

Tratamiento de la infección por el VIH en la infancia

PÍO LÓPEZ LÓPEZ, M.D.
Universidad del Valle, Cali-Colombia

Introducción

La Organización Mundial de la Salud ha estimado que a finales de 1996 hay en el mundo 1.6 millones de niños con infección por el VIH, por lo que evidentemente es necesario poner más énfasis en los programas de prevención de la infección. A las estrategias de educación a toda mujer en edad fértil acerca de la infección por el VIH y su prevención, de planificación familiar de la mujer ya infectada, de interrupción voluntaria del embarazo en una embarazada seropositiva, y de lactancia artificial del recién nacido de una madre infectada, se ha añadido recientemente el efecto beneficioso del tratamiento con ZDV para disminuir el riesgo de transmisión vertical.

El diagnóstico serológico de la infección por el VIH de transmisión vertical tiene reconocidas limitaciones, que son solventadas en muy buen grado por distintas técnicas virológicas ya bien desarrolladas. Una buena práctica pediátrica en el trabajo asistencial debe incluir la realización de un diagnóstico precoz y fiable.

La infección por el VIH se considera en la actualidad una infección crónica con un pronóstico que ha ido mejorando en los últimos años y cuyo tratamiento en el niño se basa en cinco aspectos fundamentales, todos ellos de importancia similar:

- Tratamiento antirretroviral.
- Calendario vacunal completo y tratamiento con gammaglobulina.
- Soporte nutricional precoz y adecuado.
- Apoyo psicosocial eficaz.
- Prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas.

Tratamiento antirretroviral en niños infectados por el VIH

Por el momento, no se ha conseguido una terapia curativa para la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sigue siendo la prevención la mejor estrategia

terapéutica, pero los progresos en el conocimiento de la patogenia de la infección por el VIH, el conocimiento de la cinética de la replicación viral en las distintas fases de la enfermedad, la determinación de la carga viral, que permite individualizar el tratamiento más adecuado en cada momento y para cada paciente, junto con la posibilidad de disponer de nuevos antirretrovirales y la demostración de que la terapia combinada es más eficaz, supone un avance importante en cuanto al aumento de la supervivencia y la calidad de vida de los niños infectados.

Las dificultades de los estudios clínicos controlados con antirretrovirales en niños, por las limitaciones de la población en estudio, la problemática del diagnóstico de infección por el VIH en el niño, la necesidad de evaluar distintos grupos de edad (neonatos, lactantes y escolares), la dificultad en la forma galénica de presentación de la medicación (suspensión oral) y los estrictos criterios éticos de la investigación en niños, hace que sean escasos los datos publicados y que existan grandes variaciones en la práctica clínica al aplicar dichos tratamientos. Sin embargo, es lógico asumir los resultados de eficacia clínica del tratamiento antirretroviral comprobados en adultos, aunque no sea del todo extrapolable la historia natural de la infección por el VIH del adulto al niño y existan interrogantes por el momento no clarificados, como cuál es la carga viral con la que se pueda iniciar el tratamiento antirretroviral o la que indique ineficiencia terapéutica.

Inicio de tratamiento antirretroviral

La continua replicación del VIH desde el primer momento de la infección, así como la correlación entre los niveles de viremia y el riesgo de progresión de la infección, hacen aconsejable iniciar de forma precoz el tratamiento antirretroviral en los niños aunque se encuentran asintomáticos, a pesar de que por el momento no existan resultados específicos de los beneficios del tratamiento antirretroviral precoz en la edad pediátrica. Por el momento existen pocos datos sobre la carga viral en niños, sin embargo, parece existir la misma estrecha relación entre los niveles de viremia y la progresión de la infección que en los pacientes adultos. En los niños, la carga viral es superior, al menos diez veces a los niveles descritos en pacientes adultos. Estos niveles superiores de viremia pueden indicar la necesidad de un tratamiento antirretroviral más precoz y agresivo.

Siguiendo estos criterios, según la clasificación pediátrica de la infección por el VIH en el niño, debería iniciarse tratamiento antirretroviral en todos los niños incluidos en las clases N2, N3, A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3.

Tratamiento antirretroviral inicial

Varios ensayos clínicos, tanto en adultos (ACTG 175, Delta, etc.) como en niños (ACTG 152), han demostrado que el tratamiento combinado con AZT+ddI o AZT + ddC es superior a la monoterapia con AZT en pacientes sintomáticos. La monoterapia con ddI fue tan eficaz como la combinación tanto en el ACTG 175 como en el ACTG 152.

El planteamiento racional del tratamiento combinado puede permitir un sinergismo de los fármacos utilizados, con una mayor eficacia terapéutica y evitar la rápida aparición de resistencias.

De acuerdo con los conocimientos actuales, con la experiencia en el uso de medicamentos antirretroviral y con la disponibilidad de esos fármacos en solución o en comprimidos que permitan su dosificación adecuada en niños, el tratamiento inicial más adecuado sería con AZT + ddI + Inhibidor de proteasa o AZT + ddC + Inhibidor de proteasa. Cualquier niño que en este momento reciba monoterapia con AZT debe ser revisado para instaurar un tratamiento más eficaz.

Otras posibles combinaciones para el tratamiento inicial, que se han mostrado virológicamente eficaces en adultos, como AZT+3TC o ddI+d4T, se han utilizado en escaso número de niños con enfermedad avanzada y previamente tratados, con buena tolerancia y disminuciones de la carga viral, pero sin disponer por el momento de datos como terapia inicial.

Alternativas de tratamientos antirretrovirales en niños previamente tratados

Las indicaciones de cambio de tratamiento antirretroviral en los niños, al igual que en los adultos, son:

- Fracaso del tratamiento definido por:
 - Mala evolución clínica (infecciones oportunistas, infecciones bacterianas graves repetidas, deterioro nutricional, afectación neurológica...).
 - Alteración inmunológica (disminución del número de células CD4).
 - Aumento de la carga viral ($>0,5 \log_{10}$ respecto a la basal).
- Toxicidad, intolerancia o no cumplimiento del tratamiento prescrito.

Al cambiar de tratamiento antirretroviral es preciso tener en cuenta, además de la razón primaria del cambio, los tratamientos previos recibidos, su duración, la medicación concomitante que el niño está recibiendo y la posible existencia de afectación neurológica.

Existen múltiples combinaciones alternativas, pero en general la opción más aceptada es añadir otro medicamento al tratamiento recibido, bien sea un inhibidor de proteasas o de transcriptasa, modificando o no el tratamiento que el niño estaba recibiendo previamente.

Se dispone de pocos datos sobre el uso de inhibidores de proteasas en niños, pero en los resultados de los estudios Fase I/II presentados en el Congreso de Vancouver son esperanzadores, confirmando una buena tolerancia, eficacia virológica y escasa toxicidad, aunque existen algunos problemas de biodisponibilidad con la suspensión de algunos de ellos.