la seguridad del paciente (PA) y prevenir futuras reacciones.

Si bien la literatura reporta estudios que analizan RACM, su frecuencia y características varían según el perfil del PA y los tratamientos en cada institución, por este motivo se decidió realizar el presente estudio.

OBJETIVOS

Identificar los ME asociados con RACM y caracterizar clínicamente estas reacciones en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó PA hospitalizados que presentaron RACM entre los años 2022-2024. La información fue recolectada de la base de datos de farmacovigilancia (FV) del servicio de farmacia (SF), la plataforma Vigiflow e historia clínica electrónica. Las variables recogidas fueron edad, sexo, grupo farmacológico involucrado, tipo de reacción cutánea (según MedDRA), gravedad del evento adverso (EA) (según clasificación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria), desenlace clínico, análisis de causalidad (CA) (según algoritmo de Naranjo) y servicio notificante del EA.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 91 casos de RACM, de un total de 490 EA reportados. La edad media de los PA fue de 59 años, 54 % mujeres.

Los ME más asociados con las reacciones fueron los antimicrobianos (ATM)(45) como vancomicina y sulfametoxazol/trimetropina seguidos por los antineoplásicos (18), antiepilépticos (7), analgésicos (6). Las RACM más frecuentes fueron erupción cutánea (35), eritema (34), prurito (8), eritrodermia (3). En cuanto a la gravedad, el 66% de las reacciones fueron moderadas, el 24 % grave (como DRESS, SJ, angioedema) y el 10 % leves. Respecto al desenlace clínico, el 85 % de los casos se resolvieron sin secuelas. En relación a la CA, 72 fueron probables, 18 posibles y 1 definida.

En cuanto al servicio notificante, el 84 % provinieron del SF, el 13 % de enfermería y el 3 % del equipo médico.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio evidencian que las RACM representan una proporción significativa de los EA reportados en nuestro hospital, en concordancia con estudios previos que señalan a la piel como uno de los órganos más afectados.

Los ATM fueron los ME implicados con más frecuencia, debido a su amplio uso y destaca la necesidad de promover su uso racional. Seguidos por antineoplásicos, antiepilépticos y analgésicos, lo cual coincide con datos de la literatura.

Las manifestaciones más comunes fueron erupciones cutáneas y eritema, con un predominio de reacciones de gravedad moderada. A pesar que un 24 % fueron graves, la mayoría de los casos se resolvieron sin secuelas, indicando una adecuada respuesta clínica.

El análisis de CA mostró que la mayoría de las reacciones fueron probables, lo que indica una alta sospecha de relación con el ME y subraya la importancia de reforzar la FV en estos casos. El SF fue el que más notificó, destacando su papel clave en la detección y notificación de estos EA. Sin embargo, es importante fomentar una cultura de notificación en todos los servicios para mejorar la seguridad del PA.

Como limitaciones se destaca el carácter retrospectivo del estudio, la posible subnotificación de casos y no se determinó la idoneidad de la prescripción.

CONCLUSIONES

Este estudio logró identificar que los ME responsables de RACM fueron principalmente ATM, generando reacciones en su mayoría del tipo erupción cutánea y eritema.

Nuestros resultados resaltan la importancia de fortalecer la FV institucional para mejorar la seguridad del PA

TRABAJO 76

Atención farmacéutica en el paciente oncohematológico: análisis de los resultados a dos años de su implementación en un hospital público de la provincia de Buenos Aires.

GIUGOVAZ MA, MASSA AV

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

Mail de contacto: eugeniagiugovaz@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La atención farmacéutica (AF) en pacientes oncohematológicos es clave para optimizar la farmacoterapia, detectar problemas relacionados con medicamentos (PRM) y mejorar la adherencia, seguridad y calidad de vida, según Cynara et al, revisión sistemática de 17 estudios con 4700 pacientes. El registro sistemático de intervenciones farmacéuticas en la historia clínica electrónica (HCE) mejora la trazabilidad y la continuidad de cuidados. La evidencia concluyente motivó la capacitación en técnicas de atención farmacéutica y en marzo de 2023 se implementó en el Hospital Interzonal General de Agudos “San Roque” de Gonnet un programa de AF, con acceso autorizado a la HCE para documentar intervenciones y espacio físico para entrevistas clínicas.

OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar las intervenciones farmacéuticas realizadas por el programa. Objetivos específicos: a) Caracterizar a los pacientes atendidos; b) Analizar el número y tipo de PRM detectados; c) Describir las intervenciones realizadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de registros de AF en la HCE (ReMeSi®), desde marzo de 2023 a marzo de 2025. Se incluyeron pacientes oncohematológicos bajo tratamiento oral, derivados por el servicio de Hematología, categorizados según: pacientes con inicio de tratamiento, pacientes con cambio de tratamiento, pacientes no adherentes o que requieran seguimiento. Se excluyeron pacientes con tratamiento oncohematológico parenteral exclusivo y aquellos con tratamiento oral que no se encontraban en la categorización mencionada. Se utilizó una planilla electrónica ad hoc para recopilar datos demográficos, diagnóstico, esquema terapéutico, PRM e intervenciones, según clasificación PCNE v9.0. Se aplicó estadística descriptiva.

