

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@terra.es)

Repercusión económica de la artritis reumatoide

La gran prevalencia de las enfermedades reumáticas constituyen un importante problema sanitario y económico, produciendo un coste que se incrementa con el tiempo: en 1980, en EE.UU. esta patología supuso el 1% del PIB, el 5% de los ingresos hospitalarios y el 10% de las pruebas complementarias, así como el 9% de las consultas médicas. En 1992, supuso ya el 2,5% del PIB. En 1986, en Canadá, había supuesto el 2% del PIB y el 11,6% de los gastos sanitarios totales. La artrosis es la enfermedad reumática de mayor prevalencia, seguida de la artritis reumatoide (AR). Ésta última consume el 30% de los gastos hospitalarios causados por los procesos musculoesqueléticos y se ha observado que los pacientes con AR tienen el triple de costes de atención médica, el doble de tasa de hospitalización y 4 veces más de visitas médicas.

Además de los costes directos originados por esta patología, los costes indirectos que provoca son tan altos o más que los primeros, siendo la AR responsable del 0,7% de la incapacidad laboral permanente, del 1,7% de la incapacidad absoluta y del 4,9% de las grandes invalideces. Por todo ello, los autores (1) analizan los costes totales de la AR en 85 pacientes con menos de 5 años de evolución.

Los costes directos incluyeron los gastos asistenciales en consultas externas e ingresos, las pruebas complementarias, el coste de los tratamientos farmacéuticos y quirúrgicos, no incluyéndose los derivados de consultas en Atención Primaria. Sin embargo, los producidos por el transporte individual, los aparatos ortopédicos y el de las medicinas alternativas, si se añadió al estudio.

En cuanto a los costes indirectos, se incluyeron los derivados de la pérdida de productividad y el de las ayudas precisas para los trabajos cotidianos. Por otro lado, los costes intangibles se valoraron mediante una encuesta de las alteraciones en las relaciones del paciente, así como por la presencia de depresión asociada.

Los costes directos en el momento del diagnóstico tuvieron una gran variación, en función de que el paciente fuera ambulatorio o estuviera ingresado en el hospital, obteniendo una media de más de 125.000 pta (Tabla 1). Los costes indirectos duplicaron a los directos, por lo que es un tipo de coste que hay que tener muy presente, desde la perspectiva societaria. En cuanto a los costes durante el seguimiento de la patología, los directos por paciente y año llegan hasta una media de 485.000 pta, siendo los costes hospitalarios responsables de un gran aumento de los mismos. Nuevamente los coste indirectos duplican a los directos.

	Total (pta)	Total (%)	Media / paciente
COSTES EN EL DIAGNÓSTICO			
Directos		33	
- Ambulatorio	2.194.689		17.177
- Hospitalizado	1.357.000		365.782
Indirectos	7.281.051	67	455.066
Totales	10.832.741		127.444
COSTES DURANTE EL SEGUIMIENTO			
Directos		38,5	
- Asistencia médica	19.225.968		95.776
- Medicamentos	14.892.447		74.188
- Otros	3.399.250		16.934
Indirectos	59.908.498	61,5	298.439
Totales	97.426.163		485.336

Tabla 1

El coste de adquisición de los medicamentos administrados para el tratamiento de la AR, así como para la prevención de efectos secundarios suponen solamente el 15,3% del total, con un coste medio por enfermo y día de 203 pta.

Los autores indican que es muy importante que el médico de atención primaria remita rápidamente al especialista al enfermo, de modo de disminuir el porcentaje de incapacidades laborales y, por lo tanto, de costes indirectos. Igualmente señalan que un componente extraordinario del coste total lo conforman los derivados de la asistencia hospitalaria, por lo que es preciso evitar ingresos injustificados, así como realizar medidas conducentes a la prevención de exacerbaciones y complicaciones.

