

ESTRATEGIAS SOBRE CUÁNDO INICIAR LA TERAPIA CONTRA EL VIH



asuntos que se deben tener en cuenta cuando se toma una terapia por primera vez

La decisión acerca de cuándo se debe iniciar la terapia contra el VIH y qué tratamientos se deben utilizar puede ser abrumadora. Aunque la terapia puede retardar mucho el curso de la enfermedad del VIH, y aumentar la duración y la calidad de la vida, también podría causar efectos secundarios. Probablemente, para la mayoría de las personas, ninguna funcionará de manera indefinida.



Algunas personas prefieren postergar la terapia por el mayor tiempo posible mientras que sea seguro. Otros deciden iniciar la terapia en la parte inicial del curso de la enfermedad. Ambas estrategias tienen méritos y ambas tienen el apoyo de algunos investigadores. Pensar acerca de toda la información y opciones que tiene a su disposición le ayudará a lograr los mejores resultados con cualquiera de las dos estrategias.

Cuando una persona comienza a ver la terapia como parte del panorama general, es más fácil hacer cambios a medida que vaya obteniendo nueva información. Por ejemplo, usted podría decidir iniciar con cierto régimen de medicamentos, y luego darse cuenta de que no

funcionan tan bien como usted esperaba. En este caso, sería de gran utilidad que usted ya hubiera explorado a fondo sus opciones y determinado cuál sería su siguiente régimen, pues así podría proceder con confianza en lugar de sentirse abrumado debido a que su primera opción no funcionó con la eficacia que esperaba.

Una manera de comenzar a tomar decisiones acerca de la terapia es elaborando una lista de preguntas a considerar, como las que mencionamos a continuación. Las respuestas a estas preguntas pueden ayudarle a pensar cada uno de los pasos que le gustaría dar para implementar así su propia estrategia de terapia.

UNA PUBLICACION DE

PROJECT
inform

Information,
Inspiration and
Advocacy for People
Living With HIV/AIDS

MARZO DE 2004

Algunas preguntas a responder antes de iniciar una terapia ...



¿Cuál es su recuento actual de células CD4+?

- › ¿Es estable y por encima de 350, o es por debajo de 200?
- › ¿Es usted consciente de los riesgos de salud relacionados con un recuento inferior a 200?
- › ¿En general, cuál es la tendencia? ¿A aumentar? ¿A disminuir? ¿A permanecer estable?

¿Cuál es su carga viral actual?

- › ¿Es inferior a 10,000 o quizás indetectable?
- › ¿Es superior a 50,000 o se observa un aumento constante en dos o más pruebas?
- › En general, cuál es la tendencia? ¿A aumentar? ¿A disminuir? ¿A permanecer estable?

¿Está usted listo o dispuesto a comprometerse con el uso de una terapia?

- › ¿Ha usado antes algún medicamento que deba tomar todos los días? ¿Le fue fácil o difícil?
- › ¿Qué tipo de situaciones haría que usted se saltara una dosis?
- › ¿Puede llevar con usted sus medicamentos a las distintas horas del día? ¿Cuál es el mejor sitio para guardarlos de manera que pueda encontrarlos fácilmente y no olvide tomarlos?
- › ¿Ofrece el consultorio de su médico o una de las organizaciones locales de servicios para el SIDA algún programa de apoyo para ayudarle en la adherencia (cumplimiento) con la toma de sus medicamentos según lo recetado?



¿Es usted consciente de los posibles efectos secundarios?

- › ¿Es usted consciente de cuáles efectos secundarios le podrían resultar más problemáticos, como las náuseas o la diarrea?
- › ¿Sabe usted cuáles son más probables que se presenten en la primera semana más o menos después de haber iniciado la terapia, y cuáles se podrían ir solucionando con el tiempo?
- › ¿Conoce usted las señales de aquellos efectos secundarios más peligrosos o los que pueden ocurrir a largo plazo? ¿Tiene usted un régimen de reemplazo al cual se pueda cambiar?
- › ¿Sabe usted lo que puede hacer para ayudar a evitarlos o a disminuirlos? (Para más información, lea la publicación de Project Inform “Como lidiar con los efectos secundarios de los medicamentos”).



¿Sabe cuáles terapias pueden preservar más opciones para el uso futuro?

- › ¿Ha pensado en cuál sería su terapia de segunda y tercera línea si llegara a fallar la de primera línea?
- › ¿Ha leído sobre los medicamentos que se están estudiando en la actualidad y cómo podrían usarse si fallaran los otros?
- › ¿Prefiere iniciar con la combinación de medicamentos más potente posible, o preferiría preservarlos para después?

¿Cómo se siente acerca de la terapia?

- › ¿Se siente confiado de que iniciar ahora es lo mejor que puede hacer? ¿Qué le hace pensar esto?
- › ¿Se siente ansioso o preocupado? ¿Le ha manifestado a su médico sus inquietudes?
- › ¿Qué siente sobre un medicamento específico? ¿En que se basa? ¿Qué le podría ayudar a calmar sus inquietudes?

¿Es usted consciente de cómo la terapia podría afectar su vida?

