

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



Alicia Lázaro López

Servicio de Farmacia

Hospital Universitario de Guadalajara

10 Mayo 2013



GUIÓN...



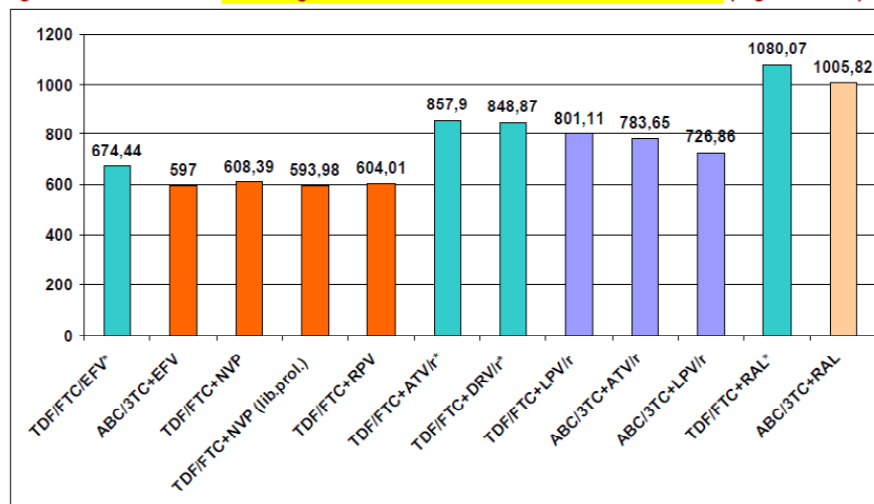
- ✓ Impacto económico de la infección por VIH.
- ✓ Ruta de eficiencia del tratamiento antirretroviral en Castilla La Mancha.
- ✓ Evaluación de resultados clínicos en el HUG tras la implantación de la ruta de eficiencia del TAR.
- ✓ Evaluación de resultados económicos en el HUG tras la implantación de la ruta de eficiencia del TAR.
- ✓ Conclusiones



IMPACTO ECONÓMICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

- La epidemia VIH/SIDA es un problema de salud pública
- Disponemos de múltiples alternativas ARV de elevada eficacia (24, en enero de 2013)
- Diferencias importantes en el coste de adquisición y por tanto en el coste/paciente

Figura 1. Coste mensual de los regímenes de tratamiento antirretroviral de inicio (según Tabla 4)¹



Calculado según (PVL-7,5%)+ 4% IVA (basándose en los combos Truvada®, Kivexa®, Atripla® y Eviplera®).

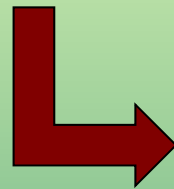
*Solo estas pautas han sido consideradas como preferentes por la totalidad del panel de expertos.

¹Ordenado por tercer fármaco (ver tabla 4)



IMPACTO ECONÓMICO DE LA INFECCIÓN POR VIH

- Partida importante del presupuesto hospitalario
- Recursos muy limitados



GESTIÓN CORRECTA DEL GASTO



RUTAS DE EFICIENCIA EN CASTILLA LA MANCHA

- Terapias biológicas para reumatología: AR, EA y Aps
- Terapias biológicas en dermatología: APs y psoriasis
- Anti-TNF en enfermedad inflamatoria intestinal: IFX y ADA
- Tratamiento antirretroviral
- Fármacos inhibidores del factor de crecimiento del endotelio vascular por vía intravítrea.



**INFORME TÉCNICO DE EFICIENCIA
EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
2012**



RUTA DE EFICIENCIA DEL TAR 2012

- Partida importante del presupuesto hospitalario
- Recursos muy limitados
- Incremento significativo en el número de pacientes:
 - ✓ Enfermedad crónica
 - ✓ Cambio de criterios de inicio de tratamiento en las guías clínicas (inicio más temprano).
 - ✓ Incremento en la población inmigrante.
 - ✓ Mayor diversidad de fármacos antirretrovirales con alta potencia antiviral.
 - ✓ ↑ pacientes derivados de otras Comunidades Autónomas



RUTA DE EFICIENCIA DEL TAR 2012

- Variabilidad en los esquemas de TAR utilizados en los distintos hospitales de CLM (IP/r y fármacos de “última generación”).
- Variabilidad en el coste anual de los tratamientos (7.000-13.000 €/paciente)

TABLA 3- Consumo (€) durante el año 2011 de FAR de elección en los hospitales de Castilla La Mancha

	C.H.Universitario Albacete	H.General C. Real	H.Virgen de la Luz (Cuenca)	H.Universitario Guadalajara	H. Ntra. Sra. Del Prado (T. Reina)	H.Virgen de la Salud (Toledo)
Abacavir/lamivudina (Kivexa®)	52.300	51.863	76.912	97.980	38.729	81.278
Tenofovir/emtricitabina (Truvada®)	340.814	226.043	123.221	433.426	210.704	529.969
Tenofovir/Emtricitabina/Efavirenz (Atripla®)	481.190	418.782	206.223	754.106	285.354	1.063.818
Efavirenz (Sustiva®)	41.327	45.357	14.727	78.010		19.480
Nevirapina (Viramune®)	92.875	40.149	22.094	44.840	39.182	43.315
Etravirina (Intelence®)	99.941	31.602	20.978	4.665	10.844	53.774
Darunavir 300 mg (Prezista®)		38.220				
Darunavir 400 mg (Prezista®)	64.599	11.096	31.243	82.380	56.454	352.670
Darunavir 600 mg (Prezista®)	130.364	-	107.887	84.938	28.357	96.311
Atazanavir 150 mg (Reyataz®)	-	18.886	-	-		
Atazanavir 300 mg (Reyataz®)	80.948	-	34.910	190.596	51.239	104.196
Atazanavir 200 mg (Reyataz®)	10.920	5.078	-	5.040	-	27.560
Lopinavir/ritonavir (Kaletra®)	100.267	160.316	36.847	121.982	57.671	282.977
Ritonavir (Norvir®)	17.983	8.251	13.420	21.471	9.891	104.196
Raltegravir (Isentress®)	260.501	100.247	100.939	73.809	13.054	324.141
Maraviroc 150 mg (Celsentri®)	51.961	7.484	21.129	5.961	-	31.957
Maraviroc 300 mg (Celsentri®)	56.063	3.435	-	3.589	-	43.555



