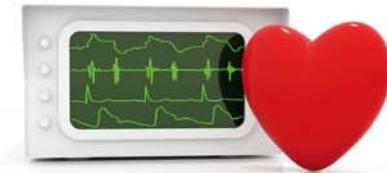




VII Reunión de Riesgo Vascular

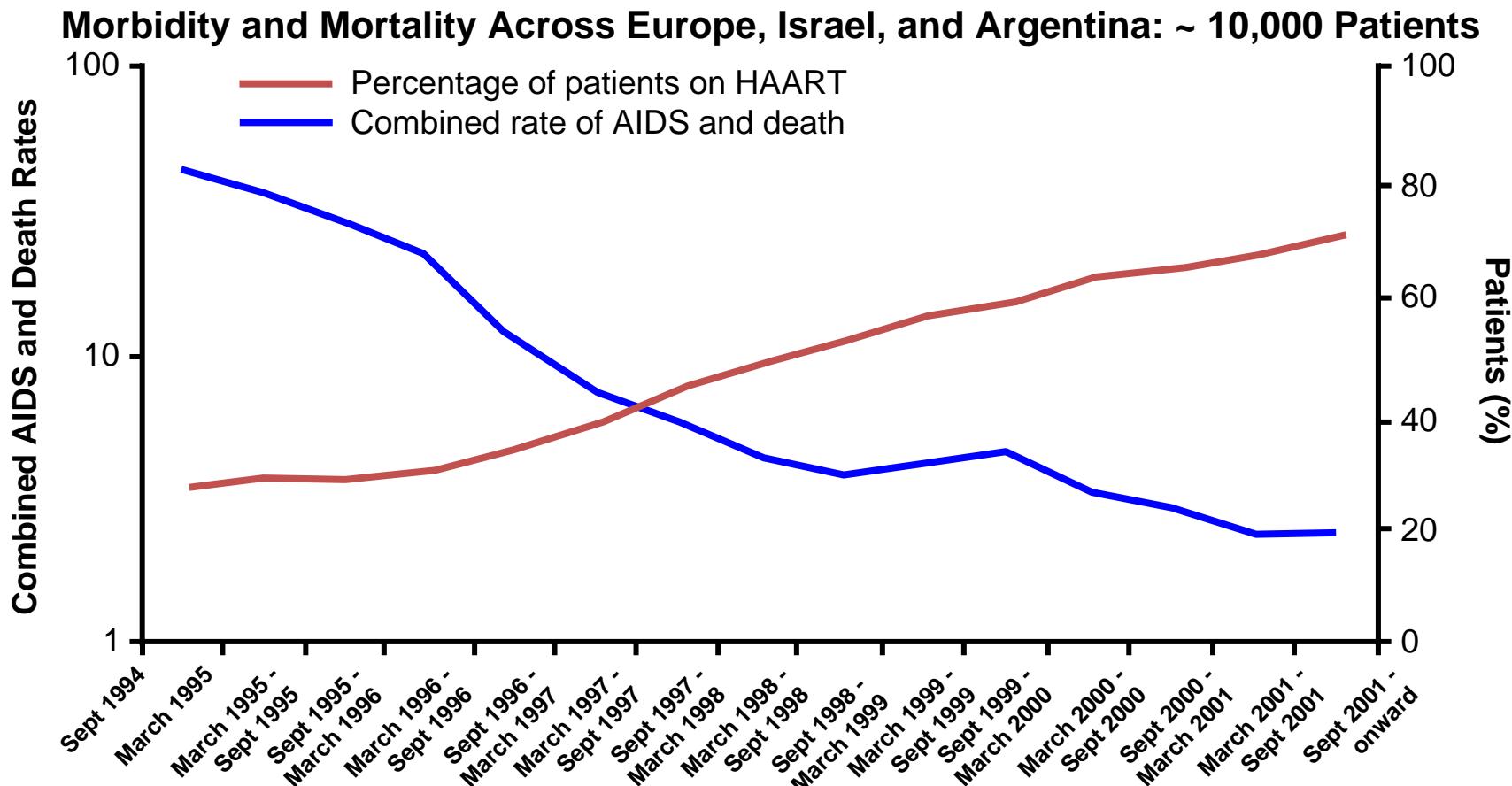
Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011



Infección VIH y Riesgo Vascular

Julián Olalla

Unidad de Medicina Interna
Hospital Costa del Sol (Marbella)



Factors associated with specific causes of death amongst HIV-positive individuals in the D:A:D study

The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV drugs (D:A:D) Study Group

AIDS 2010, 24: 1537-48

Table 2. Primary (underlying) causes of death in D:A:D study.

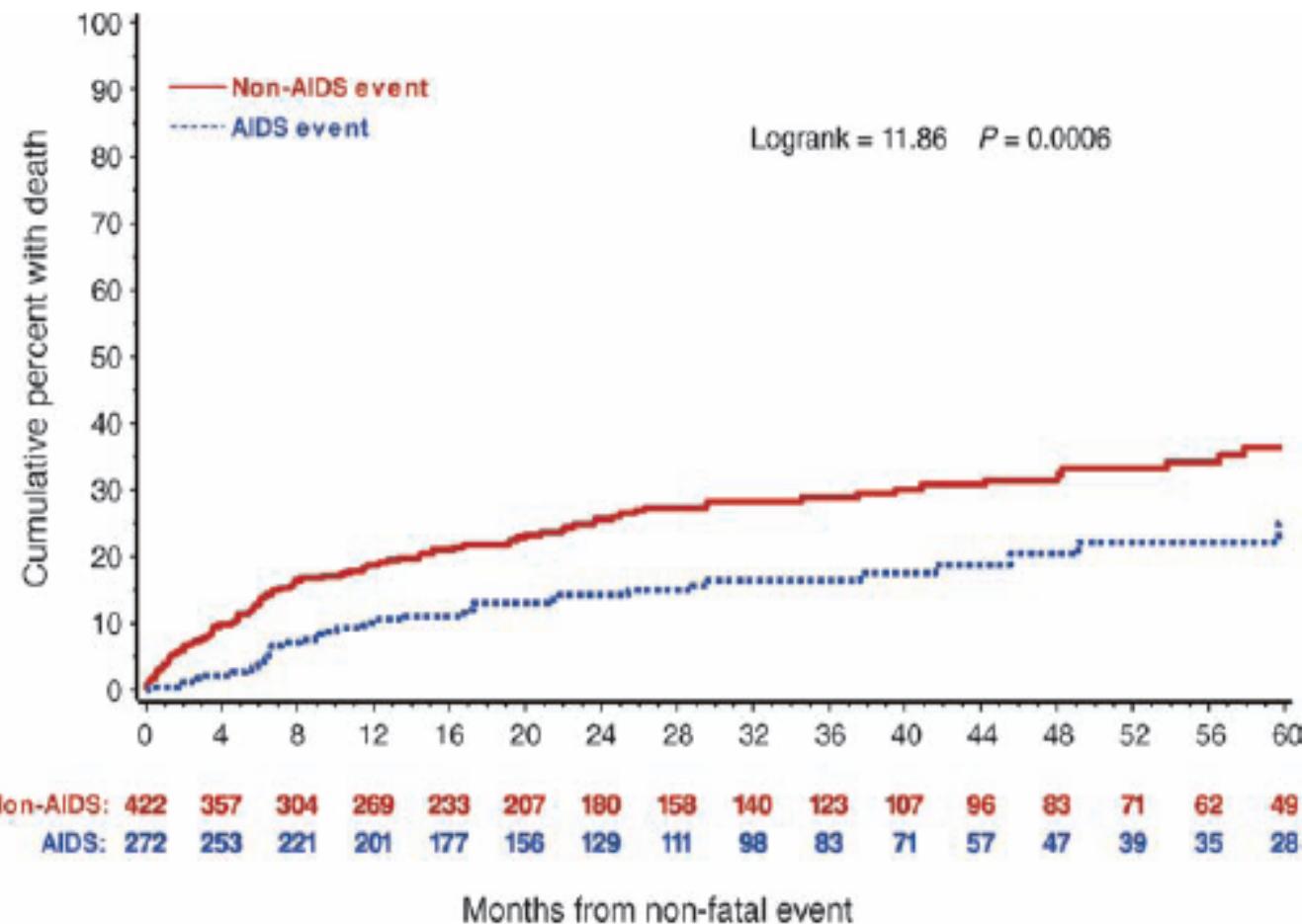
	Number (% of total deaths)	Rate of death* (95% CI)	Rate of death in 1999/2000 (95% CI)	Rate of death in 2007/2008 (95% CI)
Total deaths	2482 (100.0)	13.8 (13.2, 14.3)	16.9 (14.9, 19.1)	9.60 (8.24, 11.0)
AIDS	743 (29.9)	4.12 (3.83, 4.42)	5.62 (4.40, 6.84)	1.75 (1.17, 2.33)
Liver-related	341 (13.7)	1.89 (1.69, 2.09)	2.67 (1.83, 3.51)	1.45 (0.92, 1.98)
Chronic viral hepatitis	285 (11.5)	1.58 (1.40, 1.77)	2.12 (1.38, 2.87)	1.25 (0.76, 1.74)
Liver failure ^a	56 (2.3)	0.31 (0.23, 0.39)	0.55 (0.24, 1.08)	0.20 (0.05, 0.51)
CVD-related	289 (11.6)	1.60 (1.42, 1.79)	1.71 (1.04, 2.38)	1.50 (0.96, 2.04)
MI, definite or possible	157 (6.3)	0.87 (0.74, 1.01)	1.16 (0.68, 1.87)	0.55 (0.27, 0.98)
Stroke	35 (1.4)	0.19 (0.13, 0.26)	0.14 (0.02, 0.50)	0.30 (0.11, 0.65)
Other CVD	36 (1.5)	0.20 (0.13, 0.27)	0.00 (0.00, 0.25)	0.35 (0.14, 0.72)
Other heart disease	54 (2.2)	0.30 (0.22, 0.38)	0.34 (0.11, 0.80)	0.30 (0.11, 0.65)
Complications due to diabetes mellitus	7 (0.3)	0.04 (0.02, 0.08)	0.07 (0.00, 0.38)	0.00 (0.00, 0.18)
Non-AIDS malignancy ^b	286 (11.5)	1.59 (1.40, 1.77)	1.44 (0.82, 2.05)	1.10 (0.64, 1.56)
Other/Unknown	823 (33.2)	4.57 (4.26, 4.88)	5.55 (4.34, 6.76)	3.80 (2.94, 4.65)
Suicide	96 (3.9)	0.53 (0.43, 0.64)	0.82 (0.42, 1.44)	0.35 (0.14, 0.72)
Drug overdose	63 (2.5)	0.35 (0.26, 0.44)	0.82 (0.42, 1.44)	0.00 (0.00, 0.18)
Euthanasia	5 (0.2)	0.03 (0.01, 0.07)	0.00 (0.00, 0.25)	0.10 (0.01, 0.36)
Homicide	14 (0.6)	0.08 (0.04, 0.13)	0.27 (0.07, 0.70)	0.00 (0.00, 0.18)
Accident	38 (1.5)	0.21 (0.14, 0.28)	0.07 (0.00, 0.38)	0.05 (0.00, 0.28)
Invasive bacterial infection	166 (6.7)	0.92 (0.78, 1.06)	0.89 (0.47, 1.52)	0.40 (0.17, 0.79)
Lactic acidosis	15 (0.6)	0.08 (0.05, 0.14)	0.00 (0.00, 0.25)	0.00 (0.00, 0.18)
Pancreatitis	17 (0.7)	0.09 (0.05, 0.15)	0.21 (0.04, 0.60)	0.00 (0.00, 0.18)
Renal dysfunction or disease	29 (1.2)	0.16 (0.10, 0.22)	0.14 (0.02, 0.50)	0.05 (0.00, 0.28)
Other	248 (10.0)	1.38 (1.20, 1.55)	1.98 (1.26, 2.71)	1.80 (1.21, 2.38)
Unknown	132 (5.3)	0.73 (0.61, 0.86)	0.34 (0.11, 0.80)	1.05 (0.60, 1.50)

