

Infección primaria del VIH

El proceso de infección durante las primeras semanas después de que una persona se infecta con el virus del VIH se conoce como infección primaria del VIH o infección aguda del VIH. Cuando el VIH entra en el cuerpo por primera vez, el sistema inmunitario no está preparado para hacerle frente, por lo que el virus del VIH se reproduce en grandes cantidades. Es habitual que durante esta etapa, después de realizar una prueba de carga viral, se muestren unos niveles extremadamente altos del virus del VIH en la sangre a menudo más altos que en cualquier otra etapa de la infección por VIH.

Los niveles de VIH en otras partes del cuerpo, tales como los nódulos linfáticos y posiblemente el semen y los fluidos vaginales, también pueden ser muy elevados. Esto podría significar que el riesgo de transmisión del VIH a otras personas también pueda ser mayor durante el proceso de infección primaria.

El cuerpo, tras la infección, tarda varias semanas en producir anticuerpos contra el VIH y en generar células inmunitarias que puedan reconocer y destruir las células infectadas por el virus del VIH. La seroconversión es el momento en el que aparecen los anticuerpos del VIH. Cuando estas respuestas inmunitarias contra el VIH se desarrollan, la carga viral disminuye a niveles mucho más bajos, nivel conocido como punto de partida, el cual varía de persona a persona. Sin embargo, el sistema inmunitario no es capaz de erradicar el virus del VIH del cuerpo o de impedir que cause enfermedades.

Síntomas de la infección primaria

Los altos niveles de reproducción del VIH pueden causar una serie de síntomas que pueden ser similares a los de la gripe u otras enfermedades virales comunes. A veces a estos síntomas se les llama enfermedades de seroconversión, o síndrome agudo retroviral, y normalmente duran sólo una o dos semanas.

Los síntomas pueden incluir fiebre, inflamación de las glándulas, dolor de garganta, exantema, ulceraciones en la boca y/o garganta y dolores en las articulaciones y músculos. Al menos un 50% de las personas recién infectadas ha manifestado haber experimentado alguno de tales síntomas, y ciertamente el porcentaje podría ser mayor, pero probablemente la mayoría de las personas no se da cuenta de que sus síntomas están relacionados con el VIH.

Varios estudios sugieren que cuanto más graves y prolongados son los síntomas que experimenta un individuo durante la infección primaria, más probable es que él o ella desarrolle más rápidamente SIDA.

Tratamiento de la infección primaria

Algun@s médic@s opinan que las personas a las que se les ha detectado el VIH durante la infección primaria se deben tratar

inmediatamente con un régimen de terapia agresiva anti-VIH. Argumentan que los fármacos pueden ayudar a controlar las altas tasas de reproducción del VIH y limitar su expansión a través del cuerpo. Los estudios han demostrado que, en la gran mayoría de los casos, tomar una triple combinación de fármacos durante una infección primaria por VIH puede suprimir el VIH a niveles tan bajos que no se puedan medir con los tests de carga viral actuales.

Anteriormente, l@s investigadores más optimistas creían que varios años de intensa terapia anti-VIH podrían erradicar el VIH de todo el cuerpo. Hoy día, tras muchos estudios y nuevos avances en la investigación, esta posibilidad ha sido de momento descartada ya que las actuales terapias sólo han servido para, en muchos casos, contener el virus manteniendo a las personas en una condición de indetectabilidad (virus no encontrado en sangre), alargando el tiempo de vida de estas personas que viven con VIH/SIDA y permitiéndoles una mejor calidad de vida.

En estos momentos, no hay una clara evidencia que indique que comenzar tratamiento durante la infección primaria sea mejor, a largo plazo, que retrasarlo hasta más adelante en el curso de la infección. Nadie sabe tampoco si habrá un beneficio real en el tratamiento de la infección primaria si éste se interrumpe en una etapa posterior.