DISEÑO DE LA RUTA DE EFICIENCIA DEL TAR

- 3 coordinadores farmacéuticos:
 - ✓ Alicia Lázaro López (Hospital Universitario Guadalajara)
 - ✓ Manuel Martínez Sesmero (Hospital Virgen de la Salud, Toledo)
 - ✓ Ana Samper Juárez (Hospital Ntra. Sra. Del Prado, Talavera, Toledo)
- 4 coordinadores médicos:
 - ✓ Manuel Rodríguez Zapata (M. Interna, H. Universitario Guadalajara)
 - ✓ M^a Antonia Sepúlveda Berrocal (M. Interna, H. Virgen de la Salud)
 - ✓ Miguel Yzusqui (M. Interna, H. Ntra. Sra. Del Prado)
 - ✓ Sonia Casallo (M. Interna, H. Ntra. Sra. Del Prado)



DISEÑO DE LA RUTA DE EFICIENCIA DEL TAR

- Solicitud del consumo de antirretrovirales a todos los hospitales de Castilla La Mancha
- Revisión de la evidencia científica existente: guías GESIDA, DHHS y EACS.
- Revisión de los precios de cada antirretroviral y de cada pauta
- Reuniones con laboratorios farmacéuticos

- Presentación del documento a todos los jefes de Servicio de Medicina Interna y Farmacia Hospitalaria de Castilla La Mancha



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- *Pacientes naïve:*
 - ✓ ITINN antes que IP/r o RAL
 - Buena eficacia, < nº de comprimidos y favorable relación coste/eficacia y coste/efectividad.
 - Momento idóneo de utilización de esta familia
 - RAL: si rtcia a ITINN ó IP/r y en pacientes con HPC en tto con IP y/o con posibles interacciones farmacológicas.



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- *Pacientes naive:*

- ✓ ITINN: efavirenz:

- Eficacia en pacientes con CVP >100.000 copias/mL o muy inmunodeprimidos (50-100 linfocitos CD4/ μ L).

- Disponible en un único comprimido QD (Atripla®: EFV/FTC/TDF)

- No: en 1^{er} trimestre de la gestación (teratogenicidad), ni en pacientes que realicen tareas peligrosas (conducir o usar máquinas pesadas), presenten trastornos psiquiátricos graves, fibrosis avanzada por coinfección VHC ó VHB o en aquellos en los que deba iniciarse TAR sin esperarse a los resultados del test de resistencias.

. Pulido F, Arribas JR, Miro JM, Costa MA, González J, Rubio R et al. EfaVIP 2 Study. J Acquir Immune Defic Syndr 2004;35(4):343-350.

. Sierra-Madero J, Villasis-Keever A, Mendez P, Mosqueda-Gomez JL, Torres-Escobar I, Gutierrez-Escolano F et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2010;53(5):582-588.



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

TABLA 12: Coste incremental anual por paciente de Efavirenz vs Inhibidores de la proteasa potenciados vs Raltegravir asociados con Tenofovir/Emtricitabina

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Sustiva® (Efavirenz) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	671,25	8.055	-
Atripla® (Efavirenz/Tenofovir/Emtricitabina)	674,44	8.093,28	-
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir)* + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	848,88	10.186,56	+ 2.093,28
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	857,9	10.294,8	+ 2.201,52
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	801,11	9.613,32	+ 1.520,04
Isentress® (Raltegravir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	860,7	10.328,4	+ 2.235,12

* Considerando dosis de DRV/r 800/100 mg cada 24 h

TABLA 13: Coste incremental anual por paciente de Efavirenz vs Inhibidores de la proteasa potenciados vs Raltegravir asociados con Abacavir/Lamivudina

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Sustiva® (Efavirenz) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	596,99	7.163,88	-
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	726,85	8.722,2	+ 1.558,32
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	774,62	9.295,44	+2.131,56
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	783,64	9.403,68	+ 2.239,80



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- *Pacientes naive y pretratados:*

- ✓ Si CVP < 100.000 copias/mL , la pareja de ITIAN preferente será ABC/3TC, siempre y cuando la determinación HLA B5701 sea negativa:

- ABC/3TC ha demostrado no inferioridad a FTC/TDF asociado a LPV/r (estudio HEAT), ATV/r o EFV (ACTG 5202).

