

# Disponibilidad de recursos en los pacientes con Degeneración Macular Asociada a la Edad (de tipo húmedo) exudativa. Estudio

Font B<sup>1</sup>, Lahoz R<sup>1</sup>, Casaroli-Marano R<sup>2</sup>, Roura M<sup>1</sup>, en representación de los investigadores del Grupo de Estudio OPTIMAL  
<sup>1</sup> Departamento Médico. Novartis Farmacéutica S. A., Barcelona. <sup>2</sup> Instituto Clínic de Oftalmología, Hospital Clínic de Barcelona.

## Introducción

- La Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) es la primera causa de ceguera irreversible entre las personas mayores de 50 años en el mundo occidental<sup>1</sup>.
- La prevalencia de DMAE en España es entre el 3-4% en personas de edad inferior a 65 años y aumenta con la edad. Según las previsiones de la OMS, en las próximas décadas, la DMAE triplicará su prevalencia como consecuencia del incremento de la longevidad de las sociedades industrializadas<sup>2</sup>.
- La DMAE húmeda (DMAE-h), es la forma más grave de la enfermedad y afecta al 10% de los pacientes. Se caracteriza por el crecimiento de vasos sanguíneos anormales, neovascularización, que podría causar la pérdida completa de visión central<sup>3</sup>.
- El desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas (anti-VEGF) ha permitido reducir la probabilidad de perder agudeza visual<sup>4</sup>. Sin embargo, estas nuevas terapias requieren de más re-tratamientos y un seguimiento más estrecho de los pacientes. Consecuentemente, los hospitales, con los recursos disponibles, pueden ver comprometida su eficiencia<sup>5</sup>.

## Objetivo principal

- Evaluar la disponibilidad de los recursos sanitarios y los procedimientos que se llevan a cabo en los pacientes con degeneración macular asociada a la edad (de tipo húmedo) exudativa (DMAE-h) en la práctica clínica diaria en las unidades de retina a nivel nacional.

## Material y Métodos

- Estudio observacional, transversal y multicéntrico.
- Se incluyeron pacientes  $\geq 18$  años con neovascularización coroidea activa principal o recurrente secundaria a DMAE-h, diagnosticada entre los 12 y 18 meses previos al inicio del estudio.
- Participaron 39 centros que incluyeron aproximadamente a los 8 primeros pacientes que acudieron de forma consecutiva a la consulta (diciembre 2009-julio 2010) y que cumplieron los criterios de selección del estudio.
- Se evaluaron los parámetros logísticos en el manejo de pacientes con DMAE-h según opinión del investigador y se describieron los datos demográficos y clínicos de los pacientes.

## Resultados

- Se incluyeron un total de 266 pacientes. La media de edad ( $\pm$ DE) fue de 76,1 ( $\pm$ 8,1) y el 55,6% fueron mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos

| DATOS DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS                         |                    |
|---|--------------------|
| Edad (años), media ( $\pm$ DE)                        | 76,1 ( $\pm$ 8,1)  |
| Mujer, n (%)  | 148 (55,6)         |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> ), media ( $\pm$ DE)           | 27,2 ( $\pm$ 4,2)  |
| Tiempo desde el diagnóstico (años), media ( $\pm$ DE) | 1,2 ( $\pm$ 0,2)   |
| Factores de riesgo, n (%)                             |                    |
| Historia familiar de DMAE                             | 45 (16,9)          |
| Hábito tabáquico                                      | 32 (12,0)          |
| Hipercolesterolemia                                   | 109 (41,0)         |
| Hipertrigliceridemia                                  | 55 (20,7)          |
| Síntomatología, n (%)                                 |                    |
| Escotoma central                                      | 85 (34,7)          |
| Metamorfopsia   | 40 (16,3)          |
| Alteración colores                                    | 14 (5,7)           |
| Agudeza visual (nº letras ETDRS), media ( $\pm$ DE)   | 49,8 ( $\pm$ 19,5) |

