

OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: ESTIMACIÓN DE SU INFLUENCIA SOBRE LOS COSTES DIRECTOS E INDIRECTOS DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Janés M¹, Domínguez J¹, Paz S², Lizán L²
¹Almirall SA, Barcelona ²Outcomes'10, Castellón

Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en el mundo¹.

El infradiagnóstico, el tratamiento incorrecto, la utilización de fármacos no administrados conforme a las recomendaciones clínicas o las deficiencias en la técnica de inhalación son las principales causas del manejo deficiente y los pobres resultados clínicos alcanzados en la EPOC².

Las exacerbaciones son el factor con mayor impacto en la evaluación de la enfermedad y influyen tanto en la calidad de la vida relacionada con la salud del paciente como en el uso de recursos y los costes sanitarios asociados^{3,4}.

Objetivo

Estimar la variación en costes directos e indirectos que se produciría como consecuencia de un diagnóstico precoz y de una ralentización de la progresión de la enfermedad al optimizar el tratamiento farmacológico.

Material y métodos

El estudio comprendió dos fases:

1. Revisión sistemática de la literatura

Se consultaron fuentes electrónicas (MedLine/PubMed, Cochrane Library, ISI WOK, MEDES, IBECs, CSIC, Google Académico) para recopilar y sintetizar la información disponible, nacional e internacional, publicada entre 2002-2012, sobre el uso de recursos y costes directos e indirectos atribuibles al manejo de la EPOC.

2. Estimación de los costes directos e indirectos asociados al diagnóstico precoz y la ralentización de la progresión de la EPOC desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) español

Basado en los datos epidemiológicos disponibles y los identificados en la literatura, se realizó una estimación de los costes directos e indirectos asociados a la EPOC en España y una estimación de esos mismos costes como consecuencia de situaciones hipotéticas orientadas a simular la implementación de algunas de las recomendaciones de la Estrategia en EPOC del SNS (2009):

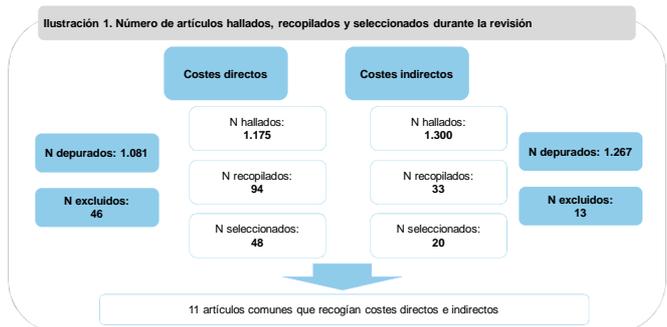
- **Diagnóstico precoz** de la EPOC, mediante la realización de espirometrías al 1% de la población no diagnosticada;
- **Optimización del tratamiento**, al reducir en un 1% la progresión del estadio leve al moderado y del estadio moderado al grave.

Posteriormente se calculó la diferencia en costes de ambas situaciones (actual e hipotética). Todos los costes se actualizaron a Euros, 2012.

Resultados

1. Revisión sistemática de la literatura

Se identificaron un total de 2.475 artículos, de los cuales, se seleccionaron **68 artículos** para su revisión. La mayoría (n=37) de las publicaciones se referían a costes directos, 9 a costes indirectos y 11 incluían datos referidos a ambos costes (Ilustración 1).



Costes directos e indirectos asociados a la EPOC en España

- Se observó una **escasez de datos sobre costes indirectos y una elevada heterogeneidad en los costes directos estimados**, variando en función del país, diseño del estudio, perfil de la población considerado y tipo de recursos sanitarios incluidos.
- El coste medio total anual por paciente en España es superior respecto a estimaciones de otros países europeos, debido fundamentalmente a una tasa mayor de hospitalizaciones^{1,5}.
- El coste de la EPOC aumenta con la progresión de la enfermedad, siendo el coste medio anual del paciente con EPOC grave 3 veces superior al coste del paciente con EPOC moderada y 7 veces superior al coste del paciente con EPOC leve^{5,6}.
- En España, el **coste directo medio anual de la EPOC se estima entre 301€ y 4226€**⁵⁻¹⁰ observándose una gran variabilidad entre estudios (Tabla 1).
- El **coste indirecto por paciente asociado a bajas laborales se estima entre 76€-87€ y 392€** según el estudio consultado (Tabla 1)⁹.

Infradiagnóstico

- La mayoría de los pacientes con EPOC se diagnostican en estadio moderado y grave de la enfermedad, con lo que los tratamientos se indican tardíamente¹¹.

Tabla 1. Costes directos e indirectos de la EPOC en España identificados en la revisión sistemática.

