Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan

Uri Torruco García[a]



Resumen

Pocas enfermedades han recibido tanta atención como la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida, pocas enfermedades representan de manera tan explícita el impacto que la ciencia tiene para transformar las sentencias de muerte en esperanzas de vida. En la infección por VIH los avances científicos se suceden de manera vertiginosa, los paradigmas de atención se modifican de manera veloz y podemos ver cómo las sociedades no siempre se adaptan a la misma velocidad. Este artículo trata de la transición clínica y conceptual del tema del VIH/sida desde algunos años, en el cual hay un menor énfasis en el sida y un mayor foco en problemas crónicos, pero sobre todo, este artículo se concentra en las diferencias en la atención que se ponen de manifiesto, según la capacidad que las sociedades tengan para instrumentar los avances de la ciencia.

Palabras clave: *VIH en México, sida, estigma, inflamación persistente.*

[a]Jefe del Departamento de Investigación en Educación Médica. Secretaría de Educación Médica. Facultad de Medicina de la UNAM.
Correspondencia: teseo_uri@yahoo.com

HIV infection and AIDS, two worlds that deviate

Abstract

Few diseases have received much attention as HIV infection and AIDS, few diseases represent so explicitly the impact of the science on transforming death sentences in hope of life. In HIV Infection scientific developments occur exponentially, the paradigms of care changes all the time and communities are not always adapted at the same speed. This article deals with the transition of the clinic and conceptual issue that HIV/AIDS has experienced last years, in which there is less emphasis on AIDS and a mayor focus on chronic diseases, but above all, this article focuses on the differences in the attention, according to the capacity that the communities have to implement the science developments.

Key words: *HIV infection and AIDS, two worlds that deviate.*

ANTECEDENTES

Entre 1978 y 1981 aumentó la prevalencia de personas que padecían neumonía por *Pneumocystis carinii* (ahora *Pneumocystis jirovecii*) y sarcoma de Kaposi en los Estados Unidos de América (EUA)[1]. La infec-

ción por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi eran enfermedades muy poco conocidas en aquel entonces; se reportaban en pacientes con gran inmunosupresión celular, individuos que recibían quimioterapia muy agresiva, padecían enfermedades de la médula ósea o tenían terapia inmunosupresora para trasplantes; pero en estos casos la causa de la inmunosupresión era desconocida[1-2]. A medida que los casos se acumulaban, se encontraron factores de riesgo en común entre los afectados (las 4H), la mayoría eran varones heroinómanos, haitianos, homosexuales y hemofílicos[1-2]. En EUA un grupo de expertos definió el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) para facilitar su seguimiento, ignorantes de que la causa pudiera ser solo una. Fue hasta 1984 que se dio con el agente del SIDA (ahora sida, por la misma razón que LASER ahora es láser) en tejidos obtenidos de pacientes, el culpable de la infección era el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); un año después se desarrolló la prueba que permitía detectar los anticuerpos dirigidos contra el VIH, para diciembre de ese año ya había reportados 10,000 casos en EUA y casi la mitad de ellos había muerto; un año después la cifra se triplicó con una proporción similar de muertes[1-2].

En 1987 se aprobó el primer fármaco para tratar la infección por VIH, la zidovudina; este medicamento producía cierta mejora clínica, pero los pacientes finalmente sucumbían a la infección, dada la resistencia que adquiría el virus en la totalidad de los pacientes que lo habían recibido. Varios años aciagos en la lucha contra el sida siguieron después de la aprobación del primer medicamento contra el VIH, se probaron decenas de nuevos fármacos y combinaciones de ellos que no cambiaron sustancialmente la sobrevida de los pacientes y su evolución poco se modificaba con la intervención médica; muchas figuras públicas murieron, la atención de la comunidad mundial creció. Fue hasta 1996 que se empezó a desarrollar la primera terapia antirretroviral altamente activa (TARAA), que la infección por VIH pasó de ser una enfermedad fatal a una enfermedad crónica, de ser una condena de muerte a la esperanza de una vida normal. El TARAA no erradica al VIH del organismo humano, pero si se toma puntualmente y con gran porcentaje de apego, el virus desaparece de la sangre y se refugia en un estado latente en el cual no puede ser erradicado[1-3].

DE LA INMUNOSUPRESIÓN A LA ACTIVACIÓN INMUNE

La fisiopatología de la infección por VIH es de alta complejidad, pero la simplificaremos en dos grandes rubros: la inmunosupresión y la activación inmune.

