



# Tratamiento de la infección por el VIH

F. Guerrero Sánchez, A. Arizcorreta Yarza, D. Gutiérrez Saborido y B. Ruiz Estévez

Unidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

## Palabras Clave:

- Tratamiento antirretrovírico
- Adherencia
- Simplificación
- Rescate

## Keywords:

- Antiretroviral therapy
- Adherence
- Simplification
- Rescue

## Resumen

El tratamiento antirretrovírico ha modificado la historia natural de la infección por VIH. El tratamiento consiguió inicialmente "salvar vidas" y posteriormente suprimir los efectos indeseables graves de los fármacos. La aparición en los últimos años de nuevos fármacos con mejor perfil de seguridad permiten no sólo tratar sino incluso prevenir. Las estrategias para facilitar la adherencia se convierten en la base para evitar la aparición de resistencias.

## Abstract

### Treatment of HIV infection

Antiretroviral therapy has modified the natural history of the HIV infection. The antiretroviral treatment has evolved from an initial phase in which the main and probably sole objective was saving the life to the actual phase in which an additional objective is to avoid the adverse effects. Adherence to therapy is the basis to attain these objectives and prevent viral resistances.

## Introducción

La historia natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha modificado radicalmente gracias a la sucesiva aparición de diferentes fármacos activos frente al VIH que han conseguido una reducción efectiva de su morbimortalidad. Actualmente la combinación adecuada de diferentes fármacos antirretrovíricos (FAR) permite controlar la replicación vírica y preservar o restaurar el sistema inmune en la gran mayoría de los pacientes, de manera que la esperanza de vida se va aproximando cada vez más a la de la población general. A pesar de ello, persisten importantes desafíos, como la imposibilidad de erradicar el virus del organismo precisando tratamiento de por vida, la complejidad de algunos regímenes y sus efectos adversos, que pueden dificultar la adherencia terapéutica y conducir a la aparición de resistencias a diferentes fármacos, además del elevado coste de estos medicamentos, que dificulta su administración en los países en vías de desarrollo.

Sin embargo, es preciso constatar que la erradicación del VIH no se consigue con las pautas disponibles de tratamien-

to antirretrovírico (TAR) a pesar de la supresión de la carga vírica plasmática (CVP) por debajo de los límites de detectabilidad de las técnicas disponibles<sup>1</sup>. Esto ocurre principalmente porque un grupo de linfocitos T CD4 se infecta de forma latente en los estadios más tempranos de la infección y persiste a lo largo de la vida a pesar de la supresión de la viremia plasmática<sup>2,3</sup>.

La supresión máxima y duradera de la viremia plasmática ha reducido la morbilidad relacionada con la inflamación y la activación inmune, retrasa e impide la selección de mutaciones de resistencia a fármacos, preserva los linfocitos T CD4 y confiere sustanciales beneficios clínicos<sup>4,5</sup>.

Los objetivos principales que se persiguen para iniciar el TAR son los siguientes: a) reducir la morbilidad asociada al VIH y prolongar la duración y la calidad de la supervivencia; b) restaurar y preservar la función inmunológica; c) conseguir la supresión máxima y duradera de la carga viral del VIH en plasma y d) prevenir la transmisión del VIH.

Los principios generales que guían actualmente el TAR se resumen en los siguientes puntos siguiendo las guías en curso<sup>6-9</sup>:

1. La clínica, la cifra de linfocitos CD4 en sangre periférica y la CVP son los elementos básicos para establecer las decisiones terapéuticas y monitorizar la efectividad del TAR. El recuento de linfocitos CD4 y la CVP se utilizan para indicar el TAR, monitorizar su eficacia y tomar decisiones respecto a cambios. Ambos son factores predictores independientes de la progresión de la enfermedad. Además, el nivel de CD4 indica el riesgo de padecer eventos oportunistas y señala el momento de iniciar las profilaxis de las infecciones oportunistas. Existe una buena correlación entre la respuesta virológica, inmunológica y clínica (restauración de la inmunidad celular, retraso en la progresión y aumento de supervivencia).

2. El objetivo del tratamiento es suprimir y mantener la CVP por debajo de los límites de detección (menos de 50 copias/ml). La recuperación inmune y el incremento del recuento de linfocitos CD4 dependen del nivel de inmunodeficiencia con el que se inicia la terapia. Con las pautas actuales de TAR es posible cierta restauración cuantitativa y cualitativa del sistema inmune independientemente de la inmunodepresión de partida. La recuperación es lenta y constante mientras el TAR sea efectivo, y es más difícil a partir de un determinado grado de deterioro y en la edad avanzada.

