

HIGHLIGHTS INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE 2021

ASOCIACION MEDICA MEXICANA DE VIH

DR. HUMBERTO GUDIÑO SOLORIO

VICEPRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA MEXICANA DE VIH

El objetivo principal de este documento, es dar a conocer los trabajos más importantes revisados durante la pasada Conferencia Internacional de SIDA, que como el año pasado se volvió a llevar a cabo de forma On-Line, siendo nuevamente un gran reto para la comunidad médica internacional que se dedica a la Investigación sobre la infección por VIH/SIDA y también sobre la COVID-19. Por el tipo de Asociación Médica que representamos hacemos énfasis en los estudios que consideramos tienen utilidad clínica y tanto sobre perspectivas de tratamiento como de diagnóstico, para poder aplicarlo a nuestros pacientes a corto y mediano plazo, esperando que esta pequeña selección de los Posters más relevantes sea de utilidad para la comunidad Médica.

1ª parte de 2

COMORBILIDADES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH CRONICO.

The association of cardiovascular risk factors and disease in people living with HIV in the UK: a retrospective matched cohort study . T. Gooden et Al. University of Birmingham, Institute of Applied Health Research, Birmingham, United Kingdom

Existe un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y factores de riesgo asociados, en personas que viven con VIH (PLWH) en diversos entornos; sin embargo, los resultados aún son limitados y difieren de acuerdo a la región. El objetivo de este estudio fue identificar la asociación de factores de riesgo y enfermedad cardiovascular en las PLWH en comparación con las personas sin VIH en el Reino Unido.

Métodos: Este estudio se derivó de una cohorte pareada de la base de datos de The Health Improvement Network (THIN) desde enero de 2000 hasta enero de 2020. Se incluyeron a personas adultas (≥ 18 años) con un diagnóstico de VIH (expuestas) eran elegibles y se pareo por sexo y edad con hasta cuatro personas sin VIH (no expuestas).

Los resultados incluyeron ECV (accidente cerebrovascular, infarto de miocardio (IM), periférico enfermedad vascular (PVD), cardiopatía isquémica (IHD) e insuficiencia cardíaca (IC)), hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica (ERC), uso de fármacos hipolipemiantes y mortalidad por todas las causas. Riesgo proporcional de Cox se utilizaron modelos de regresión para comparar el riesgo de cada resultado entre el grupo expuesto y no expuesto.

Resultados: La cohorte estuvo compuesta por 9233 expuestos y 35721 no expuestos individuos; El 34% eran mujeres y la edad media fue de 41 años. En todos, el grupo expuesto tuvo un mayor riesgo de ECV (HR 1,54, 95% IC 1,30, 1,83), específicamente accidente cerebrovascular (HR 1,49; IC del 95%: 1,11; 2,00), hipertensión (HR 1,37; IC del 95%: 1,22; 1,55), uso de fármacos hipolipemiantes (HR 1,96; IC del 95%: 1,78, 2,16), ERC (HR 2,40; IC del 95%: 1,93, 2,98) y mortalidad por todas las causas (HR 2,68, IC del 95%: 2,32 a 3,10). Las mujeres tuvieron el doble de riesgo de IM (HR 2,67; IC del 95%: 1,02; 6,95) e IHD, mientras que los hombres tenían un riesgo ligeramente mayor de accidente cerebrovascular (HR 1,55; IC del 95%: 1,11; 2,15) e IHD (HR 1,47; 95%: 1,14, 1,91).

	PLWH	NO-HIV
No. Pacientes	9233	35721
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	HR 1.54; 95% IC 1.30-1.83	
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	HR 1.49; IC del 95%: 1.11-2.00	
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	HR 1.37; IC del 95%: 1.22-1.55	
Uso de fármacos hipolipemiantes	HR 1.96; IC del 95%: 1.78- 2.16	
Enfermedad renal crónica	HR 2.40; IC del 95%: 1.93-2.98	
Mortalidad por todas las causas	HR 2.68; IC del 95%: 2.32-3.10	

Conclusiones: Las PLWH, especialmente de edad más temprana, tienen un incremento riesgo de mortalidad, factores de riesgo cardiovascular y enfermedad. Por lo tanto la detección de factores de riesgo CV y enfermedades en las PLWH debe ser rutinaria. De acuerdo a sus conclusiones se necesitan más investigaciones para determinar los detonantes de estos riesgos para poder dar estrategias de prevención para las PLWH.

Higher comorbidity and comedication burden in women and young people living with HIV M. Paudel 1 , G. Prajapati2 , E. Buysman1 , S. Goswami2 , J. Mao2 , K. McNiff1 , P. Kumar3 1 Optum, Eden Prairie, United States, 2 Merck & Co, Inc., Kenilworth, United States, 3 Georgetown University Medical Center, Washington, United States.

Antecedentes: Los avances en las terapias antirretrovirales (TARV) han dado lugar a una mayor esperanza de vida para las personas que viven con el VIH (PLWH). Un comprensión de la comorbilidad y la prevalencia de la comedición en las subpoblaciones con VIH son importantes para la atención personalizada.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo utilizando una base de datos de reclamos administrativos. Adultos (≥ 18 años) con ≥ 1 reclamo de farmacia por un código de diagnóstico de TAR o VIH / SIDA en reclamos médicos durante 2018 (fecha Inicial: primera solicitud de TAR / VIH) fueron identificadas (PLWH). Adultos sin VIH (PLWoH) se emparejaron 2: 1 con PLWH por edad, sexo, raza, región, y tipo de seguro. Inscripción continua al plan de salud de 12 meses antes de (línea de base) y 30 días después de que se requiriera la fecha inicial. Se evaluaron las diferencias en comorbilidades y comedificaciones basales entre PLWH y PLWoH por edad, sexo y raza, utilizando estadísticas descriptivas.

Resultados: En total, 20.256 PLWH se emparejaron con 40.512 PLWoH. La edad media fue de 52 años, el 20% eran mujeres y el 28% eran raza afroamericana. En cuanto a Multimorbilidad (≥ 2 comorbilidades) y polifarmacia (≥ 5 no TARV drogas) la prevalencia fue mayor en las PLWH que en las PLWoH, y esta aumentó con la edad, en las mujeres y en las poblaciones afroamericanas, con las mayores diferencias de prevalencia observadas en el grupo de edad de 18 a 39 años (Tabla 1) La prevalencia de la mayoría de las comorbilidades fue mayor en PLWH vs PLWoH en el grupo de edad de 18-39 años, pero las diferencias variaron en los grupos de mayor edad. Comorbilidades como hipertensión, enfermedad cardiovascular (ECV), diabetes mellitus y enfermedad renal crónica (ERC) fueron más prevalentes en las mujeres que los hombres entre las PLWH, pero las diferencias entre PLWH por los géneros fueron inconsistentes (Tabla 1). Las condiciones neuropsiquiátricas fueron más prevalentes en PLWH que PLWoH en todos los estratos ($p < 0.05$).