La inmunosupresión es la característica más conocida de la infección por VIH. Una vez que el virus ingresa al organismo, las células que tienen el receptor CD4+ resultan infectadas, la mayoría de ellas son linfocitos T CD4+ colaboradores, pero también los macrófagos y las células dendríticas se infectan. La infección disminuye gradualmente la cantidad de linfocitos T CD4+ en los tejidos y en la sangre, lo cual conduce al paciente a un estado grave de inmunosupresión celular tras el cual, un grupo de microorganismos que habitualmente no causan enfermedades, provocan infecciones; estas infecciones oportunistas explican la gran mortalidad de las personas afectadas por el VIH antes de que se empleara el TARAA. Tal estado de inmunosupresión es la consecuencia de la progresión de la infección sin que el paciente reciba tratamiento. Ya que el TARAA es de amplio acceso en casi todos los países del mundo, cada vez es más tolerable y su posología más sencilla (¡hay al menos tres formulaciones de una pastilla al día!); los pacientes que lo toman apropiadamente pueden mantener controlado el VIH por el resto de su vida, por lo tanto, la inmunidad excepcionalmente llega a la condición de sida, por ende, el sida es cada vez menos frecuente y la mortalidad por el VIH disminuye. Es por ello que la atención a la fisiopatología de la infección por el VIH ha cambiado de foco y ahora la activación inmune tiene preponderancia[4].

La activación inmune no se puede desligar de la inmunosupresión, de hecho, que la inmunidad celular se abata gradualmente se explica en gran proporción por la activación del VIH. Desde el momento mismo en que el VIH penetra al organismo, una gran parte de la inmunidad trabaja para deshacerse del virus; inicia un proceso de reconocimiento, monta una respuesta inmune muy parecida a la que ocurre con todas las infecciones virales, la

gran diferencia con ellas radica en que esta infección no desaparece ni se controla, sino que se perpetúa. El organismo, acostumbrado a deshacerse de estos insultos de manera expedita, tiene que batallar por años con el VIH, en una suerte de "guerra de guerrillas" de bajo grado, donde el VIH no hace sino fortalecerse y agotar las reservas inmunes de la persona de una forma silenciosa. A las personas con VIH que no mueren por sida, les ocurren complicaciones similares a las de las personas que padecen enfermedades con estados proinflamatorios crónicos como la artritis reumatoide, el lupus, la infección por virus de hepatitis C –por mencionar algunas–, ya que tienen más probabilidades de padecer un infarto agudo del miocardio, cánceres hematológicos, demencia, osteoporosis, entre otras[4,5].

En la historia que la humanidad ha compartido con el VIH, en un inicio nos preocupaba el sida como causa de muerte, dado su retroceso con el TARAA; ahora nos preocupan las causas de muerte no relacionadas con el sida… pero, ¿en realidad nos ha dejado de preocupar el sida?

DOS MUNDOS POSIBLES

En el primer mundo posible el TARAA ha inclinado la balanza de la atención de las personas con VIH a favor de la vida. En este mundo las personas con VIH tienen gran accesibilidad al TARAA, la atención médica especializada, servicios de salud amigables y una sociedad que colabora; la mortalidad por sida ya no es un problema, sino las enfermedades NO relacionadas con el sida[6]. Cada vez más frecuentemente se publica información de cohortes donde las personas con VIH tienen la misma sobrevida que la población general; en este mundo se concentra la atención en evitar nuevas infecciones, diagnosticar lo más pronto posible a los recientemente infectados, tratarlos pronto y enrolarlos en la atención médica especializada; la hospitalización por sida es un evento poco común y suelen ser personas difíciles de integrar a la sociedad (por ejemplo: migrantes, indigentes)[6-8]. Aún en sociedades acaudaladas, el gran reto sigue siendo que las personas no se involucren en prácticas que los pongan en riesgo de adquirir la infección[9]. A este mundo pertenecen casi todos los países de la unión europea, Australia, etcétera[6-9].

