

EL SIDA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (revisión de 19 casos).

*Carlos Morales Picado**

*Javier Moya Rodríguez**

*Manuel Rojas Montero**

INTRODUCCION

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), una compleja enfermedad relativamente nueva, ha impactado diversas áreas de la medicina, la inmunología, la virología y la tecnología médica, pero además, ha incidido directamente sobre patrones de conducta humana en esta década (20-22-23). Sus complicaciones y el aumento progresivo en su incidencia han hecho que se le preste atención quizá mayor que a muchos problemas sanitarios más prevalentes. Su particular mecanismo fisiopatológico, en resumen, la invasión del sistema de linfocitos T por un retrovirus en su genoma, condiciona una depresión en la multiplicación de los linfocitos T₄ (linfocitos facilitadores), desbalanceando su relación con los linfocitos supresores (T₈) con el consecuente fracaso del sistema linfocitario para activarse ante estímulos por antígenos extraños, así como para producir diferentes linfocinas para activar el sistema de linfocitos B, aumentando de esta manera la susceptibilidad del individuo a una amplia gama de infecciones y neoplasias (23-15-7-21-3). En afán de uniformar criterios, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta y la Organización Mundial de la Salud revisaron en 1987 la definición de los fundamentos para el diagnóstico del síndrome (5). Se establecen entonces diversas alternativas posibles ante la sospecha de SIDA, la cual puede ser sustentada con pruebas serológicas que identifiquen la presencia de anticuerpos contra el virus HIV en la sangre del individuo, o en su ausencia, la evidencia de compromiso de la capacidad inmunológica en pacientes con factores de riesgo conocido y habiendo descartado otras causas de inmunosupresión. Lo anterior, asociado a enfermedades infecciosas, ahora llamadas "indicadoras de SIDA" son los elementos que se requieren para catalogar cada caso como SIDA o síndrome relacionado al SIDA. Estas infecciones son usualmente causadas por agentes oportunistas, algunos agentes patógenos comunes, y

se incluyen además como indicadoras a algunas neoplasias, sobre todo del sistema linforeticular (15-5).

En el período de agosto de 1986 a diciembre de 1988 se reportaron al Ministerio de Salud de Costa Rica un total de 59 pacientes con SIDA (24), de los cuales 19 fueron hospitalizados en el servicio de infectología del HSJD, lo que representa un tercio del total de casos reportados. En este análisis pretendemos definir este grupo de pacientes identificando sus características generales, los síntomas asociados al síndrome, el compromiso según órganos o sistemas y la mortalidad, en afán de establecer si es un grupo comparable con los reportados en otras series.

MATERIALES Y METODOS

Se revisan en forma retrospectiva un total de 20 expedientes clínicos de pacientes tratados en el servicio de Infectología del HSJD en el período de agosto de 1986 a diciembre de 1988, egresados con diagnóstico de SIDA. De este grupo se descartó el caso de una mujer de 31 años, serológicamente positiva, pero sin enfermedades indicadoras que la definieran como SIDA, calificando entonces como portadora del virus únicamente (13). Se analizan entonces 19 pacientes incluyendo además de las características generales del grupo, los factores de riesgo identificables, el país de posible adquisición del virus y la evolución de los síntomas al momento del diagnóstico; estos se presentan según tiempo de evolución y su frecuencia. Se revisa la mortalidad general del grupo durante el tiempo que incluye el estudio.

RESULTADOS

La información, obtenida de 19 registros clínicos en el Departamento de Registros médicos del HSJD se presenta a continuación en cuadros estadísticos.

* Servicio de infectología.
Hospital San Juan de Dios.

El cuadro número 1 muestra la distribución según edad haciéndose evidente que la mayoría de pacientes se encuentra en edades entre 20 a 39 años (84.2%) con un promedio de edad 33.4 años. Tres pacientes tenían más de 50 años.

Cuadro #1

DISTRIBUCION SEGUN EDAD
Casos de SIDA tratados en el HSJD.
Agosto 1986 a Dic. 1988
n=19

Edad	años*	No. pts	Frecuencia%	Frec. acum.%
20	29	9	47.4	47.4
30	39	7	36.8	84.2
40	49	0	0	84.2
50	59	2	10.5	94.7
más de 60		1	5.3	100
Total		19	100	

FUENTE: Registros Médicos HSJD.

* no hubo pacientes menores de 20 años.