. Smith KY, Patel P, Fine D, Bellos N, Sloan L, Lackey P et al. AIDS 2009;23(12):1547-1556.
. Sax PE, Tierney C, Collier AC, Fischl MA, Mollan K, Peeples L et al. N Engl J Med 2009;361(23):2230-2240.
. Post FA, Moyle GJ, Stellbrink HJ, Domingo P, Podzamczar D, Fisher M et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2010;55(1):49-57.

Tabla 14: Coste incremental anual por paciente Kivexa vs Truvada

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Kivexa®	342,03	4.104,36	-
Truvada®	416,29	4.995,48	+ 891,12



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

✓ IP/r de elección: DRV/r > ATV/r

- LPV/r QD debería valorarse en pacientes que no tengan mutaciones de resistencia a IP y en pacientes que no presenten hiperlipidemia o riesgo cardiovascular elevado.

TABLA 10 - Coste anual por paciente de los inhibidores de la proteasa potenciados

ANTIRRETROVIRAL	POSOLOGÍA	COSTE MENSUAL (€)	COSTE ANUAL (€)
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir)	300 mg + 100 mg /24 h	441,61	5.299,32
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir)	800 mg + 100 mg /24 h	432,59	5.191,08
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir)	600 mg + 100 mg /12 h	659,68	7.916,16
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir)	400/100 mg/12 h	384,82	4.617,84



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- *Pacientes con pautas de rescate (2ª o sucesivas líneas):*
 - a) Cambios de TAR tras toxicidad secundaria a FAR de 1ª línea:
 - ✓ Si toxicidad central (somnolencia, mareos y/o trastornos de la concentración) moderada-severa o hiperlipidemia secundaria a EFV se recomienda valorar el cambio de EFV por NVP:
 - No cambiar a NVP si hepatopatía crónica o transaminemia

Tabla 15: Coste incremental anual Nevirapina vs Atazanavir o Darunavir potenciados

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Viramune® (Nevirapina)	192,10	2.305,2	-
Intelence® (Etravirina)	404,04	4.848,48	+2.543,28
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir)*	432,59	5.191,08	+2.885,88
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir)	441,61	5.299,32	+2.994,12



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- *Pacientes con pautas de rescate (2ª o sucesivas líneas):*
 - a) Cambios de TAR tras toxicidad secundaria a FAR de 1ª línea:
 - ✓ Si desarrollo de síndrome de abstinencia a la metadona por EFV o NVP sustituir por ETRA:
 - Ausencia de interacciones farmacológicas metadona-ETRA

Tabla 16: Coste incremental anual Etravirina vs Inhibidores de la proteasa potenciados

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Intelence® (Etravirina)	404,04	4.848,48	-
Prezista® (Darunavir) + Norvir ® (Ritonavir)*	432,59	5.191,08	+ 342,6
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir ® (Ritonavir)	441,61	5.299,32	+ 450,84

*: 800 mg Darunavir + 100 mg Ritonavir



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- *Pacientes con pautas de rescate (2ª o sucesivas líneas):*
 - b) Simplificaciones de tratamiento:
 - ✓ Monoterapia con IP/r: LPV/r ó DRV/r (B-II)
 - Pacientes con CVP indetectable un mínimo de 6 meses
 - ADH excelente
 - Ausencia de mutaciones a IP/r
 - Para evitar complicaciones a largo plazo de los ITIAN o en pacientes con toxicidad documentada (renal u ósea).

. Gatell J, Salmon-Ceron D, Lazzarin A, van WE, Antunes F, Leen C et al. Clin Infect Dis 2007;44(11):1484-1492.
. Mallolas J, Podzamczar D, Milinkovic A, Domingo P, Clotet B, Ribera E et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2009;51(1):29-36.



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- Estudio OK04: LPV/r vs LPV/r + 2 ITIAN
- Estudio MONET y MONOI: DRV/r vs DRV + 2 ITIAN ó 1 IP/r (48 sem; no en 96)
- Metaanálisis de Mathis S.

. Pulido F, Arribas JR, Delgado R, Cabrero E, Gonzalez-Garcia J, Perez-Elias MJ et al. OK04. AIDS 2008;22(2):F1-F9
. Arribas JR, Horban A, Gerstoft J, Fatkenheuer G, Nelson M, Clumeck N et al. The MONET trial: AIDS 2010;24(2):223-230.
. Katlama C, Valantin MA, Algarte-Genin M, Duvivier C, Lambert-Niclot S, Girard PM et al. MONOI-ANRS 136. AIDS 2010;24(15):2365-2374.
. Mathis S, Khanlari B, Pulido F, Schechter M, Negredo E, Nelson M et al. PLoS One 2011;6(7):e2200.



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

Tabla 17: Coste incremental anual de la monoterapia con Lopinavir/ritonavir y Darunavir/ritonavir

	COSTE MENSUAL (€)	COSTE ANUAL (€)	Coste incremental anual (€)
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir)	384,82	4.617,84	-
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	801,11	9.613,32	+4.995,38
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir)* + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	848,88	10.186,56	+5.568,72
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	857,9	10.294,8	+5.676,96
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	726,85	8.722,2	+4.104,36
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	783,64	9.403,68	+4.785,84

Tabla 18: Coste incremental anual de la monoterapia con Darunavir/ritonavir:

	COSTE MENSUAL (€)	COSTE ANUAL (€)	Coste incremental anual (€)
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir)	432,59	5.191,08	-
Prezista® (Darunavir) + Norvir® (Ritonavir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	848,88	10.186,56	+4.995,48
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	801,11	9.613,32	+4.422,24
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir) + Truvada® (Tenofovir/Emtricitabina)	857,9	10.294,8	+5.103,72
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	726,85	8.722,2	+3.531,12
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir® (Ritonavir) + Kivexa® (Abacavir/Lamivudina)	783,64	9.403,68	+4.212,6



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

- *Pacientes con pautas de rescate (2ª o sucesivas líneas):*
 - c) Simplificaciones de tratamiento:
 - ✓ Terapia de mantenimiento con ATV:
 - Estrategia de inducción-mantenimiento
 - CVP < 50 copias/mL y ausencia de fallo virológico previo
 - Para evitar toxicidad RTV.
 - Estudio INDUMA y ARIES: 2 ITIAN + ATV/r vs ATV
 - No inferioridad en eficacia virológica y < tasas hiperBi y dislipemia.

