

Correlación de recetas visadas con el desvío en el gasto en atención primaria



Correlation of authorized prescriptions with increased spending in primary care

Sr. Director:

En la actualidad, el Servicio Murciano de Salud (SMS) está realizando un importante esfuerzo para mejorar el uso de las aplicaciones informáticas de atención primaria (AP) de todos los profesionales¹.

A la par que inculca la premisa que la AP es el ámbito idóneo para racionalizar y ordenar la prescripciones, y priorizar los pacientes que, inicialmente, podrían ser los mejores candidatos a tratamientos² novedosos y caros. Si bien es sabido que el uso de asociaciones de fármacos facilita el cumplimiento terapéutico y, por ende, los resultados en salud³, aún siendo fármacos más caros debiéndose buscar la eficiencia del sistema nacional de salud, por lo cual muchos de estos medicamentos novedosos o caros son visados por inspección médica.

El mayor diagnóstico y control de las enfermedades, las mayores expectativas de salud de la población⁴ y la exigencia por parte de la sociedad actual de una mayor accesibilidad a los servicios como una de las dimensiones de la calidad, han producido en los últimos años un importante incremento de la demanda sanitaria^{5,6}, que a su vez

ha supuesto una sobrecarga asistencial, que es la gran preocupación de gestores y profesionales de AP⁷⁻⁹.

No obstante, con motivo de la crisis actual, desde la gerencia del área 2 del SMS en Cartagena se propone ejemplos de centro de salud cumplidores con el gasto en contraposición con los centros que sufre el mayor desvío presupuestario en el capítulo de gasto farmacéutico. Observando las peculiaridades de dichos centros intentamos determinar si existe correlación entre el número de recetas visadas o autorizadas por la inspección médica en relación a la desviación del gasto por cupo del centro de salud con mayor desvío presupuestario (fig. 1).

Determinados el porcentaje de desvío presupuestario de cada cupo del centro de salud con mayor desvío del área 2 del año 2014 para correlacionar cada cupo con su número total de recetas visadas o autorizadas por inspección.

Obtuvimos un coeficiente de correlación del 71,9%, lo que nos indica a mayor número de recetas visadas de inspección vamos a encontrar un mayor desvío del presupuesto, con lo que concluimos que aunque los centros de salud del área son homogéneos en grupo etarios de edad, el estado de salud de los pacientes difieren entre sí. El centro de salud que mejor cumple los objetivos presupuestarios está en zona de playa turística que, lógicamente, cuando el paciente precisa de mayores cuidados se le desplaza a los centros urbanos cambiándose de médico de familia. Además sería conveniente la generalización de un índice de recetas visadas o autorizadas por inspección como mecanismo compensatorio al propio desvío presupuestario.

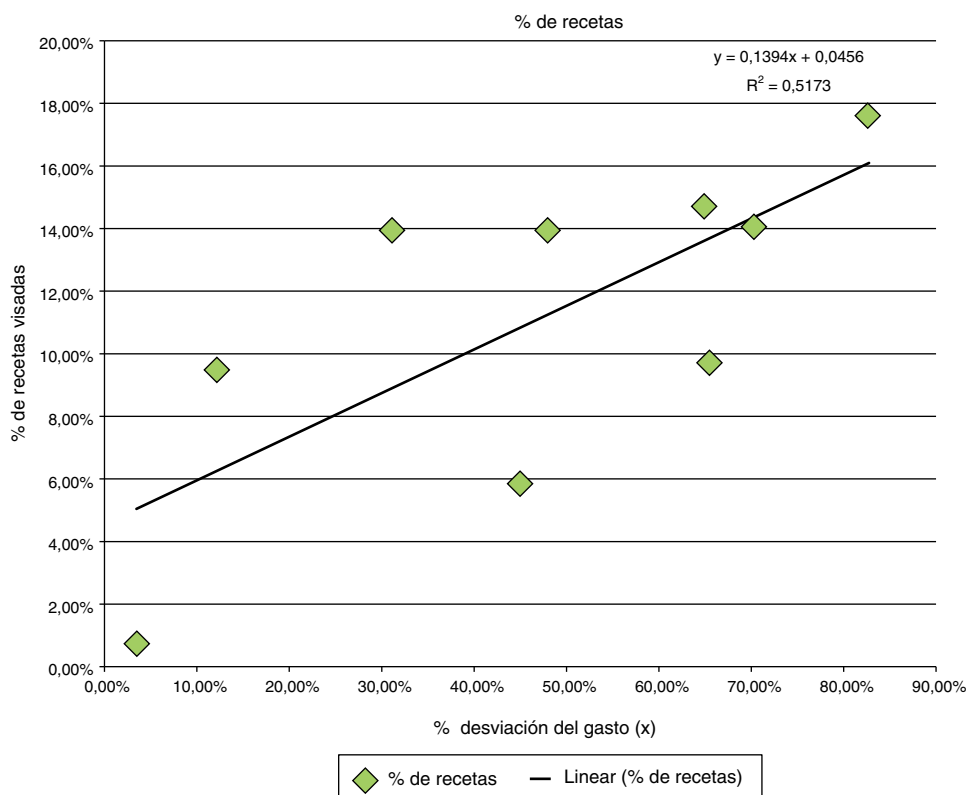


Figura 1 Línea de correlación entre % de recetas visadas y % de desviación del gasto.

