

XI Actualización en VIH y Hepatitis Virales.



Debates en VIH: Terapia Antirretroviral de Inicio

Dra. Ana Mariño Callejo. Unidad VIH. Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide. Ferrol.
Dr. Antonio Ocampo. Unidad VIH Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Vigo.

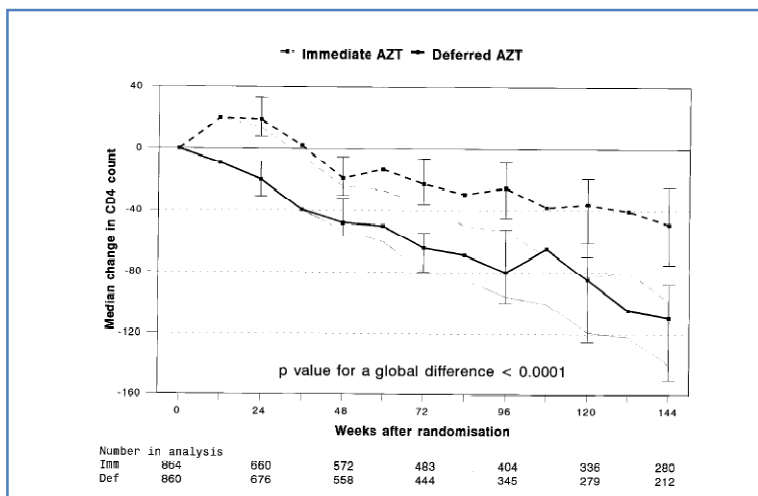
Inhibidores de la Integrasa. Dr. Esteban Martínez. Hospital Clinic- IDIBAPS, Universitat de Barcelona.

Inhibidores de la Proteasa Dr. Carlos Martín. Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Análogos No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa. Dr. Antonio Rivero. Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Terapia antirretroviral de inicio

El recuento de CD4 y los dogmas de inicio TAR

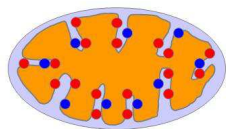
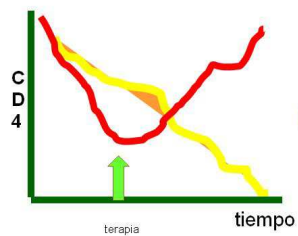


- 1996 **Hit Hard and hit early curación**
- 1997 **CD4 < 500 conservar la inmunidad**
- 2000 **CD4 < 350 actividad y reducción comprimidos**
- 2003 **CD4 < 200 toxicidad a largo tiempo**
- 2007 **CD4 < 350 reducir la morbilidad y toxicidad**
- 2008 **CD4 < 350 la comorbilidad no SIDA**
- 2010 **CD4 350-500: reservorios y transmisión**
- 2013 **A TODOS**
- 2015

