

## **Revista Electrónica de Salud y Mujer – Febrero 2004**

### **El pasado año se produjeron 5 millones de nuevas infecciones por VIH/Sida**



Aunque los casos de sida siguen descendiendo en Europa, no se puede bajar la guardia sobre todo por la situación de países cercanos, como la Federación de Rusia, Ucrania, Bielorrusia y Moldavia, donde, según los últimos informes, el número de afectados crece de forma alarmante y se está convirtiendo en un grave problema de salud.

Según datos de Onusida hay en todo el mundo 40 millones de personas que viven con el VIH/Sida, cada año se producen 5 millones de nuevas infecciones y 3 millones de fallecimientos. La peor parte se la lleva África, donde vive sólo un 10% de la población mundial, pero está contagiada el 70%.

En la actualidad se disponen de varios fármacos que combinados de forma adecuada y en el momento idóneo pueden producir una marcada inhibición de la actividad viral y cambiar la historia natural de la enfermedad. El problema es que esos fármacos no llegan a los países más desfavorecidos.

La comunidad científica internacional está convencida de que la única forma para poder controlar la infección es la inmunización. Hasta ahora los esfuerzos no han conseguido una vacuna capaz de hacerlo, es el reto científico más importante, y se están buscando nuevas vías de investigación para conseguirlo.

Desde que el francés Luc Montagnier y el estadounidense Robert Gallo aislaron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han pasado 20 años. Los primeros casos surgieron a primeros de los años 80 en Estados Unidos, se trataba de jóvenes homosexuales que presentaban un síndrome infeccioso, diagnosticado como un tipo raro de neumonía. La supervivencia en esa época era de dos años. En el año 82 se demostró que podía transmitirse por transfusión sanguínea y se identificaron como grupos de riesgo drogadictos y prostitutas. Poco tiempo después se observó que también se presentaba en heterosexuales masculinos y femeninos, así como en hijos de madres drogadictas.

El virus ataca el sistema inmunológico, dejando a la persona que lo contrae desprotegida ante cualquier microorganismo y exponiéndola a enfermedades infecciosas que pueden causarle la muerte.

Recordemos que se contagia por relaciones sexuales sin protección, por vía sanguínea (compartir jeringuillas...), y vía perinatal (una madre puede infectar a su hijo, durante el embarazo, el parto o con la lactancia). No se contagia por compartir objetos, bañarse o nadar en sitios públicos, estar cerca de ellos, o por picadura de insectos.

### Cómo se comporta el virus

El VIH se introduce en los linfocitos CD4 provocando una disminución lenta, pero progresiva de esta célula. Tiene predilección por estos CD4, encargados de defendernos de diversos tipos de infecciones, especialmente de aquellas en que los microbios se introducen dentro de la célula, y que pueden permanecer latentes o dormidos. Los linfocitos CD4 impiden que se despierten y provoquen infección. Con el VIH hay una guerra continua, diariamente se forman y se mueren CD4, pero poco a poco su número va disminuyendo. Los tratamientos, una combinación de fármacos intentan mantener el número adecuado de estos linfocitos.

La medición de las defensas corresponde al recuento de linfocitos CD4 por mm<sup>3</sup>, si es mayor de 500 es difícil que los pacientes tengan problemas; entre 200 y 500 pueden aparecer, pero con carácter leve, pero con menos de 200 pueden surgir las complicaciones más graves, como infecciones y tumores. Insisten los especialistas en que muy importante que los pacientes adquieran conciencia de la importancia del recuento de CD4, con el fin de que acudan a sus revisiones y mantengan una buena adherencia al tratamiento.

Hasta hace poco se esperaba que el paciente tuviera un recuento de CD4 inferior a 500 para comenzar un tratamiento, pero actualmente se realiza en función del recuento de virus presente en la sangre (carga viral), y si hay gran cantidad de virus VIH en la sangre se prescribe tratamiento, aunque el recuento de los linfocitos esté por debajo de 500.

Si un paciente presenta un test positivo no se dice que "tiene anticuerpos" o que "es seropositivo", sino que se habla de paciente VIH positivo, o paciente infectado por el VIH; un portador del VIH no es lo mismo que un enfermo de Sida. A

propuesta del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (EEUU), el término Sida se reserva para aquellos pacientes en los que la enfermedad por VIH se encuentra avanzada, con importante compromiso de su sistema inmunológico y la aparición de complicaciones.