Bibliografía

1. Baño-Egea JJ, Leal-Hernández M, Sánchez-Marín FJ, Serrano-Navarro A, Ruiz-Merino G, Serna-Mármol JP. Impacto de curso on-line sobre el grado de conocimiento del programa OMI-AP para médicos. *Semergen*. 2012;38:145–50.
2. Lobos Bejarano JM, Polo García J, Vargas Ortega D. El médico de familia ante las barreras en la prescripción de los nuevos anticoagulantes orales: heterogeneidad, inequidad y confusión. Posicionamiento de las Sociedades Científicas de Atención Primaria en España Sociedad Española de Cardiología. *Semergen*. 2014;40:1–3.
3. Ortega-Marlasca MM. Anotación sobre coste-eficacia real y diaria. *Semergen*. 2014;40:115.
4. Magro PR. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *Semergen*. 1998;24:711–8.
5. Informe de la OMS. Health Care Systems in Transition, Spain. European Observatory on Health Care Systems. WHO regional Office for Europa. 2000. AMS5012667(SPA)tagert19.2000.
6. De Pablo González R. La necesidad de recuperar la calidad asistencial y la dignidad del profesional en la Atención Primaria de salud. *Semergen*. 2003;29:14–6.
7. Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calid Asist*. 2006;21:199–206.
8. Mancera J, Bellón JA, Manzanera X, Troyano C. Mesa redonda: El médico como gestor de su consulta. *Semergen*. 2004;30 Supl. 1:17–24.
9. Luque-Mellado FJ, Gili-Ribes M, Berenguer-Gascón R, Martos-Molines FJ, Oriach-Alonso S, Quesada-Couceiro X, et al. Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. *Semergen*. 2010;36:243–52.

A. Piñana López^{a,*}, C. Alonso García^a, R. Luquín Martínez^a y J.A. Piñana López^b

^a Servicio Murciano de Salud, Centro de Salud Cartagena-Oeste, Cartagena, Murcia, España

^b Facultad de Ciencias Económicas y de la Empresa, Universidad de Murcia, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfonsopl@gmail.com

(A. Piñana López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.02.008>

Hemorragia tardía grave durante la terapia puente poscirugía abdominal en pacientes ancianos



Severe delayed bleeding during bridging therapy after abdominal surgery in the elderly

Sr. Editor:

El manejo de los pacientes anticoagulados que deben enfrentarse a una cirugía abdominal con riesgo hemorrágico alto o moderado ha cambiado en los últimos años. La administración ambulatoria de las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) unido a la facilidad de su manejo y a la seguridad del mismo ha facilitado la proliferación de su uso en protocolos de terapia puente tras interrumpir los anticoagulantes orales debido a un procedimiento invasivo¹⁻⁵. Sin embargo, aun siguiendo los estándares aconsejados por los expertos, existen episodios de sangrado grave tardíos que pueden poner en peligro la vida de los pacientes⁶. El manejo de las HBPM en los pacientes de edad avanzada tras cirugía abdominal supone un reto. En esta población se debe tener en cuenta que el efecto de estas heparinas se ve incrementado al tener menos masa muscular^{7,8}, padecer cierto grado de insuficiencia renal con valores límite de creatinina en orina⁸ y otros factores como terapia con antiagregantes, hepatopatía⁹, etc.

Desde el punto de vista quirúrgico, siempre nos enfrentamos al mismo dilema. Los cardiólogos o médicos responsables apuestan por protocolos agresivos para evitar

episodios de tromboembolismo en los ancianos anticoagulados y los cirujanos tratamos de sortear el temible sangrado. De nada sirve una hemostasia cuidadosa durante la intervención si posteriormente el paciente sangra al reintroducir las dosis anticoagulantes de HBPM. Además, la monitorización de la actividad del factor anti-Xa tiene unos resultados controvertidos en la terapia puente¹⁰.

A continuación presentamos 2 casos de pacientes con edad avanzada que tuvieron sangrados graves durante la terapia puente poscirugía abdominal.

Caso 1

Varón de 82 años con hipertensión arterial (HTA) y peso de 80 kg, que había tenido varios episodios de colecistitis aguda y presentó un episodio de fibrilación auricular (FA) con insuficiencia cardiaca el día previo a una colecistectomía programada. La intervención fue suspendida y se comenzó con bemparina 7.500 UI/día durante 2 días para reducir a 3.500 UI/día durante los 3 días antes de la colecistectomía abierta. En la operación se objetivó un sangrado leve en el lecho hepático que fue controlado. Posteriormente se introdujo la HBPM a dosis profiláctica (3.500 UI/día) sin observar anemia clínica o analítica. En el 8.º día posquirúrgico se reinició la dosis terapéutica de HBPM (7.500 UI/día) previo al alta y el paciente tuvo una hemorragia masiva durante la noche que causó su fallecimiento.

Caso 2

Mujer de 78 años con mastectomía, prótesis mitral mecánica, hipotiroidismo, hepatopatía no filiada, insuficiencia