

# TAR en situaciones especiales: Adulto mayor y falla renal

Prof. Dra. Claudia Cortes  
Universidad de Chile



**Simposio Regional**  
*Comunidad y ciencia unidas para la eliminación  
de la epidemia de VIH en América Latina*

EL NUEVO  
**ECUADOR**

Ministerio de Salud Pública

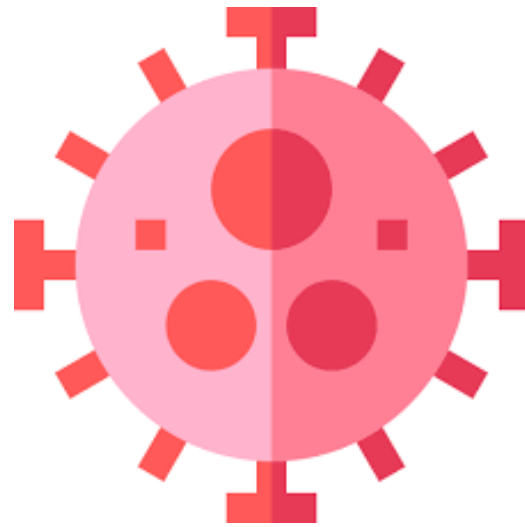
# TAR en situaciones especiales: Adulto mayor y falla renal

Dra. Claudia Cortes  
Profesora Titular  
Universidad de Chile  
International AIDS Society



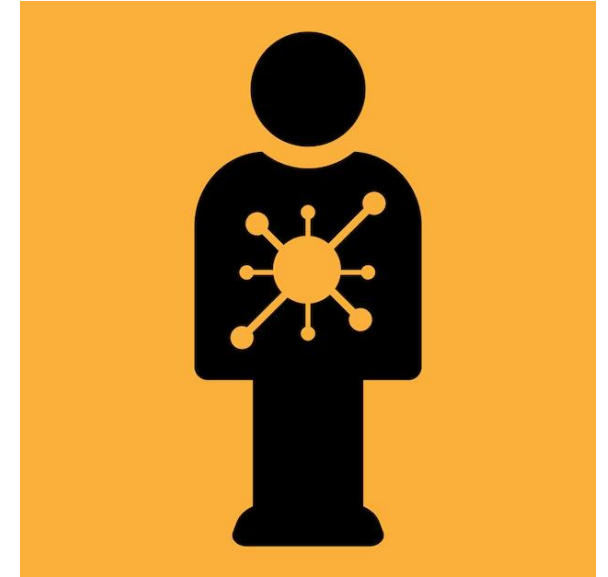
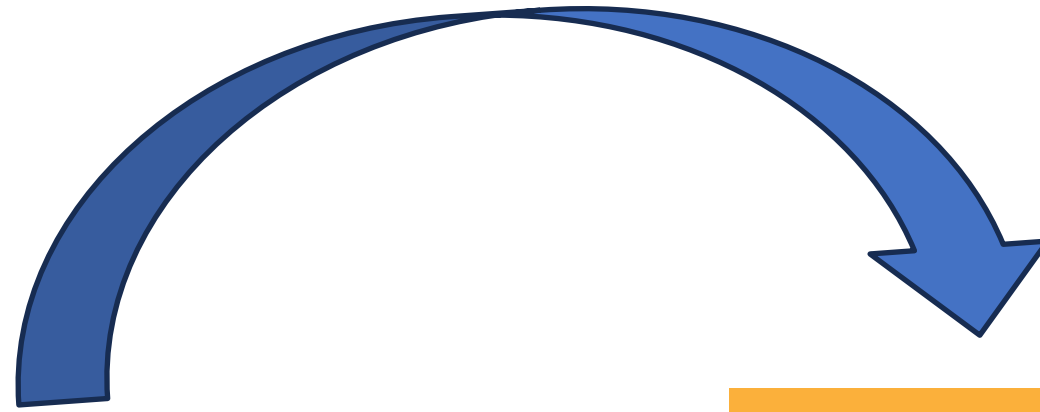
# ***Desafíos en el tratamiento del adulto mayor viviendo con VIH***

# Cambio de paradigma: más allá de la supresión viral



Atención del VIH centrada  
en la enfermedad

Enfoque en el tratamiento  
antirretroviral y la supresión viral



Atención del VIH centrada  
en la persona

Enfoque en bienestar a largo  
plazo y calidad de vida  
relacionada a la salud

# Objetivos del tratamiento





Para la mayoría de las personas que viven con el VIH, el tratamiento del virus actualmente es controlable

**Nuestro mayor reto es brindar una mejor calidad de vida y reducir los riesgos de otras enfermedades asociadas.**







# THE GRAYING OF AIDS

*stories from an  
aging epidemic*

# SuperVIHvientes: la generación que lleva 30 años viviendo con el virus del sida

CRISTINA G. LUCIO | Madrid

1 DIC. 2018 | 10:42



Ana Martín y Mar Linares, dos de las 'superVIHvientes' que han vivido más de tres décadas con el virus. / J. LUENGO

