

**SINDROME DE DEFICIENCIA INMUNOLOGICA ADQUIRIDA (SIDA)
ANALISIS DE 18 CASOS, HOSPITAL DR. LUIS E. AYBAR
ENERO—DICIEMBRE 1986**

* Dr. Pedro Sing
* Dr. Elpidio A. Abreu Noble
* Dr. Nelson Guillén
* Dr. Ricardo Santana

INTRODUCCION

A través de los años, el hombre que se dedica al arte de la medicina, más específicamente, el gigantesco campo de la infecciosa y más aun el complejo y laborioso orden de la inmunología, ha logrado detectar legiones de gérmenes cuyo origen y virulencia y comportamiento han sido bastante estudiados.

En los últimos años una nueva enfermedad ha emergido para conocimiento de la comunidad médica, alcanzando proporciones epidémicas, identificándose como la entidad clínica transmisible más relevante, y recibiendo el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el año 1981, debido al profundo deterioro que produce en la rama celular del sistema inmune, subyacente en estos casos.

El SIDA es definido por el Centro para Control de Enfermedades de Atlanta como: "Una enfermedad diagnosticada con fiabilidad, que sea al menos modernamente indicativa de inmunodeficiencia celular subyacente. Tales enfermedades incluyen sarcoma de Kaposi en un paciente por debajo de los 60 años, Pneumonía por *Pneumocistis carinii* u otras infecciones oportunistas. No debe de haber causa conocida de inmunodeficiencia subyacente o defecto en las defensas del huésped tales como terapia inmunosupresora o neoplasias linforreticulares".¹

Esta definición es empírica, basada en criterios clínicos y con propósitos de vigilancia de pacientes, en vista de la gran letalidad que conlleva la enfermedad y por presentarse en determinados grupos de la población.

El móvil que nos induce a realizar este estudio está basado no sólo en el incremento que ha cobrado la enfermedad en nuestro país, sino al aporte que en términos de conocimiento y prevención entendemos se debe de llevar a cabo tanto por las autoridades de salud, así como las sociedades médicas correspondientes.

METODOLOGIA

Fueron revisados bajo estudio de colección retrospectiva

(*) Médicos residentes Hospital Dr. Luis E. Aybar, Santo Domingo, R.D.

de información los expedientes de los pacientes diagnosticados con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) durante el período enero-diciembre de 1986, en el Hospital Dr. Luis E. Aybar, de la ciudad de Santo Domingo.

A dichos expedientes se les aplicaron numerosas variables, tales como: edad, sexo, ocupación, procedencia, estado civil, factores sociales y de riesgo; cuadro clínico; enfermedades asociadas al momento de la evaluación, gérmenes oportunistas presentes, pruebas de laboratorio, procedimientos diagnósticos realizados.

Estas variables fueron definidas operacionalmente y nos permitieron estructurar un formulario de captación de datos, finalmente las variables fueron resumidas en tablas y gráficos para su presentación ulterior.

RESULTADOS

DISTRIBUCION ESTUDIADA POR GRUPO DE EDAD Y SEXO (TABLA 1):

La distribución de los casos por edades registró el mayor número de SIDA en el grupo de 25-34 años con 8 casos

**Tabla No. 1
POBLACION ESTUDIADA POR GRUPOS
DE EDAD Y SEXO. HOSPITAL
DR. LUIS E. AYBAR
Enero-Diciembre 1986**

Grupo Edad (Años)	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
Menos de 15	—	—	—	—	—	—
15 — 24	2	12.5	1	50	3	16.6
25 — 34	7	43.7	1	50	8	44.4
35 — 44	4	25.0	0	—	4	22.2
45 — 54	1	6.2	0	—	1	5.5
55 o Más	2	12.5	—	—	2	11.1
TOTAL	16	88.8	2	11.1	18	100

(44.4%); seguido por el grupo de 35-44 con 4 casos (22.2%); 15-24 3 casos (16.6%); 55 o más 2 casos (11.1%); 45-54 años con 1 caso (5.5%).

En cuanto al sexo, del total de pacientes (18), 16 casos fueron masculinos (88.8%) y 2 casos femeninos (11.1%).

DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA Y OCUPACION

De los 18 casos de SIDA, 9 casos (50.0%) procedían de Santo Domingo; 4 casos (22.2%) EE.UU.; 3 casos (16.6%) Haití; 1 caso (5.5%) Santiago y 1 caso (5.5%) Puerto Plata (Tabla No. 2).

El mayor número de casos registrados de acuerdo a la ocupación correspondió al grupo OBRERO 5 casos (27.7%), seguido por estudiantes 4 casos (22.2%), desempleados 4 casos (22.2%), camareras 2 casos (11.1%), peluquero 1 caso (5.5%), cocinero 1 caso (5.5%) y repostero 1 caso (5.5%).

