

CARGA ECONÓMICA DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LA UNIÓN EUROPEA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Cristina Prada¹, Marta Comellas¹, Carles Blanch², Luis Lizán¹

¹Outcomes'10, Universidad Jaime I, Castellón, Spain; ²Novartis, Barcelona, Spain

INTRODUCCIÓN

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral, generando, a largo plazo, una pérdida de flexibilidad de la columna, quedándose rígida y fusionada¹.

La EA aparece habitualmente entre los 20 y 30 años de edad¹, por lo que se asocia a una elevada carga económica y social, principalmente debido al elevado uso de recursos que requieren estos pacientes y a la pérdida de productividad laboral que conlleva.

OBJETIVOS

Determinar los costes directos e indirectos asociados a la espondilitis anquilosante en la Unión Europea (UE) de acuerdo con la literatura publicada.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Se llevó a cabo una revisión sistemática de los artículos publicados hasta mayo de 2015 en las bases de datos internacionales: PubMed, Cochrane Library, ISI WOK, DARE, NHSEED, HTA, EconLit; y en fuentes de la literatura gris: Google Académico.
- Se seleccionaron artículos originales y revisiones sistemáticas referentes a los costes directos (CD) o indirectos (CI) de la EA en la UE publicados en inglés o español.
- Se excluyeron estudios asociados a principios activos e intervenciones concretas, así como aquellas publicaciones en formato de editorial, cartas al editor, comunicaciones a congresos y revisiones no sistemáticas.
- Los costes se actualizaron a € (España), 2015 mediante la herramienta 'CCEMG – EPPI-Centre Cost Converter'².
- La calidad metodológica de los trabajos seleccionados se evaluó empleando los niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación del *Oxford Center for Evidence-Based Medicine* (CEBM)³.

RESULTADOS

Características de las publicaciones revisadas

- Inicialmente se recuperaron un total de 799 títulos potencialmente relevantes. Finalmente, tras la aplicación de los criterios de selección se revisaron un total de **10 publicaciones** (Figura 1).

Figura 1. Flujo de selección de los artículos



- Se revisaron 7 estudios observacionales (n=5 transversales, n=2 retrospectivos), 2 revisiones sistemáticas y un coste-efectividad. El 50% proporcionaban datos de costes desde la perspectiva del paciente, el 30% social y el 20% del financiador (Tabla 1).

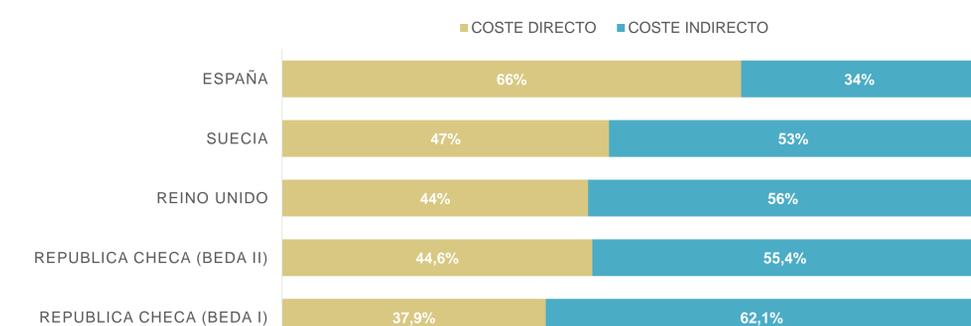
Tabla 1. Características de las publicaciones revisadas

Autor (año)	País	Diseño	C.D.	C.I.	Perspectiva	N.E.
Haglund et al (2015) ⁴	Suecia	Transversal		✓	Paciente	2c
Tsifetaki et al (2015) ⁵	Grecia	Retrospectivo	✓		Financiador	4
Kruntorádová et al (2014) ⁶	Rep. Checa	Transversal		✓	Paciente	2c
Petříková et al (2013) ⁷	Rep. Checa	Transversal	✓	✓	Social/Financiador	4
Van der Burg et al (2012) ⁸	-	Revisión Sistemática		✓	Paciente	3c
Palla et al (2012) ⁹	-	Revisión Sistemática	✓	✓	Financiador/Paciente/Social	4
Healey et al (2011) ¹⁰	Reino Unido	Transversal		✓	Paciente	2c
Tran Duy et al (2011) ¹¹	Países Bajos	Modelo CE	✓	✓	Social	3b
Zink et al (2006) ¹²	Alemania	Retrospectivo	✓		Financiador	4
Boonen et al (2001) ¹³	Países Bajos	Transversal		✓	Paciente	2c

Carga económica de la EA desde la perspectiva social

- En la mayoría de los países de la UE el principal componente del coste total fue el coste indirecto (53%⁴ - 62%⁷), situándose el coste directo entre el 38%⁷ y el 47%⁴. En España el coste indirecto representó el 34%⁹ del coste total. (Figura 2).

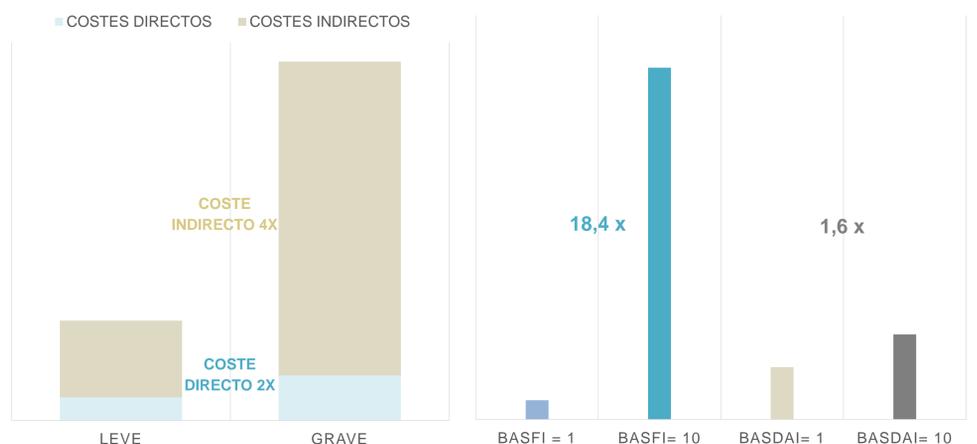
Figura 2. Componentes del coste total



Factores predictores de los costes

- La gravedad de la enfermedad se identificó como el principal factor predictor de los costes. Así la gravedad de la enfermedad podía incrementar hasta 2 y 4 veces el coste directo e indirecto, respectivamente⁹ (Figura 3). Asimismo, los costes podían aumentar 18,4 veces de un paciente con BASFI=1 (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*) a BASFI=10 y 1,6 veces de un paciente con BASDAI=1 (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) a BASDAI=10⁹ (Figura 4).

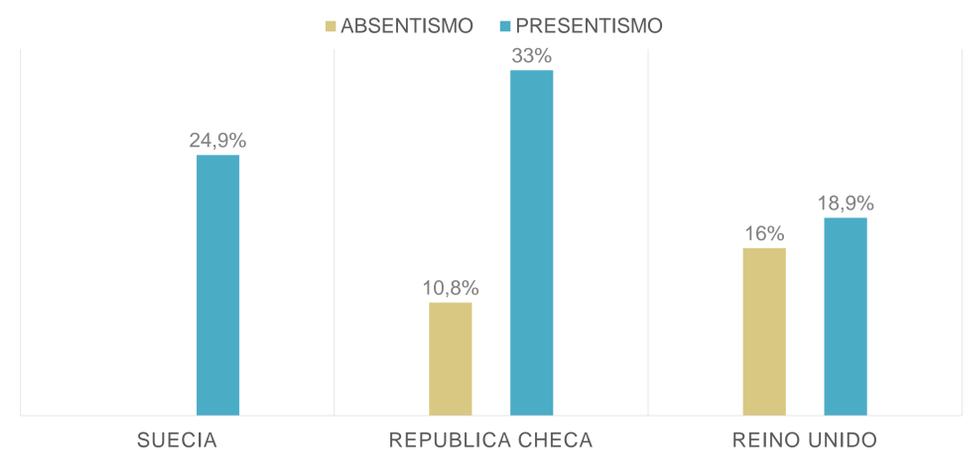
Figura 3. Incremento del coste en función de la gravedad de la enfermedad. Figura 4. Incremento del coste en función de la gravedad de la enfermedad.



Pérdida de productividad laboral en el paciente con EA: absentismo y presentismo

- La mitad de los artículos revisados proporcionaban datos de los costes indirectos, poniendo de manifiesto la elevada carga económica que representa la pérdida de productividad en los pacientes con EA.
- Si bien existía cierta heterogeneidad en los datos, en los distintos países europeos, el absentismo laboral se situó entre el 11%⁶ y el 16%¹⁰; siendo el presentismo laboral entre el 19%¹⁰ y el 33%⁶ (Figura 5).

Figura 5. Porcentaje de absentismo y presentismo asociado al paciente con EA



Factores predictores del absentismo y presentismo laboral

- La actividad de la enfermedad y la depresión eran factores predictores del absentismo y presentismo laboral. Asimismo, estaba asociado con la ansiedad y se incrementaba con la edad del paciente¹⁰ (Tabla 2).

Tabla 2. Factores predictores del absentismo y presentismo laboral

	Actividad Enfermedad	Depresión	Ansiedad	Edad
Absentismo laboral	OR=3,24	OR=3,22	-	-
Presentismo laboral	OR=3,97	OR=5,69	OR=3,90	OR=1,04 (por año)

CONCLUSIONES

El coste indirecto representa la mayor proporción del coste de la EA; siendo éste superior en aquellos pacientes con una mayor actividad y gravedad de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Carette S et al. *Arthritis Rheum.* 1983;26(2):186-90;
- <http://epi.ioe.ac.uk/cost-conversion/default.aspx>;
- <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>;
- Haglund E et al. *J Occup Rehabil.* 2015; 25(2), 288-295.;
- Tsifetaki N et al. *J Rheumatol.* 2015; 42(12):2127-33;
- Kruntorádová K et al. *Value Health Regional Issues.* 2014; 4, 100-106;
- Petříková A et al. *Rheumatol Int.* 2013; 33(7), 1813-1819;
- Van der Burg L R et al. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(12):1924-33;
- Palla I et al. *Clin Exp Rheumatol.* 2012; 30(4), S136;
- Healey E L et al. *Scand J Rheumatol.* 2011; 40(1), 34-40;
- Tran-Duy A et al. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(12):2111-8;
- Zink A et al. *J Rheumatol.* 2006; 33(1), 86-90;
- Boonen A et al. *Ann Rheum Dis.* 2001; 60:535-8.