

Análisis farmacoeconómico de la bronquitis crónica

ÁNGEL SANZ GRANDA

Consultor de farmacoeconomía (asanzgranda@jazzfree.com).



Entre el 10 y el 20% de la población, en función de la edad, está afectada de una enfermedad pulmonar crónica. Cada año, los pacientes presentan una media de 3 agudizaciones, lo que se traduce en un importante deterioro de su calidad de vida, así como en un incremento considerable de los costes. Las actuaciones conducentes a la disminución del fracaso del tratamiento de estas agudizaciones suponen unos ahorros de costes muy superiores a los que se traten de obtener mediante actuaciones exclusivamente sobre el precio de los antibióticos.

Hemos visto que el consumo de recursos de cualquier índole en las patologías tratadas por el sistema de salud es muy variado y que el originado por los medicamentos no es, ni con mucho, la mayor partida de las utilizadas, si bien, es la más conocida por lo que los esfuerzos de tipo economicista apuntan indefectiblemente en

dicha dirección. La farmacoeconomía trata de la relación existente entre los costes que origina una acción concreta, como el tratamiento de una determinada enfermedad, frente a los resultados obtenidos.

Simplemente, la relación entre cada grupo de gasto provocado en la implementación de una deter-

minada estrategia terapéutica y el total de recursos consumidos ofrece el porcentaje que corresponde a cada grupo. Es de esa forma como se puede visualizar fácilmente que el apartado de los medicamentos alcanza una cifra que oscila entre el 15 y el 25%. Es decir, en la implementación de una alternativa terapéutica determinada, el coste

correspondiente a todo aquello que no son medicamentos y que por lo tanto no estará comprendido en el tan mal llamado «gasto farmacéutico», estará en el rango del 75 al 85% del total. Y sin embargo, es la partida de los medicamentos la más detalladamente analizada y en la que se focaliza cualquier intento de reducir los costes de la salud.

Cuando se analiza con detenimiento (como es el caso de la evaluación farmacoeconómica) todos los costes que entran a formar parte del mantenimiento o restablecimiento de la salud se percibe claramente que existen muchos conceptos que son, en sí mismos, de mucha mayor relevancia que los citados anteriormente. En periodismo hay una máxima: «Peor que la no información es la mala información»; en farmacoeconomía podría haber otra similar, parafraseando a la primera: «Peor que no tratar es tratar mal». Porque es la falta de éxito terapéutico, es decir, el fracaso terapéutico, uno de los factores más importantes que contribuyen a la carestía de los resultados finales. Es por este motivo que actuando en la disminución de la tasa de fracaso terapéutico se pueden alcanzar unos resultados económicos notablemente superiores a los ejercidos mediante los métodos utilizados en la reducción del precio a pagar por el medicamento.

Farmacoeconomía de la bronquitis crónica

La bronquitis crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son las principales enfermedades pulmonares crónicas en cuanto a utilización de recursos asistenciales en atención primaria. Se debe tener en cuenta que la prevalencia de las EPOC, en personas mayores de 40 años, alcanza hasta un 8-10% de la población, y que si se analiza el segmento de mayores de 65 años, el dato descrito puede elevarse hasta el 20%.

En muchas ocasiones, la agudización o empeoramiento de los síntomas respiratorios fundamentalmente de carácter infeccioso causan una notable alteración del

Tabla 1. Alternativas terapéuticas analizadas, con detalle del coste por día de tratamiento y el uso relativo de cada antibiótico en el estudio

Alternativa terapéutica	Antibiótico	Dosis/día (mg)	Coste/día (pesetas)	Porcentaje de uso
Cefixima	Cefixima	400	470	61,9
Amoxicilina-clavulánico	Amoxicilina-clavulánico	1.500/375	283	15,6
Otros tratamientos	Monocid	1.000	1.822	1,2
	Ciprofloxacino	1.500	1.303	1,5
	Azitromicina	500	1.113	1,5
	Cefuroxima-axetilo	1.000	786	1,5
	Claritromicina	500	474	4,2
	Cefaclor	1.500	423	2,8
	Eritromicina	1.000	171	6,9
	Amoxicilina	1.500	134	2,9

curso de la enfermedad lo que provoca un gran aumento en la utilización de recursos para este tipo de pacientes.

Las agudizaciones de los procesos respiratorios se pueden resolver mediante la implementación de diversas alternativas terapéuticas, todas ellas basadas en la administración de un fármaco antiinfeccioso, más la estrecha monitorización del paciente, pues un 10% de los casos concluyen en el servicio de urgencias de un hospital, lo cual aumenta muy considerablemente el coste total de la enfermedad.

