

Revisión revistas 24 Febrero 2020

Nakaire Bonache Castejón

R5 Medicina Interna

Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Addition of Maraviroc Versus Placebo to Standard Antiretroviral Therapy for Initial Treatment of Advanced HIV Infection

A Randomized Trial

Yves Lévy, MD, PhD*; Jean-Daniel Lelièvre, MD, PhD*; Lambert Assoumou, PhD; Esther Aznar, MD; Federico Pulido, PhD; Giuseppe Tambussi, MD; Manuel Crespo, PhD; Agnès Meybeck, MD; Jean-Michel Molina, MD, PhD; Constance Delaugerre, MD, PhD; Jacques Izopet, MD, PhD; Gilles Peytavin, PhD; Fanny Cardon, MSc; Alpha Diallo, MD, MPH; Rémi Lancar, PhD; Lydie Béniguel, PhD; and Dominique Costagliola, PhD

INTRODUCCIÓN

- Casi un tercio de los pacientes VIH son diagnosticados con enfermedad avanzada, lo que es sinónimo de peor pronóstico a pesar del inicio del TAR.
- El seguimiento de estos pacientes ha mostrado que presentan mayor riesgo de eventos SIDA y mayor mortalidad.
- Los niveles altos de LT activados predicen mayor velocidad de progresión en personas no tratadas y disminución en el aumento de LT CD4 en pacientes con TAR, independientemente de su carga viral.
- El maraviroc (antagonista CCR5) podría tener efectos como inmunomodulador además de antirretroviral, tanto en pacientes naïve como tratados, siendo un efecto de clase.

OBJETIVOS

Primario

- Determinar la aparición de morbilidad:
 - Evento SIDA
 - Infecciones graves
 - Eventos graves no SIDA (enfermedad cv, ERCA terminal, fallo hepático...)
- SIRI
- Muerte por cualquier causa

Secundarios

- Determinar cada componente del objetivo primario
- Conocer la proporción de pacientes con $cv < 50$ copias/mL
- Determinar la aparición de resistencias y tropismo viral en $cv > 400$ copias/mL después de la semana 24
- Cambios en el conteo de CD4 y CD4/CD8 en la semana 72
- Aparición de efectos secundarios y embarazo

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio multicéntrico aleatorizado, paralelo, doble ciego, de superioridad en fase III.
- Se aleatorizaron 416 pacientes de 50 hospitales de Francia (25), Italia(5) y España(20).
- Se realizó un seguimiento de 72 semanas (5 Octubre 2011- 12 Noviembre 2014) con controles en las semanas 4, 8, 12 y cada 12 semanas hasta la 72. En cada visita se interrogaba sobre efectos adversos y se medían CD4, CD8 y carga viral.
- En la semana 24 a los pacientes con $cv > 400$ copias/mL se les realizaba un test de resistencias.
- El análisis estadístico se realizó por intención de tratar.

