

## **Infección por virus de inmunodeficiencia humana: progresos y dificultades**

## **Infection with human immunodeficiency virus: progress and challenges**

*Prof. Dr. Antonio Arbo. Instituto de Medicina Tropical. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay*

El progreso del conocimiento médico en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido impresionante desde los primeros casos identificados hace dos décadas. En los inicios de la década del 80, el diagnóstico de SIDA era casi sinónimo de muerte. Actualmente con la disponibilidad de medicación antirretroviral altamente efectiva, la expectativa de vida de una persona infectada con VIH se aproxima a personas no infectadas (1).

El primer medicamento aprobado para el tratamiento del VIH y el SIDA fue la zidovudina (AZT). Fischl MA y col (2) demostraron en un estudio aleatorio que AZT mejoraba sustancialmente la supervivencia entre las personas con SIDA (2). Rápidamente, la zidovudina recibió la aprobación de la Agencia reguladora de alimentos y medicamentos estadounidense (FDA) en 1987. El optimismo inicial se diluyó al demostrarse que aunque retrasaba la evolución de la enfermedad, no afectaba la mortalidad (3).

La introducción de los inhibidores de la proteasa en el año 1996 como parte de un régimen de terapia de combinación triple (3 antirretrovirales) cambió dramáticamente el pronóstico de las personas con infección por VIH. Pacientes, al borde de la muerte, literalmente volvieron a la vida (4). Esta misma situación se ha observado en el Paraguay. En el presente número de la Revista del Instituto de Medicina Tropical Aranda C y col (5) analizan la experiencia del tratamiento antirretroviral basado en la utilización de 3 drogas en el pronóstico de niños con infección sintomática por VIH mostrando comparativamente con el periodo en que los pacientes eran tratados con monoterapia o solo dos drogas un dramático impacto en la sobrevida, hospitalización, infecciones oportunistas y neumonía.

La introducción de nuevas drogas en el tratamiento antirretroviral no ha tenido pausas. Actualmente existen más de 20 medicamentos aprobados para el VIH: ocho análogos de nucleósidos o nucleótidos, cuatro inhibidores de la transcriptasa inversa de nonnucleoside, diez inhibidores de la proteasa, dos inhibidores de la entrada intracelular y un inhibidor de la 1 integrasa (6). El

tratamiento antirretroviral se ha facilitado enormemente además al disponerse de combinaciones fijas de antirretrovirales que hace del tratamiento del VIH casi tan simplificado como el tratamiento de la tuberculosis, y más que cualquiera de las enfermedades crónicas reumáticas.

El efecto deletéreo del virus sobre el sistema inmune del huésped impacta en la predisposición a infecciones oportunistas que de hecho son criterios de definición de estadio avanzado de la infección. La presencia de infecciones oportunistas en estos pacientes obliga al infectólogo a tener entrenamiento en el diagnóstico y tratamiento de los mismos, presentándose en el presente número dos trabajos referidos a ellos (histoplasmosis y enfermedad de chagas). Por otra parte, el hecho que la infección por VIH ha superado el estigma de ser una enfermedad infecciosa inevitablemente fatal ha obligado a extremar los cuidados médicos en los casos graves, incluyendo la atención en terapia intensiva. En el presente número de la revista Sanabria G. y col (7) analizan los costos de la atención de pacientes con VIH en unidad de cuidados intensivos revelando el alto costo de los mismos lo que impacta en los gastos de salud, impactando en la gestión de los servicios de salud. Indudablemente, el tratamiento anticipado de los mismos (8) así como el aseguramiento de la adherencia al tratamiento (9) permitirá disminuir no solo las infecciones oportunistas sino también la incidencia por persona/año de hospitalización en terapia intensiva.

## Referencias

1. Bhaskaran K, Hamouda O, Sannes M, y col. CASCADE Collaboration. Changes in the risk of death after HIV seroconversion compared with mortality in the general population. *JAMA* 2008;300:51-59.
2. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH; et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex: a double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med.* 1987;317:185-191
3. Lundgren JD, Phillips AN, Pedersen C; et al. Comparison of long-term prognosis of patients with AIDS treated and not treated with zidovudine: AIDS in Europe Study Group. *JAMA.*1994;271:1088-1092
4. Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC; et al, HIV Outpatient Study Investigators. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1998;338(13):853-860
5. Aranda C, Ovelar P, Aguayo N, Valez-Cazeneuve MR, Arbo A. Impacto del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en la supresión viral en niños infectados por el virus de inmunodeficiencia humana en Paraguay. *Rev Inst Med Trop* 2009; 4(1):7-17.
6. Katz MH. HIV/AIDS 2010. Better Drugs, Better Technologies, and Lingering Problems. *Arch Intern Med* 2010; 170: 6-8.
7. Sanabria G, Vicenti C, Insfran I, et.al. Evaluación de costos de internación en terapia intensiva de pacientes con diagnóstico de SIDA. *Revista del instituto de Medicina Tropical* 2009; 4(1):18-27.

8. Kitahata MM, Gange SJ, Abraham G et al. Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival. *N Engl J Med* 2010; 360:1815-1826.
  9. Golin CE, Smith SR, Reif S. Adherence counseling practices of generalist and specialist physicians caring for people living with HIV/AIDS in North Carolina. *J Gen Intern Med*. 2004;19:16-27.
- 

Solicitud de Sobretiros:

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa  
Investigación y Docencia  
Instituto de Medicina Tropical  
Asunción, Paraguay  
[antonio.arbo@imt.edu.py](mailto:antonio.arbo@imt.edu.py)