DE, desviación estándar; IMC, índice masa corporal

- Semanalmente se visitaron de mediana (Q1-Q3) 20 (10-50) pacientes con DMAE-h, siendo 10 (10-25) nuevos casos (Tabla 2).
- El tratamiento se realizaba mayoritariamente en quirófanos (61,5%), disponiendo de 1 (1-2) quirófanos/centro, utilizables para el tratamiento 2 (2-5) días/semana (Tabla 2).
- El tiempo transcurrido entre la solicitud de consulta hasta su realización fue de 20 (15-30) días y desde el diagnóstico hasta el tratamiento 7 (5-10) días (Tabla 2).
- Un total de 100 pacientes estaban en tratamiento, observándose que el 61,5% eran tratados en quirófanos. Los centros disponían únicamente de una sala de operaciones accesible que estaba disponible para el tratamiento 2 días por semana. En la mayoría de los casos (74,4%) los quirófanos están ubicados en diferentes pisos/edificios que los servicios de oftalmología (Tabla 2).
- El tiempo de espera del paciente hasta el inicio de la visita (o procedimiento) fue de 40 minutos y la duración de la administración del tratamiento de 20 minutos (Tabla 2).
- Diariamente se realizan un total de 20 exploraciones completas de 70 minutos (30 minutos para la exploración completa + 40 minutos de tiempo de espera). Sólo había un OCT y AGF por centro, siendo utilizadas la mitad del tiempo para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes DMAE-h (Tabla 2).

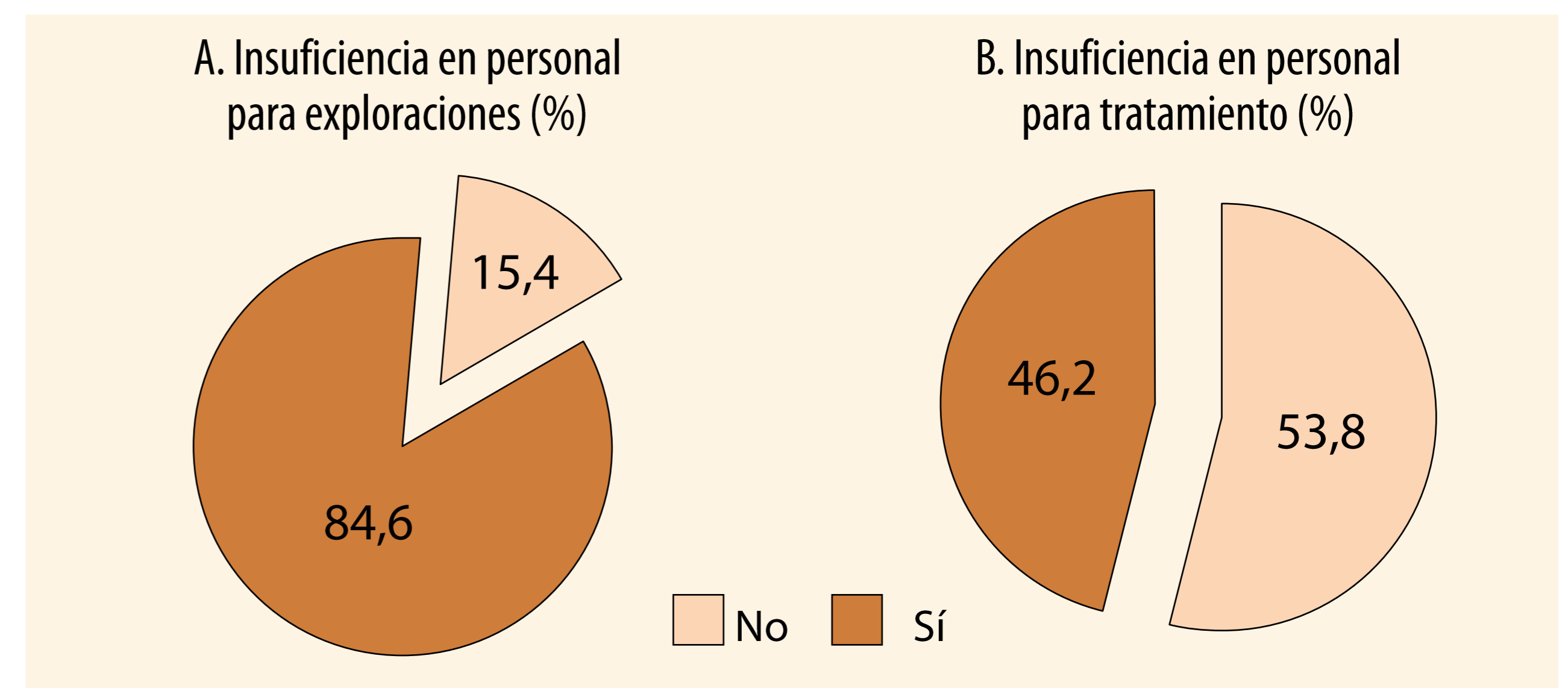
Tabla 2. Parámetros logísticos

| TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DMAE-h   |                    |
|---|--------------------|
| Nº pacientes con DMAE-h visitados semanalmente, mediana (Q1-Q3)             | 20,0 (10,0-50,0)   |
| Porcentaje de nuevos pacientes con DMAE-h, mediana (Q1-Q3)                  | 10,0 (10,0-25,0)   |
| Nº pacientes con DMAE-h actualmente en tratamiento, mediana (Q1-Q3)         | 100,0 (45,0-250,0) |
| Nº días/semana para realización tratamiento, mediana (Q1-Q3)                | 2,0 (2,0-5,0)      |
| Nº pacientes/semana programados para tratamiento, mediana (Q1-Q3)           | 16,0 (10,0-25,0)   |
| Nº horas/semana para administración tratamiento, mediana (Q1-Q3)            | 6,0 (4,0-8,0)      |
| Nº minutos/tratamiento, mediana (Q1-Q3)                                     | 20,0 (15,0-50,0)   |
| Nº minutos de espera del paciente, mediana (Q1-Q3)                          | 40,0 (15,0-60,0)   |
| Días entre solicitud de consulta/realización, mediana (Q1-Q3)               | 20,0 (15,0-30,0)   |
| Nº días entre diagnóstico y tratamiento, mediana (Q1-Q3)                    | 7 (5-10)           |
| Lugar de realización de los tratamientos, n (%)                             |                    |
| Consulta externa  | 3 (7,7)            |
| Sala limpia / antesala  | 5 (12,8)           |
| Quirófano   | 24 (61,5)          |
| Nº quirófanos disponibles para el tratamiento, mediana (Q1-Q3)              | 1,0 (1,0-2,0)      |
| Nº días/semana utilización quirófanos para tratamiento, mediana (Q1-Q3)     | 2,0 (2,0-5,0)      |
| Nº horas/sesión disponibilidad quirófanos para tratamiento, mediana (Q1-Q3) | 4,0 (2,0-6,0)      |
| Localización quirófanos en distintas plantas / edificios, n (%)             | 29 (74,4)          |
| LOGÍSTICA Y DISPONIBILIDAD EN LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO                    |                    |
| Número de exploraciones completas diarias (AV+OCT+FO), mediana (Q1-Q3)      | 20,0 (10,0-25,0)   |
| Exploración completa (minutos), mediana (Q1-Q3)                             | 30,0 (15,0-60,0)   |
| Nº minutos de espera del paciente, mediana (Q1-Q3)                          | 40,0 (30,0-60,0)   |
| Nº de OCT disponibles, mediana (Q1-Q3)                                      | 1,0 (1,0-1,0)      |
| Uso de OCT para DMAE-h (%), mediana (Q1-Q3)                                 | 50,0 (30,0-70,0)   |
| Nº de AGF disponibles, mediana (Q1-Q3)                                      | 1,0 (1,0-1,0)      |
| Uso de AGF para DMAE-h (%), mediana (Q1-Q3)                                 | 50,0 (30,0-50,0)   |

AV, agudeza visual; OCT, tomografía de coherencia óptica; FO, fondo de ojo; AGF, Angiografía fluoresceínica

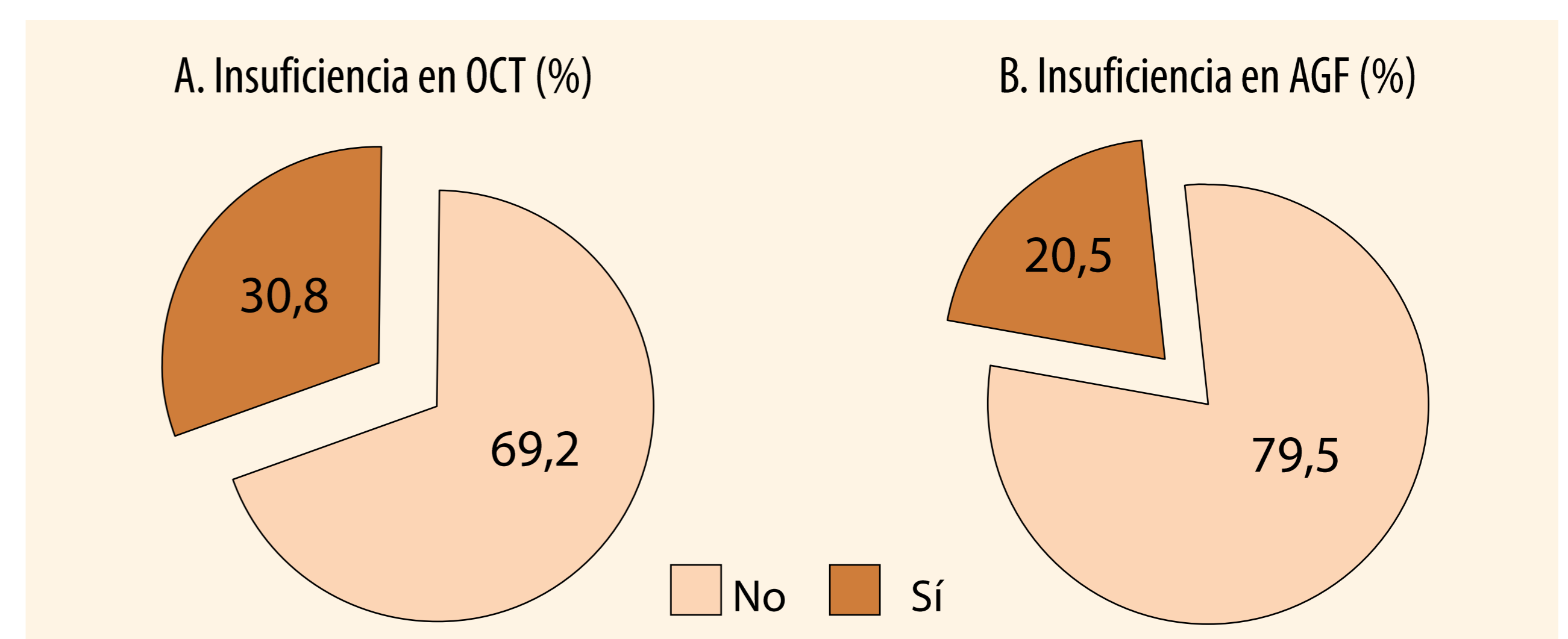
- Los investigadores consideraron insuficientes los recursos de personal para exploraciones (84,6%) y para tratamiento (46,2%) [Figura 1].

Figura 1. Insuficiencia en personal



- Un 30,8% y 20,5% de los investigadores reflejaron carencia de equipos para diagnóstico, como la tomografía de coherencia óptica (OCT) y la angiografía fluoresceínica (AGF) [Figura 2].

Figura 2. Insuficiencia en equipos de diagnóstico DMAE-h



## Conclusiones

- Este estudio evidencia un mayor requerimiento en la disponibilidad de recursos para el diagnóstico y tratamiento de la DMAE-h.
- Estos resultados junto con la actual política de reducir el presupuesto en el sistema de salud español<sup>6</sup>, pueden tener un impacto negativo en el diagnóstico y tratamiento de la DMAE-h.

## Referencias

- Kulkarni AD, Kuppermann BD. Wet age-related macular degeneration. Adv Drug Deliv Rev. 2005; 57:1994-2009.
- Carretero M. Degeneración macular asociada a la edad. Actualidad Científica. Avances Farmacológicos. Offarm. 2006; 25: 78-80.
- Schmidt-Erfurth UM, Richard G, Augustin A, Aylward WG, Bandello F, Corcostegui B, et al. Guidance for the treatment of neovascular age-related macular degeneration. Acta Ophthalmol Scand. 2007;85(5):486-94.
- Sutter-Adler F AW, Knudsen LL, Maugey-Faysse M, Scharge N, Trombetta CJ. Practice management in the era of anti-VEGF-therapy. Identifying the bottlenecks that are preventing effective management of neovascular AMD (part II). Ophthalmology Times Europe. 2007;suppl:1-12.
- Mitchell P, Korobelnik JF, Lanzetta P, Holz FG, Prunte C, Schmidt-Erfurth U, et al. Ranibizumab (Lucentis) in neovascular age-related macular degeneration: evidence from clinical trials. Br J Ophthalmol. 2010;94:2-13.
- http://www.sggp.pap.meh.es