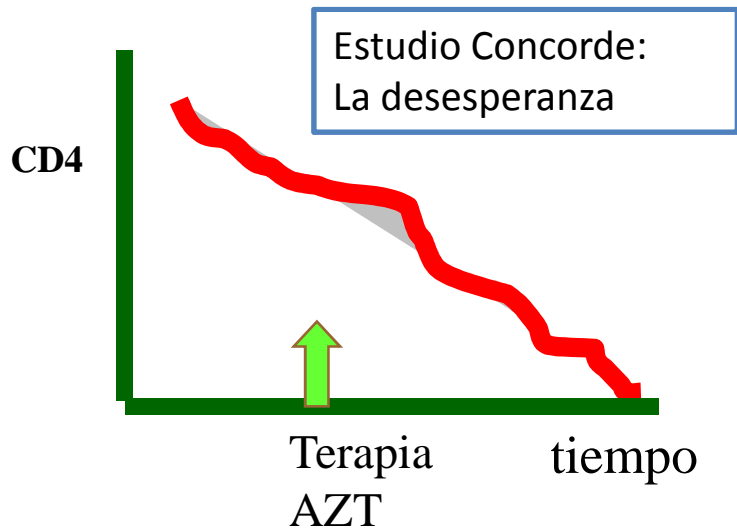
ART



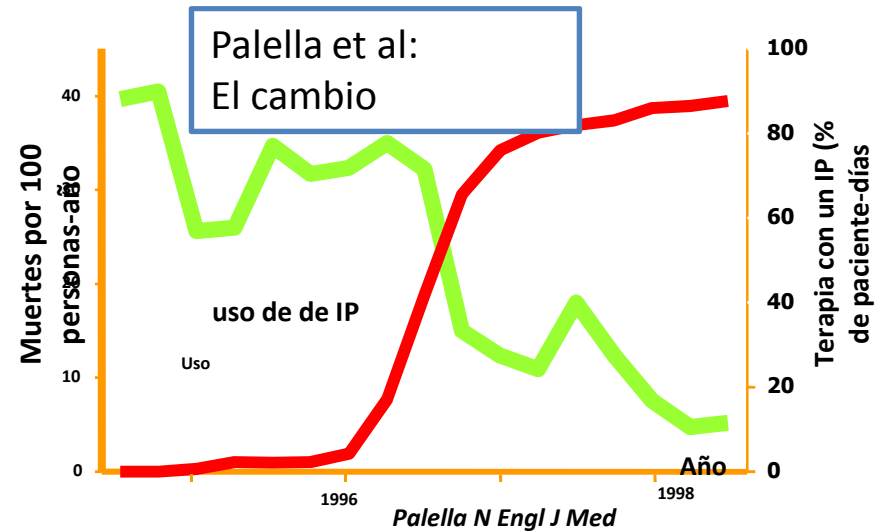
lipodistrofia



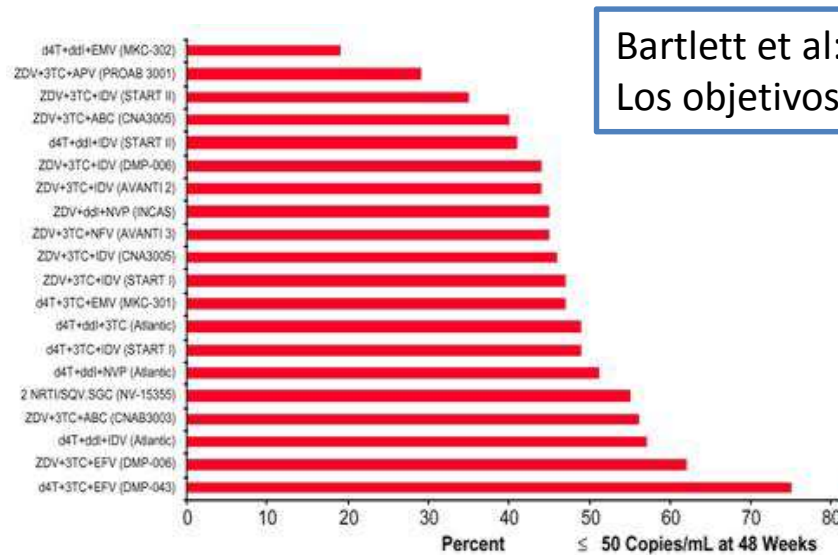
MITOS e HITOS DEL TRATAMIENTO



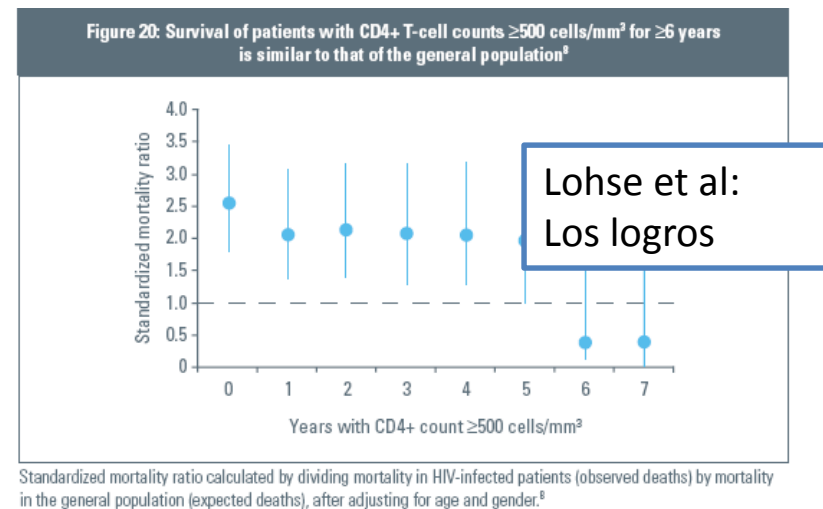
Grafica adaptada Lancet 1994 Apr 9;343(8902):871-81.



