

AUTOR (ES)

Llovet J M, Mas X, Aponte J J, Fuster J, Navasa M, Christensen E, Rodes J, Bruix J

TITULO

Cost effectiveness of adjuvant therapy for hepatocellular carcinoma during the waiting list for liver transplantation.

REVISTA

Gut.

VOLUMEN DE LA REVISTA

50.

PÁGINAS

123-128.

FECHA DE PUBLICACIÓN

2002.

LENGUAJE EN QUE SE PUBLICÓ

Inglés.

TECNOLOGIA SANITARIA

Se evalúan 2 terapias antitumorales auxiliares para pacientes que están a la espera de un trasplante de hígado tras el diagnóstico de carcinoma hepatocelular (HCC). Las dos terapias analizadas, cada una dependiendo de las características del tumor, son la resección quirúrgica y la ablación percutánea. El tratamiento comparador es no realizar ningún tipo de terapia.

ENFERMEDAD.

Neoplasias

TIPO DE INTERVENCION

Prevención secundaria.

HIPÓTESIS/PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo del estudio fue realizar, en España, un análisis coste-efectividad de 2 terapias antitumorales, en pacientes que están en la lista de espera de un trasplante de hígado, respecto a la no realización de ningún tipo de terapia (práctica habitual).

TIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

Análisis coste-efectividad. La perspectiva utilizada es la del financiador del sistema sanitario

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

Pacientes con HCC en los que el trasplante es la primera opción de tratamiento. Se analizan dos tipos de pacientes:

Grupo 1, pacientes clasificados como clase A según la puntuación de Child-Pugh y con un solo tumor menor de 5 cm. A estos pacientes se les aplica la terapia auxiliar antitumoral de resección quirúrgica.

Grupo 2, pacientes clasificados como clase B según la puntuación de Child-Pugh y con un solo tumor menor de 5 cm o pacientes con tres tumores menores de 3 cm. A estos pacientes se les aplica la terapia auxiliar antitumoral de ablación percutánea.

LOCALIZACIÓN/CONTEXTO DEL ESTUDIO

No se especifica el ámbito en que se realizó el estudio. El estudio se realizó en España.

FECHA DE RECOGIDA DE LOS DATOS DEL ESTUDIO

Los datos de efectividad se obtuvieron de diferentes estudios publicados entre los años 1992 y 1999. El coste de los recursos se actualizó al año 1999.

FUENTE DE LOS DATOS DE EFECTIVIDAD

Los datos de efectividad se obtuvieron de diferentes estudios, aunque no se proporciona información sobre si se realizó una revisión bibliográfica.

EXISTENCIA DE UN MODELO Y SUS CARACTERÍSTICAS

Se utiliza un modelo de Markov, con ciclos de tres meses, para tiempos de lista de espera de 6, 12, 18 y 24 meses, con la finalidad de determinar la efectividad y los costes de las diferentes alternativas. El horizonte utilizado es desde la inclusión en la lista de espera hasta 10 años después del trasplante.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

EFFECTOS EVALUADOS EN LA REVISIÓN

En la revisión se evalúan diferentes aspectos de eficacia de las técnicas analizadas.

DISEÑO Y OTROS CRÍTERIOS DE SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS REVISADOS

No se proporciona información.

FUENTES UTILIZADAS PARA IDENTIFICAR LOS ESTUDIOS PRIMARIOS

No se proporciona información.

CRÍTERIOS UTILIZADOS PARA ASEGURAR LA VALIDEZ DE LOS ESTUDIOS PRIMARIOS

No se proporciona información

MÉTODOS UTILIZADOS PARA VALORAR LA RELEVANCIA Y VALIDEZ DE LOS ESTUDIOS Y PARA VALORAR EL PROCESO DE EXTRACCIÓN DE DATOS

No se proporciona información

NUMERO DE ESTUDIOS PRIMARIOS INCLUIDOS EN LA REVISION.

Se incluyeron 14 estudios.

MÉTODOS UTILIZADOS PARA COMBINAR LOS ESTUDIOS PRIMARIOS

No se proporciona información

INVESTIGACION DE LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS ESTUDIOS PRIMARIOS.

