

Manuscript Number: LABCLIN-D-11-00061R1

Title: Evaluación económica de la determinación del propéptido natriurético cerebral N-terminal (NT-proBNP) en pacientes con disnea en los servicios de urgencias españoles

Article Type: Original

Keywords: Palabras clave: NT-proBNP; disnea; coste-efectividad; diagnóstico; insuficiencia cardiaca.

Keywords: NT-proBNP; dyspnea; cost-effectiveness; diagnosis; heart failure.

Corresponding Author: Mr. Ferran Pérez Alcántara,

Corresponding Author's Institution: Oblikue Consulting S.L.

First Author: Pere Llorens

Order of Authors: Pere Llorens; José Moreu; Ferran Pérez Alcántara; José Manuel Rodríguez; Carlos Crespo

Abstract: Introducción:

Analizar la eficiencia de añadir la determinación NT-proBNP al examen clínico convencional (ECC) para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) en pacientes con disnea que acuden a servicios de urgencias (SU) españoles.

Material y métodos:

Se desarrolló un árbol de decisión para evaluar los resultados clínicos y económicos de ambas alternativas durante 60 días de seguimiento desde la visita al SU en pacientes hospitalizados y no hospitalizados. Los parámetros clínicos fueron principalmente obtenidos del estudio PRIDE y validados por médicos de SU y cardiólogos. El punto de corte de la determinación NT-proBNP fue de 900 pg/mL (sensibilidad del 90% y especificidad del 85%). En base a datos españoles publicados, se asumió que el 65% de pacientes con disnea sufrían IC. El uso de recursos fue identificado mediante opinión de expertos y evaluado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS). El análisis comparó el diagnóstico final del paciente con el diagnóstico realizado en el SU. Se realizaron diversos análisis de sensibilidad para evaluar la incertidumbre del modelo.

Resultados:

El diagnóstico incorporando la determinación NT-proBNP fue correcto en el 91,96% de los pacientes (59,09% verdaderos positivos y 32,87% verdaderos negativos) frente al 85,53% mediante ECC (50,79% verdaderos positivos y 34,74% verdaderos negativos). La incorporación de la determinación NT-proBNP resultó tener un coste menor (3.720€ versus 5.188€). Los análisis de sensibilidad realizados confirmaron los resultados.

Conclusiones:

La incorporación de la determinación NT-proBNP en el diagnóstico del paciente con disnea en los SU españoles muestra un menor coste y un mayor porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados comparado con el ECC desde la perspectiva del SNS.

Introduction:

To assess the efficiency of adding the NT-proBNP test to standard clinical evaluation (SCE) for the diagnosis of heart failure (HF) in Spanish emergency department (ED) patients with dyspnea.

Material and methods:

A decision-tree was developed to evaluate the clinical and economic outcomes of the two diagnostic alternatives 60 days after ED admission in hospitalized and non-hospitalized patients. Clinical parameters were mainly extracted from the PRIDE study and were validated by expert ED physicians and cardiologists. The cut-off point for the NT-proBNP test was 900 pg/mL (sensitivity of 90% and specificity of 85%). We assumed that 65% of patients with dyspnea had HF, based on published Spanish data. Resource use was obtained by expert opinion and evaluated from the public payer perspective (Spanish National Health Service (NHS)). The analysis compared the final diagnosis with the ED diagnosis. Multiple sensitivity analyses were carried out to evaluate the uncertainty of the model.

Results:

The diagnosis using NT-proBNP testing was correct in 91.96% of patients (59.09% true positive and 32.87% true negative) vs. 85.53% using SCE alone (50.79% true positive and 34.74% true negative). Costs were lower in patients receiving NT-proBNP testing (€3,720 versus €5,188). The sensitivity analyses confirmed the results.

Conclusions:

The use of the NT-proBNP test for the assessment and management of Spanish emergency department patients with dyspnea is less costly and shows a higher percentage of correctly-diagnosed patients from the Spanish NHS perspective than SCE alone.

Suggested Reviewers:

Opposed Reviewers:

Response to Reviewers: Sr. editor y revisores, muchas gracias por sus comentarios. A continuación procedemos a dar respuesta e indicar los cambios realizados sobre cada uno de ellos, con tal de poder mejorar el manuscrito. Los cambios solicitados han sido numerados e iniciamos cada respuesta con el título "Respuesta" y finalizamos con el título "Fin respuesta".

Decision letter:

Estimado Mr. Pérez Alcántara,

El Equipo Editorial de Laboratorio Clínico ha evaluado el manuscrito "Evaluación económica del test péptido natriurético cerebral N-terminal (NT-proBNP) en pacientes con disnea en los servicios de urgencias españoles" y considera que puede ser aceptado para publicación en la revista siempre que se tengan en cuenta las recomendaciones de los evaluadores externos.

Puede encontrar estos comentarios y enviar la nueva versión de su manuscrito en la página web de la revista <http://ees.elsevier.com/labclin/>:

Para no alargar en exceso los tiempos editoriales, les agradeceremos que nos envíen su nueva versión del manuscrito antes del próximo 06/04/2012.

Agradeciéndole la confianza depositada en Laboratorio Clínico, reciba un cordial saludo.

Dr. Felip Antoja Ribó

Editor Jefe

Laboratorio Clínico

COMENTARIOS PARA EL AUTOR:

Reviewer #1:

CONTENIDO:

Me parece interesante, aunque reproduce el estudio PRIDE con datos propios, con lo que, a pesar de estar bien, no es novedoso, sin restarle mérito a la labor realizada.

Se hace una evaluación robusta.

MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Queda clara la metodología empleada: en el análisis para evaluar la incertidumbre del modelo y las distintas distribuciones utilizadas, quedan explicadas y me parece suficiente para entender el artículo.

DISCUSIÓN

La explicación de las limitaciones del estudio creo que es muy formativo, porque ayuda a fijarse en algunos aspectos, que como todo el artículo es tan claro, igual no reparas en ellos

Reviewer #2:

Comentarios generales

Debería evitarse la utilización de los términos "test", "rol" ya que existen sinónimos en castellano para ese concepto: prueba, determinación, etc papel, función, etc..

Respuesta

Se ha empleado el término "determinación" en lugar de "test".

Se ha empleado el término "función" en lugar de "rol".

Estos cambios se han llevado a cabo a lo largo del documento y en el caso del término "determinación" también en el título del manuscrito.

Fin respuesta

Cambios a realizar

CAMBIO 1: Pág.3 Línea 15:pueden llegar a ser entre el 25%.....

Respuesta

Ha sido modificado.

Fin respuesta

CAMBIO 2: Pág.3 Línea 19: ... puede aparecer en la enfermedad...

Respuesta

Ha sido modificado.

Fin respuesta

CAMBIO 3: Pág.4 Línea 15: Los autores deberían aclarar cuales han sido las modificaciones realizadas en los criterios del estudio PRIDE por los expertos locales para contextualizar el modelo al ámbito español y si esto influye o no, existencia de diferentes prevalencias entre las poblaciones a estudio, diferentes actuaciones clínicas, etc

Respuesta

Se han incluido diferentes aclaraciones con tal fin en diferentes partes del texto:

- Se introduce a modo de introducción: "...con el objetivo de contextualizar el modelo al ámbito español, como se expone a continuación.". Página 4, párrafo 3.

- Se comenta el ajuste de los datos de incidencia: "En España, la incidencia de IC en pacientes con disnea que acuden al SU se considera del 65% (17). La incidencia de IC en pacientes con disnea que acuden al SU del estudio PRIDE (35%) fue considerada baja siguiendo la opinión de expertos clínicos locales y se ajustó al 65% a partir de datos españoles (17)". Página 5, párrafo 1.

