



4047-8. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDIACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN CLASE FUNCIONAL NYHA I Y II EN ESPAÑA

Luis Almenar, Beatriz Díaz Molina, Aurelio Quesada, Carlos Crespo, Belén Martí, Stuart Mealing, Cecilia Linde y Claude Daubert del Hospital Universitario La Fe, Valencia, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) y Madrid.

Resumen

Introducción: El presente estudio se propone combinar los resultados clínicos del estudio REVERSE (Resynchronisation reverses Remodelling in Systolic left vEntricular dysfunction) y los costes asociados a la incorporación de la terapia de resincronización cardiaca (TRC) a la terapia médica óptima (TMO) en pacientes sintomáticos leves (NYHA I-II) o asintomáticos con disfunción del ventrículo izquierdo y marcadores de asincronía cardiaca en España.

Métodos: Se construyó un modelo de Markov de TRC+TMO (TRCON) vs TMO solo (TRC-OFF) basado en un análisis coste-efectividad retrospectivo. Los datos básicos del modelo se tomaron de la literatura y opinión de expertos, reflejando las consecuencias clínico-económicas del manejo de los pacientes en España. El horizonte temporal fueron 10 años y los costes expresados en euros del año 2010. Se descontaron tanto los costes como los efectos al 3%.

Resultados: TRC-ON presentó unos costes totales superiores a TRCOFF aunque presentaron una reducción de la necesidad de estancia hospitalaria del 94% en UCI (0,006 vs 0,091 días) y del 34% en planta (0,705 vs 1,076 días). Los pacientes que sobreviven con TRC-ON (88,2% vs 77,5%,) están en clases funcionales más leves durante más tiempo y por tanto alcanzan una mejora de 0,9 años de vida (AV) y 0,77 años de vida ajustados por calidad (AVAC). En términos de coste por AV ganados, los resultados fueron de 40.78€ (5 años) y 18.431€ (10 años) y en términos de coste por AVAC ganado fueron de 39.800€ y 21.50€ al 5 y 10 años, respectivamente. El análisis de sensibilidad probabilístico mostró que la probabilidad de que TRC-ON fuera coste-efectivo es del 65,54% a los 10 años.



Conclusiones: El uso de TRC añadido a TMO representa un uso eficiente de los recursos en pacientes con insuficiencia cardiaca en clase funcional NYHA I y II, con razones de coste-efectividad a los 10 años por debajo del umbral de eficiencia definido para el Sistema Nacional de Salud español.