Los cuadros 2 y 3 muestran como la mayoría de la población estudiada corresponde a sexo masculino (94.7%) solteros (78.9%), detectándose solo una mujer dentro del grupo, la cual representa el 5.3% del total.

Cuadro #2

DISTRIBUCION POR SEXO
Casos de SIDA tratados en HSJD
Agosto 1986 a Dic. 1988
n=19

Sexo	No. pts	Frecuencia%
Masculino	18	94.7
Femenino	1	5.3
Total	19	100

FUENTE: Registros Médicos HSJD

Cuadro #3

DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL
Casos de SIDA tratados en el HSJD.

Agosto 1986 a Dic. 1988.
n=19

Estados civil	No. pts	Frecuencia%
Soltero	15	78.9
Casado	3	15.8
Divorciado	1	5.3
Total	19	100

FUENTE: Registros Médicos HSJD.

Respecto al factor de riesgo, referido por los pacientes en la historia clínica, el más frecuente fue la homosexualidad, practicada según declararon, por períodos prolongados, usualmente desde la adolescencia. No hubo historia de transfusiones de sangre o derivados ni de abuso de drogas intravenosas, pero no se identificó el factor de riesgo en el 21%.

Cuadro #5

DISTRIBUCION SEGUN FACTOR DE RIESGO
Casos de SIDA tratados en el HSJD
Agosto 1986 a Dic. 1988
n=19

Factor de riesgo	No. pts	Frecuencia%
Homosexualidad	14	73.7
Conyugue HIV +	1	5.3
No definido	4	21.0
Total	19	100

FUENTE: Registros Médicos HSJD

El cuadro #6 informa sobre el lugar más probable donde se adquirió la infección por HIV, establecido esto unicamente por relación temporal. El 47.4% de los pacientes reconoció no haber salido del país en los últimos años, lo que nos hace suponer que adquirieron el virus en Costa Rica, en tanto

que el resto habitó en Estados Unidos de Norteamérica, Panamá, Nicaragua, Cuba y México durante períodos prolongados por diversos motivos y retornaron usualmente con manifestaciones clínicas iniciales del síndrome. El cuadro número 7 contiene la información respecto a los signos y síntomas más frecuentes que precedieron al diagnóstico y el tiempo de evolución de estos en semanas. Fueron los más frecuentes la fiebre, la pérdida de peso, la dia-

Cuadro #6

**DISTRIBUCION SEGUN PAIS DE POSIBLE
ADQUISICION DEL HIV**

Casos de SIDA tratados en el HSJD
Agosto 1986 a Dic. 1988
n=19

País	No. ptes.	Frecuencia%
Costa Rica	9	47.4
E.E.U.U.	4	21.0
Panamá	1	5.2
Nicaragua	1	5.2
Cuba	1	5.2
México	1	5.2
No determinable	2	10.5
Total	19	100

FUENTE: Registros Médicos HSJD.

Cuadro #7

**SINTOMAS GENERALES:
FRECUENCIA Y EVOLUCION**

Casos de SIDA tratados en HSJD.
Agosto 86 A Dic. 88
n=19

Síntoma	Evolución en semanas		Promedio semanas	No. ptes.	Frec.%
	4 o menos	5 o más			
Fiebre	11	7	4.7	18	94.7
Pérdida de peso	4	6	6.3	10	52.6
Diarrea	5	3	5.0	8	42.1
Tos	6	2	4.8	8	42.1
Sudoración	2	4	6.6	6	31.6
Les. orales	2	1	35.0	3	15.8
Adenopatías	3	--	3	3	15.8
Tras. neurol.	1	1	5	2	10.5
Disfagia	--	1	12	1	5.2
Les. anales	--	1	52	1	5.2

FUENTE: Registros Médicos HSJD.

rea y la tos, descritos por los pacientes por períodos prolongados (4 a 6 semanas) con importante compromiso del estado general. Algunos síntomas menos frecuentes se presentaron por períodos más prolongados: disfagia, úlceras orales, lesiones anales.

Cuadro #8

CAUSA DEL PRIMER INGRESO HOSPITALARIO

Casos de SIDA tratados en el HSJD.
Ago. 86 a Dic. 88
n=19

Causa	No. ptes.	Frecuencia%
Infecciosa:	17	89.5
Pulmón	8	42.1
Tracto digestivo	3	15.8
SNC	3	15.8
Sist. linfático	3	15.8
No infecciosa	2	10.5
Total	19	100

FUENTE: Registros Médicos HSJD.

