

■ ORIGINALES

Análisis de la utilización de antihistamínicos sistémicos según criterios de calidad

Analysis of the use of systemic antihistamines according to quality criteria

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla
Máster en Uso Racional del Medicamento. Departamento de Farmacología de la Facultad de Farmacia. Universidad de Valencia

ABREVIATURAS:

Anti-H₁: antihistamínicos H₁; ARIA: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma; DDD: dosis diaria definida; EP: encuestas a pacientes; SAS: Sistema Andaluz de Salud; SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; SNS: Sistema Nacional de Salud; VCF: ventas en farmacia comunitaria

Se presentaron 2 pósteres de este trabajo en el Congreso SEFAC 2010, celebrado en Valencia.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo principal del presente trabajo es analizar el uso racional de los antihistamínicos H₁ en nuestro entorno. Para ello, se pretende valorar la utilización bajo prescripción médica de antihistamínicos H₁ sistémicos en pacientes con alergias, analizando si la selección se adecua a las guías clínicas, los fármacos asociados y la percepción de efectividad del tratamiento con distintos antihistamínicos, así como a los indicadores de calidad de prescripción.

Métodos: Estudio observacional y transversal de 94 encuestas realizadas a pacientes (EP) de diferentes ámbitos asistenciales en tratamiento con antihistamínicos H₁ sistémicos, que se complementa con el análisis de ventas de antihistamínicos en farmacias (VFC) mediante un estudio observacional y retrospectivo de las dispensaciones en 4 farmacias comunitarias de la Comunidad Valenciana (datos de 2010).

Resultados: Ebastina es el fármaco más prescrito (34% VFC y 27% EP), destacando la venta de preparados bucodispersables (flas) que suponen la mitad del gasto en este fármaco. Cetirizina es el segundo fármaco en cuota de mercado (16% VFC y 18% EP). Los nuevos derivados, desloratadina y levocetirizina, representan el 14 y el 12% de las VFC, y el 10 y el 17% de las EP, respectivamente, valores superiores al fármaco de primera elección, loratadina (7% VFC y 4% EP). El indicador de prescripción de loratadina + cetirizina (fármacos recomendados por diversas guías terapéuticas) es de 0,2, valor inferior al mínimo deseable (0,4) según criterios de calidad.

Conclusiones: La prescripción de antihistamínicos sistémicos no sigue criterios de selección racional. La escasa utilización de loratadina y cetirizina incrementa el gasto farmacéutico, ya que su coste medio por envase (3,20 euros) es inferior al del resto de antihistamínicos (10,20 euros). Existe un campo de mejora para controlar el gasto farmacéutico mediante la promoción del uso de los antihistamínicos más eficientes.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Antihistamínicos H₁, indicadores de calidad, prescripción, utilización de medicamentos, gasto farmacéutico.

Fecha de recepción: 15/12/2011. Fecha de aceptación: 20/01/2012.

Correspondencia: M.T. Peris Molina. Avda. Gregorio Gea, 17, 6.º-6.º. 46920 Mislata (Valencia).
Correo electrónico: teresaperismolina@hotmail.com

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

ABSTRACT

Objectives: The main objective of this paper is the analysis the rational use of systemic histamine H₁ antagonists in our environment, valuing their use under medical prescription in patients with allergies, analyzing if the selection is adapted to the clinic guides, the associated drugs and the patients' perception of effectiveness of the treatment with different antihistamines, as well as alignment of prescription quality indicators.

Methods: Observational and transversal study of 94 patient surveys (PS) within different healthcare fields in treatment with systemic antihistamines H₁ that were complemented with the analysis of antihistamines sales in pharmacies (SCP) using a retrospective observational study in 4 community pharmacies of the Comunidad Valenciana, Spain (data 2010).

Results: Ebastine is the drug most prescribed (34% SCP and 27% PS), especially the sale of oral dispersible tablets that means half of the expense on this drug. Cetirizine is the second drug in the market share (16% SCP and 18% PS). The new derivatives desloratadine and levocetirizine represent the 14 and 12% of the SCP and 10 and 17% of the PS, respectively, higher values compared to first choice drug loratadine (7% SCP and 4% PS). The prescription indicator of loratadine + cetirizine (recommended drugs by different therapeutic guides) is 0.2, lower value than the minimum desired (0.4) according to quality criteria.

Conclusions: The prescription of systemic antihistamines does not follow rational selection criteria. The scarce use of loratadine and cetirizine raises the pharmaceutical expense due to the medium cost of package (3.20 €) that is lower than the rest of antihistamines packages (10.20 €). There is an improvement field to control the pharmaceutical expense by promoting the use of the more efficient antihistamines.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Key words: Antihistamines, quality indicators, prescription, drug utilization, pharmaceutical expenditure.