Risk of all-cause mortality associated with nonfatal AIDS and serious non-AIDS events among adults infected with HIV

- SMART: 5472 pts con CD4>350 cél/microl
- ESPRIT: 4111 pts con CD4>300 cél/microl
- Mortalidad a los seis meses de sufrir un:
 - Evento SIDA
 - Evento serio no SIDA:
 - Enfermedad Cardiovascular (IAM, ictus, Enf coronaria reqx)
 - Evento renal (I Renal Terminal)
 - Evento hepático (Descompensación Ci hepática)
 - Cáncer (no-SIDA, ex Ca piel no melanoma)

Table 2. Risk of death after experiencing an AIDS or serious non-AIDS event during SMART or ESPRIT.

Nonfatal event	No. with event	No. (%) of deaths	Estimated mortality (cumulative percentage and 95% CI)	
			6-month KM estimate	12-month KM estimate
AIDS	286	47 (16.4)	4.7 (2.8–8.0)	11.1 (7.9–15.7)
Serious AIDS ^a	78	29 (37.2)	8.1 (3.7–17.1)	29.0 (19.8–41.4)
All other AIDS ^b	221	25 (11.3)	5.2 (2.9–9.1)	7.2 (4.4–11.7)
Serious non-AIDS	435	115 (26.4)	13.4 (10.5–17.0)	19.0 (15.5–23.2)
CVD	208	24 (11.5)	4.9 (2.7–8.9)	6.1 (3.5–10.5)
Mt	93	7 (7.5)	4.3 (1.6–11.1)	4.3 (1.6–11.1)
Stroke	40	8 (20.0)	13.2 (5.7–28.9)	16.3 (7.6–32.8)
CAD	133	11 (8.3)	1.5 (0.4–5.9)	2.4 (0.8–7.2)
Renal	14	6 (42.9)	21.4 (7.5–52.8)	32.7 (13.1–67.0)
Hepatic	26	15 (57.7)	35.7 (20.4–57.4)	39.7 (23.7–61.2)
Malignancies ^c	207	77 (37.2)	19.8 (14.9–26.1)	29.5 (23.5–36.6)
Lung	44	30 (68.2)	41.6 (28.2–58.2)	61.2 (46.1–76.6)
Prostate ^d	25	2 (8.0)	4.3 (0.6–27.1)	4.3 (0.6–27.1)
Anal	29	4 (13.8)	7.0 (1.8–25.3)	11.1 (3.7–30.6)
AIDS or serious non-AIDS	696	154 (22.1)	9.5 (7.6–12.0)	15.5 (12.9–18.6)





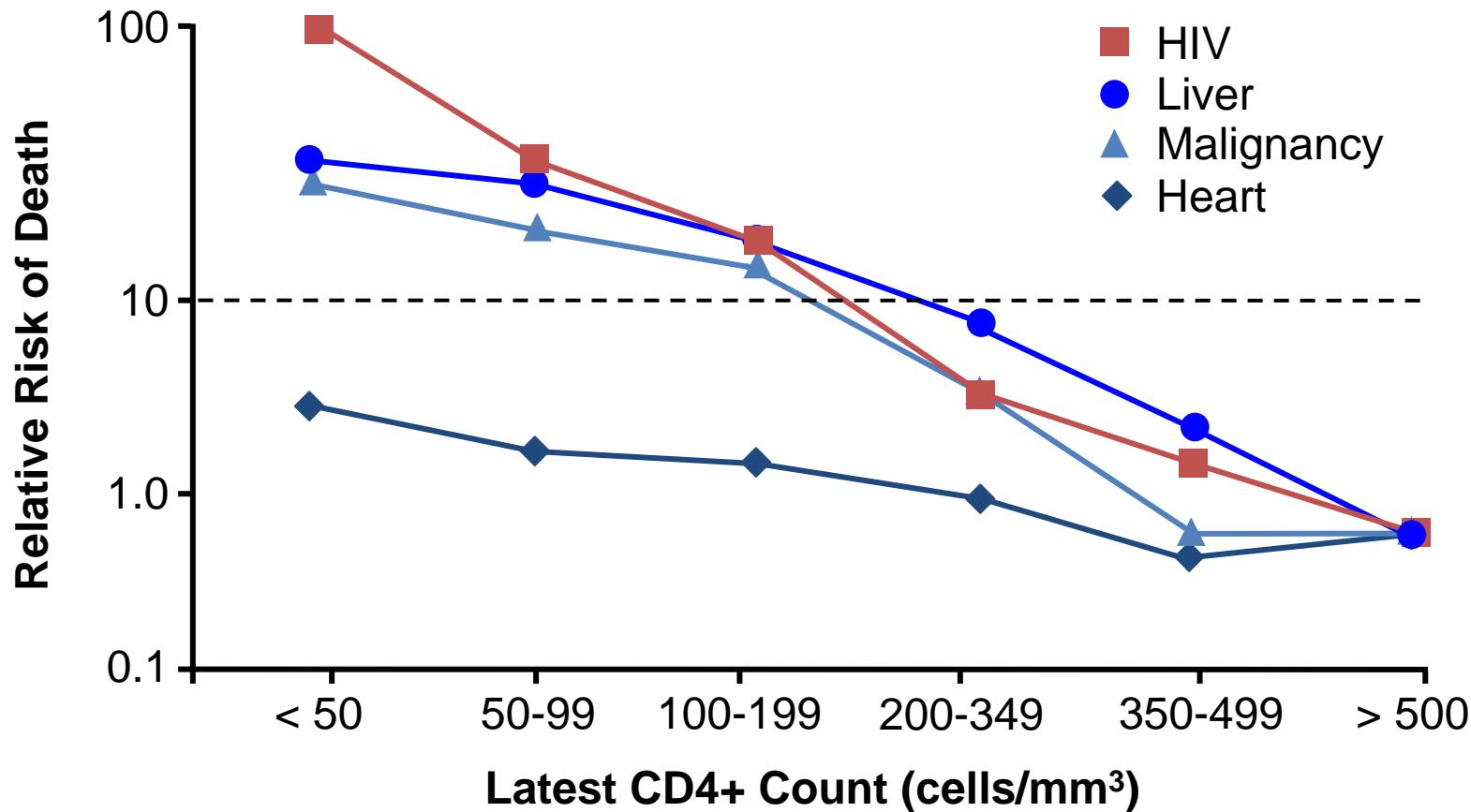
VII Reunión de Riesgo Vascular

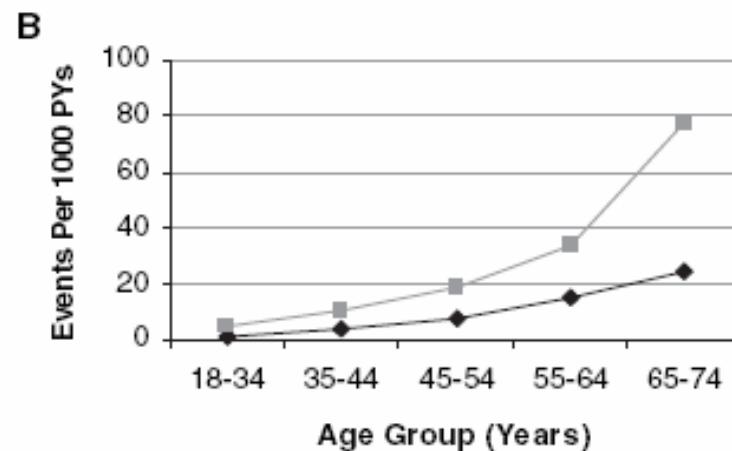
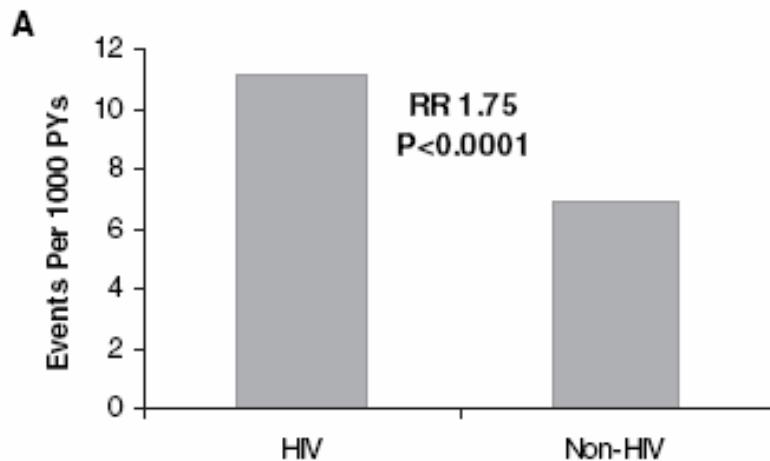
Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

FEMI
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

Grupo de
Riesgo Vascular





Mayor tasa de infartos que en
población general

J Clin Endocrinol Metab, July 2007, 92(7):2506-2512



VII
Reunión de
Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

FEMI
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



Risk of Heart Failure With Human Immunodeficiency Virus in the Absence of Prior Diagnosis of Coronary Heart Disease

