



Evaluaciones necesarias en Terapias oncológicas.

J. Expósito

Ex - Director del Plan Integral de
Oncología de Andalucía.

Instrumentos clínicos

Protocolos asistenciales,
Guías de práctica,
Ensayos clínicos

y organizativos

Comités de tumores
Subcomisiones clínicas

Conquistas significativas para el paciente

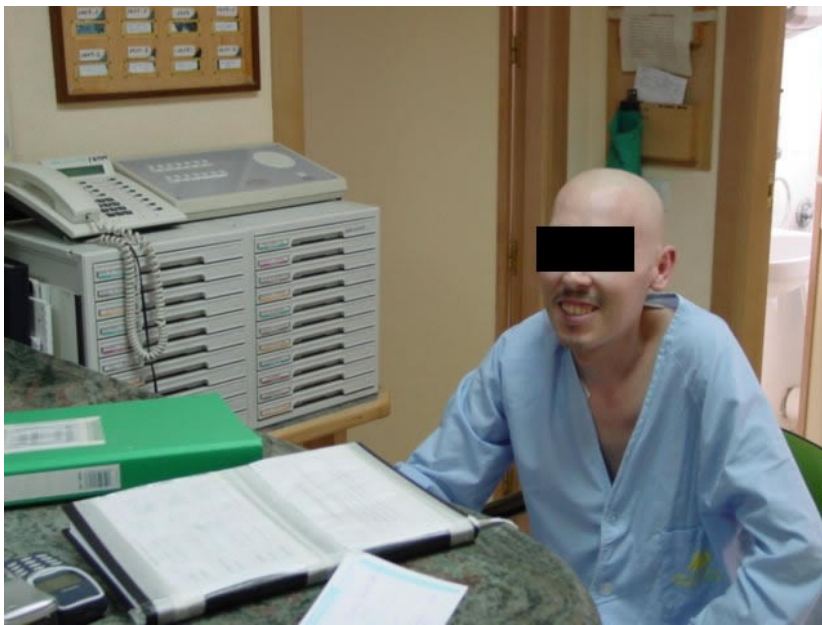
Multidisciplinariedad

Bienestar, felicidad, calidad de vida

Incorporación real de otros profesionales al equipo de trabajo

Nuevo papel del paciente y de la familia

Enfoque asistencial



Más que nunca, lo que necesita este paciente

Deberá ser compatible con lo que estos ciudadanos esperan



¿Qué respuesta vamos a dar desde los sistemas sanitarios?

