



Escuela de Verano
Medicina Interna

Ronda, Málaga
Palacio de Congresos
Convento de Santo Domingo
29Junio/2Julio_2011

CASOS DE VIH

Ana Leonor Abreu
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA III
HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL



CASO CLÍNICO

- Hombre 47a. Sin alergias. Fumador de 40 cigarrillos al día. Niega consumo alcohol. Ex—adicto a drogas por vía parenteral, en tratamiento con metadona desde hace 10 años. Recibe tratamiento con lorazepam por insomnio.
- Antecedentes familiares: Madre accidente vascular cerebral. Padre Infarto agudo miocardio.
- Antecedentes patológicos:
 - Infección VIH conocida desde 1990 a raíz de ingreso hospitalario por endocarditis CD4 420 Inicia tratamiento con AZT que el paciente abandona.
 - Septiembre 2000: CD4 205 CV 85.000 copias/ml. Serología hepatitis C + genotipo 3. Serología hepatitis B, lues y toxoplasma negativas. Inicia tratamiento con lopinavir/ritonavir y AZT+3TC (combivir). Sigue controles hospitalarios bastante regulares. Con respuesta viral sostenida y buena evolución inmunológica.
- En la última visita se objetiva lipodistrofia facial moderada TA 145/85 IMC 17. Resto de exploración dentro de la normalidad.



	1990	2000	May 08	Nov 08	May 09	Nov 09
CD4	420	205	360	366	370	367
CV		85.000	<20	<20	<20	<20
TG			200		190	210
Col T			245		240	250
HDL			35		32	35
LDL			130		130	132
Glucosa			100		98	101
Bil T			0,7		0,73	0,6
GOT			40		45	42
Creatinina			0,9		0,85	0,79
IMC			19			17



- PREGUNTAS
- ¿Creéis que se tendría que cambiar el TAR?
- ¿Tendríamos que plantearnos tratar otras patologías?
- ¿Posibilidades de cambio de TAR?



Cambio de tratamiento en pacientes con supresión virológica

- 1. Cambio en caso de toxicidad inmediata o para evitar la posible toxicidad/teratogenidad
 - Efectos secundarios o toxicidad documentados → Lipodistrofia facial, Dislipemia
- 2. Cambio para prevenir la toxicidad a largo plazo.
 - Envejecimiento y/o comorbilidades con un posible impacto negativo de los fármacos utilizados en la pauta actual, p. ej. sobre el riesgo CV, los parámetros metabólicos o la actividad renal. → Riesgo Enfermedad Cardiovascular
- 3. Cambio por simplificación → AZT (Zidovudina) no se recomienda como tratamiento de primera línea
 - Pauta actual no recomendada



Pautas iniciales para pacientes sin tratamiento antirretroviral previo

SELECCIONAR 1 FÁRMACO DE LA COLUMNA A Y COMBINAR CON 1 ITIAN DE LA COLUMNA B*	A	B	COMENTARIOS
Recomendado	<p>ITIAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • EFV¹ • NVP² <p>o IP potenciado con ritonavir</p> <ul style="list-style-type: none"> • ATV/r³ • DRV/r³ • LPV/r⁴ • SQV/r <ul style="list-style-type: none"> • RAL⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> • TDF/FTC • ABC/3TC⁶⁻⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> - TDF/FTC coformulado - ABC/3TC coformulado - EFV/TDF/FTC coformulado <ul style="list-style-type: none"> - ATV/r: 300/100 mg c/24 h - DRV/r: 800/100 mg c/24 h - LPV/r: 400/100 mg c/12 h o 800/200 mg c/24 h - SQV/r: comenzar con 500/100 mg y una semana después aumentar a 1000/100 mg c/12 h - RAL: 400 mg c/12 h
Alternativa	<p>SQV/r</p> <p>FPV/r</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ZDV/3TC⁵ • ddl/3TC o FTC⁸ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SQV/r: comenzar con 500/100 mg y una semana después aumentar a 2000/100 mg c/24 h 2. FPV/r: 700/100 mg c/12 h o 1400/200 mg c/24 h 3. ZDV/3TC coformulado

EACS 2011 Guías Clínicas para el tratamiento de Adultos Infeccionados por el VIH en Europa Version 5-4



Otras patologías: comorbilidades infecciosas

Coinfección por virus de Hepatitis C

“El tratamiento actual es especialmente recomendable en pacientes con una alta probabilidad de lograr una respuesta virológica sostenida (RVS): genotipos 2 ó 3 y los pacientes infectados con el genotipo 1, si la carga viral es baja (<400.000 UI / ml)”

- Tratamiento de elección - combinación de Peg-INF alfa y ribavirina
Peg-INF 2a 180 mg 1xsemana
Peg-INF 2b 1,5 mg / kg de peso corporal 1xsemana
Ribavirina – peso corporal < 75Kg = 1000mg/dia; ≥ 75Kg = 1200mg/dia bid



