

ARTÍCULO ORIGINAL

Conocimientos y percepciones de los Oncólogos ecuatorianos sobre manejo y acceso a medicamentos en cáncer renal metastásico

Knowledge and perception of Ecuadorian oncologists about handling and access to medicines in metastatic renal cancer

Fausto Gady Torres Toala¹, Tannia Soria², Andrea Moreno³, Erika Ruilova⁴, Paulina Irigoyen⁵

¹ Investigador principal, Makroskopio Servicios de Salud. Quito, Ecuador.

² Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA. Quito, Ecuador.

³ Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador.

⁴ Hospital SOLCA Machala, Ecuador.

⁵ Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas del Ecuador.

RESUMEN

Introducción: el cáncer renal es una patología que, al igual que otras neoplasias, si se diagnostica tempranamente puede tener un mejor pronóstico. La variabilidad clínica es un factor que puede afectar su diagnóstico.

Objetivo: evaluar el nivel de conocimientos y las percepciones de los médicos oncólogos clínicos ecuatorianos sobre el cáncer renal metastásico.

Metodología: se realizó un estudio de corte transversal. La información fue recolectada a través de una encuesta diseñada para esta investigación.

Resultados: la variabilidad de conocimientos de los profesionales fue baja, la experiencia en su práctica asistencial con medicamentos complejos es amplia, principalmente con sunitinib, la decisión de manejo sistémico del cáncer metastásico se consigue a partir de grupos de pares o multidisciplinarios, pero siempre se priorizan criterios clínicos antes que administrativos.

Conclusiones: los oncólogos tienen baja variabilidad en los conocimientos y amplia experiencia en el uso de medicamentos complejos, sin embargo, la situación de acceso a medicamentos de alto costo es un factor presente en la mayoría.

Palabras claves: neoplasias renales, conocimientos, actitudes y práctica en salud.

ABSTRACT

Introduction: Renal cancer is a pathology that, like other neoplasms, if it is early diagnosed, it can have a better prognosis. The clinical variability is a factor that could affect its diagnosis.

Autor correspondiente:

Dr. Fausto Gady Torres Toala

Dirección: Vicente Cárdenas E5-78. Quito, Ecuador.

Teléfono: +593.995612493

Correo electrónico: gtorres@makroskopio.com

Artículo recibido: 16 enero 2017 Artículo aceptado: 23 enero 2017

Objective: To evaluate the knowledge level and the perceptions about metastatic renal cancer of the Ecuadorian clinical oncologists.

Methodology: This was cross-sectional study. The information was collected using a survey designed for this research study.

Results: The variability in the knowledge of the professionals was low. Their experience in their care practice with complex medicines was wide, specially with sunitinib. The decision of systemic handling of the metastatic cancer was achieved from peers or multidisciplinary groups but always clinical criterion were prioritized over the administrative ones.

Conclusions: The oncologists had low variability in their knowledge and wide experience in the use of complex medicines, however, the situation of access to high cost medicines was a factor present in the majority.

Keywords: renal neoplasms, knowledge, attitudes and practice in health.

INTRODUCCIÓN

Los carcinomas de células renales (CCR), que se originan dentro de la corteza renal, son responsables del 80 al 85 por ciento de todas las neoplasias renales primarias. Los carcinomas de células transicionales de la pelvis renal son el siguiente más común (aproximadamente el 8 por ciento). Otros tumores del parénquima epiteliales, como oncocitomas, tumores de los conductos colectores y los sarcomas renales, ocurren con poca frecuencia. Nefroblastoma o tumor de Wilms es común en los niños (de 5 a 6 por ciento de todos los tumores renales primarias), mientras que el carcinoma medular renal es una forma poco frecuente de CCR observa en la enfermedad de células falciformes⁽¹⁻³⁾.

A nivel mundial, la incidencia de carcinoma de células renales se comporta de manera heterogénea. Existen países y regiones como República Checa y norte de América con las tasas más elevadas⁽⁴⁾. En los Estados Unidos hay aproximadamente 63.000 nuevos casos y 14.000 muertes por casi cada año y en la Unión Europea aproximadamente 84.000 casos de CCR y 35.000 muertes⁽⁴⁻⁸⁾. En Ecuador tenemos un reporte de prevalencia acumulada de 9,66 en 5 años por cada 100.000 habitantes en ambos sexos, ocupando el quinto lugar⁽⁵⁾.

