

# Introducción

Federico Pulido Ortega<sup>a</sup> y José Ramón Arribas López<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad VIH. Pabellón Medicina Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

<sup>b</sup>Consulta de Medicina Interna-II. Unidad VIH. Hospital La Paz. Madrid. España.

La posibilidad de utilizar un solo fármaco para controlar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin perder las ventajas de eficacia y durabilidad asociadas al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), puede tener consecuencias relevantes en el modo de tratar esta infección, dadas las ventajas que esta opción añade en cuanto a limitar el uso de fármacos potencialmente tóxicos, incrementar las opciones terapéuticas disponibles y disminuir los costes del tratamiento.

La disponibilidad de lopinavir potenciado con ritonavir (LPV/r) en el año 2001 abrió las posibilidades de estudiar esta estrategia terapéutica, dadas las características que este fármaco añadía a los fármacos disponibles hasta ese momento: una potencia mayor y una barrera genética elevada.

Ese mismo año, se abrieron 2 líneas independientes de investigación en esta área novedosa. Por un lado, investigadores de Texas, liderados por Joe Gathe, comenzaron el estudio de LPV/r en monoterapia como tratamiento de inicio (pacientes *naïve*), mientras que en España iniciamos el estudio de la monoterapia como estrategia de simplificación en pacientes con carga viral indetectable durante más de 6 meses, que no habían fracasado previamente con otros inhibidores de la proteasa (simplificación), valorando la posibilidad de reintroducir los nucleósidos en los pacientes en los que la monoterapia no mantenga un control adecuado de la replicación viral.

Desde entonces, otros investigadores se han sumado al estudio de la utilidad de la monoterapia con LPV/r en distintos escenarios del tratamiento antirretroviral, de modo que actualmente disponemos de una gran cantidad de información sobre su eficacia y seguridad, incluyendo estudios de seguimiento a largo plazo y en diversos aspectos específicos (resistencia, reservorios, coste, calidad de vida), que nos permiten tener una visión bastante precisa de las ventajas y las limitaciones de su uso, y que han llevado al grupo de expertos de Gesida y el Plan Nacional sobre el sida a considerar la monoterapia como una opción utilizable en determinadas circunstancias. En el desarrollo de la investigación y el conocimiento de esta estrategia hemos jugado un papel fundamental un gran número de grupos de investigación clínica españoles.

Es momento de recapitular y revisar toda la información generada, para aprender cómo obtener la máxima eficiencia de esta opción de tratamiento, utilizando criterios basados en la evidencia científica. Ese es el objetivo del presente número monográfico de la revista ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA, y para ello nadie mejor que un grupo selecto de médicos que han participado en primera persona en el desarrollo de esta estrategia, involucrados activamente en su investigación.

En este monográfico, se revisa la información disponible del uso de LPV/r en monoterapia en los 3 escenarios principales posibles: en pacientes *naïve*, en esquemas fijos de inducción-mantenimiento y como simplificación. Esta última opción es la que ha conseguido datos suficientemente buenos como para poder incorporarse a la práctica clínica en algunas situaciones. Sendos capítulos de la monografía nos hablan de estas situaciones y también sobre la experiencia ya existente en la práctica clínica habitual, fuera de los ensayos clínicos. También se dedica un artículo a revisar la información disponible sobre los factores pronósticos que se relacionan con la posibilidad de que la monoterapia no controle de forma adecuada la replicación viral en determinados pacientes.

Finalmente, otros 3 capítulos se dedican a revisar aspectos más específicos asociados con el uso de LPV/r en monoterapia, como la incidencia y las características de las mutaciones de resistencia emergentes, la actividad en reservorios y los estudios de coste-eficacia.

Por último, hay que recordar que la investigación en monoterapia no se da por cerrada con la información disponible. Nuevos estudios en marcha intentan dar respuesta a algunas preguntas que siguen en el aire, como las implicaciones de la monoterapia en la mejora de la lipodistrofia, su utilidad en pacientes en tratamiento frente a la hepatitis C, e incluso el posible papel de otros inhibidores de la proteasa potenciados en la monoterapia.

Es nuestro deseo que la información recogida en este número monográfico sirva de ayuda a los médicos clínicos que tratan a pacientes con infección por el VIH, para mejorar sus decisiones terapéuticas cuando se contemple la posibilidad de utilizar la monoterapia con LPV/r en el tratamiento antirretroviral.

Correspondencia: Dr. F. Pulido Ortega.  
Unidad VIH. Pabellón Medicina Comunitaria.  
Hospital Universitario 12 de Octubre.  
Av Córdoba, s/n. 28041 Madrid. España.  
Correo electrónico: federicopulido@med.ucm.es