

# SEGUIMIENTO DE PACIENTES HIV EN ATENCIÓN PRIMARIA

**III Jornada de Actualización  
de VIH. Aspectos relevantes  
para Atención Primaria**

**Cap Comte Borrell  
Dra .Olga Barba**

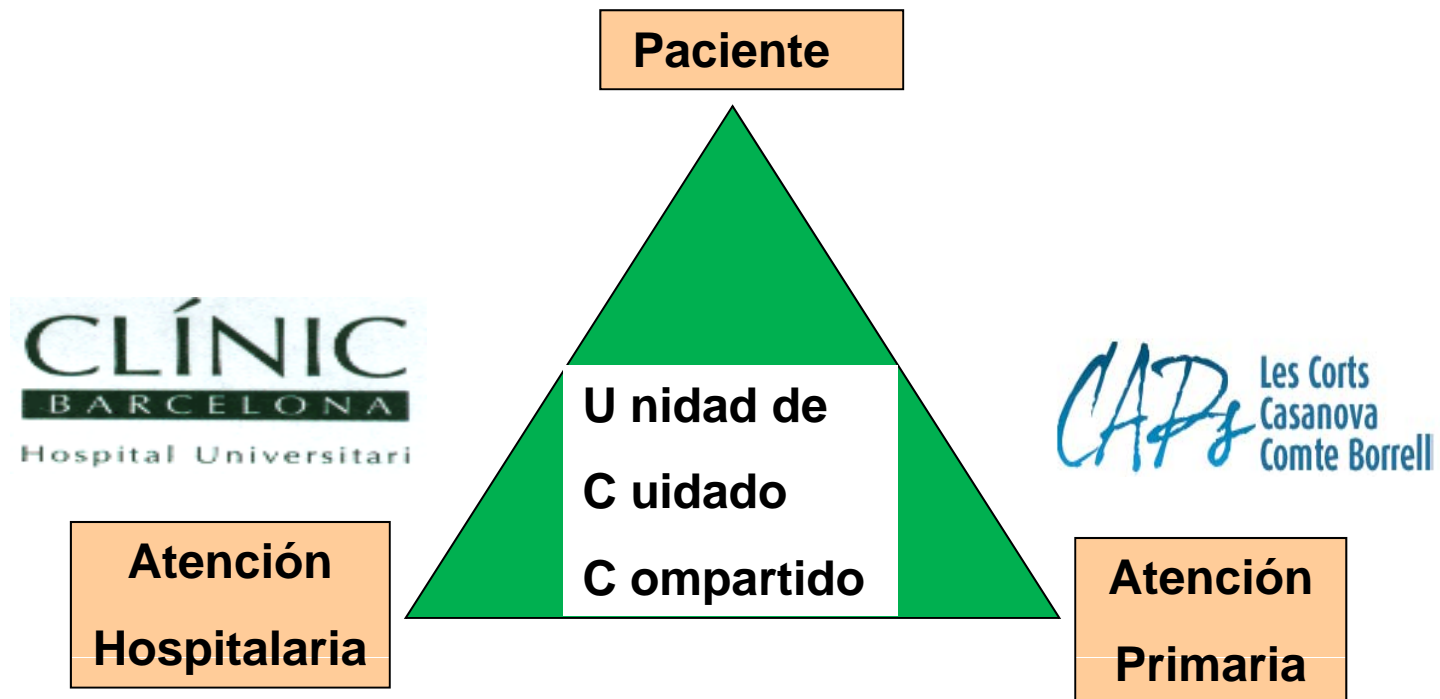
# SEGUIMIENTO DE PACIENTES HIV EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Por qué el seguimiento
- Qué seguimiento
- Conclusiones

