



Traducido y adaptado al español por Sergio González-Pavez

Actualización sobre las enfermedades oportunistas

Reimpreso de
 PI Perspective #26, diciembre 1998

Ahora que se encuentra disponible una terapia antiretroviral altamente activa (HAART), la disminución en el índice de muchas infecciones relacionadas con el VIH (llamadas Infecciones Oportunistas o IOs) ha sido drástica. Aunque esto es sin duda muy bueno, ha hecho más difícil el estudio sobre nuevas terapias para tratar o prevenir las IOs comunes. Esto es una seria preocupación para las personas que sufren IOs y que necesitan más y mejores terapias.

Al mismo tiempo que se desarrollan algunos estudios orientados a encontrar nuevas terapias para las IOs, muchos otros están tratando de descubrir el momento más seguro para detener las terapias de prevención o mantenimiento (para prevenir la recaída en la enfermedad). Estas investigaciones ponen a prueba el valor de las mejorías en el status inmunológico vistas como un resultado de la HAART. Los resultados preliminares de estos estudios estarán disponibles en algún momento durante 1999. En los años que vienen tal vez podemos ver mayores investigaciones sobre las condiciones relacionadas con el VIH, enfocadas hacia el mejor momento para detener las terapias de prevención y mantenimiento, y asuntos sobre el tratamiento de la hepatitis y las consecuencias metabólicas de la enfermedad del VIH y la terapia, incluyendo los cambios en la composición del cuerpo humano (por ejemplo: la lipodistrofia) y el síndrome del deterioro físico del cuerpo.

Si bien la HAART ha disminuido el índice de IOs (pneumocystis carinii pneumonia (PCP), cytomegalovirus (CMV), mycobacterium avium complex (MAC), etc.), no ha podido reducir el índice de todas las enfermedades relacionadas con el VIH. Un estudio realizado en España mostró que los avances en la efectividad y disponibilidad de las drogas anti-VIH no han disminuido el índice de tuberculosis (TB). El estudio mostró que el índice de TB ha permanecido constante entre 1988 y 1998, a pesar de las mejoras en los tratamientos para el VIH. No está claro si la efectiva terapia antiviral ha afectado la gravedad o las posibilidades de tratamiento de la tuberculosis. Otro estudio realizado en Francia muestra que el HAART sólo ha tenido efectos mínimos en la reducción del índice de infecciones bacterianas que requieren hospitalización. De manera sorprendente, casi la mitad de los casos fueron personas con recuento de células CD4+ superior a las doscientas.

Hepatitis C

Existe un nuevo foco de atención sobre el estudio del virus de la hepatitis C (VHC) en personas VIH positivas. El VHC siempre ha preocupado a las personas que viven con el VIH. La mayoría de las

personas con hemofilia y VIH también adquirieron el VHC a través de productos con sangre contaminada. El VHC es una preocupación mayor aún que los nuevos tratamientos anti-VIH y su impacto sobre el hígado, lo que hace difícil el manejo de ambas enfermedades juntas (el VIH y el VHC). Hay aproximadamente 4 millones de norteamericanos infectados con hepatitis C (VHC), y este número está aumentando de modo alarmante, con alrededor de 150 mil nuevos casos de personas infectadas cada año. El número de personas co-infectadas con ambos, VIH y VHC, está en aumento. Hay muchas similitudes entre el VHC y el VIH; una de ellas es que las personas que adquieren el VHC sufren el aumento significativo de las enzimas hepáticas (específicamente, ALT o alanina aminotransferasas) después de la infección inicial con el VHC. Con la ayuda del sistema inmunológico, disminuye el nivel de enzimas hepáticas, pero con el tiempo comienza a aumentar gradualmente otra vez. Los anticuerpos que atacan el VHC tardan un tiempo en desarrollarse. Por lo tanto, la interpretación de los exámenes que detectan anticuerpos durante la fase aguda son poco confiables. En la mayoría de los casos de personas con VHC sin tratamiento, los niveles de VHC están en el rango de 100.000 hasta 10 millones de copias de VHC ARN. Estos números, sin embargo, no deberían ser comparados con los números que estamos acostumbrados a ver en la carga viral del VIH. En la actualidad existe muy poca (o no existe) información sobre cuán específicos son los niveles de carga viral del VHC y la relación que tienen con la enfermedad clínica, y por lo tanto, las decisiones sobre el tratamiento no deberían estar basadas sólo en los niveles de carga viral. A diferencia de la hepatitis B, con la cual sólo un pequeño porcentaje de los individuos desarrollan una enfermedad hepática crónica, la mayoría de las personas con hepatitis C desarrollan la enfermedad crónica. Los síntomas más severos no se desarrollan hasta que el individuo alcanza una etapa avanzada de la enfermedad. Pero los pacientes sufren una serie de recaídas a veces caracterizadas por fatiga severa y otros síntomas gastrointestinales. En algunas personas, la enfermedad es leve y no desarrollan los síntomas.



