



CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA

VIGILANCIA DE RESISTENCIAS EN PERSONAS BAJO ATENCIÓN INTEGRAL EN LA CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA

2002 – 2012

INFORME DE AVANCE (2008-2009)
“Datos Inquietantes”

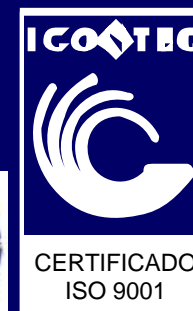
XV Conferencia de Cali 2009

Abril 3 de 2009

Jaime Galindo-Quintero, MD.
Corporación de Lucha contra el Sida
Universidad del Valle
Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali

NTC - ISO 9001:2000

CÓDIGO No. CO-SC 3941-1



Prestación de servicios ambulatorios para el tratamiento integral del VIH/SIDA, los cuales pueden incluir; Atención médica, asesoría médica internacional, atención por trabajo social, terapia por medio de grupos de auto apoyo, atención psicológica y servicio farmacéutico. - Gestión para la realización de pruebas de laboratorio clínico general, laboratorio clínico especializado y laboratorio para el diagnóstico de la infección del VIH/SIDA. - Servicios de actualización académica integral de alto nivel en VIH/SIDA y enfermedades infecciosas.

VIGILADO Supersalud 

Línea de Atención al Usuario: 6500870 – Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional : 018000910383

ANTECEDENTES – JUSTIFICACIÓN MARCO LÓGICO

- Desde antes de 1996 se prestan servicios de Atención Integral Ambulatoria Especializada a personas VIH+, a través de la Corporación de Lucha Contra el Sida.
- Desde 2001-2002, en la Corporación de Lucha Contra el Sida, se indica Estudio Genotípico de Resistencias desde la primera falla virológica documentada.
- Entre 2002 y 2006, muchas fallas virológicas (principalmente con Estudios Genotípicos “tempranos”) eran “fácilmente rescatables” pero con esquemas “potencialmente insuficientes”. (n = 124)

- Entre 2007 y 2008 comenzamos a detectar mayores y más complejas resistencias en el panorama institucional de la Corporación de Lucha Contra el Sida. Además, se incrementó el ingreso de personas con fallas terapéuticas “abandonadas”; pero también de pacientes con Infección/Posible Re-infección “Aguda/Reciente” y, por consiguiente, la Necesidad de Estudios Genotípicos de Resistencia. (n = 124; parcial a Marzo 24, 2009 = 46).
- N total (Octubre 2001 a Marzo 24 2009): **294 estudios.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA LA POBLACIÓN

SIN EXPOSICIÓN A MEDICAMENTOS

ANTIRRETROVIRALES, 2008-2009

(Parcial preliminar, n = 27).

- Establecer un panorama institucional de resistencias (documentadas con Estudio Genotípico) del VIH a los antirretrovirales, en pacientes con:
 1. Infección/Re-infección Retroviral Aguda/Reciente (<6 meses / 6 meses – 1 año, entre el momento probable de infección y el estudio genotípico);
 2. Mujeres embarazadas VIH+ antes de intervención antirretroviral;
 3. Infección Crónica Estable (>1 año), sin indicación previa para tratamiento antirretroviral (por enfermedad avanzada);

- Comparar y establecer si existen diferencias entre las personas con Infección/Re-infección Retroviral Aguda/Reciente y las personas con Infección Crónica Estable; así como entre cualquiera de los dos grupos frente a personas con momento de infección/re-infección no bien determinados.
- Contribuir a proponer un uso e interpretación apropiados y racionales del Estudio Genotípico de Resistencias en la región, potencialmente ampliables al contexto nacional en Colombia.

METODOLOGÍA

ALGUNAS DEFINICIONES:

- INFECCIÓN AGUDA (<6 meses) / RECIENTE (6 meses – 1 año):
 - a. Evidencias serológicas, niveles de CV/CD4/CD8, síntomas;
 - b. Coinfección reciente por otras ITS (Sífilis/HBV), historia clínica, exposiciones;
- INFECCIÓN CRÓNICA ESTABLE (>1 año):
 - a. Diagnóstico confirmado al menos 1 año antes del estudio genotípico, sin exposición alguna a medicamentos antirretrovirales y con niveles actuales de CD4 iguales o superiores a 350 células/mm³;
 - b. Ausencia de evidencias para posible re-infección aguda/reciente.
- INFECCIÓN “INDETERMINADA” (Superposiciones)