De hecho, algun@s médic@s están preocupad@s de que la supresión del VIH con fármacos inmediatamente después de la infección podría hacerlo más agresivo para que el cuerpo genere fuertes respuestas inmunitarias anti-VIH. Otras desventajas potenciales incluyen el riesgo de desarrollar cepas del VIH fármaco-resistentes, los efectos adversos y la incomodidad de tomar los fármacos a lo largo de la duración total de la infección por VIH.

Los beneficios del tratamiento podrían ser mayores para personas que experimentan severos o prolongados síntomas durante la infección primaria, puesto que ell@s corren un mayor riesgo de progresión a enfermedades.

Ciclo vital del VIH

El VIH es un virus. Los virus son gérmenes microscópicos que son incapaces de reproducirse (replicarse) por sí mismos. Para ello, necesitan encontrar una célula a la cual infectar y que actúe como huésped en el que se puedan desarrollar nuevas partículas de virus. Cuando el VIH está fuera de la célula huésped, se conoce como virión y está rodeado por una película protectora. La película rodea un número de proteínas virales y algunos materiales genéticos: un 'código genético' que contiene toda la información necesaria para crear nuevos virus.

Los virus pueden ser de dos tipos: aquellos cuyo material genético está hecho de ADN y aquellos cuyo material genético está formado por ARN (como el VIH). Los virus de ARN son llamados retrovirus. Su proceso de reproducción implica un paso adicional que no es necesario para los virus de ADN.

Fusión

Los virus tienen con frecuencia una célula específica en el huésped humano, animal o planta a la que les gusta particularmente infectar. Las células principales que infecta el VIH son aquellas que llevan en su superficie una molécula llamada CD4. Los CD4 se encuentran en las células inmunitarias, sobre todo en las células T o cooperantes, que coordinan el sistema inmunitario, y en las células macrófagas, que patrullan todo el cuerpo con la intención de comerse las bacterias y otros gérmenes.

El VIH se introduce en estas células uniéndose al receptor del CD4 mediante el uso de una molécula que está en la superficie del virus, llamada gp 120. Una vez que el VIH se ha unido al CD4, éste activa otras proteínas que están en la superficie de la célula humana conocidas como CCR5 y CXCR4 para completar su fusión con la célula.

Los fármacos anti-VIH que están diseñados para hacer frente al VIH en esta etapa del ciclo vital del virus son los llamados inhibidores de la fusión. Pero estos fármacos aún no cuentan con la licencia de comercialización en España, aunque T-20 (pentafusida) se está distribuyendo actualmente en un programa de acceso expandido (consulta con tu médic@ sobre este programa).

Transcripción Inversa

Una vez que la fusión ha ocurrido, el interior del virus (es decir, su ARN y algunas enzimas importantes) se traspasa al interior de la célula humana. Una enzima viral, llamada transcriptasa, ejecuta el proceso requerido para convertir el material genético del VIH (ARN) al ADN de la célula.

En esta etapa de la reproducción del virus existen dos clases de fármacos anti-VIH cuyo objetivo es impedir este proceso; se conocen con el nombre de inhibidores de la transcriptasa inversa:

1. Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido [ITIN] (AZT, ddI, 3TC, d4T, ddC, abacavir).
2. Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido [ITINN] (efavirenz y nevirapina).

Integración

El ADN viral de nueva formación se integra entonces con el ADN de la célula huésped humana usando una enzima viral llamada integrasa. Esto permite al VIH reprogramar la célula humana para que produzca nuevas partículas de VIH. Los inhibidores de la integrasa son los nuevos fármacos que impiden este proceso del ciclo vital del VIH. En la actualidad se encuentran en una fase muy temprana de desarrollo.

Transcripción

En esta etapa, el ADN queda programado para generar una nueva cadena de ARN viral, llamado a veces ARN mensajero. Se están desarrollando unos fármacos llamados nucleótidos antisentido que impedirán esta etapa.

Traducción

A continuación, las unidades estructurales de las proteínas, que pasarán a formar la nueva partícula de VIH, se ensamblan dentro de la célula humana. Estas unidades son dispuestas en espiral mediante la conversión de la información contenida en el ARN mensajero.

Ensamblaje viral

Las unidades estructurales de las proteínas son cortadas a continuación en piezas más pequeñas por una enzima viral llamada proteasa. Estas piezas forman la estructura de nuevas partículas de VIH, que incluyen cada una de las enzimas y proteínas necesarias para repetir el proceso reproductor. Una vez que este ensamblaje ha ocurrido, las nuevas partículas virales salen de la célula humana, se dejan llevar a través del torrente sanguíneo y son capaces de infectar otras células. Se calcula que aproximadamente 10.300 millones de nuevos viriones de VIH se producen cada día en aquellas personas que no están bajo un régimen de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que sea eficaz.

Los inhibidores de la proteasa [IP] (indinavir, ritonavir, saquinavir, nelfinavir, amprenavir, lopinavir) tienen como objetivo hacer frente al virus del VIH en esta etapa de su ciclo reproductor.

Carga Viral

Los tests de carga viral cuentan el número de partículas de VIH en una muestra de sangre. El resultado de un test de carga viral se describe como el número de 'copias' de ARN del VIH por mililitro (copias/ml). Generalmente, 10.000 copias/ml o menos se considera una carga 'baja' y 50.000 copias/ml o más se considera 'alta'.

Cada test tiene un límite por debajo del cual no se puede detectar con exactitud ARN del VIH. El límite mínimo de los tests que se utilizaban en el pasado era de 400 ó 500 copias (en algunos centros se siguen utilizando). Sin embargo, ahora se utilizan de forma general los tests 'ultrasensibles' con unos límites de 50 copias. Cualquier muestra con niveles de VIH por debajo de este umbral se dice que tiene una carga viral que está 'por debajo del límite de detección' o simplemente que es 'indetectable'. Esto no significa necesariamente que no haya VIH en esa muestra; sólo indica que en el caso de los tests con un límite inferior a 50 copias el número de copias de VIH está en cualquier cifra entre 0 y 49.

Si actualmente tienes una infección activa o hace poco que te han vacunado, podrías sufrir un incremento temporal de tu carga viral. En estos casos lo mejor es dejar pasar un par de meses antes de realizar un test de carga viral.

Hoy en día, todos los tests de carga viral miden con igual precisión los tipos de VIH que son comunes en África y Asia. En el pasado, algunos tests no podían identificar estas cepas del VIH.

Valorando el pronóstico

Si no estás tomando fármacos anti-VIH, tu carga viral requiere que sea igualmente monitorizada en tu centro hospitalario habitual, ya que ello te puede dar indicios de cuál será el desarrollo probable de tu infección por VIH. De entre aquellas personas que tienen el mismo recuento de CD4, sólo aquéll@s con una carga viral más alta tienden a tener una progresión más rápida hacia la enfermedad que aquéll@s con una carga viral más baja.

Los cambios en tu carga viral con el paso del tiempo, junto con otros indicadores tales como el recuento de CD4 y los síntomas, pueden ayudarte a decidir si comenzar tratamiento anti-VIH o no.

Monitorizando tu tratamiento

El tratamiento con un régimen anti-VIH eficaz se traduce en una disminución de tu carga viral. Antes de comenzar un tratamiento o de cambiar tus fármacos, sería aconsejable que te hicieras un test de carga viral que te sirva de indicador basal, seguido de un segundo test al cabo de un mes aproximadamente. La diferencia

entre el primero y el segundo puede indicarte cuáles han sido los efectos anti-VIH del fármaco a corto plazo.

Según la práctica médica actual, el siguiente test de carga viral debería realizarse a las doce semanas después de comenzar la nueva combinación, y los tests posteriores deberían repetirse cada doce semanas. Podrían ser necesarios tests adicionales de vez en cuando, por ejemplo, si desarrollas síntomas.