Arch Intern Med. 2011;171(8):737-743



VII Reunión de Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011



- There were 8486 participants (28.2% HIV infected)
- Median 7.3 ys of follow-up, 286 incident HF events occurred
- Age- and race/ethnicity-adjusted HF rates among HIV-infected and HIV-uninfected veterans were 7.12 (95% CI, 6.90-7.34) and 4.82 (95% CI, 4.72-4.91) per 1000 person-years

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of HIV-Infected and HIV-Uninfected Patients^a

Characteristic	HIV Infected (n = 2391)	HIV Uninfected (n = 6095)	P Value
Age, median (SD), y	48.0 (9.5)	48.0 (9.5)	.70
Race			
White	42.2	38.0	
African American	38.9	40.6	.001
Hispanic	9.6	9.8	
Other	9.3	11.6	
Hepatitis C virus infection	30.5	11.4	<.001
BMI, mean (SD)	25.1 (4.2)	28.1 (5.3)	<.001
Dyslipidemia	29.5	31.6	.06
Hypertension	18.7	28.8	<.001
Diabetes mellitus	16.7	24.8	<.001
Smoking status			
Never	19.6	24.5	
Current	55.0	45.3	<.001
Past	25.4	30.2	
History of alcohol abuse or dependence diagnosis	34.0	32.5	.18
History of cocaine abuse or dependence diagnosis	21.9	15.7	<.001
CART with HIV-1 RNA level <500 copies/mL at baseline	51.0
CART with HIV-1 RNA level <50 copies/mL at baseline	26.8
HIV-1 RNA median (mean) [SD], log ₁₀ (n = 1588)	2.82 (3.12) [1.26]
CD4+ lymphocyte count, median (mean) [SD], /mm ³ (n = 1636)	366.0 (412.8) [277.4]
Heart failure events, No.	97	189	
Adjusted heart failure incidence rate, per 1000 person-years ^b	7.12 (6.90-7.34)	4.82 (4.72-4.91)	

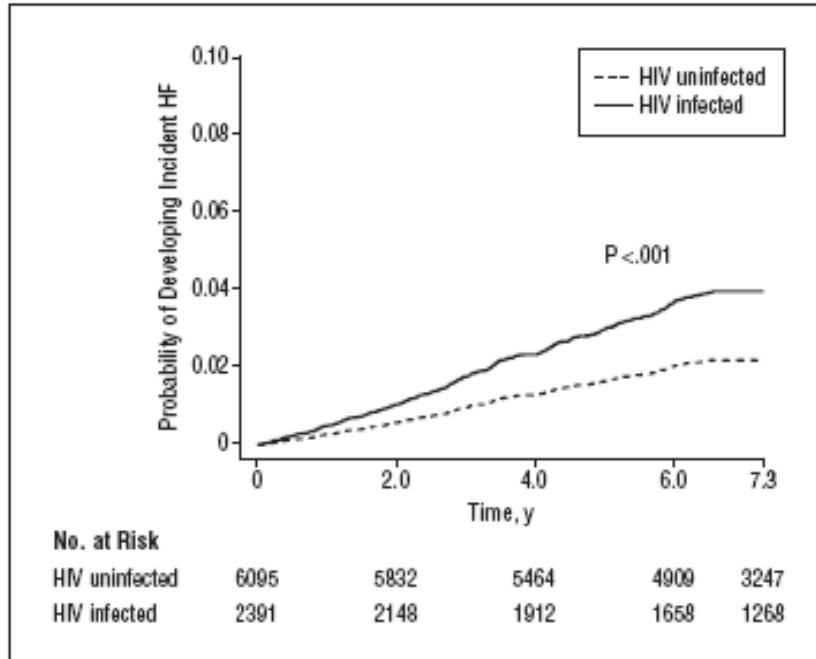


Figure 1. Human immunodeficiency virus (HIV) status and the risk of heart failure (HF) for the total cohort.

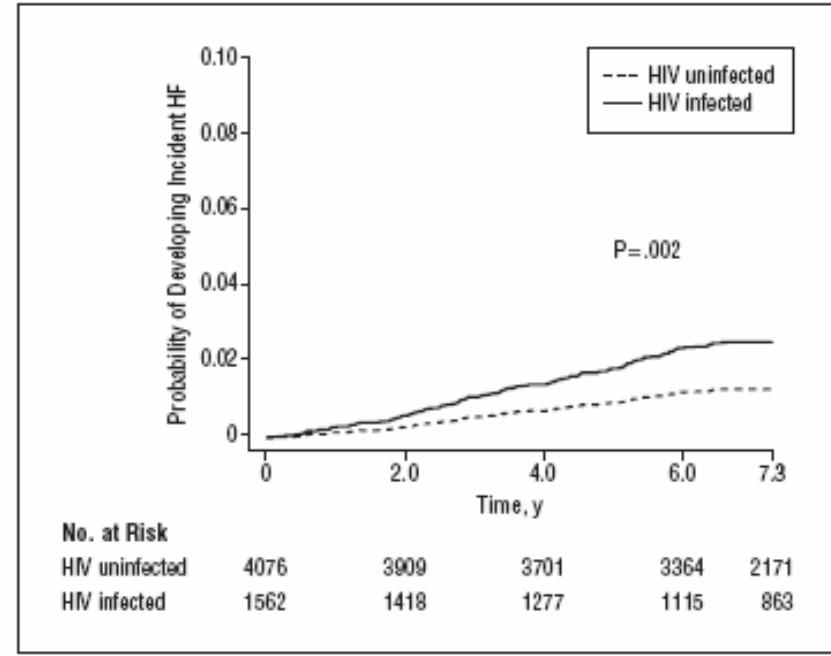


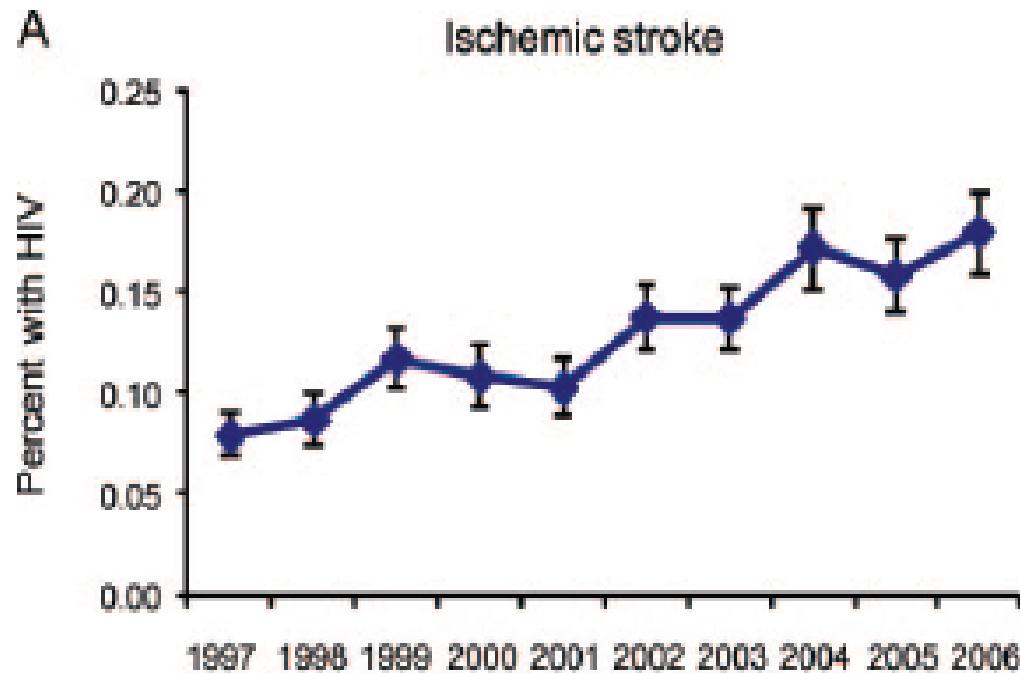
Figure 2. Human immunodeficiency virus (HIV) status and the risk of heart failure (HF) among patients without a coronary heart disease or alcohol abuse or dependence diagnosis prior to the incident HF event.

Compared with HIVuninfected veterans, those who were HIV infected had an increased risk of HF (adjusted hazard ratio [HR], 1.81; 95% CI, 1.39-2.36)



Table 2. Association Between HIV Infection and Risk of Incident Heart Failure^a

Characteristic	HR (95% CI)
HIV infection	1.81 (1.39-2.36)
Age, per 10-y increase	1.70 (1.50-1.93)
African American race vs non–African American race	1.32 (1.04-1.69)
HCV infection	1.00 (0.73-1.39)
BMI >30 vs <30 ^b	1.54 (1.18-2.01)
Dyslipidemia	0.96 (0.74-1.23)
Hypertension	1.95 (1.51-2.52)
Diabetes mellitus	1.97 (1.53-2.53)
Current smoking	1.31 (1.01-1.69)
History of alcohol abuse or dependence diagnosis	1.55 (1.16-2.08)
History of cocaine abuse or dependence diagnosis	1.08 (0.76-1.54)
Additional models for HIV infected vs HIV uninfected ^b	
HIV-1 RNA	
HIV infected with baseline and recent HIV-1 RNA levels <500 copies/mL	1.10 (0.64-1.89) ^c
HIV infected with baseline but no recent HIV-1 RNA level <500 copies/mL	2.39 (1.25-4.58) ^c
HIV infected with baseline HIV-1 RNA level ≥500 copies/mL	2.28 (1.57-3.32) ^c
CD4 ⁺ lymphocyte count	
<200/mm ³	1.72 (1.23-2.40) ^d
≥200/mm ³	1.98 (1.09-3.61)
CART exposure	
CART naive	2.22 (1.45-3.40) ^e
CART experienced	1.60 (1.15-2.24)



NEUROLOGY

Increasing incidence of ischemic stroke in patients with HIV infection

Bruce Ovbiagele and Avindra Nath
Neurology 2011;76:444; Prepublished online January 19, 2011;
DOI 10.1212/WNL.0b013e31820a0cfc



GIMc (I)

- Grosor íntima-media (US).
- 148 VIH+ vs 63 VIH-.
- Diferencia significativa en el grosor basal y la progresión a un año.
- FR: Basal: Cardiovasculares clásicos, VIH.
Progresión: Nadir CD4≤200 cél/mm³, edad, raza latina.



