

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

- De acuerdo con las guías más recientes, rosuvastatina y atorvastatina han demostrado una reducción relevante en los niveles de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL), principal objetivo para disminuir el riesgo Cardiovascular (CV), específicamente en pacientes con riesgo CV alto y muy alto^{1,2,3}.
- En estudios previos, rosuvastatina (10-20 mg) y atorvastatina (40-80 mg) tienen un efecto equivalente en reducir el c-LDL⁴. Sin embargo, atorvastatina se usa más que rosuvastatina en la práctica clínica en España⁵.
- El objetivo de este estudio es estimar el impacto económico derivado de la sustitución de dosis equipotentes de rosuvastatina y atorvastatina, definido como dosis que alcanzan una reducción similar de los niveles de c-LDL, en pacientes tratados con estatinas de alta intensidad en España.**

MÉTODOS

Estructura de modelo

- Se desarrolló un modelo coste-consecuencia con un horizonte temporal de 3 años desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud Español (SNS).
- La población incluida fueron pacientes ≥18 años diagnosticados de hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HF-Het) o hipercolesterolemia no familiar (no-HF), que estaban siendo tratados con estatinas de intensidad moderada/alta (rosuvastatina 10-20 mg o atorvastatina 40-80 mg).

Figura 1. Estructura de modelo



Datos, supuestos y resultados

- En la Tabla 1, se presentan los datos de eficacia y coste. Las reducciones de c-LDL se recopilaron a partir de datos publicados en el registro de la Sociedad Española de Aterosclerosis y se usaron para definir las dosis equipotentes. Únicamente se incluyeron en el análisis los costes farmacéuticos^{6,7,8}.

Tabla 1. Niveles de reducción de c-LDL (%) y coste por tratamiento

| Tratamiento | | HF-Het | No-HF | Coste/caja ¹ (€, 2021) |
|---------------|-------|--------|--------|-----------------------------------|
| Rosuvastatina | 10 mg | -40.9% | NA | €9.96 |
| | 20 mg | -45.7% | -50.9% | €19.72 |
| Atorvastatina | 40 mg | -39.7% | -49.6% | €16.58 |
| | 80 mg | -45.3% | -51.8% | €32.74 |

HF-Het, hipercolesterolemia familiar heterocigótica, c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; NA: no aplica; no-HF: hipercolesterolemia no familiar.

¹Los costes se expresan como precio de venta al público más IVA. Se aplica el Real Decreto Ley 8/2010.

- Se evaluaron diferentes escenarios para cada conjunto de dosis equipotentes en cada población: el escenario actual, donde se consideró el uso actual de atorvastatina y rosuvastatina; y tres escenarios hipotéticos, donde se asumieron reducciones del 5%, 10% y 20% en el uso de atorvastatina, y el consecuente aumento del consumo de rosuvastatina en los tres años, respectivamente.
- El resultado principal fue el impacto económico asociado a la sustitución de atorvastatina por la dosis equipotente de rosuvastatina, calculado del coste anual por reducción del 1% en c-LDL para cada intervención.
- Se realizaron diferentes análisis de los escenarios en 5 subpoblaciones que representan diferentes regiones de España: Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Comunidad de Madrid.

REFERENCIAS

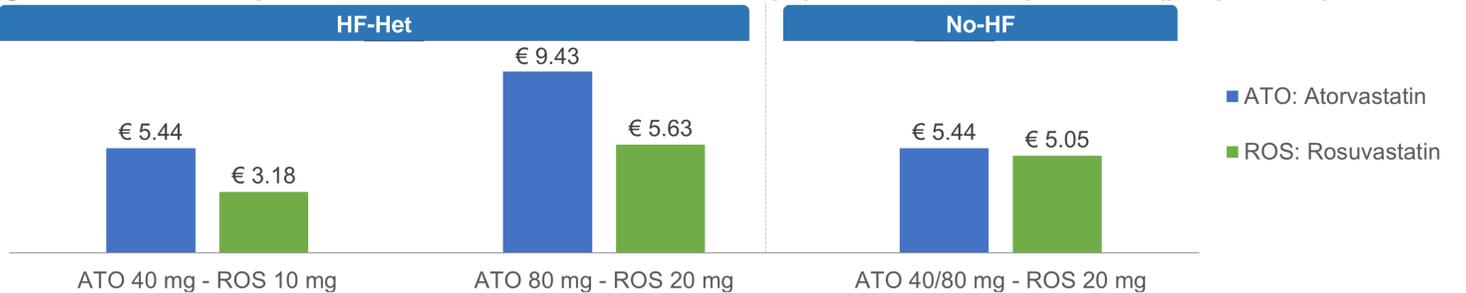
1. Grundy SM et al. Circulation. 2019 Jun 18;139(25):e1082-e1143; 2. Mach F et al. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188; 3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de los lípidos como factor de riesgo cardiovascular. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. OSTEBA. 2017; 4. Nicholls SJ et al. Am J Cardiol. 2010;105(1):69-76; 5. AIREF. 2019. <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2019/06/Estudio2-SR/Estudio-Proyecto-2-final.pdf>; 6. Climent E et al. Cardiovasc Drugs Ther. 2021;31(5):1594-1603; 8. CGCOF. Portal Farma. BotPLUS. 2021. <https://botplusweb.portalfarma.com/botplus.aspx>.

RESULTADOS

Caso base

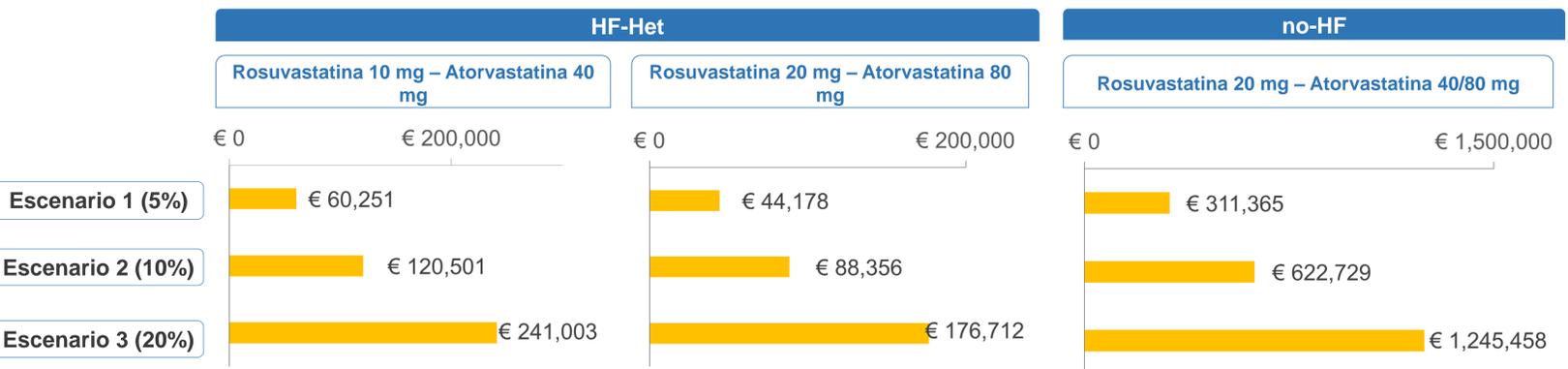
- En los tres años de análisis, se incluyeron un total de 14.444, 14.501 y 14.561 pacientes con HF-Het, respectivamente; mientras que para la población con no-HF, se estimó un total de 231.555, 23.2466 y 233.434 pacientes, respectivamente.
- En pacientes con HF-Het, rosuvastatina 10 mg y atorvastatina 40 mg resultaron equipotentes, al igual que rosuvastatina 20 mg y atorvastatina 80 mg. En pacientes con no-HF, rosuvastatina 20 mg fue equipotente con atorvastatina 40 y 80 mg, por lo que se definió una reducción media de dosis (50.2%).
- En ambas poblaciones, rosuvastatina presentó un coste anual menor por reducción del 1% en c-LDL, independientemente de la dosis (Figura 2).

Figura 2. Coste anual por reducción del 1% en c-LDL a dosis equipotentes en cada población (por paciente)



- La sustitución de atorvastatina por dosis equipotentes de rosuvastatina en pacientes con HeFH resultó en un ahorro potencial de costes en los 3 años (44.178€ - 241.003€). En pacientes no-HF, la reducción del uso de atorvastatina y el aumento en el de rosuvastatina, también resultó en un ahorro potencial de costes en los 3 años (311.365€ - 1.245.458€) (Figura 3).

Figura 3. Impacto económico durante 3 años



Análisis del escenario

- En el análisis de escenarios, Andalucía (HF-Het: 11.258€-78.037€; no-HF: 283.263€-1.133.051€), Cataluña (HF-Het: 10.756€-80.239€; no-HF: 24.609€-98.435€) y Comunidad de Madrid (HF-Het: 7.026€-33.079€; no-HF: 61.992€-247.968€) fueron las regiones con el mayor ahorro potencial.

CONCLUSIONES

- La sustitución terapéutica de dosis equipotentes de atorvastatina por rosuvastatina en pacientes con HF-Het y no-HF podría llevar a un ahorro potencial de costes para el Sistema Nacional de Salud Español y los servicios regionales, mientras se mantiene el control de c-LDL de los pacientes.
- Rosuvastatina es una alternativa más eficiente que atorvastatina para el tratamiento de la hipercolesterolemia en pacientes con riesgo CV alto o muy alto que necesitan terapia con estatinas de alta intensidad en España.