

Dra. Rita D. Díaz Ramos
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología
Clínica
rita.diaz09@gmail.com



Editorial Tratamiento de la Infección y enfermedad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

From the editors Treatment of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection and disease

A lo largo del tiempo de la epidemia de la infección por el VIH en el mundo, se han tenido disponibles diferentes fármacos con los que se han establecido combinaciones potentes y eficaces; estos fármacos han logrado un enorme impacto reduciendo la morbilidad, la mortalidad y la transmisión del VIH, especialmente cuando la selección del esquema y el apego al tratamiento son adecuados para cada paciente¹.

Cuando se logra una supresión máxima y durable de la viremia plasmática, se previene la presentación de mutaciones de resistencia a los componentes del esquema de tratamiento ARV seleccionado, mejora la cuenta de linfocitos TCD4, lo que mejora las condiciones generales del paciente, disminuye o restaura el proceso de inflamación crónica y de la función inmunológica con lo que se evitan complicaciones, sobre todo cardiovasculares o en órganos específicos².

Para lograr la supresión virológica máxima y sostenida se requiere que el esquema de tratamiento antirretroviral (ARV) seleccionado esté integrado por tres fármacos activos de dos o más clases, por lo que es muy importante que el clínico que va a prescribir se encuentre muy bien informado sobre las características de cada uno de los medicamentos disponibles y las características personales de cada paciente, con una vigilancia muy cercana de la evolución clínica desde el inicio de la terapia ARV para detectar oportunamente falta de adherencia o efectos adversos que puedan afectar su apego³, ya que si no se logra o no se mantiene la supresión virológica tendrá que modificarse el esquema ARV, lo que limita sus opciones terapéuticas futuras. Algunos ensayos clínicos efectuados en países con recursos económicos limitados mostraron que un inicio muy temprano del tratamiento ARV, si es posible el mismo día del diagnóstico o durante la primera semana, favorece la retención de los pacientes en la asistencia y se incrementa el número de pacientes con supresión virológica⁴.

El trabajo que presentan Mosqueda Gómez y colaboradores⁵ evalúa los resultados en pacientes mexicanos, sobre la selección de primera y segunda línea de esquemas de tratamiento ARV que incluyen el uso del Inhibidor de la Proteasa Etanolato de Darunavir potenciado con Cobicistat (DVR/c) a dosis de 800 mg al día, asociado ya sea con Tenofovir (TDF) + Emtricitabina (FTC) o Abacavir (ABV) + Lamivudina (LMV). Los resultados de este trabajo en población mexicana son comparables con lo publicado en forma internacional, lo que confirma que la selección de los esquemas de tratamiento ARV deben estar basados en recomendaciones de las Guías de Tratamiento Nacionales e Internacionales que sustenten recomendaciones sólidas.

La selección de inhibidores de la Proteasa (IP), para el inicio de tratamiento ARV se basa en su elevada barrera genética que dificulta la selección de mutaciones de resistencia aún en pacientes con mala adherencia y a pesar de su perfil metabólico inadecuado, sobre todo cuando se dispone de un genotipo para la selección del tratamiento de inicio. Los esquemas de inicio de tratamiento ARV basados en IP pueden ser útiles en pacientes con alto riesgo de mala adherencia o tratamiento intermitente⁶. La selección de un IP potenciado para el inicio de tratamiento ARV puede tener un mayor riesgo de interacciones farmacológicas y de alteraciones metabólicas respecto a otras combinaciones de ARV, por lo que los esquemas de inicio con IP/p no deben recomendarse ampliamente sino en pacientes muy específicos.

La utilización de cobicistat (COBI) como potenciador de los IP ha sido evaluada en forma ciega en diversos estudios comparando COBI frente a Ritonavir (RTV), en los que se ha documentado que el uso de COBI se asocia con elevación de niveles de creatinina sérica, debido a cambios en la secreción tubular de creatinina sin tener un efecto directo sobre la filtración glomerular estimada (FGe)⁷.