	PLWH							PLWoH						
	18-39	40-49	50-59	60-69	70+	Women	Men	18-39	40-49	50-59	60-69	70+	Women	Men
Multimorbidity	24.1	38.9	53.0	69.0	80.0	59.4	48.5	11.1	28.6	46.7	60.2	75.4	52.9	39.3
CVD	3.2	5.5	11.4	19.5	32.9	14.3	12.0	1.2	4.6	10.9	19.2	32.0	12.6	11.3
Hypertension	8.2	20.5	35.3	52.0	68.3	44.6	31.2	4.5	18.0	35.2	50.0	66.7	38.8	30.5
Diabetes mellitus	2.3	7.6	13.7	23.1	30.4	21.0	12.1	1.6	8.6	17.8	25.3	31.5	19.5	14.9
CKD	3.5	7.0	12.7	20.9	33.7	18.0	12.5	1.3	5.1	9.7	14.1	22.5	11.0	9.0
Neuropsychiatric	18.8	22.8	26.9	29.6	28.5	29.0	24.4	10.2	16.8	21.4	19.6	20.9	25.6	16.1
Polypharmacy	56.6	70.5	79.5	87.6	92.4	81.5	75.0	31.0	50.3	65.8	78.6	86.5	74.9	57.3

All values presented are percents; **BOLD** font indicates where $p < 0.05$ for differences between PLWH and PLWoH; Ages in years

Conclusiones: La comorbilidad y la carga de polifarmacia fueron mayores en PLWH que PLWoH con diferencias notables en comorbilidades específicas en grupos de edad más jóvenes y mujeres. Un enfoque individualizado para la atención, incluido el TAR, puede minimizar las interacciones farmacológicas y las reacciones adversas, eventos y, por lo tanto mejorar los resultados de los pacientes a largo plazo.

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL

Rising substance use linked to STI and HCV in Thai MSM after acute HIV infection

C. Muccini^{1,2}, S. Pinyakom^{3,4}, E. Kroon², C. Sacdalan², T.A. Crowell^{3,4}, P. Chan², J. Ananworanich⁵, R. Paul⁶, S. Vasan^{3,4}, N. Phanuphak², D.J. Colby^{2,3,4} 1 Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy, 2 SEARCH, Institute of HIV Research and Innovation, Bangkok, Thailand, 3 U.S. Military HIV Research Program, Walter Reed Army Institute of Research, Silver Spring, United States, 4 Henry M. Jackson Foundation for the Advancement of Military Medicine, Bethesda, United States, 5 Amsterdam Medical Centre, University of Amsterdam, Department of Global Health, Amsterdam, Netherlands, 6 Missouri Institute of Mental Health, University of Missouri-St. Louis, St. Louis, United States.

Antecedentes: informar acerca de las tendencias longitudinales en el consumo de alcohol y drogas recreativas y sus asociaciones con los resultados clínicos en un Cohorte tailandesa de personas que viven con el VIH que son hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

Métodos: de 2017 a 2019, los participantes de la cohorte RV254 / SEARCH010 de infección aguda por VIH, completaron un cuestionario cada 24 semanas sobre el consumo de drogas, alcohol y sexo grupal. El uso positivo se definió como ≥ 1 autoinformes de consumo de sustancias durante un año calendario, uso arriesgado de alcohol se definió como una puntuación AUDIT-C ≥ 4 . Se realizó una Regresión logística generalizada para estimar ecuaciones como odds ratios (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC) para los factores asociados con las drogas recreativas y consumo de alcohol de riesgo.

Resultados: entre 604 participantes con datos sobre el uso de sustancias, mediana la edad era de 26 años y el 93,5% eran HSH. El consumo de alcohol se registró en el 83,3% y el consumo de riesgo de alcohol en el 38,1%. Uso de drogas recreativas se informó en el 46,9%. De 2017 a 2019, se observaron tendencias ascendentes para el uso de alcohol de riesgo, cualquier uso de drogas recreativas, poppers e inyección de metanfetaminas (Tabla). Los nuevos reclutados para la cohorte 2017-2019 ($n = 137$) tenían más probabilidades que aquellos inscritos entre 2009 y 2016 para informar sobre uso de metanfetaminas (30% vs. 19%, $p = 0.01$) e inyección de metanfetamina (20% frente al 3,9%, $p < 0,01$). Los participantes que consumían drogas recreativas eran más probabilidad de tener coinfección por hepatitis C (OR 3,42, IC del 95%: 1,88-6,21), coinfección por sífilis (OR 2,69, 1,75-4,13), gonorrea (OR 7,74, 5,04-11,89), clamidia (OR 1,61, 1,12-2,31) y sexo en grupo (OR 7,74, 5,04-11,89). La inyección de metanfetaminas se asoció en gran medida con el sexo grupal (OR 28,40, 10,99-73,41).

Conclusiones: El uso de sustancias ha aumentado en los HSH tailandeses que viven con el VIH. Las drogas recreativas están fuertemente asociadas con la adquisición de Infecciones de transmisión sexual, incluida la hepatitis C. En cuanto al consumo de sustancias, el cribado en el momento del diagnóstico y en cada visita de rutina, debe integrarse en la práctica clínica para HSH con VIH en Tailandia.

Substance	All n=684	2017 n=328	2018 n=548	2019 n=594	P-value test for trend
Alcohol	503 (83.3)	218 (66.5)	412 (75.2)	456 (76.8)	0.001
AUDIT-C score ≥4	230 (38.1)	49 (14.9)	131 (23.9)	192 (32.3)	<0.001
Erectile dysfunction drugs	172 (28.5)	50 (15.2)	119 (21.7)	118 (19.9)	0.170
Recreational drug use (includes all below)	283 (46.9)	68 (20.7)	191 (34.9)	210 (35.4)	<0.001
Poppers	242 (40.1)	69 (21.0)	153 (27.9)	173 (29.1)	0.013
Ecstasy	33 (5.5)	5 (1.5)	24 (4.4)	19 (3.2)	0.312
Oral amphetamines	22 (3.6)	2 (0.6)	15 (2.7)	13 (2.2)	0.183
Methamphetamine	129 (21.4)	33 (10.1)	87 (15.9)	85 (14.3)	0.146
Injection of methamphetamine	46 (7.6)	6 (1.8)	24 (4.4)	27 (4.5)	0.061

Table. Proportion of participants reporting substance use by calendar year

Reaching HCV micro-elimination in HIV/HCV co-infected individuals in the Netherlands: exploring remaining barriers to HCV treatment C.

Isfordink (1,2) C. Smit (3), A. Boyd (3,4) M. de Regt (5) B. Rijnders (6) R. van Crevel (7) R. Ackens (8) P. Reiss (1,3) J. Arends (2) M. van der Valk (1). On behalf of the ATHENA observational cohort (1) Amsterdam Institute for Infection and Immunity, Amsterdam University Medical Centers, Department of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, Amsterdam, Netherlands, (2) UMC Utrecht, Department of Internal Medicine and Infectious Diseases, Utrecht, Netherlands, (3) Stichting HIV Monitoring, Amsterdam, Netherlands, (4) Public Health Service of Amsterdam, Department of Infectious Diseases, Research and Prevention, Amsterdam, Netherlands, (5) Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Department of Internal Medicine and Infectious Diseases, Amsterdam, Netherlands, (6) Erasmus MC, University Medical Center, Department of Internal Medicine, Section Infectious Diseases, Rotterdam, Netherlands, (7) Radboud University Medical Center, Department of Internal Medicine and Radboud Center for Infectious Diseases, Nijmegen, Netherlands, (8) Maastricht University Medical Center, Department of Internal Medicine, Division of Infectious Diseases, Maastricht, Netherlands.

Antecedentes: Con acceso universal a antivirales de acción directa (DAA) Desde noviembre de 2015, los Países Bajos están avanzando hacia la micro eliminación del virus de la hepatitis C (VHC) en personas que viven con VIH (PLWH). Sin embargo, algunas PLWH virémicas por VHC aún no han recibido tratamiento con DAA. Describimos las barreras para poder tratar con DAA a estos individuos.

Métodos: Incluimos individuos con VHC virémicos de una cohorte nacional de PLWH en los Países Bajos con ≥1 visita durante el acceso universal a DAA (bloqueo de la base de datos = 31 de diciembre de 2019). Según su última visita, los individuos se agruparon como tratados o no tratados con DAA. Nosotros identificamos variables asociadas con no ser tratado con DAA usando análisis multivariado de Regresión logística. En diciembre de 2020, los médicos tratantes, encargados de prescribir los DAA pidieron a las PLWH que completaran un cuestionario de forma profunda sobre barreras a al consumo de DAA y al riesgo de transmisión del VHC.

