

Cartas al Director

Costes del tratamiento del cáncer colorrectal metastásico

Sr. Director:

El tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRm) ha evolucionado muy rápidamente en los últimos años. Desde los tratamientos basados en fluoropiridinas hasta la incorporación de los anticuerpos monoclonales, pasando por la introducción del irinotecán y oxaliplatino.

Junto a esta progresión en el número de medicamentos y sus combinaciones, se ha producido una progresión también en los costes. En la figura 1 se puede ver cómo el coste por ciclo de tratamiento en el CCRm ha experimentado un marcado incremento según se han ido incorporando nuevos medicamentos. Desde los esquemas basados en el 5-FU/LV hasta la incorporación de los cuerpos monoclonales en el tratamiento del CCRm, el coste por ciclo se ha multiplicado por setenta y, si hace unos años, el coste por ciclo ascendía a unos 50 €, actualmente puede alcanzar de 2.500 a 3.700 €, dependiendo del esquema.

En los cálculos de la figura 1 no se han tenido en cuenta costes de administración, medicación adyuvante, monitorización o

tratamiento de la toxicidad, ni la frecuencia o duración de los esquemas por lo que los costes sólo resultan orientativos y son inferiores a los costes reales.

El envejecimiento de la población, y con ello el aumento de la incidencia, y la prolongación de los tiempos hasta progresión de la enfermedad y de la supervivencia global y, por lo tanto, de la duración del tratamiento, contribuye también en gran medida a colocar el CCRm, hoy en día, como uno de los tumores que más recursos económicos consume.

Considerando el elevado número de casos nuevos de cáncer colorrectal diagnosticados cada año en nuestro país (alrededor de 21.000)¹ y el alto porcentaje de estos pacientes que acaban desarrollando enfermedad metastásica (30-40%), el impacto económico que sobre el presupuesto sanitario tendrían los nuevos agentes sería enorme. Si se tratara a todos los pacientes con CCRm con un esquema de quimioterapia conteniendo bevacizumab en primera línea, el coste de un millón de euros para todos los pacientes sería entre 16 y 23 millones de euros en toda España. Tomando como referencia la media de duración del tratamiento más baja presentada en los ensayos clínicos², 31 semanas, el gasto total superaría los 250 millones de euros. Sin duda, el CCRm va a suponer una importante partida en el presupuesto sanitario y su valoración requerirá un análisis riguroso por parte de los gerentes públicos.

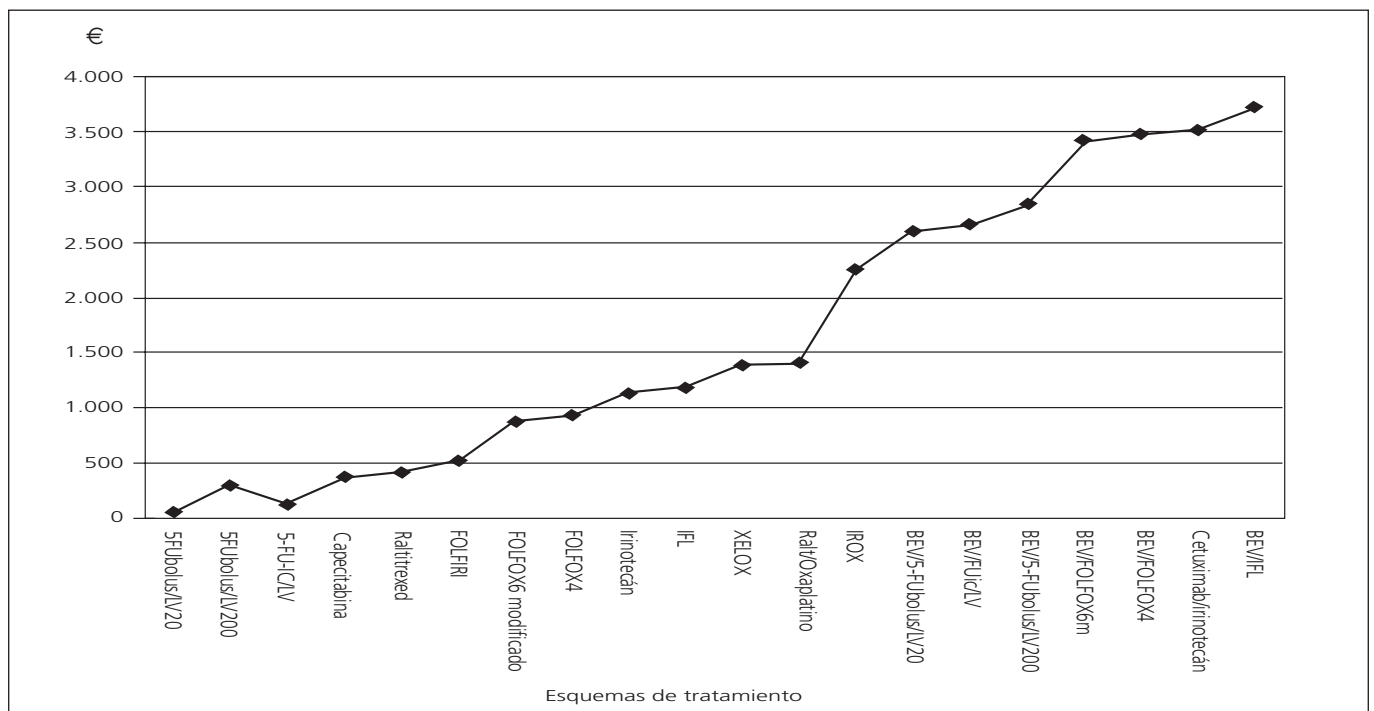


Fig. 1. Evolución del coste, expresado a PVL y en ciclo de quimioterapia en el cáncer de colon metastásico. El coste de cada ciclo está calculado en base a un paciente con 70 kg de peso y 170 cm de altura. (SC = 1,8 m²). No se han tenido en cuenta costes de administración, medicación adyuvante, monitorización o tratamiento de la toxicidad, ni la frecuencia o duración de los esquemas.

