

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@terra.es)

Los costes de la patología asmática

Los estudios de costes de una enfermedad pueden revelar que componentes del cuidado de la salud son los que contribuyen principalmente al montante total. Tradicionalmente se han desarrollado este tipo de estudios mediante una forma retrospectiva, utilizando datos de diversas fuentes con lo que se obtenían unos costes medios; ahora bien, debido a que normalmente faltan datos necesarios se hace preciso la estimación de los mismos. Los estudios observacionales prospectivos permiten una mayor precisión, así como una estratificación de los resultados, del mismo modo que se puede realizar la evaluación desde perspectivas diversas.

El asma es una patología que presenta una prevalencia y morbilidad ascendente. En Canadá se ha estimado en el 2% en 1979 y el 6% en 1994. El coste de dicha patología se había estimado en 504 millones de Can\$ en 1990. Debido a que estos estudios se han realizado de forma retrospectiva los autores (1) analizan dicho coste en una zona de la provincia de Notario, realizando la evaluación de forma prospectiva y bajo las perspectivas de la sociedad, del Ministerio de la Salud y del paciente.

Se seleccionaron 2.978 pacientes del *Pharmacy Medication Monitoring Program* (PMMP), programa que evalúa tipos específicos de medicación, en base a la utilización de inhaladores bronquiales; 1.588 pacientes finalizaron el estudio al cabo de 6 meses, los cuales fueron estratificados en función del grado de severidad de la patología.

Los costes directos evaluados, desde la perspectiva de la sociedad, incluyeron todos los servicios de salud utilizados y los medicamentos prescritos, así como los gastos asociados a cargo de los pacientes. Igualmente se evaluaron los costes indirectos, consistentes en pérdida de productividad, así como desplazamientos y tiempos de espera debidos al asma. Desde la perspectiva del Ministerio de Salud, a los costes médicos directos anteriores se sumaron los pagados por el citado organismo. Desde la perspectiva del paciente se observaron las contribuciones al tratamiento, los servicios no cubiertos, los gastos a su cargo y la pérdida de ingresos debida a la patología.

Los resultados muestran que desde las perspectivas societarias y del sistema de salud, los costes hospitalarios constituyeron el mayor componente de coste directo; desde la perspectiva del propio paciente, lo fueron los costes de adquisición del tratamiento. En ambos casos, los costes indirectos fueron los de mayor proporción (Tabla 1)

Costes	Sociedad		Sistema de salud		Paciente	
	Valor (Can\$)	%	Valor (Can\$)	%	Valor (Can\$)	%
Directos	1.280	50,2	816	100	74	8,1
- Hospital	553	21,7	553	68	0	0
- Tratamiento	423	16,6	102	12	51	6
- Dispensación	139	5,5	24	3	0	0
- Médico	73	2,9	73	9	0	0
Indirectos	1.270	49,8	0	0	841	91,9
Coste total medio	2.550		816		915	
Severidad del asma						
- media	1.617		669		788	
- moderada	2.218		775		970	
- severa	3.905		1.071		1.585	

Tabla 1

Los autores concluyen que, desde la perspectiva societaria, los pacientes mayores de 40 años ocasionaron mayores gastos que los jóvenes, y que el hábito tabáquico contribuyó a aumentar notablemente los costes finales. También, aquellos que poseían planes de seguro para los fármacos se asociaron con los mayores costes. En la perspectiva del sistema de salud, el subgrupo menos costoso fue el de trabajadores activos, con asma de severidad media, mientras que el de jubilados se asoció con un mayor coste. Bajo la perspectiva del propio paciente, los no fumadores con asma de severidad media originaron los menores costes, mientras que los fumadores con un alto grado de severidad de la patología fueron los de mayor coste.

A la vista de los resultados expuestos se deduce que el farmacéutico debería focalizar los programas de Atención Farmacéutica en acciones dirigidas a reducir la pérdida de productividad laboral, las admisiones hospitalarias y los costes de la medicación, lo que se traduciría en ahorros netos para la sociedad, el sistema de salud y el propio paciente.

(1) Ungar W, Coyte P, Chapman K, MacKeigan L, Pharmacy Medication Monitoring Program Advisory Board. The patient level cost of asthma in adults in south central Ontario. *Can Respir J* 1998; 5(6): 463-471. (14/15b)

Monitorización de resultados terapéuticos en el asma

Las nuevas recomendaciones para el tratamiento del asma recomiendan una mayor participación del paciente en el cuidado de la patología, enfatizando que éste debería regular su tratamiento en función de la severidad de la sintomatología, pero para que ello sea posible, el paciente debería previamente ser instruido sobre la enfermedad y su tratamiento.

