

EDITORIAL

SIDA en Venezuela. La Primera Década.

Dr. Raúl Isturiz *

Palabras Claves: SIDA.

Casi a los 10 años del inicio de la epidemia de la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, en Venezuela se han notificado oficialmente 404 casos (M.S.A.S., Junio 1989) desde 1983 (2), de los cuales 281 (69.5%) han fallecido.

Inicialmente, el diagnóstico era típicamente errado por los primeros médicos que atendían a los pacientes con motivos de consulta diversos, y hemos pasado de una etapa de sorpresa, por una de aprendizaje, a una de sospecha temprana y diagnóstico certero.

Desde el punto de vista epidemiológico, los estudios locales sugieren que la infección entró en nuestro país en la sangre de pacientes venezolanos, en su mayoría homosexuales masculinos de buenas posibilidades económicas las cuales les permitieron viajar a ciudades de alta prevalencia y ser contagiados en las mismas (5). La tendencia epidemiológica sin embargo, ha cambiado si bien en forma discreta, y el grupo de riesgo heterosexual promiscuo tiene una importancia mayor que en otras latitudes como en los Estados Unidos, así como el grupo de riesgo desconocido (Tabla).

COMPARACION DE GRUPOS DE RIESGOS DE PACIENTES CON SIDA:

Grupo de riesgo:	USA (n=82.764)	Venezuela(n=404)
Homo/bisexualidad	68%	67%
Drogas EV	7%	1%
Homosexualidad + drogas	8%	2%
Transfusión	2%	1%
Hemofilia	1%	3%
Heterosexual	2%	10%
Desconocido	3%	14%
Sexo:		
Masculino	90%	95%
Femenino	10%	5%

* Jefe Servicio Infectología, Centro Médico Docente La Trinidad. Medicina Interna, Infectología, Centro Médico de Caracas.

SIDA EN VENEZUELA

En nuestra experiencia, los pacientes que se presentan con infección oportunista, la más común de las cuales es la neumonía por *Pneumocystis carinii* tienen peor pronóstico que los que se presentan con Sarcoma de Kaposi (12 vs 18 meses).

La historia natural de la enfermedad ha sido modificada por varios factores, los cuales incluyen la adquisición de experiencia por parte de los grupos de trabajo en diagnóstico y tratamiento de las infecciones secundarias, y en forma moderada pero importante por el uso frecuente de la única droga anti-retroviral, aunque no curativa, disponible en la actualidad, la Zidovudina, antes conocida como AZT (1). Esta droga ha logrado producir en la mayoría de los pacientes que la han recibido, una renovada sensación de bienestar, disminución de síntomas incapacitantes como la fiebre y la diarrea, aumento de peso, detención de la progresión de la demencia, y la posibilidad de regresar a una vida útil de trabajo. Los efectos beneficiosos sin embargo, frecuentemente se ven superados por los efectos adversos como la anemia, trombocitopenia y neutropenia, usualmente en combinación, y por los altos costos de la medicación (aproximadamente Bs. 480/día de tratamiento a dosis de 200 mg cada 4 horas).

Más aún, los efectos beneficiosos son disfrutados por tiempo variable, pero finito, en nuestra casuística de unos 6 a 8 meses, hasta que los síntomas recurren, y es necesario aumentar la dosis, con beneficios cada vez más menores. Estos datos in vivo son compatibles con datos recientes que señalan una disminución de la sensibilidad in vitro a la droga por parte del VIH después de exposición prolongada y que ocurre a intervalos similares (4). A pesar de estos hechos, la tendencia es a tratar cada vez más tempranamente, y esta es área de estudio y controversia.

El enfoque hacia el paciente que se presenta con lesiones pulmonares o con masas ocupantes de espacio en el sistema nervioso central, ha variado en algunos centros, desde los múltiples esfuerzos diagnósticos iniciales, con frecuentes broncoscopias y biopsias cerebrales, a los más prácticos y posiblemente económicos tratamientos empíricos dirigidos contra los protozoarios *Pneumocystis carinii* y *Toxoplasma gondii* respectivamente, cuando los hallazgos son típicos.

El contacto frecuente con pacientes con SIDA, ha aumentado el uso de drogas no convencionales y en muchos casos no disponibles en el país, y aún falta ganar experiencia en métodos ya de uso rutinario en otros centros como la profilaxis de neumonía con pentamidina inhalada, o el tratamiento de la retinitis por CMV con ganciclovir o de enfermedades fúngicas con nuevos imidazoles.

La tendencia a evitar las hospitalizaciones con tratamientos ambulatorios tempranos y agresivos ha surtido los efectos deseados de evitar los altos costos de internación resaltados en una encuesta reciente pero anterior al 27 de Febrero, de pacientes atendidos desde el diagnóstico hasta la muerte, en la cual el costo para los enfermos y las familias superaba los dos millones de bolívares por individuo enfermo (3). El costo para el país en incapacidad laboral, para los familiares y allegados en angustias, y para los pacientes en sufrimientos es incalculable.

Desde 1985, bancos de sangre privados y públicos de toda la nación practican pruebas de despistaje en donantes, y la Comisión Nacional para el estudio del SIDA en Venezuela ha sido un instrumento importante en proveer los materiales para numerosos bancos de sangre del sector público. No se ha notado un aumento significativo de la prevalencia de infección en estas instituciones.

El Congreso de la República a través de sus comisiones de asuntos sociales y finanzas ha mostrado interés en el SIDA como problema de salud, destinando fondos para despistaje y educación, a ser manejados a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social aconsejado a su vez por la comisión.

RAUL ÍSTURIZ

Los hospitales con pocas excepciones están en capacidad de detectar anticuerpos en las poblaciones que atienden, y esta detección está siendo usada para despistaje y para diagnóstico. Es interesante notar, que ya se notan algunos problemas laborales del uso masivo de la detección de anticuerpos en personas asintomáticas, y que se han registrado cargos (usualmente quejas orales y sin consecuencias jurídicas) de discriminación contra empresas que han usado una prueba positiva como motivo de despido.

El autor ha notado un cambio más bien moderado en las prácticas sexuales de los pacientes y sus contactos antes y después de conocer el diagnóstico, o de ser informados cabalmente de sus situaciones específicas.

Las reacciones de los medios de comunicación social son variables, pero con tendencia al sensacionalismo, y a la desinformación.

Estamos en el medio de una seria situación. Los recursos monetarios de los venezolanos se han visto minimizados, los recursos del país han disminuido alarmantemente, y esta epidemia requiere en forma importante de medios económicos. También requiere de muchas personas, de todos tipos, eso sí, bien entrenadas, compasivas y dispuestas a investigar en los laboratorios y en los hospitales, enseñar a la población a riesgo a prevenir, correr el riesgo de diagnosticar y tratar a los enfermos, y estar dispuestos a sufrir con las inevitables y frecuentes derrotas provocadas por el VIH.

El pesimismo expresado en algunos párrafos está basado en numerosas áreas de preocupación, sin embargo, en última instancia, para promover el diagnóstico temprano, un sistema de estadíos con correlación pronóstica, y el tratamiento curativo de la enfermedad, debemos dirigir más esfuerzos hacia el entendimiento de las ciencias básicas, dentro del esquema de patogenicidad y biología molecular. Solo de esta manera podremos optimizar armónicamente a la ciencia con el arte de practicar medicina en esta terrible enfermedad.

REFERENCIAS

- 1 Fischl, M. A. y Col.- The AZT collaborative working group: The efficacy of Azidothymidine in the treatment of AIDS and AIDS related complex. *New England Journal of Medicine* 317, 185-191, 1987.
- 2 Istúriz, R.; Guzmán Blanco, M.; Murillo, J.; Pérez Rojas, G.; Blanco, N.- El espectro del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Venezuela (resumen) XIII Jornadas Nacionales de Microbiología. Coro, 6 de Noviembre de 1983. Pág. 93 del libro de resúmenes.
- 3 Istúriz, R.- Presentación ante la Comisión de Asuntos Sociales del Congreso de la República. Comisión Nacional para el estudio del SIDA en Venezuela, 1988.
- 4 Comunicación personal.- Laboratorios Wellcome.
- 5 Pérez, G. E.; Linares, J.; Mondolfi, A.; Bosh, N.; Istúriz, R.; Guzmán, M. Murillo, J.; Solano, C. y Col.- Comité Nacional para el estudio del SIDA. Epidemiología de la infección por HTLV-III en Venezuela. (Abstract) 3rd. Panamerican Congress of Infectious Diseases and Chemotherapy. 1988:V 17.