GIMc (y II)

- 77 VIH + vs 52 controles
- 55 con TAR, 22 naive
- VIH+: 10.8% GIMc mayor que los VIH -, menor distensibilidad arterial (13.6%)
- TAR vs naive:
 - Similar GIMc
 - Menor distensibilidad si TARGA (25.9%)



The unexplored story of HIV and ageing

George P Schmid,^a Brian G Williams,^b Jesus Maria Garcia-Calleja,^a Chris Miller,^c Emily Segar,^c Monica Southworth,^c David Tonyan,^c Jocelyn Wacloff^c & James Scott^c

- In the USA, case reporting from 2003 to 2006 shows **the proportion of older HIV-positive individuals** has climbed from 20% to 25% and numbers of cases have risen in all 5-year age bands from 45 years to 65 years and older; using serology, **11% of 2006 incident cases are in older individuals**
- In WHO's European Region, 8% of reported cases in 2005 are older

Bull World Health Organ 2009;87:162

- Pero esta incidencia, en **2007**, fue ya del **12.9%**

HIV Med 2010, 11:479-481

VII

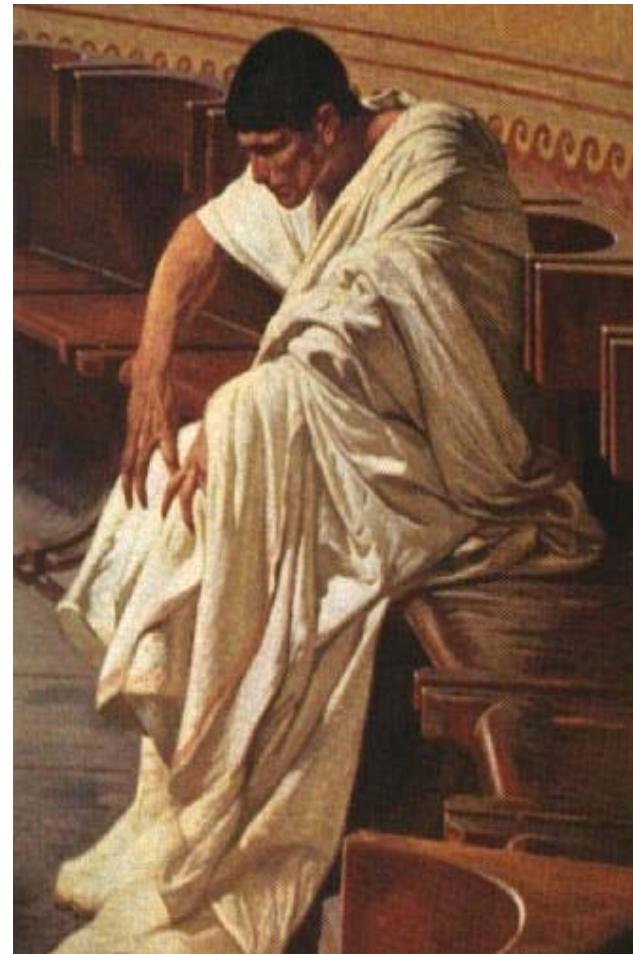
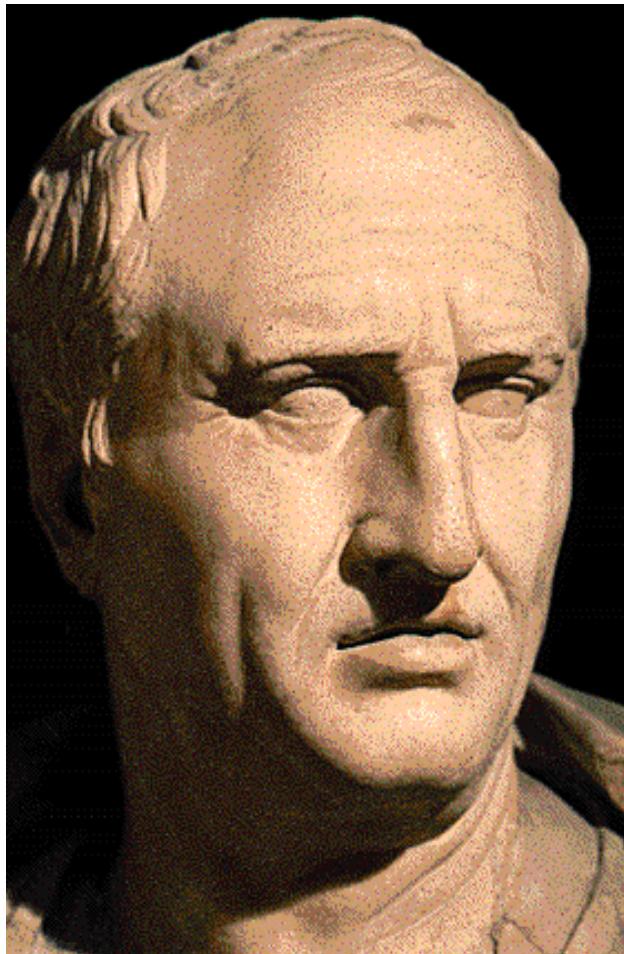


Reunión de Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

FEMI
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA





- Varón homosexual 52 años
- Inf VIH desde 2004
- TAR con ABC+3TC+LPV-rtv desde el inicio
- Nadir de CD4 150 (dx)
- Miembro del equipo local de rugby





Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

- Fuma 10 cig/día
- No DM, No HTA
- TAS 145 mmHg
- Col T: 213 mg/dl
- HDL col: 32 mg/dl
- EKG: sin alteraciones

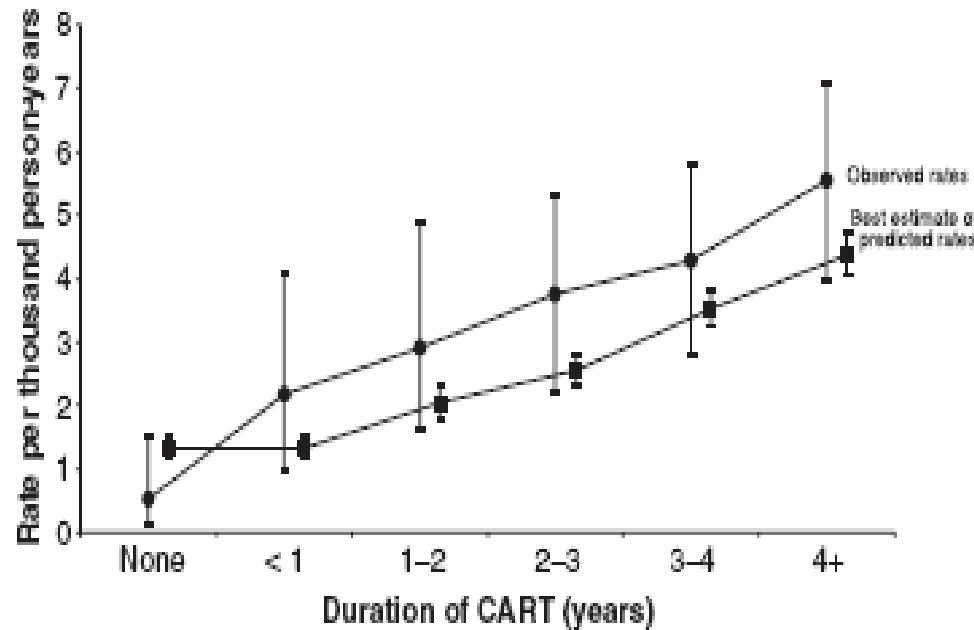


VII Reunión de Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011



Riesgo (%)	5 a	10 a
Enf Coronaria	12.4	24.2
Enf Cardiovascular	17	<u>33</u>
Infarto Agudo Miocardio	9.5	17.9



HIV Medicine (2006), 7, 218–230

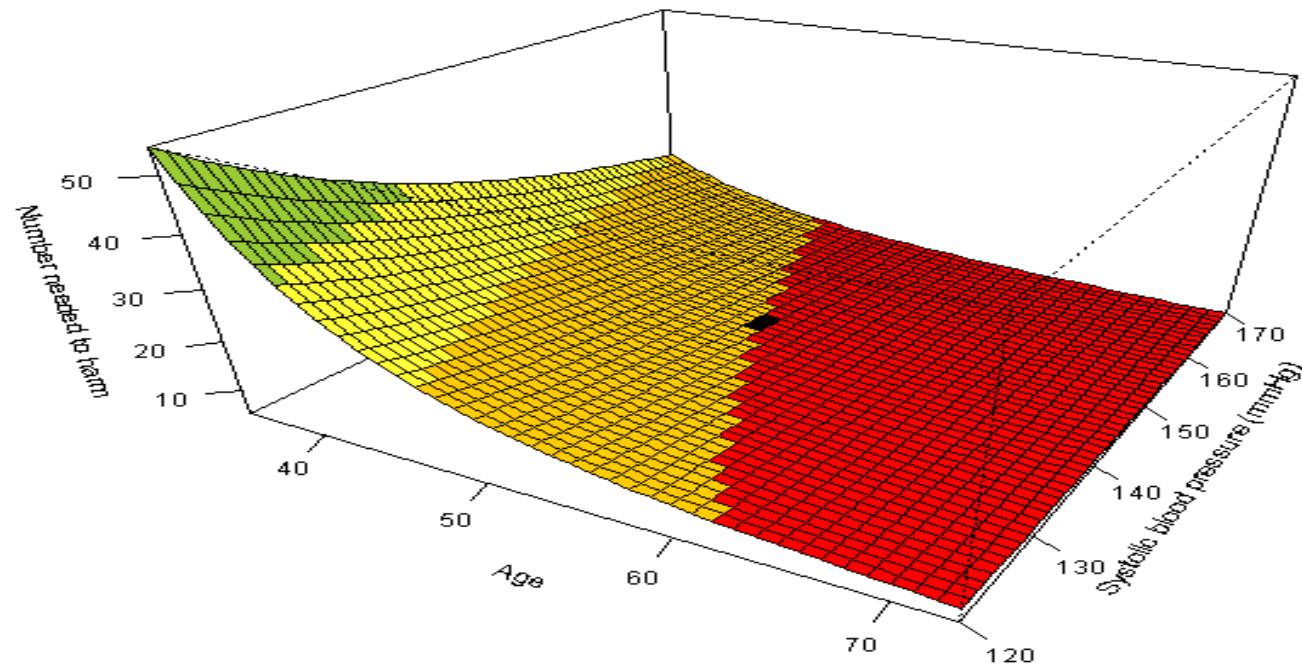
Original Scientific Papers

Predicting the risk of cardiovascular disease in HIV-infected patients: the Data collection on Adverse Effects of Anti-HIV Drugs Study

European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2010



- Riesgo de Enf coronaria a 5 años según el DAD:
17.4% (12%)



