

El sida: 30 años

Enrique Ortega González

Jefe de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario. Valencia

Recibido: 10/11/2011 · Aceptado: 23/11/2011

La irrupción con fuerza de una nueva enfermedad, hace ahora 30 años, produjo el desconcierto de los servicios de salud pública, de los clínicos, y de la sociedad en general. ¿Cuál era el agente que producía inexorablemente la muerte de las personas, tras un deterioro progresivo de su estado inmunológico?

La primera voz de alarma la dio el médico Michael Gottlieb al diagnosticar y declarar los primeros casos de una enfermedad que más tarde se denominaría sida. Junto con Siegal y Masur elaboró un informe en el que se describían los cinco primeros casos de neumocistosis en adultos homosexuales. Comenzó entonces la exhaustiva investigación de los CDC, intentando descubrir el agente etiológico y comprender sus mecanismos de transmisión.

El desconcierto inicial, y el hecho de que las primeras víctimas fueran hombres que practican sexo con hombres, motivó que en un principio la enfermedad se definiera como GRID (Gay Related Immune Disorder); es

decir, desorden inmunológico relacionado con la homosexualidad, y consecuentemente ahí comenzó también la discriminación. A la epidemia se la llamó "cáncer rosa" o "peste rosa", por su identificación con los homosexuales y porque en las infecciones agudas aparecían unas tenues manchas rosadas características. Más tarde se observó en inmigrantes haitianos en Estados Unidos, en usuarios de drogas inyectables, en los receptores de transfusiones sanguíneas y en las mujeres heterosexuales.

Fue llamada la enfermedad de las "tres H", lo que conceptualmente reducía la infección circunscribiéndola a haitianos, homosexuales y heroinómanos. Se comenzó a hablar de grupos de riesgo, provocando la discriminación contra las personas que pertenecían a estos colectivos.

Fue en el año 1982 cuando se la empezó a denominar síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y un año más tarde Luc Montaigner aísla por primera vez el virus causante de la infección y comienzan a desarrollarse métodos analíticos y fármacos para su tratamiento.

— Correspondencia a: _____
Enrique Ortega
Unidad de Enfermedades Infecciosas
Consortio Hospital General Universitario de Valencia
Avda. Tres Cruces, nº 2 · 46014 Valencia
ortega_enr@gva.es

Con esta enfermedad se da una situación inédita en la historia de la Medicina, y es que desde el principio se produce la movilización de la sociedad por medio de las asociaciones de enfermos, familiares y colaboradores, que impulsan con sus reivindicaciones que se destinen recursos para la investigación y tratamiento. Sin duda, si este proceso no hubiera tenido lugar, no se habrían producido los adelantos que se han dado en estos 30 años. Muchos iconos sociales que están infectados reconocen su enfermedad y, enfrentándose a la discriminación, se sientan las bases aún precarias de la normalización social: la percepción cada vez más extendida de que el sida es un problema de todos, puesto que se trata de una enfermedad transmisible causada por un virus.

En los primeros años, el VIH se convirtió en la primera causa de muerte en la población de entre 25 y 44 años. En 1988 la Organización Mundial de la Salud y la Asamblea General de las Naciones Unidas decidieron institucionalizar el 1 de diciembre como el día de la lucha contra esta enfermedad.

Existen tan grandes diferencias en el impacto que produce según el área geográfica que podríamos decir que se trata de "una dolencia y dos mundos". Las consecuencias han sido y son brutales en el área subsahariana, en la que son amplios los porcentajes de personas infectadas. La letalidad ha sido inmensa y los recursos sanitarios y terapéuticos, inexistentes o muy limitados. En nuestro entorno de países desarrollados la enfermedad ha pasado por varias etapas: la primera fue de la impotencia, durante los primeros años de la epidemia, en la que eran limitados los tratamientos y conocimiento de la enfermedad. En 1987 se

descubrió que el AZT, un viejo fármaco ensayado en oncología, retrasaba su progresión. En 1996, en el congreso mundial de Vancouver, se dieron a conocer los resultados de las terapias triples, las verdaderamente efectivas, y se pasó a una fase de euforia que duró unos años, porque evidentemente comenzó a reducirse la mortalidad por sida y se sucedió la aparición de una serie de fármacos muy eficaces.

Tras esta fase de euforia se llegó a la actual, la de la reflexión. En la investigación clínica se ha logrado avanzar mucho, y se ha simplificado la terapia antirretroviral. Se están desarrollando vacunas "preventivas" y "terapéuticas" con nuevos diseños (tras los fracasos de los ensayos iniciales) que esperemos que den fruto como arma eficaz de lucha contra la enfermedad en esos "dos mundos".

Pero como los clínicos decimos a menudo, el mejor tratamiento es la profilaxis. Tal vez sean muchos los factores que estén implicados en la aparición de nuevos casos. Uno sería las secuelas heredadas de la discriminación, al entender como imposible que uno pueda ser seropositivo por no pertenecer a los mal llamados "grupos de riesgo". También es posible que exista una limitada o nula información sobre el sida en algunos adolescentes y jóvenes adultos. Y también que los avances conseguidos en la terapéutica y el hecho de considerar al sida como una enfermedad crónica hayan sido malinterpretados y provocado una bajada de guardia en las medidas de profilaxis.

En nuestro país se ha producido descenso relativo de la incidencia del VIH entre las personas usuarias de drogas inyectables, en el que han colaborado estrategias de reducción de riesgos como son los programas de



intercambio de jeringuillas y los programas de mantenimiento con metadona o las medidas para complementar al preservativo cuando su uso no es realista. A pesar de esto, la situación entre los usuarios y usuarias de drogas sigue requiriendo especial atención ya que aunque el número de personas que se inyectan haya disminuido de forma evidente, sigue siendo alta la tasa de pacientes con VIH en este grupo de población y existe un severo riesgo de infección entre las que continúan haciéndolo. Más de un diez por ciento de las nuevas infecciones de VIH se han dado en el último año en España por esta vía. Además el cambio efectuado en el consumo hacia drogas de diseño, unidas al alcohol y otras sustancias, producen una pérdida de control en las relaciones sexuales por lo que se debe estar alerta de estos aspectos para actuar en la prevención.

En los nuevos diagnósticos un 30% de ellos presentaban una inmunosupresión severa (<200 CD4) en el momento del diagnóstico, y un 50% de los casos eran diagnósticos tardíos (<350 CD4). Es de destacar que el mayor porcentaje de ellos se encuentra entre los hombres heterosexuales (64%), siendo los HSH los que presentan un menor retraso (42%). Por último, señalar que el diagnóstico tardío aumenta de forma importante con la edad. La necesidad de la detección precoz de la enfermedad es incuestionable, ya que no sólo repercute en la salud individual, sino que conlleva también beneficios en términos de salud pública al evitar nuevas transmisiones por parte de personas que desconocen su situación de portadoras. Se debe ofrecer la prueba del VIH a quienes contacten con el sistema sanitario.

Porque el sida no es un problema estrictamente médico, y la discriminación social y labo-

ral a la que se han visto sometidas las personas afectadas debe terminar. El lema que proclama que "Detrás de sida hay mucha vida" ha de quedar instalado en la conciencia colectiva, igual que se han de eliminar para siempre las supersticiones y actitudes que fomentan el estigma y la discriminación. Se lo debemos a todas aquellas víctimas que se han quedado en el camino en estos 30 años. Y nos lo debemos a nosotros mismos como ciudadanas y ciudadanos libres.