



TAR: TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

1. VIH son las siglas del virus de la inmunodeficiencia humana. SIDA significa "síndrome de inmunodeficiencia adquirida". TAR son las siglas de "terapia antirretroviral".
2. A principios de los años 1980, antes de saberse que el SIDA lo causaba un virus que más tarde se llamaría VIH, había muchos mitos sobre cómo se transmitía la enfermedad y qué la causaba.¹
3. Dos marcadores: el recuento CD4, que indica la salud del sistema inmune, y la carga viral, que indica el nivel de material genético del virus (ARN) en la sangre, se miden de forma regular. Ambos marcadores permiten predecir los resultados clínicos y la progresión de la infección por VIH.¹ Un recuento CD4 elevado y una carga viral reducida son mejores que un recuento CD4 reducido y una carga viral elevada.
4. En los países desarrollados, existen TARs potentes desde 1996. Se ha demostrado que con la TAR se consiguen enormes reducciones en las tasas de mortalidad y de complicaciones derivadas del VIH.¹ A principios de los años 1990, los pacientes se quedaban sin opciones de TAR con bastante rapidez, porque había pocos fármacos para el tratamiento del VIH. Esto ya no es así. La mayoría de personas puede empezar la TAR con una combinación de fármacos eficaz.² También hay un gran número de fármacos alternativos a los que recurrir en caso de que la TAR inicial fracase por efectos secundarios o resistencias a los fármacos empleados.³
5. Ya no resulta apropiado esperar, debido al temor a "quedarse sin opciones", más allá del momento para iniciar la TAR que indican las recomendaciones actuales.¹ Ahora existen múltiples combinaciones de TAR entre las que escoger.²
6. En la actualidad disponemos de pruebas suficientes como para afirmar que es menos probable que un paciente muera a causa del VIH si recibe el diagnóstico más pronto (con un recuento CD4 > 350) y si empieza la TAR en ese momento.¹ A este nivel de CD4, el sistema inmune sigue funcionando bastante bien.²
7. También hay pruebas de que es más probable alcanzar un recuento CD4 "normal" si la TAR se inicia con un recuento CD4 mayor (por encima de 350 células/mm³). El sistema inmune de las personas con bajos recuentos de células CD4 también puede volver a los niveles normales, pero esto puede llevar muchos años.¹
8. En el Reino Unido, el porcentaje de personas con VIH que muere por haberse quedado sin opciones de tratamiento es muy pequeño (alrededor del 3%).¹



9. A algunas personas que están a punto de iniciar la TAR puede preocuparles la complejidad del tratamiento; la posibilidad de que interfiera en su actividad diaria, como el trabajo, las relaciones sociales, o en el comer y dormir.¹ Hace unos diez años, era habitual que las personas que tomaban las primeras combinaciones de TAR tuvieran que tomar varias pastillas al día. Esto solía implicar tener que cumplir con una administración complicada y restrictiva (tomar las pastillas con el estómago vacío, o con alimentos muy grasos, hasta tres veces al día).^{1,2} Esto ya no es así. En la actualidad existen varias combinaciones sencillas de TAR que no conllevan ninguna de estas complicaciones. Con el tiempo, se han hecho muchos esfuerzos para coformular los distintos fármacos en una única pastilla, facilitando que los pacientes recuerden y tomen la TAR según lo prescrito.
10. Las primeras TARs no sólo eran complicadas, también tenían muchos efectos secundarios a corto y largo plazo, como diarrea, dolores de cabeza, daños en el sistema nervioso y pérdida de grasa corporal.^{1,2}
11. Es más probable que los pacientes que no sufren estos efectos secundarios cumplan el tratamiento.¹ Tomar la TAR según lo prescrito es el mejor modo de conseguir una respuesta duradera contra el virus, de mantenerse vivo/a y sano/a.^{2,3}
12. Los efectos secundarios de la TAR que aparecen durante las primeras semanas de tratamiento, como las náuseas, deben tratarse tomando otras medicaciones, como fármacos contra las náuseas.¹ Lo mejor es repasar los posibles efectos secundarios junto con un/a enfermero/a, un/a especialista en VIH, un/a farmacéutico/a o un/a médico, porque son las personas más capacitadas para aconsejar sobre cómo sobrellevarlos. También puedes obtener consejos útiles y apoyo en las organizaciones comunitarias de apoyo a las personas con VIH.²
13. La TAR funciona tan bien en mujeres como en hombres (y según algunas opiniones, incluso mejor).^{1,2} Sin embargo, hay ligeras diferencias en la tolerabilidad a la TAR de hombres y mujeres.^{3,4}
14. Hace quince años, diversos estudios clínicos demostraron que la TAR puede reducir la probabilidad de que las mujeres seropositivas transmitan el VIH a sus hijos no nacidos.^{1,2}
15. Las TARs actuales no erradican el VIH, pero si se toman todas las dosis es posible mantener el VIH a niveles "indetectables" de forma indefinida.¹ Cuando una persona deja de tomar la TAR, la carga viral aumenta y el recuento CD4 disminuye.^{2,3} Un estudio clínico a gran escala ha demostrado que esto aumenta las probabilidades de muerte.⁴ Así, no se recomienda "tomarse descansos" en la TAR.⁴ Pese a todo, este punto sigue



siendo objeto de un intenso debate. Son precisas más investigaciones, y las recomendaciones pueden variar a medida que se disponga de más información.³ Si quieres dejar la TAR durante un tiempo, lo mejor es hablarlo con tu médico.⁵

16. La esperanza de vida de las personas diagnosticadas con infección por VIH que tienen acceso a la TAR ha aumentado significativamente en los últimos diez a quince años.¹
17. En el caso de las personas que han adquirido el VIH recientemente, algunos especialistas recomendarían iniciar inmediatamente la TAR en determinadas circunstancias; con ello se trataría de proteger la reacción específica del sistema inmune frente al VIH, que normalmente se pierde poco después de contraer el virus.¹
18. Es posible reinfectarse con otra cepa del VIH. Esto se denomina superinfección. No sabemos con qué frecuencia ocurre, pero se sospecha que la tasa de superinfecciones es baja, y que las personas son más susceptibles de superinfectarse en los primeros meses tras contraer el VIH.¹
19. Se ha registrado una disminución en las tasas de un gran número de cánceres diagnósticos de SIDA. Se dice que las personas que viven con VIH desarrollan SIDA cuando padecen ciertos cánceres. Sin embargo, se ha observado un aumento en el número de cánceres no asociados a SIDA, incluso después de la introducción de la TAR. Es posible que el tiempo transcurrido con cargas virales elevadas y bajos recuentos de células CD4 antes de la terapia, así como el transcurrido con bajos recuentos CD4 tomando ya la terapia, aumenten el riesgo de desarrollar cáncer.¹
20. Recuerda: en comparación con 15 años antes, las perspectivas de las personas que viven con VIH diagnosticadas y que tienen acceso a TAR son muy buenas. Con el tiempo, esperamos que la ciencia desarrolle tanto una vacuna como una cura para la enfermedad.
21. El tratamiento que se te ofrecerá lo decidirá tu médico en base a las diversas recomendaciones existentes para el tratamiento del VIH. La mayoría de médicos europeos se remiten a las recomendaciones de la European AIDS Clinical Society (EACS).¹ Algunos países han desarrollado sus propias recomendaciones de TAR; por ejemplo, en el Reino Unido los médicos se remiten a las recomendaciones de la British HIV Association.²
22. Las recomendaciones EACS afirman que “la TAR siempre se recomienda en cualquier persona VIH+ con un recuento de células CD4 inferior a 350”. En determinadas circunstancias, se recomienda iniciar antes el tratamiento (en caso de tuberculosis,



enfermedad renal, deficiencias neurocognitivas, hepatitis B o C, durante el embarazo o para aprovechar los beneficios de prevención del tratamiento).¹

23. En la actualidad, la EACS recomienda iniciar la terapia con los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa efavirenz o rilpivirina, en combinación con los nucleósidos abacavir/ lamivudina co-formulados como Kivexa o los nucleótidos/ nucleósidos tenofovir/ emtricitabina co-formulados como Truvada. Alternativamente, la EACS recomienda iniciar la terapia con los inhibidores de la proteasa atazanavir o darunavir, con Kivexa o Truvada. Por último, la EACS recomienda iniciar el tratamiento con Stribild (un fármaco basado en inhibidores de la integrasa que incorpora elvitegravir, cobicistat, tenofovir y emtricitabina) o raltegravir más Truvada o Kivexa. Raltegravir se toma dos veces al día; todos los demás fármacos contra el VIH recomendados se toman una sola vez al día.¹



REFERENCIAS

Párrafo 2:

1. AIDS Myths and Misunderstandings, AIDS InfoNet, descargado de The Body, <http://img.thebody.com/legacyAssets/60/73/myths.pdf>, acceso realizado en junio de 2009.

Párrafo 3:

1. HIV i-base. Introduction to Combination Therapy, <http://www.i-base.info/pdf/guides/2008/starting-jun08.pdf>. Acceso realizado el 17 de junio de 2009.

