

# Uso eficiente de medicamentos para la rinitis alérgica en Atención Primaria

Rev. O.F.I.L. 2014, 24;2:109-114

RODRÍGUEZ CAMACHO JM<sup>1</sup>, VILLALBA MORENO AM<sup>2</sup>, RAMOS GUERRERO RM<sup>3</sup>, MÁRQUEZ FERRANDO M<sup>3</sup>,  
LÓPEZ PALOMINO J<sup>3</sup>

1 Farmacéutico Interno Residente Farmacia Hospitalaria. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España

2 Farmacéutico Interno Residente Farmacia Hospitalaria. Unidad de Gestión Clínica de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

3 Farmacéutico de Atención Primaria. Servicio de Farmacia. Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda. Cádiz. España

## Resumen

**Introducción:** El escenario económico actual hace necesario identificar bolsas de ineficiencia en el Uso Adecuado del Medicamento (UAM), tanto en áreas terapéuticas importantes en Atención Primaria (diabetes, hipertensión arterial...) como en grupos terapéuticos menos relevantes (rinitis alérgica).

**Objetivo:** Estimar el impacto económico que supondría un UAM en la rinitis alérgica.

**Material y métodos:** Estudio realizado en el Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda (Cádiz, España) mediante las prescripciones realizadas en 2012 de antihistamínicos (anti-H1) orales y corticoides nasales empleados para la rinitis alérgica. Se seleccionaron los tres principios activos de elección según criterios de eficacia, seguridad, adecuación y coste: cetirizina, loratadina y budesonida. Se obtuvieron los datos derivados de las prescripciones en Dosis Diarias Definidas (DDD) con el coste asociado para todos los principios activos de estos dos grupos y se estimó el ahorro que se obtendría si todas las prescripciones hubieran sido de los tres principios activos de mayor eficiencia.

**Resultados:** Estos grupos de medicamentos solo suponen un 1,81% del gasto total anual en recetas del Distrito. El ahorro que se obtendría por el cambio de los principios activos de no elección por los de referencia habría sido de un millón de euros aproximadamente.

**Conclusiones:** Las terapias que abordan patologías de pequeño impacto económico en el total de las prescripciones, pueden constituir sin embargo grandes áreas de mejora y sobre las cuales, una correcta intervención farmacéutica, repercutiría en un gran ahorro económico. La implantación de una guía farmacoterapéutica en Atención Primaria podría ser una herramienta adecuada para tal fin.

**Palabras clave:** Uso adecuado del medicamento, calidad de prescripción, rinitis alérgica.

Correspondencia:

Rosa María Ramos Guerrero

Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda (Servicio de Farmacia)

Avda. Ramón de Carranza, 19 - 11006 Cádiz

Correo electrónico: rosam.ramos.sspa@juntadeandalucia.es

## *Efficient use of drugs for allergic rhinitis in primary care*

### *Summary*

**Introduction:** In the current economic climate it is important to identify areas of inefficiency in Appropriate Drug Use (ADU), both in key areas of primary healthcare, such as the treatment of diabetes or hypertension, as well as in other, less common therapeutic areas, including the treatment of allergic disorders, such as allergic rhinitis.

**Objective:** To estimate the positive financial impact that the promotion of ADU may have on the pharmaceutical costs incurred in the treatment of allergic rhinitis.

**Material and methods:** This study was undertaken by the Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda (Bahia de Cadiz-La Janda Primary Healthcare District), Cadiz, Spain, and was based on data compiled from prescriptions for oral antihistamines (anti-H1) and nasal corticosteroids, written in 2012 to treat allergic rhinitis. Three drugs of choice were selected according to criteria of efficacy, safety, adequacy and cost: Cetirizine, Loratadine and Budesonide. Having obtained the Defined Daily Dose (DDD) data relating to these prescriptions, and the associated cost for all the active ingredients in these two groups of drugs, we estimated the savings which would have been achieved if all the prescriptions had been written using only the three active ingredients aforesaid.

**Results:** In the Healthcare District, these drug groups represent only 1.81% of overall annual pharmaceutical expenditure. Had only the three drugs of choice been prescribed, a saving of one million euros would have been made.

**Conclusions:** Although the treatment of some pathologies have only a modest impact on overall expenditure, correct prescription choice in these cases may nonetheless constitute an area in which significant savings may be made. The introduction of a drug therapy guide in Primary Healthcare may be a suitable tool for this purpose.

