

Impacto económico del sobreuso de corticoides inhalados en pacientes con EPOC en España

Alba Ramon¹, Natalia Malé¹
¹Boehringer Ingelheim España.

INTRODUCCIÓN

- Las últimas guías clínicas nacionales, Guía Española de la EPOC (GesEPOC)¹ e internacionales, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)² para la EPOC aconsejan el uso de la combinación de un agonista β_2 de acción prolongada, y un antagonista muscarínico de acción prolongada (LABA+LAMA) desde el inicio del tratamiento en pacientes GOLD D, así como en pacientes GOLD B con síntomas persistentes y pacientes GOLD C con exacerbaciones.
- La terapia con LABA + corticoides inhalados (ICS) está recomendada en pacientes con alto riesgo de exacerbación y fenotipo mixto, mientras que la triple terapia (LAMA+LABA+ICS) está reservada para pacientes tratados con LAMA/LABA con exacerbaciones persistentes^{1,2}.
- Varios artículos muestran que en España existe un sobreuso de ICS inhalados en grupos no recomendados^{3,4}. Esto se asocia a un aumento de acontecimientos adversos (AA) como neumonía y mal control glucémico.
- El objetivo de este estudio es evaluar el impacto económico y clínico del tratamiento actual de la EPOC en España, comparado con los regímenes recomendados en las guías GesEPOC y GOLD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del modelo

- El modelo calcula el cambio en el uso de recursos de la EPOC asociado al tratamiento de mantenimiento desde el escenario actual en España al escenario clínicamente apropiado (según guías clínicas).
- El modelo tiene en cuenta el riesgo de padecer exacerbaciones, neumonía o infecciones del tracto respiratorio inferior y los eventos relacionados con la diabetes.
- Las terapias consideradas para el modelo son:
 - LAMA en monoterapia
 - LAMA/LABA
 - LABA/ICS
 - Triple terapia
- El horizonte temporal es de 5 años.
- El precio considerado:
 - Precio venta público (PVP) más IVA a 1 de mayo 2018 (se aplica descuento del RDL 08/2010)⁵
 - Dosis aprobada por ficha técnica

Población

El número total de pacientes con EPOC GOLD II a IV se recogió del INE y la literatura^{6,7}. La distribución de los pacientes según el historial de exacerbación era equivalente en todas las opciones terapéuticas. La prevalencia de diabetes en pacientes con EPOC utilizada en el modelo fue del 31,1%⁸.

Datos clínicos

El riesgo basal de exacerbación se definió para la población de pacientes que recibió LAMA / LABA. Este riesgo inicial se ajustó de acuerdo con el historial de exacerbación y la terapia para cada grupo de pacientes que se modelizó. El estudio DYNAGITO se utilizó para calcular el riesgo relativo de las exacerbaciones de LAMA / LABA frente a LAMA⁹, mientras que el estudio FLAME se utilizó para el riesgo frente LABA / ICS¹⁰ y WISDOM para LAMA / LABA / ICS¹¹.

El modelo tuvo en cuenta un mayor riesgo de neumonía o eventos de infecciones del trato respiratorio inferior en pacientes tratados con ICS (7,4% con ICS frente a 4,7% sin ICS)¹².

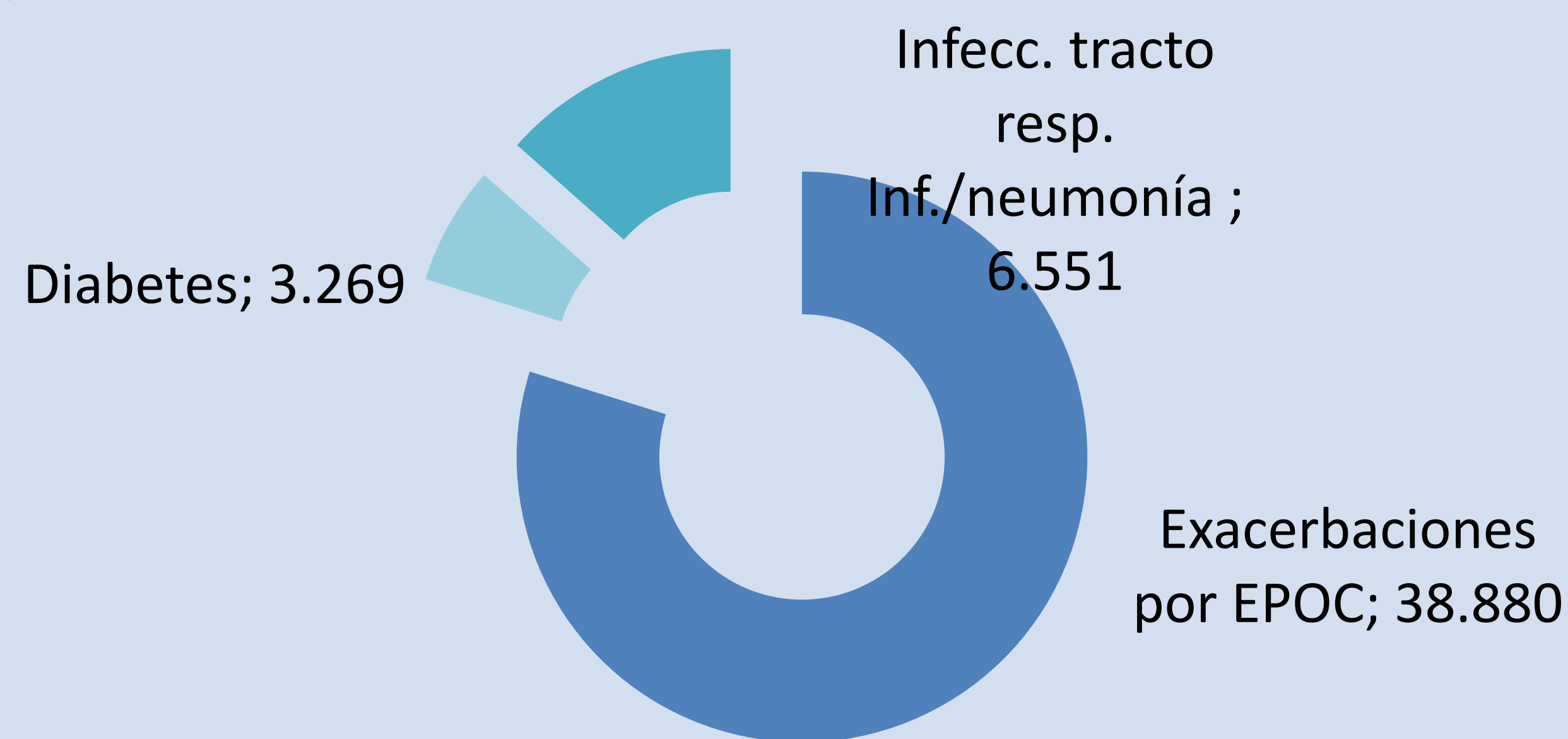
Se aplicó un mayor riesgo de hospitalización relacionada con la diabetes para los regímenes que contienen ICS (6,0% vs. 4,5% para los regímenes sin ICS). Además, se aplicó un mayor riesgo de progresión a la insulina (4,7% versus 2,0% para los regímenes sin ICS)¹³.

RESULTADOS

A) IMPLICACIONES CLÍNICAS:

Hay un número significativo de exacerbaciones de la EPOC, eventos relacionados con diabetes e infecciones del tracto respiratorio inferior/neumonía que se reducirían al cambiar a los pacientes con EPOC de un tratamiento que contiene ICS al tratamiento LAMA / LABA. La Figura 1 presenta el número de eventos evitados durante 5 años.

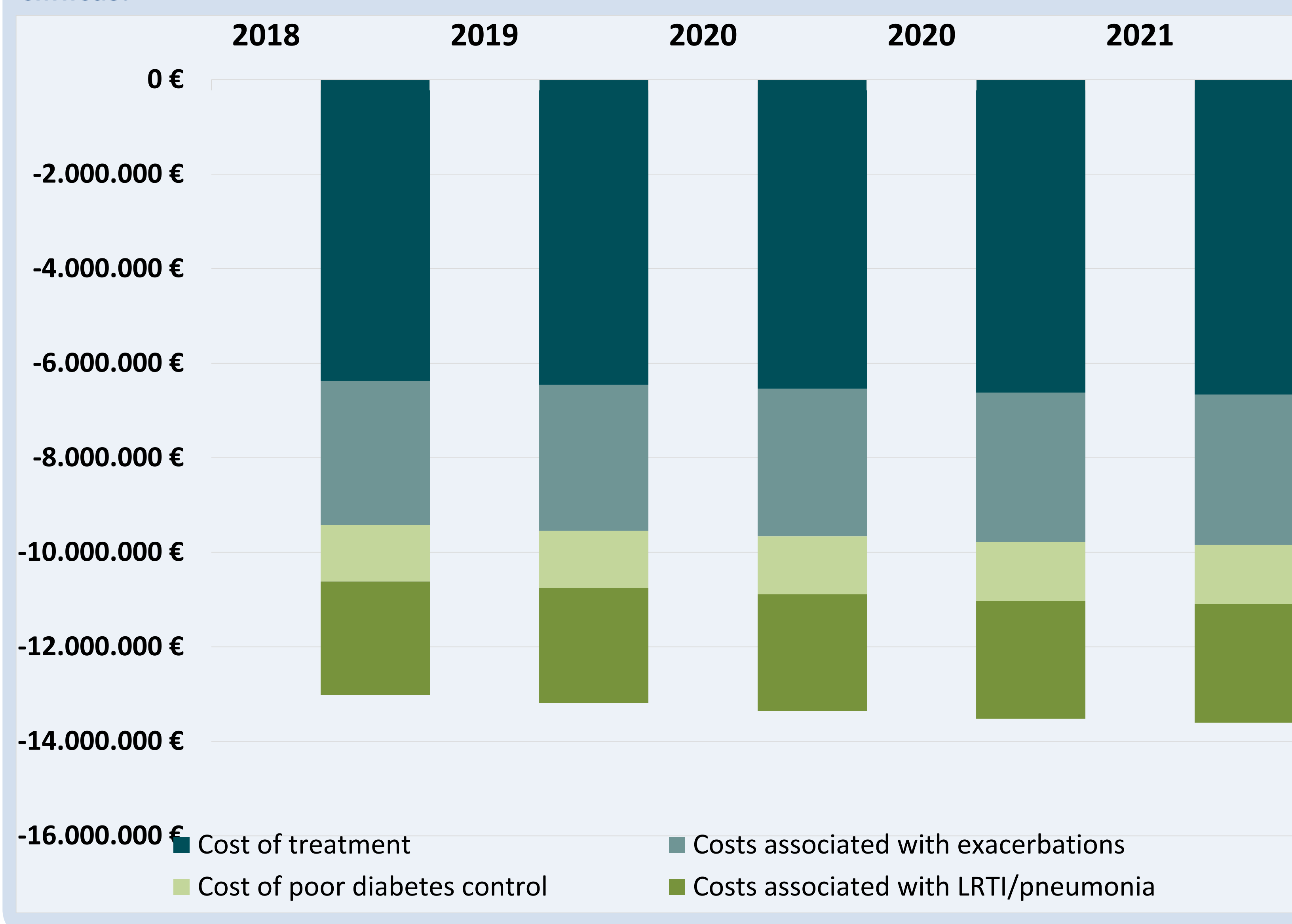
Figura 1. Número de eventos evitados al cambiar el tratamiento de los pacientes actualmente en tratamiento con ICS que no cumplen con los recomendados por guías clínicas.



B) IMPLICACIONES ECONÓMICAS:

Se pueden lograr alrededor de 14 millones euros de ahorro por año mediante el cambio a LAMA-LABA de los pacientes que reciben tratamiento con ICS sin cumplir los criterios recomendados por las guías clínicas (Figura 2). El casi 3 por ciento de los ahorros se obtendría a través de medicamentos, el 1,98% por menos exacerbaciones de la EPOC, el 7,58% por menos episodios de infecciones del tracto respiratorio inferior / neumonía y el 8,93% por menos eventos relacionados con la diabetes.

Figura 2. Ahorros obtenidos a 5 años del cambio de el tratamiento de los pacientes actualmente tratados con ICS que no cumplen los criterios recomendados por guías clínicas.



CONCLUSIONES

En España se observa que hay un sobre uso de ICS inhalados para el tratamiento de la EPOC. Si se siguieran las pautas de las guías GesEPOC y GOLD 2018, se disminuiría el número de pacientes en regímenes con ICS, y los pacientes con EPOC experimentarían menos efectos adversos y se disminuiría el gasto farmacológico. Esto tendría un impacto significativo en los sistemas de salud españoles con aproximadamente 14 millones euros de ahorro anual.

Referencias: 1. Miravittles M, Soler-Cataluña J.J., Called M, et al., Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Archivos en bronconeumología. Vol. 53. Núm. 6. Junio 2017 páginas 291-356. 2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. Disponible en: <http://goldcopd.org/wpcontent/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf> 3. de Miguel-Díez J, Carrasco-Garrido P, Rejas-Gutiérrez J et al., Inappropriate overuse of inhaled corticosteroids for COPD patients: impact on health costs and health status. Lung. 2011 Jun;189(3):199-206. 4. Alcázar B, Casanova C, Miravittles M, et al., Documento de consenso «Uso adecuado de los corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica». Archivos en bronconeumología. Vol. 51. Núm. 4. Abril 2015 5. BotPlus. Disponible en: <https://botplusweb.portalfarma.com/>. 6. INE. Disponible en: <http://www.ine.es/>. 7. Miravittles et al., Prevalence of COPD in Spain and impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. Thorax 2009; 64:863-868. 8. Comorbidity in chronic obstructive pulmonary disease. Related to disease severity? Int J COPD. 2014;19:1307-14. 9. Calverley PMA, et al. Tiotropium and olodaterol in the prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations (DYNAGITO): a double-blind, randomised, parallel-group, active-controlled trial. Lancet Respir Med. 2018 May;6(5):337-344. 10. Wedzicha JA, et al. Indacaterol-Glycopyrronium versus Salmeterol-Fluticasone for COPD. N Engl J Med. 2016 Jun 9;374(23):2222-34. 11. Magnussen H, et al. Withdrawal of inhaled glucocorticoids and exacerbations of COPD. N Engl J Med. 2014 Oct 2;371(14):1285-94. 12. Singh S, Amin AV, Loke YK. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. Arch Intern Med. 2009 Feb 9;169(3):219-29. 13. Price DB, et al. Metabolic Effects Associated with ICS in Patients with COPD and Comorbid Type 2 Diabetes: A Historical Matched Cohort Study. PLoS One. 2016 Sep 22;11(9):e0162903.