



<https://www.revclinesp.es>

## I/HIV-023 - EFICACIA DE LAS TERAPIAS LIBRES DE ANÁLOGOS EN LA INFECCIÓN VIH EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

T. Omiste Sanvicente<sup>1</sup>, C. Martínez Huguet<sup>1</sup>, M. Egido Murciano<sup>1</sup>, C. Jimeno Griñó<sup>1</sup>, C. Lahoz Lasala<sup>1</sup>, E. Calvo Beguería<sup>1</sup>, P. González García<sup>1</sup>, P. Amador Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Farmacia. Hospital San Jorge. Huesca.

### Resumen

**Objetivos:** Las guías utilizadas en la práctica clínica habitual siguen recomendando la triple terapia en el manejo de los pacientes con infección VIH, incluyendo dos análogos de nucleósidos (AN). La aparición de resistencias a los mismos, así como las estrategias de simplificación y para disminuir toxicidad han propiciado el uso de alternativas al tratamiento estándar. Los AN, en especial los análogos de timidina se asocian con toxicidad mitocondrial, alteraciones metabólicas y lipodistrofia (AZT y ZDV). Incluso los no análogos de timidina pueden asociar efectos adversos como la reacción de hipersensibilidad o el aumento de riesgo vascular atribuidos al ABC y la toxicidad tubular renal y la alteración del metabolismo óseo provocadas por el TDF. El objetivo de este estudio fue determinar, la eficacia de terapias libres de análogos en nuestros pacientes, analizando fundamentalmente la supresión virológica, respuesta inmune y costes.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con infección VIH atendidos en nuestras consultas cuyo régimen de tratamiento no incluye AN en al menos los 6 meses previos.

**Resultados:** Se identificaron 30 pacientes con una edad media de 50 años, de los cuales 10 eran mujeres y 20 hombres. La vía de transmisión en el 60% es UDVP seguida de la sexual en un 33%. Casi la mitad de los pacientes de nuestra serie presenta coinfección por virus C. Respecto al tratamiento previo al cambio 96% de ellos llevaban pautas que incluían AN, 83% IP, 13% NAN, 10% inhibidores de integrasa y 1 paciente inhibidor de la fusión. Los motivos del cambio de TAR fueron en el 46% la simplificación, seguido de los efectos adversos en un 36% (destacan los gastrointestinales, seguidos de la alteración de función renal y la osteoporosis), la aparición de resistencias 23% y un 10% proactivo. El tratamiento actual incluye en un 90% un IP (fundamentalmente DRV/r o DRV/cobi), de ellos un 70% en monoterapia y en torno a un 25% NAN e inhibidores de integrasa. El 93% de los pacientes estaban indetectables en la última consulta. Solo el 6% ha presentado blips (en todos ellos el motivo del cambio fue la aparición de resistencias). La media de CD4 es de 664, el 70% tienen más de 500 y en torno al 10% menos de 200. El 90% presentan un FG > 60 ml/min, con un colesterol total de 214 mg/dl de media (c-LDL 127). El cambio del TAR supuso un ahorro de 4.980 euros al mes (59.760 €/año) y cuando el cambio se realizó por motivos diferentes a las resistencias el ahorro al mes es de 5.535 euros (66.384 €/año).

**Discusión:** Los pacientes que cambian a terapias libres de análogos en nuestra cohorte son sobre todo varones, cuya vía de contagio fue el UDVP, con un elevado porcentaje de coinfección VHC. El motivo principal del cambio es la simplificación. Presentan en su mayoría buen control virológico y de situación inmune. Mantienen buena función renal y el control del metabolismo lipídico es subóptimo.

*Conclusiones:* El TAR estándar ha mostrado sus beneficios pero se precisan nuevas estrategias para mejorar su eficacia y tolerabilidad. Los tratamientos basados en pautas libres de análogos en práctica clínica real parecen mostrarse seguros y suponen una importante reducción de costes, disminuyendo toxicidad, lo que los hace una alternativa óptima a considerar.