- › ¿Cómo se siente acerca de tener que tomar pastillas todos los días, quizás por el resto de su vida? ¿Con qué tipo de apoyo cuenta para ayudarle a superar las épocas difíciles?
- › ¿En los primeros días después de iniciar la terapia, qué apoyo y flexibilidad tiene con compromisos como el trabajo, el cuidado de los niños o el trabajo voluntario?
- › ¿Iniciar el tratamiento le limitaría poder tomar parte en actividades de las cuales usted disfruta?
- › ¿Piensa usted llevar consigo sus medicamentos si va a pasar la noche por fuera de su casa, o si se va de vacaciones o en aquellos lugares en los que no es fácil tomar los medicamentos?

Cuándo iniciar la terapia

Es posible y razonable iniciar la terapia de medicamentos contra el VIH en cualquier punto del curso de la enfermedad del VIH. Sin embargo, no existe un consenso acerca de cuándo sea el mejor momento para iniciarla.

Un grupo de personas—incluyendo investigadores, médicos, y personas que viven con el VIH y sus defensores—se reúnen regularmente para discutir los resultados de los estudios y sus experiencias en el tratamiento y el manejo del VIH. Este grupo se llama Federal Guidelines Committee (comité para la creación de las pautas generales).

Más o menos cada año, ellos actualizan una serie de recomendaciones para médicos y pacientes con el fin de ayudarles a tomar decisiones acerca de los medicamentos contra el VIH. Conocidas como “Federal Guidelines” (pautas federales) o “Guidelines” (pautas), los extractos que encontrará a continuación van dirigidos a los adultos y adolescentes.

Estas pautas tienen el propósito de ayudar a las personas a resolver las inquietudes que les puedan surgir con respecto al uso de las terapias. No son reglas que deban seguirse de manera precisa. Cuando se tiene suficiente información sobre un aspecto del tratamiento de la enfermedad del VIH, las pautas entonces recomendarán o

sugirán una preferencia. En el caso de que la información esté menos clara, también las recomendaciones dirán exactamente eso.

Algunas personas no se enteran de que son VIH positivas sino hasta después de haberse enfermado con alguna infección relacionada con el SIDA. Conocer a tiempo su estatus del VIH le permite tener más flexibilidad para manejarlo antes de tener que enfrentarse a la decisión de tomar una terapia contra el VIH. Sin embargo, es posible tomar decisiones bien informadas aún en el caso de estar afrontando retos de salud.

Aunque el cuadro siguiente recomienda que todas las personas con recuentos de células CD4+ por debajo de 200 debieran estar en tratamiento, verdaderamente nunca es demasiado tarde para comenzar. Las personas que se enteren de que son VIH positivas cuando sus recuentos de células CD4+ sean inferiores 200 a aún pueden beneficiarse de la terapia.



pautas federales básicas

SI USTED TIENE ESTOS TRES ...			ENTONCES ...
síntomas	las células cd4+	nivel de vih	las pautas recomiendan
Síntomas severos, enfermedades que indican la presencia del SIDA	cualquier número	cualquier número	Se recomienda fuertemente iniciar la terapia.
Síntomas severos o ningún síntoma	menos de 200	cualquier número	Se recomienda fuertemente iniciar la terapia.
Ningún síntoma	de 200 a 350	cualquier número	Se debe ofrecer tratamiento, aunque existe algún desacuerdo.
Ningún síntoma	350 o más	55,000 o más	Aunque hasta el 30% de las personas en esta categoría pueden experimentar el avance de la enfermedad si se deja sin tratamiento, no existe todavía información para probar de manera concluyente que iniciar el tratamiento en este momento traiga beneficios a largo plazo.
Ningún síntoma	350 o más	menos de 55,000	La mayoría no recomendaría la terapia ya que el riesgo de avance de la enfermedad es bajo (15%).
Ningún síntoma o infección primaria del VIH (síndrome retroviral agudo) beneficios a largo plazo.	más de 200	cualquier número—hasta varios millones de copias	Nivel detectable del VIH, pero las pruebas de antígeno son negativas o indeterminadas. Puede ofrecerse tratamiento, pero los beneficios de iniciar la terapia en este momento son todavía teóricos. No existe información para probar los beneficios a largo plazo.

cosas que se deben tener en cuenta

Si los medicamentos contra el VIH fueran fáciles de tomar, no causarían efectos secundarios y nunca dejarían de funcionar a pesar de la resistencia, entonces tomar la decisión acerca de cuándo iniciar la terapia sería algo muy sencillo. Sin embargo, con los medicamentos que se encuentran disponibles en la actualidad el truco consiste en equilibrar los beneficios de reducir los niveles del VIH y aumentar los recuentos de células CD4+, con los posibles efectos secundarios y las fallas del tratamiento. Los siguientes ejemplos ayudan a dar claridad al proceso de evaluar los distintos factores. Cada uno tiene sus propios posibles beneficios e inconvenientes. Aunque se explican tanto las ventajas como las desventajas, la única respuesta “correcta” es la que resulta después de considerar cuidadosamente los dos aspectos.

