



COMUNICACIONES BREVES

Hacia un nuevo modelo de gestión de farmacia en la asistencia integral del paciente con enfermedad renal crónica

M. Muros-Ortega¹, R. Ramos² y M. Molina³

¹Fresenius Medical Care. FMC Services Murcia. San Pedro del Pinatar. Murcia. ²Fresenius Medical Care. Nephrocare España. Madrid.

³Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Resumen

Objetivo: El tratamiento de la enfermedad renal crónica supone hasta un 2,5% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud. Dada la situación de crisis económica, se deben tomar medidas de contención del gasto en este tipo de patologías.

Método: La centralización de la gestión de los medicamentos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica y sus complicaciones, tiene como finalidad la reducción del gasto farmacéutico.

Resultados: Los nuevos contratos de las Administraciones Sanitarias públicas con las empresas de los centros de diálisis concertados, establecen una tarifa única por la que la empresa contratista se hace cargo de la asistencia integral del paciente, incluyendo el tratamiento de diálisis y el farmacológico. La gestión de los medicamentos en los centros de diálisis se realizará por farmacéuticos especialistas, mediante la creación de servicios de farmacia o depósitos de medicamentos.

Conclusiones: Estas medidas pretenden mejorar la asistencia al paciente en programa de hemodiálisis, obteniendo beneficios de salud con un menor coste sanitario.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad renal crónica; Atención integral de la salud; Atención farmacéutica

Toward a new model of pharmacy management comprehensive care of patients with chronic kidney disease

Abstract

Objective: The treatment of chronic kidney disease represents 2.5% of the National Healthcare System budget. Given the panorama of economic crisis, actions aimed at containing the costs in this kind of pathologies should be implemented.

Method: Centralization of the management of the medications used for the treatment of chronic kidney disease and its complications aims at reducing the pharmaceutical expenditure.

Results: The new contracts of public healthcare administrations with companies of dialysis centers establish a single price by which the contractor takes care of the integral management of the patients, including the dialysis therapy and pharmacological treatment. Drug management at dialysis centers will be handled by specialized pharmacists by means of the creation of pharmacy departments or drug warehouse.

Conclusions: these measures aim at improving healthcare of the patient in hemodialysis program, with health benefits at a lower healthcare cost.

KEYWORDS

Chronic kidney disease; Comprehensive health care; Pharmaceutical care

Farm Hosp. 2014;38(4):334-337

Farm Hosp. 2014;38(4):334-337

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la alteración de la función renal, expresada por la presencia de daño renal persistente al menos durante 3 meses o disminución del filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min. El daño renal se divide en estadios del I-V¹, siendo el estadio V (filtrado glomerular inferior a 15

ml/min) en el que los pacientes se encuentran en pre-diálisis o en programa de diálisis.

La ERC representa un importante problema de salud pública, debido a la elevada morbilidad y mortalidad de los pacientes que la padecen, con un crecimiento anual del 5-8% en países desarrollados². La incidencia en España es del 6,8%, siendo del 37,7% entre los 40-64 años, según el estudio EPIRCE³. El Registro Español de Enfer-

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariamurosortega@gmail.com (María Muros-Ortega).

mos Renales ha mostrado tasas de prevalencia global de pacientes en tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis del 44,6%. En la Región de Murcia, la prevalencia de la ERC es de 1.115,6 casos por millón de habitantes, alcanzando el 55,5%, los pacientes en programa de hemodiálisis⁴.

La ERC está asociada a factores de riesgo como la enfermedad cardiovascular, siendo entre el 30-50% de casos en los países industrializados, atribuibles a enfermedad vascular y diabetes mellitus². Entre otros factores, están las patologías de tipo cardiovascular como la hipertensión, aterosclerosis y tabaquismo, patologías de tipo autoinmune, fármacos nefrotóxicos, etc. En el trascurso de la enfermedad son frecuentes complicaciones como anemia, alteraciones del metabolismo calcio-fósforo y relacionadas con el estado nutricional y psicológico del paciente.

