

BON DIA!!!

“ Es un plaer haver estat convidada
en aquesta reuniò ”

Encara que nascuda a Sevilla...,
soc del Barça!!!!!!



PRESENTACION DE LA GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DEL ADOLESCENTE INFECTADO POR VIH.

María José Mellado

Hospital Carlos III. Madrid

Fundación Lucía, 23 Octubre 2009

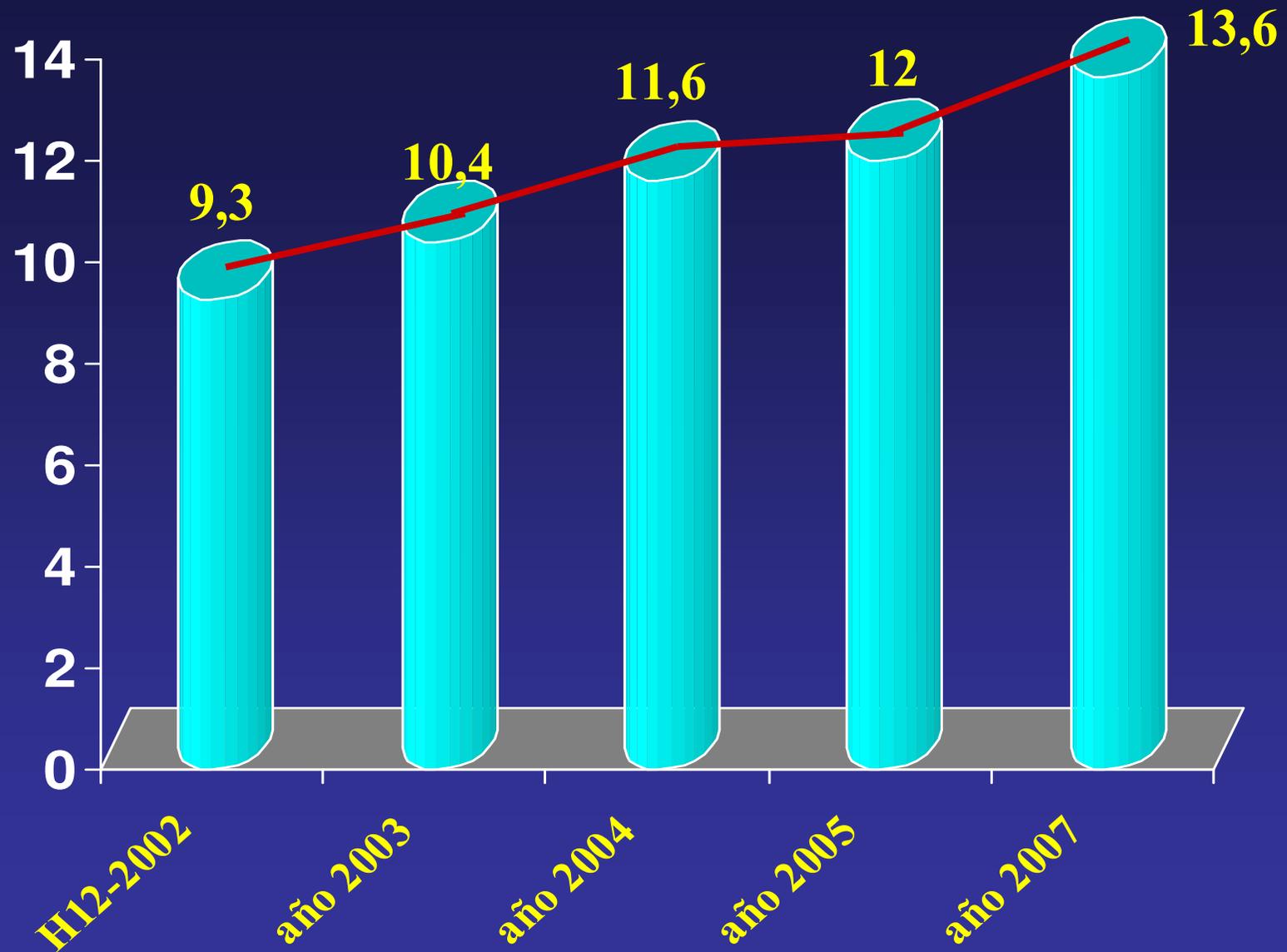


GUIA PRACTICA CLINICA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE INFECTADO POR VIH

**Coordinadores: D Moreno, MJ Mellado, R Polo y
Grupo Colaborativo Español de la Infección por VIH
Pediátrico (CEVIHP),
Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP),
Asociación Española de Pediatría (AEP) y
Plan Nacional del SIDA (PNS)
Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)**

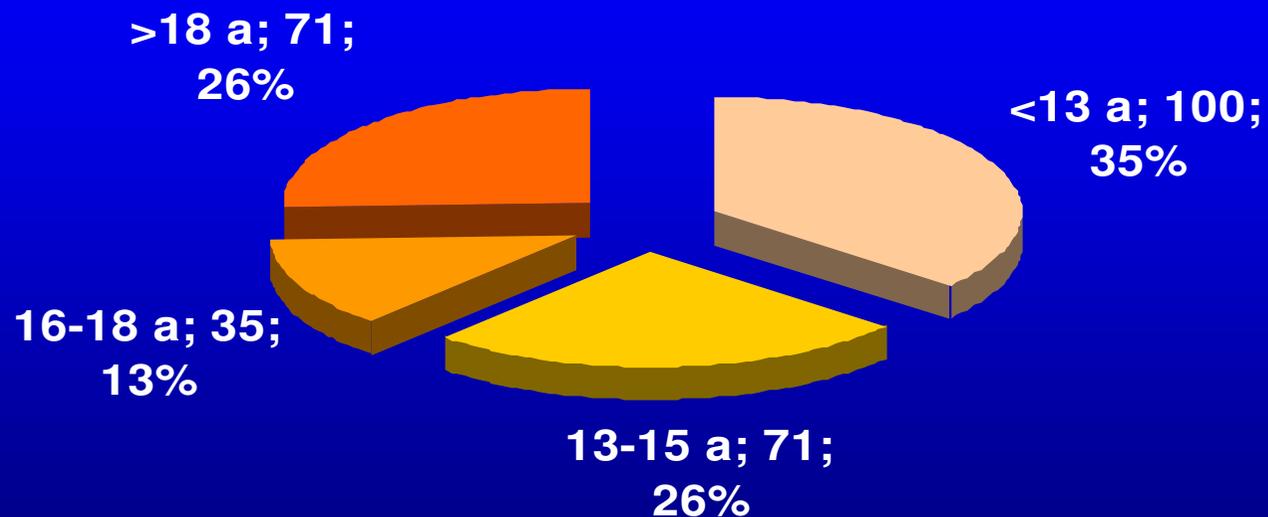
**ED: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría
General Técnica. 2008: <http://www.msc.es>**

Mediana de edad Cohorte de Madrid (años)



COHORTE PEDIATRICA MADRID: 264 NIÑOS.

52 en Unidades Adultos n=212



Coordinador cohorte Madrid: JT Ramos

Qué es la GPC en adolescentes VIH?

- **Conjunto de recomendaciones sistemáticas para ayudar a los usuarios del Sistema de Salud:**
 - Tomar decisiones sobre intervenciones en **A-VIH**
 - Abordaje de condiciones clínicas específicas en **A-VIH**
 - Intervenir en circunstancias específicas en **A-VIH**
- **La guía se valida a través del método AGREE*:**
Asegura la calidad GPC en problemas de salud y organiza los puntos claves distribuidos en áreas:

*The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version:

www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf

GRADE working Group. Grading recommendations of assessment development and evaluation (Internet). Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>



DESARROLLO DE LA GPC

1. PARTICIPACION DE LOS IMPLICADOS

- Los expertos consideran las prioridades/necesidades que la **población de A-VIH ha expresado previamente**, asegurando se contemplen en la GPC.

2. RIGOR EN LA ELABORACION*

- Sintetiza la evidencia con métodos de búsqueda con suficiente peso para:
- Formular recomendaciones y actualizarlas
- Recomendaciones finales con **nivel evidencia y fuerza de la recomendación**

3. CLARIDAD Y PRESENTACION

- Clara, concisa y concreta
- Resumir apartados y referencias sin peso en la evidencia científica.

