Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):457

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

G-62. - TASA DE OPTIMIZACIÓN Y EFICIENCIA DE DISTINTAS PAUTAS ANTIRRETROVIRALES. ¿HAY MARGEN DE MEJORA?

M. Torralba González de Suso, A. Costa Cerdá, S. Laínez Justo, A. Espinosa Gimeno, L. Sánchez Martínez, C. Betancort Plata, E. Águila Fernández-Paniagua, M. Rodríguez Zapata

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara.

Resumen

Objetivos: El tratamiento antirretroviral (TARV) es una de las intervenciones fármaco-terapéuticas más coste-efectivas. Sin embargo, dentro de TARV, existen numerosas combinaciones que ofrecen ventajas en eficiencia. Dado el coste notable del tratamiento antirretroviral es necesario optimizar su eficiencia. Nuestro objetivo es evaluar la eficiencia de cada una de nuestras pautas de antirretrovirales, analizar la optimización de los tratamientos durante el seguimiento y evaluar el grado de optimización según los distintos médicos que atienden la cohorte.

Métodos: Diseño: Estudio retrospectivo de cohorte única (junio 2012 a junio 2013). Se analizaron todas las pautas de antirretrovirales de cada uno de los pacientes y su coste. Se definió eficiencia global en función del coste/ porcentaje de pacientes que debiendo estar con CV indetectable, tenían una CV 50 copias/ml). Se analizaron las eficiencias de las pautas más habituales (pautas estables, no en pacientes naïve). Se analizó posteriormente el nº de optimizaciones durante el seguimiento y el ahorro directo de las mismas. Para la comparación de los médicos se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y Regresión de Cox.

Resultados: Se analizaron 344 pacientes en tratamiento estable. El 71,7% fueron varones con una mediana de edad de 46 años (IIC: 40-50). El 52,8% utilizaban NN y un 44,4% IP. El 75,2% utilizaban TDF y un 10,1% ABC. El 86,8% de los pacientes con NN estaban siendo tratados con EFV y un 13,2% con NEV. De entre los pacientes tratados con IP un 46,5% utilizaban DRV/r, un 29,5% ATV/r, un 20,2% LPV/r y un 3,1% FPV/r. Con etravirina estaban siendo tratados un 1% de los pacientes, un 5,4% con raltegravir y un 1,4% con maraviroc. Un 39,9% estaba siendo tratado con Atripla®. Un 9,4% se encontraban en monoterapia con IP/r. El coste promedio global por pacientes/mes en nuestro centro fue: 711,27 €/mes. De los 344 pacientes, 304 deberían tener la CV 50 copias (40 habían iniciado recientemente el tratamiento o lo habían abandonado). El 81,9% presentaban CV 50 copias, un 11,5% adicional entre 50 y 199 copias, un 2,8% adicional entre 200 y 999 copias y un 3,8% con más de 1.000 copias/ml. La eficiencia global fue: 807,18 €/mes/paciente indetectable. Las pautas más eficientes por mes (para lograr indetectabilidad) fueron: Monoterapia (LPV/r): 385 €; (DRV/r): 497 €; ABC+3TC+NEV: 534 €; TDF+FTC+NEV: 702 €; ABC+3TC+EFV: 730 €; Atripla® : 736 €; TDF+FTC+RTG: 869 €; TDF+FTC+DRV/r: 914 €; TDF+FTC+ATV/r: 924 €; ABC+3TC+ATV/r: 943 €; TDF+FTC+LPV/r: 1068 €; En una mediana de 10,2 meses (IIC: 7,93-15,2 meses), se han producido 9,34% de optimizaciones. El ahorro promedio por paciente y mes tras optimización ha sido de 13,62 € (697,7 €/mes). La tasa de optimización entre los médicos es desigual (p 0,0001).

Conclusiones: Las estrategias más eficientes en pacientes con tratamiento estable son la monoterapia, y estrategias basadas en no nucleósidos y en ABC+3TC coformulado. La estrategia con RTG es más eficiente que la basada en IP/r. La optimización se realiza de forma desigual entre los distintos médicos.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.