Introducción

El término «alergia» fue acuñado en 1906, por el Dr. Von Pirquet, para definir un tipo especial de respuesta inmunológica o defensiva frente a sustancias que normalmente no inducen reacciones en la mayoría de las personas. Por tanto, el origen de una reacción alérgica no está en el agente que la produce, sino en el propio individuo. Éste presenta entonces hipersensibilidad a una partícula o sustancia (llamado alérgeno) que, si se inhala, ingiere o se toca, produce unos síntomas característicos. La sucesiva exposición al mismo alérgeno producirá la liberación de mediadores químicos, en particular la histamina, que provocará los síntomas típicos de la reacción alérgica.

En los últimos años se está registrando un aumento de las enfermedades alérgicas en todo el mundo. En la población adulta española la prevalencia es del 21,6%, y es más frecuente en las mujeres y en los núcleos urbanos de más de 500.000 habitantes. La causa más frecuente es la exposición a los aeroalérgenos (pólenes y ácaros) o a determinados medicamentos¹. Las manifestaciones clínicas observadas con más frecuencia en nuestro medio son la rinoconjuntivitis (45,4%), el asma (24,9%) y la urticaria (24,6%), según se desprende de un estudio de prevalencia de alergia en población adulta realizado en 2004¹.

Especialmente durante la estación primaveral es cuando se acentúan los síntomas alérgicos, lo que lleva a un empleo extendido de los antihistamínicos H₁ (anti-H₁) para su tratamiento. Según el estudio Alergológica 2005², tras la consulta con el alergólogo, a un 86% de los pacientes se les prescribió algún anti-H₁ para el control de las manifestaciones alérgicas.

Los anti-H₁ sistémicos están agrupados en el subgrupo terapéutico R06A, que actualmente incluye 25 principios activos. En un estudio realizado en Andalucía en el año 2008, se describe un gasto farmacéutico en anti-H₁ de más de 22 millones de euros, con una prescripción de 56.398.631 dosis diarias definidas (DDD), que sigue un esquema estacional³. La principal indicación de estos fármacos es la rinitis alérgica estacional, aunque están autorizados para otras indicaciones: alergia, conjuntivitis alérgica, dermatitis alérgica y urticaria crónica idiopática³.

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

La mayoría de guías terapéuticas, entre las que figura la de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)⁴, Consenso ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)⁵, Guía Clínica de Alergia e Inmunología de Fisterra⁶ y otras⁷⁻⁹, recomiendan como tratamiento oral de elección, en los casos de rinconjuntivitis, los anti-H₁ loratadina o cetirizina, tanto por su eficacia como por su perfil de seguridad y coste del tratamiento. El objetivo primario del presente trabajo es analizar el uso racional de los anti-H₁ en nuestro entorno. Para ello, se pretende valorar la utilización bajo prescripción médica de anti-H₁ sistémicos en pacientes con alergias, analizando si la selección se adecua a las guías clínicas, los fármacos asociados y la percepción de efectividad del tratamiento con distintos antihistamínicos, así como a los indicadores de calidad de prescripción. Planteamos también analizar si el paciente realmente percibe una mejora en sus síntomas alérgicos tras el tratamiento con anti-H₁ de reciente comercialización (isómeros, metabolitos y análogos) o con formas galénicas novedosas (bucodispersables), que justifique el mayor coste del tratamiento con estos medicamentos.

Material y métodos

En el presente trabajo incluimos dos tipos de estudio.

El primer estudio, es de tipo observacional, descriptivo y transversal, basado en 94 encuestas realizadas desde octubre de 2009 hasta enero de 2010 a pacientes que estaban empleando anti-H₁ de uso sistémico (grupo R06) y/o las asociaciones antihistamínico + pseudoefedrina (R01BA52, combinaciones con pseudoefedrina, descongestionantes nasales de uso sistémico), en diferentes ámbitos de salud (57 de farmacia comunitaria, 12 de centro de salud de atención primaria y 25 de hospital).

El grupo R06 (anti-H₁ de uso sistémico) incluye:

- R06AA: aminoalquiléteres (clemastina y difenhidramina).
- R06AB: alquilaminas sustituidas (clorfenamina y dexclorfenamina).
- R06AD: derivados de la fenotiazina.
- R06AE: derivados de la piperazina (cetirizina y levocetirizina).
- R06AX: otros anti-H₁ para uso sistémico (rupatadina, fexofenadina, mizolastina, ebastina, loratadina y desloratadina).

Se incluyeron en el estudio las personas alérgicas que acudían a la farmacia comunitaria con la prescripción médica de un anti-H₁ sistémico incluido en los grupos citados. Se recogieron, mediante encuesta consecutivas, una serie de datos, relacionados con el consumo de anti-H₁ por parte de los pacientes alérgicos (anexo 1).