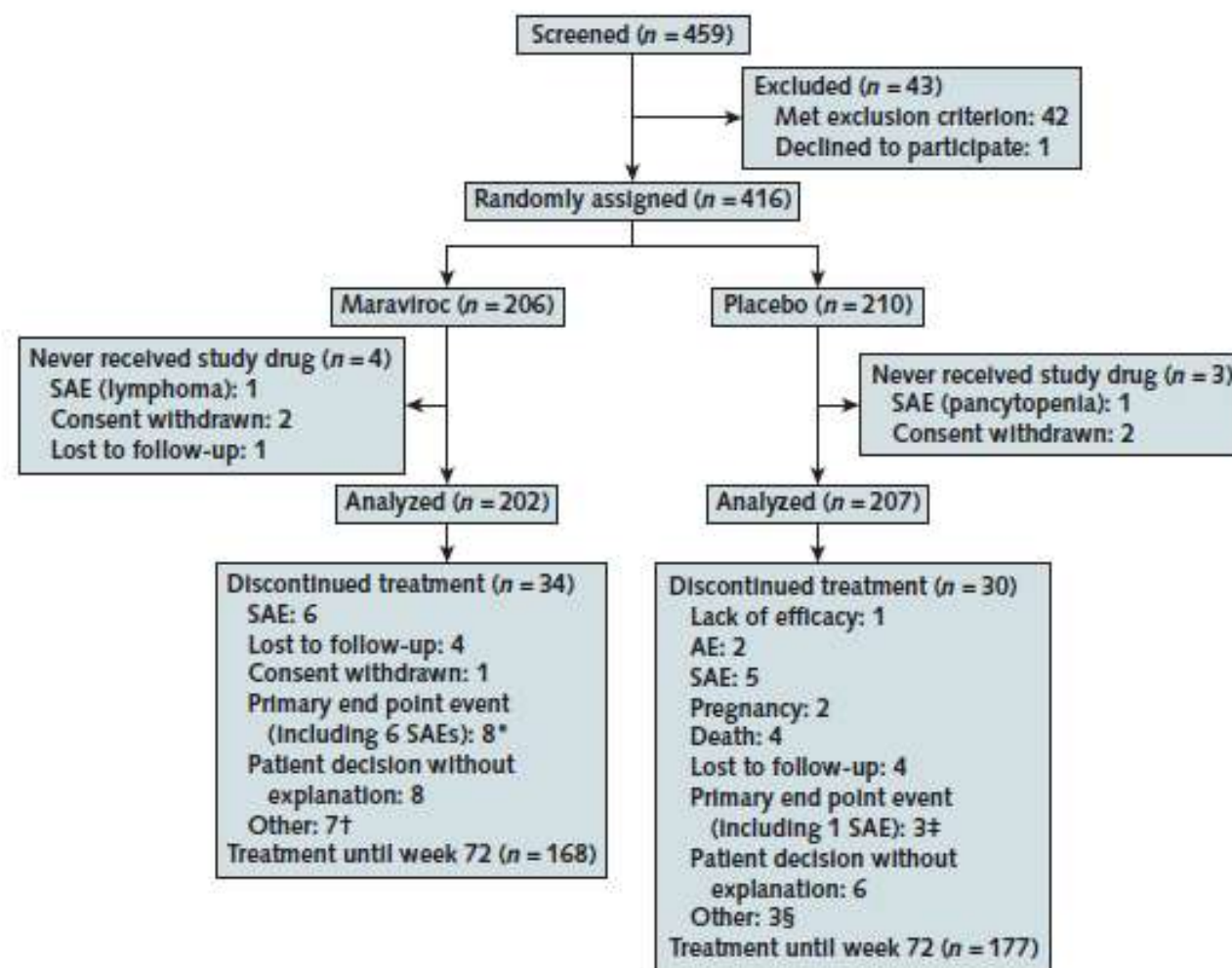
Criterios de inclusión

- VIH-1
- Mayor de 18 años
- Naïve
- CD4 < 200
- Evento SIDA

Criterios de exclusión

- Embarazo o lactancia
- Negativa a métodos de contracepción
- Cáncer activo excepto Sarcoma de Kaposi cutáneo
- TBC activa
- ICC, EPOC, ERCA, IH
- Neutropenia <750
- Anemia < 10 g/dL
- Trastorno psiquiátrico o deterioro cognitivo
- Fármacos inmunosupresores (incluyendo corticoides)

Figure 1. Study flow diagram.



AE = adverse event; IRIS = immune reconstitution inflammatory syndrome; SAE = serious adverse event.

* IRIS (n = 4), Burkitt lymphoma (n = 1), Kaposi sarcoma (n = 1), progressive multifocal leukoencephalopathy (n = 1), and coronary revascularization (n = 1).

† Physician decision (n = 2), moved (n = 3), did not fulfill inclusion criteria (n = 1), and used commercial maraviroc (n = 1).

‡ Mycobacterium tuberculosis (n = 1), IRIS (n = 1), and recurrent severe bacterial pneumonia (n = 1).

§ Physician decision (n = 1), no adherence and no attendance at scheduled visits (n = 1), and difficulties with follow-up (n = 1).



Table 1. Baseline Patient Characteristics

Characteristic	Maraviroc (n = 202)	Placebo (n = 207)
Median age (IQR), y	42 (21-70)	42 (21-74)
Male, n (%)	174 (86.1)	173 (83.6)
Sub-Saharan African immigrant, n (%)	27 (13.3)	34 (16.4)
Men who have sex with men, n (%)	104 (51.5)	102 (49.3)
Median HIV viral load (IQR), $\log_{10}$ copies/mL*	5.4 (1.9-6.7)	5.5 (3.5-6.7)
HIV viral load, n (%)		
<100 000 copies/mL	51 (25.2)	49 (23.7)
100 000-500 000 copies/mL	106 (52.5)	91 (44.0)
>500 000 copies/mL	45 (22.3)	67 (32.4)
R5 tropism, n (%)†	123 (62.1)	144 (70.9)
Median CD4 count (IQR), $\times 10^9$ cells/L*	0.077 (0.003-0.236)	0.085 (0-0.308)
CD4 count, n (%)		
<0.050 $\times 10^9$ cells/L	78 (38.6)	82 (39.6)
0.050-0.200 $\times 10^9$ cells/L	116 (57.4)	121 (58.5)
>0.200 $\times 10^9$ cells/L	8 (4.0)	4 (1.9)
Median CD4-CD8 ratio (IQR)*	0.11 (0.01-0.56)	0.12 (0-0.84)
CD4-CD8 ratio, n (%)		
<0.10	90 (45.0)	87 (42.2)
0.10-0.30	91 (45.5)	99 (48.1)
>0.30	19 (9.5)	20 (9.7)
AIDS-defining event at screening, n (%)	87 (43.1)	83 (40.1)
Antiretroviral regimen, n (%)		
PI-based	141 (69.8)	142 (68.6)
INSTI-based	29 (14.4)	33 (15.9)
NNRTI-based	32 (15.8)	32 (15.5)

INSTI = integrase strand transfer inhibitor; IQR = interquartile range; NNRTI = nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor; PI = protease inhibitor.

* Mean of values at screening and day 0.

† 4 missing values in each group.

RESULTADOS

Table 2. Incidence of First Event for the Primary Composite End Point and Each Component

Event	Events (Incidence per 100 Person-Years), n		Hazard Ratio (95% CI)*
	Maraviroc (n = 202)	Placebo (n = 207)	
Primary composite end point	26 (11.13)	27 (11.22)	0.97 (0.57-1.67)
New ADE	10 (4.04)	11 (4.24)	0.94 (0.4-2.21)
Infection	3 (1.19)	7 (2.67)	0.44 (0.11-2.01)
Serious non-ADE	6 (2.41)	1 (0.37)	6.35 (0.77-52.76)
IRIS	12 (4.89)	16 (6.33)	0.76 (0.36-1.62)
Death	0 (0.00)	4 (1.48)†	-

ADE = AIDS-defining event; IRIS = immune reconstitution inflammatory syndrome.

* Hazard ratios are from Cox model adjusted for stratification factors. Model could not be used for death because no deaths occurred in the maraviroc group.

† Causes were sepsis due to *Escherichia coli* enterococcus and hyperinfection strongyloides syndrome (n = 1), lymphoma (n = 1), hemophagocytic syndrome (n = 1), and disseminated Kaposi sarcoma and cytomegalovirus pneumonia (n = 1).

Aparecieron 74 eventos en 53 pacientes. La incidencia fue de 11.1 por 100 personas /año en el grupo de maraviroc y 11.2 en el grupo placebo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los componentes del objetivo primario.

