

zada en Colombia. **METODOLOGÍAS:** Mediante un modelo de Markov se estimaron desenlaces clínicos y uso de recursos asociados al manejo de TNE. El modelo consta de 3 estadios: enfermedad estable, enfermedad progresiva y muerte. Las probabilidades de transición entre estadios fueron calculadas a partir de la literatura. Las variables de costos y su frecuencia de uso fueron validadas con expertos clínicos. Los costos de los recursos asociados a la enfermedad se extrajeron de instituciones públicas y privadas en Colombia. El horizonte temporal fue de 10 años con una tasa de descuento del 3% anual. **RESULTADOS:** El modelo nos permitió estimar que en grupo de pacientes con TNE, la progresión de la enfermedad estaría presente en un 69,3% de los pacientes y un 24,2% adicional, fallecería al cabo de diez años de seguimiento. En promedio, cada paciente acumularía 3,4 años libres de progresión. Los costos médicos directos asociados al manejo de la enfermedad estable es de aproximadamente US\$3,738, mientras el costo anual asciende a US\$51,333 para la enfermedad progresiva. Después de diez años, el costo promedio acumulado por paciente alcanzaría US\$254,690. Según los estimados de incidencia, en Colombia, se presentarían 176 nuevos casos por año, y según la distribución de los pacientes y el nivel de progresión, los costos médicos directos asociados a esta patología podrían superar US\$ 1,400,000 al año. **CONCLUSIONES:** El impacto financiero de los TNE en el sistema de salud en Colombia es sustancial. Alternativas de tratamiento que extiendan el tiempo libre de progresión de la enfermedad y reduzcan la mortalidad pueden tener un efecto favorable para el sistema de salud colombiano.

#### PCN4

##### COSTO-EFECTIVIDAD DE OCTREOTIDE COMPARADO CON TERAPIA DE SOPORTE USUAL PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES NEUROENDOCRINOS EN COLOMBIA

Ruiz A<sup>1</sup>, Alfonso-Cristancho R<sup>2</sup>, Mejía A<sup>1</sup>, Gonzalez D<sup>3</sup>, Maestre K<sup>4</sup>, Herran S<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>RANDOM Foundation, Bogotá, Colombia, <sup>2</sup>University of Washington, Seattle, WA, USA, <sup>3</sup>Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia, <sup>4</sup>Novartis Pharma AG, Bogotá, Colombia  
**OBJETIVOS:** Estimar la costo-efectividad de octreotide LAR comparada con terapia de soporte usual (TS) para el tratamiento de tumores neuroendocrinos (TNE) avanzados de intestino medio en Colombia desde la perspectiva del pagador. **METODOLOGÍAS:** En un modelo de Markov se simuló una cohorte de pacientes con TNE asignándolos a tratamiento con TS o TS más octreotide. El modelo, que comprende 3 estadios de salud (enfermedad estable, enfermedad progresiva y muerte), permite la estimación de desenlaces clínicos, uso de recursos y costos asociados al manejo de la enfermedad. Las probabilidades de transición fueron calculadas a partir de la literatura. Los costos médicos directos de los recursos asociados a la enfermedad se obtuvieron de instituciones públicas y privadas en Colombia, y fueron validados por expertos clínicos. El horizonte temporal fue de 10 años, aplicando una tasa de descuento del 3% anual a los costos y la efectividad. **RESULTADOS:** Después de 10 años de seguimiento, 69,3% de los pacientes con TNE habían progresado y 24,2% habían muerto con TS comparado con 57,5% de progresión y 12,4% de mortalidad con octreotide. En promedio, los pacientes con TS alcanzaron 3,2 años libres de progresión (LP) versus 5,2 LP con octreotide. Los costos médicos directos de TS en enfermedad estable alcanzaron US\$ 3,738, comparado con US\$ 51,333 para enfermedad progresiva. Para el grupo con octreotide, los costos alcanzaron US\$ 20,739 y US\$ 58,505, respectivamente. La razón incremental de costo-efectividad por año de vida ganado libre de progresión con octreotide es de US\$ 16,062 (US\$ 8,217-US\$ 26,107). Los análisis de sensibilidad para los costos y la efectividad demostraron la robustez del modelo. **CONCLUSIONES:** En Colombia, la adición de octreotide a TS para el manejo de TNE de intestino medio parece ser una alternativa costo-efectiva, aumentando el tiempo libre de progresión y disminuyendo la mortalidad.