Autor, año	Ámbito	Población	Coste directo medio anual por paciente (€, 2012)	Coste indirecto medio anual por paciente (€, 2012)
Masa et al., 2004 ⁸	EPOC estable seguida en AP	n=10.711; g=11%, m=53%, l=36%; varones=75,6%; edad =64,1±9,7	301	SD
Medina Gallardo et al., 2005 ⁷	neumología, pacientes derivados de AP	n=303; g=29%, m=35%, l=36%; edad =67,7±8,6	998	SD
García Ruiz et al., 2004 ⁸	AP y consulta extra-hospitalaria de neumología	n=560; g=10%, m=39%, l=43%; varones=77,9%; edad =67,7±9,4	2.169,10	SD
De Miguel Díez et al., 2008 ⁹	AP	n=363; g=22%, m=40%, l=38%; varones=77,9%; edad =57,9±8,40	2.435,93	mujeres: 76€ (IC 95%: 63,77-88,73); varones: 87€ (79,40-95,51)
Izquierdo Alonso et al., 2004 ¹⁰	AP	n=168; g=36%, m=34%, l=30%; varones=83,9%; edad =67,5±8,8	2.890	SD
Izquierdo, 2003 ⁵	Cualquiera	n=402; g=32%, m=45%, l=18%; varones=77,4%; edad =67,5±8,8	4.266	392

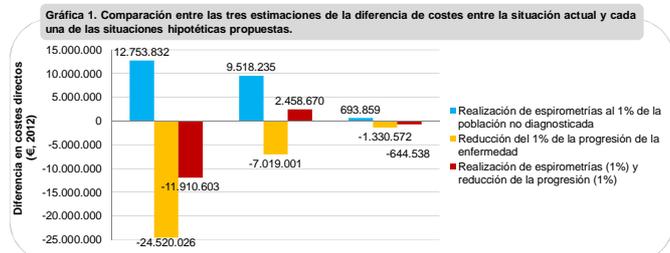
AP: atención primaria; g: grave, m: moderado, l: leve; edad (mediadesviación estándar); SD: sin datos.

Adherencia del profesional a las recomendaciones

- El 78,7% de los pacientes con EPOC en estadio leve y el 54% de los pacientes en estadio moderado reciben tratamiento farmacológico que no se ajusta a las recomendaciones de Guías de Práctica Clínica disponibles¹⁰.
- Se estima que el seguimiento correcto de las guías GOLD permitirían evitar unos costes medios anuales por paciente en promedio del 16%, siendo del 13% en paciente en estadio leve y moderado y alcanzando el 19% en pacientes en el estadio grave¹².

2. Estimación de los costes directos e indirectos asociados al diagnóstico precoz y la ralentización de la progresión de la EPOC desde la perspectiva del SNS español

Con el fin de cubrir el rango de variación de **costes directos** de los estudios españoles identificados en la revisión sistemática, se seleccionaron los estudios de Masa et al., 2004⁸ (costes más bajos), Izquierdo Alonso et al., 2004¹⁰ (costes intermedios) e Izquierdo, 2003⁵ (fuente de referencia) para la realización de la estimación de los costes directos (Gráfica 1).



- Realizar espirometrías al 1% de la población con EPOC no diagnosticada, con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz, implicaría un coste directo adicional anual de entre 693.859€ y 12.753.832€; evitar que un 1% de pacientes con EPOC diagnosticada progresen al estadio de gravedad siguiente (de leve a moderado y de moderado a grave), supondría unos costes evitables de entre 1.330.572€ y 24.520.026€ anuales.
- La **realización de espirometrías al 1% de la población no diagnosticada junto con la reducción de la progresión de la patología en el 1% de los pacientes implicaría unos costes evitables de 644.538€ y 11.910.603€.**

Para la realización de la estimación de los **costes indirectos** se seleccionó el único estudio español identificado que incluía datos de costes indirectos por estadio: Izquierdo (2003)⁵.

- El coste indirecto adicional generado por el aumento en el número de pacientes diagnosticados (1.477.279€), se vería compensado por los costes indirectos potencialmente evitados al reducir la progresión de la enfermedad (2.411.097€).

Limitaciones

La falta de estimaciones de costes indirectos asociados a la EPOC y la heterogeneidad encontradas en las estimaciones costes directos, junto con el año de publicación de los estudios, previo al año 2008, son las principales limitaciones del estudio. Sin embargo, los resultados del estudio permiten describir la influencia que pueden tener la implantación de mejoras en el manejo de la EPOC sobre los costes directos e indirectos asociados a la patología.

Conclusiones

La **implementación de medidas, en línea a la Estrategia en EPOC del SNS (2009), que permitan un diagnóstico precoz y ralenticen la progresión de la enfermedad gracias a la adecuación del tratamiento a las recomendaciones vigentes, contribuiría a la mejora en el manejo de los pacientes con EPOC. Asimismo, estas estrategias tendrían un efecto significativo de reducción de costes directos e indirectos para el SNS.**

Bibliografía

1. Wouters EF. Respir Med 2003;97:3-14; 2. Llauger Rosselló MA y Naberan Toña K. Aten Primaria 2003;32:306-10; 3. Anzueto A. Eur Respir Rev 2010;19(116):113-8; 4. Soler Cataluña JJ et al. Arch Bronconeumol 2010;11:12-9; 5. Izquierdo JL. Respir Med 2003;97:61-9; 6. Masa JF et al. Arch Bronconeumol 2004;40:72-9; 7. Medina Gallardo JF et al. Neumol 2005;17(4):232-7; 8. García Ruiz AJ et al. Rev Esp Econ Salud 2003;2(3):175-81; 9. De Miguel Díez J et al. Int J Chron Obstruc Pulmon Dis 2008;3:701-12; 10. Izquierdo-Alonso JL y de Miguel-Díez J. COPD 2004;12:15-23; 11. Jansson SA et al. COPD 2005;2:427-34; 12. Miravittes M et al. Respir Med 2009;103:714-21.