Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 963

Revista Española de Cardiología

4027-5. LA POLIPÍLDORA CNIC SE HA MOSTRADO COSTE-EFECTIVA EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN COMPARACIÓN CON OTRAS TRES ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS: SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO NEPTUNO

Alberto Cordero Fort[1], Valentín Fuster De Carulla[2], José M. Castellano Vázquez[2], Regina Dalmau González-Gallarza[3], Luis Masana Marín[4], Antonio Sicras Mainar[5], Ilonka Zsolt Fradera[6] y José Ramón González Juanatey[7]

[1]Hospital Universitario San Juan de Alicante, [2]Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, [3]Hospital Universitario La Paz, Madrid, [4]Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona, [5]Athrys Health, Barcelona, [6]Ferrer Internacional. S.A., Barcelona y [7]Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.

Resumen

Introducción y objetivos: El estudio NEPTUNO en pacientes en prevención secundaria tras un evento cardiovascular mostró que la utilización de recursos sanitarios (URS) y el impacto económico de la polipíldora CNIC (aspirina 100 mg, atorvastatina 20/40 mg y ramipril 2,5/5/10 mg) fue significativamente menor al compararlo a los mismos fármacos o equipotentes por separado. Objetivo: evaluar la URS y los costes en los pacientes con cardiopatía isquémica (CI) y la razón de coste-efectividad incremental (RCEI).

Métodos: Datos de la base BIG-PAC (historias clínicas electrónicas de 1,800.000 pacientes hospitalarios y de atención primaria). Población: Pacientes con CI que iniciaron tratamiento entre los años 2015-2018 se incluyeron en cuatro cohortes según su tratamiento: C1: Polipíldora CNIC (cohorte de casos) vs C2: mismos monocomponentes separados, C3: medicación equipotente y C4: otras terapias (cohortes de control). Metodología: puntuación de coincidencia de propensión (PSM) para homogeneizar las cohortes. Tras 2 años de seguimiento, se investigó la URS directos. Costes médicos directos totales: costos unitarios asignados a cada RS. Costes indirectos: pérdida de productividad y salario medio interprofesional. RCEI: proporción de pacientes con eventos cardiovasculares recurrentes en relación con los eventos evitados y el coste total corregido.

Resultados: Se obtuvieron cuatro cohortes comparables de 1.080 pacientes. Edad media: 62,3 años. Varones: 61,9%. Reducción significativa de la URS promedio por paciente para todos los ítems en C1 vs C2, C3 y C4. (tabla). Coste total por paciente: C1 frente a C2, C3 y C4, corregido por covariables (ANCOVA), significativamente inferior (4.485 € vs 5.824 €, 5.805 € y 5.869 €; p 0,001), lo que supone una reducción de costos totales de 24%, 25,9% y 28,7%, respectivamente. RCEI: C1 es una opción dominante frente al resto de alternativas con un coste por evento evitado de -2.317,51 €, -2.332,92 € y -2.397,09 € en comparación con las 3 cohortes de control, respectivamente (fig.).

Uso de recursos sanitarios y costes en las distintas cohortes tras 2 años de seguimiento

Cohortes de estudio (PSM)	Polipíldora CNIC (C1)	Monocomponentes (C2)	Equipotentes (C3)	Otros (C4)	P (C1 vs C2, C3 y C4)
Número de pacientes	1,080	1,080	1,080	1,080	
Uso de recursos					
Visitas de atención primaria	16,3 (12,2)	18,5 (14,4)	19,9 (14,1)	21,2 (13,3)	0,001
Visitas de especialistas	5,8 (4,7)	7,3 (5,8)	7,5 (7,4)	7,9 (7,4)	0,001
Visitas de urgencias hospitalarias	0,9 (2,9)	1,8 (2,7)	2,0 (3)	2,4 (3,1)	0,001
Terapia rehabilitadora	0,6 (2,9)	1,1 (3,2)	1,0 (3)	1,0 (2,9)	0,002
Ingresos hospitalarios, %	13,6%	19,2%	21,7%	20,2%	0,001
Días de estancia hospitalaria	1,9 (5,6)	3,2 (8,1)	3,8 (8,3)	3,2 (7,4)	0,001
Pruebas de laboratorio	3,2 (3,5)	2,9 (3,1)	2,8 (2,9)	3,2 (3,1)	0,006
Radiología convencional	1,8 (1,6)	2,2 (1,7)	2,2 (1,7)	2,0 (1,7)	0,001
Tomografía axial	0,3 (0,7)	0,4 (0,8)	0,5 (0,8)	0,4 (0,8)	0,001
Resonancia nuclear magnética	0,1 (0,3)	0,3 (0,6)	0,3 (0,6)	0,4 (0,7)	0,001
Otras pruebas complementarias	0,3 (0,7)	0,4 (0,8)	0,5 (0,9)	0,7 (1)	0,001
% pacientes en baja laboral	10,2%	15,3%	14,8%	16,1%	0,001
Días de baja laboral	5,9 (22,7)	9,4 (31,8)	7,9 (26,9)	8,5 (27,2)	0,021
Comparación entre cohortes de los costes al final del seguimiento (modelo corregido (ANCOVA))*					

Coste sanitario (IC95%) €	3,885 (3.642-4.129)	4.878‡ (4.634-5.122)	4,983‡ (4.739-5.228)	4,999‡ (4.756-5.243)	0,001
Coste no-sanitario (incapacidad) (IC95%) €	600 (434-766)	946‡ (780-1.112)	821† (655 - 988)	869† (704 -1.035)	0,026
Coste total (IC95%) €	4.485 (4.172-4.799)	5824‡ (5.511-6.138)	5.805‡ (5.490-6.119)	5.869‡ (5.556 - 6.181)	0,001

‡p 0,001; †p 0,01; *p 0,05; vs cohorte de referencia: Polipíldora CNIC. PSM: propensity score matching. *: los contrastes se basan en comparaciones por pares entre medias marginales estimadas. Costes sanitarios/no-sanitarios (€, 2020).

Razón de coste-efectividad de las cohortes estudiadas.

Conclusiones: El uso de la polipíldora CNIC resulta en una URS, coste total y costes médicos significativamente menores en comparación con las cohortes de control. El análisis de coste-efectividad fue dominante para la polipíldora CNIC frente al resto de alternativas. Estos datos podrían respaldar que la polipíldora CNIC sea una estrategia rentable en pacientes con CI.