



*Señor Editor:*

Hemos leído con mucho interés el artículo: “Evolución de las características epidemiológicas y clínicas de pacientes adultos del programa nacional al inicio de la terapia anti-retroviral en la Cohorte Chilena de SIDA, 2001-2015”, de Beltrán y cols. Así mismo, queremos felicitar a los autores por tan importante publicación y al mismo tiempo hacer un comentario.

Desde nuestra perspectiva, consideramos de alta relevancia los datos que han aportando porque permiten entender cómo se ha comportado la epidemia de VIH en relación a la terapia antirretroviral (TARV) en su país y así mismo ofrecen un marco de referencia para la región. En la actualidad es destacable que el acceso a TARV se haya establecido de manera prácticamente universal<sup>1,2</sup> tanto en Chile como en el Perú y, por tanto, queremos participar indicando que sus resultados no difieren mucho de los nuestros.

En el artículo se indica que en la Cohorte Chilena por quinquenios, en el que corresponde para los años 2006-2010 y 2011-2015, el número de casos que iniciaron TARV fueron 5.556 y 3.649; respectivamente. De acuerdo a las cifras por quinquenios similares del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud del Perú (MINSAL), en los años 2006-2010, la cifra fue de 11.440 y de 2011-2015 fue de 4.177. De la misma manera, los resultados de su cohorte muestran que el mayor grupo de casos que inician TARV está en el rango de 25 a 29 años de edad. En relación a esto, los números que muestra el CDC como promedio de edad de ingreso a TARV son 35 años en pacientes en estadio SIDA, según la OMS<sup>3</sup>, mientras que el promedio de edad de ingreso a TARV en pacientes VIH es de 33 años.

Así, para quienes investigan y laboran en el campo de la salud pública, tanto en su país como en el nuestro, los hallazgos y las comparaciones hechas ayudan a establecer que hay una ligera tendencia a una disminución de los casos que ingresan a TARV a medida que pasan los

años. Este hecho amerita una investigación, que podría considerar si es que en ambos países las medidas de prevención y captación de pacientes están siendo efectivas. Además, nuevos estudios con enfoques distintos: la creciente resistencia a TARV de primera línea, con más de 200 mutaciones encontradas<sup>4</sup> en las primeras dos décadas de su universalización gratuita en nuestros países; o la buena o mala adherencia a TARV y sus implicancias en el desarrollo de nuevas resistencias<sup>5</sup>.

### Referencias bibliográficas

- 1.- Ministerio de Salud (MINSAL) Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Perú. 2014. Disponible en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM\\_962-2014.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2014/RM_962-2014.pdf)
- 2.- Ministerio de Salud (MINSAL). Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGE “Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA”, Santiago, Minsal 2013. Disponible en: <http://www.sidachile.cl/guias/GPCVIH.pdf>
- 3.- WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. HIV/AIDS Programme. World Health Organization 2007; 8-9. Disponible en: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf>
- 4.- Shafer R W, Schapiro J M. HIV-1 drug resistance mutations: an updated framework for the second decade of HAART. AIDS Rev 2008; 10: 67-84.
- 5.- Walsh J C, Posniak A L, Nelson M R, Mandalia S, Gazzard B G. Virologic rebound on HAART in the context of low treatment adherence is associated with a low prevalence of antiretroviral drug resistance. J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 30: 278-87.

**Paul Belsuzarri y Sergio Oyarce**

*Escuela de Medicina Humana de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) de Lima, Perú.*

**Correspondencia:**

u201221308@upc.edu.pe