# POR QUÉ seguimiento en Atención Primaria?

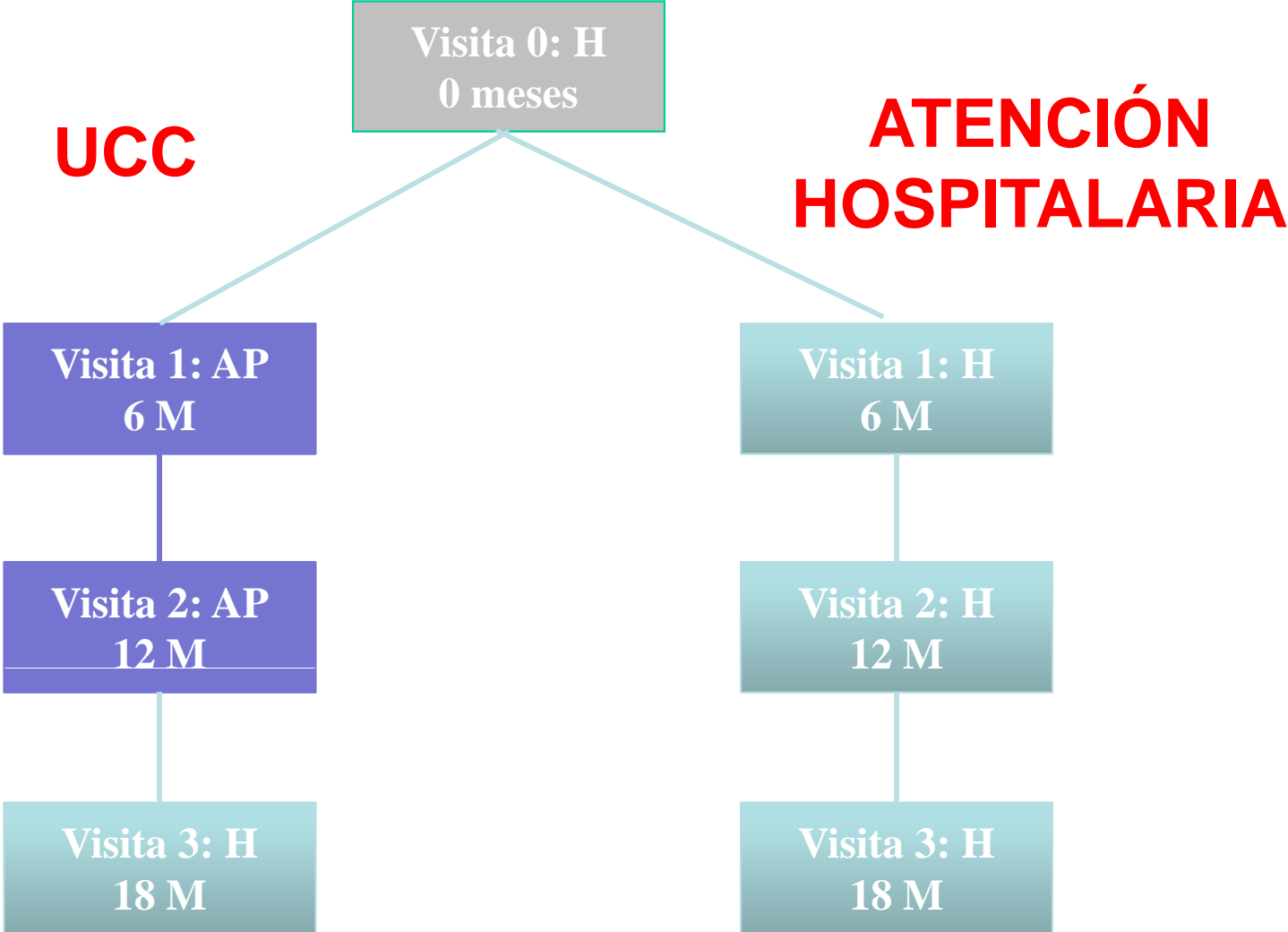
- Por enfermedad crónica que implica nuevos modelos de organización orientados a la integración asistencial de la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria.
- Atención Primaria podemos ofrecer control de patologías diferentes a la infecciosa.
- Atención Primaria podemos realizar actividades preventivas en estos pacientes igual que a la población general.

# UCC



**Controles (Atención Hospitalaria):** 3 visitas en HCP

**Casos (Atención Primaria):** 2 visitas en AP y 1 en HCP



# OBJETIVOS

## 1. Primario:

Evaluación del **control de la infección por VIH** en los pacientes *casos* y en los *controles*

    Evolución clínica, inmuno-virológica, de la adherencia, fracasos virológicos

## 2. Secundarios:

Evaluación de la **calidad de vida** de los pacientes.

    Cuantificación del cuestionario MINI-VIH.

Evaluación de **aspectos psicosociales**.