1

Infección primaria o aguda

Un hombre sabe que estuvo expuesto al VIH hace varias semanas. Las pruebas muestran que su carga viral es de 600,000, pero los anticuerpos continúan siendo negativos. Esto indica que se encuentra en la etapa primaria o aguda de la infección del VIH. Su médico dice que debería iniciar el tratamiento inmediatamente y solo tiene algunos días para decidir. ¿Debería iniciar ahora?

las ventajas

No hay información concluyente que pruebe que iniciar la terapia ahora resulte en una vida más larga y saludable. Sin embargo, algunos investigadores sugieren que el tratamiento temprano podría:

- › disminuir la severidad del síndrome agudo;
- › alterar el punto de partida de la carga viral (que según algunos podría afectar el ritmo del avance de la enfermedad con el transcurso del tiempo);
- › prevenir que el VIH haga mutaciones (cambios) frente a las defensas del organismo; y
- › preservar las funciones inmunológicas.

las desventajas

Éstas son menos teóricas e incluyen la posibilidad de que la persona:

- › tenga que tomar la terapia de manera indefinida;
- › agote demasiado pronto tanto sus opciones de tratamiento como las combinaciones que serían viables; y
- › desarrolle efectos secundarios a largo plazo.

EJEMPLO

2

Recuentos de células CD4+ entre 200 y 350

Una mujer, quien posiblemente ha sido seropositiva durante diez años, ha venido observando disminuciones en sus recuentos de células CD4+. Éstas han bajado de 450 a 375, y luego a 320 en el transcurso de seis meses. Sin embargo, su nivel de VIH es relativamente estable alrededor de 15,000. Ella le tiene temor a los efectos secundarios y por eso duda en iniciar la terapia. ¿Debería ella iniciar la terapia ahora o esperar a ver que pasa con estos dos indicadores?

las ventajas



- › Si ella inicia la terapia ahora, podría reducir más el riesgo de enfermarse en los próximos tres años que si espera.
- › Ella podría tener una respuesta a la terapia más fuerte y más duradera.
- › Iniciar la terapia con una carga viral más baja permite que se consideren un mayor número de combinaciones.

las desventajas



- › Si sus temores sobre los efectos secundarios son lo suficientemente fuertes podrían dificultarle permanecer fiel a su régimen.
- › Iniciar la terapia ahora podría reducir los riesgos de avance de la enfermedad en el corto plazo, pero esto podría no durar con el tiempo, ya que aumenta el riesgo de falla del tratamiento debido a la resistencia a los medicamentos y de un mayor número de efectos secundarios con cada año de terapia que pase.

EJEMPLO

3

Células CD4+ por encima de 350 con nivel bajo de VIH

Un hombre se entera de que es VIH positivo y por lo tanto investiga abundante literatura en el Internet acerca de los tratamientos para el VIH, entusiasmándose con las estrategias más nuevas y las que están en nivel experimental. Aunque su recuento de células CD4+ es de 450 y su nivel de VIH nunca ha estado por encima de 4,000 en 3 pruebas durante los últimos 6 meses, él desea combatir agresivamente al virus y ensayar la terapia. ¿Debería él iniciar su tratamiento?

las ventajas



- › Iniciar la terapia tan temprano podría llevar teóricamente a beneficios a largo plazo en cuanto a la función inmunológica y la diversidad viral. Sin embargo, los posibles beneficios—igual que sucede con el tratamiento durante la infección primaria—no han sido aún comprobados de manera concluyente.

las desventajas



- › Iniciar el tratamiento tan temprano podría agotar las opciones demasiado pronto.
- › El tratamiento iniciado en este punto podría tener que tomarse de manera indefinida. Hay mayores riesgos de falla del tratamiento debido a la resistencia a los medicamentos y/o aumento de los efectos secundarios con cada año de terapia que pase.

EJEMPLO

4

Si se tiene tanto VIH como hepatitis C

Una mujer ha sido seropositiva durante más de 10 años. También ha tenido el virus de la hepatitis C (VHC) durante veinte años o más. Recientemente se enteró de que tenía serios daños en el hígado. Las pruebas que evalúan el funcionamiento hepático y una biopsia del hígado muestran el VHC está causando este daño. Ella nunca antes ha estado en terapia contra el VIH o el VHC. Su recuento de células CD4+ es de 300 y su nivel del VIH es de 80,000. ¿Debería ella iniciar un tratamiento contra el VIH ahora o esperar hasta después de tratar la hepatitis C?

las ventajas



- › Iniciar una terapia contra el VIH ahora reduciría los riesgos de que su recuento de células CD4+ se desplomaran propiciándose el desarrollo de una infección relacionada con el SIDA.
- › La terapia contra el VIH funciona tan bien en las personas infectadas con el VHC como en las que no lo están.

- › La terapia contra el VIH puede ser bien tolerada por las personas con VHC.

las desventajas



- › La terapia contra el VHC puede tener efectos secundarios desagradables que podrían ser peores en las personas que toman la terapia contra el VIH.

la mejor combinación

¿Cuál es la mejor combinación para las personas que inician una terapia?

El interrogante acerca de cuál combinación de medicamentos contra el VIH debería una persona utilizar como terapia de primera línea puede parecer confuso. Sin embargo, existen solamente algunos factores a considerar. Esto hace más estrecha la gama de opciones para la terapia de primera línea. Estos incluyen:

- su potencia;
- su facilidad de uso y el número de pastillas que hay que tomar;
- su potencial de producir efectos secundarios a corto y a largo plazo.



