

COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES



Ferrán Catalá-López, Manuel Ridao, Gabriel Sanfélix-Gimeno, Salvador Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS), Valencia

E-mail: peiro_bor@gva.es

Bilbao. 15-18 Mayo 2012. XXXII Jornadas de Economía de la Salud.

1. Objetivo del estudio

- Analizar las evaluaciones económicas sobre las alternativas farmacológicas frente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes que están comercializadas en España.

2. Material y métodos

- Revisión sistemática de la literatura de trabajos publicados hasta septiembre de 2011.
- Se realizó una búsqueda en PubMed/MEDLINE, SCOPUS (incluye EMBASE), bases de datos del Centre for Reviews and Dissemination (NHS EED, HTA y DARE), páginas web de agencias de evaluación (CCOHTA de Canadá, NICE de Reino Unido, programa HTA de Reino Unido, Plataforma AUnETS).
- Se utilizaron los siguientes términos en dos bloques:
 - "attention deficit disorder with hyperactivity"[MeSH Terms] OR ("attention"[All Fields] AND "deficit"[All Fields] AND "disorder"[All Fields] AND "hyperactivity"[All Fields]) OR "adhd"[All Fields] OR "hyperkinesis"[MeSH Terms] OR "hyperkinesis"[All Fields] OR "hyperactivity"[All Fields].
 - "Economics, Pharmaceutical"[MeSH Terms] OR "Cost-Benefit Analysis"[MeSH Terms] OR "Drug Costs"[MeSH Terms] OR "Costs and Cost Analysis"[MeSH Terms] OR "Cost Savings"[MeSH Terms] OR "health resources"[MeSH Terms] OR "Quality-Adjusted Life Years"[MeSH Terms] OR "cost effectiveness"[All Fields] OR "pharmacoeconomics"[All Fields] OR "economics, medical"[MeSH Terms] OR "health economics"[All Fields].
- Se incluyeron únicamente estudios que consideraran al menos metilfenidato - MPH (en cualquiera de sus formulaciones) o atomoxetina - ATX como alternativas de tratamiento farmacológico en niños y/o adolescentes con TDAH.

3. Resultados

- Se incluyeron 11 estudios (54% desarrollados en Reino Unido) publicados en 9 artículos o informes.
- Las características más frecuentes fueron: análisis coste-utilidad (82%), perspectiva del sistema sanitario (82%), horizonte temporal corto (91%) y financiación privada (50%).
- Metilfenidato se incluía en todos los estudios y atomoxetina en 4 estudios. Metilfenidato (en cualquier formulación) y atomoxetina aparecen como alternativas coste-efectivas frente a placebo o no tratamiento, aunque con razones coste-efectividad incremental variables.
- Las escasas comparaciones directas entre metilfenidato (en cualquier formulación) y atomoxetina presentan resultados contradictorios pudiendo existir potenciales sesgos.

Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de trabajos.

