



Original

Análisis de costes de la utilización de fármacos biológicos para la artritis reumatoide en primera línea de tratamiento tras respuesta inadecuada a metotrexato en función del peso de los pacientes



José Andrés Román Ivorra^a, José Ivorra^a, Emilio Monte-Boquet^b, Cristina Canal^c, Itziar Oyagüez^d y Manuel Gómez-Barrera^{d,*}

^a Servicio de Reumatología Clínica, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

^c Bristol Myers Squibb, Madrid, España

^d Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia S.L., Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de febrero de 2015

Aceptado el 24 de julio de 2015

On-line el 9 de septiembre de 2015

Palabras clave:

Artritis reumatoide

Costes

Peso de pacientes

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la influencia del peso de los pacientes en el coste de tratamiento de la artritis reumatoide con fármacos biológicos indicados en primera línea tras respuesta inadecuada a metotrexato.

Pacientes y método: Se incluyeron costes farmacológicos y de administración considerando no optimización y optimización de viales de los fármacos intravenosos. Los datos de posologías y peso de pacientes se obtuvieron de forma retrospectiva de 66 pacientes atendidos en un servicio de Reumatología Clínica de un hospital terciario en España. El horizonte temporal del estudio fue de 2 años. Los costes se expresaron en euros de 2013.

Resultados: En un paciente promedio de 69 kg de peso, abatacept subcutáneo (ABA SC) fue el fármaco de menor coste (21.028,09 €) sin optimización de viales, e infliximab (IFX) (20.779,29 €) con optimización de viales. Considerando el peso de los pacientes, sin optimización de viales, IFX fue menos costoso en pacientes de 45-49 kg, ABA intravenoso en pacientes de 50-60 kg y ABA SC en pacientes \geq 60 kg. Con optimización de viales IFX sería menos costoso en pacientes $<$ 70 kg y ABA SC pacientes \geq 70 kg.

Conclusiones: Suponiendo efectividad comparable de fármacos biológicos, el peso de los pacientes es una variable relevante, pudiendo alcanzarse ahorros potenciales superiores a 20.000 € en pacientes de más de 100 kg de peso en 2 años de tratamiento.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Cost analysis of biologic drugs in rheumatoid arthritis first line treatment after methotrexate failure according to patients' body weight

A B S T R A C T

Objective: The objective was to assess the influence of patients' weight in the cost of rheumatoid arthritis treatment with biologic drugs used in first line after non-adequate response to methotrexate.

Patients and method: Pharmaceutical and administration costs were calculated in two scenarios: non-optimization and optimization of intravenous (IV) vials. The retrospective analysis of 66 patients from a Spanish 1,000 beds-hospital Rheumatology Clinic Service was used to obtain posology and weight data. The study time horizon was two years. Costs were expressed in 2013 euros.

Results: For an average 69kg-weighted patient the lowest cost corresponded to abatacept subcutaneous (SC ABA) (€21,028.09) in the scenario without IV vials optimization and infliximab (IFX) (€20,779.29) with optimization. Considering patients' weight in the scenario without IV vials optimization infliximab

Keywords:

Rheumatoid arthritis

Costs

Patients' weight

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgomezbarrera@porib.com (M. Gómez-Barrera).

(IFX) was the least expensive drug in patients ranged 45–49 kg, IV ABA in 50–59 kg and SC ABA in patients over 60 kg. With IV vials optimization IFX was the least expensive drug in patients under 69 kg and SC ABA over 70 kg.

Conclusions: Assuming comparable effectiveness of biological drugs, patient's weight is a variable to consider, potentials savings could reach €20,000 in two years.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y origina un coste social y económico elevado¹. Tiene un efecto negativo sobre la morbilidad y discapacidad de los pacientes², que ven reducida su esperanza de vida en 5-10 años³, además de afectar a sus actividades diarias^{4,5}.

Su tratamiento ha experimentado importantes avances debido en parte a los fármacos antirreumáticos moduladores de la enfermedad (FAME), que suponen el tratamiento de elección en AR⁶. Tras una primera línea de tratamiento con FAME tradicionales como metotrexato (MTX), la siguiente opción terapéutica la constituyen los llamados FAME biológicos, producidos en cultivos celulares mediante ingeniería genética⁷.

En España presentan indicación en primera línea de tratamiento, tras respuesta inadecuada a MTX: abatacept subcutáneo (ABA SC), abatacept intravenoso (ABA IV), adalimumab (ADA), certolizumab (CZP), etanercept (ETN), golimumab (GLM), infliximab (IFX), tocilizumab (TCZ) y anakinra (ANA). Si bien existen algunos estudios de comparación directa, como el estudio AMPLE⁸ o ADACTA⁹, gran parte de la información disponible procede de comparaciones indirectas, en las que se detectan pequeñas diferencias en cuanto a seguridad o eficacia¹⁰.

