

Artículo original

Utilidad de un policomprimido cardiovascular en el tratamiento de pacientes en prevención secundaria en España: un estudio de coste-efectividad

Vivencio Barrios^{a,*}, Lisette Kaskens^b, José María Castellano^{c,d,e}, Juan Cosin-Sales^f, José Emilio Ruiz^b, Ilonka Zsolt^b, Valentín Fuster^{c,d} y Alfredo Gracia^b^a Departamento de Cardiología Adultos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España^b Departamento Científico, Ferrer, Barcelona, España^c Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, Madrid, España^d Icahn School of Medicine Mount Sinai, Nueva York, Estados Unidos^e Servicio de Cardiología, HM Hospitales, Hospital Universitario HM Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España^f Servicio de Cardiología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

Historia del artículo:

Recibido el 25 de febrero de 2016

Aceptado el 27 de mayo de 2016

On-line el 26 de julio de 2016

Palabras clave:

Prevención secundaria cardiovascular

Policomprimido

Adherencia

Coste-efectividad

RESUMEN

Introducción y objetivos: Estimar los beneficios en salud y el coste-efectividad de una intervención con un policomprimido (ácido acetilsalicílico 100 mg, atorvastatina 20 mg y ramipril 10 mg) para la prevención secundaria de eventos cardiovasculares desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español en comparación con la monoterapia múltiple.

Métodos: Se utilizó una versión adaptada de un modelo de Markov publicado recientemente y desarrollado y validado en Microsoft Excel para evaluar el coste-efectividad del policomprimido frente a sus monocomponentes combinados en un horizonte temporal de 10 años. La población incluida en el modelo tenía antecedentes de infarto de miocardio y una media de edad de 64,7 años, y la mayoría eran varones. Los parámetros de entrada se obtuvieron de una revisión sistemática de la literatura que informara sobre eficacia, adherencia, utilidades y costes. Los resultados del modelo se expresan en eventos evitados, costes incrementales, años de vida incrementales, años de vida ajustados por calidad incrementales y la razón de coste-efectividad incremental.

Resultados: En 10 años, la utilización de un policomprimido cardiovascular en lugar de sus monocomponentes evitaría 46 eventos cardiovasculares no fatales y 11 fatales por cada 1.000 pacientes tratados. Además, el policomprimido es una estrategia más efectiva y más barata. En el análisis probabilístico del caso base, se observa un 90,9% de probabilidad de que el policomprimido sea una estrategia coste-efectiva para una disposición a pagar 30.000 euros por año de vida ajustado por calidad comparada con la monoterapia múltiple.

Conclusiones: Se demuestra que el policomprimido es una estrategia coste-efectiva para el Sistema Nacional de Salud español con potencial beneficio clínico.

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Usefulness of a Cardiovascular Polypill in the Treatment of Secondary Prevention Patients in Spain: A Cost-effectiveness Study

ABSTRACT

Introduction and objectives: To estimate the health benefits and cost-effectiveness of a polypill intervention (aspirin 100 mg, atorvastatin 20 mg, ramipril 10 mg) compared with multiple monotherapy for secondary prevention of cardiovascular events in adults with a history of myocardial infarction from the perspective of the Spanish National Health System.

Methods: An adapted version of a recently published Markov model developed and validated in Microsoft Excel was used to compare the cost-effectiveness of the polypill with that of its combined monocomponents over a 10-year time horizon. The population included in the model had a mean age of 64.7 years; most were male and had a history of myocardial infarction. The input parameters were obtained from a systematic literature review examining efficacy, adherence, utilities, and costs. The results of the model are expressed in events avoided, incremental costs, incremental life years, incremental quality-adjusted life years, and the incremental cost-effectiveness ratio.

Keywords:

Secondary cardiovascular prevention

Polypill

Adherence

Cost-effectiveness

* Autor para correspondencia: Servicio de Cardiología, Hospital Ramón y Cajal, Ctra. de Colmenar km 9,100, 28034 Madrid, España.
Correo electrónico: vivenciobarrios@gmail.com (V. Barrios).

Results: Over a 10-year period, use of the cardiovascular polypill instead of its monocomponents simultaneously would avoid 46 nonfatal and 11 fatal cardiovascular events per 1000 patients treated. The polypill would also be a more effective and cheaper strategy. Probabilistic analysis of the base case found a 90.9% probability that the polypill would be a cost-effective strategy compared with multiple monotherapy at a willingness-to-pay of 30 000 euros per quality-adjusted life year.

Conclusions: The polypill would be a cost-effective strategy for the Spanish National Health System with potential clinical benefits.