Resultados: De las 25,196 PLWH que se sometieron a pruebas de detección del VHC, aproximadamente el 5% VHC-virémica entre 2003-2014, disminuyendo a 1,6% en 2016 y 0,7% en 2019. De las personas PLWH 983 fueron HCV-virémicas durante el acceso universal a DAA fueron 76 de 983 las que permanecieron sin tratamiento DAA en el momento del bloqueo de la base de datos. No recibir tratamiento con AAD se asoció con la pertenencia a grupo de población clave distinta a los hombres que tienen sexo con hombres (OR = 10,6, IC del 95% = 5,5- 22,0), mayor edad (OR / 10 años = 1,6, IC 95% = 1,3-1,9), seguimiento poco frecuente (OR = 17,1, IC del 95% = 8,3-36,6) y el uso excesivo de alcohol (OR = 1,7, IC del 95% = 1,4- 5,3). De las 76 personas que se sabe que no recibieron tratamiento con DAA en el bloqueo de la base de datos, 41 ya no estaban bajo atención (fallecidos, n = 23; perdidos durante el seguimiento, n = 12; trasladados en el extranjero, n = 6), mientras que seis iniciaron DAA desde el bloqueo de la base de datos. Los 29 restantes todavía no habían recibido tratamiento con DAA y estaban bajo cuidado en diciembre de 2020 (29/983) 3%, en quienes las barreras más comunes para la absorción de AAD fueron preocupaciones relacionadas con el paciente (Tabla 1)

Physician-reported barriers to DAA-treatment and risk of onward transmission in HCV-viremic persons living with HIV in the Netherlands (n=29)	
Barrier to DAA-treatment uptake*	
Patient refusal	9 (31%)
No liver fibrosis	7 (24%)
Infrequent visit attendance	6 (21%)
Severe comorbidity	5 (17%)
Insufficient adherence expected	3 (10%)
Physician-reported risk of onward HCV transmission*	
	1 (3%)
Additional data collection form not returned	
	9 (31%)

Data obtained via questionnaire by the treating physician (December 2020).
*Five most frequent barriers mentioned. Multiple barriers per individual are possible. *Risk of onward sexual transmission and/or onward transmission through drug use.
Abbreviations: DAA: direct-acting antivirals. HCV: hepatitis C virus

Conclusiones: La prevalencia actual de PLWH virémicas-VHC en atención es baja en los Países Bajos, coincidiendo con la adopción generalizada de DAA desde 2016. La negativa del paciente es la principal barrera para la toma de DAA en las personas que no han consumidos los DAA. Pocas de estas personas parecen participar en actividades asociadas con el riesgo de transmisión ulterior del VHC.

TUBERCULOSIS CON Y SIN VIH

Outcomes and incidence of TB among people living with HIV who received TB preventive therapy in Uganda R. Odeke (1), R.N. Ssebunya (1), J. Namulema (1), I. Kiconco (1), E. Sserunkuma (1), R. Tusiime (1), A. Mubiru (2), A.G Fitzmaurice (2), L.J Nelson (2), A. Kekitinwa (1), P. Elyanu (3) 1. Baylor College of Medicine Children's Foundation, Uganda., Kampala, Uganda, 2. Division of Global HIV/AIDS and TB (DGHT), US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Kampala, Uganda, 3. Baylor College of Medicine Children's Foundation, Uganda., Fort portal, Uganda.

Antecedentes: La terapia preventiva de la tuberculosis (TPT) en personas que viven con El VIH (PLWH) reduce el riesgo de desarrollar la enfermedad de tuberculosis. En la región de Fort Portal, los datos sobre los resultados de la TPT entre las PLWH son escasos. Determinamos Resultados de TPT y probabilidad de ocurrencia de TB entre PLWH que iniciaron TPT.

Métodos: Recopilamos retrospectivamente los datos de los registros médicos electrónicos de una cohorte de PLWH de 1 año o más que recibieron TPT (isoniazida) desde agosto de 2016 hasta junio de 2020 en el Fort Portal Regional Referral Hospital, Kilembe Mines y Kabarole Hospital en la región de Fort Portal, Uganda. Los resultados de TPT incluyeron: TPT completo, incumplimiento, se transfirió, murió, detuvo la TPT o desarrolló TB. Los resultados de TPT se midieron seis meses después del iniciado la TPT y se informaron como frecuencias. Las personas fueron seguidas durante 24 meses a partir de la fecha de inicio de la TPT para estimar el riesgo de aparición de tuberculosis. El diagnóstico de tuberculosis se basó, ya sea por diagnóstico clínico o detección bacteriológica por GeneXpert MTB, Microscopía o frotis de esputo, comparamos la incidencia de TB entre los pacientes que completaron la TPT y los que no cumplieron.

Resultados: Un total de 10,085 PLWH en TAR [65% mujeres, edad promedio 39 años (DE = 12,7)] iniciaron TPT durante el período de estudio. En general, 96% (9,661 / 10,085) completaron TPT, 0,4% (38 / 10,085) murieron, 0,13% (13 / 10,085) desarrollaron TB, 1,5% (152 / 10,085) incumplieron, mientras que 2% (219 / 10,085) fueron transferido y el 0,02% (2 / 10,085) interrumpió el tratamiento debido a efectos secundarios. De 114,993 mes-persona de seguimiento, 0,1% (13 / 10,085) PLWH desarrollaron TB, 69% (13/9) eran hombre y tenían más de 35 años; 46% (6/13) desarrolló TB en los primeros seis meses de TPT. Durante una media de 11,4 meses de seguimiento, la incidencia de TB fue 0,011% (95% CI: 0.007-0.019) y aquellos que completaron TPT tuvieron una tasa de incidencia más baja (RI = 0.006%, 95% CI: 0.003 - 0.013) en comparación con los que habían abandonado la TPT (RI = 1,23%, IC del 95%: 0,55 - 2,74). El trece por ciento (11 / 8.243) de las personas que desarrollaron TB fueron en un régimen de tratamiento antirretroviral basado en dolutegravir.

Conclusiones: Aunque la mayoría de las PLWH que iniciaron el tratamiento con TPT completaron seis meses de tratamiento, una pequeña proporción casos de TB y muertes ocurrieron. Recomendamos que los médicos hagan hincapié en la detección TB activa previo al inicio de TPT entre las PLWH, y puedan compartir de sesiones de grupo, casos clínicos desafiantes.

OAB0202 The clinical effects of durably low CD4 counts while virologically suppressed among ART-initiating persons with HIV in Latin America

Y. Caro-Vega (1) , P.F. Rebeiro (2), B.E. Shepherd (2), P.F. Belaunzarán-Zamudio (3), B. Crabtree-Ramírez (1), C. Cesar (4), P. Mendes Luz (5), C. Cortés (6), D. Padgett (7), E. Gotuzzo (8), C.C. Mc Gowan (2), J. Sierra-Madero (1) 1. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran, Departamento de Infectología, Mexico City, Mexico, 2. Vanderbilt University, School of Medicine, Nashville, United States, 3. National Institutes of Health, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, Bethesda, United States, 4. Fundación Huesped, Buenos Aires, Argentina, 5. Instituto Nacional de Infectología Evandro Chagas, Rio de Janeiro, Brazil, 6. Fundación Arriarán/Universidad de Chile, Santiago, Chile, 7 Instituto Hondureño de Seguridad Social, Tegucigalpa, Honduras, 8 Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru.

