



Indicaciones y tratamiento antirretrovírico en la infección aguda y crónica por el VIH

I. Pintos Pascual^{a,*}, E. Muñoz Rubio^b y A. Ramos Martínez^b

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España. ^bUnidad de Enfermedades Infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Terapia antirretrovírica
- Tratamiento VIH
- Infección aguda VIH

Keywords:

- Antiretroviral therapy
- HIV treatment
- Acute HIV infection

Resumen

Actualmente todos los pacientes con infección por el VIH-1 tienen indicación de iniciar tratamiento antirretrovírico (TAR). Las pautas recomendadas para su inicio incluyen dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y un tercer fármaco preferiblemente del grupo de los inhibidores de la integrasa. La principal herramienta para el seguimiento de los pacientes con infección por el VIH es la determinación de la carga viral, que debe ser indetectable a las 24 semanas del inicio del TAR y que para un buen control virológico debe estar suprimida.

Abstract

Antiretroviral indications and treatment in acute and chronic HIV infection

(ART) anti-retroviral treatment is currently indicated for all patients infected with HIV-1. The recommended guidelines for initial treatment include two nucleoside reverse transcriptase inhibitors and a third drug, preferably from the integrase inhibitor group. The viral load test is the main tool used for follow-up of HIV patients. It should be undetectable 24 weeks after starting ART, and should be suppressed to achieve good virological control.

Valoración inicial

Previo al tratamiento, es conveniente realizar una evaluación general que debe incluir, entre otros, antecedentes de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), situación respecto al calendario vacunal, medicación que toma el paciente y, en las mujeres, deben valorarse los aspectos relacionados con la reproducción.

Antes de comenzar el tratamiento antirretrovírico (TAR), se debe solicitar una prueba de resistencias basales, ya que los pacientes se pueden haber infectado de cepas que ya portan resistencias. En España existe una prevalencia de resistencias primarias en la transcriptasa inversa y en la proteasa del 7,6%. La transmisión de resistencias de integrasa es rara. Además, en esta analítica se debe determinar el alelo HLA-B5701, puesto que si está presente y se inicia trata-

miento con abacavir existe un riesgo del 50% de padecer reacción de hipersensibilidad con posibilidad de desarrollo de fallo multiorgánico.

Inicio del tratamiento

El TAR ha demostrado reducir la morbilidad y la mortalidad, evita la progresión de la enfermedad y además previene la transmisión del virus. Actualmente se recomienda iniciar TAR a todos los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia 1 (VIH-1) independientemente de la sintomatología y del recuento de linfocitos CD4+ (IA)^{1,2}. En cualquier caso, se debe individualizar el momento del inicio del tratamiento y, además, se debe tener en cuenta la disposición y motivación del paciente. En caso de que se decida retrasar el inicio del tratamiento, hay que tener en cuenta que en los siguientes casos (tabla 1) el tratamiento precoz también ha demostrado presentar ventajas.

*Correspondencia
Correo electrónico: ilduarapintos@gmail.com

TABLA 1

Indicaciones de inicio de tratamiento en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Todos los pacientes con infección por el VIH-1 (IA)

CV > 50.000 copias/ml
Cociente CD4/CD8 < 2,5
Edad > 50 años
Cirrosis hepática
Virus de la hepatitis B o C
Neoplasias
Trastornos neurocognitivos
Gestantes
Parejas serodiscordantes

Como posible excepción de la afirmación de iniciar tratamiento en todos, hay que considerar a los pacientes controladores de élite (es decir, aquellos que mantienen la carga vírica -CV- indetectable sin TAR), en los que no se puede establecer una recomendación de tratamiento por no existir información que permita valorar el efecto beneficioso³.

Fármacos

Existen tres grupos farmacológicos principales, con múltiples fármacos en cada uno de ellos; por simplificar, en este protocolo solo hablaremos de los principales (tabla 2).

Otros fármacos antirretrovíricos

Maraviroc antagoniza el receptor CCR5 y solo se usa en tratamiento de rescate. En caso de fracaso del tratamiento debe determinarse el tropismo, ya que si hay que usarlo solo se puede emplear si el tropismo es CCR5.

Enfuvirtide es un inhibidor de la fusión de las membranas de administración subcutánea. Se reserva para tratamientos de rescate.

En la tabla 3 se muestran los principales efectos adversos de los distintos grupos de fármacos antirretrovíricos.

Se deben ajustar a la función renal los fármacos ITIAN excepto abacavir. Tenofovir en su forma con alafenamida reduce la toxicidad renal. En general, el resto de fármacos no precisa ajuste a función renal.

Pautas de inicio

Las pautas de inicio recomendadas se recogen en la tabla 4. Globalmente, una pauta correcta debe constar de dos ITIAN asociados a un antirretrovírico de los siguientes grupos: un INI (inhibidor de la integrasa), un ITINN (inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo) o un inhibidor de la proteasa (IP) potenciado con ritonavir o cobi-

TABLA 3

Efectos adversos de los fármacos antirretrovíricos

Inhibidores de la proteasa	Intolerancia digestiva, diarrea, dislipidemia
Danuravir	Exantemas
Atazanavir	Ictericia
ITINN	Hepáticos (nevirapina) Hipersensibilidad
Abacavir	Hipersensibilidad asociada a HLA B5701 Riesgo cardiovascular (controvertido)
Tenofovir	Disminución de filtrado glomerular/ tubulopatía Osteopenia/osteoporosis
Efavirenz y en menor grado rilpivirina	Neuropsicológicos
Inhibidores de la integrasa	Neuropsicológicos (no bien definidos)

ITINN: inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos.

cistat (AI). Una vez que se inicia el tratamiento, este debe mantenerse indefinidamente (AI)³.

Seguimiento

La CV tras el inicio del TAR desciende hasta encontrarse indetectable en 16-24 semanas. En pacientes que parten de más de 100.000 copias/ml puede tardar más tiempo en conseguirse la supresión virológica. Si se van a tomar decisiones terapéuticas según el resultado de la CV, se debe confirmar con una segunda determinación. Los linfocitos CD4 son el indicador principal del estado inmunológico, el porcentaje es un valor más objetivo y estable que el valor absoluto. Son variaciones significativas cuando en el valor absoluto varían un 30% y en el porcentaje un 3%. Una vez iniciado el TAR se considera normal aumentar un mínimo de 50-100 CD4/μl. Se deben realizar un seguimiento del paciente cada 3-6 meses, haciéndose el primer control tras el inicio de la TAR al mes³.

Fracaso del tratamiento antirretrovírico

Se define fracaso virológico cuando en dos determinaciones consecutivas se obtiene una CV mayor de 50 copias/ml después de las 24 semanas desde el inicio del TAR. Si la CV es muy elevada, pueden ser necesarias más de 24 semanas. El fracaso inmunológico se define como la incapacidad para ob-

TABLA 2

Principales fármacos antirretrovíricos

Inhibidor de la integrasa (INI)	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos (ITIAN)	Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos (ITINN)	Inhibidores de la proteasa (IP)*
Raltegravir (RAL)	Abacavir (ABC)	Rilpivirina (RPV)	Lopinavir (LPV)
Elvitegravir/cobicistat (EVG/COBI)	Lamivudina (3TC)	Efavirenz (EFV)	Atazanavir (ATV)
Dolutegravir (DTG)	Emtricitabina (FTC)	Etravirina (ETV)	Danuravir (DRV)
	Tenofovir (TDF)	Nevirapina (NVP)	
	Tenofovir + alafenamida (TAF)		

*Deben potenciarse con ritonavir o cobicistat (COBI)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8764243>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8764243>

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