

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

dispensadas por las oficinas de farmacia, que presenta todos los meses el Colegio de Farmacéuticos de Huesca.

Todos los datos recopilados, de cada principio activo, se expresaron en dosis/habitante/día (DHD), que se corresponde a la dosis diaria definida (DDD) propuesta por la OMS, por 1.000 habitantes y día.

Las limitaciones encontradas se debieron a la existencia de diferentes indicaciones para un mismo psicofármaco, tener pacientes drogodependientes en programas con metadona y no conocer el cumplimiento real del tratamiento; en el caso de la población no carcelaria, la utilización de medicamentos sin receta. Otra limitación es que la DDD es una unidad técnica de medida que no necesariamente refleja la dosis diaria consumida, aunque se aproxima, y que los EUM carecen de validez externa, al ser estudios empíricos de la utilización de medicamentos en un referente temporal y espacial definido, y por esto ni resultados ni recomendaciones pueden ser generalmente extrapolados a otros entornos, ni generalizados como leyes empíricas universales.

El principal resultado obtenido es que el 67% de la población (1.476 personas) del CP de Zuera utiliza psicofármacos. El consumo recogido en esta población carcelaria, de estos grupos terapéuticos, representa justo el doble (2,018 veces) de utilización que la población no carcelaria de Huesca en el período del estudio (tabla 1).

La población penitenciaria muestra importantes diferencias respecto al resto de la población, que podría explicarse por distintos motivos:

- Los enfermos politoxicómanos demandan más medicación.
- La ratio médico/habitante es superior en prisión.
- Largos periodos de encarcelamiento pueden llevar a depresión, crisis de angustia y demás trastornos del ánimo que precisan tratamiento.

Los estudios de utilización de medicamentos realizados en prisiones permiten describir las cantidades de los psicofármacos prescritos, lo cual es útil como sistema de alerta para detectar desviaciones entre distintos tipos de población (prisión y no carcelaria), así como en diferentes áreas de salud o centros penitenciarios.

Tabla 1. Consumo comparativo de psicofármacos en prisión versus población no carcelaria

Grupo	Prisión (DHD)	Huesca (DHD)	Comparación
N03	46,54435673	30,25373048	1,53846695
N04	1,010645466	14,33934	0,070480612
N05A	51,39019461	24,8336273	2,069379313
N05B	328,0356795	83,38276562	3,934094499
N05C	85,47799787	51,64939444	1,654966119
N06A	164,316916	130,9000449	1,255285405
Total	676,7757902	335,3589028	2,018064183

DHD: Dosis Habitante Día.

En futuros estudios, sería interesante comparar estos datos con otras poblaciones, penitenciaria o no, e incluso realizar un estudio multicéntrico en todas las prisiones de España comparándola con la población no carcelaria.

C. Franco-Mingarro^a, P. Almazán-Julve^a, M. Mur^a,
E. García-Jiménez^b y J.M. Arroyo-Cobo^c

^aServicio de Farmacia. Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza. España.

^bCAF STADA. Universidad de Granada. Granada. España.

^cServicio Médico. Centro Penitenciario de Zuera. Zaragoza. España.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. VI Congreso y X Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Noviembre de 2006, Zaragoza [consultado: 1/2007]. Disponible en: <http://www.sesp.es>
2. Vicens E, Tort V. El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 2005;7:68-76.
3. Laporte JR, Capellà D. El consumo de medicamentos. *Med Clin (Barc).* 1987;89:244-6.
4. García Iñesta A. Estudios de utilización de medicamentos en España y análisis de la situación farmacoterapéutica. En: Estudios de utilización de medicamentos. Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones del INSALUD; 1989. p. 17-48.
5. Capellà D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. En: Laporte JR, Tognoni G, editores. Principios de epidemiología del medicamento. 2.ª ed. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p. 67-93.
6. New ATC codes. ATC/DDD Index. Who Health Organization [consultado: 1/2007]. Disponible en: <http://www.whocc.no/atcddd/>

Administración de hialuronidasa intratecal en una paciente con orientación diagnóstica de aracnoiditis adhesiva

Sr. Director:

La hialuronidasa es una enzima que modifica la permeabilidad del tejido conectivo mediante la hidrólisis del ácido hialurónico. Esto disminuye temporalmente la viscosidad del cemento intercelular y promueve la difusión de los fluidos inyectados, de los transudados o exudados, facilitando su absorción¹.

La hialuronidasa se utiliza para facilitar la administración de fármacos por vía subcutánea o intramuscular, y para favorecer la reabsorción del exceso de fluidos y sangre en los tejidos¹ (extravasaciones y hematomas).

En el tratamiento de la aracnoiditis la utilización de la hialuronidasa es una indicación no aprobada por la Agencia Española del Medicamento (AGEMED) ni por la Food and Drug Administration.

La hialuronidasa ha sido utilizada por vía intratecal y lumbar para el tratamiento de la aracnoiditis².

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de paquimeningitis tratada con hialuronidasa intratecal.