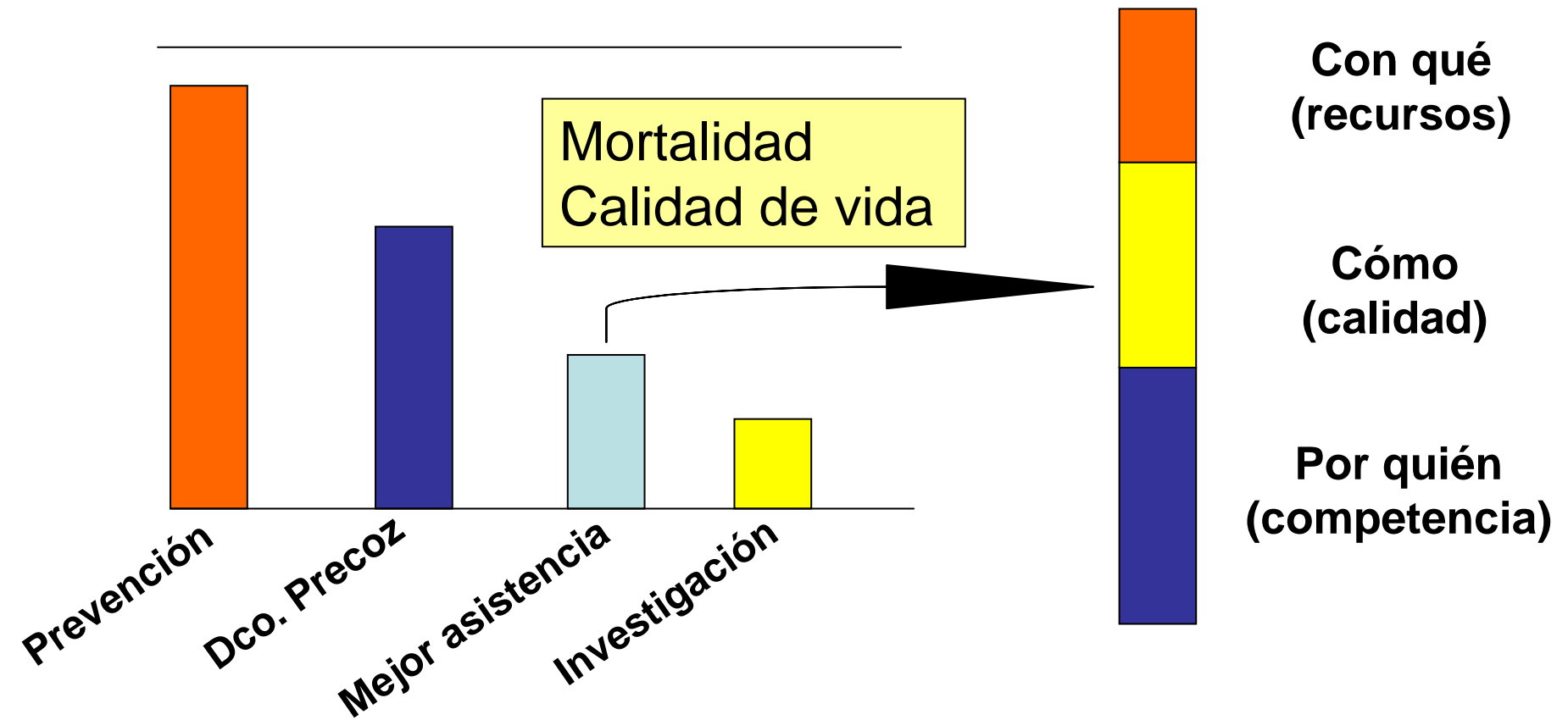
Nuevas cuestiones

- Equidad en el acceso / equidad en resultados.
- Remisión completa - curación /cronicación
- Los pobres resultados en amplios grupos de pacientes
(sarcomas, cáncer de pulmón..)
- La medida de los resultados:
las experiencias de éxito

Presentación:

1. Los esfuerzos más rentables
2. Experiencia en la implantación de un Plan Integral de cáncer
3. Algunos malentendidos en torno a los citostáticos
4. Notas para el debate: Necesidades de evaluación

1. Los esfuerzos más rentables



2. Experiencia en la implantación de un Plan de Cáncer

- Las necesidades sentidas de los pacientes y su familia:

Ser tratados con calidad científica y técnica,

Recibir la atención tan rápida como sea posible y

Persona enferma.

2. Experiencia en la implantación de un Plan de Cáncer

- La necesidad de cambios en la organización asistencial.

Atención con la complejidad actual y organización de los años 80.

- Los instrumentos clínicos (protocolos, GPC, comisiones clínicas...), al servicio de estos objetivos.

