



Traducido y adaptado al español por Sergio Gonzalez-Pavez

Actualización sobre las enfermedades oportunistas

Reimpreso de
 PI Perspective #27, abril 1999

Conferencia sobre Retrovirus y Enfermedades Oportunistas realizada recientemente, hicieron notar que últimamente han visto un aumento en el número de nuevos casos de enfermedades oportunistas.

Esto parece sugerir que algunas personas ya han agotado todas las posibilidades en cuanto a terapias disponibles y ya no pueden seguir manteniendo su carga viral suficientemente baja y los recuentos de sus células CD4+ suficientemente altos como para protegerse de las enfermedades oportunistas. Al menos en teoría, la magia no tiene nada que ver con esta observación. Si los regímenes contra el VIH están funcionando suficientemente bien, y hay personas que están comenzando a ver que su salud inmunológica comienza a decaer, es natural esperar un aumento en el riesgo de enfermedades oportunistas. Esto hace refuerza el hincapié sobre la necesidad de comenzar a tomar medicinas para prevenir las enfermedades oportunistas. Más abajo se encuentra una lista con los resúmenes de los diferentes estudios presentados en la conferencia.

Mycobacterium Avium Complex

Mycobacterium Avium Complex (MAC) es una infección bacteriana muy severa y es una de las enfermedades oportunistas que afecta más comúnmente a las personas que se encuentran en un estado avanzado de la enfermedad del VIH. De acuerdo con los resultados de un estudio sobre el tratamiento del MAC finalizado recientemente, estos muestran que la combinación de estas tres drogas, clarithromycin (Biaxin®) + ethambutol (Myambutol®) + rifabutin (Mycobutin®) es más efectivo que los regímenes con dos drogas, tales como clarithromycin + ethambutol, o clarithromycin + rifabutin. Comparando a personas que se encontraban en uno u otro régimen, aquellos que recibieron un régimen con tres drogas tuvieron una mejoría más significativa con respecto a los síntomas y también una significativa disminución de los organismos MAC (llamados unidades que conforman colonias de MAC) en su sangre. Además, las personas que se encontraban tomando la combinación de tres drogas tuvieron una ventaja con respecto a las posibilidades de supervivencia, comparado con los casos que se encontraban en alguna de las terapias con dos drogas.

Más adelante, los participantes que recibieron clarithromycin + rifabutin sufrieron mayores riesgos de recaída (de desarrollar la enfermedad otra vez) y de desarrollar resistencia a la clarithromycin. Es importante saber esto puesto que la clarithromycin es muy conocida por ser el medicamento más activo en contra del MAC. Una vez que se desarrolla y establece la resistencia, las posibilidades de combatir el MAC que pueda tener la persona se ven tremendamente disminuidas. Los resultados de este estudio sugieren que la combinación de estas tres drogas, clarithromycin + ethambutol + rifabutin, desde ahora debería ser considerada como el tratamiento estándar para las personas que están afectadas por el MAC.

Doscientas tres personas con MAC participaron en este estudio, que también fue llamado *AIDS Clinical Trials Group Study 223*. Las dosis utilizadas en las diferentes combinaciones fueron de 500mg clarithromycin dos veces al día, 15mg/kg por día de ethambutol, y 450mg de rifabutin una vez al día.

Cytomegalovirus

El cytomegalovirus (CMV) es un virus que puede causar la muerte y es la causa principal de la ceguera en las personas que viven con la enfermedad del VIH. De acuerdo con evidencias recientes, la incidencia de casos con CMV esta en declinación. Existe una cantidad de investigaciones que están estudiando la factibilidad de detener la terapia destinada a prevenir la reaparición de la enfermedad CMV (también llamadas terapias de mantenimiento). Hasta el momento, los resultados con los que se cuentan sugieren que se debe ser cuidadoso cuando se tiene en mente detener la terapia de mantenimiento, y recalcan la importancia del recuento de células CD4+ como la principal unidad de medida para determinar el riesgo en que cada uno se encuentra de desarrollar CMV.



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 27

En un estudio en el que participaron 17 voluntarios, estos dejaron la terapia de mantenimiento contra el CMV una vez que su recuento de células CD4+ aumentó gracias al HAART. Todos estos participantes tenían recuentos de células CD4+ superiores a 70 y se habían curado de la retinitis—una inflamación ocular que puede llevar a la ceguera si no es tratada—causada por el CMV. A pesar de continuar con el régimen HAART, en cinco de estos diecisiete participantes la retinitis causada por el CMV fue reactivada después de dejar la terapia de mantenimiento por un período de tiempo de entre 6 y 28 meses. En todos los casos en que el CMV fue reactivado, los recuentos de células CD4+ disminuyeron a menos de 50 y, como es típico, presentaron niveles de VIH más altos comparados con las personas que no sufrieron de esta reactivación del CMV. Asimismo, cinco de las seis personas que sufrieron reactivación del CMV tenían niveles muy bajos del componente del sistema inmunológico que tiene la habilidad de combatir el CMV (estos son llamados respuestas linfoproliferativas específicas para el CMV). Ninguno de los participantes que mantuvieron recuentos de células CD4+ sobre las 100 sufrió de reactivación del CMV.