Antecedentes: PLWH con insuficiente respuesta inmune después del inicio de ART tienen un alto riesgo de comorbilidades y muerte. El tiempo acumulativo con Conteo de CD4 bajos siempre posterior a la supresión virológica ha sido asociada con pobres desenlaces. En la Cohorte CCASANet, un alta proporción de muertes con atribuidas al inicio tardío de ART, ya que la mitad de los pacientes inician con ART con conteo menor de 200 células CD4. Durante el estudio se realizaron estimaciones del efecto acumulativo sobre mortalidad y comorbilidades en pacientes iniciadores tardíos (menos de 200 CD4) del 2000 al 2017.

Métodos. Se realizó seguimiento de los PLWH que iniciaron tratamiento antirretroviral en la cohorte de CCASANet que tuvieron medidas de CD4 y RNA HIV iniciales y que tuvieron supresión virológica (ARN HIV <200 cop/mL), mientras fallecieron o fueron perdidos en seguimiento. Los individuos que tenían CD4 iniciales mayores de 200 cel/mL fueron excluidos del estudio. Se realizó análisis de Cox para estimar el riesgo de muerte, comorbilidades SIDA y no SIDA (incluyendo cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y hepática), por tiempo de seguimiento y de conteo de CD4 menor a 200 cel/mL., ajustada por sexo, edad, vía de transmisión del VIH, nivel educativo, año de diagnóstico, sitio de seguimiento y en análisis secundario tiempo de actualización de CD4.

Se tuvieron 9,123 pacientes supresión virológica, contribuyendo a una mediana de SV de 51.5 meses (IQR: 26.1-91.5), 78% hombres, mediana de edad 34 años, 46668 (51%) iniciaron con CD4. El 38% de los pacientes no recuperaron a más de 200 CD4 a los 12 meses del inicio de tratamiento y a los 24 hrs el 18% no recuperaron. Un total de 283 (3%) muertes y 774 (8.4%) de complicaciones no SIDA fueron identificadas. Tomando en cuenta el grupo comparativo que fueron los pacientes que tenían más de 200 CD4 al realizar el Riesgo Relativo Ajuste fue de 1.27 para muerte (IC 1.20-1.34) y de enfermedades no SIDA de 1.13 (95% IC 1.09-1.17). La estimación del riesgo fue similar cuando se realizó por actualización de CD4 RR=1.11 (95% IC 1.05-1.18) RR=1.08, (95% IC: 1.04-1.12); y RR=1.10, (95%CI: 1.07-1.13).

Conclusiones. La supresión virológica en PLWH y manteniendo por más tiempo CD4 menores a 200 células se asociaron a mayor riesgo de mortalidad y comorbilidades severas en esta cohorte latinoamericana. La vigilancia de comorbilidades en esta población es de gran importancia por los datos encontrados.

Correlates associated with mortality among HIV-TB co-infected patients in Mumbai, India A. Palkar (1), S. Acharya (1), M.S. Setia (2) 1. Mumbai Districts AIDS Control Society, Mumbai, India. 2. Consultant Dermatologist and Epidemiologist, Mumbai, India

Antecedentes: La tuberculosis (TB) es la infección oportunista más común y la causa de muerte en pacientes con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los países en desarrollo. Los resultados satisfactorios del tratamiento de la tuberculosis son menores entre los pacientes infectados por el VIH en comparación con los no infectados. Estudiamos los factores asociados con la mortalidad en pacientes coinfectados por el VIH y tuberculosis en Mumbai, India.

Métodos: se estudió la asociación de datos demográficos (edad, sexo, migrante), historia clínica (historia de TB, tipo de TB), historia de tratamiento (TAR y Tratamiento Antituberculoso [ATT], CD4 y peso al diagnóstico de TB) con la mortalidad. Se registraron 1571 pacientes coinfectados para recibir atención

en 2018. Se utilizaron modelos de regresión logística para estimar las razones de probabilidad (OR) y los intervalos de confianza (IC) del 95% para el análisis multivariado.

Resultados: De 1571 pacientes coinfectados, 950 (60%) eran hombres, 610 (39%) eran mujeres y 11 (1%) eran transexuales (hombre a mujer). La edad media fue de 39,1 (SD 12,1) años. Hubo una proporción igual de tuberculosis pulmonar (790) y extrapulmonar (781). La mediana (rango intercuartil) del recuento de CD4 en el momento del diagnóstico fue 226 (106,386). Aproximadamente 859 (55%) pacientes estaban tomando TAR en el momento del diagnóstico de TB y 712 (45%) pacientes no habían recibido tratamiento previo para ambas enfermedades en el momento del diagnóstico. El 19% de los pacientes coinfectados (295) habían muerto durante el período de seguimiento. La mortalidad se asoció significativamente con la edad (> = 60 años) y el recuento de CD4 en el momento del diagnóstico (<200 células CD4). Mayor peso en el momento del diagnóstico y las personas que no eran de Mumbai tenían menos probabilidades de morir. Los RUP detallados y sus IC se presentan en la Tabla 1.

Death	Odds Ratio	[95% confidence Interval]		P>z
19-29 yrs	2.16	0.84	5.52	0.109
30-59 yrs	3.31	1.40	7.83	0.006
>= 60 yrs	4.57	1.57	13.31	0.005
Treatment Naive	1.91	1.40	2.62	0.001
Pulmonary TB	0.91	0.66	1.24	0.535
Weight	0.96	0.95	0.98	0.001
CD4 (201-500)	1.00	0.58	1.75	0.992
CD4 (< 200)	2.53	1.51	4.25	0.001
Past History of TB	1.20	0.88	1.65	0.242

Conclusiones: El asesoramiento centrado en el paciente y el diagnóstico temprano de ambas enfermedades pueden ayudar a mejorar los resultados del tratamiento de la tuberculosis. Las pruebas de detección de LAM en orina en pacientes con enfermedad avanzada del VIH pueden ayudar en la detección temprana y el manejo de la tuberculosis, reduciendo así la mortalidad

Long-term survival and predictors of mortality in HIV/TB patients in Uganda I. Lumu (1,2), J. Musaazi (2), I. Handel (1), F. Parry (1), B. Castelnovo (2) 1. University of Edinburgh, College of Medicine and Veterinary Medicine, Edinburgh, United Kingdom, 2. Infectious Diseases Institute, Makerere University, Kampala, Uganda

Antecedentes: Los pacientes coinfectados por VIH / TB pueden tener una supervivencia reducida incluso después de completar con éxito el tratamiento de la tuberculosis; sin embargo, los datos de supervivencia a largo plazo de estos pacientes en África subsahariana es limitada. Esta cohorte retrospectiva de 5 años se propuso determinar la supervivencia a largo plazo y los predictores de mortalidad después de completar el tratamiento de la tuberculosis en personas con terapia antirretroviral (TAR) experimentada coinfectada por VIH / TB pacientes en Uganda.

Métodos: Este fue un análisis de cohorte retrospectivo de 5 años de todos los pacientes coinfectados por VIH / TB con TAR que completaron el tratamiento de TB. en una clínica especializada en VIH entre 2009 y 2014. Las características de los pacientes se describieron mediante frecuencias y medianas. El sobreviviente y los factores asociados con la mortalidad por todas las causas se determinaron utilizando métodos de Kaplan-Meier y modelos de riesgo proporcional de Cox, respectivamente.

