

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

Costes de la incontinencia urinaria en mujeres (11/20)

La incontinencia urinaria (IU) es un proceso habitual en mujeres de más de 40 años. La prevalencia del mismo oscila en unos valores entre el 10 y el 30%, y aumenta con la edad. Es una condición benigna, lo que no obvia para que conlleve unos costes significativos, tanto psicosociales como económicos. Así, en EEUU, se estimó que en 1.994, los costes directos causados por la incontinencia urinaria fueron de 11.200 millones de dólares, lo que representaba 1.848 dólares por persona.

Los autores (1) estiman el coste en la población general basado en una colección retrospectiva de datos, analizando los costes individuales en una muestra de mujeres con incontinencia urinaria en Italia. Se seleccionaron mujeres mayores de 40 años, de entre las pacientes de una red de médicos generales que actúan en 6 áreas de Italia, obteniéndose un conjunto de 2.767 personas, a las cuales se interrogó con el fin de investigar la existencia de incontinencia urinaria, lográndose una muestra de 229 mujeres con diagnóstico positivo.

Se realizó entonces un estudio de costes, aunque fueron sólo analizados aquellos que resultaban relevantes desde la perspectiva del Servicio Nacional de Salud, por lo que los costes derivados de las pérdidas de producción (costes indirectos) no fueron incluidos. Por el mismo motivo tampoco se incluyeron los costes originados por las consultas de los médicos generalistas. Por lo tanto, los costes incluidos correspondían con los de diagnóstico de la IU, las hospitalizaciones para la realización de pruebas diagnósticas, los medicamentos y las compresas consumidas, siendo éstas últimas las más importantes en cuantía, dada la selección previa de costes relevantes (Tabla 1).

Procedimiento	Nº de pacientes	Coste por paciente (Liras)	% sobre coste total	
Consultas médicas	181	16.245	20	
Pruebas diagnósticas	90	28.585	36	
Hospitalizaciones	4	35.301	44	
TOTAL		80.131		100
Compresas	163	239.956	94	
Medicamentos	11	15.563	6	
TOTAL		255.519		100

Tabla 1

El coste de diagnóstico por paciente fue de 80.131 liras, el cual no varió de forma significativa en función del tipo de incontinencia, de estrés o el grupo catalogado de otras. Únicamente fue mayor obviamente, si la incontinencia era frecuente que si era de forma ocasional.

El único coste relevante del tratamiento fue el de adquisición de las compresas. Ahora bien, esto se produce debido a que la perspectiva analizada es la del organismo pagador, que no es la perspectiva más adecuada. Con esta premisa, el coste anual medio por compresas fue de 239.956 liras. El originado por fármacos fue casi despreciable, llegando sólo a las 15.563 liras.

Los autores concluyen que dado que la prevalencia, estimada en este estudio de la incontinencia urinaria en mujeres mayores de 40 años, en Italia, fue del 9,3% se puede calcular fácilmente que el coste del tratamiento anual de la IU en dicho país es de 351.850 millones de liras, considerando solamente las compresas y los fármacos utilizados. Ahora bien, estas estimaciones no consideran todos los costes asociados con la IU, sino sólo los costes de diagnóstico y algunos de los de cuidado habitual, y no entran en reparar en los costes

laborales. Del mismo modo, tampoco se entra en valorar las consecuencias desagradables, tales como irritación de la piel, infecciones del tracto urinario, fracasos terapéuticos y costes de cuidado a largo plazo, al igual que los costes producidos por los casos quirúrgicos que se originan. Por todo ello, el estudio citado subestima el coste de la IU para la sociedad en el valor final que calcula.

(1) “The cost of urinary incontinence in italian women. A cross-sectional study” Tediosi F, Parazzini F, Bortolotti A, Garattini L., *Pharmacoeconomics*, 2.000; 17 (1): 71-76.

La prescripción por ordenador reduce los costes

Los errores con los medicamentos son el más habitual tipo de error médico en los servicios de cuidado de salud en los EEUU, según se desprende de una revisión realizada por el HCPro (2), lo cual confirma los hallazgos producidos en 1.999 por el *Institute of Medicine*, que manifestaba que los errores médicos en los hospitales americanos podían ser responsables de unas 98.000 muertes anualmente.

La mejor forma de reducir dichos errores en la medicación es la de reemplazar los métodos anticuados de prescripción por la de los nuevos sistemas electrónicos, según los investigadores de la *Harvard Medical School* (3), quienes manifiestan que el proceso de elegir el medicamento adecuado, determinar la dosis correcta y recomendar un seguimiento del tratamiento instaurado puede ser notablemente mejorado cuando las prescripciones se realizan a través de un sistema computerizado.

Los investigadores analizaron específicamente las prescripciones de los agentes anti H2, comparando la selección del medicamento, la dosis prescrita y su posología, antes y durante la implementación del sistema computerizado. Igualmente se analizaron las órdenes de prescripción para heparina como profilaxis de la trombosis en pacientes que debían permanecer en cama.

En la selección de los medicamentos, la asistencia del ordenador (Tabla 2) originó un gran cambio en el uso del medicamento recomendado, la nizatidina, del mismo modo que se produjo una reducción sensible en la disparidad de las dosis prescritas, medido a través de su desviación estándar, que descendió un 11%.

	Antes	Durante
Uso de Nizatidina como anti H2	15,6 %	81,3 %
Dosis que exceden las máximas recomendadas	2,1 %	0,56 %
Posología adecuada con ondansetrón	6 %	75 %
Uso de heparina profiláctica	24 %	47 %

Tabla 2

Los investigadores observaron igualmente que la proporción de dosis que sobrepasaba la máxima recomendada disminuyó en un gran porcentaje. Por otra parte, en el caso concreto de ondansetrón se observó un incremento en el uso de la posología adecuada. En el caso de la administración profiláctica de heparina para personas que debían permanecer en cama, el uso del fármaco ascendió al doble.

Lo más importante de este estudio es que este sistema implantado de prescripción, al analizar caso por caso el tratamiento, con todas sus variables (elección del fármaco, dosis, posología, interacciones, etc) hizo mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente, así como se obtuvo una reducción en los costes, lo que lleva una vez más a la tesis de que las políticas conducentes a la racionalidad del uso de los medicamentos conlleva inexorablemente a beneficios de índole clínico y farmacoeconómico.

En esencia, la filosofía expuesta coincide con la de la Atención Farmacéutica. El seguimiento respecto de los fármacos utilizados por un paciente concreto, mediante el análisis de los medicamentos prescritos en todas sus variables, así como de los problemas relacionados con los mismos conduce a unos mejores resultados en el campo de la salud, así como en el económico, por lo que deberían realizarse estudios en esta dirección que evaluaran y cuantificasen dichos beneficios en los programas de Atención Farmacéutica.

(2) Anónimo. "HCP survey confirms that medication errors are most common medical error in US Hospitals" <http://pharmacists.medscape.com/reuters/prof/2000/10/10.26/20001025prof002.html>

(3) Anónimo. "Computerized prescription system improves physician compliance, reduce costs" <http://pharmacists.medscape.com/reuters/prof/2000/10/10.10/20001009prof001.html>

Los costes de la enfermedad de Alzheimer (11/22)

La enfermedad de Alzheimer (EA) es una patología degenerativa del cerebro, que tiene frecuentemente consecuencias fatales. Además es la causa principal de demencia en EEUU. El tratamiento de esta enfermedad supone una elevada partida del presupuesto económico del sistema de salud.

Algunos inhibidores de la colinesterasa, tales como rivastigmina, tacrina y donepezilo han mostrado efectos significativos sobre los aspectos cognitivos del paciente. Por otra parte se plantea la hipótesis de que aquellos tratamientos que prolongaran el estado cognitivo podrían originar un ahorro de costes en el cuidado de los pacientes con la EA.

Los autores (4) se proponen estimar el ahorro potencial en costes (exclusivamente en costes de adquisición de fármacos) para un paciente representativo de EA cuando se retrasa la transición a un estado más severo de la enfermedad, debido a la administración de rivastigmina.

Para ello utilizan como instrumento de medida del estado cognitivo del paciente, el *Mini Mental State Examination* (MMSE), y con ello estiman el retraso de dicho estado sobre tres horizontes temporales: medio, uno y dos años. Como el MMSE presenta un rango entre 0 (el peor estado) a 30 (el mejor estado posible), establecen tres tipos separados de estadio de la enfermedad, entre 0 y 9, definido como estado severo, entre 10 y 19, como moderado y mayor de 20, que se define como estado medio.

Para ello analizan en unas gráficas de permanencia en un estado definido, sin que llegue a pasar a uno peor, el tiempo que puede retrasarse dicho tránsito mediante la administración del fármaco en cuestión, con respecto a la administración de un placebo. Por otro lado, el coste del cuidado de un paciente con un grado determinado de MMSE lo calculan mediante la media ponderada entre el coste del paciente en su comunidad habitual y el que representa una vez internado en instituciones *ad hoc*. Es por ello que se hace preciso calcular la probabilidad de transición de un paciente ambulatorio a uno internado. Ciertas variables son analizadas, tales como edad, raza, género y estado civil. Se encuentran entonces, por ejemplo, que en estados severos de la enfermedad, los pacientes casados son menos propensos a ser internados, situación que se aumenta fuertemente cuando el estado es sólo de tipo medio. O que en pacientes con un estado moderado, aquellos de raza blanca y que sean mayores de 72 años tienen una mayor probabilidad a ser internados.

Los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 3: los ahorros de costes conseguidos en los 6 primeros meses de seguimiento son muy ligeros, independientemente del estado de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, los costes totales ahorrados durante el primer año de tratamiento se estima que son notablemente mayores, especialmente para aquellos pacientes que comienzan el tratamiento en el estadio moderado, lo que resulta del hecho de que los pacientes con menores rangos de MMSE (mayor severidad de la enfermedad) tienen una mayor probabilidad de internamiento.

Los principales ahorros en costes se observan en el período de los 2 años, especialmente en aquellos pacientes que se hallan en un estado medio de la EA, hecho que explican los autores que pueda ser debido a que se espera mucho mayor retraso en el estado cognitivo en la cohorte del estadio medio, para efectuar el tránsito hacia fases severas (125 días) que hacia fases moderadas (51 días).

Los autores concluyen que la rivastigmina puede producir ahorros en costes (tratando exclusivamente los costes de adquisición de fármacos) en pacientes con la enfermedad de Alzheimer, siendo la cohorte en donde

se obtienen los mejores parámetros farmacoeconómicos, la de los pacientes que lo inician en los estadios más tempranos de la enfermedad

Estado	Días retrasados al cabo de (en días)			Ahorro de costes (en dólares)		
	6 meses	1 año	2 años	6 meses	1 año	2 años
Medio	4	26	125	132	826	4.839
Moderado	3	22	51	137	980	2.290

Tabla 3

(4) Hauber A, Gnanasakthy A, Zinder E, Bala M, Richter A, Mauskopf J. "Potential savings in the cost of caring for Alzheimer's disease" *Pharmacoeconomics*, 2.000; 17(4): 351-360