Un capítulo muy importante, que los autores no analizan, y en donde el farmacéutico tiene una gran labor es el originado por los PRM de los medicamentos para la AR, si bien se indica la gran importancia de realizar una correcta gastroprotección. Finalmente, los autores señalan la trascendencia de la realización de estudios farmacoeconómicos de los principales procesos reumatológicos, unidos a los estudios clínicos que permiten obtener información real y relevante de las mencionadas patologías.

(1) García J, Castañeda S, Carrasco A, Jimeno A. Costes económicos de la artritis reumatoide de corta evolución. Rev Esp Reumatol 2001; 28: 9-11. (19/31)

Eptifibatide e infarto de miocardio

Se ha estudiado la eficacia de eptifibatide en pacientes con angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q en un gran ensayo, PURSUIT, que agrupó a casi 11.000 pacientes procedentes de hospitales de Europa y América. Dicho fármaco actúa como inhibidor específico del receptor plaquetario glucoproteico IIb/IIIa, previniendo la agregación plaquetaria e incrementando el beneficio que proporciona la heparina o la aspirina en estos pacientes. En este estudio se comprobó que eptifibatide reducía el número de muertes o reinfartos, en los 30 días siguientes, desde el 15,7% hasta el 14,2%.

Como en cada centro se utilizaron las prácticas habituales de procedimientos terapéuticos, se puede considerar el estudio como realizado en un 'mundo real', de este modo, el consumo de recursos puede asimilarse al real. A partir de esta observación, los autores (2) realizan un estudio coste-efectividad del fármaco en cuestión frente a la alternativa del placebo, realizando la evaluación desde la perspectiva del servicio de salud.

Debido a la diferente utilización de recursos mencionada, se agruparon los países intervinientes en tres categorías, en función de la tasa de realización de cateterismos, con la idea de que esta prueba refleja los patrones de práctica de los centros, además de que el fármaco evaluado puede variar dichos patrones. España, junto con Austria, Suiza, Italia y otros se engloba en el grupo de tasa media. Los países nórdicos, con Reino Unido y Canadá son de tasa baja. Y finalmente, Francia, al lado de Bélgica, Alemania, Luxemburgo y alguno más están en el grupo de tasa alta de consumos.

Los resultados obtenidos muestran unos datos diferentes de costes para España comparado con Europa Occidental, tanto para el grupo placebo como para el del medicamento (Tabla 2)

	Eptifibatide	Placebo	Diferencia	Coste/ año de vida
España	1.447.548	1.409.367	+ 38.181	1.316.586
Europa Occidental	1.188.777	1.112.389	+ 76.388	2.634.069
- Tasa baja	- 958.307	- 910.939	+ 47.368	- 1.633.414
- Tasa media	- 1.230.330	- 1.147.104	+ 83.226	- 2.869.862
- Tasa alta	- 1.328.053	- 1.230.862	+ 97.191	- 3.351.414

Tabla 2

Una vez que se ha extrapolado a largo plazo la efectividad, medida como supervivencia más allá de los 6 meses del estudio, se calcula la misma en 0,029 años ganados por paciente, dado que la expectativa de vida es de 16,0752 años para el grupo placebo y de 16,105 para el de eptifibatide.

Los autores concluyen que el análisis coste-efectividad de muestra que eptifibatide presenta un coste incremental, para la angina inestable y el infarto de miocardio sin onda Q, de entre 1,3 y 1,33 millones de pesetas, por lo que su uso justificado, aunque incrementa el consumo de recursos, el coste por año de vida ganado se halla en el intervalo de costes aceptables para nuevas tecnologías.

La evaluación farmacoeconómica sirve, como en este caso, para dilucidar si el uso de nuevos y costosos tratamientos es adecuado. Eptifibatide aunque presenta un coste cercano a las 100.000 pta, produce un incremento en el tiempo de supervivencia de modo que el coste añadido por cada unidad adicional de efectividad se puede considerar aceptable, lo que justifica su utilización racional.

(2) Antoñanzas F, Antón F. Evaluación económica de eptifibatide. Rev Esp Cardiol 2001; 54: 169-174 (19/36).