Cuadro #9

SOBREVIDA AL MOMENTO DEL ESTUDIO

Casos de SIDA tratados en el HSJD.
Agosto de 1986 a Dic. de 1988.
n=19

Estado	No. ptes.	Frecuencia%
Vivo	13	68.4
Fallecido	6	31.6
Total	19	100

FUENTE: Registros Médicos HSJD

Según se muestra en los cuadros 8 y 9, los procesos infecciosos son los más frecuentes como motivo de ingreso (89.5%). De estos, los predominantes afectan pulmón, tracto digestivo y SNC y son la causa de la alta mortalidad en este grupo de pacientes.

DISCUSION

En los aspectos generales nuestros pacientes han seguido un patrón usualmente observado en otras publicaciones: predominio del sexo masculino (94.7%), con un rango de edad entre los 20 y 39 años (84.2%) y con alta incidencia de homosexualidad declarada (73.7%) (19-11-30). Usualmente los pacientes homosexuales declararon serlo por períodos prolongados y tener múltiples compañeros sexuales. El grupo se integra además con una mujer, la cual según la historia clínica, mantenía relaciones sexuales con un individuo drogadicto y seropositivo por HIV. Está bien establecido que la incidencia de SIDA en mujeres ha aumentado progresivamente, sobre todo en los grupos de gran actividad sexual, aun cuando no sean abusadoras de drogas intravenosas, lo que ha hecho aceptar la transmisión del HIV por vía heterosexual (10-17-16-8). No hubo hemofílicos ni se identificó abusadores de drogas intravenosas en el grupo estudiado, pero la categoría "factor de riesgo desconocido" fue de 21%, dentro de la cual podría estar drogadictos y homosexuales no declarados. Una serie de síntomas generales ha sido asociados a la infección por HIV, los cuales suelen presentarse en forma larvada por períodos prolongados, precediendo al diagnóstico definitivo del síndrome y con gran frecuencia son la causa del internamiento al inducir sospecha sobre el diagnóstico (22-26-13-26-11). A este respecto, fiebre prolongada se reporta como el síntoma de mayor prevalencia, acompañada usualmente de sudoración y pérdida de peso. En nuestro grupo, la fiebre se presentó en el 94.7% de los casos con un promedio de duración de 4.7 semanas, en tanto que la pérdida de peso se presentó en el 52.6% la cual fue usualmente de importante magnitud (10% o más del peso corporal). La diarrea y la tos siguieron en frecuencia a los anteriores, presentes en el 42.1% de los pacientes cada uno y con una duración promedio de 5 semanas. Como se muestra en el cuadro número 8, los problemas infecciosos son los más frecuentes como causa de ingreso de estos pacientes (89.5%), estableciéndose un predominio del compromiso pulmonar, seguido por el tracto digestivo, el SNC y el sistema linfático. En este sentido, nuestros datos difieren discretamente de lo descrito en otras publicaciones donde se reportan índices de 40 a 80% de compromiso pulmonar, (22-26-25-4-1-14). 30 a 60% el SNC, el cual se ve afectado por gran diversidad de agentes oportunistas o patógenos, tomando cada vez más importancia el llamado síndrome SIDA-demencia (22-1-12-18-6). El com-

promiso del tracto digestivo se reporta en 50 a 60%, con cuadro sindrómico de diarrea, pero es también afectado por diversos agentes dando lesiones ulceradas en mucosa oral, esofagitis, malabsorción y úlceras anales (22-5-13-26). La afección del sistema linfático, manifiesta usualmente por adenomegalias prolongadas se describe en 0 a 23% en distintas series, causadas por diversos agentes (virus, hongos, mycobacterias, parásitos) (22-13). Finalmente, la mortalidad en este grupo al momento del estudio fue de 31.6%, ocasionada en su totalidad por problemas infecciosos. Debemos hacer notar que algunos pacientes no asistieron a control posterior a su egreso y por tanto, la información en este sentido es incompleta. A este respecto, se calcula que para el total de casos diagnosticados en los Estados Unidos, la mortalidad ha sido del 50% (11-15), pero la información más frecuentemente reportada se refiere a causas específicas, por ejemplo, 15 a 80% en pacientes con SIDA y toxoplasmosis, 30% para neumonía por pneumocystis carinii (22-9).