El segundo estudio recoge datos de consumos de anti-H₁ durante 2010 en cuatro farmacias comunitarias, ubicadas en Valencia capital y en su área metropolitana (Mislata, Moncada y Paiporta). Los datos de ventas de este estudio observacional y retrospectivo se obtuvieron a partir de las estadísticas recogidas en los programas de gestión farmacéutica (Farmatic y Nixfarma). Se han agrupado las dispensaciones, tanto de prescripción con cargo al Sistema Nacional de Salud (SNS) como las realizadas con receta privada; se han excluido del estudio las especialidades publicitarias dispensadas sin receta médica. La población analizada se situaría en torno a los 8.533 habitantes^{10,11}, teniendo en cuenta la *ratio* promedio de habitantes por farmacia comunitaria en la provincia de Valencia según las cifras del Padrón Municipal de 2010¹¹. Se analizan las proporciones de consumo de los distintos anti-H₁, la calidad de prescripción y los costes económicos del patrón de prescripción de anti-H₁ en distintos preparados y formas farmacéuticas.

Resultados y discusión

De los 94 pacientes encuestados, un 73% son adultos (un 6% mayor de 64 años), un 6% niños (0-12 años) y un 11% adolescentes (13-17 años). Se observa una gran similitud en las proporciones de utilización de anti-H₁ entre

Análisis de la utilización de antihistamínicos sistémicos según criterios de calidad

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

Originales

Anexo 1. Encuesta realizada a los 94 pacientes con prescripción médica de antihistamínicos en farmacia comunitaria.

ENCUESTA N° **Encuestador:** _____

COLUMNA FÁRMACO (P.A.):
COLUMNA : ESPECIALIDAD FARMACÉUTICA:

1. ¿Desde cuando lo toma?

2. ¿Cómo lo toma? 1: todos los días 2: estacional (2-3 meses) 3: alguna semana (hasta 4 seguidas) 4: ocasionalmente 5: otro.....

3. ¿Le va bien? 1: SI 2: NO

4. No me va bien por: 1: inefectividad 2: RAM 3: otro.....

PATOLOGÍA:

5. ¿Para qué lo toma?

6. ¿Tomaba antes otro medicamento? (Es sustitución?)
 1: SI 2: NO

7. ¿Cuál?.....

8. ¿Cuándo le cambiaron?

9. ¿Sabe por qué le cambiaron? 2: NO
 1: SI , 10. porque:

| 1: No era efectivo
 | 2: Tenía molestia o reacción adversa
 | 3: es mejor que el otro porque

| 4: sólo tomo 1 al día en vez de más tomas
 | 5:

11. ¿Cree que le va mejor que el anterior? 1: SI 2: NO

12. Comentarios:

13. ¿OTROS MEDICAMENTOS PARA LA MISMA PATOLOGÍA?: 1: SI
 2: NO

	Medicamento	¿Cómo lo toma	¿Desde cuando?	¿Le va bien?	¿Por qué no? 18
A	14.	15.	16.	17. <input type="checkbox"/> 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO	<input type="checkbox"/> 1: inefectividad <input type="checkbox"/> 2: RAM <input type="checkbox"/> 3: otro
B	14.	15.	16.	17.	18.
C					

19. OTRAS PATOLOGÍAS:

20. GRUPO DE EDAD del paciente:

1: menor de 13 años (aprox:) 2: 18-64 años (aprox:)
 3: 13-17 años (aprox:) 4: 65 o más años (aprox:)

las encuestas realizadas a pacientes (EP) y la estadística de ventas en farmacia comunitaria (VFC), por lo que la muestra de las encuestas puede considerarse representativa de los pacientes atendidos en las farmacias seleccionadas.

La ebastina es el principio activo más prescrito, con un 34% según VFC y un 28% según EP, valores superiores al estudio de 2005. La cetirizina es el segundo principio activo más prescrito, con valores muy semejantes en todos los estudios. El porcentaje de uso de ebastina es superior a la suma de cetirizina y loratadina (22,4%), que son los principios activos recomendados por las guías clínicas consultadas. Destaca la prescripción de desloratadina: en nuestro estudio supone el doble que la de su precursor, loratadina, mientras que en 2005 eran semejantes. Asimismo, el coste de levocetirizina es el doble (el 12 frente al 6%) que el de su racémico, cetirizina, a pesar de que la prescripción de cetirizina es ligeramente superior.

