



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL semFYC

Medicamentos: hay que escoger pero, ¿sabemos hacerlo?

Cuando nos encontramos ante la posibilidad de prescribir un medicamento nuevo hemos de distinguir si este medicamento representa una simple novedad comercial, una novedad tecnológica-industrial (nuevo sistema de liberación, un isómero o un metabolito) y lo más importante, si es una innovación, es decir si representa una mejora terapéutica considerando las opciones terapéuticas existentes.

Según las resoluciones del «Comité de Evaluación de Nuevos Medicamentos» (CENM) de l'Institut Català de la Salut, las novedades generalmente no suponen, lamentablemente, una mejora terapéutica: de los 144 nuevos medicamentos evaluados durante el período 2000-2011, el 89% de ellos no supone un avance terapéutico, un porcentaje idéntico al que obtiene la revista "Prescrire" cuando en 2010 publicó los resultados de sus evaluaciones durante el período 2000-2009. No obstante, estas novedades, que generalmente son de tipo tecnológico, se promocionan desmarcándolas de las opciones terapéuticas existentes diciendo que el nuevo medicamento es «same same, but different», a pesar de que acaban siendo «same same and not different» como sugiere el CENM. Las 8 estatinas comercializadas en España (una de ellas retirada por toxicidad) hacen que uno se pregunte cuántos fármacos «yo también» son necesarios para los pacientes. ¿Por qué se autorizan? y, sobre todo, ¿por qué se financian con dinero público?

Con frecuencia la práctica clínica se desmarca de la evidencia científica mostrando que, en general, en las consultas no se seleccionan siempre los medicamentos más adecuados. Por poner un ejemplo: en el año 2009 el CENM de Euskadi informa que un nuevo antidepresivo es inferior en eficacia, inferior en seguridad y de coste superior a los ISRS y concluye que no supone un avance terapéutico. Diferentes boletines en Navarra, Andalucía o Cataluña llegan a la misma conclusión y, no obstante, en Cataluña, la facturación por este fármaco aumenta en un 50% durante 2011, llegando a un importe cercano a los 5 millones de euros.

En España la oferta farmacéutica es de 3.000 principios activos con 12.000 marcas comerciales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una lista de 350 medicamentos esenciales, no más. La «Guía Terapéutica en atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos» de la semFYC incluye 400 fármacos. ¿Por

qué? Pues porque detrás de estas listas se ha hecho «un ejercicio de inteligencia clínica» proponiendo una selección.

Los médicos prescriptores se hacen preguntas: ¿Son iguales en eficacia, seguridad, comodidad y precio los fármacos que comparten una misma indicación? ¿Son iguales todas las estatinas? ¿Son iguales todos los antidepresivos? ¿Hay alguno que tenga más ventajas que otro? ¿Son clínicamente relevantes los anticolinesterásicos o los bisfosfonatos? La OMS señala que es fundamental la selección de medicamentos y propone unos criterios para hacerlo y afirma que, si los aplicamos, el paciente recibirá la mejor prescripción posible.

En la formación de pregrado, si por ejemplo se revisa el *Harrison's, Principles of Internal Medicine*, aparecen listas y listas de fármacos dando por descontado que el estudiante o el licenciado sabrá escoger, de entre ellos, el mejor para sus pacientes. Los libros de texto, dentro de una familia de fármacos, en general, no aconsejan o proponen una opción terapéutica concreta. El *Harrison*, integrado en la historia clínica informatizada en algunas autonomías, en Cataluña por ejemplo en el módulo de prescripción, muestra una tabla con 14 hipolipidemiantes para el tratamiento de la hipercolesterolemia. Parece que todos valen, aunque sabemos que no son todos iguales; pero, ¿quién se lo dice al estudiante de medicina? A pesar de que es conocida la creciente influencia de la industria farmacéutica sobre los estudiantes de medicina de todo el mundo, ¿en cuántas facultades de medicina españolas se enseñan los principios esenciales de la prescripción razonada de medicamentos? ¿quién forma al médico joven, al residente, al especialista no habituado a prescribir ciertos medicamentos? Los británicos solucionan el tratamiento de la hipercolesterolemia con una simplicidad admirable: recomiendan simvastatina para todos (salvo excepciones) y se acabó. Si buscamos qué dice el *Harrison* acerca de los broncodilatadores en la EPOC, las posologías no aparecen. ¿Cuál recomendar y a qué dosis? Difícil saberlo. Sí que dice que los corticoides inhalados tienen un papel controvertido en la EPOC, controversia que en la práctica asistencial no se refleja ya que su uso es indiscriminado según parece deducirse por las prescripciones que se hacen. Si se miran las facturaciones, se concluye que el uso de los corticoides inhalados más potentes y a dosis altas es generalizado.