Full English text available from: www.revespcardiol.org/en

© 2016 Sociedad Española de Cardiología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Abreviaturas

AAS: ácido acetilsalicílico

AVAC: año de vida ajustado por calidad

IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina

NNT: número de pacientes que es necesario tratar

INTRODUCCIÓN

El deterioro de la salud de la población y el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas es un problema mundial cuyas causas son multifactoriales y complejas. El envejecimiento de la población, junto con la expansión de los malos hábitos nutricionales, la obesidad y la hipertensión, contribuye cada vez más a un desarrollo epidémico de las enfermedades cardiovasculares¹. En este contexto, la población sometida a regímenes farmacológicos crónicos y el número de pacientes polimedcados han sufrido un incremento significativo, lo que a su vez ha puesto de manifiesto la alarmante baja tasa de adherencia farmacológica en prevención tanto primaria como secundaria. Tanto es así, que la adherencia de los pacientes a los tratamientos crónicos es una de las prioridades de la agenda de Salud Pública de la Unión Europea². A pesar de la eficacia demostrada de los fármacos utilizados en prevención secundaria, la adherencia de estos pacientes se ha estimado en tan solo un 57%³. La baja adherencia terapéutica tiene impacto sanitario y económico y se asocia a fracaso en la consecución de los objetivos terapéuticos y mayores tasas de hospitalizaciones y muerte. Las estimaciones de riesgo tanto relativo como absoluto demuestran que una proporción considerable de los eventos cardiovasculares pueden ser atribuibles a la mala adherencia terapéutica (aproximadamente el 9% en Europa)⁴. Ho et al.⁵ encontraron que la falta de adherencia a fármacos cardioprotectores era común: el 22% con los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), el 26% con las estatinas y el 29% con los bloqueadores beta. Parte de la carga del coste asociado a la enfermedad cardiovascular recae en la falta de eficacia terapéutica derivada de la falta de adherencia. De hecho, los costes directos e indirectos derivados de la falta de adherencia en Estados Unidos se han calculado entre 100.000 y 289.000 millones de dólares anuales^{6,7}. Este es uno de los motivos que ha impulsado a industria, aseguradoras y agencias reguladoras y gubernamentales a buscar fórmulas que promuevan la adherencia de manera eficaz y coste-efectiva.

El coste-efectividad del policomprimido se ha estudiado en múltiples entornos socioeconómicos⁸. Más recientemente se han publicado los resultados de un modelo de Markov alimentado con datos de ensayos clínicos para analizar el papel de un policomprimido cardiovascular en prevención secundaria en Reino Unido⁹. Dicho modelo comparó la utilización de un policomprimido

(compuesto por ácido acetilsalicílico [AAS] 100 mg, atorvastatina 20 mg y ramipril 10 mg) con monoterapia. El modelo estimó que, por cada 10% de incremento en el grado de adherencia, se puede prevenir el 6,7% de los eventos cardiovasculares fatales y no fatales adicionales. Con base en estos y otros resultados, la utilización de un policomprimido cardiovascular en prevención secundaria podría ser una estrategia con un bajo cociente de coste-efectividad para prevenir eventos cardiovasculares.

En este artículo se explora el cociente de coste-efectividad de una estrategia de tratamiento en prevención secundaria mediante un policomprimido con AAS 100 mg, atorvastatina 20 mg y ramipril 10 mg en comparación con la monoterapia múltiple en el entorno del Sistema Nacional de Salud español.

MÉTODOS

Diseño del modelo

Se utilizó una versión adaptada de un modelo de Markov para Reino Unido con ciclos de 3 meses, publicado recientemente⁹ y desarrollado en Microsoft Excel, para evaluar los resultados cardiovasculares, los costes y los beneficios y estimar la razón de coste-efectividad incremental por año de vida y año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganados de un policomprimido en un horizonte temporal de 10 años. El análisis adoptó la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español, incluyendo datos de mortalidad no cardiovascular de la población española y costes para España. La población incluida en el modelo está formada por pacientes de más de 40 años, con antecedente de infarto de miocardio más de 1 año antes, por lo que deberían recibir un tratamiento basado en antiagregación preferentemente con AAS, una estatina y un IECA. La elección de la población se basó en un estudio de Zeymer et al.¹⁰. La población tenía una edad media de 64,7 años y el 72% eran varones con diagnóstico previo de infarto de miocardio. Estos pacientes son susceptibles de sufrir 1 de los 5 eventos cardiovasculares siguientes: síndrome coronario agudo, ictus no fatal, insuficiencia cardiaca congestiva que requiere hospitalización, procesos de revascularización no planeados o muerte atribuible a problemas cardiovasculares. Los pacientes también pueden sufrir una muerte que no esté asociada a problemas cardiovasculares. Los pacientes que sufren un evento cardiovascular no fatal permanecen en la fase aguda (estados de salud 3a, 4a, 5a, 6a), en la que permanecen durante un ciclo del modelo, después del cual progresan hacia posíndrome coronario agudo (estado de salud 7), posinsuficiencia cardiaca congestiva (estado de salud 8) o posictus (estado de salud 9). El diagrama del modelo se encuentra en la [figura 1](#). El modelo no refleja todas las posibles opciones de la realidad, ya que precisaría de las probabilidades de transición para cada estado, datos de los que no se dispone en la bibliografía por el momento.

Los pacientes pueden padecer alguno de los distintos eventos clínicos según unas ecuaciones clave que reflejan la probabilidad

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5620687>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5620687>

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