La incidencia de CCR está en aumento, esto ha sido demostrado en varias publicaciones y registros administrativos regionales y globales^(4,9-12). Existen muchos avances en el manejo del CCR, sin embargo existen muchos pacientes que son diagnosticados en estadio avanzado, el cual por si solo es un factor de riesgo independiente para un mal pronóstico⁽¹³⁻¹⁵⁾.

La presencia de variabilidad clínica es un factor que incide en los resultados del manejo de una enfermedad o problema de salud, además que podría exponer a riesgos legales al profesional de la salud⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Este estudio intenta demostrar el estado de los conocimientos y percepciones de los médicos especialistas en relación al CCR avanzado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal. Se incluyeron 37 médicos especialistas en Oncología Clínica de Ecuador, a quienes se les aplicó una encuesta que fue desarrollada para este estudio durante el año 2016, la misma se estructuró en temas de conocimiento de diagnóstico y tratamiento y percepciones de acceso al medicamento.

Las preguntas seleccionadas para ser parte de la encuesta fueron revisadas y validadas por los autores que son expertos en Oncología y en Salud Pública, cada pregunta tiene evidencia científica de respaldo.

Esta investigación, al ser observacional y no incluir datos directos de pacientes, no requirió aprobación por el Comité de Bioética.

Los autores no recibieron ninguna subvención económica.

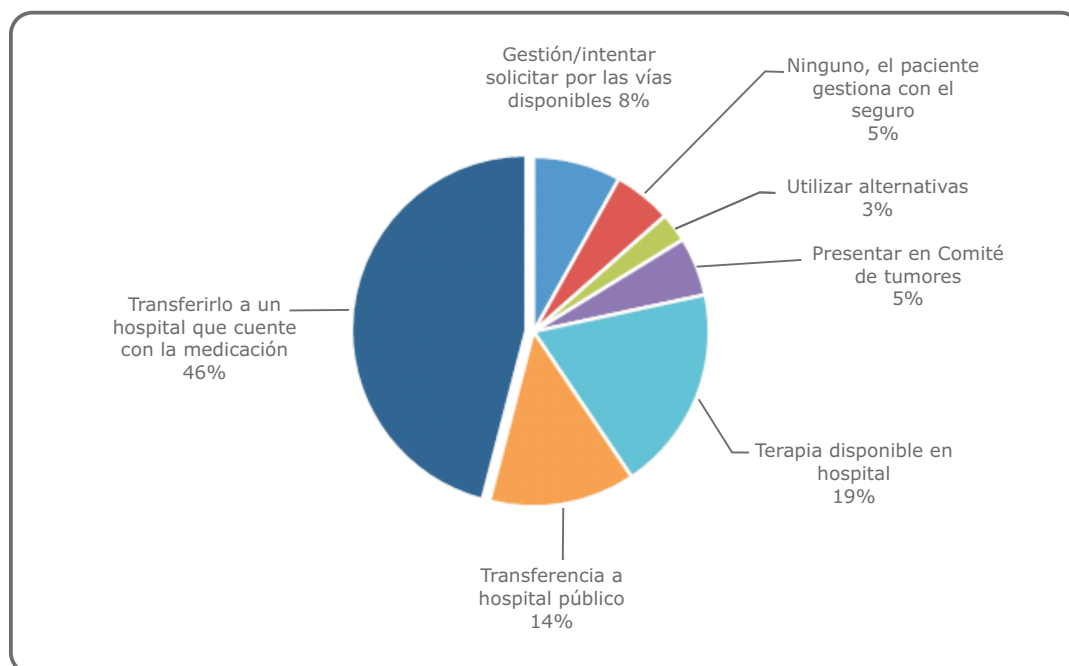
RESULTADOS

Aspectos generales: se incluyeron 37 especialistas en Oncología Clínica, existieron respuestas de 4 ciudades del país, Quito fue la ciudad con mayor cantidad de respuestas. El 51% de los profesionales ejercen únicamente en el sector privado, el 32% en lo público y el porcentaje restante lo hacen en ambos subsistemas.

Percepciones sobre acceso a la medicación: todos los profesionales coinciden en que los factores a tomar en cuenta para iniciar tratamiento son: eficacia, toxicidad y costo. Las dificultades de acceso a medicación para el tratamiento de CCR metastásico es percibida por los médicos: 27% menciona que el acceso es difícil por los costos que le representa al paciente y si existe cobertura ya sea pública o privada, el 73% cree que los trámites se convierten en un proceso tedioso. Respecto al inicio de la terapia sistémica, 70% de los profesionales mencionan que existen barreras, 43% de estos médicos explicitan la ausencia de la medicación en el Hospital.

