



<https://www.revclinesp.es>

I-HIV-026 - CARACTERÍSTICAS Y ASPECTOS ECONÓMICOS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR) EN LA INFECCIÓN POR VIH

M. Vicente Martínez¹, R. Bautista Alonso¹, J. Ara Gabarre¹ y C. Ramos Paesa²

¹Medicina Interna; ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Las nuevas combinaciones de fármacos recomendadas por las guías actuales controlan la infección por VIH manteniendo viremias 50 copias/ml con menores efectos secundarios y posologías más cómodas que favorecen la adherencia. Nuestro objetivo fue analizar la situación actual de los pacientes infectados por VIH que acuden a nuestras consultas con TAR para conocer las pautas utilizadas, el grado de control y sus costes.

Material y métodos: Analizamos 308 pacientes infectados por VIH con tratamiento antirretroviral (TAR) indicado en al menos los últimos 6 meses en las consultas de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Miguel Servet entre enero y marzo de 2017. Revisamos la combinación TAR (mono, bi o triple terapia) y el precio por mes y paciente (e/p/m) según datos obtenidos del Servicio de Farmacia.

Resultados: Encontramos hasta 34 combinaciones diferentes. La pauta más utilizada fue abacavir (ABC) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DOL) en el 20,1%, seguida de tenofovir-alafenamida (TAF) + emtricitabina (FTC) + elvitegravir/cobicistat (ELVI/c) en el 13,9%, TNF + FTC + rilpivirina (RILP) 7,7% y tenofovir (TNF) + FTC + efavirenz (EFV) 6,8%, todas en un solo comprimido. Se utilizó biterapia en el 3,9% y monoterapia en el 15,5% de los casos, DRV/r (7,7%) y DRV/c (6,4%), colocando al darunavir potenciado como una de las pautas más utilizadas. El gasto medio global fue 569,1 e/p/m, 597,7 para triple terapia, 679,95 en biterapia (menor si utilizan 3TC: 429 e/p/m) y 393,4 para monoterapia. En triple terapia el precio era mayor en pautas con TNF (627,2 e/p/m) frente a las que utilizan ABC (564,2 e/p/m), y las que contienen IIINT o IPs (616,6 e/p/m y 658,08 e/p/m respectivamente) frente a las que utilizan NAN (485,5 e/p/m). Respecto al control de la viremia, encontramos viremias > 50 c/ml en un 16,2% en triple terapia (32 casos); entre 50-500 c/ml en 2,4% monoterapia (1 caso) y 20% biterapia (2 casos). En ningún caso la viremia es > 500 c/ml en mono o biterapia.

Discusión: Las pautas más utilizadas en nuestro medio son las que constan de un solo comprimido. Esto refleja la adecuación a las recomendaciones sobre TAR de las más recientes guías publicadas, pues han demostrado ser las más eficientes en términos de coste-eficacia. El hecho de utilizar hasta 34 pautas diferentes sugiere gran variabilidad en la práctica clínica, bien por características clínicas de los pacientes o por ausencia de protocolización. Respecto a la monoterapia, llama la atención que DRV/r sea una de las combinaciones más utilizadas, a pesar de que las recomendaciones actuales todavía la consideran como alternativa en determinadas situaciones donde no puede utilizarse triple o biterapia. Un 2,4% de monoterapias y 20% de biterapias presentan viremia > 50 c/ml, por lo que consideramos que precisan una más adecuada indicación y control para evitar potenciales fracasos virológicos. El gasto total es 569 e/p/m, mayor en las

combinaciones que contienen TNF, IPs e IINT por este orden.

Conclusiones: La eficacia real en la práctica clínica del TAR es del 86% y 96% para mantener viremias 50 o 500 c/ml respectivamente. Las pautas más utilizadas son las que contienen IINT en un solo comprimido y la monoterapia/biterapia se utiliza en el 19% y precisarían un mayor control de su eficacia. Se usan hasta 34 pautas diferentes de TAR con un gasto medio de 569 e/p/m, superior en las que utilizan TNF e IINT, por lo que consideramos recomendable establecer estrategias consensuadas de TAR para adecuar su eficacia a un gasto adecuado.