Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):18

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I/H-20. - SITUACIÓN INMUNOVIROLÓGICA Y REGÍMENES PREFERENTES DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES COINFECTADOS VIH-VHC EN EL ÁREA SANITARIA DE CARTAGENA (MURCIA). PERIODO 2013-2014

F. Vera Méndez[1], A. Jimeno Almazán[1], B. Alcaraz Vidal[1], E. Bobadilla Magariño[2], A. Moreno Hernández[1], C. Smilg Nicolás[1], E. Ruíz Belmonte[1], P. Escribano Viñas[1]

[1]Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Enfermería. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar la situación inmunológica, virológica, así como los esquemas de tratamiento antirretroviral utilizados en pacientes coinfectados por el VIH y la hepatitis C.

Métodos: Cohorte prospectiva de pacientes coinfectados VIH-VHC en el que evaluamos en la última visita clínica realizada durante el periodo 1 de enero de 2013-30 de mayo de 2014 las siguientes variables: 1) Situación inmunológica [linfocitos CD4 (LCD4); cel./?L]; 2) Situación virológica [Carga viral (CV) VIH; copias/mL (c/mL)]; 3) Regímenes de tratamiento antirretroviral (TAR) utilizados: 3.1) pautas con análogos de nucleósidos de la transcriptasa inversa (AN), que incluyan asociaciones con no análogos de la transcriptas inversa (NN) (N y %), inhibidores de la proteasa (IP) (N y %), inhibidores de la integrasa (I. Integrasa) (N y %), inhibidores de los correceptores CCR5 (I.CCR5) (N y %) y esquemas de asociaciones de varias familias de rescate (N y %); 3.2) pautas libres de AN: monoterapias con IP (N y %), biterapia con IP e I. integrasa (N y %), biterapia con IP y NN (N y %), biterapia con IP e I.CCR5 (N y %) y otras pautas libres de AN basadas en asociaciones de varias familias como esquema de rescate (N y %).

Resultados: Durante el periodo del estudio fueron valorados en consultas 204 pacientes coinfectados VIH-VHC. La media de LCD4 fue 581 (DE: 316) cel/?l. La distribución de pacientes por categorías de linfocitos CD4 (LCD4) cel/?L fue: 16 casos (7,8%) entre 0-200 LCD4; 42 casos (21%) entre 201-350 LCD4 y 146 casos (71%) con más de 351 LCD4. La mediana de CV fue 20 (RIC: 0) y en 166 casos (81%) la CV VIH era indetectable (25 c/mL). La CV fue detectable en 38 pacientes (19%) y distribuidas en: 1) viremia residual de bajo nivel 26-200 c/mL en 22 casos (11%); 2) viremia entre 201-1000 c/mL en 7 casos (3,4%); 3) fracaso virológico (FV) con CV > 1.000 c/mL en 9 casos (4,4%), detectándose FV > 100.000 c/mL en 6 casos (2,9%). En nuestra serie, 196 pacientes (96%) estaban con regímenes de TAR: 158 (80,6%) con asociaciones de AN y otras familias, 29 (14,8%) con pautas libres de AN, y con otras asociaciones menos frecuentes, 9 casos (4,6%). Las asociaciones con AN fueron: 1) AN y NN (N = 67; 34,2%); 2) AN e IP (N = 67; 34,2%); 3) AN e I. integrasa (N = 11; 5,6%); 4) AN e I.CCR5 (N = 4; 2%) y 5) asociación de AN y otras familias en pautas de rescate (N = 9; 4,6%). Las principales pautas libres de AN fueron: 1) IP en monoterapia (N = 9; 4,6%); 2) biterapia con IP e I. integrasa (N = 3; 1,5%); 3) biterapia con IP y NN (N = 1: 0,5%); 4) biterapia con IP e I.CCR5 (N = 3; 1,5%) y 5) otras terapias libres de AN en asociación múltiple como pauta de rescate (N = 13; 6,6%).

Discusión: Las pautas de inicio de TAR que recomiendan las guías científicas basadas en triple terapia con AN y NN y AN e IP son las más utilizadas en los pacientes coinfectados VIH-VHC de nuestra cohorte. Pautas libres de análogos en situaciones que no incluyan el rescate son recomendadas en situaciones de toxicidad renal, hepática u ósea, que suele ser más pronunciada en pacientes coinfectados VIH -VHC, siendo necesario en no pocos casos recurrir a la monoterapia con IP o biterapias con IP y otras familias que no incluyan AN ni NN.

Conclusiones: Los pacientes coinfectados VIH-VHC de nuestra cohorte presentaba una buena situación inmunológica y la mayoría (81%) presentaban supresión virológica del VIH. En sujetos con viremias detectables predominó la existencia de viremia residual de bajo nivel (26-200 c/mL) siendo muy poco frecuente el fracaso virológico (> 1.000 c/mL). Las pautas de TAR más frecuentemente utilizadas se basaron en la triple terapia clásica de asociación de AN con IP y AN con NN. Entre las pautas libres de AN, los esquemas más utilizados se basaron en la múltiple asociación de familias como pautas de rescate, seguido de la monoterapia con IP.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.