4. INDEPENDENCIA EDITORIAL DE LOS EXPERTOS QUE ELABORAN LA GPC

*Pérez de la Blanca E. Red temática de Investigación sobre medicina basada en la evidencia. *Guías Clínicas 2007*; 7 Supl 1:1. www.fisterra.com

*National Institute for clinical excellence. The guidelines manual. London; National Institute for clinical excellence; 2004 (Actualizada Abril 2007, consultada Febrero 2008). Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=422956>



PUNTOS CLAVES GPC A-VIH

1. **Objetivos** planteamiento del problema y justificación
2. Clínica de la infección VIH en adolescentes
3. **Información y revelación** de la enfermedad
4. **Peculiaridades del TAR** en adolescentes
5. **Toxicidad** específica del TAR en adolescentes
6. **Adherencia** al TAR en adolescentes
7. Repercusión del VIH en la **calidad de vida** del adolescente
8. **Prevención de la infección y sexualidad**
9. **Estilo de vida**: Nutrición, hábitos tóxicos y vacunas
10. **Transición** del adolescente a Unidades de adulto
11. Recursos en internet sobre VIH-adolescencia y temas relacionados

OBJETIVOS Y ALCANCE DE LA Guía

- 1) Conseguir un **manejo óptimo** de la infección en el A- VIH
- 2) **Ámbito: aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos, psicosociales, de prevención y de calidad de vida**
- 2) **Población diana: Pediatras y Profesionales sanitarios** trabajen con A-VIH
- 3) **Desarrollo GPC:**
 - Basada en la **mejor evidencia científica** disponible
 - **Consenso del Grupo Científico (CEVIHP)**
- 5) **Elaboración: aspectos prácticos del manejo clínico y expresado por A**
- 6) **Indicadores de evaluación:** Clínico, inmunológico, virológico , psicosocial y aspectos profilácticos
- 7) **Referencias actualizadas** y comentadas con la bibliografía con mayor base de experiencia científica



IMPLEMENTACION DE LA GPC

- Intenta cubrir **necesidades integrales de niños:13-17 años con VIH**
- Instauración “**Recomendaciones**” del **Grupo de expertos (CEVIHP)** dentro de lo **Documentos de consenso del PNS-MS**
- **Complejidad aconsejó incluir manejo interdisciplinar:**
 - **Pediatras, Internistas, Inmunólogos, Virólogos, Enfermeras, Nutricionistas, Psicólogos, Psiquiatras y Trabajadores sociales.**
- **Puntos considerados son los más demandados por los A-VIH:**
 - a) Revelación** de la enfermedad
 - b) Método eficiente para informar** de enfermedad/indicación TAR
 - c) Métodos aseguren compromiso (A / familia) cumplimiento TTO**
 - d) Puntos de vista Adolescente: prevención, salud sexual, apoyo psicológico y calidad de vida.**
- **Las recomendaciones se acompañan de fuerza de la recomendación y nivel de evidencia.**

PANEL DE EXPERTOS

19 pediatras

6 internistas

1 ginecóloga

1 psiquiatra

1 psicólogo

1 enfermera

1 asistente social

1 nutricionista

1 microbióloga

1.- ACTITUD PARA LA REVELACION

- **Analizar y resolver conflictos no resueltos durante la infancia** (Nivel recomendación C)
- Valorar los trastornos en la **identidad personal y en la dinámica de sus relaciones con el grupo** (Nivel C)
- La revelación: será **individual y adaptada a las características psicológicas, madurativas y sociales** (Nivel C)
- Minimizar **implicaciones emocionales** de la revelación de enfermedad de TV (Nivel C)



Herramientas propuestas para la revelación

- **“Periodo de ocultación”** hablar de la enfermedad, propiciando preguntas con respuestas sin conflictos.

- **Momento de la revelación:** Utilizar guía estructurada y estar atento al **reclamo indirectamente** el paciente.

- Usar **rasgos comunes habituales “en la comunicación”**

- **Post-revelación:** Cuestionario preelaborado, herramienta común que analiza la repercusión de la revelación en A-VIH



2.- PECULIARIDADES DEL TAR EN A-VIH

- Periodo que obliga a **diseñar regímenes, individualizados**
- El adolescente infectado por TV: **evolución e historia TAR diferente del adolescente infectado heterosexual o ADVP**
- En época pubérol:
 - Modificaciones importantes en **composición** corporal
 - **Cambios de conducta que repercuten en cumplimiento**
 - **Desarrollo de hábitos para la salud futura**
 - **Peculiaridades PK (cambios madurativos) del metabolismo y aclaramiento de los fármacos**

“Es por tanto un periodo de especial riesgo metabólico, incrementado por el uso prolongado de AR”



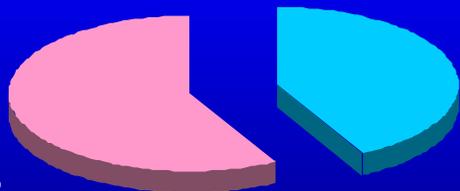
COHORTE PEDIATRICA MADRID: 264 NIÑOS.

52 en Unidades Adultos n=212

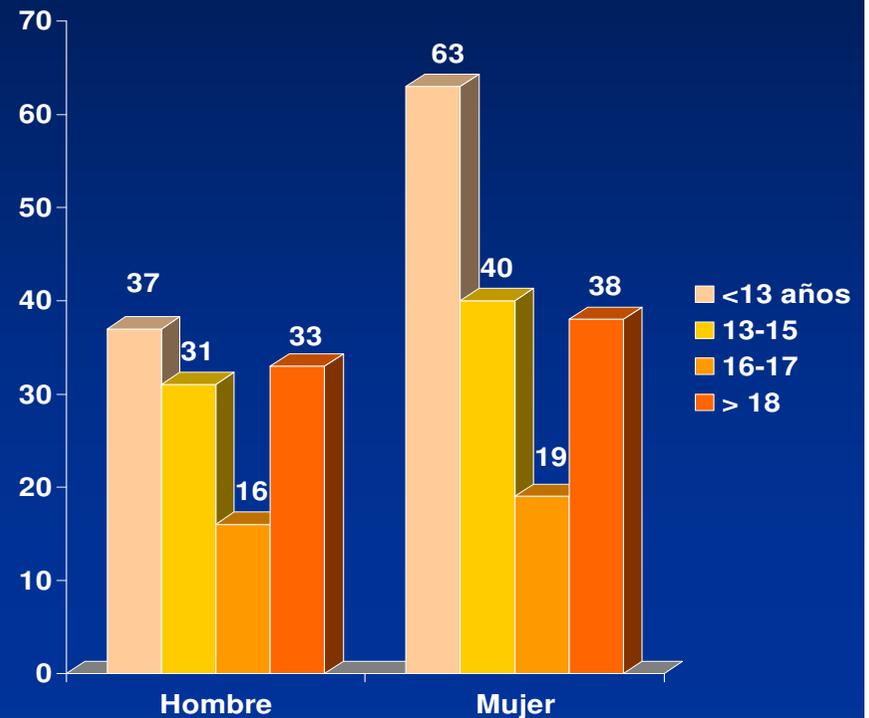
Edad media **14,54** (1 - 25,5)
% CD4 **30** (4 - 52)
CV **16.778** (< 50 - 104.000)

