

Costes sanitarios de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

J. Escarrabill

UFISS-Respiratòria. Servei de Pneumologia. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Los estudios sobre los costes de las enfermedades pretenden definir la magnitud del problema, justificar la distribución de recursos y diseñar un marco de evaluación de programas¹; sin embargo, existen controversias sobre la utilidad de este tipo de estudios². Gastar mucho o poco para atender a los pacientes con una enfermedad determinada no nos informa sobre el uso apropiado de los recursos. Poco gasto puede ser un gasto insuficiente para las necesidades o un gasto superfluo si va dirigido a aspectos poco relevantes, por lo que parece más apropiado promover análisis económicos que relacionen gastos con resultados (*outcomes*).

El coste sanitario relacionado con la atención de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) aumentará en los próximos años, tanto en lo que se refiere a los costes directos como a los indirectos³. Para valorar el impacto social real del coste de la EPOC habría que analizar algunos aspectos específicos de la enfermedad, el papel de la variabilidad y la magnitud del gasto "oculto" a causa del infradiagnóstico.

Durante los últimos años se han publicado diversos trabajos que tratan de identificar la distribución de los costes de la atención a la EPOC. Strassels et al⁴ observan que el 68% del coste anual del tratamiento de la EPOC se debe a las hospitalizaciones. Además, como parece razonable, el coste del tratamiento de la EPOC aumenta en función de la gravedad⁵. Soler et al⁶ observan que un 12% de los pacientes genera el 57% de las hospitalizaciones y cerca del 60% de las visitas a urgencias. Así, al hablar del coste de la EPOC es necesario referirse al coste relacionado con el ingreso hospitalario.

En nuestro medio más del 40% del coste del tratamiento se relaciona con el ingreso hospitalario⁷. En nuestro hospital, al analizar los costes del ingreso de los pacientes con EPOC se ha visto que el coste de la estancia (coste fijo de mantener una cama disponible) representa el 70% del coste total de la atención al paciente con EPOC ingresado⁸; así pues, el coste de la atención médica, de fármacos o de exploraciones representa menos de un tercio del coste total. En este caso la optimización de recursos no pasa por el control de exploraciones, por ejemplo, sino por la reducción bruta de los días de estancia.

El estudio de Verdaguer et al⁹ pone de manifiesto el impacto de la variabilidad en la práctica clínica dentro del propio hospital (estancias evitables y disminución del consumo de fármacos). Tal como señalan los autores, la variabilidad en la estancia media puede atribuirse a la organización de cada hospital. La variabilidad en la práctica clínica es un fenómeno frecuente que se debe más a las diferentes características de los profesionales que a las características del paciente (o de la manera de presentarse la enfermedad). La variabilidad puede explicarse de diversas maneras¹⁰: las condiciones del paciente (condiciones culturales, morbilidad), el profesional "entusiasta" de un procedimiento (lo ofrece a unos y otros no lo reciben) o la incertidumbre (hay variabilidad cuando hay poco acuerdo en el mejor tratamiento para un tipo de situaciones). En definitiva, la variabilidad siempre hace sospechar que se utilizan inapropiadamente los recursos (o se gasta en exceso o no se atiende a todo el que lo precisa).

La variabilidad en la atención a los pacientes con enfermedades respiratorias no se limita únicamente al ingreso, naturalmente. En el estudio de Sebastián et al¹¹ la prevalencia de la oxigenoterapia domiciliaria (OD) era de 164,6 pacientes/100.000 habitantes y el 52% de ellos utilizaban cilindro como fuente de suministro. En la misma época, en la Región Sanitaria que tiene como referencia el Hospital Universitari de Bellvitge, la prevalencia de la OD era de 71,8 pacientes/100.000 habitantes y únicamente el 16,4% de ellos utilizaba cilindro. Obviamente una menor prevalencia de la OD no significa automáticamente una mejor indicación, aunque el coste global sea menor. Además, al aumentar la supervivencia de los pacientes crónicos la prevalencia aumenta. En este sentido, un aumento de la prevalencia podría considerarse un "éxito" terapéutico. Sin embargo, las diferencias cualitativas (uso muy distinto de las fuentes de suministro) indican que la variabilidad se debe a diferentes prácticas clínicas.

