

## An Updated Systematic Review of Cost-Effectiveness Analyses of Drugs for Osteoporosis

Systematic Review | [Open access](#)

Published: 07 October 2020 | 39, 181–209 (2021)

[Download PDF](#) ↓

✔ You have full access to this [open access](#) article



**PharmacoEconomics**

[Aims and scope](#) →

[Submit manuscript](#) →

[https://drive.google.com/file/d/1CeciARSc5Z5jX2qIGfxila4BLi3tQE6/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1CeciARSc5Z5jX2qIGfxila4BLi3tQE6/view?usp=drive_link)

**Autores:** Li · Dennis Cornelissen<sup>1</sup> · Stuart Silverman · Daniel Pinto · Lei Si · Ingrid Kremer · Sandrine Bours · Robin de Bot · Annelies Boonen · Silvia Evers · Joop van den Bergh · Jean-Yves Reginster · Mickaël Hiligsmann

**Comentador:** Vandick de Queiroz Germano Ortopedista CREMEC 4789

O sucesso da implantação dos algoritmos dos tratamentos dos nossos pacientes osteoporóticos de muito alto risco depende da comprovação cristalina dos custos x benefícios dos mesmos.

A farmacoeconomia (custo-efetividade) dos tratamentos da osteoporose tem sido cada vez mais avaliada pelos governos e planos de saúde.

Porém a qualidade, transparência e heterogeneidade dos trabalhos científicos dificultam essas ações.

A revisão aqui já segue o guidelines da IOF/ESCEO (2019), que recomenda sobre o desenho ideal dos trabalhos que pretendem estudar o custo-efetividade dos tratamentos em osteoporose.

Carecemos de estudos de qualidade que realmente confirmem a eficácia da farmacoterapia em diminuir as fraturas e que justifiquem, inequivocamente, os custos a serem assumidos por esses órgãos decisórios públicos e privados.

Isto em um atual cenário de maior pressão pelo uso de medicamentos de alto custo, para pacientes de muito alto risco. O uso de tratamentos curtos para pacientes com risco iminente é custo-efetivo, pois reduz o risco de fraturas maiores.

Esta revisão sistemática publicada em fevereiro de 2022 faz uma análise de 27 estudos atuais (2013-2019) em 15 países sobre o custo-benefício dos antireabsortivos, anabólicos e terapia sequencial.

Além do custo em si dos medicamentos, a chave para entendermos o custo-efetividade dos mesmos é a capacidade destes de deterem o risco das fraturas, a aderência aos mesmos e até dos possíveis efeitos colaterais que geram descontinuidade e custos adicionais (em análises mais sensíveis).

A estratégia Prisma foi inicialmente aplicada e de 3680 revisões sistemáticas e metanálises, após várias etapas de seleção realizadas por uma "força-tarefa", somente 27 artigos foram incluídos, ao final deste estudo.

21 artigos de perspectiva da assistência médica e os demais, de perspectivas social e governamental.

21 artigos também usaram o modelo Markov para a projeção dos custos de longa data e em 23 artigos foi utilizado o modelo QALY, para avaliação dos benefícios à saúde/anos de vida ajustados pela qualidade nos pacientes estudados.

O modelo de microssimulação de Markov (utilizado no presente estudo) tem sido o mais preferido atualmente, por melhor capturar os riscos de novas fraturas e a mortalidade.

Desta forma, o custo-efetividade de 12 medicamentos foram avaliados nestes 27 estudos: bisfosfonatos (ac. zoledrônico, alendronato, risedronato, ibandronato, etidronato), raloxifeno, ranelato de estrôncio, denosumab, teriparatida e incluindo os novos, como romosozumab, abaloparatida e risedronato gastro-resistente.

A conclusão é a de que denosumab, ácido zoledrônico, risedronato gastro-resistente e teriparatida são medicamentos custo-efetivo ou dominantes, em comparação aos bisfosfonatos orais.

3 estudos avaliaram ainda a terapia sequencial (Abl/Aln, Teri/Aln, Abl ou Teri/ placebo) e mesmo com o alto custo Abaloparatida (abn) e da Teriparatida, foi demonstrado o custo-efetividade da Abl/ Aln.

Um aspecto decepcionante aqui e a questão central que ficou de fora foi o FLS, consagrada estratégia mundial da própria OMS, para a prevenção secundária de fraturas osteoporóticas. (Não foi citada nem uma única vez...).

Não tenho dúvidas de que as informações contidas nesta revisão serão sim utilizadas, para embasar as ações dos já atuais quase 900 FLSs, mundo afora e por aqueles que ainda estão em estágio embrionário.

A grande barreira para a implementação dos FLSs é a falta de prioridade e a falta de reembolso dos custos dos medicamentos.

Talvez o melhor método seja tornar ainda mais explícitos os custos invisíveis e os benefícios líquidos aos pacientes e aos sistemas de saúde.

Boa leitura!