Estudio de costes

Los autores¹ se preguntan acerca de las diferencias farmacoeconómicas existentes con las diferentes alternativas terapéuticas del tratamiento de las agudizaciones de la bronquitis crónica, para lo cual realizan un estudio de cohorte prospectivo tomando muestras de todas las comunidades autónomas con un total de 2.354 pacientes bronquíticos crónicos y realizan sobre ello un análisis coste/efectividad, desde la perspectiva del sistema de atención sanitaria, pues el objetivo es evaluar las variaciones en los recursos consumidos del sistema (medicamentos, consultas médicas ambulatorias, urgencias hospitala-

rias e ingresos hospitalarios) por cada una de las alternativas estudiadas.

Después de considerar los tratamientos habitualmente utilizados en las agudizaciones de la bronquitis crónica, se seleccionó la alternativa Cefixima, y el resto fue incluido en una genérica denominada «otros tratamientos», de la cual se extrajo una tercera alternativa, Amoxicilina-clavulánico, por considerarse ésta de primera elección (tabla 1).

Estudio de resultados

Durante el año anterior al estudio, los pacientes incluidos en el mismo presentaron una media de 3 agudizaciones, y casi el 50% de los mismos requirió atención médica urgente, bien sea de tipo ambulatorio u hospitalario. Una vez en el estudio, el 20% de los pacientes requirió de una consulta médica adicional, y de éstos, un 80% aproximadamente precisó un ingreso hospitalario.

Como es de esperar, cada alternativa terapéutica utilizada no conlleva la misma efectividad, por lo que es preciso evaluar ésta. Los autores lo realizan en función del no requerimiento de atención del sistema sanitario durante los 30 días siguientes al inicio de cada alterna-

Tabla 2. Alternativas terapéuticas, con detalle de las efectividades obtenidas con cada una de ellas

Alternativa terapéutica	Pacientes	Fracasos (%)
Cefixima	1.438	17,5
Otros	885	26,5
Amoxicilina-clavulánico	363	25,6

Tabla 3. Alternativas terapéuticas, con detalle de las efectividades obtenidas con cada una de ellas

Alternativa	Efectividad (%)	Coste (pesetas)	C/E incremental
Cefixima	82,8	14.388	
Otros	73,4	19.775	Alternativa dominada
Amoxicilina-clavulánico	74,4	18.647	Alternativa dominada

*Una alternativa es dominada cuando presenta una menor efectividad y un mayor coste

tiva, por lo que el fracaso terapéutico requirió de nuevas visitas médicas (tabla 2).

Evaluación farmacoeconómica

A la vista de lo expuesto se observa que existen alternativas dominantes, por lo que no se hace preciso el cálculo de parámetro farmacoeconómico alguno. Remarcaremos que una alternativa es dominante respecto de otra cuando la primera presenta una mayor efectividad y un menor coste total (tabla 3).

La colaboración
farmacéutica
en el cumplimiento
terapéutico del paciente
es trascendental, pues
es un factor
determinante para
aumentar el éxito del
tratamiento instaurado

Actuación del farmacéutico

Con los datos elaborados se deduce claramente que las agudizaciones de la bronquitis crónica suponen una causa importante de deterioro de la calidad de vida del paciente. Por otro lado, el tratamiento de dichas agudizaciones, y principalmente el fracaso terapéutico de las mismas, es el factor económico fundamental de la bronquitis crónica. Hay que tener en cuenta que se ha calculado en 57.687 pesetas el coste de cada fracaso, el cual es muy superior al del coste de

adquisición de los antibióticos de cualquier alternativa terapéutica, el cual oscila entre 1.343 pesetas para amoxicilina y 13.030 pesetas para ciprofloxacino.

Entonces, la colaboración farmacéutica en la correcta elección del antibiótico a utilizar, mediante la intervención en el diseño de protocolos de actuación terapéutica, puede, a pesar de que se ocasione un coste inicial superior en lo relativo a medicamentos, producir un ahorro en costes, al obtenerse mayores efectividades y menores tasas de fracasos terapéuticos.

Por otro lado, la colaboración farmacéutica en el cumplimiento terapéutico del paciente es trascendental, pues es un factor determinante para aumentar el éxito del tratamiento instaurado, sea cual fuere éste, y ello es independiente de su elección.

En último lugar, la detección precoz de cualquier problema relacionado con el medicamento por parte del farmacéutico conllevará una rápida actuación evitando, en lo posible, el agravamiento de las complicaciones.

Podemos concluir diciendo que la implementación de adecuados programas de atención farmacéutica en las enfermedades pulmonares crónicas originaría una reducción de costes muy considerable, por lo que sería muy importante la evaluación farmacoeconómica de dicho programa. □

Bibliografía

1. Grupo DAFNE. Estudio farmacoeconómico del tratamiento antibiótico de las agudizaciones de la bronquitis crónica en atención primaria. AP 2000; 25: 153-159.