Interacción / toxicidad

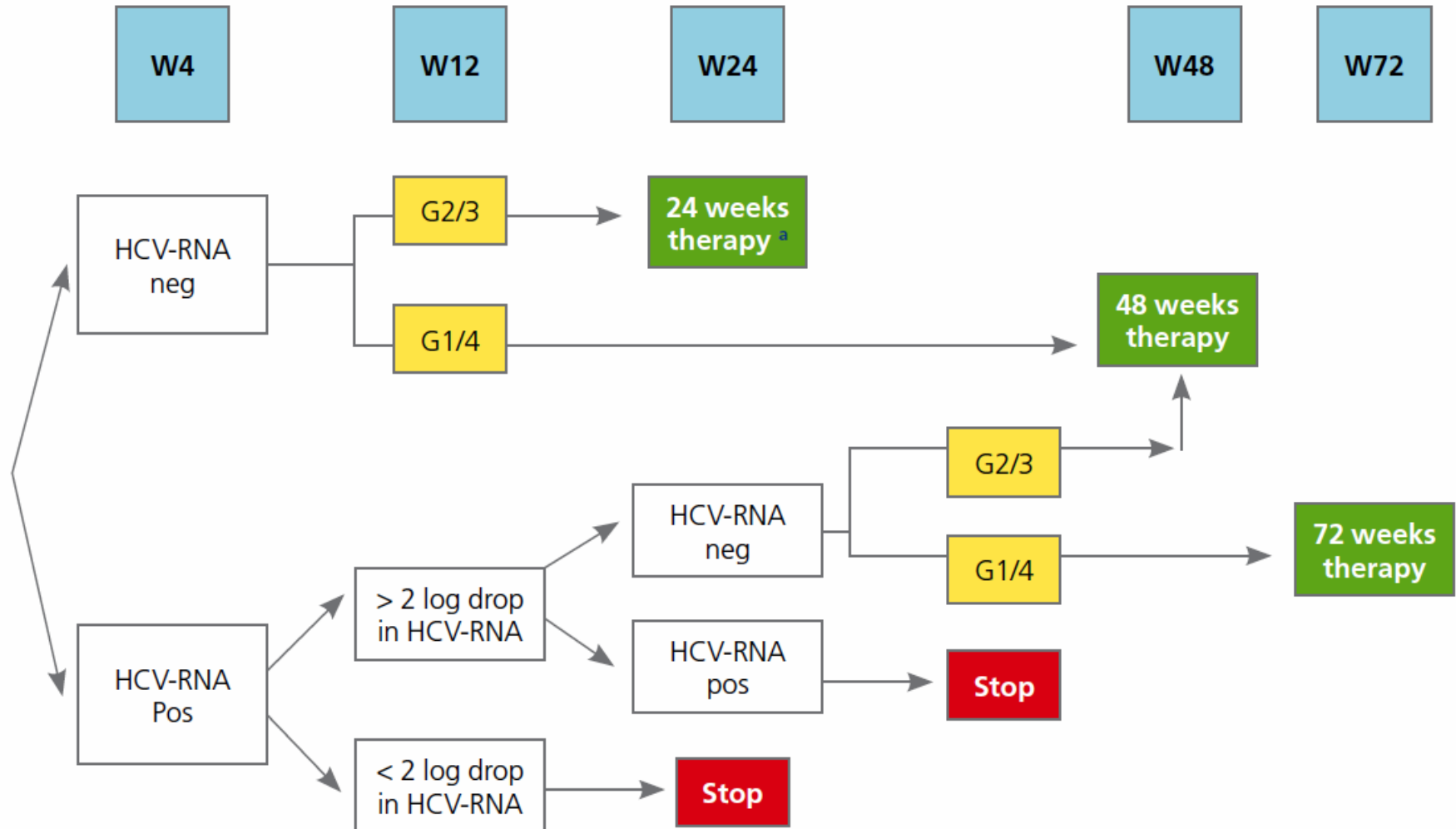


Zidovudina, Abacavir, Didanosina



Figure 3: Proposed optimal duration of HCV therapy in HCV/HIV coinfecting patients