Resultados: 1128 pacientes completaron el tratamiento antituberculoso entre 2009 y 2014, de los cuales 573 (50,8%) eran varones. La mediana de edad fue de 36 años. (IQR: 31-43), la mediana del IMC fue de 21,93 kgm2 (IQR: 20.05-24.22), el recuento medio de células CD4 fue de 233 células / ul (IQR: 138-365). La persona tiempo en riesgo durante los cinco años de seguimiento fue de 4410.60 personas-año. 67 (5,9%) pacientes fallecieron durante el período de estudio y se produjo mortalidad a 15,19 por 1000 personas-año (95% CI: 11,96-19,30). La probabilidad de muerte fue 0.0251 (95% CI: 0.0173-0.0364), 0.0575 (95% CI: 0.0447-0.0738), y 0.0684 (IC 95%: 0.0541-0.0862), a 1, 3 y 5 años respectivamente, el recuento de CD4 <200 células / ul, IMC <18 kgm2 y recaída de TB se asociaron con mayor Mortalidad: Hazard Ratio (uHR) no ajustado = 3.73, (95% CI: 2.01- 6.94, valor p <0.001), uHR = 2.06 (95% CI: 1.21-3.49, p-value = 0.008) y uHR = 1,95, (IC del 95%: 1,11-3,41, valor de p 0,020), respectivamente. Sin embargo, en el análisis multivariado, solo el IMC <18 kgm2 se asoció con la mortalidad, HR ajustada = 3,78, (IC del 95%: 1,93 - 7,40, valor de p <0,001).

Conclusiones: En esta clínica, los pacientes experimentados a ART con VIH coinfectados con TB parecían tener una probabilidad de supervivencia a 5 años razonablemente buena (93,16%) después de completar el tratamiento de la TB. Esto podría ser atribuido al mayor acceso al TAR en Uganda. En particular, ser desnutrido es el predictor más importante de mortalidad en esta cohorte y, por tanto, el seguimiento estrecho y continuo de los pacientes en riesgo podrían evitar la mortalidad.

Mortalidad	Probabilidad de Muerte.	FACTORES DE MORTALIDAD	Mortalidad HR No Ajustado	Mortalidad HR Análisis Multivariado
1 año	0.0251 (95% CI: 0.0173-0.0364).	IMC <18 kg/m2	2.06 (95% CI: 1.21-3.49, p-value = 0.008)	3,78, (IC del 95%: 1,93 - 7,40, valor de p <0,001
3 años	0.0575 (95% CI: 0.0447-0.0738).	Recaída de TB	1,95, (IC del 95%: 1,11-3,41, valor de p 0,020),	
5 años	0.0684 (IC 95%: 0.0541-0.0862)	CD4 < 200 cel/mL	3.73, (95% CI: 2.01- 6.94, valor p <0.001),	

Comparison of viral replication for the 2-drug regimen (2DR) of dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC) versus a 3/4-drug tenofovir alafenamide-based regimen (TBR) in the TANGO study through week 96 R. Wang (1), J. Wright (2) , N. George (2), M. Ait-Khaled (3), T. Lutz (4), O. Osiyemi (5), M. Gorgolas (6), P. Leone (1), B. Wynne (1), J. van Wyk (3), M. Underwood 1. ViiV Healthcare, Research Triangle Park, United States, 2. GlaxoSmithKline, Stockley Park,

United Kingdom, 3. ViiV Healthcare, Brentford, United Kingdom, 4. Infektio Research, Frankfurt, Germany, 5. Triple O Research Institute PA, West Palm Beach, United States, 6. Jiménez Díaz Foundation University Hospital, Madrid, Spain.

Antecedentes: TANGO demostró una eficacia virológica no inferior. (ARN del VIH-1 ≥ 50 c / ml, instantánea) posterior al ajuste a DTG / 3TC frente a TBR continuo en adultos infectados por VIH-1 con supresión virológica a las 96 semanas. el ensayo Abbott RealTime HIV-1 mide la carga viral (CV) de 40 a 10,000,000 c / mL, y proporciona resultados cualitativos de objetivo detectado (TD) o objetivo no detectado (TND) para VL < 40 c / mL. Significación clínica de VL de bajo nivel < 50 c / mL sigue sin estar claro. Evaluamos la proporción de participantes con TD / TND y VL elevado hasta la semana 96 (semana 96).

Métodos: Las proporciones de participantes con VL < 40 c / mL y TND fueron analizado por visita (instantánea) hasta la semana 96. Se evaluó el estado de TD / TND de los participantes a lo largo del tiempo, en general y por clasificaciones de VL de línea de base. Se determinó la frecuencia de las categorías de VL elevadas, incluidas las "señales intermitentes".

Resultados: en la semana 96, proporciones similares de participantes tenían TND con 2DR y 3DR (73% [271/369] vs 69% [255/372], respectivamente; diferencia ajustada, 4,9%; IC del 95%, -1,7, 11,4; Instantánea). En todas las categorías de VL de línea de base, las proporciones con TND en todas las visitas hasta la semana 96 fueron más altas (37%) (137/369) con 2DR vs 31% (114/372) con 3DR (Tabla 1). La aparición de LV evacuada (Tabla 2) fue baja y similar en todos los brazos hasta la semana 96, y los rebotes de VL observados con mayor frecuencia fueron "blips". Cero y 3 se observaron retrovirus virológicos confirmados con 2DR y 3DR, respectivamente.

Conclusiones: proporciones similares de participantes tenían TND en todas las visitas hasta la semana 96 en ambos brazos de tratamiento. Independientemente de la VL inicial, la incidencia de viremia intermitente fue baja y similar entre los brazos. Estos hallazgos virológicos de "análisis profundo" respaldan aún más la potencia y durabilidad de 2DR frente a 3DR para mantener la supresión viral.

Baseline	DTG/3TC (N=369)			TBR (N=372)		
	TND	TD	≥ 40 c/mL	TND	TD	≥ 40 c/mL
	n ¹ =302 (82%)	n ¹ =51 (14%)	n ¹ =11 (3%)	n ¹ =303 (81%)	n ¹ =59 (16%)	n ¹ =9 (2%)
At least one VL ≥ 50 c/mL ²	14 (5%)	7 (14%)	2 (18%)	26 (9%)	9 (15%)	1 (11%)
At least one 40s VL < 50 c/mL ²	5 (2%)	5 (10%)	1 (9%)	10 (3%)	3 (5%)	1 (11%)
At least one VL < 40 c/mL & TD ²	152 (50%)	33 (65%)	8 (73%)	160 (53%)	41 (69%)	6 (67%)
All VLs < 40 c/mL & TND ²	131 (43%)	6 (12%)	0 (0%)	107 (35%)	6 (10%)	1 (11%)

Post-baseline categories are mutually exclusive and determined by highest VL observed. Five participants with Baseline VL < 40 c/mL in DTG/3TC arm and one participant with Baseline VL ≥ 50 c/mL in TBR arm not presented due to no post-baseline VL data. 1. n: Participants with post-baseline VL data [percentages based on N]. 2. Percentages based on n.

Table 1. Changes in quantifiable and non-quantifiable VL levels by baseline VL category through week 96

Elevated Viral Load Categories for Participants in ITT-E Population	DTG/3TC (N=369) n (%)	TBR (N=372) n (%)
1. Participants with VLs between 50-200 c/mL and no VL ≥ 200 c/mL	21	33
1a. VLs between 50-200 c/mL with adjacent values < 50 c/mL (defined as "blips")	18 (5%)	28 (8%)
1b. ≥ 2 consecutive VLs between 50-200 c/mL	3 ($< 1\%$)	5 (1%)
2. Participants with at least one VL ≥ 200 c/mL	4	8
2a. A single VL ≥ 200 c/mL and no 2 consecutive VLs ≥ 50 c/mL	4 (1%)	5 (1%)
2b. ≥ 2 consecutive VLs ≥ 50 c/mL with at least one VL ≥ 200 c/mL	0	3* ($< 1\%$)
Total (all categories)	23 (6%)	36 (10%)

*Three participants met confirmed virologic withdrawal (CVW) criteria by Week 96. CVW was defined as 2 consecutive on-treatment VL measurements of ≥ 50 c/mL with the second VL ≥ 200 c/mL.

