



Evaluación económica del PAM en el tratamiento de la hepatitis C

Montserrat García Retortillo

*Sección de Hepatología, Servicio de Digestivo
Parc de Salut MAR.*


***“V Jornadas de Hepatopatías Víricas”
Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
2 de junio de 2010.***



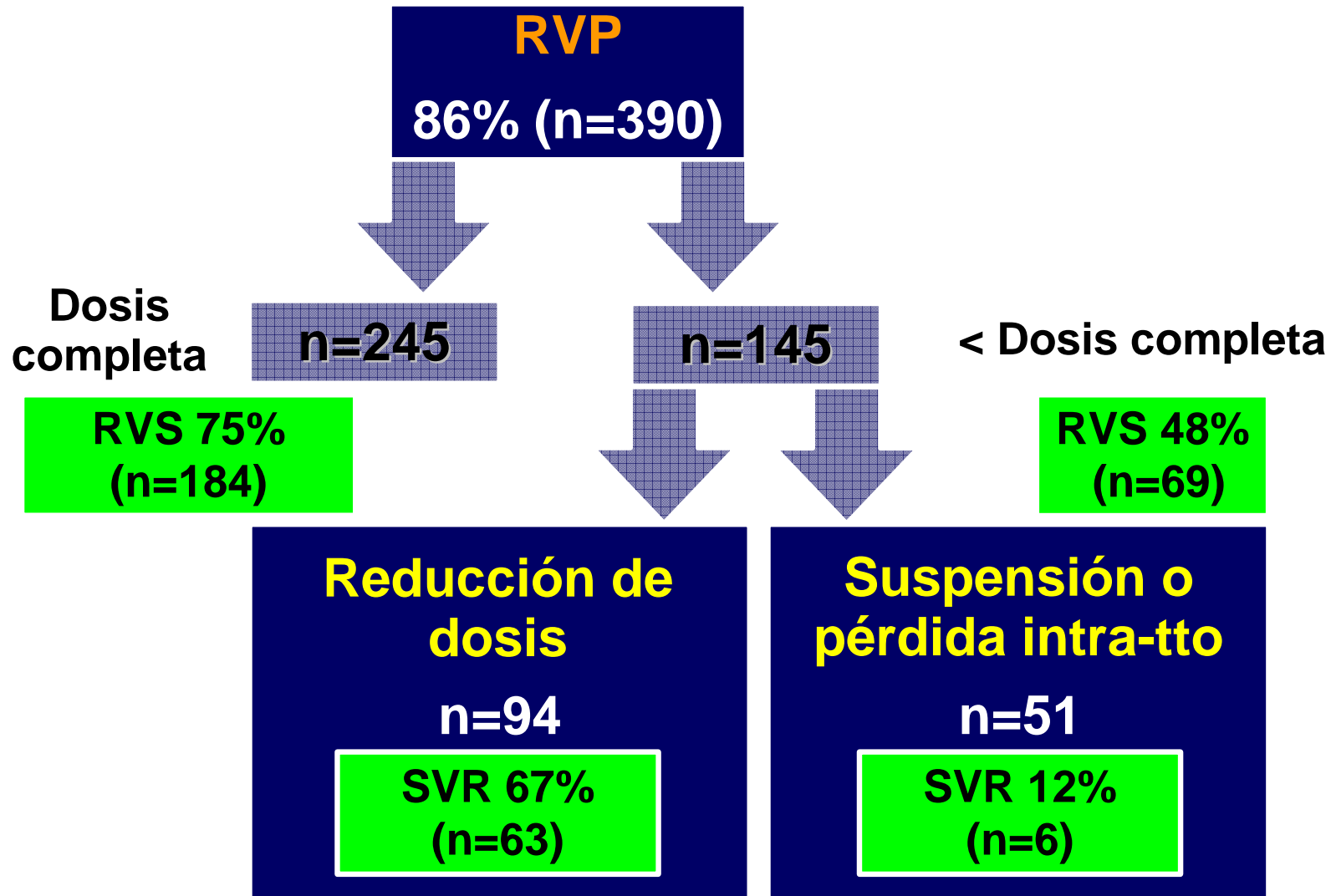


HEPATITIS C

CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

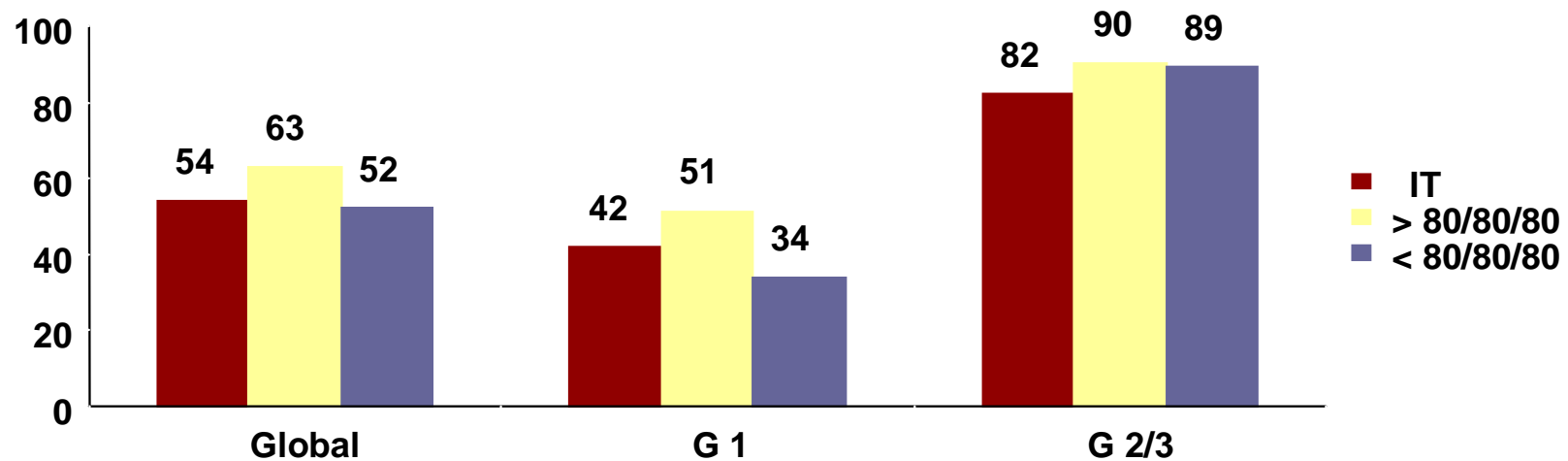
- ✓ Realización del tratamiento a dosis suficientes de interferón pegilado y ribavirina (> 80 %), durante el tiempo prescrito.
 - ✓ No incluye la retirada del tratamiento por parte del facultativo, debida a ausencia de respuesta.
- 

Peg-IFN alfa-2a más Ribavirina. Impacto de la adherencia.



La adherencia es un factor clave relacionado con la eficacia del tratamiento de la HCC

Peg-IFN alfa 2b + RBV



Mc Hutchinson JG; Gastroenterology 2002



Mejorar el cumplimiento

- Educación e información del paciente
- Sistemas de apoyo al paciente
- Manejo y control de los efectos adversos

MOTIVACIÓN



PROGRAMA DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Importancia de la atención multidisciplinar en el tratamiento de la hepatitis C como instrumento con el que poder mejorar la adherencia al tratamiento y por tanto, la eficacia del mismo.

