



SANIDAD Infarma: limitar la libertad de prescripción impide personalizar terapias

Limitar la libre prescripción afecta a los pacientes que requieren una personalización de las terapias, según se desprende de la mesa redonda celebrada ayer en el Encuentro Europeo de Farmacia Infarma, en Barcelona. Dos médicos de primaria y uno de hospital expusieron las dificultades que tiene para seleccionar fármacos. **P. 2**



► 25 Marzo, 2015

Sin libre prescripción no hay terapia personalizada

Tres facultativos de AP y hospital exponen en Infarma presiones en contra de la selección de terapias con antidiabéticos, anticoagulantes e hipolipemiantes

BARCELONA
C. FERNÁNDEZ/K. ISLAS
 carmenfer@diariomedico.com

La libre prescripción sí importa a los médicos porque su limitación afecta a los pacientes que requieren una personalización de las terapias, según se desprende de la mesa redonda *Up Date: indicaciones limitantes de la financiación de fármacos con evidencia*, celebrada ayer en el Encuentro Europeo de Farmacia Infarma, en Barcelona.

Josep Franch, médico del centro de atención primaria (CAP) Raval Sur de Barcelona y profesor de la Universidad de Barcelona (UB); Ernest Vinyoles, médico del CAP La Mina de Barcelona y también profesor de la UB, y Laia Matas, médico adjunta del Servicio de Medicina Interna del Hospital de San Pablo y profesora de la Universidad Autónoma de Barcelona, expusieron las dificultades que tienen a la hora de seleccionar para sus pacientes terapias con antidiabéticos, anticoagulantes e hipolipemiantes.

Franch señaló como principales condicionantes de la libertad de prescripción los conflictos de interés, los visados para el uso de algunos fármacos y la dirección por objetivos (DPO, paga variable) o cumplimiento vinculado al salario de recomendaciones de la Administración. En este caso denunció que se llega al extremo de "vincularlo a la docencia. Se le quitan al médico los residentes porque al no cumplir con la DPO, se supone que no los forma bien". Y añadió que a menudo la presión llega de los compañeros porque hay DPO de todo el equipo.

Centró el problema en el caso del tratamiento de la diabetes, para la que hay un importante arsenal terapéutico pero el medicamento más utilizado es la metformina, incluso "en pacientes con bajo filtrado glomerular, en los que está contraindicado, lo que supone un peligro de hipoglu-



Mercè Borau, del Colegio de Farmacéuticos de Barcelona (moderadora); Josep Franch, del CAP Raval Sur; Laia Matas, del Hospital de San Pablo, y Ernest Vinyoles, del CAP La Mina, ayer.

Prueba piloto con 'electro' en farmacias

La detección de los pacientes que presentan fibrilación auricular silente y su adecuado tratamiento con fármacos anticoagulantes podría reducir de manera importante la incidencia de ictus así como la mortalidad por esta causa, defendió ayer Josep Brugada, cardiólogo del Hospital Clínico de Barcelona, durante la sesión inaugural de Infarma. Anunció que la Asociación Barcelona Salud, la Fundación Brugada y la Asociación de Farmacias de Barcelona harán un piloto de cribado con electrocardiogramas por medio de móviles en farmacias.

cemia". Franch recordó que el uso de metformina forma parte de la DPO y, por tanto, si el médico hace caso, cobra más. Y puso como ejemplo, de acuerdo con datos

oficiales en Cataluña, la diferencia de tratamiento entre diabéticos entre población general, mayoritariamente con metformina, y entre médicos diabéticos, más con GLP1.

Vinyoles explicó que el cumplimiento de DPO es mucho más obligatorio para "los médicos en situación inestable, que temen perder su puesto de trabajo si no lo hacen". Él analizó lo que está sucediendo con la libre prescripción de anticoagulantes, clásicos y nuevos. Destacó que los clásicos tienen "experiencia de uso, antídoto y evidencia pero también interaccionan con otros fármacos, requieren un control periódico por parte del médico y hay variabilidad en la respuesta". Y los nuevos "no requieren control periódico y tienen menos interacciones, menos experiencia y evidencia, son más caros, no tiene antídoto y hay que vigilar la función renal". No obstante, un metaanálisis y un estudio publicados este mismo año concluyen que "en general los nuevos protegen más para ictus y embolia sistémica pero provocan más sangrado gastrointestinal", informó.

El médico, según expuso, tiene que seleccionar con precisión unos u otros para sus pacientes pero, además

de la clínica, les influye "la presión de la Administración sanitaria a favor de los clásicos". El Ministerio de Sanidad y, entre otros, también el Servicio Catalán de la Salud, recomiendan "indicar los nuevos cuando hay hipersensibilidad a los antiguos, que es algo que casi nadie tiene, pero que te obliga a empezar primero por un clásico y luego si hace falta ya se le cambiará al nuevo". Y también aseguró que "el marketing de la industria farmacéutica influye consciente o inconscientemente". Su recomendación: "La decisión hay que personalizarla en cada paciente".

Matas confirmó que algo similar sucede en el ámbito hospitalario y con los fármacos para la dislipemia; en este caso la decisión está entre las estatinas y los nuevos antilipemiantes, que han demostrado seguridad y eficacia pero suponen un mayor coste inmediato, "por lo que deberían hacerse estudios farmacoeconómicos bien hechos, que no sólo miren el ahorro".

Vinyoles también dijo que el uso de asociaciones farmacológicas "está penalizado" (con el copago farmacéutico): "Si receto varios medicamentos el paciente me puede decir que no los puede pagar todos".