



ORIGINAL

Coste-efectividad de rosuvastatina frente a simvastatina, atorvastatina y pitavastatina en pacientes con riesgo cardiovascular alto y muy alto en España



Juan Cosin Sales^a, Francisco José Fuentes Jiménez^b, Teresa Mantilla Morató^c, Emilio Ruiz^d, Virginia Becerra^d, Susana Aceituno^e, Maria Giovanna Ferrario^e, Luis Lizán^e y Alfredo Gracia^{d,*}

^a Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

^b Unidad de Lípidos y Aterosclerosis, Departamento de Medicina, IMBIC/Hospital Universitario Reina Sofía, Universidad de Córdoba, Córdoba y CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^c Centro de Salud Universitario Prosperidad, Madrid, España

^d Departamento Científico, Ferrer Internacional, Barcelona, España

^e Outcomes'10, Castellón de la Plana, España

Recibido el 25 de junio de 2014; aceptado el 5 de noviembre de 2014

Disponible en Internet el 29 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Análisis
coste-beneficio;
Estatinas;
Riesgo
cardiovascular;
Rosuvastatina;
Systematic Coronary
Risk Estimation

Resumen

Introducción y objetivos: Estimar el coste-efectividad de rosuvastatina frente a simvastatina, atorvastatina y pitavastatina en España, de acuerdo con las guías europeas de tratamiento de las dislipidemias, en pacientes con alto y muy alto riesgo cardiovascular.

Métodos: Modelo de Markov de coste-efectividad a largo plazo de rosuvastatina versus simvastatina, atorvastatina y pitavastatina, en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular definido por 5 factores (sexo, edad, hábito tabáquico, nivel de colesterol inicial, presión arterial sistólica) según el sistema SCORE. La ratio coste-efectividad incremental se expresa en euros por año de vida ajustado por calidad y se calcula desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Resultados: Los resultados indican que rosuvastatina se asocia a un beneficio mayor que las otras estatinas en todos los perfiles considerados. Rosuvastatina es más coste-efectiva con respecto a simvastatina en pacientes con riesgo SCORE $\geq 8\%$ en mujeres y $\geq 6\%$ en hombres, mientras que entre 5% y los valores indicados su coste-efectividad depende del nivel basal de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfredogracia@ferrer.com (A. Gracia).

c-LDL del paciente. Rosuvastatina resulta más coste-efectiva frente a atorvastatina a partir de un riesgo SCORE de 11% en mujeres y 10% en hombres. Rosuvastatina resulta dominante frente a pitavastatina, tanto en mujeres como en hombres con riesgo alto y muy alto en el sistema SCORE.

Conclusiones: Rosuvastatina es una terapia coste-efectiva en el tratamiento de la hipercolesterolemia, frente a simvastatina, atorvastatina y pitavastatina, especialmente en determinados perfiles de pacientes con factores de riesgo cardiovascular alto y muy alto según el sistema SCORE en España.

© 2014 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cost-benefit analysis;
Statins;
Cardiovascular risk;
Rosuvastatin;
Systematic Coronary
Risk Estimation

Cost-effectiveness of rosuvastatin versus simvastatin, atorvastatin and pitavastatin in patients with high and very high cardiovascular risk in Spain

Abstract

Introduction and objectives: To estimate the cost-effectiveness of rosuvastatin versus simvastatin, atorvastatin and pitavastatin in Spain, according to the European guidelines for the treatment of dyslipidemias in patients with high and very high cardiovascular risk.

Methods: A Markov long-term cost-effectiveness model of rosuvastatin versus simvastatin, atorvastatin and pitavastatin in patients with high and very high cardiovascular risk defined according to 5 factors (sex, age, smoking habit, baseline cholesterol level, and systolic blood pressure) using the SCORE system. The incremental cost-effectiveness ratio is expressed in euros per quality adjusted life years and is calculated according to the perspective of the Spanish National Health System.

Results: Rosuvastatin is associated with a greater health benefit than the other statins across the considered profiles. Rosuvastatin is cost-effective compared to simvastatin in patients with SCORE risk \geq 8% in females and \geq 6% in males, while between 5% and the indicated values its cost-effectiveness is conditional to the patient baseline c-LDL level. Rosuvastatin is more cost-effective versus atorvastatin in female profiles associated with a SCORE risk \geq 11% and male profiles with SCORE risk \geq 10%. Rosuvastatin is superior versus pitavastatin in both female and male profiles with high and very high cardiovascular risk.

Conclusions: Rosuvastatin is a cost-effective therapy in the treatment of hypercholesterolemia versus simvastatin, atorvastatin and pitavastatin, especially in specific profiles of patients with high and very high cardiovascular risk factors, according to the SCORE system, in Spain.

© 2014 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, constituyendo el 31,18% del total de muertes en nuestro país, según datos del Instituto Nacional de Estadística de 2011¹. De entre los factores de riesgo cardiovascular, la hipercolesterolemia afecta a más del 40% de la población española si se tiene en cuenta el colesterol total, al 50% si se considera el colesterol unido a las lipoproteínas de baja densidad (c-LDL)². Las altas concentraciones de colesterol total y c-LDL representan un importante factor de riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, quedando demostrado que reducciones en sus niveles disminuyen el riesgo de desarrollar estas enfermedades, siendo por tanto el c-LDL el objetivo principal de control de las terapias reductoras del colesterol^{3,4}.

La Sociedad Española de Cardiología aprobó⁵ la adopción de los criterios publicados en las guías conjuntas de la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Europea

de Arteriosclerosis⁴ para el manejo del paciente con dislipidemia. Dichas guías aconsejan la evaluación del riesgo cardiovascular total⁴ para la prevención de enfermedades cardiovasculares mediante el uso del sistema *Systematic Coronary Risk Estimation* (SCORE)⁶ que evalúa el riesgo cardiovascular mortal a 10 años, ya que está basado en datos de cohortes europeas representativas. Los pacientes con niveles muy elevados de factores individuales de riesgo o con un riesgo SCORE \geq 5 y $<$ 10 se consideran pacientes en riesgo cardiovascular alto⁴. En ellos, la intensidad reductora de colesterol tiene que ser suficiente para lograr al menos una reducción del 30% al 40% en el nivel de c-LDL (estatinas de intensidad moderada⁷), siendo el objetivo de c-LDL inferior a 2,5 mmol/l (100 mg/dl). En cambio, aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular conocida, diabetes mellitus tipo 1 y lesión de órganos diana (como microalbuminuria) o tipo 2, o pacientes con enfermedad renal crónica (TFG $<$ 30 ml/min/1,73 m²) se consideran con riesgo muy alto y se recomienda reducir

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2839542>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2839542>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)