

ESTUDIOS DE FARMACOECONOMÍA

Ángel Sanz Granda

(E-mail: asanzgranda@jazzfree.com)

¿Resulta eficiente tratar la dislipidemia en diabetes sin patología cardiovascular? (21/51)

Ya es muy conocido que la patología cardiovascular (PCV) es la causa principal de morbilidad y mortalidad en los pacientes diabéticos. La diabetes multiplica hasta por siete el riesgo de eventos coronarios y cerebrovasculares; el riesgo de infarto de miocardio en diabéticos sin patología cardiovascular es comparable al de pacientes con dicha patología. Por todo ello, las estrategias para reducir el riesgo de PCV serían de gran interés en el paciente diabético.

Un análisis de los diabéticos con enfermedad coronaria que recibieron simvastatina en el ya clásico estudio 4S (*Scandinavian Simvastatin Survival Study*) demostró una reducción del 55% en la producción de eventos cardiovasculares mayores, lo que sugiere que los diabéticos con enfermedad coronaria se beneficiarían de la terapia con estatinas mediante una reducción del riesgo. Pero no se ha establecido si estos resultados se aplicarían a diabéticos sin patología coronaria documentada.

Los autores (1) evalúan el coste-efectividad del tratamiento con simvastatina en diabéticos sin PCV y lo comparan con el de pacientes sin diabetes pero con PCV, es decir, prevención primaria versus secundaria. Para ello utilizan un modelo de Markov de esperanza de vida por enfermedad cardiovascular, analizándole desde la perspectiva del agente pagador del sistema de salud.

Los beneficios de la prevención primaria en diabéticos se estimaron en 0,81-5,36 y 0,54-2,83 años de vida ganados en hombres y mujeres respectivamente, lo cual no difirió significativamente de los obtenidos en la prevención secundaria en no diabéticos, que fue de 0,78-3,9 y 0,63-2,72 según el sexo del paciente.

Los costes y ratios coste-efectividad se calcularon para distintos países, con el fin de analizar la sensibilidad internacionales, como se muestra en la Tabla 3, en donde se aprecia la gran variabilidad debido a la gran diferencia en costes. No obstante, se observa de manera uniforme un descenso del ratio conforme la edad avanza, situándose, sin embargo, en las mayores cifras en los pacientes mayores de 70 años.

	EE.UU.	Alemania	Italia	Reino Unido	Canadá	Francia	España
Coste anual cuidados	615	473	473	385	335	489	346
Coste anual medicamentos	1.027	882	737	598	613	622	367
40 años							
- Diabetes	6.017	6.129	4.789	4.249	3.869	3.666	1.757
- PCV	12.111	10.790	8.850	7.467	7.156	7.233	3.815
50 años							
- Diabetes	5.063	5.174	3.997	3.586	3.213	3.001	1.211
- PCV	9.513	8.337	6.710	5.742	5.431	5.335	2.634
60 años							
- Diabetes	5.740	5.403	4.212	3.709	3.407	3.177	1.352
- PCV	8.799	7.271	5.733	4.943	4.679	4.398	2.013
70 años							
- Diabetes	14.156	12.067	9.958	8.190	8.139	8.126	4.490
- PCV	14.996	12.149	9.812	8.203	8.068	7.764	3.987

Tabla 3.

Los autores concluyen que el tratamiento de la dislipidemia, en EE.UU., en pacientes diabéticos sin PCV presenta unos parámetros farmacoeconómicos (5.063 a 14.156 \$/año ganado) muy próximos a los obtenidos

en pacientes no diabéticos con PCV (8.799 a 14.996 \$/año ganado), por lo que no sólo se obtienen, mediante la implementación del tratamiento con estatinas a este subgrupo de pacientes, unos muy buenos resultados clínicos, expresados en reducción de las complicaciones vasculares, sino que económicamente son muy atractivos.

El farmacéutico tiene un campo de actuación inmenso frente al paciente diabético. Los resultados clínicos así como los de tipo farmacoeconómico son inmejorables cuando se realizan diversas intervenciones en dicha patología. Los beneficios que el paciente, la sociedad y el sistema de salud obtendrían de estas actuaciones pueden ser perfectamente explotados posteriormente, siempre y cuando el estudio producido esté dotado de la suficiente validez, tanto interna como externa.

(1) Grover S, Coupal L, Zowall H, Alexander C, Weiss T, Gomes D. How cost-effective is the treatment of dislipidemia in patients with diabetes but without cardiovascular disease? Diabetes Care 2001,24(1):45-50.

Valor de las intervenciones profesionales en la depresión

Se han efectuado gran variedad de estudios con el fin de evaluar si las intervenciones que tratan de mejorar la calidad de los conocimientos del paciente sobre su patología, así como de realizar un seguimiento de su terapia farmacológica, tienen un resultado positivo en el propio paciente. Sin embargo, en muchas ocasiones ha habido problemas en cuanto al diseño del estudio, al número de pacientes de la muestra analizada, etc. Cuando, además, se ha pretendido hacer un análisis farmacoeconómico de la actuación, el resultado ha estado dotado de una pobre validez externa, con lo que las conclusiones allí observadas no pueden ser extrapoladas.

Sin embargo, el personal de enfermería ha realizado diferentes intervenciones que, en cierto modo, se solapan con las intervenciones farmacéuticas y que están dotadas de una buena calidad metodológica, única forma de poder demostrar el valor de sus actuaciones. En esta tónica, los autores (2) analizan farmacoeconómicamente una intervención realizada en la depresión.

