

En definitiva, ante una toxicidad desproporcionada por fluoropirimidinas hay que tener presente que ésta pueda deberse a un déficit de DPD y así tomar, de forma precoz, las medidas oportunas: suspender inmediatamente la administración del fármaco y optar por otras líneas de tratamiento.

M. López Sobella^a, M.T. Criado Illana^a,
B. Esteban Herrera^b y M.C. López Arranz^a

^aServicio de Farmacia. Hospital General de Segovia. Segovia. España.

^bServicio de Oncología. Hospital General de Segovia. Segovia. España.

Bibliografía

- Heggie GD, Sommadossi JP, Cross DS, Huster WJ, Diassio RB. Clinical pharmacokinetics of 5-fluorouracil and its metabolites in plasma, urine, and bile. *Cancer Res.* 1987;47:2203-6.
- Tuchman M, Stoeckeler JS, Kiang DT, O'Dea RF, Ramnaraine ML, Mirkin BL. Familial pyrimidinemia and pyrimidinuria associated with severe fluorouracil toxicity. *N Engl J Med.* 1985;313:245-9.
- Kubota T. 5-fluorouracil and dihydropyrimidine dehydrogenase. *Int J Clin Oncol.* 2003;8:127-31.
- Van Kuilenburg AB, Meinsma R, Zoetekouw L, Van Gennip AH. Increased risk of grade IV neutropenia after administration of 5-fluorouracil due to a dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency: high prevalence of the IVS14+1g>a mutation. *Int J Cancer.* 2002;101:253-8.
- Johnson MR, Diasio RB. Importance of dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) deficiency in patients exhibiting toxicity following treatment with 5-fluorouracil. *Adv Enzyme Regul.* 2001;41:151-7.
- Yen JL, McLeod HL. Should DPD analysis be required prior to prescribing fluoropyrimidines? *Eur J Cancer.* 2007;43:1011-6.
- Ezzeldin H, Diasio R. Dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency, a pharmacogenetic syndrome associated with potentially life-threatening toxicity following 5-fluorouracil administration. *Clin Colorectal Cancer.* 2004;4:181-9.
- Takimoto CH, Lu ZH, Zhang R, Liang MD, Larson LV, Cantilena LR Jr et al. Severe neurotoxicity following 5-fluorouracil-based chemotherapy in a patient with dihydropyrimidine dehydrogenase deficiency. *Clin Cancer Res.* 1996;2:477-81.

Documentación de las actividades asistenciales del farmacéutico: la historia farmacoterapéutica

Sr. Director:

La realización de actividades asistenciales requiere que los profesionales sanitarios involucrados en ellas cumplan con los deberes de información y de documentación clínica establecidos en la Ley 41/2002¹. Adicionalmente, disponer de registros con información acerca de la actividad asistencial resulta fundamental para evidenciar y evaluar el trabajo realizado, y así tratar de mejorar la práctica diaria.

En el ámbito profesional farmacéutico, el seguimiento farmacoterapéutico² (SFT) es considerada la actividad asistencial más importante y trascendente³. Esta práctica está destinada a evaluar y seguir los efectos de la farmacoterapia, de forma continuada, sistematizada y documentada. De esta forma, se podrán identificar,

prevenir y resolver los cambios no deseados en el estado de salud de los pacientes asociados al uso de los medicamentos² (resultados negativos asociados a la medicación [RNM]). El SFT se realiza en colaboración con el paciente y el resto del equipo de salud e incluye actuaciones que, más allá de resolver RNM, tratan de promocionar la salud de los pacientes y prevenir problemas de salud.

Respecto a la necesidad de documentar el SFT, en España³ y en Europa⁴, existen varias recomendaciones que consideran esta cuestión como un requisito ineludible a la hora de realizar esta actividad. Esto supone que los farmacéuticos deban adoptar una actitud proactiva en el diseño e implantación de sistemas de documentación, donde se organice la historia farmacoterapéutica (HFT) de los pacientes. No obstante, un aspecto determinante, para poder elaborar esta historia, es disponer de una definición clara acerca de lo que ésta es y representa. En esta dirección, en la última edición del Método Dáder de SFT⁵ publicada por el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada, se propone una definición concreta sobre el concepto de HFT, las pautas a tener en cuenta en su elaboración, y la información que ésta debe contener. De esta forma, se pretende orientar al farmacéutico para que documente su labor eficazmente.

Se define HFT como el conjunto de documentos, elaborados o recopilados por el farmacéutico a lo largo del proceso de asistencia al paciente, que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole destinados a evaluar y seguir los efectos de la farmacoterapia utilizada por el paciente.

Como apartados que deben orientar la elaboración de la HFT, se establecen:

- *Motivo de la oferta del servicio de SFT.*
- *Problemas de salud y resultados derivados de la farmacoterapia.* Incluye información clínica que permite valorar el estado de salud del paciente y los cambios que en él se producen como consecuencia del uso de los medicamentos: mediciones clínicas, síntomas y signos, eventos clínicos, muerte, así como otras valoraciones que realice el paciente sobre la evolución de sus problemas de salud.
- *Farmacoterapia del paciente.* Se anotarán las fechas de inicio y de fin de los medicamentos, las dosis, dosificación y pautas prescritas por los facultativos, y los ajustes que se realicen, las modificaciones en la forma farmacéutica y vía de administración, los médicos prescriptores, las normas de uso y administración.
- *Valoraciones del farmacéutico.* Se ha de recoger cualquier juicio elaborado por el farmacéutico acerca del estado de salud y la farmacoterapia del paciente. Estas apreciaciones suelen constituir, en multitud de ocasiones, el fundamento de las decisiones tomadas durante el SFT.
- *Planificación, evolución y resultado de las intervenciones farmacéuticas realizadas para mejorar o preservar los resultados de la farmacoterapia.* Se anotará la información relacionada con las acciones emprendidas por el farmacéutico, destinadas a conseguir los objetivos planteados con el paciente durante el SFT. Se deben registrar los cambios producidos en la conducta

y comportamientos del paciente, las decisiones médicas tomadas en respuesta a las intervenciones realizadas, así como la evolución del estado de salud del paciente tras las mismas.