Fin respuesta

CAMBIO 4: Pág.4. Línea 25: Sustituir "análisis de sangre" por otra expresión menos coloquial y ambigua, del estilo de determinaciones analíticas convencionales, o directamente citarlas.

Respuesta

Se ha utilizado el término "hemograma" en lugar de "análisis de sangre".

Fin respuesta

CAMBIO 5: Pág.4 Línea 58: Al igual que anteriormente, describir en que consistió el ajuste.

Respuesta

Se ha incluido el siguiente comentario sobre la validación de las probabilidades de clasificación de los pacientes y el ajuste del porcentaje de hospitalizaciones para ambas alternativas: "Las anteriores probabilidades de clasificación de los pacientes fueron validadas mediante la opinión de expertos clínicos locales. El porcentaje de pacientes hospitalizados en cada caso tras su paso por el SU del estudio PRIDE (9,16) fue ajustado a partir de la opinión de expertos clínicos. Se asumió que, en la práctica clínica española, el porcentaje de hospitalización es en general menor que el definido en el estudio PRIDE.". Página 5, párrafo 2.

Fin respuesta

CAMBIO 6: Pág.5 Línea 17: Suprimir coma después de: "de los pacientes"

Respuesta

Ha sido modificado.

Fin respuesta

CAMBIO 7: Pág.6 Línea 40: Eliminar el plural de los términos "univariante y multivariante"

Respuesta

Ha sido modificado.

Fin respuesta

CAMBIO 8: Pág.9 Línea 27: añadir "de" después de: "(8,9) y el análisis"

Respuesta

Ha sido añadido.

Fin respuesta

CAMBIO 9: Pág.9 Línea 50 a 57: Los autores deberían explicar de una manera más sencilla estos conceptos pensando en los lectores no familiarizados con este tipo de estudio y esta terminología.

Respuesta

Se han incluido diferentes explicaciones y modificado algunas ya existentes con tal de facilitar la comprensión de la terminología de este tipo de estudios:

- Resumen: Modificadas las conclusiones del resumen "...muestra un menor coste y un mayor porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados comparado con el ECC...". Página 1.
- Resumen en inglés: Modificadas las conclusiones del resumen "...is less costly and shows a higher percentage of correctly-diagnosed patients from the Spanish NHS perspective...". Página 2.
- Se ha incluido una explicación de la fórmula utilizada para evaluar el coste-efectividad de una opción frente a otra:

"El cálculo del resultado se basa en la razón de coste-efectividad incremental (RCEI) estimada mediante la siguiente fórmula:

$$(\text{Coste NT-proBNP} - \text{Coste ECC}) / (\text{Efectividad NT-proBNP} - \text{Efectividad ECC})$$

El indicador de coste-efectividad es entonces expresado como el coste adicional por paciente de incluir la determinación NT-proBNP en relación con el porcentaje incremental de pacientes correctamente diagnosticados."

Página 4, párrafo 2.

- Se ha incluido una explicación de la disponibilidad a pagar del sistema sanitario. De igual forma, se han incluido 3 referencias (26-28) al respecto (debido a estas nuevas referencias, se han reenumerado las referencias 29 a 31): "En la evaluación económica de nuevas tecnologías sanitarias, la gran mayoría de casos describen a una nueva tecnología más efectiva pero a un mayor coste. La dificultad para el decisor radica en determinar cuanto más pagar por una mayor efectividad. Esta disponibilidad a pagar

del sistema es comúnmente aceptada en el caso de años de vida ajustados por calidad (AVACs ó, en inglés, QALYs) ganados (30.000€/AVAC ganado) (26-28). El hecho de que el resultado muestre a la determinación NT-proBNP como dominante (es decir, conlleva un menor coste e incrementa la efectividad), hace que no sea necesario plantear una disponibilidad a pagar determinada.”. Página 10, párrafo 1.

Fin respuesta

CAMBIO 10: Pág.10 Línea 19: Las citas 16, 24 y 25 deberían aparecer citadas por primera vez al final del párrafo que las menciona esto detrás de: "otros estudios internacionales"

Respuesta

Las citas 16, 24 y 25 han sido añadidas al final de la frase "...pueden ser comparados con otros estudios internacionales en los que se observó un ahorro del coste medio por paciente al utilizar este tipo de marcadores junto al ECC (16,24,25)". Página 10, párrafo 3.

Fin respuesta

CAMBIO 11: Pág.10 Línea 31. Quizás sería interesante reflejar el ahorro medio por paciente en España derivado de este estudio para facilitar al lector la comparación de resultados con otros estudios.

Respuesta

Se ha indicado explícitamente el ahorro medio por paciente en España de nuestro estudio en la frase "Los resultados económicos obtenidos en el presente estudio (un ahorro medio por paciente de 1.468€) pueden ser comparados con otros estudios internacionales en los que se observó un ahorro del coste medio por paciente al utilizar este tipo de marcadores junto al ECC (16,24,25)". Página 10, párrafo 3.

Fin respuesta

Estimado Editor/a,

Le enviamos adjunto el manuscrito original titulado **“EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA DETERMINACIÓN DEL PROPEPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL N-TERMINAL (NT-proBNP) EN PACIENTES CON DISNEA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES”** con el propósito de que sea considerado como futura publicación en la revista Laboratorio Clínico.

El trabajo presentado ha sido comunicado previamente en el 21^{er} congreso IFCC-WorldLab (International Congress of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, Berlín, 15-19 mayo 2011) bajo el título “Economic value of amino-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) test at emergency department patients with dyspnea in Spain” (Llorens P et al.).

El contenido del manuscrito no se encuentra en proceso de revisión en ninguna otra revista.

Ferran Pérez Alcántara

Oblikue Consulting, S.L.

C/ Josep Irla i Bosch, 5-7, 1^a planta

08034 Barcelona

Tel.: 932 521 377 / Fax: 932 051 447

Mail: ferran.perez@oblikue.com

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA DETERMINACIÓN DEL PROPÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL N-TERMINAL (NT-proBNP) EN PACIENTES CON DISNEA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES

AUTORES: Pere Llorens¹, José Moreu², Ferran Pérez-Alcántara³, José Manuel Rodríguez⁴, Carlos Crespo^{3,5}

AFILIACIÓN

1) Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario, Alicante; 2) Servicio de Cardiología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo; 3) Oblikue Consulting, Barcelona; 4) OCD (part of the Johnson & Johnson family of companies), Madrid; 5) Departamento de estadística, Universidad de Barcelona, Barcelona

CORRESPONDENCIA

Ferran Pérez Alcántara.

C/ Josep Irla i Bosch, 5-7, 1ª planta 08034 Barcelona

Tel.: 932 521 377 / Fax: 932 051 447.

Correo electrónico: ferran.perez@oblikue.com

Financiación

El estudio ha contado con la financiación de Ortho-Clinical Diagnostics (part of the Johnson & Johnson family of companies) para su realización. El análisis lo realizó una empresa consultora independiente contratada por Ortho-Clinical Diagnostics (part of the Johnson & Johnson family of companies) con ese fin.

Conflicto de intereses

El estudio fue financiado por Ortho-Clinical Diagnostics (part of the Johnson & Johnson family of companies), fabricante del test NT-proBNP. El Dr. Llorens P y Dr. Moreu J recibieron honorarios por consultoría de Ortho-Clinical Diagnostics (part of the Johnson & Johnson family of companies). Pérez-Alcántara F y Crespo C son empleados de Oblikue Consulting S.L., consultora independiente contratada para la realización del estudio. Rodríguez JM es empleado de Johnson & Johnson, S.A..

