Rev Esp Cardiol. 2020;73(Supl 1): 165

Revista Española de Cardiología

5003-13. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL INGRESO POR INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA EN CARDIOLOGÍA FRENTE A SERVICIOS GENERALISTAS

Verónica Hernández Jiménez[1], Juan Gorriz Magana[2] y Jesús Saavedra Falero[2]

[1]Hospital Infanta Cristina, Parla (Madrid). [2]Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

Resumen

Introducción y objetivos: Existe controversia sobre el manejo de la insuficiencia cardiaca aguda (ICA) por servicios especializados o generalistas. Quisimos realizar un análisis coste-efectividad del ingreso en Cardiología (CAR) frente al ingreso en Geriatría (GRT) y Medicina Interna (MI) a partir de indicadores de efectividad.

Métodos: Se analizaron las altas en un año con diagnóstico principal de ICA (CIE9 428). Se calcularon los costes por paciente mediante contabilidad analítica. Se estudiaron además los reingresos, mortalidad, utilización del ecocardiograma si se trataba del primer episodio y la prescripción de betabloqueantes (BB) e IECAs/ARA2 en pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo. Se aplicó un modelo de ajuste de riesgos por la edad y el APR-GRD según severidad de la enfermedad y probabilidad de morir para el caso de la mortalidad. Se realizó un análisis coste efectividad mediante la relación coste-efectividad incremental (RCEI).

Resultados: Se estudiaron 527 altas (CAR: 121; GRT: 221; MI: 185). La mediana de edad fue de 72 en CAR, de 87 años en GRT y 79 años en MI. Los pacientes ingresados en CAR eran más complejos según el peso del APR-GRD (CAR 1,29; GRT 1,14, MI: 0,76, p 0,001). El ingreso en GRT tendía a ser más barato. El porcentaje de reingresos tendía a ser mayor en GRT así como la mortalidad. La realización del ecocardiograma en un primer episodio de ICA fue significativamente superior en CAR respecto a GRT y MI. La prescripción de BB e IECAS/ARAS2 en pacientes con disfunción del ventrículo izquierdo fue significativamente mayor en CAR. En el análisis coste-efectividad, ajustando por edad y APR-GRD, el ingreso en CAR respecto a MI resultaba dominante por tener menos coste y mejores indicadores de efectividad. Respecto a GRT, aunque el coste del ingreso era más barato respecto a CAR, los indicadores de efectividad eran peores que en CAR (tabla).

	Costes (€)	Reingreso (%)	Mortalidad (%)	Eco (%)	BB (%)	IECAS/ARA2 (%)
CAR	2.698	5,9	4,5	96	76,3	77,7
GRT	2.499	15,1	6,9	27,9	55,5	41

Diferencia	199	9,2	2,4	6,8	20,8	36,7
RCEI CAR vs GRT		2.160 (€/reingreso evitado)	8.384 (€/muerte evitada)	292 (€/eco)	959 (€/alta con BB)	542 (€/alta con IECAs/ARA2)
CAR	2.698	5,9	4,5	96	76	82
MI	2.936	9,8	4,9	53	50	78
Diferencia	-238	3,9	0,4	43	26	4
RCEI CAR vs MIR		Dominada	Dominada	Dominada	Dominada	

Conclusiones: El manejo especializado de la ICA por CAR, especialmente en pacientes con un primer episodio y aquellos con disfunción ventricular izquierda, resulta coste-efectivo frente al manejo no especializado.