Las acciones tomadas por los profesionales son muy proactivas, en la mayoría de los casos la transferencia es la opción más frecuente (gráfico 1).

Gráfico 1
Actitud ante las dificultades de acceso a medicamentos



Conocimientos sobre la decisión de tratamiento sistémico: el 64% de los profesionales encuestados menciona que recurre a un equipo multidisciplinario antes de iniciar el tratamiento sistémico, un bajo porcentaje (5%) lo hace a través de una presentación de caso entre pares y un porcentaje significativo (29%) lo inicia personalmente.

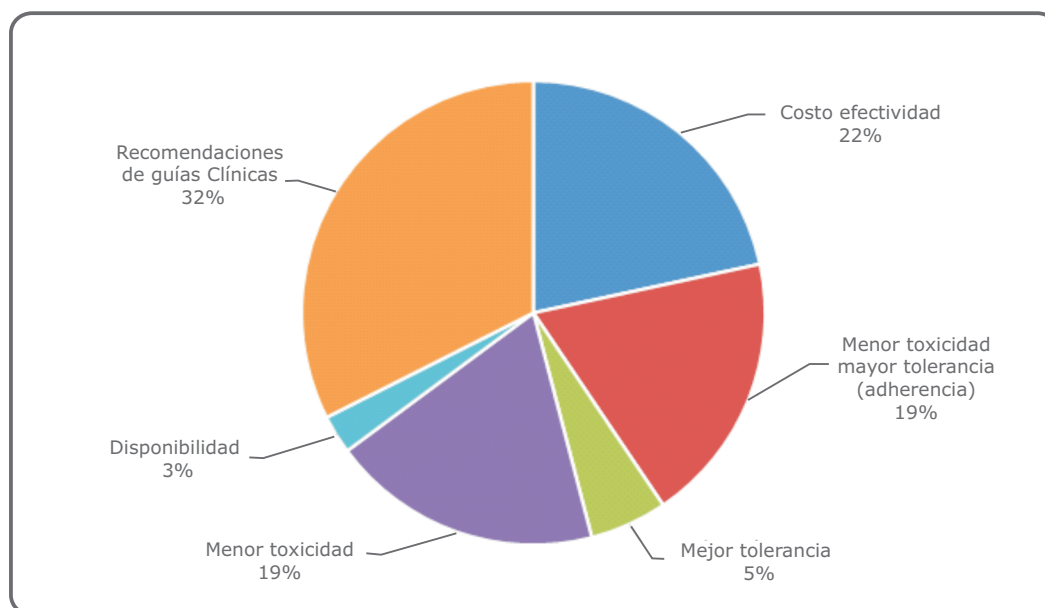
Conocimientos sobre el tratamiento del CCR metastásico (primera línea): respecto de los medicamentos que han demostrado efectividad en el manejo sistémico del CCR metastásico de células claras en pacientes con pronóstico bueno o intermedio, la totalidad de los médicos respondió sunitinib como tratamiento de primera línea, en pacientes con pobre pronóstico se menciona al sunitinib (62%) y al temsirolimus (38%); todos los médicos mencionan haber tenido experiencia en su práctica clínica con sunitinib principalmente.

El esquema de elección para terapia sistémica en sus pacientes con cáncer renal metastásico está relacionado principalmente a sunitinib en el 83% de los casos y en el resto de casos mencionan que es variable, que depende del pronóstico o proponen a bevacizumab interferón (2,7%). El esquema preferido por los profesionales fue TKI-mTOR-TKI en 54% y TKI-TKI-mTOR en 46% y específicamente relacionado a sunitinib, la elección principal es de 50 mg 4/2 (60%) versus 50 mg 2/1 (40%).

Los criterios por los cuales los médicos seleccionan su esquema terapéutico no solo toma en cuenta la disponibilidad de la medicación (3% de los casos), sino criterios clínicos (tolerancia, toxicidad, recomendaciones según la evidencia) y llama la atención que 22% toman en cuenta el costo efectividad (gráfico 2).

Gráfico 2

Razones por las que tiene un esquema de preferencia en el manejo de cáncer renal metastásico



Conocimientos sobre el tratamiento del CCR metastásico (segunda línea): tras una progresión a primera línea de tratamiento con sunitinib, el tratamiento de segunda línea seleccionado por los profesionales es everolimus (59,5%) seguido de axitinib (32,4%), en un menor porcentaje se menciona a bevacizumab + IFN (5,4%) y a pazopanib (2,7%).