Sexo

Mujeres;
160; 58%

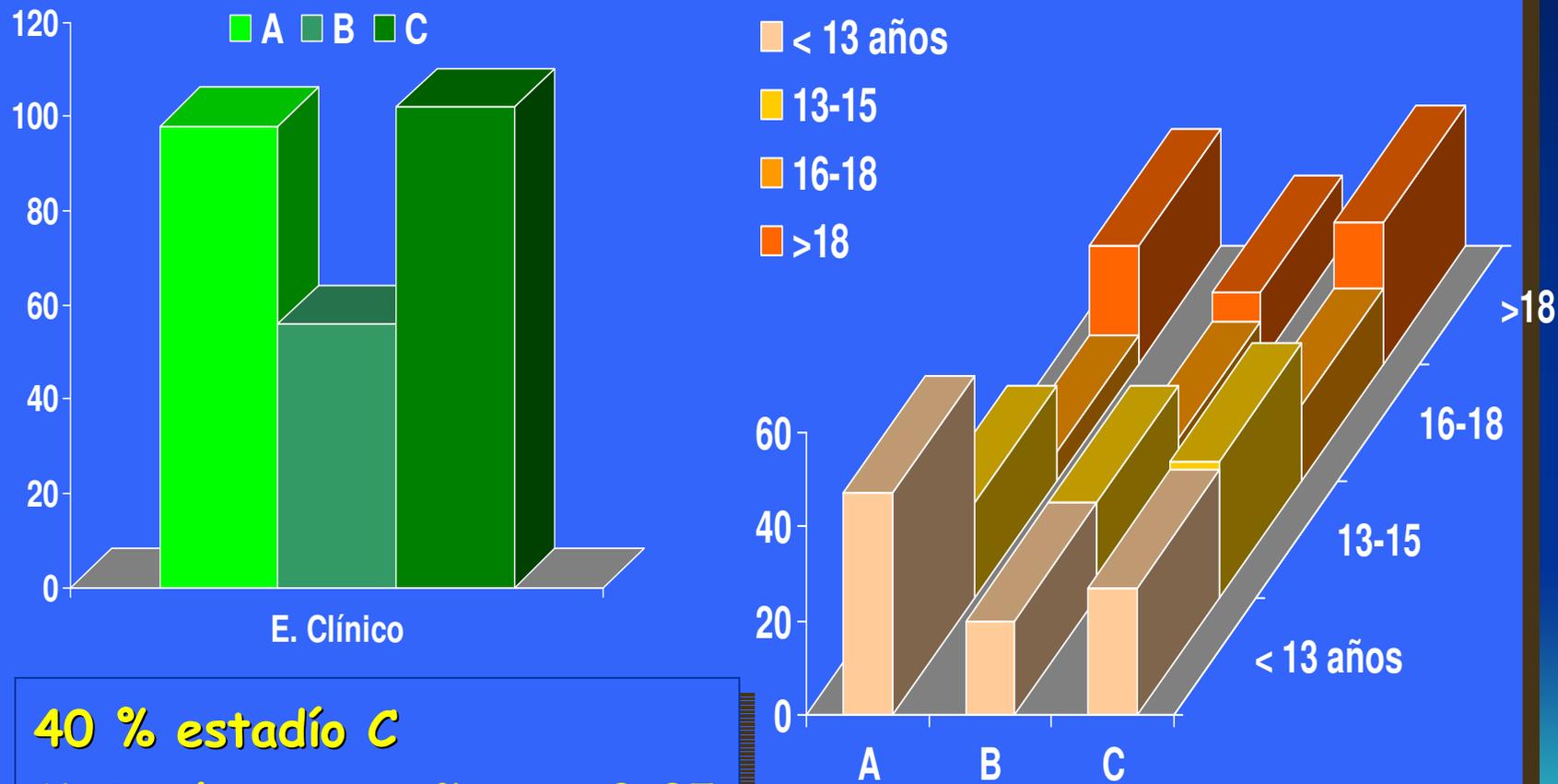


Hombres ;
117; 42%



Predominio femenino $p < 0,01$

Cohorte pediátrica VIH de Madrid. Situación clínica

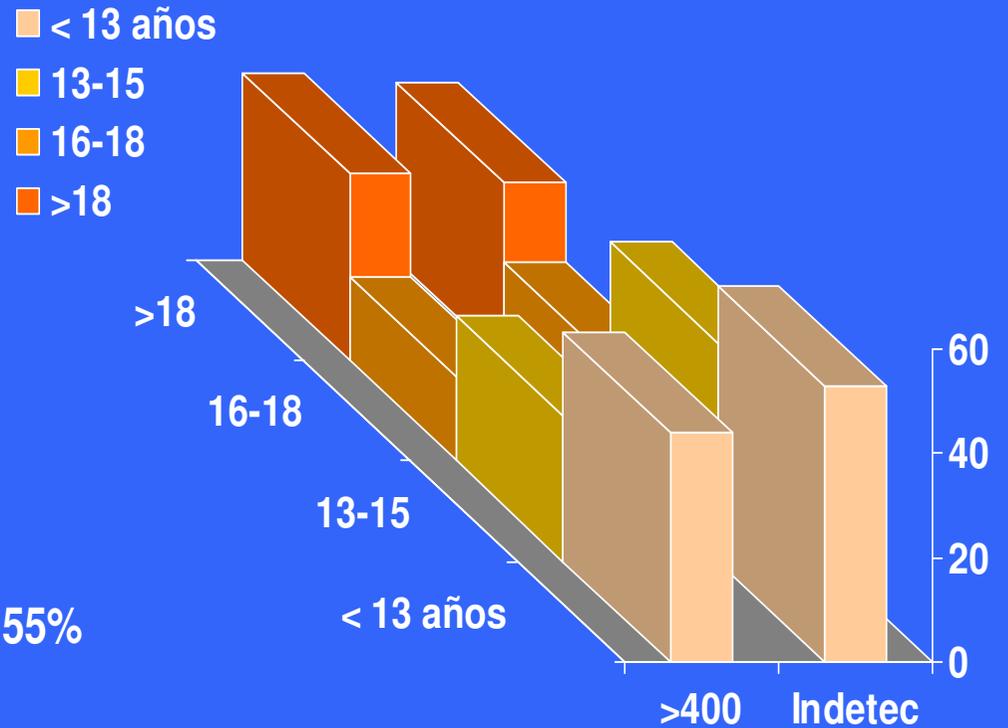
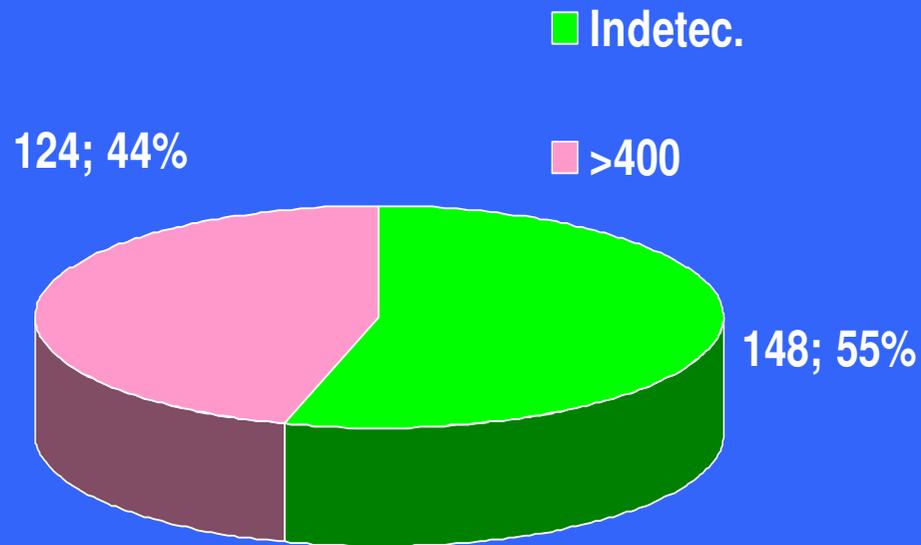