No se proporciona información

RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Se establecen las probabilidades de transición para cada estado de salud y tratamiento. El modelo utilizado por los autores da como resultados que la resección quirúrgica aumenta la tasa de trasplantes en un 3,7% y en un 10,7% para listas de espera de 6 y 24 meses, respectivamente, respecto a la terapia habitual. La ablación percutánea aumenta

la probabilidad de ser trasplantado para todos los tiempos de espera (no se proporciona la información sobre las cifras exactas) respecto a la terapia habitual.

EVALUACIÓN ECONÓMICA.

MEDIDA DE LOS BENEFICIOS USADA EN LA EVALUACION ECONOMICA.

La medida de beneficios usada fue los años de vida ganados y se descontaron a una tasa del 3%.

COSTES DIRECTOS

Se incluyeron los costes de los procedimientos y del seguimiento de los pacientes, en la lista de espera y tras abandonar la misma por trasplante o expulsión. No se proporciona información sobre las cantidades de recursos consumidos ni sobre el coste de los mismos. Los costes fueron obtenidos de tarifas del sistema sanitario español. Todos los costes fueron actualizados al año 1999. Los costes fueron descontados a una tasa del 3%.

COSTES INDIRECTOS

Los costes indirectos no se han evaluado.

MONEDA (DIVISA)

Dólares de EE.UU.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RECURSOS CONSUMIDOS Y DE LOS COSTES

No se ha realizado un análisis estadístico de los costes ni del consumo de recursos.

ANALISIS DE SENSIBILIDAD.

Se ha realizado un análisis de sensibilidad univariante respecto dos variables; la tasa de expulsión de la lista y la supervivencia tras trasplante.

BENEFICIOS ESTIMADOS USADOS EN LA EVALUACION ECONOMICA.

El tratamiento con resección quirúrgica produce una ganancia de meses de vida respecto al tratamiento habitual de 2,2; 4,8; 5,9; y de 6,1 meses para listas de espera de 6, 12, 18, y 24 meses respectivamente.

El tratamiento con ablación percutánea produce una ganancia de meses de vida respecto al tratamiento habitual de 5,2; 6,5; 6,7; y de 6,4 meses para listas de espera de 6, 12, 18, y 24 meses respectivamente.

RESULTADOS SOBRE LOS COSTES

No se proporciona información sobre los costes de cada tratamiento

SINTESIS DE COSTES Y EFECTOS SOBRE LA SALUD

El tratamiento con resección quirúrgica tiene un coste por año de vida ganado respecto al tratamiento habitual de 74.728, de 38.117, de 32.886 y de 32.060 dólares para listas de espera de 6, 12, 18, y 24 meses respectivamente.

El tratamiento con Ablación Percutánea tiene un coste por año de vida ganado respecto al tratamiento habitual de 16.442, de 12.489, de 10.911 y de 10.086 dólares para listas de espera de 6, 12, 18, y 24 meses respectivamente.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Las terapias auxiliares en pacientes con HCC que entran en una lista de espera para el trasplante son coste-efectivas en casi todos los escenarios de tiempos de espera. La resección quirúrgica presenta valores menores a los estándares internacionales de coste por año de vida ganado para tiempos de espera superiores a 1 año, mientras que la ablación percutánea los presenta para todos los tiempos de espera analizados.

COMENTARIO CRÍTICO

Selección de las opciones objeto de la comparación:

Se justifica la elección del tratamiento comparador por ser la práctica habitual en el programa de trasplantes al que pertenecen los autores. Como usuario de esta base de datos, usted ha de valorar si estos tratamientos son los utilizados en su ámbito.

Validez de la estimación de la efectividad:

No se proporciona información del diseño de los estudios utilizados para calcular la efectividad de los diferentes tratamientos por lo que no se puede determinar ni la validez interna ni la externa del análisis. Sólo se realiza análisis de sensibilidad sobre dos variables del modelo.

Validez de las estimaciones de los efectos sobre la salud.

Se obtuvieron mediante un modelo de Markov que parece estar bien planteado dado que comprende todos los estados de salud relevantes.

Validez de las estimaciones de costes.

Se informa de la perspectiva elegida, pero no existe información suficiente para determinar si todas las categorías relevantes de costes han sido incluidas en el análisis, dado que no se proporciona información separada sobre unidades de recursos. Por ejemplo, no se especifica como se calculó el coste del seguimiento de los pacientes tras el trasplante. No se realiza ningún análisis de sensibilidad sobre los costes.

Implicaciones del estudio.

Los autores recomiendan la utilización de los tratamientos analizados según el tipo de pacientes y el periodo medio de espera para el trasplante.