Pero hay otro mundo posible, en el cual la comunicación del riesgo de infección es deficiente, los pacientes no solicitan la detección o los estados son incapaces de motivar a la población para que se realice pruebas, la escasa proporción de pacientes con detección oportuna rara vez se enrola en atención médica o bien, si lo hace, la abandona por periodos mayores a seis meses[10]. En consecuencia, los pacientes que reciben TARAA son proporcionalmente pocos, pero no todos ellos alcanzan la meta de mantener al virus indetectable en su sangre, ya sea por escaso apego al manejo médico, desabasto u otros factores socioculturales.

Es en este mundo en el cual los diagnósticos de sida en los hospitales siguen siendo frecuentes y, dada la dificultad de manejar a estos pacientes de altísima complejidad, la mortalidad se mueve muy poco año con año. En este mundo también nacen niños con la infección por VIH, ya que la detección en las embarazadas es deficiente. A este mundo pertenecen la mayoría de los países de África (principalmente subsahariana), América latina y algunos países asiáticos[10,11].

En nuestro país es muy probable que tengamos características de los dos mundos. La estimación más reciente de personas que padecen la infección es alrededor de 180 mil personas, lo cual nos convierte en un país con baja prevalencia; no obstante, no hay demasiados avances: las estadísticas que publica el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y sida, año con año nos muestran un país donde la detección sigue siendo pobre (se estima que el 50% de los casos aún no han sido diagnosticados), la mortalidad se mueve poco (está alrededor del 4% desde 1995, antes de la introducción del TARAA) y de las personas que reciben TARAA solo el 33% tiene controlado al virus (indetectable en sangre)[12,13]. En oposición a lo anterior, en nuestro país el TARAA y la atención a las personas con VIH son gratuitos, al menos hay un centro de atención especializado por estado, las guías de práctica clínica ahora recomiendan dar tratamiento tan pronto como sea posible a los recién diagnosticados, las opciones de educación médica continua cada vez son más accesibles, hay cada vez mayor transparencia en el uso de los recursos y la información epide-



Foto: National Cancer Institute

miológica de nuestro país es fácil de encontrar; es de resaltarse el gran liderazgo de las organizaciones de la sociedad civil[14]. Para ejemplificar el sentido de este párrafo tomaremos un marcador clínico: la transmisión perinatal. En nuestro país teníamos un aumento persistente de los casos de niños que adquirían el VIH en fechas cercanas al nacimiento hasta hace dos años, pero seguimos estando lejos de la meta de 20 casos o menos para el año 2018 (en 2014 se reportaron 90 nuevos casos)[12,13].

Gran parte de las diferencias en la mortalidad y calidad de vida entre ambos mundos tiene que ver con los recursos que se asignan para disminuir el impacto del VIH en la sociedad; pero la siguiente sección dará cuenta de aquellas diferencias que no tienen tanto que ver con el dinero sino con otro tipo de barreras que se originan dentro de la sociedad.

EL ESTIGMA

En 2006, en la revista del Instituto Nacional de Salud Pública se publicó un estudio mixto que no solo cuantificaba sino que caracterizaba el estigma que los prestadores de servicios de la salud (médicos, enfermeras, administrativos, etc.) instrumentaban contra las personas con VIH[15]. La definición de estigma utilizada en este estudio fue una de las más populares, propuesta originalmente por Parker y Aggleton:

> "…un proceso social relacionado con cuestiones de poder y control social a través de instancias políticas, económicas, sociales y culturales, que se encargan de producir, reproducir y **mantener la inequidad** social".

Algunos de los datos relevantes del estudio derivan de la caracterización de la forma en que los trabajadores de la salud hacemos patente el estigma y, por lo tanto, propiciamos discriminación:

- Marcación de expedientes.
- Exageración de las medidas de seguridad o precauciones universales.
- Objeción a hospitalizar pacientes.

