

PO-014

SECUCENCIA DE TRATAMIENTO ÓPTIMA PARA EL TRATAMIENTO DEL MIELOMA MÚLTIPLE EN ESPAÑA UN MODELO SECUCENCIAL

Quintana Plaza J¹, Villergas A¹, Parra Gabilondo R¹, Palomera Bernal L², Ocio San Miguel EM³, Sampol Mayol A⁴, Gironella Mesa M⁵, Sanchez Godoy P⁶, Martínez Chamorro MC⁷, De la Rubia Comos FJ⁸, Sabater E⁹, Oyagüez I⁹

¹Janssen Cilag; ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; ⁴Hospital Universitari Son Espases; ⁵Hospital Universitari Vall d'Hebron; ⁶Hospital Universitario Severo Ochoa; ⁷Hospital Universitario Quirónsalud Madrid; ⁸Hospital Universitario Doctor Peset; ⁹PORIB

Introducción: El mieloma múltiple (MM) se sigue considerando una enfermedad incurable. Sin embargo, con la disponibilidad de nuevos fármacos, las opciones de tratamiento para pacientes de MM han incrementado drásticamente, aumentando a su vez su supervivencia. Esto hace que sea necesario evaluar la secuencia de tratamiento más apropiada, en lugar de los regímenes de manera aislada. Junto con la seguridad y la eficacia, la evaluación económica se está convirtiendo en una herramienta cada vez más útil y necesaria en la toma de decisiones.

Objetivos: El estudio tiene como objetivo estimar los beneficios y costes de las secuencias de tratamiento en el MM más comunes para establecer un umbral de eficiencia y determinar la ratio coste-eficacia incremental (ICER) entre las secuencias.

Métodos: Se diseñó un modelo de Markov con 5 estados de salud que representan líneas de tratamiento (1^a, 2^a, 3^a y posteriores) y muerte, con 3 subestados relacionados con la respuesta (respuesta completa [CR], respuesta parcial [PR] y no respuesta [NR]) para simular la transición de pacientes (cada 4 semanas) a lo largo del curso de la enfermedad. Un consejo de hematólogos definió veinte posibles secuencias de tratamiento, como las más utilizadas en la práctica clínica en España. Una revisión de la literatura permitió la identificación de los estudios para estimar las tasas de respuesta específica de cada terapia y los eventos adversos (EA), junto con el tiempo de progresión dependiente de la respuesta requerido para modelar la transición entre las líneas terapéuticas sucesivas y los valores de utilidad necesarios para evaluar la calidad de vida de los pacientes para poder estimar la variable principal del estudio AVAC. Se utilizó la perspectiva económica del sistema nacional de salud. Para la estimación del coste total (€, 2018) se consideró el coste de adquisición y administración de medicamentos y los costes de manejo de EA y de seguimiento de los pacientes. Los costes farmacéuticos se calcularon con precios públicos y considerando la posología autorizada en las fichas técnicas de los productos. Los costes de administración intravenosa (289,69 € / infusión) y del manejo de EA (anemia [868 €], evento cardiovascular [2,211 €], infecciones [1,819 €], neuropatía [457 €], neutropenia [382 €] y trombocitopenia [520 €]) se obtuvieron de la base de datos de costes locales. Finalmente se calculó la frontera de eficiencia, que identifica el conjunto de estrategias que dominaron (es decir, fueron más efectivas y menos costosas) al resto de secuencias.

Resultados: Rd→Dvd→KRd (3.62 AVAC) y VMP→Rd→D (3.06 AVAC) fueron las secuencias más y menos eficaces, respectivamente.

La secuencia con el coste asociado más alto fue VMP-Kd-DRd y con el más bajo VMP-Rd-Dara monoterapia. La secuencia con el coste €/AVAC y el coste incremental por AVAC más bajo fue VMPlite-DVd-Po (Pomalidomida) Cy (ciclofosfamida) dex (61.740 €/AVAC).