CONCLUSIONES

La información obtenida de nuestros 19 pacientes nos permite concluir que las características epidemiológicas de este grupo son similares a las descritas en otras series, por lo que consideramos se trata de un grupo comparable a otros excepto por la ausencia de abusadores de drogas intravenosas y de casos adquiridos por transfusión de sangre o derivados. Incluso respecto a transmisión heterosexual, la información es bastante similar a otros reportes de la población occidental. Los signos y síntomas de presentación del síndrome también semejan a lo descrito, así como la frecuencia de afección de órganos o sistemas. Nuestra mortalidad resulta ser menor que lo publicado, pero este dato lo consideramos poco fiable por lo pequeño del grupo y la posibilidad de fallecimientos extra-hospitalarios no registrados en el expediente clínico. Una de nuestras motivaciones para realizar esta revisión ha sido la constante preocupación de usar esquemas de abordaje diagnóstico y terapéutico ensayados en otras latitudes. El hecho que el grupo en sus características generales sea comparable disminuye nuestra preocupación, no obstante, no debemos olvidar que en el SIDA, el factor más importante es el deterioro de la capacidad de respuesta inmunológica, y por tanto, la epidemiología de las infecciones en nuestros pacientes dependerá de la frecuencia de los agentes infecciosos más prevalentes en nuestro

medio. Por lo anterior pretendemos revisar las complicaciones infecciosas que presentó este grupo de pacientes, cuyo análisis esperamos publicar en una comunicación posterior. (Ver artículo en este mismo número).

RESUMEN

Un nuevo síndrome ha impactado la medicina moderna en la última década. Cusado por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), un retrovirus que deprime la capacidad de respuesta inmunológica al alterar la relación de linfocitos ayudadores y linfocitos supresores, llevando a una susceptibilidad para infecciones oportunistas y neoplasias. Los criterios para el diagnóstico han sido establecidos por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, pero progresivamente se ha debido ampliar la lista de "enfermedades indicadoras". Bajo estos criterios revisamos 19 casos hospitalizados por SIDA en el Hospital San Juan de Dios. Los datos obtenidos muestran que las características generales de los pacientes son similares a los reportados en otras series con excepción de no tener la muestra ningún paciente con SIDA relacionado a uso de drogas. Se detectó que los síntomas que precedieron al diagnóstico estuvieron presentes por períodos muy prolongados y en general tuvieron un efecto severo sobre el estado general de los pacientes. La afección de órganos y sistemas es también similar a las reportadas en otras series siendo los más frecuentes pulmón, tracto digestivo y sistema nervioso central. En nuestro conocimiento esta es la primera revisión general de casos de SIDA que se publica en Costa Rica. Nuestra siguiente comunicación será sobre las enfermedades infecciosas que presentó este grupo de pacientes.

SUMMARY

A new syndrome has strike the modern medicine in the last decade. The acquired immunodeficiency syndrome is produce by a retrovirus that diminishes the immunologic response inducing an alteration between the relation of helper lymphocytes and supressor lymphocytes leading to a variety of opportunistic infections and neoplasias. The diagnostic criteria for this syndrome had been stablished by the Center for Disease Control in Atlanta inclu-

ding an increasing list of "indicative diseases". Under those criteria we reviewed 19 cases of hospitalized AIDS at the Hospital San Juan de Dios. Our studies showed the general characteristics of our patients were more alike other published series with the exception of no having a single case of drug abuse as the causative factor of the disease. We detected that the symptoms that preceded the diagnosis were present for long periods of time and did produce an important deterioration of their health status. The organs and systems affected were comparable with previous studies in the literature being the most frequent respiratory tract, gastrointestinal and central nervous system. To our knowledge this is the first general review of AIDS cases in Costa Rica. Our following communication will be on the infectious diseases presented in this group of patients.