40 % estadio C

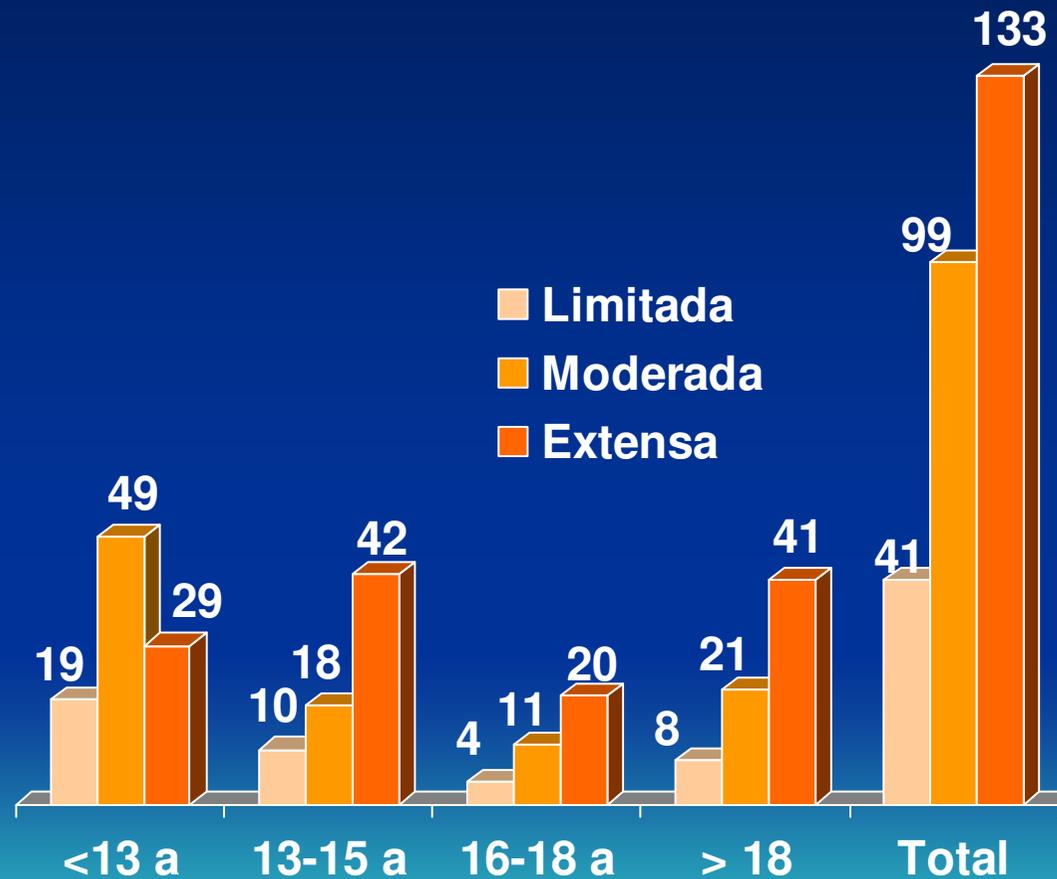
Mejor los pequeños $p < 0,05$

CARGA VIRAL EN LA COHORTE VIH PEDIATRICA DE MADRID

55% CV indetectable
Sin diferencias por edad



COHORTE PEDIATRICA VIH DE MADRID. TRATAMIENTO ACTUAL.



TAR Y ADOLESCENTES

- Los adolescentes precisan **abordaje multidisciplinar** comparado con los niños más pequeños
- Decisión terapéutica del pediatra: **apoyo social, psicológico, nutricional, internista y a veces obstetra**
- No son tan necesarias formulaciones pediátricas
- **Indispensable farmacocinética***: presentaciones de adulto tienen niveles terapéuticos impredecible (aclaración rápida AR)
- ↑ m.grasa-niñas/ ↑ m.muscular-niños, afecta farmacocinética*
- Tanner I, II: **dosis pediátrica**. Tanner V: **dosis de adultos** y dosificación en Tanner III y IV no establecidas

*Rogers A , J Adolescent health 1994



TAR Y ADOLESCENTES

- No siempre la **dosificación idónea en adolescente** es el cálculo por peso/SC/E. Tanner de maduración sexual.
- **E. Tanner no predice de forma inequívoca la maduración y por tanto no puede asegurar una óptima farmacocinética**
- **Niños infectados TV tienen retraso puberal***
- 3TC, ABC, FTC, TFD y algunos IP requieren dosis >> adulto (PK)**
- Adolescente multitratado que ha quemado varias familias de AR con **necesidad de fármacos en uso compasivos**
- **Enfermo diana para terapia simplificada*****
- Riesgo de EFV y embarazo y e interacción AR y anticonceptivos

- * Buchacz K, J AIDS 2003
- **Vigano A . J Infec 2005
- ***Williams PL , Pediatrics. 2006



ELECCION DE TAR EN ADOLESCENTE

- Régimen óptimo: **CV indetectable, normalice CD4 y evite toxicidad**
- No limitar las opciones futuras, **prevenir resistencias** (E. genotipo)
- **El punto clave en la elección de la terapia TAR en adolescentes, es el cumplimiento terapéutico***
- **El régimen más eficaz y menos tóxico no será útil si el chico no lo toma correctamente**
- Contemplar disponibilidad, palatabilidad, pauta, comprimidos, co-administración con otros fármacos e interferencia con comidas**
- **Impacto de TAR en calidad de vida/ compromiso de cumplimiento*****
 - *Williams PL , Pediatrics. 2006
 - **Leonard EG , Ped Infect Dis 2003
 - ***Purdy JB , J Pediatr. 2008



ELECCION DE TAR EN ADOLESCENTE

- Régimen de elección: combinación de 3 AR incluyendo dos familias diferentes: 2 ITIAN + 1 ITINAN o 1 IP:
 - Severidad y **riesgo de progresión**: edad, clínica, CD4 y CV.
 - **Disponibilidad de AR, información PK** y mapa de resistencias
 - **Potencia del régimen y toxicidad** a corto y largo plazo
 - Repercusión sobre **opciones terapéuticas futuras**
 - Presencia de co-morbilidad: **HVB, HVC, TBC...**
 - **Interacciones** con otros fármacos o alimentos
 - **Facilidad de adherencia y de mantener buena calidad de vida**



CLASIFICACION DE LA INFECCION POR EL VIH Y CRITERIOS DE DEFINICION DEL SIDA DE 1993 PARA ADULTOS Y ADOLESCENTES (>13 AÑOS)*

Cifra de linfocitos CD4 (μL)	Categorías clínicas		
	A1	B2	C (SIDA)
1 ≥ 500 (≥ 29 %)	A1	B1	C1
2 200 - 499 (14 -28 %)	A2	B2	C2
3 <199 (sida) (<14 %)	A3	B3	C3

Propuesta por los CDC (*MMWR* 1992; 41:1-7/Nr RR-17), entró en vigor en enero de 1993



Indicaciones de inicio de TAR en el paciente adolescente

Situación del paciente	Actitud
<p>Cualquier categoría clínica C, ó Mayoría de categorías clínicas B (excepto I. bacteriana única o NIL poco sintomática), ó Linfocitos CD4 $<200 /\text{mm}^3$ (o $<15\%$)</p>	TAR inmediato
<p>Categorías clínicas N, A o B (I. bacteriana única o NIL poco sintomática), Y Linfocitos CD4 $200-350 /\text{mm}^3$ (ó $\leq 15\%$), ó Linfocitos CD4 $>350 /\text{mm}^3$, pero: - CV >100.000 copias /ml, ó - Coinfección VHC y/o VHB, ó - Descenso rápido de los linfocitos CD4</p>	Recomendar TAR
<p>Categorías clínicas N o A, y Linfocitos CD4 $> 350 /\text{mm}^3$ (y $>15\%$), y Ninguna de las circunstancias anteriores</p>	Diferir TAR

<p>Preferentes</p>	<p>3TC (o FTC) + ABC o TDF + EFV ó, + LPV/r</p>
<p>Alternativos</p>	<p>3TC (o FTC) + ABC o TDF + NVP ó, + f-AMP/r o ATV/r</p> <p><i>Combinaciones de T-RTV/r para los niños infectados por el VIH</i></p>
<p>Otras posibilidades</p>	<p>Pautas con IP: NFV o IDV/r o SQV/r o tipranavir/r Otras combinaciones de AN, a excepción de las que incluyan d4T o la combinación ddl + TDF</p>
<p>No recomendables en TAR de inicio</p>	<p>Asociaciones de dos IP (salvo RTV como potenciador) Asociación de IP + NA + AN (tres familias) Uso de enfuvirtide (vía subcutánea BID) ARV aún no autorizados en pediatría: darunavir/r, maraviroc, raltegravir, o etravirina</p>
<p>Contraindicados</p>	<p>Otras combinaciones de 3 AN 3TC + FTC, y d4T + ZDV Terapias con menos de 3 fármacos o Asociaciones de 2 NA Uso de IPs no potenciados con RTV (a excepción de NFV)</p>

* PENTA 5. Sharland M. HIV Medicine 2004

Mc Kinney R. Pediatric 2008 * C fortuny. CEVIHP. PMS. MSC 2008

FÁRMACOS ARV QUE PERMITEN LA ADMINISTRACIÓN QD

- ITIANs:
 - ABC , 3TC, FTC, **TDF** y ddl
- ITINANs:
 - EFV y NVP
- IPs:
 - ATV en pacientes *naive* o ATV/r
 - f-AMP/r
 - LPV/r, en pacientes *naive* y con titulación de los niveles plasmáticos

FORMULACIONES QUE COMBINAN DOS O MÁS FÁRMACOS ARV (COMBOS)

Kivexa®	ABC + 3TC	Administración QD
Truvada®	FTC + TDF	
Atripla®	FTC + TDF + EFV	
Combivir®	ZDV + 3TC	Administración BID
Trizivir®	ZDV + 3TC + ABC	



