

Tratamiento Antirretroviral: Tendencias actuales y recomendaciones de OMS

Dr. Carlos R Mejía Villatoro
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Departamento de Medicina
Clínica de Enfermedades Infecciosas
Hospital Roosevelt
Ciudad de Guatemala

Objetivos de la presentación

- Revisar las tendencias actuales de tratamiento ARV en adultos.
 - Revisar las recomendaciones de OMS.
 - Mostrar el impacto preventivo del tratamiento ARV.
 - El reto de la expectativa de vida.
 - El derecho a la procreación.
 - Situaciones controversiales.
-

Objetivos del tratamiento ARV

- **Objetivos tradicionales:**
 - Prevenir la progresión a SIDA y muerte.
 - Prevención de riesgo de IOs
 - Recuperar la inmunidad
 - Prevención de transmisión madre-hijo
 - **Nuevas expectativas:**
 - Mejorar la expectativa de vida
 - Prevenir la transmisión sexual
 - Control de la epidemia
 - Prevenir morbilidad y mortalidad no relacionada con SIDA.
 - Prevenir complicaciones Cardiovasculares.
-

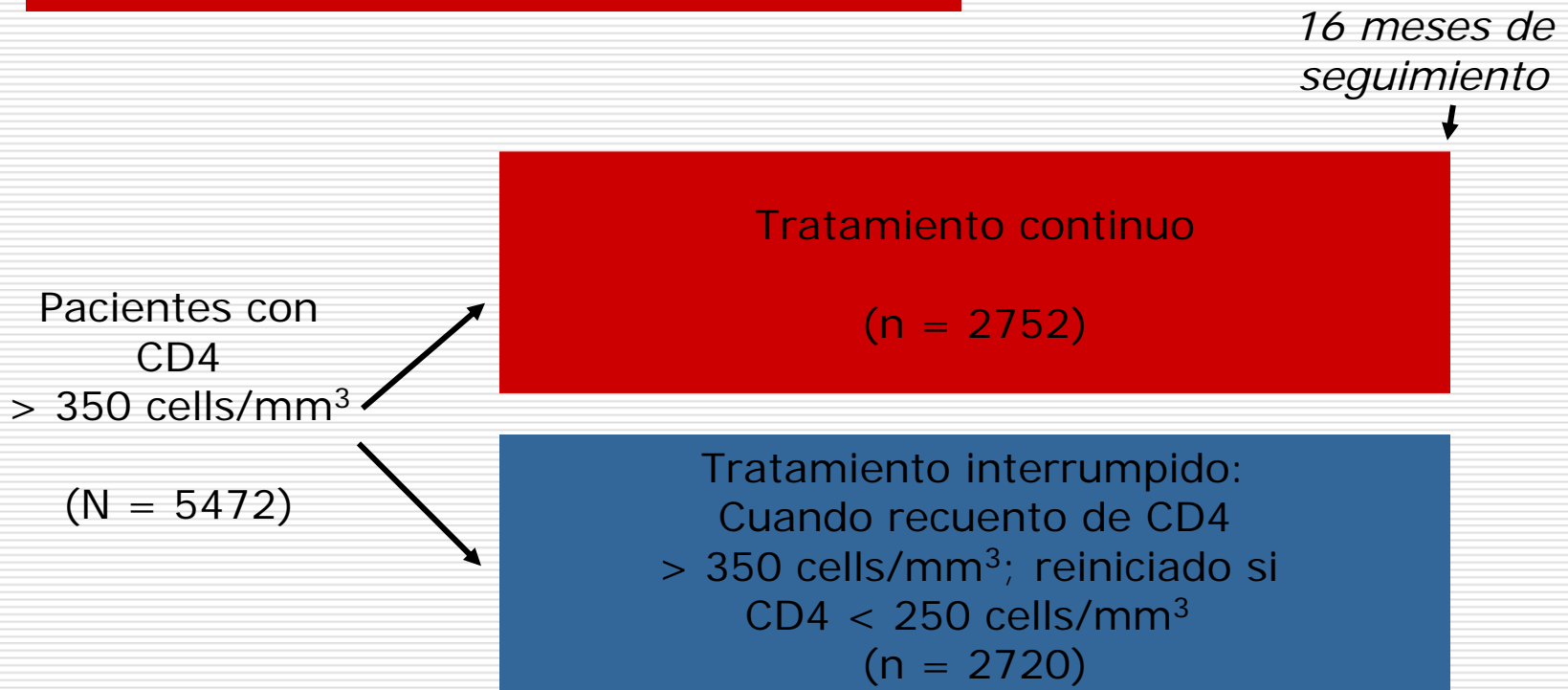
Cuando iniciar el tratamiento

De acuerdo a las Guías actuales, cuando deberíamos iniciar el tratamiento con ARV?

Estudios que respaldan el inicio más temprano

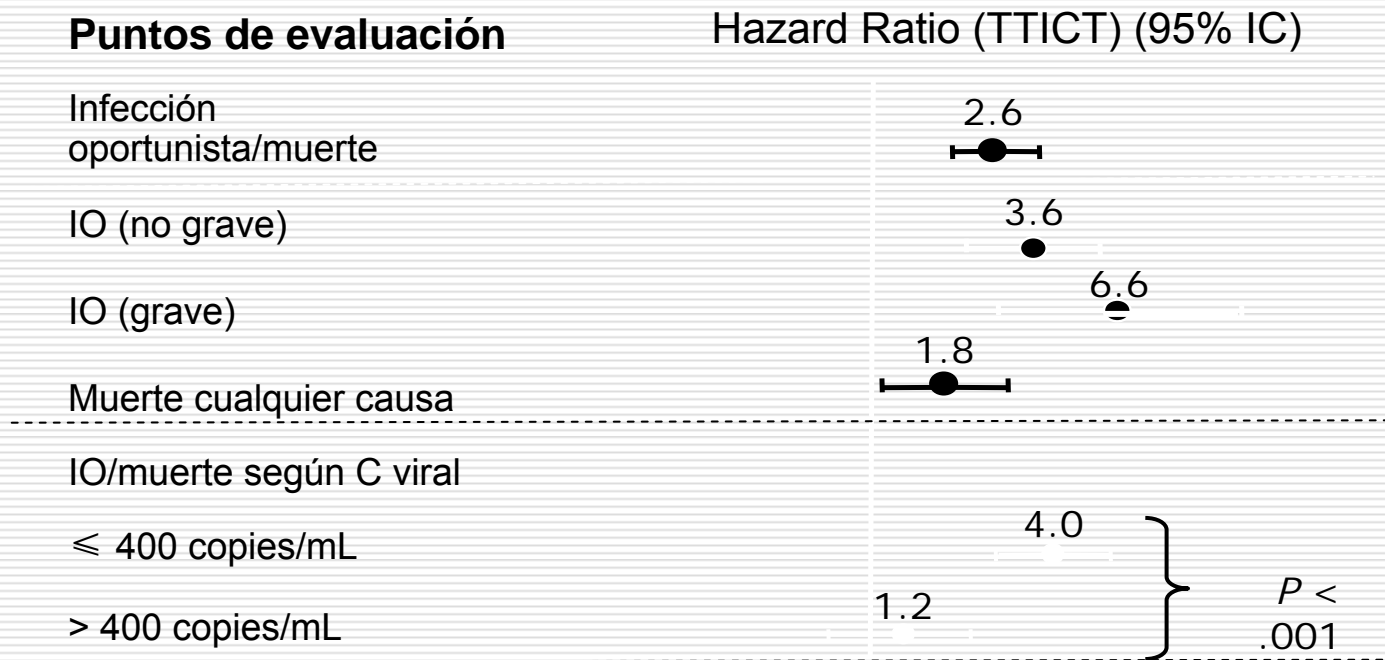
- SMART trial^[1]
 - Reduce el riesgo de IOs y eventos graves no relacionados con SIDA en pacientes que inician ARV con > 350 cells/mm³
- ART-CC^[2]
 - Disminución del riesgo de SIDA y muerte cuando inicia ARV con > 350 cels/mm³ versus ≤ 350 cels/mm³
- NA-ACCORD^[3]
 - Beneficio en sobrevida cuando se inicia ARV más temprano :
 - Riesgo de morir es 69% más en pacientes que inician cuando los CD4 son ≤ 350 cells/mm³ vs $351-500$ cells/mm³
 - Riesgo de morir es 94% más en pacientes que inician ARV con ≤ 500 cells/mm³ vs > 500 cells/mm³

SMART: Diseño del estudio



- Monitoreo de datos y seguridad por equipo independiente cada año
 - **La Directiva** recomendó que el reclutamiento termina Enero 11, 2006
 - Riesgo de seguridad significativo en el grupo con tratamiento interrumpido

SMART: Mayor riesgo de IOs y morir con Interrupción del tratamiento ARV.



*Entre los en ART at BL.

◀ A favor de IT

A favor de TC ▶

SMART: Eventos no relacionados con SIDA y mortalidad según grupo de estudio

- Los individuos en tratamiento interrumpido desarrollaron con más frecuencia enfermedad grave cardiovascular, renal, o hepática que los individuos con tratamiento continuo.
- Los individuos con tratamiento interrumpido desarrollaron de manera significativa efectos adversos grado IV o muerte.

| N, punto final | Supresión Viral Arm (n = 2752) | Tratamiento Interrumpido o Arm (n = 2720) | HR (95% IC)* | Valor P |
|---|--------------------------------|---|----------------|---------|
| Enfermedad cardiovascular, renal o hepática grave | 39 | 65 | 1.7 (1.1-2.5) | .009 |
| Enfermedad cardiovascular fatal/no fatal | 31 | 48 | 1.6 (1.0-2.5) | .05 |
| Enfermedad renal fatal/no fatal | 2 | 9 | 4.5 (1.0-20.9) | .05 |
| Enfermedad hepática fatal/no fatal | 7 | 10 | 1.4 (0.6-3.8) | .46 |
| Eventos grado IV o muerte de cualquier causa. | 164 | 205 | 1.3 (1.0-1.6) | .03 |

*Grupo con tratamiento interrumpido vs grupo con supresión viral.