%RVS con o sin programas de soporte multidisciplinar

•Collin E et al , AASLD 2008 (inclou co-infectats)	56,7% vs 40,4%,	p=0,01
•Garcia-Retortillo M et al , AASLD 2008. (mono infectats <i>naive</i>)	77,1% vs 61,9%,	p=0,006

EL EQUIPO DE ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

- Información estandar para el paciente
- Programa con calendario de visitas abierto y flexible durante todo el tratamiento.
- Control de la dispensación de medicamentos (recuento de pastillas y viales, cuestionarios).
- Manejo estandarizado de los efectos adversos:

- **Anemia**

- Sin riesgo cardiovascular o síntomas:

Hb > 10 mg/dl: mantener misma dosis

Hb < 10 mg/dl: disminuir dosis y considerar uso de epoetina alfa (EPO)

- Con riesgo cardiovascular o síntomas:

Hb < 2 puntos: disminuir dosis y

considerar uso de EPO.

○ **Neutropenia** < 500-700 mm³: disminuir dosis.

○ **Trombocitopenia** < 50*10⁹/L: disminuir dosis

○ **Hipo/Hipertiroidismo**: consulta inmediata con Endocrino.

○ **Alteraciones psiquiátricas**:

PHQ y HADS antes y en el mes 1, 3 y 6.

Si PHQ detecta una alteración significativa, programación de visita urgente con Psiquiatría. Iniciar tratamiento si necesario.

