Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 969

Revista Española de Cardiología

6048-630. COSTE-EFECTIVIDAD DE ROSUVASTATINA FRENTE A SIMVASTATINA, ATORVASTATINA Y PITAVASTATINA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO Y MUY ALTO EN ESPAÑA

Juan Cosín Sales[1], Francisco Fuentes Jiménez[2], Teresa Mantilla Morató[3], Emilio Ruiz[4], Virginia Becerra[4], Susana Aceituno[5], Luis Lizán[5] y Alfredo García[4] del [1]Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, [2]Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, [3]Centro de Salud Prosperidad, Madrid, [4]Departamento Científico, Ferrer Internacional, Barcelona y [5]Outcomes'10, Castellón.

Resumen

Introducción y objetivos: No existen en España datos farmacoecómicos actualizados sobre el uso de estatinas en prevención cardiovascular. La presente evaluación económica se propone valorar el coste-efectividad de rosuvastatina frente a estatinas de intensidad moderada (simvastatina y pitavastatina) y alta (atorvastatina), según el riesgo cardiovascular del paciente, el descenso de c-LDL y el número de eventos y muertes cardiovasculares potencialmente evitables gracias a la reducción del LDL conseguida por la estatina utilizada, de acuerdo con las guías europeas de tratamiento de las dislipemias.

Métodos: Utilizando un modelo teórico (modelo de Markov de coste-efectividad a 25 años) se estudió el efecto de rosuvastatina frente a simvastatina, atorvastatina y pitavastatina, en pacientes de alto y muy alto riesgo cardiovascular (SCORE ? 5%) definido por 5 factores (sexo, edad, hábito tabáquico, nivel de colesterol inicial, presión arterial sistólica) calculando el riesgo de eventos cardiovasculares según el sistema SCORE. El ratio coste-efectividad incremental (RCEI) se expresa en €/AVAC del año 2012 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 (RCEI ? 30.000€/AVAC) con respecto a simvastatina en paciente con riesgo SCORE de > 8% en mujeres y > 6% en hombres, mientras que entre 5% y los valores indicados su coste-efectividad depende del nivel basal de 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 (más efectiva y menos costosa) frente a pitavastatina tanto en mujeres como en hombres con riesgo alto y muy alto en el sistema SCORE.

Resumen de los resultados de coste-efectividad (RCEI: €/AVAC) de rosuvastatina frente a simvastatina, pitavastatina y atorvastatina.

Conclusiones: Rosuvastatina es una terapia coste-efectiva (€/AVAC ? 30.000) 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 en España.