

BETABLOQUEANTES EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA EN ESPAÑA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ECONÓMICA Y ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA

Carlos Polanco¹, Laura García-Jurado¹

¹Economía de la Salud. Departamento Médico. Merck, S.L.



Bilbao, 15-18 mayo 2012

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca crónica (ICC) es un síndrome complejo, con una creciente prevalencia que se sitúa en el 10% para pacientes mayores de 70 años¹ afectando a su calidad y esperanza de vida. Representa la cuarta causa de muerte en nuestro país y constituye un problema de salud pública tanto por los recursos sanitarios que requiere su atención, estimados en un 1,5-2% del gasto sanitario total², como por la morbimortalidad asociada. Entre todos los tratamientos disponibles, los betabloqueantes han demostrado ser terapias efectivas y coste-efectivas en el tratamiento de la ICC.

OBJETIVOS

Demostrar qué betabloqueante constituye la terapia más eficiente y evaluar el impacto económico de su uso más generalizado en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica (ICC) en España.

MÉTODOS

Revisión de la literatura

Revisión de la evidencia publicada hasta Febrero de 2012: ensayos clínicos aleatorizados (ECA), guías de práctica clínica para el tratamiento de la ICC y revisión de la literatura económica. Se incluyeron aquellos ECA que presentaron un grupo control tratado con placebo, con un seguimiento de al menos 6 meses y que recogieran resultados de mortalidad y hospitalizaciones.

Análisis de coste-efectividad y relación beneficio-coste

Calculó la relación entre los costes médicos directos y las muertes evitadas con cada una de las alternativas frente a placebo, para una cohorte de 1.000 pacientes con ICC. En el análisis de la relación beneficio-coste evaluó la relación entre el beneficio generado en términos de hospitalizaciones evitadas frente a los costes del tratamiento con betabloqueantes.

Estimación de los costes: Se consideraron los costes de adquisición del fármaco, así como las pautas posológicas y los ajustes de dosis recogidos en la ficha técnica de cada una de las terapias evaluadas. Los costes por cada episodio de hospitalización debida a ICC se estimaron a partir de la literatura³ y de bases de datos de costes sanitarios españolas. Todos los costes se expresaron en euros (€, 2012) y se recogen en la Tabla 1.

Análisis de impacto presupuestario

Se realizó un análisis de impacto presupuestario para evaluar las implicaciones económicas de una utilización más extendida en nuestro país, del betabloqueante más eficiente en el tratamiento de la ICC. Este análisis se realizó sobre 100 pacientes. En este análisis se consideró el hecho de que los betabloqueantes se benefician del sistema CÍCERO de aportación reducida, por el que el paciente sólo asume el 10% del PVP-IVA.

Tabla 1. Costes anuales de los betabloqueantes y costes por episodio de hospitalización

Concepto	Coste (€, 2012)
Costes de medicación	
Bisoprolol	38,70 €
Carvedilol 25mg/12h	162,53 €
50mg/12h	311,69 €
Nebivolol	188,14 €
Metoprolol succinato	170,70 €
Costes de hospitalización	3.444,11 €

RESULTADOS

Resultados de la búsqueda

En la búsqueda inicial se identificaron 65 artículos de los cuales los revisores incluyeron 27 (42%). La búsqueda manual de referencias, amplió la cifra inicial a 84. Se revisaron las guías de práctica clínica de: European Society of Cardiology (ESC)⁴; National Institute of Clinical Excellence (NICE)⁵; Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)⁶; American College of Cardiology/ American Heart Association (ACC/AHA)⁷; Heart Failure Society of America (HFSA)⁸. En todas ellas se recomendó iniciar tratamiento con betabloqueantes en pacientes con insuficiencia cardiaca debida a disfunción ventricular izquierda de cualquier clase funcional.

Análisis de coste-efectividad y coste-beneficio

En el grupo tratado con betabloqueantes se produjeron un total de 845 muertes por ICC entre 8.180 pacientes (10,33%), mientras que en el grupo tratado con placebo se produjeron 1.147 muertes en 7.868 pacientes (14,58%). El RR de mortalidad por ICC fue de 0,71 (IC: 0,92-1,09; p<0,05). (Tabla 2). Las hospitalizaciones por ICC también disminuyeron en el grupo tratado con betabloqueantes un 4,08% (RR: 0,78; IC: 0,93-1,07, p<0,05), produciéndose 1.198 hospitalizaciones entre 8.180 pacientes tratados (14,65%) frente a las 1.474 hospitalizaciones de los 7.868 pacientes del grupo control (18,73%).