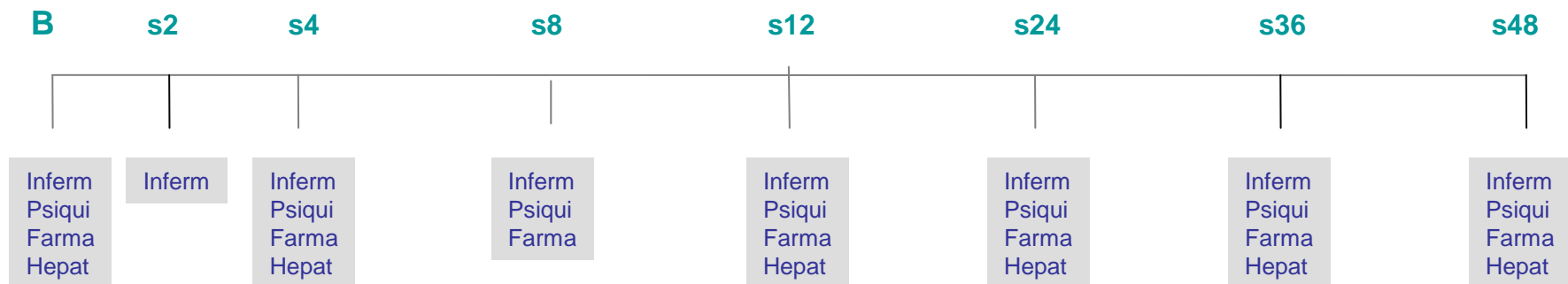
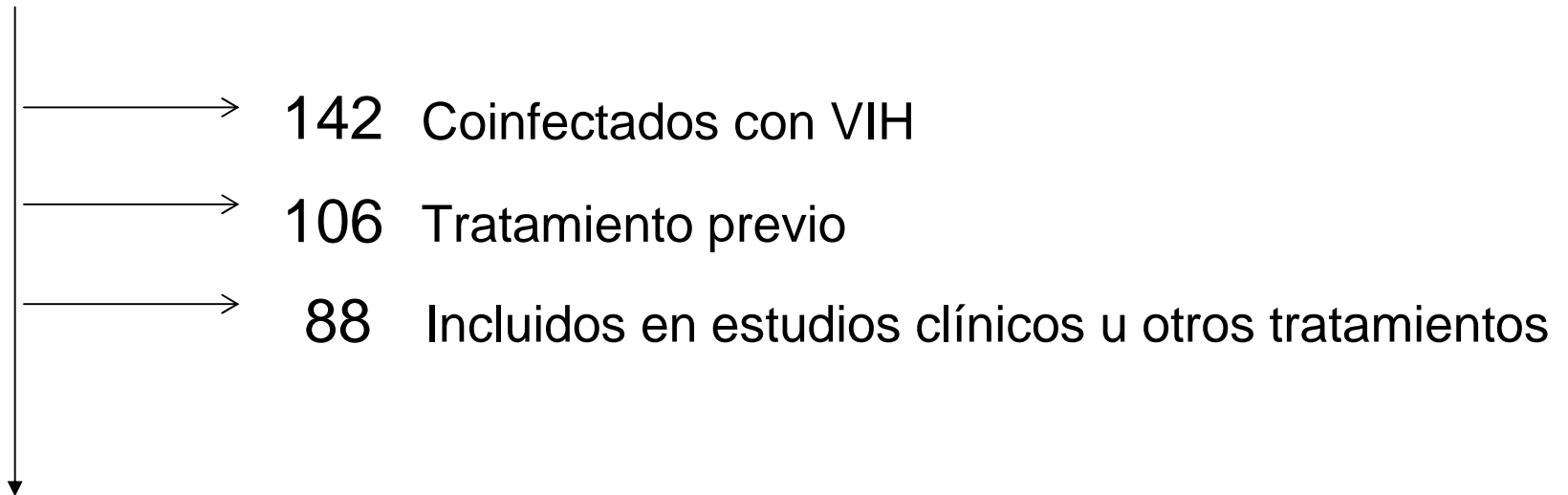