. Ghosn J, Carosi G, Moreno S, Pokrovsky V, Lazzarin A, Pialoux G et al. *Antivir Ther* 2010;15(7):993-1002.
. Squires KE, Young B, DeJesus E, Bellos N, Murphy D, Sutherland-Phillips DH et al. *HIV Clin Trials* 2010;11(2):69-79.
. Squires KE, Young B, DeJesus E, Bellos N, Murphy D, Zhao HH et al. *AIDS* 2010;24(13):2019-2027



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

✓ Terapia de mantenimiento con ATV:

- Dosis ATV: 400 mg QD
- Cualquier ITIAN excepto TDF

Tabla 19: Coste incremental anual de atazanavir no potenciado vs atazanavir potenciado

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Reyataz® (Atazanavir) 400 mg/24 h	420	5.040	-
Reyataz® (Atazanavir) 300 mg/24 h + Norvir® (Ritonavir) 100 mg/24 h	441,61	5.299,32	+259,32



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

c) Simplificaciones de tratamiento:

✓ Simplificación a ATV tras uso previo con otro IP/r:

- En pacientes con hiperlipidemia por un IP/r no controlado con hipolipemiente.

- Estudios SWAN, ATAZIP, SIMPATAZ y AI424-06750.

. Gatell J, Salmon-Ceron D, Lazzarin A, van WE, Antunes F, Leen C et al. SWAN Study (AI424-097) 48-week results. Clin Infect Dis 2007;44(11):1484-1492.
. Mallolas J, Podzamczar D, Milinkovic A, Domingo P, Clotet B, Ribera E et al. ATAZIP study. J Acquir Immune Defic Syndr 2009; 51(1):29-36.
. Rubio R, Serrano O, Carmena J, Asensi V, Echevarria S, Flores J et al. SIMPATAZ. HIV Med 2010;11(9):545-553.
. Sension M, ndrade Neto JL, Grinsztejn B, Molina JM, Zavala I, Gonzalez-Garcia J et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2009;51(2):153-162.

Tabla 20: Atazanavir vs Darunavir y Lopinavir potenciados

ANTIRRETROVIRAL	COSTE MENSUAL (€)	COSTE ANUAL (€)	Coste incremental anual (€)
Reyataz® (Atazanavir) 400 mg/24 h	420	5.040	-
Prezista® (Darunavir) + Norvir ® (Ritonavir)	432,59	5.191,08	+151,08
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir)	384,82	4.617,84	-422,16



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

c) Simplificaciones de tratamiento:

✓ Simplificación pautas QD:

1. EFV ó NVP:

- Baja tasa de fallo virológico
- Añade ventajas adicionales de ADH (A-I), satisfacción y calidad de vida de los pacientes (EFV).
- Mejoría del perfil lipídico (NVP)

- . Campo RE, Cohen C, Grimm K, Shangguan T, Maa J, Seekins D. Int J STD AIDS 2010;21(3):166-171.
- . Ruiz L, Negredo E, Domingo P, Paredes R, Francia E, Balague M et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2001;27(3):229-36.
- . Negredo E, Ribalta J, Paredes R, Ferre R, Sirera G, Ruiz L et al. AIDS 2002;16(10):1383-1389.
- . Arranz Caso JA, Lopez JC, Santos I, Estrada V, Castilla V, Sanz J et al. HIV Med 2005;6(5):353-359



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

Tabla 21: Inhibidores de la proteasa vs Efavirenz

ANTIRRETROVIRAL	COSTE MENSUAL (€)	COSTE ANUAL (€)	Coste incremental anual (€)
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir ® (Ritonavir)	441,61	5.299,32	+2.239,8
Prezista® (Darunavir) + Norvir ® (Ritonavir)	432,59	5.191,08	+2.131,56
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir)	384,82	4.617,84	+1.558,32
Sustiva® (Efavirenz)	254,96	3.059,52	-

Tabla 22: Inhibidores de la proteasa vs Nevirapina

ANTIRRETROVIRAL	COSTE MENSUAL (€)	COSTE ANUAL (€)	Coste incremental anual (€)
Reyataz® (Atazanavir) + Norvir ® (Ritonavir)	441,61	5.299,32	+2.994,12
Prezista® (Darunavir) + Norvir ® (Ritonavir)	432,59	5.191,08	+2.885,88
Kaletra® (Lopinavir/ritonavir)	384,82	4.617,84	+2.312,64
Viramune® (Nevirapina)	192,10	2.305,2	-



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

✓ Simplificación pautas QD:

2. DRV/r 600/100 mg/12 h → 800/100 mg/24 h:

- Estudio ODIN
- En pacientes con ausencia de mutaciones primarias a IP/r
- Mejora el perfil de seguridad (< tasa efectos adversos grado 3/4 y < niveles de Col_T, LDL y TG)
- Mejor ADH

. Cahn P, Fourie J, Grinsztejn B, Hodder S, Molina JM, Ruxrungtham K et al. the ODIN-trial. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, February 27-March 2 2010. Abstract 57

Tabla 23: Darunavir QD vs Darunavir BID:

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Prezista® (Darunavir) 800 mg/24 h+ Norvir ® (Ritonavir) 100 mg/24 h	432,59	5.191,08	-
Prezista® (Darunavir) 600 mg/12 h+ Norvir ® (Ritonavir) 100 mg/12 h	659,68	7.916,16	+2.725,08



ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN

✓ Simplificación pautas QD:

3. MVC BID → MVC 150 mg QD:

- Estudio MOTIVATE

. MVC debe ir potenciado con un IP/r diferente a TPV o FPV

. Taylor S, Arribas J, Perno C, McFadyen L, Hardy D et al. 6th IAS Conference, Rome, July 17-20 2011. Abstract TUAB0106.
. Perno C, Craig C, Taylor S, Arribas J, Burnside r, Hardy D et al. 13th EACS, Belgrade, October 12-15, 2011 Abstract PE7 3/4.

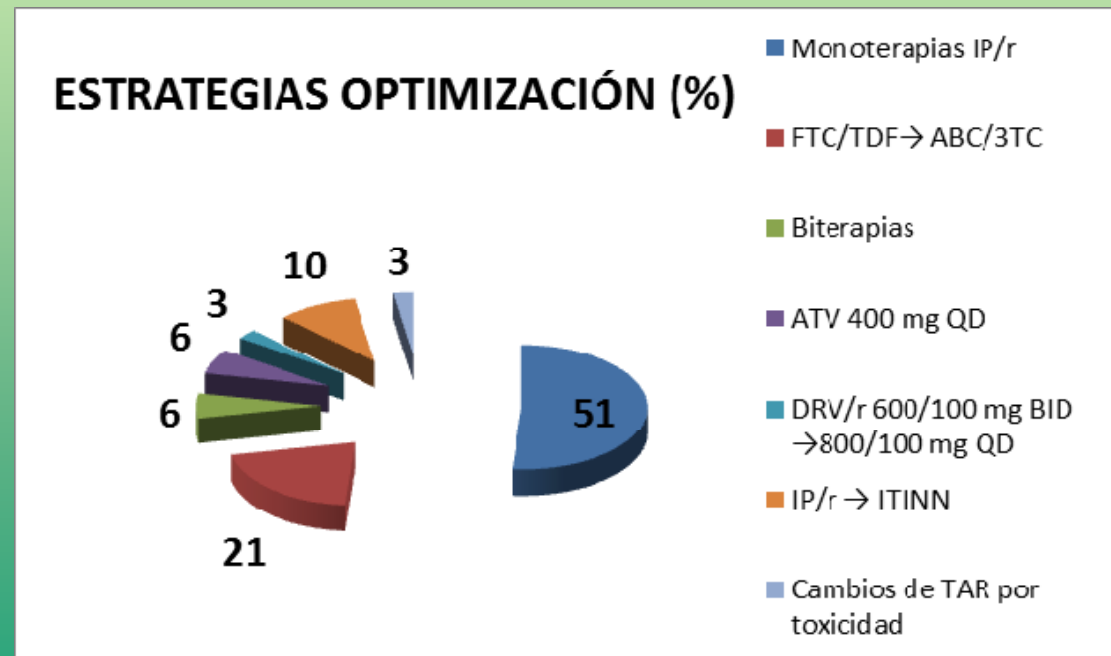
Tabla 24: Maraviroc QD vs Maraviroc BID:

	Coste mensual (€)	Coste anual (€)	Coste incremental anual (€)
Celsentri® (Maraviroc) 150 mg/24 h	339,97	4.079,64	-
Celsentri® (Maraviroc) 150 mg/12 h	679,94	8.159,28	+4.079,64



EVALUACION DE RESULTADOS TRAS LA RUTA DE EFICIENCIA EN EL HUG

- Antes de la presentación de la ruta de eficiencia (abril-mayo 2012): 31 casos optimizados
- A fecha 1 de mayo de 2013: 78 casos optimizados