Contribuciones de autoría

Rodríguez JM desarrolló la idea del estudio, participó en su diseño y supervisó todo el estudio. Llorens P y Moreu J aportaron la información necesaria basada en su experiencia como investigadores principales en este campo. Pérez-Alcántara F y Crespo C participaron en el diseño del estudio, llevaron a cabo la investigación, realizaron el análisis y el borrador del manuscrito. Todos los autores contribuyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA DETERMINACIÓN DEL PROPÉPTIDO NATRIURÉTICO CEREBRAL N-TERMINAL (NT-proBNP) EN PACIENTES CON DISNEA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ESPAÑOLES

RESUMEN

Introducción:

Analizar la eficiencia de añadir la determinación NT-proBNP al examen clínico convencional (ECC) para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) en pacientes con disnea que acuden a servicios de urgencias (SU) españoles.

Material y métodos:

Se desarrolló un árbol de decisión para evaluar los resultados clínicos y económicos de ambas alternativas durante 60 días de seguimiento desde la visita al SU en pacientes hospitalizados y no hospitalizados. Los parámetros clínicos fueron principalmente obtenidos del estudio PRIDE y validados por médicos de SU y cardiólogos. El punto de corte de la determinación NT-proBNP fue de 900 pg/mL (sensibilidad del 90% y especificidad del 85%). En base a datos españoles publicados, se asumió que el 65% de pacientes con disnea sufrían IC. El uso de recursos fue identificado mediante opinión de expertos y evaluado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS). El análisis comparó el diagnóstico final del paciente con el diagnóstico realizado en el SU. Se realizaron diversos análisis de sensibilidad para evaluar la incertidumbre del modelo.

Resultados:

El diagnóstico incorporando la determinación NT-proBNP fue correcto en el 91,96% de los pacientes (59,09% verdaderos positivos y 32,87% verdaderos negativos) frente al 85,53% mediante ECC (50,79% verdaderos positivos y 34,74% verdaderos negativos). La incorporación de la determinación NT-proBNP resultó tener un coste menor (3.720€ versus 5.188€). Los análisis de sensibilidad realizados confirmaron los resultados.

Conclusiones:

La incorporación de la determinación NT-proBNP en el diagnóstico del paciente con disnea en los SU españoles muestra un menor coste y un mayor porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados comparado con el ECC desde la perspectiva del SNS.

Palabras clave: NT-proBNP; disnea; coste-efectividad; diagnóstico; insuficiencia cardíaca.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

ECONOMIC EVALUATION OF N-TERMINAL PRO-B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE (NT-ProBNP) TEST IN SPANISH EMERGENCY DEPARTMENT PATIENTS WITH DYSPNEA

ABSTRACT

Introduction:

To assess the efficiency of adding the NT-proBNP test to standard clinical evaluation (SCE) for the diagnosis of heart failure (HF) in Spanish emergency department (ED) patients with dyspnea.

Material and methods:

A decision-tree was developed to evaluate the clinical and economic outcomes of the two diagnostic alternatives 60 days after ED admission in hospitalized and non-hospitalized patients. Clinical parameters were mainly extracted from the PRIDE study and were validated by expert ED physicians and cardiologists. The cut-off point for the NT-proBNP test was 900 pg/mL (sensitivity of 90% and specificity of 85%). We assumed that 65% of patients with dyspnea had HF, based on published Spanish data. Resource use was obtained by expert opinion and evaluated from the public payer perspective (Spanish National Health Service (NHS)). The analysis compared the final diagnosis with the ED diagnosis. Multiple sensitivity analyses were carried out to evaluate the uncertainty of the model.

Results:

The diagnosis using NT-proBNP testing was correct in 91,96% of patients (59,09% true positive and 32,87% true negative) vs. 85,53% using SCE alone (50,79% true positive and 34,74% true negative). Costs were lower in patients receiving NT-proBNP testing (€3.720 versus €5.188). The sensitivity analyses confirmed the results.

Conclusions:

The use of the NT-proBNP test for the assessment and management of Spanish emergency department patients with dyspnea is less costly and shows a higher percentage of correctly-diagnosed patients from the Spanish NHS perspective than SCE alone.

Keywords: NT-proBNP; dyspnea; cost-effectiveness; diagnosis; heart failure.

INTRODUCCIÓN

1 La insuficiencia cardiaca (IC) constituye uno de los principales problemas sanitarios debido a
2 su alta prevalencia y a su alta tasa de morbilidad y mortalidad. En España, la prevalencia de IC
3 en la población mayor de 40 años es aproximadamente del 1-2%, y por lo menos del 10% en la
4 población mayor de 60 años (1). La IC es una de las principales causas de hospitalización,
5 especialmente entre la población mayor de 65 años (1), siendo el gasto de hospitalización el
6 gasto principal de la enfermedad, entre el 74% y el 87% (2). Así, el coste sanitario de la IC
7 oscila entre un 1,5% y un 2% del gasto sanitario total del Sistema Nacional de Salud (SNS) (2).
8

9 El diagnóstico de la IC está basado habitualmente en datos clínicos y ecocardiográficos (3),
10 donde se conoce que los errores de diagnóstico pueden llegar a ser entre el 25% y el 50% (4).
11 En los pacientes con disnea aguda que acuden al servicio de urgencias (SU) el diagnóstico de
12 IC puede ser especialmente complicado debido principalmente a que la disnea no es un
13 síntoma específico de la IC, ya que puede aparecer en la enfermedad pulmonar crónica, la
14 neumonía o la anemia entre otras, y a que la ecocardiografía no está siempre disponible (4,5).
15 Ante esta situación, la evaluación de la utilidad potencial de una prueba no invasiva con una
16 elevada sensibilidad y especificidad a la hora de determinar un diagnóstico de IC tiene una
17 especial relevancia.
18

19 La determinación de las concentraciones plasmáticas de péptidos natriuréticos cerebrales
20 (BNP y su fracción N-Terminal, NT-proBNP) como biomarcadores de utilidad en el diagnóstico
21 de la IC ha sido demostrado y reportado en la literatura (6,7,8,9). Su uso en el diagnóstico y
22 manejo del paciente con IC es escaso en España así como en el resto de países europeos,
23 aunque es previsible que incremente de forma significativa a corto plazo (3,10,11). En
24 pacientes con IC, el aumento de los valores de NT-proBNP es muy superior a los de BNP
25 debido al tamaño de la molécula y su vida media, hecho que puede facilitar su aplicación
26 clínica como marcador (12,13).
27

28 El objetivo de este estudio fue evaluar la relación coste-efectividad de la inclusión de la
29 determinación NT-proBNP al examen clínico convencional (ECC) en el diagnóstico de la IC en
30 pacientes con disnea que llegan al SU a partir de estimar el coste incremental por paciente
31 correctamente diagnosticado.
32

MATERIAL Y MÉTODOS

33 Se desarrolló un modelo de evaluación económica basado en un árbol de decisión que
34 representa la evolución del manejo y diagnóstico de los pacientes que llegan al SU con
35 síntomas de disnea. El modelo permitió valorar la adecuación de las pruebas diagnósticas
36 evaluadas con respecto al diagnóstico de IC a los 60 días mediante el cálculo de los
37 verdaderos positivos, los verdaderos negativos, los falsos positivos y los falsos negativos. La
38 medida de efectividad utilizada fue el paciente correctamente diagnosticado, suma de los
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 verdaderos positivos y verdaderos negativos (14). El análisis se llevó a cabo desde la
2 perspectiva del SNS incluyendo sólo costes médicos directos. El horizonte temporal del análisis
3 fue de 60 días siguiendo estudios previos (9,15) y considerando éste como un periodo
4 suficiente para recoger los efectos clínicos y económicos del diagnóstico en el SU mediante
5 ambas alternativas.
6

