

## Problemas en el manejo de pacientes con SIDA

Villanueva A.<sup>1</sup>, Maquire J.<sup>1</sup>, Vásquez R.<sup>1</sup>, Ramírez A.R.<sup>1</sup>, Hernández T.<sup>1</sup>

### RESUMEN

Para conocer los patrones clínico-epidemiológicos en el Atlántico, estudiamos 138 pacientes infectados con el VIH en dos instituciones de salud y la consulta privada; esta patología se diagnosticó mayormente en hombres que en mujeres (relación 3:1). El grupo de edad más afectado correspondió a las edades de 26 a 35 años. La conducta de riesgo más importante fue la promiscuidad. La población afectada de heterosexuales es similar a la de homosexuales.

La alta mortalidad, 75% de los casos en seis años de seguimiento, está relacionada con el diagnóstico en una etapa avanzada (57,2%) y las infecciones oportunistas.

El VIH, en nuestro medio, tiene un patrón epidemiológico tipo II. El número de casos infectados está en ascenso, confirmándose el desarrollo de la epidemia.

El manejo ambulatorio y hospitalario de la enfermedad muestra un gran número de defectos, proponiéndose la ejecución de un plan conjunto con las instituciones de salud.

### SUMMARY

In order to identify the epidemiological and clinical patterns of HIV (Human Immunodeficiency Virus), we studied 138 patients.

Men were more affected than women in a 3 to 1 ratio. The most frequently occurring age group was 26-35 years old.

Sexual contact, exposure to blood, and perinatal transmission were the major means of HIV infection.

We found many problems concerning institutional management of HIV patients. The control and prevention of HIV infection will require coordinated and global surveillance.

Desde 1981, cuando en las áreas de Los Angeles y Nueva York se diagnosticó por primera vez el SIDA en jóvenes homosexuales que tenían neumonía por *P. carinii* y sarcoma de Kaposi (1,2) se han venido acumulando un gran número de conocimientos en relación con esta enfermedad. La infección por el retrovirus es ahora una verdadera pandemia, confirmándose hasta el momento unos 300.000 casos de SIDA y 10

millones de personas afectadas por el VIH en el mundo, esperándose en los próximos cinco años alrededor de un millón de casos nuevos; estos datos están basados en los informes del Centro de Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos, el país con el mayor número de casos, donde a pesar de la obligatoriedad en el informe de los mismos, existe un alto subregistro (3). Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, el conocimiento de estas cifras es todavía más difícil, como consecuencia de la dificultad en el diagnóstico, tanto clínico como de laboratorio, por la situación económica de los pacientes y de

---

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Barranquilla, Instituto de los Seguros Sociales, Unidad médica de infectología, Colombia, Sur América

un escaso personal médico capacitado. Otras razones importantes para el subregistro de casos, incluye la falta de funcionamiento correcto del sistema de notificación de enfermedades transmisibles de información obligatoria, y un marcado interés de los pacientes y familiares por mantener en secreto el diagnóstico. Por estas razones, la cifra de casos no informados puede ser mayor de los registrados oficialmente.

En Colombia, se informó el primer paciente con SIDA en el Hospital Universitario de Cartagena en el año de 1983, (4). En diciembre de 1991, según el Ministerio de Salud (comunicación personal, OPS Colombia), habían sido registrados 2.146 casos.

En Barranquilla, en agosto de 1986, se informaron los primeros seis casos confirmados de SIDA, y un estudio serológico en 1.056 personas con conductas de alto riesgo y pacientes referidos mostró 42 sueros positivos (5).

A partir de 1987, los casos diagnosticados de SIDA han venido en aumento, acompañándose de una alta morbilidad. Esta guarda relación no sólo con las características de la enfermedad, sino con los deficitarios servicios de atención existentes, la falta de personal capacitado para el manejo de los enfermos y una débil campaña educativa y publicitaria.

La necesidad de conocer el comportamiento de esta entidad en nuestro medio, teniendo en cuenta la existencia de diferentes patrones clínico-epidemiológicos y la posibilidad de hacer un aporte más autóctono, nos ha impulsado a programar un seguimiento ordenado en el manejo de los casos, lo que nos permitirá plantear soluciones.

### **Materiales y métodos**

Desde noviembre de 1986 a abril de 1992, en Barranquilla hemos diagnosticado 167 casos de pacientes infectados por VIH, quienes consultaron o fueron remitidos a dos diferentes centros hospitalarios y la consulta privada, pudiéndose realizar seguimiento a 138 de ellos.

Población estudiada:

pacientes con títulos de anticuerpos positivos para VIH, sintomáticos o asintomáticos que consul-

taron al Hospital Universitario, al I.S.S. y la consulta privada en la ciudad de Barranquilla.

Se utilizó el formulario de recolección de datos suministrado por el Ministerio de Salud. En este formulario se consignaron datos como la procedencia de los pacientes, sus características, edad, sexo, historia y actividad sexual, antecedentes transfusionales u otros factores de riesgo que aumentarían la transmisibilidad para el VIH.

Evaluación diagnóstica:

con la historia clínica, antecedentes y/o examen físico sospechoso para la infección por el VIH, se les ordenaba a los pacientes los exámenes de laboratorio, incluyéndose cuadro hemático completo, química sanguínea, serología para sífilis y ELISA para VIH; con un resultado positivo, se remitía una muestra de 5 cc de suero preservado en hielo, para la realización del *Western blot*, en el Instituto Nacional de Salud en Bogotá.