Para algunas personas, las combinaciones de los fármacos pueden reducir la carga viral por debajo de los límites de detección, incluso entre aquellas personas con bajos recuentos de CD4 o entre quienes han tomado previamente fármacos anti-VIH. Si tu carga viral está 'indetectable', existe menos probabilidad de que el VIH pueda desarrollar resistencia a los fármacos. Lo ideal es que una combinación inicial lleve los niveles de carga viral por debajo de 50 copias en un término de 24 semanas después de haber comenzado el régimen de tratamiento. Las combinaciones posteriores tienen menos probabilidad de lograr este objetivo.

Aparte de la sangre, los tests rutinarios de carga viral no miden la cantidad de VIH dentro de las células o en otros órganos tales como los fluidos genitales o el cerebro, y los efectos de los fármacos anti-VIH en estos lugares pueden variar. Sin duda alguna, el virus del VIH puede seguir transmitiéndose a pesar de resultar indetectable en el test.

Si tomas tus fármacos anti-VIH de una manera adecuada, pero tu carga viral comienza a elevarse de nuevo, probablemente lo que te esté ocurriendo es que los efectos antivirales de los fármacos estén menguando, quizá debido a una resistencia o porque no los estás absorbiendo de una manera adecuada. L@s médic@s no se ponen de acuerdo acerca de la rapidez con la que debes cambiar a una nueva combinación, si tu carga viral comienza a subir. Algun@s discuten que el objetivo del tratamiento debe ser siempre lograr y mantener una carga viral indetectable porque el riesgo de resistencia a los fármacos que se estén tomando se incrementa en la medida en que la carga viral esté detectable. Otr@s están preocupad@s de que con los fármacos actuales este objetivo sea inalcanzable para muchas personas, por lo que animan a sus pacientes a cambiar los fármacos lo más rápido posible, hasta que en algún momento puedan llegar a agotar todas las opciones.

Tú y tu médic@

Durante el desarrollo de la infección, las personas VIH+ son, de todos los grupos de pacientes, probablemente las más propensas a mantener un contacto frecuente con su médic@. La relación que entables con tu médic@ es una de las más importantes que tendrás después del diagnóstico.

Ciert@s médic@s pueden atraer a cierta clase de pacientes: algun@s médic@s recomendarán terapias agresivas, mientras que otr@s serán más receptivos en caso de que no quieras comenzar tratamiento o usar una serie de estrategias complementarias, además del cuidado convencional del VIH.

Es muy importante que encuentres el tipo de médic@ más adecuado para ti. Tus amig@s podrían recomendarte un/a médic@ adecuad@, pero el fortalecimiento de la relación con él o ella llevará su tiempo. Podrías no entenderte con el/la primer médic@ que conozcas. Una buena autoestima y el control sobre el uso de tus fármacos es esencial para establecer una relación de confianza con tu médic@.

Médic@s eficientes

Es esencial que tu médic@ tenga bien desarrolladas sus habilidades interpersonales, y much@s las tienen. El nivel de conocimiento de tu médic@ también es muy importante. Un/a médic@ eficiente debería tomarse la molestia de explicarte las cosas, estar atent@ a tus asuntos personales, saber escuchar y ser capaz de ofrecerte una serie de opiniones.

Tod@s l@s pacientes necesitan que su médic@ sea abiert@, franc@ y comunicativ@, y que sea clar@ cuando él o ella no sepa las respuestas a tus preguntas.

Pacientes eficientes

Para ser un/-a paciente eficiente sería beneficioso que te implicaras en tu propio cuidado, lo cual dependerá del tipo de persona que seas. Algunas personas quieren desempeñar un papel más activo en el cuidado de su salud y tener las ideas claras acerca de qué clase de tratamientos quieren o no tomar. Otr@s están más dispuest@s a buscar orientación en su médic@.