Para contactar el Project Inform puede hacerlo de las siguientes maneras:

Hotline Nacional 800-822-7422

Hotline San Francisco y Internacional 415-558-9051

Administrative Offices 415-558-8669 FAX 415-558-0684 WEBSITE www.projectinform.org

© 2003 Project Inform, Inc., 205 13th Street #2001, San Francisco, CA 94103-2461



Actualización sobre las enfermedades oportunistas de PI Perspective 26

Actualmente, la recomendación para el tratamiento del VHC es interferón-alfa (Intron-A), 3 millones de unidades, tres veces a la semana, durante 12 meses. Los resultados son a largo plazo (niveles de VHC ARN no detectable) en alrededor del 20% de las personas tratadas. Sin embargo, en el 80% de los casos restantes, aumentan los niveles de VHC ARN y las encimas hepáticas. Se recomienda el uso de interferón-alfa por doce meses porque puede causar efectos secundarios parecidos a la gripe y debe ser inyectada bajo la piel (subcutánea). Se cree que son muchas las personas que no quieren usar esta droga por mucho tiempo. Recientemente, la combinación de interferón-alfa y ribavirin (se venden juntos como Rebetron) ha aumentado la velocidad de la respuesta entre un 35 y un 40%.

En las personas infectadas con VIH y VHC, los niveles de VHC tienden a ser más altos, lo que generalmente conduce a una progresión más rápida de la enfermedad. La recomendación para el tratamiento y los informes sobre la efectividad de éste no incluyen a las personas que están doblemente infectadas con VHC y VIH. Los resultados de un pequeño estudio realizado en España muestran que los individuos co-infectados (con VIH y VHC) tuvieron respuestas similares a las de aquellos infectados sólo con VHC cuando fueron tratados con interferón-alfa. La respuesta fue mejor en las personas con niveles de VHC por debajo de los 10 millones de copias y un recuento de CD4+ sobre 500.

En los años recientes ha habido mucha polémica con respecto a si las personas co-infectadas con VIH y VHC pueden usar inhibidores de proteasa de manera segura. Un estudio realizado en la Universidad John Hopkins mostró que en las personas que reciben el inhibidor de proteasa ritonavir (Norvir), el riesgo de severa intoxicación hepática era significativamente mayor comparado con la gente que recibe otras terapias anti-VIH. Este estudio incluyó 381 personas; aproximadamente dos tercios de ellas estaban recibiendo un inhibidor de proteasa y un tercio estaba con regímenes de dos drogas inhibidoras análogas nucleósidas de la transcriptasa reversa (IANTR). En las personas que estaban recibiendo ritonavir, o ritonavir + saquinavir (Invirase o Fortovase), el riesgo de desarrollar efectos tóxicos severos sobre el hígado era cinco veces mayor que las personas que estaban recibiendo los otros inhibidores de proteasa o los IANTR. Es interesante notar que no hubo diferencias en los efectos tóxicos severos sobre el hígado de

las personas con o sin el VHC crónico y/o hepatitis B que estaban recibiendo ritonavir. Sin embargo, la gente con hepatitis viral que recibió saquinavir, nelfinavir (Viracept) o indinavir (Crixivan) corrieron un riesgo mayor de desarrollar toxicidad hepática comparada con las personas que reciben una terapia de dos drogas combinadas del tipo IANTR. Las buenas noticias obtenidas de este estudio, indicaron que alrededor del 90% de las personas con VHC podían usar con seguridad un inhibidor de proteasa como parte de su terapia, sin efectos secundarios graves. Los resultados de este estudio sugieren que las personas que están co-infectadas pueden usar los inhibidores de

proteasa con seguridad, siempre que sus encimas hepáticas estén bajo un control riguroso.

Hepatitis B

La mayoría de la gente con VIH ha estado o aún está en una terapia que contiene 3TC (lamivudina, Epivir). El 3TC es también muy potente contra el virus de la hepatitis B (VHB), aunque generalmente se utiliza una dosis menor de la que se recomienda para el VIH. Sin embargo, el VHB puede llegar a ser resistente al 3TC cuando la dosis utilizada es de 50-100mg al día. Un estudio realizado en Francia hizo el seguimiento de 19 personas co-infectadas con VHB y VIH, quienes comenzaron a tomar 3TC (150mg dos

veces al día, con una dosis diaria total de 300mg) como parte de su régimen anti-VIH. Los participantes en el estudio también recibieron otro IANTR y la mayoría recibió, adicionalmente, un inhibidor de proteasa o un inhibidor análogo no-nucleósido de la transcriptasa reversa. El interferón-alfa falló en el tratamiento de la hepatitis B en alrededor de un tercio de los participantes. Todos los participantes eran hombres con un promedio de células CD4+ de alrededor de 200 y niveles de VIH de 50.000 copias de VIH ARN. Casi todos los participantes tuvieron una buena respuesta al tratamiento anti-VIH y anti-VHB; 14 de estas personas presentaron niveles de VHB bajo los límites de detección en los exámenes actualmente disponibles. Sin embargo, tres personas desarrollaron un VHB resistente al 3TC incluso con la dosis más alta. Las personas que desarrollaron un VHB resistente al 3TC tenían generalmente un bajo recuento de células CD4+ (alrededor de 30) y habían estado en terapia anti-VIH por un tiempo más largo. Fue interesante notar que los niveles de VHB no predijeron la resistencia al 3TC. Hubo casos en que los niveles de VHB aumentaron cuando se les retiró el 3TC, incluso cuando estas

