

PO-71. EVALUACIÓN FÁRMACO-ECONÓMICA DEL EMPLEO DE LOPINAVIR/R EN MONOTERAPIA (LPV/R-M) Y EN TRIPLE TERAPIA (LPV/R-T) EN PACIENTES VIH+ QUE PREVIAMENTE TENÍAN CARGA VIRAL INDETECTABLE AL MENOS 6 MESES: SUBESTUDIO FÁRMACO-ECO DEL OK04 A 96 SEMANAS

J.R. Arribas¹, F. Pulido², P. Lázaro³ e I. Méndez³

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. ³TAISS.

Antecedentes: El estudio OK04 demostró la no inferioridad a 96 semanas de la estrategia de mantenimiento postinducción simplificando LPV/r-T a LPV/r-M, incluyendo la posibilidad de reinducción con nucleósidos. El análisis fármaco-económico de este período de seguimiento completa la información en términos de coste/efectividad diferencial de LPV/r-M frente a LPV/r-T.

Métodos: La metodología del OK04, características basales y la eficacia y seguridad a 96s se han descrito anteriormente¹. Se aleatorizaron (1:1) 198 pacientes a LPV/r-M (n = 100) o a LPV/r-T (n = 98). Se definió eficacia virológica como ausencia de fracaso virológico (dos medidas de carga viral (CV), > 500 copias/ml en 96s y sin cambios en el tratamiento asignado aleatoriamente). La eficacia terapéutica incluye el mantenimiento de la CV indetectable (< 50 copias/ml) aceptando reinducción con nucleósidos en LPV/r-M en ausencia de mutaciones en la proteasa. Se emplearon datos de recursos utilizados en las 96s, manejo de los efectos adversos (EA) notificados, medicaciones concomitantes y procedimientos extraordinarios. Se asumió la perspectiva del Sistema de Salud, un horizonte temporal a 2 años, una tasa de descuento anual del 3% para costes y resultados, y ajustado a costes españoles en € de 2007. Se calculó el cociente de coste-efectividad incremental de LPV/r-M vs LPV/r-T y realizaron diversos análisis de sensibilidad, incluyendo simulación de Montecarlo (10.000 muestras).

Resultados: A 96s la eficacia terapéutica diferencial a favor de MT fue de 9,2% (84.5% LPV/r-M vs 75.3% LPV/r-T); el promedio del tiempo de eficacia terapéutica 3,7 semanas-paciente más para LPV/r-M, y el de eficacia virológica 2,3 semanas-paciente más que LPV/r-T. No hubo acontecimientos adversos causantes de abandono terapéutico en LPV/r-M y sí en LPV/r-T (% diferencial, -8%). No hubo diferencias en el número de opciones futuras de tratamiento. El coste diferencial fue de 5.563€/paciente menos en LPV/r-M, mayormente por el ahorro farmacéutico. LPV/r-M muestra dominancia en coste/eficacia terapéutica, coste/paciente-semana en eficacia terapéutica y virológica, y coste/abandono relativo al fármaco evitado. El análisis probabilístico de sensibilidad mostró que la eficacia terapéutica de LPV/r-M es más coste-efectiva que LPV/r-T en el 97,3% de los escenarios (dominancia, 80,73%).

Conclusiones: LPV/r-M (incluyendo reintroducción de nucleósidos si se precisa) es una opción coste-efectiva como terapia de mantenimiento de pacientes VIH+ frente a LPV/r-T. Esta eficiencia puede tener importancia relevante como criterio de decisión en el entorno actual de contención de costes en salud, y especialmente en países en desarrollo.