A continuación, los datos de los expertos de acuerdo a su práctica clínica expusieron sobre la progresión y supervivencia observadas en la práctica (tabla 1).

Tabla 1.
Progresión y supervivencia (meses) observadas en la práctica

	PFS (<i>Progression free survival</i>) observado en su práctica	Sobrevida global observada en su práctica
n	37	37
Media	8,11	12,46
Mediana	8	12
Desviación estándar	9,18	10,81
Mínimo	-	-
Máximo	36	42
Percentiles		
25	-	-
50	8	12
75	9	18

DISCUSIÓN

Los estudios que evalúan conocimientos y actitudes de los profesionales son necesarios, brindan en este caso una línea de base de la variabilidad clínica en el espectro asistencial del CCR metastásico, como una referencia del funcionamiento de la práctica clínica local.

El CCR puede ser silente, es parte de su historia natural, por lo tanto, muchos diagnósticos suelen ser en estadios avanzados. La terapia sistémica se inicia con prontitud cuando se evidencia un tumor irresecable. Sin embargo, existen características propias de los pacientes que permitirían una vigilancia activa⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Esto contrasta con nuestros resultados en el que la mayoría de los médicos (64%) recurre a un equipo multidisciplinario antes de iniciar el tratamiento sistémico.

Respecto al tratamiento, varios medicamentos han demostrado eficacia: interferón alfa, bevacizumab (combinado con interferón-alfa), sunitinib y pazopanib⁽²¹⁻²⁸⁾ lo cual coincide con los hallazgos de los profesionales. Es importante mencionar que la experiencia local en mayor frecuencia se ha tenido con sunitinib. Aunque se demuestre que los oncólogos cuentan con conocimientos actualizados sobre el tema, la mayoría percibe problemas de acceso a dichos medicamentos. Sin embargo, en general mantienen una actitud proactiva en función de generar el acceso del paciente al tratamiento.

Este estudio demuestra que la variabilidad clínica en el manejo del CCR metastásico es mínima y se encuentra dentro de parámetros lógicos de la evidencia científica. Sin embargo, se evidencian problemas de disponibilidad de los medicamentos, que obliga a buscar opciones de tratamiento al paciente. Los conocimientos científicos de los profesionales de la salud deben ser coherentes con la oferta de un sistema de salud, caso contrario podríamos estar ante una pérdida de experticia.

