

# EVOLUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES EN LA CONSULTA DE PACIENTES EXTERNOS

Cabello A, Aranda J, Oya B, Barbero MJ, Horno F, Gomez A  
SERVICIO FARMACIA – COMPLEJO HOSPITALARIO JAÉN



## OBJETIVO

• Analizar las combinaciones de fármacos para el tratamiento antirretroviral (TAR) dispensadas en la consulta durante el 2007. Comparar los resultados obtenidos con los datos del 2005, así como con las recomendaciones del Plan Nacional sobre el Sida actualizadas en 2007.

## MÉTODO

• Revisión retrospectiva de las dispensaciones durante 2007 registradas con el programa informático de Dominion. Estudio del TAR en cada paciente en base al tipo de fármaco.

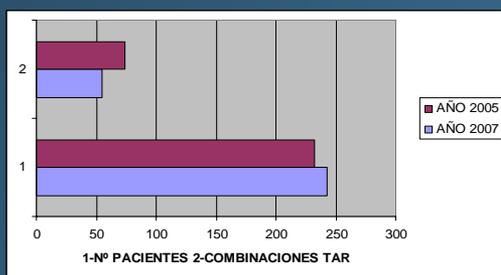
## RESULTADOS

El número de pacientes atendidos fue 243, con 55 combinaciones de TAR. En 2005 se atendieron a 232 pacientes con 74 combinaciones diferentes.

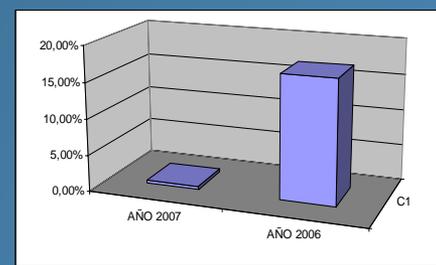
Las combinaciones más utilizadas han sido 2 ITAN + 1 ITNN (121 => 49,79%), 2 ITAN + 1 IPP (83 => 34,16%) y 3 ITAN (19 => 7,81%). Dentro de la primera, las asociaciones más frecuentes han sido Emtricitabina + Tenofovir + Efavirenz (42 => 17,28%) y Zidovudina + Lamivudina + Efavirenz (26 => 10,70%); en éste grupo el ITNN mayoritariamente utilizado ha sido Efavirenz (96 => 79,34%) frente Nevirapina (25 => 20,66%).

La combinación 2 ITAN + 1 IP no potenciado en el 2007 ha representado únicamente el 0,41%, mientras que en 2005 fue 17%. También se aprecia un descenso en Abacavir + Zidovudina + Lamivudina con un 6,17% frente al 9% del 2005.

Analizadas nº tomas/día: 40% son QD (1 toma/día)



1-º PACIENTES 2-COMBINACIONES TAR



UTILIZACIÓN DE IP NO POTENCIADO

## RECOMENDACIONES PLAN NACIONAL SIDA 2007

Como inicio de terapia 2 ITAN + Efavirenz o 2 ITAN + 1 IP potenciado con dosis bajas de ritonavir. La combinación de 3 ITAN es una alternativa cuando no pueden utilizarse las pautas anteriores; En general se prefieren pautas basadas en ITNN que con IP potenciado en inicio de tratamiento debido a alta eficacia demostrada en numerosos ensayos clínicos, menor número de comprimidos, menos interacciones relevantes, perfil metabólico más favorable y menor coste; La ventaja principal de los IP potenciados es su alta barrera genética para el desarrollo de resistencias, por lo que son preferibles a los ITNN en casos de resistencias primarias y en pacientes expuestos a periodos prolongados y repetidos de no adherencia al TAR.

## CONCLUSIONES Y ACTUACIONES

- ✓ Se ha producido una disminución del número de combinaciones utilizadas en relación con el 2005, a pesar de un aumento del número de pacientes atendidos. Esto es consecuencia de la buena adecuación de las prescripciones realizadas durante 2007 y las recomendaciones del Plan Nacional SIDA.
- ✓ La tendencia es reducir el número de tomas al día, para mejorar la adherencia.
- ✓ El desuso de IP no potenciado es claro y evidente, habiendo pasado de ser utilizado de forma relativamente frecuente en 2005 a una utilización prácticamente insignificante (0,41%) en 2007.