3.- ADOLESCENTE MULTITRATADOS. PLANTEAMIENTO DE RESCATE CON AR*

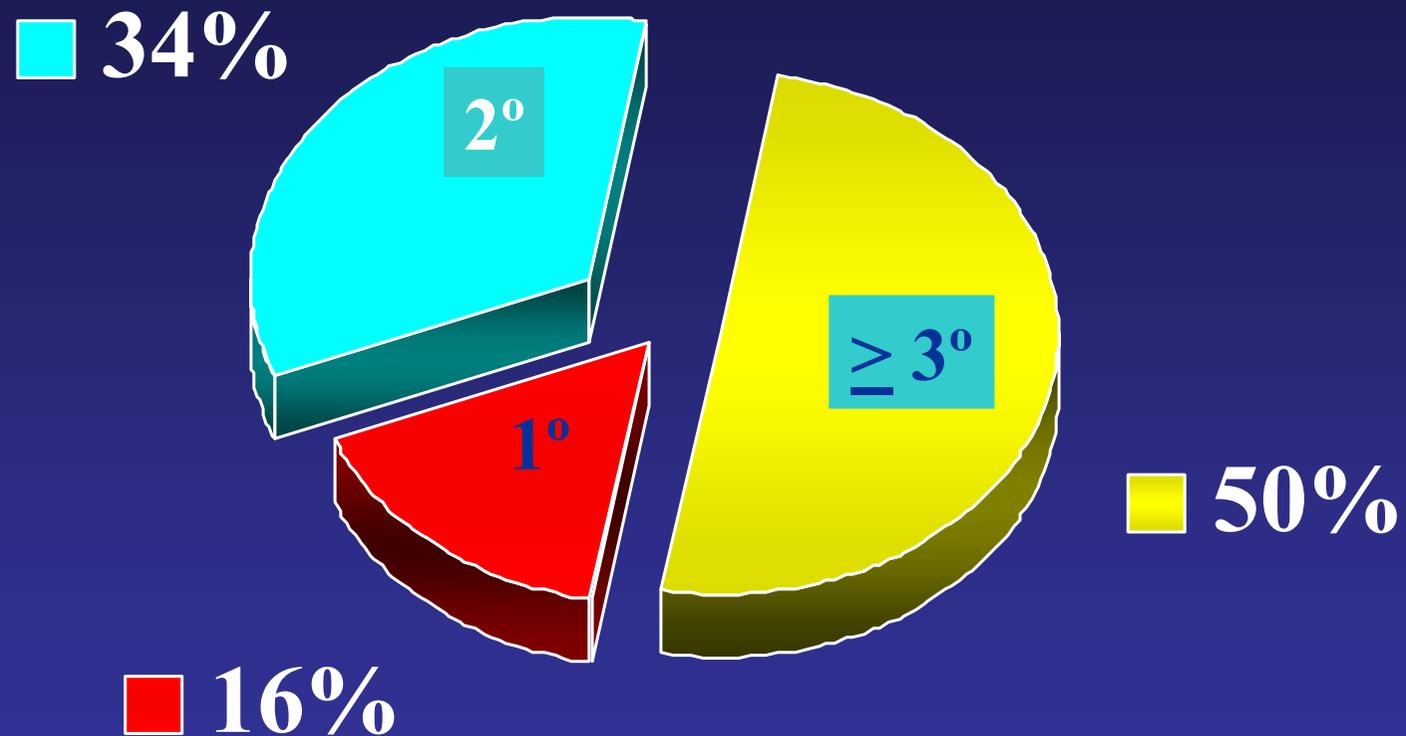
- Analizar cuidadosamente los AR recibidos
- **Test de resistencias** y R previas
- Cálculo del riesgo de progresión (CD4): **Risk Penta Calculator*** (**Edad / CD4 / LT / CV**)
- **Disponibilidad** AR (compasivo) y **previsión de nuevos**
- Utilizar **al menos 2 nuevos** AR con mínima R cruzada

- • Sharland M. HIV Medicine 2004
- ** Risk Penta Calculator: www.pentatrials.org
www.ctu.mrc.ac.uk/penta/hppmcs/graphs.htm



Situación cohorte de niños-adolescentes infectados

Régimen de TARGA



TAR DE RESCATE EN ASDOLESCENTES

Demostrada resistencia a IP/ ITIAN y según historia ARV

- Recuperar 1 ó 2 ITIAN con cierta actividad
- Valorar TDF si no existe la mutación k65r
- Valorar 3TC por su efecto sobre la “fitness” viral

Combinar T-20 con uno de los nuevos IP: TPV-rit
(T-20 subcutáneo dificulta cumplimiento adolescente)

Buen resultado **Darunavir-rit y Etravirina** (compasivo) se toleran bien y posología cada 12h

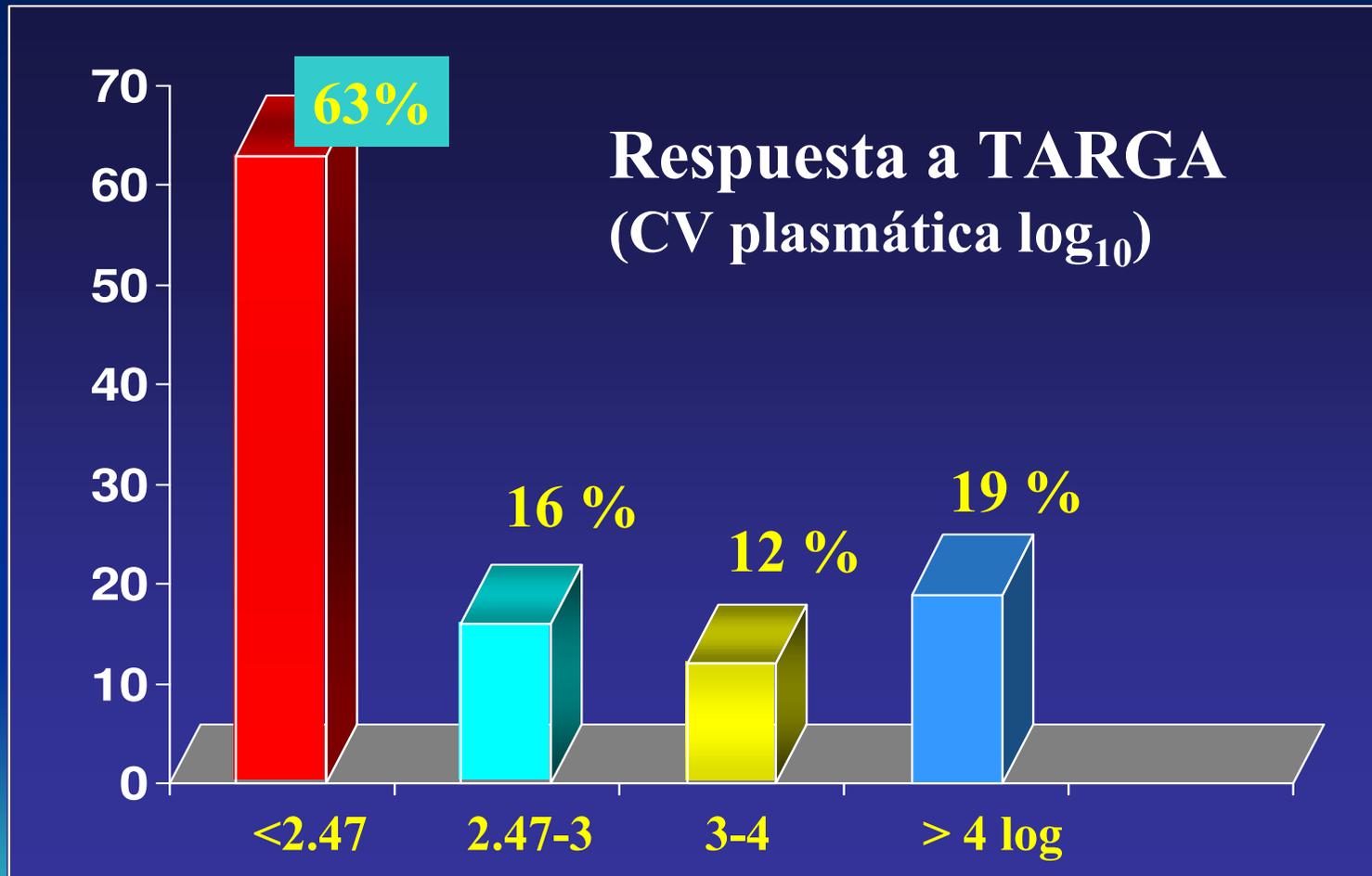
Raltegravir o maraviroc en > 50kg y uso compasivo, posibles, aunque con escasa experiencia.