Grafica adaptada N Engl J Med 1998; 338:853-860



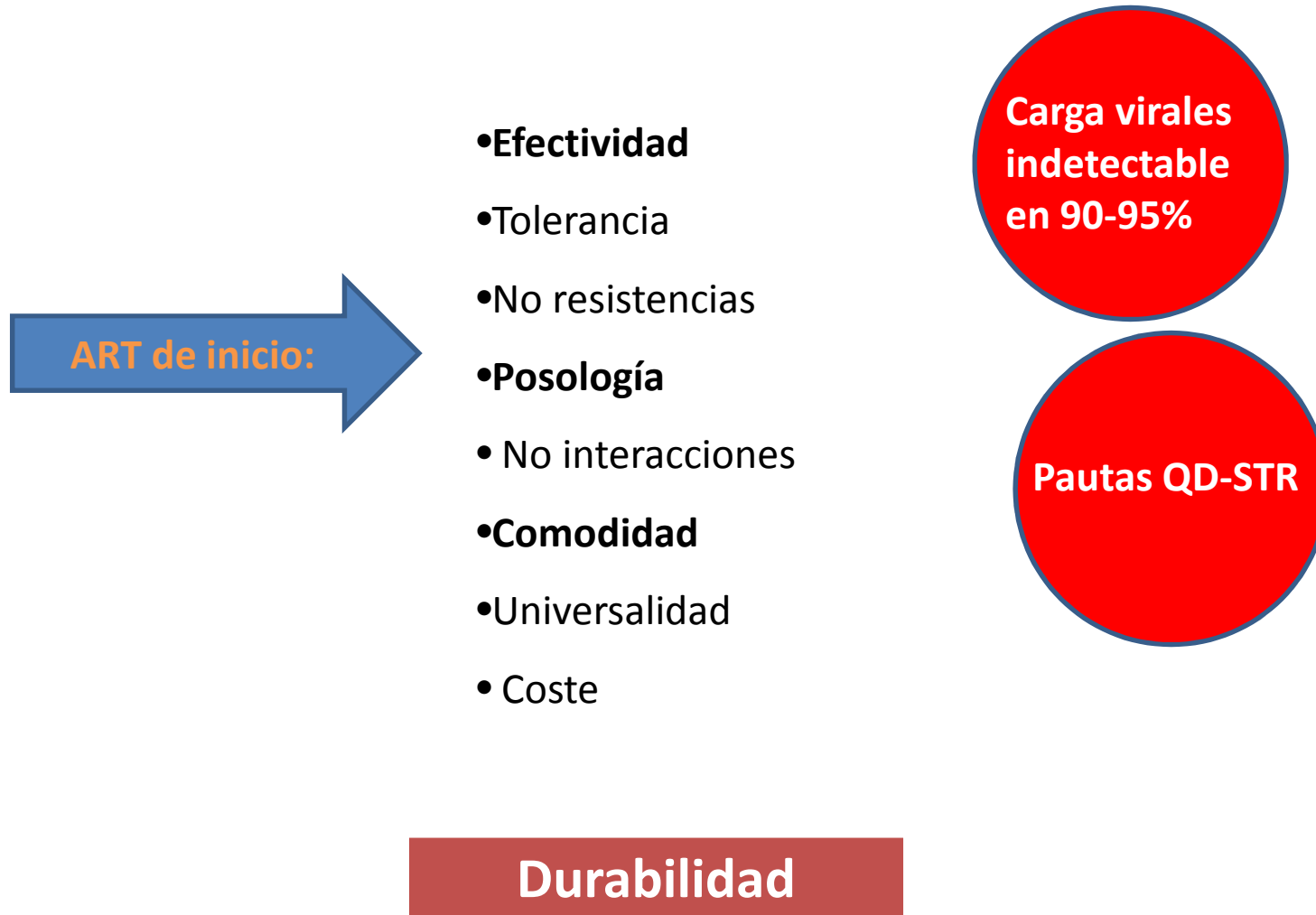
Bartlett et al 12th croi 2005 #586 Boston



Standardized mortality ratio calculated by dividing mortality in HIV-infected patients (observed deaths) by mortality in the general population (expected deaths), after adjusting for age and gender.^a

Grafica adaptada de Lohse et al
Ann Intern Med. 2007 Jan 16;146(2):87-95

• Que le pedimos AHORA a la terapia de Inicio?



Durabilidad: Efectividad + Tolerancia+ Seguridad +Bienestar y Coste.

CON QUÉ?