Tabla No. 2
DISTRIBUCION SEGUN LA PROCEDENCIA

Procedencia	No.	%
Santo Domingo	9	50
Santiago	1	5.5
Puerto Plata	1	5.5
Haití	3	16.6
Estados Unidos	4	22.2
TOTAL	18	100

DISTRIBUCION CASOS DE SIDA SEGUN FACTORES DE RIESGO Y/O SOCIALES (TABLA No. 3)

El grupo de heterosexuales 4 casos (22.2%) correspon-

Tabla No. 3
DISTRIBUCION DE LOS CASOS DE SIDA SEGUN FACTORES DE RIESGO
Y/O SOCIALES

Factores de Riesgo y/o Sociales	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Homosexual/Bisexual	3	21.4	—	—	3	16.6
Usuarios de drogas intravenosas	—	—	—	—	—	—
Haitianos	2	14.2	1	25	3	16.6
Hemofílicos	—	—	—	—	—	—
Receptores de Transfusión de Sangre	0	—	2	50	2	11.1
Heterosexuales	4	28.5	—	—	4	22.2
Contactos sexuales con turistas después de 1978	—	—	1	25	1	11.1
Administración de terapia inmunosupresora en el último año	—	—	—	—	—	—
Reclusos	3	21.4	—	—	3	16.6
Ninguno de los factores antes citados	2	14.2	—	—	2	11.1
TOTALES	14	77.7	4	22.2	18	100

dió al más frecuente; seguido por homosexuales/bisexuales, haitianos y reclusos todos con 3 casos (16.6%); luego receptores de transfusión sanguínea y sin ninguno de los factores 2 casos (11.1%).

DISTRIBUCION SEGUN MANIFESTACIONES CLINICAS (TABLA No. 4)

La pérdida de peso se presentó en todos los casos (18 casos) (100%); seguido por diarrea, fatiga y malestar general 14 casos (77.7%); fiebre nocturna 11 casos (61.1%); manchas blancas en lengua y boca 10 casos (55.5%); tos no productiva y linfadenopatías 6 casos cada uno (33.3%); y manchas moradas en piel 1 caso (5.5%).

Tabla No. 4
MANIFESTACIONES CLINICAS
PRESENTADAS AL MOMENTO DE ADMISION

Manifestaciones	CASOS	
	No.	%
Pérdida de peso (15 libras o más)	18	100
Tos no productiva (15 días o más)	6	33.3
Fiebre nocturna (30 días o más)	11	61.1
Sudores y escalofríos	5	27.7
Linfadenopatías (cuello, ingle, axila)	6	33.3
Manchas moradas en piel	1	5.5
Diarreas (30 días o más)	14	77.7
Manchas blancas en lengua, boca	10	55.5
Fatiga, malestar general	14	77.7

CLASIFICACION DE LOS PACIENTES CON SIDA SEGUN ESTADIOS (TABLAS No. 5 Y 6)

El estadio 2 fue el de mayor incidencia, 14 casos (77.7%), seguido por estadio 1 (Pre-Sida) 2 casos y estadio 3, 2 casos (11.1%).

ENFERMEADES ASOCIADAS AL SIDA (TABLA No. 7)

Los trastornos del SNC se constituyeron en el trastorno asociado más frecuente 5 casos (27.7%), neumonía 4 casos (22.2%); Tb. Pulmonar; Tb. Ganglionar 2 casos (11.1%); Esofagitis por candidas 1 caso (5.5%) y desconocidas 6 casos (33.3%).

MANIFESTACIONES HEMATOLOGICAS Y SEROINMUNOLOGICAS (TABLA No. 8)

Se pudo establecer que los 18 casos (100.0%) fueron positivos para determinación de Ac HTLVIII (ELISA); al igual que su reconfirmación (Western Blot). 16 casos anemia 10 G. (88.8%); Linfopenia 1,500 10 casos (55.5%), Linfopenia 4,000, 4 casos (22.2%), Trombocitopenia 100,000, 1 caso (5.5%).

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS REALIZADOS

La radiografía de tórax fue el procedimiento más común realizado, 8 casos (44.4%); Punción Lumbar 4 casos (22.2%); Biopsias y Rectosigmoidoscopia 2 casos (11.1%), y Endoscopia 1 caso (5.5%).

Tabla No. 5
CATEGORIAS DE ENFERMEDAD
DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

ESTADIO 0	ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III
	(Pre-SIDA)		
Incluido en un Grupo de Riesgo; asintomático. (homosexual, bisexual, drogadicto I.V., hemofílico, haitiano, otros.	Incluido en un grupo de riesgo. + Linfadenopatía	Incluido en un grupo de riesgo. + Linfadenopatía + Una infección oportunist	Procesos Neoplásicos (Sarcoma de Kaposi o cualquier otra de las neoplasias asociadas) y/o Varias infecciones oportunistas y fenómeno autoinmune.