Table 2. Summary of participants with elevated VL categories through week 96

Week 124 results of the randomized, open-label, Phase 3 FLAIR study evaluating long-acting cabotegravir + rilpivirine for treatment in adults with HIV-1 infection (ITT-E population) C. Orkin (1), R. D'Amico (2), E. Bernal Morell (3), D. H. S. Tan4, H. Katner (5), Y. Singh (6), H.-J. Stellbrink (7), E. Belonosova8, R. DeMoor (9), S. Griffith (2), S. Thiagarajah (9), R. Van Solingen-Ristea (10), S. L. Ford (11), H. Crauwels (10), P. Patel (2), A. Cutrell (2), K. Y. Smith (2), K. Vandermeulen (10), M. St. Clair (2), W. R. Spreen (2). 1. Queen Mary University, London, United Kingdom, 2. ViiV Healthcare, Research Triangle Park, United States, 3. Hospital General Universitario Reina Sofia, Murcia, Spain, 4. Division of Infectious Diseases, St. Michael's Hospital, Toronto, Canada, 5. Mercer University Medical School, Macon, United States, 6. Desmond Tutu Health Foundation, Cape Town, South Africa, 7. ICH Study Center, Hamburg, Germany, 8. Orel Regional Center for AIDS, Orel, Russian Federation, 9. GlaxoSmithKline, London, United Kingdom, 10. Janssen Research & Development, Beerse, Belgium, 11. GlaxoSmithKline, Research Triangle Park, United States.

Antecedentes: Las inyecciones intramusculares de acción prolongada (LA) de cabotegravir (CAB) y rilpivirina (RPV) se han desarrollado como una alternativa a la dosis oral diaria para el VIH-1. El estudio FLAIR de fase 3 (NCT02938520) se demostró la no inferioridad de cambiar el tratamiento personas virológicamente suprimidas de dolutegravir / abacavir / lamivudina (DTG / ABC / 3TC) a CAB + RPV LA mensual hasta la semana (W) 48 y W96, se describieron resultados para los participantes que recibieron CAB + RPV durante 124 semanas.

Métodos: en la fase de mantenimiento (W0–100), los participantes fueron asignados al azar (1: 1) para continuar con DTG / ABC / 3TC o cambiar a CAB + RPV mensual LA después de recibir inicialmente una introducción oral durante ≥ 4 semanas de CAB + RPV. En W100, los participantes que reciben DTG / ABC / 3TC pueden cambiar a CAB + RPV LA o retirar. El criterio de valoración principal fue la proporción de participantes con ARN plasmático del VIH-1 ≥ 50 copias / ml en W48 (algoritmo Snapshot de la FDA). W124 Los criterios de valoración incluyeron la proporción de participantes con ARN del VIH-1 ≥ 50 y < 50 copias / ml, fallo virológico confirmado (CVF; dos virus consecutivos cargas ≥ 200 copias / mL), y seguridad y tolerabilidad.

Resultados: En general, 283 participantes recibieron ≥ 1 dosis de CAB + RPV; mediana (rango) la edad fue 34,0 (19-68) años, el 22% eran mujeres (sexo al nacer) y el 76% eran blancos. En W124, 14 (4,9%) participantes tenían ARN del VIH-1 ≥ 50 copias / ml, y 227 (80,2%) mantenían la supresión (ARN del VIH-1 < 50 copias / ml). A través de W124, 5 (1,8%) participantes cumplieron CVF, uno adicional participante desde W96 (Tabla). Las reacciones en el lugar de la inyección (ISR) fueron las más frecuentes relacionadas con el fármaco. evento adverso (EA); la mayoría eran de grado 1 o 2 (99,5%). La proporción de los participantes con ISR disminuyeron con el tiempo (S4: 72%; S48: 23%; S96: 19%; W124: 18%). Se produjeron acontecimientos adversos graves y acontecimientos adversos que llevaron a la abstinencia en el 12% (relacionado con un fármaco) y el 5% de los participantes, respectivamente, a través de 124 semanas.

Conclusiones: En la Semana 124, CAB + RPV AL mensual mantuvo supresión virológica en la mayoría de los participantes; el perfil de seguridad y tolerabilidad fue consistente con los resultados anteriores de W48 / W96. Estos resultados demuestran la durabilidad de CAB + RPV LA como una terapia de mantenimiento eficaz y bien tolerada.

Outcome, n (%)	CAB+RPV LA n=283
ITT-E Population	
HIV-1 RNA < 50 copies/mL	227 (80.2)
HIV-1 RNA ≥ 50 copies/mL	14 (4.9)
Data in window not below threshold	5 (1.8)
Discontinued for lack of efficacy	8 (2.8)
Discontinued for other reason while not below threshold	1 (0.4)
No virologic data	
Discontinued due to AE	15 (5.3)
Discontinued study for other reason*	26 (9.2)
On study but missing data in window	1 (0.4)
Participants with CVF†	5 (1.8)
Safety	
Number of injections‡	17,392
Number of ISR events‡	3732
Pain, n (% of injections)‡§	3131 (18)
Nodule, n (% of injections)‡	162 (1)
Induration, n (% of injections)‡	158 (1)
\geq Grade 3 ISR events‡	18
Participants who withdrew due to ISR or injection tolerability	7 (2)
Any Grade 3 or 4 AE	49 (17)
Excluding ISRs	38 (13)
Drug-related AEs	17 (6)
Drug-related AEs excluding ISRs	5 (2)
AEs leading to withdrawal	15 (5)
Any SAE	33 (12)
Drug-related SAEs	1 (< 1)¶
<small>AE, adverse event; CAB, cabotegravir; CVF, confirmed virologic failure; INSTI, integrase strand transfer inhibitor; ISR, injection site reaction; ITT-E, intention-to-treat exposed; LA, long-acting; NNRTI, non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor; RAM, resistance-associated mutation; RPV, rilpivirine; SAE, serious adverse event. *Other reasons included: relocation, frequency of visits, intolerance of injections, pregnancy, frequency of injections, burden of travel, incarceration, lost to follow-up, and other. †One additional participant met the CVF criterion since Week 96 (Week 108); there were no INSTI or NNRTI RAMs at baseline, but L74I integrase polymorphisms were present. NNRTI RAMs V106V/A, V108V/I, E138G, and M230L, and INSTI RAMs N155H and R253K were found at suspected virologic failure. ‡Event-level data. §Only ISRs with an incidence $\geq 1\%$ are listed. ¶Right knee monoarthritis was reported in the Week 48 analysis.</small>	

Table. Efficacy (FDA Snapshot) and safety data at week 124

Prevalence of baseline virological risk factors of increased virological failure to CAB+RPV among ARV-naïve patients C. Charpentier (1), A. Storto (1), C. Soulié (2), V.M. Ferré (1), M. Wirden (2), V. Joly (3), S. Lambert-Niclot (4), L. Morand-Joubert (4), R. Landman (3), K. Lacombe (5), C. Katlama (3), J. Ghosn (3), A.-G. Marcelin (2), V. Calvez (2), D. Descamps (1) 1. Hôpital Bichat-Claude Bernard, Service de Virologie, Paris, France, 2. Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Virologie, Paris, France, 3. Hôpital Bichat-Claude Bernard, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, France, 4. Hôpital Saint-Antoine, Service de Virologie, Paris, France, 5. Hôpital Saint-Antoine, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, France, 6. Hôpital Pitié-Salpêtrière, Service de Maladies Infectieuses et Tropicales, Paris, France.