Diagrama de inclusión de pacientes

622 pacientes

**Hepatitis Crónica C: Candidatos a tratamiento
(Junio 2001-Junio 2006)**

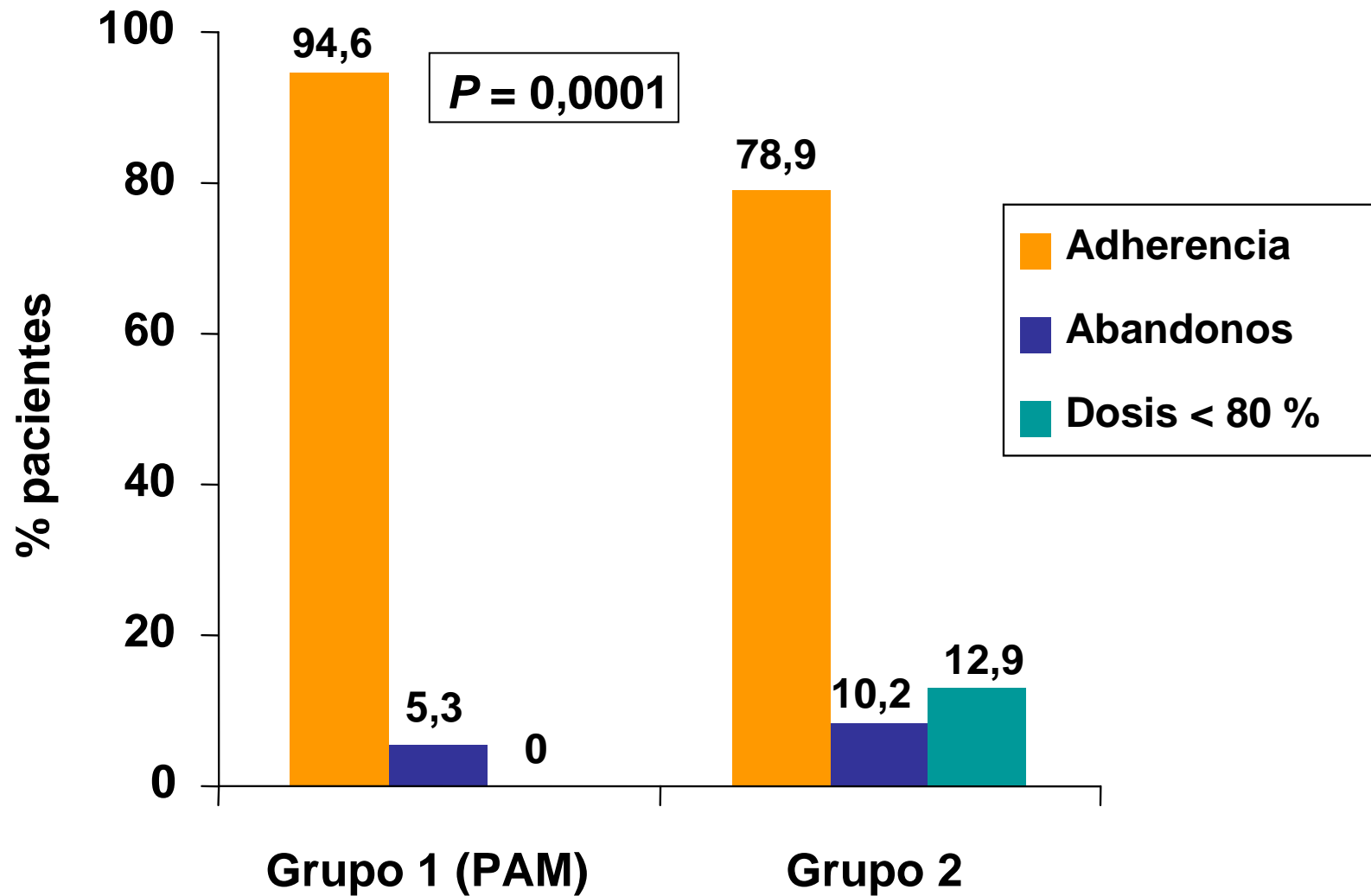


278 patients

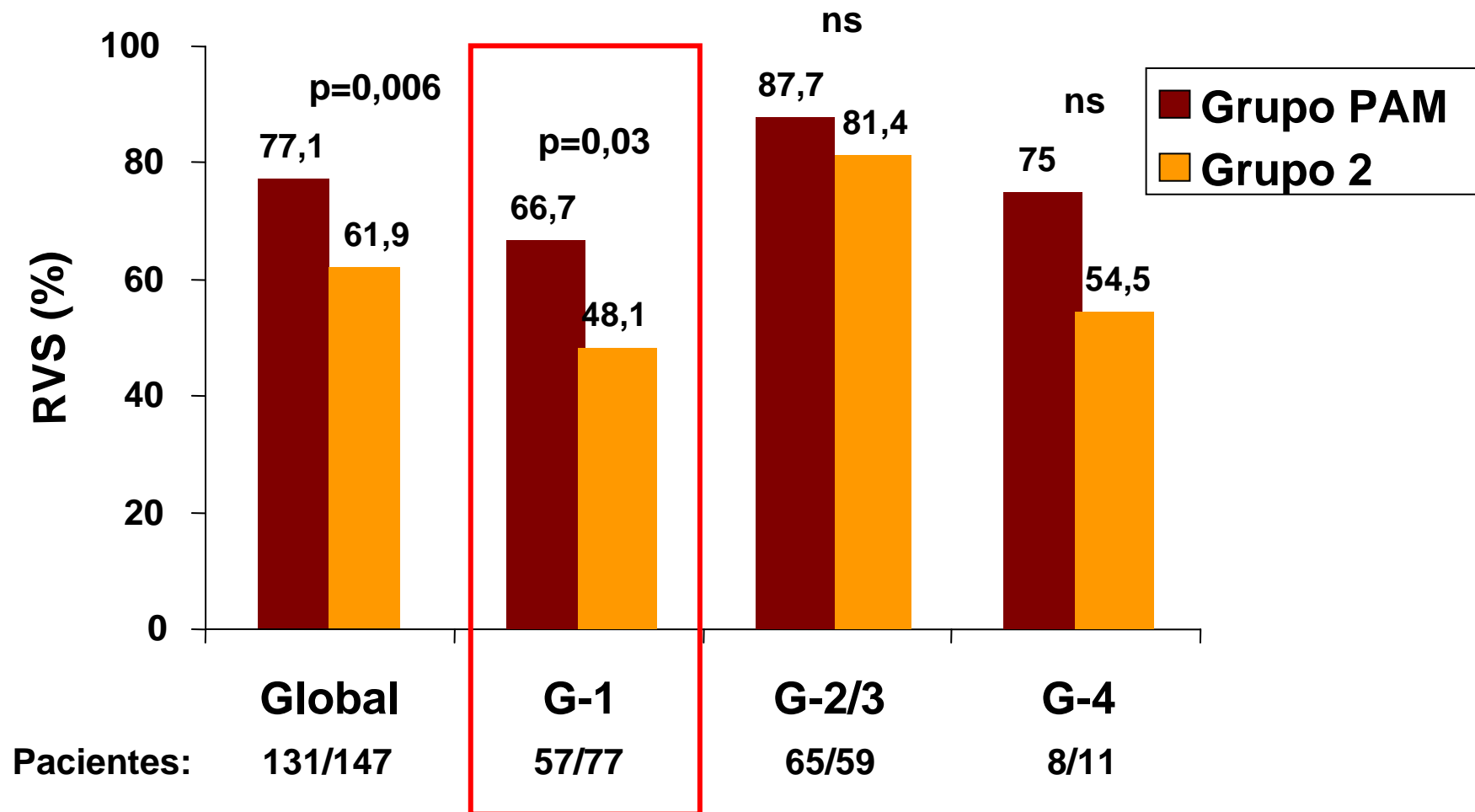
(2005-2006) Grupo 1: 131 incluidos en el PAM.

