

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

Costes de la prescripción racional de antihipertensivos (10/38)

En nuestro país, en los últimos años, la prescripción de los fármacos inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA) ha aumentado notablemente, siendo el subgrupo de fármacos que representa el primer lugar en el ranking de costes. Otros antihipertensivos, los fármacos antagonistas del calcio (ACA) se hallan también en los primeros lugares, en cuanto se refiere a costes. Sin embargo, resulta curioso que ni diuréticos ni beta bloqueantes se encuentren entre los subgrupos terapéuticos de mayor cuantía, tanto en número de unidades como en unidades monetarias, a pesar de que siguen considerándose medicamentos de primera elección en el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.

Con el fin de evaluar este aspecto, que dependería directamente de la calidad de prescripción de los antihipertensivos, los autores (1) analizaron una muestra adecuada de historias clínicas de pacientes hipertensos, comparando la prescripción de los fármacos con unos criterios de utilización de los mismos previamente establecidos. Para ello se realizó la toma de datos a partir de las historias de médicos generales y especialistas del Área Sanitaria 1 de Atención Primaria del INSALUD de Madrid.

Los diuréticos tiazídicos fueron los medicamentos más utilizados (36%), seguidos de los IECA (34%) y los ACA (21%), y a mucha distancia quedaron los beta bloqueantes con sólo un 9%. Por otro lado, se observó que la gran mayoría de los pacientes eran prescritos con monoterapia (72%) y sólo una pequeña fracción (28%) con politerapia.

Una vez analizados los resultados se observó que a pesar de que en los pacientes mayores de 59 años, los diuréticos tiazídicos son el tratamiento de elección, el 25% de estos pacientes no tienen prescrito dicho tipo de fármacos, mientras que sí se había prescrito al 5% de ellos a pesar de que presentaban alguna contraindicación. Con los IECA, resulta curioso que hay un elevado porcentaje de falta de adecuación a los criterios de uso, aunque no obstante, en ningún caso hubo prescripción asociada a contraindicación. En el caso de los ACA el 95% no cumplía ningún criterio de utilización y el 5% se habían prescrito a pesar de haber contraindicación previa. Los beta bloqueantes se llegaron a prescribir en un 43%, a pesar de existir alguna contraindicación.

En resumen, de todos los fármacos utilizados en el estudio, el 32,6% de las prescripciones se hicieron sin cumplir ningún criterio de uso, variando este porcentaje según el subgrupo evaluado (Tabla 1). Por otra parte, llama la atención que se prescriba monoterapia en más del 70% de los pacientes, cuando hay evidencias que tan sólo se logra controlar de esta forma al 30-50% de los pacientes.

Grupo farmacológico	Uso adecuado	Uso no adecuado
IECA	48.7 %	51.3 %
IECA + diurético	82.5 %	17.5 %
Beta bloqueantes	85.7 %	14.3 %
ACA	58.7 %	41.3 %

Tabla 1

Los autores concluyen que los resultados del estudio reflejan que la calidad de la prescripción de los fármacos antihipertensivos analizados, no es óptima, por lo que se han de plantear estrategias de intervención para modificar aquellos aspectos susceptibles de mejora.

El profesional farmacéutico tiene como cometido importante, la colaboración en el uso racional del medicamento. Quizás pudiera contribuir a mejorar la prescripción, colaborando en las estrategias de intervención anteriormente mencionadas, pero donde mayor intervención puede tener (dentro de las variables expuestas) es en la detección de contraindicaciones de tratamientos, lo cual redundaría en el mayor control del paciente hipertenso y, por ende, en la disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial lo que, según se ha manifestado reiteradamente, incrementa fuertemente el coste de la patología.

(1) Mateo C, Gil A, Sevillano M, Barutell L, Lorenzo A, Pérez de Lucas N, Torres M, "Calidad de la prescripción de fármacos antihipertensivos en un área de salud" Aten Primaria, 2.000; 25: 302-307

Medicina Basada en la Evidencia y farmacoeconomía de Fluoxetina (10/35)

Fluoxetina es el antidepresivo más comúnmente prescrito en muchos países. En la actualidad la patente del fármaco ha finalizado o está finalizando, dependiendo de los distintos lugares geográficos, lo que implica la aparición de especialidades genéricas del mismo. La gran expansión en la utilización de este medicamento se ha traducido en que los antidepresivos clásicos, principalmente los tricíclicos, hayan sido desplazados por la familia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) cuya cabeza de serie está formada por fluoxetina. Este cambio en la terapéutica de la depresión ha conllevado un incremento en los costes de esta patología debido al muy superior precio de los ISRS frente a los fármacos clásicamente prescritos.

Los autores (2) se preguntan si una potencial explicación para la amplia introducción de una nueva tecnología sanitaria es debido a que provee unos beneficios sustanciales comparado con otras intervenciones disponibles. Para que esto ocurra debe haber evidencias suficientes acerca de dicho beneficio adicional. De esta forma, los estudios de los inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA) en la disfunción ventricular izquierda demostraron su superioridad sobre los tratamientos existentes, lo que se debía traducir en un gran incremento del uso de dichos fármacos; sin embargo, en el reino Unido, sólo a un 20-30% de los pacientes susceptibles de tal tratamiento, se les prescribe un IECA. Contrariamente, a juicio de los autores, Fluoxetina recibe un uso muy amplio a pesar de que la evidencia de su uso es equívoca.