VII



Reunión de Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

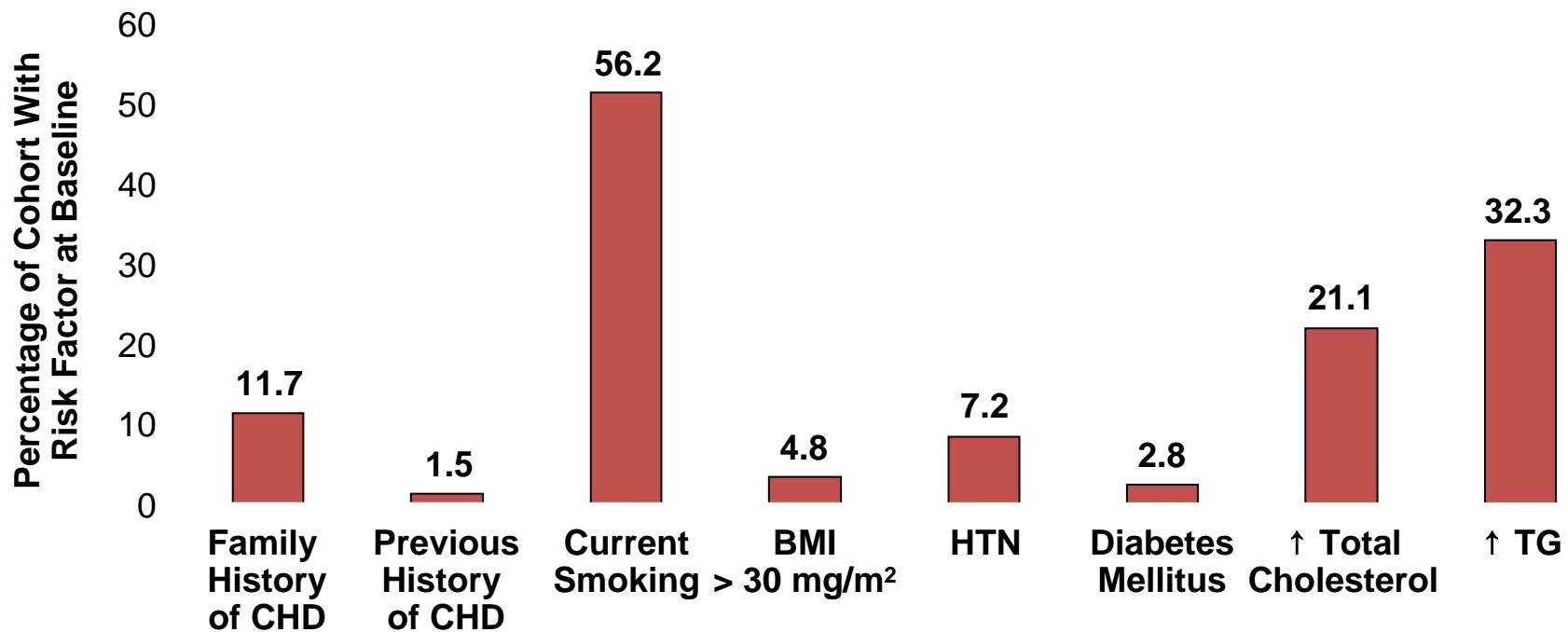
FEMI
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA





- FR Clásicos sobrerrepresentados
- VIH → promotor de ateroesclerosis
- Tratamiento antirretroviral:
evidencia de implicación en el
aumento del RCV

- Large cohort of HIV-infected patients on HAART followed longitudinally (N = 23,468)
- 18,962 (80.8%) with previous ART exposure; 4506 (19.2%) antiretroviral naive





Dislipemia (I)

- IP: ↑ col T 66%, Tg 88%, LDL col 37%.
- Sobre todo RTV.
- d4t y AZT: ↑ colT, Tg, LDL col.
 - Daño mitocondrial con afectación de la β-oxidación de los ácidos grasos
- En seroconversores:
 - ↓ HDL y LDL col.
 - Tras inicio de TAR: ↑ LDL , HDL sin cambios.

AIDS 1999; 13: F63-F70
Am J Card 2004; 94: 901-906
J Clin Endocrinol Metab 1992, 74: 1045-1052
JAMA 2003; 289: 2978-2982



Dislipemia (II)

- VIH con SCA: ↓ ↓ HDL que los VIH -.
- Asociado a la activación inmune.
- Asociación inversamente proporcional a la carga viral (actual y nadir).
- Directamente proporcional a los CD4 (actual y nadir).
- Efecto directo del VIH y la activación inmune.
- Nevirapina: ↑ 49% HDL.
- Efavirenz: también eleva HDL, pero menos.

Circulation 2004; 109: 316-319
AIDS 2003; 17: 1179-1193
AIDS 2001; 15: 2407-2414
PLoS Med 2004: 1:e19



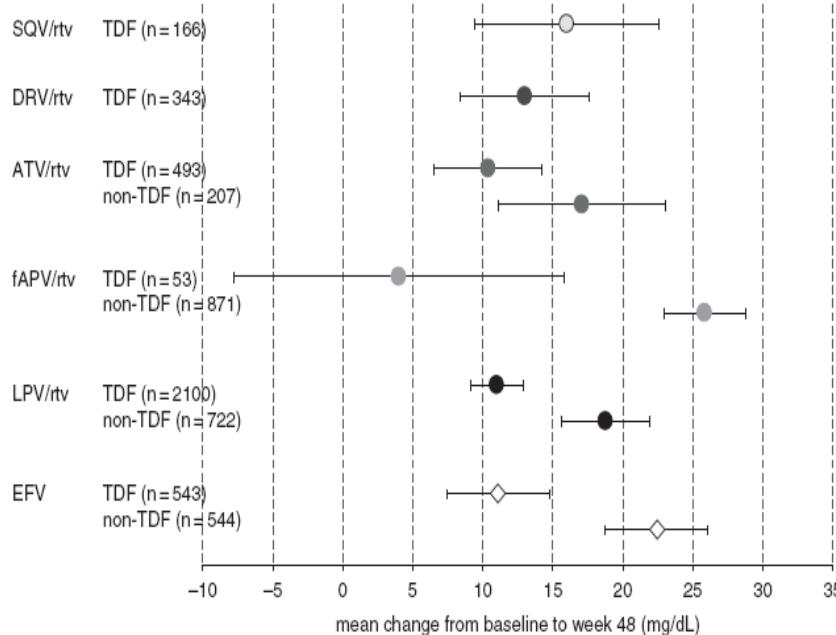
VII Reunión de Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

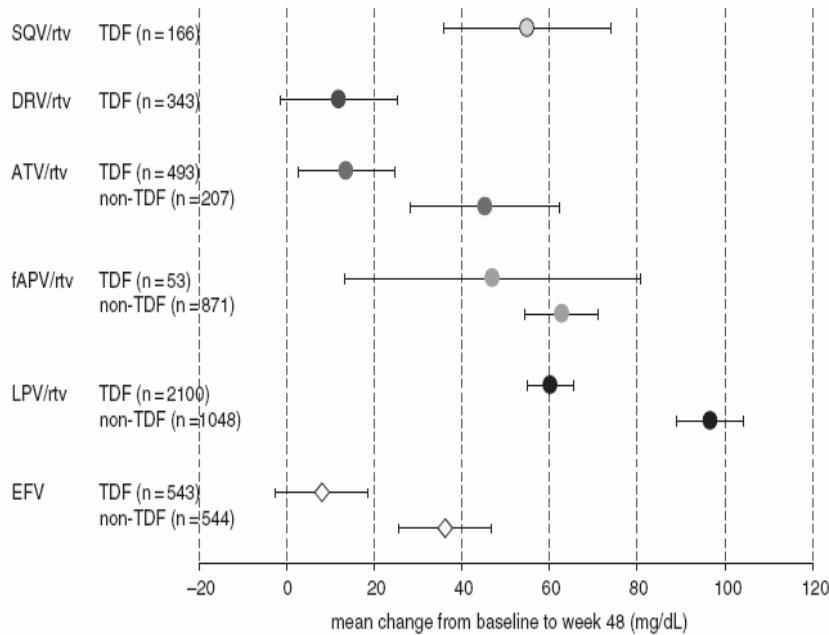
SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA



C



B



HIV Clin Trials 2009;10(1):1-12



Insulinorresistencia

- Nef inhibe GLUT-4 → ↓ 50% captación de glucosa
- TAR con IP: inhibición de GLUT-4.
- d4t: daño mitocondrial muscular.
- Lipodistrofia: liberación ↑ ↑ tg y ácidos grasos libres → almacenamiento en mc e hígado graso → Insulinorresistencia → DM 2 (1-6%).
- VHC: también asociado.

XVI CROI, Montreal 2009, Abstract 720

JAIDS 2000, 23: 35-43

J Biol Chem 2000, 275: 20251-20254

Am J Physiol Endocrinol Metab 2007, en prensa

- Activación inmune:
 - Similar a otros estados inflamatorios crónicos
- Daño endotelial:
 - Vasodilatación de art braquial
 - Capacidad fibrinolítica
 - Depósito subendotelial
- Alteraciones de la coagulación

Daño endotelial:
apoptosis y generación de
placas

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
CONGRESO DE LA PERSONA ENFERMA

FEMI
FEDACION ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

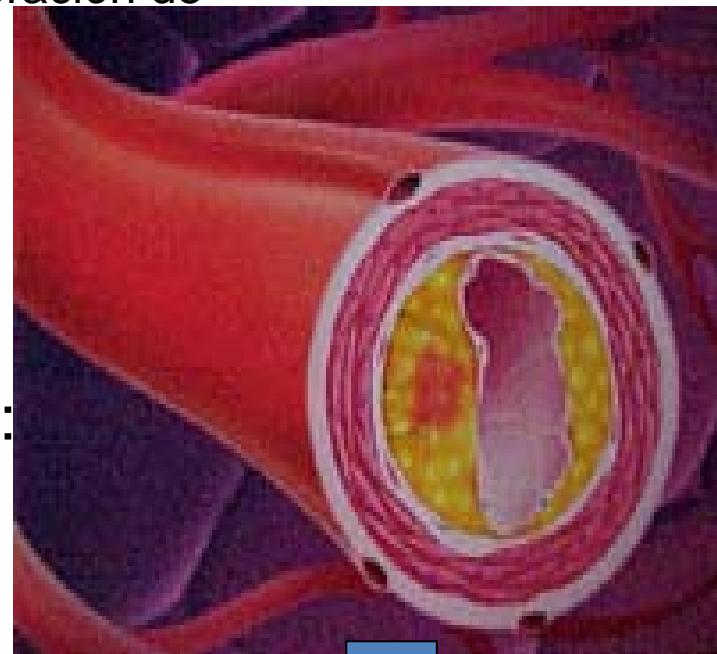
Grupo de
Riesgo Vascular

Activación inmune:
cambios
proinflamatorios en
HDL

Dislipemia: ↑TG,
LDL, ↓HDL

Fenómenos
procoagulantes

Insulinorresistencia:
Sd metabólico, DM



Eventos vasculares



VII Reunión de Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

FEMI
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA



AHA Conference Proceedings

State of the Science Conference

Initiative to Decrease Cardiovascular Risk and Increase Quality of Care
for Patients Living With HIV/AIDS