BIBLIOGRAFIA

1. Aaron E., Glatt. "Treatment of infections associated with HIV." *The NEJM*. 318 (22): 1439 - 1448, 1988.
2. Broder, Samuel. Gallo, Robert. "A pathogenic retrovirus (HTLV-III) linked to AIDS". *NEJM*. 311 (20): 1292-1297. Nov. 1984.
3. Buimovici-klein, Elena. Lange, Michael. "Cell-mediated immune response in AIDS" (letter), *NEJM*. 311 (5): 328-329. Aug. 1984.
4. Butuks S. Catherine. Harris, Carol. "The treatment of *Pneumocystis carinii* pneumonia in the AIDS". *Arch Intern Med*. 145 (5):837-840. May 1985.
5. CDC. "Revisión de la definición de caso del CDC para vigilancia del SIDA". *MMWR*. 36 (1 s): 35-155), 1987.
6. Dannemann, Brian. Remington, Jack. "Toxoplasmic encephalitis in AIDS. *Hospital Practice*". 24 (3): 139-154. March 1989.
7. Eyster, Elaine. Gail, Mitchell. "Natural history of human immunodeficiency virus infection in hemophiliacs. Efects on T-cells subsets, platelet counts and age". *Ann Intern Med*. 107 (1): 1-6, 1987.

8. Glaser, Jordan. Strange, Theodore. "Heterosexual human immunodeficiency virus transmission among the middle class". *Arch. Intern Med.* 149 (3): 645-649, 1989.
9. Graybill, John R. "Histoplasmosis and AIDS". *J. Infect Dis.* 158 (3): 623-626. Sept. 1988.
- 10 "Hetersexually acquired infection with immunodeficiency virus (HIV). A view from the III international conference on AIDS". *Ann Intern Med.* 107 (5): 763-766. Nov. 1987.
11. Klein, Robert. S. Harris. Carol A. "Oral candidiasis in high-risk patients as the initial manifestation of AIDS". *NEJM.* 311 (5): 354-358. Aug. 1984.
12. Levy, Robert. "Neurological manifestations of the AIDS. Experience at UCSF". *J Neurosurgery.* 62 (4): 475-495. April 1985.
13. Lifson R. Alan. Rutherford, George. "The natural history of Human Immunodeficiency virus infection". *J of Infect Dis.* 158(6). Dec. 1988.
14. Masur, H. "The AIDS". *Disease a month.* 30 (1). Oct. 1983.
15. Murray, John. Garay, Stewart. "Pulmonary complications of the AIDS". *NEJM,* 310 (25): 1683-1688. June 1984.
16. OPS.OMS. "SIDA (traducción del folleto In point of fact)". Junio de 1987.
17. Padian, Marquis L. Francis. D.P. "Male to female transmission of human immunodeficiency virus". *JAMA.* 258:788-790. 1987.
18. Peterman, Thomas. Curran, James. "Sexual transmisión of human immunodeficiency virus". *JAMA.* 256 (1): 2222-2225. Oct. 1986.
19. Price, Richard W. "The AIDS-demencia complex". *J Infect Dis.* 159(5): 1079-1083. Nov. 1988.
20. Rivin, Beth. "AIDS outcome. A first following". (letter). *NEJM.* 311(3): 857 Sept. 1984.
21. Sección de vigilancia epidemiológica y estadística. *Boletín epidemiológico.* "Casos registrados de enfermedades de declaración obligatoria. 1986 a 1988". Ministerio de Salud. Costa Rica, 1989.
22. Seigman, Maxime. Chess, Leonard. "AIDS. An immunologic reevaluation". *NEJM.* 311(20): 1286-1292. Nov. 1984.
23. Selwyn, Peter A. "Estado actual de los conocimientos sobre el SIDA. Aspectos clínicos (III)". *Hospital Practice (Ed. español),* 2(3): 37-58, 1987.
24. Selwyn, Peter A. "Estado actual de los conocimientos sobre el SIDA (IV)". *Hospital Practice (Ed. en español).* 2(7): 69-86 1987.
25. Selwyn, Peter A. "SIDA: lo que se sabe en la actualidad (II)". *Hospital Practice (Ed. en español)* 2(1):55-74, 1987.
26. Selwyn. Peter A. "SIDA: lo que se sabe en la actualidad. Historia e inmunovirología" (I). *Hospital Practice (Ed. español).* 2 (1): 41-53. 1987.
27. Soave, R. Johnson, W. D. "Cryptosporidium and Isospora belli infection". *J Infect Dis.* 157: 225-229, 1988.
28. Suffredini, Anthony. "Nonespecific interstitial pneumonitis. A comun cause of pulmonary diseases in the AIDS". *Ann of Intern Med.* 107 (1): 7-13. July 1987.
29. Wong, Brian. "Parasitic diseases in immunocompromised host". *Am J of Med.* 76: 479-486. March 1984.