Seguimiento y evolución de los casos:

para la atención de los pacientes, se integró un grupo dirigido por un médico internista, infectólogo, epidemiólogo, un médico general, una enfermera coordinadora del programa, una psicóloga y estudiantes de medicina.

En algunas ocasiones se necesitó, para el manejo de los pacientes, la colaboración de otras especialidades. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa con énfasis en sus antecedentes sexuales, actividad, promiscuidad, contactos, tipo de relaciones, etc. Además, se les interrogó acerca de antecedentes transfusionales, drogadicción, inyecciones intramusculares o intravenosas y otros factores de riesgo para contraer el SIDA.

Con la sospecha clínica de los casos, se le realizaba a todos los pacientes los estudios de anticuerpos para el VIH. A los pacientes con pruebas positivas se les repetía este examen y, además, se realizaba un *Western blot*.

En algunos casos se practicaron otras pruebas de laboratorio como función hepática, función renal, análisis de orina, coprológico y recuento de células CD4/CD8.

## Problemas en el manejo de pacientes con SIDA

Villanueva A.<sup>1</sup>, Maquire J.<sup>1</sup>, Vásquez R.<sup>1</sup>, Ramírez A.R.<sup>1</sup>, Hernández T.<sup>1</sup>

### RESUMEN

Para conocer los patrones clínico-epidemiológicos en el Atlántico, estudiamos 138 pacientes infectados con el VIH en dos instituciones de salud y la consulta privada; esta patología se diagnosticó mayormente en hombres que en mujeres (relación 3:1). El grupo de edad más afectado correspondió a las edades de 26 a 35 años. La conducta de riesgo más importante fue la promiscuidad. La población afectada de heterosexuales es similar a la de homosexuales.

La alta mortalidad, 75% de los casos en seis años de seguimiento, está relacionada con el diagnóstico en una etapa avanzada (57,2%) y las infecciones oportunistas.

El VIH, en nuestro medio, tiene un patrón epidemiológico tipo II. El número de casos infectados está en ascenso, confirmándose el desarrollo de la epidemia.

El manejo ambulatorio y hospitalario de la enfermedad muestra un gran número de defectos, proponiéndose la ejecución de un plan conjunto con las instituciones de salud.

### SUMMARY

In order to identify the epidemiological and clinical patterns of HIV (Human Immunodeficiency Virus), we studied 138 patients.

Men were more affected than women in a 3 to 1 ratio. The most frequently occurring age group was 26-35 years old.

Sexual contact, exposure to blood, and perinatal transmission were the major means of HIV infection.

We found many problems concerning institutional management of HIV patients. The control and prevention of HIV infection will require coordinated and global surveillance.

Desde 1981, cuando en las áreas de Los Angeles y Nueva York se diagnosticó por primera vez el SIDA en jóvenes homosexuales que tenían neumonía por *P.carinii* y sarcoma de Kaposi (1,2) se han venido acumulando un gran número de conocimientos en relación con esta enfermedad. La infección por el retrovirus es ahora una verdadera pandemia, confirmándose hasta el momento unos 300.000 casos de SIDA y 10

millones de personas afectadas por el VIH en el mundo, esperándose en los próximos cinco años alrededor de un millón de casos nuevos; estos datos están basados en los informes del Centro de Enfermedades Infecciosas de los Estados Unidos, el país con el mayor número de casos, donde a pesar de la obligatoriedad en el informe de los mismos, existe un alto subregistro (3). Sin embargo, en los países en vías de desarrollo, el conocimiento de estas cifras es todavía más difícil, como consecuencia de la dificultad en el diagnóstico, tanto clínico como de laboratorio, por la situación económica de los pacientes y de

---

<sup>1</sup> Hospital Universitario de Barranquilla, Instituto de los Seguros Sociales, Unidad médica de infectología, Colombia, Sur América

A los pacientes que se citaban a control, de acuerdo con el estado clínico en que se encontraban, se les programaba una cita a los siete, quince y treinta días, a menos que existiera alguna complicación. Teniéndose al final un grupo de pacientes de manejo ambulatorio y otro de los que requirieron hospitalización. A estos últimos, se les hacía un seguimiento médico diario.

Evaluación del área psicosocial:

fue programada por el médico coordinador, la psicóloga y una enfermera, con la correspondiente evaluación familiar, estudiándose las diferentes reacciones emocionales y repercusiones psicoafectivas al establecerse el diagnóstico de la entidad.

Atención médica:

la atención hospitalaria, realizada en su mayor parte por los componentes del sistema de salud de cada institución, se inició dando instrucciones y entregando un manual previamente elaborado con base en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para el manejo de pacientes (7).

Evaluación de historias clínicas:

conjuntamente con el seguimiento de los casos, se practicó un análisis de sus historias clínicas correspondientes.

Análisis estadístico:

estudios por distribución de frecuencias, utilizando el método SAS (*Statistical Analysis System*).

## Resultados

De los 167 casos diagnosticados inicialmente, 138 pudieron ser incluidos en el protocolo, ya que los restantes no cumplieron con el seguimiento. De éstos, 109 estaban sintomáticos y 58 no habían presentado ninguna manifestación clínica. La gran mayoría de ellos residía en el departamento del Atlántico, discriminados por sitios de atención así:

Hospital Universitario: 68 pacientes (hasta abril/91)  
 Hospital General: 8 pacientes (hasta abril/91)  
 I.S.S.: 51 pacientes (hasta abril/91)  
 Consulta privada: 40 pacientes (hasta abril/92)

Pacientes hospitalizados: 35; en clínicas particulares 10, en instituciones oficiales 25.

