

IMPACTO ECONÓMICO DE LA DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO

La depresión afecta a más de 270 millones de personas en el mundo, de los cuales unos 170 millones presentan un trastorno depresivo mayor. En España, este trastorno afecta aproximadamente al 4% de la población general, conduciendo en un 7% de los casos a ideas suicidas (llegan a intentarlo aproximadamente el 1,5% de los afectados). Es obvio que la reducción de calidad de vida secundaria al trastorno, así como el incremento de los costes, es muy importante. La ausencia de remisión de la sintomatología y la presencia de depresión resistente al tratamiento (DRT) agravan aún más el cuadro.

Por todo ello, los autores de un reciente trabajo estimaron la incidencia de DRT y el coste directo e indirecto asociado a la DRT en España. Realizaron un estudio longitudinal, observacional y retrospectivo extrayendo los datos de bases administrativas de centros de salud, hospitalares y centros de salud mental. A los 12 meses del inicio, los pacientes se agruparon clasificados como DRT y no-DRT, y fueron seguidos por otros 6 meses. La tasa de incidencia se estimó en base a los nuevos diagnósticos y al tratamiento de pacientes DRT y no-DRT por 1.000 personas-año. Los costes directos incluyeron: consultas médicas, días de hospitalización, visitas a urgencias, procedimientos diagnósticos y

medicamentos; los de tipo indirecto agruparon a los derivados de la falta de productividad. El resultado económico se expresó como coste medio por paciente y tipo de recurso durante los 18 meses de seguimiento.

Los resultados mostraron que, de 1.280.284 pacientes atendidos, 21.630 pacientes iniciaron un tratamiento antidepresivo entre 2015-2017. De éstos, 3.539 fueron clasificados como DRT, estimándose una incidencia acumulada de resistencias al tratamiento a 3 años del 16,5%. Entre los usuarios del sistema de salud, la tasa de incidencia anual de DRT por 1.000 personas-año fue de 0,59, 1,02 y 1,18 en 2015, 2016 y 2017, respectivamente; en la población general, dichas tasas fueron de 0,51, 0,89 y 1,02, respectivamente.

Durante los 18 meses de tratamiento, el coste medio por paciente ascendió a 4.418 €, siendo superior en el subgrupo de DRT que en el de no-DRT, debido especialmente a un mayor número de consultas médicas e ingresos hospitalarios. Asimismo, también presentaron costes indirectos mayores (**Tabla 2**). Finalmente, el coste total incurrido fue de aproximadamente 90 millones € (17,9% costes directos y 82,1% costes indirectos), siendo también superior en el grupo de DRT.

Los autores concluyen que, **en España, la depresión resistente al tratamiento alcanza hasta el 16% de los pacientes con trastorno depresivo que inician un tratamiento antidepresivo, pre-**

sentando un coste un 58% superior que en los pacientes con depresión sensible al tratamiento.

Perez-Sola V, Roca M, Alonso J, Gabilondo A, Hernando T, Sicras-Mainar A et al. Economic impact of treatment-resistant depression: A retrospective observational study. *J Affect Disorders*. 2021; 295: 578-86.

COSTE-EFECTIVIDAD DE CAPLACIZUMAB EN PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA ADQUIRIDA

La purpura trombocitopénica trombótica adquirida (PTTA) es una enfermedad poco frecuente en la que se observa la formación de coágulos en los vasos sanguíneos pequeños en todo el cuerpo, manifestándose como pequeñas manchas rojas o púrpuras en la piel, sangrado, anemia, etc. Ocurre cuando se producen anticuerpos contra la enzima ADAMTS-13, la cual participa en la coagulación de la sangre. El tratamiento se ha basado hasta ahora en el uso inmunosupresores, como rituximab (un anticuerpo monoclonal anti-CD20), y otros inmunosupresores, tales como glucocorticoides o, con menor frecuencia de uso, micofenolato mofetilo, bortezomib, ciclofosfamida o ciclosporina.

Caplizumab (CAP) es un nanoanticuerpo bivalente humanizado, que actúa sobre el dominio A1 del factor von Willebrand, inhibiendo la interacción entre dicho factor y las plaquetas, lo cual impide el desarrollo de adhesión plaquetaria. Su muy elevado coste ha llevado a la realización de un análisis coste-efectividad de su uso en el tratamiento de la PTTA respecto del tratamiento estándar (TE) con rituximab.

Tomando los datos de los ensayos clínicos realizados (TITAN y HERCULES), se diseñó un modelo de Markov que simulará la evolución de la enfermedad con ambas alternativas terapéuticas: CAPLTE vs. TE sola. Asimismo, se

Tabla 2.

	Coste medio global (€)	Coste medio no-DRT (€)	Coste medio DRT (€)
Directos:			
- Consultas AP	741	625	1.327
- Visitas urgencias	336	303	503
- Consultas especialistas	45	42	63
- Hospitalizaciones	72	49	189
- Procedimientos diagnósticos	75	62	141
- Antidepresivos	77	73	90
	136	96	341
Indirectos:			
- Pérdida temporal	3.407	3.176	4.551
- Pérdida permanente	820	755	1.148
	2.587	2.421	3.403
COSTE TOTAL	4.148	3.802	5.879

realizó el análisis mediante un árbol de decisión. Los costes imputados se correspondieron con el de los fármacos (en el caso de CAP: 270.000 \$ por tratamiento de un episodio de PTTA), estancia en UCI, estancias hospitalarias, etc. Los datos de las utilidades se extrajeron de la literatura.

Los resultados del árbol de decisión de los dos ensayos clínicos existentes mostraron, en un horizonte temporal de 5 años, un mayor coste y un mayor beneficio clínico con CAP+TE que con TE solo, si bien el ratio coste-efectividad incremental (RCEI) fue muy elevado. Asimismo, los resultados del modelo de Markov mostraron una tendencia similar (**Tabla 3**). Los análisis de sensibilidad indicaron que el precio de CAP fue el principal determinante del coste. El análisis probabilístico determinó que, para una disposición a pagar de 195.330 \$/AVAC, la probabilidad de que CAP+TE fuera más eficiente era prácticamente nula.

Los autores concluyen que la adición de caplacizumab al tratamiento estándar no es una alternativa eficiente en base al precio de dicho fármaco.

Goshua G, Sinha P, Hendrickson J, Tomey C,

Bendapudi P, Lee A. Cost effectiveness of caplacizumab in acquired thrombotic thrombocytopenic purpura. *Blood*. 2021; 137(7): 969-76.

Tabla 3.

	Coste (\$)	Beneficio (AVAC)	RCEI (\$/AVAC)
Del árbol de decisión:			
- A partir de TITAN			
- CAP+TE:	325.647	0,72	3.739.126
- TE:	89.750	0,65	
- A partir de HERCULES			
- CAP+TE:	323.547	0,87	923.053
- TE:	83.634	0,61	
Del modelo de Markov:			
- A partir de TITAN			
- CAP+TE:	551.878	3,19	1.482.260
- TE:	151.947	2,92	

Date de alta y aprovecha todo su contenido

www.farmaceuticos.com



Todo lo que necesitas
para tu desarrollo profesional



Formación

Próximos cursos
Campañas sanitarias



Farmacia Asistencial

Proyectos de investigación
HazFarma



Agenda

Jornadas y Congresos
Webinars



BOT PLUS

Suscripción y acceso
Soporte técnico



Publicaciones

Revista Farmacéuticos
PAM
Informes técnicos
Puntos farmacológicos



Recursos

Farmahelp
CISMED
Precios de
medicamentos
Alertas
Farmacéuticas....