

Coste-efectividad de rosuvastatina frente a atorvastatina en el tratamiento de pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto y muy alto

Autores: Pintó Sala, Xavier¹; García Goñi, Manuel²; Fácila Rubio, Lorenzo³; Cinza Sanjurjo, Sergio⁴; Cortés Gil, Xavier⁵; Aceituno Mata, Susana⁶.

Afiliación: ¹Servicio de Medicina Interna, Hospital de Bellvitge, l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona; ²Departamento de Economía Aplicada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid; ³Servicio de Cardiología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ⁴Médico de Familia. Centro de Salud de Porto do Son, A Coruña ⁵Almirall S.A., Barcelona; ⁶Outcomes'10 S. L., Castellón de la Plana.

Introducción

En los últimos años, las patentes de algunas estatinas han expirado, dando paso a la comercialización de sus equivalentes farmacéuticos genéricos. Esto ha modificado el escenario económico de las estatinas, lo que hace necesaria una nueva evaluación de su coste-efectividad.

Objetivo

Análisis de coste-efectividad de rosuvastatina (20 mg) frente a atorvastatina (80 mg) en el tratamiento de pacientes con riesgo cardiovascular (CV) moderado, alto y muy alto, según las tablas SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*), desde la perspectiva del sistema nacional de salud (SNS) español.

Material y métodos

Estructura del modelo

• Se desarrolló un modelo de Markov en Excel.

• **Población:** pacientes con riesgo cardiovascular $\geq 1\%$ según SCORE, definido por: sexo, edad, hábito tabáquico, nivel de colesterol total y presión arterial sistólica¹.

• **Estados de salud:** pacientes sin evento cardiovascular (ECV) (con factores de riesgo), con evento cerebrovascular, con evento coronario y muerte. *Figura 1*