Fueron controlados. Estos pacientes se controlaron y se les practicaron entre tres y quince consultas por paciente en forma ambulatoria.

Detección de pacientes por año:

1986	1	paciente
1987	6	pacientes
1988	11	pacientes
1989	34	pacientes
1990	74	pacientes
1991	10	pacientes
1992	2	pacientes

Los programas de seguimiento a nivel institucional fueron realizados en el I.S.S. y en el HUB, de 1988 a 1991, años en donde se detectaron el mayor número de pacientes (Figura No. 1).

Características de los pacientes.

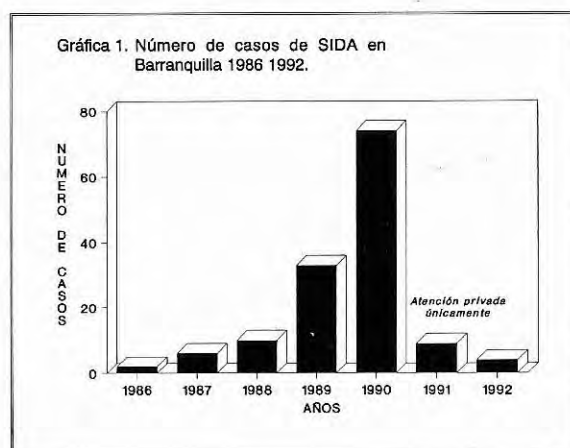
Áreas de procedencia:

Valledupar 1 caso, Santa Marta 2, Medellín 1, España 1, EUA 2, Barranquilla 157, otros municipios del Atlántico 3.

Casos autóctonos: 164; de otros países: 3 (2 EUA, 1 España)

Zona urbana de Barranquilla, 164 pacientes.

Zona rural, 3. Residentes en Barranquilla 157, procedentes de otras ciudades 7.



Sitios de residencia en Barranquilla sur de la ciudad 74,7%, norte 9,7%.

Se tomó como referencia la ciudad de Barranquilla; los pacientes residentes en el sur, de la calle 1a. a la 72 y norte, de la 72 en adelante incluyendo todas las carreras.

Condiciones socioeconómicas:

de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, encontramos que los pacientes estaban distribuidos en: estrato social bajo 73,9%, estrato social medio 17,9%, estrato social alto 8,3%.

Sexo:

se encontraron 102 hombres y 36 mujeres, de los 138 pacientes infectados con el VIH, distribuidos en las siguientes edades:

	EDAD	%
Recién nacidos	4	1,9
Menores de 15 años	5	3,6
15-25 años	34	24,6
26-35 años	50	36,2
36-45 años	33	23,9
46-55 años	3	2,1
56-65 años	6	4,3
Mayores de 65 años	2	1,4
Desconocida	5	3,6
TOTAL	138	

Figura No. 2

Ocupación:

cuatro trabajadores del área de la salud, dos médicos, un laboratorista y una enfermera, fueron infectados por el VIH; los dos galenos refirieron tendencias homosexuales e igualmente el laboratorista, mientras que la enfermera posiblemente fue infectada a través del cónyuge, quien falleció a causa del SIDA.

Las otras ocupaciones no mostraron un significado estadístico de riesgo para adquirir la enfermedad.

Conductas de riesgo:

las siguientes fueron las conductas de riesgo mayormente encontradas:

Farmacodependencia: 15 pacientes distribuidos así:

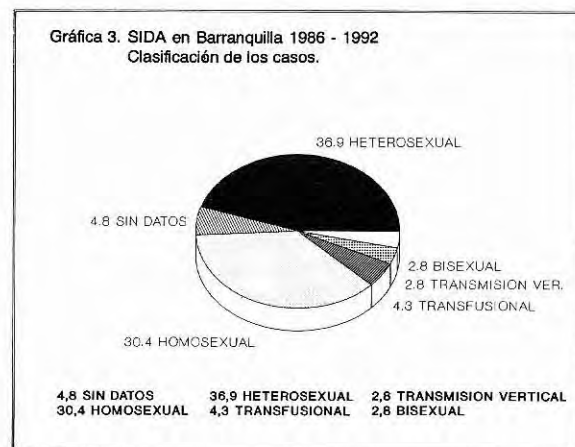
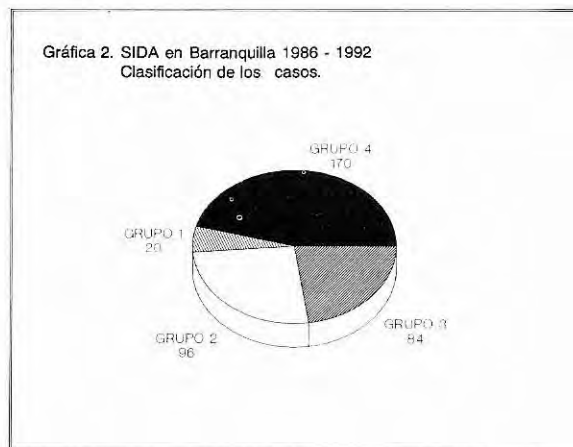
Intravenosa: 1 paciente bisexual.

Inhalatoria: bisexuales 8; homosexuales 2; heterosexuales promiscuos 4 (Figura No. 3).

Tendencia sexual:

de los 138 pacientes, 97 tenían actividades sexuales promiscuas. Homosexuales 42, homosexuales promiscuos 36, bisexuales 28, bisexuales promiscuos 16, heterosexuales 51, heterosexuales promiscuos 45, sin información fidedigna 17.