**Key Words:** Appropriate drug use, prescription quality, allergic rhinitis.

### **Introducción**

Durante situaciones de crisis económicas los sistemas sanitarios públicos se convierten en uno de los objetivos por parte de los gobiernos, debido a su alto impacto en los presupuestos generales<sup>1,2</sup>.

Dentro de los puntos a abordar, los relacionados con la prestación farmacéutica son uno de los más importantes debido a su alta repercusión económica. El Sistema Sanitario Público Andaluz lleva ya muchos años incorporando medidas dirigidas al Uso Adecuado del Medicamento (UAM), entre las cuales podemos destacar la prescripción de recetas por principio activo.

En los acuerdos anuales que se establecen entre Distritos, Hospitales y el Servicio Andaluz de Salud (SAS), en el ámbito de prescripción se establecen objetivos cuanti y cualitativos. Res-

pecto a los cualitativos se establece un compromiso de prescripción mediante Indicadores Sintéticos de Calidad (ISC), según los cuales se seleccionan los principios activos más adecuados, dentro de un grupo terapéutico, en base a criterios primarios de eficacia y seguridad, y otros secundarios de adecuación y coste. Estos ISC se aplican en patologías de alta prevalencia y alto impacto económico, como la hipertensión arterial, la dislipemia o la diabetes.

No obstante, en la actualidad existen bolsas de ineficiencia en aquellas áreas terapéuticas no incluidas en estos ISC, y en los que una intervención sobre su prescripción podría contribuir en la mejora de la eficiencia del sistema sanitario.

La rinitis alérgica es una patología muy frecuente que, al igual que el resto de afecciones de tipo alérgico, van en aumento. Según datos de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología

Clínica (SEIC) más del 20% de la población española padece rinitis alérgica siendo una de las enfermedades crónicas más prevalentes, que se desarrolla antes de los 20 años en un 80% de los casos, disminuyendo su prevalencia después de los 50 años de edad<sup>3</sup>. Consiste en una inflamación de la mucosa nasal, provocada por la exposición a un alérgeno, que cursa con congestión nasal, rinorrea, estornudos y prurito. Aunque no se trata de una enfermedad grave, es muy molesta ya que los síntomas aparecen generalmente durante dos o más días consecutivos y a lo largo de más de una hora la mayoría de los días.

El tratamiento de la rinitis alérgica según las guías de referencia (ARIA 2010, GINA)<sup>4,5</sup> sería el siguiente:

a) Primer escalón: antihistamínicos (anti-H1) orales/nasales y descongestionantes, como vasoconstrictores y anticolinérgicos nasales, en la rinitis intermitente/leve.

b) Segundo escalón: añadir corticoides nasales y/o cromonas nasales en moderado/grave intermitente o leve persistente.

c) Tercer escalón: cambiar a corticoide oral e inmunoterapia en caso moderado/grave persistente.

Por consiguiente, dada la prevalencia de la patología y la variabilidad en la prescripción, hemos seleccionado la rinitis alérgica como área a estudiar para conocer si es posible mejorar la eficiencia de su tratamiento.

## Objetivo

Analizar el impacto económico que suponen los fármacos financiados para la rinitis alérgica, anti-H1 orales y corticoides nasales, sobre el total de la prescripción en nuestro Distrito de Atención Primaria. Como objetivo secundario, estimar el ahorro que supondría una selección adecuada de estos medicamentos según criterios de eficiencia.

## Material y método

Estudio descriptivo retrospectivo cuyos datos analizados pertenecen a la facturación de recetas del Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz-La Janda (provincia de Cádiz, España), que presta cobertura sanitaria a una población aproximada de medio millón de habitantes. El estudio se realizó con datos de