Recuerde cuáles son los objetivos de la terapia

Una combinación eficaz de medicamentos contra el VIH deberá bajar el nivel del virus al menor número posible (preferiblemente a niveles indetectables) y aumentar el recuento de células CD4+. Esto debe suceder sin producirle efectos secundarios debilitantes y sin afectar la calidad de vida. Además deberán ser fáciles de tomar de acuerdo a los horarios de la persona, de tal manera que se puedan ingerir todas las dosis de acuerdo a como han sido recetadas (es decir, que haya una buena adherencia al tratamiento).

No se puede destacar suficientemente la gran importancia que tiene la adherencia a los medicamentos. Varios estudios han encontrado que la razón más común para la falla en los tratamientos es la omisión de dosis. Por lo tanto, la voluntad de adherirse a su tratamiento juega un papel preponderante en cualquier decisión que vaya a tomar acerca de una terapia. La publicación de Project Inform, "La adherencia: cómo mantenerse al día con sus medicamentos", puede ayudarlo a prepararse para conservar una buena adherencia.

Hay aprobadas cuatro clases diferentes de medicamentos contra el VIH

para ser utilizados en distintas combinaciones. Estas son:

- › Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a los nucleósidos (NRTI por su sigla en inglés) y los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a los nucleótidos (NtRTI por su sigla en inglés);
- › Los inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (NNRTI por su sigla en inglés);
- › Los inhibidores de la proteasa (PI por su sigla en inglés); y
- › Los inhibidores de entrada (o de fusión)

Cada una de estas cuatro clases actúa de manera diferente para impedir que el VIH elabore nuevas copias de sí mismo (réplicas). Actualmente en los Estados Unidos, se utilizan tres o más medicamentos juntos para conformar regímenes eficaces. Para la terapia de primera línea por lo general se incluyen dos NRTIs y uno de otra clase, como un NNRTI o un PI. Puede encontrar una lista de los medicamentos en el cuadro de la página 9.

Las pautas federales indican las siguientes dos combinaciones como "preferidas" para los regímenes de

primera línea. Esto es debido a que se considera que tienen una buena potencia contra el VIH y que son fáciles de tomar. Las pautas también mencionan más de una docena de otros regímenes que pueden ser menos potentes, tener un poco más de efectos secundarios, tener que tomarse con mayor frecuencia, o requerir un mayor número de pastillas que los que se enumeran a continuación.

- › Combivir* + efavirenz, y
- › Combivir* + Kaletra

* *Combivir es una pastilla que combina AZT + 3TC. En cualquiera de las dos combinaciones mencionadas anteriormente en lugar de Combivir puede usarse d4T + 3TC. En lugar de Combivir también puede usarse tenofovir + 3TC con efavirenz.*

De hecho, varias otras combinaciones pueden ser iguales de eficaces y desempeñar un buen papel en la terapia de primera línea. Estas incluyen el uso de:

- › nevirapina en lugar de efavirenz,
- › FTC en lugar de 3TC,
- › atazanavir + ritonavir en lugar de Kaletra, y
- › un régimen con otro inhibidor de la proteasa fortificado con ritonavir en lugar de Kaletra.

NRTIs y NtRTIs

Los NRTI (inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a los nucleósidos) y los NtRTIs (inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a los nucleótidos) casi siempre se usan como parte del régimen contra el VIH. Por lo general se combinan dos de ellos con otro de otra clase de medicamentos. Algunas veces se usan tres NRTIs como régimen completo de primera línea. Aunque existen varios medicamentos dentro de esta clase, pocas combinaciones son consideradas para la terapia de primera línea. Esto se debe bien sea a que los medicamentos como el ddC por lo general se consideran inferiores, o a que combinar dos de los medicamentos, tales como el d4T y el ddI, tiene un alto riesgo de causar efectos secundarios. El AZT y el d4T tampoco deben usarse en combinación ya que mutuamente se disminuyen su eficacia y se aumenta el riesgo de efectos secundarios.

Las pautas federales recomiendan que el 3TC + AZT o el 3TC + d4T sean usados como terapia de primera línea. Las pautas también indican que podría usarse 3TC + tenofovir. Esto principalmente se debe que el 3TC no añade toxicidades de forma significativa al AZT, el d4T o el tenofovir, y puede retardar el desarrollo de la resistencia a dichos medicamentos. Todos los tres medicamentos pueden tomarse al tiempo en dosis de una o dos veces al día. Además, el AZT y el 3TC pueden combinarse en una pastilla llamada Combivir, la cual simplifica las dosis.

El abacavir y el 3TC también pueden usarse conjuntamente. Esto por lo general no se recomienda en regímenes de primera línea debido a que el abacavir puede causar una reacción alérgica que pone en peligro la vida en hasta un 5% de las personas que lo toman. Por lo general el abacavir se reserva para uso posterior, cuando quizás existan menos opciones disponibles—lo que hace que los posibles beneficios del uso del abacavir sobrepasen a las inquietudes acerca de su uso.

Un medicamento reciente, el FTC, también puede utilizarse en lugar del 3TC. El FTC fue aprobado para tomarse en dosis de una vez al día y es un medicamento “hermano” del 3TC. Se espera que el FTC tenga efectos secundarios y un nivel de eficacia similares al 3TC. El FTC de hecho se descompone en el organismo con una menor rapidez que el 3TC, y algunos estudios posteriores podrían llegar a probar que es un medicamento superior. Sin embargo, la resistencia del VIH a uno de ellos lleva a la resistencia al otro.