(2001-2004) Grupo 2: 147 abordaje convencional.

Adherencia al tratamiento



RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA



FACTORES PREDICTIVOS DE RVS

Global

Análisis multivariante

Factor	OR	IC 95%	P
Genotipo no 1	3,30	1,92-5,76	0,0001
Grupo 1 (PAM)	1,96	1,14-3,44	0,02


Genotipo 1

Factor	OR	IC 95%	P
Grupo 1 (PAM)	2,32	1,1-5	0,03
RNA-VHC > 800*10 ³ UI	0,47	0,22-0,97	0,04



OBJETIVO

Comparar los costes y el efecto de un programa de atención multidisciplinar (PAM) con la estrategia convencional de tratamiento de la hepatitis C con la finalidad de ayudar a optimizar la asignación de los recursos.



PACIENTES Y MÉTODOS

278 pacientes con hepatitis crónica C, mono infectados, sin tratamiento previo.

Grupo 1 (grupo PAM): 131 pacientes incluidos en el PAM (entre 2005-2006).

Grupo 2: 147 pacientes tratados según práctica habitual (entre 2002-2005).

Tratamiento con Peg-IFN alfa-2a más ribavirina según práctica habitual:

-genotipo 1/4: Peg-IFN alfa-2a 180mcg/sem más RIB (1000-1200 mg/24h), durante 48 semanas.

-genotipo 2/3: Peg-IFN alfa-2a 180mcg/sem más RIB (800mg/24h), durante 24 semanas.

ESTIMACIÓN DE COSTES

•Coste per RVS:

$$\text{Coste/RVS} = \frac{\text{Coste Grupo 1}}{\text{RVS Grupo 1}}$$

$$\text{Coste/RVS} = \frac{\text{Coste Grupo 2}}{\text{RVS Grupo 2}}$$

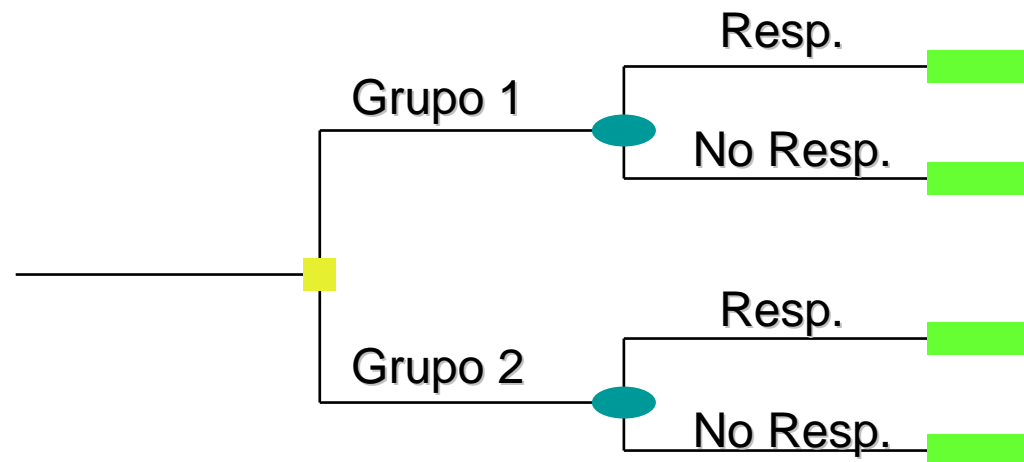
•**Ratio coste-efectividad incremental (ICER):** coste que supone conseguir una unidad adicional de efectividad al cambiar de una estrategia a la otra.

$$\text{ICER} = \frac{\text{Coste Grupo 1} - \text{Coste Grupo 2}}{\text{RVS Grupo 1} - \text{RVS Grupo 2}}$$

ESTIMACIÓN DE COSTES

Se construyeron modelos de árboles de decisión (para los diferentes genotipos) para realizar la estimación del ratio incremental de coste-efectividad (ICER) del PAM vs la estrategia convencional.