7
8
9
10 El cálculo del resultado se basa en la razón de coste-efectividad incremental (RCEI) estimada
11 mediante la siguiente fórmula:
12

$$13 \quad (\text{Coste}_{\text{NT-proBNP}} - \text{Coste}_{\text{ECC}}) / (\text{Efectividad}_{\text{NT-proBNP}} - \text{Efectividad}_{\text{ECC}})$$

14
15
16 El indicador de coste-efectividad es entonces expresado como el coste adicional por paciente
17 de incluir la determinación NT-proBNP en relación con el porcentaje incremental de pacientes
18 correctamente diagnosticados.
19
20
21

22 **Parámetros**

23
24
25 Los datos clínicos necesarios para poblar el árbol de decisión fueron tomados principalmente
26 del estudio PRIDE (9,16) y fueron validados o adaptados a partir de la opinión de expertos
27 clínicos locales (médicos de SU y cardiología) con el objetivo de contextualizar el modelo al
28 ámbito español, como se expone a continuación.
29
30
31

32
33
34 El estudio prospectivo PRIDE llevado a cabo en el Massachusetts General Hospital (Boston,
35 Estados Unidos) incluyó a 599 pacientes mayores de 21 años que acudieron al SU con
36 síntomas de disnea y que fueron sometidos a ECC. El objetivo del estudio PRIDE fue el de
37 establecer la función de la determinación NT-proBNP en el diagnóstico de IC en este tipo de
38 pacientes. Las pruebas diagnósticas recogidas en el estudio fueron el electrocardiograma, la
39 radiografía de tórax y el hemograma. Por otro lado, se reservó una muestra de sangre para la
40 determinación NT-proBNP, aunque no fue utilizada para el diagnóstico en el SU. Con los
41 resultados del ECC se solicitó al médico del SU clasificar la probabilidad de que la causa de la
42 disnea del paciente fuera debida a una IC: probabilidad baja (0%-25%), intermedia (26%-75%)
43 o alta (76%-100%). En base a los resultados según el ECC, los pacientes eran hospitalizados o
44 dados de alta del SU. Tras un seguimiento de 60 días se definió el diagnóstico definitivo de si la
45 IC era la causa de su disnea.
46
47
48
49
50
51

52
53 Tras el periodo de seguimiento definido, y conociendo el diagnóstico final de IC de los
54 pacientes estudiados, se procedió a comparar el diagnóstico inicial desde el SU mediante el
55 ECC y los resultados de la determinación NT-proBNP.
56
57

58
59 En la figura 1 se muestra la estructura del árbol de decisión empleado en el análisis, donde se
60 puede observar como las dos alternativas de diagnóstico comparadas (ECC con/sin
61
62
63
64
65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

determinación NT-proBNP) consideran dos grupos de pacientes con disnea según si su diagnóstico final haya sido IC o no (representado entre paréntesis para indicar que este resultado era desconocido por el médico del SU al realizar su diagnóstico). En España, la incidencia de IC en pacientes con disnea que acuden al SU se considera del 65% (17). La incidencia de IC en pacientes con disnea que acuden al SU del estudio PRIDE (35%) fue considerada baja siguiendo la opinión de expertos clínicos locales y se ajustó al 65% a partir de datos españoles (17).

Los parámetros correspondientes a las probabilidades de cada opción han sido incluidos en el árbol de decisión de la figura 1 para facilitar su identificación. Para la alternativa de sólo ECC se clasificó al paciente según la probabilidad (alta, intermedia o baja) en el SU, dependiendo del futuro diagnóstico de IC definitivo del paciente mediante las probabilidades observadas en el estudio PRIDE (9,16). La estructura para comparar el ECC con la determinación NT-proBNP se basó en el punto de corte de 900 pg/ml definido por el estudio PRIDE como un óptimo factor de predicción independiente de la edad con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 85% (9,16). De tal forma, se clasificó a los pacientes a los que se les lleva a cabo la determinación NT-proBNP como positivo o negativo (a partir de la sensibilidad y especificidad de la determinación) dependiendo del futuro diagnóstico de IC del paciente. Las anteriores probabilidades de clasificación de los pacientes fueron validadas mediante la opinión de expertos clínicos locales. El porcentaje de pacientes hospitalizados en cada caso tras su paso por el SU del estudio PRIDE (9,16) fue ajustado a partir de la opinión de expertos clínicos. Se asumió que, en la práctica clínica española, el porcentaje de hospitalización es en general menor que el definido en el estudio PRIDE.

[Figura 1]

Para alcanzar el diagnóstico definitivo de los pacientes se incluyó en el modelo la capacidad de diagnóstico tras su paso por el SU. Así, para los pacientes hospitalizados se utilizó una sensibilidad del 94% y una especificidad del 99,6% (16). Para los pacientes no hospitalizados sólo diagnosticados mediante ECC, se utilizó una probabilidad condicionada de presentar un diagnóstico de IC del 83% para los pacientes con alta probabilidad, del 17% para los de probabilidad intermedia y del 0% para los de baja probabilidad (16). Para los pacientes no hospitalizados con un resultado de la determinación NT-proBNP positiva, esta probabilidad fue considerada como del 97%, mientras que si la determinación fue negativa la probabilidad fue del 3%. Estos datos fueron validados mediante la opinión de expertos clínicos locales.

Costes y uso de recursos

1 El estudio se realizó desde la perspectiva del financiador de los servicios sanitarios, por lo que
2 sólo se consideraron los costes médicos directos sanitarios (pruebas diagnósticas, estancias
3 hospitalarias, visitas médicas...). Los costes utilizados en el análisis provienen del uso de
4 recursos empleado durante el periodo de 60 días considerado en el modelo durante la
5 actuación médica en el SU y tras el alta del paciente desde este servicio (ya sea ingresado en
6 el hospital o dado de alta). Estos recursos fueron identificados mediante la opinión de expertos
7 clínicos locales para ambas alternativas comparadas (tabla 1).
8
9

10
11 La actuación médica en el SU se centró principalmente en el uso de recursos necesario para
12 llevar a cabo el ECC según el tipo de paciente. Para la alternativa NT-proBNP se añadió el
13 coste de la determinación.
14
15

16 Tras el alta del SU, se identificó el uso de recursos derivado tanto de la actuación médica en el
17 hospital de los pacientes ingresados como de aquellos pacientes no ingresados sobre los que
18 se realizan visitas y pruebas adicionales. Los pacientes hospitalizados, pueden ingresar en la
19 unidad de corta estancia, en medicina interna o en cardiología durante un periodo de tiempo
20 identificado a partir de la opinión de expertos clínicos locales y el estudio EAHFE (18). Se
21 consideró que la información que ofrece el disponer de los resultados de la determinación NT-
22 proBNP implica que la estancia hospitalaria del paciente ingresado se reduzca en 3 días (19).
23 Los expertos consultados también identificaron aquellas pruebas diagnósticas necesarias para
24 el manejo clínico según el tipo de paciente. Por otro lado, se identificaron aquellos pacientes
25 hospitalizados que requirieron una resincronización cardíaca. Otros procedimientos tales como
26 el cateterismo o estudios electrofisiológicos, fueron considerados como parte del coste por
27 hospitalización.
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 [Tabla 1]
39
40
41
42

43 Los recursos identificados fueron valorados económicamente en euros del 2010 a partir de una
44 base de datos de costes unitarios españoles (20) para estimar el coste total por tipo de
45 paciente para ambas alternativas (tabla 2). No se aplicó tasa de descuento alguna debido a
46 que el periodo de tiempo considerado fue inferior a un año.
47
48
49
50
51

