Artículo original:

Norström F, Myléus A, Nordyke K, Carlsson A, Högberg L, Sandström O. Is mass screening for coeliac disease a wise use of resources? A health economic evaluation. BMC Gastroenterol.2021; 21:159.
PubMed

RESUMEN

Aproximadamente uno de cada 100 seres humanos padece enfermedad celíaca (EC) y en muchos casos el diagnóstico puede retrasarse muchos meses, lo que provoca un deterioro de la salud. Se plantea si la realización de un cribado a la población pediátrica de 12 años pudiera ser rentable económicamente, valorando los beneficios e inconvenientes. Han utilizado un modelo de Markov para calcular la relación coste-efectividad en función del coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC). Según sus resultados el coste del cribado de la EC fue de 40 105 euros por AVAC ganado. Los análisis de sensibilidad apoyan la detección basada en un alto cumplimiento de una dieta sin gluten, rápida progresión de la EC sin síntomas a la forma sintomática, retraso en el diagnóstico de la EC y una puntuación baja de AVAC para pacientes no diagnosticados de la enfermedad. El estudio concluye que el cribado masivo de la EC es rentable, aunque hay muchos aspectos de la historia natural de la misma que aún no se conocen.

PERLAS CLÍNICAS

1. **¿Qué es el modelo de Markov?**

Un modelo de Markov[1] aplicado al campo sanitario puede definirse como un modelo estocástico (influye la incertidumbre como parte del cálculo) de una enfermedad en el que se asume que el paciente se encuentra siempre en uno de un número finito de estados de salud (denominados estados de Markov), los cuales deben ser exhaustivos (es decir, todos los posibles) y mutuamente excluyentes (un individuo no puede estar en dos estados al mismo tiempo).

2. **¿Qué es el QALY Score?**

El año de vida ajustado por calidad (AVAC o QALY por sus siglas en inglés)[2] es una medida de estado de la salud, que considera tanto la cantidad como la calidad de vida. Se utiliza en la evaluación económica para valorar la rentabilidad de las intervenciones médicas. Un QALY equivale a un año en perfecto estado de salud.

3. **¿Cuáles son los criterios que debe tener una enfermedad para ser objeto de un cribado masivo a la población?**

Normalmente, la indicación de cribado para una enfermedad se establece si cumple criterios admitidos (criterios de Wilson-Jungner o de Frame y Carlson)[3] que incluyen entre otros, la existencia de una enfermedad prevalente con fase asintomática, pruebas diagnósticas asequibles y eficaces y tratamiento. La aplicación de estos criterios a la EC sigue siendo controvertida, ya que la EC no cumple los criterios establecidos. Diferentes grupos de expertos mantienen la recomendación de la búsqueda activa de casos establecida por ESPGHAN, dada la falta de evidencia sobre la evolución de los pacientes asintomáticos no diagnosticados.

CRITERIOS DE FRAME Y CARLSON	CRITERIOS WILSON-JUNGNER
La enfermedad sea una causa común de morbimortalidad	La enfermedad debe ser un importante problema de salud
Detectable en etapa presintomática	Debe haber tratamiento
Pruebas diagnósticas deben ser efectivas y eficaces (sensibilidad y especificidad aceptables)	Debe haber diagnóstico fácil
Tratamiento temprano debe ser mejor que en la etapa sintomática	Periodo asintomático
Daño potencial de la intervención debe ser menor que en el tratamiento no precoz	Prueba disponible para detección
	Prueba aceptable para la población
	Historia natural de la enfermedad conocida
	Acuerdo sobre quién debe ser tratado
	Coste del diagnóstico adecuado
	Detección debe ser proceso continuo

APUNTE METODOLÓGICO

El estudio valora únicamente la rentabilidad económica del diagnóstico precoz de pacientes asintomáticos de EC. Aún no se conoce la historia natural de la enfermedad especialmente en lo que se refiere al estado de salud de los pacientes con EC que reciben dieta con gluten.

EN PERSPECTIVA

- Con la elevada prevalencia de EC, que afecta al 1% de la población occidental y la alta tasa de pacientes asintomáticos parece lógico suponer que un cribado poblacional podría ayudar a la detección de tales pacientes asintomáticos.
- El presente estudio demuestra la rentabilidad económica del cribado, pero se plantean dudas que no quedan resueltas con el estudio.
- La principal incógnita es saber cuándo y cómo hacer el cribado, por qué a los 12 años, y no antes o después, y qué pasaría con los niños que tienen marcadores normales en ese momento, pero desarrollan la enfermedad poco después, ya que daría una falsa sensación de seguridad.
- En el momento actual no está claro que el cribado universal sea la solución para la EC sin síntomas y la mayoría de los autores abogan por mantener un alto índice de sospecha[4,5].

BIBLIOGRAFÍA

1. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. Methodsfor the economic evaluation of healthcare programmes. 3.ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2015.
2. Rubio C. Introducción a la utilización de los modelos de Markov en el análisis fármaco-económico. Farm Hosp. 2000;24:241-7.

3. Wilson JMG, Jungner G, Organización Mundial de la Salud. Principles and practice of screening for disease. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 28/09/2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/37650

4. Ludvigsson JF, Card TR, Kaukinen K, Bai J, Zingone F, Sanders DS, et al. Screening for celiac disease in the general population and in high-risk groups. United European Gastroenterol J. 2015;3:106-20.

5. Chou R, Bougatsos C, Blazina I, Mackey K, Grusing S, Selph S. Screening for celiac disease: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2017;31:1258-68.

Valoración

Finalizar y volver al índice >

Nº de votos: 0

No hay comentarios | Añadir comentario | Normas de uso del foro

Compartir

© 2021 AEP Asociación Española de Pediatría · Aguirre 1, 1º izquierda · 28009 Madrid | Aviso legal | Contacto

ISSN: 2444-409X | Desarrollo y edición: Lúa Ediciones 3.0 S.L.