

## Información actualizada sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

En una edición reciente del *Boletín Epidemiológico* de la OPS (Vol. 4, No. 2, 1983), se publicó información epidemiológica sobre la situación en los Estados Unidos de América del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se incluyeron las últimas recomendaciones del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para reducir el riesgo de transmisión y evitar el contagio. El presente artículo contiene información epidemiológica adicional y resume las discusiones de una reunión sobre el síndrome celebrada en la OPS en agosto de 1983.

En esa reunión, los participantes estuvieron de acuerdo en que los casos de SIDA deben registrarse de acuerdo con el país de residencia, y no aquel en donde pudieran haber contraído la enfermedad.

Los países pueden tratar de identificar los casos ocurridos en su territorio y los importados, teniendo en cuenta los antecedentes de viajes que hayan hecho los pacientes y un probable período de incubación de 18 a 24 meses.

En la Región de las Américas, la enfermedad se está transmitiendo en tres países: Canadá, Estados Unidos y Haití. En el cuadro 1 figuran los casos de SIDA conocidos actualmente, según el país de residencia. Hay que interpretar esos datos con considerable precaución, porque en muchos países no se han iniciado la vigilancia y la notificación sistemáticas. Esta información incluye los casos confirmados y los sospechosos, de acuerdo con los criterios de definición de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos o con una adaptación de ellos.

En la mayoría de los países, el número de casos del

síndrome es muy bajo. Cuando se dispone de información completa, se observa que casi todos se producen en varones homosexuales con antecedentes de viajes a zonas de los Estados Unidos con una alta tasa de incidencia, especialmente la ciudad de Nueva York. Se dispone de información más detallada sobre los casos de Canadá, Estados Unidos y Haití.

Entre los 33 casos registrados en Canadá, 29 son varones y cuatro mujeres. Diecisiete son varones homosexuales y 12 son hombres y mujeres heterosexuales (nueve y tres, respectivamente). Se desconoce la preferencia sexual de tres casos y uno es un niño. Hasta la fecha han fallecido 20 pacientes (18 hombres y dos mujeres).

En el cuadro 2 se resume la información disponible sobre Haití. De los 157 casos confirmados y sospechosos, 114 son varones y 43 son mujeres. Hasta la fecha se ha observado que aproximadamente el 14% son homosexuales con antecedentes de desplazamiento a los Estados Unidos. Teniendo en cuenta los datos preliminares, el SIDA en Haití parece ser algo diferente, porque hay más probabilidades de que los pacientes presenten síntomas de trastornos gastrointestinales y no respiratorios; hay una gran proporción de mujeres (27,3%), y entre las infecciones oportunistas es bastante frecuente la tuberculosis diseminada (37,1%). La tasa de letalidad en Haití asciende casi al 100% dos años después del diagnóstico.

En los Estados Unidos sigue notificándose diariamente un promedio de siete u ocho nuevos casos. En la figura 1 se observa la curva epidémica; a excepción del tercer trimestre de 1981, que incluye los casos acumulados identificados al comienzo de la vigilancia iniciada por los CDC, los puntos restantes forman una línea recta, lo que pone de relieve el aumento exponencial de la epidemia. El número de casos notificados se duplica cada seis meses. La tasa general de letalidad es de

**Cuadro 1. Casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y defunciones por país de residencia al 1 de agosto de 1983.**

País	No. de casos	No. de defunciones
Estados Unidos	1972	759
Haití	157	—
Canadá	33	20
Brasil	8	5
Argentina	6	3
México	4	1
Jamaica	2	—
Suriname	1	1
Trinidad y Tabago	1	1

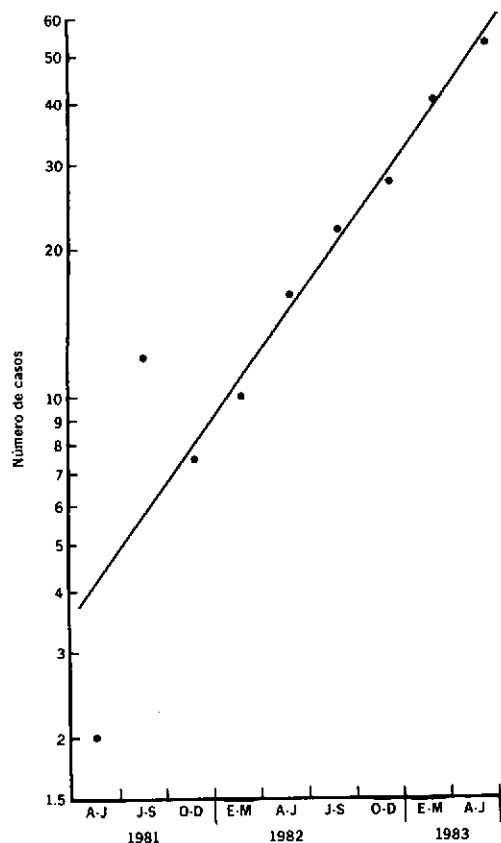
— No hubo notificación.