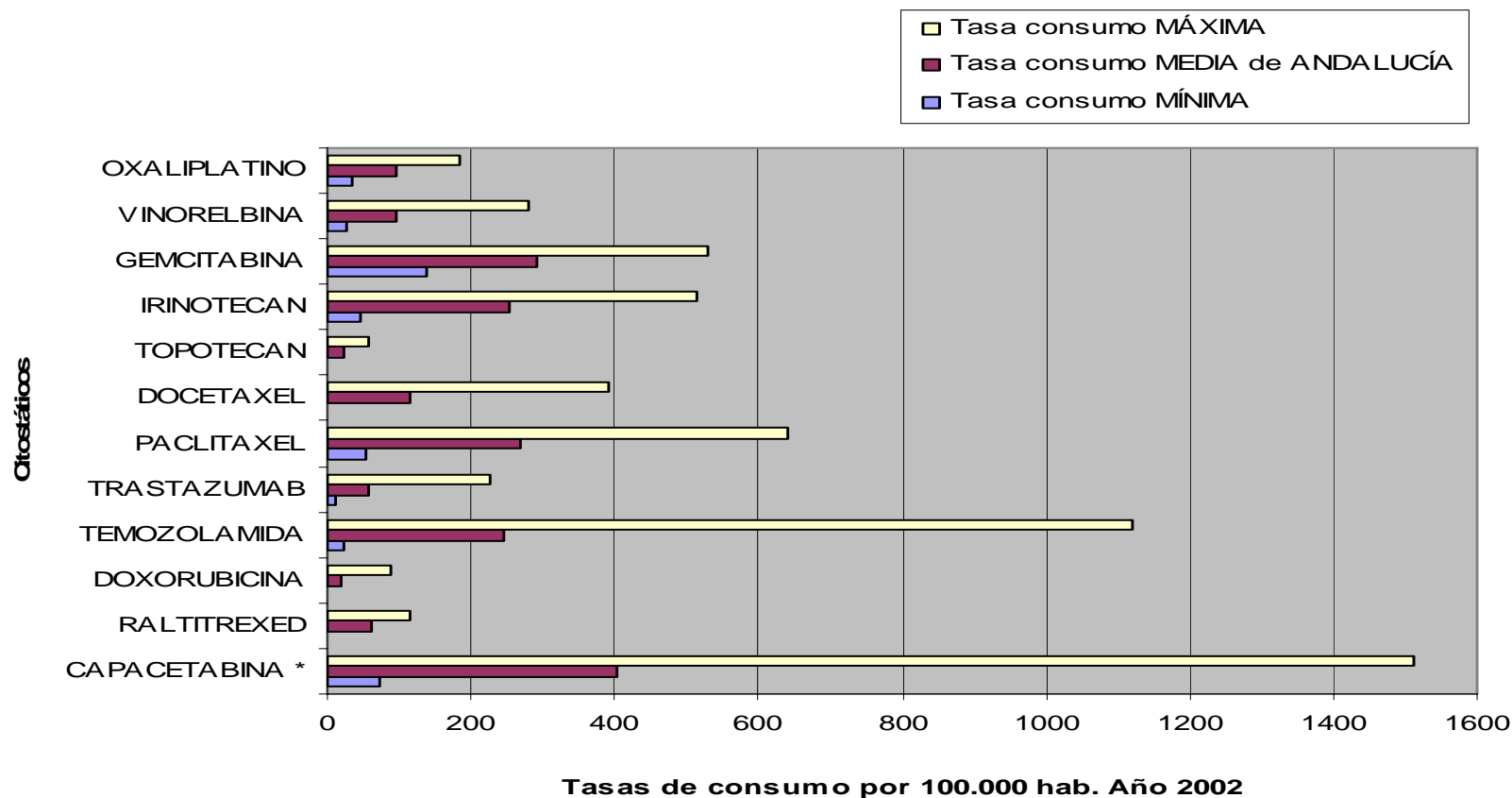
- VPM
- Estudios sobre calidad de atención
- Desacuerdos entre profesionales

Variabilidad en el uso de radioterapia

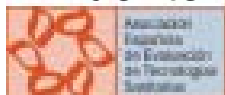
	Todos	Mama	Pulmón	ORL	C+E	5 L
Esperados	14753	2754	2606	1792	1055	8207
Observados	4833	1021	401	457	299	2180
% o/E	32	37	15	26	28	27
Rango Hospitales (%)	18-47	22-55	4-49	9-29	6-36	17-47
Significación	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

Fuente: Proyecto VARA 2004.

Comparación entre Tasas de consumo Máximas, Mínimas y Medias. Año 2002



Fuente: AETSA 2004



VIII REUNIÓN CIENTÍFICA

Regulación e Innovación en
Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Zaragoza
del 12 al 14 de noviembre del 2008

Estudios sobre calidad asistencial

Oncology care planning. Elements for care quality and management improving

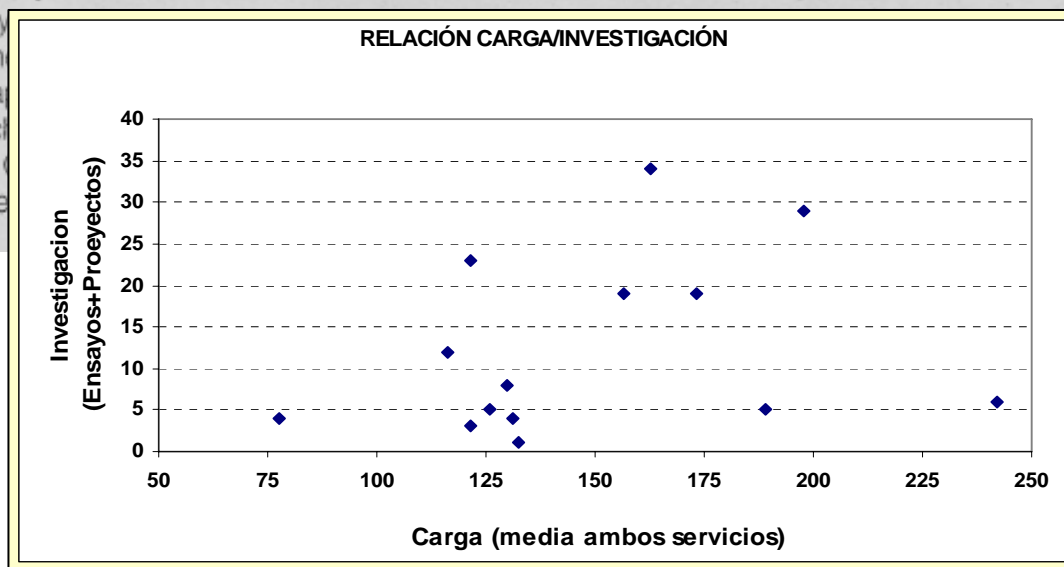
José Expósito Hernández and Carmen Domínguez Nogueira^a in representation of the Comisión Asistencial del Plan Integral de Oncología

