

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

AZITROMICINA VERSUS ERITROMICINA EN NEUMONÍA (9/33)

Los macrólidos se han usado habitualmente como terapia de primera línea en los pacientes hospitalizados para el tratamiento empírico de la neumonía, ya sea solos o en combinación con otros antibióticos de amplio espectro. Clásicamente se venido utilizando la eritromicina en el uso mencionado, hasta la aparición de la azitromicina, la cual posee una ligera mayor cobertura frente a *Haemophilus influenzae* pero que conlleva un coste de adquisición superior. Por otra parte este último antibiótico presenta una mayor facilidad de administración (una vez al día en vez de cuatro diarias) y una mayor tolerabilidad por parte del paciente. Además se ha asociado la eritromicina con una mayor frecuencia de tromboflebitis que eritromicina.

Estas circunstancias han llevado a realizar a los autores (1) un análisis de minimización de costes entre eritromicina y azitromicina en el tratamiento de la neumonía, en aras a estudiar la posible justificación del incremento en el precio. Para ello han utilizado una perspectiva institucional.

Después de una toma de datos retrospectiva de 50 pacientes homogéneos (25 para cada brazo del estudio) se han analizado los datos concernientes al antibiótico prescrito y su posología, ocurrencia de flebitis y/o dolor en el sitio de la inyección, número de cambios debidos a la flebitis y resultados de los cultivos bacteriológicos. Igualmente se han obtenido los costes de adquisición del medicamento, los de su preparación y administración y el coste del manejo de las complicaciones (Tabla I).

Coste	Azitromicina	Eritromicina
	% sobre el coste total	% sobre el coste total
Adquisición	87,3 %	38,8 %
Bolsas IV	3,1 %	29,5 %
Preparación	1,9 %	1,8 %
Control	0,4 %	0,3 %
Administración	7,3 %	25,3 %
Complicaciones	0 %	3,3 %
COSTES TOTALES	\$66,46	\$96,56

Tabla I

Los autores concluyen que los esfuerzos para minimizar los incrementos en los costes de la salud deben conducir a considerar otros muchos factores que están incursos en la farmacoterapia, como son la preparación y administración del fármaco, su posología y la tolerabilidad del paciente. El coste de adquisición es un componente sustancial del coste total de la terapia, pero los factores adicionales que entran a formar parte del montante total pueden tener, como en este caso, un gran impacto sobre el resultado final. En el presente estudio no se encontraron diferencias de costes estadísticamente significativas entre las alternativas terapéuticas con combinación de antibióticos conteniendo bien azitromicina o eritromicina.

(1) "Azithromycin versus erythromycin for community-acquired pneumonia: a cost-minimization analysis", Howard K., Blumenschein K y Rapp R., Am J Health-Syst Pharm, 1.999; 56: 1.521-4.

LOS COSTES EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIINFECCIOSOS (9/38)

El gasto soportado por el Sistema Nacional de Salud para la adquisición de los medicamentos en el tratamiento de las distintas patologías representa aproximadamente el 20% del presupuesto total destinado a la asistencia sanitaria. De este gasto, el 90% se realiza en atención primaria. Y es esta partida del gasto la que está constantemente en el punto de mira de los responsables económicos, aunque existen más partidas que, en su conjunto, representan una cantidad cuatro veces mayor que la del medicamento.

Para incidir en la forma de atajar esta partida presupuestaria, los autores se plantean cuantificar el consumo de antiinfecciosos y analizar cómo variaría esta cantidad si se prescribiese siempre la marca registrada más barata (1) para lo que realizan un análisis de minimización de costes, si bien parten de ciertas asunciones. Recogen los datos de dispensación de ese grupo de medicamentos, durante el año 1.995, de dos áreas de atención primaria en Zaragoza. Y parten de la presunción de que las presentaciones con la misma composición, dosis y vía de administración tienen una eficacia terapéutica equivalente. Además no incluyen en el estudio los costes necesarios para la implementación de la citada política de prescripciones. Tampoco se valora si la indicación del tratamiento recibido ha sido correcta ni cual ha sido el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes.

En el período estudiado en toda la ciudad, el gasto farmacéutico fue aproximadamente de 8.500 millones de pesetas, correspondientes a algo más de 6 millones de recetas, de lo que el grupo terapéutico J supuso el 12% del gasto y el 10% de las recetas. Igualmente, de los principios activos seleccionados, el 63% se han prescrito para trabajadores activos y el resto para pensionistas.

Una vez realizado el análisis de minimización de costes, los autores concluyen que los macrólidos, que forman el subgrupo de mayor relevancia en la prescripción y dispensación en activos, así como las cefalosporinas, que lo son en pensionistas, producirían un ahorro teórico del 2,4 y 2,5 % respectivamente del gasto total en antiinfecciosos, siempre que las prescripciones se llevaran a cabo con la marca más económica (Tabla II).