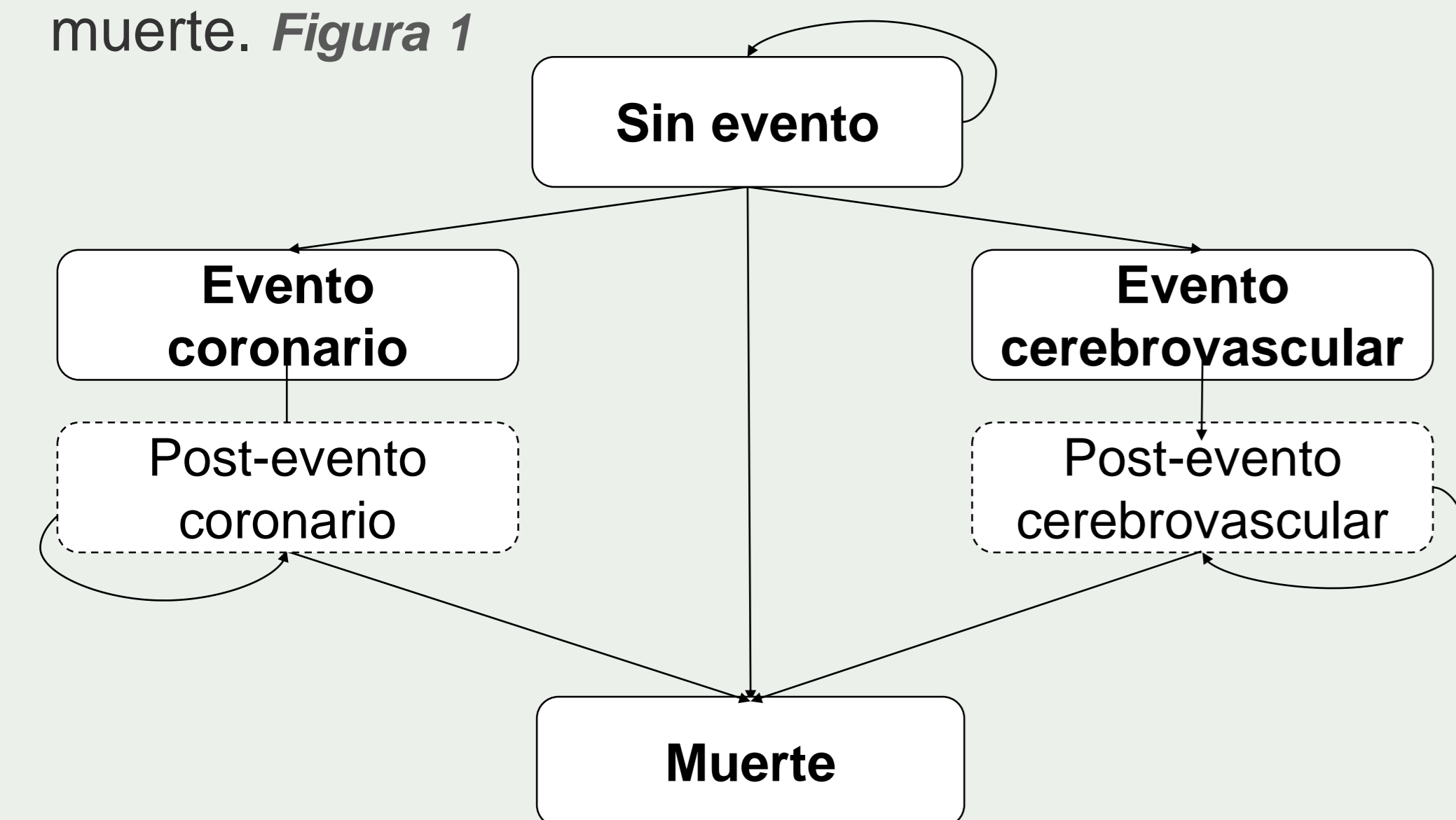


Figura 1. Estados de salud del modelo Markov

Horizonte temporal, duración de ciclo y tasa de descuento

• Horizonte temporal de 25 años, con ciclos anuales.

• La tasa de descuento utilizada fue del 3% para costes y beneficios².

Parámetros incluidos en el modelo

• **Riesgo de muerte CV:** riesgo que presenta un paciente de sufrir un ECV mortal a 10 años según SCORE adaptada a España¹.

• **ECV no mortal:** obtenido a partir del riesgo SCORE de muerte por ECV a 10 años¹ y de las guías europeas, que indican que 1 de cada 3 ECV en hombres y en 1 de cada 4 en mujeres es mortal³. Los ECV se distribuyeron según los datos publicados en la encuesta de morbilidad hospitalaria del INE⁴.

Tabla 1

Tabla 1. Distribución de los ECV⁴

ECV	Código (CIE-9)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Evento coronario			
Infarto agudo de miocardio	410	35,6%	21,0%
Angina de pecho	413	5,2%	4,8%
Evento cerebrovascular			
Enfermedad cerebrovascular	430-438	59,2%	74,2%

• **Medida de eficacia:** reducción del nivel cLDL alcanzado (50% de reducción para ambos^{3,5}), considerando una reducción del 21,0% en el riesgo de ECV por cada reducción de 1,0 mmol de cLDL⁶.

• **Valores de utilidad:** paciente sin evento (1,0), angina de pecho (0,77 y 0,88 para evento y post-evento, respectivamente), IAM (0,76 y 0,88), ACV (0,63 y 0,63), muerte (0,0)⁷.

• **Coste farmacológico:** se ha considerado un coste diario (PVL) de 0,48€ para rosuvastatina y de 0,84€ para atorvastatina, estimado como el promedio de las estatinas comercializadas en la misma dosis (€, 2018)⁸.

• **Coste asociado al seguimiento del paciente tratado con estatinas:** se ha considerado un coste anual de 79,02€, incluyendo consultas a atención primaria y análisis clínicos^{9,10}.

• **Costes asociados al manejo de los eventos:** se ha tenido en cuenta el coste del evento inicial y del seguimiento, durante el primer año y sucesivos. El coste del evento se ha obtenido de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD)¹¹. Los costes de seguimiento incluyen consultas médicas, tratamiento farmacológico y pruebas diagnósticas y de imagen, cuya frecuencia y porcentaje de uso ha sido definida por un grupo de expertos. Las tarifas unitarias se han extraído de las bases de datos de costes farmacológicos y sanitarios^{8,10}, respectivamente. *Tabla 2*

Tabla 2. Coste anual de los ECV y el seguimiento en los años posteriores (€, 2018)

Estado de salud	Coste del evento	Coste de seguimiento del evento 1er año	Coste de seguimiento del evento a partir del 2º año
Infarto agudo de miocardio	4.217,26€	1.166,42€	496,64€
Angina de pecho	2.862,46€	1.166,42€*	496,64€*
Evento cerebrovascular	4.565,90€	287,36€	276,96€
Muerte cardiovascular	4.160,76€	NA	NA

*Se asume el mismo coste que en el caso del infarto de miocardio

Medidas de resultado

• En cada perfil de paciente, se ha calculado el ratio coste-efectividad incremental (RCEI) de rosuvastatina (20 mg) frente a atorvastatina (80 mg) expresado como costes por año de vida ganado ajustado por calidad (AVAC), agrupando los perfiles en riesgo moderado, alto y muy alto.

