

COSTE-EFECTIVIDAD DE DOLUTEGRAVIR MÁS ABACAVIR Y LAMIVUDINA EN PACIENTES CON VIH

La infección por VIH se caracteriza por un descenso progresivo del número de células CD4+, lo que favorece la aparición de infecciones y problemas característicos del SIDA. Desde la aparición de la terapia antirretroviral de alta actividad como una combinación de 3 fármacos, los pacientes VIH+ han pasado a presentar una enfermedad crónica de reducida morbimortalidad. Asimismo, la existencia de combinaciones de dosis fijas de antirretrovirales ha simplificado el tratamiento, lo que ha conducido a la mejora de la adherencia, aumentando la efectividad del tratamiento.

Una combinación reciente en España es la formada por dolutegravir (DOL) con abacavir (ABA) y lamivudina (LAM). Los autores¹ han analizado el ratio coste-utilidad incremental (RCEI) de esta triple combinación (DOL/ABA/LAM) respecto de la formada por emtricitabina, tenofovir y efavirenz (EMT/TEN/EFA) y darunavir (DAR) o raltegravir (RAL), con TEN/EFA o con ABA/LAM, como tratamiento inicial de los pacientes infectados por VIH-1 en España.

Para llevar a cabo el estudio se diseñó un modelo de microsimulación que estimaba la evolución de cada paciente que inicia un tratamiento hasta su muerte, simulando así la variabilidad individual a los tratamientos. Las alternativas analizadas son la combinación fija de DOL/ABA/LAM que se comparó respecto de la combinación EMT/TEN/EFA y las formadas por EMT/TEN o ABA/LAM con DAR o RAL. El modelo se inicia con pacientes con VIH sin enfermedad crónica en tratamiento de primera línea, que pueden pasar cada mes a una segunda línea de tratamiento o a una infección crónica por VIH no SIDA; asimismo, durante el tratamiento pueden presentar una enfermedad oportunística (viral, bacteriana, fúngica, etc.) o mostrar un evento adverso (diarrea, vértigo, mareo, rash, depresión, etc.); finalmente, los pacientes pueden morir desde cualquier estado. Las transiciones entre los estados de salud se efectúan dependiendo del recuento de células CD4+: si el tratamiento administrado obtiene la supresión viral (carga viral por debajo de 50 copias por mL a las 48 horas), se incrementa el recuento de CD4+ hasta un máximo de 1200 células por microlitro. En caso contrario, el paciente se mueve a una segunda línea de tratamiento o posterior. Una vez que se ha repetido el proceso en un millón de pacientes hasta su muerte, el modelo estima el coste acumulado así como los resultados obtenidos.

A partir de los ensayos clínicos se determina la probabilidad de alcanzar la supresión viral para cada esquema terapéutico. De la literatura se tomaron los valores de utilidad de cada estado, para estimar finalmente el número de años de vida ajustados a calidad (AVAC) de cada alternativa analizada. Los costes incluidos fueron los correspondientes a los fármacos antirretrovirales, consultas médicas, test diagnósticos y el manejo de los eventos adversos, las patologías crónicas y las infecciones oportunistas. Los resultados mostraron que la combinación DOL/ABA/LAM fue dominante, al obtener una mayor efectividad y un menor coste (Tabla 2).

	Efectividad (AVAC)	Coste (€)	RCEI (€/AVAC)
DOL/ABA/LAM vs ENT/TEN/EFA			
DOL/ABA/LAM	18,0026	237.363	-67.211

¹ **Moreno S, Losa J, Berenguer J, Martínez J, Cenoz S, Graefehain R et al.** Análisis de coste-utilidad de la combinación a dosis fijas de dolutegravir/abacavir/lamivudina como tratamiento inicial de pacientes con VIH+ en España. *Farm Hosp.* 2017; 41(5): 601-10.

ENT/TEN/EFA	17,6986	257.795	
DOL/ABA/LAM vs RAL/TEN/EFA o RAL/ABA/LAM			
DOL/ABA/LAM	18,0058	234.470	-1.005.117
RAL/TEN/EFA o RAL/ABA/LAM	17,9846	255.754	
DOL/ABA/LAM vs DAR/TEN/EFA o DAR/ABA/LAM			
DOL/ABA/LAM	18,026	235.376	-1.787.341
DAR/TEN/EFA o DAR/ABA/LAM	18,0205	246.767	

Tabla 2

Los autores concluyen que iniciar del tratamiento con la combinación a dosis fijas de dolutegravir con abacavir y lamivudina parece ser la opción más rentable para el tratamiento de pacientes infectados por el VIH desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español.