Las encuestas nos permiten conocer el perfil más frecuente de los usuarios: el consumo de anti-H₁ sistémicos es principalmente ocasional (37%), seguido del de los pacientes que lo consumen de forma estacional cada año (31%),

Análisis de la utilización de antihistamínicos sistémicos según criterios de calidad

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

Originales

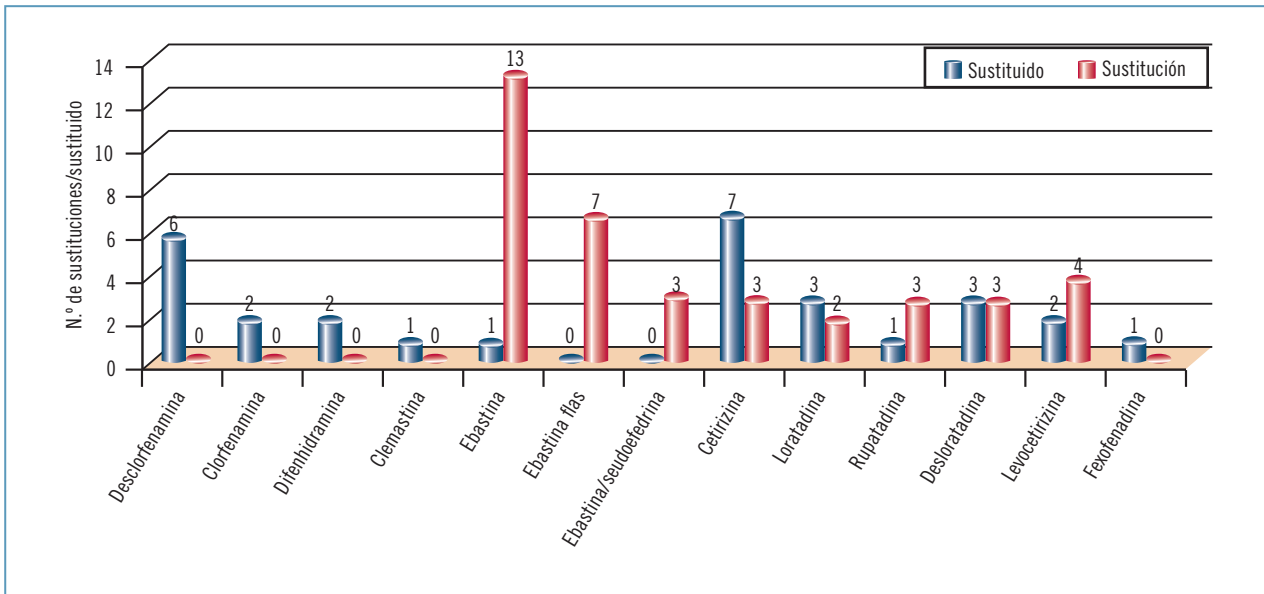


Figura 1. Anti-H₁ sustituidos y nuevos antihistamínicos pautados (sustituciones realizadas)

semanalmente (11%) y de forma continuada (a diario) (20%). Respecto a la duración del tratamiento, el 58% de los pacientes encuestados llevan 2 o más años de tratamiento con el antihistamínico pautado. Respecto a la opinión sobre la efectividad de los tratamientos, hay 25 pacientes que estaban en tratamiento con una de las dos moléculas recomendadas por las guías clínicas (cetirizina y loratadina), un 8% no podía opinar sobre su efectividad por ser la primera prescripción, pero el resto consideraba que su tratamiento era satisfactorio. En el grupo de pacientes que tenían pautados otros anti-H₁ (69 sujetos), hay una pequeña proporción (4%) que no lo consideraba efectivo, mientras que un 12% eran de primera prescripción. Esto nos indica que los pacientes que tenían pautados los anti-H₁ cetirizina y loratadina están satisfechos con el tratamiento, y detectamos un menor porcentaje de satisfacción con los otros anti-H₁. Según estos datos, no se justifica la utilización de los otros anti-H₁ como primera elección.

La mayor parte de los encuestados (67%) mantiene el tratamiento inicial; sin embargo, a un tercio de los pacientes se les realizó una sustitución del antihistamínico, e indican como principal motivo de la sustitución la ineffectividad (15%), seguido de las reacciones adversas (11%). En la figura 1 se puede comprobar que los anti-H₁ más frecuentemente retirados en los pacientes encuestados son los de primera generación (dexclorfenamina, clorfenamina, difenhidramina y clemastina). También son retirados cetirizina, desloratadina y loratadina, mientras que el fármaco elegido como sustituto en la mayoría de los casos fue ebastina, seguida por levocetirizina.

El cambio de los anti-H₁ de la primera generación estaría justificado porque producen sedación y/o alteración de la función cognitiva. Entre los anti-H₁ de segunda generación, no hay diferencias en términos de seguridad y eficacia, por lo que el criterio de coste/DDD puede ser adecuado para seleccionar el fármaco de elección. Los anti-H₁ conocidos como de tercera generación (p. ej., levocetirizina, desloratadina) no han demostrado, hasta la fecha, ser superiores, en seguridad y eficacia, a los de segunda generación⁴, y tienen un coste superior, por lo que estos cambios no estarían justificados.