Antecedentes transfusionales: 6 pacientes.



## Evaluación psicológica:

Encontramos las siguientes patologías en el área mental:

Neurosis depresiva	130
Neurosis fóbica	1
Reacción depresiva	5
Reacción depresiva más rasgo psicópata	1
Reacción maniaca	2
Histeria más rasgo psicópata	2
Psicópata	1
Conducta perversa	1
Trastornos de personalidad	5

Total: 148 alteraciones psicológicas.

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual:

herpes genital 12, sífilis 8, molusco contagioso 3, condilomatosis 10, gonococia 3.

Estrato social:

bajo: 73,6%; medio: 17,9%; alto: 8,3%

Causas del fallecimiento:

de 107 pacientes fallecidos, diez pacientes sufrieron un compromiso severo del sistema nervioso central, demostrándose en cinco de ellos criptococosis meníngea, y en uno de los casos, toxoplasmosis. Veinte han mostrado un cuadro severo de neumonitis con síndrome agudo de dificultad respiratoria.

Diez pacientes han tenido cuadros de deshidratación severa, secundarios a diarrea crónica no controlada. En dos se asoció a la causa final de muerte un cuadro de sepsis. En 69 pacientes se evidenció un estado carencial nutricional avanzado. En 84 enfermos existieron factores múltiples asociados para su defunción, como diarrea, dificultad respiratoria y pérdida del estado nutricional.

Promedio de vida:

De diciembre de 1986 a febrero de 1992, se ha confirmado la defunción de 107 pacientes de los 138 casos estudiados (77,5%). De éstos, 60% en los primeros dos años después de confirmarse la

infección por VIH y, el resto, entre los dos y cuatro años.

Del grupo de 58 pacientes asintomáticos, 30 desarrollaron el SIDA en un período que osciló entre ocho meses a cuatro años. Tres pacientes no han desarrollado el síndrome clínico pero dos de ellos tienen alteraciones en el recuento de CD4/CD8; catorce no han continuado su seguimiento.

Se confirmó la supervivencia de 17 pacientes, 8 asintomáticos y 9 con síntomas; de éstos, siete reciben en la actualidad terapia con azovudina, y uno está con deoxicidina.

Patologías asociadas al VIH:

las siguientes fueron las patologías más frecuentes:

Infecciones oportunistas:

Neumonitis intersticial con respuesta a TMT/SMX	32
Candidiasis oral	18
Herpes simplex	11
Candidiasis esofágica	7
Criptococosis meníngea	5
Herpes zóster	5
Histoplasmosis	1

Piel:

Condilomatosis	5
Sarcoma de Kaposi	5
Molusco contagioso	1

Bacterianas:

Tuberculosis	8
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	3
<i>Staphylococcus aureus</i>	3
Estreptococo beta-hemolítico	3
<i>Salmonella typhi</i>	2
Absceso en rodilla	2
Otras infecciones	1
Toxoplasmosis cerebral	1
Varicela	2
Sarampión	1

Otras manifestaciones no infecciosas:

Dermatitis seborreica	25
Enfermedad constitucional	15
Hiperpigmentación	5
Síndrome demencial	3
Neuropatía periférica	3
Alopecia	2
Mielopatía	2
Leucoplaquia peluda	1
Falciformia	1

Figura No. 4

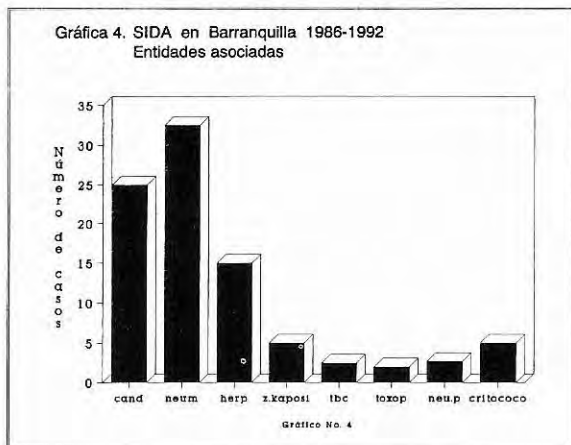
Resultados de Laboratorio:

ELISA 136 positivos, dos dudosos.

Western blot 79 positivos, inconcluyentes 3.

Como caso de SIDA se utilizó la definición de la OMS (8,9) y la clasificación del CDC (Centro para el control de las enfermedades infecciosas de los Estados Unidos), encontrándose los siguientes resultados:

Grupo 1	6	4,3%
Grupo 2	42	30,4%
Grupo 3	11	7,9%
Grupo 4	79	57,2%



DISCUSION

El número de casos infectados por el VIH en la actualidad pasan de doscientos en la ciudad de Barranquilla, constituyendo la punta del iceberg, que en forma descriptiva sólo representa una porción de la población infectada; mediante modelos matemáticos empíricos existe la posibilidad de más de dos mil casos contagiados con el retrovirus en el departamento del Atlántico.

El crecimiento del número de casos es importante para los controles de la epidemia, teniendo en cuenta informes de proyección de países como Estados Unidos, en donde inicialmente en 1988 se habían confirmado 60.000 casos de SIDA, pero sólo para el año de 1992 se preveen 80.000 casos nuevos (10). Son cuantiosas las asignaciones presupuestales ocasionadas para el manejo de este problema que ocupan gran parte del presupuesto de salud en estos países; sin embargo, el control de la epidemia aún no se vislumbra. En los países en vías de desarrollo, el déficit de estas apropiaciones presupuestales causará un severo impacto económico a medida que aumente la población afectada.