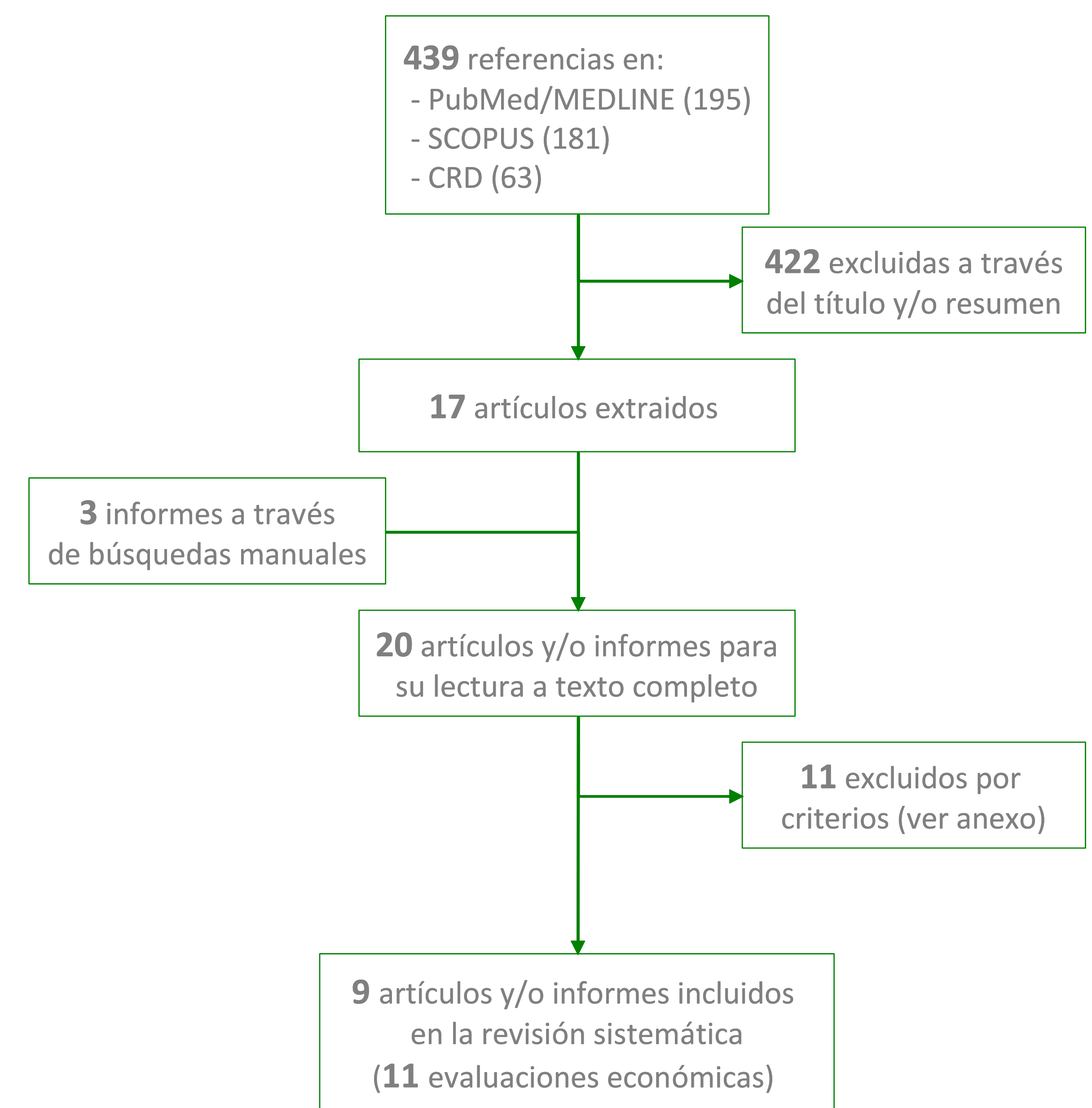


Tabla. Resumen de las características de los trabajos revisados.

Autor (año) País	Tipo de estudio	Población	Perspectiva Horizonte temporal Modelo	Intervenciones comparadas	Resultados	Análisis de sensibilidad Descuento	Valoración de incertidumbre	Conclusión del artículo Financiador
Zupancic et al (1998) Canadá	ACE	Niños y adolescentes	Sistema sanitario 1 año Análisis de decisiones	1. MPH; 2. Terapia conductual 3. MPH + terapia conductua; 4. DEX 5. Pemolina; 6. No tratamiento	MPH: 386 \$Can/6-puntos (vs. no trat.) MPH + ter. conductual: 3.753 \$Can/6-puntos (vs. no trat.)	Sí No	No	MPH es coste-efectivo Sin ánimo de lucro
Lord y Paisley (2000) Reino Unido	ACE	Niños	Sistema sanitario 14 meses No explícito	1. MPH-IR + terapia conductual 2. Terapia conductual	MPH-IR + terap. conductual: 1.600 £/1 DE ganada SNAP-IV (vs. terapia conductual)	Sí No	No	MPH + terapia conductual es coste-efectivo Sin ánimo de lucro
Gilmore y Milne (2001) Reino Unido	ACU	Niños y adolescentes	Sistema sanitario 1 año No	1. MPH-IR 2. Placebo	MPH-IR: 9.177€/AVAC (rango: 6.402 – 1.951) (vs. placebo) respuesta del 70%	Sí No	No	A corto plazo, MPH es coste-efectivo Sin ánimo de lucro
Donnelly et al (2004) Australia	ACU	Niños y adolescentes	Sistema sanitario 1 año Análisis de decisiones	1. DEX 2. MPH 3. Práctica clínica habitual	MPH: 15.000\$/AVAD (IC95% = 9.100–22.000) (vs. práctica clínica)	No No	Sí	MPH es coste-efectivo Sin ánimo de lucro
Narayan y Hay (2004) Estados Unidos	ACU	Niños	Sociedad 1 año Análisis de decisiones	1. MPH IR 10 mg (Ritalín) 2. DEX/AMP 3. No tratamiento	MPH-IR: 50.219\$/AVAC (vs. no trat)	Sí No	No	MPH-IR puede ser coste-efectivo No explícito
King et al (2006) – HTA Reino Unido	ACU	Niños	Sistema sanitario 1 año Análisis de decisiones	1. MPH IR, 2. MPH ER8, 3. MPH ER12 4. ATX, 5. DEX/AMP 6. No tratamiento	MPH IR-ATX-DEX-No trat: 181 £/AVAC (vs. no trat) ATX- MPH ER12-DEX-No trat: 6.216 £/AVAC (vs. no trat)	Sí No	No	No son aplicables a nuestro contexto. Sin ánimo de lucro.
King et al (2006) – Janssen Reino Unido	ACU	Niños y adolescentes, casos graves	Sistema sanitario 1 año Análisis de decisiones	1. MPH ER12 (Concerta XL), 2. MPH IR, 3. MPH ER8 (Equasym XL), 4. ATX 5. Terapia conductual	MPH ER12 4.992€/AVAC (vs MPH-IR). Las demás alternativas fueron dominadas	No No	No	MPH-ER12 es coste-efectivo Con ánimo de lucro
King et al (2006) – Celltech Reino Unido	ACU	Niños y adolescentes, no cumplidores a MPH-IR 2 veces/día	Sistema sanitario 1 año Análisis de decisiones	1. MPH-ER8 (Equasym XL) 2. No tratamiento	MPH ER8: 14.657 £/AVAC (vs. no trat.)	Sí No	Sí	MPH-ER8 es coste-efectivo Con ánimo de lucro
Cottrell et al (2008) Reino Unido	ACU	Niños	Sistema sanitario 1 año Modelo de Markov	1. ATX, 2. MPH-ER 32.7 mg 3. MPH-IR 25.5 mg, 4. DEX 2. No tratamiento	ATX: 15.878 £/AVAC (vs. MPH-IR) en pacientes previamente expuestos a estimulantes; ATX: 11.523€/ AVAC (vs. no trat.) en pacientes naïve con contra-indicación a estimulantes	Sí No	No	ATX es efectiva y coste-efectiva Con ánimo de lucro
Faber et al (2008) Holanda	ACU	Niños, respuesta subóptima a MPH-IR	Sociedad 10 años Modelo de Markov	1. MPH-ER 36 mg (Concerta) 2. MPH-IR 21-50 mg	MPH-ER: 2.004€/AVAC (vs MPH-IR)	Sí Sí	No	MPH-ER es coste-efectivo Con ánimo de lucro
Hong et al (2009) España	ACU	Niños (No explícito)	Sistema sanitario 1 año Modelo de Markov	1. ATX, 2. MPH-IR 43 mg 3. MPH-ER 43 mg, 4. No tratamiento	ATX: 34.308€/ AVAC (vs. MPH-IR) en pacientes naïve a estimulantes; ATX: 23.323€/ AVAC (vs. no trat.) en pacientes naïve con contra-indicación a estimulantes	Sí No	No	ATX es efectiva y coste-efectiva Con ánimo de lucro

4. Conclusiones

- La evidencia procedente de los trabajos revisados presenta problemas de transferibilidad o extrapolación al contexto del Sistema Nacional de Salud. Sería necesario considerar la información de revisiones previas sobre la eficacia clínica y la seguridad, junto al coste del tratamiento por paciente.