Cada vez hay mayores inquietudes de que los efectos secundarios atribuidos al d4T vayan a limitar su uso. Algunos estudios muestran que el d4T debilita significativamente a las mitocondrias, las cuales son la fuente de energía de las células. Esto puede llevar a una acidosis láctica, que es una acumulación peligrosa de ácido láctico en la sangre y otros tejidos. Se piensa que ambos efectos secundarios juegan un papel preponderante en la pérdida de grasa en la cara, los brazos y las piernas. Estos problemas han sido observados con mayor frecuencia en las personas que toman d4T con ddI.

El medicamento ddI no suele usarse como parte de un régimen de primera línea debido a que debe tomarse con el estómago vacío y no puede ingerirse al mismo tiempo

con otros medicamentos. Esto puede dificultar mucho su uso, especialmente en combinación con otros medicamentos, como ciertos inhibidores de la proteasa que deben tomarse con las comidas.

El tenofovir, un NtRTI, es un medicamento relativamente nuevo de una clase muy similar a la de los NRTIs. Se toma una vez al día y hasta el momento ha demostrado tener muy pocos efectos secundarios. Hay evidencias de que este medicamento puede funcionar aun cuando el VIH haya desarrollado resistencia a los otros NRTIs. Por esta razón, todavía se está debatiendo si el mejor uso del tenofovir es como terapia de primera línea o como terapia de segunda o tercera línea. Todavía no se han llevado a cabo estudios que nos pudieran dar alguna orientación sobre este asunto. Sin embargo, la facilidad de uso del tenofovir, su potencia y relativamente pocos efectos secundarios, lo hacen una opción atractiva como terapia de primera línea.

Algunos estudios recientes han encontrado que el tenofovir y el abacavir usados conjuntamente pueden llevar a una falla prematura del régimen contra el VIH por razones que todavía no se han entendido completamente. Además, el tenofovir interactúa hasta cierto punto con el atazanavir, que es un inhibidor de la proteasa.

Por último, el Trizivir (AZT + 3TC + abacavir) es la única combinación de tres medicamentos aprobada en la actualidad disponible en forma de una sola pastilla. Puede tomarse sola o con otros medicamentos de cualquier otra clase. Sin embargo, el Trizivir podría no ser tan potente como terapia de primera línea como otras combinaciones, principalmente en personas cuyos niveles del VIH sean muy altos (por encima de 100,000). Además, el Trizivir contiene abacavir, el cual no está en la lista de medicamentos preferidos de las pautas federales debido a sus efectos secundarios (mencionados anteriormente).

Existe alguna controversia sobre el uso del Trizivir solo, ya que no se considera una combinación potente. Mientras que hubo otras combinaciones que pudieron reducir los niveles del VIH por debajo de 500 en el 80% o más de los participantes en un estudio, el Trizivir tan solo lo logró en el 60% de las personas de dicho estudio.

Además, los regímenes futuros podrían depender de al menos uno de estos tres medicamentos para poder funcionar eficazmente. Así es que iniciar la terapia con Trizivir puede ser un régimen de primera línea apropiado solamente para aquellas personas que requieran un régimen muy simple, o que no puedan tolerar los NNRTIs o los PIs.

NRTIs que no deben usarse juntos en un régimen

AZT + d4T

ddI + ddC

abacavir + tenofovir

d4T + ddC

ddC + 3TC

NNRTIs

Los NNRTIs (inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos) funcionan de manera diferente a los NRTIs, pero actúan contra el VIH en la misma etapa del ciclo reproductivo del virus. Como parte de la terapia de primera línea, los NNRTIs se usan regularmente con dos NRTIs. Los regímenes con efavirenz han sido comparados en estudios a varias otras combinaciones y consistentemente han demostrado ser más potentes y de más larga duración. El efavirenz fue seleccionado por el panel asesor de las pautas federales como el medicamento preferido para la terapia de primera línea.

Aunque las pautas recomiendan al efavirenz por encima de la nevirapina, hay veces en que la nevirapina puede ser mejor. Esto es particularmente cierto para las personas que deseen preservar los inhibidores de la proteasa para más tarde, pero que tienen inquietudes acerca

de los efectos secundarios relacionados con el cerebro (neurológicos) del efavirenz. Entre ellos están sueños vívidos y perturbadores, dificultad para concentrarse, insomnio y cambios en el estado de ánimo. En algunos estudios, entre el 14 y el 53% de las personas que tomaron efavirenz reportaron estos efectos secundarios.

Las mujeres embarazadas y las que están intentando concebir deben evitar el efavirenz. Ellas podrían considerar la nevirapina como mejor opción cuando se inicie un régimen que no contenga inhibidores de la proteasa. El riesgo de sarpullidos asociado con la nevirapina parece ser ligeramente más alto en las mujeres que en los hombres. Entre las mujeres que desarrollaron sarpullidos, es más probable que llegue a ser severo. De tal manera, que particularmente las mujeres no deberían considerar que la nevirapina es una mejor opción que el

efavirenz, aunque las mujeres en embarazo o que estén pensando en concebir, deberán ser conscientes de los riesgos que implica el uso del efavirenz durante esta época y por lo tanto deberán evitarlo.