El auto cuidado del asma disminuye los problemas originados por el asma, mejorando su calidad de vida. De igual forma, ello debería contribuir a mejorar los parámetros farmacoeconómicos de la patología, dado que se ha observado previamente que un servicio de consejo farmacéutico dirigido a los pacientes asmáticos ha reducido el número de consultas médicas, así como el número de ingresos en urgencias hospitalarias debidos a exacerbaciones producidas.

Se ha comprobado la utilidad de la *Therapeutic Outcomes Monitoring* (TOM) (monitorización de resultados terapéuticos) para ayudar al farmacéutico a proveer servicios profesionales orientados a los resultados. El programa incluye básicamente en la identificación de objetivos terapéuticos, monitorización del progreso del paciente, identificación de problemas potenciales y resolución de los mismos. Por todo ello, los autores (2) investigan en este estudio si el incremento en el consejo, realizado por farmacéuticos comunitarios, acorde con los principios del TOM mejora los resultados clínicos de los pacientes asmáticos.

El estudio se realiza con una muestra de 31 voluntarios diagnosticados de asma y que presentaban problemas en su control, y se desarrolla en cuatro farmacias comunitarias en Finlandia, a las que previamente se había instruido en cuanto a la patología, su tratamiento y consejo al paciente. El trabajo estaba consensuado con los médicos y personal de enfermería de la zona.

Cada participante tuvo su propio farmacéutico, el cual le asesoró acerca del autocontrol del asma, proporcionando información sobre su enfermedad, uso de los medidores del flujo espiratorio máximo (FEM), así como de los medicamentos y sistemas de inhalación utilizados. De esta forma, los pacientes pudieron medir su FEM y variar su medicación en función del valor obtenido.

Los resultados clínicos controlados fueron los síntomas asmáticos característicos (medidos en una escala de 0 a 10), el FEM y la adición de corticosteroides orales, todo lo cual fue evaluado periódicamente durante 12 meses y al año de haber finalizado el estudio (Tabla 2).

Resultado	Inicio	4 meses	8 meses	12 meses	1 año después
-----------	--------	---------	---------	----------	---------------

Sibilancias diurnas	4.6	2.0	1.9	1.8	2.0
Sibilancias nocturnas	2.4	1.3	1.0	1.5	1.8
Tos nocturna	2.5	1.2	1.5	1.4	1.7
Expectoración	4.4	1.5	2.9	2.1	2.4
Síntomas alérgicos	3.6	2.0	1.2	1.9	2.7
Nº de FEM < 85%		7	10	4	7
Nº de FEM < 70%		0	0	0	1
Pacientes con corticosteroides	8	3	2	1	4

Tabla 2

Los autores concluyen que el estudio indica que es posible mejorar los resultados clínicos del asma mediante el incremento de la monitorización y el consejo farmacéutico, dado que todos los parámetros evaluados mejoran sensiblemente. Igualmente indican que la siguiente fase debería ser la evaluación de la participación óptima del farmacéutico en términos de resultados clínicos y de utilización de recursos, lo que daría una fortaleza al concepto TOM para que fuera aplicado en todos los servicios farmacéuticos.

No obstante, el estudio está dotado de importantes limitaciones, como un pequeño tamaño de muestra y un diseño pre/post test, con lo que los resultados deben ser interpretados con cautela. Para dotar de robustez a dichos resultados se habría necesitado de un grupo control paralelo. No obstante, los datos ofrecidos parecen indicar que el concepto TOM es una base útil para el establecimiento de un plan de monitorización, si bien es preciso que se realicen estudios con un mayor número de pacientes, y de una forma randomizada y con grupo control para confirmar los resultados ofrecidos. De igual modo, la evaluación farmacoeconómica del estudio daría el valor de la eficiencia del concepto analizado.

(2) Närhi U, Airaksinen M, Tanskanen P, Erlund H. Therapeutic outcomes monitoring by community pharmacists for improving clinical outcomes in asthma. *J Clin Pharm Ther* 2000; 25: 177-183 (14/18).