    Cuantificación de la escala de depresión y ansiedad (HAD)

Evaluación de la **aceptabilidad**.

    Cuantificación de la voluntariedad de participación

Evaluación de la **satisfacción** de los pacientes

    Proporción de pacientes nada, poco, satisfecho o muy satisfechos

Impacto **económico y organizativo**

Costes sanitarios: Coste anual de la extracción analítica, de las consultas en AH y AP. Número de visitas/ año (en AH y AP).

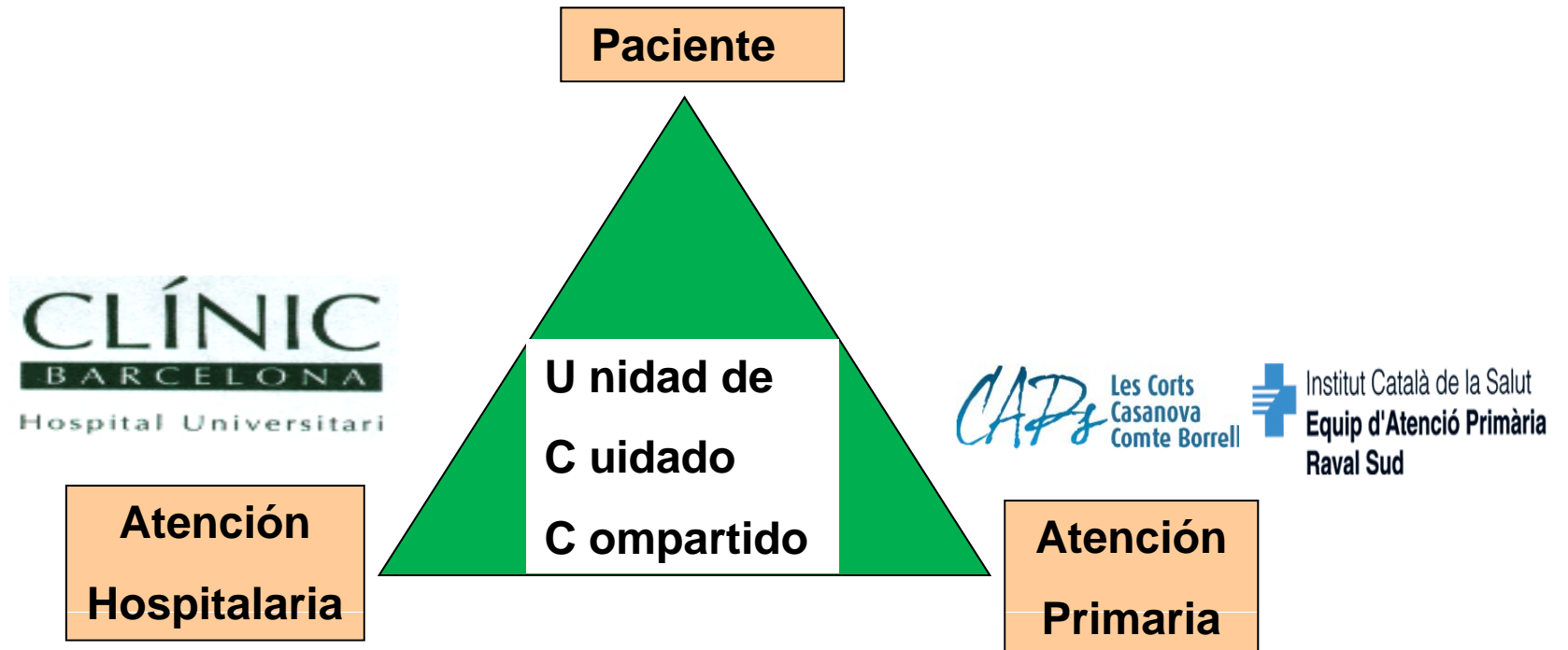
Costes a los pacientes: Tiempo de espera para extracción analítica, visita y en farmacia. Coste en transporte para extracción analítica y visita. Horas laborales potenciales invertidas en la extracción analítica, visita y farmacia.

