

173- Estimación de los costes evitables en el proceso asistencial de la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica

Francisco J. De Toro Santos¹; Cristina Fernández-Carbadillo²; MJ Castro Ruiz³; M. Vázquez Díaz⁴; Miguel Ángel Máñez⁵; Maria Soler Martínez⁶; Susana Aceituno Mata⁶; Carles Blanch⁷

1. Servicio Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña; 2. Servicio Reumatología. Hospital Universitario de San Juan. Alicante; 3. Subdirectora de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; 4. Servicio Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; 5. Economista. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares; 6. Economía de la Salud. Outcomes'10 S.L.U., Castellón de la plana.; 7. Health Economics. Novartis Farmacéutica S.A., Barcelona.

INTRODUCCIÓN

- La espondiloartritis axial (EspAax) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades reumáticas inflamatorias y crónicas, que se asocian con un gran impacto socioeconómico¹ y representan aproximadamente un 13% de los pacientes en los servicios de reumatología españoles².
- Para ambas patologías, el proceso asistencial se enfrenta a diversos retos, entre ellos el diagnóstico tardío^{3,4} y la elevada carga asistencial, que dificultan el seguimiento óptimo⁵.
- Este proceso puede ser ineficiente y suponer costes sanitarios relevantes que podrían ser evitados con mejoras en el proceso asistencial actual.

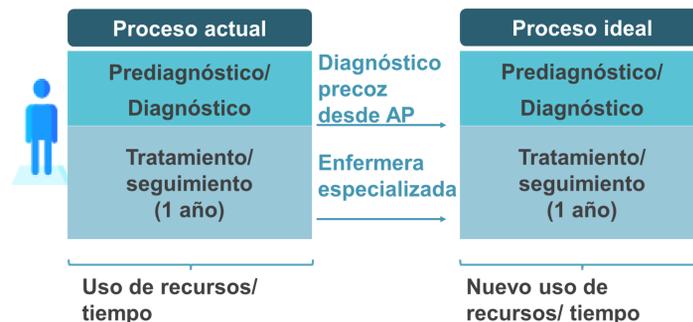
OBJETIVO

- El objetivo fue estimar los costes evitables en el proceso asistencial actual de la EspAax y la APs, en caso de implementar determinadas mejoras que abordaran las ineficiencias, desde la perspectiva del sistema nacional de salud (SNS) español.

MÉTODOS

- Se realizó un análisis comparativo del uso de recursos y costes del proceso asistencial actual frente a un proceso asistencial ideal, construido en base a potenciales mejoras sobre el proceso actual (Figura 1).
- Se consideraron como mejoras el diagnóstico precoz desde atención primaria, un abordaje estandarizado y multidisciplinar, y la incorporación de enfermería especializada en reumatología entre otras, y se estimó como su implementación podrían impactar en cada fase del proceso (Figura 1).

Figura 1. Descripción del análisis



AP: atención primaria

- El uso de recursos para ambos procesos se extrajo de la literatura y de un panel multidisciplinar de 5 expertos⁶.
- Se incluyeron costes directos sanitarios (visitas a atención primaria, urgencias, enfermería, otros especialistas, pruebas de laboratorio y de imagen). Los costes unitarios (€, 2021) se extrajeron de bases de datos oficiales⁷.

REFERENCIAS

1. SER. ESPOGUA 2018. [Consultado: Enero 2022]. Disponible en: <https://www.ser.es/espoguia/>; 2. Carballido CF (Grupo ESPeranza). Reumatol Clin. 2010; 6(1):6-10; 3. Miranda MD, et al. REGISPONSER. Reumatol Clin. 2008;4:48-55.; 4. Instituto Max Weber. Atlas 2017. [Consultado: Marzo 2022]. Disponible en: https://espondiloartritisaxial.org/atlas/img/AtlasEA_2017_v5-C.pdf; 5. Jovani et al. emARII study. Reumatol Clin. 2012; 8(3):114-9; 6. Panel de expertos. 2021; 7. eSalud. [Consultado: Enero 2022]. Disponible en: <http://esalud.oblikue.com/>

RESULTADOS

Espondiloartritis axial

- Un diagnóstico precoz de la enfermedad, desde atención primaria, en 8,4 meses frente a un retraso de 6,5 años podría evitar por paciente:
 - Una media de 3,2 visitas a urgencias y una media de 10,1 derivaciones erróneas a otros especialistas antes del diagnóstico (Tabla 1).
 - Una media de 4,5 pruebas de laboratorio y 4,4 pruebas de imagen (Tabla 1).

Tabla 1. Uso de recursos en el proceso actual e ideal de la EspAax: pre- y diagnóstico

	Actual	Ideal	Diferencia
Tiempo hasta el diagnóstico (años) ^{4,6}	6,5	0,7	-5,8
Visitas a atención primaria ^{4,6}	2,6	2,0	-0,6
Visitas al reumatólogo ^{4,6}	2,0	2,0	0,0
Visitas otros especialistas ^{*4,6}	10,1	0,0	-10,1
Visitas a urgencias ⁶	3,2	0,0	-3,2
Pruebas de laboratorio ^{**4,6}	6,5	2,0	-4,5
Pruebas de imagen ^{***4,6}	6,4	2,0	-4,4

* Incluye derivaciones erróneas al traumatólogo, fisioterapeuta, oftalmólogo, gastroenterólogo y otros; ** Incluye bioquímica completa y prueba de HLA-B27; Incluye radiografías y resonancias magnéticas

Con un diagnóstico precoz podrían evitarse una media de 3.189 €/paciente, suponiendo una reducción del 67,5% del coste actual del diagnóstico de la EspAax.