Tabla 3. Combinaciones de TAR de inicio recomendadas†

3er Fármaco	Pauta†	Comentarios‡
<p>Preferentes. Pautas aplicables a la mayoría de los pacientes y que en ensayos clínicos aleatorizados han mostrado una eficacia superior frente a otras o mostrando no-inferioridad presentan ventajas adicionales en tolerancia, toxicidad o un bajo riesgo de interacciones farmacológicas.</p>		
INI	ABC/3TC/DTG	- ABC está contraindicado en pacientes con HLA-B*57:01 positivo; cuando se prescriba se deben tomar las medidas necesarias para tratar de minimizar todos los FRCV modificables - Información escasa en pacientes con CD4+ <200 células/µL
	TFV*/FTC+DTG	- Información escasa en pacientes con CD4+ <200 células/µL
	TFV*/FTC+RAL	
	TAF/FTC/EVG/COBI*	- Información escasa en pacientes con CD4+ < 200 células/µL - Mayor potencial de interacciones que otras pautas basadas en INI

Recommended Regimen Options
Recommended regimens are those with demonstrated durable virologic efficacy, favorable tolerability and toxicity profiles, and ease of use.
<p>INSTI plus 2-NRTI Regimen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DTG/ABC/3TC* (A1)—if HLA-B*5701 negative • DTG plus either TDF/FTC* (A1) or TAF/FTC* (A1) • EVG/c/TAF/FTC (A1) or EVG/c/TDF/FTC (A1) • RAL plus either TDF/FTC* (A1) or TAF/FTC* (A1) <p>Boosted PI plus 2 NRTIs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DRV/r plus either TDF/FTC* (A1) or TAF/FTC* (A1)
Alternative Regimen Options
Alternative regimens are effective and tolerable, but have potential disadvantages when compared with the Recommended regimens, have limitations for use in certain patient populations, or have less supporting data from randomized clinical trials. However, an Alternative regimen may be the preferred regimen for some patients.
<p>NNRTI plus 2 NRTIs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EFV/TDF/FTC* (B1) • EFV plus TAF/FTC* (B1) • RPV/TDF/FTC* (B1) or RPV/TAF/FTC* (B1)—if HIV RNA <100,000 copies/mL and CD4 >200 cells/mm³ <p>Boosted PI plus 2 NRTIs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (ATV/c or ATV/r) plus either TDF/FTC* (B1) or TAF/FTC* (B1) • DRV/c (B1) or DRV/r (B1) plus ABC/3TC*—if HLA-B*5701 negative • DRV/c plus either TDF/FTC* (B1) or TAF/FTC* (B1)

Alternativas. Pautas eficaces, pero que no se consideran preferentes bien porque su eficacia ha resultado inferior a las pautas preferentes en ensayos clínicos o porque tienen desventajas potenciales o restricciones en su indicación. Pueden ser sin embargo de elección en subgrupos de pacientes o en casos especiales		
ITINN	TFV*/FTC/RPV	- No indicado en pacientes con CVP >100.000 copias/mL. - Puede considerarse de elección en pacientes con CVP <100.000 copias/mL (más eficaz que TDF/FTC/EPV) en especial si se desea priorizar la simplicidad - Información escasa en pacientes con CD4+ <200 células/µL - Realizar previamente un estudio genotípico que descarte mutaciones de resistencia a ITINN - Contraindicado si se utilizan inhibidores de la bomba de protones - Se debe tomar siempre con una comida
IP potenciado	TFV*/FTC+DRV/p**	- Se dispone de suficiente información con esta pauta en pacientes con CD4+ <200 células/µL por lo que puede considerarse de elección en pacientes muy inmunodeprimidos, especialmente cuando se requiera de una pauta con elevada barrera genética (pacientes con problemas de adherencia) - El uso combinado de IP potenciado y TDF incrementa el riesgo de nefrotoxicidad - Mayor potencial de interacciones que otras pautas
INI	TDF/FTC/EVG/COBI	- Información escasa en pacientes con CD4+ < 200 células/µL - Mayor potencial de interacciones que otras pautas basadas en INI - No indicado en pacientes con FGe <70 mL/min. Usar con precaución en pacientes con FGe <50 mL/min - Puede considerarse de elección en el tratamiento de mujeres (más eficaz que TDF/FTC+ATV/r) y en especial si se desea priorizar la simplicidad

Que nos aporta la elección de la estrategia

Los Inhibidores de la Integrasa. Dr. Esteban Martínez.

Los Inhibidores de la Proteasa Dr. Carlos Martin

Los Análogos No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa. Dr. Antonio Rivero.

- Sus diferencias
- Sus escenarios
- Sus fortalezas/debilidades
- Sus compatibilidades