RESULTADOS

56% de 25 pacientes recibieron AF EN 32 entrevistas (1,28/Paciente). La patología más frecuente fue la Leucemia Mieloide Crónica (54,2%). El 71% de los tratamientos incluyó inhibidores de tirosina kinasa. Se identificaron 25 PRM: 68% se asociaron a la resolución de efectos adversos o interacciones medicamentosas, 28% con efectividad y 4% con otros factores. Se efectuaron 32 intervenciones incluyendo: educación al paciente, derivación

médica, revisión de medicación, ajustes posológicos y consejos dietéticos. Pacientes con seguimiento impresionan adherentes

DISCUSIÓN

El programa permitió identificar y resolver PRM clínicamente relevantes, mejorando seguridad y continuidad del tratamiento. La clasificación estandarizada facilitó el abordaje farmacéutico, ya que solo se realizó AF a pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. La tendencia de PRM encontrada concuerda con lo reportado en la revisión sistemática de Cynara et al, donde se ha evidenciado que los efectos adversos representan la principal causa de PRM en terapias orales oncológicas. La alta adherencia en pacientes con entrevistas sucesivas sugiere un impacto positivo de la intervención farmacéutica, pero se subraya como limitación del estudio que se podría sistematizar la medición incorporando criterios objetivos (clínicos, bioquímicos o de conducta). Se identificaron oportunidades de mejora en el seguimiento longitudinal, la documentación e incorporación de indicadores clínicos. La habilitación de un consultorio específico y el acceso del farmacéutico a la HCE fortalecen su rol en la atención interdisciplinaria, lo que permitiría ampliar el alcance del programa a patologías oncológicas con tratamiento oral.

CONCLUSIONES

El programa de AF fue eficaz para detectar y resolver PRM en pacientes oncohematológicos con quimioterapia oral, mejorando la seguridad terapéutica: de un total de 25 con LMC, 14 pacientes recibieron AF, realizando un total de 32 intervenciones; se identificaron 25 PRM (1,78 PRM/paciente con AF): 68% se asociaron a la resolución de efectos adversos o interacciones medicamentosas, el 28% con efectividad y el 4% con otros factores.

TRABAJO 77

Intervención farmacéutica en la guardia de un hospital de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires

RIVAS SALCEDO NK

Hospital Borda – CABA – Argentina

Mail de contacto: karivasal@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el hospital monovalente especializado en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires ha registrado un incremento sostenido en la cantidad y complejidad de las consultas por guardia, particularmente vinculadas al consumo problemático de sustancias. Entre 2021 y 2024, las atenciones por urgencia aumentaron más del 80%, acompañadas por una mayor prescripción de ansiolíticos y un incremento de episodios de violencia hacia el personal de salud.

El aumento de la demanda fue confirmado mediante el análisis de los datos de dispensación farmacológica extraídos del sistema SIGEHOS (módulo Farmacia), complementado con

planillas internas del servicio y una encuesta al personal de guardia. El 96,8% de los encuestados señaló un aumento significativo de la carga laboral en el período post pandemia. El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de la intervención farmacéutica, específicamente, la modificación del Vademécum de Urgencias (VMU), en la demanda asistencial de la guardia del hospital, en el contexto de un cambio en el perfil de los pacientes asociado al consumo problemático de sustancias.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

Se identificaron tres líneas de acción prioritarias:

1. Adecuación de la atención a la nueva población, mediante la creación de un servicio especializado en adicciones.
2. Revisión del VMU, adaptándolo a las necesidades actuales con base en la evidencia científica, disponibilidad y costos.
3. Ampliación del equipo del Servicio de Farmacia, con incorporación de personal técnico y profesional para responder al aumento sostenido de la demanda.

Como parte de la intervención farmacéutica, se retiró progresivamente del VMU uno de los ansiolíticos más utilizados (diazepam), en base a criterios de eficacia, seguridad y adecuación clínica. Esta modificación, aplicada de forma escalonada, coincidió con una reducción en la frecuencia de consultas por guardia, lo que sugiere un posible impacto positivo en la contención y derivación más adecuada de casos previamente centrados en la búsqueda de medicación paliativa.

DISCUSIÓN

El perfil de los pacientes que consultan por guardia ha experimentado una transformación significativa, con mayor volumen y complejidad, especialmente con relación al consumo de sustancias. Este fenómeno afecta directamente al personal de salud y exige rediseñar las estrategias de atención en urgencias, actualizar los recursos terapéuticos y fortalecer los equipos de primera línea.