El tratamiento de la ERC y sus complicaciones supone hasta un 2,5% del presupuesto del Sistema Nacional de Salud⁵. Esta situación ha generado reflexiones sobre la sostenibilidad del tratamiento renal sustitutivo y las diferentes técnicas de diálisis, siendo un problema importante el gasto farmacéutico que generan estos pacientes. Pons et al⁶ muestran que el gasto medio en pre-diálisis fue de 215,45 €/paciente/mes, observándose un incremento desde 84,64 € hasta 352,59 € en los estadios I-V. Roca et al.⁷ tras analizar a 190 pacientes en hemodiálisis, obtuvieron un coste medio de 41.067 €/paciente/año, donde un 24,5% corresponde al gasto en medicación intra y extradiálisis. Los autores estimaron 193,67 €/paciente/semana, siendo el 36,1% quelantes del fósforo, el 25,1% agentes estimulantes de la eritropoyesis y el 16,3% calcimiméticos⁷. El estudio de Pérez-García et al.⁸ con una población de 7.316 pacientes, el 97,4% estaban en tratamiento con agentes estimulantes de la eritropoyesis, el 79,8% con quelantes del fósforo y el 76,6% con antihipertensivos. Estos estudios muestran el panorama actual del paciente en hemodiálisis, cuyo consumo farmacológico es elevado, así como el coste de las especialidades implicadas.

Atendiendo a la situación de crisis económica, es necesario realizar un mayor control sobre el gasto farmacéutico en el tratamiento del paciente con ERC. Respetando las directrices de la Organización Mundial de la Salud, la Ley del Medicamento 25/1990⁹ y las leyes autonómicas de Ordenación Farmacéutica, en cuanto al uso racional del medicamento.

Método

Distintos niveles asistenciales se encuentran implicados en el tratamiento y seguimiento de los pacientes en programa de diálisis que asisten a centros concertados extra-hospitalarios de titularidad privada. El momento del diagnóstico y seguimiento inicial en pre-diálisis se realiza por nefrólogos especialistas del hospital de referencia del sector público. Posteriormente, si son derivados a los centros extra-hospitalarios concertados, el tratamiento

de la ERC y sus complicaciones se realiza por nefrólogos pertenecientes a la empresa contratista o, como en el caso de Cartagena, del hospital de referencia⁵.

La medicación para el tratamiento de la ERC de uso hospitalario (agentes estimulantes de la eritropoyesis, hierro trivalente, antiparatiroideos, etc.) es dispensada para cada paciente desde el Servicio de Farmacia del hospital de referencia al centro extrahospitalario concertado. Posteriormente, es administrada o dispensada a cada paciente por el personal del centro correspondiente. El resto de medicación debe adquirirla cada paciente mediante receta del médico de cabecera, a través de las oficinas de farmacia.

La participación de diferentes niveles asistenciales en el tratamiento de este tipo de pacientes dificulta la toma de decisiones y la implantación de medidas de ahorro. Una de las alternativas recientes para control del gasto farmacéutico es la aparición de nuevos conciertos de las Administraciones sanitarias de las comunidades autónomas con las empresas de los centros de diálisis concertados.

Resultados

La Generalitat de Cataluña ha sido pionera en este proyecto, a través de la publicación del Decreto 8/2013, de 3 de enero, por el que se modifica el artículo 6 del Decreto 92/2009, de 9 de junio, que establece los requisitos técnico-sanitarios para la autorización sanitaria de los centros y unidades de diálisis equipados con monitores de hemodiálisis. Este Decreto permite la creación de servicios de farmacia, dirigidos por un farmacéutico especialista, o depósitos de medicamentos vinculados a un servicio de farmacia de un centro de diálisis, como medios de prestación farmacéutica en los centros concertados de diálisis. Decretos autonómicos como este, abren un nuevo campo de actuación a los especialistas en farmacia hospitalaria, cuya formación en atención farmacéutica y gestión de medicamentos aportará calidad al proceso asistencial del paciente con ERC de los centros de diálisis concertados.

Con estos conciertos, a través de la negociación de una tarifa única establecida, se garantiza a la Administración autonómica competente un gasto determinado por unos servicios acordados previamente, en los que está incluido el tratamiento farmacológico, y que son controlados periódicamente a través de Comités de Seguimiento en el que participan el Servicio público de salud, el hospital de referencia, la empresa adjudicataria y las asociaciones de pacientes⁵. Esto supone un ahorro a la Administración en materia de gasto farmacéutico en estos pacientes, ya que la empresa contratista se hace cargo del coste total del tratamiento de la ERC. Posteriormente, a través de los servicios de farmacia o los depósitos de medicamentos, el farmacéutico especialista deberá establecer medidas para la contención del gasto, mediante una correcta selección y gestión de medicamentos. Las funciones del farmacéu-