EACS Guidelines - Version 5-4





Otras patologías? Comorbilidades no infecciosas

EACS 2011 Guías clínicas
Versión 5-4

- **Lipodistrofia facial**

LIPOATROFIA	LIPOHIPERTROFIA
<p>Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar d4T y ZDV o cambiar por precaución. <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modificación de la TAR. <ul style="list-style-type: none"> - Cambiar d4T o ZDV a ABC o TDF: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sólo la modificación de TAR ha demostrado restituir parcialmente la grasa subcutánea con incremento de grasa total en extremidades ~400-500 g/año. ▪ Riesgo de toxicidad de un fármaco nuevo (ver p. 38) - Cambio de pauta sin ITIAN: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de grasa total en extremidades ~400-500 g/año. ▪ Puede incrementar el riesgo de dislipemia. ▪ Pocos datos de seguridad virológica. • Intervención quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> - Únicamente para tratar la lipoatrofia facial ¹ • Las intervenciones farmacológicas para tratar la lipoatrofia no han demostrado eficacia y pueden producir nuevas complicaciones. <ul style="list-style-type: none"> - Pioglitazona: probable beneficio en pacientes no tratados con d4T. - Rosiglitazona y pioglitazona: mejoría de la sensibilidad a la insulina. - Rosiglitazona: aumento de dislipidemia y posiblemente de CI. 	<p>Prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe una pauta con eficacia demostrada. • El aumento de peso tras el inicio de un TAR supuestamente efectivo refleja una respuesta "saludable". • La reducción de peso o evitar el aumento de peso puede disminuir el depósito de grasa visceral. • Evitar la fluticasona inhalada con algunos IP. <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta y ejercicio pueden reducir la grasa visceral. <ul style="list-style-type: none"> - Datos limitados, pero posiblemente reducción de la grasa visceral y mejora de la sensibilidad a la insulina y del perfil lipídico, especialmente en obesidad asociada a lipohipertrofia. - No existen ensayos clínicos prospectivos en pacientes infectados por el VIH, que indiquen de forma clara el tipo de dieta y ejercicio necesarios para mantener la reducción de la grasa visceral. - Puede empeorar la lipoatrofia subcutánea. • No está demostrado que el tratamiento farmacológico de la lipohipertrofia tenga efectos a largo plazo y puede provocarnuevas complicaciones. <ul style="list-style-type: none"> - Hormona de crecimiento ^{II} <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuye la grasa visceral. ▪ Puede empeorar la lipoatrofia subcutánea y la resistencia a la insulina. - Metformina: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuye la grasa visceral en personas con resistencia a la insulina. ▪ Puede empeorar la lipoatrofia subcutánea. - Considerar tratamiento quirúrgico en lipomas localizados o joroba de búfalo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duración del efecto variable.



EACS 2011 Guías
Clínicas Versión 5-4

Riesgo ECV 10 años
~28%
Framingham

Valorar la ECV para los próximos 10 años ⁱ

Aconsejar dieta y estilo de vida a todos los pacientes
Valorar cambio del TAR si riesgo ECV $\geq 20\%$ ⁱⁱ

Tabaquismo (ver p. 42)

Identificar los factores de riesgo modificables ⁱⁱⁱ

Presión arterial

Coagulación

Glucosa

Lípidos

Tratamiento farmacológico
si: TAS ≥ 140 o
TAD ≥ 90 mmHg
(especialmente si el riesgo
CV a los 10 años es $\geq 20\%$)

Tratamiento
farmacológico si: Existe
ECV o edad ≥ 50 y riesgo
CV $\geq 20\%$ a los 10 años

Confirmar la presencia de
DM y tratar con fármacos

Tratamiento
farmacológico ^{iv} si: Existe
ECV o DM tipo 2 o riesgo
CV a los 10 años $\geq 20\%$

Objetivo

Si diabetes o
ECV previa
o IRC o +
proteinuria

Otros

TAS < 130

< 140

TAD < 80

< 90

Objetivo: No procede

Considerar tratar con
ácido acetilsalicílico
75-150 mg ^{vi}

Objetivo HbA1C < 6,5-7,0%

Tratamiento (ver p. 49)

Objetivo ^v

Óptimo

Estándar

CT

≤ 4
(155)

≤ 5
(190)

c-LDL

≤ 2
(80)

≤ 3
(115)



Otras patologías? Comorbilidades no infecciosas

Hipertensión Grado 1 + Dislipemia +Tabaquismo

Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular

ECV 27,9%

- **Intervenciones de estilo de vida** - Abandonar el tabaco, Promoción del ejercicio físico, Consejo dietético (IMC bajo)
- **Antihipertensivos** – IECA: perindopril, lisinopril, ramipril (ARA II: losartán o candesartán si existe intolerancia a IECA)
- **Estatinas** : Rosuvastatina 5-40 mg/día, Pravastatina 20-80 mg/día
- **Anti-agregación plaquetaria:** Considerar tratar con ácido acetilsalicílico 75-150 mg



Posibilidades de cambio de TAR?

lopinavir/ritonavir y AZT+3TC (combivir)



Efectos 2ºs

Dislipemia

Lipoatrofia, riesgo ECV ↑

Interacciones

Metadona

Ribavirina

Sustitución de AZT por TDF; considerar substitución de IP/r

2 NRTIs = Tenofovir (TDN)+Emtricitabina (FTC) - Truvada®



+ Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos:

Nevirapina

+ Inhibidores de proteasa inversa potenciados con ritonavir:

Atazanavir o Darunavir

+ Inhibidores de la Integrasa: Raltegravir



PREGUNTAS

- Creéis que se tendría que cambiar el TAR?

R - Si

- Tendríamos que plantearnos tratar otras patologías?

R - eliminar los efectos adversos y reducir el riesgo cardiovascular con intervenciones de estilo de vida e tratamiento farmacológico de HTA y dislipidemia. Tratar el VHC después de cambiar terapéutica antirretroviral.

- Posibilidades de cambio de TAR?

R - Truvada[®]+ Nevirapina o Atazanavir/ritonavir o Darunavir /ritonavir o Raltegravir



- Muchas Gracias