Tratamiento AR de niños-adolescentes infectados



Evolución virológica de la cohorte



4.- TOXICIDAD: A) PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA

1. Medidas higiénicas: **dieta y “programa” de ejercicio físico** 6-12 m (nivel B)
2. Cuando esto no es suficiente podrían beneficiarse de **cambios en TAR** (nivel B).
3. Reservar **hipolipemiantes** para A-VIH en los que la **asociación de 1+2 no sean suficientes**, pocos datos de eficacia y seguridad (nivel C).



4. TOXICIDAD: B) ALTERACIONES EN LA REDISTRIBUCIÓN DE LA GRASA CORPORAL

- **Marcadores antropométricos** + **valoración subjetiva** del paciente, tutores y el médico. (Nivel B)
- **DXA: técnica de elección** para diagnóstico/evolución del SRGC en A.-VHH (1 DEXA/ 2 años) (Nivel B)
- Uso **AR de mejor perfil metabólico** (evitar RDG). (Nivel C)
- **Dieta equilibrada y ejercicio físico habitual son las recomendaciones para cualquier patrón de RDG.**
- Lipoatrofia facial severa en A-VIH con crecimiento completo, **valorar cirugía reparadora.** (Nivel C)



RECOMENDACIONES DE MANEJO: ALTERACIONES LIPIDICAS /RGC

Dieta saludable y equilibrada, esencial para la salud y supervivencia del adolescentes, con **independencia de la condición VIH** (Nivel B)

Las **Intervenciones nutricionales** son básicas en **A-VIH**

- Con **independencia de la indicación de TAR**
- Deben iniciarse **precoz e individualizada** (Nivel B)

La dieta papel fundamental: **prevención a largo plazo de RCV** por alteraciones metabólicas y morfológicas asociadas al VIH y al TAR (Nivel B)

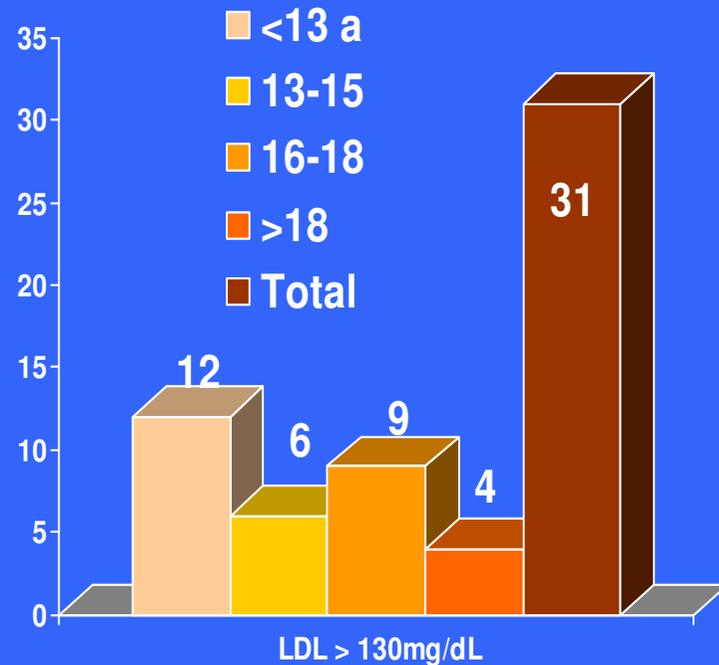
Los ejercicios aeróbicos de resistencia son los más beneficiosos para la salud CV y deben de instaurarse **precozmente** como una de las actuaciones terapéuticas más aconsejables (Nivel A)

4.- TOXICIDAD: D) ALTERACIONES METABOLISMO ÓSEO:

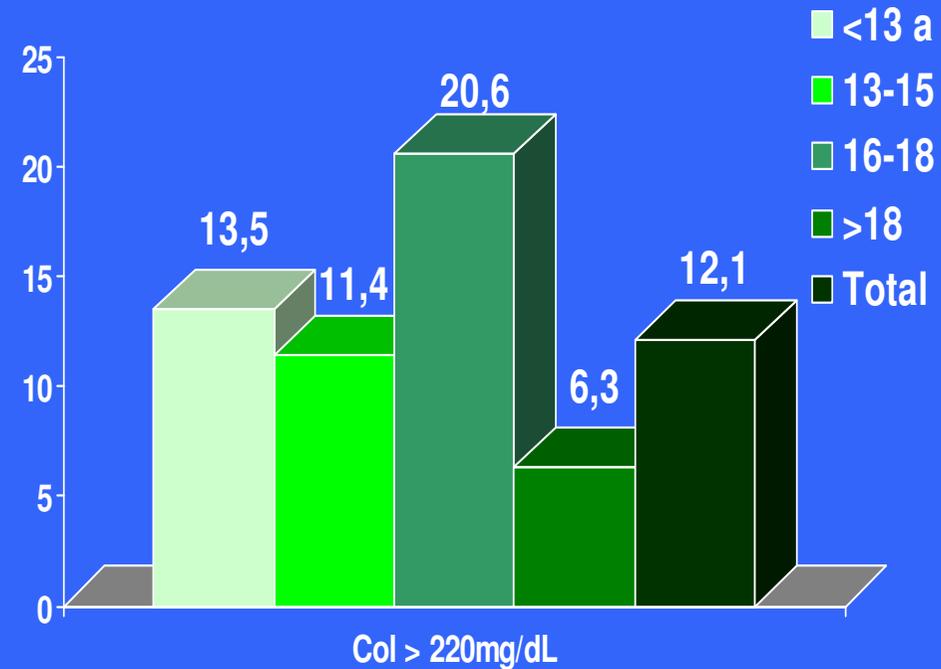
- **No es preciso** DXA ni metabolitos óseos rutinario.
- Valoración **individual**: clínica, AP: TDF, corticoides, encefalopatía inmovilización prolongada...(Nivel evidencia 3, Recomendación D)
- La DXA se debe evaluar en base a la **edad, sexo, talla y peso**. (Nivel de evidencia 2+, Recomendación C)
- Prevención osteopenia: **ingesta adecuada de Ca, Vit D + ejercicio físico frecuente** y evitar alcohol / tabaco. (Nivel 2+, Rec C)
- **No se recomiendan fármacos en ↓DMO, asintomático y sin fracturas asociadas**. (Nivel de evidencia 4, Recomendación D)
- A-VIH con **osteopenia y fracturas no traumáticas o dolores óseos importantes: bifosfonatos, Ca y vit D**. (Nivel 4, Recomendación D)



COHORTE PEDIATRICA VIH DE MADRID. Hiperlipemia y riesgo cardiovascular



15% LDL > 130
12% Colesterol > 220mg/dL



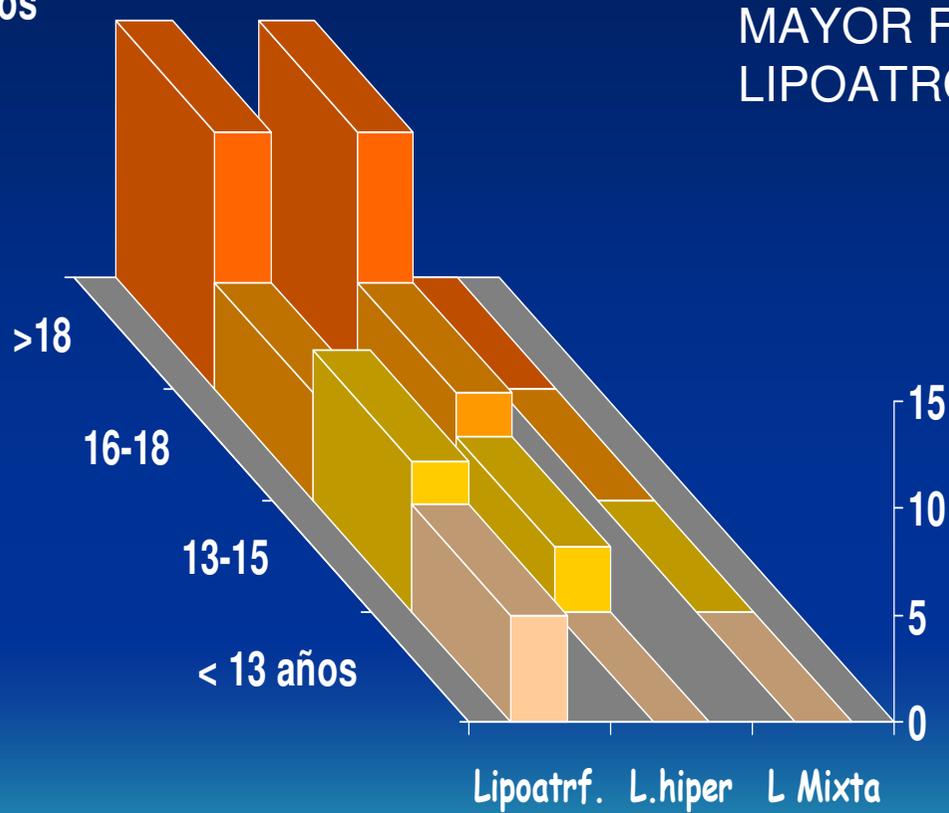
MEDIA

Colesterol 172,5 (75 - 323)
Triglicéridos 121 (21 - 521)

ALTERACION DE LA REDISTRIBUCION GRASA.