Appendix Table 1. Subgroup Analysis for the Primary Composite End Point*

Variable	Maraviroc		Placebo		Hazard Ratio (95% CI)	P Value for Interaction
	Participants, n	Events (Incidence per 100 Person-Years), n	Participants, n	Events (Incidence per 100 Person-Years), n		
All participants	202	26 (11.13)	207	27 (11.22)	0.97 (0.57-1.67)	-
Country						0.26
France	105	12 (9.67)	108	12 (9.44)	1.01 (0.45-2.25)	
Spain	78	14 (16.55)	78	13 (14.81)	1.07 (0.50-2.28)	
Italy	19	0 (0)	21	2 (7.79)	†	
PI regimen						0.88
Yes	141	19 (11.94)	142	20 (12.17)	0.95 (0.50-1.77)	
No	61	7 (9.39)	65	7 (9.17)	1.04 (0.36-2.96)	
Age						0.040
<40 y	85	8 (7.79)	86	15 (15.67)	0.50 (0.21-1.19)	
≥40 y	117	18 (13.75)	121	12 (8.28)	1.60 (0.77-3.32)	
Gender						0.80
Male	174	24 (12.03)	173	25 (12.54)	0.94 (0.53-1.64)	
Female	28	2 (5.86)	34	2 (4.84)	1.21 (0.17-8.61)	
Origin						0.20
Other	175	23 (11.26)	173	26 (13.15)	0.85 (0.49-1.49)	
Africa	27	3 (10.23)	34	1 (2.33)	4.06 (0.42-39.11)	
Baseline CD4 count						0.81
≥0.050 × 10 ⁹ cells/L	124	12 (7.93)	125	13 (8.62)	0.91 (0.42-2.00)	
<0.050 × 10 ⁹ cells/L	78	14 (17)	82	14 (15.61)	1.04 (0.50-2.18)	
Baseline RNA level						0.79
<100 000 copies/mL	51	4 (6.27)	49	3 (5.01)	1.25 (0.28-5.58)	
100 000-500 000 copies/mL	106	13 (10.45)	91	13 (12.27)	0.84 (0.39-1.82)	
>500 000 copies/mL	45	9 (19.77)	67	11 (14.72)	1.22 (0.50-2.93)	
R5 tropism						0.97
No	75	10 (11.92)	59	8 (11.83)	1.00 (0.39-2.53)	
Yes	123	16 (10.99)	144	18 (10.66)	1.02 (0.52-1.99)	
AIDS						0.060
No	115	10 (6.92)	124	5 (3.18)	2.14 (0.73-6.27)	
Yes	87	16 (17.99)	83	22 (26.45)	0.66 (0.35-1.26)	
CD4-CD8 ratio						0.77
≤0.10	90	13 (13.02)	87	10 (9.84)	1.26 (0.55-2.88)	
0.10-0.30	91	11 (10.25)	99	14 (12.3)	0.84 (0.38-1.84)	
>0.30	19	2 (8.48)	20	2 (7.97)	1.04 (0.15-7.39)	
ART regimen						0.98
PI-based	141	19 (11.94)	142	20 (12.17)	0.95 (0.50-1.77)	
INSTI-based	29	4 (11.58)	33	4 (10.35)	1.11 (0.28-4.43)	
NNRTI-based	32	3 (7.51)	32	3 (7.96)	0.96 (0.19-4.76)	

ART = antiretroviral therapy; INSTI = integrase strand transfer inhibitor; NNRTI = nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor; PI = protease inhibitor.

* Cox models were not adjusted for the stratification factors for the subgroup analysis.

† No events occurred in the maraviroc group, so the Cox model did not apply.

En el análisis de subgrupos no se vieron diferencias significativas, a excepción del grupo de edad.

Table 3. Frequency of SAEs and Pregnancy*

Event	Maraviroc (n = 202)			Placebo (n = 207)			Incidence Rate Ratio (95% CI)
	Patients, n (%)	Events, n	Incidence per 100 Person-Years	Patients, n (%)	Events, n	Incidence per 100 Person-Years	
Person-years of follow-up		255			272		-
Any SAE	52 (25.7)	92	36.1	57 (27.5)	113	41.5	0.87 (0.65-1.15)
Pregnancy	1 of 28 (3.6)	1	-	3 of 34 (8.8)	3	-	-
Discontinuation due to SAE or death	12 (5.9)	12	4.7	10 (4.8)	10	3.7	1.3 (0.5-3.3)
Any SAE related to study drug according to blinded site investigator	24 (11.9)	30	11.8	8 (3.9)	8	2.9	4.00 (1.79-10.10)
Death	0 (0.0)	0	0.0	4 (1.9)†	4	1.5	0.00 (0.00-1.62)
SAEs occurring in ≥1% of patients in either group							
Infections and infestations	21 (10.4)	28	11.0	28 (13.5)	37	13.6	0.81 (0.48-1.36)
Immune system disorders	10 (5.0)	10	3.9	10 (4.8)	10	3.7	1.07 (0.40-2.86)
Gastrointestinal disorders	6 (3.0)	9	3.5	6 (2.9)	8	2.9	1.20 (0.41-3.57)
Benign, malignant, and unspecified neoplasms (including cysts and polyps)	7 (3.5)	7	2.7	7 (3.4)	8	2.9	0.93 (0.29-2.95)
General disorders and administration site conditions	4 (2.0)	4	1.6	6 (2.9)	9	3.3	0.47 (0.11-1.70)
Skin and subcutaneous tissue disorders	7 (3.5)	7	2.7	4 (1.9)	4	1.5	1.87 (0.47-8.70)
Blood and lymphatic system disorders	5 (2.5)	5	2.0	4 (1.9)	4	1.5	1.33 (0.29-6.72)
Respiratory, thoracic, and mediastinal disorders	2 (1.0)	2	0.8	5 (2.4)	7	2.6	0.30 (0.03-1.60)
Nervous system disorders	3 (1.5)	3	1.2	4 (1.9)	4	1.5	0.80 (0.12-4.73)
Psychiatric disorders	1 (0.5)	1	0.4	4 (1.9)	5	1.8	0.21 (0.00-1.91)
Musculoskeletal and connective tissue disorders	1 (0.5)	1	0.4	3 (1.4)	3	1.1	0.36 (0.1-4.43)
Surgical and medical procedures	3 (1.5)	3	1.2	1 (0.5)	1	0.4	3.20 (0.26-168)
Vascular disorders	1 (0.5)	1	0.4	3 (1.4)	3	1.1	0.36 (0.1-4.43)
Metabolism and nutrition disorders	3 (1.5)	3	1.2	0 (0.0)	0	0	-

SAE = serious adverse event.

