

Interacción farmacológica no mortal entre capecitabina y brivudina

Non-fatal drug-drug interaction between capecitabine and brivudine

Introducción

En el número 1 del volumen 37 de Farmacia Hospitalaria¹ se reporta el caso clínico de una paciente que fallece como consecuencia de los efectos tóxicos de 5-fluorouracilo, debidos a interacción farmacológica con el antivirico brivudina. En dicho trabajo se hace referencia a nuestra publicación² como uno de los casos de interacción entre capecitabina y brivudina descritos en la literatura con desenlace fatal. Queríamos corregir a los autores ya que nuestra aportación no tuvo un desenlace fatal, sino que la paciente se recuperó de los graves efectos secundarios de la interacción farmacológica.

Precisamente el interés de nuestro caso radica, entre otros, en que hemos descrito toda la evolución y duración de las complicaciones de la paciente y el tratamiento de soporte en detalle. Nuestra aportación sirve, por tanto, para conocer la previsible duración e intensidad de las complicaciones. Si el día 1 es el del inicio de la quimioterapia, el día 21, fecha del siguiente ciclo, la neutropenia y trombopenia fueron leves y ya había aparecido síndrome de mano-pie, también moderado. En la semana siguiente la aplasia medular está ya desarrollada, se produce la complicación febril y la mucositis y diarrea se acentúan hasta ser amenazantes de la vida. En nuestro

caso el día 35 cesaron la diarrea y las melenas. El conteo de neutrófilos y plaquetas en sangre periférica se normalizó el día 37 y la recuperación de la mucositis permitió la ingesta oral el día 45, siendo posible el alta hospitalaria el día 50.

Aunque la duración de las complicaciones y el momento de recuperación de las mismas pueden ser variables dependiendo del momento en que el paciente en tratamiento con una fluoropirimidina toma la brivudina, los acontecimientos descritos en nuestra publicación pueden servir de referencia para extremar el tratamiento de soporte en cada momento y evitar el desenlace fatal.

Sin embargo, la gestión del caso clínico no termina con la recuperación del paciente, ya que se trata de un acontecimiento adverso causado por medicamentos y siempre que es detectado, sobre todo si causa daño al paciente, es obligatorio analizar las causas que lo originó e implantar medidas que sirvan de barreras para evitar que se repita. Nuestro equipo ha trabajado durante los últimos años para mejorar la seguridad del paciente oncológico y en nuestro centro han sido implantadas medidas para reducir los errores de medicación en el circuito de citostáticos: desarrollo de protocolos de uso y procedimientos especiales para manejar medicamentos de alto riesgo, prescripción informatizada de quimioterapia, incorporación de un farmacéutico clínico al equipo asistencial, administración de quimioterapia mediante la lectura de código de barras, plan de detección activa y de prevención de errores de medicación en quimioterapia. Es importante implementar medidas que permitan detectar interacciones medicamentosas en los pacientes oncológicos, porque muchas de estas interacciones no se

reconocen como tales al encontrarse enmascaradas por algunos síntomas de la propia enfermedad, siendo fácil la confusión con la toxicidad inherente de la quimioterapia. Actualmente en nuestro hospital, estamos potenciando la seguridad de estos pacientes a través de la conciliación de la medicación que reciben. Hemos detectado algún tipo de discrepancia que requiere aclaración en la mitad de los pacientes que reciben quimioterapia y toman medicación ambulatoria y hemos identificado al menos dos variables relacionadas con el riesgo de presentar discrepancia: número de citostáticos y número de medicamentos domiciliarios con interacciones potenciales³.

Bibliografía

1. García Fernández V, Garrido Arévalo M, Labrada González E, Hidalgo Correas FJ. Interacción farmacológica mortal entre 5-fluorouracilo y brivudina. *Farm Hosp* 2013;37(1):72-3.
2. Baena-Cañada JM, Martínez MJ, García-Olmedo O, Muriel-Cueto P. Interaction between capecitabine and brivudin in a patient with breast cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2010;7(1):55-8.
3. González-Carrascosa Vega T, Sierra-Sánchez JF, Martínez-Bautista M J, Manzano Martín MV, Baena-Cañada JM, Romero-Hernández I. Discrepancies requiring clarification in cancer patients: a risk predictive model. *Eur J Hosp Pharm* 2013;20:93-6.

J. M. Baena Cañada¹, M.ª J. Martínez-Bautista²,
C. Cortés-Carmona³ y T. González-Carrascosa Vega⁴

¹Jefe de sección. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ²Farmacéutica adjunta. Unidad de Farmacia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ³Médico residente. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ⁴Farmacéutica residente. Unidad de Farmacia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josem.baena.sspa@juntadeandalucia.es (J. M. Baena Cañada)

Correo postal: Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. Avda. Ana de Viya, 21. 11009 Cádiz. España.

Recibido el 16 de abril de 2013; aceptado el 28 de junio de 2013.

DOI: 10.7399/FH.2013.37.4.694