- *Consentimiento informado, informes al médico y a otros profesionales de la salud.*
- *Datos de contacto del paciente.*

Los documentos que constituyen la HFT pueden ser de gran utilidad y contribuir en el trabajo de otros profesionales de la salud que atienden al paciente, ya que recogen información específica acerca de la farmacoterapia, y acerca del estado de salud del paciente como consecuencia del uso de los medicamentos. Se entiende que la HFT constituye una parte específica, a la vez que un valioso complemento, de la historia clínica del paciente. Por otra parte, la información registrada permite recoger detalladamente los procedimientos efectuados, las valoraciones realizadas por el farmacéutico y los resultados generados durante la actividad asistencial. Todo ello posibilita evidenciar y evaluar el trabajo del farmacéutico, lo cual, en última instancia, será empleado para adecuar los procedimientos realizados, y mejorarlos.

Desde el punto de vista legal, es necesario apuntar que, según la legislación vigente, la gestión y custodia de la HFT constituye una responsabilidad del farmacéutico o del servicio de farmacia que atiende al paciente^{1,6}. Por otra parte, se le han de aplicar las técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal⁷. Todo ello supone que, en cada establecimiento donde se realice SFT, se establezcan unas normas y un orden para el adecuado almacenamiento y acceso a la información contenida en la HFT.

**D. Sabater-Hernandez^a, M.M. Silva-Castro^a,
P. Amariles^{a,b} y M.J. Faus^{a,c}**

^aGrupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada. Granada. España. ^bProfesor de Farmacología y Farmacia Clínica de la Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. ^cProfesora Titular de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. España.

Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE n.º 274, de 15/11/2002, pp. 40126-32.
2. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). *Ars Pharm.* 2007;48:5-17.
3. Grupo de Consenso. Documento de consenso en atención farmacéutica. *Ars Pharmaceutica.* 2001;42:223-43.
4. Resolución relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. Adoptada por el Consejo de Ministros el 21 de marzo de 2001, en la 746 reunión de Delegados de los Ministros.
5. Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus MJ. Guía de seguimiento farmacoterapéutico: método Dáder. 3.ª ed. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada; 2007 [consultado 10/10/2007]. Disponible en: <http://atencionfarmaceutica-ugr.es>
6. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE. 1999;298:43088-99.
7. Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. BOE. 1999;151:24241-5.

Estudio de utilización de psicofármacos en el centro penitenciario de Zuera en 2006: análisis comparativo

Sr. Director:

El 40% de la población carcelaria padece alguna enfermedad mental. Aunque no hay relación entre enfermedad mental y delito, sí se ha observado que los delitos más violentos están cometidos por sujetos con algún tipo de trastorno mental¹. En 1998 un estudio realizado por Singleton et al reveló que la concurrencia de trastornos mentales es frecuente en las prisiones, donde 9 de cada 10 presos presentaba algún tipo de alteración en su estado mental².

Para conocer la realidad del uso de medicamentos surgen los estudios de utilización de medicamentos (EUM), que tienen como objetivo la mejora de la terapéutica farmacológica en el ámbito asistencial. Para llevarlos a cabo, son precisos unos indicadores adecuados que permitan realizar comparaciones de los resultados en el ámbito nacional e internacional. La dosis diaria definida (DDD) supuso un importante avance en la determinación de la unidad técnica ideal para el establecimiento de datos comparativos entre medicamentos, ya que su valor procura corresponderse con la dosis media diaria de mantenimiento en adultos de un medicamento para su indicación principal, por una vía de administración determinada, y normalmente se expresa en gramos de principio activo³⁻⁵. En este estudio se estableció como objetivo analizar la utilización de psicofármacos en la prisión de Zuera, respecto a población no carcelaria (Huesca), en el primer semestre de 2006.

Otros objetivos fueron establecer qué grupos terapéuticos se utilizaban más en el centro penitenciario (CP) de Zuera, frente a la población no carcelaria de Huesca, y conocer cuáles son los grupos terapéuticos con mayor diferencia de uso entre estas 2 poblaciones.

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y comparativo de consumo, analizando las diferencias cuantitativas del consumo de psicofármacos durante el primer semestre de 2006, entre los internos del CP de Zuera y la población no carcelaria perteneciente a la Seguridad Social (SS) de la provincia de Huesca.

Se estudiaron los fármacos incluidos en el subgrupo terapéutico N03A: antiepilépticos; N04A: antiparkinsonianos; N05A: antipsicóticos; N05B: ansiolíticos; N05C: hipnóticos y sedantes; y N06A: antidepresivos, según la clasificación adoptada por el Ministerio de Sanidad⁶ que sigue la ATC (Anatomical Therapeutic Classification). Se excluyeron los psicofármacos no incluidos en la guía farmacoterapéutica del CP, los no administrados por vía oral y las presentaciones que contenían asociaciones de psicofármacos.

Los datos de consumo de cada especialidad farmacéutica dentro de la prisión se obtuvieron de las prescripciones médicas, a través del SANIT, base de datos propia de instituciones penitenciarias, y la información correspondiente al consumo de la población no carcelaria se obtuvo a partir de los datos de facturación de las recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud