

Transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1)

**Omar Sued
Patricia García
de Olalla**

Servicio
de Epidemiología
Agència de Salut
Pública de Barcelona

En el último informe sobre la "Situación de la Epidemia de Sida" ONUSIDA establece que durante el año 2004 se han diagnosticado 5 millones de casos de infección por VIH, con lo que la cifra de personas viviendo con el virus se sitúa entre 36 y 44 millones, a la vez que tres millones fallecieron por Sida en el mismo periodo¹. En los países occidentales el efecto del tratamiento de gran actividad (TARGA) introducido en el año 1996 ha permitido la mejoría en la calidad de vida y una mayor supervivencia de las personas infectadas. Así, en los últimos años se notifican en España aproximadamente 2000 casos de Sida anuales², en los que se han detectado algunos cambios en las características epidemiológicas con respecto a los primeros años de la epidemia como son el aumento de la edad al momento del diagnóstico, el aumento de la proporción de los casos en pacientes de origen extranjero³ o la detección de desigualdades en la mortalidad en relación al género o a las vías de transmisión⁴. A pesar de las campañas de sensibilización y el acceso gratuito y universal al sistema de salud en nuestro país, casi la mitad de los nuevos casos de SIDA carecen de diagnóstico previo de infección por VIH, lo que en la práctica supone un retraso de 5 a 10 años desde el momento de la infección^{5,6}.

Por otro lado, solamente una minoría de los pacientes infectados por el VIH se detectan durante la fase de infección aguda (IAVIH). Esta fase se acompaña de síntomas en más del 80% de los casos y puede ser la causa de hasta el 1% de los síndromes febriles virales en adultos sexualmente activos que acuden a los servicios de urgencias⁷. La infección por VIH tiene un periodo de incubación de dos semanas, seguido de fiebre, odinofagia, astenia y mialgias. En la mitad de los casos puede aparecer rash o adenopatías, y con menos frecuencia úlceras orales, meningismo, o un síndrome mononucleósido típico. En general el cuadro se autolimita en 2-4 semanas y suele ser atribuido a una infección viral inespecífica.

Para realizar el diagnóstico de IAVIH es necesario realizar pruebas específicas (carga viral, o antígeno p24), ya que las pruebas serológicas habituales (elisa, western-blot) demoran entre 1 y 3 meses en positivizarse⁸. En los pocos casos que se detectan, solo el 17% se diagnostica en la visita inicial y la mayoría de los pacientes requieren al menos 3 visitas para llegar al diagnóstico⁹.

La importancia de la detección de la IAVIH radica en varias razones:

- Es el periodo de mayor contagio (hasta 500 veces mayor que durante la fase crónica¹⁰) y representa el motor que conduce la propagación de la epidemia en una comunidad (entre el 30 al 50% de las nuevas infecciones se relacionan con un caso índice en periodo de infección aguda¹¹⁻¹³ y hasta el 17% de los nuevos diagnósticos de VIH reúne criterios de infección reciente¹⁴).
- Permite implementar precozmente estrategias de educación y prevención para evitar nuevos contagios¹⁵.
- Permite estudiar la prevalencia de transmisión de cepas resistentes¹⁶, que en España se sitúa en alrededor del 14%¹⁷.
- Permite tratar a los pacientes con síntomas graves de acuerdo a las recomendaciones.
- Posibilita el estudio de los mecanismos fisiopatológicos de la infección viral y de nuevas estrategias de tratamiento⁸.