Clin Transl Oncol. 2006; 8(3): 178-84

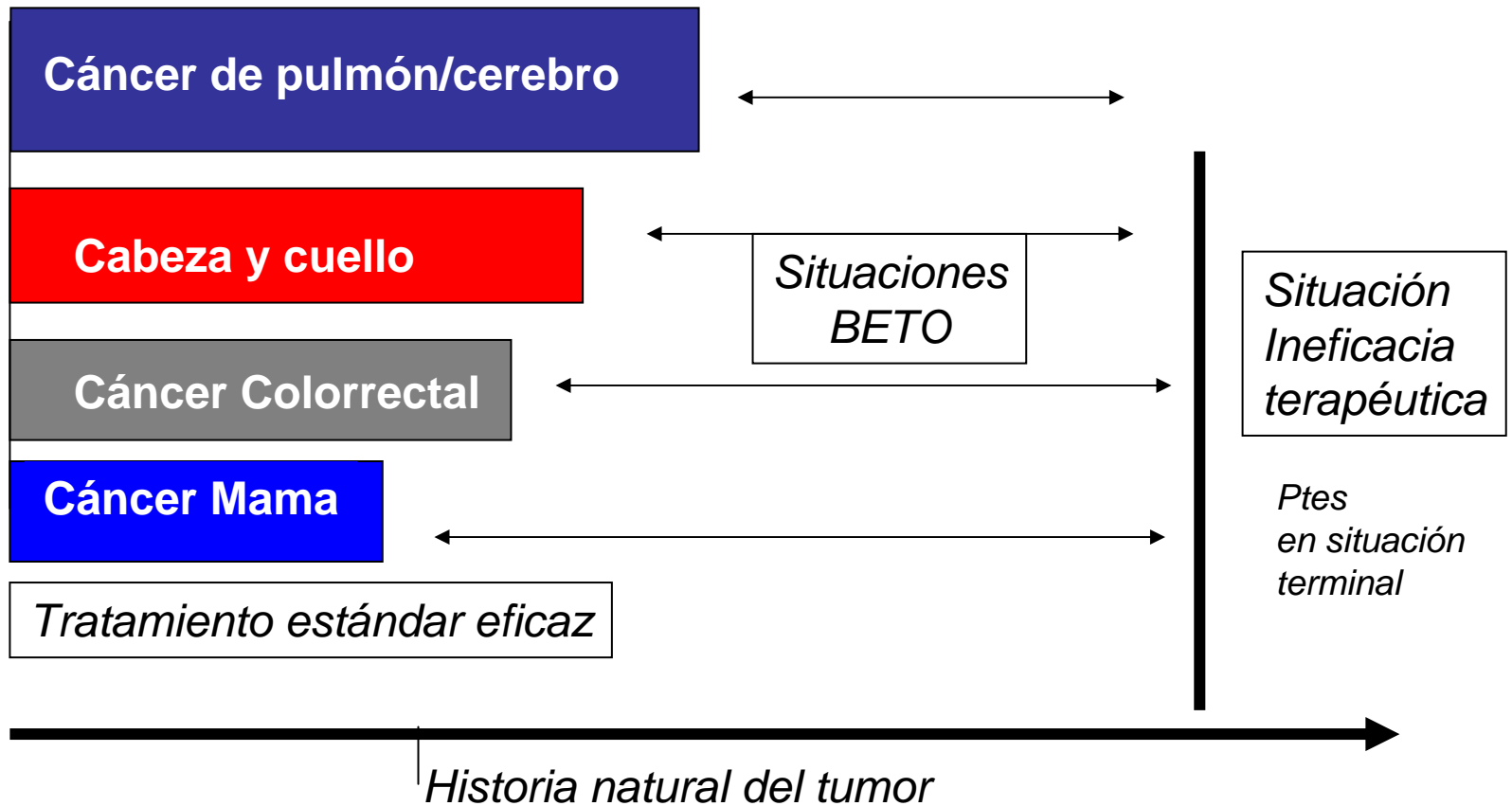
TABLE 2. Global outcomes for the 14 hospitals