Los resultados se expresaron como costes por muerte evitada con cada una de las alternativas comparadas y consideraron tanto el coste del tratamiento farmacológico como el coste por hospitalizaciones. Estos resultados se recogen en la Tabla 3. El análisis de la relación beneficio-coste evaluó la relación entre el coste de la terapia frente a los beneficios monetarios obtenidos en términos de hospitalizaciones evitadas. (Tabla 4).

Análisis de impacto presupuestario

El coste farmacológico por paciente y año de tratamiento fue de 38,70 € para bisoprolol. El uso de otros betabloqueantes supondría un coste adicional para el SNS por paciente y año de: 118,80 €; 111,45 €; 245,69 € y 134,49 € frente a Metoprolol succinato, Carvedilol (pacientes < y > 85 kg) y Nebivolol, respectivamente. Los ahorros generados para el SNS, por cada 100 pacientes, asociados a este uso más generalizado de bisoprolol se muestran en la figura 1.

Tabla 2. Datos de Mortalidad y Hospitalizaciones por ICC de cada uno de los betabloqueantes.

	Mortalidad			Hospitalizaciones		
	Fármaco	Control	RR	Fármaco	Control	RR
Bisoprolol	209/1.647	295/1.641	0,71	213/1.647	314/1.641	0,68
Carvedilol	289/3.034	401/2.723	0,65	475/3.034	524/2.723	0,81
Metoprolol succ.	178/2.432	259/2.443	0,69	254/2.432	360/2.443	0,71
Nebivolol	169/1.067	192/1.061	0,88	256/1.067	276/1.061	0,92
Betabloqueantes	847/8.180	1.147/7.868	0,71	1.198/8.180	1.474/7.868	0,78

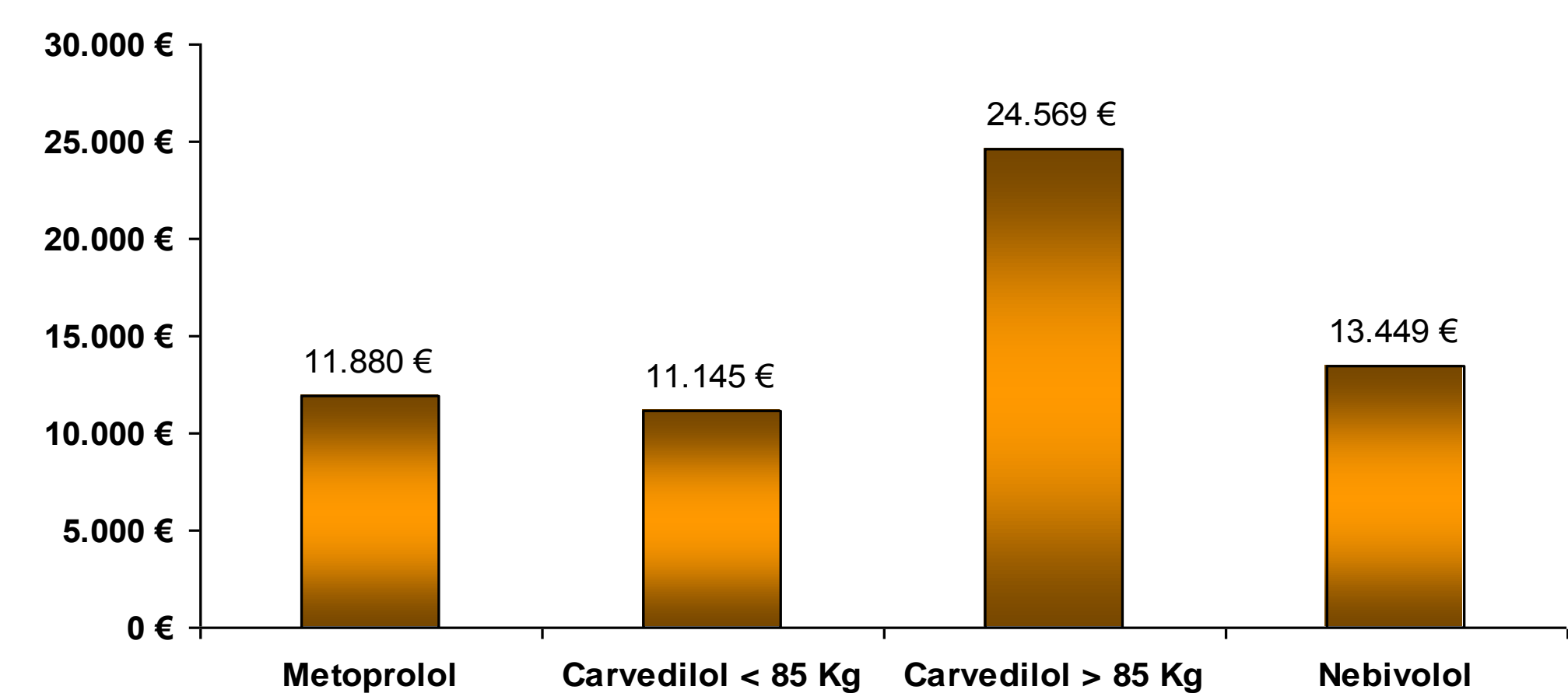
Tabla 3. Resultados del análisis de Coste-Efectividad.

	Muertes Evitadas	Costes medicación	Costes Hospitalización	Costes totales	Relación coste/efectividad
Bisoprolol	38	38.697 €	322.773 €	361.470 €	9.512 €
Carvedilol	51	237.105 €	527.357 €	764.462 €	14.989 €
Metoprolol succ.	30	170.697 €	332.302 €	502.998 €	16.767 €
Nebivolol	13	188.135 €	472.202 €	660.337 €	50.795 €
Betabloqueantes	132	634.634 €	1.654.634 €	2.289.268 €	17.343 €

Tabla 4. Resultados del análisis de la relación Beneficio-Coste.

	Hosp. evitadas	Costes medicación	Beneficio	Índice beneficio/coste	Coste	Retorno (%)
Bisoprolol	45	38.697 €	154.990 €	4,01	116.293 €	3,01
Carvedilol	35	237.105 €	120.548 €	0,51	-116.557 €	-0,49
Metoprolol succ.	40	170.697 €	137.769 €	0,81	-32.928 €	-0,19
Nebivolol	12	188.135 €	41.331 €	0,22	-146.804 €	-0,78
Betabloqueantes	132	634.634 €	454.636 €	0,72	-179.997 €	-0,28

Figura 1. Ahorros asociados a un uso más generalizado de bisoprolol frente al resto de betabloqueantes



RESULTADOS

Pocos fármacos son recomendados en las guías internacionales con un grado de evidencia máxima desde hace años y, sin embargo, son tan infrutilizados como los betabloqueantes.

Las Guías Internacionales de Cardiología recomendaron el uso de bisoprolol y carvedilol (con el mayor nivel de evidencia), así como metoprolol succinato y nebivolol (con un nivel de evidencia menor) para el tratamiento de la ICC.

Bisoprolol es el único betabloqueante cardioselectivo indicado en el tratamiento de la ICC que ha demostrado aportar una reducción estadísticamente significativa en la mortalidad asociada.

De entre todas las alternativas evaluadas, bisoprolol mostró ser el tratamiento más eficaz y más eficiente en términos tanto de coste-efectividad como de coste-beneficio para el tratamiento de la ICC en España, además de generar importantes ahorros para el SNS.

¹ Anguita, M., et al., Prevalencia de la insuficiencia cardiaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. Rev Esp Cardiol, 2008. 61: p. 225-8; ² Oliva, J., N. Jorgensen, and J. Rodríguez, Carga socioeconómica de la insuficiencia cardiaca: revisión de los estudios de coste de la enfermedad. PharmacoEconomics Spanish Research Articles, 2010. 7(2): p. 68-79; ³ Díez Manglano, J., Análisis coste-efectividad y coste-beneficio del tratamiento con bloqueadores beta de la insuficiencia cardiaca congestiva en España. Rev Clin Esp, 2005. 205(4): p. 149-56; ⁴ Dickstein, K., et al., ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur J Heart Fail, 2008. 10(10): p. 933-89; ⁵ Excellence, N.I.f.H.a.C. NICE Clinical Guideline 108. Chronic heart failure. Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care. 2011; ⁶ SIGN, Management of chronic heart failure. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland); ⁷ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN publication; no.95, 2007; ⁸ Hunt, S.A., et al., Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults. Circulation, 2009. 119(14): p. 391-479; ⁹ Lindenfeld, J., et al., HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. J Card Fail, 2010. 16(6): p. e1-194.