Tabla 1. Funciones del farmacéutico en los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros concertados de diálisis

Puntos	Definición
1	Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia y dispensación de los medicamentos de uso habitual dentro del centro y de los otros que exijan especial vigilancia, supervisión y control por parte del equipo multidisciplinario de atención a la salud.
2	Participar en el proceso de selección de medicamentos precisos para el centro bajo los criterios de eficacia, seguridad, calidad y costos de los mismos.
3	Deberá establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos en el centro con la implantación de medidas que garanticen su correcta administración.
4	Establecer un sistema de información y de formación para el personal sanitario y para los propios pacientes del centro en materia de medicamentos.
5	Colaborar en el establecimiento de un sistema de vigilancia y control del uso individualizado de los medicamentos en el centro, a fin de detectar sus posibles efectos adversos y notificarlos al sistema de farmacovigilancia.

Adaptado de la Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña¹⁸ y la Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia¹⁹.

tico, de acuerdo con las normativas autonómicas, serán las representadas en la tabla 1.

Discusión

Una de las principales ventajas que ofrece este modelo en materia de atención farmacéutica, es un mayor control por parte del farmacéutico sobre el medicamento. La validación de la prescripción médica y la interacción bidireccional con el personal sanitario de la clínica, consiguen minimizar los errores de medicación, ayudando a prevenirlos o detectarlos antes de que afecten al paciente. Steiner et al.¹⁰ muestran los beneficios que aportan los servicios de farmacia en el tratamiento de los pacientes con ERC, tras realizar una revisión de las publicaciones sobre las actividades del farmacéutico para contribuir al cuidado de estos pacientes.

A través de la dispensación ambulatoria, el facultativo podrá detectar cualquier problema relacionado con la medicación que derive en una falta de adherencia al tratamiento, facilitando el cambio de especialidad, mejorando los objetivos de salud y favoreciendo la detección y notificación al sistema de farmacovigilancia, de las posibles reacciones adversas a medicamentos que se manifestasen en el curso del tratamiento. Belaiche et al.¹¹ y Chemello et al.¹², muestran la utilidad de la intervención farmacéutica en la detección de problemas relacionados con los medicamentos en los pacientes polimedicados con ERC. Belaiche et al.¹¹ tras analizar a 42 pacientes detectaron 263 problemas relacionados con los medicamentos, donde el 42% eran ajustes de posología, el 32% patologías no tratadas y el 18% necesidad de suspensión del tratamiento. Chemello et al.¹², tras aplicar un plan de intervención farmacéutica, alcanzaron una adherencia del 80% al tratamiento con cinacalcet y una reducción significativa de los niveles de hormona paratiroidea, de calcio y del producto calcio-fósforo.

El trabajo conjunto de todos los sanitarios que forman parte del equipo asistencial en los centros concertados, es esencial en este nuevo modelo de gestión. El trato directo y constante con el paciente desde su admisión en la clínica, son claves para mejorar la educación sanitaria de los pacientes y la máxima adherencia al tratamiento. Fernández et al.¹³ tras entrevistar a 183 pacientes de dos centros de hemodiálisis, comprobaron que, el 62% tomaban menos comprimidos de los prescritos, el 31% afirmaban olvidar tomar la medicación y el 22% dejaban de tomarla si les sentaba mal.

Cabe destacar que el modelo de gestión de Cataluña, está enfocado a la dispensación ambulatoria del tratamiento domiciliario para la ERC. De esta forma, el paciente se beneficiará de la obtención directa de la medicación domiciliaria en la clínica, adquirida anteriormente a través de la oficina de farmacia y del servicio de farmacia de hospital. Esta mayor accesibilidad al tratamiento, deberá demostrar a largo plazo una mayor tasa de cumplimiento terapéutico y mejora de los parámetros clínicos en estos pacientes.

Este modelo de gestión, está diseñado para alcanzar una mayor eficacia y eficiencia de los tratamientos administrados, con el consiguiente ahorro de medicación. El farmacéutico, junto con el equipo médico, participará en estudios de coste-efectividad^{14,15} y ayudará en el diseño de protocolos de tratamiento para abordar la ERC, con el fin de alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos^{16,17}. Como parte del equipo asistencial, el farmacéutico podrá aportar los conocimientos en materia de medicamentos y ayudar al personal médico en la selección de las especialidades más adecuadas a cada paciente.

En definitiva, iniciativas como ésta ofrecen nuevos horizontes para el farmacéutico especialista y suponen la creación de puestos de trabajo fuera del ámbito de los servicios de farmacia de hospital. El objetivo del farmacéutico será aportar calidad al proceso asistencial del

paciente con ERC en programa de diálisis, permitiendo además de un mayor control sobre el gasto farmacéutico, obtener beneficios de salud con la terapéutica más costo-efectiva y, finalmente, contribuyendo a la viabilidad del actual Sistema Nacional de Salud.

Bibliografía

1. Alcázar Arroyo R, Orte Martínez L, Otero González A. Enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología*. 2008; 28 (Suppl. 3): 3-6.
2. Górriz Teruel JL, Otero González A. Impacto socio sanitario de la enfermedad renal crónica avanzada. *Nefrología*. 2008; 28 (Suppl. 3): 7-15.
3. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, García F, EPIRCE Study Group. Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en España: Resultados del estudio EPIRCE. *Nefrología*. 2010; 30: 78-86.
4. Chirlaque MD, Correa JF, García V, García-Fulgueiras AM, Guillén JJ, Monteagudo O. Prevalencia de enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo en la Región de Murcia en 2011. [citado 01-03-2013]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/bem>.
5. Ramos R, Molina M. Nuevos modelos de gestión de asistencia integral en nefrología. *Nefrología*. 2013; 33: 301-7.
6. Pons R, Torregrosa E, Hernáinz-Jaras J, García H, Rius A, Calvo C et al. El coste del tratamiento farmacológico en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2006; 26: 358-64.
7. Roca S, De Alarcón R, Zarcos E, Vaquero E, Albadalejo M, Jimeno C et al. Coste farmacéutico en el paciente en hemodiálisis: componentes principales y repercusión en el coste global. *Nefrología*. 2011; 31 (Suppl. 2): 1-188.
8. Perez-Garcia R, Palomares-Sancho I, Merello-Godino JI, jama-Garcia P, Bustamante-Bustamante J, Luno J et al. Epidemiological study of 7316 patients on haemodialysis treated in FME clinics in Spain, using data from the EuCLID(R) database: results from years 2009-2010. *Nefrología*. 2012; 32: 743-53.
9. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. [citado 22-12-1990]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-30938>.
10. Stermer G, Lemmens-Gruber R. Clinical pharmacy activities in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients: a systematic literature review. *BMC Nephrol*. 2011; 1235.
11. Belaiche S, Romanet T, Bell R, Calop J, Allenet B, Zaoui P. Pharmaceutical care in chronic kidney disease: experience at Grenoble University Hospital from 2006 to 2010. *J Nephrol*. 2012; 25: 558-65.
12. Chemello C, Aguilera M, Calleja-Hernandez MA, Faus MJ. Efecto del seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con hiperparatiroidismo secundario tratados con cinacalcet. *Farm Hosp*. 2012; 36: 321-7.
13. Fernández Martínez AV, Arregui Arias Y, Piñero Martínez J, Pérez Valencia L, Horrillo Jiménez F, Soto Ureña S, et al. Coste farmacéutico, adherencia terapéutica y educación sanitaria: un reto para la enfermería nefrológica en la próxima década. In Libro de comunicaciones presentadas al XXXVI Congreso Nacional SEDEN. Sevilla: 2011.
14. Cuesta Grueso C, Poveda Andres JL, Garcia Pellicer J, Romá Sánchez E. Análisis de minimización de costes de darbepoetina alfa frente a epoetina alfa en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Farm Hosp*. 2010; 34: 68-75.
15. Molina M, Garcia Hernandez MA, Navarro MJ, De Gracia MC, Ortuño T. Estudio comparativo sobre el tratamiento de la anemia renal en el paciente en hemodiálisis: cambio de vía de administración de epoetina alfa frente a conversión a darbepoetina. *Nefrología*. 2004; 24: 564-71.
16. II. Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for anemia in chronic kidney disease in adults. *Am J Kidney Dis*. 2006; 47 (5 Suppl. 3): S16-S85.
17. Torregrosa JV, Bover J, Cannata Andia J., Lorenzo V, de Francisco AL, Martinez I, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal crónica (S.E.N.-M.M.). *Nefrología*. 2011; 31 (Suppl. 1): 3-32.
18. Ley 31/1991, de 13 de diciembre de 1991, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña. [citado 13-12-1991]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1992/02/06/pdfs/A03879-03885.pdf>.
19. Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia. [citado 28-05-1997]. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1997-21768.