### **Tratamiento antirretroviral**

Debido a las diversas opciones terapéuticas, situación clínica del paciente, las enfermedades concomitantes, las interacciones de los medicamentos, los efectos adversos, incluso los estilos de vida y las situaciones individuales, se hacen necesarios unos principios generales que permitan individualizar las decisiones. Estos principios fueron enumerados por un grupo de especialistas a instancias del Instituto Americano de la Salud (pueden verse en la página de la Fundación antisida España, <http://www.fase.es/vih05.htm>)

Algunos de estos principios están relacionados con el modo más eficaz de conseguir una supresión duradera de la replicación viral, "el inicio simultáneo de una combinación de antirretrovirales potentes con los que el paciente no haya sido tratado y sin resistencia cruzada con los antirretrovirales que utilizó con anterioridad", y es que ningún fármaco antirretroviral, por potente que sea, es capaz de mantener por sí solo una disminución importante de la carga viral, y la generación de resistencias podría limitar las posibles opciones terapéuticas siguientes.

Otro de estos principios señala que "las mujeres deben recibir un tratamiento óptimo, con independencia de su situación gestacional". El tratamiento antirretroviral de la mujer embarazada conlleva difíciles dilemas éticos y terapéuticos. De una parte la suspensión de un tratamiento ya iniciado o el retraso de su inicio pueden facilitar el deterioro de la madre y un incremento de la carga viral que aumentaría el riesgo de transmisión al feto. Por otro lado, la inocuidad para el feto de las combinaciones de antirretrovirales, no está garantizada.

### **Grupos de fármacos**

#### **Inhibidores de la transcriptasa inversa**

Dentro de este grupo existen a su vez dos tipos con características diferentes:

**Análogos de los nucleósidos.** Impiden que la transcriptasa inversa viral pueda hacer copias de los genes del virus, impidiendo que se mezclen con los genes humanos (Zidovudina, estavudina, didanosina, zalcitabina, lamivudina, abacavir...)

**No análogos de los nucleósidos.** Consiguen alterar la forma y la funcionalidad de la transcriptasa (Nevirapina, efavirenz, delavirdina...)

### Inhibidores de la proteasa

Con la aparición de estos fármacos de alta eficacia, se ha conseguido modificar radicalmente el pronóstico de la enfermedad, aunque requieren la combinación con otros fármacos para evitar la rápida aparición de resistencias. Una vez que las resistencias se producen con uno de ellos, el virus casi siempre es resistente a todos los inhibidores de proteasa disponibles.

Sin embargo, tienen unos efectos adversos bastante importantes, como alteraciones metabólicas, aumento de la glucosa, de las grasas (colesterol, triglicéridos), redistribución de la grasa corporal (lipodistrofia) con acúmulo en tronco y pérdida en cara y extremidades. También presentan interacciones con otros fármacos, en especial con algunos antihistamínicos, tranquilizantes o fármacos para dormir.

Dentro de este grupo se encuentran indinavir, ritonavir, lopinavir, saquinavir, nelfinavir, emprenavir...

### Inhibidores de la fusión

Se trata de un nuevo grupo de fármacos con un mecanismo de acción diferente que ha aparecido recientemente. Se caracteriza por impedir que el virus entre en la célula, y es una alternativa para pacientes que no han respondido a los otros tratamientos (enfuvirtida, o T-20)

### ¿Habrá vacuna?

Las pruebas realizadas hasta ahora no han conseguido resultados satisfactorios, y no va a ser fácil, debido al número de cepas existentes del virus. Se están realizando pruebas de eficacia en varios casos, pero hasta dentro de cuatro años no habrá resultados, lo que no quiere decir que vayan a funcionar.

**El Sida en el mundo**

Europa occidental	600.000 enfermos 3.000 muertes en el 2003
Europa Oriental y Asia	1,5 millones enfermos 30.000 muertes
África subsahariana	26,6 millones enfermos 2,3 millones de muertes
América del Norte	1 millón de enfermos 15.000 muertes
América Latina	1,6 millones enfermos 59.500 muertes
Australia	16.000 enfermos 100 muertos