**Cuadro 2. Casos de SIDA en Haití por enfermedad primaria.<sup>a</sup>**

Enfermedad primaria	No. de casos
Infecciones oportunistas	137
Sarcoma de Kaposi	16
Ambas	1
Desconocida	3
Total	157

<sup>a</sup> Ministerio de Salud Pública y Población, Haití.

**Figura 1. Número de casos de SIDA, por trimestre, hasta junio de 1983.**



aproximadamente el 42%, pero dos tercios de los casos diagnosticados hace más de un año han fallecido. En el cuadro 3 se resumen las tasas de defunción por enfermedad primaria. Entre los pacientes con infecciones oportunistas y neumonía por *Pneumocystis carinii* la proporción de defunciones es mucho mayor que entre los casos de sarcoma de Kaposi. Casi la mitad de los casos siguen produciéndose en Nueva York (40,2%) o sea, 110,7 casos por millón de habitantes, en contraste con una tasa de 4,1 casos por millón de habitantes en el resto de los Estados Unidos, excluyendo Nueva York, San Francisco, Miami, Newark y Los Angeles.

Se han señalado diversos factores de riesgo, que se resumen en el cuadro 4. De los 355 pacientes que no se pudieron clasificar en ninguna de las categorías de riesgo claramente definidas, aproximadamente 24 han recibido transfusiones de sangre en los últimos 10-37 meses, y 20 son mujeres heterosexuales que tienen contacto sexual con personas expuestas a uno o más de los factores de riesgo conocidos. Aproximadamente el 45% son extranjeros residentes en los Estados Unidos; de ellos, la mayoría proviene de Haití.

La OPS, los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos de América (Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas), los CDC y el Centro de Laboratorios para el Control de Enferme-

**Cuadro 3. Casos y defunciones por SIDA en los Estados Unidos, por enfermedad primaria, al 19 de octubre de 1983.<sup>a</sup>**

Enfermedad primaria	Casos		Número de Letalidad	
	Número	(%)	defunciones	(%)
Sarcoma de Kaposi	665	26,5	146	21,9
Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i>	1.282	51,0	599	46,7
Ambas	180	7,2	107	59,4
Otras infecciones oportunistas	386	15,3	196	50,8
<b>Total</b>	<b>2.513</b>	<b>100,0</b>	<b>1.048</b>	<b>41,7</b>

<sup>a</sup> Unidad de SIDA. Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Atlanta, Georgia, E.U.A.

**Cuadro 4. Número y distribución porcentual de los casos de SIDA en los Estados Unidos, por sexo y categorías de riesgo conocidas.<sup>a</sup>**

Categoría	Varones		Mujeres		Total	
	Número	(%)	Número	(%)	Número	(%)
<b>Hombres</b>						
homosexuales/bisexuales	1.805	83,7	0	0	1.805	80,4
<b>Heterosexuales</b>						
que usan drogas por vía intravenosa	337	15,6	87	100,0	424	18,9
Hemofílicos	16	0,7	0	0	16	0,7
<b>Total</b>	<b>2.158</b>	<b>100,0</b>	<b>87</b>	<b>100,0</b>	<b>2.245</b>	<b>100,0</b>

<sup>a</sup> Unidad de SIDA. Centros para el Control de Enfermedades (CDC), Atlanta, Georgia, E.U.A.

dades de Canadá patrocinaron conjuntamente una reunión sobre SIDA en la OPS, del 8 al 9 de agosto de 1983. Esta reunión forma parte de una serie de sesiones internacionales planeadas por las Oficinas Regionales de la OMS, en diversos países, como preparación para una reunión mundial en noviembre de 1983 en Ginebra.