52 [Tabla 2]
53
54
55
56

57 **Análisis de sensibilidad** 58 59 60 61 62 63 64 65

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Con el fin de valorar la influencia de la incertidumbre de los parámetros incluidos en el análisis sobre los resultados del estudio y validar la robustez de los resultados obtenidos, se llevaron a cabo diversos análisis de sensibilidad. La influencia de varios parámetros clave del modelo, fue evaluada a través de análisis de sensibilidad univariante y multivariante. Los parámetros claves modificados fueron:

- Porcentaje de pacientes hospitalizados: Se aplicó una reducción del 10% sobre el porcentaje de pacientes hospitalizados para ambas alternativas por separado.
- Porcentaje de pacientes clasificados con probabilidad intermedia de IC a partir del ECC: Para analizar el resultado sobre los pacientes con mayor incertidumbre de diagnóstico, se consideró que el 100% de los pacientes del grupo diagnosticado mediante ECC eran clasificados como con probabilidad intermedia de IC.
- Reducción de días de estancia a partir de conocer el resultado de la determinación NT-proBNP: Se consideraron los mismos días de estancia hospitalaria para ambos grupos.
- Valores de sensibilidad / especificidad de la determinación NT-proBNP: Debido a la existencia de diferentes puntos de corte, se analizaron los resultados con diferentes valores de sensibilidad y especificidad de la determinación NT-proBNP.

De forma adicional, se llevó a cabo un análisis de sensibilidad probabilístico mediante la técnica de Monte-Carlo de segundo orden, siguiendo las recomendaciones internacionales más relevantes sobre el análisis de la incertidumbre de los estudios de evaluación económica en el ámbito sanitario (21,22,23). Se simularon los resultados del caso base del modelo sobre una cohorte hipotética de 1.000 pacientes con el fin de observar la probabilidad con la que los resultados se mantienen estables ante la variación simultánea de los principales parámetros incluidos. El coste y efectividad (porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados) incrementales de cada simulación realizada, se representó mediante puntos individuales en un plano de coste-efectividad. Tal variación fue realizada asignando una distribución triangular para los costes y para la reducción de estancia hospitalaria, una distribución Dirichlet para la probabilidad de clasificación del diagnóstico mediante ECC y una distribución beta para el resto de parámetros (prevalencia de IC, probabilidad de hospitalización, sensibilidades y especificidades).

RESULTADOS

La diferencia de costes entre paciente hospitalizado y no hospitalizado fue de entre 6.247€ y 6.544€ para los diferentes tipos de pacientes del grupo ECC, mientras que para el grupo NT-proBNP la diferencia osciló entre 3.986€ y 4.990€.

1 En el análisis del caso base, el coste total acumulado durante 60 días de los pacientes que
2 acuden al SU con síntomas de disnea y son diagnosticados por IC mediante la determinación
3 NT-proBNP añadida a ECC fue de 3.720€ comparado con 5.188€ con los diagnosticados
4 únicamente mediante ECC (tabla 3). Por lo tanto, añadir NT-proBNP al ECC produce un ahorro
5 del 28% por paciente durante 60 días respecto al diagnóstico mediante ECC.
6

7
8 También, se observó que la distribución de los costes de hospitalización alcanzó el 88% para
9 NT-proBNP y el 92% para ECC (representando un ahorro de 1.510€). La diferencia del resto de
10 costes fue algo mayor para el grupo NT-proBNP (42€). Con respecto a las hospitalizaciones, los
11 pacientes clasificados con una probabilidad alta, media y baja de IC fueron hospitalizados en el
12 90%, 76% y 50%, respectivamente. Los pacientes con la determinación NT-proBNP positiva
13 fueron hospitalizados en el 79% y los negativos en el 44%. Adicionalmente, la información del
14 resultado de la determinación NT-proBNP, permitió evitar un 1,2% de hospitalizaciones con
15 respecto al diagnóstico mediante ECC (66,3% frente al 67,5% de hospitalizaciones,
16 respectivamente). Por otro lado, un 6,43% más de pacientes fue correctamente diagnosticado
17 de la causa de su disnea en el SU mediante la opción de la determinación NT-proBNP en
18 comparación con el ECC (91,96% y 85,53%, respectivamente).
19
20
21
22
23
24
25
26
27

28 [Tabla 3]
29
30
31
32

33 Los resultados incrementales obtenidos para el caso base muestran a la opción de añadir la
34 determinación NT-proBNP como dominante frente al diagnóstico mediante ECC al suponer un
35 menor coste y un mayor porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados. Asimismo,
36 teniendo en cuenta las hospitalizaciones evitadas, el ratio coste efectividad por hospitalización
37 evitada mostraría a la determinación NT-proBNP como una estrategia dominante.
38
39
40
41
42
43

44 **Resultados del análisis de sensibilidad**

45

46 Los análisis de sensibilidad univariante y multivariante realizados (tabla 4) mostraron como el
47 parámetro de mayor influencia en los resultados es la reducción de la estancia hospitalaria
48 cuando se conoce el resultado de la determinación NT-proBNP. Pese a no considerar
49 diferencias en los días de estancia hospitalaria entre ambos grupos, los costes incrementales
50 entre ellos fueron mínimos (23€ de ahorro para la alternativa de añadir la determinación NT-
51 proBNP). El análisis de los parámetros considerados no varió las conclusiones de los
52 resultados del caso base.
53
54
55
56

57 Diferentes puntos de corte de la determinación NT-proBNP fueron analizados de forma gráfica
58 (figura 2) mostrando cómo, si bien la alternativa diagnóstica con la determinación NT-proBNP
59
60
61
62
63
64
65

1 resultó con menos costes que ECC en todos los casos, únicamente si ésta presentara una
2 sensibilidad por debajo del 70% y una especificidad por debajo del 90%, el diagnóstico
3 mediante ECC presentaría un mayor porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados.
4

5 [Tabla 4]
6
7

8
9 [Figura 2]
10

11 El análisis de sensibilidad probabilístico muestra la robustez de los resultados del caso base ya
12 que más del 90% de las simulaciones muestran un menor coste y una mayor efectividad para
13 la opción de incluir la determinación NT-proBNP al ECC en el diagnóstico de los pacientes con
14 disnea que acuden al SU (figura 3).
15
16
17
18
19
20
21

22 [Figura 3]
23
24
25
26

27 **DISCUSIÓN**

28 Los resultados del presente estudio muestran como la adición de la determinación NT-proBNP
29 al ECC para el diagnóstico de pacientes con disnea y sospecha de IC en los SU españoles
30 tiene una influencia positiva tanto clínica como económicamente en un periodo observado de
31 60 días. Así, el coste medio por paciente fue un 28% menor al incluir la determinación NT-
32 proBNP en el diagnóstico (3.720€ y 5.188€ para el ECC incluyendo o no la determinación,
33 respectivamente), principalmente debido a evitar un 1,8% de las hospitalizaciones así como al
34 hecho de que la disponibilidad de los resultados de la determinación permiten reducir en unos 3
35 días la estancia de los pacientes hospitalizados. Clínicamente, los resultados mostraron como
36 la adición de la determinación NT-proBNP permitió diagnosticar correctamente un mayor
37 porcentaje de casos en comparación con el ECC sin ésta.
38
39
40
41
42
43
44
45