- **Muestra n=27 pacientes VIH+ no expuestos a ARV, con estudios genotípicos de resistencia**
- **Variables:**
 - **Demográficas, Historia Clínica, Pruebas diagnósticas**
 - **Inmunológicas /Viroológicas**
 - **Mutaciones**
 - **Análisis virtual de resistencias (Database Stanford)**
- **Análisis estadístico en Stata Versión 9.**

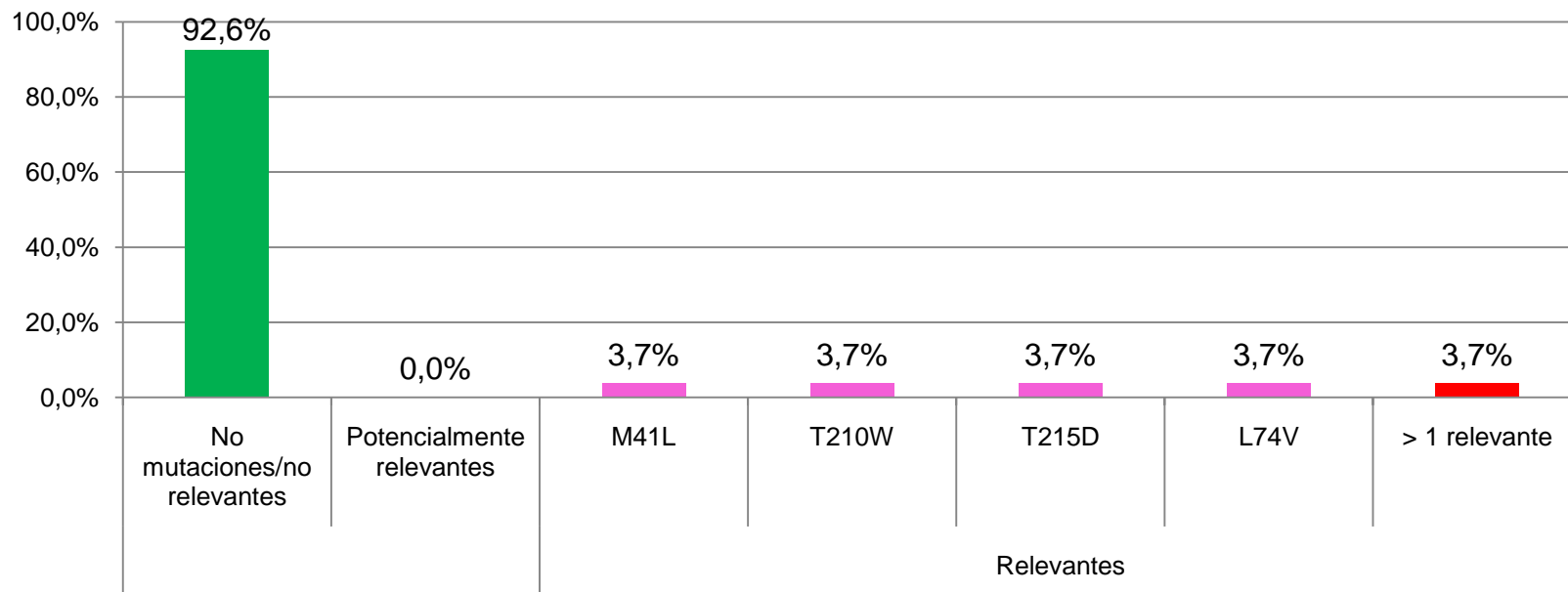
Demográficos (n=27)

		Total (n=27)		≤1 año (n=11)		> 1 año (n=14)		Indeterminado (n=2)	
Edad		Promedio ± D.E		Promedio ± D.E		Promedio ± D.E		Promedio ± D.E	
	General	32 ± 11.6		33.8 ± 15.4		32.9 ± 10.4		33.5 ± 9.2	
Sexo		n	%	n	%	n	%	n	%
	Hombres	19	70	9	82	8	57	2	100
	Mujeres	8	30	2	18	6	43	0	0
Raza									
	Negro	2	7	1	9	1	7	0	0
	No negro	25	93	10	91	13	93	2	100
Escolaridad									
	Primaria	4	15	1	9	3	21	0	0
	Secundaria	8	30	2	18	6	43	0	0
	Tecnológica	4	15	1	9	2	15	1	50
	Universitaria	11	40	7	64	3	21	1	50
Estado civil									
	Soltero(a)	16	64	7	78	7	50	2	100
	Casado(a)	1	4	1	11	0	0	0	0
	Unión libre	6	24	1	11	5	36	0	0
	Separado(a)	2	8	0	0	2	14	0	0
Estrato									
	1 a 3	22	85	8	73	12	92	2	100
	4 a 6	4	15	3	27	1	8	0	0
Seguridad social									
	Contributivo	23	85	10	91	11	79	2	100
	Subsidiado	4	15	1	9	3	21	0	0

Inmunológicos

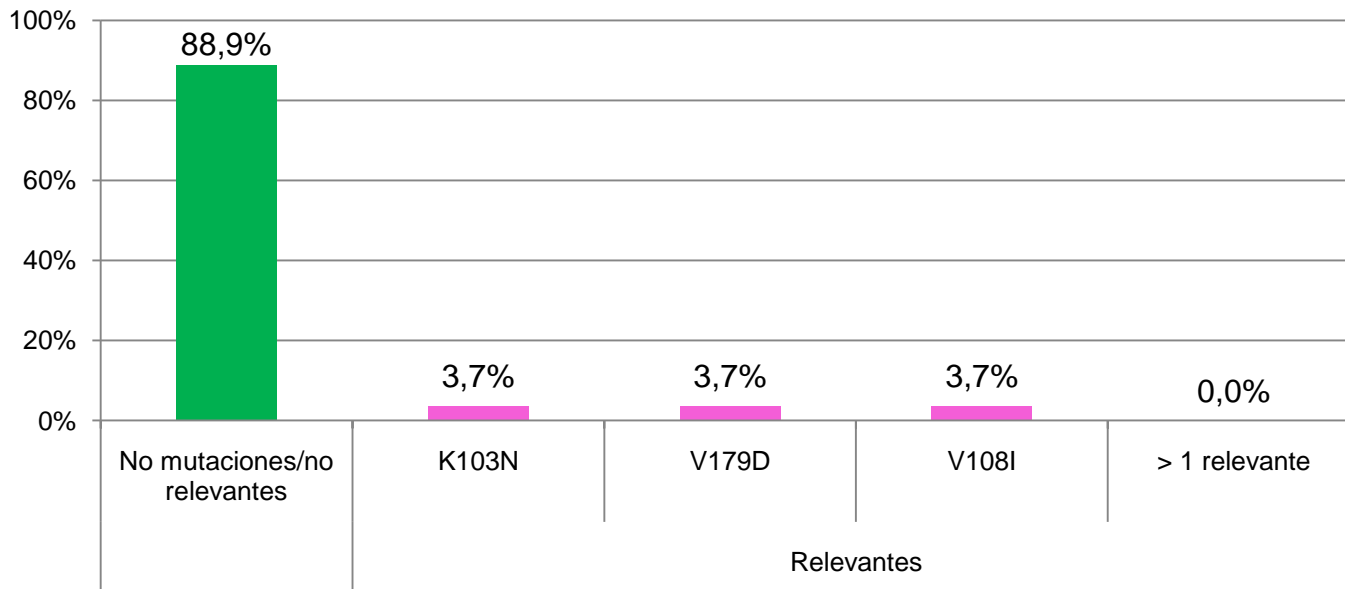
	Total (n=27)		≤1 año (n=11)		> 1 año (n=14)		Indeterminado (n=2)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado inicial de enfermedad								
Temprano	20	74	9	82	10	71	1	50
Intermedio	3	11	2	18	0	0	1	50
Avanzado	4	15	0	0	4	29	0	0
Carga viral inicial								
1.000-10.000 copias	11	41	4	36	6	43	1	50
10.000-100.000 copias	10	37	3	28	6	43	1	50
>100.000 copias	6	22	4	36	2	14	0	0
CD4 inicial								
≤200 cel	4	15	0	0	4	28	0	0
201-349 cel	10	37	4	36	5	36	1	50
≥350 cel	13	48	7	64	5	36	1	50
Relación CD4/CD8								
< 0.5	22	81	8	73	13	93	1	50
0.5 - 0.9	5	19	3	27	1	7	1	50

Prevalencia de mutaciones relevantes en NRTI(s)