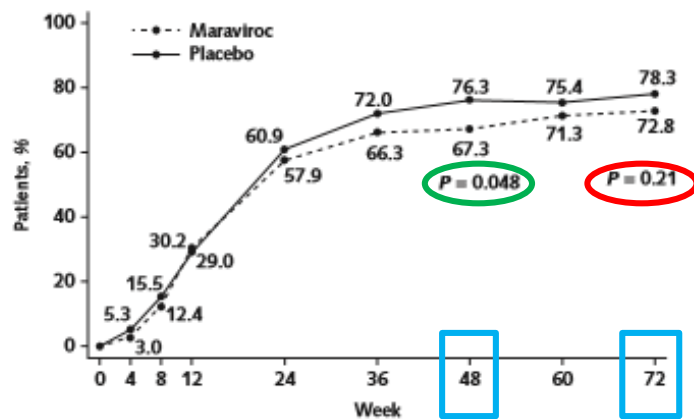
* Poisson regression models for these analyses were run using Stata, version 13. The models included number of events, group, and years of exposure.

† Causes were sepsis due to *Escherichia coli* enterococcus and hyperinfection strongyloides syndrome (n = 1), lymphoma (n = 1), hemophagocytic syndrome (n = 1), and disseminated Kaposi sarcoma and cytomegalovirus pneumonia (n = 1).

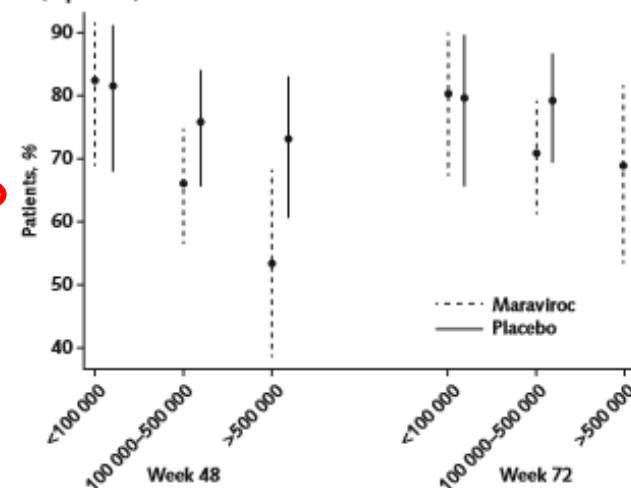
En los embarazos no se objetivaron anomalías congénitas, defectos en el nacimiento ni enfermedades neonatales

Figure 3. Biological outcomes.

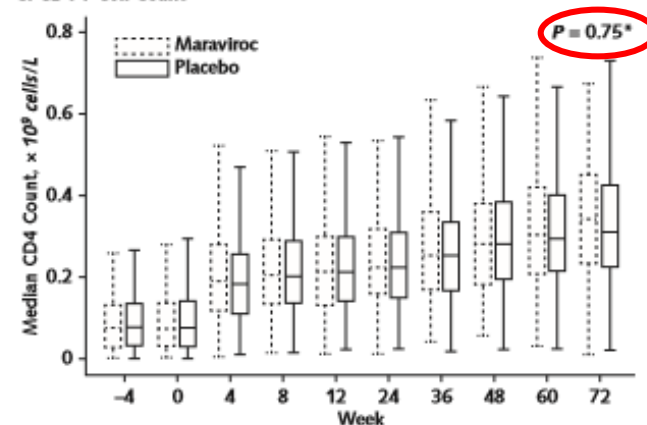
A. Virologic Success Over Time



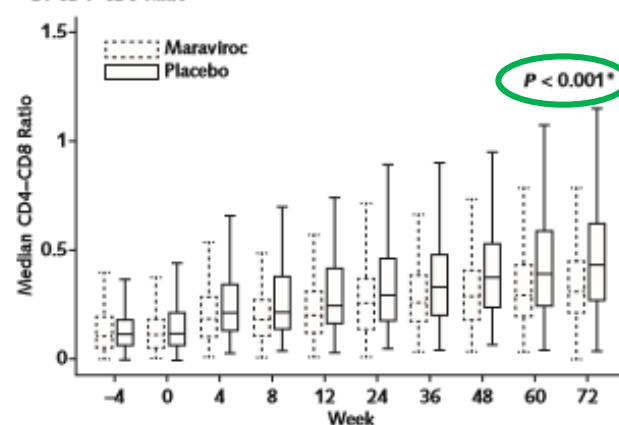
B. Virologic Success at Weeks 48 and 72, by Baseline Viral Load (copies/mL)



C. CD4 T-Cell Count



D. CD4-CD8 Ratio



Virologic success rate (percentage of participants with plasma HIV RNA level <50 copies/mL) was estimated using the U.S. Food and Drug Administration snapshot method. Values in the box plots are 25th, 50th, and 75th percentiles of CD4 cell counts or CD4-CD8 ratio in each group at each time point. The vertical lines outside each box are the whiskers. The lower whisker is at $Q1 - 1.5 \times IQR$, and the upper whisker is at $Q3 + 1.5 \times IQR$. IQR = interquartile range; Q = quartile. A. Percentage of participants with virologic success over time. B. Percentage of participants with virologic success at weeks 48 and 72, by baseline viral load. Error bars represent 95% CIs. C. Box plots of CD4 count at each time point over 72 wk. D. Box plots of CD4-CD8 ratio at each time point over 72 wk.