El SIDA tiene, de acuerdo con los casos evaluados, una mayor presentación en el sexo masculino, principalmente en individuos jóvenes con frecuente actividad sexual y alto grado de promiscuidad; 70% aproximadamente, con una relación de tres a uno entre hombres y mujeres. Un predominio en las edades de 26 a 35 años, mayor en heterosexuales, 36%, pero también importante en homosexuales, 30% y bisexuales 20%. Lo que muestra que aunque inicialmente la mayoría de los casos aparecieron en homosexuales, en los últimos años el número de heterosexuales se encuentra en incremento, asimilándose con un patrón epidemiológico tipo II, similar al de otros países en vías de desarrollo; esto confirma un alto riesgo bidireccional de hombre a mujer o viceversa para adquirir la enfermedad, el cual fue descrito inicialmente en compañeras sexuales de pacientes con SIDA (11).

Se confirma el consenso universal de que la promiscuidad es el factor de riesgo más importante sin distingo de las prácticas homo o heterosexuales, pero existiendo la posibilidad de un

mayor contagio, al aumentarse el número de conductas de riesgo.

La transmisión vertical se encontró en cuatro casos de madres infectadas con el virus, pero se requiere de un mayor número de pacientes embarazadas y con alto riesgo para lograr definir la importancia de esta transmisión, la cual ha sido confirmada en algunos estudios serológicos hasta un 5% en madres embarazadas (12).

La infección en niños, incluyendo cuatro casos en recién nacidos, es preocupante; aunque en nuestro medio no hay estudios representativos, se sabe que depende principalmente del tipo de transmisión vertical, los niños hemofílicos o los que requieren transfusiones en forma frecuente (13). Las manifestaciones clínicas más importantes fueron la diarrea, las infecciones respiratorias y la candidiasis oral.

En nuestro estudio hay un mayor porcentaje de pacientes pertenecientes al estrato socioeconómico bajo, 73,6%. Esta característica le da una condición especial al manejo de la mayoría de los casos, en donde existe una dificultad grande para que los pacientes sean diagnosticados rápidamente y después continúen los controles, recomendaciones y tratamientos indicados, disminuyendo la posibilidad de dar una verdadera educación, necesaria para evitar el contagio de otras personas.

La transmisión del SIDA por vía sanguínea, sabiéndose que más del 90% de los receptores pueden llegar a infectarse (14), la encontramos relacionada en seis casos; en dichas personas no existió otra conducta o factor de riesgo asociado. Esta cifra podría ser mayor si no se realizan los controles necesarios en los bancos de sangre. Además, hay que tener en cuenta que se ha confirmado que aunque se realicen las pruebas serológicas rutinarias, puede permanecer la posibilidad de transmisibilidad de la infección, ya que existe un grupo de donantes en período de ventana, con anticuerpos negativos (15).

Se observó en nuestro trabajo el desconocimiento, por parte del personal de salud, de las normas precisas en el manejo de pacientes, equipos u objetos potencialmente contaminados. Esto con-

firma el bajo porcentaje de la transmisión accidental o casual encontrada en otros estudios, en donde las cifras no pasan de una docena de casos (16,17,18). No encontramos ninguna persona infectada por esta vía, aunque no se puede descartar del todo, ya que no se han realizado estudios dentro de estas poblaciones con riesgo.

Se detectaron unos pocos casos en el período agudo de la enfermedad con manifestaciones específicas: adenopatía persistente, candidiasis oral, pérdida de peso o enfermedad constitucional. Esto nos muestra lo informado por otras investigaciones, en donde esta presentación no es de fácil reconocimiento, aunque su verdadera frecuencia está entre una tercera, a dos terceras partes de los pacientes infectados con el VIH (19); demuestra lo inespecífico de estas manifestaciones, frecuentemente pasadas por alto.

La mayoría de los pacientes consultaron en una etapa clínica avanzada (57% en el grupo IV), siendo muy difícil precisar el momento de la infección y sus fases evolutivas, ya que tampoco se contó en todos los pacientes con la posibilidad de estudios secuenciales de laboratorio, como los recuentos de CD4/CD8 y otros.

El espectro clínico del SIDA, aunque bastante variable, se encuentra en nuestros casos asociado a manifestaciones gastrointestinales, principalmente la diarrea crónica, en algunos como un verdadero síndrome de mala absorción, con marcada pérdida de peso y del estado musculonutricional. La etiología de la diarrea fue de difícil confirmación diagnóstica, pero cediendo en muchas ocasiones a antibióticoterapia empírica.

Otras manifestaciones digestivas como gastritis, colecistitis acalculosa, asociadas a citomegalovirus, *Cryptosporidium* (20,21,22), no hemos podido confirmarlas, por contar con pocos medios para la práctica de procedimientos endoscópicos y el análisis de las muestras obtenidas.

En uno de los casos, se pudo confirmar por medio de la biopsia una lesión hepática producida por el sarcoma de Kaposi, la cual ha sido descrita como frecuente en las vísceras de los casos de SIDA (23).



El compromiso del sistema nervioso en 44 casos, muestra el especial tropismo del VIH, demostrado al encontrar el virus en el líquido cefalorraquídeo, hasta en el 80% de los pacientes (24) y con una posibilidad de infecciones de este sistema (25,26), lo que constituye uno de los hallazgos de peor pronóstico de esta enfermedad, desmejorando la calidad de vida y aumentando la mortalidad. Se abre el interrogante sobre la posibilidad de utilizar profilaxis antimicótica para proteger el sistema nervioso central, similar a la adoptada con el trimetoprim sulfamida para el *P. carinii* (27).