El coste de las prácticas inadecuadas, aunque desde el punto de vista individual pueda considerarse poco relevante, desde un punto de vista global, dada la prevalencia de la enfermedad, es de un impacto muy elevado¹². El ejemplo de la OD es un caso claro del coste global de tratamientos de coste diario poco elevado, pero que se mantienen a lo largo del tiempo. El coste diario de utilización de la OD es bajo si lo comparamos, por ejemplo, con el coste del ingreso hospitalario; sin embargo, dado que un mismo paciente utiliza el tratamiento durante años¹³, el coste global del tratamiento a largo plazo merece tenerse en cuenta¹⁴. Y todavía debe tenerse más en

Correspondencia: Dr. J. Escarrabill.

UFISS-Respiratòria. Servei de Pneumologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.
Correo electrónico: jescarra@csub.scs.es

Recibido: 14-5-2003; aceptado para su publicación: 27-5-2003.

cuenta si el paciente tiene el oxígeno sin utilizarlo o si lo necesita, aun disponiendo de él, y no lo utiliza.

No debería hablarse del coste de la EPOC sin tener en cuenta que en todos los países occidentales se trata de un proceso infradiagnosticado¹⁵. El trabajo de Rennard et al¹⁶ pone en evidencia la situación global del tratamiento de la EPOC: los pacientes subestiman sus síntomas, no reciben instrucciones sobre el uso apropiado de los inhaladores o no se les ha practicado una espirometría. Además, el consumo de recursos es elevado: el 12,8% de los pacientes han ingresado en el último año y el 23,8% requiere una visita médica mensual a causa de su enfermedad. El infradiagnóstico de la EPOC se puede abordar desde perspectivas distintas, pero promover la práctica de espirometrías es un aspecto clave¹⁷. En cualquier caso, corregir el infradiagnóstico hará que los costes sanitarios de la EPOC sean muy distintos.

Los costes sanitarios de la EPOC aumentarán en los próximos años a causa de diversos "éxitos": el envejecimiento (¡un éxito, no un fracaso!), la introducción de nuevos tratamientos o la financiación de otros, como la rehabilitación, la deshabituación tabáquica o el incremento de la supervivencia de los pacientes con insuficiencia respiratoria crónica¹⁸ y, especialmente, el fin del nihilismo terapéutico con el que muchos clínicos abordan la EPOC¹⁹.

La responsabilidad del neumólogo aumentará. No es suficiente procurar hacer las cosas bien y, como señala Muir Gray²⁰, hay que hacer correctamente lo que es correcto. Es decir, ofrecer opciones asistenciales que produzcan más "beneficio" que "daño": intervenciones efectivas, seguras y aceptables. Además, es preciso tener en cuenta la eficiencia social: conseguir lo mejor para la mayoría de los enfermos²¹. Tomar decisiones no es fácil y parece claro que la evidencia científica sola no basta²². La situación clínica (en el hospital, en casa, en el marco de una emergencia), las preferencias del paciente, las evidencias y las habilidades del clínico constituirán el marco de la toma de decisiones.

Por este motivo, la atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas como la EPOC debe abordarse desde una perspectiva distinta de la del tratamiento de las enfermedades agudas.

La atención a enfermedades como la EPOC debe tener en cuenta la presencia de comorbilidades y de condiciones asociadas (problemas sociales o trastornos cognitivos)²³. La atención integral (para dar respuesta a todas las necesidades del paciente) y la continuidad asistencial son cruciales.

A pesar de las diferencias evidentes entre distintas enfermedades crónicas, hay rasgos comunes que pueden ayudar a entender cuál es la mejor manera de organizar la atención. Las enfermedades crónicas alteran los hábitos de vida, los pacientes deben hacer frente al impacto emocional y social de los síntomas y de las discapacidades, generalmente implican a varios miembros de la familia (cuidadores) y requieren tratamientos y contactos frecuentes con el mundo sanitario²⁴. El éxito de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas como la EPOC se basa en la intervención de equipos pluridisciplinarios (neumólogos, diplomados de enfermería, fisioterapeutas, trabajadores sociales, equipos de

atención primaria, equipos de soporte, etc.), que promuevan intervenciones efectivas en las que los pacientes estén altamente comprometidos en su autocuidado y que impliquen a profesionales de distintos dispositivos asistenciales para garantizar el acceso y la transmisión de la información.

En definitiva, para hacer las cosas bien habrá que hacerlo de una manera muy distinta.

BIBLIOGRAFÍA

- Rice DP. Cost of illness studies: what is good about them? *Injury Prevention* 2000;6:177-9.
- Byford S, Torgerson DJ, Raftery J. Cost of illness studies. *BMJ* 2000;320:1335.
- Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS and the GOLD scientific committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1256-76 (www.coldcopd.org).
- Strassels SA, Smith DH, Sullivan SD, Malvajan PS. The cost of treating COPD in the United States. *Chest* 2001;119:344-52.
- Anderson F, Borg S, Jansson SA, Jonsson AC, Ericson A, Prutz C, et al. The costs of exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Respir Med* 2002;96:700-8.
- Soler JJ, Sánchez L, Latorre M, Alamar J, Román P, Perpiñá M. Impacto asistencial hospitalario de la EPOC. Peso específico del paciente con EPOC de alto consumo hospitalario. *Arch Bronconeumol* 2001;37:375-81.
- Miravittles M, Murio C, Guerrero T, Gisbert R, on behalf of the DAFNE Study Group. Costs of chronic bronchitis and COPD. *Chest* 2003;123:784-91.
- Serra M. Aproximación a los costes por proceso en la EPOC. *Actas del VIII Symposium sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. Barcelona, 14 de marzo de 2002.
- Verdaguer Munujos A, Peiró S, Libroero J. Variabilidad en la utilización de recursos hospitalarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003;39:442-8.
- Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gac Sanit* 1998;11:55-8.
- Sebastián Ariño A, Guillén Antón J, Costal Galicia J, Cegoñino de Sus J. Oxigenoterapia domiciliaria. ¿Qué futuro nos espera? *Arch Bronconeumol* 1999;35(Supl 3):95-7.
- Miravittles M, Figueras M. El coste de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España. Opciones para una optimización de recursos. *Arch Bronconeumol* 2001;37:388-93.
- Borrás JM, Granados A, Escarrabill J, Lissovoy G. Complex decisions about an uncomplicated therapy: reimbursement for long-term oxygen therapy in Catalonia (Spain). *Health Policy* 1996;35:53-9.
- Dunne PJ. The demographics and economics of long-term oxygen therapy. *Respir Care* 2000;45:223-8.
- Dekhuijzen PNR. The Confronting COPD International Survey: patients hardly know they have COPD. *Eur Respir J* 2002;20:793-4.
- Rennard S, Decramer M, Calverley PM, Pride NB, Soriano JB, Vermeire PA, et al. Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects perspective of Confronting COPD International Survey. *Eur Respir J* 2002;20:799-805.
- Jansson SA, Anderson F, Borg S, Ericksson A, Jönsson E, Lundbäck B. Costs of COPD in Sweden according to disease severity. *Chest* 2002;122:1994-2002.
- Rennard S, Carrera M, Agustí AGN. Management of chronic obstructive pulmonary disease: are we going anywhere? *Eur Respir J* 2000;16:1035-8.
- Celli B. EPOC: desde el nihilismo no justificado a un optimismo razonable. *Arch Bronconeumol* 2002;38:585-8.
- Muir Gray JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill-Livingstone, 1997.
- Ortún Rubio V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin (Barc)* 1990;95:385-8.
- Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *BMJ* 2002;324:1350.
- DeBusk RF, West JA, Houston Miller N, Taylor CB. Chronic disease management. *Arch Intern Med* 1999;159:2739-42.
- Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases. *BMJ* 2002;325: 913-4.