En los fármacos biológicos que se administran por vía IV (IFX, ABA y TCZ), la dosis se ajusta por peso del paciente. El resto, incluyendo ABA SC, se administran por vía subcutánea a una dosis fija independiente del peso. El objetivo principal del estudio fue evaluar la influencia del peso en el coste de tratamiento de AR con fármacos biológicos indicados en primera línea tras respuesta inadecuada a MTX.

Pacientes y métodos

Diseño

Se diseñó un modelo en Microsoft® Excel® para calcular los costes farmacológicos y de administración. Los FAME incluidos fueron ABA SC, ABA IV, ADA, CZP, ETN, GLM, IFX y TCZ, excluyéndose ANA por su reducido uso en la práctica clínica. El horizonte temporal fue de 2 años, considerando siempre en el primer año las posologías de inducción y el posible escalado de dosis.

Para determinar las características demográficas de los pacientes con AR en España, se recogieron de forma retrospectiva datos de género, edad y peso de una serie consecutiva de 66 pacientes tratados en un hospital terciario de 1.000 camas de la Comunidad Valenciana.

Cálculo de costes

Se estimó el coste total por FAME de un paciente promedio, con el peso medio observado en la muestra seleccionada, así como la diferencia de costes respecto al menos costoso, considerando un escenario sin optimización de viales y un escenario de optimización de viales, desechando o no el remanente en los viales no acabados respectivamente.

Se realizaron estimaciones de coste por intervalos de peso de 5 kg, incluyendo el peso mínimo y máximo de los pacientes de la muestra. Adicionalmente, se calculó el coste por FAME biológico en una cohorte hipotética de 100 pacientes, que reflejara la distribución de pesos observada en la muestra, considerando que el peso sigue una distribución normal con media \pm desviación estándar muestrales.

Recursos y costes

Se empleó la perspectiva hospitalaria, considerándose costes directos sanitarios farmacológicos y asociados a administración. No se incluyeron otros por asumirse similares entre todas las alternativas. Los costes farmacológicos se calcularon en función de las posologías de uso en el hospital siguiendo información proporcionada por especialistas en Reumatología (tabla 1), valorados a precio de venta del laboratorio¹¹, aplicándose la deducción estipulada en el Real Decreto-Ley 8/2010¹² (7,5%) e incrementando el IVA (4%).

El coste de administración de FAME IV se calculó a partir de las fichas técnicas (ABA IV 30 min, TCZ 60 min, IFX 60-120 min)¹³⁻¹⁵. Los costes unitarios asociados a la administración se obtuvieron a partir de una base de datos de costes sanitarios nacionales¹⁶. Los costes se expresaron en euros del 2013, sin considerar tasa de descuento temporal (tabla 2).

Se realizaron 2 análisis de sensibilidad: 1) utilización de administraciones de 3 mg/kg en vez de los 4 mg/kg del caso base, en el año 2 en pacientes tratados con IFX, y 2) utilización de administraciones de 6 mg/kg en el año 2, en vez de las administraciones de 8 mg/kg del caso base, en pacientes tratados con TCZ.

Resultados

Se analizaron datos de una serie consecutiva de 66 pacientes (24% varones), de media de edad $56,8 \pm 11,7$ años y media de peso $69,0 \pm 13,1$ kg (rango 44-103 kg); un 30% de los pacientes se situaron entre 65-74 kg y un 77% de pacientes se situaron entre 55-84 kg.

Análisis de costes del paciente promedio

En el caso de un paciente promedio, en el escenario sin optimización de viales, ABA SC fue el fármaco de menor coste, 21.028,09 € en 2 años (tabla 3). Con optimización de viales, el fármaco de menor coste fue IFX, 20.779,29 €. ABA SC fue el menos costoso durante el segundo año (10.514,04€) (tabla 4).

Análisis de costes en función del peso

El coste total bianual por paciente para cada una de las alternativas en función del peso presentaba los siguientes resultados. Sin optimización, IFX presentaba menor coste en pacientes con peso comprendido entre 44-49 kg, ABA IV en pacientes de 50-59 kg y ABA SC a partir de 60 kg. Con optimización, IFX presentaba menor coste en pacientes con peso inferior a 69 kg, y ABA SC en pacientes > 70 kg.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3382776>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3382776>

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