<https://www.poz.com/article/envejeciendo-con-el-vih>

# The Aging of the HIV Epidemic in the US

CDC Surveillance Data



# Personas viviendo con VIH >50 en LAC



**MÉXICO**

**10.2% (35,616) son >50 años**

**11.6%** de los nuevos diagnósticos son en >40 años

**Octubre 2022**

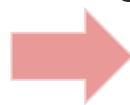


**BRASIL**

**11.3% son >50 años**

La incidencia aumentó en mujeres >50 y/o

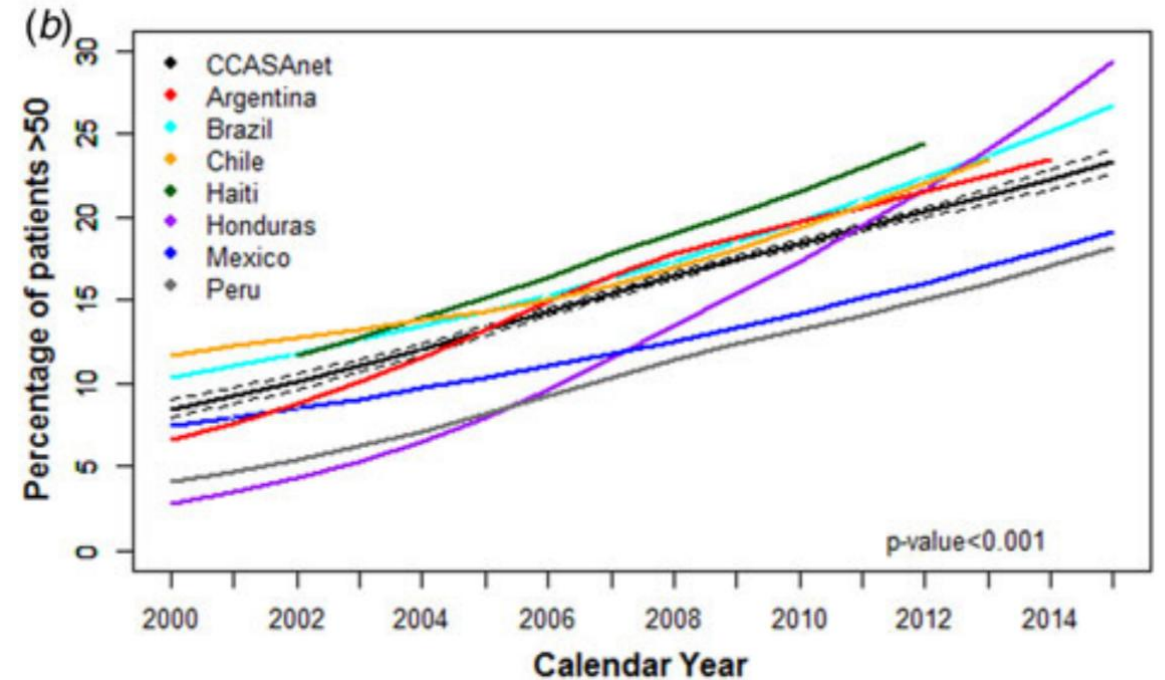
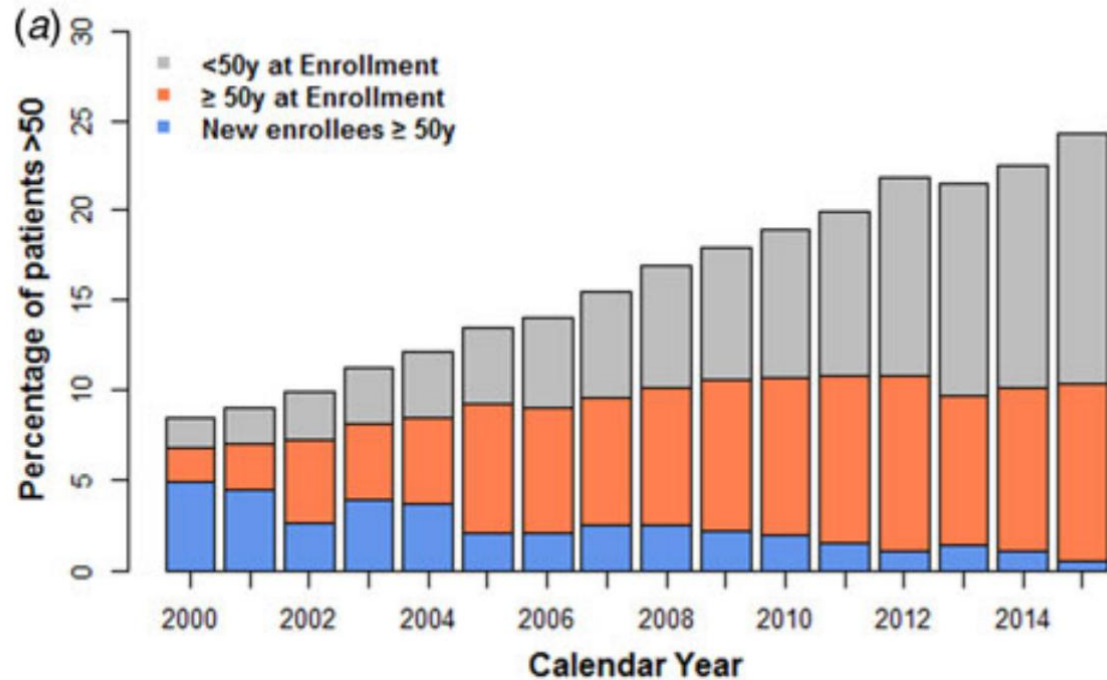
**12.2%**  
2011