* P value for comparison between groups in change from baseline to week 72 using mixed models with random effects.

En pacientes con CV >500000 copias/mL el porcentaje de pacientes que conseguían supresión viral en el grupo de maraviroc era inferior al de placebo. En cuanto al aumento de CD4+ no había diferencias entre grupos, si bien existía menor aumento en el cociente CD4/CD8 en el grupo de maraviroc en

DISCUSIÓN

- Entre las personas diagnosticadas de enfermedad avanzada por VIH en 3 países europeos, la incidencia de morbilidad grave fue de 11.2 /100 personas-año sin que la adición de maraviroc al régimen TAR tuviera ningún efecto.
- El uso de maraviroc se asoció a fracaso virológico en la semana 48, no así en la 72.
- El aumento de LT CD4+ fue similar en ambos grupos tanto en magnitud como en cinética.
- El aumento del ratio CD4/CD8 fue menor en el grupo de maraviroc.

CONCLUSIONES

- Añadir maraviroc al régimen estándar de TAR no mejora la aparición de eventos clínicos en el inicio de la terapia de pacientes con infección VIH avanzada.

LIMITACIONES

- Durante el seguimiento 64 pacientes dejaron el tratamiento.
- El estudio no fue diseñado para evaluar los eventos tiempo-dependientes ni modificaciones en el efecto.

Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

Cost-Effectiveness of Transitional Care Services After Hospitalization With Heart Failure

Manuel R. Blum, MD, MSc*; Henning Øien, PhD*; Harris L. Carmichael, MD; Paul Heidenreich, MD; Douglas K. Owens, MD, MS;
and Jeremy D. Goldhaber-Fiebert, PhD

INTRODUCCIÓN

- La prevalencia mundial de insuficiencia cardiaca está estimada en 26 millones de personas, y se encuentra en ascenso.
- En USA, 5.7 millones de adultos tienen este diagnóstico, con un coste directo anual estimado en 39.2\$-60\$ billones. En 2030 se espera que este coste supere los 70 billones de dólares.
- Distintos grupos de trabajo han señalado las intervenciones en cuanto a cuidados intermedios al alta, como una manera de mejorar la seguridad del paciente y reducir los gastos asociados a esta patología.

- Los pacientes dados de alta con diagnóstico de insuficiencia cardiaca tienen un alto riesgo de rehospitalización y mortalidad.
- Los modelos de cuidados transitorios al alta intenta mejorar estos riesgos.

OBJETIVO

Estimar la costoefectividad de 3 tipos de modelos de transición de cuidados al alta frente el estándar.

MATERIAL Y MÉTODOS

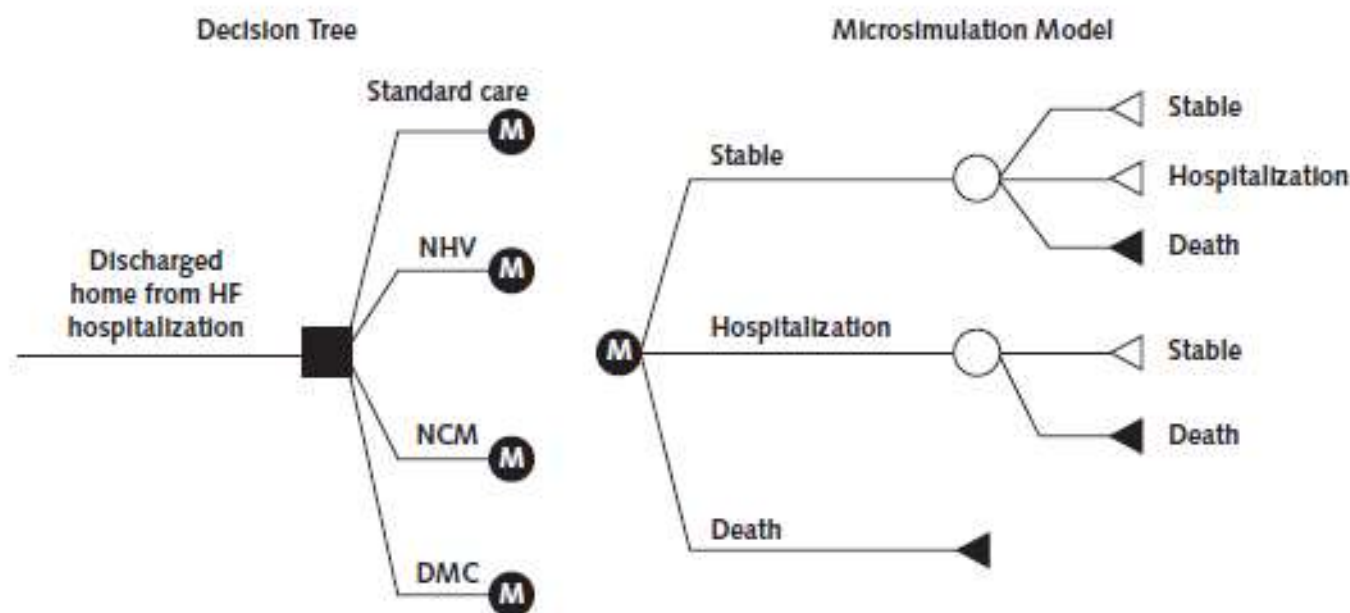
- Se utilizó un modelo de microsimulación de decisión analítica para determinar si los pacientes dados de alta continuaban con el modelo estándar de cuidados o recibían cuidados intermedios al alta.
- Los objetivos se expresaron en las siguientes unidades:
 - Dólares
 - Inflación ajustada a Diciembre de 2018
 - QALYs (años de vida ajustados a calidad de vida)
 - Beneficios monetarios netos
 - Ratios de incremento de coste-efectividad (ICERs)

Modelo analítico de decisión

Criterios de inclusión

- Pacientes dados de alta hospitalaria con diagnóstico primario de IC sintomática sin diferenciar entre FE conservada y deprimida.
 - 75 años en el momento del alta.
- Se realiza seguimiento de una gran población de pacientes simulados durante su tiempo de vida restante con revisión semanal de aparición de eventos.
 - En el periodo inmediato al alta los pacientes tenían mayor mortalidad y riesgo de reingreso, el cual iba disminuyendo durante el primer año de seguimiento.