Analizamos a continuación a los pacientes con un tratamiento asociado de varios fármacos. Según las encuestas recogidas, el 45% de los pacientes empleaba un antihistamínico en monoterapia, mientras que los restantes seguían una terapia combinada con otros fármacos. En la figura 2 se resumen estos tratamientos. Detectamos duplicidad de tratamiento con anti-H₁ en un 7,4% de los pacientes encuestados, y un uso adicional elevado de preparados inhalados (en 21 de los 52 pacientes que siguen terapia farmacológica asociada al antihistamínico): salbutamol (13 pacientes), budesonida (5 pacientes) y asociaciones de betaadrenérgico + glucocorticoide (3 pacientes), que puede relacionarse con un proceso asmático asociado a los síntomas alérgicos. Estos datos son similares a los publicados

Análisis de la utilización de antihistamínicos sistémicos según criterios de calidad

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

Originales

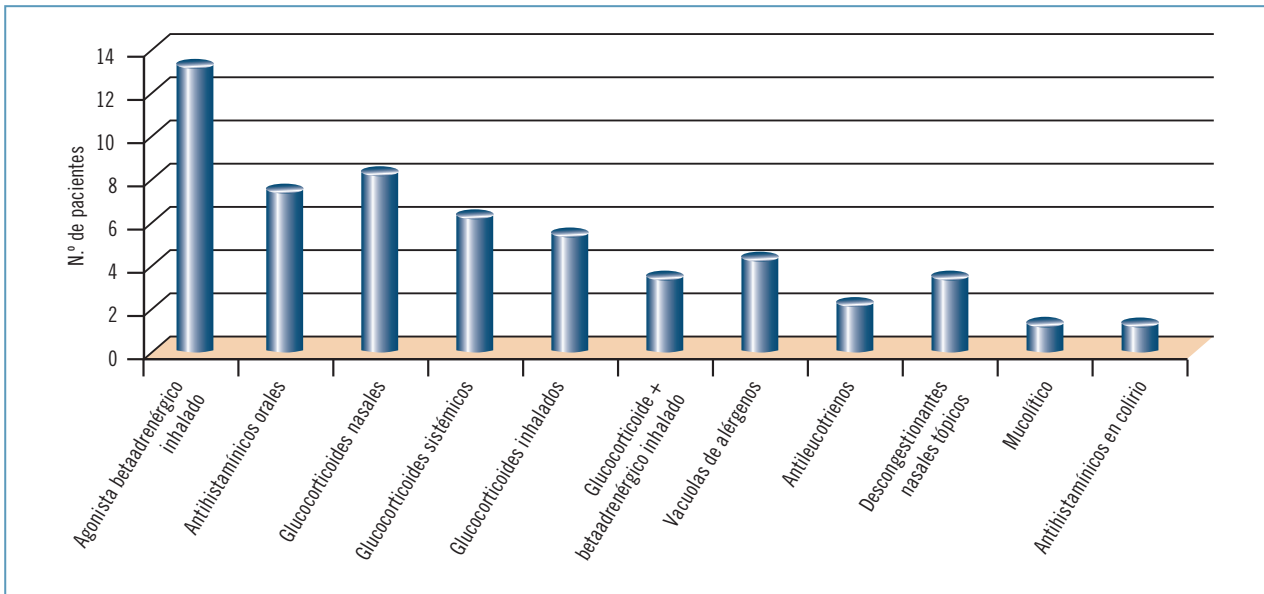


Figura 2. Tratamiento adicional en los pacientes de las 94 encuestas que tenían pautada una terapia combinada para la rinitis alérgica

en el estudio Alergológica 2005², en el que se observó que un 37% de los pacientes diagnosticados de rinitis alérgica también sufría asma.

El tratamiento recomendado para la rinitis alérgica, según el Consenso ARIA⁵ y la guía Fistera⁶, es el empleo de un antihistamínico H₁ en los casos intermitentes leves, con la posibilidad de adicionar un descongestionante nasal. En el caso de los descongestionantes tópicos (oximetazolina, xilometazolina), su utilización no debe ser continuada, puesto que estos fármacos presentan un efecto creciente de rebote y dan lugar a una rinitis medicamentosa con un uso prolongado de más de 7-10 días, por lo que su empleo debe quedar limitado a los primeros días. En el caso de los descongestionantes orales (seudoefedrina), hay que tener precaución con su empleo en ancianos, pacientes con hipertensión y otras patologías. Nuestra presentó un uso muy limitado de descongestivos nasales (por vía tópica), mientras que un 6% de los pacientes empleaba la asociación ebastina-seudoefedrina.

