

## Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen **23**  
Volume

Número **1**  
Number

Enero-Marzo **2003**  
January-March

*Artículo:*

### Crterios para inicio de tratamiento antirretroviral en adultos

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

# Criterios para inicio de tratamiento antirretroviral en adultos

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA E ITS.  
COMITÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL

El uso de la terapia antirretroviral (ARV) combinada ofrece beneficios claros sobre la calidad y expectativa de vida de las personas con infección por VIH, lo cual cambió su perspectiva a un padecimiento crónico y tratable. El manejo de la infección por VIH tiene similitudes con otras enfermedades crónicas. En la infección por VIH, sin embargo, el tratamiento inicial y su mantenimiento adecuado a lo largo del tiempo tienen una importancia crucial en la evolución y respuesta del paciente a terapias futuras.

Los objetivos de la terapia ARV de inicio son: reducir la carga viral hasta un nivel no detectable basado en las técnicas actuales y mejorar el grado de inmunosupresión, expresado por la elevación de las cuentas de células CD4+, ambos durante el mayor tiempo posible. Todo esto con el fin de mejorar la expectativa y calidad de vida de la persona infectada. La posibilidad teórica de erradicación viral es actualmente improbable, por lo que el tratamiento una vez iniciado debe mantenerse indefinidamente. El momento óptimo del comienzo de la terapia ARV es actualmente tema de discusión.

El inicio de la terapia ARV en etapas tempranas (cuento de linfocitos CD4+ por arriba de 350 células) ofrece beneficios teóricos, sin embargo, el beneficio clínico a largo plazo es cuestionable. Los factores que apoyan un inicio temprano incluyen: suprimir la multiplicación viral al máximo, conservar la función inmunológica antes de que ésta se deteriore irreversiblemente, prolongar el bienestar y la vida del paciente, reducir el riesgo de resistencia farmacológica como resultado de la supresión temprana de la multiplicación viral con tratamiento potente, disminución de la fármaco-toxicidad

al tratar al paciente más saludable y posiblemente la disminución del riesgo de transmisión viral.

Estos beneficios se ven limitados por riesgos importantes asociados al uso prolongado del tratamiento como son: impacto en la calidad de vida de la persona, la posibilidad de una mala adherencia al tratamiento a largo plazo, posibles interacciones farmacológicas, así como la aparición de efectos tóxicos a corto y largo plazo; algunos de ellos reconocidos recientemente, como los eventos cardiovasculares.

La tendencia actual sugiere un inicio más tardío de lo que anteriormente se hacía, aunque sin arriesgar con un retraso mayor una recuperación inmunológica adecuada y el desarrollo de eventos relacionados a SIDA que pueden poner en peligro la vida del paciente.

La cuenta de linfocitos T CD4+ y la carga viral son predictores independientes de la progresión clínica y por tanto, deben usarse para tomar la decisión de iniciar. Entre ambos marcadores, el primero tiene mayor importancia para la determinación del momento de inicio de ARV.

Los factores que deben considerarse para tomar la decisión de inicio son:

1. El deseo y compromiso del individuo de iniciar el tratamiento.
2. El grado de inmunodeficiencia existente, determinado por recuento de linfocitos T CD4+.
3. El riesgo de progresión de la enfermedad, que se determina con los niveles del RNA del VIH en el plasma.
4. Los beneficios y riesgos potenciales de los fármacos con el uso a largo plazo.