La efectividad se midió en términos de RVS.





ESTIMACIÓN DE COSTES

Costes Médicos Directos:

- **Coste de la medicación para la hepatitis C.**
- **Coste del personal (tiempo dedicado).**

Los datos de Coste Unitario se obtuvieron:

- **Base de datos española sobre el Gasto Sanitario**

<http://www.oblikue.com/bddcostes>.

- **Catálogo español de medicamentos.**

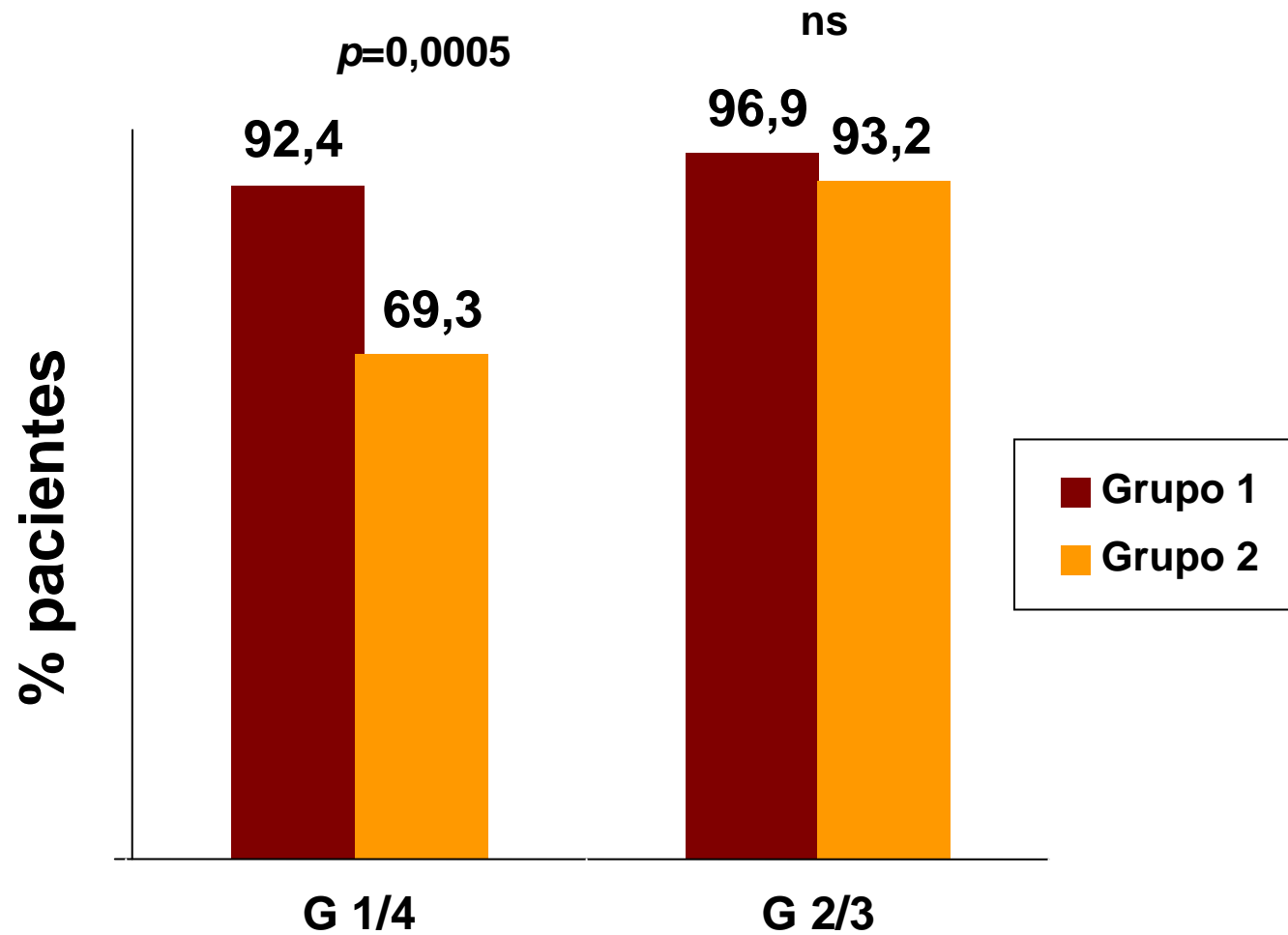
<http://www.portalfarma.com>.