Estar preparad@ para tus consultas es una responsabilidad compartida. Haz preguntas hasta que aclares tus dudas. Si crees que tal vez se te olvide algo de lo que tu médic@ te diga durante la consulta, es recomendable que tomes notas de todo lo que consideres importante. Asimismo, si crees que durante la consulta es probable que no recuerdes las dudas que te gustaría aclarar, es recomendable que las anotes previamente. También merece la pena

recordar que, si asistes a la consulta sin previa cita, es posible que no encuentres a tu médic@ habitual.

Participación y asociación

Durante el desarrollo de tu relación, probablemente habrá cuestiones precisas sobre las que tú y tu médic@ no estéis de acuerdo. Por ello, es importante que aprendas cómo afrontar estas situaciones. Si comienzas a sentirte mal por los desacuerdos con tu médic@, podrías invitar a otr@ paciente a que te ayude a comunicar tus sentimientos.

En casos extremos de malestar y/o incomodidad con tu médic@, quizá sea necesario que formalices una queja sobre este hecho, y hagas llegar una carta al/a la director/a de tu centro de salud (si deseas asesoramiento puedes llamar a los siguientes números gTt 933 020 411 y Medicina Tropical 934 412 997). Si ya no te sientes a gusto y decides no continuar visitando a tu médic@, esto no es razón suficiente para que tengas que cambiar de centro, la mayoría de ellos permite cambiar de médic@.

Es importante ser honest@ con tu médic@ acerca de cualquier posible riesgo al que puedas estar expuest@, como prácticas sexuales no seguras o uso de alcohol y/o drogas que pudieran afectar tu salud a largo plazo. Conocer los hechos puede ayudar a tu médic@ a considerar cuál sería el cuidado y tratamiento más adecuado para ti. Sin embargo, si no te sientes capaz de confiarle ciertos asuntos, quizá haya otr@s profesionales en el centro con l@s que puedas hablar con más facilidad.

Mantener el contacto con el/la mism@ médic@ puede ser extremadamente difícil, ya que normalmente están muy ocupad@s y el personal rota constantemente. Recuerda, no obstante, que su tiempo no es más valioso que el tuyo. Si ves que el acceso a tu médic@ es difícil, entonces discute con él o ella la manera de mejorar la situación. Puedes mantener el contacto con tu médic@ por medio de una breve llamada telefónica o formular tu pregunta a través de su correo electrónico. Conocer las funciones del resto del personal del centro de tratamiento te ayudará a no malgastar el tiempo de tu médic@ cuando otr@ profesional podría ayudarte y proporcionarte recursos adicionales de apoyo.

Cuando se toma un tratamiento antirretroviral es muy importante no olvidar ninguna dosis ni tomarla a destiempo, ya que puede conducirnos a un fracaso del tratamiento. Llevar un diario de tomas, como el que te sugerimos, puede ser útil para acostumbrarnos; sobre todo si empezamos un nuevo tratamiento.

Procura siempre tener información por escrito sobre tu tratamiento, sobre cómo y cuándo tomarlo.

Para usar el diario de tomas escribe el nombre de cada medicamento de tu combinación en la casilla correspondiente (usa una hoja aparte si tomas más de cuatro fármacos). Marca la casilla una vez hayas tomado la dosis. Esta hoja te permite registrar hasta tres dosis diarias. Si tu combinación tiene una dosificación menor, tal vez sea una buena idea tachar la columna que no vas a usar par evitar confusiones.

Fecha de hoy	Nombre del medicamento											
	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3
Lunes												
Martes												
Miércoles												
Jueves												
Viernes												
Sábado												
Domingo												
Lunes												
Martes												
Miércoles												
Jueves												
Viernes												
Sábado												
Domingo												
Lunes												
Martes												
Miércoles												
Jueves												
Viernes												
Sábado												
Domingo												

NOTAS: