

OBJETIVO

Valorar la utilización, efectividad y coste del fármaco estimulante de colonias de granulocitos pegfilgastrim (PEGF) a través de la adecuación de la indicación al protocolo de utilización del hospital.

MATERIAL Y METODOS:

En septiembre de 2008 se introdujo en el formulario del hospital bajo el siguiente protocolo:

1. Profilaxis primaria en esquemas de quimioterapia con riesgo de desarrollar neutropenia superior al 30%.
2. Profilaxis primaria en esquemas con riesgo comprendido entre el 20-30% con además los siguientes factores de riesgo: edad > 65 años, reserva medular disminuida (radioterapia previa en regiones hematopoyéticas o recuento total de neutrófilos menor a 1500) y estadio avanzado de la enfermedad.
3. Profilaxis secundaria en pacientes que han recibido filgastrim (FILG) y han presentado un episodio de neutropenia que ha obligado a retrasar la administración de quimioterapia.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que recibieron al menos una dosis de PEGF desde septiembre de 2008 a abril de 2009. Se recogieron las siguientes variables: esquema de quimioterapia (EQT), historial de dispensaciones de PEGF y FILG, recuento de neutrófilos durante el tratamiento y coste por paciente.

RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio 33 pacientes han recibido PEGF (103 dispensaciones) de los cuales 31(94%) se ajustaron al protocolo en la indicación de profilaxis primaria según EQT (Gráfico). Siete de estos pacientes recibieron FILG previamente a la introducción del protocolo en el hospital. Tres de ellos recibieron una media de 6 FILG/ ciclo desarrollando un episodio de neutropenia tras el cual cambiaron a PEGF. Los restantes cuatro pacientes presentaron valores normales de neutrófilos durante el tratamiento con FILG.

No se registró ningún caso de los supuestos 2 y 3 del protocolo.

Incidencia de neutropenia en pacientes con PEGF: 3,8% por ciclo de quimioterapia (3 episodios de neutropenia no febril y 1 de neutropenia febril).

El coste total del tratamiento fue de 76.845 € (8,4 % del gasto total hospitalario de 2008 y 2% del gasto realizado durante el periodo de estudio). El 64,7% del gasto total de PEGF corresponde a dispensaciones realizadas en 2009. Un 6,8% de este coste total correspondió al empleo de PEGF en los pacientes que no se ajustaron al protocolo.

CONCLUSIONES:

El empleo de quimioterapias intensivas es una práctica habitual en oncología por lo que la utilización de PEGF, aunque ajustada a protocolo, va en aumento suponiendo un gran impacto económico para el hospital. La ausencia de histórico en el manejo de FILG en los mismos EQT estudiados impide realizar una comparativa de efectividad entre ambos fármacos. Los pacientes que recibieron EQT donde estaba indicado PEG pero emplearon FILG previo a la introducción de PEGF en el hospital, y desarrollaron neutropenia febril no habían recibido FILG a dosis equivalentes respecto a PEGF. El empleo de FILG con una duración de tratamiento adecuada y una correcta monitorización podría proveer, además de una comparativa real frente a PEGF, una profilaxis segura y efectiva así como un importante ahorro económico. Se propone reevaluar la utilización de PEGF para racionalizar su uso considerando también el empleo de otros factores estimulantes de colonias de granulocitos más coste efectivos como es el FILG o los nuevos fármacos biosimilares y reservar este en situaciones más concretas.