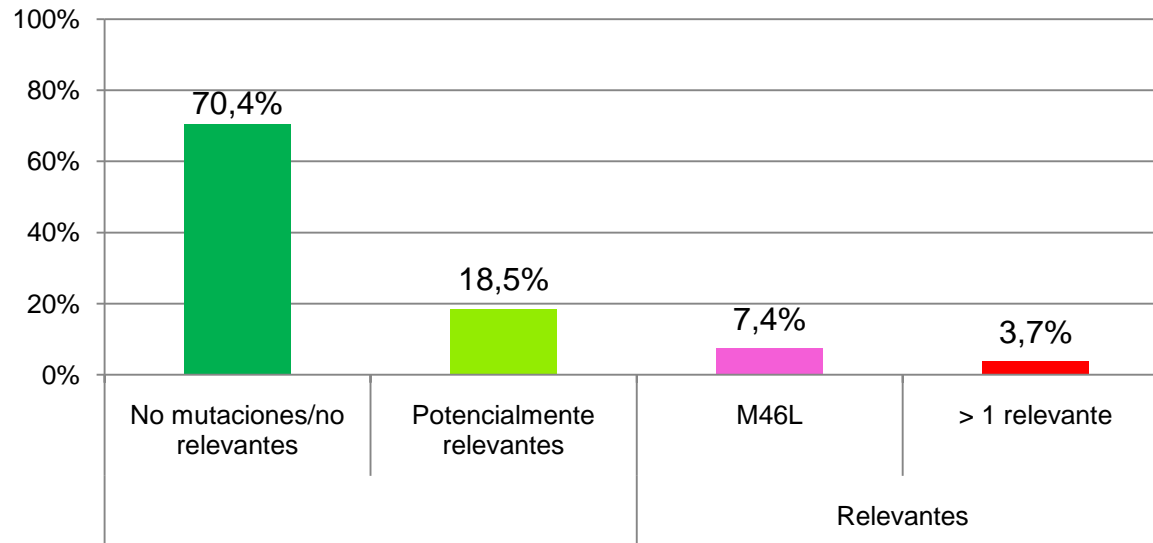
NRTIs	≤ 1 año (N=11)		> 1 año (N=14)		Indeterminado (N=2)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%		
No mutaciones/no relevantes	10	90.9%	14	100.0%	1	50.0%	25	92.6%
Potencialmente relevantes	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Relevantes	1	9.1%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.7%
> 1 relevante	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	3.7%

Prevalencia de mutaciones relevantes en NNRTI(s)



	≤ 1 año (N=11)		> 1 año (N=14)		Indeterminado (N=2)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%		
NNRTIs								
No mutaciones/no relevantes	9	81.8%	13	92.9%	2	100.0%	24	88.9%
Potencialmente relevantes	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Relevantes	2	18.2%	1	7.1%	0	0.0%	3	11.1%
> 1 relevante	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%

Prevalencia de mutaciones relevantes en IP(s)



IPS	≤ 1 año (N=11)		> 1 año (N=14)		Indeterminado (N=2)		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%		
No mutaciones/no relevantes	7	87.5%	11	78.6%	1	50.0%	19	70.4%
Potencialmente relevantes	2	25.0%	3	21.4%	0	0.0%	5	18.5%
Relevantes	1	12.5%	0	0.0%	1	50.0%	2	7.4%
> 1 relevante	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	3.7%

Prevalencia de resistencias según medicamentos NRTI(s) por grupo y total

NRTIs	≤ 1 año (N=11)		> 1 año (N=14)		Indeterminado (N=2)		Total (N=27)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Lamivudine (3TC)								
Susceptible	11	100%	14	100%	2	100%	27	100%
No susceptible	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Abacavir (ABC)								
Susceptible	10	91%	13	93%	1	50%	24	89%
No susceptible	1	9%	1	7%	1	50%	3	11%
Zidovudine (AZT)								
Susceptible	11	100%	13	93%	1	50%	25	93%
No susceptible	0	0%	1	7%	1	50%	2	7%
Stavudine (D4T)								
Susceptible	11	100%	13	93%	1	50%	25	93%
No susceptible	0	0%	1	7%	1	50%	2	7%
Didanosine(DDI)								
Susceptible	10	91%	13	93%	1	50%	24	89%
No susceptible	1	9%	1	7%	1	50%	3	11%
Emtricitabine(FTC)								
Susceptible	11	100%	14	100%	2	100%	27	100%
No susceptible	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Tenofovir(TDF)								
Susceptible	11	100%	14	100%	1	50%	26	96%
No susceptible	0	0%	0	0%	1	50%	1	4%

Prevalencia de resistencias según medicamentos NNRTI(s) por grupo y total

NNRTIs	≤ 1 año (N=11)		> 1 año (N=14)		Indeterminado (N=2)		Total (N=27)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Delarviridine(DLV)								
Susceptible	9	82%	13	93%	2	100%	24	89%
No susceptible	2	18%	1	7%	0	0%	3	11%
Efavirenz(EFV)								
Susceptible	9	82%	13	93%	2	100%	24	89%
No susceptible	2	18%	1	7%	0	0%	3	11%
Etravirine (ETR)								
Susceptible	9	82%	14	100%	2	100%	25	93%
No susceptible	2	18%	0	0%	0	0%	2	7%
Nevirapine(NVP)								
Susceptible	9	82%	13	93%	2	100%	24	89%
No susceptible	2	18%	1	7%	0	0%	3	11%

Prevalencia de resistencias según medicamentos IP(s) por grupo y total

IPS	≤ 1 año (N=11)		> 1 año (N=14)		Indeterminado (N=2)		Total (N=27)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Atazanavir/r (ATZ/r)								
Susceptible	10	91%	14	100%	1	50%	25	93%
No susceptible	1	9%	0	0%	1	50%	2	7%
Darunavir/r (DRV/r)								
Susceptible	11	100%	13	93%	2	100%	26	96%
No susceptible	0	0%	1	7%	0	0%	1	4%
Fosamprenavir/r(FPV/r)								
Susceptible	10	91%	14	100%	1	50%	25	93%
No susceptible	1	9%	0	0%	1	50%	2	7%
Indinavir/r(IDV/r)								
Susceptible	10	91%	14	100%	1	50%	25	93%
No susceptible	1	9%	0	0%	1	50%	2	7%
Lopinavir/r(LPV/r)								
Susceptible	10	91%	14	100%	1	50%	25	93%
No susceptible	1	9%	0	0%	1	50%	2	7%
Nelfinavir/r(NFV/r)								
Susceptible	10	91%	14	100%	1	50%	25	93%
No susceptible	1	9%	0	0%	1	50%	2	7%
Saquinavir/r(SQV/r)								
Susceptible	11	100%	14	100%	2	100%	27	100%
No susceptible	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Tipranavir/r(TPV/r)								
Susceptible	11	100%	14	100%	2	100%	27	100%
No susceptible	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

LECCIONES PRELIMINARES APRENDIDAS...

QUÉ SIGUE...

- ✓ El panorama preliminar descrito, en personas VIH+ no expuestas a ARV, parece lucir más inquietante que en el pasado, principalmente en personas con infección retroviral aguda/reciente.
- ✓ Necesitamos completar más estudios genotípicos de resistencias durante 2009, en pacientes sin exposición previa a ARV, principalmente en aquellos con infección/reinfección retroviral aguda/reciente y en personas con infección estable >1 año pero con momento de infección/re-infección no bien determinados.
- ✓ Debemos mantener la indicación institucional de utilizar el estudio genotípico de resistencias desde la primera falla virológica documentada.

- ✓ Completaremos prontamente la consolidación y análisis de datos de toda la población estudiada entre 2001 y 2009, como parte de esta línea de investigación.
- ✓ Basados en la evaluación clínica y seguimiento del resto de la población estudiada y atendida en la Corporación de Lucha Contra el Sida, entre Octubre 2001 y Marzo 2009 (en proceso de sistematización y análisis), así como acogidos a evidencias y recomendaciones universalmente aceptadas para la óptima y más racional atención integral, podemos insistir en recomendar para el ámbito nacional que se procure utilizar rápidamente el Estudio Genotípico de Resistencias, al menos siempre que se diagnostique en firme la primera falla virológica.

AGRADECIMIENTOS

- **CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA:**
 - Grupo de Investigaciones “Educación y Salud en VIH/Sida”:
 - Héctor Fabio Mueses, Estadístico, (c) MSc. Epidemiología
 - Jorge Luis Martínez-Cajas, MD, MSc, Universidad de McGill – Asesor en “Vigilancia de Resistencias”
 - Inés Constanza Tello, TS, Directora – Responsable Atención Integral
 - Equipo asistencial y administrativo.

- **ESPECIALMENTE A TODAS LAS PERSONAS PERTENECIENTES AL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA.**

¡MIL GRACIAS!