Recientemente se han publicado los resultados de la aplicación de un nuevo algoritmo diagnóstico de VIH que consiste en la realización de una prueba de elisa convencional, seguida, en todos los casos negativos, de la realización de una carga viral (utilizando "pools" de 90 muestras demostró ser coste-efectiva¹⁸) a fin de detectar las infecciones en periodo de ventana. A su vez, a los pacientes con elisa positivo se les rea-

Correspondencia:

Omar Sued
Servei d' Epidemiologia
Agència de Salut Pública
de Barcelona
Plaza Lesseps, 1
08023 Barcelona
E-mail: osued@aspb.es

liza una prueba llamada "detuned" que permite estimar si la infección se ha producido en los últimos 170 días¹⁴. En 109.250 pacientes que se realizaron un análisis de HIV durante el año 2002 se detectaron por elisa 583 pacientes con infección por VIH, de los cuales un 18% presentaban una infección reciente detectada por detuned. Además se detectaron 23 casos de IAVIH en periodo de ventana que no hubieran sido detectados mediante las pruebas habituales (entre los que se encontraba una mujer embarazada). En estos 23 pacientes se estudiaron 48 contactos y se detectaron 11 individuos como probable fuente de la transmisión. Este estudio permitió estimar la incidencia de la infección por VIH en esa región (2,2 infecciones por 1000 personas-año), los grupos más afectados (individuos varones homosexuales, individuos de raza negra, mayores de 24 años) y detectar un brote epidémico.

Estos datos, además de confirmar la importancia tanto a nivel comunitario como individual de detectar la IAVIH, nos obligan a reflexionar sobre el trato diferencial que recibe la infección por VIH con respecto a las clásicas Enfermedades de Declaración Obligatoria. A diferencia de las enfermedades de transmisión sexual y de la tuberculosis, el enfoque del control de la infección por VIH ha permanecido, desde el comienzo de la epidemia, dominado por el "excepcionalismo"¹⁹ que surgió debido a la estigmatización, la marginalización y la ausencia de un tratamiento efectivo. Esto movilizó a los colectivos afectados y a gran parte de la sociedad para evitar aquellas actividades que se realizan de rutina durante el control de una epidemia (notificación obligatoria y nominal, investigación de contactos, etc) y que en ese momento podían exponer a los afectados a una exclusión social²⁰. En los países desarrollados, esta situación cambió radicalmente a partir de las leyes en favor de la atención y protección de los derechos de los pacientes afectados y de la disponibilidad de tratamiento adecuado y de pautas preventivas para las personas expuestas (embarazadas, accidentes laborales, exposiciones sexuales, etc), cambiando la percepción del VIH/SIDA de una enfermedad aguda y mortal a una enfermedad crónica y manejable.

Sin embargo, la disminución de los eventos oportunistas ha convertido a la notificación de casos de Sida en poco efectiva e insuficiente, ya que solo representa a las personas en el estadio más avanzado de la enfermedad, y no refleja la dinámica de la epidemia (la frecuencia de nuevas infecciones, las diferencias según grupos poblacionales o los eventos no oportunistas relacionados al VIH). Por ello en los años recientes la mayoría de los países occidentales han adoptado leyes que apoyan la notificación nominal

de los pacientes con infección por VIH y de sus contactos. En Europa la mayoría de los países notifican desde 1996 los casos de infección por VIH al "European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS" (www.eurohiv.org), aunque algunos países con altas tasas de infección, como España e Italia, aún no participan de este registro.

A nivel nacional, hasta el año 2003 la notificación de la infección por VIH se realizaba solo en 8 comunidades autónomas. En Cataluña la notificación de los nuevos casos desde el año 2001 permitió caracterizar mejor la epidemia⁵, aunque al ser voluntaria no es exhaustiva y no permite estimar con seguridad los cambios en la transmisión, ni la progresión o las causas de mortalidad. Además la utilización de un código alfanumérico impide la detección de duplicados o el cruce de información con otros registros oficiales que aportan información importante.

La mejor detección de casos de infección aguda y reciente, la identificación y notificación en forma confidencial de todos los casos de infección por VIH, y la búsqueda y evaluación de los contactos son desafíos que, después de 25 años de epidemia, debemos enfrentar para establecer una red de vigilancia dinámica que nos permita disponer de un sistema de información que proporcione datos de buena calidad, indispensables para preparar y ejecutar programas de prevención eficaces.