Un importante punto para tener en cuenta es que todos los NNRTIs aprobados en la actualidad tienen una alta resistencia cruzada entre sí. Esto quiere decir que cuando el VIH se vuelve resistente a uno de ellos, es muy probable que se vuelva resistente a todos los demás NNRTIs, volviéndolos mucho menos eficaces. Por consiguiente, la mayoría de las personas solamente tiene una oportunidad con el uso de esta clase de medicamentos. De los tres medicamentos de esta clase, la delavirdina es la menos utilizada. Esto se debe principalmente a que debe tomarse tres veces al día y a que interactúa con muchos otros medicamentos.

Inhibidores de entrada (o de fusión)

El enfuvirtide es parte de una clase completamente nueva de medicamentos denominada inhibidores de entrada o de fusión. Estos impiden que el VIH se fusione a las células CD4+, bloqueando así la entrada del virus a la célula. Aunque el enfuvirtide tiene otras muchas características positivas, debe inyectarse debajo de la piel dos veces al día. Por esta razón es muy improbable que el enfuvirtide sea un medicamento deseable como terapia de primera línea. En la actualidad su uso está aprobado solamente para las personas cuyos otros regímenes hayan fallado.

Inhibidores de la proteasa

Esta clase de medicamentos contiene algunos de los componentes más potentes contra el VIH que se conocen en la actualidad, aunque algunos de estos medicamentos son más potentes que los otros. Otros factores adicionales a considerar para el uso de los inhibidores de la proteasa como terapia de primera línea incluyen su facilidad de uso y el potencial de desarrollar ciertos efectos secundarios serios en el largo plazo. A este respecto, el Kaletra es un medicamento potente que es fácil de tomar, y el atazanavir tiene uno de los menores potenciales de causar efectos secundarios y es fácil de usar. Por las razones mencionadas anteriormente, el Kaletra fue considerado por el panel que prepara las pautas federales como uno de los medicamentos preferidos para un régimen de primera línea. El atazanavir, aunque las pautas lo sugieren como parte de un régimen alternativo más bien que de un régimen preferido, puede de hecho ser una buena elección, especialmente si se fortifica con ritonavir.

Aunque se pueden usar otras combinaciones de inhibidores de la proteasa como terapia de primera línea, la mayoría requiere una pequeña dosis de ritonavir para fortificar su efecto. De esta manera, estos medicamentos se vuelven más potentes, lo que permite tomarlos con menor frecuencia y en menores dosis. Ninguno de los inhibidores de la proteasa

fortificados con ritonavir (además del Kaletra) han sido estudiados a fondo como terapias de primera línea. Cuando no se fortifican con ritonavir, los otros PIs adolecen de problemas que los podrían hacer más apropiados como terapia alternativa que como terapia preferida. Estos problemas incluyen una actividad reducida contra el VIH, dosis inconvenientes y un mayor riesgo de efectos secundarios.

La mayoría de los inhibidores de la proteasa son de alta potencia. Algunos médicos prefieren preservarlos para cuando otros regímenes menos complicados—y quizás con menos efectos secundarios—hayan fallado. Aunque esto podría ser teóricamente una excelente estrategia, todavía no se han llevado a cabo suficientes estudios que confirmen esta hipótesis.

También existen otros datos que sugieren que cuando el VIH se vuelve resistente al atazanavir, todavía continúa siendo sensible a los otros inhibidores de la proteasa. Si se demuestra que esto es verdad, el atazanavir se convertiría en un medicamento preferido para la terapia de primera línea. Sin embargo, los estudios hasta el momento son contradictorios. Aquellos que usan atazanavir como terapia de primera línea en este momento aún podrían desarrollar un nivel significativo de resistencia a otros inhibidores de la proteasa.

El inicio de la terapia en las mujeres

Las pautas acerca de cuándo iniciar la terapia en las mujeres VIH positivas que están en embarazo o que piensan concebir próximamente son en su mayoría iguales a las del resto de los adultos. Si una mujer embarazada tiene un recuento bajo de células CD4+ y un nivel alto de VIH, debe decidir de qué manera va a proteger su salud junto con la del bebé en desarrollo.

Algunos médicos recomiendan que las mujeres VIH positivas esperen para iniciar su tratamiento hasta el segundo trimestre (que comienza en la semana número 13 del embarazo). Puesto que el primer trimestre es cuando la mayoría de los órganos del bebé se desarrollan, es también cuando es más probable que ocurran los defectos de nacimiento. Algunos de los medicamentos contra el VIH NO deben tomarse durante el embarazo, según se discute en la sección siguiente. (Para más información, lea la publicación de Project Inform, “El embarazo y el VIH”).

Para las mujeres que utilizan anticonceptivos orales y otras terapias de reemplazo hormonal, es importante notar que algunos de los medicamentos contra el VIH interactúan con estos, creando la necesidad de hacer ajustes a las dosis de los anticonceptivos orales, usar otros métodos de control de la natalidad o cambiar algunos de los medicamentos contra el VIH. (Para más información, lea la publicación de Project Inform “Interacciones entre los medicamentos”).