Este estudio sugiere que puede ser una idea acertada esperar hasta que los recuentos de células CD4+ estén por encima de las 100 durante varios meses antes de suspender la terapia de mantenimiento contra el CMV. Del mismo modo, las personas en las que los recuentos de células CD4+ están constantemente disminuyendo bajo las 75, deberían reconsiderar la posibilidad de comenzar la terapia de mantenimiento antes de que vuelva a reactivarse el CMV. En general, estos descubrimientos reflejan los lineamientos generales empleados contra el CMV antes de usar los poderosos regímenes antivirales. Hasta hace poco tiempo, la sugerencia era comenzar a tomar medicamentos para prevenir el CMV cuando el recuento de CD4+ caía bajo las 75.

Pulmonía *Pneumocystis carinii*

En general, se recomienda comenzar un tratamiento contra la pulmonía *Pneumocystis carinii* (PCP) a todas las personas VIH positivas cuyos recuentos de células CD4+ son inferiores a 200. Esta recomendación también es extensible a aquellas personas VIH positivas con recuentos bajo los 300 que sufran constantemente de infecciones micóticas (hongos).

Los resultados preliminares de un estudio indican que puede ser seguro discontinuar el tratamiento preventivo para el PCP en el caso de las personas que han mostrado una mejoría gracias a los HAART, cuyos recuentos de células CD4+ están sobre las 200, y que no han sufrido infecciones persistentes como es el caso de hongos o micosis oral o vaginal. Durante un período de al menos tres meses, todos los participantes en este estudio mostraron sostenidas mejorías en su salud debido al HAART, las cuales incluyeron recuentos de células

CD4+ sobre las 200 y niveles de VIH bajo las 500 copias de VIH ARN. A los participantes se les indicó que continuaran o discontinuaran sus terapias preventivas de la PCP. Después de un seguimiento realizado durante un promedio de siete meses, no ha habido casos en que la PCP haya sido recurrente. Esto sugiere que considerar la posibilidad de discontinuar las terapias para prevenir la PCP puede ser una estrategia segura en los casos de personas que han mostrado mejorías continuas y sostenidas gracias a los HAART.

En este estudio participaron trescientas treinta y dos personas las cuales tenían recuentos de células CD4+ bajo 200 o había sido previamente diagnosticadas con PCP.

Hepatitis

Los resultados de un nuevo estudio sugieren que casi todas las personas que son vacunadas contra la hepatitis A (VAQTA) alcanzan niveles de anticuerpos que deberían proteger contra el virus de la hepatitis A. Todas aquellas personas con recuentos de células CD4+ superiores a 300 mostraron niveles de anticuerpos que deberían proteger contra la hepatitis A en comparación con el 88% de las personas con recuentos de CD4+ inferiores a 300. Este estudio sugiere que las vacunas contra la hepatitis A pueden ser administradas con seguridad en las personas con VIH.

Otros estudios han mostrado que las personas que están infectadas al mismo tiempo con VIH y con el virus de la hepatitis C (VHC), sufren de un deterioro hepático más rápido que aquellas que están infectadas sólo con VHC. Las personas con ambas infecciones, VIH y VHC, tienen cargas virales más altas de ambos virus. Sufren de fibrosis (formación de tejido hepático fibroso) en mayor grado y están más propensas a desarrollar cirrosis (es un daño hepático más severo aún como resultado de la pérdida de células en buen funcionamiento); y también muestran un índice de mortalidad más alto comparado con el de las personas que están infectadas sólo con VHC (y no con VIH) o las personas que están infectadas sólo con VIH (y no con VHC). Las terapias para tratar la hepatitis C se limitan a las diferentes marcas de interferon-alfa (Intron A[®], Roferon A[®]), interferon consensus (Infergen[®]), o a una combinación de Intron A[®] y ribavirin que se vende en un paquete llamado Rebetron[®].

Los resultados más fuertes y duraderos generalmente vienen de las terapias en las que se combina Intron A[®] con ribavirin. Otras marcas que combinan el interferon con ribavirina pueden funcionar tan bien o incluso mejor, pero este paquete forzado que incluye ribavirin e Intron A[®], y que es apoyado comercialmente por Schering-Plough, hace imposible que los médicos y pacientes, e incluso los investigadores, exploren los posibles beneficios de las otras combinaciones. Las otras marcas de interferon que podrían ser combinadas con ribavirin pueden ofrecer efectos secundarios diferentes o tal vez menores,

Actualización sobre las enfermedades oportunistas de PI Perspective 27



o pueden ofrecer posibles ventajas superiores en cuanto a potencia. La práctica de mercadeo de Schering-Plough que imposibilita tales investigaciones y usos sólo puede ser descrita como centrada en el beneficio propio de la empresa y no orientada a los intereses de los pacientes.