Recomendaciones internacionales para iniciar ARV

| DHHS ^[1] | IAS-USA ^[2] |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ VIH sintomático▪ Asintomático; CD4+ count < 350 cel/mm³▪ Gestante▪ Co-infección VHB▪ Nefropatía asociada a VIH▪ Otras consideraciones<ul style="list-style-type: none">– Edad avanzada– Enfermedad asociada– Disminución CD4+ cel > 120 cels/mm³/año– Relaciones serodiscordantes | <ul style="list-style-type: none">▪ VIH sintomático▪ Asintomático; CD4+ count < 350 cel/mm³▪ VIH-1 ARN > 100,000 copies/mL▪ Disminución CD4+ cel count > 100 cel/mm³/año▪ Infección VHB▪ Infección VHC▪ Enfermedad cardiovascular▪ Nefropatía asociada a VIH▪ Otras consideraciones<ul style="list-style-type: none">– Transmisión Madre-Hijo– Relaciones serodiscordantes |

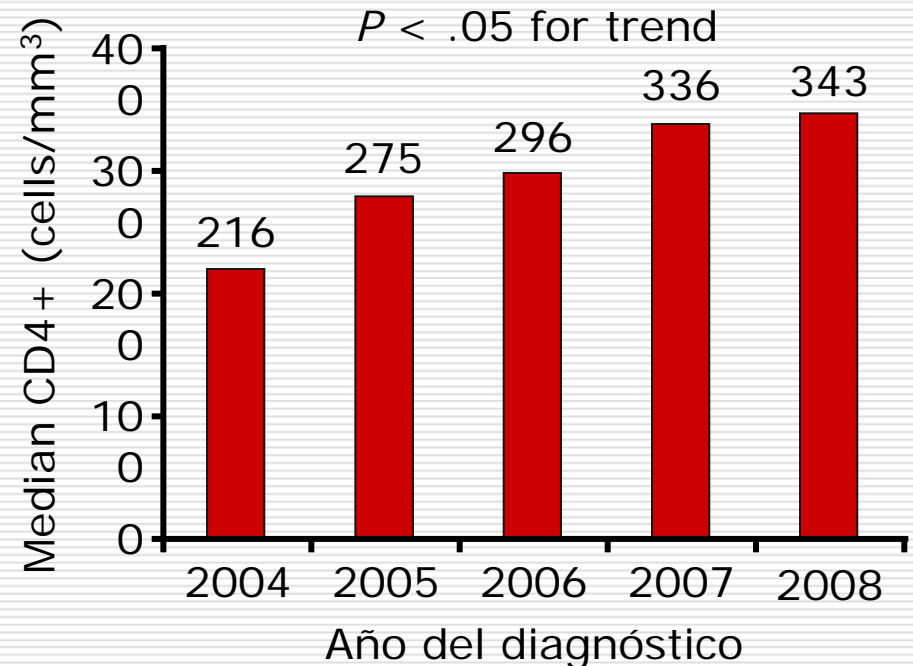
1. DHHS guidelines. November 3, 2008. Available at: <http://www.aidsinfo.nih.gov>.

Accessed January 12, 2009. 2. Hammer SM, et al. JAMA. 2008;300:555-570.

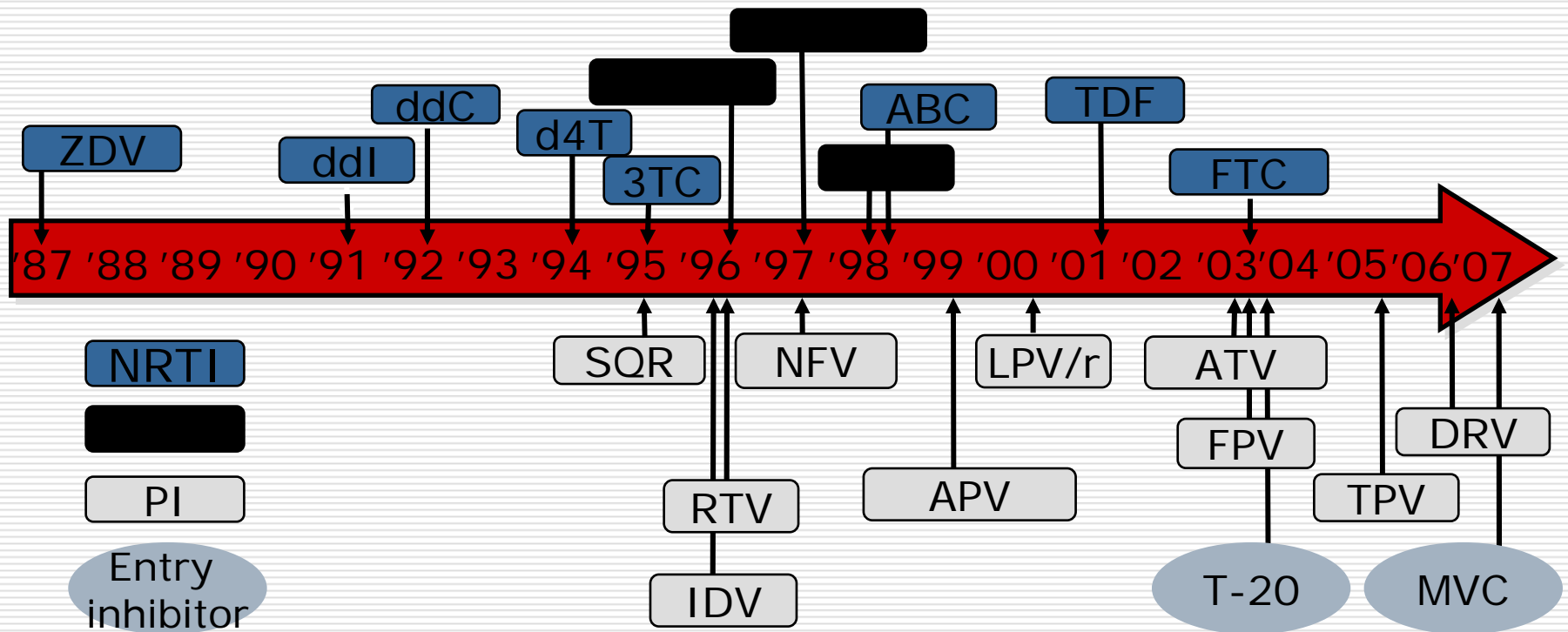
Impacto de ampliar la disponibilidad de **VCT** en Washington, DC

- 3.7- veces de incremento de realizar la prueba por publicitado en Washington, DC, 2004-2008
 - 2004: 19,766
 - 2008: 72,866
- 17% incremento en el número de nuevos casos de VIH/SIDA basados en reportes de 2004-2007
- Significativa reducción de progresión a SIDA luego del Dx de VIH 2004-2008 ($P < .0001$)
- Mejora del tiempo entre Dx y acceso a tratamiento 2004-2008.

Mediana CD4+ al momento del diagnóstico de VIH en el tiempo



Desarrollo de ARV en el tiempo



23 únicos agentes ARV en el primer año, aprobados por la FDA

Regímenes de primera línea: INRT Cuál utilizar y por que? 2007

| DHHS Guidelines “Preferred,” October 2006 ^[1] | | |
|--|--|----------------------------------|
| NNRTI-based regimen | EFV* | |
| PI-based regimen | ATV/RTV FPV/RTV BID LPV/RTV BID | + |
| | | TDF/FTC ZDV/3TC |
| IAS-USA Guidelines “Recommended,” August 2006 ^[2] | | |
| NNRTI-based regimen | EFV NVP† | |
| PI-based regimen | LPV/RTV ATV/RTV FPV/RTV SQV/RTV | + |
| | | TDF/FTC‡ ZDV/3TC§ ABC/3TC§ |

*Excepto durante el primer trimestre del gestación o en mujeres con alto riesgo de potencial gestación. †Evitar en mujeres con CD4+ cel count > 250 cel/mm³ y hombres con > 400 cel/mm³. ‡O lamivudine. §O emtricitabine.

Esquemas recomendados: 2010

□ NNRTI + 2 NRTIs o IP reforzado + 2 NRTIs

| Recomendación | NNRTI | PI | NRTI |
|----------------|------------------|--|---|
| De preferencia | EFV* | ATV/RTV QD DRV/RTV QD FPV/RTV BID LPV/RTV BID or QD RAL? | TDF/FTC [†] |
| Alternativo | NVP [‡] | ATV QD FPV/RTV QD FPV BID SQV/RTV BID | ABC [§] /3TC ddl + 3TC ZDV/3TC |

*Excepto durante el primer trimestre de la gestación o en mujeres con alto riesgo de potencial gestación. Uso con precaución en pacientes con enfermedad psiquiátrica inestable. [†]O 3TC. [‡]Solo en mujeres con CD4+ recuento celular < 250 cells/mm³ o en hombres con CD4+ recuento celular < 400 cells/mm³. [§]Use solo si HLA-B*5701 es negativo. Use con precaución en pacientes con riesgo cardiovascular o VIH-1 ARN > 100,000 replicas/mL. DHHS guidelines. Available at: <http://www.aidsinfo.nih.gov>. Accessed January 12, 2009.

ABC/3TC versus ZDV/3TC

□ Aumento CD4+

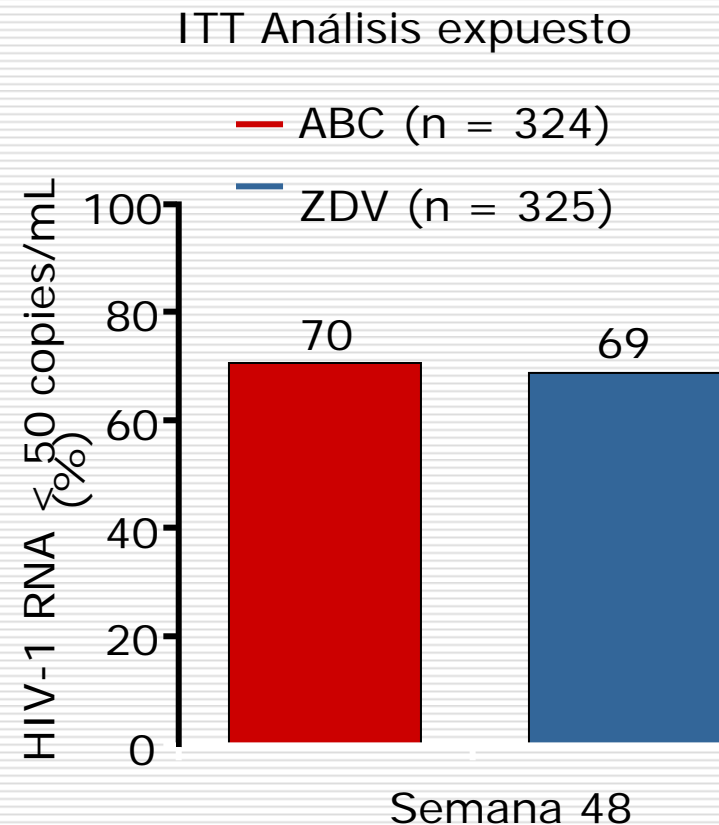
- ABC = 209 vs ZDV = 155
($P = .005$)