Pruebas de resistencia a los medicamentos contra el VIH

La información disponible muestra que hasta un 20% de las personas recién infectadas en los Estados Unidos podrían tener cepas del VIH resistentes a los medicamentos. Más de un 5% de estas cepas son resistentes a más de una clase de medicamentos. Por esta razón, algunos médicos recomiendan que las personas infectadas a partir del 2001 o algo así, se hagan pruebas de resistencia antes de elegir sus regímenes de tratamiento. Esto puede ayudar a asegurar que dicho régimen tenga la mejor oportunidad de funcionar con la mayor eficacia posible. Para más información acerca de las pruebas de resistencia, lea la publicación de Project Inform, “Pruebas de resistencia a los medicamentos contra el VIH”.



cuadro de medicamentos

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE DE MARCA
Los inhibidores de proteasa	
amprenavir	Agenerase
atazanavir	Reyataz
fosamprenavir	Lexiva
indinavir	Crixivan
lopinavir/ritonavir	Kaletra
nelfinavir	Viracept
ritonavir	Norvir
saquinavir sgc	Fortovase
saquinavir hgc	Invirase
Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a los nucleósidos (NRTI) y los nucleótidos (NtRTI)	
3TC (lamivudine)	Epivir
abacavir	Ziagen
AZT (zidovudine)	Retrovir
AZT/3TC	Combivir
AZT/3TC/abacavir	Trizivir
d4T (stavudine)	Zerit
d4T XR (stavudine)	Zerit XR
ddC (zalcitabine)	Hivid
ddI (didanosine)	Videx
ddI EC (didanosine)	Videx EC
FTC (emtricitabine)	Emtriva
tenofovir	Viread
Los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos a los no nucleósidos (NNRTI)	
delavirdine	Rescriptor
efavirenz	Sustiva
nevirapine	Viramune
Inhibidor de fusión	
T20 (enfuvirtide)	Fuzeon

hágase cargo de su propia salud

Project Inform tiene varias publicaciones que pueden ayudarle a crear y manejar su propio plan de tratamiento. Además de esta publicación sobre estrategias, tenemos cinco otras que podrían serle de utilidad. Estas incluyen: “Estrategias para el manejo general de la salud”; “Estrategias para el manejo de las infecciones oportunistas”; “Estrategias para la terapia de tercera línea”; “Estrategias para la interrupción estructurada del tratamiento”; y “Estrategias para las terapias basadas en la función inmurológica”. Éstas y otras muchas publicaciones se encuentran disponibles en Project Inform llamando al 1-800-822-7422 o visitando www.projectinform.org.



¿Con qué se debe iniciar primero: con NNRTIs, inhibidores de la proteasa o ninguno de los dos?

Aunque los médicos y los investigadores ahora han reportado acerca de docenas de regímenes de primera línea, todavía no se ha llevado a cabo un estudio lo suficientemente grande que demuestre con cuál se deba iniciar la terapia. Hasta el momento, sabemos que cuando el nivel de VIH de una persona permanece por debajo de 50 durante por lo menos un año de terapia, por lo general va a seguir así al menos por dos años más, asumiendo que haya una buena adherencia. Esto es cierto para la mayoría de las combinaciones que se utilizan. Sin embargo, ciertos regímenes, como aquellos que contienen efavirenz o Kaletra tienen las mayores probabilidades de lograr estos resultados en los estudios.

Está aún menos claro cuál será el impacto que tenga en la terapia de segunda línea el régimen que se escoja como terapia de primera línea. Algunas informaciones sugieren que cuando una persona inicia su terapia con un inhibidor de la proteasa, es probable que tenga éxito con el efavirenz como terapia de segunda línea. Sin embargo, existe menos información acerca del proceso contrario. Igualmente, se tiene muy escasa información sobre los efectos a largo plazo de iniciar una terapia con tres NRTIs, como el Trizivir, aunque ciertos datos recientes sugieren que es mucho más probable que falle el régimen triple de NRTIs. Por consiguiente, crear una estrategia de tratamiento a más largo plazo requiere sopesar los beneficios teóricos con los riesgos reales.

Quizás el factor más limitante de todos los medicamentos es la resistencia cruzada. Cuando el virus de una persona desarrolla un alto nivel de resistencia, hace que los medicamentos tengan menos potencia. Así pues, con más de 20 medicamentos aprobados, solo es posible lograr dos o tres regímenes de alta potencia seguidos.

En la actualidad algunas personas opinan que la mejor terapia de primera línea debe ser la que sea más potente. Hasta ahora los estudios han mostrado que los efectos más potentes y de mayor duración para la persona provienen del régimen de primera línea. Mientras más tiempo la persona permanezca en él sin desarrollar mayores efectos secundarios o resistencia, mejor. Mientras más tiempo continúe funcionando, es mayor la probabilidad de que haya disponibles nuevos medicamentos aprobados, lo que permite un mayor número de opciones para las terapias de segunda y tercera línea. En general, los inhibidores de la proteasa fortificados con ritonavir,

Me pregunto qué impacto irá a tener mi primer régimen en mi segundo régimen.



como el Kaletra, son considerados como los de mayor potencia y duración.

