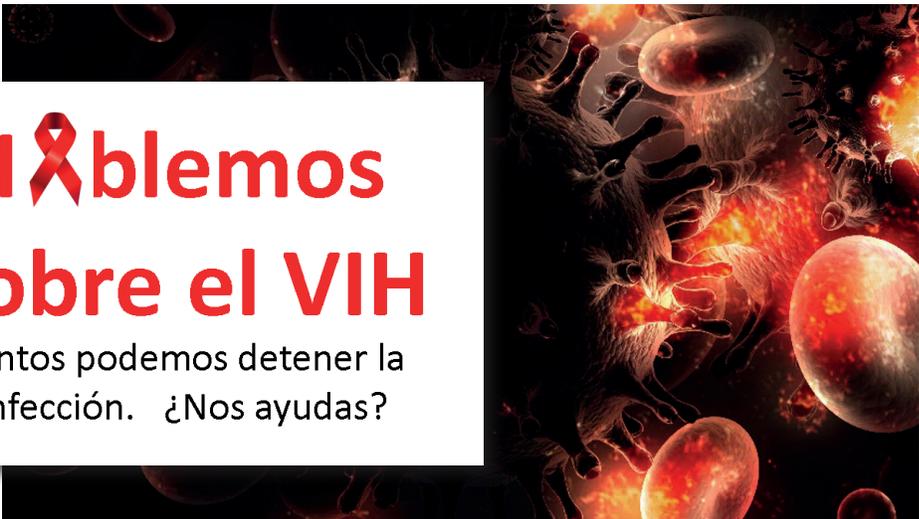


Infección por VIH: la pandemia del siglo XX que no nos abandona

Pocas enfermedades en la historia de la humanidad han tenido una estigmatización tan fuerte como la infección por VIH. Esta, que fue la principal pandemia del siglo XX, se mantiene como un problema significativo de salud pública en la mayoría de los países del mundo, con grandes implicaciones sociales, económicas y en los sistemas de salud. A pesar de 40 años de grandes esfuerzos e inversión en investigación aún no contamos con una vacuna preventiva o una cura eficaz para la enfermedad, aunque se han obtenido logros muy importantes los cuales la han convertido en una enfermedad crónica.

Gracias al COVID-19 mayor número de personas están familiarizados con los términos de pandemia y zoonosis, pero en 1981 cuando se describieron los primeros casos de una nueva enfermedad caracterizada por inmunodeficiencia severa, estos eran términos poco conocidos. Claro está, la aparición y avance de la enfermedad por VIH en aquel momento, fue muy diferente a lo que acabamos de vivir con el COVID 19, enfermedad para la que tuvimos identificación de la misma, del agente causal (SARS CoV-2), establecimiento de medidas preventivas y opciones terapéuticas en pocos meses y una vacuna efectiva en menos de 1 año.

Con la infección por VIH el proceso fue mucho más lento. En 1981 se comenzaron a detectar y reportar casos de enfermedades poco frecuentes que afectan sólo a personas con inmunodeficiencias severas en diferentes lugares del mundo desarrollado (Europa y EEUU), en grupos específicos de individuos: hombres que tenían sexo con hombres. Esto llevó a sospechar la aparición de una nueva enfermedad de transmisión sexual que llevaba a un daño severo del sistema



**Hablemos
sobre el VIH**

Juntos podemos detener la
infección. ¿Nos ayudas?



inmunológico hasta prácticamente destruirlo. A la vez, causó una gran estigmatización de la enfermedad que ha sido imposible de eliminar. Como no se conocía el agente etiológico, la enfermedad se categorizó clínicamente y en 1982 se le denominó síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Fue sólo hasta 1983, que los investigadores franceses Luc Montagnier y Françoise Barré-Sinoussi descubrieron el agente causante, al que denominaron virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hallazgo por el que recibieron el Premio Nobel de Medicina en el 2008. Tomó 2 años más contar con la primera prueba serológica para el diagnóstico y el tamizaje de los productos sanguíneos de donación, la cual fue aprobada en 1985, y no fue sino hasta 1987 que se tuvo el primer medicamento considerado de utilidad para el manejo de la enfermedad.

