

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Beneficio neto en salud de una intervención de atención farmacéutica

(2ª parte)

Un aspecto de trascendental importancia, que se observa frecuentemente en un colectivo muy numeroso como el de los pacientes crónicos, es la falta de adherencia a su tratamiento. Ello hace pensar obviamente que el beneficio obtenido por los fármacos no puede ser el estimado en los estudios de eficacia, como los ensayos clínicos, por lo que se puede manifestar la hipótesis que la adherencia inadecuada a un tratamiento crónico originará un exceso de morbilidad. Si ello es así, se puede deducir que una intervención dirigida a incrementar la adherencia provocará una reducción de su riesgo atribuible. Con este planteamiento se desarrollará a continuación el argumento explicado en la primera parte de este artículo.

Ejemplo de una intervención de atención farmacéutica

Supongamos que se efectúa una teórica intervención de atención farmacéutica en pacientes dislipémicos con el objetivo de incrementar el nivel de cumplimiento terapéutico con estatinas, las cuales han acreditado desde hace años su acción reductora de la morbimortalidad cardiovascular ^{1,2}. Se estima que la adherencia de la población de referencia de nuestra farmacia presenta un valor similar al descrito en otros estudios. Así, Simmons *et al* ³, a partir de las bases de datos de farmacias, revelan unas tasas de abandono del tratamiento con simvastatina o lovastatina del 57 y 56 por ciento respectivamente, al cabo de 12 meses del inicio del mismo. Avorn *et al* ⁴ analizan el abandono de fármacos reductores del nivel de colesterol, hallando que no recogen ya la segunda prescripción de

lovastatina el 44 por ciento de los pacientes en Québec y hasta el 68 por ciento en New Jersey. Obviamente estos datos deberían ser comprobados previamente en nuestro ámbito de estudio.

Las intervenciones focalizadas hacia el objetivo propuesto han de cumplir dos fines primordiales: primero, incrementar significativamente la adherencia al tratamiento y segundo, que dicho aumento se traduzca en una mejora de los resultados clínicos intermedios, en este caso, una reducción de los niveles de colesterol y LDL-colesterol, si bien ello se trata de un resultado intermedio, pues no todas las intervenciones que han conseguido optimizar la adherencia, han logrado mejorar el resultado clínico ⁵, por lo que se ha instado a implementar abordajes innovadores para ayudar a los pacientes; en el caso concreto del tratamiento hipolipemiante una revisión sistemática reciente no ha hallado intervenciones que tengan éxito ⁶. Finalmente sería muy deseable prolongar el seguimiento de los pacientes para analizar el resultado final, esto es, la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Se ha evidenciado, no obstante, una relación variable entre morbilidad cardiovascular y falta de adherencia al tratamiento con estatinas: Blackburn *et al* ⁷ han observado recientemente que, en pacientes menores de 65 años que han sufrido su primer evento cardiovascular, la adherencia al tratamiento se tradujo en una reducción significativa del riesgo relativo de infarto de miocardio (0,14; IC95: 0,04-0,46; p = 0,001) de los grupos de adherentes (adherencia ≥ 80 %) respecto de los no adherentes al tratamiento (adherencia ≤ 60 %), a lo largo de un seguimiento medio de aproximadamente 3 años. En base a ello, una intervención de atención farmacéutica implementada en nuestra farmacia en pacientes en prevención secundaria, no adherentes, podría promover una reducción del riesgo absoluto del 3,53 por ciento de la incidencia de infartos de miocardio.

El coste acumulado en 5 años de los pacientes que han sufrido un infarto se estimó en EE.UU. en 17.532 o 15.540 \$ (fatal o no fatal respectivamente), alcanzando un valor medio de 8.980 \$ el coste del primer año ⁸. En nuestro país, con muy diferente estructura del sistema de salud, el coste medio del infarto de miocardio se ha estimado en 5.191 euros para el año 2000 ⁹.

Beneficio neto de la intervención propuesta

Con los datos que se han descrito, la nueva intervención podría presentar unos parámetros como los indicados en la Tabla 1. Se estima que la intervención se lleva a cabo sobre una cohorte de 100 pacientes que han sufrido un primer evento cardiovascular, la cual presenta una adherencia media del 55 por ciento, de modo que finalmente se conseguiría que la mitad de la cohorte presentara una adherencia final adecuada (mínimo del 80 por ciento).

