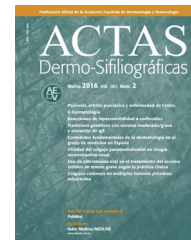




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Análisis de coste-efectividad y coste-utilidad de ingenol mebutato versus diclofenaco 3% e imiquimod 5% en el tratamiento de la queratosis actínica en España



I. Elías^a, N. Ortega-Joaquín^a, P. de la Cueva^b, L.J. del Pozo^c, D. Moreno-Ramírez^d, A. Boada^e, M. Aguilar^f, A. Mirada^g, E. Mosquera^g, C. Gibbons^h e I. Oyagüez^{a,*}

^a Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia, Madrid, España

^b Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^c Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Son Espases, Mallorca, España

^d Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

^e Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^f Departamento de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^g Laboratorios LEO Pharma, S. A., Barcelona, España

^h LEO Pharma, Berkshire, Reino Unido

Recibido el 20 de noviembre de 2015; aceptado el 7 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 26 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Ingenol mebutato;
Análisis
coste-efectividad;
Queratosis actínica

Resumen

Objetivo: Realizar un análisis coste-efectividad y coste-utilidad de ingenol mebutato en el tratamiento de la queratosis actínica en España.

Métodos: Se realizó la adaptación de un modelo de Markov que simuló una cohorte de pacientes (73 años de media) con queratosis actínica en un horizonte temporal de 5 años. Los comparadores fueron diclofenaco 3% e imiquimod 5%. El análisis se desarrolló desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud, incluyendo costes directos sanitarios (PVP_{IVA} con la deducción obligatoria, € 2015). La estimación de recursos se llevó a cabo por un panel de expertos y los costes unitarios se obtuvieron de bases de datos de costes nacionales. La tasa de descuento considerada fue del 3% anual. Se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos.

Resultados: Ingenol mebutato fue más eficiente frente a diclofenaco, con 0,192 aclaramientos incrementales en la cara y el cuero cabelludo y 0,129 en el tronco y las extremidades. Los costes totales fueron de 551,50 € y 622,27 € comparados con 849,11 € y 844,93 € en diclofenaco (cara y cuero cabelludo y tronco y extremidades, respectivamente). Es decir, ingenol mebutato es

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ioyaguez@porib.com (I. Oyagüez).

una alternativa de tratamiento dominante frente a diclofenaco 3%. Ingenol mebutato también mostró una mayor eficacia frente a imiquimod 5%, con 0,535 vs. 0,503 aclaramientos ganados, y unos costes totales de 551,50€ vs. 527,89€, siendo la relación coste-efectividad incremental resultante de 728,64€/aclaramiento adicional.

Conclusiones: Ingenol mebutato resultó ser una estrategia dominante vs. diclofenaco, y eficiente, es decir, presentó mayor efectividad y mayores costes (relación coste-utilidad incremental inferior a 30.000€/AVAC) vs. imiquimod.

© 2016 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ingenol mebutate;
Cost-effectiveness
analysis;
Actinic keratosis

Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of Ingenol Mebutate Versus Diclofenac 3% and Imiquimod 5% in the Treatment of Actinic Keratosis in Spain

Abstract

Objective: To perform a cost-effectiveness and cost-utility analysis of ingenol mebutate in the treatment of actinic keratosis in Spain.

Methods: We used an adapted Markov model to simulate outcomes in a cohort of patients (mean age, 73 years) with actinic keratosis over a 5-year period. The comparators were diclofenac 3% and imiquimod 5%. The analysis was performed from the perspective of the Spanish National Health System based on direct costs (2015 retail price plus value added tax less the mandatory discount). A panel of experts estimated resources, taking unit costs from national databases. An annual discount rate of 3% was applied. Deterministic and probabilistic sensitivity analyses were performed.

Results: The effectiveness of ingenol mebutate—with 0.192 and 0.129 more clearances gained in treatments for face and scalp lesions and trunk and extremity lesions, respectively—was superior to diclofenac's. The total costs of treatment with ingenol mebutate were lower at € 551.50 (face and scalp) and € 622.27 (trunk and extremities) than the respective costs with diclofenac (€ 849.11 and € 844.93). The incremental cost-effectiveness and cost-utility ratios showed that ingenol mebutate was a dominant strategy vs diclofenac. Ingenol mebutate also proved to be more effective than imiquimod, based on 0.535 and 0.503 additional clearances, and total costs of € 551.50 and € 527.89 for the two drugs, respectively. The resulting incremental cost-effectiveness ratio was € 728.64 per clearance gained with ingenol mebutate vs imiquimod.

Conclusions: Ingenol mebutate was a dominant treatment option vs diclofenac and was efficient vs imiquimod (i.e., more effective at a higher cost, achieving an incremental cost-utility ratio of <€ 30 000/quality-adjusted life-years).

© 2016 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La queratosis actínica (QA) se manifiesta como lesiones rojas o del color de la piel normal, con grados variables de hiperqueratosis que le confieren un tacto rasposo. Se localizan en zonas fotoexpuestas (cara, cuero cabelludo y extremidades), dado que es la exposición solar el factor más importante en su desarrollo, aunque existen otros factores de riesgo¹.

En Europa, la QA afecta al 15% de los hombres y al 6% de las mujeres², con prevalencias del 34 y el 18% en > 70 años (en hombres y mujeres, respectivamente)³. Un estudio epidemiológico desarrollado en España estimó que esta enfermedad afecta a un 23,5% de la población > 45 años⁴.

La QA presenta un riesgo de progresión a carcinoma invasivo del 0,075% por lesión-año, incrementándose hasta un 0,53% por lesión si hay antecedentes de cáncer cutáneo. Extrapolando los datos, un paciente no inmunosuprimido sin historial de cáncer cutáneo, que presente 8 lesiones, tiene un riesgo del 5,8% de desarrollar carcinoma espinocelular en 10 años⁵.

Debido a su alta prevalencia, la QA genera un considerable gasto. En EE. UU., el cáncer cutáneo se sitúa entre los 5 cánceres de mayor coste⁶.

Además del potencial carcinogénico de la QA, hay que contemplar la repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes, asociada a las enfermedades de la piel⁷. Las terapias disponibles para la QA abarcan desde procedimientos mínimamente invasivos, tipo criocirugía o farmacológicos, hasta técnicas menos frecuentes, como escisión por afeitado, electrodesecación y curetaje, cirugía con láser y exfoliación química⁸. Los desarrollos posteriores incluyen el tratamiento del campo de cancerización mediante terapia fotodinámica o tratamientos tópicos, como 5-fluorouracilo (0,5 y 5%), ingenol mebutato (0,015 y 0,05%), diclofenaco (3%) e imiquimod (2,5, 3,75 y 5%), con diversas indicaciones según la zona corporal a tratar. Estos tratamientos pretenden eliminar las lesiones visibles (lo que se denomina aclaramiento) evitando la progresión hacia carcinoma invasivo, y frenar la aparición de nuevas lesiones, aunque son frecuentes las recurrencias entre los pacientes tratados⁹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3179766>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3179766>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)