El propósito de la reunión fue el de poner en contacto mutuo a especialistas y personal de salud de 12 países de la Región de las Américas, a fin de intercambiar información sobre los casos de la enfermedad y fomentar el aumento de la vigilancia. La reunión se dividió en cinco sesiones principales: epidemiología del SIDA en las Américas; reconocimiento del síndrome (aspectos clínicos y de laboratorio inclusive); inmunología y etiología de la enfermedad; reducción y prevención de los riesgos; y recomendaciones en cuanto a la vigilancia.

La vigilancia es incompleta, la notificación a escala internacional es voluntaria y las definiciones de casos varían según los medios limitados de los laboratorios en muchos países. Los datos epidemiológicos deben ser

interpretados con suma cautela. Para medir la gravedad del síndrome, hay que considerar el uso de cuadros de supervivencia de 1 a 5 años, en lugar de las tasas de letalidad. La base de información está sujeta a cambios y por lo tanto es inestable. Los aparentes factores de riesgo actualmente identificados pueden ser reemplazados rápidamente por otros, a medida que se llevan a cabo nuevos estudios en distintos medios socioeconómicos. Debido a la falta de una etiología conocida y de conocimientos más completos sobre la epidemiología del SIDA, se necesitan estudios adicionales sobre su historia natural a fin de dilucidar los factores de riesgo y orientar las investigaciones básicas.

El diagnóstico del SIDA se complica cuando este se produce en un país donde el tipo de enfermedades que predominan es de carácter infeccioso. Cuando los medios de los laboratorios son limitados, es todavía más difícil distinguir entre una infección oportunista y una infección de fondo, como la tuberculosis diseminada, la diarrea causada por criptosporidiosis, etc. Hay que prestar especial atención a la definición de casos y considerar el empleo de categorías de casos "sospechosos", "no confirmados" y "probables". Se sigue diagnosticando el síndrome por exclusión de otras posibles razones de una infección determinada. Independientemente de los criterios escogidos para la definición de casos, habrá problemas de exceso, insuficiencia y error de diagnóstico. A continuación se resumen algunos de los resultados de pruebas clínicas y de laboratorio:

#### Pródromo

- duración de 2-8 meses
- fiebre
- sudor nocturno y escalofríos
- linfadenopatía
- diarrea y pérdida de peso > 10% del peso corporal
- fatiga, apatía, depresión.

#### Enfermedad clínica

- Los síntomas y signos están relacionados con la enfermedad final que se produce (sarcoma de Kaposi, enfermedad oportunista o ambas).
- Inmunosupresión no específica asociada, determinada por:
  - leucopenia con linfopenia absoluta
  - depleción de células OKT4 "helper"
  - disminución de las células OKT4/OKT8 "helper" en relación con las supresoras
  - anergia *in vitro* e *in vivo*
  - aumento de los complejos inmunes en circulación
  - hipergammaglobulinemia policlonal
  - aumento de las concentraciones de interferón

Para que un caso sea clasificado como un complejo relacionado con el SIDA (CRS), el paciente debe presentar al menos dos de los síntomas clínicos y dos de

los síntomas confirmados en laboratorio, que se indican seguidamente:

<i>Clínicos</i>	<i>Confirmados en laboratorio</i>
1. Fiebre > 3 meses	1. Linfopenia, leucopenia, anemia, trombocitopenia
2. Pérdida de peso > 10% del peso corporal	2. Hipergammaglobulinemia
3. Linfadenopatía > 3 meses	3. Anergia
4. Diarrea	4. Disminución de las células OKT4 "helper"
5. Fatiga	5. Disminución de las células OKT4/OKT8 "helper" en relación con las supresoras
6. Sudor nocturno	6. Disminución de la blastogénesis de linfocitos

La mayoría de las pruebas acumuladas parecen indicar una etiología infecciosa por un agente que ataca subgrupos celulares específicos del sistema de inmunidad celular. La transmisión se produce probablemente por contacto íntimo (quizá sexual) que involucra superficies con mucosa; por contagio parenteral mediante productos sanguíneos, y por el uso de agujas no esterilizadas. No es probable que se transmita por el aire. Hasta la fecha no se ha descubierto ningún tratamiento que restituya la capacidad inmunitaria. El trasplante de médula ósea, la introducción adoptiva de linfocitos y el fortalecimiento del sistema inmune con adyuvantes como interleuquina-2 o interferón no han dado resultado.