**17.9%**  
2021

**El 24% de las PVV tienen >50 años, en Latinoamérica**

# Incremento en la proporción de > 50 años recibiendo atención por VIH en LAC



- A. Porcentaje de pacientes mayores de 50 años activos recibiendo atención por grupo de edad y año calendario
- B. Tendencia del porcentaje de pacientes mayores de 50 años por sitio y año calendario

# Por que hay personas adultos mayores viviendo con VIH?

Menor mortalidad de la infección

Cronificación de la infección por VIH

Mayor expectativa de vida general de la población

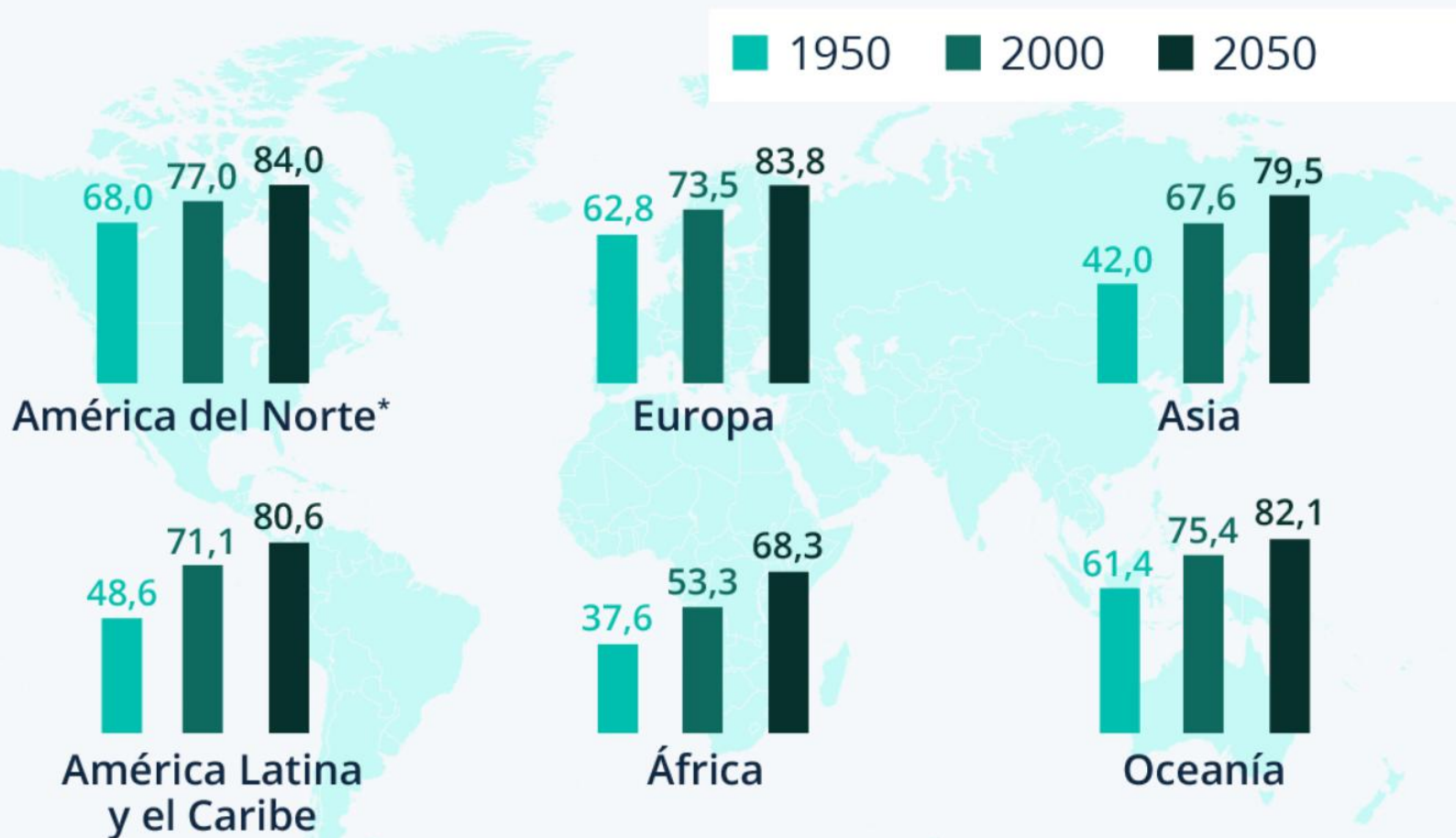
Mayor expectativa de vida de la población VIH