Conclusiones: La evaluación de las secuencias terapéuticas es clave para la toma de decisiones médica. Asumiendo las limitaciones existentes, estos resultados sugieren que el ICER (ratio coste-eficacia incremental) más bajo entre secuencias es de 38.214,07 € (VMP-RD-Dmonot vs VMPlite-DVd-PoCydex) y el ICER más alto es de 5.409.482,28 €/AVAC (VMPlite-DVd-KRd vs Rd-DVd-KRd). Las terapias más eficientes son aquellas que logran y mantienen una respuesta máxima en las primeras etapas de la enfermedad. La combinación daratumumab con bortezomib y el inicio del tratamiento con secuencias que contienen bortezomib parecen estar asociados con resultados más coste eficientes.

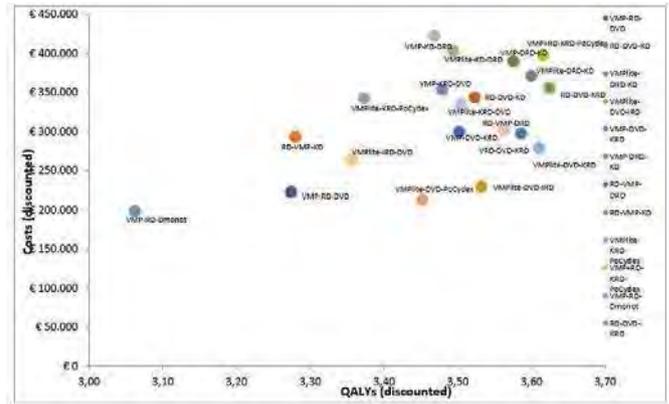


Figura 1.

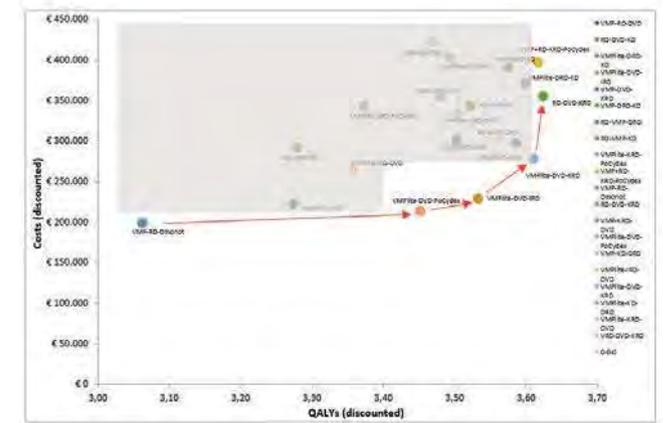


Figura 2.

Table 1.

Secuencias que forman la frontera de la eficiencia	ICER vs			
	VMP-RD-Dmonot	VMPlite-DVD-PoCydex	VMPlite-DVD-IRD	VMPlite-DVD-KRD
VMP-RD-Dmonot				
VMPlite-DVD-PoCydex	38.214,07 €			
VMPlite-DVD-IRD		192.761,57 €		
VMPlite-DVD-KRD			640.623,17 €	
Rd-DVD-KRD				5.409.482,28 €

PO-015

IMPACTO DE LA RESPUESTA PREVIA A LENALIDOMIDA EN LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE LA RECAÍDA CON POMALIDOMIDA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

Poveda Ganga C¹, Martínez Montesinos L¹, Sánchez Fuentes A¹, Clavijos Bautista S¹, García Malo MD¹, Vicente V¹, De Arriba F¹

¹Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

Introducción: La pomalidomida (POM) está aprobada para la terapia del Mieloma Múltiple (MM) en recaída en fases avanzadas, en enfermos tratados previamente con lenalidomida (LEN) e inhibidores del proteosoma. La progresiva incorporación de LEN en el tratamiento del MM de nuevo diagnóstico ha puesto el foco en POM y su valor en el manejo de la primera recaída. Los objetivos de este trabajo han sido: 1) evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con POM en nuestra práctica clínica y 2) identificar algunos factores que pueden influir en la respuesta del MM a esta terapia.

Material y métodos: Evaluamos de manera retrospectiva los 33 enfermos con MM en recaída que iniciaron tratamiento con POM entre 1-sept-2013 y 30-abr-2019. Definimos la recaída como agresiva si en el momento de iniciar el tratamiento se cumplía uno o más de los siguientes criterios: progresión con plasmocitomas extramedulares, duplicación del componente monoclonal en menos de 4 semanas, trombopenia <40