



IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CANDIDATOS A SWITCH CON CABOTEGRAVIR + RILPIVIRINA DEPOT EN UN CENTRO PENITENCIARIO DESDE UN ENFOQUE FARMACOECONÓMICO

- **OBJETIVO**

Identificar los perfiles de paciente VIH que más pueden beneficiarse económicamente del cambio a terapia parenteral (CAB+RVP).

- **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo observacional unicéntrico, en el que se incluyeron todos los pacientes con tratamiento antirretroviral activo y viremia suprimida en abril de 2024 en un centro penitenciario. Variables a medir: número total de pacientes con terapia activa, tratamiento actual prescrito, coste anual del tratamiento actual, y de la terapia CAB+RVP, y porcentaje de pacientes totales que pueden beneficiarse o no económicamente en función del tipo de tratamiento en curso. Para la obtención de los datos económicos se consultaron las ofertas económicas actuales de los laboratorios farmacéuticos, y para los clínicos, el programa de historia clínica OMI360 así como su módulo de prescripción electrónica.

- **RESULTADOS:**

- 37 pacientes (1 excluido por no tener carga viral sostenida)
- 34/36 (94.5%) estaban con triple terapia antirretroviral, y los otros 2 con biterapia oral.

Estudio económico: 6.543,21 € switch primer año

- Triple terapia:
 - 1º año: 4/34 (11.8%, en tratamiento con EVGc/FTC/TAF o RPV/FTC/TAF-TDF) tenían un coste/año superior a CAB+RVP.
 - 2º año: 16/34 (47%, los tratamientos anteriores y DRVc/FTC/TAF o DTG/ABC/3TC) tenían un coste/año superior.
 - Switch coste-efectivo para estos pacientes. Los coste efectivos a partir del segundo año, recuperan en los primeros 6 meses el gasto extra del primer año.
 - El cambio en pacientes en tratamiento con BIC/FTC/TAF no es coste-efectivo.
- Doble terapia:
 - El switch no es coste-efectivo

- **CONCLUSIONES:**

El cambio en casi la mitad de los pacientes genera un ahorro para el centro con el switch, por lo que es necesario establecer criterios de eficiencia y algoritmos para detectar estos pacientes. En los pacientes estudiados, el cambio parece ser coste-efectivo en pacientes con tratamientos que no se encuentran actualmente en primera línea de utilización, como son los basados en EVG, RPV o DRV, con dos ITIAN, ya sea porque son menos potentes o porque precisan ser potenciados con cobicistat aumentando el riesgo de interacciones farmacológicas. En estos pacientes sería interesante el cambio a las presentaciones parenterales de CAB + RPV, excepto que la utilización de DRV se debiese al riesgo de presentar mutaciones resistentes. Son necesarios más estudios farmacoeconómicos en terapias long-acting de VIH para poder establecer un algoritmo eficiente de tratamiento