Tabla I. Cálculo de coste eficacia incremental (PVL). Datos obtenidos a partir del ensayo de Hurwitz et al. (2005)

	Bevacizumab + IFL	IFL	Diferencia	Coste eficacia incremental
Supervivencia global media (meses)	20,3	15,6	4,7	
Coste de un ciclo de tratamiento	3.721 €* ^a	1.175 €	2.545 €	
Duración media del tratamiento (semanas)	40,4	27,6	12,8	
Coste total tratamiento	33.458 €	5.406 €	2.8052 €	5.968 €

*Entre cada ciclo de IFL + bevacizumab hay un periodo de descanso de dos semanas en que el paciente sí recibe bevacizumab.

Partiendo de los datos del ensayo que comparaba IFL frente a IFL con bevacizumab³ y que demostraba un aumento en la supervivencia global de 4,7 meses por la adición de bevacizumab, el coste eficacia incremental ascendería (Tabla I) a 5.968 € por mes de vida ganado. Por año de vida ganado, el coste extra frente a la terapia con IFL sería de 71.622 €. Una revisión⁴ de estudios farmacoeconómicos en cánceres gastrointestinales concluyó que un coste incremental por año de vida ganado en tumores avanzados sería aceptable entre 45.000 y 50.000 €. Sin embargo, los autores de dicha revisión comentan la falta de datos referentes a los anticuerpos monoclonales y ya predicen un aumento en el coste incremental debido a los mismos.

Aunque los resultados de los ensayos clínicos parecen dejar claros el esquema de tratamiento a considerar su inmenso coste. CCRm, el dilema surge de a la hora de considerar su inmenso coste.

El planteamiento dependerá del ámbito en que se discuta. De este modo, el clínico se ve en la obligación ética de ofrecer a su paciente la mejor alternativa de tratamiento disponible, mientras que el gestor se ve en la obligación, también ética, de distribuir de la mejor manera los recursos de los que dispone. En España, el *screening* de cáncer colorrectal no se realiza a toda la población según las recomendaciones de la sociedad científica, por el elevado coste que supondría universalizar dichas pruebas. Desde una visión globalizadora, parecería más acertada la asignación de recursos a prevenir el desarrollo de una patología que en estadios más tempranos es curable, pero una visión más íntima del paciente, como la que tiene el clínico, desborda su capacidad de decisión gestora. Al médico se le pide no decidir la alternativa más coste eficaz entre varias, sino el tratar o no tratar por razones económicas.

Desde el punto de vista clínico, una restricción a la prescripción de estos tratamientos, a excepción del cetuximab cuyo desarrollo clínico está rodeado de lagunas metodológicas, sólo se podría explicar desde una no disponibilidad de los recursos.

Con la aparición de terapias cada vez más costosas a cambio de unos beneficios clínicos poco espectaculares, hoy, más que nunca, se hace necesaria la creación de guías de prescripción por parte de agencias evaluadoras estatales que definan el lugar de las nuevas terapias, qué pacientes se van a beneficiar de ellas y su posible financiación o no. Se evitaría así que el tratamiento

de un paciente dependa, en último término, de los objetivos presupuestarios de los diferentes hospitales o autonomías. Este es el caso de las guías NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) publicadas por esta agencia evaluadora del sistema británico de salud y que permiten la toma de decisiones a la hora de financiar determinadas tecnologías sanitarias (farmacológicas o no) por los centros de Inglaterra y Gales. En sus últimas guías sobre el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico⁵ no recomiendan el uso del bevacizumab en primera línea ni del cetuximab en ninguna línea de tratamiento. Concluyen que los costes por “año de vida ganado ajustado a calidad” son muy superiores a las 30.000 libras que consideran como aceptables y por tanto ambos fármacos no son coste-eficaces. En el caso del cetuximab, su decisión también se basa en la falta de estudios que lo comparen frente a otras alternativas de tratamiento.

R. Díez Fernández, C. Girón Duch

*Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.
Getafe, Madrid*

Bibliografía

1. Centro Nacional de Epidemiología. Mortalidad por cáncer en España. Años 1996-2001. Web del Centro Nacional de Epidemiología, Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. Disponible en: <http://cne.isciii.es>
2. Kabbinnar F, Hurwitz HI, Fehrenbacher L, Meropol NJ, Novotny WF, Lieberman G, et al. Phase II, randomized trial comparing bevacizumab plus fluorouracil (FU)/leucovorin (LV) with FU/LV alone in patients with metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 60-5.
3. Hurwitz H, Fehrenbacher L, Novotny W, Cartwright T, Hainsworth J, Heim W, et al. Bevacizumab plus irinotecan, fluorouracil, and leucovorin for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 350: 2335-42.
4. Uyl-de Groot C, Giaccone G. Health economics: Can we afford an unrestricted use of new biological agents in gastrointestinal oncology? *Curr Opin Oncol* 2005; 17: 392-6.
5. National Institute for Clinical Excellence: Colorectal cancer (metastatic)-bevacizumab and cetuximab; 07/11/06. Available at: www.nice.org.uk