

SITUACIONES CLÍNICAS

Gonartrosis: impacto económico en atención primaria

J.C. Vidal Lorenzo* y M. Acasuso Díaz

Centro de Atención Primaria CAP San Xosé, A Coruña, España

Recibido el 20 de marzo de 2009; aceptado el 19 de diciembre de 2009
Disponible en Internet el 1 de junio de 2010

PALABRAS CLAVE

Gasto;
Gonartrosis;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Conocer el gasto médico generado por la gonartrosis en atención primaria en nuestro medio, referido a consultas, pruebas complementarias e incapacidad laboral de tipo transitorio (IT).

Pacientes y método: Estudio descriptivo transversal en un CAP urbano en el año 2007, sobre una muestra de 206 pacientes diagnosticados de gonartrosis según los criterios del ACR.

Los costes directos médicos se estimaron de acuerdo con el valor económico asignado a los servicios sanitarios en el DOG (Diario Oficial de Galicia), y las tarifas de la Sociedad Española de Biopatología Clínica. Los costes indirectos se estimaron mediante el método del capital humano, considerando como costes los salarios correspondientes a los días de trabajo perdidos.

Resultados: El número total anual de consultas, analíticas y radiografías fue de 1.003, 285 y 564 respectivamente. El total días en situación de IT al año fue de 2.675. El gasto medio «paciente/año» por consultas, analíticas y radiografías fue de 129,02 € (DE: 108), 18,59 € y 75,51 € (DE: 23), respectivamente. Los gastos generados por IT ascendieron a 577,85 € (DE: 2.750) por paciente y año.

Conclusiones: El mayor gasto correspondió a la IT que representó casi las 3/4 partes del gasto anual por gonartrosis.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cost;
Knee osteoarthritis;
Primary care

Osteoarthritis of the knee: economic impact in primary care

Abstract

Objective: To know the medical cost generated by osteoarthritis (OA) of the knee in Primary Care in reference to clinical visits, complementary tests and temporary work disability.

Patients and methods: A cross-sectional, descriptive study of 206 patients in an urban Primary Care Center in the year 2007 diagnosed of OA according to the American College of Rheumatology (ACR) classification.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosvidalor@mundo-r.com (J.C. Vidal Lorenzo).

Direct medical costs were calculated according the list of prices assigned to the health care services by the Galician Health Administration and Spanish Society of Clinical Biopathology. Indirect costs were calculated using the human capital method, considering costs as the wages corresponding to the lost work days.

Results: The total annual number of clinical visits, laboratory tests and X-rays was 1003, 285 and 564, respectively. Total days lost by temporary work disabilities were 2675 days/year. Average cost "patient/year" due to clinical visits, laboratory tests and X-rays was 129.02 € (SD: 108), 18.59 € and 75.51 € (SD: 23), respectively. Cost due to job absences was 577.85 € patient/year (SD: 2750).

Conclusions: The greatest cost corresponded to temporary work disabilities, this representing almost 3/4th of the total annual cost.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La causa más frecuente de rodilla dolorosa a partir de los 50 años es la gonartrosis (GN) u osteoartritis de rodilla (OA), terminología de los anglosajones. Se trata de una enfermedad degenerativa articular cuyos principales factores responsables son la longevidad, la genética y la obesidad¹⁻⁴ y que se presenta desde el punto de vista clínico con síntomas de dolor, restricción funcional y deformidad, fenómenos que conducen con el tiempo a la aparición de incapacidad laboral⁵ temporal (IT) o definitiva. En las consultas de reumatología, la GN representa la consulta de mayor prevalencia, seguida de los reumatismos de partes blandas, siendo una de las causas más frecuentes de invalidez permanente^{6,7} al menos de índole laboral.

Debido al envejecimiento de la población y a su alta prevalencia la artrosis se puede considerar como un verdadero problema de salud pública. Así, algunos estudios cifran esta prevalencia hasta en un 30% en los mayores de 65

años, siendo casi el doble en mujeres que en hombres⁸. Igualmente, genera un gran consumo de recursos en cuanto a costes directos (médicos y no médicos), indirectos (derivados de la incapacidad laboral) y los intangibles o derivados de la pérdida de la capacidad funcional, física, mental y de calidad de vida.

Dado que los recursos disponibles resultan limitados, es necesario diseñar estrategias para un uso eficiente en la gestión de los mismos. En este aspecto, el objetivo principal del estudio sería conocer el gasto médico generado por la GN en nuestro medio en cuanto a lo que concierne a consultas, pruebas complementarias (radiografías y analíticas) e incapacidad laboral.