Para ello, toman a una gran muestra, 1.356 pacientes, que distribuyen en dos tipos de intervención y en cuidado habitual. En los grupos de intervención se aumentó el conocimiento por parte del paciente, haciendo dos subgrupos posteriores. En una intervención se utilizaba personal de enfermería para hacer un seguimiento de la medicación. (424 pacientes) y en la se otra utilizaba psicoterapeutas entrenados (489 pacientes), mientras que un grupo actuó de control con un cuidado normal (443 pacientes). Los resultados se midieron en años de vida ajustados a calidad (AVAC), días con gastos por depresión y días activos laboralmente, por lo que en el cálculo de costes se incluyeron los indirectos.

Los resultados obtenidos muestran que en el grupo de intervención con psicoterapeutas hubo más AVAC, menos días de gastos por depresión y más días activos en el trabajo, que en el grupo de cuidados usuales. El grupo de seguimiento farmacoterapéutico, sin embargo, hubo aumentos en los tipos de resultados respecto del grupo de cuidado usual, pero no fueron estadísticamente significativos.

	Cuidado usual	Efecto incremental por seguimiento terapéutico	Efecto incremental por Control psicoterapéutico
AVAC	1,7	0,01	0,02
Días con gastos por depresión	419,9	- 25,0	- 46,7
Días activos laboralmente	279,2	+ 17,9	+ 20,9
Costes sanitarios directos	3.835	+ 419 \$º	+ 485 \$

Tabla 2

Los autores concluyen que las intervenciones estandarizadas mejoran la percepción de bienestar del paciente y aumentan el número de días laboralmente activos de los mismos, pero incrementan los costes sanitarios. En este estudio, los costes comprendían, entre otros costes directos sanitarios, el tiempo adicional de los

profesionales que intervenían, por lo que si dicha actuación fuera realizada, y asumida, por los farmacéuticos de oficina de farmacia, los parámetros farmacoeconómicos mejorarían sensiblemente y podrían servir para una oferta en la demanda de retribución por la intervención.

Es de destacar nuevamente, que existen bastantes intervenciones sobre pacientes, en distintas patologías, en donde se ponen como objetivos muchos de los que los farmacéuticos ejercen en sus intervenciones, obteniendo buenos resultados en las mismas, y con el valor adicional de analizarlas con rigor.

(2) Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein L, Miranda J, Meredith L, et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression. Results of a randomized controlled trial. JAMA 2001,286:1.325-30.

Dispepsia y *Helicobacter pylori*

Ya hace tiempo que se descubrió la relación entre el *Helicobacter pylori* y las alteraciones gastrointestinales del tipo del úlcus péptico o la dispepsia. Igualmente se ha analizado profusamente las indicaciones de la conveniencia del diagnóstico preciso de tales entidades patológicas antes de proceder a la prescripción de los fármacos necesarios.

Una cuestión que los autores (3) analizan es si la realización de test y endoscopias en las dispepsias de más de cuatro semanas de duración presentan mejores resultados farmacoeconómicos o no que el cuidado habitual. En el intento de solucionar dicho problema, 478 pacientes con dispepsia de más de un mes de duración, definida como dolor epigástrico o ardor de estómago con o sin náuseas se distribuyeron en dos grupos. En el primero, se sometió a sus integrantes a un test y endoscopia posterior si el test era positivo; si el resultado era negativo, se administraban empíricamente medicamentos supresores de la secreción ácida. En el otro grupo que actuaba como control, se realizaba un cuidado habitual.

Se midieron los síntomas de la dispepsia y se pasó un cuestionario de calidad de vida a los pacientes, al finalizar el tiempo del estudio. También se evaluaron los costes asociados con el manejo de la dispepsia. Los resultados obtenidos muestran una reducción de los síntomas y un incremento en la calidad de vida de los dos grupos, no observándose diferencias significativas en las magnitudes comprobadas (Tabla 3). Sin embargo, los costes fueron notablemente superiores en el grupo de diagnóstico previa.

Resultados a 18 meses	Cambio medio sobre los datos base	
	Grupo de intervención	Grupo control
Sintomatología	3,8	3,5
Calidad de vida:		
- Dolor	16,9	14,3
- Función social	9,6	10,3
- Emoción	5,4	7,2

Tabla 3

Los autores concluyen que la realización de un test previo seguido de endoscopia, si es preciso, mejora los resultados clínicos pero aumenta notablemente el consumo de recursos sanitarios, con lo que el resultado farmacoeconómico no es bueno. Si las condiciones cambian, como por ejemplo la incidencia de *H. pylori*, los parámetros farmacoeconómicos pueden cambiar hasta el punto de cambiar el signo de los mismos. Esto implica que la efectividad, así como la eficiencia, del resultado obtenido depende del escenario en el que se actúe, no siendo igual cuando las condiciones cambian.

La aplicación que puede derivarse de ello en el campo de la Atención Farmacéutica, es que la evaluación de diferentes escenarios dentro de un mismo campo de actuación, por ejemplo seleccionando un subgrupo de pacientes dentro de la intervención en la hipertensión arterial, puede mejorar muy notablemente los resultados, e incluso revertir los mismos obtenidos a nivel general.

(3) Delaney B, Wilson S, Roalfe A, Roberts L, Redman V, Wearn A, Hobbs F. Randomised controlled trial of *Helicobacter pylori* testing and endoscopy for dyspepsia in primary care. *BMJ* 2001;322(7291):898-901.