Antecedentes: EL análisis factorial basal multivariado a través de los estudios de fase 3 de CAB+RPV demostraron recientemente que los subtipos A6 / A1 del VIH-1, caracterizados por el polimorfismo de la integrasa L74I (IN), y la presencia de RPV mutaciones asociadas a la resistencia (RAM), así como el índice de masa corporal, se asociaron con un mayor riesgo de falla virológica de este terapia dual. El objetivo de este estudio fue describir la prevalencia de CAB y RPV RAM entre pacientes sin tratamiento previo con ARV dependiendo del subtipo de VIH.

Métodos: de 2010 a 2020, 4212 secuencias de pacientes no tratados previamente con ARV con RT e IN, las secuencias disponibles se recopilaron de tres grandes bases de datos genotípicas de los Hospitales Académicos de París. Las RAMs para CAB y RPV se definieron según el algoritmo ANRS (www.hivfrenchresistance.org).

Resultados: Entre 4212 secuencias, el 38,6% pertenecía al subtipo B y el subtipo no B más prevalente fue CRF02_AG (32,4%). Subtipo A representaba el 5,1% de las secuencias dentro del 85,5% era del subtipo A6 / A1 (n = 183/214). En general, la presencia de al menos una RAM CAB o RPV fue del

16,2% y 14,3%, respectivamente. La prevalencia general de L74I en IN y E138A en RT fue 13.0% y 3.2%, respectivamente, y fue estable durante la década. La frecuencia de L74I fue significativamente mayor en no B que en los subtipos B (17,4% vs 6,0%, $p < 0,0001$) con la mayor prevalencia observada en el subtipo A (49,5%). La frecuencia de E138A fue significativamente mayor en subtipos no B que en B (3,8% vs 2,2%, $p = 0,0003$) y fue 7,9% en subtipo A ($n = 17/214$). Dieciséis pacientes (0,4%) mostraron virus que albergaban polimorfismos E138A y L74I. Teniendo en cuenta la interpretación de la resistencia genotípica, utilizando el algoritmo ANRS, el 0,74% ($n = 31$), el 7,3% ($n = 306$) y el 0,09% ($n = 4$) de las secuencias fueron resistentes a cabotegravir, rilpivirina o ambos, respectivamente. Así, 183 secuencias fueron subtipo A6 / A1 y 244 se interpretaron como resistentes a RPV (después de excluir los del subtipo A6 / A1) que conduce a 427 (10,1%) de secuencias que combinan ambos factores de riesgo virológicos basales de CAB + RPV fracaso de la terapia dual.

Conclusiones: Entre grandes bases de datos de secuencias, al combinar RPV RAM y prevalencia de VIH-1 subtipo A6 / A1, el 10,1% de los pacientes sin tratamiento previo con ARV no serían elegibles para la terapia dual CAB + RPV. Estos datos vuelven a enfatizar la necesidad de una prueba de resistencia genotípica preterapéutica, para detectar polimorfismos, farmacoresistencia transmitida y definir Subtipo de VIH-1.

Islatravir safety analysis through week 96 from a phase 2 trial in treatment naïve adults with HIV-1 infection D. Cunningham (1) , J.-M. Molina (2) , Y. Yazdanpanah (3), A.A. Saud4 , C.C. Anania (5), S.O. Klopfer (6), A. Grandhi6, K. Eves (6), D. Hepler (6), C. Hwang (6), R. Lahoulou (7), T.A. Correll (6)
 1. Pueblo Family Physicians Ltd, Phoenix, United States, 2. Saint-Louis Hospital and University of Paris, Department of Infectious Disease, Paris, France, 3. Bichat Hospital, Paris, France, 4. University of Chile, Santiago, Chile, 5. Hospital Hernan Henriquez Aravena of Temuco, Temuco, Chile, 6. Merck & Co., Inc., Kenilworth, United States, 7 MSD France, Puteaux, France.

Antecedentes: Islatravir (ISL, MK-8591) es un inhibidor de la translocación de la transcriptasa inversa de nucleósidos (NRTTI) en desarrollo para el tratamiento y prevención de la infección por VIH-1. Anteriormente mostramos que ISL + dora virine (DOR) era eficaz para mantener la supresión viral a través de semana 96 y fue bien tolerado. Aquí presentamos análisis detallado de seguridad de esos resultados.

Métodos: En este ensayo de fase 2b, los adultos sin tratamiento previo con VIH-1 fueron aleatorizados para recibir ISL (0,25, 0,75 o 2,25 mg) + DOR (100 mg) y lamivudina (3TC, 300 mg) QD, o una combinación de dosis fija de DOR (100 mg), 3TC (300 mg) y tenofovir disoproxil fumarato (300 mg) (DOR / 3TC / TDF) QD. En los grupos de ISL, los participantes que lograron el VIH-1 ARN <50 copias / ml en la semana 20 o más tarde, se detuvo el 3TC en el siguiente estudio visitar. Todos los participantes que recibieron ISL se cambiaron a ISL (0,75 mg) entre las semanas 60 y 84. Para el análisis actual, realizamos una revisión detallada de los eventos adversos (EA) y examinamos estos EA para el estudio. períodos en las semanas 0-48, 48-96 y 0-96.

Resultados: 121 participantes recibieron fármacos y fueron incluidos en los análisis. Se observaron tasas de EA similares entre los brazos de tratamiento y en todos los brazos de la prueba para cada período de tiempo. No se observaron diferencias dependientes de la dosis en el perfil de seguridad de ISL. Los EA fueron más frecuentes en las primeras 48 semanas del ensayo, en comparación con las segundas 48 semanas período, para todos los grupos de tratamiento se pueden observar en la siguiente tabla.

	Weeks 0-48		Weeks 48-96		Weeks 0-96	
	Combined ISL	DOR/3TC/TDF QD	Combined ISL	DOR/3TC/TDF QD	Combined ISL	DOR/3TC/TDF QD
Number of participants, N	90	31	80	27	90	31
≥1 AE, n (%)	66 (73.3)	24 (77.4)	52 (65.0)	18 (66.7)	74 (82.2)	27 (87.1)
AEs of moderate or severe intensity, n (%)	32 (35.6)	15 (48.4)	28 (35.0)	9 (33.3)	43 (47.8)	16 (51.6)
Drug-related AEs, n (%)	7 (7.8)	6 (19.4)	0 (0.0)	3 (11.1)	7 (7.8)	7 (22.6)
Serious AEs, n (%)	4 (4.4)	2 (6.5)	1 (1.3)	1 (3.7)	5 (5.6)	3 (9.7)
Drug-related serious AEs, n (%)	0 (0.0)	1 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Discontinued due to AEs, n (%)	2 (2.2)	1 (3.2)	1 (1.3)	0 (0.0)	3 (3.3)	1 (3.2)
Deaths, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Diarrhea, n (%)	6 (6.7)	5 (16.1)	2 (2.5)	1 (3.7)	7 (7.8)	6 (19.4)
Headache, n (%)	10 (11.1)	2 (6.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (11.1)	2 (6.5)

Durante el período de 96 semanas en general, la diarrea, en su mayoría leve y transitoria, se informó con más frecuencia para DOR / 3TC / TDF (19,4%) en comparación con los grupos de ISL (7,9% combinado), mientras que el dolor de cabeza fue más común en el grupo de ISL (11,1% combinado) en comparación con el grupo de DOR / 3TC / TDF (6,5%).

Conclusiones: ISL fue bien tolerado, independientemente de la dosis, a través de 96 semanas de tratamiento, y la mayoría de los EA se notificaron como leves y transitorios. Ninguno de los participantes tuvo EA relacionados con el fármaco o interrumpieron el estudio debido a un EA relacionados con el fármaco entre las semanas 48-96.