Variable name	Global 14 hospitals
CRITICAL POINTS OF GOOD PRACTICE	
Unique medical history	3/14
Protocols six most frequent tumours	3/6
Tumour Central Commission Working	7/14
Tumour Clinical Committees Working	4

	MAX	AVERAGE	MIN
DELAYS IN DIAGNOSTIC TESTS (days)			
Mammography	74	18	1
Thoracic CAT	61	19	2
Brain NMR	20	10	1
Gynecology cytology	30	7	0
Abdominal echography	68	23	1
Bone gammagraphy	45	22	1
Tumor marker PSA or CEA	5	1	0
DELAYS IN TREATMENTS			
Lobectomy (Toracotomy)	60	28	0
A-perineal amputation	30	21	7
Bone biopsy	30	13	2
Lingual tumorectomy and VF	30	20	5
Radical prostatectomy	90	29	10
Radical hysterectomy of W-M	51	26	10
Frontal craniotomy		17	7
Adjuvant chemoth		15	8
Radical radiothera		37	15
Endocavitary brack		22	8
Delay 1 st Medical		11	7
Delay 1 st Radiothe		13	3



Desacuerdos entre profesionales. Proyecto BETO.



Resultados

Máximo Acuerdo (> 60% 4-5)

10/48 (20%)

1 CR, 3C, 3 CyC, 3P,

Máximo desacuerdo (> 60% 1- 2)

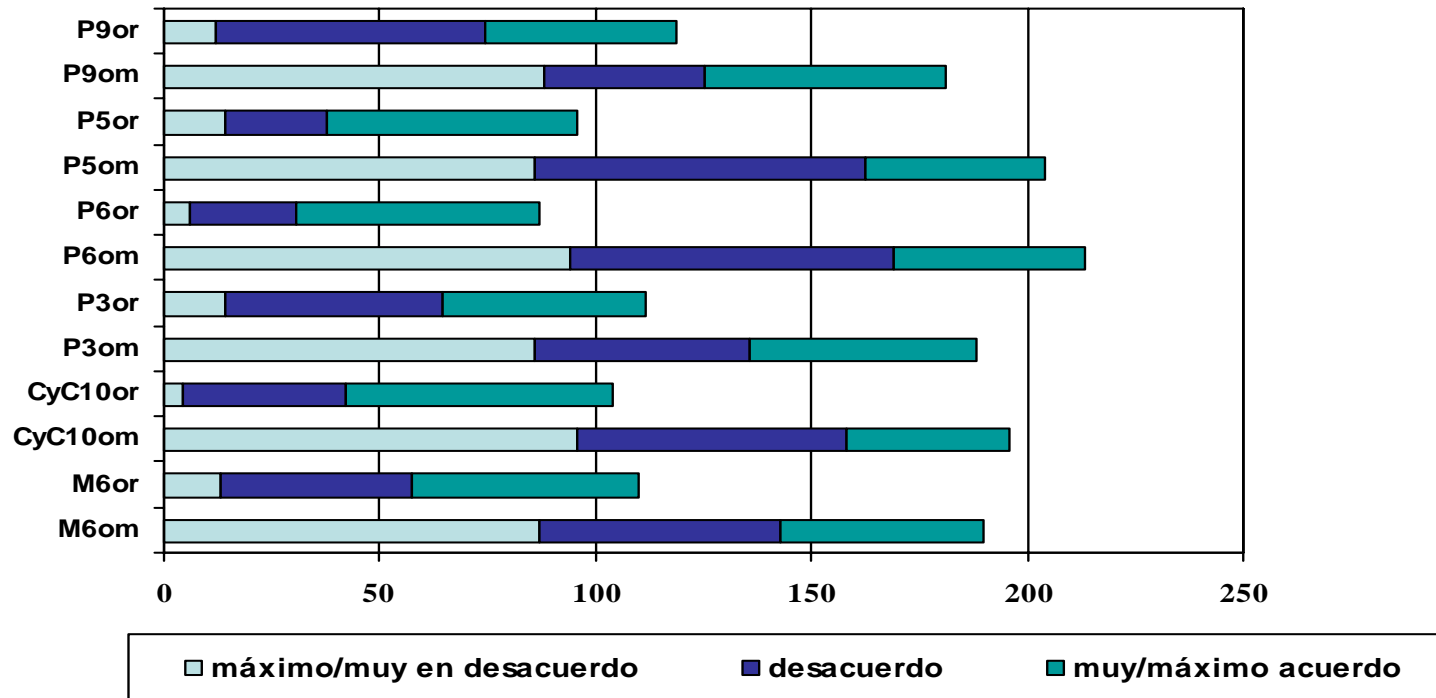
10/48 (20%)