	Cuidado usual	Intervención
Nº de pacientes	100	100
Efectividad (AVAC)	95,900	97,663
Coste (€)	85.375	90.789
Efectividad incremental (AVAC)	1,763	
Coste incremental (€)	5.415	

Tabla 1.- Valores de los parámetros del ejemplo desarrollado en el texto

El incremento de la adherencia al tratamiento con estatinas conlleva inexorablemente un aumento del coste originado por los fármacos como consecuencia lógica del mayor consumo de los mismos. Es éste un aspecto obvio, pero olvidado en muchas ocasiones. Para la estimación del coste del tratamiento farmacológico se ha estimado una media ponderada en base a los correspondientes consumos de estatinas en nuestro país ¹⁰ (Tabla 2), correspondiente a 29,80 € para el envase de 20 mg de estatina en una presentación de 28 comprimidos, lo cual haría que el coste de los fármacos utilizados se aproximase a la práctica habitual.

Fármaco	Nº envases/año	Peso relativo (%)	PVP E/28 compr 20 mg (€)
Atorvastatina	8.713.150	41,30	47,19
Simvastatina	8.214.440	38,94	14,52

Pravastatina	4.168.070	19,76	23,55
--------------	-----------	-------	-------

Tabla 2.- Consumo, en número de envases totales, del Sistema Nacional de Salud en España en el año 2004.

En España, Sacristán et al han descrito que la cantidad de 30.000 €/AVAC parece ser la máxima disposición a pagar aceptable por una nueva tecnología sanitaria en España ¹¹, de modo que el beneficio neto monetario de las alternativas de cuidado usual (cu) y atención farmacéutica (af) serían:

$$Bm(cu) (k:30.000) = 27.916 \text{ €}$$

$$Bm(af) (k:30.000) = 28.391 \text{ €}$$

por lo que el beneficio neto monetario incremental:

$$\Delta Bm (k:30.000) = K \Delta E - \Delta C = 30.000 * 0,01763 - 54,14 = 475 \text{ €}$$

y al ser positivo tendría una gran probabilidad de aceptación para la disposición a pagar empleada.

Respecto del parámetro más interesante, el beneficio neto incremental en salud, con los datos indicados, cada alternativa tomaría el valor de:

$$Bs(cu) (k:30.000) = 0,9305 \text{ AVAC}$$

$$Bs(af) (k:30.000) = 0,94637 \text{ AVAC}$$

De modo que el beneficio neto incremental en salud toma el valor de:

$$\Delta Bs(k:30.000) = \Delta E - \Delta C/k = 0,0158 \text{ AVAC}$$

es decir, también se obtiene un beneficio neto positivo en salud.

Si ahora se representa gráficamente las curvas de isoeficiencias que definen la función de variación de costes frente a la de efectividades para cada beneficio neto incremental en

salud obtenido, se ofrecerán unas rectas (Fig. 1), de modo que cualquier intervención que permaneciera por debajo de las mismas (en función de los diversos pares de valores de las variables ΔE y ΔC) sería muy probablemente adquirida por el agente financiador sistema de salud.

