

Análisis de coste-efectividad del cierre percutáneo de orejuela izquierda en paciente con fibrilación auricular y hemorragia digestiva asociada a anticoagulantes orales

Mario Martínez Fleta(1), Sonia Peribáñez Belanche(1), Elena Cardona Usán(2), Carlos Pardillos Ruiz(2), Vanesa Bernal Monterde(2), Patricia Sanz Segura(3), Javier Jimeno Sánchez(1), Marta Antonio Martín(1), Araceli Sánchez Page(1), Darío Javier Samaniego Pesantez(1), Juan Sánchez-Rubio Lezcano(1), Gabriel Galache Osuna(1), José A. Diarte de Miguel(1) y M. del Rosario Ortas Nadal(1) de (1)Cardiología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España, (2)Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza - España y (3)Aparato Digestivo. Hospital Royo Villanova, Zaragoza - España

Introducción: El cierre percutáneo de orejuela izquierda (CPOI) reduce los eventos tromboembólicos en pacientes con fibrilación auricular (FA). Aunque la evidencia reciente es variable respecto a su no inferioridad frente a la anticoagulación oral (ACO), resulta útil en pacientes con alto riesgo hemorrágico. El objetivo de este estudio fue evaluar el coste-efectividad del CPOI en pacientes con FA y hemorragia digestiva asociada a ACO desde la perspectiva del sistema sanitario público.

Métodos: Se trata de un estudio cuasi-experimental antes-después de CPOI en 43 pacientes intervenidos en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes con FA no valvular sometidos a CPOI, CHA2DS2-VASc ?2 y al menos un episodio de hemorragia digestiva. Se excluyeron anemia extradigestiva, trombo intracardiaco, otras indicaciones de ACO, anatomía desfavorable o esperanza de vida <12 meses. Todos se sometieron a ecocardidograma transesofágico (ETE) previo para descartar trombos en OI y evaluar la anatomía. El dispositivo se eligió según el equipo implantador. Tras el implante, se suspendió ACO y se inició doble antiagregación con ácido acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel durante 45 días. En ausencia de trombosis y fugas >5 mm en el ETE posterior, se retiró clopidogrel y se mantuvo AAS indefinido. Se realizó seguimiento a los 3 y 6 meses del procedimiento. Se analizaron diferencias pre-post con test de McNemar y se aplicó un modelo de Markov para costo-efectividad.

Resultados: La cohorte incluyó 43 pacientes (edad media 77 años), con CHA2DS2-VASc medio de 4,7 y HAS-BLED de 5. En los 6 meses previos al CPOI, el 70% presentó episodios de hemorragia digestiva; tras el procedimiento, tan sólo se registró un evento de sangrado.
Se observó una reducción significativa en hospitalizaciones, días de ingreso, procedimientos endoscópicos, transfusiones y uso de hierro intravenoso. No hubo trombosis del dispositivo a 45 días ni eventos tromboembólicos durante el seguimiento.
El CPOI generó un ahorro neto de 12.339 € por paciente a 6 meses. En el modelo de Markov, el ahorro acumulado fue de 10.681 € a 12 meses y 115.630 € a 15 años. Así, el CPOI se situó en el cuadrante IV (estrategia dominante) del plano coste-efectividad.

Conclusiones: El CPOI representa una alternativa segura, eficaz y coste-efectiva para pacientes con FA y hemorragia digestiva, con potencial para optimizar resultados clínicos y económicos en el sistema sanitario público.



Consumo de recursos hospitalarios por paciente y mes de seguimiento

	Preintervención		Postintervención		Delta tasas	p
	Eventos/pac.mes	Tasa (IC 95%)	Eventos/pac.mes	Tasa (IC 95%)		
Ingresos	122.0	0.41 (0.23, 0.49)	1.0	0.00 (0.00, 0.01)	0.40	<0.001
Días de estancia	954.0	3.38 (2.62, 4.15)	3.0	0.01 (-0.01, 0.04)	3.37	<0.001
Endoscopias	198.0	0.41 (0.31, 0.51)	3.0	0.01 (-0.01, 0.02)	0.40	<0.001
Concentrados de hematíes	381.0	1.44 (1.10, 1.79)	19.0	0.09 (0.01, 0.16)	1.36	<0.001
Hierro IV (mg)	38000.0	154.47 (70.34, 238.60)	3500.0	16.20 (-1.99, 34.40)	138.27	0.004

Pac.mes (paciente x mes). IV (intravenoso).