## Satisfacción

<b>Subcategory</b>	<b>% Patients*</b>
Satisfaction I am satisfied with UCC	69
I feel comfortable with UCC	62
I like UCC	85
UCC improves my daily life	73
I would like to use UCC in the future	93
The relationship with health professionals is easier	68
UCC enables me to save time and money	43

Questionnaire items were rated from 1 (most negative) to 5 (most positive). \*Proportion of patients who gave the two highest ratings (4 = “appropriate/agree”, or 5 = “Very appropriate/Totally agree”).

# UCC



# CONTROLES EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Historia clínica completa.
- Exploración física completa (TA, IMC, adenopatías, distribución de la grasa corporal...)
- Control de alteraciones metabólicas.
- ECG y estimación RCV bianual (*Recomendaciones de GEAM, SPNS y GeSIDA sobre alteraciones metabólicas en pacientes con infección por el VIH*).

# METABOLISMO HIDROCARBONADO en HIV

- Incidencia Diabetes Mellitus 4 veces mayor que en población general.
- Causas:
  - lipodistrofia
  - fármacos antirretrovirales
  - coinfección VHC

# METABOLISMO HIDROCARBONADO en HIV

- Cribado periódico al inicio de TAR y anualmente en >45 años.
- Hb A1c parámetro de control para diagnóstico y seguimiento (objetivo HbA1c<7%)
- DM:
  - determinación de HbA1c , función renal y lipídica cada 6m
  - FO y microalbuminuria anualmente.

# METABOLISMO HIDROCARBONADO

<b>DIAGNOSTICO DE DIABETES (HbA1C&gt;6,5%)</b>	
<b>MODIFICACIONES ESTILO DE VIDA</b>	<b>METFORMINA (Descartada DM1)</b>



<b>SI HbA1C &gt;7 % : ASOCIAR 2º FÁRMACO</b>				
<b>SULFONILUREAS</b>	<b>INHIBIDORES DPP4*</b>	<b>ANALOGOS RECEPTORES GLP-1*</b>	<b>PIOGLITAZONA</b>	<b>INSULINA BASAL</b>



<b>SI PERSISTE HbA1C &gt;7 %: ASOCIAR 3º FÁRMACO O INSULINIZACIÓN COMPLETA</b>				
<b>METF+SFU+ IDPP4/PGZ/aGLP- 1/Insulina*</b>	<b>METF+IDPP4+ SFU/PGZ/Insulina*</b>	<b>METF+aGLP-1 +PGZ/Insulina*</b>	<b>METF+PGZ+SFU/IDPP4/ aGLP-1/Insulina*</b>	<b>METF+Insulina basal+PGZ/IDPP4/ aGLP-1*</b>

*METF: metformina, SFU: sulfonilureas, IDPP4: inhibidores DPP4; aGLP-1: análogos receptor de GLP1; PGZ: pioglitazona. \*: no evidencia probada en población VIH.*

# METABOLISMO LIPÍDICO en HIV

- Dislipemia aterogénica (HDL bajo, TG elevados y LDL pequeñas y densas )
- Causas:
  - Inflamación crónica
  - Inmunodeficiencia
  - Acción de ciertos antirretrovirales

RCV ALTO

# METABOLISMO LIPÍDICO en HIV

<b>Riesgo CV</b>	<b>Niveles ideales de LDLc (mg/dL)</b>	<b>Nivel LDLc (mg/dL) para iniciar tratamiento hipolipemiante</b>
<i>Alto riesgo</i> - <i>Enfermedad coronaria o equivalente</i> - <i>Riesgo &gt;20%</i>	<i>&lt;70</i>	<i>100</i>
<i>Riesgo moderado-alto</i> - <i>&gt;2 FRCV</i> - <i>Riesgo 10-20%</i>	<i>&lt;100</i>	<i>100</i>
<i>Riesgo moderado-bajo</i> - <i>&gt;2 FRCV</i> - <i>Riesgo &lt;10%</i>	<i>&lt;130</i>	<i>130</i>
<i>Riesgo bajo</i> - <i>0-1 FRCV</i>	<i>130</i>	<i>130</i>

# METABOLISMO LIPÍDICO en HIV

Equivalencia inhibidores HMG-CoA según % de reducción de C-LDL de las diferentes estatinas