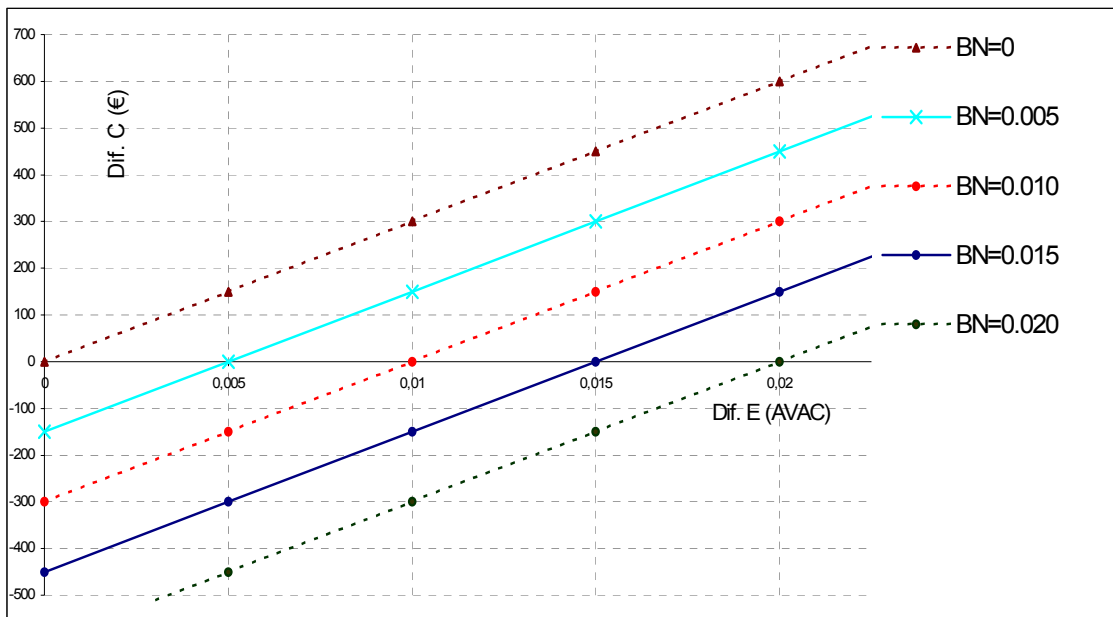


Fig. 1.- Representación gráfica de las curvas de eficiencia para valores del beneficio neto incremental en salud.

A partir de los datos hallados, las intervenciones cuyo objetivo fuera aumentar la adherencia al tratamiento para reducir la morbilidad de los pacientes no adherentes precisarían conseguir un incremento de la efectividad correspondiente al de cada incremento de costes originados, a partir de las parejas de valores (ΔE , ΔC), es decir, para los valores que se sitúen por debajo de la isocurva correspondiente al ΔB s igual a 0. Así, por ejemplo, para un incremento de costes de 600 € por paciente se precisaría obtener un incremento en su efectividad de al menos 0,02 AVAC para que se consiguiera un beneficio neto positivo con la intervención.

Conclusión

Las intervenciones de atención farmacéutica pueden ser adquiridas por el sistema de salud siempre que representen un beneficio neto incremental positivo para la disposición a pagar que disponga aquél. En caso contrario, que el beneficio neto de la intervención fuera inferior al del cuidado usual, el agente financiador del sistema no aceptaría la adquisición de dicha tecnología sanitaria a los proveedores de salud.

Bibliografía

-
- ¹ Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study (4S). *Lancet* 1994;344:1383-9.
 - ² Shepherd J, Cobbe S, Ford I, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995;333:1301-7.
 - ³ Simmons LA, Levis G, Simons J. Apparent discontinuation rates in patients prescribed lipid-lowering drugs. *Med J Aust* 1996;164:208-11
 - ⁴ Avorn J, Monette J, Lacour A, et al. Persistence of use of lipid-lowering medications: a cross-national study. *JAMA* 1998;279:1458-62.
 - ⁵ Haynes R, McDonald H, Garg A, Montague P Intervenciones para ayudar a los pacientes a cumplir con las prescripciones de medicamentos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd.
 - ⁶ Schedlbauer A, Schroeder K, Peters T, Fahey T Intervenciones para mejorar la adherencia a la medicación hipolipemiente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd
 - ⁷ Blackburn D, Dobson R, Blackburn J, Wilson T. Cardiovascular morbidity associated with nonadherence to statin therapy. *Pharmacotherapy*. 2005;25(8):1035-43
 - ⁸ Russel M, Huse D, Drowns S, Hamel E, Hartz S. Direct medical costs of coronary artery disease in the United States. *Am J Cardiol*. 1998;81:1110-5
 - ⁹ Hart W, Rubio C, Margalet I, González J. Análisis coste-efectividad del tratamiento con ramipril de pacientes con alto riesgo de padecer eventos cardiovasculares en España. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19(10):515-20
 - ¹⁰ Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. *Inf Ter Sis Nac Salud*. 2005;29(2):49-53
 - ¹¹ Sacristán J, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto J. ¿Qué es una tecnología eficiente en España? *Gac Sanit*. 2002;16(4):334-43