Figure 1. Decision tree and microsimulation model.



The square represents the choice among transitional care services. For each intervention strategy, patients remain in that strategy until death. The intervention is at the start of the microsimulation (the first discharge from the hospital) only. Open circles represent chance nodes. Patients enter the microsimulation model (represented by M in a circle), which simulates the clinical events that may occur during weekly periods: Patients may remain stable (nonhospitalized), be rehospitalized, or exit the simulation on death. If rehospitalized, patients may return to stable condition or exit the simulation as the result of in-hospital death. The model tracks time since last discharge, which along with a patient's age and sex, can determine risks for subsequent events. DMC = disease management clinic; HF = heart failure; NCM = nurse case management; NHV = nurse home visit.

Modelos de atención transitorios

Disease management clinic

Nurse case management

Nurse home visit

Table 1. Base-Case Model Parameters

Parameter	Standard Care	DMCs	NHVs	NCM	References
Demographics					
Age, y	75	75	75	75	7
Female, %	50	50	50	50	7
Efficacy					
Mortality, RR	1.00	0.80	0.78	0.86	7
Readmission, IRR	1.00	0.80	0.65	0.77	7
Mortality and readmission rates					
General mortality	Age and sex dependent according to CDC life tables				15
Mortality after 1 y after discharge	Dependent on time since discharge*				13
In-hospital mortality	0.036	0.036	0.036	0.036	16
Postdischarge mortality	Dependent on time since discharge†				13
Postdischarge readmission	Dependent on time since discharge†				13
Costs‡					
Intervention cost, mCPI 2018 US \$	0	1041	521	946	\$
Background health care cost, patients aged ≥65 y, \$ per patient per month	1353	1353	1353	1353	20, 21
Isolated HF background cost, \$ per patient per month	92	92	92	92	21
Readmission cost, \$	12 591	12 591	12 591	12 591	NIS/HCUP
Utilities					
Baseline for women	0.864	0.864	0.864	0.864	23
Adjustment for age, sex					—
Adjustment for number of readmissions					—
Decrement for readmission	Baseline × 0.828 for 1 wk, 0 for time of readmission (1 wk)				24

CDC = Centers for Disease Control and Prevention; CMS = Centers for Medicare & Medicaid Services; DMC = disease management clinic; HCUP = Healthcare Cost and Utilization Project; HF = heart failure; IRR = incident rate ratio; mCPI = Medical Consumer Price Index; NCM = nurse case management; NHV = nurse home visit; NIS = National Inpatient Sample; RR = risk ratio.

* See Supplement Figure 1, available at [Annals.org](#).

† See Supplement Table 3, available at [Annals.org](#).

‡ All costs are rounded to the nearest dollar.

RESULTADOS

Table 2. Health and Economic Outcomes of Transition Care Services Versus Standard Care*

Parameter	Standard Care	NHVs	DMCs	NCM
Mean readmissions, <i>n</i>	2.91	2.81	2.91†	2.86
Average life-years, <i>n</i>	2.98	3.28	3.20	3.17
Average QALYs, <i>n</i>	2.25	2.49	2.42	2.40
Average lifetime cost, \$‡	76 705	81 327	83 334	81 972
Incremental NMB vs. standard care, by WTP threshold, \$				
\$50 000	–	7379	1865	2233
\$75 000	–	13 379	6115	5983
\$100 000	–	19 379	10 365	9733
Incremental cost vs. standard care, \$ per QALY gained	–	19 570	Dominated	Dominated

DMCs = disease management clinics; NCM = nurse case management; NHVs = nurse home visits; NMB = net monetary benefit; QALY = quality-adjusted life-year; WTP = willingness-to-pay.

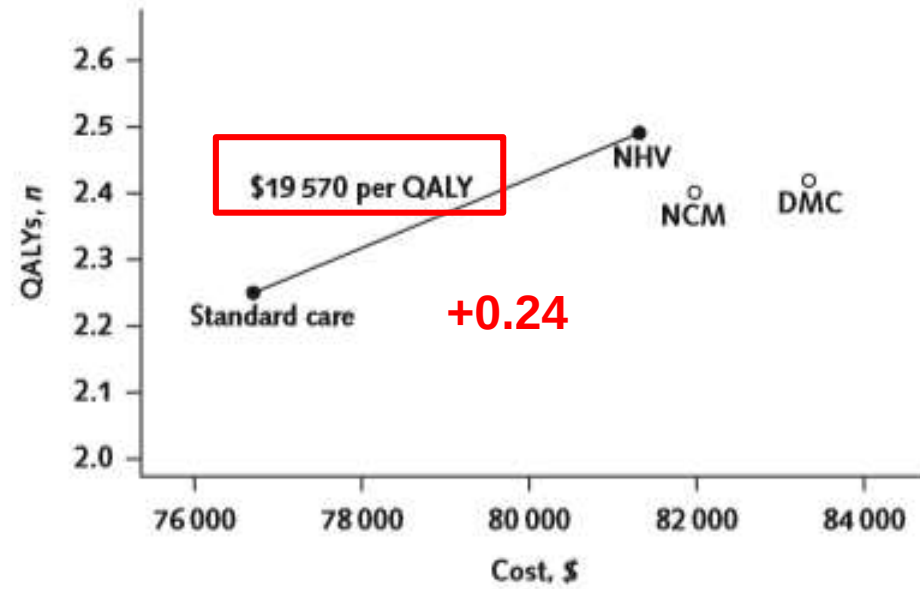
* All costs and QALYs are discounted by a yearly rate of 3%.