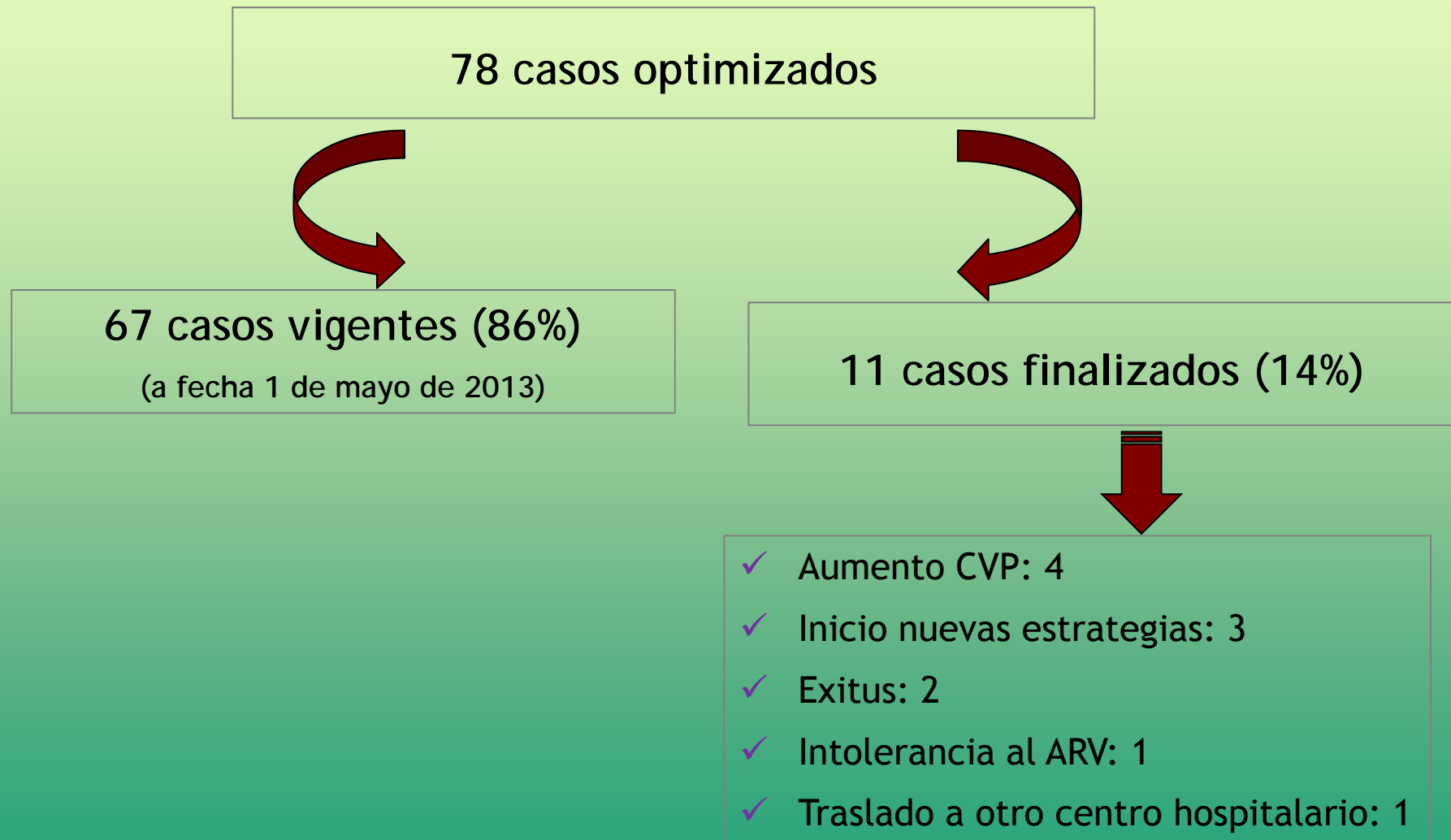


EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LA RUTA DE EFICIENCIA DEL TAR EN EL HUG

- Monoterapias IP/r :
 - ✓ DRV/r: 36 (90%)
 - ✓ LPV/r: 4 (10%)
- Biterapias:
 - ✓ DRV/r + ITIAN: 2 (40%)
 - ✓ LPV/r + ITIAN: 1 (20%)
 - ✓ ATV + ITIAN: 1 (20%)
 - ✓ DRV/r + InInt: 1 (20%)
- Simplificación IP/r → ITINN:
 - ✓ EFV: 3 (37,5%)
 - ✓ NVP: 1 (12,5%)
 - ✓ ETRA: 2 (25%)
 - ✓ RPV: 2 (25%)