46 Pese a que los resultados del análisis de sensibilidad realizado mostraron a los anteriores
47 resultados como robustos, cabe mencionar que el estudio presenta diversas limitaciones. En
48 primer lugar, no se ha establecido un punto de corte definitivo para el diagnóstico de IC y éste
49 puede variar dependiendo de la edad y el género del paciente. Sin embargo, el punto de corte
50 utilizado de 900 pg/ml ha sido considerado como óptimo en diversos estudios (8,9) y el análisis
51 de sensibilidad realizado sobre otros puntos de corte no ha variado las conclusiones del
52 resultado obtenido. En segundo lugar, destacar que los datos utilizados en el análisis
53 provinieron principalmente del estudio PRIDE que, aunque prospectivo, no era aleatorizado. A
54 pesar de ello, este tipo de estudio permitió ocultar los resultados de la determinación a la
55 decisión del médico del SU sobre el diagnóstico mediante el ECC para posteriormente poder
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 comparar el resultado con el diagnóstico de la determinación NT-proBNP. Otra posible
2 limitación de utilizar datos del estudio PRIDE es que éste fue llevado a cabo en Estados Unidos
3 y, por lo tanto, las características epidemiológicas de los pacientes pueden diferir a las de la
4 población española. En relación a este punto, cabe indicar que las probabilidades utilizadas por
5 el modelo fueron validadas mediante panel de expertos clínicos locales (médicos de SU y
6 cardiología). En tercer lugar, el hecho de que la mayor parte del menor coste que resulta con el
7 uso de la determinación NT-proBNP se base en una reducción de los días de hospitalización
8 tras el alta del SU puede representar una limitación del estudio. Respecto a ello, cabe comentar
9 que diversos estudios reafirman este hecho aunque no en la misma medida (15,24,25) y que la
10 variabilidad de este dato fue analizada mediante el análisis de sensibilidad llevado a cabo. Otra
11 posible limitación del estudio recae en valorar el coste-efectividad incremental del estudio a
12 través del coste por paciente correctamente diagnosticado, ya que no existe un umbral de
13 coste efectividad establecido para este tipo de medida que indique la disponibilidad a pagar del
14 sistema sanitario. En la evaluación económica de nuevas tecnologías sanitarias, la gran
15 mayoría de casos describen a una nueva tecnología más efectiva pero a un mayor coste. La
16 dificultad para el decisor radica en determinar cuanto más pagar por una mayor efectividad.
17 Esta disponibilidad a pagar del sistema es comúnmente aceptada en el caso de años de vida
18 ajustados por calidad (AVACs ó, en inglés, QALYs) ganados (30.000€/AVAC ganado) (26-28).
19 El hecho de que el resultado muestre a la determinación NT-proBNP como dominante (es
20 decir, conlleva un menor coste e incrementa la efectividad), hace que no sea necesario
21 plantear una disponibilidad a pagar determinada.
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

32 Por último, comentar que los resultados del presente análisis se limitan al estudio del valor
33 diagnóstico de la determinación NT-proBNP en pacientes con disnea que acuden al SU. Sin
34 embargo, la determinación NT-proBNP también ha demostrado ser un buen marcador de
35 riesgo de morbilidad y mortalidad (29,30). En el ámbito de la atención primaria, la
36 determinación de la determinación BNP ha demostrado que puede permitir descartar la
37 presencia de disfunción ventricular sistólica en pacientes asintomáticos de alto riesgo de IC
38 (31). Futuros análisis deberían estudiar el valor de los péptidos natriureticos cerebrales como
39 marcadores pronóstico, su utilidad en el manejo de los pacientes con IC o el diagnóstico en el
40 ámbito ambulatorio.
41
42
43
44
45
46

47 Diversos estudios, tanto en el contexto internacional como español, han evaluado el uso de la
48 determinación NT-proBNP en el diagnóstico de pacientes con disnea en los SU. Pese a ello,
49 este estudio representa la primera evaluación económica en el contexto español que se lleva a
50 cabo en relación a la determinación NT-proBNP. Los resultados económicos obtenidos en el
51 presente estudio (un ahorro medio por paciente de 1.468€) pueden ser comparados con otros
52 estudios internacionales en los que se observó un ahorro del coste medio por paciente al
53 utilizar este tipo de marcadores junto al ECC (16,24,25). En la evaluación económica llevada a
54 cabo a partir del estudio PRIDE en Estados Unidos (16) con un seguimiento de 60 días y que
55 ha sido la base de nuestro estudio, el ahorro medio estimado por paciente fue de 430€ (474\$),
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

1 principalmente debidos a un menor porcentaje de ingresos y una menor duración de la estancia
2 de éstos. En un estudio a un año llevado a cabo en Suiza, el ahorro medio por paciente se
3 estimó en alrededor de 1.749€ (2.000\$), aunque esta diferencia ya se observó a los 60 días del
4 estudio (24). En otro análisis llevado a cabo en Holanda para un periodo de 30 días, el ahorro
5 medio por paciente se situó en 1.049€ (1.364\$)(25).
6

7
8 La disponibilidad de una prueba diagnóstica rápida, fiable y de fácil interpretación tiene una
9 especial relevancia en el SU ante la incertidumbre y premura asociada al manejo clínico de los
10 pacientes con disnea con sospecha de IC. El NT-proBNP representa un útil biomarcador en el
11 diagnóstico de IC en el SU en el SNS.
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

