



## 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<sup>1</sup>, A. Jimeno Almazán<sup>1</sup>, B. Alcaraz Vidal<sup>1</sup>, E. Bobadilla Magariño<sup>2</sup>, A. Moreno Hernández<sup>1</sup>, C. Smilg Nicolás<sup>1</sup>, E. Ruíz Belmonte<sup>1</sup>, P. Escribano Viñas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>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./ $\mu$ 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 transcriptasa 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/ $\mu$ L. La distribución de pacientes por categorías de linfocitos CD4 (LCD4) cel/ $\mu$ 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.