COHORTE PEDIATRICA VIH DE MADRID

- < 13 años
- 13-15
- 16-18
- >18

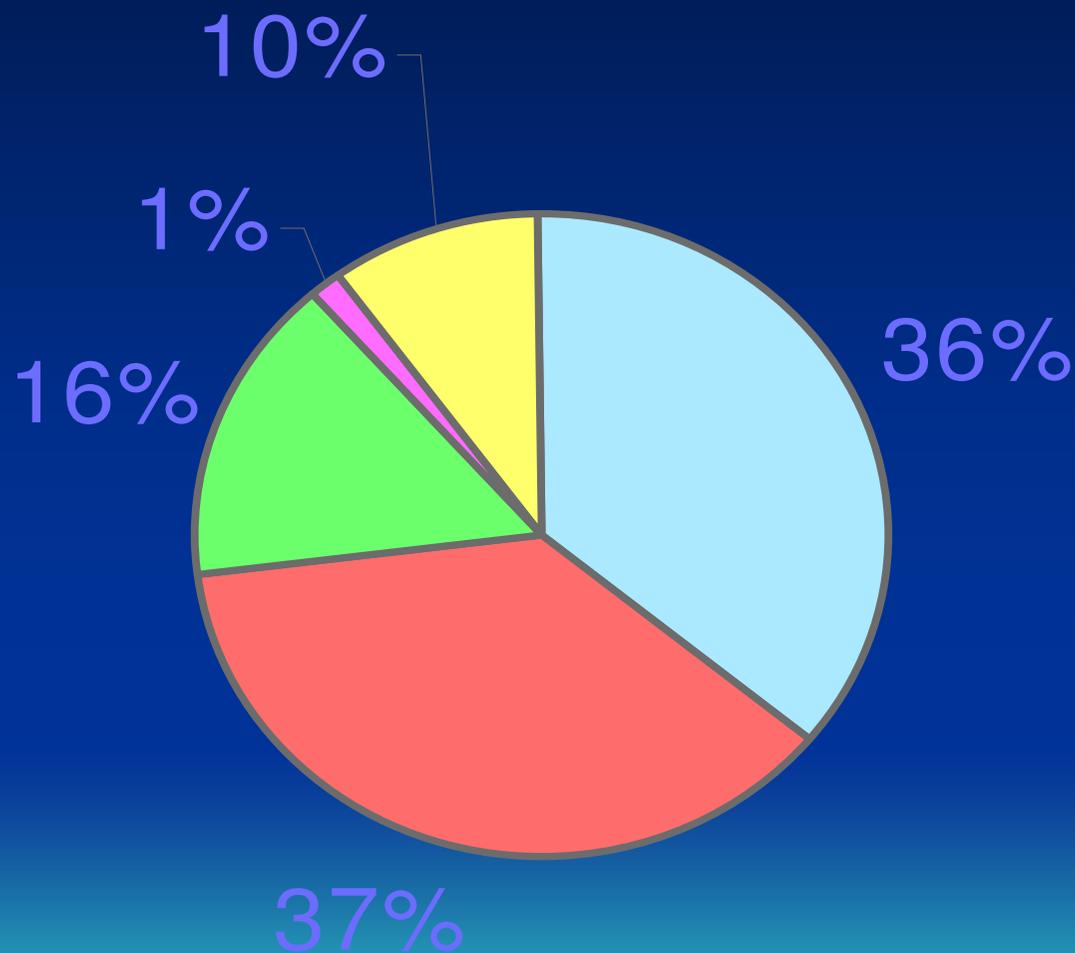


MAYOR FRECUENCIA DE LIPOATROFIA EN > 18 A.

5.- RECOMENDACIONES SOBRE CUMPLIMIENTO TERAPEUTICO A-VIH

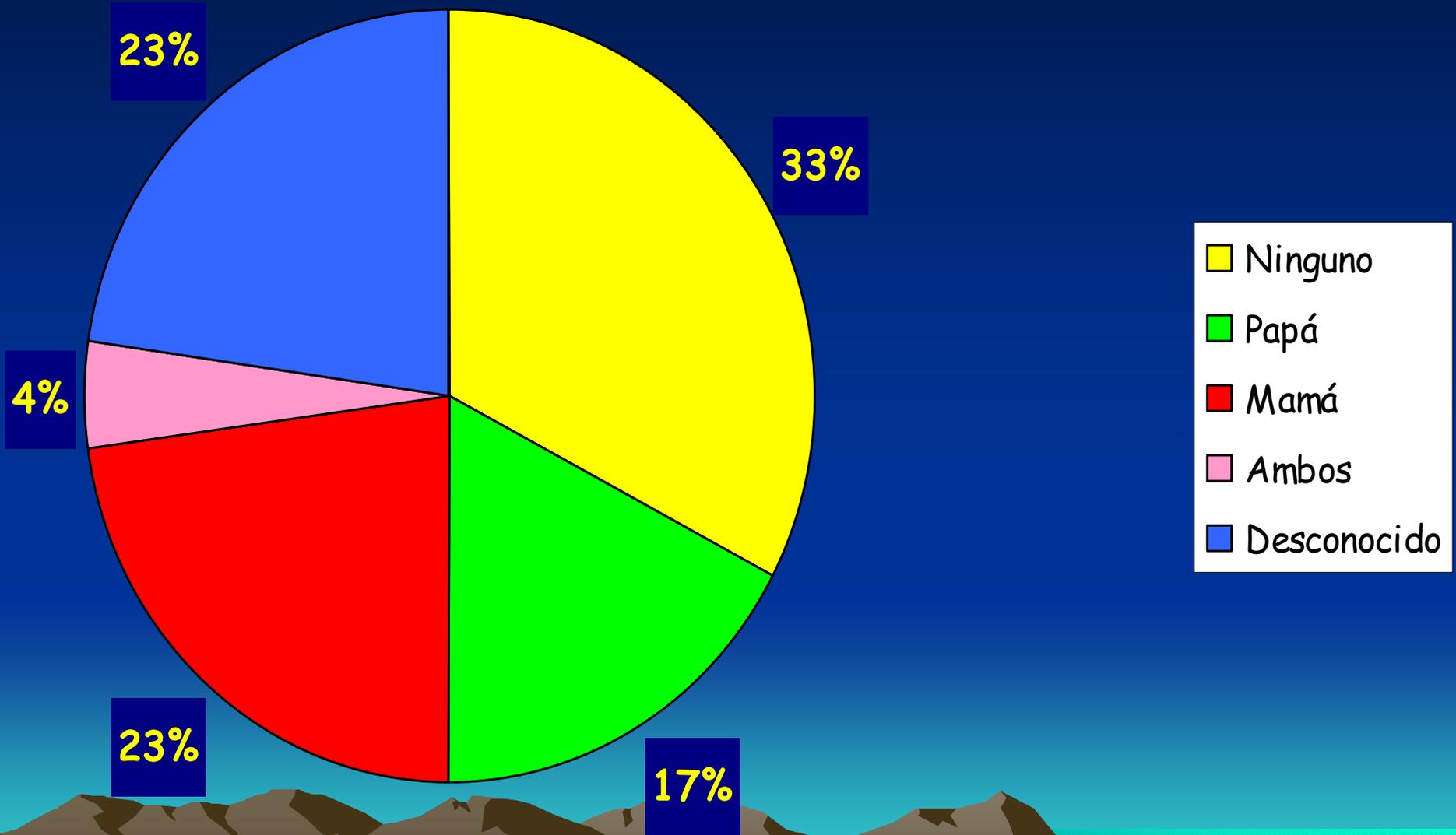
- **Simplificar TAR (QD) uso de dispositivos de dispensación de AR (Nivel de recomendación B)**
- **Detección precoz de toxicidad y cambios TAR, antes de que interrumpa el paciente (Nivel B)**
- **Priorizar estrategias para optimizar el cumplimiento :**
 - **2 métodos sensibles de evaluar cumplimiento**
 - **Intervenciones específicas para mejorarlo (Nivel C)**
- **Participación multidisciplinaria (cumplimiento), extraordinaria complejidad : Pediatra, enfermera, farmacia, psicólogo, trabajador social... (Nivel B)**