La gente joven, las personas que no tienen cirrosis hepática, quienes tienen bajos niveles de VHC y tienen VHC tipos 1 y 2, son quienes tienen mejores posibilidades de una buena respuesta a la terapia con interferón-alfa. En estudios clínicos, aproximadamente el 65% de las personas con VHC tipo 2 o 3, respondieron bien a la terapia combinada de interferón-alfa y ribavirina, en comparación con alrededor de un 30% de personas con VHC tipo 1.

Actualización sobre las enfermedades oportunistas de PI Perspective 26



personas todavía eran sensibles a esta droga. Es importante que las personas co-infectadas con VIH y VHB consideren continuar tomando 3TC incluso si su VIH es resistente a esta droga, porque todavía puede ser activa en contra del VHB.

Comentario

La hepatitis C necesita especial atención en cuanto a investigación porque existen sólo algunas opciones terapéuticas, la mayoría de las cuales tienen más de algún efecto secundario. Además, no sabemos cuán bien funcionan estas terapias en personas que están co-infectadas con VIH y VHC, si sufrirán más efectos secundarios y cómo estas terapias podrían afectar el curso de la enfermedad del VIH. Además, existe una integración de las drogas potencialmente peligroso entre las terapias usadas comúnmente para el VHC y el VIH. Por ejemplo, las personas que están tomando ribavirina (Rebetol o Rebetrón) no deberían tomar AZT (zidovudina o Retrovir), porque la ribavirina reduce de manera significativa la actividad anti-VIH del AZT. Es necesario realizar más estudios para poder determinar que drogas anti-VIH y anti VHC pueden ser administradas en combinación y con seguridad.

Otras Publicaciones de PI

Las enfermedades oportunistas

Diagnósticos: Herramientas útiles para el control del VIH

Interacción entre las drogas

Los efectos secundarios de las drogas

Esta lista es actualizada de acuerdo al desarrollo de nueva información, pero no incluye todo el material que se encuentra disponible. Para mayor información, por favor dirijase al website que indicamos a continuación.



1-800-822-7422



Project Inform On Line!

Los servicios y publicaciones de Project Inform están disponibles en Internet. Puede contactar el website de Project Inform en:

www.projectinform.org

Fraude de Marketing Arruina Tratamiento de la Hepatitis C

Un estudio reciente ha mostrado que el tratamiento de la hepatitis C (VHC) con una combinación de interferón-alfa y ribavirina es más efectivo que sólo el interferón-alfa. El interferón-alfa es un medicamento antiviral análogo nucleósido que es activo en contra de un número de enfermedades virales. Debido a que ambas drogas han sido puestas en un mismo paquete por su auspiciador, Schering-Plough, bajo la marca de Rebetron, la gente sólo puede comprar la ribavirina (Rebetol) sólo si compran el interferón-alfa (Intron A),

La ribavirina fue desarrollada originalmente por ICN Pharmaceuticals, pero la licencia ha sido extendida a Schering-Plough para ser usada contra el VHC. La gente que prefiere usar una marca diferente de interferón-alfa (como Roferon-A, Alferon N o Infergen) con ribavirina, deben comprar también la versión del interferón-alfa de Schering-Plough para poder obtener la ribavirina.

Aunque las diferentes versiones de interferón-alfa son similares, tienen efectos secundarios algo diferentes como también una diferente actividad anti-VHC y una versión de la droga es más apropiada para algunas personas que para otras. Debido a este "empaquetado" forzado de las dos drogas, muchas instituciones "pagadoras" no reembolsarán el dinero a las personas que hayan elegido usar otro producto de interferón-alfa porque piensan que están pagando dos veces por el mismo producto.

Esta táctica de marketing agresiva y anti competitiva le prohíbe a la mayoría de la gente combinar la ribavirina con otros productos interferón-alfa. El precio es otra de las características prohibitivas de esta droga, el que ha sido aumentado dramáticamente por Schering-Plough. Incluso si la persona pudiera comprar sólo la ribavirina, le costaría más de \$1,000 al mes. Comparemos esto con los \$3,000 más o menos que significa la provisión para un año de drogas análogas nucleósidas usadas para el tratamiento del VIH. En los días en que la ribavirina era usada para el tratamiento del VIH en forma experimental, podía ser comprada por menos de la mitad del precio actual. Las técnicas de "empaquetado" de Schering-Plough representan un dramático ejemplo de cuando los intereses de los negocios están por sobre las necesidades de los pacientes.