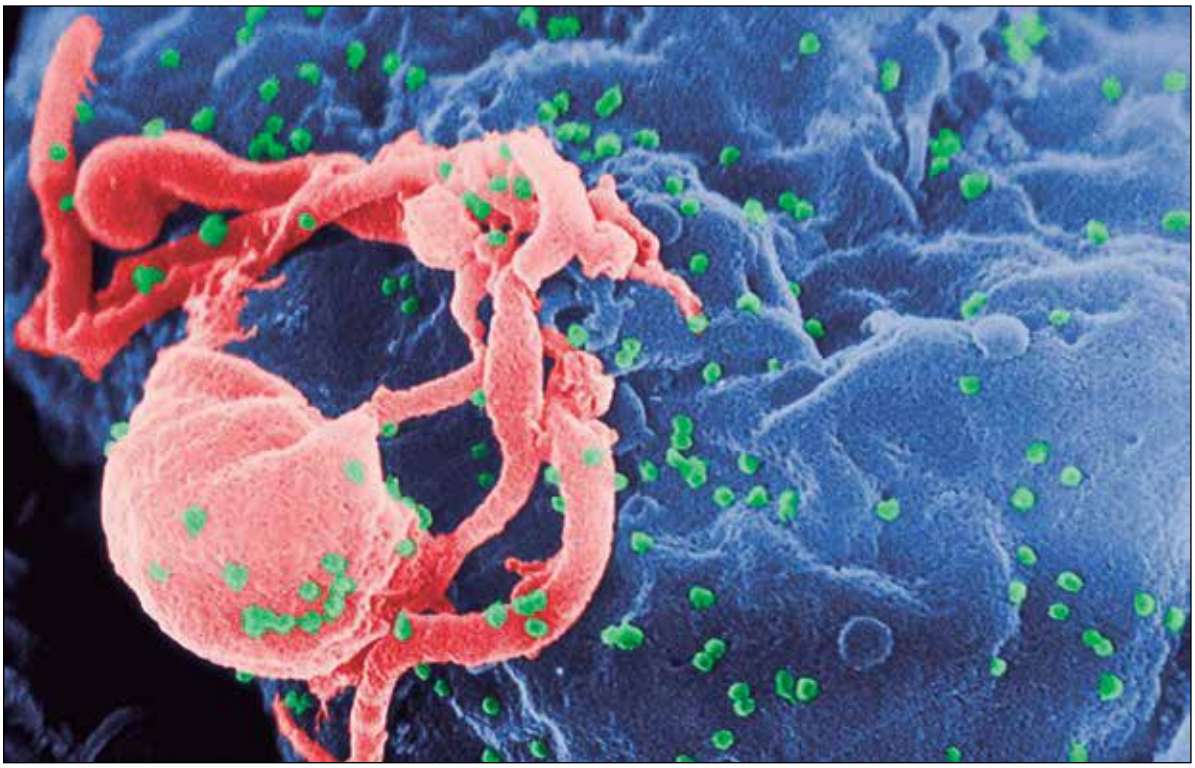


Foto: C. Goldsmith

- Retraso en la atención o falta de atención a las personas hospitalizadas.
- Realización de pruebas de detección del VIH sin consentimiento.
- Violación de la confidencialidad.

En la encuesta que se realizó en ese estudio, el 66% de las personas que respondieron señaló que la prueba para detectar el VIH debería ser obligatoria en todos los hombres que tienen sexo con hombres, 43% de ellos prohibiría la prostitución para prevenir la propagación de la infección por VIH, el 60% proponía que se realizara obligatoriamente la detección del virus a todos los médicos, el 23% no compraría comida a una persona con VIH, el 59% señaló que debería prohibirse que las mujeres con VIH tuvieran hijos, el 43% no consultaría a un odontólogo si tuviera la infección por VIH, el 36% estaría de acuerdo en prohibir que un médico ejerciera la profesión si tuviera la infección por VIH y la lista se puede ampliar con datos a cual más de dramáticos.

Si los trabajadores de la salud propiciamos el estigma desde nuestras creencias o ignorancia, no nos debe resultar sorpresivo saber que, en una encuesta realizada en 2007 a población mexicana abierta, el 16% no saludaría con un beso a una persona con VIH, 82% asegura que quienes tienen VIH morirán de sida y el 25% cree que la infección fue adquirida por culpa de quienes la padecen[2].

Casi nadie que se dedique a la atención de personas con VIH de manera profesional y comprometida estaría en desacuerdo con la afirmación de que el estigma, la consecuente discriminación y por tanto la desigualdad que de ellos deriva, son quizá los más grandes retos a superar de la pandemia causada por el VIH[16].

CONCLUSIONES: ¿CUÁNTO NOS FALTA PARA EL FUTURO?

Si no mencionamos el estigma y los aspectos socioculturales que lo propician, en el plano biomédico, las asignaturas pendientes de la ciencia en lo relativo al VIH lo resumo en tres puntos muy importantes:

1. La remoción del VIH de los tejidos donde no puede ser erradicado, no por su inaccesibilidad

sino por el estadio latente que guarda. Esto equivaldría a curar la enfermedad.
2. La optimización de la terapéutica preventiva, que es aquella que se toma para no adquirir la infección cuando las personas tienen prácticas de riesgo.
3. El desarrollo de una "buena" vacuna, ya que la que mejores resultados alcanzó fue un 31.2% de efectividad[17].