- Durante el seguimiento, un abordaje estandarizado permitiría tomar un papel más relevante a enfermería y evitar una media de 3,3 visitas presenciales a reumatología y una media de 10 pruebas por paciente/año (Tabla 2).

Tabla 2. Uso de recursos en el proceso actual e ideal de la EspAax: seguimiento (1 año)

	Actual	Ideal	Diferencia
Visitas presenciales reumatólogo ^{4,6}	4,3	1,0	-3,3
Visitas telefónicas reumatólogo ^{4,6}	0,0	1,0	1,0
Visitas presenciales enfermería ^{*6}	3,0	1,0	-2,0
Visitas telefónicas enfermería ^{*6}	0,0	1,0	1,0
Visitas a urgencias ^{4,6}	4,3	0,0	-4,3
Hospitalizaciones ^{4,6}	2,0	0,0	-2,0
Pruebas de laboratorio ^{**4,6}	7,1	5,5	-1,6
Pruebas de imagen ^{***4,6}	9,3	1,0	-8,3

* No se incluyen las visitas por administración del fármaco; ** Incluye pruebas de bioquímica; *** Incluye radiografías, resonancias magnéticas, ecografías y tomografía computarizada.

Con un abordaje estandarizado y un papel más relevante de enfermería, podrían evitarse una media de 5.586 €/paciente/año en el seguimiento de la EspAax, suponiendo una reducción del 83,9% respecto al proceso actual.

Artritis psoriásica

- Un diagnóstico precoz de la doble patología, desde atención primaria, en 3,5 meses frente a un retraso de 1,3 años podría evitar por paciente:
 - Una media de 3,1 visitas a urgencias y una media de 5,1 derivaciones erróneas a otros especialistas antes del diagnóstico (Tabla 3).
 - Una media de 2,4 pruebas de laboratorio y 4,1 pruebas de imagen (Tabla 3).

Tabla 3. Uso de recursos en el proceso actual e ideal de la APs: pre y diagnóstico

	Actual	Ideal	Diferencia
Tiempo hasta el diagnóstico (años) ⁶	1,3	0,3	-1,0
Visitas a atención primaria ⁶	3,8	2,0	-1,8
Visitas al reumatólogo ⁶	2,3	1,0	-1,3
Visitas atención multidisciplinar ⁶	0,0	2,0	2,0
Visitas otros especialistas ^{*6}	5,1	0,0	-5,1
Visitas a urgencias ⁶	3,1	0,0	-3,1
Pruebas de laboratorio ^{**6}	5,4	3,0	-2,4
Pruebas de imagen ^{***6}	5,1	1,0	-4,1

* Incluye derivaciones erróneas al oftalmólogo, dermatólogo y otros; ** Incluye bioquímica completa, pruebas HLA-B27 y HLA-CW6 y biopsia de piel; Incluye radiografías, resonancias magnéticas y ecografías.

Con un diagnóstico precoz podrían evitarse una media de 2.174 €/paciente, suponiendo una reducción del 70,7% del coste actual del diagnóstico de la APs.

- En el seguimiento, un abordaje estandarizado y multidisciplinar, y que permitiera tomar un papel más relevante a enfermería podría evitar una media de 1,8 visitas presenciales a reumatología/ 1,5 al dermatología y 2,5 pruebas por paciente/año (Tabla 4).

Tabla 4. Uso de recursos en el proceso actual e ideal de la APs: seguimiento (1 año)

	Actual	Ideal	Diferencia
Visitas reumatólogo ⁶	3,8	1,0	-2,8
Visitas dermatólogo ⁶	2,5	0,0	-2,5
Visitas atención multidisciplinar ⁶	0,0	1,0	1,0
Visitas enfermería ^{*6}	2,3	1,0	-1,3
Visitas telefónicas enfermería ^{*6}	0,0	1,0	1,0
Visitas a urgencias ⁶	0,8	0,0	-0,8
Hospitalizaciones ⁶	0,3	0,0	-0,3
Pruebas de laboratorio ^{**6}	4,5	4,0	-0,5
Pruebas de imagen ^{***6}	2,6	0,6	-2,0

* No se incluyen las visitas por administración del fármaco; ** Incluye pruebas de bioquímica; *** Incluye radiografías, resonancias magnéticas y ecografías.

Con un abordaje estandarizado, consultas multidisciplinarias y un papel más relevante de enfermería, podrían evitarse una media de 1.363 €/paciente/año en el seguimiento de la APs, suponiendo una reducción del 57,7% respecto al proceso actual.

CONCLUSIONES

La implementación de mejoras en el proceso asistencial de la EspAax o la APs, especialmente en el diagnóstico y seguimiento, podría reducir el uso de recursos y costes sanitarios desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español.