3. El TAR se basa en combinaciones de al menos tres fármacos que retrasan la progresión clínica (morbilidad e ingresos hospitalarios), reducen los costes y aumentan la supervivencia. Se han establecido pautas eficaces con menor número de fármacos para simplificación y rescate que no están autorizadas como tratamiento de inicio. La adherencia al TAR es determinante del grado y duración de la respuesta antiviral.

4. La aparición de resistencias es inevitable cuando el VIH continúa replicándose bajo la presión selectiva ineficaz de los fármacos. La detección de las mutaciones de resistencias por métodos genotípicos es muy útil en el fracaso virológico para seleccionar el nuevo TAR con mayor posibilidad de éxito.

5. La toxicidad del TAR a medio y largo plazo es un factor limitante que obliga a buscar nuevas opciones terapéuticas manteniendo la potencia antiviral.

6. Hay diversas pautas de TAR que son similares en cuanto a potencia antirretrovírica. La elección dependerá de factores como tolerabilidad, seguridad, adherencia, tratamientos previos, resistencias cruzadas, interacciones farmacológicas, disponibilidad y coste, así como de las preferencias del médico o del paciente.

7. La prevención de la infección por el VIH es un aspecto fundamental que debe abordarse de forma sistemática en la educación de los pacientes y de las personas de su entorno.

8. La detección precoz de los nuevos casos es imprescindible para mejorar el pronóstico de los pacientes y fundamental para la prevención de la transmisión de la infección.

## Indicaciones de inicio del tratamiento antirretrovírico

La razón principal para iniciar el TAR es disminuir la morbilidad y la mortalidad en los pacientes con infección por el VIH-1<sup>10</sup>; a pesar de ello, la esperanza de vida de estos pacien-

tes está disminuida respecto a la población general<sup>11</sup>. Sin embargo, en el análisis de supervivencia de un estudio de cohorte de pacientes infectados por el VIH que habían recibido TAR al menos 6 años, en aquellos cuyo recuento de CD4 superó las 500 células/mm<sup>3</sup> la mortalidad fue similar a la de la población general<sup>12</sup>.

La decisión para iniciar el TAR se ha basado clásicamente en el recuento de linfocitos T CD4+ en sangre periférica. Debido a la imposibilidad de erradicar el VIH, se hace necesario el TAR para toda la vida, dificultando la adherencia mantenida, con el consiguiente riesgo de aparición de resistencias, toxicidad y efectos secundarios del TAR a corto y largo plazo. La mejoría gradual de las pautas de inicio en cuanto a tolerabilidad y simplicidad, la evidencia de un efecto negativo directo del propio VIH, el incremento de opciones de rescate tras un fracaso virológico y la prevención de la transmisión han provocado que algunos expertos recomienden un inicio más precoz del TAR.

Las recomendaciones actuales (6-9) para iniciar el TAR se basan en las manifestaciones clínicas, número de linfocitos CD4+, CVP y presencia de comorbilidades. Se recomienda iniciar TAR si se da una de las siguientes situaciones.

### Infección sintomática

Presencia de clínica atribuible a la infección por el VIH o patología oportunista asociada, es decir, eventos clínicos B o C de la clasificación de los CDC de 2003. Ante estas situaciones se recomienda iniciar el TAR en todos los casos.

### Infección aguda sintomática por el VIH

Se recomienda iniciar TAR de forma inmediata cuando se presente:

1. Afectación neurológica (meningoencefalitis, síndrome de Guillain-Barré, etc.) o de cualquier otro órgano o sistema (hepatitis, miopericarditis, trombocitopenia, etc.).

2. Duración prolongada: duración mayor de 7 días.

3. Eventos clínicos B o C relacionados con la inmunodepresión.

4. Inmunodepresión celular avanzada: CD4+ inferior a 350/mm<sup>3</sup>.

5. Tropismo vírico no-R5 o una CVP a los tres meses de la infección superior a 100.000 copias/ml.

6. En la infección aguda asintomática o en la infección reciente por el VIH se recomienda iniciar TAR si cumple uno de los dos últimos criterios.

### Infección aguda asintomática

El inicio del TAR se basa en el número de linfocitos CD4+, la CVP o en determinadas comorbilidades o características del paciente:

1. Se recomienda iniciar el TAR si el recuento de linfocitos T CD4+ es menor de 350/mm<sup>3</sup>, según la guía americana<sup>7</sup>, o menor de 500 células/mm<sup>3</sup>, según la guía española<sup>6</sup>.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3807131>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3807131>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)