3 CR, 2C, 2 CyC, 3M

60% indiferentes

Resultados

Diferencias significativas entre OM y OR en 6 escenarios (por desacuerdo)



3. Algunos malentendidos en torno a los citostáticos

- Papel regulador del M^o Sanidad y la capacidad de las autonomías y los propios hospitales.
- La importancia de los aspectos económicos (coste-efectividad)
- Los profesionales relacionados con estos pacientes

PEMETREXED

Carcinoma de pulmón no microcítico localmente avanzado o metastático en segunda línea (salvo histología predominante de célula escamosa)

***Estudio JMEI:Hanna N, Shepherd FA, Fossella FV, et al.
Randomized Phase III trial of pemetrexed vs. docetaxel in Patients
with non-small-cell lung cancer previously treated with chemotherapy.
J.Clin.Oncol.2004 22:1589-1597***

Resultados

Variable evaluada en el estudio	Pemetrexed N=283	Docetaxel N=288	RAR	H.R.	P
Resultado principal -Supervivencia global mediana (meses)	8,3 (7,0-9,4)	7,9 (6,3-9,2)		0,99 (0,82-1,20)	0,226
Resultados secundarios de interés					
-Mediana de tiempo hasta la progresión (semanas)	3,4	3,5		0,97	NS
-Tasa de respuesta (RC+RP)(%)	9,1	8,8	0,3		NS
- Tasa de Supervivencia global al año(%)	29,7%	29,7%	0		NS
- Supervivencia sin progresión de la enfermedad (meses)	2,9	2,9		0,97	0,759
- Tiempo hasta fracaso del tratamiento (meses)	2,3	2,1		0,84	0,046
- Duración de la respuesta (meses)	4,6	5,3		0,77	0,427
- Duración del beneficio clínico (meses)	5,4	5,2		0,91	0,450
- Tiempo hasta el inicio de la respuesta (meses)	1,7	2,9			0,105

Neutropenia grado 3-4	pemetrexed	docetaxel	Diferencia de efectos adversos	Coste incremental (A-B)	CEI (IC95%)
Principal	5,3%	40,2%	-34,9% NNT-3	6049 €	18147 €

	Pemetrexed	Docetaxel
Precio unitario (PVL+IVA) *	1248 €	556,68 € (80mg) 142,34€ (20mg)
Posología	500mg/m ²	75mg/m ²
Coste día (S.C. 1,7 m²)	2496€	984€
Coste tratamiento completo o tratamiento/año	9984€ (4 ciclos)	3935€ (4 ciclos)
Costes asociados a **	249,6 €	1749€
Coste global *** o coste global tratamiento/año	10233 €	5684€
Coste incremental (diferencial) **** respecto a la terapia de referencia	4549€	

Nº anual de pacientes	Coste incremental por paciente	Impacto económico anual
20	6049€	120980

New Chemotherapy Treatments in Advanced Cancer Patients

An Easily Applicable Evaluation of Clinical Efficacy and Cost-effectiveness

José Expósito, Jorge Hernández, Amalia Fernández Feijóo, Teresa Nieto and Eduardo Briones

Acta Oncologica Vol. 42, No. 8, pp. 895-902, 2003

Summary of cost-effectiveness of the regimens studied

Level of efficacy	Regimen	Cost per extra month MS (€)	Cost per extra year of life (€)	Cost per NNT (€)
Efficacy A-D ¹	All ¹	6 415	76 977	87 767
Efficacy A-B ¹	Irinotecan + 5FU-LV in colorectum (B)	1 899-2 468	22 788-29 616	69 802-81 436
	Trastuzumab in breast (B)	1 500-7 093	18 000-85 116	64 800-306 428
	Paclitaxel + cisplatin in ovary (A)	1 720	20 640	36 140
	Mean A-B	2 736	33 157	111 239
Efficacy C-D ¹	Docetaxel in lung second-line (C)	19 688-25 527	236 256-306 324	15 750-20 422
	Paclitaxel + platin in lung (D)	2 638-5 450	31 656-65 400	84 941-175 480
	Docetaxel second-line in breast (D)	2 550	30 600	53 363
	Temozolamid in brain (C)	3 250	39 000	35 812
	Mean C-D	9 850	118 202	64 294

Abbreviations: MS = median survival; NNT = number needed to treat.

¹Only regimens showing significant differences in MS, time to progression or quality of life were analysed.