En el paciente asintomático debe considerarse el riesgo de progresión en los próximos años en base a las determinaciones de linfocitos CD4+ y carga viral

*Correspondencia:* Dra. Griselda Hernández Tepichín.  
Secretaría del Comité de Atención Integral CONASIDA.  
conasida@prodigy.net.mx

**Cuadro 1.** Criterios para inicio de terapia antirretroviral

Categoría clínica	CD4+	Carga viral	Recomendación
Infección retroviral aguda o < 6 meses de seroconversión	Cifra indistinta	X	Tratamiento
	> 350	X	Diferir tratamiento, vigilar cada 3-4 meses con cuentas de CD4+
Infección crónica asintomática	200-350	Desconocida	Tratamiento
	200-350		≥ 55,000 copias RNA viral*
	200-350	< 55,000 copias RNA viral*	Individualizar Vigilar cada 3-4 meses con nueva cuenta de CD4+
Infección crónica sintomática	< 200	X	Tratamiento
	Cifra indistinta	X	Tratamiento

X = carga viral recomendada, aunque no indispensable para la toma de decisión

\*Valores de acuerdo a la técnica de RT/PCR (Amplicor). No existe evidencia clara de los niveles recomendados para bDNA versión 3.0.

de VIH. En este paciente, con cuentas de linfocitos T CD4+ superiores a 350/μL no se recomienda actualmente iniciar tratamiento, pues el riesgo de desarrollo de enfermedades relacionadas a VIH es lejano. En contraste, en ese mismo paciente asintomático, con cifras de linfocitos CD4 menores de 200 x μL se recomienda iniciar tratamiento, independientemente de la determinación de carga viral, pues el riesgo de enfermedades relacionadas con VIH es significativo.

Cuando las cifras de células T CD4+ se encuentran entre 200 y 350 x μL la determinación de carga viral es importante para tomar la decisión. Si ésta es igual o mayor a 55,000 copias/μL, el riesgo de progresión es importante por lo que se recomienda iniciar tratamiento. Si no se dispone de la prueba debe actuarse hacia el lado seguro y asumir que es elevada, y por tanto, iniciar tratamiento. En los casos en que la carga viral se encuentre debajo de las 55,000 copias, el riesgo de progresión es mucho menor y la decisión de iniciar se puede aplazar. Esta decisión debe individualizarse de acuerdo a las condiciones particulares del paciente y su preferencia, y en caso de no iniciar se debe tener la posibilidad de una vigilancia estrecha con conteos de células T CD4+ cada 3 a 4 meses (cuadro 1).

En pacientes que presentan manifestaciones clínicas ocasionadas por alguna infección oportunista o neoplasia, la indicación de iniciar tratamiento es clara y aunque es deseable tener las determinaciones de carga viral y linfocitos CD4 en ese momento, la disponibilidad de estas pruebas no debe retrasar el inicio del tra-

tamiento, pues el resultado no va a ser determinante para la toma de decisión.

Aun cuando en mujeres se ha demostrado que los valores de la carga viral son más bajos en comparación con los hombres; las recomendaciones para el tratamiento no son diferentes.

En conclusión, el momento de inicio y el tipo de terapia ARV deben ser acordados con el paciente. El inicio de la terapia depende del estado clínico, virológico, e inmunológico del individuo, y en forma muy importante del compromiso para apegarse al tratamiento propuesto. La terapia antirretroviral debe ser iniciada una vez que se haya determinado que existe una indicación clara de acuerdo a los criterios mencionados, y en el momento en que el paciente ha aceptado el compromiso y la disposición para tomarla adecuadamente por tiempo prolongado.

#### REFERENCIAS

1. Carpenter C, Cooper D, Fischl M, Gatell JM et al. Antiretroviral therapy in adults update Recommendation of the International AIDS Society USA panel. JAMA 2000;283(3):381-390.
2. Pallela F, Knoll M, Chmiel J et al. Lower mortality in ambulatory HIV infected patients who initiate antiretroviral therapy at higher CD4+cell counts. Program and abstracts of the 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic infections. Feb. 24-28, 2002. Seattle Washington. Abst. 13.
3. World Health Organization Initiative on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections. Principles of antiretroviral therapy. 2002/51(RR07):-1 May 17, 2002/51 (RR07):-1.
4. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents US Department of Health and Human Services (DHHS) May 17,2002/51(RR07);1.