Bibliografía

1. Anónimo. UNAIDS. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2004. Disponible en http://www.unaids.org/wad2004/EPI_1204_pdf_sp/EpiUpdate04_sp.pdf (11 de julio de 2005).
2. Anónimo. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Vigilancia epidemiológica del sida en España registro nacional de casos de sida actualización a 31 de diciembre de 2004. Informe Semestral nº 2, Año 2004. Disponible en http://193.146.50.130/htdocs/sida/informe_sida.pdf (11 de julio de 2005).
3. Anónimo. Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Situación a 30 de junio de 2004. Boletín epidemiológico semanal. ISCIII, CNE. 2004 Vol. 12 nº 13/137-148. Disponible en <http://193.146.50.130/htdocs/bes/bes0425.pdf> (11 de julio de 2005).
4. Perez-Hoyos S, del Amo J, Muga R, del Romero J, Garcia de Olalla P, Guerrero *et al*. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in Spanish cohorts of HIV seroconverters: differences by transmission category. *AIDS* 2003;17:353-9.

5. Anónimo. *Sistema integrado de vigilancia epidemiológica del HIV/ITS en Cataluña* (Boletín SIVES 2004) Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
6. Jaen A, Casabona J, Esteve A, *et al.* Características clínico epidemiológicas y tendencias en el tratamiento en una cohorte de pacientes infectados por el VIH. Proyecto PISCIS. *Med Clin (Barc)* 2005;124:525-31.
7. Pincus JM, Crosby SS, Losina E, *et al.* Acute human immunodeficiency virus infection in patients presenting to an urban urgent care center. *Clin Infect Dis* 2003;37:1699-704.
8. Miro JM, Sued O, Plana M, *et al.* Avances en el diagnóstico y el tratamiento de la infección aguda por virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22: 643-59.
9. Weintrob AC, Giner J, Menezes P, *et al.* Infrequent diagnosis of primary human immunodeficiency virus infection: missed opportunities in acute care settings. *Arch Intern Med* 2003;163:2097-100.
10. Jacquez JA, Koopman JS, Simon CP, Longini IM Jr. Role of the primary infection in epidemics of HIV infection in gay cohorts. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994;7:1169-84.
11. Yerly S, Vora S, Rizzardì P, *et al.* Acute HIV infection: impact on the spread of HIV and transmission of drug resistance. *AIDS* 2001;15:2287-92.
12. Xiridou M, Geskus R, de Wit J, Coutinho R, Kretzschmar M. Primary HIV infection as source of HIV transmission within steady and casual partnerships among homosexual men. *AIDS* 2004;18:1311-20.
13. Koopman JS, Jacquez JA, Welch GW, *et al.* The role of early HIV infection in the spread of HIV through populations. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997;14:249-58.
14. Janssen RS, Satten GA, Stramer SL, *et al.* New testing strategy to detect early HIV-1 infection for use in incidence estimates and for clinical and prevention purposes. *JAMA* 1998;280:42-8.
15. Brewer DD. Case-finding effectiveness of partner notification and cluster investigation for sexually transmitted diseases/HIV. *Sex Transm Dis* 2005;32: 78-83.
16. Narciso P, Lazzarin A. Genotypic resistance tests for the clinical management of patients with primary HIV infection. *Scand J Infect Dis Suppl* 2003;35 Suppl 106:66-70.
17. De Mendoza C, Rodríguez C, Eiros JM, *et al.* Antiretroviral recommendations may influence the rate of transmission of drug-resistant HIV type 1. *Clin Infect Dis* 2005; 41:227-32.
18. Pilcher CD, McPherson JT, Leone PA, *et al.* Real-time, universal screening for acute HIV infection in a routine HIV counseling and testing population. *JAMA* 2002;288:216-21.
19. Bayer R. Clinical progress and the future of HIV exceptionalism. *Arch Intern Med* 1999;159:1042-8.
20. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 1998. HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines. New York & Geneva. United Nations: 37.