Porcentaje de gasto y de ahorro de los distintos subgrupos de antiinfecciosos				
	Activos		Pensionistas	
	% de gasto	% de ahorro	% de gasto	% de ahorro
Macrólidos	35,6 %	2,4 %	26,91 %	2,5 %
Cefalosporinas	27,3 %	2,6 %	35,5 %	2,5 %
Penicilinas de amplio espectro	20,8 %	23,2 %	9,5 %	23,2 %
Grupo total de antiinfecciosos		7,69 %		7,63 %

Tabla II

La conclusión global de los autores es que de 522 millones de pesetas consumidos en los principios que previamente han seleccionado se podrían ahorrar, en el mejor de los casos, 39,9 millones mediante la implementación de esta estrategia, puesto que en el 41 % de las recetas estudiadas no existe alternativa más económica. Estimo que sería interesante comprobar qué resultados se ofrecerían si se profundizase en las asunciones realizadas, así como en la intervención del farmacéutico en la mejora del cumplimiento terapéutico.

(1) "Un estudio de minimización de costes en la prescripción de antiinfecciosos en dos áreas de atención primaria". Castán S., García F., Martínez J., Sierra M., Solano V. y Peral A., Rev. Esp. Salud Pública, 1.998; 72 (1): 33-42.

UTILIDAD DE LA FARMACOECONOMIA

Las enfermedades diarreicas constituyen uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad. 11 millones de niños menores de 5 años mueren cada año debido a enfermedades infecciosas y de estas muertes, la cuarta parte se deben a enfermedades diarreicas y un mínimo de 800.000 se producen por la infección de rotavirus.

Tras la aparición de una vacuna eficaz frente a los rotavirus en EE.UU., los autores (1) plantean un razonamiento en base al cual dicha vacuna debería o no ser financiada por el Sistema Nacional de Salud: un adecuado estudio farmacoeconómico.

Los estudios farmacológicos actuales reflejan una eficacia del 50 al 70% en la prevención de gastroenteritis por dichos virus y de hasta el 90% en la prevención de formas graves. No obstante, la prevalencia varía muy notablemente de unas naciones a otras: en países desarrollados la mortalidad de las infecciones por rotavirus, y de las diarreas en general, son muy bajas, aumentando muy considerablemente esta tasa cuanto menor es el grado de desarrollo del país. Sin embargo, las medidas

higiénicas no son suficientes para controlar la transmisión de este virus. Este es el motivo por el cual en países desarrollados se ha indicado que a la edad de 5 años, 1 de cada 8-10 niños ha precisado asistencia médica a consecuencia de una infección por rotavirus, y que 1 de cada 20-100 ha necesitado hospitalización, lo que origina una gran dotación de recursos económicos y sanitarios destinados a tal fin.

Ante el problema de salud pública que representan los rotavirus y ante la puesta en mercado de una vacuna eficaz, los autores argumentan que los diferentes países se van a ver enfrentados al problema de si deben introducir dicha vacunación en sus programas de inmunización infantil, por lo que una adecuada evaluación económica de dicha profilaxis debería ser el factor determinante de su incorporación a los programas mencionados.

Los autores manifiestan que en dicha evaluación tendrían que tomarse en consideración los costes médicos asociados a la gastroenteritis por rotavirus (como son los ocasionados por la visita ambulatoria del paciente, su posible hospitalización en los casos graves, los derivados de la monitorización de la enfermedad, su tratamiento, etc.), así como los costes de la vacunación (los propios de la vacuna, mas los de su administración, así como los producidos por los efectos secundarios que pueden originar). Por otro lado hay unos costes que no se deben obviar, como son los costes indirectos que se producen fundamentalmente por la pérdida de días de trabajo de alguno de los padres.

Algunas aproximaciones realizadas en distintos países ofrecen datos que, sin ser concluyentes para el nuestro, apuntan hacia una ventaja económica de la implantación del programa de vacunación (Tabla III)

	Smith (EE.UU.)	Tucker (EE.UU.)
Eficacia	50 %	
Prevención:		
- de casos	> 1.000.000 / año	1.080.000 en 5 años
- de hospitalizaciones	58.000 / año	34.000 en 5 años
- de muertes	82 / año	
Ahorro anual		
- Sistema de salud	USA \$79 millones	USA \$107 millones
- Sociedad	USA \$466 millones	USA \$296 millones
Precio de la vacuna	USA \$30	USA \$20

Tabla III

A la vista de dichos resultados preliminares se deduce que no se pueden extrapolar las conclusiones de un país a otro, aunque todo apunta a que el coste y la eficacia de la vacuna, junto con los costes de hospitalización son las variables relevantes del análisis coste - efectividad: un incremento de la eficacia y una mayor incidencia y coste de la hospitalización, así como un descenso en el precio de la vacuna supondrán una notable mejoría en la relación citada

(1) "Vacunación frente a rotavirus en España, consideraciones económicas" Pérez-Trallero E. y Cilla G., Rev Esp Farmacoeconomía, 1.999; 5(II): 11-15.