



4025-3. EFICIENCIA DE DYEVERT™ POWER XT FRENTE A LA PRÁCTICA HABITUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA SOMETIDOS A TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS EN ESPAÑA

José Ramón López-Mínguez¹, Eduardo Pinar Bermúdez², Raúl Moreno³, Felipe Hernández⁴, Ángel Luis Martín De Francisco⁵, María José Soler⁶, Alexis Sampietro Fromont⁷, María Mareque⁸ y Itziar Oyagüez Martín⁸

¹Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ³Hospital Universitario La Paz, Madrid, ⁴Clínica Universidad de Navarra, Madrid, ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria), ⁶Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, ⁷GE Healthcare, Madrid y ⁸Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PORIB), Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Estimar, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, la eficiencia de Dyevert™ Power XT frente a la práctica habitual en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3b-4 sometidos a procedimientos de intervención coronaria percutánea (ICP).

Métodos: Se desarrolló un modelo de Markov con ciclos de 3 meses para estimar los resultados en salud [años de vida ganados (AVG) y años de vida ajustados por calidad (AVAC)] y los costes acumulados por paciente en un horizonte temporal de toda la vida. Se evaluó una cohorte hipotética de 1.000 pacientes con ERC estadio 3b-4 con 72 años de edad promedio. La incidencia de lesión renal aguda inducida por contraste en pacientes con ERC 3b-4 sometidos a ICP es de 18,89% en la práctica habitual y de 7,78% utilizando Dyevert. Los AVAC se estimaron aplicando utilidades por estado de salud. Las probabilidades de transición entre los diferentes estados de salud y las utilidades se obtuvieron de literatura. En el análisis se consideró la mortalidad general por cualquier causa y mortalidad específica por estado de salud. El coste total (€, 2022) incluyó el coste del procedimiento y coste del manejo de la ERC por estado de salud. Todos los parámetros fueron validados por un panel de expertos. Se aplicó una tasa de descuento del 3% anual a costes y resultados. Se evaluó la robustez del modelo mediante análisis de sensibilidad determinísticos (ASD) y un análisis de sensibilidad probabilístico (ASP) con 10.000 simulaciones de Montecarlo.

Resultados: El uso de Dyevert resultó una opción más efectiva (34,60 AVG y 5,69 AVAC) en comparación con la práctica habitual (33,11 AVG y 5,38 AVAC). Los costes totales por paciente al final de la simulación fueron de 30.210,85 € con Dyevert y de 33.895,00 € con práctica habitual (tabla). Los ASD confirmaron la robustez del modelo ya que en todos los escenarios planteados Dyevert sería una opción dominante (más efectiva y con menor coste asociado) *versus* la práctica habitual. En el ASP el promedio de AVG/AVAC adicionales con Dyevert vs práctica habitual fue 1,17 AVG y 0,25 AVAC; y Dyevert se asoció con un ahorro promedio/paciente de 3.661,73 € frente a la práctica habitual.

Resultados del caso base

	Dyevert™Power XT	Práctica habitual	Incremental Dyevert™ vs. práctica habitual
Años de vida ganados (AVG) totales	34,60	33,11	1,49
Años de vida ajustados por calidad (AVAC) totales	5,69	5,38	0,31
Costes totales	30.210,85 €	33.895,00 €	-3.684,15 €
Coste del procedimiento	3.623,15 €	3.123,15 €	500,00 €
Costes de manejo	26.587,70 €	30.771,85 €	-4.184,15 €
Ratio coste-efectividad Incremental (Coste/AVG ganado)	Dominante (mayor efectividad y menor coste)		
Ratio coste-utilidad Incremental (Coste/AVAC ganado)	Dominante (mayor efectividad y menor coste)		

Conclusiones: El uso de Dyevert™ Power XT resultó una opción dominante (más efectiva y con menor coste asociado) frente a la práctica habitual en pacientes con ERC 3b-4 que se someten a ICP en España.