Executive Summary

European AIDS Clinical Society (EACS)

Guidelines on the
Prevention and Management
of Metabolic diseases in HIV

Circulation 2008;118;198-210

<http://www.eacs.eu/guide/index.htm>,
acceso 14.09.08

Assess CVD risk in next 10 yearsⁱ

Advise on diet and lifestyle in all patients

Consider ART modification if 10 year CVD risk $\geq 20\%$ ⁱⁱ

Smoking (see p. 40)

Identify key modifiable risk factorsⁱⁱⁱ

Blood Pressure

Coagulation

Glucose

Lipids

Drug treatment if:
SBP ≥ 140 or
DBP ≥ 90 mmHg
(especially if 10 year
CVD risk $\geq 20\%$)

Drug treatment if:
Established CVD or age
 ≥ 50 and 10 year
CVD risk $\geq 20\%$

Confirm DM and treat
with drugs

Drug treatment^v if:
Established CVD or type 2
diabetes or 10 year CVD
risk $\geq 20\%$

Target	
If diabetic or prior CVD or CKD + proteinuria	Others
SBP < 130	< 140
DBP < 80	< 90

Target - N/A	
Consider treating with acetylsalicylic acid 75-150mg ^{vi}	

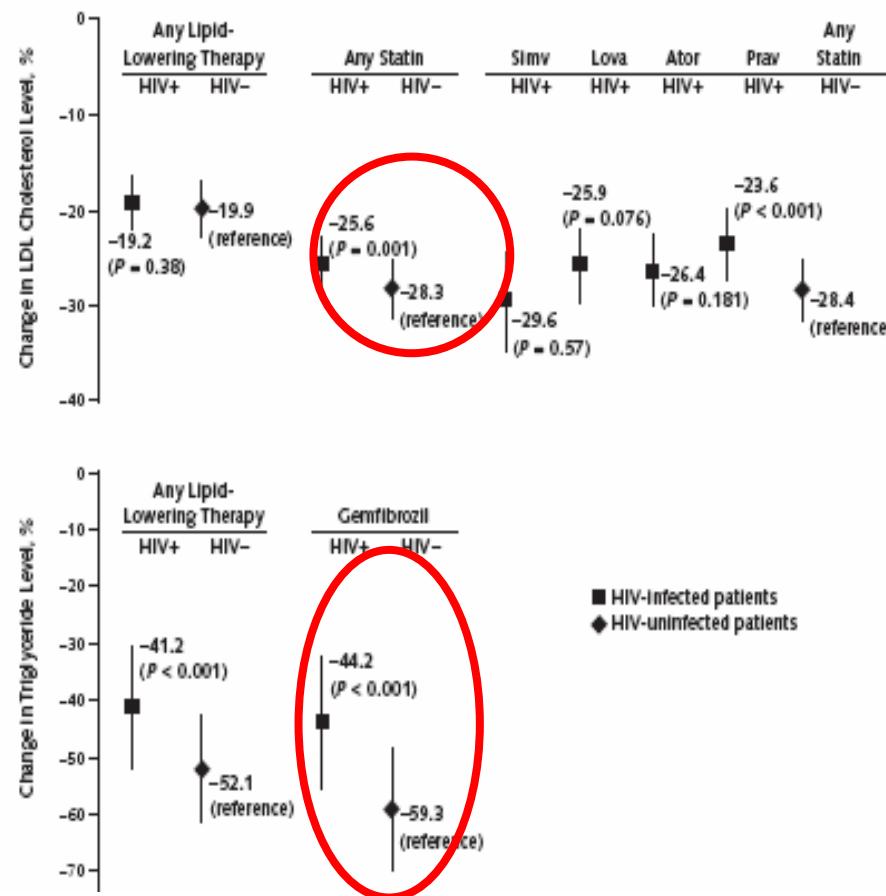
Target HbA1C < 6.5 -7.0%

Treatment [see p. 47](#)

Target*		
	Optimal	Standard
TC	≤ 4 (155)	≤ 5 (190)
LDL	≤ 2 (80)	≤ 3 (115)



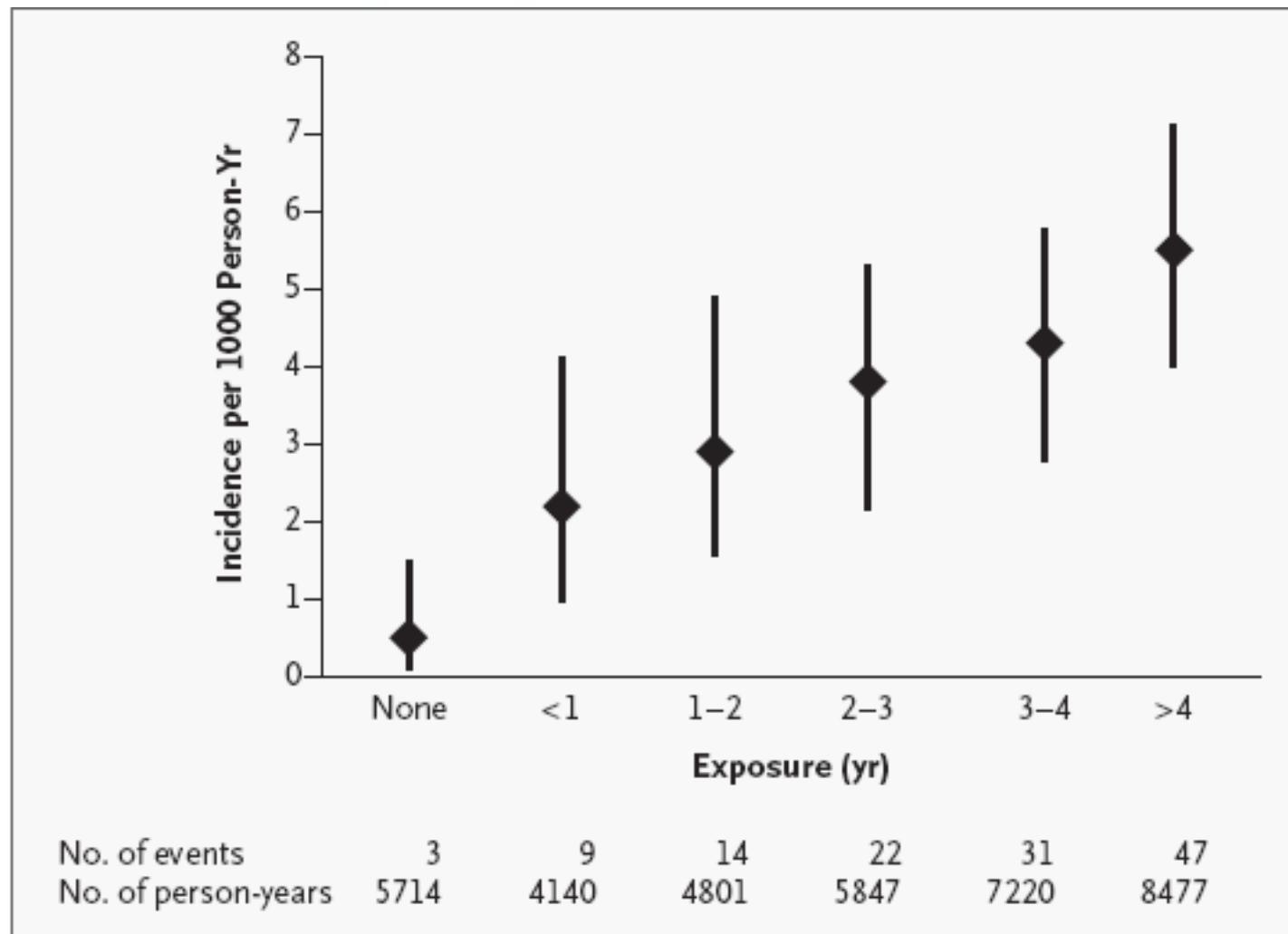
Figure 3. Adjusted percentage changes in LDL cholesterol and triglyceride levels within 12 months of lipid-lowering therapy.



VIH y Ateroesclerosis: el TAR

- Estudio D:A:D, prospectivo, observacional, 23.000 pacientes.
- HR de IAM por año de exposición a TAR: 1.26 (IC95%: 1.12-1.41).
- Independientemente de los FRCV clásicos.

N Eng J Med 2003; 349: 1993-2003



VIH y Ateroesclerosis: ¿qué TAR?

- Extensión hasta Feb 05.
- HR por año de exposición a IP: 1.1 (1.04-1.18)
- HR por año de exposición a ITINAN: 1 (0.93-1.09).

N Eng J Med 2007, 356: 1723-1735



D.A.D y Análogos de Nucleósidos (I)

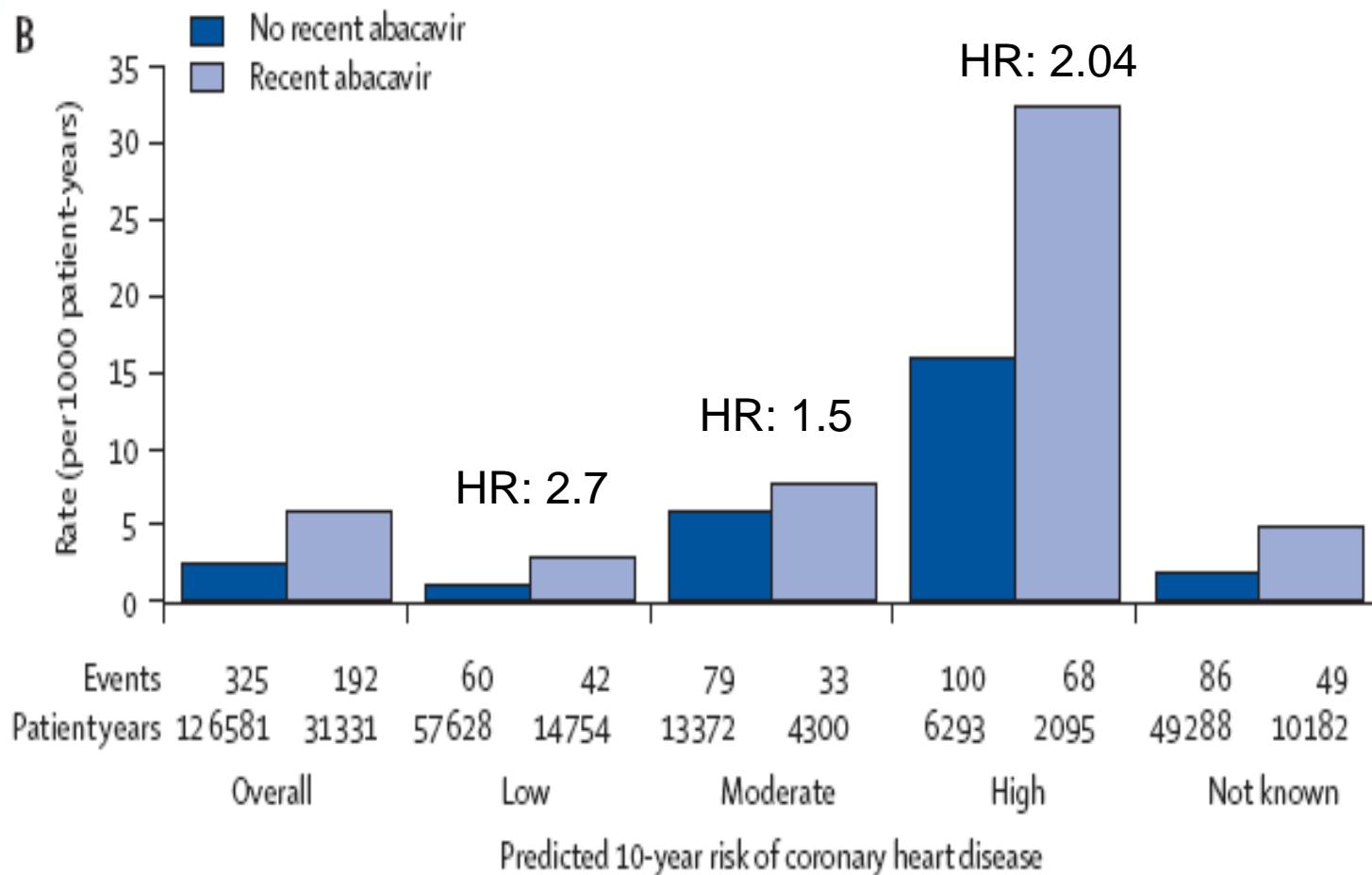
- Febrero 2007: 33.347 pts, 157.912 p-año
- 517 IAMs: 3.3 IAM por 1000 p-a.
- Relación con AZT, d4T, ddI, 3TC, ABC.
- Exposición reciente/ acumulada.
- Ajuste por sexo, edad, grupo de riesgo, etnia, año, cohorte, tabaco, a familiares, eventos previos, IMC, exposición a IPs e ITINAN.



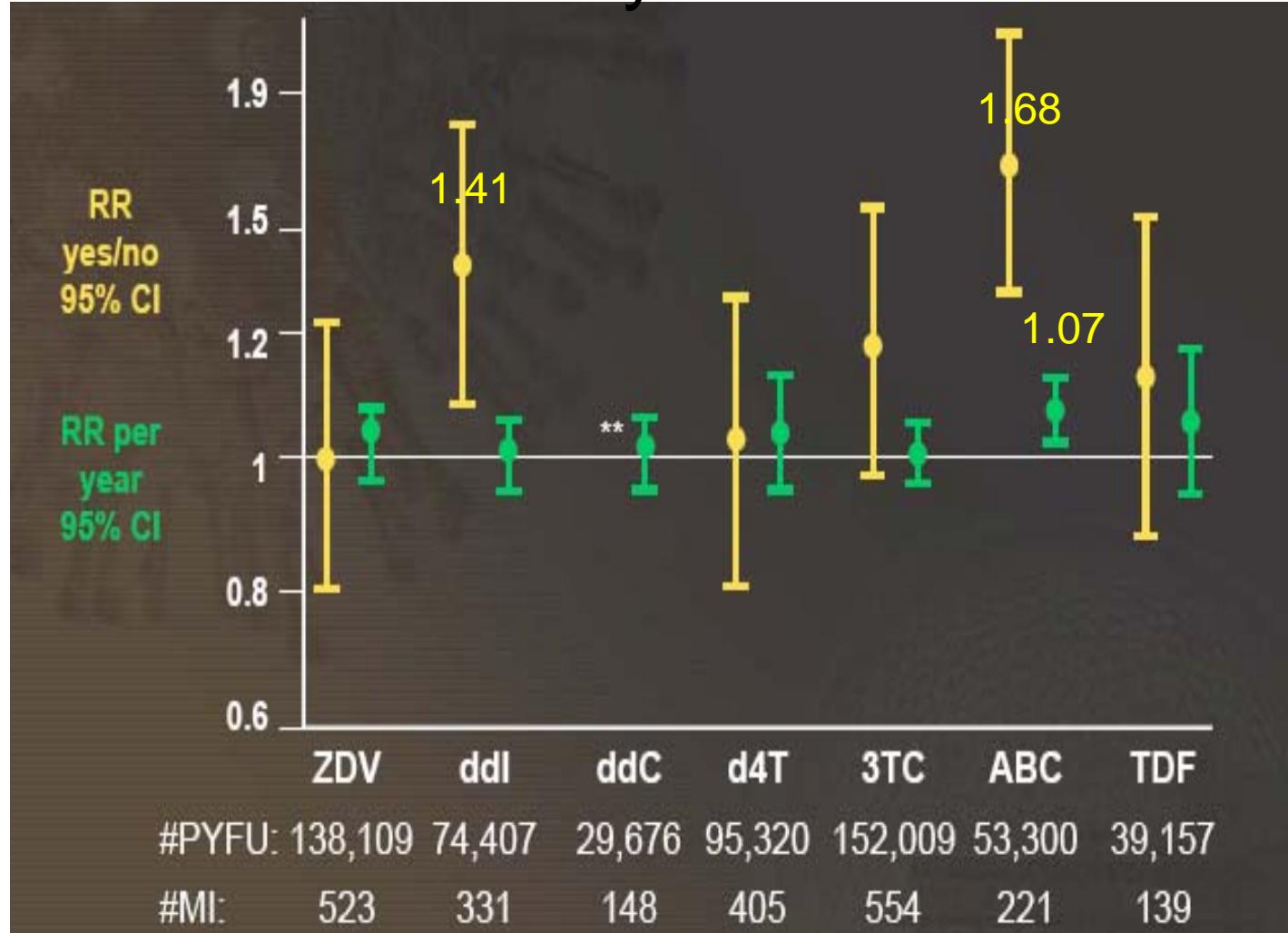
D.A.D y Análogos de Nucleósidos (II)

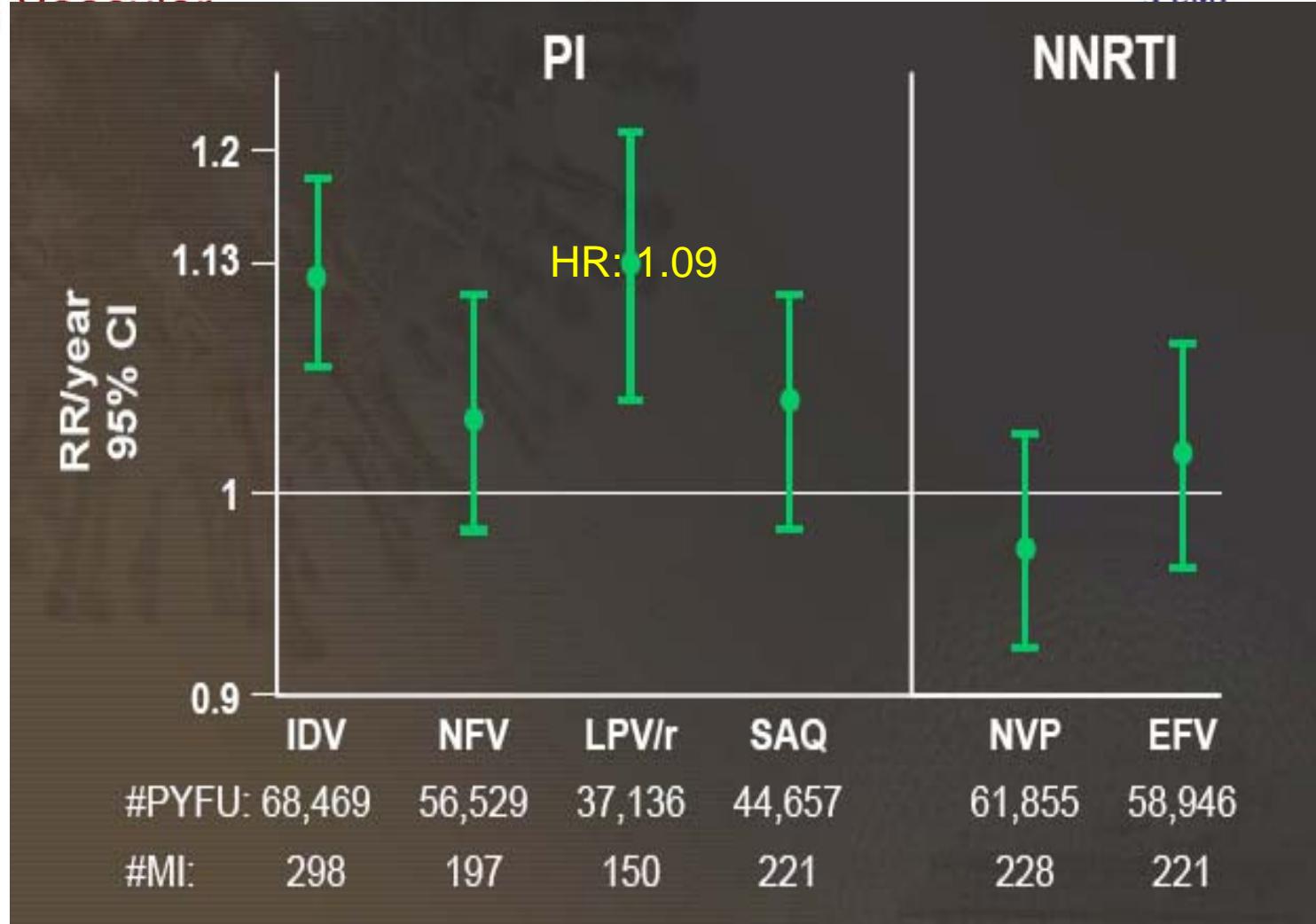
- Ajuste posterior por DM, dislipemia, HTA, RV 10 años, Cd4 y cv.
- Exclusión posterior de los casos de IAM en los 2 primeros meses de uso de ABC.
- Inclusión de interacciones entre ITIAN e IP o ITINAN.