A pesar de una pretendida ventaja en la tolerabilidad, los autores manifiestan que sólo se percibe una ligera mejoría en la misma, comparado con los antidepresivos clásicos: después de haber realizado un análisis de todos ellos, sus resultados sugieren un riesgo relativo de abandono del tratamiento de 0,87, correspondiente a una reducción del riesgo absoluto de abandono del 4%. Por otra parte, la eficacia parece similar entre los antidepresivos comúnmente usados.

En 1.993, las autoridades del Servicio Nacional de Salud británico distribuyeron a todos los médicos generales del reino Unido, un informe en donde se resumía la información acerca de la efectividad y el coste-efectividad de los tratamientos de la depresión en atención primaria, aconsejando precaución en el cambio de los tricíclicos por los nuevos fármacos. Un seguimiento de los efectos de dicho informe corroboró una disminución del volumen de prescripciones de ISRS que fue estimado en un ahorro de 70 millones de dólares entre 1.993 y 1.997.

La conclusión principal de los autores es que el fármaco en cuestión ha representado un éxito comercial notable sin que se haya evidenciado un beneficio sanitario adicional que justifique el sustancial incremento originado en los costes. Esta conclusión incide en que la principal forma de aumentar la eficiencia en la terapéutica e, incluso de reducir los costes de adquisición de medicamentos, está basada en el uso racional de los medicamentos.

El informe enviado en este caso, elaborado con la metodología de Medicina Basada en la Evidencia (MBE), ha contribuido a una prescripción más racional, además de reducir en una cuantía considerable el gasto en fármacos. El farmacéutico tiene, mediante la colaboración en programas de atención farmacéutica apoyados en MBE, un campo adecuado de actuación, para demostrar que su actuación profesional redundaría en ahorros para el sistema nacional de salud.

(2) Freemantle N, Mason J., "The importance of achieving additional drug benefits at a reasonable cost" *Pharmacoeconomics*, 2.000; 17(4): 319-324 (10/35)

La prescripción y su relación con los costes (10/39)

Se observa constantemente que el uso racional del medicamento es una de las principales maneras de contención de los costes de la salud, además de incrementar los resultados que en este campo se obtienen. La prescripción exclusiva de fármacos que hayan demostrado previamente, en estudios clínicos adecuados, su seguridad y su eficacia, descartando entonces el uso de aquéllos de los que no haya evidencia alguna de su eficacia, es una de las mejores formas de abordar el problema económico del tan hablado gasto farmacéutico.

Se hace claro entonces que la mejora en la prescripción es el primer paso para la consecución del objetivo citado. Aumentar la calidad de la prescripción debe ser uno de los objetivos fundamentales a lograr para la consecución del objetivo final. Por este motivo, el autor (3) estudia la calidad de la prescripción médica en el Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela, en función de la utilización de especialidades consideradas como de utilidad terapéutica baja (UTB).

Se estudia el grado de cumplimiento de uno de los objetivos planteados por la Gerencia de Atención Primaria en lo que respecta a un descenso en el número de envases prescritos de fármacos de UTB, así como la influencia que dicha acción podría tener en el gasto farmacéutico. Previamente se había incluido información adecuada en el Boletín de Información Terapéutica del Servicio Galego de Saude y en la Guía terapéutica para la atención primaria, publicaciones que se habían hecho llegar previamente a todos los médicos de Galicia.

El estudio se realiza en dos grupos debido a la participación de un grupo que actúa de control, observándose que previamente no había diferencia en cuanto a la prescripción, puesto que ambos grupos prescriben una media de 9,7 envases de UTB por mil personas y día. Una vez iniciado el estudio se produce una sensible disminución del número de envases prescritos (Tabla 3).

	Grupo de estudio	Grupo control
PERIODO PRE-ESTUDIO		
Envases prescritos de UTB (un.)	9,7	9,7
Gasto en UTB (pta)	10.708	10.945
Gasto farmacéutico total (pta)	99.254	98.377
PERIODO POST-ESTUDIO		
Envases prescritos de UTB (un.)	6,2	7,9
Gasto en UTB (pta)	7.387	9.392
Gasto farmacéutico total (pta)	101.345	107.846

Tabla 3

Un resultado interesante es que la disminución del número de envases prescritos de especialidades UTB está relacionado con un aumento en el gasto farmacéutico total, especialmente en el grupo control. Debido supuestamente a la sustitución de la prescripción. Queda también de manifiesto que el número de envases de UTB por 1.000 personas y día, prescritos en ambos grupos, permanece alto (6,2 y 7,9 respectivamente).

Una limitación muy importante que el autor reconoce es que al no disponerse de datos diagnósticos ni, tan siquiera, de información adicional acerca de la indicación, del esquema terapéutico seguido o de las características del paciente tratado, cualquier indicador que se presente es de difícilísima interpretación, puesto que todos esos datos son imprescindibles para poder valorar la calidad del uso del medicamento con valor intrínseco elevado.

Por todo lo expuesto, el autor concluye que si se generalizase el menor gasto en UTB a la totalidad de médicos y pacientes del Área, se hubieran ahorrado 144 millones de pta/año en este grupo de medicamentos, si bien, generalizando igualmente el aumento del gasto total, éste habría aumentado. Ello nos conduce a que cualquier programa de actuación en el campo de la salud, que pretenda influir en los costes originados, debe

contemplar con total atención los resultados sanitarios que la implementación del programa origine, puesto que de otra manera de los datos estudiados no se podrán extraer conclusiones válidas. Los programas de atención farmacéutica que posean un análisis farmacoeconómico anexo estarían en plena disposición para la obtención de parámetros válidos y extrapolables.

(3) Segade X, "Impacto de diversos objetivos relacionados con el uso racional del medicamento en un área de atención primaria" *Aten Primaria*, 2.000; 25: 236-241