Las recomendaciones para reducir los riesgos y evitar la enfermedad se basan únicamente en consideraciones epidemiológicas relacionadas con el comportamiento sexual y la posible exposición a sangre o productos sanguíneos. Además se sabe que se puede producir la transmisión aunque el paciente sea asintomático. Actualmente no hay pruebas de que el síndrome se transmita al personal de los hospitales por contacto con casos o especímenes clínicos. Sin embargo, por razones de prudencia, el personal de los hospitales debe tomar las mismas precauciones que se emplean en los casos de infección por virus de hepatitis B, en la cual la sangre y los humores corporales posiblemente contaminados con sangre son considerados infecciosos. Los CDC han preparado normas de precaución aconsejadas al personal que atiende casos del síndrome y al personal de laboratorio.

#### Definición de casos según los CDC

La definición de casos de SIDA se complica debido a la falta de un agente causante identificado y de una prueba de laboratorio específica para determinar la

presencia o alguna característica afín del agente. El síndrome se reconoce por sus complicaciones. Ninguno de los criterios clínicos o de laboratorio es suficientemente específico para identificar los casos. No se dispone de medios para localizar casos subclínicos, portadores sanos o pacientes recuperados.

Sin embargo, los CDC han elaborado una definición basada en la combinación de hallazgos clínicos y de laboratorio. Teniendo en cuenta el propósito limitado de la vigilancia epidemiológica, según los CDC, un caso de SIDA es una persona que ha tenido:

I) una enfermedad diagnosticada de manera fidedigna que sugiere la probabilidad de una deficiencia inmunitaria celular subyacente, pero que al mismo tiempo no presenta;

II) ninguna causa subyacente conocida de deficiencia inmunitaria celular ni otra causa de resistencia reducida que se considere relacionada con esa enfermedad.

Esta definición general se podría hacer más explícita al especificar:

I) aquellas enfermedades que particularmente sugieren deficiencia inmunitaria celular; y

II) las causas conocidas de deficiencia inmunitaria celular u otras causas de resistencia reducida, que ya hayan sido asociadas con determinadas enfermedades.

Seguidamente figura esa especificación:

### *I. Enfermedades que indican una deficiencia inmunitaria celular subyacente:*

Se enumeran a continuación clasificadas en cinco categorías etiológicas: a) enfermedades causadas por protozoos y helmintos; b) enfermedades causadas por hongos; c) enfermedades bacterianas; d) enfermedades víricas; y e) cáncer. Las enfermedades se enumeran por orden alfabético en cada categoría. El término "infección diseminada" se refiere a la afección del hígado, la médula ósea o varios órganos a la vez, y no solamente a la afección de los pulmones y de varios ganglios linfáticos. Se indican entre paréntesis los métodos de diagnóstico que deben tener resultados positivos.

#### *A) Infecciones por protozoos y helmintos:*

1. Criptosporidiosis intestinal, causante de diarrea durante más de un mes (estudio histológico o microscopía de heces);

2. Neumonía por *Pneumocystis carinii* (estudio histológico o microscopía de una preparación de "tacto" o de líquidos empleados en abluciones bronquiales);

3. Estrongiloidiasis, causante de neumonía, de infecciones del sistema nervioso central o de infección diseminada (estudio histológico);

4. Toxoplasmosis, causante de neumonía o de infección del sistema nervioso central (estudio histológico o microscopía de una preparación de "tacto").

#### *B) Infecciones por hongos:*

1. Aspergilosis, causante de infección diseminada o del sistema nervioso central (cultivo o estudio histológico);

2. Candidiasis, causante de esofagitis (estudio histológico o microscopía de una preparación "húmeda" del esófago o placas blancas en una base mucosa eritematosa halladas por endoscopia);

3. Coccidioidomicosis, causante de infección, diseminada o del sistema nervioso central (cultivo o estudio histológico);

4. Criptococosis, causante de infección pulmonar, del sistema nervioso central o diseminada (cultivo, localización de antígenos, estudio histológico o preparación de líquido cefalorraquídeo en tinta china);

5. Histoplasmosis, causante de infección diseminada o del sistema nervioso central (cultivo o estudio histológico).

#### *C) Infecciones bacterianas:*

1. Micobacteriosis "atípica" (otras especies, excluida la *Mycobacterium tuberculosis* o *M. leprae*), causante de infección diseminada (cultivo);

2. Nocardiosis (cultivo o estudio histológico).

#### *D) Infecciones víricas:*

1. Citomegalovirus, causante de infección pulmonar, gastrointestinal o del sistema nervioso central (estudio histológico);

2. Virus herpes simple, causante de una infección mucocutánea crónica con úlceras que persisten durante más de un mes, o de infección pulmonar, gastrointestinal o diseminada (cultivo, estudio histológico o citológico);