Existe otra cantidad de drogas para el tratamiento del VHC que aún no son suficientemente estudiadas. Quizás siguiendo los pasos de la investigación en el área del VIH, en la cual se descubrió que la combinación de tres drogas era generalmente más efectiva, posibilite la disponibilidad de otras combinaciones en cualquier momento.

En algunos de los estudios que han incluido a personas infectadas con VHC—pero no con VIH—se reportó dato inquietante: las personas afro-americanas parecen ser menos susceptibles a la terapia con interferon-alpha, comparadas con las caucásicas. Los resultados preliminares sugieren que alrededor de un 30% de los caucásicos responden a la terapia con interferon-alfa comparado con los afro-americanos en que la respuesta de es alrededor de un 5%. A la inversa, las mujeres y los asiáticos parece tener mejores respuestas. No está claro si es verdad o no lo que se refiere a una combinación más potente de interferón y ribavirin. Incluso en líneas étnicas transversales, no es muy alentador el resultado del éxito en que se basa del uso de interferon solo, pues sólo alcanza al 30%. Lo más importante hoy es poder determinar si los afro-americanos responden tan bien con el uso de la combinación de interferon con ribavirin como lo hacen otros grupos étnicos. Se desconoce la razón del por qué los afro-americanos no tienen una respuesta tan buena, aunque ésta tampoco es la primera enfermedad en la que existen diferencias en las respuestas a la terapia en cada raza. Por ejemplo, son muchos los estudios que han mostrado que los afro-americanos no responden tan bien a las terapias aprobadas para la hipertensión. Es necesario realizar más investigaciones enfocadas a esta área para que se pueda alcanzar una terapia contra el VHC efectiva para todos.

Comentario

Algunos de estos estudios sugieren que es posible que las personas detengan su terapia preventiva o de mantenimiento después de tener una mejoría en su respuesta inmunológica (esta es generalmente definida por un aumento en el recuento de células CD4+) debido a la terapia altamente activa (HAART). Sin embargo, parece que el riesgo de que las personas desarrollen enfermedades oportunistas o tengan recaídas aumenta cuando la terapia altamente activa falla y sus células CD4+ comienzan a disminuir. Si existieran mejores formas de medir las respuestas inmunológicas a enfermedades oportunistas, éstas podrían ayudar a predecir en qué casos sería seguro detener la terapia de prevención o de mantenimiento, o si necesitaría retomarla.

El mensaje básico

- ¡Aprenda cuáles son sus opciones para hacerse la prueba del VIH y escoja la que mejor se ajuste a sus necesidades! ¡Asegúrese de que su privacidad sea protegida!
- Si usted es seropositivo, no sienta pánico. Si hace que su salud sea lo más importante, es muy probable que se mantenga aceptablemente sano durante muchos años.
- Aprenda cuáles son sus opciones de atención médica y los servicios de apoyo locales.
- Hágase practicar un examen físico completo y un análisis de sangre que mida el recuento de células CD4+ y los niveles del virus en la sangre. Repítalo cada tres meses y observe las tendencias. Las mujeres deben hacerse exámenes ginecológicos y pruebas de Papanicolaou cada seis meses, y con mayor frecuencia si hay alguna anomalía.
- Desarrolle en colaboración con su médico una estrategia a largo plazo para manejar la enfermedad del VIH.
- Si el recuento de células CD4+ es inferior a 350 o si está bajando rápidamente, considere la posibilidad de comenzar una terapia contra el VIH. Antes de tomar acción hágase análisis de sangre por lo menos dos veces.
- Si la terapia contra el VIH no consigue reducir el nivel del VIH por debajo del "límite de detección" o de 5,000 copias en los 3 a 6 meses siguientes, considere la posibilidad de cambiarse a una terapia diferente o más agresiva.
- Si la tendencia en los recuentos de células CD4+ permanece inferior a 300, considere un tratamiento para prevenir la PCP. Si es por debajo de 200, comience el tratamiento contra la PCP (si es que todavía no lo ha hecho) y reconsidere iniciar una terapia contra el VIH si no la ha iniciado. Aprenda sobre la interacción de los medicamentos y los tratamientos preventivos para las infecciones oportunistas.
- Si ya comenzó terapias preventivas y su recuento de células CD4+ aumenta en respuesta a la terapia contra el VIH, pregunte a su médico si sería seguro suspender algunas de las terapias preventivas.
- Si su recuento de células CD4+ permanece por debajo de 75, considere hacerse análisis de sangre más frecuentes, quizás mensualmente. Considere las terapias para prevenir el MAC/MAI y el CMV.
- Busque regularmente apoyo para sus necesidades de tipo personal, espiritual y emocional. Se necesita más que los medicamentos para mantenerse bien.

ES CONVENIENTE QUE LEA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS DISPONIBLES EN PROJECT INFORM:

"El primer día", "El médico, el paciente y el VIH",
"Cómo tomar una decisión",
"Estrategia de terapia contra el VIH"