

Título: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (VIH)

Codificación CIE 10

B24.X enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación

Problema: Antes de la introducción de la zidovudina en 1987, el tratamiento de las infecciones por HIV estaba centrado en disminuir la ocurrencia de infecciones oportunistas que provocaban elevada mortalidad. Actualmente se emplean regímenes altamente efectivos por medio de combinaciones de drogas que suprimen la replicación de HIV, restauran el número de células CD₄ y la inmunocompetencia del huésped. Existen cinco clases de antirretrovirales, dedicados a interferir cada uno de los cuatro procesos del virus. La terapia antirretroviral altamente efectiva consiste en la combinación de tres o más antirretrovirales capaces de suprimir la replicación del VIH cuando se emplean en combinación. Altos niveles de adherencia al tratamiento son esenciales para el éxito a largo plazo. Este tipo de tratamiento está cambiando continuamente debido al advenimiento de nuevas terapias.

Objetivos terapéuticos:

1. Suprimir la replicación de la carga viral
2. Restaurar y preservar la función inmunológica
3. Reducir morbilidad asociada
4. Mejorar la calidad de vida

Selección del esquema de elección:

	Principios activos	Eficacia	Seguridad	Conveniencia	Niveles
1	Zidovudina + lamivudina + Efavirenz Tenofovir + Emtricitabina + Efavirenz Abacavir + lamivudina + Efavirenz	++	+++	+++	2-3
2	Didanosina + lamivudina + Efavirenz Zidovudina + Didanosina + Efavirenz	++	++	++	2-3
3	Zidovudina + lamivudina + Lopinavir + ritonavir	++	++	++	2-3

Nomenclatura de drogas antirretrovirales:

ITRN - Inhibidores de Transcriptasa Reversa Nucleótidos

AZT zidovudina,
3TC lamivudina,
DDI didanosina,
D4T estavudina,
FTC emtricitabina,
TDF tenofovir.

ITRNN - Inhibidores de Transcriptasa Reversa No Nucleótidos

NVP nevirapina,
EFV efavirenz.

IP - Inhibidores de Proteasa

LPV lopinavir,
RTV ritonavir.

Presentaciones del CNMB:

J05A F01 zidovudina cápsulas 100 mg, tabletas 300 mg, solución oral 50 mg/5 mL, solución inyectable 10 mg/mL.
J05A F02 didanosina tabletas 100 mg cápsulas de 400 mg.
J05A F04 estavudina tabletas de 40 mg, cápsulas 30 mg.

J05A F05 lamivudina tabletas 150 mg, solución oral 50 mg/5 mL.
J05AE03 ritonavir cápsulas 100 mg.
J05AG01 nevirapina tabletas 250 mg, solución oral 50 mg/5 mL.
J05AE04 efavirenz cápsulas 200 mg, tabletas 600 mg, solución oral 30 mg/mL.

Combinaciones:

J05AR01 zidovudina+ lamivudina tabletas 300 mg+150 mg.
J05AE00 lopinavir + ritonavir tabletas 200+50 mg, elixir 80+20 mg

SELECCIÓN DEL ESQUEMA DE ELECCIÓN:

Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud:

- 2 ITRN (zidovudina, lamivudina, didanosina, estavudina, emtricitabina, tenofovir)
+ 1 ITRNN - (nevirapina, efavirenz), o
- 2 ITRN + 1 ITRNN, o
- 2 ITRN + IP - **Inhibidores de Proteasa**, (lopinavir combinado con ritonavir como booster).

Esquemas empleados:

1º Zidovudina tabletas 300 mg, vía oral, 2 veces al día + lamiduvina tabletas 150 mg, vía oral, 2 veces al día + efavirenz tabletas 600 mg, vía oral, dos veces al día (PVVS).

2º Didanosina cápsulas 400 mg, vía oral, 2 veces al día + lamiduvina tabletas de 150 mg, vía oral, 2 veces al día + efavirenz tabletas 600 mg, vía oral, 2 veces al día (PVVS con anemia).

3º Zidovudina tabletas 300 mg, vía oral, 2 veces al día + lamiduvina tabletas 150 mg, vía oral, 2 veces al día + lopinavir + ritonavir (200+50 mg), vía oral, dos veces al día (embarazada PTV).

4º Zidovudina solución inyectable 10 mg/mL, 20 mL. IV, tres veces al día + nevirapina tabletas 200 mg, vía oral, una vez al día (labor de parto).

5º Zidovudina solución inyectable 10 mg/mL, 20 mL. IV, dosis diaria total 4 mg (cesárea: primera hora 2 mg, segunda hora 1 mg, tercera hora 1 mg).

6º Zidovudina tabletas 300 mg, vía oral, 4 veces al día (cesárea).

7º Zidovudina solución oral 10 mg/mL, 100 mL, 8 mg/kg de peso corporal, 4 veces al día (recién nacido).

8º Nevirapina solución oral 10 mg/mL, 100 mL, 4 mg/kg de peso corporal, vía oral, 1 vez al día + lamivudina solución oral 10 mg/mL, 100 mL, 2 mg/kg de peso corporal, vía oral, 2 veces al día (recién nacido).