Tabla No. 6
CLASIFICACION SEGUN ESTADIO CLINICO
DE SIDA

Estadio Clínico	CASOS	
	No.	%
0	0	—
1 (Pre-Sida)	2	11.1
2	14	77.7
3	2	11.1
TOTAL	18	100

Tabla No. 7
ENFERMEDADES ASOCIADAS AL SIDA
PRESENTADAS POR NUESTRA SERIE
DE PACIENTES

Afección	No.	%
Neumonía	4	22.2
Trastornos del SNC	5	27.7
Sarcoma de Kaposi	0	—
Linfoma No Hodgking	0	—
Esofagitis (por Cándida)	1*	5.5
T.B. Pulmonar	2	11.1
T.B. Ganglionar	2	11.1

Tabla No. 8
MANIFESTACIONES HEMATOLOGICAS Y
GENO INMUNOLOGICAS PRESENTADAS
POR LOS PACIENTES DE NUESTRA SERIE

Manifestaciones	No.	%
Anemia 10 G. o menos	16	88.8
Leucopenia 4,000 mm ³	4	22.2
Linfopenia 1,500 mm ³	10	55.5
Trombocitopenia 100,000	1	5.5
Elisa (+)	18	100
Inmunofluorescencia	18	100

DISTRIBUCION SEGUN NUMERO DE DIAS EN EL HOSPITAL

En relación al número de días en el hospital, 12 casos permanecieron 20 o más días (66.5%); 2 casos (11.1%) 5 días y 10-14 días; 1 caso (5.5%), 5-9 días y 15-19 días.

DISTRIBUCION SEGUN MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA

De los 18 casos, 10 casos (55.5%) fallecieron en el hospital.

Posteriormente constatamos la muerte extrahospitalaria de 4 casos más.

Por tanto, han fallecido 14 casos (77.7%).

CONCLUSIONES

1. La población más afectada fue la comprendida entre 25-44 años.
2. El sexo más afectado correspondió al masculino 16 casos, para un 88.7%.
3. En nuestro estudio, 28.5% de los pacientes se ubican dentro del grupo de heterosexuales.
4. Las manifestaciones clínicas más frecuentes las constituyeron las del Síndrome de Desgaste Progresivo, dado por diarrea, pérdida de peso y fiebre.
5. El Estadio dos (2) se constituyó en el más frecuente, comprendiendo a 14 casos (77.7%).
6. Los trastornos del S.N.C., así como las pneumonías, se constituyeron en los trastornos más frecuentemente asociados.
7. La anemia y la linfopenia fueron las manifestaciones hematológicas más frecuentes.
8. La mortalidad intrahospitalaria correspondió a 10 casos (55.5%).
9. Es incuestionable el aumento progresivo del SIDA en los últimos dos (2) años en nuestro país, ya que nuestro estudio consta de 18 casos en un centro, durante 1986.

RECOMENDACIONES

1. Se requiere de mayor vigilancia y estudio a fin de determinar factores de riesgo y/o sociales adicionales involucrados.
2. Es importante que el médico nuestro esté documentado de la enfermedad, a fin de que conozca las manifestaciones clínicas relevantes a considerar en el diagnóstico diferencial.
3. Se debe evitar festinar el diagnóstico de SIDA, no incluyendo en el mismo pacientes con enfermedades crónicas ni debilitantes, con el fin de incluir en el diagnóstico pa-

cientes de riesgo y que satisfacen los misterios del C.D.C. de Atlanta, Georgia, E.U.A.

4. Implementar programas de medicina preventiva a nivel nacional en cuanto a la enfermedad y los factores de riesgo.

5. Dinamizar probables mecanismos de control y/o detección en los grupos de alto riesgo que ingresen a nuestro país.

6. Adecentar los centros carcelarios en todas sus dimensiones con la finalidad básica de dar al traste con la promiscuidad allí existente hoy día.

BIBLIOGRAFIA

1. Fauci, S.A.: N.I.H. Conference: The Acquired Immunodeficiency Syndrome: An up Date. *Ann of Int. Med.* 1985, 102:6.
2. Gottlieb, Michael; UCLA Conference: The Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Ann of Int. Med.* 1983; 99:2.
3. Fauci, Anthony: N.I.H. Conference: Acquired Immunodeficiency Syndrome: Epidemiologic Clinical, Immunologic and Therapeutic Considerations. *Ann of Int. Med.* 1984; 100:1.
4. Boletín Epidemiológico, Organización Panamericana de la Salud. Información actualizada sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 1985, 6: No. 1, 19.
5. Santaella, Marial: Another Look at the Acquired Immunodeficient Syndrome. *Bol. Mod. Asoc. Med. P. Rico*, 1984; 76:6, Jun.
6. Pérez Rigan, José: Sida/"AIDS ": Estadísticas en Puerto Rico y Referencias Utiles. *Bol. Med., ASC. Med. P. Rico*: 1984; 76:3 marzo.
7. Informe de una reunión de la OMS: Foro Mundial de Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: Situación Actual. 1985; 6:7.
8. Crónica O.M.S.: SIDA, ¿a dónde vamos a parar? 1985; 39:3.
9. Bolletin de la Société Suisse de Chimie: S.I.D.A. Dos Informes Europeos. *Clinique* 1985; 26, 36-45.
10. The Syndrome of Kaposi Sarcoma and Opportunistic Infections: An Epidemiologically Restricted Disorder of Immunoregulation. *Ann of Int. Med.* 1982; 96:6 (Part 1).