Párrafo 4:

1. Kim RH et al. Int J Oncol. Oct 2008; 33(4):777-82. "HIV-1 Tat enhances replicative potential of human oral keratinocytes harboring HPV-16 genome."
2. Opinión experta del autor Robert Fieldhouse, así como del BEST Advisory Board and Review Committee; acordada el 24 de septiembre de 2009.
3. BHIVA HIV Treatment Guidelines. HIV Medicine 2008;9:563-608.

Párrafo 5:

1. BHIVA HIV Treatment Guidelines. HIV Medicine 2008;9:563-608.
2. Avert. Starting Antiretroviral Treatment. <http://www.avert.org/antiretroviral.htm>. Acceso realizado en junio de 2009.

Párrafo 6:

1. Chadborn TR. AIDS 2005;19:513-520.
2. Opinión experta del autor Robert Fieldhouse, así como del BEST Advisory Board and Review Committee; acordada el 24 de septiembre de 2009.

Párrafo 7:

1. Moore RD, et al. Clin Infect Dis. 2007;44:441-446.

Párrafo 8:

1. Lucas SB. Clin Med 2008;8:250-252.

Párrafo 9:

1. Opinión experta del autor Robert Fieldhouse, así como del BEST Advisory Board and Review Committee; acordada el 24 de septiembre de 2009.

Párrafo 10:

1. Viracept Summary of Product Characteristics, agosto de 2008.
2. Zerit Summary of Product Characteristics, enero de 2007.

Párrafo 11:

1. Opinión experta del autor Robert Fieldhouse, así como del BEST Advisory Board and Review Committee; acordada el 24 de septiembre de 2009.
2. O'Brien M et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2003;34(4):407-414.



3. Mannheimer S et al. Clinical Infectious Diseases 2002;34(8):1115-21.

Párrafo 12:

1. AVERT. Continuing Antiretroviral Treatment. <http://www.avert.org/arv-treatment.htm>. Acceso realizado el 17 de junio de 2009.
2. Opinión experta del autor Robert Fieldhouse, así como del BEST Advisory Board and Review Committee; acordada el 24 de septiembre de 2009.

Párrafo 13:

1. Giordano TP et al. Clin Infect Dis 2003; 37: 433–437.
2. Moore AL et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2001;26:159–63.
3. Walmsley SL et al. XV AIDS 2004 Jul 11-16, abstract B10988.
4. Murri R et al. J Acquir Immune Defic Syndr 2003;34:184–190.

Párrafo 14:

1. Wiktor SV et al. Lancet 1999;353: 781-785.
2. Dorenbaum A et al JAMA: 2002;288:189-98.

Párrafo 15:

1. HIV i-base. Introduction to Combination Therapy, <http://www.ibase.info/pdf/guides/2008/starting-jun08.pdf>. Acceso realizado en junio de 2009.
2. AVERT. Continuing Antiretroviral Treatment. <http://www.avert.org/arv-treatment.htm>. Acceso realizado en junio de 2009.
3. National Institute of Health (NIH). Guide for Grants and Contracts: HIV Treatment Adherence Research. Disponible en <http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PA-01-073.html>. Acceso realizado el 23 de septiembre de 2008.
4. The SMART Study Group. N Engl J Med 2006;355:2283-2296.
5. Opinión experta del autor Robert Fieldhouse, así como del BEST Advisory Board and Review Committee; acordada el 24 de septiembre de 2009.

Párrafo 16:

1. The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Lancet 2008;372:293-299.

Párrafo 17:

1. BHIVA Treatment Guidelines. HIV Medicine 2008;9:563-608.

Párrafo 18:

1. BHIVA Treatment Guidelines. HIV Medicine 2008;9:563-608.

Párrafo 19:

1. Guiguet et al. The Lancet, 2009;374(9696):1119-1212.

Párrafo 20:

Opinión experta del autor Robert Fieldhouse.



Párrafo 21:

1. European AIDS Clinical Society Guidelines, versión 7.1. Acceso realizado en noviembre de 2014. <http://eacsociety.org/Guidelines.aspx>
2. Treatment of HIV-1 Positive Adults with Antiretroviral Therapy (2012), actualizado en noviembre de 2013, British HIV Association http://www.bhiva.org/TreatmentofHIV1_2012.aspx

Párrafo 22:

1. European AIDS Clinical Society Guidelines, versión 7.1 Acceso realizado en noviembre de 2014. <http://eacsociety.org/Guidelines.aspx>

Párrafo 23:

2. European AIDS Clinical Society Guidelines, versión 7.1 Acceso realizado en noviembre de 2014. <http://eacsociety.org/Guidelines.aspx>