Se confirmaron 5 casos de meningitis por criptococo, uno de ellos con diseminación sistémica. En la infección por criptococo, se observó una mejoría con la utilización del fluconazole parenteral, pero requiriéndose de su uso en forma permanente, sin lograrse una curación definitiva y obteniendo mejores resultados al adicionar la terapia antiviral con azovudina.

En un caso con lesiones escanográficas redondeadas y múltiples en cráneo, se interpretó su etiología por toxoplasma, al presentarse una franca mejoría con sulfapirimetamina, pero con recaída posterior. No encontrando esta patología tan frecuente como lo informado en Francia y Haití, en donde alcanza hasta un 50% de las masas intracraneanas (28). El cuadro demencial fue observado en tres pacientes adultos, que rehusaron la utilización con azovudina, evolucionando de un estado confusional con irritabilidad, a estupor y coma. Su etiología es indistinguible de la leucoencefalopatía asociada a los papovavirus (29), ya que al final de la enfermedad los cambios mentales se hacen más evidentes, diagnosticándose principalmente como un síndrome mental orgánico. Las neuropatías periféricas y las mielopatías, informadas frecuentemente (30,31), fueron confirmadas en unos pocos casos, tal vez por la poca utilización de métodos más precisos, como la electromiografía; sin embargo, un alto porcentaje de pacientes refería dolores musculares y debilidad, los cuales al hacerse más severos se constituían en factor de mal pronóstico.

Las manifestaciones articulares tampoco fueron frecuentes; sin embargo, dos pacientes sufrieron

severas artralgias durante la fase final de la enfermedad, contrastando esta observación con altos porcentajes de prevalencia de este compromiso articular (70%) informados por Berman y col. (32).

Dentro de las infecciones oportunistas se destaca por su alta frecuencia la producida por la candidiasis orofaríngea (48,138). Esta condición coloca muchos de nuestros casos en un pronóstico reservado, ya que se ha considerado esta lesión micótica como índice de inmunosupresión que anuncia el desarrollo del SIDA (19).

En estos casos predominan lesiones severas que en algunas ocasiones se sobreinfectan por bacterias de la cavidad oral, por lo que se requiere no sólo del tratamiento antimicótico convencional, sino del uso de antibióticos. La extensión de la candidiasis orofaríngea hacia el esófago es interpretada en algunos casos por la disfagia que acompaña a la lesión oral; en uno de ellos se desencadenó un cuadro de septicemia, lo que nos muestra la gravedad de esta lesión de acuerdo con un mayor déficit inmunológico (33,34).

El compromiso pulmonar de los pacientes con SIDA en nuestro estudio, no se muestra tan frecuentemente como lo han informado en los países desarrollados. En Estados Unidos se informa hasta un 65%, siendo el más encontrado el *P. carinii* (35). Observamos un tipo de neumonitis intersticial, con una evolución incidiosa al principio, pero que posteriormente progresa a un severo compromiso respiratorio. Su etiología ha sido difícil de confirmar por dificultades en la práctica del lavado broncoalveolar y en los exámenes directos, solamente se ha podido demostrar en dos ocasiones; sin embargo, una buena respuesta al tratamiento con trimetoprim sulfamida en la mayoría de los casos, colocan al *P. carinii* como su principal causante.

El *Mycobacterium tuberculosis* se manifiesta principalmente como compromiso pulmonar único, en forma de TBC de reactivación. No hemos encontrado en nuestro estudio, hasta el momento, la presencia de micobacterias atípicas descritas en otras áreas, con evolución rápida y grave (36,37,38). En algunos casos la TBC fue la primera manifestación de la infección por el VIH, lo

que nos hace recomendar estudios serológicos para todos los pacientes con TBC. El tratamiento antituberculoso muestra una buena respuesta pero necesita ser permanente, ya que al suspenderlo se reactiva la enfermedad.

Las alteraciones hematológicas propias de la infección por el VIH, no han podido separarse de las alteraciones producidas por la terapia recibida con azovudina. En etapas avanzadas se observa mayor frecuencia de anemia asociada a deficiencias nutricionales. La trombocitopenia atribuida al VIH, descrita en la literatura (39), no ha sido confirmada entre nosotros.

La lesión renal por el VIH, observada principalmente en los exámenes de orina, muestra proteinuria moderada, inclinándose a una lesión de tipo glomerular, descrita por otros autores, quienes en estudios de biopsias, encontraron lesiones de glomerulonefritis y glomerulosclerosis, hasta en un 47% de los casos (40).

La relación de tumores y SIDA en los pacientes estudiados, solamente fue encontrada en un caso; ésto muestra una gran diferencia con los informes que refieren alta frecuencia de linfomas no Hodgkin (41,42).

La personalidad del paciente con SIDA y sus manifestaciones psicoemocionales depende principalmente de su estado previo, de la relación con familiares y amigos, la cual genera mayormente rechazo que apoyo; se encuentra un buen número de estados neuróticos (95%) u otras reacciones emocionales, variables en las diferentes etapas de la enfermedad (43,44). Estas van, desde la neurosis con gran componente depresivo a estados psicóticos o perversos de venganza, aislamiento y deterioro de las relaciones humanas.

El impacto del diagnóstico, informado en algunas ocasiones por personas inexpertas, desencadena una serie de acontecimientos desfavorables para los pacientes, que en este momento requieren de un fuerte apoyo psicológico.