REFERENCIAS

1. Banegas JR, Rodríguez-Artajejo F, Guallar-Castillón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2006;6:4C-9C.
2. Oliva J, Jorgensen N, Rodríguez JM. Carga socioeconómica de la insuficiencia cardíaca: revisión de los estudios de coste de la enfermedad. *Pharmacoeconomics – Spanish Research Articles.* 2010;7:68-79.
3. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61:1329.e1-1329.e70
4. Bayés-Genís A. NTproBNP circulante, un nuevo biomarcador para el diagnóstico del paciente con disnea aguda. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1142-4.
5. Hobbs FD, Jones MI, Allan TF, Wilson S, Tobias R. European survey of primary care physician perceptions on heart failure diagnosis and management (Euro-HF). *Eur Heart J.* 2000;21:1877-87.
6. Maisel AS, Krishnaswamy P, Nowak RM, McCord J, Hollander JE, Duc P, et al. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:161–167.
7. Chen AA, Wood MJ, Krause DG, Baggish AL, Tung R, Anwaruddin S, et al. NT-proBNP levels, echocardiographic findings, and outcomes in breathless patients: results from the ProBNP investigation of Dyspnea in the Emergency Department (PRIDE) echocardiographic substudy. *Eur Heart J.* 2006;27:839-45.
8. Pascual Figal DA, Cerdán Sánchez MC, Noguera Velasco JA, Casas Pina T, Muñoz Gimeno L, García Rodríguez R, et al. Utilidad del NTproBNP en el manejo urgente del paciente con disnea severa y diagnóstico dudoso de insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58:1155-61.
9. Januzzi JL Jr, Camargo CA, Anwaruddin S, Baggish AL, Chen AA, Krauser DG, et al. The N-terminal Pro-BNP investigation of Dyspnea in the Emergency Department (PRIDE) study. *Am J Cardiol.* 2005;95:948-54
10. Remme WJ, McMurray JJ, Hobbs FD, Cohen-Solal A, Lopez-Sendon J, Boccanelli A, et al. Awareness and perception of heart failure among European cardiologists, internists, geriatricians, and primary care physicians. *Eur Heart J.* 2008 Jul;29(14):1739-52.
11. Escoda R, Llorens P, Martín Sánchez FJ, Jacob J, Pavón J, Gil C, et al. Efecto de una intervención formativa en urgencias en la mejora del manejo y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias* 2010;22:331-7.
12. Hunt PJ, Richards AM, Nicholls MG, Yandle TG, Doughty RN, Espiner EA. Immunoreactive amino-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-PROBNP): a new marker of cardiac impairment. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1997;47:287-96.
13. Hall C. Essential biochemistry and physiology of (NT-pro)BNP. *Eur J Heart Fail.* 2004;6:257-60.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
14. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria*. 2003;10:120-4.
 15. Moe GW, Howlett J, Januzzi JL, Zowall H, Canadian Multicenter Improved Management of Patients With Congestive Heart Failure (IMPROVE-CHF) Study Investigators. N-terminal pro-B-type natriuretic peptide testing improves the management of patients with suspected acute heart failure: primary results of the Canadian prospective randomized multicenter IMPROVE-CHF study. *Circulation*. 2007;115:3103-10.
 16. Siebert U, Januzzi JL Jr, Beinfeld MT, Cameron R, Gazelle GS. Cost-effectiveness of using N-terminal pro-brain natriuretic peptide to guide the diagnostic assessment and management of dyspneic patients in the emergency department. *Am J Cardiol*. 2006;98:800-5.
 17. Anguita M, Montes P, Jordán A, Casares G, Gómez I, Recio J et al. Utilidad del NT-proBNP para el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en una población heterogénea de pacientes con disnea. Estudio multicéntrico español. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59:465-72.
 18. Llorens P, Martín-Sánchez FJ, González-Armengol JJ, Herrero P, Jacob J, Álvarez AB, et al. Perfil clínico de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en los servicios de urgencias. Datos preliminares del Estudio EAHFE (Epidemiology Acute Heart Failure Emergency). *Emergencias*. 2008;20:154-63.
 19. Mueller C, Scholer A, Laule-Kilian K, Martina B, Schindler C, Buser P, et al. Use of B-type natriuretic peptide in the evaluation and management of acute dyspnea. *N Engl J Med*. 2004;350:647-54.
 20. Gisbert R, Brosa M. Base de Datos de Costes Sanitarios eSalud. Barcelona, 2010. Disponible en: <http://www.oblikue.com>. Accedido en Noviembre 2010.
 21. Drummond M, Manca A, Sculpher M. Increasing the generalizability of economic evaluations: recommendations for the design, analysis, and reporting of studies. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21:165-71.
 22. Claxton K, Sculpher M, McCabe C, Briggs A, Akehurst R, Buxton M, et al. Probabilistic sensitivity analysis for NICE technology assessment: not an optional extra. *Health Econ*. 2005;14:339-47
 23. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac Sanit*. 2010;24:154-70.
 24. Breidhardt T, Laule K, Strohmeyer AH, Schindler C, Meier S, Fischer M, et al. Medical and economic long-term effects of B-type natriuretic peptide testing in patients with acute dyspnea. *Clin Chem*. 2007;53:1415
 25. Rutten JH, Steyerberg EW, Boomsma F, van Saase JL, Deckers JW, Hoogsteden HC, et al. N-terminal pro-brain natriuretic peptide testing in the emergency department: beneficial effects on hospitalization, costs, and outcome. *Am Heart J*. 2008;156:71-7.
 26. Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, et al. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit*. 2002;16:334-43.

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
27. Rodríguez-Barrios JM, Pérez Alcántara F, Crespo Palomo C, et al. The use of cost per life year gained as a measurement of cost-effectiveness in Spain: a systematic review of recent publications. *Eur J Health Econ.* 2011. En prensa
28. Rodríguez JM, Paz S, Lizan L, Gonzalez P. The use of quality-adjusted life-years in the economic evaluation of health technologies in Spain: a review of the 1990-2009 literature. *Value Health.* 2011 Jun;14(4):458-64.
29. Clerico A, Emdin N. Diagnostic accuracy and prognostic relevance of the measurement of cardiac natriuretic peptides: A review. *Clin Chem* 2004;50:33-50.
30. Maisel A, Mueller C, Adams K Jr, Anker SD, Aspromonte N, Cleland JG, et al. State of the art: using natriuretic peptide levels in clinical practice. *Eur J Heart Fail.* 2008;10:824-39.
31. Lobos Bejarano JM, Horrillo García C, González-González AI, Castellanos Rodríguez A, Díaz Sánchez S, Castellanos Maroto J, et al. Validity and usefulness of B-type natriuretic peptide (BNP) for early detection of left ventricular dysfunction in high-risk patients in Primary Care. *Aten Primaria.* 2011. En prensa.

Tablas

Tabla 1. Uso de recursos por tipo de paciente diagnosticado en ambos grupos.

Recurso	Coste unitario (€ 2010)	Probabilidad ALTA		Probabilidad INTERMEDIA		Probabilidad BAJA		Determinación POSITIVA		Determinación NEGATIVA	
		Hospitalizado		Hospitalizado		Hospitalizado		Hospitalizado		Hospitalizado	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
En SU											
Determinación NT-proBNP	11.00	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1
Consulta urgencias	159.68	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Electrocardiograma	11.65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Hemograma	37.01	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Bioquímica	5.92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Electrolitos	2.00	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Radiografía tórax	18.36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Coagulación	1.62	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75
Gasometría arterial	3.82	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9
Ecocardiograma	67.90	0.02	-	-	-	-	-	0.02	-	-	-
Tras SU											
Hospitalización											
Unidad de corta estancia	1,078.58	-	-	1	-	2	-	-	-	2	-
Medicina Interna	510.95	-	-	4.25	-	8.5	-	-	-	5.5	-
Cardiología	796.26	8.5	-	4.25	-	-	-	5.5	-	-	-
Procedimientos											
Resincronización*	9,414	-	-	0.055	-	0.01	-	-	-	0.01	-
Pruebas											
Ecocardiograma	67.90	2	1	2,5	-	3	-	2	1	3	-
Electrocardiograma	11.65	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1
Hemograma	37.01	5	1	3	1	2	1	5	1	2	1
Radiografía tórax	18.36	3	1	3,5	1	4	1	3	1	4	1
Holter	125.13	-	0.1	-	-	-	-	-	0.1	-	-
Prueba esfuerzo	268.66	-	0.1	-	-	-	-	-	0.1	-	-
Visitas											
Urgencias	159.68	-	3	-	2	-	1	-	3	-	1
Atención primaria	50.70	-	4	-	4	-	4	-	3	-	4
Especialista	77.29	-	1	-	0.5	-	-	-	-	-	-

*GRD 115 y 851.

Tabla 2. Coste total por tipo de paciente.

Alternativa ECC en SU	Probabilidad ALTA		Probabilidad INTERMEDIA		Probabilidad BAJA	
	Hospitalizado		Hospitalizado		Hospitalizado	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
ECC en SU	240,29€	239,27€	239,27€	239,27€	239,27€	239,27€
Coste en hospital	7.179,09€	-	7.171,86€	-	6.937,07€	-
Coste fuera del hospital	-	933,42€	-	627,82€	-	429,50€
Coste total	7.419,38€	1.172,69€	7.411,14€	867,09€	7.176,35€	668,77€
Alternativa NT-ProBNP + ECC en SU			Determinación POSITIVA		Determinación NEGATIVA	
			Hospitalizado		Hospitalizado	
			Sí	No	Sí	No
ECC en SU			251,29€	250,27€	250,27€	250,27€
Coste en hospital			4.790,31€	-	5.419,55€	-
Coste fuera del hospital			-	805,44€	-	429,50€
Coste total			5.041,60€	1.055,71€	5.669,82€	679,77€

Tabla 3. Resultados del caso base.