GASTO SANITARIO

Coste total del cáncer 194 millones €

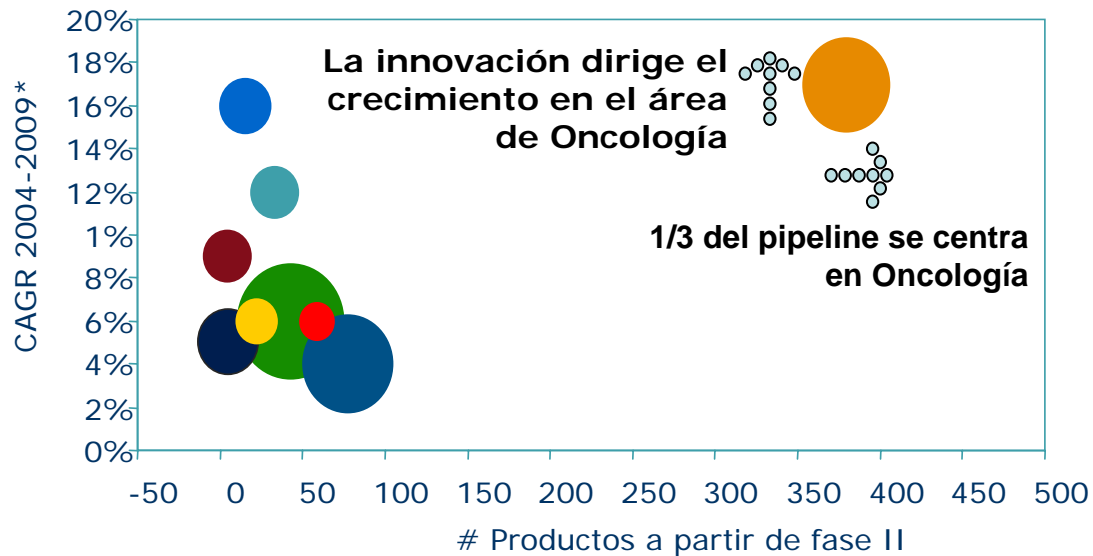
- ❖ **30% para coste directo del tratamiento (58 millones €)**
- ❖ **70% para coste indirecto (136 millones €)**
- ❖ **4,8% = coste total para productos farmacéuticos (9,35 millones €)**
- ❖ **Fármacos supusieron el 16% del total de los costes de tratamiento directos totales**
- ❖ **Lo previsible es que mejoren de forma discreta (pero significativa) los resultados, con incrementos de costes muy significativos.**

-* López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Los costes socioeconómicos de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer en las Islas Canarias en 1998. Gac Sanit 2003; 17(3):210-7.