Resultados

• Se analizaron 426 perfiles de riesgo cardiovascular: 288 moderado, 86 alto y 52 muy alto.

• En todos los perfiles, el RCEI obtenido mostró que rosuvastatina (20 mg) fue dominante frente a atorvastatina (80 mg).

• Se estimaron los ahorros potenciales de rosuvastatina (20 mg) frente a atorvastatina (80 mg). En los perfiles de riesgo moderado el ahorro estimado fue de 2.277 a 2.340€, en los de riesgo alto de 2.275 a 2325 € y en los de riesgo muy alto de 2.269 a 2.307€. Las figuras 2, 3 y 4 muestran la distribución de dichos ahorros según el perfil.

Figura 2. Distribución de los ahorros en los perfiles de riesgo moderado

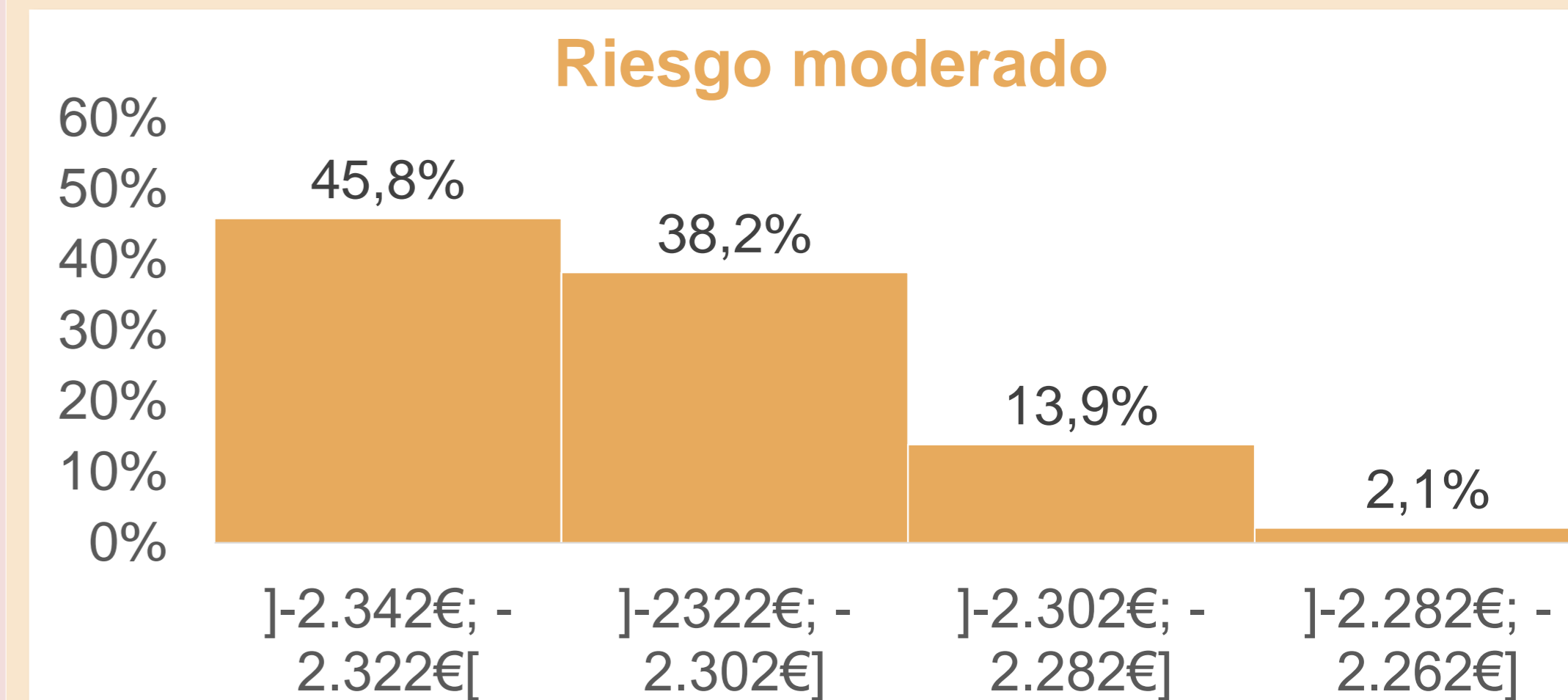


Figura 3. Distribución de los ahorros en los perfiles de riesgo alto

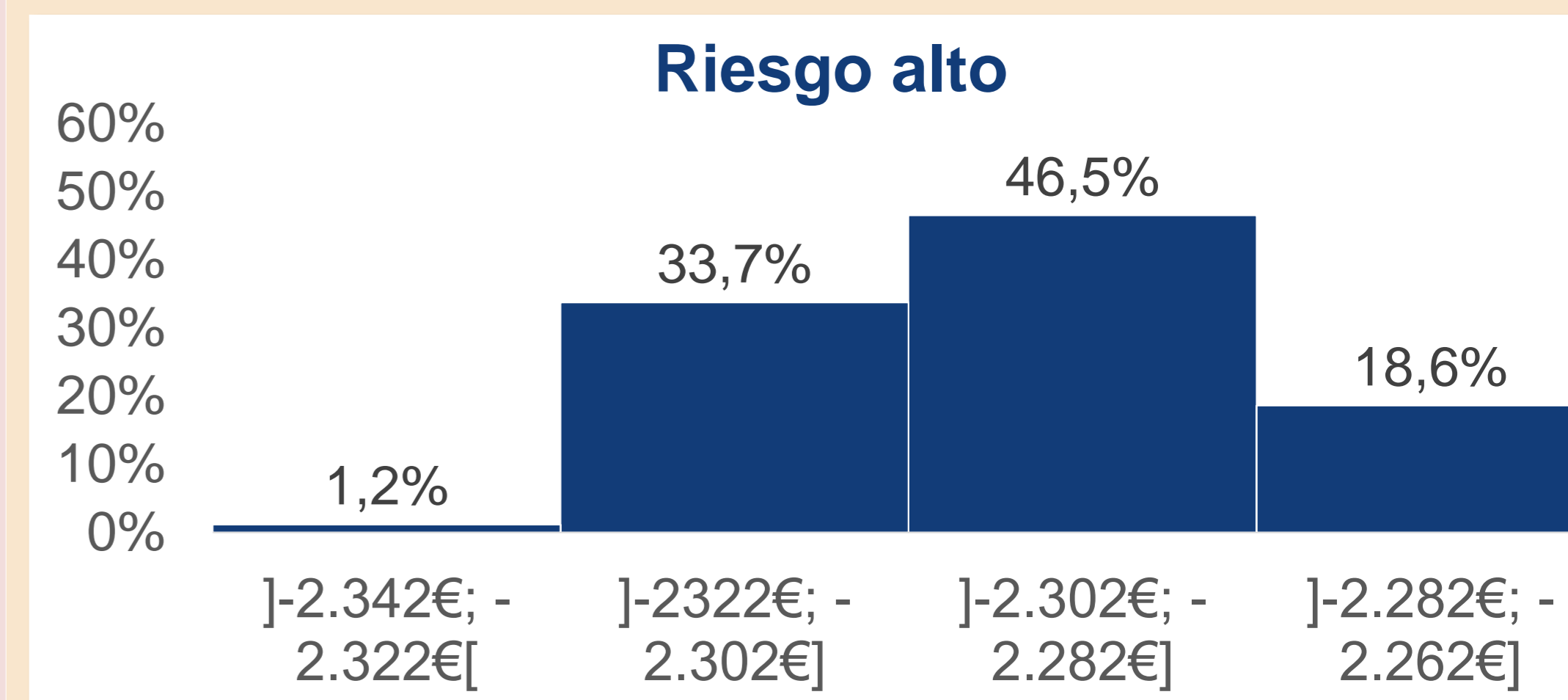
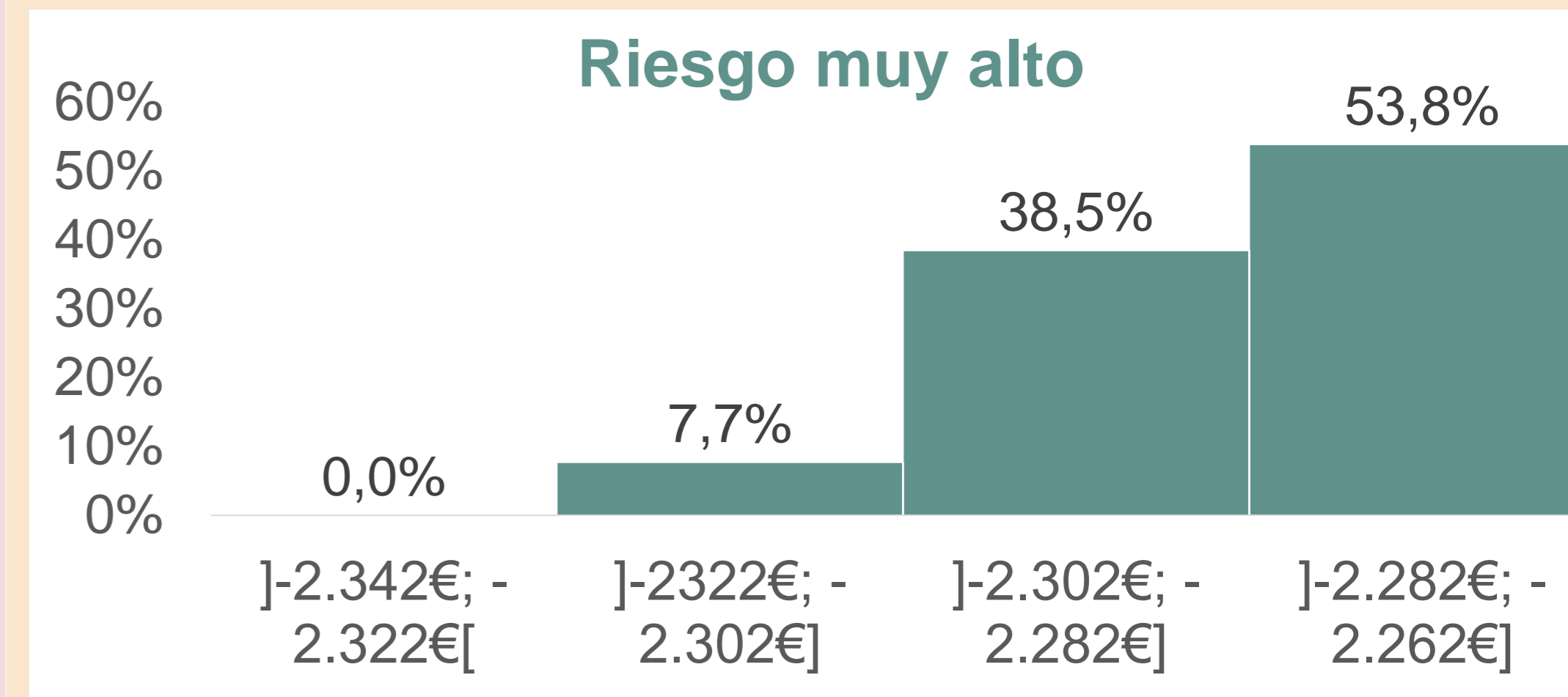