Vía de infección de la madre



- Sexual no UDVP
- UDVP
- Sexo + UDVP
- No infectada
- Se desconoce

Padres fallecidos



6.- CALIDAD DE VIDA

- **Pautas terapéuticas sencillas (Nivel B).**
- **Facilitar la accesibilidad al Sistema de Salud (Nivel C).**
- **Responsabilidad progresiva en su enfermedad (Nivel C).**
- **Multidisciplina: Crear condiciones de hábitat que faciliten su calidad de vida en los límites que la enfermedad permita (Nivel C).**
- **Atención prioritaria a estructuras familiares deficitarias: Enfermedad, pérdidas... Reforzar las figuras de referencias (Nivel C)**
- **Vigilancia de situaciones de crisis del adolescente: derivación y tratamiento adecuado (Nivel C).**

7- INFORMACION EN SEXUALIDAD

- **Iniciar revelando LA ENFERMEDAD** y contagio. (Nivel de recomendación C)
- Educar en “**prevención transmisión a sus parejas sexuales**”. (Nivel C)
- **Educación y promoción de sexo seguro**: ETS y embarazo no deseado (N. C)
- **Retraso inicio relaciones sexuales**: evita E. cervical/pélvica precoz (Nivel C)
- **Capacidad de procreación**: planificación familiar/ U. reproducción.
Recomendar retraso embarazo a edad adulta (consejo previo). (Nivel C)
- Recomendar **evaluación ginecológica** en chicas. (Nivel C)
- **Vacunar frente a infección por VPH**. (Nivel A)
- **Cribado citológico precoz** sí relaciones sexuales (cada 6-12 m). (Nivel A)
- La **vacunación con vacuna VPH no reemplaza el screening cervical**. (Nivel A)
- **Anticoncepción siempre con método barrera, recomendándose asociar método hormonal** (Nivel C).

8.- ESTILO DE VIDA: DIETA

- Una **dieta saludable y equilibrada** es esencial para conseguir una correcta nutrición en todos los individuos (Nivel B)
- La dieta es de gran importancia para **prevenir los efectos CV secundarios al TAR (Nivel B)**
- La intervención nutricional se hará de **forma precoz (Nivel B)**
- **Individualizada y adaptada** a la sintomatología (Nivel A)
- Se intervendrá para **evitar estados de malnutrición grave (Nivel A)**
- **ORIENTACIONES DIETÉTICAS EN EL PACIENTE VIH:**
 - Calcular el aporte calórico y fraccionar la dieta en 5-6 tomas/día
 - Aportar: 50-60% HC, 15-20% Proteínas y 25-30% de grasas.
 - Grasa: Saturadas < 10% Monoinsat. 10-15% Poliinsat < 10%.
 - Fibra 25-30% g / día.
 - Si necesario suplementos vitamínicos y minerales
 - Suplementos orales para cubrir los requerimientos calórico-proteicos



8.-ESTILO DE VIDA: EJERCICIO

- Los ejercicios aeróbicos de resistencia benefician la salud CV del paciente con infección VIH (Nivel A).
- La práctica de ejercicios aeróbicos de resistencia puede mejorar la masa magra y la fuerza muscular en los pacientes con TAR (Nivel de evidencia A).
- **No hay evidencia** de ventajas del uso de ayudas ergogénicas (creatina) en pacientes tratados con TAR (Nivel C).
- La utilidad de actividad física para incrementar la actividad **inmunológica** es limitada (Nivel C).
- **Recomendar actividad física aeróbica moderada y habitual, como terapia coadyuvante, capaz de mejorar la salud mental y la calidad de vida de estos pacientes (Nivel A).**



9.-TRANSICION DEL A-VIH A LA CONSULTA DE ADULTOS (Nivel C)

- Integrar adecuadamente la información del A-VIH
- Favorecer “**lugar propio en la visita médica**” sin presencia de padres.
- **No inicial la transición si existe una situación inestable.**
- Situación social, económica, creencias, costumbres: **determinantes**
- Paso **secuencial y con discusión previa.**
- Aconsejable **primeras visitas conjuntas con internista.**
- **Abordaje multidisciplinar:** Médico, Psicólogo, Enfermera, A.social...



TRANSICION: INFORMACION A TRANSMITIR

- **PEDIATRA: Resumen detallado HC:**
 - Antecedentes, **TAR**, situación actual
 - Resistencias, **nadir de CD4**, acontecimientos clínicos
 - **Cumplimiento**, efectos adversos, calendario vacunal
 - Consumo de alcohol o sustancias tóxicas
 - Coinfecciones, desarrollo neurocognitivo, etc.
- **EI INTERNISTA:**
 - **Realizar** seguimiento muy estrecho del paciente
 - Mostrarse **asequible** al adolescente.
 - Hacerle saber que **no debe tener miedo al cambio** porque su pediatra va a estar informado de su evolución hasta que se produzca una **adaptación completa**.

ADOLESCENTES: PASO A ADULTOS

¿Hay una edad ideal?

- **Recomendable:** PASO GRADUAL
 - Preparación psicológica a los 13-14 años
 - Consulta conjunta a los 14-16 años?
 - Paso definitivo a los 16-18 años?

BHIVA. Supporting transition for young people who have grown up with HIV infection.

www.bhiva.org/chiva

APRENDIZAJE DE ESTA GPC ADOLESCENTE-VIH

- Esta década y parte de la siguiente: consultas de pediatría y MI: **“Generación única de adolescentes infectados verticalmente”** que serán adultos.
- **Niños nacidos antes TARGA** y que recibieron TAR secuencial incluso mono/ biterapia
- **Han sobrevivido** gracias TAR en situación de muy mal pronóstico.
- **Este grupo de pacientes único, que posiblemente nunca se vaya a repetir presenta el mayor desafío:** Complicado manejo terapéutico, cepas polirresistentes y riesgo elevado de toxicidad metabólica futura.
- **Serán determinantes de supervivencia y calidad de vida la habilidad y empeño de los médicos: única garantía**

ULTIMO MENSAJE A LA SALA

- El enorme aprendizaje que estos niños, hoy adolescentes, nos ha dejado es sin duda lo mejor que podemos ofrecer a las próximas generaciones de niños infectados por VIH.
- Ellos también serán en su día adolescentes, pero con una historia de TARGA más eficaz y juiciosa y habiendo pretendido desde el inicio fomentar el cumplimiento con regímenes sencillos y evitando la toxicidad.



Gracias a todos

- **Coordinación:** David Moreno. M^a José Mellado. Rosa Polo
- **Autores:** Rosa Castillo Rabaneda. Luis Ciria Calavia. José Couceiro Gianzo. M^a Isabel de José Gómez. Pilar Díaz Sánchez. Clàudia Fortuny Guasch. Pilar Garriga Mayugo. Inmaculada Giménez Fernández. Carmen Gómez Candela. Juan González García. Rosa González Merino. Raúl González Montero. María Isabel González-Tomé. Dolores Gurbido Gutiérrez. Hernando Knobel. Pablo Martín Fontelos. María José Mellado Peña. Pilar Miralles Martín. David Moreno-Pérez. Eloy Muñoz Gállico. Carmen Muñoz-Almagro. Antonio Mur Sierra. Marisa Navarro Gómez. Antoni Noguera Julian. M^a Carmen Otero Reyagada. Rosa Polo Rodríguez. José Tomás Ramos Amador. Pablo Rojo Conejo. Jesús Saavedra-Lozano. Pere Soler Palacín. Marta Torrens Mèlich. M^a Carmen Viñuela Benéitez.
- **Colaboradores:** Anna Masferrer Martí. Ramón Ferrando Vilalta. Francisco Asensi Botet. Amparo Pérez-Tamarit. Teresa Hernández Sampelayo-Matos.



GRÀCIES

A TOTS
VOSTRES !!!!