Vida sexual activa a mayor edad

Menor autocuidado, menor sensación de riesgo de ITS en el adulto mayor

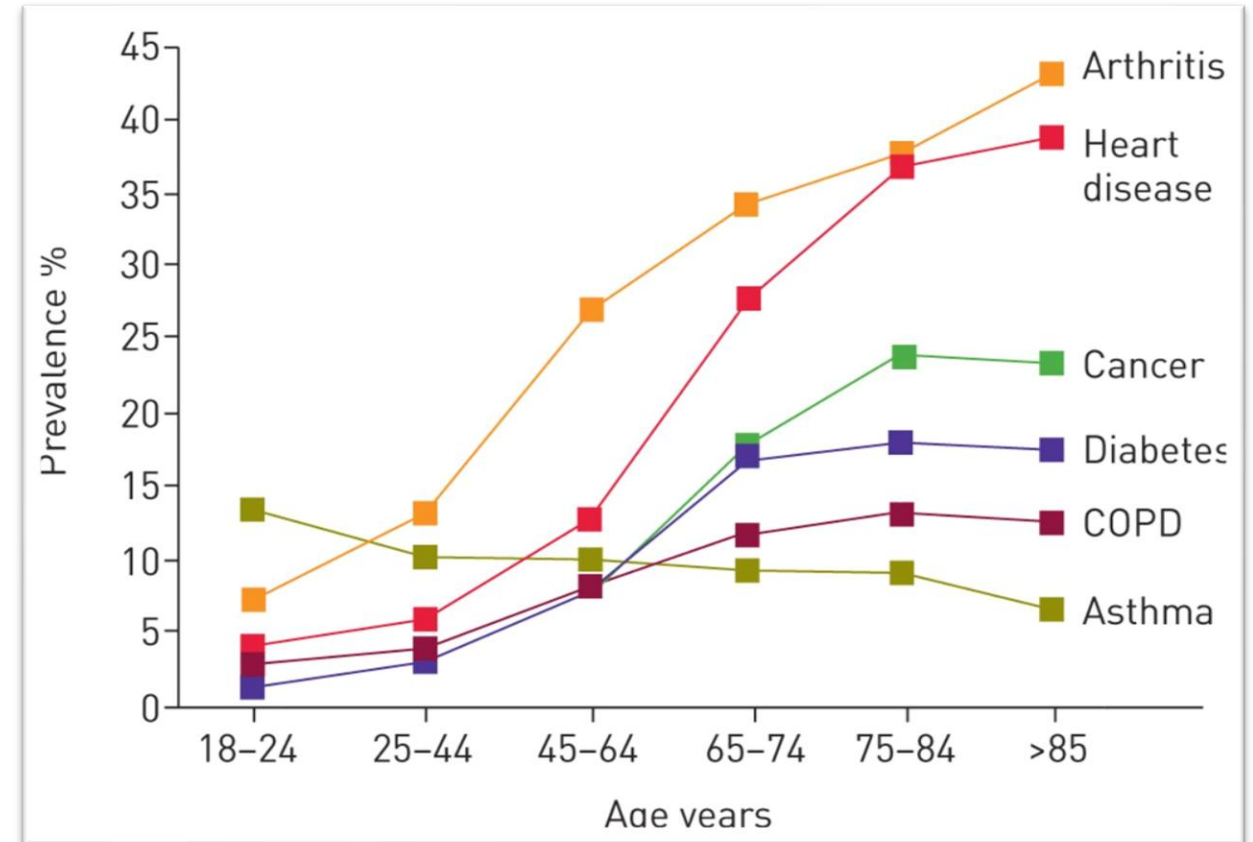
# Aumenta la esperanza de vida en el mundo

Esperanza de vida al nacer estimada en 1950, 2000 y 2050, por región (en años)



# Transición del VIH como preocupación principal al manejo de síndromes geriátricos

- ✓ Comorbilidades no relacionadas a VIH pasan a ser problemas primarios de salud
- ✓ Patologías similares a las de la población general de edad avanzada, pero con necesidades de salud únicas relacionadas con el VIH.



Los adultos mayores (especialmente mujeres) **NO** se perciben a sí mismas como una población de riesgo, **los médicos tampoco.**

## Ageing with HIV

### Delayed presentation of HIV among older individuals: a growing problem

Amy C Justice, Matthew B Goetz, Cameron N Stewart, Brenna C Hogan, Elizabeth Humes, Paula M Luz, Jessica L Castilho, Denis Nash, Ellen Brazier, Beverly Musick, Constantin Yiannoutsos, Karen Malateste, Antoine Jaquet, Morna Cornell, Tinei Shamu, Reena Rajasuriar, Awachana Jiamsakul, Keri N Althoff

vided.<sup>40</sup> Furthermore, although all sexual minorities face challenges in having discussions of risk behaviour with their providers, older sexual minorities face the combined stigma of age and sexual minority status.<sup>41</sup> Finally,

stigmatising if HIV testing was the default.<sup>40</sup> In many countries, older individuals are not viewed by health-care providers, nor do they see themselves, as at risk for HIV.

#### Original article

### HIV Sexual Risk Behavior in Older Black Women: A Systematic Review

Tanyka K. Smith, PhD, FNP-BC<sup>\*</sup>, Elaine L. Larson, RN, PhD, FAAN, CIC

Columbia University School of Nursing, New York, NY

identified in this study. For instance, older Black women did not perceive their own risk for HIV and their beliefs were associated with lack of HIV awareness, monogamy, and other relational factors. This corresponds with the findings in existing literature,

Similarly, Neundorfer and associates (2005) found that about two thirds of the women who were in long-term relationships did not use condoms because they did not perceive themselves as being at risk for HIV, but were subsequently infected with HIV.