Otros opinan que reservar los medicamentos de mayor potencia y duración para la terapia de segunda línea es una mucho mejor estrategia. Ellos piensan que es mejor iniciar la terapia con un NNRTI o con NRTIs solamente. Probablemente esto funcione para la mayoría de las personas durante un período de tiempo mientras que se preservan los inhibidores de la proteasa para un uso futuro. También se espera que los NNRTIs y los NRTIs tengan menos efectos a largo plazo en los niveles de colesterol y triglicéridos. Una vez más, esta teoría tiene sus méritos, pero no existen estudios que prueben que constituye una mejor estrategia a largo plazo. Además, la potencia de estos regímenes ha mostrado ser menor entre las personas que inician su terapia cuando su nivel de VIH es superior a 100,000.

Cualquiera que sea la decisión que usted y su médico tomen, probablemente es prudente tener una estrategia de refuerzo para el caso de que la terapia de primera línea no funcione tan bien como usted esperaba. Decida con anticipación qué considera usted como falla del tratamiento y cuál será su siguiente estrategia de tratamiento.

¿Qué clase de efectos secundarios está usted dispuesto a tolerar y cuáles le harían cambiar de tratamiento? Muchas personas que viven con el VIH son conscientes de los problemas de redistribución de la grasa atribuidos—al menos hasta cierto punto—al uso de los medicamentos contra el VIH. Ellas quisieran evitar estos efectos y no tomar los medicamentos a los que se culpan de producirlos. Estos son deseos razonables.

Sin embargo, la observación global de este problema señala a demasiados factores que podrían llevar a la

redistribución de la grasa. Entre ellos están la edad, el período de tiempo en el que se ha tenido el VIH así como el período de tiempo que se ha estado en terapia, el recuento más bajo de células CD4+, y ciertos medicamentos específicos. Todos estos factores deben ser considerados antes de descartar lo que podría ser un medicamento potente y fácil de usar como parte de un régimen.

Usted también podría estar tan preocupado con la adherencia que estaría dispuesto a ensayar una combinación menos potente que sea más fácil de tomar como terapia de primera línea. O quizás usted prefiera ensayar una terapia un poco más complicada como primer régimen y dejar las más fáciles para el caso de que tenga problemas con la adherencia.

Por último, es importante ser específico y razonable acerca de sus metas en cuanto a la disminución de los niveles del VIH y los aumentos en los recuentos de células CD4+. Puede ser de mucha utilidad decidir de antemano a qué terapia se cambiaría usted si no las lograra. Algunas personas solamente considerarían como exitoso a su primer régimen si redujera el nivel del VIH a menos de 50 en las primeras semanas de terapia. Otros, aunque podrían esperar una respuesta rápida, también podrían estar dispuestos a esperar seis meses para bajar sus niveles del VIH a menos de 50 antes de cambiar. Mientras más alto sea el nivel del VIH en el momento de iniciar la terapia, mayor será el tiempo que se requiera para alcanzar una reducción viral a fondo. Si la persona tenía una carga viral alta antes de iniciar la terapia, algunos regímenes—como los que contienen inhibidores de la proteasa—por lo general son mejores que otros en cuanto a la rapidez para disminuir los niveles del VIH.

En conclusión

Su médico podría tener opiniones muy definidas con respecto a cuándo usted debería iniciar la terapia y cuál sería el mejor régimen para usted. Su opinión y sus inquietudes también cuentan, y la mejor relación que usted pueda tener con su médico es aquella en la que exista una colaboración. Comparta sus inquietudes con su(s) médico(s) para que puedan ayudarle a diseñar la mejor estrategia de tratamiento para usted. La publicación de Project Inform “Cómo construir

una relación de cooperación entre médico y paciente”, ofrece consejos para construir este tipo de relación.

Solamente usted puede decidir cuándo es el mejor momento para iniciar su terapia. Puesto que se trata de su vida y de su cuerpo, solamente usted puede decidir en últimas cómo desea equilibrar la necesidad de mantener bajo control al VIH y el avance de la enfermedad, con los posibles efectos secundarios.

Recuerde hacer muchas preguntas:

a usted mismo, a su médico, a otras personas que viven con el VIH y a los recursos de información disponibles, como Project Inform. Ingeniería su propia estrategia de tal manera que incluya otros aspectos del mantenimiento general de su salud y las posibles opciones para sus terapias de segunda y tercera línea. Tómese su tiempo, esté preparado y luego goce de su vida al mayor grado posible, sabiendo que ha tomado las mejores decisiones posibles.

Contestar estas preguntas antes de su próxima cita médica puede mejorar sus discusiones acerca de cuándo iniciar la terapia contra el VIH.

¿Cuáles factores considera usted más importantes al seleccionar su primer régimen?

	MÁS IMPORTANTES	MUY IMPORTANTES	MENOS IMPORTANTES	NO IMPORTANTES
Puede reducir el nivel del VIH				
Es de larga duración				
Tiene un menor número de pastillas en cada dosis				
Se toma una o dos veces al día				
Efectos secundarios estomacales poco probables				
Efectos relacionados con el cerebro (neurológicos) poco probables				

Después de dar una leída general a la información disponible acerca de las terapias contra el VIH, ¿cuáles cree usted que serían las dos posibles combinaciones que parecieran satisfacer la mayor parte de sus inquietudes?

Régimen #1:

Régimen #2:

Mis razones para considerar estos regímenes:

Inquietudes acerca de estos regímenes:

Efectos secundarios que debo discutir con mi médico y hacer planes al respecto:

Entre las estrategias de adherencia que pienso utilizar están:

Preguntas para hacerle a mi médico: