

Contención del gasto farmacéutico en un servicio de urgencia

Containing pharmacy costs in an emergency department

Sra. Directora:

La optimización de los recursos sanitarios está siendo un tema prioritario a nivel mundial, debido a la profunda crisis económica de los últimos años. Los medicamentos en los hospitales consumen aproximadamente un 18% del presupuesto farmacéutico global. La implantación de protocolos que tengan en cuenta la farmacoeconomía es una de las principales estrategias de racionalización de la farmacoterapia del hospital¹.

El gasto farmacéutico del Servicio de Urgencias (SUH) suele rondar el 5% del presupuesto farmacéutico intrahospitalario. En esta carta a la directora se pretende mostrar la experiencia realizada por un equipo multidisciplinar (médicos, farmacéutico y personal de enfermería) de un SUH de un Hospital Universitario, para optimizar el gasto farmacéutico a través de la implantación de protocolos de utilización medicamentos.

Durante el primer semestre del año 2011, fueron evaluados el consumo, coste y utilización de los fármacos, observando que el dexketoprofeno, la gammaglobulina antitetánica, la hidrocortisona y los inhaladores de nueva generación habían aumentado exponencialmente. El equipo elaboró protocolos de utilización, basándose en las fichas técnicas de estos medicamentos, especificando las indicaciones aprobadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, las dosis recomendadas, y las contraindicaciones²⁻⁴. Además, se especificó el coste por unidad y se incluyó un cuadro comparativo de costes con las alternativas farmacológicas disponibles en el hospital. Los protocolos fueron distribuidos por el jefe de servicio de SUH, y se realizaron sesiones formativas a todos los profesionales de la unidad.

El número de urgencias atendidas fue similar en el segundo semestre del 2011 (29.524) con respecto a los mismos semestres del 2010 (30.064 urgencias) y del 2009 (29.848 urgencias). Al analizar los medicamentos sujetos a protocolo (julio-diciembre 2011) se observó un descenso significativo en el número de unidades consumidas y del gasto. Concretamente, para los inhaladores de nueva generación el descenso fue de 34 unidades, para la hidrocortisona fue de más de 1.000, para el dexketoprofeno fue de 550 y para la gammaglobulina antitetánica fue de más de 100 unidades. Esto explica la disminución económica en el gasto en estos medicamentos, concretamente se redujo más de un 40% durante el segundo semestre del 2011 (fig. 1). Lo que contribuyó a una reducción de más del 15% del gasto farmacéutico total/paciente en el SUH con respecto al año 2010 y del 20% con respecto al año 2009 (2,8 €/urgencia en 2011 vs. 3,4 € en 2010 y 3,6 € en 2009).

El resultado de esta iniciativa no solo favoreció la contención sino que, ha conseguido reducir el gasto farmacéutico en el SUH de manera satisfactoria. La creación de equipos multidisciplinares que impulsen iniciativas educativas a través de protocolos de utilización de medicamentos,

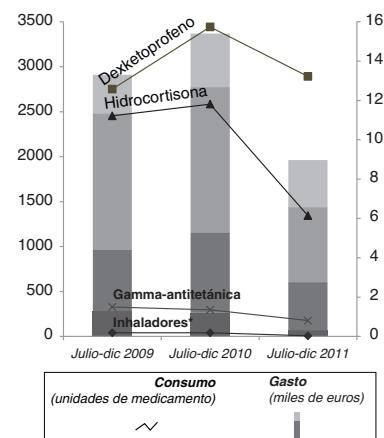


Figura 1 Comparación del gasto y el consumo de los medicamentos bajo protocolo entre los segundos semestres de 2009, 2010 y 2011 (las líneas representan la unidades de medicamento consumidas y las columnas el gasto en euros). * Inhaladores: combinación salmeterol más fluticasona.

consigue mejorar la utilización y el impacto económico en ámbitos como la antibioterapia⁵ o la farmacoterapia de las unidades de críticos⁶. Si bien para valorar este resultado debe ser considerada la reducción del 7,5 y 15% en el precio de los medicamentos a lo largo del año 2011⁷. Concretamente, la reducción del precio del dexketoprofeno fue del 15%, pero este medicamento no se vio afectado por la bajada de precio legislada. En el caso de los inhaladores (combinación salmeterol- fluticasona) y la hidrocortisona, aunque sí se redujo un 15% su precio, la reducción del gasto fue superior al 50% en el segundo semestre del 2011. La gammaglobulina antitetánica sufrió una disminución del 7,5% pero la reducción tras la implantación del protocolo fue del 15%. Justificando esto, también se puede argumentar que la reducción del gasto se ve reflejada en el descenso de unidades consumidas, tal y como se expone en la figura 1. En definitiva, esta iniciativa muestra que protocolos sencillos con la implicación de todos los profesionales, pueden desarrollarse en cualquier centro, consiguiendo resultados económicos positivos, contribuyendo a mejorar la gestión de los recursos sanitarios.

