

Análisis coste-efectividad del tratamiento del aneurisma de aorta abdominal mediante prótesis endovascular en España

M.A. Cairols-Castellote^a, L.M. Salmerón-Febres^b, R. Fernández-Samos^c,
E. Iborra-Ortega^a, C. Vaquero-Puerta^d, M. Marco-Luque^e,
M. Doblás-Domínguez^f, L. Riera de Cubas^g, L.M. Reparaz-Asensio^h,
V. Fernández-Valenzuelaⁱ, C. Crespo^{j,k}, J.M. Rodríguez^l

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DEL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MEDIANTE PRÓTESIS ENDOVASCULAR EN ESPAÑA

Resumen. *Objetivos.* Determinar si el tratamiento endovascular (TEV) es una opción coste-efectiva en la terapia del aneurisma de aorta abdominal (AAA) respecto a la cirugía abierta, y evaluar el impacto presupuestario de una mayor utilización de estos dispositivos en el Sistema Nacional de Salud. *Pacientes y métodos.* Realizamos un análisis coste-efectividad y coste-utilidad del TEV frente a cirugía abierta utilizando un modelo de Markov de ciclos mensuales basado en datos clínicos de la literatura (esencialmente el estudio EVAR-1) y la opinión de expertos. Tuvimos en consideración una población española hipotética de pacientes con AAA igual o superior a 5 cm y tributarios de cirugía abierta. El análisis lo realizamos desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, y se descontaron costes y efectos futuros al 3,5%. Adicionalmente realizamos el impacto presupuestario y un análisis de sensibilidad probabilístico con la simulación de Monte-Carlo. *Resultados.* Los resultados mostraron que el TEV se asocia a una mayor efectividad que la cirugía abierta, con ganancias de entre 0,03 y 0,18 años de vida por paciente a uno y cuatro años, respectivamente (resultados similares si se utilizan años de vida ajustados por calidad). El coste medio por paciente fue mayor en TEV, entre 2.879 y 3.492 euros según distintos escenarios, el coste por años de vida ganado con TEV fue de 111.064 a 19.852 euros y el coste por años de vida ajustados por calidad ganado fue de 137.206 a 27.077 euros (análisis a uno y cuatro años, respectivamente). El impacto presupuestario de aumentar la introducción de la endoprótesis evaluada en España durante los próximos cuatro años representa el 0,5-2,2% del coste total de las AAA. *Conclusiones.* El TEV es una alternativa coste-efectiva con respecto a la intervención quirúrgica convencional, ya que a los cuatro años de seguimiento presenta valores por debajo del umbral de eficiencia usualmente aceptado en España. [ANGIOLOGÍA 2009; 61: 51-61]

Palabras clave. Aneurisma de aorta abdominal. Cirugía abierta. Coste-efectividad. Coste-utilidad. Endovascular. Impacto presupuestario.

Aceptado tras revisión externa: 02.03.09.

^aHospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ^bHospital Clínico San Cecilio. Granada. ^cHospital de León. León. ^dHospital Clínico Valladolid. Valladolid. ^eHospital Miguel Servet. Zaragoza. ^fHospital Virgen de la Salud. Toledo. ^gHospital Universitario La Paz. Madrid. ^hHospital General Gregorio Marañón. Madrid. ⁱHospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ^jOblikue Consulting S.L. Barcelona. ^kDepartamento de Estadística. Universitat de Barcelona. Barcelona. ^lMedtronic Ibérica. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Marc A. Cairols Castellote. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitari de Bellvitge. Feixa Llarga, s/n.

E-08907 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Fax: +34 932 607 515. E-mail: mcairols@bellvitgehospital.cat

Conflicto de intereses. J.M.R. trabaja para Medtronic Ibérica, que es la empresa promotora del estudio; C.C. trabaja para una consultora independiente y ha participado en la investigación como experto en evaluación económica; los demás autores han participado como expertos clínicos en el estudio.

Agradecimientos. E. Ros (H. Clínico San Cecilio, Granada), J.A. Lechón (H. Miguel Servet), R. Rodríguez (H. Virgen de La Salud), M. Matas (H. Vall d'Hebron, Barcelona) y Max Brosa (Oblikue Consulting).

© 2009, ANGIOLOGÍA

Introducción

La incidencia y prevalencia de los aneurismas de aorta abdominal (AAA) están condicionadas por el mayor acceso a medios diagnósticos, así como por los cambios de criterio cuantitativo para definir el aneurisma de aorta, la edad, el sexo y la raza [1-4]. En España, para aneurismas ≥ 3 cm en varones de 65-75 años de edad hubo una prevalencia del 4,2% [5]. Por otra parte, la mortalidad fue de 2.614 personas mayores de 40 años (2.343 hombres y 271 mujeres) en el período 2002-2004 [6]. El registro EUROSTAR, con más de 5.000 pacientes con AAA, muestra supervivencias de cinco años del 76% [7].

Si bien históricamente el tratamiento de los AAA se efectuaba mediante cirugía abierta (CA), Parodi et al [8] introdujeron la técnica de reparación endovascular (TEV), que se asocia a una recuperación más rápida en el postoperatorio inmediato, con reducidos períodos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y menor estancia hospitalaria [9].

El TEV ha demostrado su eficacia y seguridad en diversos ensayos clínicos controlados, estudios observacionales y series de casos [10-13].

El objetivo del estudio fue determinar si el TEV es una opción coste-efectiva en el tratamiento de los AAA en comparación con la CA y evaluar el impacto presupuestario de una utilización mayor de estos dispositivos en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Pacientes y métodos

Modelo

Realizamos un análisis coste-efectividad del TEV frente a CA con el empleo de un modelo de simulación de Markov (ciclos mensuales) para la estimación de los resultados a corto y largo plazo (Fig. 1).

El modelo permitió calcular los costes por paciente asociados a cada opción y estimar el coste-efectividad incremental de TEV frente a la CA en Es-

paña mediante la fórmula: $(Costes_{TEV} - Costes_{CA}) / (Efectividad_{TEV} - Efectividad_{CA})$.

Tuvimos en consideración una población española hipotética de pacientes con AAA ≥ 5 cm y tributarios de CA. Para el estudio excluimos los pacientes que requerían reparación urgente del AAA. Calculamos los años de vida (AV), los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y el coste medio por paciente a uno, dos, tres y cuatro años para cada opción, y se estimó como indicador de coste-efectividad el coste/AV ganado, y como coste-utilidad, el coste/AVAC ganado. El análisis lo realizamos desde la perspectiva del SNS, con un horizonte temporal máximo de cuatro años, y descontando costes y efectos futuros al 3,5% anual. Todos los costes están expresados en euros del año 2008.

Parámetros del modelo

Los parámetros clínicos y económicos del modelo fueron extraídos de los datos publicados en la literatura [10,12,14-21], y fueron validados por clínicos expertos. Los datos clínicos (Tabla I) los tomamos de comparaciones directas entre las opciones analizadas, en la mayoría de los casos el ensayo clínico aleatorizado EVAR-1. Los datos de mortalidad a largo plazo del TEV han sido extraídos de los estudios de Torsello et al [12], que no sólo son a largo plazo sino que se ajustan a la realidad de su utilización, y de Luengo y Polo [18], que reflejan las complicaciones encontradas en el registro español.

A partir del uso de recursos asociado al seguimiento y reintervenciones descrito por un grupo de expertos y los costes unitarios españoles, estimamos el coste al realizar CA o TEV (Tabla II). Para obtener específicamente el coste hospitalario de la intervención multiplicamos las estancias en la UCI (2,4 días CA frente a 0,53 días TEV) y en planta (13,3 días CA frente a 6,27 TEV) [10,18] por los costes medios por día de estancia según el tipo de sala (1.070,82 € y 459,77 €, respectivamente) [21].

Los costes de seguimiento de TEV provienen de un registro del Hospital Clínic de Barcelona donde se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2867884>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2867884>

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