Figura 4. Distribución de los ahorros en los perfiles de riesgo muy alto



Conclusiones

Rosuvastatina (20 mg) es una opción más económica y con la misma eficacia que atorvastatina (80 mg) en cuanto a la reducción de c-LDL, para el tratamiento de pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto y muy alto desde las perspectiva del SNS español.

REFERENCIAS:

1. Sans S, et al. Rev Española Cardiol. 2007;60(5):476-85. 2. López-Bastida J, et al. Eur J Heal Econ. 2010;11(5):513-20. 3. Catapano AL, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Vol. 37, European Heart Journal. 2016. p. 2999-3058. 4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de morbilidad hospitalaria 2015. Resultados nacionales. Altas hospitalarias según el sexo, el grupo de edad y el diagnóstico principal. 2015. 5. Weng TC, et al. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2010;35: 139-151. 6. (CTT) CTT. Lancet. 2010;376(9753):1670-81. 7. Jowett S, et al. PLoS One. 2017;12(9). 8. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Botplusweb. 9. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. 2017. (Guías de Práctica Clínica en el SNS.). 10. Gisbert R, Brosa M. Base de datos de costes sanitarios y ratios coste-efectividad españoles: eSalud [Internet]. Barcelona: Oblikue Consulting, S.L.; 11. Ministerio de Sanidad SS e I. Registro de Altas de los Hospitales Generales del Sistema Nacional de Salud. CMBD. Norma Estatal. Resultados según la versión 27 de los AP_GRD. 2015.