	NT-ProBNP + ECC	ECC	Diferencia
Verdaderos positivos	59.09%	50.79%	8.29%
Falsos positivos	2.13%	0.26%	1.87%
Falsos negativos	5.92%	14.21%	-8.29%
Verdaderos negativos	32.87%	34.74%	-1.87%
Correctamente diagnosticados	91.96%	85.53%	6.43%
Coste total por paciente	3,720€	5,188€	-1,468€
Coste total por paciente correctamente diagnosticado (RCEI)			Dominante

RCEI: Razón de coste efectividad incremental

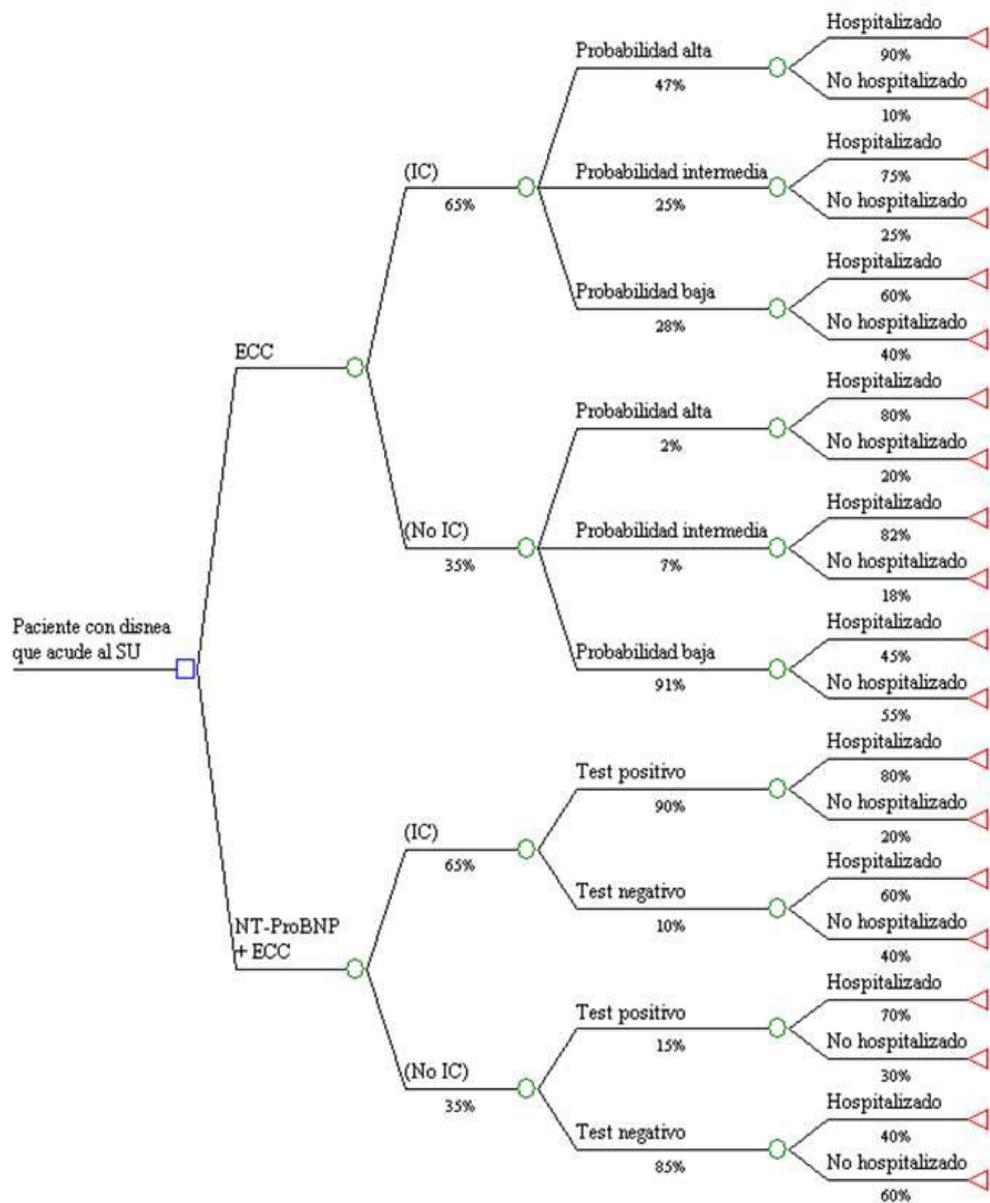
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65

Tabla 4. Resultados del análisis de sensibilidad univariante y multivariante.

Parámetro	Resultados incrementales		RCEI
	Coste	Pacientes correctamente diagnosticados (%)	
Pacientes hospitalizados en grupo ECC	-1,036€	+8.77%	Dominante
Pacientes hospitalizados en grupo NT-proBNP	-1,748€	+5.83%	Dominante
Pacientes clasificados con probabilidad intermedia de IC	-2,216€	+9.56%	Dominante
Reducción días estancia hospitalaria por NT-proBNP	-23€	+6.43%	Dominante

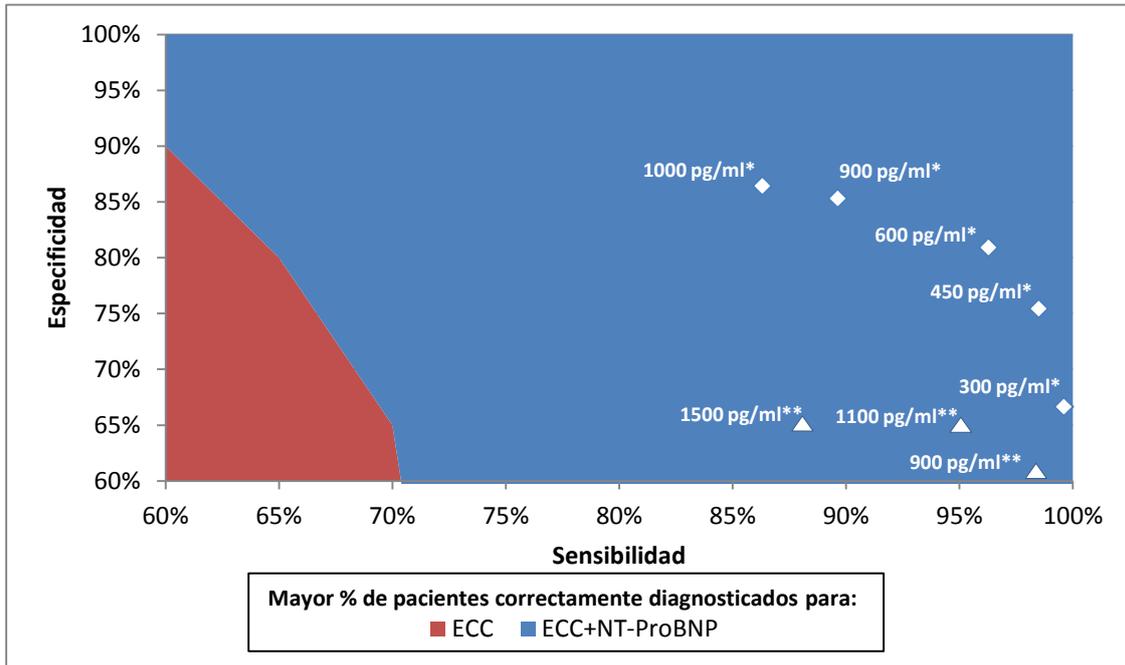
RCEI: Razón de coste efectividad incremental

Figura 1. Árbol de decisión (modelo analítico de decisiones).



El diagnóstico final se presenta entre paréntesis para indicar que esta información era desconocida por el médico del SU al realizar su diagnóstico.

Figura 2. Resultados del análisis de sensibilidad sobre los puntos de corte de la determinación NT-proBNP.



*Estudio PRIDE (9)

**Estudio Pascual Figal 2005 (8)

Figura 3. Plano de coste efectividad (€/paciente correctamente diagnosticado).

