

P83ANÁLISIS DEL IMPACTO ECONÓMICO DE LA MEJORA DE LA ADHERENCIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MAYOR (DM) EN ESPAÑA

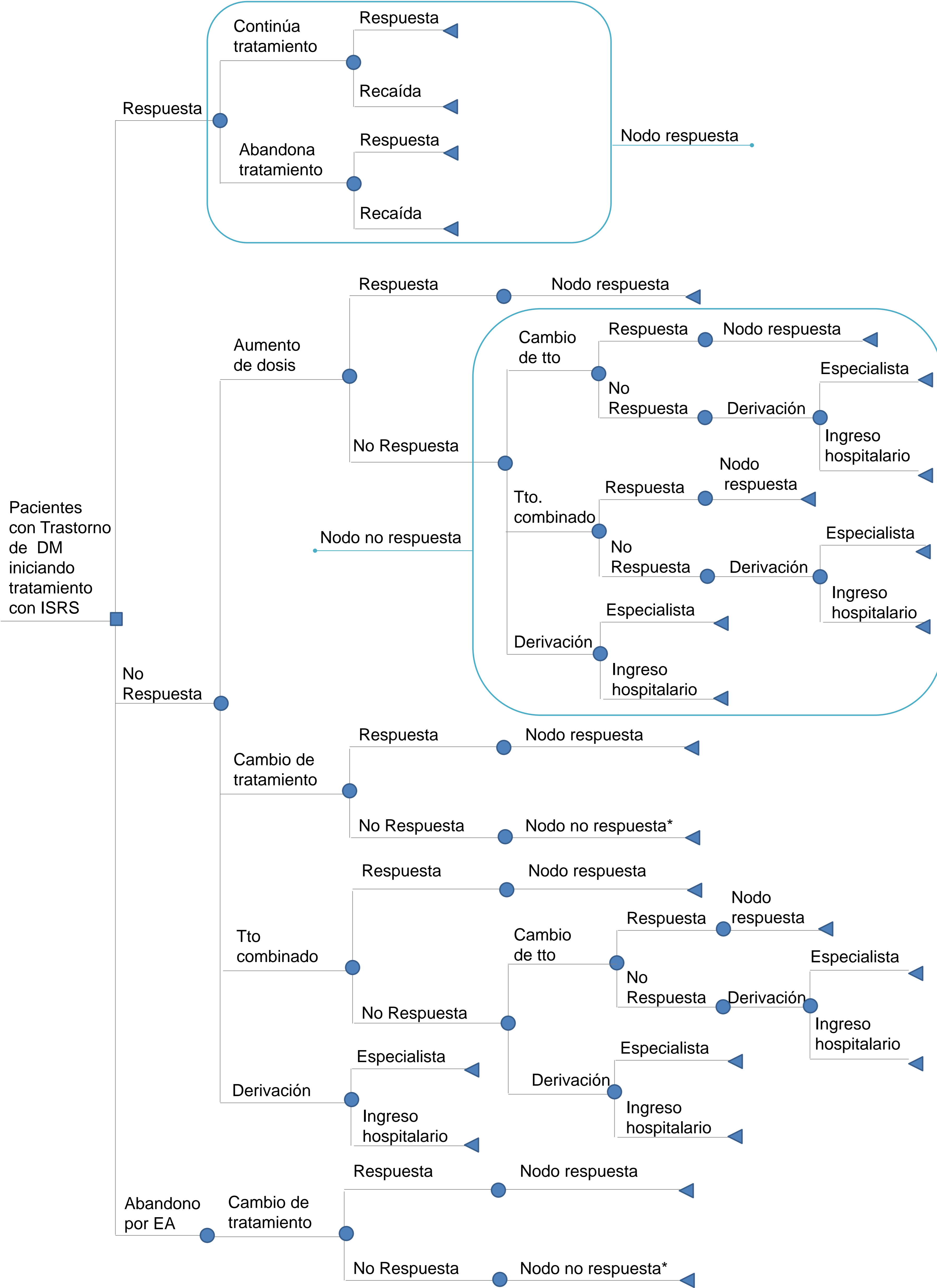
Gabriela Restovic¹; José Ramón Luis-Yagüe²; Jaime del Barrio³; Francesc Paris³; Patricia Álvarez

1. Health for Development Consulting, Barcelona, España; 2. Dpto. de Relaciones con las CCAA, Farmaindustria, Madrid, España; 3. Life Sciences, EY, Madrid, España

OBJETIVO: Estimar el valor clínico y económico de la adherencia en el manejo de la DM en España.

MÉTODOS: A pesar de ser una patología crónica, el análisis se realizó a través de un árbol de decisión que representa las posibles consecuencias clínicas en el corto plazo (ocho semanas) asociadas al tratamiento inicial, derivadas del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) así como la respuesta sostenida sin abandono hasta el ingreso hospitalario tras sucesivos fracasos terapéuticos que puedan ocurrir en un horizonte temporal de 6 meses (figura 1), dada la duración del horizonte temporal considerado, el modelo no incluye el estado de muerte, por lo que tampoco incluye la posibilidad de suicidio. Las tasas de respuesta se han tomado de un análisis de coste-efectividad previo¹ adaptando su estructura para reflejar de forma más precisa el efecto de la falta de adherencia al tratamiento de la DM mayor en el ámbito de la atención primaria. Esta relación se estima a través del efecto del abandono del tratamiento en el incremento de las recaídas y los costes asociados. La perspectiva es del SNS. Todos los costes se expresan en euros del 2016 y solo se incluyen costes sanitarios directos. En términos económicos los resultados se han estimado comparando tres escenarios 1) Escenario actual, teniendo en consideración la tasa de abandono actual, 2) Escenario nuevo 1, se estiman resultados ante una disminución de 1 punto en la tasa de abandono actual y, 3) Escenario nuevo 2, se estiman resultados ante una disminución de 10 puntos en la tasa de abandono actual

Figura 1. Esquema del análisis - Árbol de decisión



* Cambio de tratamiento se sustituye por aumento de dosis

Tabla 1. Probabilidades de transición

Probabilidades de transición del modelo	
Tasa de respuesta	57%
Tasa de remisión	35%
Abandonos por efectos adversos	7,60%
Tasa de respuestas (como segunda línea)	33%
Tasa de remisión (como segunda línea)	20%
Tasa de abandonos de tratamiento	30%
Tasa de recaída en cumplidores	12,50%
Tasa de recaída en abandonos	27,50%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de tratamiento inicial	
Aumento de dosis	50%
Cambio de tratamiento	20%
Tratamiento combinado	20%
Derivación al especialista	10%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de aumento de dosis	
Cambio de tratamiento	50%
Tratamiento combinado	30%
Derivación al especialista	20%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de cambio de tratamiento	
Aumento de dosis	30%
Cambio de tratamiento	0%
Tratamiento combinado	50%
Derivación al especialista	20%
Actitud terapéutica ante la no respuesta después de tratamiento combinado	
Cambio de tratamiento	10%
Derivación al especialista	90%
Ingresos hospitalarios en pacientes con 3 o más fracasos terapéuticos	10%

Tabla 2. Costes unitarios

Costes unitarios (euros)	
Visitas médico AP	146,7
Visitas especialista	107,8
Visitas urgencias	16,54
Bioquímica + hemograma	38,43
Prueba funcional tiroides	38,16
Total	347,63
Segunda línea	
Visitas médico AP	195,6
Visitas especialista	161,7
Visitas urgencias	82,7
Bioquímica + hemograma	54,9
Prueba funcional tiroides	19,08
Total	513,98
Tercera línea	
Visitas médico AP	195,6
Visitas especialista	161,7
Visitas urgencias	82,7
Bioquímica + hemograma	54,9
Prueba funcional tiroides	33,39
Total	528,29
Recaída	
Visitas médico AP	146,7
Visitas especialista	107,8
Visitas urgencias	165,4
Bioquímica + hemograma	54,9
Prueba funcional tiroides	14,31
Total	489,11
Ingresos hospitalarios	
Derivación al especialista	3.487
Visitas médico AP	0
Visitas especialista	578,9
Visitas urgencias	54,9
Bioquímica + hemograma	47,7
Prueba funcional tiroides	33,39
Total	714,89

RESULTADOS: El modelo refleja el manejo pacientes con depresión mayor, diagnosticados y tratados en atención primaria, población que en España se sitúa en los 2.393.000 pacientes². De acuerdo a las estimaciones del modelo actualmente un 72% de los pacientes con DM abandonan el tratamiento. Disminuir en un punto esta tasa supondría un ahorro de aproximadamente 1.522.000 euros (más de 2.572 recaídas evitadas). Disminuirlo en diez puntos, el ahorro alcanzaría los 15 millones, logrando además reducir el número de recaídas en más de 25.700.

Figura 2. Resultados por escenario

	2.393.000	2.393.000	2.393.000
No adherentes con recaídas	348.582	343.740	300.169
No adherentes sin recaídas	959.243	945.921	826.014
Adherentes con recaídas	63.575	65.843	86.281
Adherentes sin recaídas	1.021.600	1.037.496	1.180.536
	Escenario 1 28% Adherentes	Escenario 2 29% Adherentes	Escenario 3 38% Adherentes
Recaídas totales	412.157	-1,5 mill € 409.585 (-0,6%)	-15 mill € 386.450 (-5,6%)

CONCLUSIONES: Aún considerando un horizonte temporal tan corto y sin incluir importantes consecuencias de la DM como la muerte, un incremento de la adherencia presenta importantes mejoras tanto en los resultados en salud como en la carga económica.

1. Brosa M, Pérez V, Comas A, Segú JL. Análisis coste-efectividad de tres opciones terapéuticas iniciales en el tratamiento de la depresión mayor en España. Rev esp econ salud. 2008;7 (4):165-72; 2. Sparrow AM, Dorfman K. Unipolar depression. DR/Decision Resources, LLC; 2015