□ Interrupciones x EA

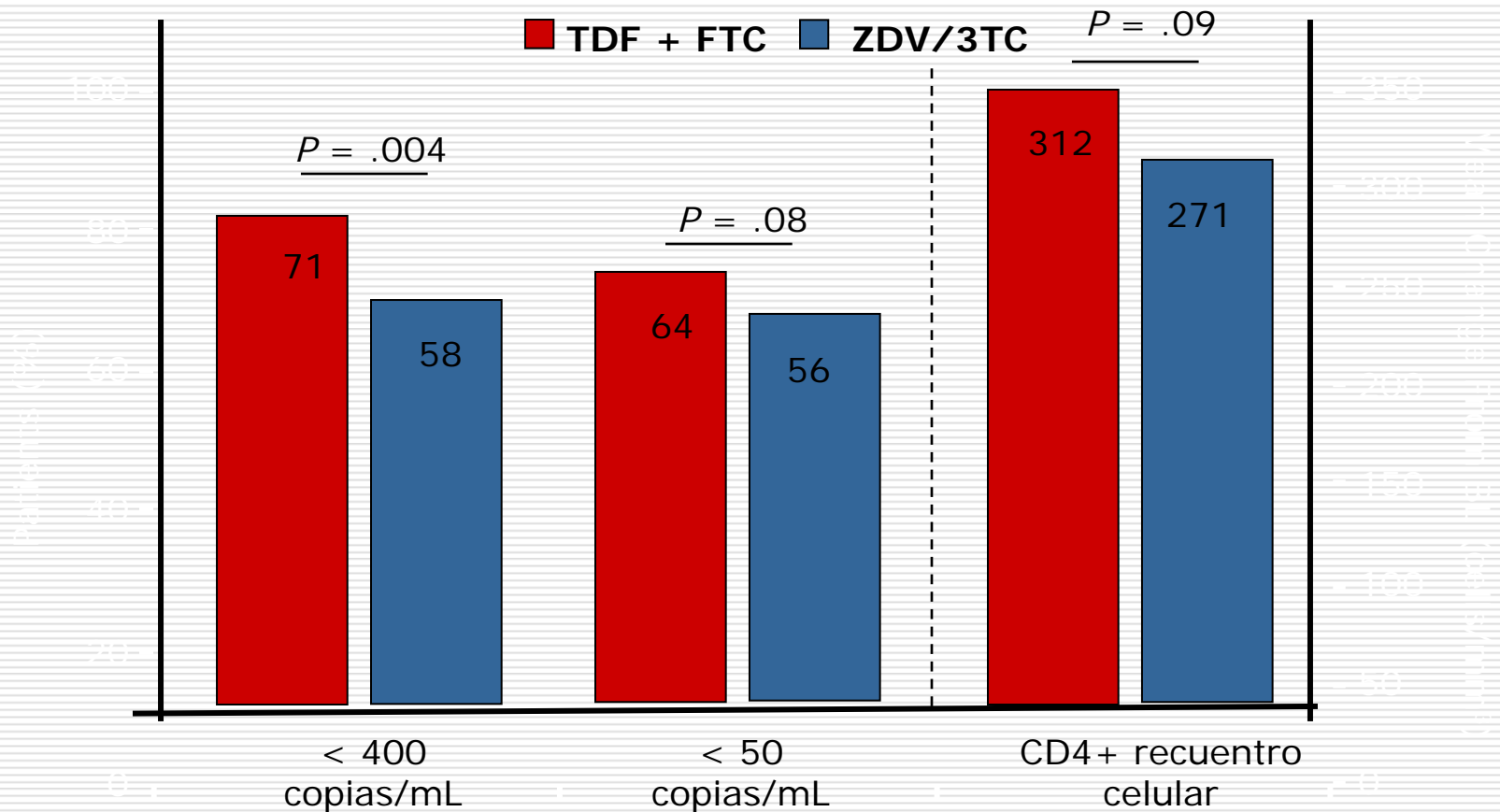
- ABC = 14% vs ZDV = 18%

□ AEs

- ABC: HSR
- ZDV: anemia, fatiga, GI síntomas de IG



GS934: Tiempo pérdida de respuesta virológica: TDF-FTC vs ZDV-3TC



GS934: Desarrollo de Resistencia a semana 144

| | TDF + FTC (n = 244) | ZDV/3TC (n = 243) |
|-------------------------------|------------------------|----------------------|
| Pacientes con genotipo, n (%) | 19 (8) | 29 (12) |
| Tipo salvaje, n | 6 | 7 |
| Alguna resistencia, n | 13 | 22 |
| EFV resistencia mutaciones, n | 13 | 21 |
| M184V/I, n | 2 | 10* |
| TAMs, n | 0 | 2 |
| K65R, n | 0 | 0 |

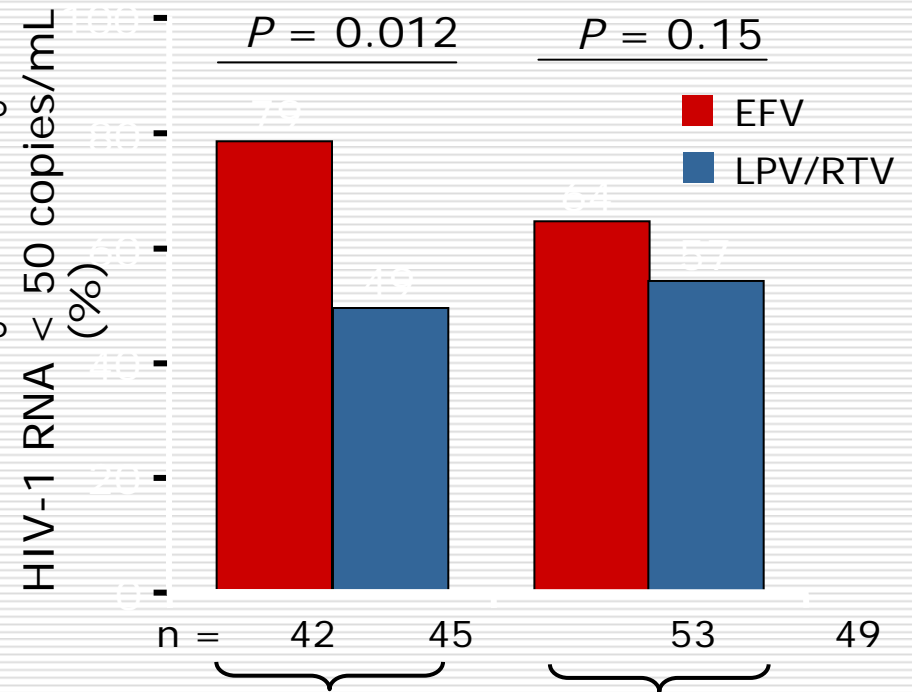
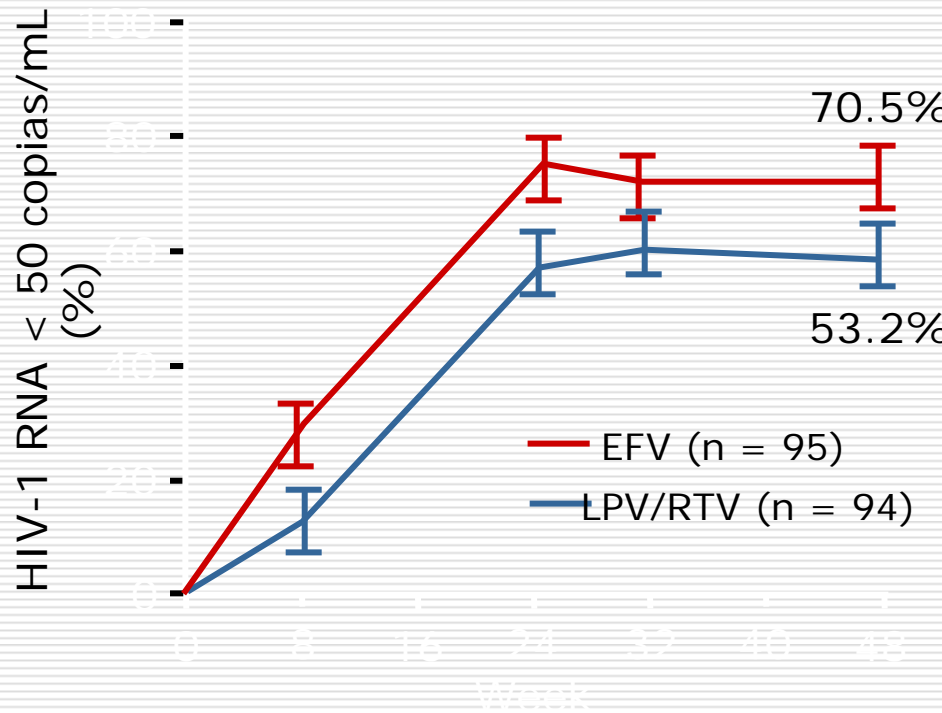
* $P = .02$

† $p = 0.037$

- No aparición de K65R durante 3 años

EFV vs LPV/RTV: Carga viral de VIH-1 < 50 copias/mL a semana 48

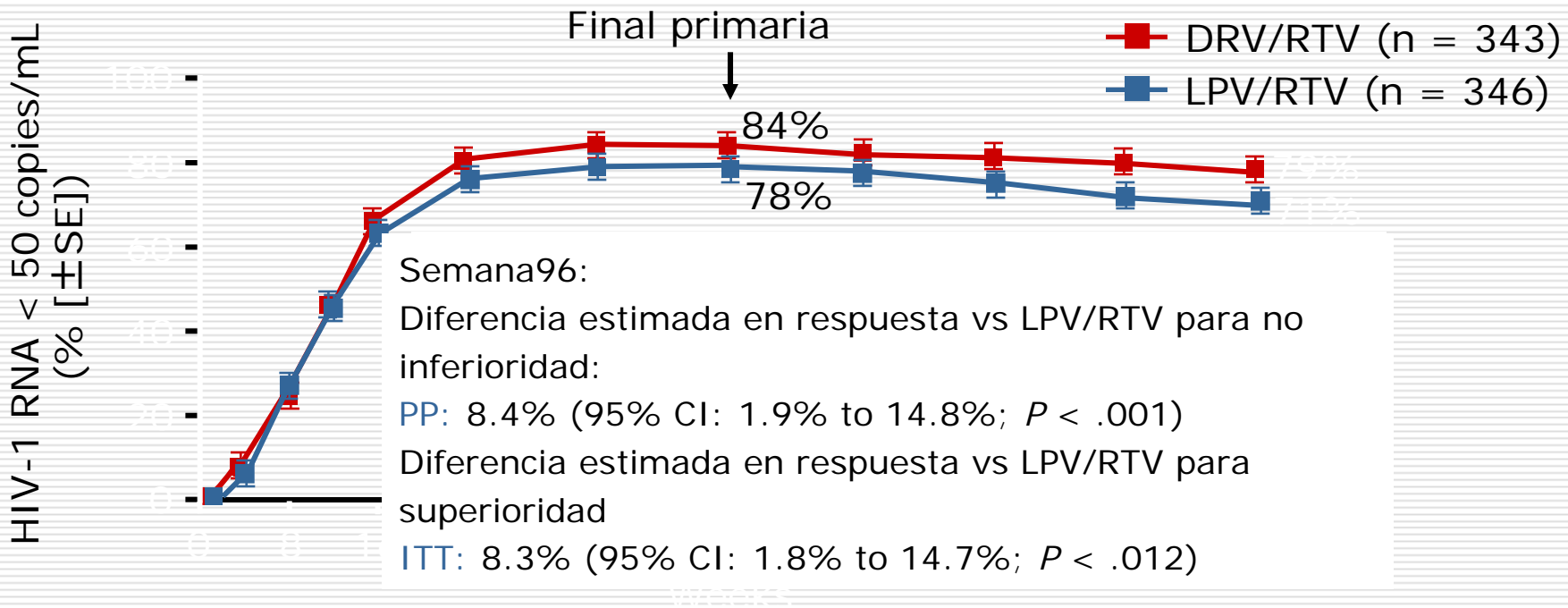
□ EFV alcanzó el criterio para superioridad a LPV/RTV: Δ 17% (CI 95%: 3.5% to 31.0%; $P = .017$)



| No. de pacientes con VIH -1 RNA < 50 copias/mL | | | | | |
|--|----|----|----|----|--|
| EFV | 29 | 70 | 68 | 67 | |
| LPV | 8 | 53 | 56 | 50 | |

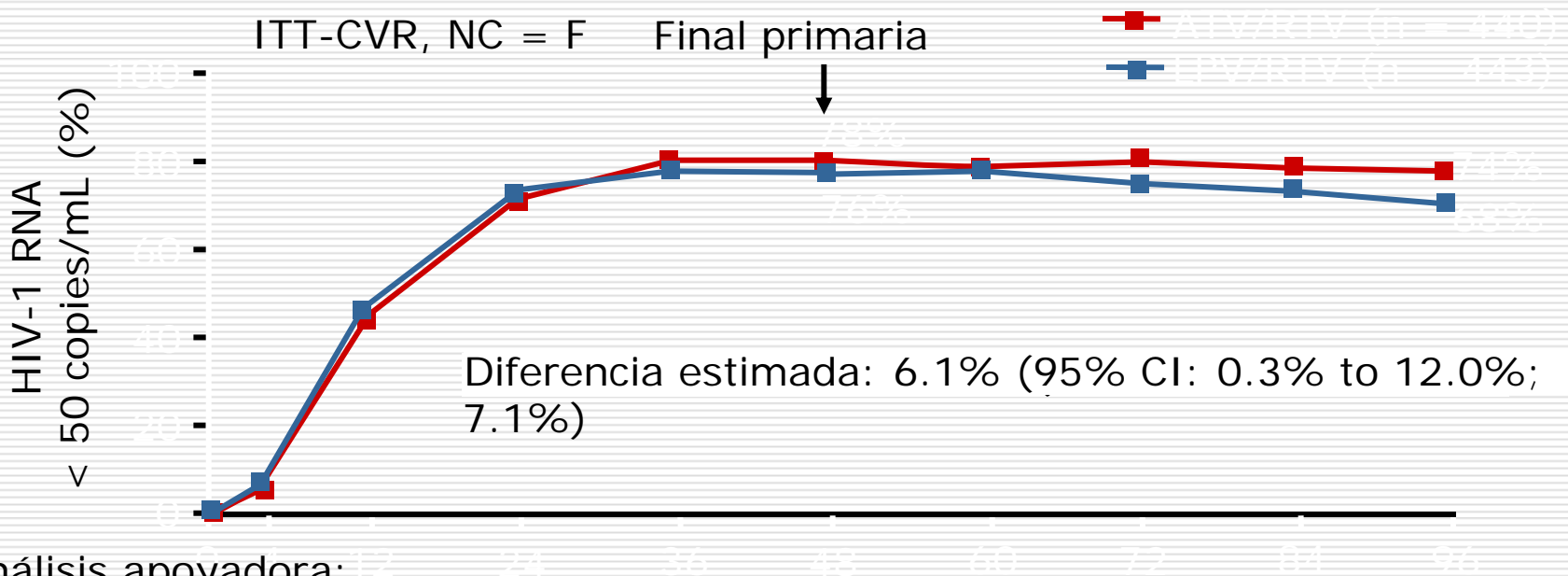
$\leq 50 \text{ cel/mm}^3$ $> 50 \text{ cel/mm}^3$
By BL CD4+ Recuento

ARTEMIS: Semana 96 respuesta DRV/RTV vs LPV/RTV en pacientes naive



- También se observa superioridad en la semana 96 cuando se compara DRV/RTV (n = 343) con las pacientes tratadas solo con LPV/RTV BID (n = 258)
 - 79% vs 72% ($P = .038$)

CASTLE: Semana 96 ATV/RTV vs LPV/RTV en pacientes naive



Análisis apoyadora:

ITT-TLOVR: HIV-1 RNA < 50 copias/mL: ATV/RTV 70%; LPV/RTV 63%; 6.6% (0.4% a 12.7%)

OT-VR-OC: HIV-1 RNA < 50 copias/mL: ATV/RTV 89%; LPV/RTV 88%; 1.6% (-3.1% a 6.2%)

NNRTIs versus IP reforzados

| Regimen | Ventajas | Desventajas |
|-------------|---|---|
| NNRTI based | <ul style="list-style-type: none">▪ Vida media larga▪ Menor toxicidad metabólica que los IPs▪ Retiene actividad de Ips para futuro esquema.▪ Bajo precio | <ul style="list-style-type: none">▪ Barrera genética. Una mutación confiere R a todo el grupo.▪ Resistencia cruzada entre EFV y NVP▪ Mayor cantidad de mutaciones de R después de la primer falla▪ Rash y hepatotoxicidad▪ Interacciones (CYP450) |
| PI based | <ul style="list-style-type: none">▪ Barrera genérica más alta▪ Menor riesgo de R a Ips y NRTI después de falla▪ NNRTI se conservan para próximo esquema. | <ul style="list-style-type: none">▪ Algunos Ips con complicaciones metabólicas▪ Intolerancia gastrointestinal variable▪ Múltiples interacciones (CYP450) .▪ Complicación en tratamiento de TB |

Recomendaciones de OMS

2009-2010

¿Deberíamos seguirlas todas?

RECOMENDACIÓN 1

Cuando empezar

- Empezar tratamiento antirretroviral en todos los pacientes con VIH que tengan una carga de CD4 \leq o $<$ 350 cel/mm³ independiente de los síntomas clínicos.
(Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)
 - Se requiere prueba de carga de CD4 para identificar si los pacientes con VIH y etapa clínica 1 o 2 de la OMS necesitan iniciar tratamiento antirretroviral.
(Fuerte recomendación, baja calidad de evidencia)
 - Empezar tratamiento antirretroviral en todos los pacientes con VIH y etapa clínica 3 o 4 de la OMS independiente de la carga de CD4.
(Fuerte recomendación, baja calidad de evidencia)
-

RECOMENDACIÓN 2

Con qué empezar

Empezar uno de los siguientes regímenes de ARV elegibles para tratamiento:

- AZT + 3TC + EFV
- AZT + 3TC + NVP
- TDF + 3TC o FTC + EFV
- TDF + 3TC o FTC + NVP

(Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)

RECOMENDACION 5

ARV para gestantes

- Empezar tratamiento antirretroviral en todas las gestantes con VIH que tengan una carga de CD4 \leq o 350 cel/mm³ independiente de los síntomas clínicos.
(Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)
- Se requiere prueba de carga de CD4 para identificar si las gestantes con VIH y etapa clínica 1 o 2 de la OMS necesitan iniciar tratamiento antirretroviral o profilaxis.
(Fuerte recomendación, baja calidad de evidencia)
- Empezar tratamiento antirretroviral en todas las gestantes con VIH y etapa clínica 3 o 4 de la OMS independiente de la carga de CD4.
(Fuerte recomendación, baja calidad de evidencia)

RECOMENDACION 5

ARV para gestantes cont...

- Empezar uno de los siguientes regímenes en pacientes naive elegibles para tratamiento ARV:

AZT +3TC+EFV

AZT +3TC+NVP

TDF +3TC o FTC+EFV

TDF +3TC o FTC+NVP

(Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)

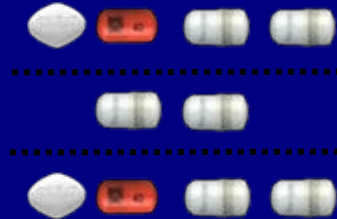
- No empezar EFV durante el primer trimestre del gestación.

(Fuerte recomendación, baja calidad de evidencia)

Simplificación del tratamiento* 1996 - 2006



1996: d4T/3TC/IDV
10 pildoras, TID



1998: ZDV/3TC/EFZ
5 pildoras, BID



2002: ZDV/3TC/EFV
3 pildoras, BID



2004: TVD or EPZ /EFV
2 pildoras, QD



2006: ATRIPLA
1 pildora, QD



Cuando usar Prueba de Resistencia

| | IAS-USA ^[1] | DHHS ^[2] | European ^[3] |
|----------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|
| Primario/agudo | Recomendado | Recomendado | Recomendado |
| Profilaxis post exposición | -- | | Recomendado* |
| Crónico, tx naive | Recomendado | Recomendado | Recomendado |
| Fracaso | Recomendado | Recomendado | Recomendado |
| Gestación | Recomendado | Recomendado | Recomendado |
| Pediátrico | -- | Recomendado | Recomendado |

*Paciente fuente de la prueba especialmente si es tratado con drogas antirretrovirales

1. Hirsch MS, et al. Clin Infect Dis. 2008;47:266-285. 2. DHHS guidelines. Available at: <http://www.aidsinfo.nih.gov>. Accessed January 12, 2009. 3. EACS Guidelines Version 3. Available at: <http://www.eacs.eu/guide/index.htm>. Accessed October 24, 2008.

Vigilancia CDC-USA de tendencia de Resistencia a ARV en pacientes recientemente diagnosticados.

| | Prevalencia o Resistencia a la Droga, % | | | | |
|---------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---|--|
| | 1998 ^[1] (n = 257) | 1999 ^[1] (n = 239) | 2000 ^[1] (n = 299) | 2003- 2004 ^[2] (n = 633) | 2003- 2006 ^[3] (n = 3130) |
| Cualquiera droga | 5.5 | 8.8 | 10.7 | 14.5 | 10.4 |
| NRTI | 5.1 | 7.1 | 7.7 | 7.1 | 3.6 |
| NNRTI | 0.4 | 2.1 | 1.7 | 8.4 | 6.9 |
| PI | 0 | 0.8 | 3.0 | 2.8 | 2.4 |
| ≥ 2 clase de drogas | 0 | 1.3 | 1.3 | 3.1 | 1.9 |

1. Bennett D, et al. CROI 2002. Abstract 372. 2. Bennett D, et al. CROI 2005. Abstract 674.

3. Wheeler W, et al. CROI 2007. Abstract 648.

RCTs: % VL < 50c/mL

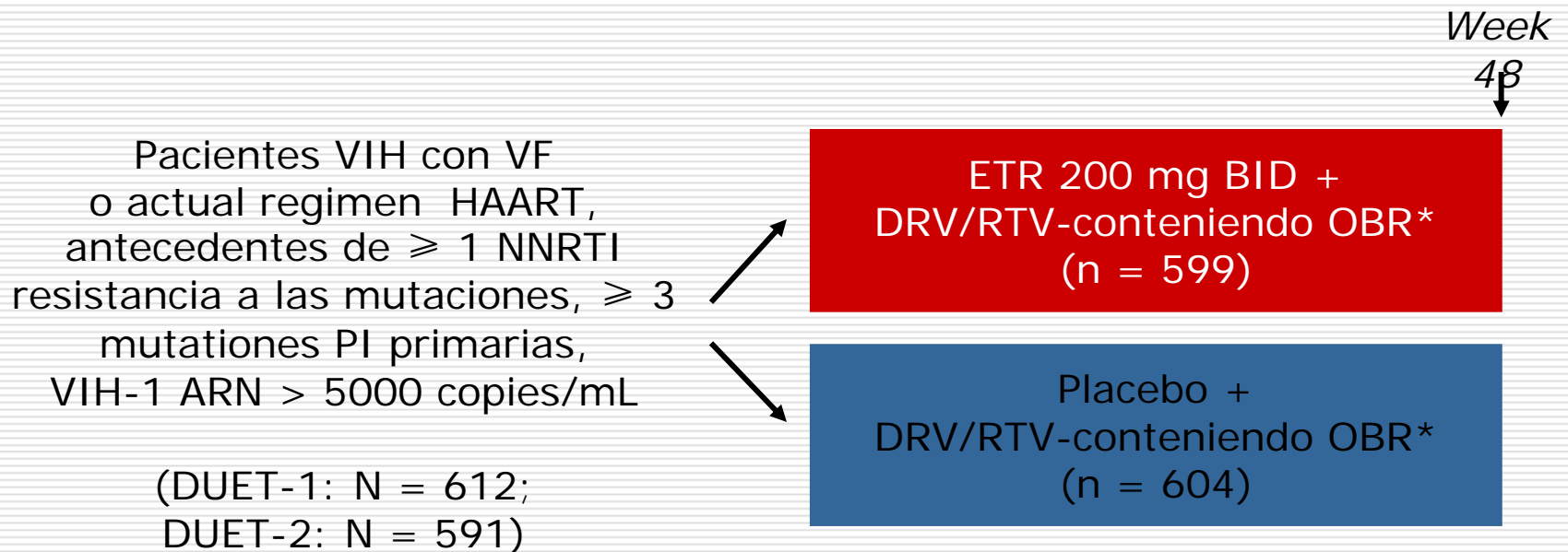
| Ensayos Ingénuos | |
|---------------------|--------|
| GEMINI | 64-65% |
| KLEAN | 65-66% |
| ACTG 5142 (Wk96) | 77-89% |
| Artemis | 78-84% |
| Merit | 65-69% |
| MK 004 | 87% |
| Castle | 76-78% |
| HEAT | 67-68% |

| Ensayos Experimentados | | ≥ 2 Agentes Activos |
|------------------------|--------|---------------------|
| Benchmrk | 64% | 75% |
| Victor E1 (Wk 24) | 64% | 67-72% |
| MOTIVATE | 42-47% | 52-61% |
| POWER | 46% | 73% |
| DUET | 60-61% | 66-80% |
| MK 004 | 87% | n/a |
| TITAN | 61-70% | 60-80% |

Nuevos medicamentos para rescatar

- Del estudio DUET:
 - Etravirina + Darunavir-ritonavir + OBR
 - Respuesta mayor del 70%
 - Del estudio TRIO:
 - Etravirina + Darunavir-ritonavir + Raltegravir
 - Respuesta en pacientes experimentados: 90% indetectables en semana 48: igual a un paciente naive.
-

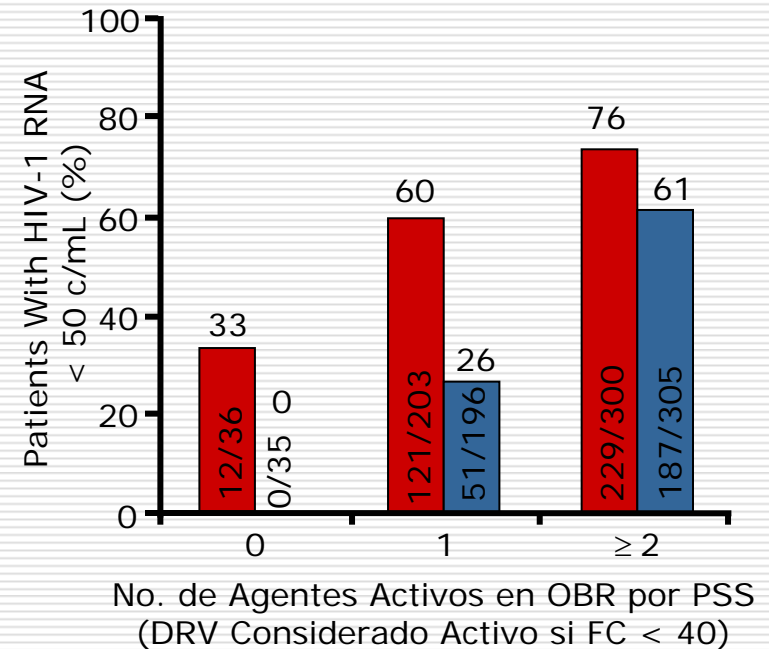
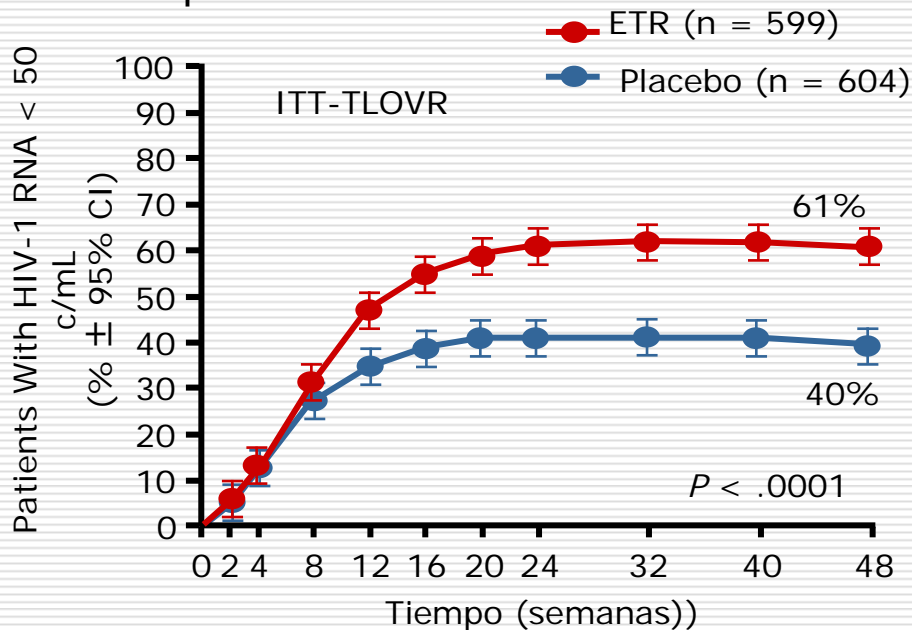
DUET-1 y -2: ETR + DRV/RTV + OBR



*El investigador seleccionó OBR consistente en DRV/RTV (600/100 mg/mL BID) + ≥ 2 NRTIs \pm ENF.

DUET a la semana 48 con carga viral menor de 50

- Cambios principales en la respuesta del recuento de CD4+ en la semana 48 significativamente mayor con etravirine arm: +98 cel/mm³ vs +73 cel/mm³ con placebo^[1,2]



1. Haubrich R, et al. CROI 2008. Abstract 790. 2. Johnson M, et al. CROI 2008. Abstract 791.
3. Winters B, et al. CROI 2008. Abstract 873.

Recomendaciones de OMS

2009-2010

¿Deberíamos seguirlas todas?

RECOMENDACIÓN 3

ARV para VIH/co- infección de TB

□ Empezar tratamiento antirretroviral en todos los individuos infectados con el VIH y TB activa independiente del recuento de CD4.

(Fuerte recomendación, baja calidad de evidencia)

□ Empezar primero con tratamiento para TB, seguido de ARV tan pronto sea posible después de empezar el tratamiento para TB.

(Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)

□ Usar efavirenz (EFV) como la reserva no-nucleósido transcriptasa inhibidor (NNRTI) en pacientes que han iniciado ARV mientras están en tratamiento de TB. (Fuerte recomendación, alta calidad de evidencia)

RECOMENDACIÓN 6

Cuando cambiar ARV

- ❑ Donde esté disponible, use carga viral (CV) para confirmar fracaso del tratamiento.
(Fuerte recomendación, baja calidad de evidencia)
 - ❑ Donde esté disponible rutinariamente, use carga viral (CV) cada 6 meses para detectar replicación viral
(Recomendación condicional, baja calidad de evidencia)
 - ❑ Una carga viral persistente por sobre 5.000 copias/ml indica fracaso del tratamiento.
(Recomendación condicional, baja calidad de evidencia)
 - ❑ Si la carga viral no está disponible, use criterio inmunológico para confirmar fracaso clínico.
(Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)
-

RECOMENDACIÓN 7

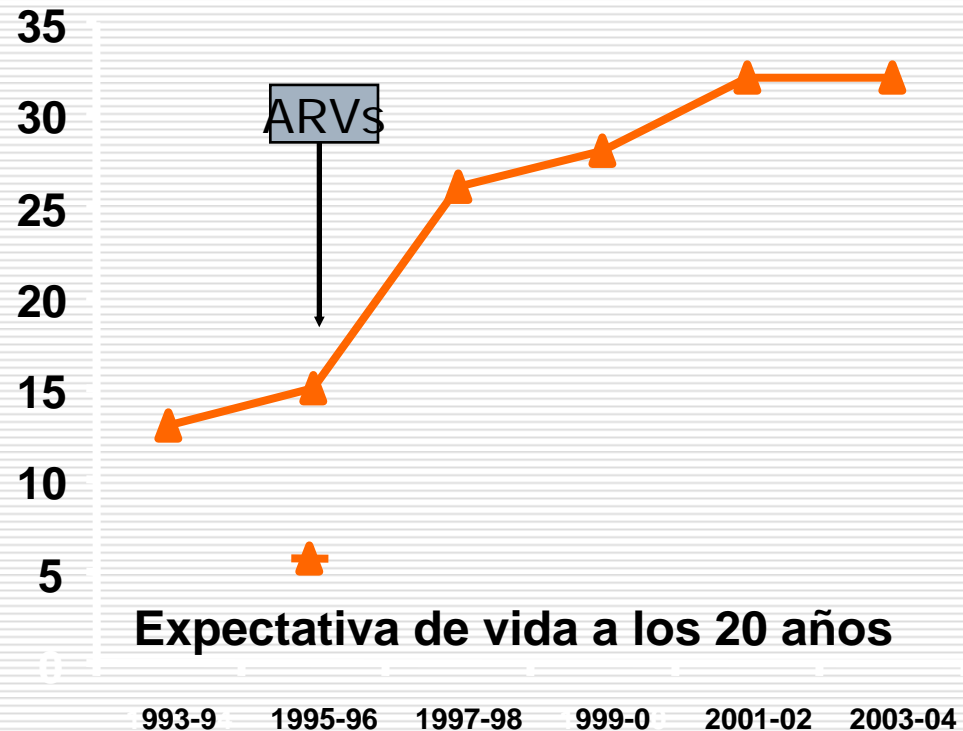
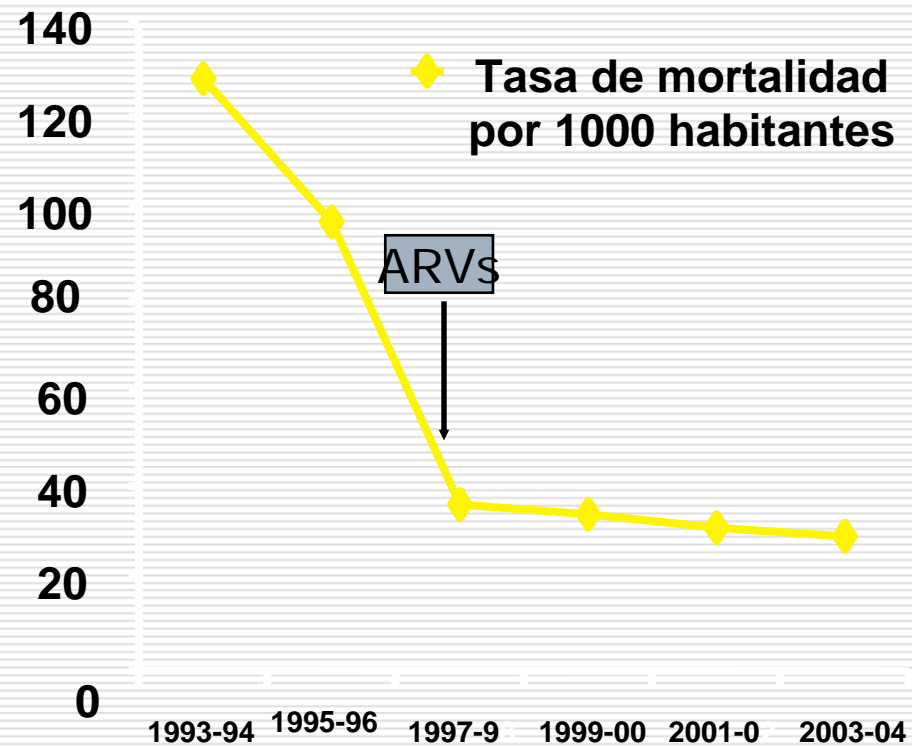
Segunda línea de ARV

- ❑ Un inhibidor potenciado de proteasa (PI/r) más dos nucleósidos análogos (NRTIs) son recomendados con ARV de segunda línea. (Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)
 - ❑ ATV/r y LPV/r son los potenciados a PI's preferidos para ARV de segunda línea. (Recomendación condicional, moderada calidad de evidencia).
 - ❑ Se recomienda simplificación de segundas opciones de NRTI.:
 - ❑ Si se ha usado d4T o AZT en primera línea use TDF más 3TC o FTZ como la espalda de NRTI en segunda línea.
 - ❑ Si se ha usado TDF en primera línea use AZT más 3F como la espalda de NRTI en segunda línea. (Fuerte recomendación, moderada calidad de evidencia)
-

El impacto del tratamiento ARV en la prevención

El Acceso a los ARV, ¿un camino al control de la epidemia?

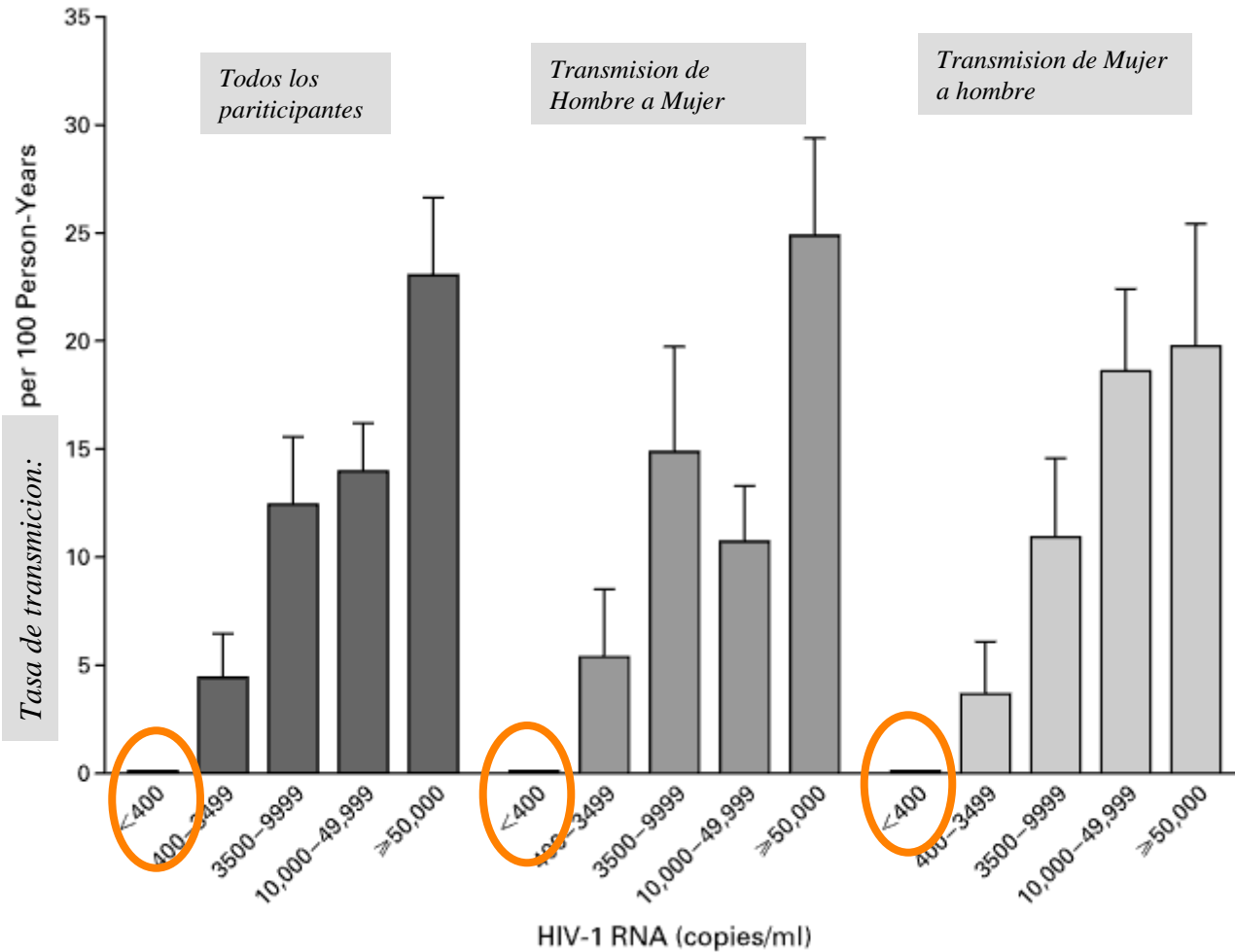
Impacto del uso de ARVs en BC en Canadá



El inicio de ARV en parejas serodiscordantes en Africa disminuye el riesgo de transmisión

- 92% de disminución en la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes en Africa, cuando se inicia ARV:
 - 102 de 103 casos confirmados de transmisión de VIH en parejas serodiscordantes, ocurrió en parejas que NO tomaban ARV:
 - Riesgo relativo no ajustado: 0.17 (95% CI: 0.004-0.94; $P = .037$)
 - Riesgo relativo ajustado: 0.08 (95% CI: 0.002-0.57; $P = .004$)

Parejas Discordantes



Propuesta para Evaluar el Impacto de la Expansión de ARV en la Incidencia del VIH

| Cobertura con TARGA | Reducción de la transmisión del VIH |
|----------------------------|--|
| 0% | 0% |
| 30% | 50% |
| 50% | XX% |

Dificultades en la expansión del uso de ARVs para la prevención del VIH

- ✓ Hipótesis que no ha sido evaluada
- ✓ Seguridad y toxicidad de los ARVs
- ✓ El derecho de los pacientes a rechazar el tratamiento
- ✓ Resistencia a los ARVs
- ✓ Epidemias ocultas
- ✓ Logística
- ✓ Erosión de los esfuerzos de la prevención
- ✓ Costo