Is systematic Xpert MTB/RIF improved the detection of tuberculosis in HIV-infected patients in a low tuberculosis incidence setting in West Africa? D.L. Dahourou (1), M.F. Dogon (2), Y. Diallo (3), K.S. Adjoh (2), M.T. Traore (3), K. Agossou (2), S. Traore (3), I.T. Traoré (4,5) H. Traore (6), C.S.C. Merle (6)
 1. Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique, Institut de Recherche en Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso, 2.

Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Lomé, Togo, 3. Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et les Hépatites, Bamako, Mali, 4. Institut National de la Santé Publique, Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, 5. Université Nazi Boni, Institut National des Sciences de la Santé, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, 6. World Health Organisation, Special Programme for Research and Training in Tropical Disease, Geneva, Switzerland.

Antecedentes: la tuberculosis es una de las principales causas de muerte en pacientes con VIH, pero su diagnóstico es un desafío. Evaluamos el desempeño de Xpert MTB / RIF (Xpert) en un entorno de baja incidencia de tuberculosis en Lomé (Togo) y Bamako (Mali), independientemente de la presencia de síntomas presuntivos de Tuberculosis.

Métodos: incluimos a todos los pacientes infectados por el VIH que dieron su consentimiento de edad ≥ 15 años, que no habían iniciado con terapia antirretroviral (TAR) o con TAR ≤ 1 mes. Los participantes fueron examinados para detectar tuberculosis con un examen de detección de 4 síntomas (fiebre, tos, sudores nocturnos y pérdida de peso) según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y con Xpert realizado en una muestra de esputo, además, se analizó el esputo utilizando cultivo de micobacterias. Comparamos la sensibilidad y especificidad de las Estrategia de cribado de la OMS de 4 síntomas más Xpert para aquellos que informaron uno de los síntomas, a Xpert para todos los pacientes infectados por el VIH independientemente de síntomas presuntivos de tuberculosis, con el cultivo de micobacterias como Gold Estándar.

Resultados: los pacientes fueron reclutados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, 2020. Se inscribieron 545 pacientes, de los cuales el 85% (467/545) que completaron el algoritmo diagnóstico fueron incluidos en este estudio (82% en Lomé; mediana de edad 37,4 años (rango intercuartil: 30,4-46,3); 65% mujeres; VIH en estadio I de la OMS, 55%). Se informó fiebre en el 15%, mientras que tos, pérdida de peso y sudores nocturnos se observaron en 26%, 39% y 14%, respectivamente. En general, Xpert identificó 46 (10%) casos de tuberculosis o cultivo de micobacterias. De estos, cuatro pacientes con tuberculosis informaron ninguno de los cuatro síntomas clínicos. La resistencia a la rifampicina fue rara. (2%, 1/46). Se compararon con el cultivo de micobacterias, la estrategia de cribado de 4 síntomas de la OMS, más la sensibilidad de Xpert fue del 53% (95% de confianza en el intervalo [IC del 95%] 38-68%). Si bien, la sensibilidad del uso sistemático de Xpert fue del 63% (IC del 95%: 0,47 a 0,77), la especificidad fue del 99% (95% CI 98–100%) para ambas estrategias.

Conclusiones: En esta investigación operativa apoyada y financiada por OMS-TDR, la prevalencia de tuberculosis entre los pacientes VIH positivos que comenzaron el TAR o recibieron TAR durante menos de un mes fue del 10%. Con el uso de la estrategia de detección de 4 síntomas de la OMS más Xpert se perderán 9% de los casos de tuberculosis. El cribado sistemático de la tuberculosis el uso de Xpert al inicio del TAR, independientemente del presunto diagnóstico de tuberculosis los síntomas podrían mejorar su diagnóstico y tratamiento precoces.

HIV immune reconstitution inflammatory response syndrome and the risk of adverse pregnancy-fetal outcomes among ART naive women aged 20-49 years in selected public hospitals, Nairobi, Kenya J. Muthuka (1), Y. Kombe (2), A. Makokha (3), M. Kiptoo (1) 1. Kenya Medical Training College, Nairobi, Kenya, 2. Kenya Medical Research Institute, Nairobi, Kenya, 3. Jomo Kenyatta University, Nairobi, Kenya.

Antecedentes: este estudio describió la incidencia de resultados cifetales durante el embarazo (APFO) en mujeres embarazadas que no habían recibido TAR y habían sido infectadas por el VIH en Kenia. mujeres y examinó la relación entre el síndrome de respuesta inflamatoria de reconstitución inmune al VIH (SIRI) materno / relacionado factores de riesgo y APFO. Este estudio de cohorte prospectivo se llevó a cabo entre 102 embarazadas expuestas al VIH-IRIS y 102 embarazadas no expuestas al VIH-IRIS mujeres después de iniciar el TAR.

Métodos: Ambos grupos se inscribieron en dos hospitales de Nairobi. Condado, Kenia en julio de 2019. Los datos se recopilaron en una forma estructurada estándar, incluidas las características maternas y demográficas, El estado del VIH-IRIS, los factores relacionados con el VIH-IRIS y los resultados del embarazo. Los APFO se evaluaron según el estado materno de VIH-IRIS y VIH-IRIS factores relacionados mediante análisis de regresión logística.

Resultados: La incidencia de APFO, durante todo el período, en IRIS versus sus no IRIS, fue de 26,47% y 10,78% y las tasas fueron de 0,012 y 0,0045 por persona a la semana, respectivamente. El RR de APFO se duplicó entre los casos de IRIS en comparación con los casos de no IRIS RR (2, 2,69 y 2) respectivamente. Los casos de IRIS tenían tres veces más probabilidades de experimentar una APFO en comparación con casos sin IRIS [OR = 3; IC del 95%: 1,4-6,4; P = 0,004]. A tiempos de visita específicos, los APFO se asociaron con IRIS principalmente en el momento del parto (P = 0,006) en comparación con otros momentos; [OR = 2,1; IC del 95%: 0,502-8,482; P = .016]; [OR = 2,5; IC del 95%: 1,295-8,121; P = .006] y [OR = 2,4; IC del 95%: 0,216-27,286; P = 0,71]. APFO con frecuencias más altas en puntos específicos entre Los casos de IRIS y no IRIS fueron; al final del segundo trimestre; pérdida de transporte, 3 (2,9%), 2 (2,0%), en el momento de la entrega; BPN 11 (10,8%), 3 (2,9%) y dentro dos semanas después del parto; ingreso en cuidados intensivos de recién nacidos (recién nacido ictericia) 2 (2,0%), 1 (1,0%), respectivamente todos con $p > .05$ sobre VIH-SIRI. El bajo peso al nacer mostró la mayor incidencia / significación en relación con el SIRI [OR = 3,8; IC del 95%: 1,079, 14,754; P = 0,0019]. Regresión logística múltiple para todo período de seguimiento eliminó el VIH-SIRI materno y reveló el ARN del VIH carga viral basal superior a 50 copias / ml [AOR = 2,7; IC del 95%: 1,2-6,3; P = 0,017], de cerca, el síndrome placentario materno (MPS) caracterizado por eventos hipertensivos [AOR = 0.1; IC del 95%: 0,0-1,0; P = .052] y la madre salud general durante el parto [AOR = 4; IC del 95%: 4,0: 1,8-9,1; p = 0,001] como en los predictores dependientes de APFO.

Conclusiones: El VIH-IRIS materno se asoció con un aumento significativo de los riesgos de APFO. Se deben monitorear los factores de riesgo modificables y controlado en la práctica clínica más hacia el parto