No dudo en decir que el primer gran avance de la biomedicina tal vez ya sucedió, el TARAA y su efecto en la mortalidad; a pesar de ello, la pandemia sigue ocasionando grandes preocupaciones y provoca un gran número de muertes, es por ello que hablar de VIH y sida, sin hablar de los aspectos que propician la desigualdad en acceso y tratamiento, es no hablar de casi nada.

AGRADECIMIENTOS

Al maestro José Daniel Morales Castillo por sus valiosos comentarios al manuscrito. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Office of NIH history. In their own words [internet]. Bethesda MD EUA. NIH. (Citado el 30 de septiembre del 2015). Disponible en https://history.nih.gov/NIHInOwnWords/index.html
2. Arellano LM. Estigma y discriminación a personas con VIH [Internet]. México. Centro Nacional para Prevenir la Discriminación; 2008 [citado el 30 de septiembre del 2015]. 30 p. Disponible en http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/C-05-A.pdf
3. Palmisano L, Vella S. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenges. Ann Ist Super Sanità. 2011;47(1):44-8.
4. Deeks SG, Phillips AN. HIV infection, antiretroviral treatment, ageing, and non-AIDS related morbidity: review. BMJ 2009;338:a3172.
5. Marin B, Thiébaut R, Bucher HC, et al. Non-AIDS-defining deaths and immunodeficiency in the era of combination antiretroviral therapy. AIDS 2009;23(13):1743-53.
6. Samji H, Cescon A, Hogg RS, Modur SP, Althoff KN, Buchacz K, et al. Closing the Gap: Increases in Life Expectancy among Treated HIV-Positive Individuals in the United States and Canada. PLoS ONE. 2013;8(12):e81355.
7. ART-CC y COHERE. Long-term Mortality in HIV-Positive Individuals Virally Suppressed for >3 Years With Incomplete CD4 Recovery. Clin Infect Dis. 2014;58(9):1312-21.
8. Jensen-Fangel S, Pedersen L, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Sorensen HT. Low mortality in HIV-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a comparison with the general population. AIDS. 2004;18(1):89-97.
9. Chanakira E, Goyder EC, Freeman JV, O'Cathain A, Kinghorn G, Jakubovic M. Social and psychosocial factors associated with high-risk sexual behaviour among university students in the United Kingdom: a web-survey. Int J STD AIDS. 2015;26(6):369-78.
10. Ghys PD, Zaba B, Prins M. Survival and mortality of people infected with HIV in low and middle income countries: results from the extended ALPHA network. AIDS. 2007;21 Suppl 6:S1-4.
11. Verguet S, Frithj of Norheim O, Olson ZD, Yamey G, Jamison DT. Annual rates of decline in child, maternal, HIV, and tuberculosis mortality across 109 countries of low and middle income from 1990 to 2013: an assessment of the feasibility of post-2015 goals. Lancet Glob Health. 2014;2:e698-709.
12. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. La epidemia del VIH y SIDA en México [Internet]. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida; 2014 (citado 30 de septiembre del 2015) 6 p. Disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf
13. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida; 2015 (citado el 30 de septiembre del 2015). 177 p. Disponible en http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ungass/GARPR_Mx2015.pdf
14. Hernández-Chávez JJ. 2009: 25 años de presencia comunitaria en la respuesta al VIH y al SIDA en México en Córdoba-Villalobos JA, Ponce de León-Rosales S, Valdespino JL eds. 25 años de SIDA en México. Logros y desaciertos. 2009. México. Instituto Nacional de Salud pública: capítulo 17, 303-14.
15. Infante C, Zarco A, Cuadra SM, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. Salud pública Méx. 2006;48(2):141-50.
16. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes A resource for national stakeholders in the HIV response [Internet]. Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2007 (citado 30 de septiembre del 2015) 56p. Disponible en http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1521_stigmatisation_en_0.pdf
17. Rerks-Ngarm S, Pitisuttithum P, Nitayaphan S, Kaewkungwal J, Chiu J, Paris R, et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. N Engl J Med. 2009;361(23):2209-20.