The Lancet 2008, 6736 (08) 60423-7



Uso reciente y acumulado







VII Reunión de Riesgo Vascular

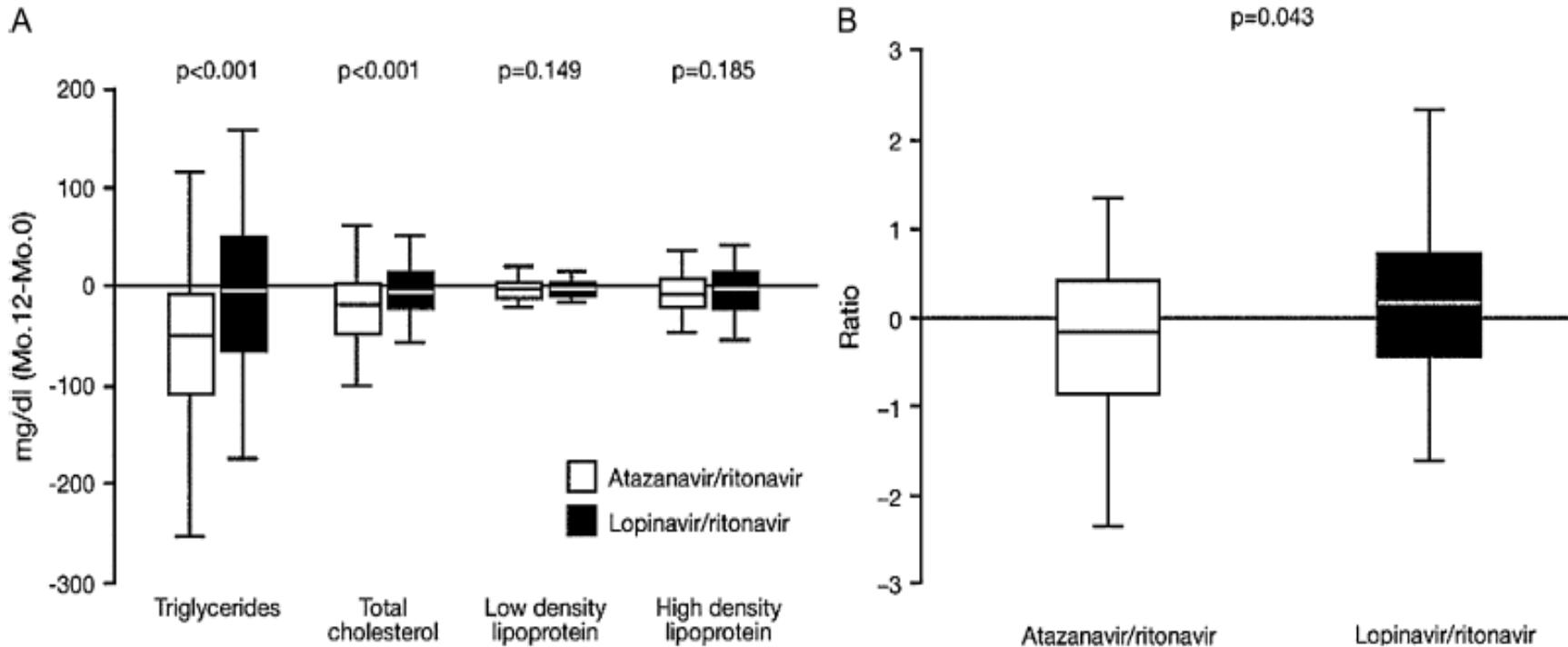
Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011



- ii Options for ART modification include: (1) replace PI/r with NNRTI or by another PI/r known to cause less metabolic disturbances (see p. 36); (2) consider replacing d4T, ZDV or ABC with TDF.
- iii Of the modifiable risk factors outlined, drug treatment is reserved for certain subgroups where benefits are considered to outweigh potential harm. Of note, there is a combined benefit of various interventions in target groups identified. Per 10 mmHg reduction in systolic blood pressure, per 1 mmol/L (39 mg/dL) reduction in TC and with use of acetylsalicylic acid, each reduces risk of IHD by 20-25%; the effect is additive. Observational studies suggest that smoking cessation results in greatest reductions in risk of IHD 50% - and this is additive to other interventions. This benefit only becomes apparent up to 5 years from when intervention was first applied.

Nuevos Inhibidores de la proteasa

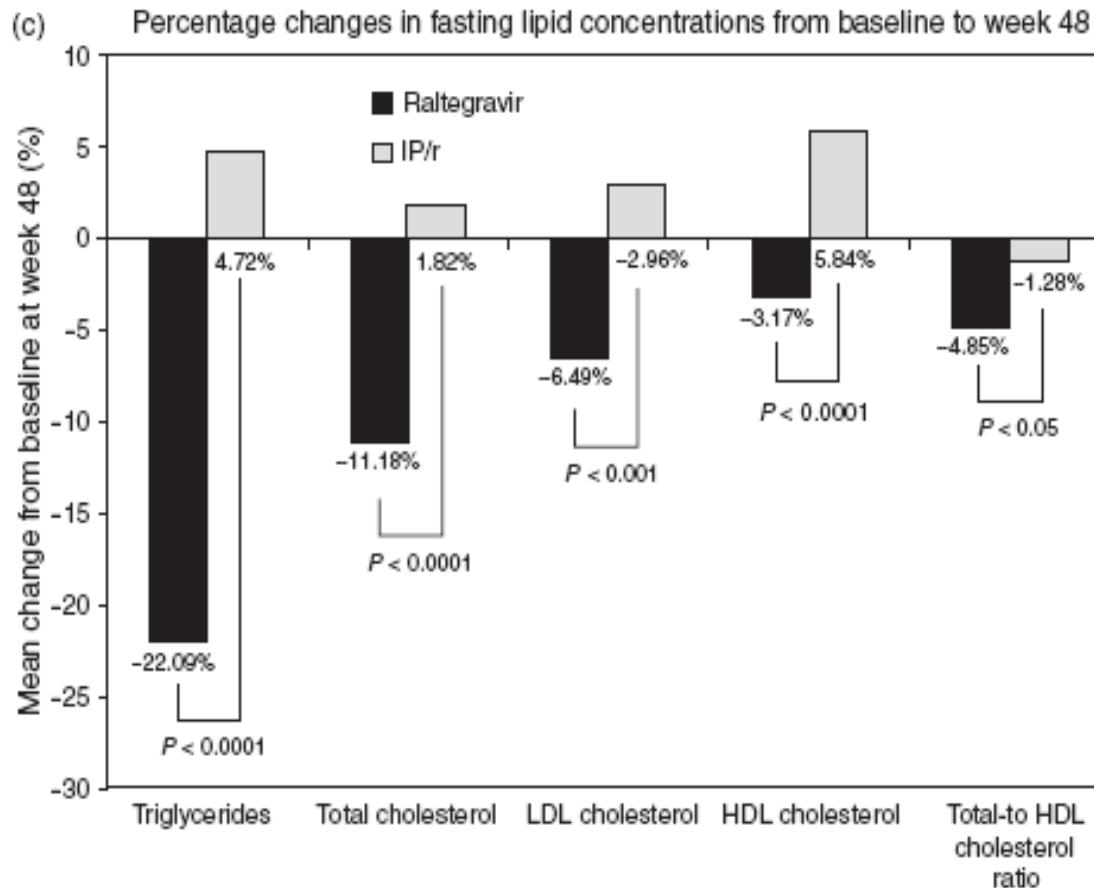
- ATV-rtv, DRV-rtv
- No han demostrado Insulinorresistencia
- Afectación de la rigidez arterial
- ATV:
 - ↓ CT en HCL severas en simplificación
 - ↓ RV en una serie





Nuevos fármacos

- Maraviroc:
 - Inhibidor CCR5
 - Incidencia poblacional de CI disminuida
 - Alerta FDA
- Raltegravir:
 - Mejoría de perfil lipídico frente a IP y ITINAN
 - Disminución del RV en simplificación



AIDS 2010, 24:1697–707

- *It is also recommended that Truvada and Kivexa are the nucleoside backbones of choice. However, Kivexa should be reserved for patients who are HLA-B*5701 negative and, based on recent trial data, should be used with caution in patients with a baseline viral load of >100 000 copies/ml or where there is significant risk of CVD*

Table 3 Preferred regimens

Regimen	A	B	C
Preferred	Efavirenz*	Tenofovir*†	Lamivudine†§
		Abacavir§	Emtricitabine*†
Alternative	Lopinavir/r	Didanosine	
	Fosamprenavir/r	Zidovudine†	
	Atazanavir/r		
	Saquinavir/r		
Specific groups	Nevirapine		
	Atazanavir**		

Choose one drug from columns A, B and C.

Licensing is based on European Medicines Agency (EMEA).

*Cofomulated as Atripla (licensed for virologically suppressed patients only).

HIV Medicine (2008) 9, 563–608



VII Reunión de Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011



Tabla 3. Indicaciones de TARV en pacientes asintomáticos con infección crónica por VIH

Linfocitos CD4	Pacientes asintomáticos	Nivel evidencia
≤350	Recomendar	A
350-500	Recomendar (salvo determinadas situaciones)*	B
>500	Diferir en general. Considerar en determinadas ocasiones**	B

* Número de CD4 estable, CVP baja, poca predisposición del paciente

** Cirrosis hepática, hepatitis crónica por VHC; hepatitis B que requiera tratamiento; CVP > 10^5 copias/ml; proporción de CD4 <14%; edad >55 años; riesgo cardiovascular elevado; nefropatía VIH. Parejas serodiscordantes con alto riesgo de transmisión

http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesida_dcyrc2011-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf Último acceso 17.02.11

Proyectos de Investigación

- ITB en población VIH
- Masa Ventricular Izquierda: factores asociados a su incremento en población VIH
- Biomarcadores seriados: relación con el TAR
- Modificaciones del TAR como vía para disminuir el RV en población VIH

Concluyendo...

- Los eventos vasculares en población VIH son una “marea silenciosa”
- Nuestros pacientes se van a beneficiar de un manejo agresivo de los FRCV
- El TAR es fundamental para el manejo de RV en pacientes VIH



VII
Reunión de
Riesgo Vascular

Palacio de Congresos. Valencia
5 y 6 de Mayo 2011

SEMI
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

FEMI
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

Grupo de
Riesgo Vascular

Sed sencillo como palomas
y prudentes como serpientes...

Mt 10, 16