La bibliografía reciente destaca que la disponibilidad de ciertos psicofármacos, en especial las benzodiacepinas, puede incidir en la demanda de urgencias psiquiátricas. Estudios en contextos urbanos similares señalan que el uso extendido de ansiolíticos de acción rápida como el diazepam puede fomentar la cronificación de consultas por parte de pacientes con consumo problemático (Gómez et al., 2021; Rodríguez & Torres, 2022).

La modificación del VMU en nuestro hospital, acompañada por la disminución de uso de benzodiacepinas, se asoció a una reducción de las consultas por guardia, lo que apoya la hipótesis de que las decisiones farmacoterapéuticas pueden modular la demanda asistencial. Esta experiencia aporta evidencia local que refuerza las recomendaciones internacionales sobre la revisión periódica de los vademécums institucionales, a fin de evitar medicalización innecesaria y promover un abordaje integral, racional y centrado en el paciente en situación de crisis (OMS, 2020).

TRABAJO 78

Estrategias para mejorar la seguridad del paciente quirúrgico en una clínica de alta complejidad

OTERO S, ROSALES V, CASTANO S, MARTINEZ I, SALVADOR R, MENDES GARRIDO F

Clínica Santa Isabel - Grupo Omint – CABA – Argentina

Mail de contacto: facundomga@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La OMS estima que el 10% de los daños prevenibles en pacientes ocurren en el contexto de intervenciones quirúrgicas. El rol activo de los farmacéuticos hospitalarios es fundamental en el proceso quirúrgico, dado que velan por el uso adecuado y seguro de los medicamentos, productos médicos e instrumental.

PRESENTACIÓN DE LO OBSERVADO

En una clínica de alta complejidad (160 camas de internación, 8 quirófanos, 2 salas de endoscopia, central de esterilización), con 2 farmacéuticos, se relevaron retrospectivamente las estrategias impulsadas por los farmacéuticos para mejorar la seguridad de los pacientes quirúrgicos durante los últimos 5 años (junio 2020-mayo 2025).

Mejor identificación de medicamentos de alto riesgo: en farmacia de quirófano, rotulado diferencial de gavetas de stock de medicamentos LASA (se ven/suenan similar); señalización de sitios de almacenamiento de soluciones parenterales de electrolitos de pequeño y gran volumen con cartel de color de rótulo según ANMAT; identificación de compartimientos de medicamentos para anestesia en bandejas prearmadas, con denominación genérica en calcomanías lavables con color de rótulo según ANMAT / Adecuación de vía de administración de analgésicos y anestésicos: incorporación de morfina sulfato para vía intratecal; confección de tabla actualizada de marcas de fentanilo inyectable disponibles, detallando vías autorizadas en ANMAT para cada una (foco en vía intratecal y epidural); capacitación y difusión de material para el uso de la anestesia total intravenosa frente a gases, para reducir efectos adversos (ej. vómitos) y recuperación más rápida de pacientes / Prevención y monitoreo de infecciones en sitio quirúrgico (ISQ): sustitución de la cefalotina por cefazolina inyectable para profilaxis antibiótica prequirúrgica; capacitación de equipos asistenciales sobre procesos de lavado de instrumental y desinfección de alto nivel; elaboración de material sobre uso correcto de ortoftaldehído y detergente enzimático (diluciones, tiras reactivas para control de título, tiempo de uso, descarte, etc); incorporación de indicadores de proceso de lavado y de controles biológicos de lectura rápida en esterilización; en casos de ISQ, relevamiento sistemático de información sobre el instrumental quirúrgico procesado en la central de esterilización (material, ortopedia, método de esterilización, número de ciclo, equipo, fecha, técnico a cargo, cirujano, instrumentadora, a través del sistema informático de trazabilidad en esterilización), para detectar patrones / Gestión de la calidad: Redacción de procedimientos operativos estándares de todos los procesos de farmacia y esterilización,

incorporando normativas que no estaban escritas (ej. en cirugías de pacientes alérgicos al látex, procesamiento de instrumental quirúrgico en esterilización y dispensa de productos médicos en farmacia).

DISCUSIÓN

Aunque se cuenta con un número escaso de farmacéuticos, que no se abocan exclusivamente al ámbito quirúrgico, desde los servicios de farmacia y esterilización fue posible impulsar estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes de cirugía. Los eventos adversos y consultas de otros servicios hacia los farmacéuticos fueron el punto de partida de muchas iniciativas. Los farmacéuticos abordaron por completo el paciente y el proceso quirúrgico, para no solo prevenir errores de medicación sino también velar por el adecuado uso/procesamiento de productos médicos, desinfectantes e instrumental. Fue clave la integración de los farmacéuticos en el equipo multidisciplinario (ej. participación de farmacéuticos en comités de calidad, de infectología) y contar con política institucional de calidad (ej. procedimientos escritos, capacitaciones, sistema de notificación de eventos adversos, acreditación externa). La ampliación del número de farmacéuticos permitiría implementar más medidas y más rápido, monitoreando a través de indicadores el impacto en reducción de riesgos y mejoras en resultados clínicos.