3. Leucoencefalopatía multifocal progresiva (presuntamente causada por papovavirus). (estudio histológico).

#### *E) Cáncer:*

1. Sarcoma de Kaposi (estudio histológico);

2. Linfoma circunscrito al cerebro (estudio histológico).

### *II. Causas conocidas de resistencia reducida:*

En la columna de la izquierda se enumeran las causas conocidas de resistencia reducida a las enfermedades, que sugieren una deficiencia inmunitaria; y en la columna de la derecha, las enfermedades que se pueden atribuir a esas causas (y no a la deficiencia inmunitaria del síndrome):

*Causas conocidas de resistencia reducida*

1. Tratamiento con corticoide sistémico u otra sustancia inmunosupresora o citotóxica
2. Cáncer generalizado del tejido linfoide o histiocítico, como el linfoma, la enfermedad de Hodgkin, la leucemia linfocítica y el mieloma múltiple (se excluye el cáncer completamente localizado, como el linfoma primario del cerebro)

*Enfermedades que se pueden atribuir a las causas conocidas de resistencia reducida*

1. Toda infección que haya comenzado durante el primer mes de este tratamiento o hasta un mes después, si el tratamiento comenzó antes de que se presentaran signos o síntomas específicos de los sitios anatómicos infectados (por ejemplo, disnea en el caso de neumonía, cefalea en el caso de encefalitis, diarrea en caso de colitis); o cáncer diagnosticado durante el primer mes o hasta un mes después de *más de cuatro meses de duración* del tratamiento (comenzado antes de que se presentaran signos o síntomas específicos de la localización anatómica del cáncer)
2. Cualquier otro tipo de cáncer o de infección, diagnosticada antes o después (porque el linfoma puede haber existido antes, aunque se haya diagnosticado después)

3. Sesenta años de edad o más en el momento del diagnóstico
4. Menos de 28 días de edad (neonatal) en el momento del diagnóstico
5. Deficiencia inmunitaria atípica del SIDA como la hipogammaglobulinemia; o una deficiencia inmunitaria cuya causa al parecer es un defecto genético o del desarrollo (por ejemplo, displasia tímica)
3. Sarcoma de Kaposi
4. Toxoplasmosis o infecciones por citomegalovirus o virus herpes simple
5. Toda infección o tipo de cáncer diagnosticado antes del estado de deficiencia inmunitaria o durante el mismo

Entre los principios básicos de vigilancia que se pueden aplicar al SIDA se encuentran la definición cuidadosa de casos, su notificación y el análisis de datos. Si no se efectúa ninguna intervención, la meta de la vigilancia debe ser la identificación de pacientes, a fin de proceder con los estudios epidemiológicos y biológicos. Al definir los casos hay que considerar los medios con que cuentan los laboratorios.

La Unidad de Epidemiología de la OPS en Washington, D.C., actuará como centro distribuidor de información, a fin de acopiar datos proporcionados voluntariamente sobre los casos ocurridos en la Región.

(Fuente: Unidad de Epidemiología, Desarrollo de Programas de Salud, OPS.)

## Vigilancia de las principales causas de fallecimiento prematuro

Toda vez que la muerte es inevitable, la meta de la salud pública no es reducir el número total de fallecimientos, sino aumentar el número de años que una persona puede vivir activa y sana. Por esa razón, el número de años de vida potencial perdidos debido a una causa determinada es un índice más útil para los profesionales de salud pública que el número total de fallecimientos por esa causa. En marzo de 1982, los Centros para el control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos introdujeron un nuevo cuadro en su informe semanal sobre morbilidad y mortalidad (*MMWR* 32(18):243): "Cuadro V. Número de años de vida potencial perdidos, defunciones y tasas de defunción por causa, y número estimado de consultas con médicos según el diagnóstico principal" (1) (cuadro 1).

El propósito del cuadro es informar al lector sobre la importancia y magnitud relativas de ciertos problemas de salud. En el pasado, se solía asignar importancia a problemas de salud específicos de acuerdo con el número de defunciones atribuibles a cada uno. El nuevo cuadro fue ideado para poner de relieve la idea de que la edad de los que fallecen debido a un problema determinado también es un factor sustancial al considerar la importancia de ese problema para la salud pública. Por consiguiente, la prevención de una afección que causa numerosas defunciones entre personas jóvenes puede tener mayor prioridad que otra que causa el mismo número de defunciones entre personas de edad avanzada.

La importancia relativa de las causas de defunción