9º Zidovudina tabletas 300 mg + lamiduvina tabletas 150 mg, vía oral, cada 12 horas, durante 4 semanas (profilaxis en caso de contactos con heridas contaminadas por VIH).

Indicaciones:

Las indicaciones médicas para iniciar el tratamiento con fármacos en adultos previamente diagnosticados son:

- Cuenta de CD4 270 - 300/L y carga viral alta.
- Presencia de enfermedad oportunista marcadora de sida.
- Las pruebas mínimas de laboratorio antes de iniciar el tratamiento antirretroviral son una prueba positiva de anticuerpos HIV (en pacientes mayores de 18 años de edad).
- PVVS pacientes VIH+, sin manifestaciones clínicas de SIDA.

Evaluación de la eficacia:

Monitoreo de CD4 y de la carga viral cada 6 meses.

La carga viral indica el desarrollo de resistencia y cuando los esquemas deben ser cambiados. La carga viral puede llegar a ser más baja que el límite detectable durante 6 meses; si esto no sucede con el primer esquema, puede ser debido a una pobre adherencia. Considerar el cambio al segundo esquema cuando la carga viral se eleva a > 5.000 copias/mL, asumiendo que la respuesta inicial fue buena.

La respuesta CD4 es más variable, con un incremento promedio de alrededor de 150 células en el primer año.

Evaluación de la toxicidad:

En pacientes con anemia se recomienda cambiar AZT por DDI; determinación de hemoglobina o hematocrito antes de iniciar el tratamiento.

El monitoreo de la toxicidad varía de acuerdo con la droga antirretroviral empleada; se debe evitar la combinación de dos fármacos nucleósidos análogos y también evitar la combinación de fármacos que tengan toxicidad parecida.

Cambio de terapia:

El deterioro en las condiciones del paciente y/o la intolerancia o toxicidad de los medicamentos, usualmente requiere de un remplazo de las drogas. La elección del régimen de sustitución en caso de pobre eficacia o cuando no se identifique a la droga responsable de la toxicidad, puede ser un segundo esquema de medicamentos. En condiciones operativas, con frecuencia resulta difícil la identificación del medicamento responsable en forma individual, por lo cual la mejor recomendación es el remplazo de todo el esquema de tratamiento.

HIV Y EMBARAZO:

El tratamiento de la infección HIV en las embarazadas apunta a:

- Minimizar la carga viral y la progresión de la enfermedad en la madre,
- reducir el riesgo de toxicidad en el feto (aunque el potencial teratogénico de la mayoría de antirretrovirales es desconocido), y
- prevenir la transmisión de la infección al neonato.

En la embarazada existe el riesgo de infectar al feto (potencial de transmisión vertical - PTV). Idealmente se debe comenzar el tratamiento antirretroviral después del primer trimestre del embarazo, aunque en la paciente severamente enferma, las ventajas del tratamiento son mayores que el potencial daño al feto.

La combinación de zidovudina + lamiduvina + nevirapina es la ideal; no obstante pueden usarse otras combinaciones, sobre todo por razones de conveniencia o disponibilidad.

Durante el parto normal como en la operación cesárea, la madre y el recién nacido deben recibir un tratamiento antiviral específico, que se señala en los esquemas de tratamiento.

Durante la lactancia, la leche materna puede transportar cierta proporción de los antirretrovirales que está recibiendo la madre, sin embargo no se consideran suficientes para proteger al recién nacido y en consecuencia la lactancia debe ser suspendida tan pronto como sea posible.

Precauciones:

* El paciente debe ser informado de la naturaleza de su problema, de la necesidad de una estricta adherencia al tratamiento prolongado, generalmente durante años. Debe crearse un consistente respaldo familiar al afectado.

* Monitoreo de la cuenta de CD4 y de la carga viral cada 6 meses. La carga viral señala la respuesta a la medicación y cuando esta debe ser cambiada por efecto de la resistencia viral al tratamiento empleado.

* Considerar el cambio a un segundo régimen cuando la carga viral es superior a >5.000 copias por mL. La respuesta de células CD4 es más variable.

* Hiperlactatemia sintomática sin acidosis se presenta hasta en 12% de pacientes que reciben NRTIs (nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa). Se deben evaluar periódicamente los niveles de lactato plasmático.

* La depresión es frecuente y debe ser tratada.

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN:

Depende del tipo de contaminación y del grado de afectación del paciente trasmisor. Tiene relación con la exposición a una gran cantidad de sangre y a la elevada cantidad de virus del afectado, como sucede en las heridas cutáneas profundas de los contaminados, principalmente personal de los servicios de salud, expuestos a pacientes con infección VIH terminal. En estos casos se recomienda realizar la profilaxis con:

Zidovudina oral 300 mg + lamiduvina oral 150 mg, cada 12 horas durante 4 semanas.

Precauciones:

Los pacientes que no responden al esquema de primera elección, que presenten intolerancia al tratamiento, o que desarrollen un cuadro clínico grave o en proceso de deterioro por infecciones oportunistas, deben ser remitidos al nivel 3 de atención.