

## Costos de la insuficiencia cardíaca

DANIEL FERRANTE

En países desarrollados, el gasto ocasionado por la insuficiencia cardíaca (IC) da cuenta del 1% al 2% del costo total en salud. El costo se incrementa con peor función ventricular y gravedad. Los costos de los pacientes en clase funcional IV son 8 a 30 veces superiores que los de pacientes en clase funcional II. (1)

El gasto en IC incluye costos directos, que comprenden internación, diagnóstico, fármacos, cuidado ambulatorio, trasplante y CRM, e indirectos, que incluyen pérdida de ingresos, necesidad de cuidador, requerimiento de apoyo social, transporte e institucionalización.

Aproximadamente dos tercios de los gastos totales de la IC se deben a internaciones, no sólo por IC descompensada, sino por otras comorbilidades frecuentes en estos pacientes. El costo de los métodos diagnósticos constituye una proporción importante de los costos intrahospitalarios. (2)

En el artículo publicado en este número de la *Revista* por Giorgi y colaboradores (3) constituye un aporte importante en lo relativo a costos de la insuficiencia cardíaca en nuestro medio. A pesar de ser uno de los diagnósticos que mayores gastos representa en nuestro medio, y no sólo en el medio prepago como lo evaluó este trabajo, no se han priorizado intervenciones con un potencial de una reducción significativa en los costos relacionados con la insuficiencia cardíaca. Conocer los costos de la insuficiencia cardíaca en nuestro medio es una herramienta muy útil para la planificación y la implementación de estrategias de cuidado que han demostrado reducción de los costos con mantenimiento e incluso mejora de la calidad de atención en estos pacientes. Aunque en este estudio se observó un costo mayor para los pacientes con FSVI deteriorada durante la internación por insuficiencia cardíaca, habitualmente los pacientes con FSVI conservada son más añosos y con más comorbilidades, por lo que el costo anual total suele ser igual o mayor.

Aunque es cierto que la internación explica una proporción significativa de los costos, el mayor impacto en la reducción de costos de la insuficiencia cardíaca no se obtiene centrando el tema en la internación. El mayor impacto se logra evitando internaciones, cuando sabemos que más de la mitad de ellas se pueden evitar.

Una de las intervenciones que reduce notoriamente las internaciones es el tratamiento farmacológico apropiado, en especial para la insuficiencia cardíaca con FSVI deteriorada. En los Estados Unidos se estima que debido a la reducción en las internaciones lograda por un uso mayor de IECA se ahorrarían 36 millones de dólares.

Respecto de los betabloqueantes, un análisis económico realizado en Francia, a partir de datos del estudio CIBIS, estimó que el costo total en pacientes que recibieron bisoprolol en comparación con placebo se redujo 4.330 francos por paciente. El ahorro se produjo principalmente por una reducción en las internaciones. Resultados similares se comunicaron para otros países. (4)

Un análisis de costo-efectividad realizado a partir de los datos del US Carvedilol Heart Failure Trials Program consideró solamente los costos relacionados con internaciones cardiovasculares y con un seguimiento de 6,5 meses. Los pacientes del grupo carvedilol presentaron menor costo promedio de internaciones ( $\$1.912 \pm \$7.595$ ) que los pacientes del grupo control ( $\$4.463 \pm \$20.565$ ,  $p = 0,01$ ). (5)

En un análisis de costo-efectividad realizado con datos nacionales se utilizaron las características de la población, el tratamiento betabloqueante (carvedilol 70%, bisoprolol 20%, atenolol 5%, metoprolol 5%), el tratamiento concomitante, el uso de recursos y eventos del registro GESICA. Se calcularon costos locales para centros públicos y privados. El costo por año de vida ganado fue de \$3.823 (6) y se observó además una reducción en los costos hospitalarios. En el futuro, la proporción relativa del gasto total de la IC en fármacos aumentará por la polifarmacia y por mejor sobrevida, en particular en la IC leve a moderada. La escasa prescripción por parte de los médicos y la poca adherencia de los pacientes constituye un problema en la IC. En relación con la IC con FSVI conservada, no contamos con evidencia sobre intervenciones farmacológicas que hayan derivado en reducción de costos.

Otra de las estrategias que podría reducir costos es el rastreo. En un estudio reciente se comunicó que los costos fueron superiores en personas con disfunción ventricular asintomática en comparación con controles. Existe evidencia de que las intervenciones en pacientes con disfunción ventricular asintomática pueden atenuar la progresión de la enfermedad, con reducción de la incidencia de IC y de las internaciones por esta causa. El rastreo en personas en riesgo mediante marcadores bioquímicos como los factores natriuréticos está en investigación. Un análisis de costo-efectividad en el que se emplearon los datos del estudio SAVE comunicó un costo de 7.181 euros por año de vida ganado. (7) El rastreo de disfunción ventricular en personas de alto riesgo podría ser una estrategia costo-efectiva.

Los programas de manejo de la IC basados sobre diferentes intervenciones (clínicas de IC, visitas a domicilio, seguimiento por enfermería, etc.) son otra

forma de tratamiento que puede llevar a un aumento en la adherencia con las recomendaciones higiénico-dietéticas y el tratamiento farmacológico y que se asocian con una reducción en las internaciones. En el estudio DIAL realizado en la Argentina se aleatorizaron 1.518 pacientes a un seguimiento telefónico frecuente por personal de enfermería y se compararon con un grupo control. Se determinó un ahorro neto de \$181 por año (2001), atribuido a una reducción del 30% en las internaciones por insuficiencia cardíaca, aun considerando el costo de la intervención y la mayor adherencia al tratamiento del grupo intervenido. (8) Este estudio incluyó pacientes con FSVI conservada o deteriorada.

En conclusión, el trabajo de Giorgi y colaboradores constituye una fuente de información muy útil para la planificación de la atención de la insuficiencia cardíaca, en especial teniendo en cuenta que dadas las dificultades en prevención cardiovascular existentes, la mayor sobrevida a eventos agudos y en especial el envejecimiento poblacional la IC constituirá en el futuro cercano un problema de mayor relevancia aún. Esta información también es importante como herramienta para abogacía frente a los decisores de sistemas de salud, dado que este diagnóstico se debe priorizar no sólo para bajar costos, sino también para reducir la gran carga de enfermedad asociada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Davey PG, Clarkson PB, McMahon A, MacDonald TM. Costs associated with symptomatic systolic heart failure. *Pharmacoeconomics* 1999;16:399-407.
2. McMurray J, Hart W, Rodees G. An evaluation of the cost of heart failure to the National Health Service in the UK. *Br J Med Econ* 1993;6:91-8.
3. Giorgi MA, Ahuad Guerrero RA, Voos Budal Arins MG, Borracci RA, Farrás HA, Insúa JT. Análisis de costos hospitalarios de la insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada versus deteriorada. *Rev Argent Cardiol* 2008;76:20-6.
4. Levy P, Lechat P, Leizorovicz A, Levy E. A cost-minimization of heart failure therapy with bisoprolol in the French setting: an analysis from CIBIS trial data. *Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study. Cardiovasc Drugs Ther* 1998;12:301-5.
5. Vera-Llonch M, Menzin J, Richner RE, Oster G. Cost-effectiveness results from the US Carvedilol Heart Failure Trials Program. *Ann Pharmacother* 2001;35:846-51.
6. Ferrante D, Zambrano C, Soifer S, Thierer J, Ramallo G, Sánchez A y col. Análisis de costo-efectividad del tratamiento betabloqueante en la insuficiencia cardíaca crónica en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2004;72:145 (Abstract 130).
7. Michel BC, Al MJ, Remme WJ, Kingma JH, Kragten JA, van Nieuwenhuizen R, et al. Economic aspects of treatment with captopril for patients with asymptomatic left ventricular dysfunction in The Netherlands. *Eur Heart J* 1996;17:731-40.
8. Grancelli H, Zambrano C, Dran D, Ramos S, Soifer S, Buso A, et al. Cost-effectiveness analysis of a disease management program in chronic heart failure. DIAL Trial, GESICA Investigators. *JACC* 2003; 41:517 (abstract).