En los casos de rinitis con síntomas intermitentes de moderados a graves, o con síntomas persistentes, se puede añadir al anti-H₁ y/o descongestionante nasal un glucocorticoide intranasal, mientras que los glucocorticoides orales se deben usar sólo en casos muy severos y en periodos cortos. En nuestras encuestas destaca un uso bastante elevado de corticoides sistémicos y relativamente bajo de corticoides nasales, sobre todo si lo comparamos con el estudio Alergológica 2005². El empleo de fármacos antileucotrienos (montelukast) es adecuado en caso de pacientes con rinitis que presenten asma asociada.

Para establecer los criterios de uso de los anti-H₁ nos basamos en las guías farmacoterapéuticas de la SEMFYC⁴, de Fistera⁶ y en la guía de Atención Primaria del Servicio Vasco de Salud⁸, según las cuales, a igualdad de eficacia, la selección de un anti-H₁ concreto debería estar basada en consideraciones sobre el perfil de seguridad, experiencia de uso y coste. Con loratadina y cetirizina se tiene una mayor experiencia de uso, documentada en ensayos clínicos. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) recomienda la loratadina como el antihistamínico de primera elección para establecer el indicador de calidad de prescripción³; otra guía hospitalaria considera de primera elección cetirizina (10 mg) y loratadina (10 mg) como alternativa⁹. El contrato programa 2009 del SAS propone conseguir un valor mínimo de 0,2 para el indicador de calidad de prescripción del antihistamínico loratadina según la siguiente fórmula¹²:

$$\text{Indicador SAS} = \frac{\text{prescripciones de loratadina}}{\text{total de prescripciones de anti-H}_1}$$

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

Tabla 1.

	EP (% pacientes)	VFC (% envases)	Envases (n)	Coste (euros)	Coste (%)
Ebastina comprimidos	14	15	552	5.134	16
Ebastina flas	7	10	387	7.061	22
Ebastina + pseudoefedrina	6	9	334	2.004	6
Total ebastina	27	34	1.273	14.199	44
Total anti-H ₁	100	100	3.705	31.968	100

Datos obtenidos de las encuestas realizadas a pacientes pautados con las distintas formas farmacéuticas y de prescripción dispensada de ebastina en las 4 farmacias comunitarias: número de envases, coste en euros de los envases dispensados y porcentaje de coste que supone cada una de ellos.

Basándonos en las guías consultadas que proponen como primera alternativa tanto cetirizina como loratadina, hemos definido nuestro indicador de calidad de prescripción como el resultado de la suma de todas las prescripciones de cetirizina y loratadina dividido por las prescripciones de los demás anti-H₁, siempre que sean prescripciones para tratar alergias:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{prescripciones de cetirizina} + \text{loratadina}}{\text{total prescripciones anti-H}_1}$$

Por tanto, un indicador de buena calidad en la prescripción debería obtener, al menos, un resultado en torno a 0,4 para el cociente propuesto.

Los indicadores de calidad de prescripción obtenidos de la VFC y el obtenido de las EP son ambos de 0,22; por tanto, el indicador de calidad de prescripción está por debajo del valor deseable ($\geq 0,4$), lo cual indica que la prescripción real se aleja en gran medida de la prescripción recomendada siguiendo criterios de racionalidad en el uso de medicamentos.

El fármaco más consumido, ebastina, está comercializado en distintas formas farmacéuticas. En la tabla 1 se resume la proporción de cada una de ellas y su repercusión en el gasto global de este fármaco y del grupo terapéutico según la estadística de ventas. La prescripción de preparados flas, comercializada en noviembre de 2004 (2 años antes de que apareciera el genérico de ebastina), hace aumentar el impacto económico del tratamiento con ebastina, ya que el coste de la DDD es significativamente más elevado para las formas flas que para los comprimidos convencionales (20 mg: 0,97 euros en las formas flas, frente a 0,63 euros de los comprimidos de la marca original y 0,44 euros del genérico). Estas formas flas son bucodispersables y no requieren la ingesta de líquidos ni la disgregación gástrica del comprimido, lo que puede repercutir en una mayor velocidad de absorción y una mayor biodisponibilidad, aunque este beneficio sólo ha sido demostrado para algunos principios activos concretos, atendiendo al contenido de las fichas técnicas y a los estudios aportados¹³. En el caso de los tratamientos de procesos alérgicos, consistentes habitualmente en una administración diaria durante varias semanas, no parece representar una ventaja trascendental la ligeramente mayor velocidad de inicio del efecto de las formulaciones flas; por tanto, puede considerarse un producto «seudoinnovador»¹⁴ y repercute en la elevación del coste. La ebastina bucodispersable es una formulación galénica sin aportación terapéutica; por ello, se ha incluido dentro de los indicadores negativos de calidad de prescripción de nuevos medicamentos en el Servicio de Salud Balear¹⁵.

