



RELACIÓN COSTE-EFECTIVIDAD EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR IRRUPTIVO

Amalio Ordóñez Gallego

Servicio de Oncología Médica
Ciudad Sanitaria La Paz. Madrid

Desde hace algunos años, y cada vez con mayor frecuencia, están apareciendo estudios fármacoeconómicos en la literatura médica. Y esto es lógico cuando se piensa en la carestía progresiva de las intervenciones sanitarias y en que los recursos son limitados cuando la demanda tiende a ser ilimitada ^(1,2).

Por lo que se refiere al tema que nos ocupa, hay que decir que está lleno de subjetividad porque sus dos componentes, fármacoeconomía y dolor, son muy subjetivos. Se trata, por tanto, de iniciar un acercamiento lo más objetivo y racional posible.

En primer lugar, conviene definir brevemente algunos conceptos:

Eficacia: Hace referencia al efecto de un fármaco o actuación sanitaria en condiciones experimentales (p.e. ensayo clínico).

Efectividad: Es el efecto del fármaco en la práctica clínica diaria.

Eficiencia: Es la relación coste-efectividad.

Los análisis de evaluación económica se agrupan en cuatro tipos:

1. **Análisis coste-beneficio.** Se utiliza muy poco en Economía de la Salud porque valora los beneficios en unidades monetarias, algo difícil y poco práctico.
2. **Análisis coste-efectividad.** Mide los efectos de un programa sanitario en unidades naturales (años de vida ganados, disminución de la mortalidad). Es el más utilizado.
3. **Análisis coste-utilidad.** Mide los efectos de un programa sanitario en años de vida ajustados por calidad. Su principal limitación es que la metodología no está claramente definida
4. **Análisis de minimización de costes.** Compara los costes de diferentes alternativas sin analizar los efectos de cada una de ellas ⁽³⁾.

Los análisis fármacoeconómicos son muy complicados porque hay que tener en cuenta el coste de una gran diversidad de factores: el producto en cuestión, la visita médica, la medicación coadyuvante, la baja laboral, etc.

Pasemos ahora al tema que nos ocupa: el análisis coste-efectividad (o coste-calidad, porque se trata de examinar productos que no aumentan la supervivencia, sino la calidad de vida) en el tratamiento del dolor irruptivo (exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre la base de un dolor persistente estable). Se estudian tres actuaciones sanitarias: administración de sulfato de morfina de liberación inmediata (SMLI), de citrato de fentanilo oral transmucoso (CFOT) y aplicación de PCA ("patient controlled analgesia"). Quizás lo correcto sería determinar, entre otras cosas, los días sin dolor de los pacientes o la mejoría de su calidad de vida, pero esto queda fuera de nuestro alcance.

El SMLI (Sevredol) es un fármaco que tarda de 10 a 15' en conseguir la analgesia adecuada en el dolor irruptivo y sus efectos secundarios son los propios de los opioides. Se presenta en comprimidos de 10 y 20 mg y suponiendo la existencia de dos episodios diarios de dolor irruptivo, el coste es de un euro diario. Nos podemos aproximar al coste-efectividad (y es mucho simplificar) con la fórmula: %control/coste, por lo que en el

caso de SMLI sería $80/1 = 80$, lo que supone un coste-efectividad alto (arbitrariamente hemos elegido la cifra de 80 en comparación con la de 100, que correspondería al CFOT) ⁽⁴⁾.

El CFOT (Actiq) se acerca al medicamento ideal para el dolor irruptivo puesto que consigue el efecto analgésico entre 5 y 10'. Se considera, en este sentido, fármaco de clase A. Se presenta en bastoncillos de 200, 400, 600, 800, 1.200 y 1.600 micrg. La toxicidad es similar a la del SMLI, pero el coste es más alto: una unidad cuesta 10 euros, por lo que en el caso de dos episodios diarios de dolor, el coste se eleva a 20 euros diarios. El coste-efectividad será: $100/20 = 5$, menor que en el caso del SMLI.

Hay que decir, sin embargo, que en cifras absolutas, el CFOT también resulta coste-efectivo porque el coste de un año (tiempo que resulta excesivo para este producto) sería: 365 por 20 euros = 7.300 euros, y el coste de un mes (algo más acorde con la realidad) sería 30 por 20 euros = 600 euros.

Por lo que se refiere a la PCA (la clásica: con morfina intravenosa), existen datos sobre su utilidad y su coste en domicilio. Este último se eleva a unos 25 euros diarios. Su coste-efectividad sería: $100/25 = 4$, menor que con CFOT y mucho menor que con SMLI, aunque también puede considerarse una actuación coste-efectiva ⁽⁵⁾. En el medio hospitalario el coste de una actuación PCA es más cara, ya que pueda superar los 60 euros diarios, lo que nos hace dudar de su coste-efectividad ⁽⁶⁾.

Podemos terminar con las siguientes conclusiones:

1. CFOT y aplicación de PCA domiciliaria son actuaciones sanitarias coste-efectivas.
2. CFOT es más coste-efectivo que PCA domiciliaria.
3. SMLI es más coste-efectivo que CFOT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ordóñez Gallego A. Zamora P.- Seguimiento y farmacoeconomía en el carcinoma pulmonar no microcítico – Ann. Oncol. 1999; 8: 84-88.
2. Turk D.C.- Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain – The Clin.J.Pain 2002; 18: 355-365.
3. Molina R. Ordóñez A.- Farmacoeconomía en Oncología – Oncología 2001; 24: 185-191.
4. Coluzzi P.H. Schwartzberg L. Conroy J.D. et al.- Breakthrough cancer pain: a randomized trial comparing oral transmucosal fentanyl citrate and morphine sulphate immediate release – Pain 2001; 91: 123-130.
5. Witteveen P.O. Van Groenestijn M.A.C. Blijham G.H. Schrijvers A.J.P.- Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer – Ann.Oncol. 1999; 10: 161-165.
6. Jacox A. Carr D.B. Mahrenholz M. Ferrell B.M.- Cost considerations in patient-controlled analgesia – Pharmacoeconomics 1997; 2:109-120.