Con estos antecedentes, consideramos indispensable señalar algunas recomendaciones para la selección de un tratamiento ARV:

- El médico que prescribe debe tener una amplia preparación en la medicina integral de pacientes adultos o pediátricos, con especial preparación en la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es por ello que los especialistas en Medicina Interna (Adultos) y en Infectología (Niños y Adultos) deben tener un mayor papel en la atención de este grupo de pacientes, ya que

en algunas Instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sólo alrededor del 20% de los médicos que atienden a este grupo de pacientes son infectólogos; en esta Institución la atención integral ha logrado a lo largo del tiempo disminuir la mortalidad asociada, la atención oportuna de comorbilidades y complicaciones secundarias.

Estudiar de manera integral y rápida al paciente con nuevo diagnóstico para valorar el inicio de tratamiento ARV lo más temprano posible (dentro de la primera semana del diagnóstico), detectar oportunamente problemas de depresión e informar claramente al paciente sobre las características de la infección/enfermedad, y la importancia de la adherencia al tratamiento hasta aclarar completamente sus dudas, lo que establece una mejor relación médico-paciente.

Seleccionar la opción más adecuada para cada paciente e informar sobre efectos adversos y la importancia de la adherencia adecuada.

Establecer un programa de seguimiento muy estrecho y cercano al inicio o cambio de tratamiento para detectar mala adherencia o efectos adversos.

Mantener un programa de seguimiento con estudios de laboratorio y evaluación clínica adecuados de acuerdo con las recomendaciones internacionales.

Cuando sea necesario, realizar los estudios inmediatos ante la sospecha de falla al tratamiento para evitar una falla prolongada que puede condicionar mayor número de mutaciones de resistencia a los fármacos recibido con limitación de opciones terapéuticas futuras.

Asegurar que los niños reciban estudio y seguimiento adecuados y garantizar que existan presentaciones de medicamentos adecuados a los diferentes grupos etarios.

Garantizar el diagnóstico temprano para las embarazadas a través de la realización de pruebas de diagnóstico en todas las embarazadas al menos al diagnóstico de embarazo en el tercer trimestre y durante la labor y en quienes se establece el diagnóstico que reciban tratamiento adecuado y temprano con seguimiento estrecho durante la gestación, con las medidas de prevención adecuadas al momento del nacimiento y el seguimiento del recién nacido/lactante durante los primeros 18 meses de vida, para descartar o tratar en forma oportuna.

Actualmente la infección/enfermedad por el VIH es una patología crónica con tratamiento durante toda la vida que puede tener cambios de acuerdo con la edad, lo que ha permitido mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.

Referencias

1. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, 2020.
2. El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, et al. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med.* Nov 30 2006; 355 (22): 2283-2296. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query>.
3. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. Department of Health and Human Services. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accessed [insert date] [insert page number, table number, etc. if applicable] It is emphasized that concepts relevant to HIV management evolve rapidly. Feb 2021.
4. Ford N, Migone C, Calmy A, et al. Benefits and risks of rapid initiation of antiretroviral therapy. *AIDS* 2018 Jan 2; 32 (1): 17-23doi: 10.1097/QAD.0000000000001671.
5. Mosqueda y cols.
6. Tashima K, Crofoot G, Tomaka FL, et al. Cobicistat-boosted darunavir in HIV-1-infected adults: week 48 results of a Phase IIIb, open-label single-arm trial. *AIDS Res Ther.* 2014;11: 39. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25926858>.
7. Wohl DA, Cohen C, Gallant JE, et al. A randomized, double-blind comparison of single-tablet regimen elvitegravir / cobicistat / emtricitabine / tenofovir DF versus single-tablet regimen efavirenz/emtricitabine/tenofovir DF for initial treatment of HIV-1 infection: analysis of week 144 results. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 65: e118-20.