† On average, DMC patients had an equal number of readmissions as standard care patients because of the risk reduction in mortality, which led to patients being at risk for readmission for a longer period.

‡ Lifetime cost includes intervention, background health care, background heart failure, and rehospitalization costs.

- El modelo NHVs aumenta la esperanza de vida en aproximadamente 4 meses, disminuye el número de reingresos en 10 reingresos por cada 100 pacientes con diagnóstico de IC y aumenta el gasto sanitario durante el resto de esperanza de vida en 4622 \$.

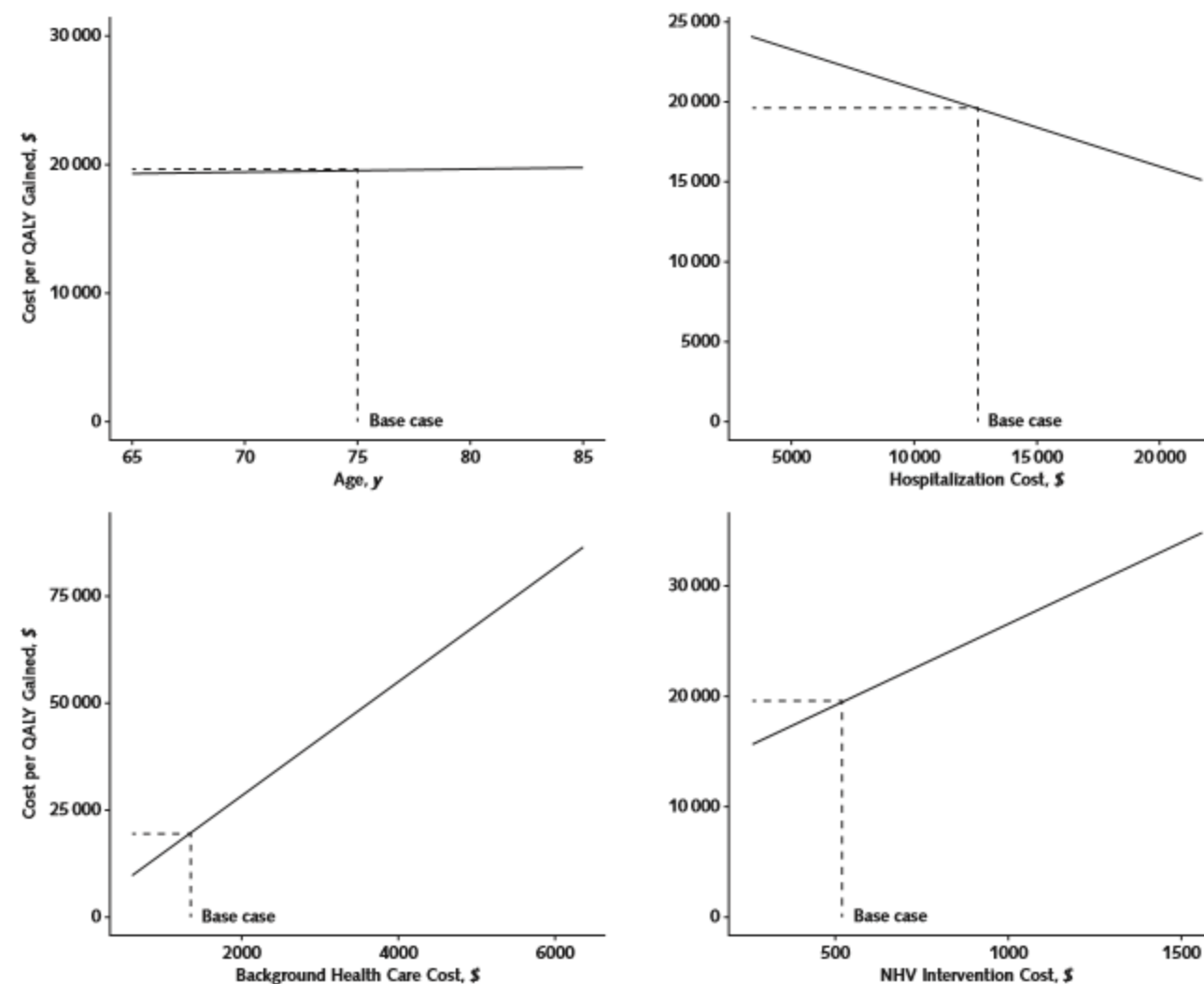
Figure 2. Cost-effectiveness frontier.



The cost-effectiveness frontier is shown as a black line, and the interventions on the frontier are depicted by solid black circles (standard care and NHV). The inverse of the slope is equal to the incremental cost-effectiveness ratio. The dominated interventions (NCM and DMC) are depicted by open circles. DMC = disease management clinic; NCM = nurse case management; NHV = nurse home visit; QALY = quality-adjusted life-year.