Se puede decir que todos los pacientes estudiados han sufrido en forma variable, cambios emocionales importantes predominando las fases depresivas y de angustia que repercuten en la

inestabilidad familiar. Esto se empeora con el rechazo en el trabajo, de parte de sus compañeros o superiores y aumenta la frustración en una enfermedad cuya curabilidad no puede ser ofrecida en la actualidad.

El seguimiento de los pacientes infectados con el VIH, constituye una de las principales metodologías para tratar de conocer la historia natural de la enfermedad. También para entender y trazar estrategias que puedan orientar y preparar más efectivamente a los médicos y personal afin, que actuarán con idoneidad en contra de una epidemia que se proyecta como una de las peores tragedias de la humanidad.

Comprender más profundamente esta entidad constituye, junto con los programas educativos, la única posibilidad para aminorar y en el futuro lograr su control definitivo. El presente trabajo no pretende sino mostrar una experiencia vivida y representativa con nuestros propios pacientes. Lo consideramos un elemento prospectivo de análisis, de estudio y de comparación con otros. No pretendemos sino mostrar que una verdadera organización central, un trabajo mancomunado y la corrección de un gran número de defectos en el manejo de los pacientes, llevará con seguridad a tener un comportamiento serio ante tan difícil problema. Algunos de estos problemas podríamos resumirlos así:

1. Falta de un mecanismo logístico, en el que dependiendo de una coordinación central, se interrelacionen los diferentes Servicios Seccionales de Salud, los cuales de acuerdo con las nuevas reglamentaciones de organización territorial, deben cumplir con el manejo de un gran porcentaje de la atención de salud por parte de las gobernaciones, alcaldías y gobierno nacional.
2. Necesidad de colocarse en los grupos internacionales para el control del SIDA, para recibir rápidamente, la colaboración en relación a los nuevos descubrimientos, y poder aplicarla en nuestros casos.
3. Subregistro. Se deben crear mecanismos efectivos para el cumplimiento de la obligatoriedad del informe de casos. Debiendo suministrarse una información a todo el gremio médi-

co, y estableciéndose, por parte de las autoridades responsables, visitas y controles en los sitios en donde pueden presentarse casos.

Estas mismas autoridades deben realizar investigaciones en personal de alto riesgo y una vez detectados, realizarse un control.

4. Información a la comunidad del funcionamiento de sitios de referencia, al lado de una campaña educativa que se inicie desde los primeros niveles y que culmine con una enseñanza obligatoria del problema a nivel profesional.
5. Cumplimiento del decreto reglamentario sobre SIDA No. 559 del 22 de febrero de 1991 (45). Es importante en principio hacerlo conocer dentro del gremio médico y de la comunidad en general, desarrollando en forma completa sus componentes, ya que aunque la ley está vigente, en el momento no se cumple. Su aplicación se debe constituir en una herramienta importante para el manejo de la problemática inherente al SIDA. En la actualidad existen en forma frecuente, un gran número de violaciones de los derechos humanos, con pérdida de la confidencialidad, rechazo de pacientes a nivel institucional, difícil consecución de drogas y rechazo para la práctica de procedimientos, requeridos muchas veces en forma urgente. La ley asume la responsabilidad del estado para el manejo de los enfermos pero, al mismo tiempo no garantiza este derecho.
6. Mejoría de los medios diagnósticos. Supliendo la escasez de los medios necesarios para el diagnóstico de la enfermedad, como para el de sus complicaciones, se requiere de la organización de los centros de referencia, atendidos por personal debidamente capacitado y que cuenten al mismo tiempo con una dotación apropiada.
7. Capacitación de personal en forma obligatoria para todo el personal de salud. No se debe menospreciar ningún recurso, implantándose a todos los niveles una educación continuada a nivel de facultades del área de la salud.

## Agradecimientos

A las instituciones que permitieron la realización de esta investigación. A los trabajadores de las mismas y a los médicos que nos remitieron sus pacientes.

## Referencias

1. **Mandell, Douglas, Bennett.** Pneumocystis Pneumonia. Los Angeles. M.M.W.R., Infectious Diseases 1981; 30:250.
2. **Mandell.** Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia among homosexual men. New York City and California M.M.W.R. 1981; 30:305.
3. **Curran JW.** AIDS - two years later. N Engl J Med. 1983; 309:609.
4. **Caraballo L y col.** Nuevo caso de Sida en Cartagena Acta Méd Colomb 1984; 9:72.
5. **Villanueva A, Aroca G, et al.** SIDA - Evolución de casos clínicos. Acta Méd Colomb 1983; 13:392.
6. **Farthing Ch, Brown S.** The HIV antibody test. A colour atlas of AIDS and HIV disease. 2nd Edit; 1990-14-16.
7. **Capiz O, Fernández A, Guzmán M.** SIDA. Recomendaciones, Sistema Educación Continuada SIDA. 1ra. Edic. Ascofame 1991; 63-64.
8. **Capiz O, Fernández A, Guzmán M.** SIDA - Clasificación de la infección por HIV, Sistema Educación Continuada. 1ra. Edición Ascofame 1991; 17-18.
9. **Capiz O, Fernández A, et al.** SIDA - Clasificación. Sistema Educación Continuada. 1ra. Edición. Asofame 1991; 18.
10. **Mandell.** Report of Second Public Health Service AIDS Prevention and Control Meeting. Public Helat Rep. 1989; 103:10.
11. **Rwandan E.** HIV seroprevalence study group: nation wide community-based serological survey of HIV-1 and other human retrovirus infections in a central African country. Lancet 1989; 1:941.
12. **Pandian NS, Marquis L, et al.** Male-to-female transmission of human immunodeficiency virus. JAMA 1987; 258:788.
13. CDC, HIV, AIDS Report 1990; 1-18.
14. **Paterman JA, Jaffe HW, Feorino PM, et al.** Transfusion associated acquired immunodeficiency syndrome in the United States. JAMA 1985;254:2913.
15. **Ward JW, Holmberg SD, Allen JR, et al.** Transmission of human immunodeficiency virus (HIV) by blood transfusions screened as negative for HIV antibody. N Engl J Med, 1988; 318:473.
16. **Kelen GD, Fritz S, Oaqish B, et al.** A recognized human immunodeficiency virus infection in emergency department patients. N Engl J Med 1988; 318:1645.
17. **Ngaly B, Ryder RW, Japita B, et al.** Human immunodeficiency virus infection among employees in African hospital. N Engl J Med, 1988; 319:1123.
18. **Mann JM, Frances H, Quinn TC, et al.** HTLV-III/LAV seroprevalence among hospital works in Kinshasa, Zaire:

- Lack of association with occupational exposure. JAMA 1986; 256:3099.
19. **Mandell, Douglas, Bennett.** Acquired immunodeficiency syndrome. Principles and practice of Infectious Diseases, 4th ed., Edit Churchill Livingstone. 1991; 1029-1119.
  20. Gastrointestinal manifestations of HIV infection. Infect Dis Clin North Am. 1988; 2:387-396.
  21. **Blumberg RS, Keysey P, et al.** Cytomegalovirus and Cryptosporidium associated acalculous gangrenous cholecystitis. Am J Med 1984, 76:118.
  22. **Kavin H, Jonas RB, Chowahury L, et al.** Acalculous cholecystitis and cytomegalovirus infection in the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 1986; 104:53.
  23. **Rabeneck L, Boyko MJ, McLean DM, et al.** Unusual esophageal ulcers containing enveloped virus like particles in homosexual men. Gastroenterol 1986; 90:1882.
  24. **Levy RM, Bredesen DE, et al.** Neurological manifestations of the acquired Immunodeficiency syndrome (AIDS): experience of UCSF and review of the literature. J Neurosurg 1985;62:75.
  25. **Hollander H.** Human immunodeficiency virus associated meningitis. Clinical course and correlations. Am J Med 1987; 83:813.
  26. **Hollander H, Levy JA.** Neurological abnormalities and recovery of human immunodeficiency virus from cerebrospinal fluid. Ann Intern Med 1987; 106:692.
  27. **Selik R, Endzmann D.** Neuroradiology of the acquired immunodeficiency syndrome. In: Roseblum ML, Levy RM, eds. AIDS and the nervous system. New York: Raven Press; 1988.
  28. **De La Paz R, Enzmann D.** Neuroradiology of the acquired immunodeficiency syndrome. In: Roseblum ML, Levy RM, eds. AIDS and the nervous system. New York: Raven Press; 1988.
  29. **Lecy JA, Shimabukura J, Hollander H, et al.** Isolation of AIDS associated retrovirus from cerebrospinal fluid and brain of patients with neurological symptoms. Lancet 1985; 2:586.
  30. **Levy RM, Bredesen DE, Roseblum ML.** Neurological manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Experience de UCSF and review of the literature. J Neurosurg 1985; 62:475.
  31. **MC Arthur JC.** Neurologic manifestations of AIDS. Medicine (Baltimore) 1987; 66:407.
  32. **Berman A, Espinosa LR, Díaz JD, et al.** Rheumatic manifestations of human immunodeficiency virus infection. Am J Med 1988; 85:59.
  33. **Greenspan D, et al.** AIDS and the dental team. Copenhagen; 1986.
  34. **Greenspan D, Greenspan SJ, Winkler JR.** Diagnosis and management of the oral manifestations of HIV infection and AIDS. In: Sarde ME, Volverding PA, eds. The medical management of AIDS, Philadelphia: WB Saunders Co. 1988; 127-40.
  35. **Pillon A, Echols RM, et al.** Disseminated *Pneumocystis carinii* infection in AIDS. N Engl J Med 1987; 316:1410.
  36. **Chison RE, Slutkin G.** Tuberculosis in the patients with human immunodeficiency. J Infect Dis 1989; 159:96.
  37. **Jacobson MA.** Mycobacterial diseases: tuberculosis and *Mycobacterium avium* complex. Infect Dis Clin North Am. 1988; 2:465.
  38. **Young LS.** *Mycobacterium avium* complex infection. J Infect Dis 1988; 157:863.
  39. **Stricker RB, Abrams DI, et al.** Target platelet in homosexual men with immune thrombocytopenia. N Engl J Med 1985; 313:1375.
  40. **Pardo V, Aidana M, Coiton RM, et al.** Glomerular lesion in the acquired immunodeficiency syndrome. Ann Intern Med 1984; 101:429.
  41. **Roseblum ML, Levy RM, et al.** Primary central nervous system lymphomas in patients with AIDS. Ann Neurol 1988;23 (Suppl)13.
  42. **Kaplan LD.** AIDS associated lymphomas. Infect Dis Clin North Am 1988; 2:525.
  43. **Pichón E.** La psiquiatría: una nueva problemática. 2a edición. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión. 1980;858.
  44. **Gerlein C.** Crisis emocional del SIDA. 1a. edición. Bogotá: Fundación Omega. 1989;16.
  45. Decreto 559 Reglamentario sobre el SIDA. 1991.