En conclusión, la variabilidad clínica encontrada en este estudio se mueve dentro de los márgenes de la evidencia médica y de la disponibilidad de recursos, se evidencia que los oncólogos que actualmente están cercanos al CCR metastásico se encuentran actualizados en el tema. La decisión de tratamiento sistémico se realiza en la gran mayoría de los casos con un consenso de un equipo (multidisciplinario o de pares) lo que demuestra el rigor científico con este tipo de procedimientos, sumado a que la selección de la terapia se basa principalmente en criterios clínicos a pesar que la gran mayoría percibe las barreras de acceso a la medicación. Sin embargo, ante la no disponibilidad de medicamentos, la actitud es proactiva; esto es importante ya que, a pesar de las barreras administrativas existentes, el criterio clínico persiste como lo primordial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kerr DJ, Haller DG, Velde CJH van de, Baumann M , editores. Oxford textbook of oncology. USA: Oxford University Press; 2016.
2. Hanna L, Crosby T, Macbeth F, editores. Practical clinical oncology. 2a ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2015.
3. Bukowski R, Figlin RA, Motzer R, editores. Renal cell carcinoma: Molecular targets and clinical applications. 3th ed. New York: Springer; 2014.
4. Znaor A, Lortet-Tieulent J, Laversanne M, Jemal A, Bray F. International variations and trends in renal cell carcinoma incidence and mortality. Eur Urol. 2015; 67(3):519-30.
5. International Agency for Research on Cancer, WHO. Globocan 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012. [citado 25 Oct. 2016]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>
6. Gudbjartsson T, Thoroddsen A, Petursdottir V, Hardarson S, Magnusson J, Einarsson GV. Effect of incidental detection for survival of patients with renal cell carcinoma: results of population-based study of 701 patients. Urology. 2005; 66(6):1186-91.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin. 2016; 66(1):7-30.
8. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JWW, Comber H, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer. 2013; 49(6):1374-403.
9. Pérez-Farinós N, López-Abente G, Pastor-Barriuso R. Time trend and age-period-cohort effect on kidney cancer mortality in Europe, 1981-2000. BMC Public Health. 2006; 6:119.
10. Hollingsworth JM, Miller DC, Daignault S, Hollenbeck BK. Rising incidence of small renal masses: a need to reassess treatment effect. J Natl Cancer Inst. 2006; 98(18):1331-4.
11. Giménez Bachs JM, Donate Moreno M, Salinas Sánchez AS, Lorenzo Romero JG, Segura Martín M, Hernández Millán IR, et al. Incidencia creciente en el carcinoma de células renales. Actas Urol Esp. 2006; 30(3):295-300.
12. King SC, Pollack LA, Li J, King JB, Master VA. Continued increase in incidence of renal cell carcinoma, especially in young patients and high grade disease: United States 2001 to 2010. J Urol. 2014; 191(6):1665-70.
13. Ortiz Gorraiz M, Vicente Prados FJ, Rosales Leal JL, Honrubia Vílchez B, Martínez Morcillo A, Cózar Olmo JM, et al. Valoración de factores pronósticos de la supervivencia en una serie de 202 pacientes intervenidos por carcinoma de células renales. Actas Urol Esp. 2005; 29(2):179-89.
14. Giménez-Bachs JM, Donante Moreno MJ, Salinas Sánchez AS, Virseda Rodríguez JA. Supervivencia en relación a los factores pronóstico en una serie de pacientes con carcinoma de células renales. Arch Esp Urol. 2007; 60(10):1167-74.
15. Rey J, León Ramírez D, López García S, Fernández Vázquez P, Benavente Delgado J, Ojea Calvo A. Pathological prognostic indicators in renal cell carcinoma. Actas Urol Esp Engl Ed. 1 de enero de 2010;34(1):71-7.
16. García-Barragán N, Fernández-Guarino M, Jiménez-Escrig A. Variabilidad clínica y controversias diagnósticas en el CADASIL. Rev Clínica Esp. 2007; 207(4):187-9.
17. Ojeda-Pérez F. Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico. Rev Calid Asist. 2006; 21(2):63-5.
18. Russo P. Delayed systemic treatment in metastatic renal-cell carcinoma. Lancet Oncol. 2016; 17(9):1187-9.
19. Rini BI, Dorff TB, Elson P, Suarez Rodríguez C, Shepard D, Wood L, et al. Active surveillance in metastatic renal-cell carcinoma: a prospective, phase 2 trial. Lancet Oncol. 2016; 17(9):1317-24.
20. Escudier B, Porta C, Schmidinger M, Algaba F, Patard JJ, Khoo V, et al. Renal cell carcinoma: ESMO Clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2014; 25(Suppl 3):iii49-56.
21. Sternberg CN, Davis ID, Mardiak J, Szczylik C, Lee E, Wagstaff J, et al. Pazopanib in locally advanced or metastatic renal cell carcinoma: Results of a randomized phase III Trial. J Clin Oncol. 2010; 28(6):1061-8.

22. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Rixe O, et al. Sunitinib versus Interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2007; 356(2):115-24.
23. Escudier B, Pluzanska A, Koralewski P, Ravaud A, Bracarda S, Szczyluk C, et al. Bevacizumab plus interferon alfa-2a for treatment of metastatic renal cell carcinoma: a randomised, double-blind phase III trial. *The Lancet.* 2007; 370(9605):2103-11.
24. Motzer RJ, Rini BI, Bukowski RM, Curti BD, George DJ, Hudes GR, et al. Sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma. *JAMA.* 2006; 295(21):2516-24.
25. Motzer RJ, Hutson TE, Cella D, Reeves J, Hawkins R, Guo J, et al. Pazopanib versus Sunitinib in metastatic renal-cell carcinoma. *N Engl J Med.* 2013; 369(8):722-31.
26. Rini BI, Michaelson MD, Rosenberg JE, Bukowski RM, Sosman JA, Stadler WM, et al. Antitumor activity and biomarker analysis of sunitinib in patients with bevacizumab-refractory metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol.* 2008; 26(22):3743-8.
27. Gore ME, Szczyluk C, Porta C, Bracarda S, Bjarnason GA, Oudard S, et al. Safety and efficacy of sunitinib for metastatic renal-cell carcinoma: an expanded-access trial. *Lancet Oncol.* 2009; 10(8):757-63.
28. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Oudard S, et al. Overall survival and updated results for sunitinib compared with interferon alfa in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Clin Oncol.* 2009; 27(22):3584-90.