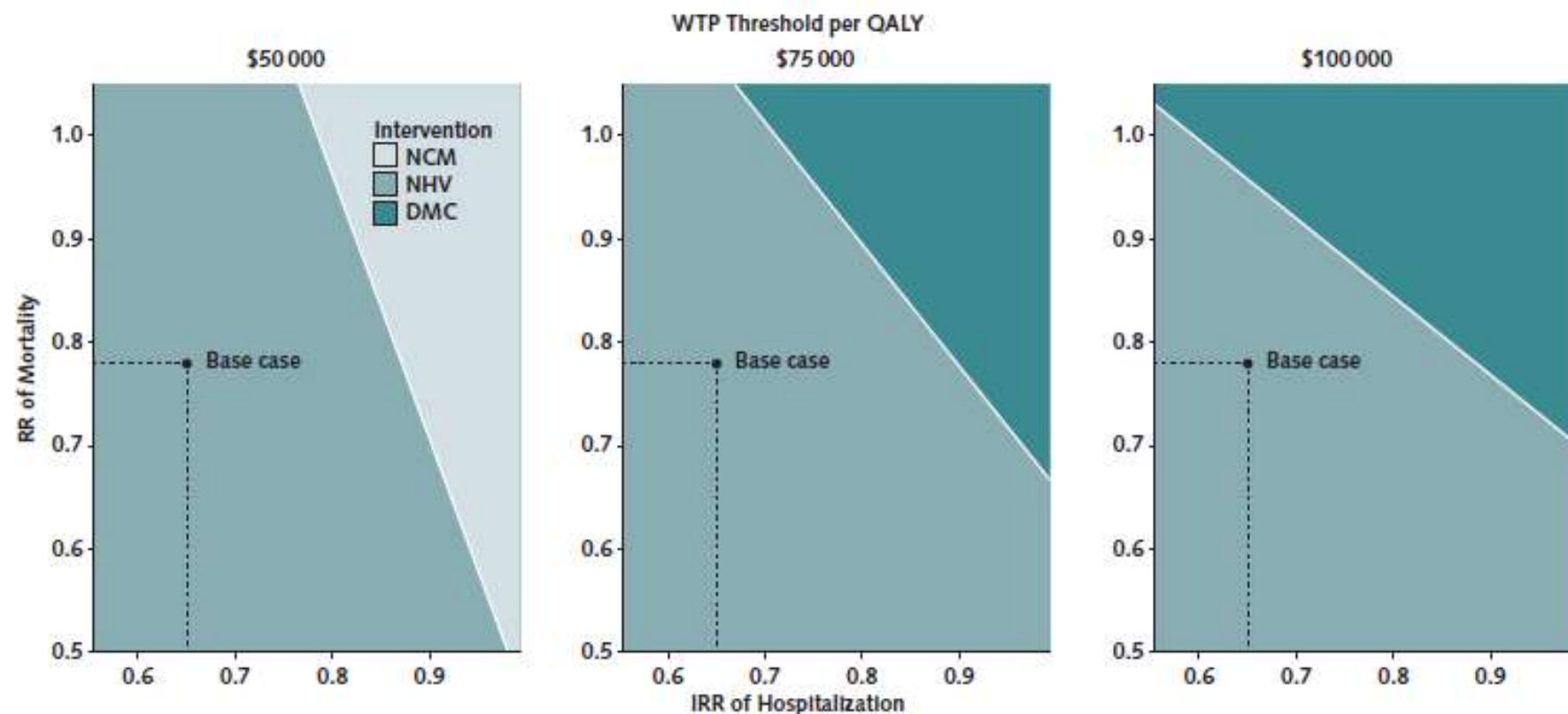
La mejora en el aumento de esperanza de vida ajustado a calidad de vida (QALYs) se debe a la mayor esperanza de vida y disminución de reingresos en NHV frente al modelo estándar.

Figure 3. One-way sensitivity analyses: the incremental cost-effectiveness ratio of NHVs compared with standard care as a function of baseline age, hospitalization cost, background heart failure health care costs, and NHV intervention cost.



NHV = nurse home visit; QALY = quality-adjusted life-year.

Figure 4. Two-way sensitivity analysis of NHV efficacy.



Interventions that maximize net monetary benefit across 4 WTP thresholds in a 2-way sensitivity analysis of the efficacy of NHVs. DMC = disease management clinic; IRR = incident rate ratio; NCM = nurse case management; NHV = nurse home visit; QALY = quality-adjusted life-year; RR = relative risk; WTP = willingness-to-pay.

DISCUSIÓN

- Los modelos de cuidados transitorios en pacientes de edad avanzada con altas hospitalarias por IC fueron coste efectivos en cuanto a disminución de la mortalidad precoz y la tasa de reingresos de acuerdo al WTP estándar; siendo las visitas domiciliarias de enfermería el modelo más efectivo y barato.
- A pesar de ello, todos los modelos produjeron una mejoría del número de eventos con modestas diferencias entre ellos.

- En la revisión de la literatura para la realización del artículo se encontraron 6 análisis económicos sobre cuidados transitorios en pacientes dados de alta por IC, que evaluaban su costo-efectividad a largo plazo.

Similitudes

- Los modelos de cuidados transitorios fueron coste efectivos con ICERs entre 5000- 37000 \$

Diferencias

- Agrupaban los distintos modelos es un solo ítem.
- Acotaban el número de reingresos analizados y el número de revisiones semanales.

- A pesar del beneficio probado de estas intervenciones, la evidencia demuestra que los modelos se cuidados intermedios están infrautilizados.
- Los resultados del estudio tienen importantes implicaciones a la hora de tomar decisiones tanto en los centros hospitalarios como en las aseguradoras.
 - Los modelos de cuidados transitorios deberían ser el estándar de cuidados al alta en pacientes con IC , debido a su demostrada eficacia y coste-efectividad.
 - Las actuales medidas restrictivas y regulaciones sobre los reingresos y programas de reducción de los mismos de Medicare y Medicaid hacen este trabajo muy informativo a la hora de tomar decisiones.

CONCLUSIONES

- En pacientes de edad avanzada con diagnóstico de insuficiencia cardiaca, los cuidados intermedios al alta son económicamente atractivos, siendo las visitas domiciliarias de enfermería la alternativa más costoefectiva.
- Los cuidados intermedios al alta, deberían convertirse en el estándar de cuidados en el manejo de paciente con insuficiencia cardiaca tras la hospitalización.

LIMITACIONES

- Los diseños de cuidados intermedios al alta y su implementación, son muy heterogéneos, lo que conlleva cierta incertidumbre en cuanto a su costo-efectividad al aplicarse a casos concretos.