# Baja Percepción de riesgo

↑ Diagnósticos Tardíos

↓ Tamizajes para VIH

↓ Uso de Condón

↓ Educación para su abordaje

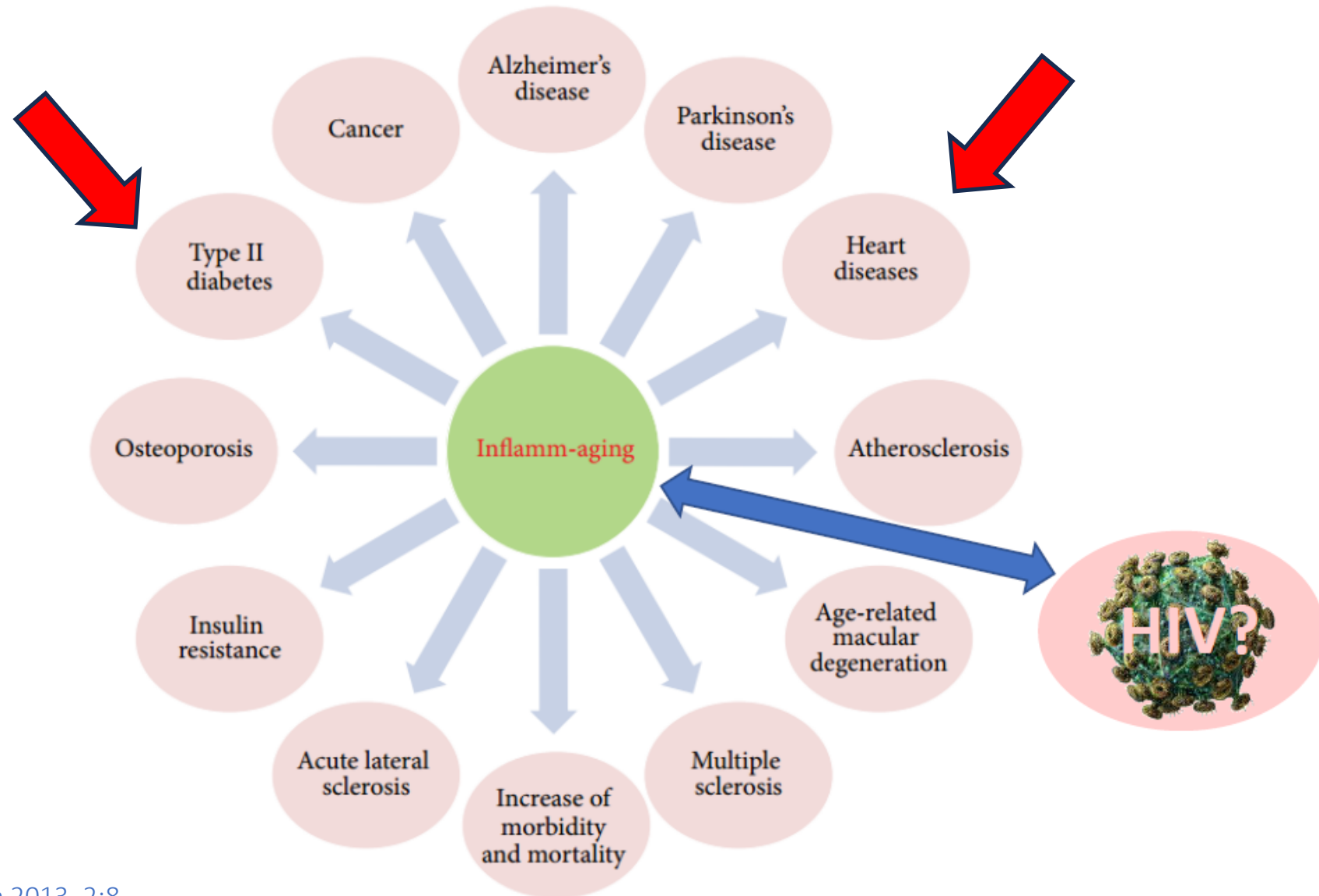


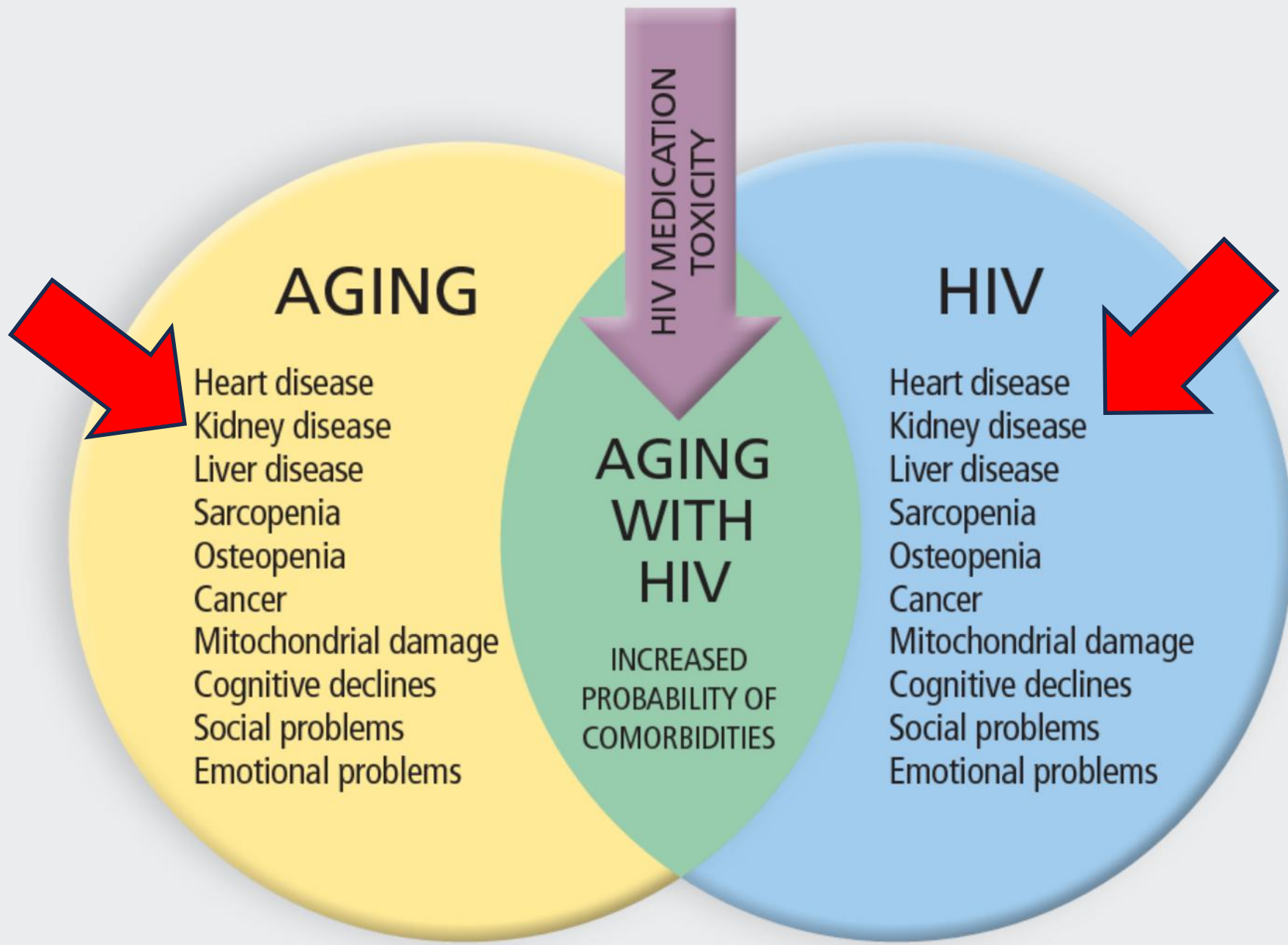


# Sex never gets Old

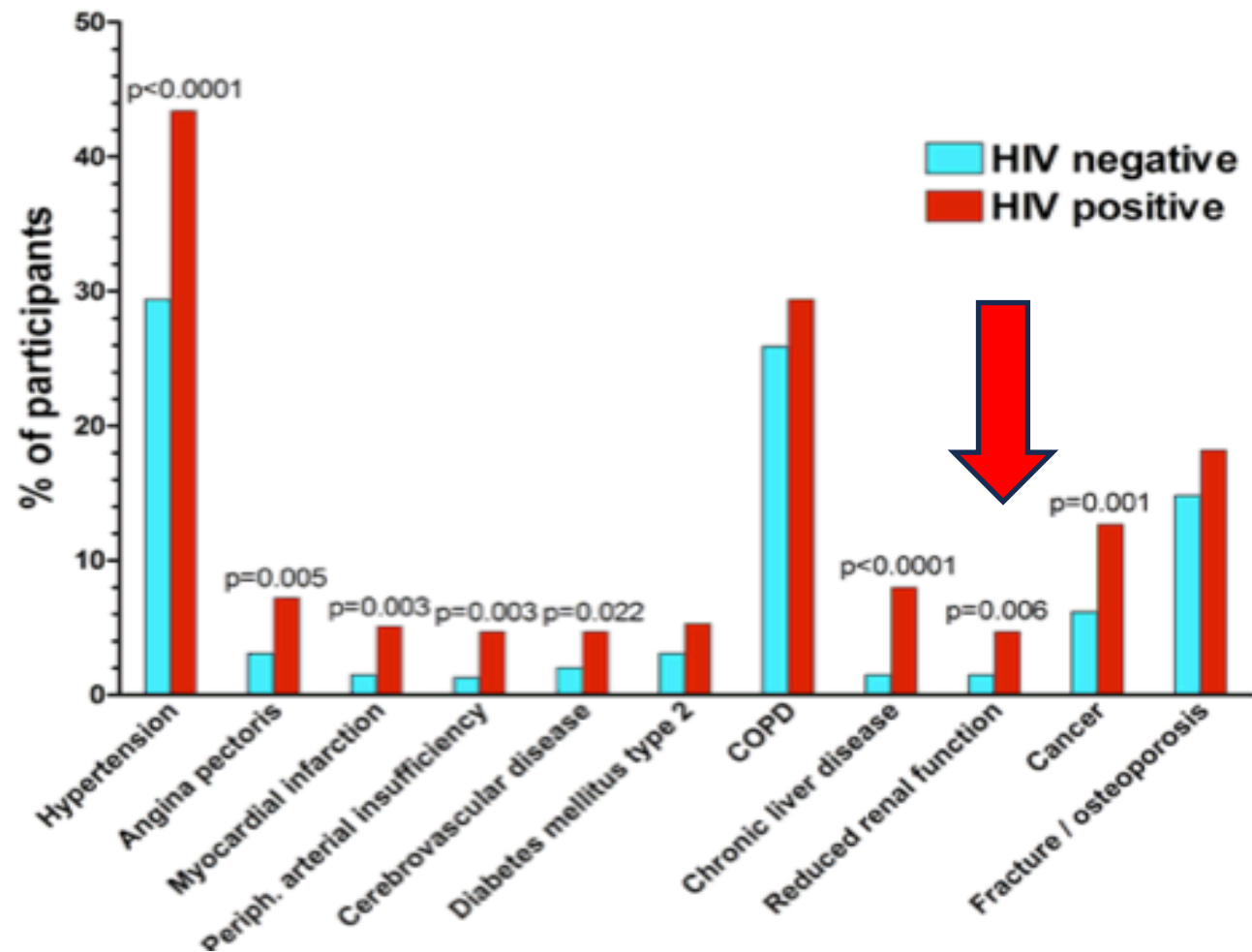
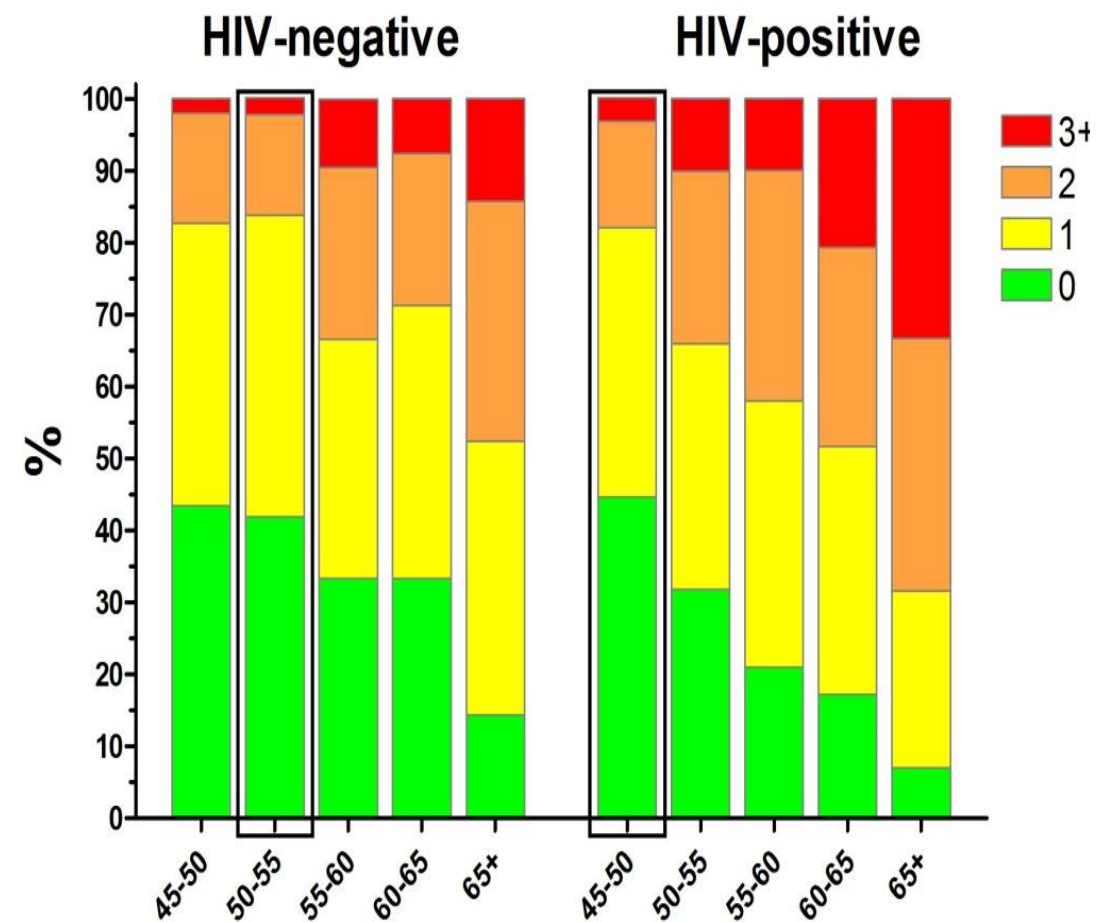
Been there, done that, and want to do it again.  
Be healthy while staying sexually active.

