



Real Life Data

Prevalencia del síndrome metabólico y costes asociados en pacientes con gota: estudio de vida real

Antoni Sicras-Mainar¹, Ruth Navarro-Artieda²¹ Dirección Científica. Real Life Data. Badalona. Barcelona.² Documentación médica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol Hospital, Badalona, Barcelona.XXXIX
Jornadas de
Economía de la SaludLa transparencia es saludable.
La importancia de la reducción de costes en Sanidad

Introducción

- La gota es una de las causas más comunes de artritis en mayores de 40 años, su prevalencia oscila entre el 0,5 y el 5% de la población general¹. Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de episodios inflamatorios, habitualmente monoarticulares y recurrentes, que suelen ser intensos y autolimitados².
- Los estudios disponibles ponen de manifiesto que en pacientes con obesidad, hipertensión arterial y/o diabetes, los niveles de urato sérico pueden ser considerados como un marcador de inflamación, isquemia y estrés oxidativo en el sistema cardiovascular³.
- La asociación entre la gota y el síndrome metabólico (SM) es conocida. Diversos estudios demuestran que los niveles de uratos séricos aumentan a medida que se incrementa el número de componentes del SM, incluso cuando se ajusta frente a factores de confusión como la edad, el género, el aclaramiento de creatinina, el uso de diuréticos y el consumo de alcohol¹¹⁻¹³. En general la prevalencia del SM según los criterios de la National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III)⁴ oscila entre un 19-71%.

Objetivos

Determinar la prevalencia del síndrome metabólico y el uso de recursos y costes sanitarios en pacientes con gota en un ámbito poblacional.

Métodos

- Se efectuó un estudio descriptivo y longitudinal, realizado a partir de la revisión de los registros médicos (bases de datos informatizadas, con datos disociados). La población de estudio se obtuvo a partir de los registros sanitarios de proveedores de salud de diversos centros de atención primaria y especializada (hospitales) de España (unificados en la base de datos disociada y anonimizada BIG-PAC, de Real Life Data (RLD); <http://www.encepp.eu/encepp/search.htm>).
- Los datos procedieron de diversas historias clínicas informatizadas y de otras bases de datos complementarias de financiación/provisión de servicios públicos, de siete Comunidades Autónomas Españolas (1,9 millones de pacientes). La información de procedencia de los datos es confidencial.
- Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con al menos un episodio agudo de gota.
- El seguimiento de los pacientes fue de 2 años.
- Se confeccionaron dos grupos de estudio: pacientes con 1-2 ataques/recurrencias agudas y con 3 o más.
- Principales variables: sociodemográficas, comorbilidad, síndrome metabólico ([SM]), y uso de recursos y costes sanitarios/no sanitarios.
- La definición del síndrome metabólico (SM) se estableció cuando se cumplían 3 de los 5 criterios de la NCEP-ATP III modificada¹⁴.
- Análisis estadístico: regresión-logística, modelo de ANCOVA; $p < 0,05$.

Resultados

- Se incluyeron 3.130 pacientes con gota. Prevalencia: 3,3%; edad media: 55,8 años; varones: 81,1%. Por grupos: el 68,4% presentaron 1-2 ataques agudos y el 31,6% con 3 o más, $p < 0,001$.
- La prevalencia del SM fue del 28,8% (intervalos de confianza [IC] del 95%: 27,2-30,4%).
- En el modelo de regresión logística corregido los sujetos con ≥ 3 ataques agudos/recurrencias se asociaron con el SM, (odds ratio, OR=6,2; IC: 4,6-8,3), la obesidad (OR=2,1; IC: 1,7-2,5) y la hipertensión arterial (OR=1,6; IC: 1,3-1,9), $p < 0,001$.
- El SM tuvo una moderada correlación lineal con el número de ataques agudos ($r=0,517$), los años de evolución de la enfermedad ($r=0,321$) y los niveles iniciales de ácido úrico ($r=0,278$), $p < 0,001$.
- El modelo de costes brutos y corregidos prospectivos (seguimiento de 24 meses) asociados a la gota según los grupos de estudio se describe en la tabla 4.
- El coste total de los pacientes incluidos en el estudio ascendió a 7 millones de euros, de los cuales el 96,9% correspondieron a costes sanitarios directos y el 3,1% a costes no sanitarios (pérdidas de productividad), con un promedio/unitario total de 2.228,6€, el 90,8% en AP (visitas: 23,5%; medicamentos: 57,7%).
- Por grupos, en el modelo corregido el promedio/unitario de los costes totales por paciente fue de 2.130,6€ frente a 2.605,4€, respectivamente ($p < 0,001$). En todos los componentes del coste los resultados fueron mayores en el grupo con ≥ 3 ataques.
- El subgrupo de pacientes diabéticos (N=641; 20,5%; IC del 95%: 19,1-21,9%), en comparación con los no diabéticos, presentaron un mayor promedio unitario del coste total (3.124,8€ frente a 1.997,8€; $p < 0,001$); estos pacientes mostraron mayor edad (61,9 frente a 54,2 años; $p = 0,001$), carga de morbilidad (3,1 frente a 2,8 BUR; $p < 0,001$) y SM (63,2% frente a 20,1%; $p < 0,001$).

Conclusiones

- La gota se asocia a una elevada morbilidad, presencia de SM y consumo de recursos.
- El estudio proporciona datos útiles sobre el coste de la enfermedad, siendo los costes de seguimiento ambulatorio los más elevados.

Tabla 1. Detalle de los costes/unitarios y de las pérdidas de productividad laboral

Recursos sanitarios y no sanitarios	Costes unitarios (€)
Visitas médicas	
Visita Médica a Atención Primaria	22,74
Visita Médica a Urgencias	115,23
Hospitalización (un día)	314,61
Visita Médica a Atención especializada	102,36
Pruebas complementarias	
Pruebas de laboratorio	21,86
Radiología convencional	18,14
Pruebas diagnósticas/terapéuticas	36,45
Prescripción farmacéutica	PVPiva
Productividad laboral - Costes indirectos	
Coste por día no trabajado	54,65

Fuente de los recursos sanitarios: contabilidad analítica propia.
Valores expresados en euros. PVP: precio de venta al público.

Tabla 2. Características basales de la serie estudiada

Grupos: recurrencias	1-2 ataques	≥ 3 ataques	Total	P
Número de pacientes, %	N= 2.142 (68,4%)	N= 988 (31,6%)	N= 3.130 (100%)	
Características sociodemográficas				
Edad media, años	55,2 (13,0)	57,2 (9,9)	55,8 (12,2)	<0,001
Rangos: 18 - 44 años	23,9%	9,1%	19,2%	
45 - 64 años	42,9%	62,4%	49,0%	
>64 años	33,3%	28,4%	31,8%	
Sexo (varones)	79,7%	84,1%	81,1%	0,004
Comorbilidad general				
Promedio de episodios	6,7 (0,8)	7,8 (4,1)	7,0 (0,8)	<0,001
Promedio de BUR	2,9 (0,8)	3,1 (0,8)	3,0 (0,8)	<0,001
Índice de Charlson	0,9 (0,9)	1,1 (1,0)	0,9 (0,8)	<0,001
Comorbilidades asociadas				
Hipertensión	36,9%	58,3%	43,6%	<0,001
Diabetes mellitus	15,5%	31,3%	20,5%	<0,001
Dislipemia	32,2%	58,6%	40,5%	<0,001
Obesidad	33,8%	63,6%	43,1%	<0,001
Fumadores activos	17,6%	35,9%	23,4%	<0,001
Alcoholismo	4,1%	11,4%	6,4%	<0,001
Cardiopatía isquémica	11,6%	23,3%	15,3%	<0,001
Accidente vasculocerebral	2,9%	8,2%	4,6%	<0,001
Insuficiencia renal	1,5%	5,4%	2,7%	<0,001
Asma bronquial	4,4%	4,0%	4,3%	NS
EPOC	9,7%	12,6%	10,6%	0,015
Neuropatías	0,9%	1,3%	1,1%	NS
Síndrome depresivo	12,7%	15,2%	13,5%	NS
Neoplasias malignas	8,5%	10,7%	9,2%	0,04
Síndrome metabólico	11,8%	65,8%	28,8%	<0,001
Número de factores	1,5 (1,1)	2,8 (1,2)	1,9 (1,3)	<0,001
0	19,3%	4,1%	14,5%	
1	34,3%	10,6%	26,8%	
2	34,6%	19,5%	29,5%	
3+	11,8%	65,9%	28,8%	<0,001

BUR: bandas de utilización de recursos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; valores expresados en porcentaje o media (DE: desviación estándar); p: significación estadística; NS: no significativo

Tabla 3. Características basales de la artropatía gotosa

Grupos: recurrencias	1-2 ataques	≥ 3 ataques	Total	P
Número de pacientes, %	N= 2.142 (68,4%)	N= 988 (31,6%)	N= 3.130 (100%)	
Características				
Evolución de la gota, años	4,4 (1,1)	5,2 (1,4)	4,6 (1,2)	<0,001
Promedio de ataques agudos	1,4 (0,5)	4,4 (1,5)	2,3 (1,7)	<0,001
Presencia de hiperuricemia*	85,1%	97,9%	89,1%	<0,001
Procedencia de los pacientes				
- Atención primaria	86,1%	77,1%	84,7%	
- Urgencias hospitalarias	11,1%	19,2%	13,6%	
- Consultas hospitalarias	0,8%	3,6%	1,7%	<0,001

Valores expresados en porcentaje o media (DE: desviación estándar); p: significación estadística; NS: no significativo. Distribución del número de ataques/agudos: 1 (N=1.315; 42,0%), 2 (N=827; 26,4%), 3 (N=325; 10,4%), 4 (N=292; 9,3%), 5 (N=184; 5,9%), 6 (N=100; 3,2%), 7 (N=54; 1,7%), 8 (N=13; 0,5%), 9 (N=16; 0,6%).

Tabla 4. Modelo de costes brutos y corregidos

Grupos de artropatía	1-2 ataques	≥ 3 ataques	Total	P*
Número de pacientes, %	N= 2.142 (68,4%)	N= 988 (31,6%)	N= 3.130 (100%)	
Modelo de costes sin corregir				
Costes sanitarios	1.993,6 (1.538,7)	2.522,4 (1.773,8)	2.160,5 (1.634,9)	<0,001
Costes en atención primaria	1.861,3 (1.390,4)	2.328,5 (1.628,0)	2.022,5 (1.484,0)	<0,001
Visitas médicas	499 (23,3)	578,7 (57,8)	523,7 (28,5)	<0,001
Pruebas de laboratorio	130,3 (6,0)	160,5 (16,2)	139,8 (8,2)	<0,001
Radiología convencional	38,8 (1,8)	46,1 (4,6)	41,0 (2,6)	<0,001
Pruebas complementarias	29,2 (1,4)	39,5 (3,9)	32,5 (2,0)	<0,001
Prescripción farmacéutica	1.163,9 (1.166,4)	1.505,9 (1.421,8)	1.285,6 (1.261,3)	<0,001
Costes en atención especializada	112,3 (5,1)	193,8 (19,3)	138,0 (17,1)	<0,001
Visitas médicas	53,9 (2,5)	97,4 (9,7)	67,8 (20,2)	<0,001
Días de Hospitalización	42,9 (2,0)	81,2 (8,1)	55,0 (17,4)	0,02
Urgencias	15,5 (0,7)	15,2 (1,5)	15,4 (4,7)	NS
Costes no sanitarios	35,1 (1,6)	139,8 (13,9)	68,1 (7,7)	<0,001
Costes totales	2.028,6 (1.661,8)	2.662,2 (2.143,1)	2.228,6 (1.850,7)	<0,001
Modelo de costes corregidos*				
Costes sanitarios totales	2.101,90	2.517,40	-415,9	<0,001
IC del 95 %	2.024,1 - 2.179,1	2.391,2 - 2.643,5		
Costes en atención primaria	1.967,60	2.331,30	-343,7	<0,001
IC del 95 %	1.917,5 - 2.007,6	2.217,3 - 2.445,3		
Costes en atención especializada	113,9	186,2	-72,3	0,006
IC del 95 %	86,9 - 141,1	141,9 - 230,1		
Costes no sanitarios	29,1	88,1	-69	0,046
IC del 95 %	11,9 - 69,8	21,8 - 154,2		
Costes totales	2.130,60	2.605,40	-474,8	<0,001
IC del 95 %	2.041,16 - 2.220,08	2.459,9 - 2.750,9		

(*): Modelo de ANCOVA: cada prueba F contrasta el efecto simple de la presencia en cada combinación de dosis del resto de los efectos mostrados.

Bibliografía

- So A. Epidemiology: Gout-bad for the heart as well as the joint. Nat Rev Rheumatol. 2010;6:386-7.
- Hamburger M, Baraf HS, Adamson TC 3rd, Basle J, Bass L, Cole B, et al. European League Against Rheumatism. 2011 Recommendations for the diagnosis and management of gout and hyperuricemia. Postgrad Med. 2011;123:3-36.
- Shah A, Keenan RT. Gout, hyperuricemia, and the risk of cardiovascular disease: cause and effect? Curr Rheumatol Rep. 2010;12:118-24.
- National Cholesterol Education Program - Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment on High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Adult Treatment Panel III final report. Circulation. 2002;106:3143-421.