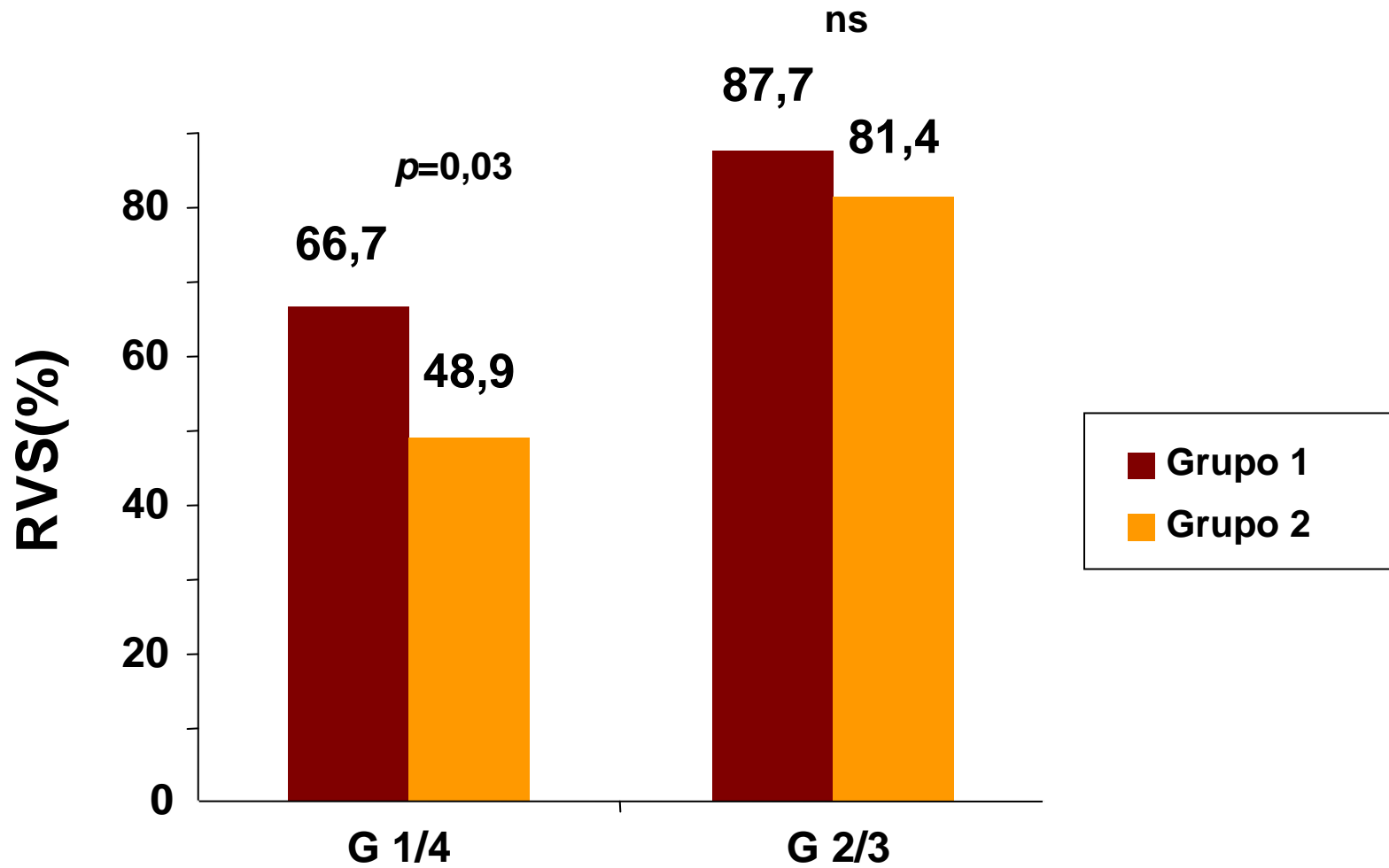
USO DE RECURSOS Y ESTIMACIÓN DE COSTES

	Horas Totales	Coste
GRUPO 1 (n=131)		
Hepatólogo	160	31,18 €/h
Enfermera	320	19,60 €/h
Psicólogo	140	58,04 €/h, 1ª visita 29,02 €/h, sucesivas
Farmacéutico	140	27,32 €/h
Asistente	160	16,56 €/h
GRUPO 2 (N=147)		
Hepatólogo	160	31,18 €/h
Enfermera	40	19,60 €/h
COSTE DE LA MEDICACIÓN		
PegIFN alfa-2a		1,063 €/mcg
Ribavirina		0,017 €/mg