Muestras de que la selección de medicamentos no está incorporada en el conjunto de los facultativos prescriptores hay muchas. Si se mira qué fármacos son los responsables de la mayor parte del gasto farmacéutico uno se encuentra con tantas incoherencias que por fuerza concluye que buena parte de las prescripciones se hacen sin seguir los principios de la prescripción razonada de medicamentos. Centrémonos de nuevo en los hipolipidemiantes y en el tratamiento del asma y la EPOC. En el primer caso, en España atorvastatina tiene la «pool position» de todos los fármacos en cuanto a gasto, y el número de envases va «in crescendo», un 7% más en 2010. ¿Por qué no simvastatina? De los segundos, el gasto lo encabezan las asociaciones con fluticasona, el corticoide inhalado más potente, a dosis altas o muy altas, recomendado solo para los pacientes más graves. ¿Alguien cree que hay tantos asmáticos o EPOC graves que precisan este tratamiento y a esas dosis? ¿Qué aportan las combinaciones a dosis fijas? ¿Qué pacientes se benefician de ellas?

En el año 2011 se dispensaron en España 973 millones de recetas del Sistema Nacional de Salud (SNS) por valor de 11.136 millones de euros. Buena parte de esta cantidad la Industria Farmacéutica lo destina a la promoción comercial de los medicamentos en España. En contrapartida, ¿qué recursos económicos públicos se destinan para enseñar a los clínicos del SNS a escoger? ¿y quién enseña a escoger? Aprovechamos para aclarar que la expresión «prescripción en atención primaria» debe entenderse como «prescripción en receta oficial del Sistema Nacional de Salud» porque incluye la que se genera en los centros de atención primaria y la prescripción inducida por la atención especializada y hospitalaria (24-77% del total). Prescripción inducida que, por cierto, aunque no se esté de acuerdo con ella no se cambia o se cambia muy poco, a lo sumo un 2-13%. Aunque este es otro tema, otro importante tema.

En España, de los 17 fármacos que generaron más gasto en 2010, ninguno sería, en términos generales, de primera elección. Los coxibs siguen aumentando sus ventas: un 32% entre 2008 y 2009. En Cataluña, en 2011, 18 de los 20 fármacos que mostraron un mayor incremento del gasto respecto del año anterior es de primera elección. En España, el uso de tiotropio es generalizado entre los pacientes con EPOC y va en aumento, un 7% más en 2010 respecto del año anterior. Parece que el problema de la cumplimentación sea masivo y en todos se justifique usar un fármaco que cuesta

7 veces más por envase que el ipratropio. Llama la atención el aumento de la prescripción de pregabalina, superior al 18% en 2010, siendo un fármaco que no es de primera elección en el tratamiento del dolor neuropático. ¿Y acerca de la insulina glargina? Su lugar terapéutico se halla en los pacientes con hipoglucemias nocturnas a pesar de optimizar el tratamiento con insulina NPH. Pues bien, el número de envases prescrito aumenta en cerca de un 13% en 2010, con una facturación de 150 millones de euros. Está claro que no seleccionamos bien.

En 2010 el gasto en medicamentos en atención primaria del *Institut Català de la Salut* supuso un 51,3% de todo el gasto, por encima del gasto en personal (41,3%). Se autorizan, se financian y se prescriben medicamentos sin valor añadido por valor de decenas de millones de euros. ¿Tiene sentido plantear políticas de prescripción de genéricos o por principio activo cuando antes no se ha promovido suficientemente la selección de medicamentos? ¿Por qué la administración no promueve de manera decidida el ejercicio de selección de medicamentos? ¿Tardará todavía mucho en llegar a España la financiación selectiva de los medicamentos en función de su valor terapéutico añadido?

Comité Editorial y Consultores de la “*Guía terapéutica en Atención primaria basada en la selección razonada de medicamentos. semFYC*”

Médicos de familia: Jordi Vilaseca (Cataluña), Jordi Espinàs (Cataluña), Carlos Fluixá (Valencia), Pilar Abaurrea (Extremadura), Javier Agreda (Navarra), Susana Aldecoa (Galicia), Ana Isabel Anda (Rioja), Pilar Botija (Valencia), José Antonio Castro (Andalucía), Ángel Corredera (Andalucía), Pablo Daza (País Vasco), Carlos Eirea (Galicia), Enrique de la Figuera (Aragón), Guillermo García (Asturias), María Jesús González Moneo (Cataluña), Antonio Lorenzo (Canarias), María Teresa Martínez Ibáñez (Canarias), Juan Francisco Menárguez (Murcia), Francisco Muñoz González (Madrid), Olga Olmos (Madrid), Ramón Orueta (Castilla-La Mancha), Álvaro Pérez Martín (Cantabria), José Carlos Pérez Villarroja (Aragón), Bartomeu Puig (Baleares), Daniel Ramos (Castilla y León).

Consultores. Farmacólogos clínicos: Eduard Diogène, Dolores Rodríguez Cumplido, Carmen Asensio (Cataluña).

Autor para correspondencia: Jordi Vilaseca
16730jvc@comb.cat