Evans CA, Friedland JS, Gotuzzo E.
VIH en América del Sur.
Medicine 2005;33(6):44-45. doi: 10.1383/medc.33.6.44.66003.
Acceso abierto: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22003311>

A finales de 2000, aproximadamente 1.4 millones de personas en América del Sur y el Caribe tenían VIH / SIDA, y 150,000 en América Latina adquirieron una nueva infección durante el año.

**Rutas de transmisión:** En la mayor parte de América del Sur, el VIH parece haberse propagado lentamente al principio; Han surgido tres patrones de transmisión.

• En Brasil y Argentina, la transmisión fue inicialmente principalmente entre usuarios de drogas intravenosas. En Argentina, la seroprevalencia del VIH es del 19% en las usuarias de drogas inyectables, el 11% en los hombres urbanos que presentan infecciones de transmisión sexual y el 3% en las trabajadoras sexuales, pero solo el 0,4% en las mujeres embarazadas.

• En la región andina (Chile, Perú, Venezuela, Colombia), la epidemia se restringió inicialmente a hombres que tienen sexo con hombres. La transmisión posterior a la población heterosexual puede verse aumentada por el sexo anal entre varones adolescentes que posteriormente tienen sexo con mujeres. El sexo anal entre heterosexuales también aumenta el riesgo de transmisión.

• En gran parte del Caribe, América Central, Haití y la República Dominicana, la transmisión perinatal heterosexual y asociada predominó temprano, como en el África subsahariana. La infección por VIH es común en las trabajadoras sexuales comerciales; El 4% de las mujeres embarazadas en la zona urbana de Guyana y el 44% de las trabajadoras sexuales en la capital son seropositivas. En algunos países, esto está relacionado con el comercio de drogas como la cocaína.

En Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, México y Perú, la infección por VIH todavía se limita principalmente a hombres que tienen sexo con hombres o, en algunas áreas, usuarios de drogas intravenosas. Sin embargo, la prevalencia en la población heterosexual está aumentando, particularmente en la costa del Caribe y en América Central; 1–4% de los adultos en Belice, Honduras y Guatemala son seropositivos al VIH.

La "urbanización" implica la transmisión del VIH desde las zonas urbanas (donde las actividades de alto riesgo y los viajes internacionales son comunes) a las poblaciones rurales más aisladas. Está ilustrado por datos de regiones que difieren mucho en seroprevalencia; por ejemplo, en Haití y Perú, donde 8% y 0.3% de los adultos en áreas urbanas son seropositivos al VIH, pero solo 4% y 0.04% en áreas rurales, respectivamente. En Brasil y Guatemala, se produce una ‘interiorización associated asociada: una alta prevalencia se extiende hacia el interior desde regiones costeras desarrolladas y densamente pobladas.

## Infecciones oportunistas: *La tuberculosis* es la infección oportunista más importante en el SIDA en el mundo en desarrollo. La terapia de observación directa de corta duración (DOTS) es la base de un tratamiento efectivo. A pesar de los programas modelo DOTS en algunos países (p. Ej., Perú), la coinfección por VIH y tuberculosis se asocia con un pronóstico desfavorable (generalmente una mortalidad del 10 al 50% dentro de los 6 meses posteriores al inicio de la terapia). Además, la tuberculosis multirresistente (MDR) se encuentra en hasta el 40% de los aislamientos en hospitales en algunas áreas. El cultivo de TB y las pruebas de sensibilidad son de disponibilidad limitada y la quimioterapia de TB de segunda línea es costosa, por lo que la TB MDR a menudo no se reconoce y se trata de manera inadecuada. Estos factores, y la escasez de instalaciones de aislamiento para reducir la transmisión nosocomial, hacen que sea probable que aumente la incidencia de TB MDR.

## *La enfermedad de Chagas,* causada por Trypanosoma cruzi, ocurre en toda América del Sur y Central, excepto en el sur de Argentina y Chile. Es una infección oportunista importante en Argentina y Brasil. La infección aguda generalmente causa síntomas inespecíficos. La infección crónica o la reactivación en individuos coinfectados por el VIH con mayor frecuencia causa meningoencefalitis aguda con una o más lesiones masivas en el cerebro. Las características clínicas son similares a las de la encefalitis toxoplásmica, pero pueden observarse tripomastigotes en el frotis de LCR. Las características típicas de la enfermedad de Chagas en individuos inmunocompetentes también pueden verse en personas con VIH; a saber, afectación cardíaca (insuficiencia cardíaca aguda y disritmias) o, con menos frecuencia, megaesófago o megacolon.

