



Evolución de la carga económica de la insuficiencia cardíaca por fracción de eyección en pacientes de nuevo diagnóstico en España

Carlos Escobar, Beatriz Palacios, et al.
BMC Health Serv Res. 2023 Dec 1;23(1):1340. doi: 10.1186/s12913-023-10376-z.

Objetivo: Describir la utilización de recursos sanitarios (URS) y los costes en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) de nuevo diagnóstico según la fracción de eyección (FE) en España.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que analiza historias clínicas anonimizadas, integradas e informatizadas en España. Se incluyeron pacientes con ≥ 1 nuevo diagnóstico de IC entre enero de 2013 y septiembre de 2019 y se realizó un seguimiento durante un periodo de 4 años. Se estimaron las tasas por 100 personas-año de HCRU y los costes.

Resultados: Se incluyeron diecinueve mil novecientos sesenta y un pacientes, de los cuales el 43,5%, 26,3%, 5,1% y 25,1% tenían IC con FE reducida, conservada, levemente reducida y desconocida, respectivamente. Del año 1 al 4, las tasas de visitas ambulatorias por IC disminuyeron de 1149,5 (IC del 95%: 1140,8-1159,3) a 765,5 (IC del 95%: 745,9-784,5) y las hospitalizaciones de 61,7 (IC del 95%: 60,9-62,7) a 15,7 (14,7-16,7) por 100 personas-año. La mayoría de los costes de recursos sanitarios relacionados con la IC por paciente se debieron a hospitalizaciones (año 1-4: 63,3-38,2%), seguidos de los costes indirectos (año 1-4: 12,2-29,0%), farmacia (año 1-4: 11,9-19,9%) y atención ambulatoria (año 1-4: 12,6-12,9%). La media (DE) de los costes relacionados con la IC por paciente disminuyó de 2509,6 (3518,5) a 1234,6 (1534,1) euros (reducción de costes del 50%). Al inicio, el 70,1% tomaba betabloqueantes, el 56,3% inhibidores del sistema renina-angiotensina, el 11,8% antagonistas del receptor de mineralocorticoides y el 8,9% inhibidores de SGLT2. A los 12 meses, estas cifras fueron 72,3%, 65,4%, 18,9% y 9,8%, respectivamente.

Conclusiones: Aunque la carga económica de la IC ha disminuido con el tiempo desde el diagnóstico, sigue siendo sustancial. Esta reducción podría estar relacionada en parte con un sesgo de supervivencia (los pacientes enfermos fallecieron precozmente), pero también con un mejor manejo de la IC. A pesar de ello, todavía hay mucho margen de mejora.

Palabras clave: Costo; Utilización de recursos sanitarios; Insuficiencia cardíaca; Hospitalización; Inhibidores de SGLT2; Sacubitrilo/valsartán.

Inhibidores de SGLT2 y riesgo de diálisis y ECV en pacientes con ERC en estadio 5

En este estudio de emulación de ensayo dirigido que incluyó a pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica en estadio 5, el uso de un inhibidor de SGLT2 se asoció con menores riesgos de diálisis incidental, hospitalización por insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, cetoacidosis diabética y lesión renal aguda que la falta de uso.

Estos hallazgos sugieren que el uso de inhibidores de SGLT2 en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada puede estar asociado con mejores resultados cardiovasculares y renales; sin embargo, existe la posibilidad de que existan factores de confusión residuales. Se necesitan más ensayos específicos en esta población de pacientes.

Dr. John W. Ostrominski

Ningún estudio ha informado los resultados a largo plazo del inicio de inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT2i) en pacientes con tasas de filtración glomerular estimadas menores de 20 mL/min/1,73 m² antes de la prediálisis.

OBJETIVO

Comparar el riesgo de diálisis, eventos cardiovasculares y muerte entre usuarios de SGLT2i y no usuarios en pacientes con diabetes tipo 2 (DT2) y enfermedad renal crónica (ERC) en estadio 5.

DISEÑO

Estudio de emulación de prueba de destino.

CONFIGURACIÓN

Base de datos de investigación del seguro nacional de salud de Taiwán (NHIRD).

PARTICIPANTES

Aplicando el principio de emulación de ensayo secuencial, se seleccionaron 23 854 usuarios de SGLT2i y 23 892 no usuarios de SGLT2i del NHIRD para pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica en estadio 5 desde el 1 de mayo de 2016 hasta el 31 de octubre de 2021.

MEDICIONES

Se utilizaron modelos de riesgos proporcionales de Cox condicionales para comparar los riesgos de diálisis, hospitalización por insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio (IAM), cetoacidosis diabética (CAD), lesión renal aguda (LRA) y mortalidad por todas las causas entre usuarios de SGLT2i y no usuarios.

RESULTADOS

En el modelo por intención de tratar, en comparación con ningún uso de iSGLT2, el uso de iSGLT2 se asoció con menores riesgos de diálisis (cociente de riesgos instantáneos [HR], 0,34 [IC del 95 %, 0,27 a 0,43]), hospitalización por insuficiencia cardíaca (HR, 0,80 [IC, 0,73 a 0,86]), IAM (HR, 0,61 [IC, 0,52 a 0,73]), CAD (HR, 0,78 [IC, 0,71 a 0,85]) y IRA (HR, 0,80 [IC, 0,70 a 0,90]), pero no hubo diferencias en el riesgo de mortalidad por todas las causas (HR, 1,11 [IC, 0,99 a 1,24]). Las curvas de Kaplan-Meier y los análisis de subgrupos también mostraron que el inicio de un SGLT2i en la ERC en estadio 5 se asoció con un menor riesgo de diálisis a largo plazo que ningún uso de SGLT2i.

LIMITACIÓN

Este resultado puede no aplicarse a pacientes sin diabetes tipo 2.

CONCLUSIÓN

Este ensayo de objetivo emulado mostró que el uso de SGLT2i se asoció con un menor riesgo de diálisis, eventos cardiovasculares, CAD y IRA que ningún uso de SGLT2i en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad renal crónica en estadio 5.

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales

33 Congreso Médico SAHTA
 20 Jornadas de Enfermería
 18 Jornadas de Farmacéuticos
 14-16 / noviembre 2024
 Hotel AR Almerimar



Almerimar, El Ejido Almería
 #SAHTA2024
 www.congresosahta.com
 fase20

PLAN CUÍDATE+
 -SAL = +SALUD



ESH European Society of Hypertension

SEHLELHA

