LA SIMPLIFICACIÓN DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE LA HEPATITIS C CRÓNICA ES UNA ESTRATEGIA COSTE-EFECTIVA

García F[1], Domínguez-Hernández R[2], Alados JC[3], Casado M[4], Macías J[5], Téllez F[6], Pascasio JM[7], Casado MA[2]

[1] Departamento de Microbiología, Hospital Universitario San Cecilio, Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs.GRANADA), Granada, España; [2] Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (Porib), Madrid, España; [3] Departamento de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Jerez, Cádiz, España; [4] Departamento de gastroenterología, Complejo hospitalario Torrecárdenas, Almería, España; [5] Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario de Valme. Sevilla, España; [6] UGC Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario de Puerto Real, España; [7] Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, IBIS, CIBERehd, Sevilla, España.

Introducción

- El objetivo en el manejo de la hepatitis C crónica es la eliminación del virus[1].
- Aumentar las tasas de diagnóstico es clave para avanzar en la eliminación del virus de la hepatitis C (VHC).
- Los circuitos habituales de diagnóstico son complejos y algunos pacientes no son remitidos al especialista para su evaluación y tratamiento.
- Un diagnóstico de infección activa en la misma muestra de suero, simplificaría el proceso y establecería un acceso rápido de los pacientes al tratamiento.

Objetivo

Estimar el impacto sanitario y económico del diagnóstico de la infección crónica en un solo paso (D1P) comparado con el diagnóstico tradicional (DTRA) en Andalucía.

Metodología

POBLACIÓN

- De un total de 8.3 millones de personas (población de Andalucía), a partir de un Panel de Expertos especialistas en Microbiología y Gastroenterología, se estimó en 269.256 el número de nuevas solicitudes de anticuerpos frente a VHC que se realizan durante un año.

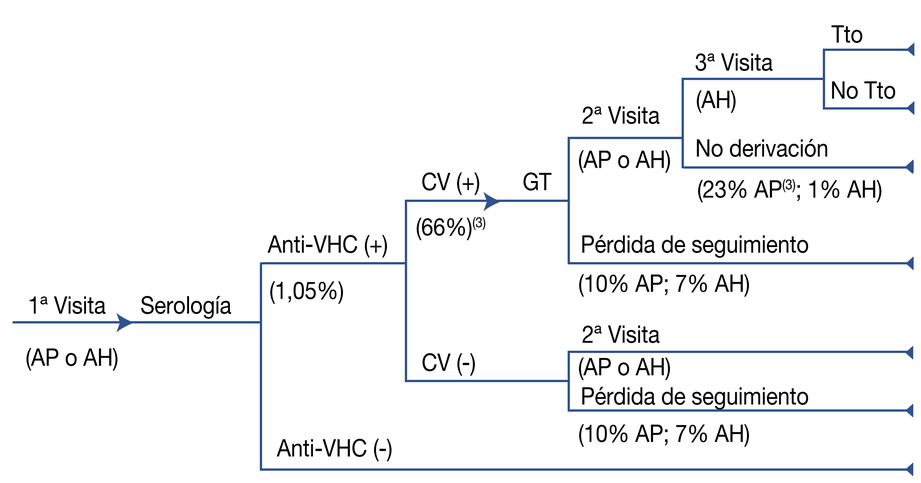
CIRCUITOS ASISTENCIALES

- Para los procesos de diagnóstico D1P y DTRA se realizaron dos arboles de decisión para estimar:
  - La derivación de los pacientes infectados con el VHC, las pérdidas de seguimiento y el acceso al tratamiento.
  - Los costes asociados al diagnóstico de la infección.
- El circuito asistencial para el diagnóstico se basó en la primera visita al especialista (67% atención primaria; 33% atención hospitalaria), en la detección de anticuerpos para el VHC (anti-VHC), carga viral, genotipo y visitas sucesivas para valoración de la enfermedad y tratamiento (Figura 1, Figura 2).
- En el D1P, un test positivo es confirmado en la misma muestra de sangre, en el mismo laboratorio de microbiología.
- En el DTRA se consideró:
  - En los pacientes que acudían a atención primaria, la derivación al centro de especialidades (en un 31%), antes de ser derivados al hospital.
  - La repetición de la serología (en un 10% de los pacientes).
  - En aquellos pacientes atendidos en el centro de especialidades, una visita adicional (en un 15%) para la recogida de resultados antes de ser derivados al hospital.
- Las pérdidas de seguimiento se asociaron a pacientes que no regresan a consulta para la recogida de resultados y la no derivación a pacientes con serología positiva no derivados al especialista para su valoración.
- La distribución de pacientes para cada circuito fue obtenida del Panel de Expertos.

COSTES

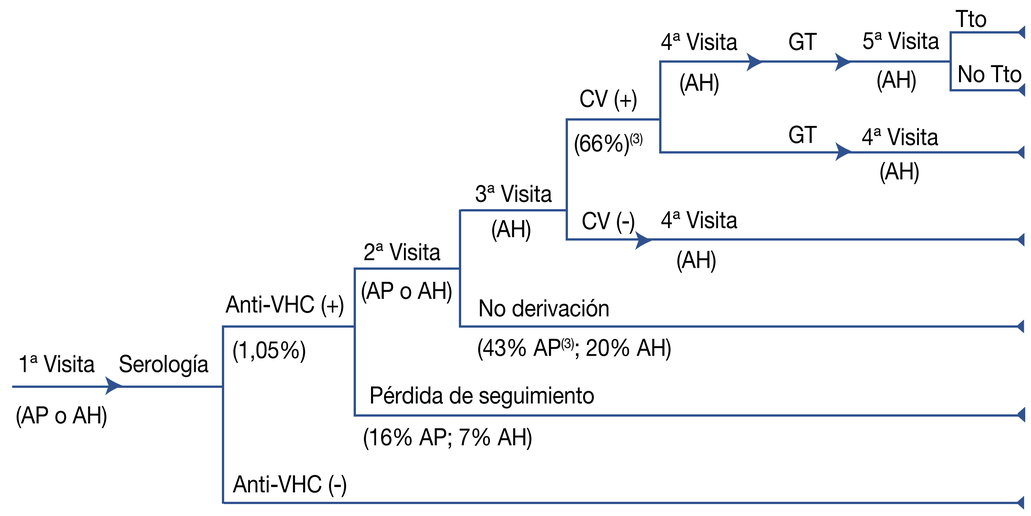
- Los costes unitarios (€, 2018) de los recursos sanitarios se obtuvieron de:
  - Bases de datos del Servicio Andaluz de Salud[4].
  - Precios públicos de la Junta de Andalucía[5].
  - No se consideró el coste farmacológico.

Figura 1. Esquema simplificado del circuito asistencial del D1P



CV: carga viral, GT: genotipo, AH: médico de atención hospitalaria, AP: médico de atención primaria, Tto: tratamiento.

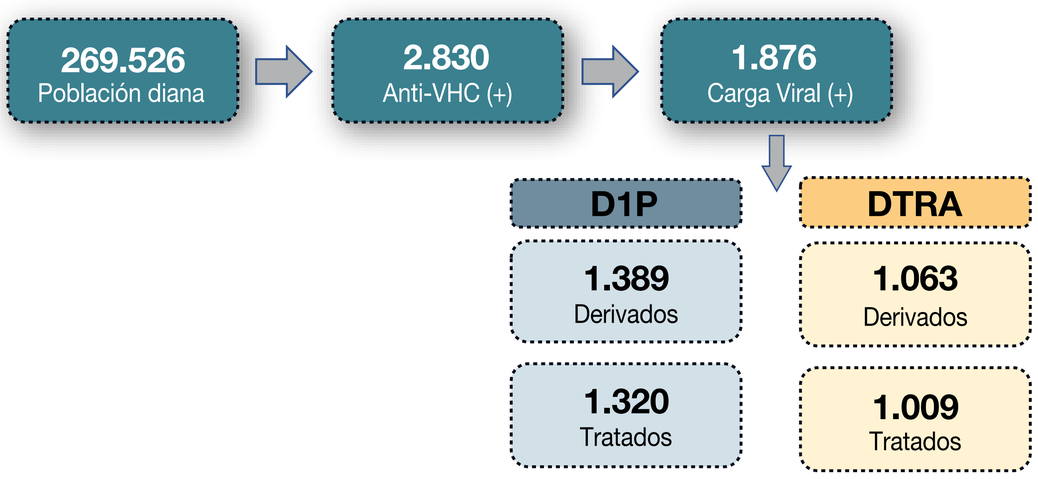
Figura 2. Esquema simplificado del circuito asistencial del DTRA



CV: carga viral, GT: genotipo, AH: médico de atención hospitalaria, AP: médico de atención primaria, Tto: tratamiento.

Resultados

Figura 3. Resultados poblacionales.



- Comparado con el circuito asistencial D1P, la utilización del DTRA conlleva (Figura 3):
  - Un 63% más de pacientes no derivados al especialista para su valoración.
  - Una pérdida de seguimiento en el 30% de los pacientes.
- Con el circuito asistencial D1P ningún paciente con carga viral negativa sería remitido al especialista frente a 540 pacientes con el DTRA.

Tabla 1. Resultados económicos

	Circuito asistencial D1P	Circuito asistencial DTRA	Diferencia
Visitas médicas	**14.995.124€**	**15.252.927€**	**-257.803€**
Pruebas diagnósticas	**676.369€**	**603.495€**	**72.875€**
Costes totales	**15.671.493€**	**15.856.421€**	**-184.928€**

- Al comparar el circuito asistencial D1P frente al DTRA:
  - Se generaría un ahorro de costes asociados a las pruebas de diagnóstico y al circuito asistencial de 184.928€ (Tabla 1).
  - El ahorro por paciente con carga viral positiva derivado al especialista sería de 3.634€ (11.283€ vs 14.917€)*.

*(15.671.493€/1.389 pacientes) vs (15.856.421€/1.063 pacientes)

Conclusiones

- En el análisis, el diagnóstico en un solo paso ha demostrado su eficiencia en el Sistema Sanitario Andaluz, ya que:
  - Produce un incremento de pacientes diagnosticados.
  - Consigue un aumento del acceso de los pacientes al tratamiento.
  - Genera un ahorro de costes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/hepatitis/es/
2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.es/
3. Casas, et al. Congreso GEHEP 2016
4. Programa de Contabilidad Analítica del Servicio Andaluz de Salud (COANh).
5. Precios Públicos (Junta de Andalucía). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es.

Número de póster: 17

Estudio financiado por GILEAD

Diseñado por porib