



## I-007 - MOTIVOS DEL CAMBIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS VIH A SEGUIMIENTO EN NUESTRO HOSPITAL

M. Campoamor Serrano<sup>1</sup>, M. Ballesteros Solares<sup>1</sup>, J. Barbazán Vázquez<sup>2</sup>, G. López-Colina Pérez<sup>1</sup>, J. Noval Menéndez<sup>1</sup>, M. Aparicio López<sup>1</sup>, J. Santamaría del Tío<sup>1</sup> y J. Moris de la Tassa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Farmacia. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

### Resumen

**Objetivos:** Conocer cuáles son los motivos del cambio de tratamiento antirretroviral en nuestra cohorte de pacientes VIH.

**Material y métodos:** En el Hospital Universitario de Cabueñes realizan seguimiento 738 pacientes VIH. Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes VIH a los que se les realizó un cambio de tratamiento antirretroviral en el periodo comprendido entre el 1/08/15 y el 1/08/2016. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, fecha de diagnóstico de la infección VIH, categoría de transmisión, estado de coinfección, nivel de educación, situación laboral, tipo de vivienda, estadio de la infección, recuento de CD4 (cél/μl), carga viral (copias/ml) en el momento del cambio de tratamiento, fármacos empleados en el momento del cambio, fármacos nuevos aplicados, motivos de la interrupción del tratamiento (simplificación, efectos adversos/toxicidad relacionados con el tratamiento, falta de respuesta viral o inmunológica, reinicio tras pérdida, interacciones y otros). Todos los casos en los que hubo finalización de un tratamiento e inicio de uno nuevo se registraron como cambios de tratamiento. Para todos estos casos se han recogido y distinguido las variables referidas a un primero, segundo, tercero, cuarto o más tratamientos. Los datos obtenidos han sido analizados con la versión 20.0 del SPSS.

**Resultados:** De los 738 pacientes a seguimiento, se realizó un cambio de tratamiento a 157 (21,27%). Un 74,5% eran varones con una edad media de 51,3 (17-83) años. El mecanismo de transmisión más frecuente fue la vía sexual (HMX/HTX). La media de tiempo en años desde el diagnóstico VIH fue de 17,25 (1-32), los 28,6% incluidos en categoría SIDA y un tercio tenían coinfección VHC (34%). El 60,2% de ellos estaban en 4ª línea o más de tratamiento, con un buen recuento actual de CD4: 633,42 cel/μl (91-1.708) y un alto porcentaje carga viral negativa (74,5%). Asimismo, existe un elevado porcentaje de pacientes sin estudios/estudios primarios (60,5%) y un bajo porcentaje laboralmente activos (45,2%). Los motivos del cambio fueron: los efectos adversos (41,4%), la simplificación (23,6%), el fracaso inmunoviológico (9,5%), el reinicio tras pérdida (8,2%) y la interacciones (5%). Dentro del análisis por subgrupos, los cambios por toxicidad fueron más frecuentes en pautas más avanzadas de tratamiento, en el sexo masculino, en los > 39 años, en aquellos sin estudios/estudios primarios, en los homosexuales, en los trabajadores activos y en los mono infectados, aunque sin diferencias estadísticamente significativas. Los cambios por interacciones son más frecuentes en los ADVP, aunque sin significación estadística, y coinfectados por VHC con una p estadísticamente significativa (p = 0,01).

*Discusión:* Las características sociodemográficas de la serie muestran el envejecimiento progresivo de los pacientes VIH, el predominio de varones, con un elevado porcentaje sin estudios/estudios primarios (60,2%) y pocos laboralmente activos (45,2%). Los efectos adversos fueron el principal motivo del cambio (41,4%) representando un grave problema en el TAR pudiendo provocar una disminución de la adherencia que puede suponer un aumento del número de fracasos virológicos por la aparición de resistencias, así como bajas laborales. El segundo motivo del cambio en nuestro estudio fue la simplificación (23,5%). Las estrategias de simplificación, sumadas a la alta potencia antiviral de las nuevas combinaciones de tratamientos, han llevado a un aumento de la proporción de pacientes con cargas virales indetectable.

*Conclusiones:* La intolerancia/toxicidad sigue siendo hoy por hoy la principal causa de la interrupción del tratamiento, su prevención debería ser uno de los objetivos principales del manejo clínico del paciente VIH.