EVALUACIÓN DE RESULTADOS TRAS LA RUTA DE EFICIENCIA DEL TAR EN EL HUG





EVALUACIÓN DE RESULTADOS CLINICOS TRAS LA RUTA DE EFICIENCIA EN HUG

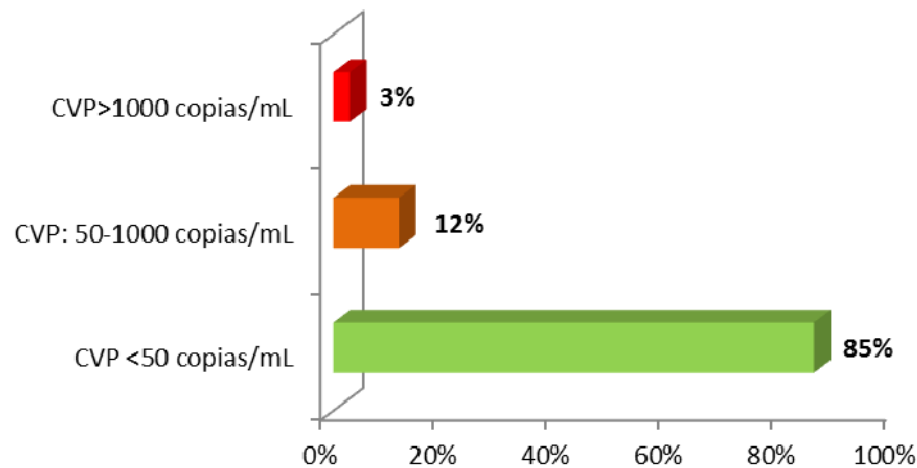
78 casos optimizados



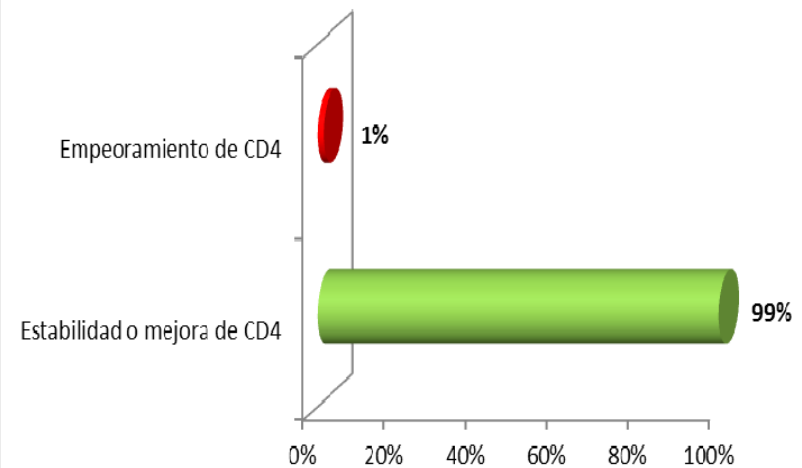
Análisis de CVP y CD4

68 casos evaluados

Respuesta virológica

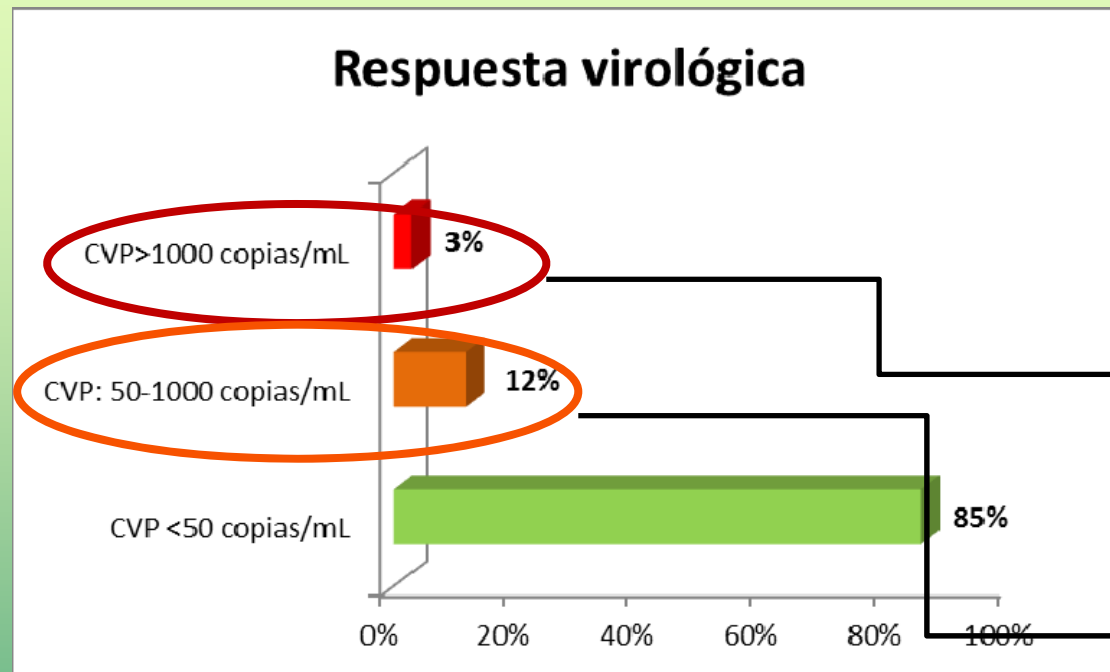


Respuesta inmunológica





EVALUACIÓN DE RESULTADOS CLINICOS TRAS LA RUTA DE EFICIENCIA EN HUG



- * 2 pacientes: tto con DRV/r
- ✓ 14 meses y 4 meses con DRV /r
- ✓ No desarrollo de mutaciones
- ✓ 1 presentaba mala ADH

