Rev Esp Cardiol. 2017;70(Supl 1): 144

Revista Española de Cardiología

5001-8. OPTIMIZACIÓN DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA CON/SIN DESFIBRILADOR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA: COSTES Y CONSECUENCIAS

Carlos Crespo Palomo[1], Antonio Berruezo[2], Juan Acosta[2], Markus Linhart[2], Mikel Martínez[3], Gabriela Restovic[4] y Laura Sampietro-Colom[4] de la [1]Universitat de Barcelona, [2]Hospital Clínic-Departamento de Cardiología, Barcelona, [3]Instituto Clínic Cardio Vascular (ICCV) Hospital Clínic de Barcelona y [4]Health Technology Assessment Unit. Hospital Clínic, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: Uno de los retos de la resincronización cardiaca en pacientes con insuficiencia cardiaca (IC) es discernir qué pacientes se beneficiarán más de CRTD. Las guías de práctica clínica dejan a criterio del profesional su indicación; lo cual puede asociarse a resincronizaciones inadecuadas como a costes elevados. Recientemente, se ha desarrollado un *software* para resonancia magnética que permite clasificar qué pacientes se van a beneficiar más de la CRTD. El objetivo de este estudio es evaluar económicamente la implantación del uso del nuevo *software* para implantar CRTD comparado con la práctica clínica habitual en España.

Métodos: Se estimaron los costes y efectos a partir de un estudio previo donde se evaluó prospectivamente la asignación de CRTP/D en pacientes con IC clase I. Las opciones comparadas fueron: práctica clínica habitual; algoritmo 1 (aplicación *software*): *scar mass* > 10 g con canal; algoritmo 2: *scar mass* > 10 g y BZ mass > 5,3 g. Las variables de coste consideradas fueron: el implante del dispositivo, re-intervenciones, cambio de dispositivo/batería, estancia hospitalaria, visitas de especialista y los trasplantes. Los costes se refieren al Hospital Clínic de Barcelona. Se estimó el coste diferencial de cada algoritmo frente a la práctica clínica habitual, así como el potencial efecto sobre la supervivencia.

Resultados: Se observaron en una media de 55 meses un total de 132 pacientes con CRTD y 49 pacientes con CRTP. El coste total por paciente con CRTD y CRTP fue de 20.816€ y 6.870€, respectivamente. Según el algoritmo 1, el 65% de los pacientes clasificados de bajo riesgo fueron implantados con CRTD (sobreprotección) y el 9% de los clasificados de alto riesgo con CRTP (infra-protección). Equivalentemente, el algoritmo 2 mostró un 63% de sobreprotección y un 8% de infra-protección. Los pacientes clasificados como sobre- infraprotegidos según el algoritmo 1 y 2 tuvieron un coste por paciente de 21.118 y 20.231 con CRTD y 3,434 con CRTP. La aplicación del algoritmo 1 y 2 permitirían ahorrar de media 5.734€ y 4.873€ por paciente (aproximadamente 1 millón de euros para esta cohorte) y evitar la mortalidad del 80% de los infraprotegidos.

Conclusiones: La elección entre CRTP y CRTD basado en el algoritmo 1 pueden conducir a una mejor asignación de los recursos del sistema sanitario, favoreciendo un mejor pronóstico clínico para los pacientes.