TRABAJO 80

Comparación de costos de sedación con propofol versus sedación inhalatoria en pacientes adultos críticos

ACOSTA FJ, STOFFEL MV

Sanatorio Allende SA, sede Cerro – Córdoba – Argentina

Mail de contacto: fjacosta@sanatorioallende.com

INTRODUCCIÓN

Los pacientes críticamente enfermos suelen experimentar consecuencias negativas tras su internación en la unidad de terapia intensiva (UTI). Las pautas actuales de sedación se basan principalmente en agentes endovenosos, como el propofol, que pueden producir efectos adversos: acumulación, tolerancia, abstinencia, delirium e inestabilidad hemodinámica.

Los sedantes inhalatorios (Sinh), como sevoflurano e isoflurano, utilizados habitualmente en anestesia general, se proponen como alternativas válidas por su farmacocinética favorable: rápida eliminación pulmonar, metabolismo hepático limitado y escasa acumulación .

Sevoflurano está limitado a un máximo de 5 días por estar asociado con hipernatremia y diabetes insípida nefrogénica, mientras que isoflurano no presenta restricciones en cuanto al tiempo de uso- Los agentes se administran mediante un vaporizador conectado al respirador, junto a sensores de gases exhalados y filtros de carbón activado para evitar su liberación al ambiente. Además, se monitoriza la profundidad sedativa con sensores de actividad cerebral.

Su uso está recomendado ante sedación profunda o dificultosa, necesidad de evaluación neurológica frecuente, sedación prolongada, broncoespasmo severo, entre otros..

Desde mediados de 2023, nuestra institución incorporó el uso de Slnh en pacientes críticos adultos. El servicio de farmacia se propuso evaluar el ahorro de propofol y comparar los costos entre las estrategias de sedación.

OBJETIVOS

Comparar los costos entre Slnh y propofol en pacientes de UTI adulto.

Comparar costos entre sevoflurano e isoflurano.

Determinar la reducción en el uso de propofol en las 24 h posteriores al inicio de Slnh.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes internados en UTI adulto entre enero y abril de 2025 que iniciaron sedación con propofol y luego recibieron Slnh por más de 24 h. La información se obtuvo del sistema de prescripción informatizado de la institución, registrando el uso de fármacos (g de propofol y mL de Slnh) y los insumos necesarios para su administración por paciente/día.

Se calculó el uso promedio de propofol en las 24 h previas al cambio y el uso de Slnh en las primeras 24 h de indicación. Los costos se calcularon en base a precios de Kairos (fármacos) y valores institucionales (insumos). También se analizó la duración del tratamiento con Slnh para verificar el cumplimiento del límite permitido de sevoflurano.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes: 5 recibieron isoflurano y 6, sevoflurano. La duración promedio fue de $3,2 \pm 0,4$ días para isoflurano y $4,1 \pm 1,4$ días para sevoflurano.

El uso promedio de propofol en las 24 h previas fue de $3,72 \pm 1,43$ g, reduciéndose a $0,72 \pm 0,68$ g en las 24 h posteriores a iniciar Slnh, lo que representa una reducción del 77,5%.

El costo promedio de las primeras 24 h con propofol fue de \$630.772,87 \pm 293.381,01. Con Slnh, fue de \$956.179,74 \pm 7.483,17 con sevoflurano y \$788.922,18 \pm 6.480,62 con isoflurano.

DISCUSIÓN

Este análisis muestra una reducción significativa en el uso de propofol tras iniciar Slnh, lo cual se ha relacionado con un despertar más rápido, menor tiempo de extubación y menor necesidad de otros sedantes así como más días libres de UTI y potencial mejora en la calidad de vida (Bracht et al, 2023).

Aunque el costo de Slnh fue mayor en las primeras 24 h, principalmente por los insumos (vaporizador, filtros, sensores), este análisis no contempló posibles ahorros asociados a una menor duración de la sedación, menos días de ventilación mecánica o menor uso de otros fármacos. Al comparar ambas alternativas inhaladas, las diferencias se deben al menor costo de isoflurano.

CONCLUSIONES

Se observó una reducción del 77,5% en el uso de propofol en las primeras 24 h tras iniciar Sinh. Esta estrategia representó un mayor costo inicial debido a los insumos requeridos, siendo isoflurano más económico que sevoflurano.