Hoy sabemos que esta enfermedad de transmisión sexual se originó en el África central. Los estudios científicos calculan el origen del VIH en humanos aproximadamente alrededor de 1930 basándose en cálculos sobre la evolución de las diferentes cepas. Se plantea que la enfermedad llegó inicialmente a los seres humanos a través de chimpancés salvajes, la teoría más aceptada es que el salto de especie se dio a partir de personas que cazaron y comieron chimpancés infectados.

Aunque la enfermedad tiene una distribución global y afecta a todos los países del mundo, es causada por los virus VIH 1 y 2 y su evolución clínica es muy similar en todos los infectados llevando a inmunosupresión profunda, es muy heterogénea en muchos otros aspectos. Afecta desde niños recién nacidos que la adquieren por transmisión perinatal de sus madres hasta a adultos mayores. La forma de transmisión varía significativamente en diferentes partes del mundo, predomina la transmisión heterosexual en el África subsahariana, entre hombres que tienen sexo con hombres en Europa y América, entre usuarios de drogas intravenosas en Europa oriental y entre trabajadores del sexo y sus clientes en Asia sur-oriental. Las tasas de prevalencia varían en las diferentes regiones del mundo desde menos de 0.1% (en Australia por ejemplo) hasta 30 % de la población (Suazilandia), en Costa Rica se estima que la prevalencia es del 0.4% y la incidencia de 0,34%.

Desde que inició la pandemia por VIH, se estima que se han infectado 84,2 millones de personas y han muerto cerca de 40,1 millones por

enfermedades relacionadas con el sida en el mundo. La región más afectada es el África subsahariana, allí se registran 2/3 de todos los casos de VIH y más del 75% de las muertes por la enfermedad avanzada. De acuerdo con las últimas estadísticas y estimaciones de ONUSIDA, en el 2021 vivían 38.4 millones de personas con VIH en todo el mundo, de las cuales 1.7 millones son niños y 54 % mujeres y niñas. Durante ese año 1,5 millones de personas contrajeron la infección y 650 000 personas fallecieron por enfermedades relacionadas con el sida. Afortunadamente, el número de nuevas infecciones ha tenido una disminución significativa (54%) desde su pico más alto registrado en 1996 (3,2 millones de casos nuevos). El 51% de las nuevas infecciones por VIH se dan en África subsahariana. La mortalidad también ha disminuido significativamente, un 68% desde su mayor pico que se alcanzó en el 2004 y un 52% desde el 2010 a la fecha.

Estas disminuciones tan significativas obedecen al acceso a mejores y más económicas pruebas diagnósticas que han permitido diagnósticos más oportunos, al desarrollo de terapias antirretrovirales más efectivas y fáciles de aceptar por parte de los pacientes y a todo el desarrollo tecnológico asociado, que ha permitido contar con técnicas de seguimiento de la replicación viral y de evaluación del sistema inmunológico más adecuadas y accesibles.

Hasta 1996 la infección por VIH fue una enfermedad invariablemente mortal para todos los que la adquirían. Se habían descubierto algunas terapias antirretrovirales temporalmente efectivas, pero estas solo lograban prolongar la vida de los pacientes por unos meses. Sin embargo, fue ese año con la aparición de una nueva familia de medicamentos, los inhibidores de proteasa, y el desarrollo de terapias combinadas que inició la terapia antirretroviral altamente activa (HAART por sus siglas en inglés, highly active antiretroviral treatment). Esta terapia tiene la capacidad de suprimir la replicación viral por largos periodos y convirtió por primera vez la infección por VIH en una enfermedad crónica tratable con medicamentos. Durante esos primeros años se tuvieron medicamentos parcialmente efectivos y que requerían una altísima adherencia por parte de los pacientes, lo que se dificultaba por sus múltiples efectos secundarios. En nuestro país tuvimos en esa época muchos pacientes, incluso

mujeres embarazadas, que tenían que tomar hasta 18 pastillas al día como parte de su combinación terapéutica para garantizar el control de la enfermedad.

A partir de ese momento, la evolución en tratamiento ha sido vertiginosa y exitosa. En 1998 se contó con el primer medicamento con una vida media suficientemente larga para darlo una vez al día. En el 2006 se tuvo la primera terapia altamente efectiva de sólo una tableta al día. Se han desarrollado más de 30 medicamentos antirretrovirales que actúan en 6 puntos diferentes del ciclo de replicación viral. Hoy contamos con más de 8 alternativas terapéuticas de una sola tableta al día, capaces de controlar la replicación viral por largos periodos de tiempo y la investigación continúa intensamente. Ya se encuentran en ensayos clínicos las terapias de larga duración con las cuales los pacientes pueden recibir todo su tratamiento en una inyección al mes o aún con mayor distanciamiento.

Afortunadamente esto ha ido de la mano con una disminución en el costo de los tratamientos. Inicialmente el costo de un mes de terapia antirretroviral era cercano a los \$1000 por paciente. Actualmente las combinaciones de tratamiento de una sola tableta al día que adquiere la Caja Costarricense de Seguro Social a través de la OMS cuestan cerca de \$ 5 el mes. Pero además los pacientes pueden obtener en forma privada terapias de una sola pastilla al día de muy alta calidad por \$150 dólares al mes.

Sin embargo, no todo son buenas noticias, la pandemia del COVID-19 tuvo una repercusión negativa en la pandemia de VIH en prácticamente todo el mundo. En muchos lugares se interrumpieron los programas de atención y la disponibilidad de medicamentos. Nuestro país no fue la excepción, se disminuyó el acercamiento de los pacientes a los servicios de salud y esto produjo un retraso en la presentación de casos y el diagnóstico y por tanto la presentación de personas con enfermedades mucho más avanzadas y ya con enfermedades secundarias que requieren hospitalización y terapias también costosas. Es fundamental tomar acciones para revertir este retroceso lo antes posible.

En este momento lo mejor que podemos hacer en cuanto a infección por VIH en beneficio de las personas infectadas desde el punto de vista individual, pero también desde el punto de vista comunitario y de prevención es un diagnóstico temprano. Esto sólo se logra promoviendo la realización de pruebas de VIH sin grandes dificultades y con resultados rápidos transmitidos oportunamente a los individuos. Debemos ser insistentes en promover que todas las personas en riesgo de infección por VIH, y esto es toda persona con vida sexual activa o uso de drogas intravenosas, se realicen periódicamente una prueba de VIH con intervalos de 1 a 5 años, según sus factores de riesgo, esto como parte de un chequeo general de vida saludable, igual que les realizamos pruebas de colesterol y glicemias.

Esto nos permitiría la detección de los infectados por VIH estando asintomáticos clínicamente que es el mejor momento para iniciarles el tratamiento antirretroviral, que en nuestro país se lo podemos ofrecer a todos los que lo requieran. De esta manera les estamos garantizando a estas personas, mientras se mantengan con su tratamiento, en control y seguimiento en el sistema de salud, una expectativa de vida muy cercana a su grupo generacional. Además, es la mejor arma en prevención en este momento, ya que actualmente sabemos que una persona que tiene una replicación viral controlada con tratamiento y cuya carga viral plasmática de VIH se mantiene no detectable en las pruebas de laboratorio, no puede transmitir el virus a otros. Esta es la campaña que se conoce como No-detectable = No-transmisible (undetectable=untransmisible).

Les invito a promover la realización de pruebas de VIH como parte del control médico general de todos los jóvenes y adultos. Ud, ¿ya se la ha realizado?

María Paz León Bratti (PhD)

Caja Costarricense de Seguro Social, Servicio de Medicina Interna; Universidad de Costa Rica, Escuela de Medicina, San José, Costa Rica

 0000-0002-2865-4474