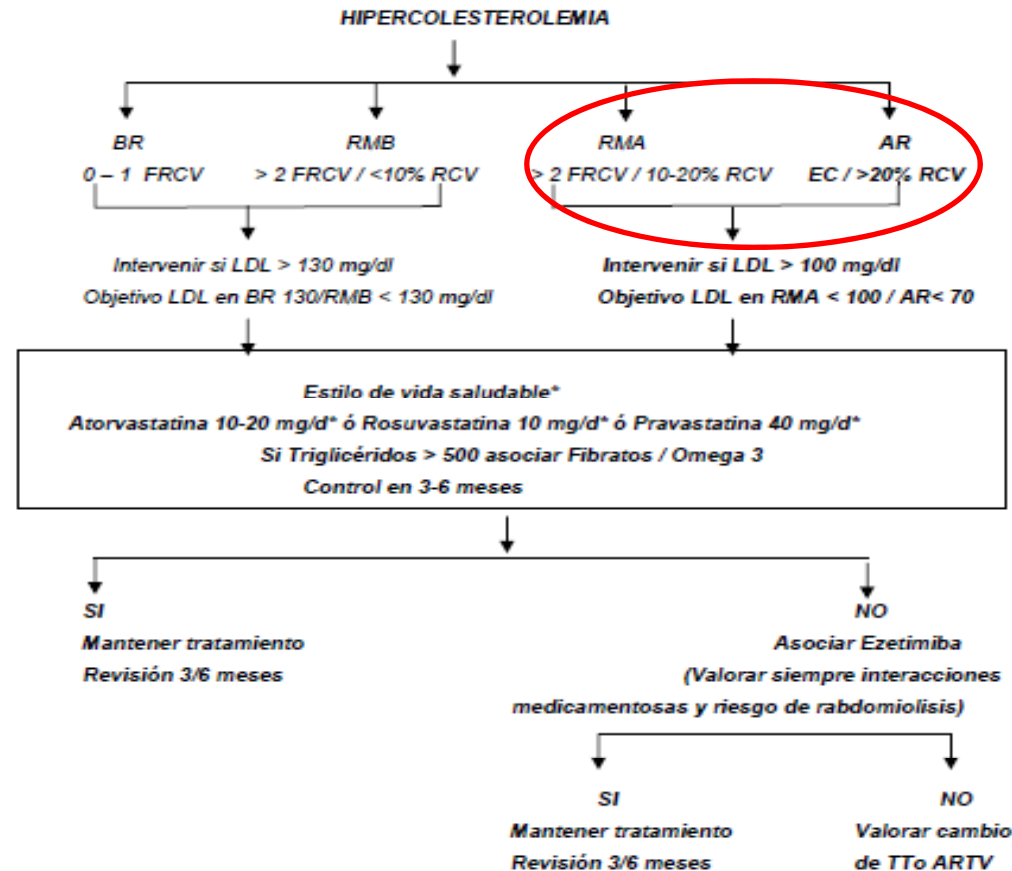
	<i>Pravastatina</i>	<i>Fluvastatina</i>	<i>Lovastatina</i>	<i>Simvastatina</i>	<i>Pitavastatina</i>	<i>Atorvastatina</i>	<i>Rosuvastatina</i>
20-25%	10 mg	20 mg	10 mg				
26-30%	20 mg	40 mg	20 mg	10 mg			
31-35%	40 mg	80 mg	40 mg	20 mg	1 mg	10 mg	
36-40%				40 mg	2 mg	20 mg	5 mg
41-50%					4 mg	40 mg	10 mg
51-55%						80 mg	20 mg

# METABOLISMO LIPIDICO en HIV

Características clínicas de los fibratos más usados

<b>FIBRATOS</b>	<b>Dosis eficaz /día</b>	<b>Efecto en TG</b>	<b>Efecto en Col Total</b>	<b>Efecto en Col-LDL</b>	<b>Efecto en Col – HDL</b>
Bezafibrato	400 mg	- 30%	- 15%	- 20%	+ 10 – 20%
Fenofibrato	200 mg	- 30%	- 15 %	- 25%	+ 10 – 20%
Gemfibrozilo	900 mg	- 40%	- 10%	- 15%	+ 10 – 20%

# METABOLISMO LIPÍDICO en HIV



BR: Bajo riesgo; RMB: Riesgo moderado bajo; RMA: Riesgo Moderado alto; AR: Alto riesgo

La SEC recomienda que los pacientes con infección VIH y en TARV sean considerados como pacientes de Alto Riesgo

\* Dosis de Inicio, recomendando dosis más baja e ir aumentando según respuesta hasta dosis máxima

# HTA en HIV

- No existe evidencia de mayor riesgo de HTA ni de que el tratamiento antirretroviral influya sobre riesgo de HTA.
- Prevalencia de HTA 15-25%.
- Diagnóstico y manejo terapéutico igual que en población general.

