

ENTREVISTA

Jorge Santana Bagur, M.D. Se logró alterar el curso de una enfermedad; ahora hay que buscar erradicarla



El Dr. Jorge Santana Bagur es especialista en infectología. Él dirige en Puerto Rico desde hace muchos años distintos proyectos de investigación y es una autoridad internacionalmente reconocida en el tema de VIH e infecciones, sobre lo que comparte opiniones con nosotros.

¿Cuándo surge SIDA como epidemia?

El SIDA afloró en 1981 y se expandió rápidamente, al principio más en hombres y en homosexuales. En el mundo hay, actualmente, cerca de 34 millones de infectados, de los cuales unos 25 están en África subsahariana. Ojo, hablamos de infectados con VIH, lo que es distinto que SIDA, que es la manifestación clínica de la enfermedad. Hay personas que pueden estar infectadas por años sin que se manifieste la enfermedad de SIDA.

¿Ocurre lo mismo en Puerto Rico?

Si. Según nuestro Departamento de Salud hay cerca de 43 000 casos de VIH reportados. El porcentaje de hombres, siempre ha sido mayor. De acuerdo a la misma fuente, las cifras de homosexuales y usuarios de drogas se han estabilizado. Pero, ha aumentado el número de mujeres heterosexuales infectadas, quienes son víctimas inocentes.

¿Por qué no se ha controlado la epidemia?

Hay muchas razones. Se requiere de algo más que educación y prevención, que incluye el empleo de protección con microbicidas o condones así como la información y protección de la mujer para que ella sea más exigente en sus relaciones. Se ha demostrado que se tiene que buscar e identificar rápido al paciente, hacerle pruebas, ofrecerle tratamiento y buscar sus contactos. Al tratar al paciente lo antes posible se le baja la cantidad de virus circulante.

¿Esta estrategia se ha probado?

Eso se ha documentado y ha funcionado en muchos lugares del mundo: en Canadá, e inclusive en países en desarrollo como Tailandia con una estrategia de intercambio de agujas y cuidado preventivo. El mayor problema es que los costos son elevados, porque hay que darle tratamiento a todos los que se identifica para bajar la carga viral. Pero ¿no es más caro que muchas personas sigan infectándose?

En Vancouver, Canadá, el estudio del Dr. Julio Montaner fue ejemplar y muy exitoso. Él logró en el año 2004 el apoyo de las autoridades con la meta de tener un control para el 2012. Ya el 2010 presentó resultados exitosos y dramáticos. Esos resultados lograron repetirse en lugares con población distinta como Washington DC, Baltimore, en áreas de Chicago y en ciudades de Europa.

¿Ha avanzado el manejo en salud pública?

CDC recomienda desde octubre de 2006 evaluar a las personas de 13 a 65 años que estén sexualmente activas o que sean de grupos de riesgo. Varios estados, incluido Puerto Rico, lo han aprobado, pero no siempre está implementado. Inclusive, los mismos médicos debemos estar preparados para manejar los resultados de las pruebas. Hay también el tema casi arcaico del consentimiento para hacerse la prueba. También afectan las actitudes negativas o el miedo a confrontar un probable diagnóstico desagradable.

¿Cómo ha evolucionado el diagnóstico?

En esto hay grandes avances. Inclusive, hay pruebas rápidas en sangre, saliva y orina, que se hacen en 20 minutos. Estas tienen buena sensibilidad, pero se recomienda que se reconfirмен con *Western Blot*. La prueba de polimerasa, PCR, detecta y cuantifica la cantidad de virus que se están replicando y sirve inclusive desde 9 a 10 días de la infección. Es cara pero muy útil para ver la respuesta a tratamiento.

¿Hay avances en el tratamiento?

El primer medicamento surgió en 1987 y en este aspecto la evolución ha sido dramática con logros espectaculares. Esto nos ha permitido alterar el curso de la enfermedad. Antes, el diagnóstico de SIDA era uno de muerte, hoy es de esperanza y de vida. Hace 15 años un paciente con SIDA no vivía más de 2 años. Hoy no tiene razón para no estar completamente saludable si está tomando los medicamentos. Hoy, cuando se diagnostica un caso e inicia el tratamiento se puede llegar a más de 70 años de edad.

¿Es el tratamiento más sencillo en el paciente infectado pero sin SIDA?

Podemos hoy consolidar tres medicamentos en una pastilla. Hay personas que antes tenían que tomar más de 20 pastillas. Hoy, aun el régimen más complejo no pasa de 7 pastillas. Cuando se detecta temprano y se comienza un tratamiento rápido, el pronóstico es aún mejor. Estos pacientes ya no fallecen por condiciones asociadas a SIDA, sino por infarto, stroke, diabetes, entre otras.

¿Hay efectos secundarios serios?

Hace 10 años los medicamentos eran menos tolerables, había efectos sobre la médula y la masa muscular. Hoy son mejores. Hay algunos casos de insuficiencia renal y también osteopenia u osteoporosis hasta 10 años antes de lo usual. No sabemos bien si es por VIH o por el tratamiento. Los antirretrovirales producen osteopenia que se suele estabilizar luego de un tiempo. VIH requiere ahora un manejo preventivo temprano.

¿Todos los infectados desarrollan SIDA?

Los *long term non progressors*, 10 a 12% de los infectados, no desarrollan SIDA. Dentro de estos hay un grupo más pequeño, los *elite controllers* que no necesitan

medicamentos. Por otro lado, la opción de una vacuna para proteger y evitar infecciones aún no ha sido exitosa. Quiero ser optimista y debo creer que en algún momento vamos a encontrar vacunas.

Usted dirige ACTU en Centro Médico.

Es una institución con más de 17 años de actividad. Funciona con fondos federales y está dedicada a investigación clínica en VIH, se evalúa medicamentos, complicaciones y complicaciones metabólicas. Hemos participado en el desarrollo de tratamientos. De acá han salido muchas sugerencias. En Estados Unidos hay 37 centros como este. También hay otros grupos y universidades en Puerto Rico que apoyan en investigación clínica, en Ponce o Bayamón, entre otras.

¿En ACTU, evalúan otras infecciones?

Si. Acá también hacemos estudios de hepatitis C. Muchas personas entienden que está va a ser la próxima epidemia. Aún no hay una vacuna. Hay muchos coinfectados con ambas condiciones. Luego de controlar VIH se empieza a tratar hepatitis C, para lo que contamos con buenos medicamentos.

¿Evalúan ustedes también HPV?

Si. Estamos haciendo estudios de HPV, también en vacunas. Este virus es conocido sobre todo por su significado para el cáncer del cuello uterino, pero en el hombre también en genitales y en la zona de la boca o cara. La vacuna se recomienda en mujeres desde los 13 a 27 años y ahora también en hombres.

¿Cómo llegó a Infectología?

Yo pensaba ser oftalmólogo. Pero en el hospital donde estaba en Connecticut me pidieron que reemplazara a un residente y, luego de un tiempo, dije: ¡esto es lo que quiero hacer! Fue pasión; esto me ha llenado mucho, cada caso es un reto. En 1982 vi los primeros casos de VIH y ya estamos en el 2011... En infectología también tenemos que brindar mucha asesoría y consultoría.

Sobre los pacientes que ayudamos, son seres humanos y mi mensaje es que hay que ver y escuchar la realidad y seguir en la cruzada de identificar a los infectados cuanto antes para tratarlos y que así otras personas se puedan beneficiar. 