



4008-7. COSTE-EFECTIVIDAD DE ROSUVASTATINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO Y MUY ALTO EN ESPAÑA

Lorenzo Fácila Rubio¹, Xavier Pintó Sala², Manuel García Goñi³, Xavier Cortes Gil⁴, Irmínia Gozalbo Ejarque⁵ y Susana Aceituno Mata⁵, del ¹Cardiology Department, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, ²Servicio de Medicina Interna, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), ³Department of Applied Economics II, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, ⁴Departamento Médico Almirall S.A., Barcelona y ⁵Outcomes'10 S.L., Castellón.

Resumen

Introducción y objetivos: La alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo asociados, y los nuevos precios de referencia de rosuvastatina, hacen necesaria una evaluación económica actualizada. El objetivo fue analizar la relación coste-efectividad de rosuvastatina, frente a las 6 estatinas disponibles, en el tratamiento de pacientes de riesgo cardiovascular (RCV) alto y muy alto, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español.

Métodos: Modelo Markov con 4 estados de salud (factores de RCV, evento coronario, evento cerebrovascular y muerte) en un horizonte temporal de 25 años. Los pacientes presentaban un RCV basal definido por 5 factores (sexo, edad, hábito tabáquico, presión arterial sistólica, nivel de colesterol), según al sistema SCORE, y un objetivo de cLDL recomendado. Para cada paciente se calculó la reducción de c-LDL con cada estatina y los eventos y muertes potencialmente evitables en consecuencia. Se utilizaron fuentes disponibles en las guías ESC/EAS 2016 de tratamiento de dislipemias. Se incluyeron costes farmacológicos y costes asociados a los eventos (€, 2018). Se consideraron los valores de utilidad asociados a cada estado de salud para calcular los años de vida ajustados por calidad (AVAC). Los resultados se estimaron como ratio coste-efectividad incremental (RCEI, €/AVAC) de la rosuvastatina, frente a cada estatina, para los 138 perfiles considerados de riesgo alto o muy alto según SCORE.

Resultados: La rosuvastatina fue dominante (menos costosa, más efectiva) o coste-efectiva (RCEI 30.000€/AVAC) frente a la atorvastatina, en un 77/80% (mujeres/varones) y 100% de los perfiles de riesgo SCORE alto y muy alto, respectivamente; resultó coste-efectiva frente a la simvastatina en el 100/98% y 100/100% de los perfiles de riesgo alto y muy alto y frente a la lovastatina en el 100% de los perfiles; comparada con pitavastatina y fluvastatina, mostró dominancia en el 100% de los casos; frente a la pravastatina, fue dominante o coste-efectiva en el 100% de los perfiles (tabla).

Resultados de coste-efectividad de rosuvastatina frente a otras estatinas en el tratamiento de pacientes con RCV alto o muy alto según SCORE

Rosuvastatina Sexo Riesgo SCORE alto
frente a

Riesgo SCORE muy alto

Dominante (% perfiles)	Coste- efectivo (% perfiles)	Total (% perfiles)	Dominante (% perfiles)	Coste- efectivo (% perfiles)	Total (% perfiles)		
Atorvastatina	Varones	44%	36%	80%	89%	11%	100%
	Mujeres	52%	26%	77%	86%	14%	100%
Simvastatina	Varones	0%	98%	98%	0%	100%	100%
	Mujeres	0%	100%	100%	0%	100%	100%
Pitavastatina	Varones	100%	0%	100%	100%	0%	100%
	Mujeres	100%	0%	100%	100%	0%	100%
Fluvastatina	Varones	100%	0%	100%	100%	0%	100%
	Mujeres	100%	0%	100%	100%	0%	100%
Pravastatina	Varones	51%	49%	100%	82%	18%	100%
	Mujeres	71%	29%	100%	86%	14%	100%
Lovastatina	Varones	0%	100%	100%	0%	100%	100%
	Mujeres	0%	100%	100%	0%	100%	100%

Dominante: menos costoso, más efectivo.

Conclusiones: La rosuvastatina puede considerarse una opción coste-efectiva frente al resto de estatinas en la mayoría de pacientes con riesgo cardiovascular alto o muy alto.