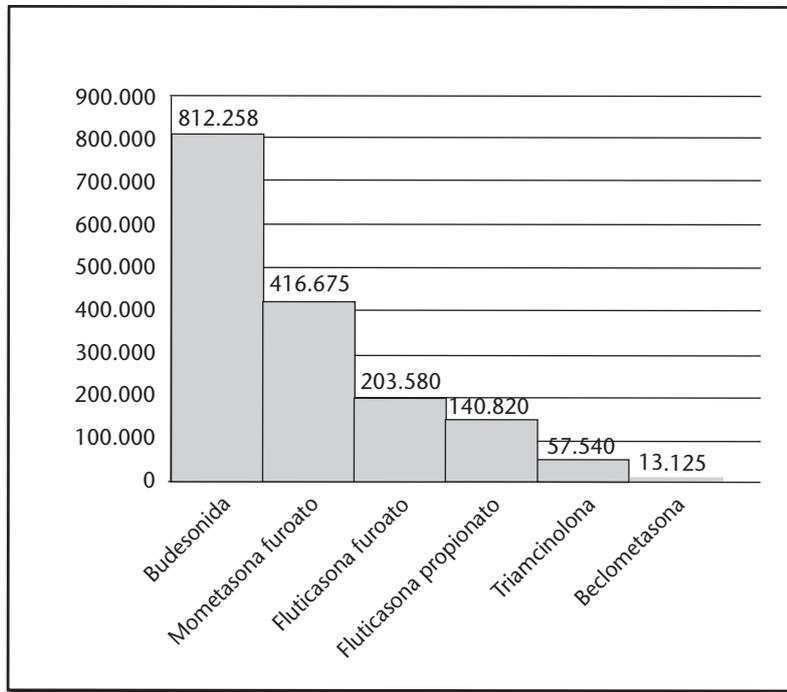
enero a diciembre del año 2012. De los medicamentos indicados para la rinitis alérgica se seleccionaron: anti-H1 orales y corticoides nasales. Se incluyeron los anti-H1 asociados a pseudoefedrina ya que el médico podría haber optado por la prescripción más eficiente del anti-H1 (financiado) más un vasoconstrictor utilizado de rescate como descongestionante nasal (no financiado). Entre los anti-H1 orales de segunda generación seleccionados se encuentran: cetirizina, loratadina, ebastina, desloratadina, rupatadina, bilastina, levocetirizina, cetirizina/pseudoefedrina, mizolastina, ebastina/pseudoefedrina, fexofenadina y loratadina/pseudoefedrina; y entre los corticoides nasales se incluyeron: budesonida, mometasona furoato, fluticasona propionato, fluticasona furoato, triamcinolona y beclometasona.

Por otro lado, se excluyeron: los vasoconstrictores nasales usados como descongestionantes al no estar incluidos en la prestación pública, los anticolinérgicos nasales por tratarse de medicación adyuvante, la inmunoterapia (omalizumab) por distribuirse a través del ámbito hospitalario, los corticoides orales ya que se emplean en múltiples diagnósticos y se desconoce si su prescripción va asociada o no a la rinitis alérgica y, por último, los anti-H1 orales de primera generación con acción sedante ya que su uso ha quedado muy reducido en esta patología por este efecto secundario.

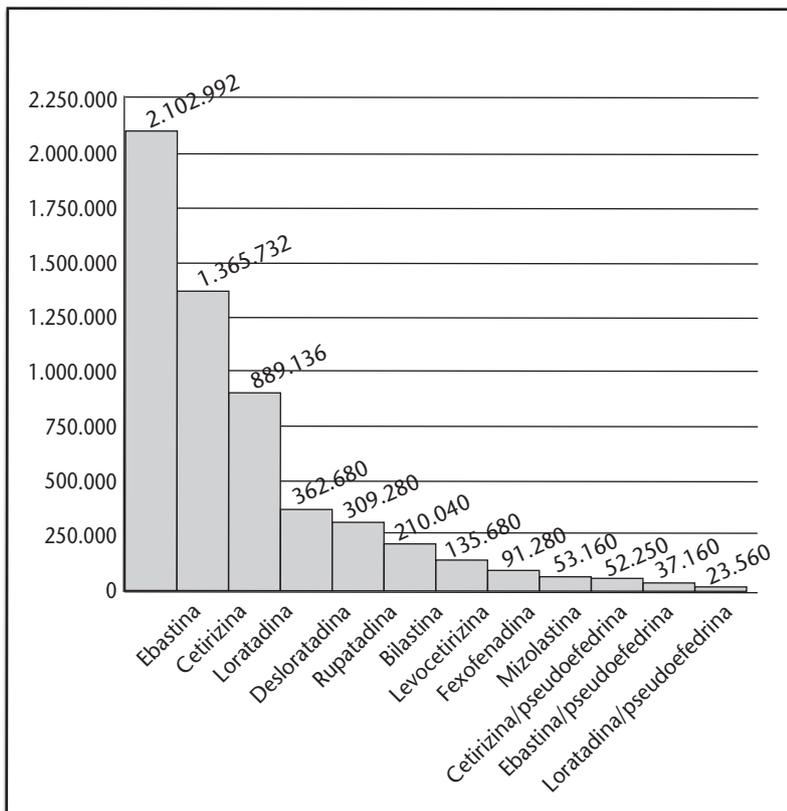
De cada principio activo se obtuvo el consumo en Dosis Diarias Definidas (DDD) a partir de la base de datos de facturación de recetas FARMA® mediante la aplicación informática MicroStrategy®, pertenecientes ambas al SAS. Estos programas recogen los datos derivados de la prescripción y dispensación de medicamentos por parte de los diferentes profesionales sanitarios. La DDD según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como la dosis de mantenimiento promedio en la principal indicación de un fármaco en pacientes adultos<sup>6</sup>.

Para poder calcular el área de ineficiencia que presenta la utilización de estos medicamentos se seleccionaron los principios activos de referencia según criterios de eficacia, seguridad, adecuación y coste en cada grupo: cetirizina y loratadina entre los anti-H1 y budesonida entre los corticoides nasales. Esta elección se basa en las conclusiones que los distintos centros de evaluación<sup>7-11</sup> de nuevos medicamentos emiten

**Figura 1**  
**DDD consumidas en el grupo de corticoides nasales durante el 2012**



**Figura 2**  
**DDD consumidas en el grupo de anti-H1 durante el 2012**



sobre los nuevos anti-H1 y corticoides nasales que van apareciendo en el mercado, y que concluyen en que no suponen un avance terapéutico respecto al arsenal terapéutico existente.

La estimación del ahorro se calculó como el coste incremental por DDD que supone el haber utilizado cada medicamento frente al de referencia en cada grupo (anti-H1 y corticoides).

### Resultados

El gasto total derivado de recetas facturadas en nuestro Distrito durante el año 2012 fue de 108.634.059€, de los cuales solo el 1,81% fue derivado de los principios activos seleccionados, para cualquier indicación, de cada grupo terapéutico analizado (anti-H1 orales y corticoides nasales).

Como se muestra en la figura 1, donde se recogen las DDD por principio activo a lo largo del 2012 de los corticoides nasales, el fármaco de referencia (budesonida) fue el más consumido (49,4%), seguido de mometasona furoato (25,3%) y fluticasona furoato (12,4%).

Por otro lado, en la figura 2 se recoge el grupo de los anti-H1 donde se observa que el más consumido fue la ebastina (37,2%) y, posteriormente, se encuentran los de elección, la cetirizina (24,2%) y la loratadina (15,7%).

En la tabla 1 se muestran los costes por DDD de cada principio activo, la diferencia de precio por DDD con los medicamentos de elección (cetirizina y loratadina en anti-H1; budesonida en corticoides nasales) y el coste incremental que hay en cada caso.

**Tabla 1**  
**Coste incremental y ahorro estimado en cada grupo terapéutico**

	Principio Activo	Coste DDD (€)	Coste incremental* (€)	DDD consumidas**	Ahorro estimado*** (€)
Anti-H1 orales	Cetirizina	0,16	-	1.365.732	-
	Loratadina	0,16	-	889.136	-
	Ebastina	0,23	0,07	2.102.992	147.209
	Desloratadina	0,55	0,39	362.680	141.445
	Rupatadina	0,58	0,42	309.280	129.898
	Bilastina	0,64	0,48	210.040	100.819
	Levocetirizina	0,33	0,17	135.680	23.066
	Cetirizina/pseudoefedrina	0,52	0,36	52.250	18.810
	Mizolastina	0,49	0,33	53.160	17.543
	Ebastina/pseudoefedrina	0,6	0,44	37.160	16.350
	Fexofenadina	0,25	0,09	91.280	8.215
	Loratadina/pseudoefedrina	0,42	0,26	23.560	6.126
			<b>Total</b>	<b>609.481</b>	
Corticoides nasales	Budesonida	0,08	-	812.258	-
	Mometasona furoato	0,46	0,38	416.675	158.337
	Fluticasona furoato	0,53	0,45	203.580	91.611
	Fluticasona propionato	0,45	0,37	140.820	52.103
	Triamcinolona	0,52	0,44	57.540	25.318
	Beclometasona	0,16	0,08	13.125	1.050
			<b>Total</b>	<b>328.419</b>	
			<b>Ahorro total (€)</b>	<b>937.900</b>	

\*Coste incremental: (Coste DDD medicamento - coste DDD medicamento de elección).

\*\*DDD consumidas durante 2012.

\*\*\*Ahorro estimado: (Coste incremental x DDD).

En el grupo terapéutico de los anti-H1, se observa que el mayor ahorro podría producirse con la sustitución de ebastina por los principios activos de elección, aun así, el intercambio de otros fármacos con menor consumo en DDD como desloratadina, rupatadina, y bilastina, produciría un ahorro equiparable debido a su alto coste por DDD.

Por otro lado, dentro de los corticoides nasales, el más prescrito es el de elección (budesonida) y el mayor ahorro se produciría con la sustitución de mometasona furoato.

El intercambio terapéutico de todos los principios activos analizados por su equivalente más eficiente habría producido un ahorro total aproximadamente de un millón de euros.

## Conclusión

El UAM consiste en dar al paciente el mejor tratamiento según criterios de eficacia, seguridad, adecuación y al menor coste para él y para la sociedad. Dentro de las funciones de los farmacéuticos de Atención Primaria y Hospitalaria se encuentra velar por el UAM y focalizar su esfuerzo en grupos terapéuticos de alta prevalencia e impacto económico.

Sin embargo, como demuestra este artículo existen terapias farmacológicas que aun suponiendo una pequeña porción del total de la prescripción constituyen áreas de ineficiencia. Extrapolando estos resultados a toda Andalucía con una población aproximada de 8 millones

y medio de habitantes<sup>12</sup>, el ahorro estimado implicaría alrededor de 16 millones de euros en un año.

El arsenal terapéutico disponible es muy amplio dado que la inversión y desarrollo de la industria están centrados en impulsar fármacos análogos, estereroisómeros o "me-too" con ventajas teóricas que no se demuestran o que son poco relevantes. Por ello, los sistemas sanitarios de las comunidades autónomas establecen medidas o indicadores para disminuir esta prescripción que les resulta ineficiente y buscar la alternativa terapéutica equivalente con menor impacto económico.

Actualmente, la prescripción en recetas de Andalucía está adoptando medidas que llevan implantadas dentro de la adquisición de medicamentos en el ámbito hospitalario muchos años: utilización de genéricos frente a marcas y "subastas" de medicamentos equiparables a los procedimientos negociados de compras.

En este sentido parece razonable que además de los actuales ISC, se implantara una guía farmacoterapéutica en Atención Primaria, tal y como existe en los hospitales, que incluyera los medicamentos de elección de todos los grupos terapéuticos. De esta forma, la calidad de la prescripción se mediría en función de la adecuación a estas guías y así, no quedara ningún área en la que no exista un patrón a seguir. Las terapias que abordan patologías de pequeño impacto económico en el total de las prescripciones, pueden constituir sin embargo grandes áreas de mejora y sobre las cuales, una correcta intervención farmacéutica, repercutiría en un gran ahorro económico.

## Bibliografía

1. Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional del medicamento y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado, número 178 del 27 de julio de 2006.
2. Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, número 98 del 24 de abril de 2012.
3. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Repercusión de la Rinitis Alérgica. Proyecto Confort. Consultado 16/6/13. Disponible en: <http://www.seaic.org/inicio/en-portada/estudio-ferin.html>.
4. Bousquet J, et al. Pharmacologic and anti-IgE treatment of allergic rhinitis: ARIA update. *Allergy* 2006;61:1086-1096.
5. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, Gibson P, Ohta K, O'Byrne P, Pedersen SE, Pizzichini E, Sullivan SD, Wenzel SE, Zar HJ. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J* 2008 Jan;31:143-78.
6. Definición de DDD según Organización Mundial de Salud. Consultado 16/6/13. Disponible en: [http://www.whooc.no/ddd/definition\\_and\\_general\\_considera/](http://www.whooc.no/ddd/definition_and_general_considera/).
7. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). Nuevos medicamentos. Consultado 16/6/13. Disponible en: <http://www.cadime.es/es/index.cfm>.
8. Centro Vasco de Información de Medicamentos. (CEVIME-MIEZ). Nuevos medicamentos. Consultado 16/6/13. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime\\_atencion\\_primaria/es\\_cevime/nuevos\\_medicamentos.html](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime_atencion_primaria/es_cevime/nuevos_medicamentos.html).
9. Comité d'Avaluació de nous medicaments. Medicamentsavaluats. Consultado 16/6/13. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/medicaments.htm>.
10. Servicio Aragón de Salud. Informe de evaluación de nuevos medicamentos. Consultado 16/6/13. Disponible en: [http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionProfesional/ci.04\\_informacion\\_medicamento.detalleDepartamento#section2](http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/ServicioAragonesSalud/AreasTematicas/InformacionProfesional/ci.04_informacion_medicamento.detalleDepartamento#section2).
11. Servicio Navarro de Salud. Informe de nuevos medicamentos. Consultado 16/6/13. Disponible en: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/FET/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Publicaciones+tematicas/Medicamento/FET/).
12. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. Consultado 16/6/13. Disponible en: [http://www.ine.es/inebmenu/mnu\\_cifraspop.htm](http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspop.htm).