Bibliografía

1. Schrogie JJ, Nash DB. Relationship between practice guidelines, formulary management, and pharmacoeconomic Studies. Top Hosp Pharm Manage. 1994;13:38-46.
2. Ficha técnica del Dexketoprofeno (Enantyum®). Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, 2008 [consultado 30 Mar 2012]. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=64887&formato=pdf&formulario=FICHAS>
3. Ficha técnica de la Hidrocortisona (Actocortina®). Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, 2009 [consultado 30 Mar 2012]. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?metodo=verFichaWordPdf&codigo=28824&formato=pdf&formulario=FICHAS>
4. Recomendaciones de vacunación de difteria y tétanos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Actualizado en 2009 [consultado 30 Mar 2012]. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf

5. Von Gunten V, Reymond JP, Beney J. Clinical and economic outcomes of pharmaceutical services related to antibiotic use: a literature review. *Pharm World Sci.* 2007;29:146-63.
6. Kane SL, Weber RJ, Dasta JF. The impact of critical care pharmacists on enhancing patient outcomes. *Intensive Care med.* 2003;29:691-8.
7. Relación informativa de medicamentos afectados por la deducción del 15% establecida en el artículo 10, del Real Decreto Ley 8/2010 de 20 de Mayo por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público, modificado por el Real Decreto Ley 9/2011 de 19 de agosto [consultado 30 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.mspes.es/profesionales/farmacia/notasInfor.htm>

M. Ucha Samartín^{a,*}, N. Martínez López de Castro^a,
A. Pichel Loureiro^b y L. Amador Barciela^b

^a Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Meixoeiro, Vigo, España
^b Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Meixoeiro, Vigo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marisol.ucha.sanmartin@sergas.es (M. Ucha Samartín).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.04.005>

Máquinas expendedoras de recetas en medicina de familia

Prescription vending machines in Family Medicine

Sra. Directora:

Hemos tenido acceso a 2 interesantes artículos que serán próximamente publicados en Revista de Calidad Asistencial^{1,2}. Las conclusiones y resultados de ambos trabajos nos llevan a entender que en los factores responsables del gasto farmacéutico en atención primaria —entre otros, la medicalización y la prescripción inducida; y que no se explica por características de los médicos de familia (MdF), que se limitan a repetir prescripciones del nivel secundario—, subyace el que no es útil en la asistencia sanitaria y la racionalización del gasto farmacéutico, el MdF.

La historia del hombre en conjunto, es trágica. El trágico destino de este tiempo quiere que el pensamiento humano desencadenado no pueda ya aprehender sus propias consecuencias, y así como están desapareciendo las grandes selvas, innumerables especies animales, y razas humanas, como los indios norteamericanos y los naturales de Australia³, también está desapareciendo el MdF en España, que ya no es el «médico medicamento» de Balint⁴.

En este contexto, proponemos un avance innovador: consultas sin MdF. Puesto que los pacientes dicen al entrar a consulta: «No vengo al médico, es por las recetas», y la inercia terapéutica en esas consultas ha logrado un alto grado de polimedición inadecuada, peligrosa y costosa. Y ya que la norma de trabajo del MdF respecto a las prescripciones farmacéuticas parece ser la siguiente: se deben añadir todo tipo de fármacos, a ser posible, en asociaciones fijas y desde el comienzo del tratamiento; usando siempre los más recientes y menos conocidos; especialmente en indicaciones no autorizadas en su ficha técnica; no retirar nunca jamás un fármaco prescrito previamente; no reflexionar críticamente sobre prescripciones inducidas; si el paciente pide un fármaco, se le darán 2 por uno o 3 por uno; las historias clínicas carecerán de información clara, suficiente, y contextualizada sobre el motivo médico y las circunstancias de las prescripciones, pero estarán siempre en soporte electrónico; y siempre se dará lo que pida el paciente⁵.

Así pues, en esta situación, los MdF se deben sustituir por flamantes máquinas expendedoras de recetas. Después de 40 años, la «reforma de la atención primaria» ha reencontrado la solución a la demanda, y la satisfacción del paciente, así como a evitar problemas de relación médico-paciente de la prescripción inducida⁶, que tenía aquel médico rural de 1980: dejar los volantes para urgencias del hospital, firmados en blanco, debajo del tiesto de la ventana de su casa, durante la noche; así los enfermos solo tenían que tomar uno y marchar al hospital de la ciudad. Ahora, las «máquinas expendedoras de recetas de medicina de familia» —se ha pensado en poner también «comunitaria», pero no cabe en la máquina—, de llamativo «color bata-blanca», se colocarán en la puerta de cada consulta. Son 15 segundos lo que le cuesta al paciente conseguir su receta. Todo un éxito de la tecnología. Esto no quita, claro está que existan otras máquinas de refrescos vitamínicos o de medicamentos en los hospitales y centros de salud: de bupropion y cigarrillos, de polipíldoras, de agua con fluoxetina, de esteroles y omega 3, etc. Desde luego existirán algunos detractores, pues siempre tiene que haber ovejas negras..., pero es muy probable que los propios pacientes racionalicen mejor el uso farmacéutico y su costo⁷. Y además, ¿acaso no existe ya la máquina de generar automáticamente artículos científicos⁸, o la máquina de crear enfermedades⁹.

Bibliografía

1. Segura-Benito MJ, Moya-Martínez P, Escribano-Sotos F. Identificación de algunas características del médico de atención primaria que influyen en el gasto farmacéutico. *Rev Calid Asist.* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2012.02.011>.
2. Siguín R, Almodóvar MJ, Saiz LC, Izquierdo-Palomares JM, Estévez JC, Malillos D. Modificación de la prescripción procedente del segundo nivel de asistencia por parte del médico de Atención Primaria. *Rev Calid Asist.* 2012, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.006>.
3. Spengler O. El hombre y la técnica y otros ensayos. Buenos Aires: Colección Austral. S.A.: Espasa Calpe; 1947.
4. Enid Balint JS, editor. Norell Six minutes for the patient: interactions in general practice consultations. London: Tavistock publications; 1973.
5. Turabián JL, Pérez Franco B. Buscando el paraíso, La historia de una isla fantasma: la medicina de familia en España. *Aten*