La prescripción de envases de cetirizina y levocetirizina, el enantiómero activo de la cetirizina, es semejante, y la efectividad percibida por el paciente es la misma para ambos principios. Algunos análisis previos avalan esta observación, pues la levocetirizina ha mostrado una eficacia y una toxicidad similares a la cetirizina en un único ensayo comparativo sobre la rinitis alérgica estacional¹⁶, pero el coste/DDD es más alto^{16,17}, actualmente de 0,31 euros para la forma genérica de levocetirizina y de 0,46 euros para la marca comercial, respecto a 0,16 euros para cetirizina. Esta diferencia hace que la levocetirizina represente el 12% (3.705 euros) del gasto total del grupo R06A (tabla 2).

Análisis de la utilización de antihistamínicos sistémicos según criterios de calidad

Originales

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

Tabla 2.

	Coste, euros (% gasto)	Envases, unidades (%)	Coste/envase (euros)	Envases, unidades, calidad	Coste, euros, calidad
Ebastina	14.199 (44%)	1.273 (34%)	11,20		
Loratadina	806 (3%)	252 (7%)	3,20		
Desloratadina	6.133 (19%)	538 (14%)	11,40		
Cetirizina	1.846 (6%)	577 (16%)	3,20		
Levocetirizina	3.705 (12%)	436 (12%)	8,50		
Otros	5.223 (16%)	629 (17%)	8,30		
Total anti-H ₁	31.968	3.705		3.705	27.221
Loratadina + cetirizina	2.652 (9%)	829 (23%)	3,20	1.507 (40%)	4.823 (18%)
Total, excepto loratadina + cetirizina	29.260 (91%)	2.876 (77%)	10,20	2.198 (60%)	22.398 (82%)

Datos obtenidos de la prescripción real dispensada en las 4 farmacias comunitarias y la que hubiese sido ideal para cumplir el indicador mínimo de prescripción de calidad de 0,4.

Respecto al consumo de loratadina y su metabolito activo, los envases de este fármaco representan la mitad de los envases de desloratadina (tabla 2). En el *Butlletí Groc*¹⁸ se refiere que desloratadina no ha demostrado ventajas en eficacia o seguridad, a dosis equipotentes, sobre loratadina. El elevado coste de la DDD de desloratadina (0,57 euros, frente a 0,16 euros de desloratadina), así como la estimación recogida en las encuestas de que los pacientes tratados con ambas moléculas consideran efectivo el tratamiento que están recibiendo, hace que no se justifique la prescripción del metabolito desloratadina por el gasto más elevado que supone para el SNS. Los datos de la VFC reflejan que la prescripción de desloratadina supone el 19% (6.133 euros) del gasto total del grupo antihistamínicos sistémicos (tabla 2).

El porcentaje de gasto farmacéutico que representa la prescripción de loratadina sumado a cetirizina es similar en la estadística de VFC y en el grupo de EP, suponiendo tan sólo el 9% del gasto total (el 23% de la cuota de mercado en unidades) de anti-H₁. La similitud entre los porcentajes de prescripción de loratadina + cetirizina obtenido por dos vías distintas (VFC y EP en diferentes ámbitos de salud) indica que el patrón de prescripción obtenido por ambos métodos es muy similar y que dista bastante de lo que sería una prescripción de calidad (indicador de calidad de prescripción $\geq 0,4$ ¹³), lo que supone un elevado coste para el sistema sanitario, que no estaría justificado por estar prescribiendo moléculas de igual efectividad que loratadina o cetirizina que son significativamente más costosas que éstas. Para alcanzar el objetivo de indicador de calidad de prescripción de loratadina y cetirizina mínimo del 40%, se requeriría la venta de 1.507 envases (coste medio por envase de 3,20 euros, frente a 10,20 euros de los otros antihistamínicos) (tabla 2). Si se alcanzase el objetivo definido por el indicador, el gasto se habría reducido en 4.747 euros en la muestra poblacional que abarca estas cuatro farmacias comunitarias (con una estimación censal de 8.533 habitantes^{10,11}). Extrapolando este dato a la Comunidad Valenciana, con una población de 5.007.651 habitantes¹¹, se hubiese conseguido un ahorro superior a 2,5 millones de euros anuales (concretamente 2.830.411 euros), y en el ámbito estatal (población española con más de 46 millones de habitantes¹¹) el ahorro sería de más de 25 millones de euros anuales (concretamente 26.083.994 euros).

