



5027-8. REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS Y COSTES ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON LA POLIPÍLDORA CNIC COMPARADO CON LOS MONOCOMPONENTES EN ESPAÑA. RESULTADOS DEL ESTUDIO NEPTUNO

José Ramón González Juanatey¹, Alberto Cordero Fort², José M^a Castellano Vázquez³, Luís Masana Marín⁴, Regina Dalmau González-Gallarza⁵, Antonio Sicras Mainar⁶, Emilio Ruiz Olivar⁷ y Valentín Fuster de Carulla⁸

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, CIBERCV; IDIS, Santiago de Compostela, A Coruña. ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario San Juan de Alicante. ³Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Madrid; Hospital Universitario Montepíncipe, Madrid. ⁴Unidad de Medicina Vascular y Metabolismo, Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona. ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario la Paz, Madrid. ⁶Athrys Health, Barcelona. ⁷Ferrer Internacional, Barcelona. ⁸Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares, Madrid; Mount Sinai Medical Center, New York (Estados Unidos).

Resumen

Introducción y objetivos: Hasta la fecha ningún estudio ha registrado el impacto real en el uso de recursos sanitarios y costes asociados a las polipíldoras cardiovasculares (CV). El estudio NEPTUNO evaluó la utilización de los recursos sanitarios (URS) y el impacto económico de la polipíldora-CNIC-aspirina (ASA) 100 mg, atorvastatina (A) 20/40 mg y ramipril (R) 2,5/5/10 mg-en comparación con el tratamiento habitual en práctica clínica real en España en pacientes en prevención secundaria.

Métodos: El estudio NEPTUNO es un análisis retrospectivo de datos anonimizados de historias clínicas obtenidas a partir de la base BIG-PAC durante los años 2015-2018. Pacientes con ECV previa se asignaron en 4 cohortes según su tratamiento: (1) polipíldora-CNIC, (2) monocomponentes idénticos (ASA, R, A), (3) medicación equipotente y (4) atención habitual y se siguieron durante 2 años. Se registró el URS directos: estancia hospitalaria, visitas ambulatorias, visitas a urgencias, pruebas diagnósticas y tratamiento farmacológico. Los costes médicos directos totales se calcularon sobre la base de los costes unitarios (€, 2020) asignados a cada elemento de URS y cuando se expresaron por paciente (PP). Los costos indirectos se estimaron con base en la pérdida de productividad registrada.

Resultados: Cada cohorte tuvo 1.614 pacientes y hubo comparabilidad aceptable. La cohorte 1 comparada con las cohortes control 2, 3 y 4 mostró una reducción significativa de URS (fig.), especialmente en las visitas a atención primaria (16,6 vs 18,7, 18,9 y 21,0; p 0,001), visitas a especialistas (5,0 vs 6,2, 6,5 y 7,3; p 0,001), porcentaje de pacientes hospitalizados (16,5 vs 19,8%, 21,9% y 24,0%; p 0,001) y días de hospitalización (2,3 vs 3,4, 3,7 y 4,0; p 0,001), respectivamente. El coste total por paciente con polipíldora-CNIC respecto a las cohortes control, corregido por covariables, fue significativamente menor (4.668 € vs 5.587 €, 5.682 € y 6.016 €; p 0,001). Estas diferencias también se observaron en los costes sanitarios, mientras que en los costes indirectos las diferencias no fueron significativas (tabla).

Utilización de recursos sanitarios y costes médicos y no médicos directos (€, 2020) durante el periodo de seguimiento de 2 años en las diferentes cohortes

Cohortes de estudio (PSM)		Polipíldora-CNIC (n = 1.614)	Mono- componentes (n = 1.614)	Equipotentes (n = 1.614)	Otros (n = 1.614)	p
	Visitas de atención primaria	16,6 (12,2)	18,7 (14,7)	18,9 (13,9)	21,0 (13,4)	0,001
	Visitas de especialistas	5,0 (4,7)	6,2 (5,7)	6,5 (6,9)	7,3 (7,1)	0,001
	Visitas al servicio de urgencias	1,0 (3,0)	1,8 (2,6)	1,9 (2,8)	2,5 (3,1)	0,001
	Terapia de rehabilitación	0,7 (3,1)	1,1 (3,2)	1,0 (2,9)	1,1 (2,8)	0,001
	Hospitalización, %	16,5%	19,8%	21,9%	24,0%	0,001
Uso de recursos sanitarios	Días de hospitalización	2,3 (6,0)	3,4 (8,2)	3,7 (8,3)	4 (8,1)	0,001
	Pruebas de laboratorio	3,2 (3,4)	3,0 (3,2)	2,8 (2,9)	3,2 (3)	0,001
	Radiología convencional	1,8 (1,6)	2,2 (1,7)	2,2 (1,7)	2 (1,7)	0,001
	Tomografía axial	0,4 (0,8)	0,4 (0,8)	0,5 (0,8)	0,5 (0,9)	0,001
	Resonancia magnética nuclear	0,1 (0,4)	0,3 (0,6)	0,3 (0,6)	0,5 (0,8)	0,001
	Días de baja laboral/incapacidad	6,4 (22,3)	8,4 (28,4)	8,3 (28,2)	7,9 (24,8)	0,001
Costes (€, 2020)-Modelo corregido (ANCOVA)*	Coste medico	4,012	4,740‡	4,830‡	5,204‡	0,001
	IC95%	[3,808-4,216]	[4,537-4,945]	[4,626-5,034]	[5,000- 5,409]	

Coste no médico (baja laboral/incapacidad)	656	847	852	812	0,114
IC95%	[528-784]	[719-975]	[724-980]	[684-941]	
Coste total	4,668	5,587‡	5,682‡	6,016‡	0,001
IC95%	[4,411-4,926]	[5,331-5,845]	[5,425-5,940]	[5,759-6,274]	

PPP: pareamiento por puntaje de propensión. Valores expresados como media (DE: desviación estándar), p: significación estadística * IC: intervalo de confianza. *Modelo ANCOVA: los contrastes se basan en comparaciones por pares entre medias marginales estimadas; covariables: edad, sexo e índice de Charlson. ‡p 0,001; ‡p 0,01; *p 0,05; cohorte de referencia: Polipíldora-CNIC

Conclusiones: El uso de polipíldora-CNIC se asoció a un URS y un coste total y un coste médico directo significativamente menor en comparación con las cohortes de control. Estos datos respaldan la sostenibilidad y escalabilidad de la estrategia de la polipíldora.