El coste de la prescripción antibiótica inadecuada

Se ha repetido con frecuencia desde estas páginas que el coste de la no calidad puede ser frecuentemente muy elevado. En el caso del medicamento, el coste originado por una utilización inadecuada del mismo conlleva, además de la ineficiente asignación de recursos, la exposición al paciente a un tratamiento que no culminará en el éxito terapéutico y que puede tener imprevisibles consecuencias.

Si bien los antibióticos no son el grupo terapéutico más prescrito, sí que originan una elevada tasa de prescripción, haciendo que su estudio sea interesante desde el punto de vista farmacológico y farmacoeconómico por lo que los autores (3) analizan la adecuación de la prescripción de los mismos, en una muestra de Atención primaria, calculando a continuación el coste de la no calidad en su utilización.

El estudio se realizó con un diseño observacional y transversal, a partir de las historias clínicas en donde se había detectado una patología infecciosa y se analizaron dos variables. La primera era referente de la adecuación clínica de la prescripción realizada. La segunda tenía relación con el coste del tratamiento, con el fin de estimar el originado por la no adecuación del antibiótico prescrito, el cual fue definido por la diferencia entre el coste realmente producido y el coste óptimo.

Se evaluaron 2.470 historias observándose que en su mayor parte correspondían a infecciones del aparato respiratorio (73,5%), seguido de las vías urinarias (11,6%). Las penicilinas (43,8%) y los macrólidos (22,7%) fueron los antibióticos más prescritos. Es de destacar que ciertos antiinfecciosos, tales como ciprofloxacino y cefixima, que no es adecuado su uso en atención primaria, se hallaron entre los quince más prescritos.

El análisis de los resultados muestra un grado de inadecuación de la prescripción antibiótica del 43,7% , definiéndose como tal al tratamiento antibiótico necesario y no prescrito o mal seleccionado, o bien prescrito sin necesidad. El coste total de las prescripciones fue de 3,5 millones de pesetas, pero el 68,7% del mismo, es decir, 2,4 millones fueron derivados de prescripciones inadecuadas.

El coste medio de no adecuación de la prescripción fue próximo a las 1.000 pta (Tabla 3), siendo fundamentalmente tres, los tipos de inadecuación. De ellos, el tratamiento antibiótico necesario en el que se había elegido un fármaco no recomendado, fue el que generó el mayor coste de inadecuación, sobrepasando las 2.400 pta por acto.

Prescripción	%	Coste inadecuado
Adecuada	43,3	0
Inadecuada		
- económicamente	- 13,0	456.900

- antibiótico necesario no prescrito	- 3,8	-132.700
- antibiótico necesario y mal seleccionado	- 12,0	705.000
- antibiótico no necesario y prescrito	- 27,9	1.362.000
TOTAL	56,7	2.393.000

Tabla 3

El diagnóstico que generó el mayor coste por inadecuación fueron la bronquitis y amigdalitis aguda , siendo éstas, junto con las agudizaciones de la EPOC, los que supusieron el mayor porcentaje de prescripciones clínicamente inadecuadas.

Los autores concluyen, entre otras cosas, que la causa más común de inadecuación es la prescripción de un antibiótico de modo innecesario, exponiendo al paciente al riesgo de efectos adversos sin beneficio alguno, siendo los antiinfecciosos uno de los tres grupos que con mayor frecuencia generan ingresos hospitalarios por PRMs, además de suponer al servicio pagador del sistema de salud, un coste medio de inadecuación, de 2.000 pta por cada acto.

El uso abusivo de los antibióticos es un grave problema, de índole sanitario y económico, en el que intervienen numerosos agentes, entre los que se halla el farmacéutico. Las acciones que éste grupo ejercería hacia la adecuada utilización de estos fármacos redundaría en la mejora de su uso, así como en la evitación de numerosos problemas que conllevan.

(3) Caminal J, Rovira J, Segura A. Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia Médica. Servei CATALA de la Salut. Dpto. de Sanidad y Seg. Social. Generalitat de Catalunya. Junio 1999. (BR99003). (<http://www.aatm.es/infpdf/es/antibiotosp.pdf>)(19/43)