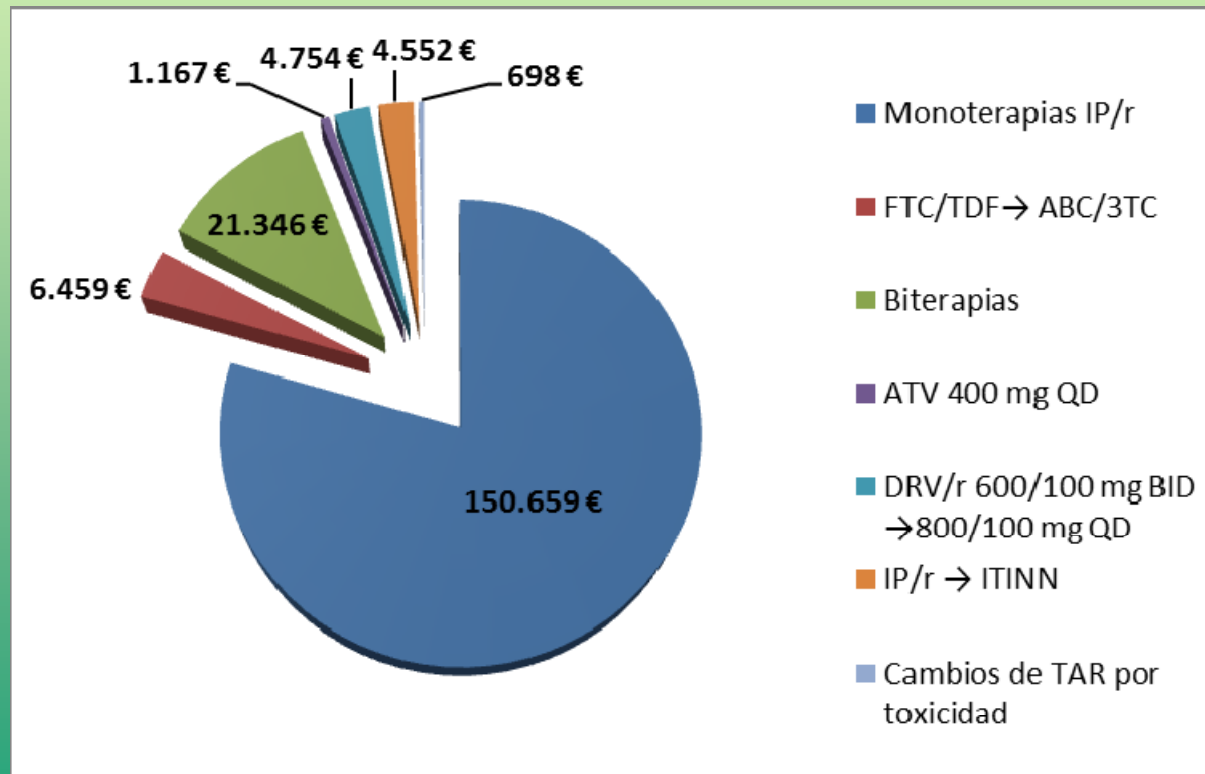
- * 5 con IP/r monoterapia
- * 1 en estrategia DRV/r 800
- * 1 en estrategia ITINN
- * 1 en estrategia Kivexa

- ✓ 50% presentaban falta de ADH
- ✓ Coincidencia de ↑ CVP en analíticas de abril



EVALUACIÓN DE RESULTADOS ECONÓMICOS TRAS LA RUTA DE EFICIENCIA EN HUG

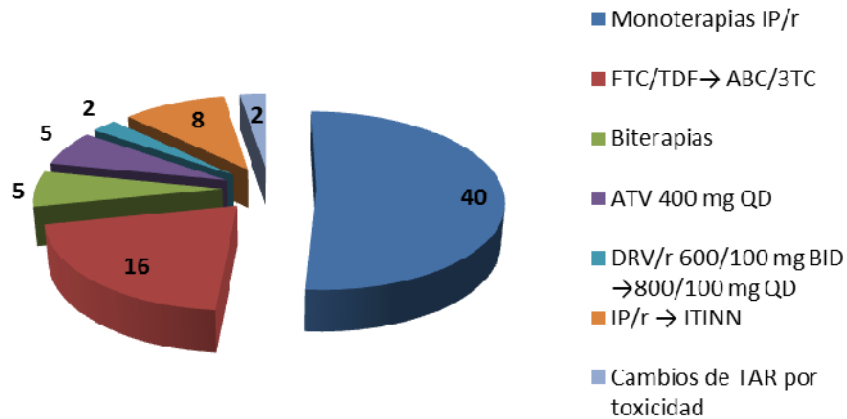
A fecha 1 de mayo de 2013: Ahorro de 189.635 €



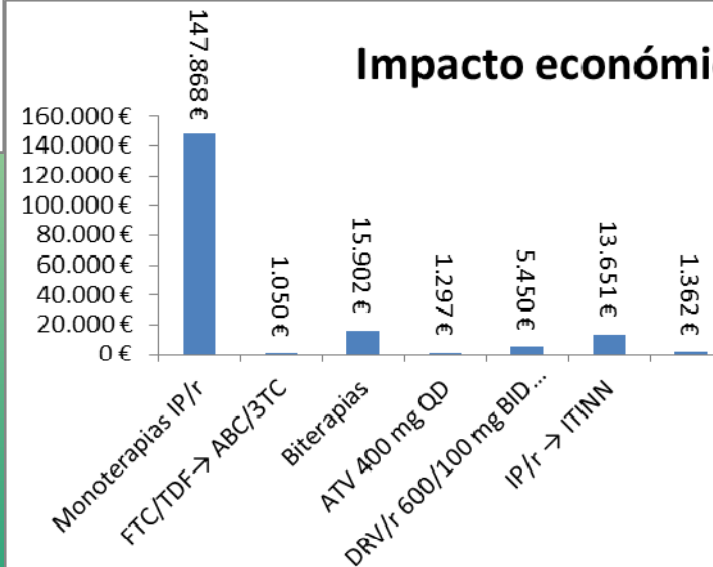


EVALUACIÓN DE RESULTADOS ECONÓMICOS TRAS LA RUTA DE EFICIENCIA EN HUG

Casos optimizados



Impacto económico anual





CONCLUSIONES

- La situación actual de limitación de recursos y el impacto presupuestario del tratamiento antirretroviral hace necesario una **GESTIÓN CORRECTA DEL GASTO SANITARIO**
- El establecimiento de estrategias de optimización basadas en guías de práctica clínica permite una optimización de la terapia antirretroviral.
- Un elevado número de pacientes mantienen buen control virológico e inmunológico de la enfermedad tras la implantación de estrategias de optimización.
- Las estrategias de optimización permiten reducir el gasto asociado al tratamiento antirretroviral, y son medidas eficientes.
- Es fundamental una correcta selección de los pacientes candidatos a llevar a cabo estrategias de optimización y monitorizar estrictamente la ADH.