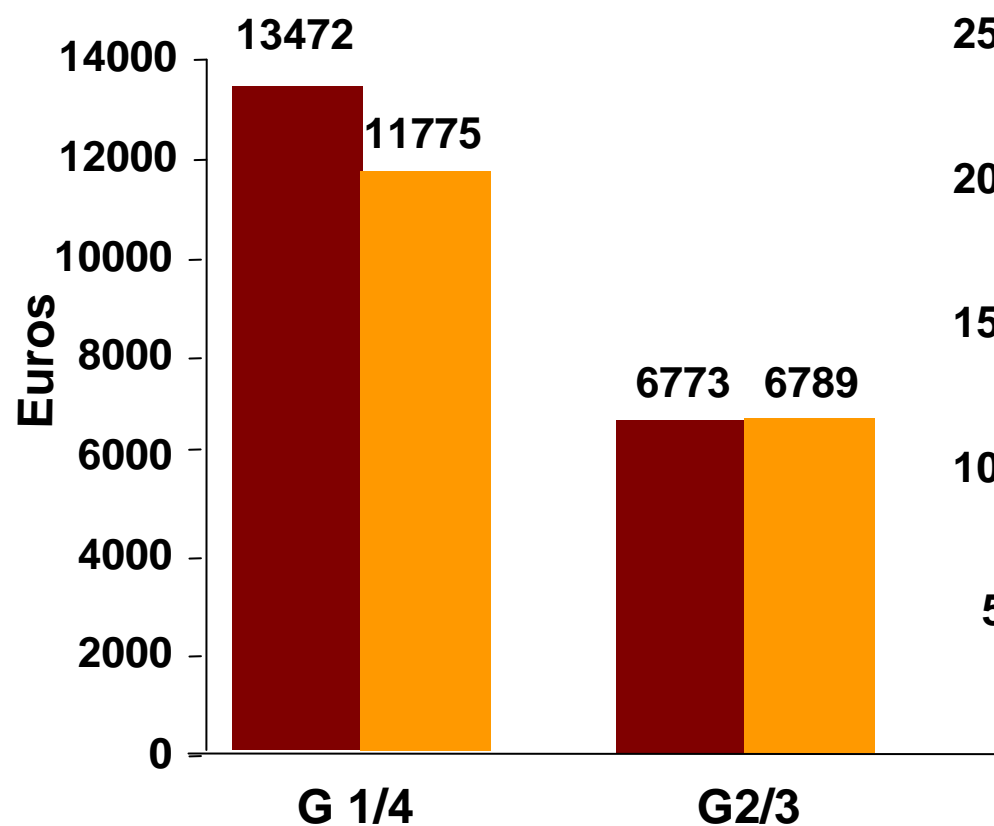
Adherencia al tratamiento



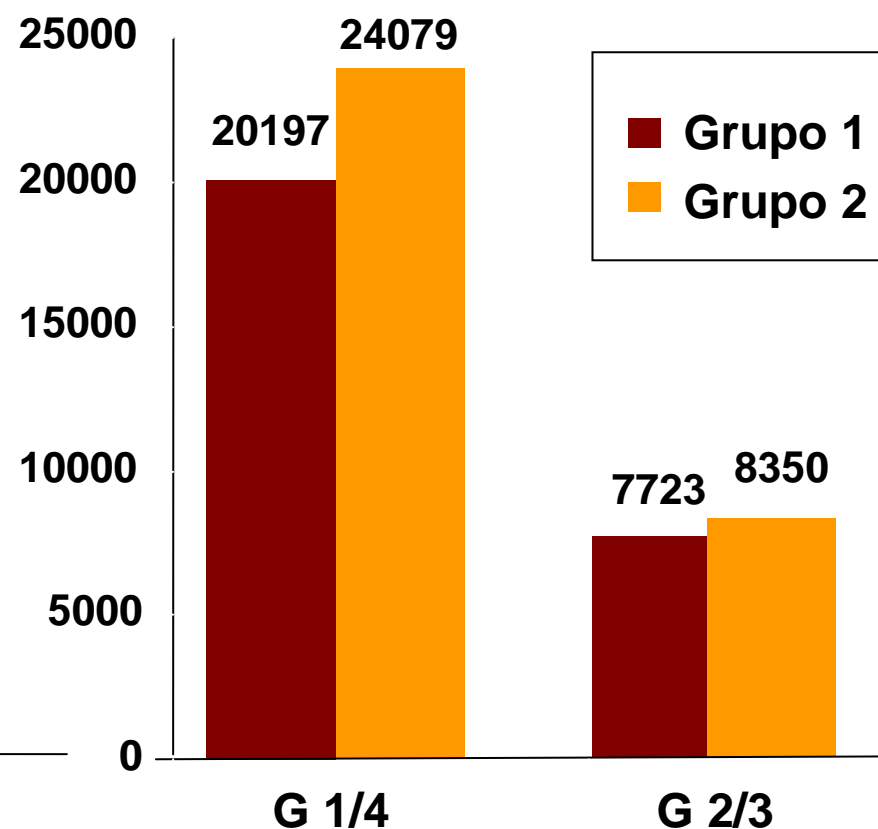
Eficacia del tratamiento



COSTE MEDIO POR PACIENTE



COSTE POR RVS




G 1/4: ICER 9533,31 €

G 2/3: ICER negativo (=Grupo 1 dominante)



CONCLUSIONES

- **La atención multidisciplinar en el tratamiento de la hepatitis C aumenta la adherencia y la eficacia del tratamiento antiviral respecto al abordaje convencional.**
 - **El aumento de la eficacia de PAM se traduce en una disminución del coste económico por paciente con RVS, lo que podría constituir una estrategia coste-efectiva.**
- 



*Equipo del PAM para el tratamiento de la hepatitis C
Hospital del MAR, 2007*