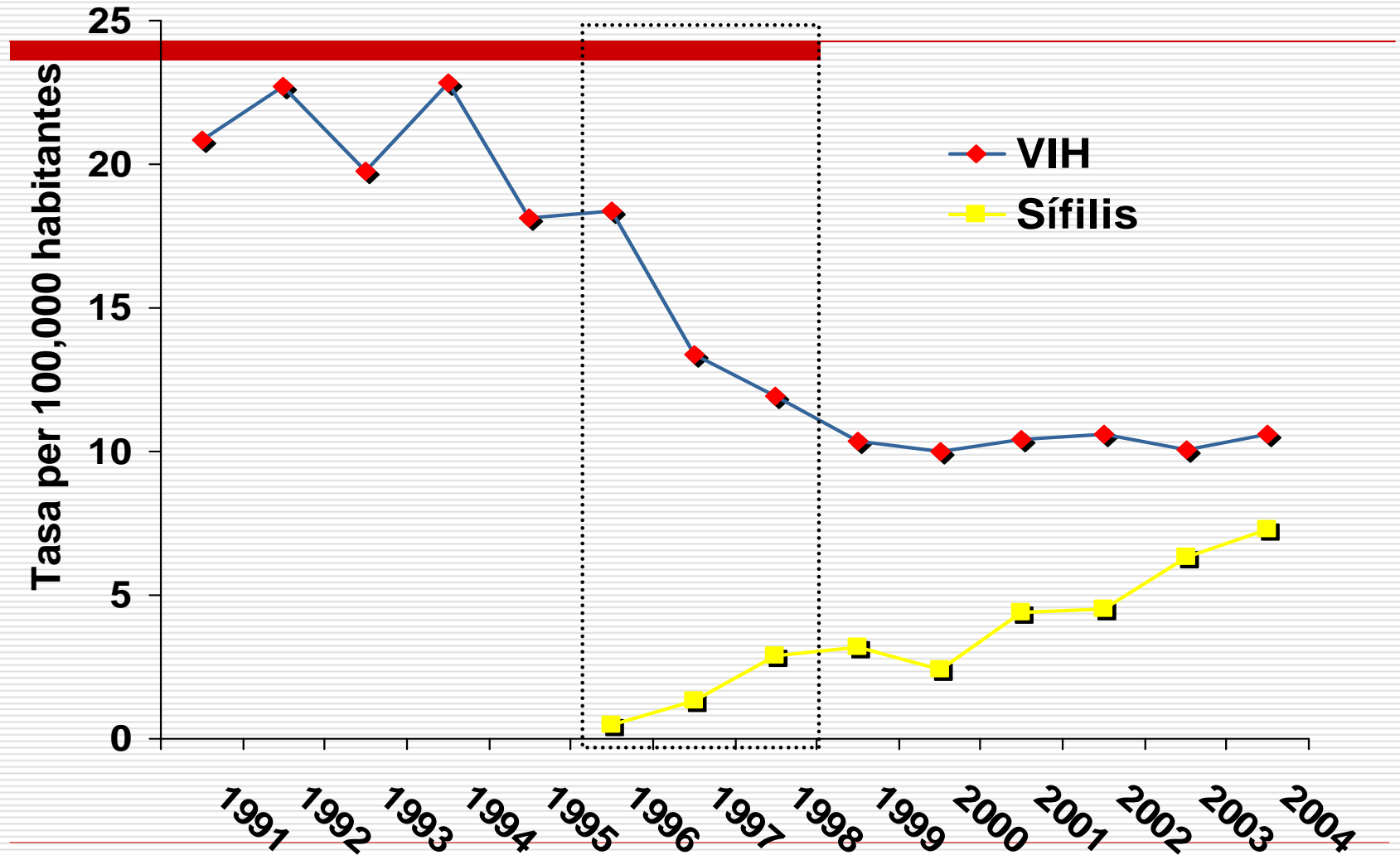
Esta hipótesis necesita ser explorada

Infección aguda: Nivel de carga viral y transmisión madre-hijo.

- El riesgo de transmisión correlaciona con nivel de carga viral. ($P < .001$)
- Se debe ofrecer tratamiento para disminuir el riesgo de transmisión.

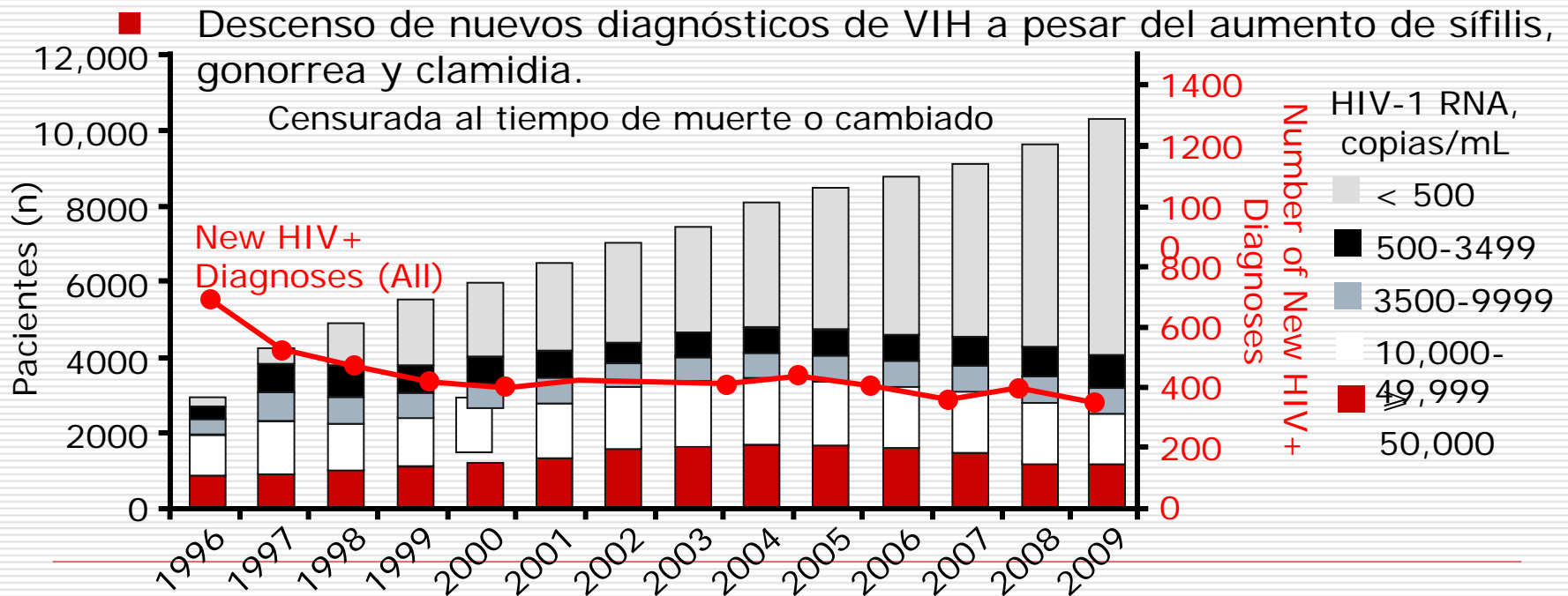
| Nivel Materno VIH-1 ARN, % | Niños Infectados |
|-------------------------------------|------------------|
| < 1000 copias/mL (n = 57) | 0 |
| 1000-10,000 copias/mL (n = 193) | 16.6 |
| > 10,000-50,000 copias/mL (n = 183) | 21.3 |
| > 50,000-100,000 copias/mL (n = 54) | 30.9 |
| > 100,000 copias/mL (n = 64) | 40.6 |

Casos Nuevos de VIH y Sífilis en British Columbia



Reducción de nuevos casos de VIH in BC: VCT y ARV llegan a nivel comunitario

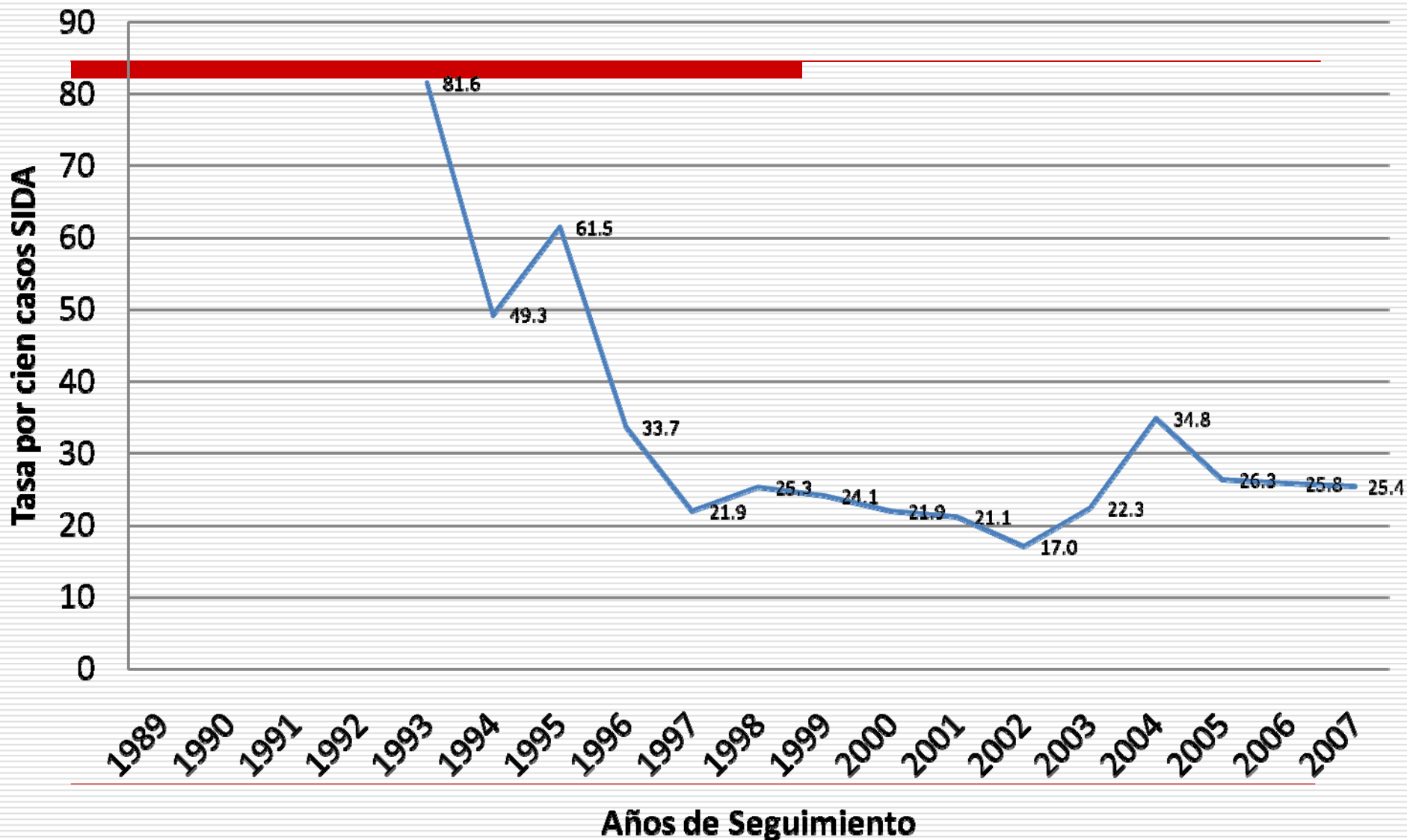
- Periodo de descenso de nuevos diagnóstico de VIH in BC coincidiendo con el aumento del promedio de pruebas VIH, aumento de la ingesta de terapia antirretroviral, y descenso de la carga viral en la comunidad (1996-2008)



Tratamiento Antirretroviral en un centro de referencia. 10 años de disponibilidad de TARGA

Dr. Carlos R Mejía Villatoro
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Departamento de Medicina
Clínica de Enfermedades Infecciosas
Hospital Roosevelt
Ciudad de Guatemala

Tasa de Mortalidad de pacientes hospitalizados VIH positivos y defunciones por SIDA de la Clínica de Enfermedades Infecciosas Hospital Roosevelt 1989 - abril 2005



Primera Cohorte 2001-2005

(Poster IAS Rio Janeiro 2005): H Roosevelt-MSF Suiza

| Pacientes | 2001- 2002 | 2003 | 2004 | 2005 (6 m) | Total |
|--------------------|-----------------------|-------------|-------------|-----------------------|------------------|
| Inicio | 142 | 186 | 306 | 171 | 805 |
| Activos | 125 | 264 | 499 | 626 | 626 |
| Fallecidos | 4 | 8 | 24 | 9 | 45 (5.6%) |
| Abandonos | 2 | 13 | 28 | 22 | 65 (8%) |
| Referidos | 8 | 23 | 23 | 10 | 64 (8%) |
| Suspendidos | 3 | 8 | 10 | 5 | 26 (3.3%) |

Análisis del Monitoreo: CV

Promedio de CV antes de TARGA:
306.378 copias/ml

| Tiempo después de TARGA | Nº | % pacientes con CV indetectable* |
|-------------------------|-----|----------------------------------|
| A los 6 meses | 404 | 84.9 % |
| A los 12 meses | 216 | 77.3 % |
| A los 24 meses | 71 | 88.7 % |

* Indetectable: menos de 50 copias/ml

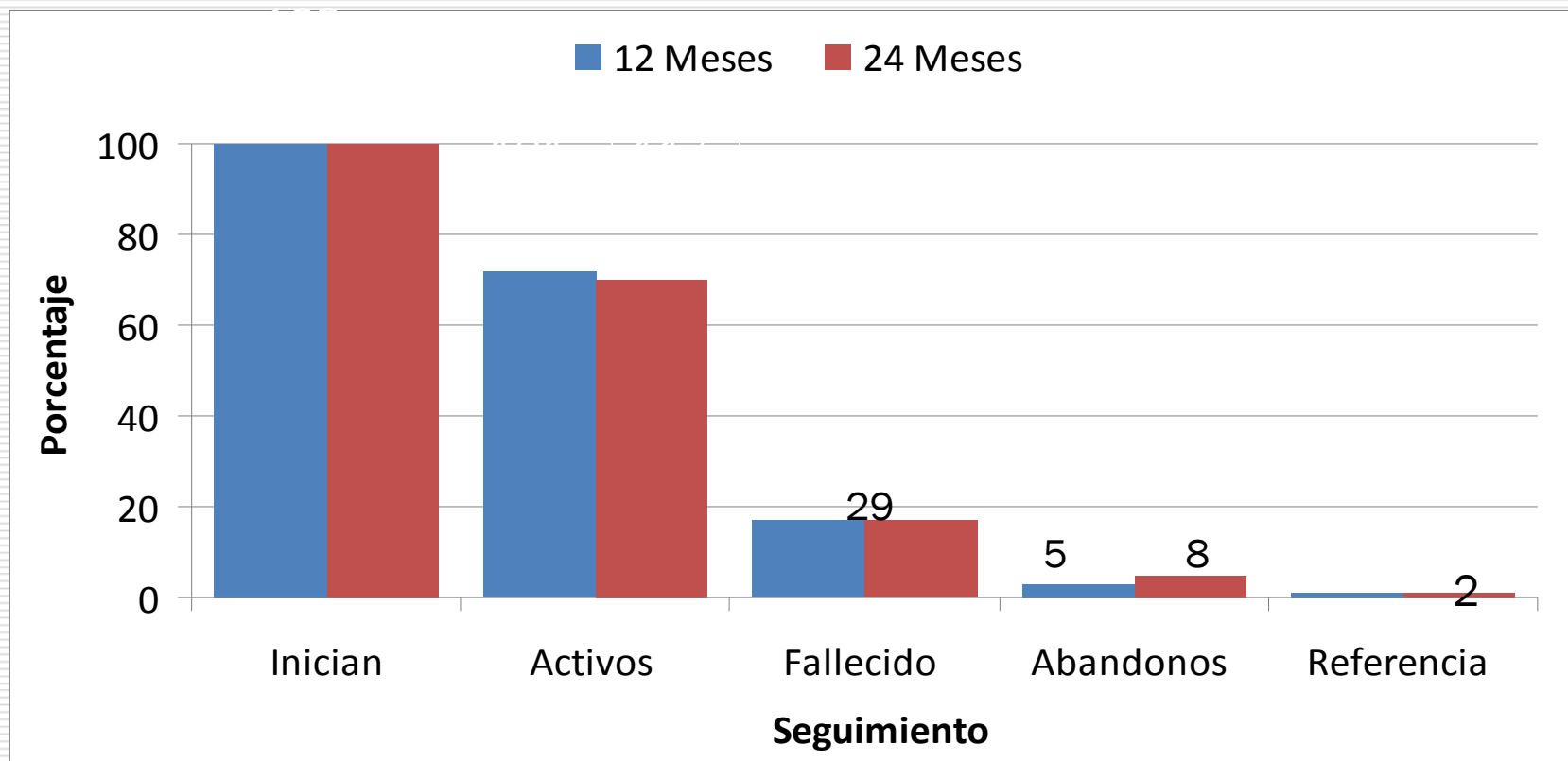
Análisis del Monitoreo: CD4

| Inicial (N 730) (antes de TARGA) | | Promedio CD4: 107/mm ³ | | | |
|-------------------------------------|-----------|---|-----------------------------------|------------------------------------|-------------|
| | | 35.3% (N 258) CD4 < 50/mm ³ 81.1% (N 692) CD4 < 200/mm ³ | | | |
| Tiempo | Media CD4 | Nº | Ganancia CD4 > 50/mm ³ | Ganancia CD4 > 100/mm ³ | No Ganancia |
| 6 meses | 235 | 447 | 81.9% | 69.3% | 5.7% |
| 12 meses | 268 | 276 | 87.3% | 82.6% | 4% |
| 24 meses | 319 | 99 | 92% | 93.3% | 2% |

TOTAL DE ADULTOS ARV: RESULTADOS A LOS DOCE Y VEINTICUATRO MESES.

| | Fondo | Inicio | Activos | Fallecidos | Abandonos | Referencia |
|----------|-------|--------|---------|------------|-----------|------------|
| 12 meses | | 1414 | 1106 | 96 | 173 | 41 |
| | % | | 78.2 | 6.8 | 12.2 | 2.9 |
| 24 meses | | 1414 | 1038 | 114 | 212 | 53 |
| | % | | 73.4 | 8.1 | 15.0 | 3.7 |

NIÑOS ARV: RESULTADOS A LOS DOCE Y VEINTICUATRO MESES



Mutaciones encontradas en
Hospital Roosevelt: después del
primer fracaso en esquemas con
INNRT.

32 Pacientes luego de Primer
fallo a esquemas basados en
NVP o ETV

Resistencia tras fracaso de AZT-3TC-EFV o D4T/3TC/NVP en Guatemala

- 32 pacientes con fracasovirológico
- Resistencia
 - 3TC 68.8%: (22 pacientes)
 - INNRTs 88.2% (37% K103N): (28 pacientes)
 - TAMs 53%, > 2 12.5%
 - Q151M: 9.4%
 - Ins 69: 6.2%
 - 48% con opciones terapéuticas limitadas: IP reforzado + TDF + 3^a droga?

Prevención de la Resistencia

- Vigilancia epidemiológica.
 - Asegurar adherencia:
 - Menos tabletas
 - Servicios amigables
 - Personal capacitado
 - Monitoreo adecuado de laboratorio
 - Manejo de interacciones
 - Manejo de adicciones
 - Manejo de aspectos psicológicos y sociales
-

Prevención de la resistencia por niveles: Educación y acompañamiento

- I. Nivel de Centro de Atención
 - II. Acompañamiento de familiares al Centro de Atención
 - III. Grupos de auto-apoyo a nivel comunitario
 - IV. Igual al III + trabajadores de salud en la comunidad y el hogar.
 - Relación directa con tasas menores de abandono según nivel de intervención.
-

Conclusiones

- ❑ Las recomendaciones de inicio del tratamiento de OPS-OMS pueden comprometer la expectativa de vida de los pacientes.
 - ❑ Es importante enfatizar la necesidad del acceso a **monitoreo correcto** de laboratorio con carga viral y CD4.
 - ❑ El seguimiento clínico exclusivo compromete los esquemas de 2^a o 3^a línea, al acumular mutaciones de resistencia.
 - ❑ Se requieren tratamientos de 3^a línea urgentemente en la región.
-

Nuevos Retos

- Sostenibilidad de los programas:
 - Gestión, Financiamiento, Distribución, protocolos actualizados, etc
 - Expectativa de vida versus reducción de la mortalidad.
 - Enfoque preventivo en las complicaciones crónicas: Enfermedad coronaria, Diabetes, dislipidemias, función renal, etc.
 - Formación de nuevas generaciones de cuidadores.
 - Reto de tratar a las personas minusválidas
 - Si se promueve detección temprana, brindar acceso al tratamiento temprano.
-

PROYECTOS DE VIGILANCIA

- Estudio Mesoamericano: INER México con coordinación con PAHO.
 - Estudios individuales de los países.
 - Laboratorio Regional de Panamá.
 - LARISNET: en proceso de formación.
-

Websites para consulta

- ❑ www.aidsinfo.nih.gov
- ❑ www.paho.org
- ❑ www.clinicalcareoptions.com
- ❑ www.hivinsite.com
- ❑ www.api.com
- ❑ www.cdc.com

MUCHAS GRACIAS

REPUBLICA DOMINICANA
PEPFAR-USAID-CDC-PAHO
MAYO DEL 2010