# HTA en HIV

- IECA y ARA II mejor tolerados y menor riesgo de interacciones.
- Objetivo del tratamiento TA < 140/90
- Paciente diabético TA < 130/80

# INTERACCIONES

- [www.hiv-druginteracciones.org](http://www.hiv-druginteracciones.org)
- [www.interaccionesvih.com](http://www.interaccionesvih.com)
- [www.HIVpharmacology.com](http://www.HIVpharmacology.com)
- [www.AIDSinfo.nih.gov](http://www.AIDSinfo.nih.gov)

# ESTEATOSIS

- Prevalencia 30-50%

## Causas:

- Repercusión hepática de las alteraciones metabólicas (resistencia a la insulina)
- VHC
- Abuso de alcohol
- Tratamiento antirretroviral

# ESTEATOSIS

- Aumento de transaminasas, GGT y FA, GPT>GOT e hiperTG
- Diagnóstico por ecografía
- Tratamiento dietético, pérdida de peso y alteraciones metabólicas
- Pronóstico en general benigno

# RIESGO CARDIOVASCULAR

- Cambios inflamatorios e inmunológicos
- Factores de riesgo tradicionales ( tabaquismo, HTA, DM, DL)
- Terapia Antiretroviral (TAR)

**RCV ALTO**

# REPERCUSIÓN CARDIOVASCULAR

## Principales factores de riesgo cardiovascular

### **No modificables**

- *Edad (varón  $\geq 45$  años; mujer  $\geq 55$  años o menopausia precoz sin tratamiento hormonal sustitutivo)*
- *Sexo masculino*
- *Historia familiar de cardiopatía isquémica precoz (en parientes de primer grado, antes de los 55 años si es varón o antes de los 65 años si es mujer)*
- *Antecedentes personales de isquemia*

### **Modificables**

- *Tabaquismo*
- *Hipertensión arterial ( $\geq 140/90$  mmHg o en tratamiento)*
- *Diabetes (a) o intolerancia a la glucosa*
- *Colesterol LDLc elevado (límite alto, 130-159 mg/dL; alto, 160-189 mg/dL; muy alto,  $> 190$  mg/dL)*
- *Colesterol HDLc bajo ( $< 40$  mg/dL en hombres y  $< 50$  mg/dl en mujeres) (b)*
- *Obesidad*
- *Inactividad física*
- *Dieta aterogénica*

(a) *La DM se considera un factor de riesgo equivalente a la cardiopatía isquémica.*

(b) *Un colesterol HDLc elevado ( $> 60$  mg/dL) es un factor protector.*

# REPERCUSIÓN CARDIOVASCULAR

## Factores de riesgo cardiovascular emergentes

### **Lipídicos**

- *Concentraciones plasmáticas de triglicéridos elevadas*
- *Concentraciones plasmáticas de lipoproteína (a) elevadas*
- *Partículas de LDL colesterol pequeñas y densas*
- *Concentraciones plasmáticas de apolipoproteína B elevadas*
- *Concentraciones plasmáticas de apolipoproteína A-I reducidas*
- *Cociente colesterol total/colesterol HDL elevado*

### **No lipídicos**

- *Concentraciones plasmáticas de homocisteína elevadas*
- *Factores protrombóticos*
- *Marcadores inflamatorios, sobre todo PCR*
- *Glucosa basal alterada (110-125 mg/dL)*

# CONCLUSIONES

- Paciente joven con RCV elevado
- Identificar los factores de RCV y evaluarlo (Regicor):
  - Dieta y modificación del estilo de vida
  - Intervención sobre tabaquismo
  - Tratamiento hipolipemiente si colesterol LDL >100 (objetivo <100 mg/dl).

# CONCLUSIONES

- Atención primaria puede ofrecer control de otras patologías diferentes a la suya infecciosa así como prevención
- **Recibir más información en la HCAP**
- **Recibir más formación en el manejo de esta patología.**



**GRACIAS**