# Ciclo de “Inflamm-aging”





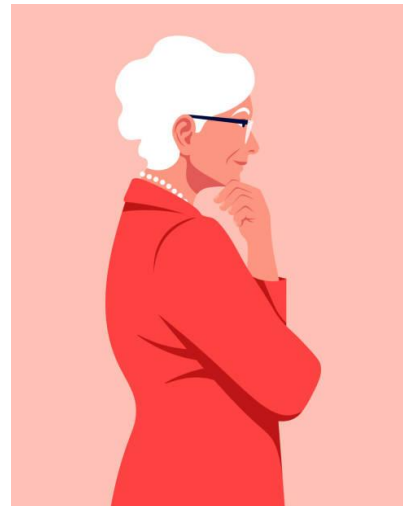
# Comorbilidades y envejecimiento



# Polifarmacia

- ✓ Uso de  $\geq 5$  medicamentos
- ✓ La polifarmacia es uno de los predictores más fuertes de RAM graves, interacciones farmacológicas y riesgo de caídas
- ✓ Asociación dosis-respuesta con mortalidad por todas las causas y ECV

**La existencia de envejecimiento y polifarmacia en PVVIH es un ÉXITO científico.**



# ¿A qué se enfrenta una mujer que vive con VIH >50?



# Síntomas de menopausia en mujeres viviendo con VIH

## Prevalence of menopausal symptoms



### Somatic

hot flushes, palpitations, joint and muscle discomfort, sleep disturbance



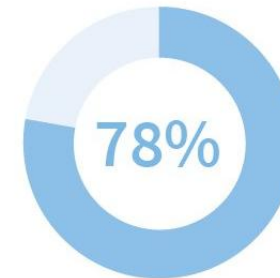
### Urogenital

vaginal dryness, urinary tract symptoms, sexual problems



### Psychological

depression, anxiety, irritability, exhaustion



¿Es el VIH? ¿O es la menopausia?