La mayoría de la población consumidora de los antihistamínicos está en el rango de edad de población activa, por lo que su aportación al coste de receta general representa un 40%; por ello, el ahorro conseguido con una prescripción de calidad también repercute de forma importante en cada paciente, además de en el SNS. Tanto los prescriptores como otros profesionales de la salud deben promover un uso racional de los medicamentos y, por tanto, de los recursos destinados a los tratamientos. Dado el amplio uso que se está haciendo de los anti-H₁, la intervención del farmacéutico comunitario puede permitir racionalizar su uso, actuando en los casos en que no esté garantizada la adecuación del tratamiento y su correcta administración (según las necesidades clínicas, la dosis y el tiempo adecuados), controlando los resultados negativos de la medicación en el paciente (evitando su aparición o identi-

M.T. Peris Molina, F. Ferrer Estrela, A. García García, R. Baquero Navarro, A.M. Navalón Oquendo, M.V. Ros Pascual, C. Esteve Taboada, V. Gamón Escamilla

ficándolos y solucionándolos cuando se producen), así como detectando duplicidades e informando de éstas tanto al paciente como al médico.

Agradecimientos

Los autores de este artículo quieren agradecer el apoyo y la dedicación prestada a las doctoras Amalia Úbeda Pascual y Pilar D'Ocon Navaza, del Departamento de Farmacología de la Universitat de Valencia.

Bibliografía

1. Gaig P, Ferrer M, Muñoz-Lejarazu D, et al. Prevalencia de alergia en la población adulta española. *Alergol Inmunol Clin*. 2004; 19: 68-74.
2. Navarro A, Colás C, Antón E, Conde J, Dávila I, Dordal MT, et al. Epidemiology of allergic rhinitis in allergy consultations in Spain: *Alergológica* 2005. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2009; 19(2): 7-13.
3. Servicio Andaluz de Salud. Áreas de mejora en el uso racional de medicamentos y criterios de calidad de prescripción. Medicamentos antihistamínicos, 2009 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.dscadizlajanda.com/images/archivos/Antihistaminicos.pdf>
4. Guía terapéutica en atención primaria, 4.ª ed. Madrid: SEMFYC, 2010.
5. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Aitkhaled N, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma: pharmacologic and anti-IgE treatment of allergic rhinitis. *ARIA update*. *Allergy*. 2006; 61: 1.086-1.096.
6. Romero Sánchez E, Martín Mateos AJ, De Mier Morales M, et al. Guía clínica de alergia e inmunología, 2006 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: www.fisterra.com
7. Negro Álvarez JM, Rodríguez Pacheco R. Rinitis alérgica. Actualizaciones Aula de la Farmacia 2007 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.auladelafarmacia.org/Documentos/doc/rinitis.pdf>
8. Guía farmacoterapéutica de atención primaria. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, 2008. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl02/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/farmacia/guiaFarmacoterapeutica.pdf
9. Hayfever treatment guide. NHS Hartlepool, Stockton-on-Tees. Julio de 2010 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: http://www.hartlepool.nhs.uk/includes/documents/About_Us/Prescribing_Guidelines/Microsoft%20Word%20-%20Hayfever_treatment_guide_Approved_July_2010%5B1%5D.pdf
10. Consejo General de Colegios de Farmacéuticos (CGCOF) [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos?openview&Clave=Inf.+estadística\\$Información+estadística&](http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos?openview&Clave=Inf.+estadística$Información+estadística&)
11. INE. Datos del año 2010. Población total por provincias [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
12. Contrato Programa 2009: Servicio Andaluz de Salud-Consejería de Salud (Distrito Bahía de Cádiz, La Janda) [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.dscadizlajanda.com/images/archivos/urm2009.pdf>
13. Paredero Domínguez JM. Nuevas formas farmacéuticas de liberación modificada: revisión y relevancia. Hoja de evaluación de medicamentos Sescam. 2008; 9(1): 5-8 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/profesionales/farmacia/usoRacional/documentos/IX_01_NuevasFFdeLiberacionModificada.pdf
14. Borrell JR, Merino-Castelló A. Efectos perversos de la regulación farmacéutica en España: ¿hasta dónde se traslada la competencia? *Gac Sanit*. 2006; 20(2): 41-50.
15. Comité de Indicadores de Calidad de la Prescripción del Servicio de Salud. Dirección Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares. Catálogo de Indicadores de Calidad de la Prescripción 2010 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: http://www.elcomprimido.com/PDF/guia_indicadores2010_CAST.pdf
16. Levocetirizina. Hoja de Evaluación de Medicamentos-Área de Salud d'Eivissa i Formentera, Farmacia Atención Primaria-Comisión de URM, enero de 2004 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.elcomprimido.com/PDF/LevocetirizinalBIZA.pdf>
17. González Celis S, Herrería Porras M, Gutiérrez I. Estereoisómeros y nuevas formas farmacéuticas orales. *Boletín de Uso Racional del Medicamento-Atención Primaria, Cantabria*. 2006; 2: 1-8 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.scsalud.es/publicaciones/descargar.php?Id=4&Id2=11>
18. Antiguos fármacos disfrazados de novedad. *Butlletí Groc*. 2007; 20: 1-4 [citado 5 septiembre 2011]. Disponible en: www.icf.uab.es/es/pdf/informacio/bg/bg201.07e.pdf