El bajo cumplimiento terapéutico aumenta los costes de la patología cardiovascular

La hipercolesterolemia es un factor de riesgo mayor para el desencadenamiento de la enfermedad cardiovascular (ECV). Pero a pesar que la terapia hipolipemiente ha demostrado un buen resultado en la prevención de complicaciones cardiovasculares, existe una pobre adherencia al tratamiento médico y dietético de la misma. Es ampliamente conocido que la disminución del cumplimiento terapéutico incide directamente en la consecución del fracaso terapéutico, así como de las complicaciones surgidas, siendo éstos los factores que más repercuten en el aumento de los costes de la patología en cuestión.

Debido a que el descenso en el cumplimiento terapéutico no se ha podido explicar simplemente en base a la ocurrencia de efectos adversos, puesto que en los ensayos clínicos realizados la tasa de no adherencia en el grupo control fue similar a la observada con el placebo, los autores (3) analizan en este estudio los factores que inciden directamente en la disminución del cumplimiento terapéutico.

Se analiza el comportamiento frente a la adherencia terapéutica de 193 pacientes hiperlipidémicos, a quienes se aplica un cuestionario en unos términos que no intentan juicio alguno del sujeto, preguntando su opinión sobre ciertos temas, para responder en una escala gradual de 0 a 10. En dicho cuestionario se pregunta también sobre el número de comprimidos no administrados en el mes anterior.

A partir del porcentaje de unidades del medicamento no administradas se clasifica a los pacientes en 3 grupos: cumplidores altos (0% de pérdidas), medios (<6%) y bajos (>6%). Correlacionando los parámetros de cada paciente con el tipo de cumplidor se observan las diferencias expuestas en la Tabla 3. A la vista de ello se puede indicar una correlación entre mayor edad y mejor adherencia al tratamiento, del mismo modo que con una presión sistólica más elevada. También se observa que los fuertes fumadores presentan un menor cumplimiento terapéutico, al igual que aquellos que tenían mayores cifras de colesterol sérico total.

	Datos medios	Cumplimiento terapéutico		
		Alto	Medio	Bajo
Edad (años)	52,7	56,1	52,1	47,1
Cigarrillos / día	2,5	1,7	2,1	5,0
Presión sistólica (mm Hg)	129,7	131,2	131,4	122,8
Colesterol (mmol/L)	6,25	5,97	6,30	6,59

Tabla 3

Con relación a las características del paciente se observó que los pacientes que manifestaron haber tenido con frecuencia efectos secundarios fueron peores cumplidores que quienes no habían experimentado dichos efectos; sin embargo, los síntomas que los pacientes atribuyeron a los niveles altos de colesterol no modificaron el cumplimiento. El coste percibido de la medicación, por otra parte, no afectó a la adherencia. Un tema ya anteriormente conocido se manifestó evidentemente: el número de fármacos prescritos se relacionó inversamente con el cumplimiento, al igual que el número de citas médicas a las que no se acudió. Curiosamente, la idea del paciente sobre el papel del colesterol en la ECV y en su propio riesgo personal no afectó al cumplimiento, cosa que si lo hizo, y de forma positiva, la percepción del paciente acerca de la eficacia de la terapia antihiperlipidémica para prevenir un evento futuro de ECV. A nivel general, uno de los factores que más habían repercutido en el descenso del cumplimiento fue el olvido, relacionado con una modificación en los hábitos cotidianos. Por ello, se observó que los altos cumplidores habían asociado la administración del fármaco a una rutina diaria. Otro factor de gran influencia positiva fue la relación médico-paciente y el tiempo que el médico gastó en explicar al paciente los problemas del colesterol y su repercusión clínica.

Los autores concluyen que una buena relación del paciente con su médico, una convicción de la eficacia del tratamiento y una asociación de la administración con un hábito cotidiano son predictores de una buena adherencia al tratamiento. Debido a ello, el farmacéutico debería tener muy presente estas características, que le pueden servir de base para la identificación de los malos cumplidores, ejerciendo acciones específicas de Atención Farmacéutica en los mismos, lo cual repercutirá en una disminución del porcentaje de complicaciones por ECV y, en consecuencia, en un declive de los costes, innecesarios, asociados con la patología del colesterol.

(3) Kiortsis D, Giral P, Bruckert E, Turpin G. Factors associated with low compliance with lipid-lowering drugs in hyperlipidemic patients. *J Clin Pharm Ther* 2000; 25: 445-451. (14-11).