#### PCN5

##### EFECTIVIDAD CLÍNICA Y COSTO-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA PARA CARCINOMA METASTÁSICO DE CÉLULAS RENALES

Romero M, Díaz E, Malagon J  
 Fundación Salutia, Bogotá, Colombia

**OBJETIVOS:** Revisar la literatura existente para determinar cuál es la mejor alternativa desde efectividad y costos para el tratamiento de segunda línea para Carcinoma Renal Metastásico (CCRM) en Colombia. **METODOLOGÍAS:** Se realizó una revisión de la literatura científica publicada entre enero de 2000 y diciembre de 2010 en las bases de datos de Pubmed, EBSCO, BEST PRACTICE, LILACS, Cochrane y Google Scholar, usando combinaciones de términos MESH. La calidad de los artículos seleccionados fue evaluada usando los criterios Bobenrieth Astete por dos investigadores independientes. Los costos de atención fueron estimados tomando los costos unitarios de tratamiento establecidos de una media de precio de mercado a precios de 2010 y a las dosis de manejo promedio identificadas en la revisión de literatura. Al momento del estudio solo se encuentran disponibles en Colombia Bevacizumab, Everolimus, Sorafenib y Sunitinib para tratamiento de CCRM. **RESULTADOS:** Se seleccionaron 83 artículos entre guías de Práctica Clínica, meta análisis, revisiones sistemáticas y estudios primarios. En segunda línea de tratamiento, ante el fallo con antiangiogénicos y/o citoquinas, que son la primera opción para primera línea, Everolimus mejora supervivencia libre de progresión comparado contra placebo (4,9 meses vs. 1,9 meses). En el caso de fallo en la terapia inicial con IL2, la terapia de elección son inhibidores de la tiroxina quinasa. Sin embargo, esto corresponde menos del 5% de los casos. No se encontró evidencia suficiente para soportar el uso de la terapia secuencial en CCRM. Los costos de tratamiento promedio mensual con Everolimus fueron de US\$ 660, menor que la mayoría de tratamientos utilizados en primera línea. **CONCLUSIONES:** De la información disponible, Everolimus es la mejor alternativa terapéutica para segunda línea con mayor evidencia de efectividad y costos favorables para el sistema de salud colombiano.

#### PCN6

##### EVALUACION ECONOMICA DEL DASATINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA EN PACIENTES RESISTENTES AL IMATINIB EN CHILE

Orozco J<sup>1</sup>, Valencia JE<sup>2</sup>, Aiello E<sup>3</sup>, Caputo M<sup>4</sup>  
<sup>1</sup>Universidad CES, Medellín, Colombia, <sup>2</sup>Bristol-Myers Squibb, Bogotá, Colombia, <sup>3</sup>Bristol-Myers Squibb, Buenos Aires, Argentina, <sup>4</sup>Bristol-Myers Squibb, Santiago de Chile, Chile

**OBJETIVOS:** Dentro del tratamiento de la Leucemia Mieloide Crónica (LMC) en Chile y con base en un modelo económico realizado previamente por el York Health Economics Consortium, se compararon los costos y la relación de costo-efectividad de 100 mg/día y 140 mg/día de dasatinib, de 800 mg/día de nilotinib y el uso de dosis mayores de imatinib (800 mg/día), para cada fase de la enfermedad (crónica, acelerada y blástica), en pacientes con resistencia o intolerancia a la dosis habitual de imatinib. **METODOLOGÍAS:** Se utilizó un modelo de Markov, con una cohorte hipotética de 10.000 pacientes con LMC en sus tres fases, durante toda la vida y con una tasa de descuento del 3,5% para los costos y beneficios. Los resultados incluyeron los costos de cada alternativa de tratamiento con dasatinib, nilotinib o imatinib y los QALYs ganados. Los costos se expresan en Pesos Chilenos del año 2010. **RESULTADOS:** En fase crónica dasatinib 100 mg/día produjo una mayor cantidad de QALYs con 6,65 y la menor relación de costo-efectividad en las tres fases. En relación con los otros tratamientos con 31.658.391, 42.056.630 y 70.436.294 CLP por QALY ganado. **CONCLUSIONES:** Dasatinib 100 mg/día mostró mejores relaciones de costo-efectividad que nilotinib 800 mg/día y que imatinib 800 mg/día para el tratamiento de pacientes con resistencia o intolerancia a la dosis habitual de imatinib en la fase crónica. Dasatinib 140 mg/día, mostró tener mejor relación de costo efectividad que el imatinib 800 mg/día y que nilotinib 800 mg/día en fase acelerada, y que imatinib 800 mg/día en fase blástica. Aunque hubo un aumento de los costos en general, especialmente debido al dasatinib 140 mg/día, este hecho se explica por el aumento en años de vida ganados y, en consecuencia, el mayor uso de medicamentos y recursos médicos.