# ***Manejo del paciente con insuficiencia renal crónica en TAR***

# Etiología

- **Multifactorial:** incluyendo el efecto directo del VIH, nefrotoxicidad farmacológica y comorbilidades tradicionales como DM e HTA
- **HIVAN (Nefropatía Asociada al VIH):** Sigue siendo una causa crítica de insuficiencia renal, especialmente en casos de diagnóstico tardío o respuesta viral deficiente a TAR. Se caracteriza clínicamente por carga viral detectable y alta proteinuria
- La TAR es una intervención crucial, ya que reduce el riesgo de progresión a enfermedad renal terminal en pacientes con HIVAN

# Monitoreo

## Puntos Clave:

- 1. Estimación de la VFG:** Se recomienda usar la ecuación CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) para la estimación de VFG o la ecuación de Cockcroft–Gault para estimar el aclaramiento de creatinina (CrCl), especialmente para el ajuste de dosis de ARV.
- 2. Monitoreo de Rutina:** VFG/CrCl al menos dos veces al año y la proteinuria/albuminuria al menos anualmente en pacientes estables. Se aconseja realizar pruebas más frecuentes si existen factores de riesgo de ERC.
- 3. Detección de Nefrotoxicidad Tubular:** La evaluación de la ERC de nueva aparición debe incluir marcadores de disfunción tubular proximal si el paciente está en tratamiento con tenofovir.
  - a) glucosuria en ausencia de hiperglicemia. Otros marcadores son las proteínas de bajo peso molecular ( $\beta_2$ -Microglobulina)

[www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org)

[hiv-druginteractions.org](http://hiv-druginteractions.org)

## Antiretroviral Dosing in Adults with Renal Impairment



*Revised April 2025*

*For personal use only. Not for distribution. For personal use only. Not for distribution. For personal use only. Not for distribution. For personal use only. Not for distribution. For personal use only. Not for distribution.*



# EACS Guidelines

eGFR<sup>(II)</sup> (mL/min)

Haemodialysis<sup>(III)</sup>

≥ 50

30-49

10-29

< 10

## NRTIs

### Individual agents

|                             |                               |                               |                                                                             |                                                                         |                                              |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>ABC<sup>(III)</sup></b>  | 300 mg q12h or<br>600 mg q24h | No dose adjustment required   |                                                                             |                                                                         |                                              |
| <b>FTC<sup>(V)</sup></b>    | 200 mg q24h                   |                               | 200 mg q72h                                                                 | 200 mg q96h                                                             | 200 mg q24h <sup>(IV)</sup>                  |
| <b>3TC<sup>(V)</sup></b>    | 300 mg q24h                   | 150 mg q24h                   | 100 mg q24h <sup>(VI)</sup>                                                 | 50 mg q24h <sup>(VI)</sup>                                              | 25 mg q24h <sup>(IV, VI)</sup>               |
| <b>TDF<sup>(VIII)</sup></b> | 300 <sup>(VIII)</sup> mg q24h | 300 <sup>(VIII)</sup> mg q48h | Not recommended<br>(300 <sup>(VIII)</sup> mg q72-96h,<br>if no alternative) | Not recommended<br>(300 <sup>(VIII)</sup> mg q7d,<br>if no alternative) | 300 <sup>(VIII)</sup> mg q7d <sup>(IV)</sup> |
| <b>TAF<sup>(IX,X)</sup></b> | 25 <sup>(XI)</sup> mg q24h    |                               |                                                                             | No data                                                                 | 25 mg q24h <sup>(IV)</sup>                   |
| <b>ZDV</b>                  | 300 mg q12h                   | No dose adjustment required   |                                                                             | 100 mg q8h                                                              | 100 mg q8h <sup>(IV)</sup>                   |

### Combinations

|                                              |                     |                      |
|----------------------------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>ABC<sup>(III)</sup>/3TC<sup>(V)</sup></b> | 600/300 mg q24h     | Use individual drugs |
| <b>ZDV/3TC</b>                               | 300/150 mg q12h     |                      |
| <b>ABC/3TC/ZDV</b>                           | 300/150/300 mg q12h |                      |

## **Considerar reemplazar el TDF por otro medicamento o TAF si:**

- Pro/Crea 15-50 mg/mmol (sospecha tubulopatía)
- VFG > 60 mL/min, pero disminución de 5 mL/min por año por al menos 3 años consecutivos o disminución del VFG confirmado del 25% desde el inicio
- Comorbilidades con alto riesgo de ERC (DM, HTA)
- Peso < 60 kg
- uso de IP/r como tercer agente

## **Reemplazar TDF por otro medicamento o TAF si:**

- VFG  $\leq$  60 mL/min
- Pro/Crea > 50 mg/mmol
- Medicación concomitante nefrotóxica
- toxicidad previa de TDF (tubulopatía renal proximal)

