



EA-002 - PRESCRIPCIONES INADECUADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA COMPLEJA Y GASTO FARMACÉUTICO

M. Ulla Anes, B. Escolano, R. Pacheco, F. Pérez-Rojas, B. García Olid, I. Ramírez Lara, J. Forero

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

Resumen

Objetivos: El envejecimiento de la población es de gran trascendencia y provoca la atención de economistas, políticos, médicos, científicos sociales e investigadores. El incremento en la esperanza de vida produce un aumento de enfermedades crónicas que ocasionan el mayor consumo de recursos socio-sanitarios. Los Pacientes con Enfermedad Crónica Compleja (PECC) requieren habitualmente de polifarmacia para control de sus procesos, lo cual incrementa el riesgo de Prescripciones Inadecuadas (PI), efectos secundarios y ocasiona un alto Gasto Farmacéutico (GF). El objetivo es realizar una aproximación al GF de un PECC tipo. Así mismo, se realiza una aproximación al GF en función de la utilización de criterios de PI.

Métodos: 61 PECC > 65 años ingresados consecutivamente en el Hospital Virgen de la Torre (HVT) analizando parámetros demográficos, clínicos y de prescripción farmacológica (la obtención del tratamiento crónico domiciliario se realizó mediante informes médicos hospitalarios al alta o por el programa de prescripción electrónica de atención primaria). Para detectar PI se han utilizado los criterios STOPP-CAR y START-CAR del grupo cardiovascular.

Resultados: Edad media 84,6 (68-102), 29V:32M. Patología de base: HTA (80%), broncopatía (64%), DL (50%), cardiopatía (50%), DM (46%), FA (40%), demencia/deterioro cognitivo 33%, ERC (30%), enfermedad vasculocerebral (23%), neoplasias (15%). Diagnósticos de ingreso: EPOC agudizada (46%), ICC (38%), neumonía/infecc. respiratoria (36%), IRA/crónica agudizada(36%), ITU (25%). El nº total de medicamentos domiciliarios al ingreso fue de 547 (9,76/paciente/día), al alta 620 (11,1). Tratamiento del paciente tipo: IECA/ARA-II + diurético + AAS + broncodilatadores + digoxina y/o calcioantagonistas + estatinas + ADO + ansiolíticos nocturnos + anti-H2 + analgésicos. El gasto medio anual por paciente: 1.440 euros/año. El incremento de medicación al alta fue habitualmente por la inclusión de una pauta descendente de corticoides y/o un antibiótico de amplio espectro, ocasionalmente se indicó un neuroléptico y/o un laxante al tratamiento de base. Las PI según criterios STOPP-CAR fueron: 17 al ingreso (3,1%) y 17 al alta (3,1%). Las PI según criterios START-CAR al alta fueron 27 (4,35%). Los fármacos con mayor prevalencia de PI STOPP-CAR al ingreso y al alta fueron el AAS (47-41%), los calcioantagonistas (47-47%) y diuréticos (6-12%). Los fármacos con mayor prevalencia de PI START-CAR al alta fueron los IECAS (44,5%), las estatinas (29,5%), los betabloqueantes (11%), la AAS (7,5%) y el acenocumarol (7,5%). GF inadecuado aproximado según criterios STOPP-CAR (por exceso): 1482,36€/año. GF inadecuado aproximado según criterios START-CAR (por defecto): 1093,08€/año.

Discusión: Se describe el GF como inadecuado en base a un exceso de farmacoterapia no indicada (STOPP-CAR). En nuestro caso, las PI por defecto (START-CAR, fármacos que deberían haberse introducido y no se hizo) suponen un GF no realizado que compensa casi totalmente al ocasionado por PI (STOPP-CAR). Los fármacos más implicados en el GF inadecuado por defecto en nuestra serie son IECA/ARA-II y estatinas. A este respecto, el cálculo económico se ha efectuado utilizando enalapril y simvastatina. El uso de ARA-II (más caros) en pacientes justificados (con insuficiencia renal) y la utilización de estatinas como atorvastatina, pravastatina (en pacientes con alto riesgo cardiovascular), supone un incremento del GF significativo que con seguridad superaría al ocasionado por PI (STOPP-CAR).

Conclusiones: La utilización de detectores de PI permiten optimizar tratamientos y pueden ser un mecanismo útil para conseguir ahorro en el GF en base a: 1. La retirada de fármacos innecesarios. 2. La prescripción de fármacos con parecido efecto terapéutico pero de menor coste. De cualquier forma, en la situación actual parece razonable conciliar el interés de mejora del paciente con la sostenibilidad del sistema.