#### PCN7

##### IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL TRATAMIENTO EN PRIMERA LÍNEA PARA CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO BASADO EN XELOX + ANTI-VEGF O XELOX + ANTI-EGFR

Gomez E, Torrecillas L, Cervantes L  
 Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, México, D.F., México

**OBJETIVOS:** Realizar una evaluación de impacto presupuestario del tratamiento en primera línea del cáncer colorrectal metastásico (CCRM) tratado con XELOX+anti-VEGF (Capecitabina+ Oxaliplatino+ anti-VEGF) o XELOX+anti-EGFR (Capecitabina+ Oxaliplatino + Anti-EGFR) en el Centro Médico Nacional (CMN) 20 de Noviembre del ISSSTE en la Ciudad de México. **METODOLOGÍAS:** Se realizó un análisis de impacto presupuestario de los pacientes con CCRM en el que se incluyeron los costos directos (quimioterapia, biológico y premedicación) de cada tratamiento. Se tomó en cuenta un escenario de 6 ciclos, con un intervalo de 21 días para cada uno. Los costos de los insumos se tomaron de las tarifas estimadas del CMN ISSSTE 20 de Noviembre, utilizándose la metodología de microcosteo de procesos. Los resultados de efectividad se adecuaron a la presencia o ausencia de la mutación del gen KRAS. **RESULTADOS:** El costo por tratamiento de XELOX+anti-VEGF fue de 283,963 MXP vs. 480,244 MXP para XELOX+anti-EGFR. Un análisis de sensibilidad comprobó que el costo del biológico representa aproximadamente 80% del costo del tratamiento. Adicional a esto, la efectividad de XELOX+anti-VEGF es superior que a la de XELOX+anti-EGFR para los casos de KRAS silvestre y KRAS mutado. **CONCLUSIONES:** XELOX+anti-VEGF es un tratamiento más barato y más efectivo que XELOX+anti-EGFR (+196,281). Por cada paciente tratado con XELOX+anti-EGFR se pueden tratar 1.6 pacientes con XELOX+anti-VEGF y tener más probabilidad de éxito clínico dada la mayor eficacia sin importar si el gen KRAS es silvestre o mutado. El enorme diferencial de costo (+98%) con respecto a XELOX+anti-EGFR proviene del alto costo del biológico de la aplicación semanal (3 por ciclo) y la dosis de impregnación que el anti-EGFR requiere.

#### PCN8

##### COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF AN OPIOID IN COMBINATION WITH GABAPENTIN VERSUS MONOTHERAPY FOR THE TREATMENT OF NEUROPATHIC PAIN

Galindo L<sup>1</sup>, Guajardo J<sup>1</sup>, Plancarte R<sup>1</sup>, Cerezo O<sup>2</sup>, Najera E<sup>3</sup>, Gonzalez I<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>National Cancer Institute, México, Tlalpan, México, <sup>2</sup>Oncology National Institute, México D.F., México, <sup>3</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, México, Coyocacan, México

**OBJETIVOS:** This study aimed to compare the cost-effectiveness of gabapentin combined with an opioid versus gabapentin monotherapy for the management of neuropathic cancer pain. **METHODS:** Randomized controlled trial aimed to compare monotherapy versus combined therapy to control neuropathic pain, in a subset of cancer/HIV-AIDS/Chemotherapy/PHN/DN patients. Patients were randomized to one of the following treatment protocols: 1) gabapentin and opioid combination (GO group), and 2) Gabapentin monotherapy (GG group) both groups are titrated according to pain response. Changes in pain intensity, DN-4, patient satisfaction and analgesic drug consumption were evaluated at 0, 7, 30, 60 and 90 days. Side effects were also recorded. We carried out an interim analysis in order to keep recruit patients for the entire protocol. **RESULTS:** Fifty-four patients diagnosed with neuropathic pain were included. Forty-nine patients completed the study. These data suggest that GO treatment provides better relief of neuropathic pain in cancer patients compared with monotherapy. Besides, the GO treatment is a very-high cost-effectiveness alternative, cause in countries like Mexico the threshold falls below 1 GDP per capita. **CONCLUSIONS:** Our preliminary clinical observation shows that the addition of gabapentin to an opioid analgesic (tramadol + gabapentin) is safe with fewer side effects and demonstrate greater effectiveness