El tratamiento con benznidazol o nifurtimox no es satisfactorio porque la neuropatía periférica y la neutropenia pueden limitar la dosis. Alrededor del 50% de los pacientes mueren en 3 semanas a pesar de la terapia. Se requiere profilaxis secundaria de por vida en quienes responden. Las medidas ambientales para reducir la exposición a los insectos que transmiten la enfermedad de Chagas están reduciendo la incidencia de nuevas infecciones, y la detección de productos sanguíneos en áreas endémicas reduce la transmisión iatrogénica.

***La histoplasmosis y la coccidioidomicosis*** son causas comunes de neumonía autolimitada en individuos inmunocompetentes. La coinfección con VIH puede provocar neumonía grave e infección sistémica diseminada que generalmente es mortal sin una terapia antifúngica específica. La diarrea causada por Cryptosporidium parvum es común tanto en personas inmunocompetentes como en personas infectadas por VIH. El parásito coccidiano Cyclospora cayetanensis se identificó por primera vez como una causa común de diarrea en niños y adultos con infección por VIH en Perú, y ahora se reconoce como un importante patógeno oportunista en todo el mundo. Las infecciones con organismos del género Bartonella se identificaron inicialmente solo en partes de América del Sur, pero ahora se reconoce en todo el mundo como la causa de la enfermedad por arañazo de gato y la angiomatosis bacilar asociada al VIH.

***Otras infecciones*** comunes en América del Sur (p. Ej., HTLV-1, leishmaniasis cutánea, nourocisticercosis) parecen no tener fuertes asociaciones con el VIH. La coinfección por HTLV-1 y VIH parece empeorar el pronóstico del SIDA y de la TB asociada.

La mayoría de las otras infecciones oportunistas en América del Sur son similares a las de otros lugares. Los pacientes con VIH son más susceptibles a los patógenos bacterianos comunes (por ejemplo, Pneumococcus, Salmonella spp.). La neumonía por Pneumocystis carinii es menos común que en las naciones industrializadas, pero lo suficientemente común como para que el uso de profilaxis primaria con cotrimoxazol sea generalizado. Esto se ha asociado con una incidencia reducida de encefalitis y retinitis por Toxoplasma gondii. La meningitis criptocócica es una causa importante de morbilidad y mortalidad. El sarcoma de Kaposi, Mycobacterium avium-intracellulare y la infección por citomegalovirus local / diseminado se diagnostican con menos frecuencia que en los países industrializados, pero pueden diagnosticarse de manera insuficiente porque las instalaciones de laboratorio son limitadas.

## Manejamiento: En marcado contraste con otros países menos desarrollados, Brasil ha logrado la provisión generalizada de medicamentos antirretrovirales combinados para casi todos sus 85,000 individuos con SIDA. Esta política casi redujo a la mitad el número anual de muertes por SIDA entre 1996 y 1999, y redujo la incidencia de infecciones oportunistas en un 60-80% durante el mismo período. Se logra en parte mediante la producción local y relativamente barata de medicamentos fuera de las restricciones de patentes que se aplican en la mayoría de los países. Esto ha sido costoso, pero es un modelo importante para la provisión de atención eficaz contra el SIDA en el mundo en desarrollo, refutando la opinión a menudo citada de que la terapia antirretroviral altamente activa solo es practicable en países industrializados. En otros países de América del Sur, los problemas económicos y de patentes impiden el uso generalizado de medicamentos antirretrovirales.

## Estrategias de control: Las prioridades para reducir la transmisión de la infección por el VIH en América del Sur son similares a las de otros lugares; a saber, alentar el uso del condón, el asesoramiento voluntario y las pruebas de VIH, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, y reducir el intercambio de agujas entre los usuarios de drogas intravenosas. La transmisión del VIH por productos sanguíneos se ha vuelto rara en América del Sur debido a la detección generalizada de anticuerpos contra el VIH. A medida que la epidemia se propaga a las poblaciones heterosexuales, se hace cada vez más hincapié en las pruebas voluntarias de mujeres embarazadas, para permitir la terapia perinatal para prevenir la infección de los recién nacidos. La educación es vital y ha logrado altas tasas de uso del condón en varias áreas. Sin embargo, cuatro encuestas en América Latina en 1994-1998 mostraron que alrededor del 25% de los jóvenes de 15 a 19 años no sabían cómo protegerse contra el VIH.