Pacientes y método

Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de atención primaria urbano, en el año 2007. Sobre una base

Tabla 1 Criterios del ACR «American College of Rheumatology» para la clasificación de la Gonartrosis*

Criterios para la clasificación y publicación de la osteoartritis del ACR(1991). Criterios para la clasificación de Artrosis (OA) de Rodilla

<i>Clínicos y laboratorio</i>	<i>Clínicos y radiológicos</i>	<i>Clínicos</i>
<i>Dolor de rodilla + al menos 5 de 9</i>	<i>Dolor de rodilla + Osteofitos</i>	<i>Dolor de rodilla + al menos 3 de 6</i>
<i>Y al menos 1 de 3</i>		
<i>Edad > 50 años</i>	<i>Edad > 50 años</i>	<i>Edad > 50 años</i>
<i>Rigidez < 30 min</i>	<i>Rigidez < 30 min</i>	<i>Rigidez < 30 min</i>
<i>Crujidos</i>	<i>Crujidos</i>	<i>Crujidos</i>
<i>Sensibilidad ósea</i>		<i>Sensibilidad ósea</i>
<i>Crecimiento óseo</i>		<i>Crecimiento óseo</i>
<i>Calor local ausente</i>		<i>Calor local ausente</i>
<i>VSG < 40 mm hora</i>		
<i>FR-Látex < 1/40</i>		
<i>Líquido sinovial (LS típico de GN)</i>		
<i>92% sensibilidad</i>	<i>91% sensibilidad</i>	<i>95% sensibilidad</i>
<i>75% especificidad</i>	<i>86% especificidad</i>	<i>69% especificidad</i>

FR-Látex: factor reumatoide látex; LS-GN: líquido sinovial típico de Gonartrosis: claro, viscoso o Leucocitos < 2.000 mm³; VSG: velocidad de sedimentación globular (Westergreen).

*El ACR elige criterios clínicos o clínico—radiológicos para la clasificación de la GN, pero sólo son criterios de clasificación diagnóstica para estudios epidemiológicos (no deben de utilizarse para el diagnóstico clínico de la enfermedad).

poblacional de 1.784 individuos de ambos sexos, se seleccionaron 206 pacientes de 40 o más años de edad, con diagnóstico de artrosis de rodilla según los criterios diagnósticos propuestos por el ACR⁹ (tabla 1), a partir de la base de datos del programa OMI-AP. Para un nivel de confianza del 95%, el tamaño muestral usado se correspondería con un índice de seguridad de 4. Se contabilizaron el total del número de consultas, analíticas, radiografías, y los días perdidos por incapacidad laboral. Luego se calcularon los costes médicos generados por todos estos conceptos.

Los costes directos médicos se estimaron de acuerdo con el valor económico asignado a los servicios sanitarios en el DOG (Diario Oficial de Galicia) Decreto 159/2005 del 2 de junio, y las tarifas de la Sociedad Española de Biopatología Clínica (SEBC) en relación a las pruebas de laboratorio.

La estimación de los costes indirectos (por pérdida de productividad), se realizó mediante el método del capital humano, es decir considerando como costes los salarios correspondientes a los días de trabajo perdidos. La estimación del salario se realizó en virtud de los salarios medios en función de la ocupación facilitados por el Instituto Nacional de Empleo del 2006.

Dentro de los costes médicos, se excluyeron las consultas de especialistas en reumatología y traumatología, los gastos secundarios a ingresos hospitalarios, los referidos a los tratamientos farmacológicos sintomáticos y especializados como infiltraciones con corticoides y ácido hialurónico, tratamientos de tipo protésico, tratamientos no farmacológicos como la fitoterapia y los derivados de la fisioterapia y rehabilitación. Se excluyeron además los gastos no médicos (transportes, comidas fuera de casa, reformas domiciliarias relacionadas con la enfermedad...) y los gastos intangibles de repercusión funcional física, mental y de calidad de vida.

Resultados

La edad media de los 206 pacientes seleccionados fue de 70,50 años (DE: $\pm 10,764$), siendo los mayores de 75 años el 75% del total. El 74% de la muestra eran mujeres y el 26% hombres, siendo la prevalencia general hallada del 11,55%.

El 70,27% de la muestra (IC95%:63,97–76,57) presentaba un IMC > 27, y los que tenían un IMC > 30 suponían el 45,04% del total de la misma (IC95%:38,14–51,94).

La afectación de las rodillas era bilateral en el 65% de los casos y el otro 35% restante se repartía a partes iguales entre la rodilla derecha y la izquierda, 18% y 17% respectivamente.

El número total de consultas al año fue de 1.003. El número total de analíticas realizadas fue de 285 y el número total de radiografías de 564. El total días en situación de IT al año fue de 2.675.

El gasto medio por consulta de AP según los precios de referencia del Servicio Galego de Saúde fue de 26,50 €. Teniendo en cuenta que el total de consultas realizadas por todos los pacientes asciende a 1.003, el gasto total anual ascendió a 26.579,5 €, lo que corresponde a un gasto de 129,02 €/paciente/año (DE: ± 108), representando el 16,1% del gasto total (fig. 1).

El precio medio de una analítica básica fue de 13,44 €. El número de analíticas realizadas en 1 año fue de 285, con lo

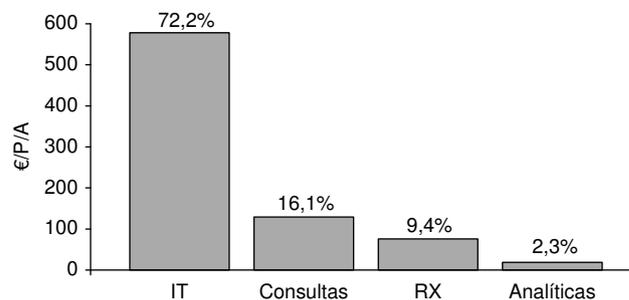


Figura 1 Representa el gasto generado por la gonartrosis en atención primaria, referido a consultas, radiografías, analíticas e incapacidad temporal y el porcentaje que corresponde a cada uno de ellos. €/P/A: Euros /Paciente /Año; RX: radiografías; IT: incapacidad temporal.

que el gasto total generado fue de 3.830,4 €, correspondiendo a 18,59 €/paciente/año, representando el 2,3% del gasto total (fig. 1).

Se derivaron 188 pacientes a consultas de radiología, en las que se realizaron 3 radiografías por paciente: una anteroposterior de las 2 rodillas, una lateral de la rodilla derecha y otra lateral de la rodilla izquierda. En total se realizaron 564 radiografías. Teniendo en cuenta que el coste de referencia por radiografía asciende a 27,58 €, se estimó un coste anual total de 15.555,12 €, que corresponde a 75,51 €/paciente/año (DE: ± 23), representando el 9,4% del gasto total (fig. 1).

El coste salarial por trabajador durante el 2.º trimestre de 2006 en Galicia fue de 1.336 €/mes, correspondiendo un sueldo diario medio de 44,5 €. Los días de baja por incapacidad laboral durante un año fueron 2.675, lo que generó un gasto total de 119.037,5 € anuales. A los pacientes en edad laboral menores de 65 años (27,7%), le correspondería a cada uno un gasto anual por IT de 1.457 € (DE: ± 4.276), y el gasto total por todos los conceptos (IT, consultas, radiografías y analíticas), ascendería a 1.680,12 €/paciente en edad laboral/año. Pero si tenemos en cuenta el total de los 206 pacientes del estudio, le correspondería a cada uno una media por IT de 577,85 €/año (DE: 2.750), representando el 72,2% del gasto total (fig. 1). El gasto total por paciente y año sobre la totalidad de la muestra ascendería a 800,97 €/paciente y año (DE: ± 2.807).

Discusión

Diversos estudios consultados reflejan el gasto generado por la GN. Según el estudio ArtRoCad¹⁰ sobre artrosis de rodilla y cadera, los costes directos suponían el 86% del total, siendo el 47% de estos costes, exclusivamente asistenciales. En otro estudio comparativo del impacto económico de la GN en comparación con la artritis reumatoide¹¹, se concluye que a pesar de ser la artritis reumatoide una enfermedad más severa que la GN, la mayor prevalencia de esta, implicaba un impacto económico global treinta veces superior al de la artritis reumatoide.

En un estudio realizado por Leardini¹² sobre el coste del consumo de recursos sanitarios en el tratamiento de la GN, se pudo comprobar sobre una muestra de 254 pacientes durante 12 meses, que los gastos médicos directos ascendían a 934 € por paciente y año, de los cuales 117 € correspondían a consultas médicas, 92 € a pruebas diagnósticas y de laboratorio y 61 € al gasto por fármacos. Del total de los costes indirectos (1.236 €), 386 € eran debidos a la pérdida de productividad (incapacidad temporal). Comparando estos resultados con los obtenidos en nuestro trabajo, observamos que el gasto total por paciente y año debido a consultas médicas (117 € en el estudio italiano/129,02 € en nuestro estudio), pruebas diagnósticas y de laboratorio (92 € frente a 94,4 €), eran prácticamente similar en ambos. En el caso de los costes por incapacidad, las diferencias observadas podrían estar relacionadas con las diferencias de sueldos que se dan en ambos países junto a la tendencia en nuestro medio de magnificar el dolor y al abuso de las bajas laborales.

En otro estudio realizado por Gupta S¹³, sobre estimación de costes atribuibles a GN en una muestra de 758 pacientes, se obtuvo un coste anual medio por paciente de 10.000 €. De estos, el 80% del total (8.000 €), se correspondían a la pérdida de empleo y a cuidados derivados. En nuestro estudio el coste total generado por IT fue de 1.457 €/paciente/año. Esta diferencia en los costes indirectos, podría ser debida a que la mayoría de estos gastos guardaría relación con los cuidados adicionales de tipo personal, social, familiar, mejoras domiciliarias etc. y que en nuestro estudio no tuvimos en cuenta por ser de difícil cuantificación. El otro 20% del total (2.000 €) se corresponde con los gastos médicos directos como consultas, pruebas diagnósticas, fármacos, fisioterapia etc. y que en nuestro caso resultó ser 223,12 €. Las diferencias en este apartado son debidas a que en nuestro estudio las únicas pruebas de imagen solicitadas en el diagnóstico fueron exclusivamente las radiográficas, no teniendo en cuenta pruebas de imagen más sofisticadas como la RM; además en nuestro estudio no se contempló el gasto en fármacos ni los gastos ocasionados por la fisioterapia, que sí fueron tenidos en cuenta en el estudio canadiense.

Los resultados de nuestro trabajo deben servir para concienciar a la administración sanitaria sobre la problemática social y económica que representa la GN en nuestro medio, sobre todo en lo concerniente a las IT, para así poder incidir más eficazmente en su control, facilitando una recuperación funcional eficaz y poniendo a disposición de los pacientes en edad laboral un mejor acceso a los servicios de fisioterapia y rehabilitación, ya que los pacientes en edad laboral generan 5 veces más gasto que los que no lo están y el doble si los comparamos con el gasto medio de la población total con GN. Además convendría un mayor control de las IT por parte del personal médico y de los organismos sanitarios destinados a este fin.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Toivanen AT, Heliövaara M, Impivaara O, Arokoski JP, Knekt P, Lauren H, et al. Obesity, physically demanding work and traumatic knee injury are major risk factors for knee osteoarthritis—a population-based study with a follow-up of 22 years. *Rheumatology (Oxford)*. 2009.
- Lohmander LS, Gerhardsson de Verdier M, Rollof J, Nilsson PM, Engström G. Incidence of severe knee and hip osteoarthritis in relation to different measures of body mass: a population-based prospective cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:490–6.
- Lecerf JM, Reitz C, de Chasteigner A. Evaluation of discomfort and complications in a population of 18,102 patients overweight or obese patients. *Presse Med*. 2003;32:689–95, French.
- Holmberg S, Thelin A, Thelin N, Scand J. Knee osteoarthritis and body mass index: a population-based case-control study. *Rheumatol*. 2005;34:59–64.
- Batlle-Gualda E. Estudio ARTROCAD: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de estudios preliminares. *Rev Esp De Reumatol*. 2005;32:22–7.
- Tornero Molina J, Atance Martínez JC, Grupell BE. Impacto socioeconómico de la incapacidad temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp De Reumatología*. 1998;25:340–5.
- Tornero Molina J, Fernández Echeverría JA, Vidal Fuentes J. Repercusión socioeconómica de la Invalidez Permanente por enfermedad reumática en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp De Reumatología*. 1998;25:346–51.
- Felson DT, Naimark A, Anderson J, Kazis L, Castelli W, Meenan RF. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum*. 1987;30:914–8.
- Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bolch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology. Criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum*. 1991;34:505–14.
- Batlle-Gualda E, Carmona L, Gavrilá D, Garcia Criado EI, Ruiz Miravalles R, Carbonell Abelló J. Implementación y características de la población del estudio ARTROCAD, una aproximación al consumo de recursos y repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera en atención primaria. *Reumatol Clin*. 2006;2:224–34.
- Kramer JS, Yelin EH, Epstein WV. Social and economic impacts of four musculoskeletal conditions. A study using national community-based data. *Arthritis Rheum*. 1983;26:901–7.
- Leardini G, Salaffi F, Caporali R, Canesi B, Rovati L, Montanelli R, Italian Group for Study of the Costs of Arthritis. Direct and indirect costs of osteoarthritis of the knee. *Clin Exp Rheumatol*. 2004;22:699–706.
- Gupta S, Hawker GA, Laporte A, Croxford R, Coyte PC. The economic burden of disabling hip and knee osteoarthritis (OA) from the perspective of individuals living with this condition. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44:1531–7.