GASTO SANITARIO

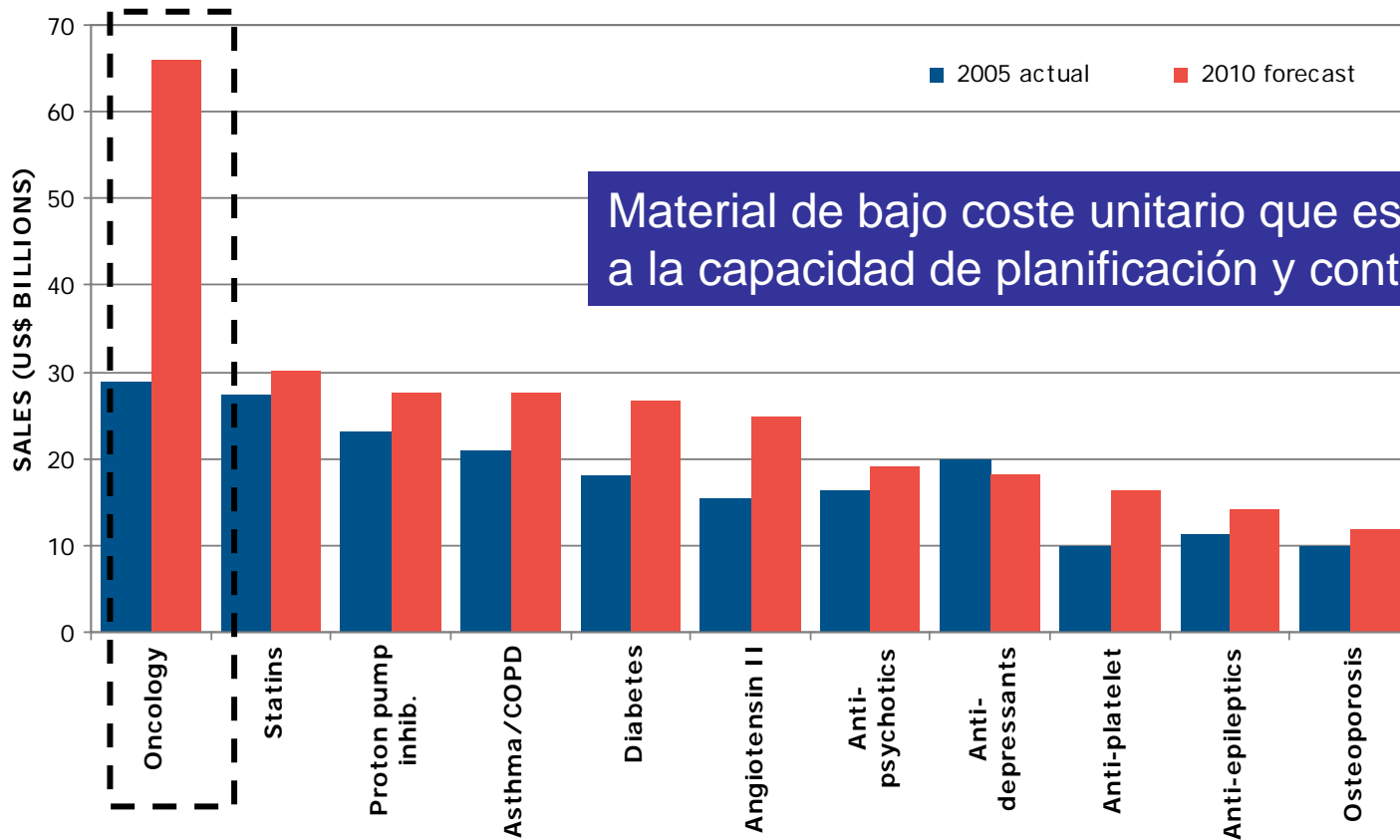
Source: IMS Management Consulting analysis

Note: * = Growth of value sales



- Oncology (L1, L2)
- Cardiovascular (C8, C9, C10A)
- CNS (N3A, N5A, N6A)
- Epoetins (B3C)
- Osteoporosis (M5B, G3H, H4A, H4V)
- PPIs (A2B2)
- HIV antivirals (J5D)
- Anti-platelet inhibs (B1C)
- Oral antidiabetics (A10B)

GASTO SANITARIO



Source: IMS MIDAS; IMS Therapy Forecaster 2006 and IMS Consulting

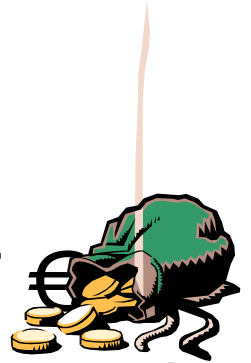
El especial papel de los profesionales

- Los profesionales relacionados con estos pacientes, tienen, además de la enorme dificultad que entraña el propio acto asistencial, un papel central como agentes económicos.

Con sus decisiones modulan un mercado que sobrepasa con mucho su preparación técnica y sus destrezas como sanitarios

Quimioterapia 1ª Línea ca.pulmón estadio III-B (derrame pleural)-IV:

- ❖ CDDP + Gemc: 238,62 €
- ❖ CDDP + Pemetrexed: 2.136,28 €
- ❖ CDDP + Gemc + Bevacizumab: 2.197 €
- ❖ Carbo +Paclitaxel + Bevacizumab: 3.578 €



Metástasis óseas. Tratamiento paliativo.

1 x 800 cGy “vs” 10 x 300 cGy.



Ahorro: 13.235,94 €

Tratamiento conservador mama.-

START B “vs” fraccionamiento estándar



Ahorro: 3.669,55 €

El especial papel de los profesionales

- La falta de experiencia en la priorización de pacientes
- Práctica caracterizada por ciclo acelerado de incorporación y abandono de fármacos
- Manejo de pacientes con escasas opciones de sobrevivir.

4. Notas para el debate

- El problema del acceso o la velocidad de incorporación de nuevos citostáticos no es lo que determina nuestros resultados en la atención al cáncer
- Papel regulador de la autoridad sanitaria
- Delimitación clara entre terapia estándar y de investigación
- Protocolos de uso consensuados y medidos.

4. Necesidad de organizar evaluaciones continuas

- Procedimiento de incorporación de tecnologías (incluida los medicamentos)
- Demoras en el proceso de atención: desde el síntoma al diagnóstico.
- Resultados finales, especialmente en las situaciones en las que la eficacia del tratamiento es escasa.

