

CARTA A LA DIRECTORA

Inicio del sida o diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

AIDS beginning or late diagnosis of the infection due to the human immunodeficiency virus

MsC. Ventura Puente Saní y MsC. Iván de Jesús Arias Deroncerés

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

Santiago de Cuba, 5 de octubre de 2015

A: Luisa Acosta Ortega
Directora de la revista MEDISAN

Primum non nocere

Estimada directora:

Después de haber leído el artículo "Diagnóstico rápido de la infección por VIH/sida"¹ del Dr. José Antonio Lamotte Castillo -- profesor de Medicina Interna --, donde se significa que la prueba rápida de detección del virus de la inmunodeficiencia humana/sida constituye una alternativa práctica para establecer el algoritmo diagnóstico de la posible infección, nos motivó a reflexionar no solamente en este aspecto, sino además acerca de los pacientes con inicio clínico de sida o diagnóstico tardío del virus; situación que en la actualidad constituye un problema de salud en las instituciones sanitarias, e incide en la mortalidad precoz a causa de dicho proceso morboso, mayormente en poblaciones clave de mayor riesgo que requieren intervenciones preventivas específicas (hombres que realizan sexo con hombres, grupos de transexuales, personas que viven con VIH y sus parejas, practicantes de sexo transaccional y sus parejas, adolescentes y jóvenes, mujeres).²

Cabe señalar que se diagnostica la aparición del sida cuando exista una enfermedad asociada en estadio 3 o 4, según la estadificación clínica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2010,³ o sea, cuando se manifiesten síntomas avanzados o graves, o CD4 basal menor de 200 células x mm³ o menor de 15 %; sin embargo, para otros autores⁴ un individuo padece sida si antes de ser identificado como portador del VIH, o en el momento del diagnóstico, o en el período de 6 meses después de establecida su seropositividad, cumpla con la definición de la OMS de "caso de sida".

En el denominado diagnóstico tardío se incluye a toda persona que antes o en el momento de hallársele el VIH, o durante 6 meses después de determinada su seropositividad, presente al menos 2 exámenes de conteo de CD4 por debajo de 350 células x mm³, independientemente de si existen manifestaciones clínicas o no, o alguna enfermedad de las entidades menores asociadas al sida (incluidas en la lista del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades — categoría B —), sea cual sea el inicio clínico. La prueba rápida desempeña un papel importante y siempre estará disponible en los laboratorios de los hospitales provinciales. Al respecto, no se puede olvidar el algoritmo diagnóstico establecido en Cuba, consistente en 2 pruebas de elisa que den positivas, efectuadas en la red de laboratorios; una prueba rápida que también dé positiva, realizada en el laboratorio de un centro provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología, y confirmada posteriormente en el Laboratorio de Investigaciones del SIDA; además de un test de elisa de cuarta generación y otro de inmunotransferencia.²

Durante el período 2010-2014, en Santiago de Cuba fueron diagnosticados tardíamente 90 afectados;⁵ de ellos fallecieron 30 en esa etapa. En el 2015 se notificaron 23 casos, de los cuales murieron 7; distribución similar se ha observado en otros estudios^{6,7} efectuados en la región. Los datos demuestran la falta de visión de riesgo del personal médico, pues estos pacientes habían asistido en varias ocasiones a centros sanitarios (consultorio médico, cuerpos de guardia, salas de hospitalización) y no se sospechó que padecieran la enfermedad, por lo que se impone un enfoque de riesgo que posibilite considerar la presencia del virus, a fin de accionar oportunamente y disminuir el impacto de los años de vida potencialmente perdidos en la población clave; en la medida que la precocidad del diagnóstico sea significativa, se determinará el pronóstico. De igual forma, el estadio clínico es útil en la evaluación inicial (primer diagnóstico de infección por el VIH) o en la atención a largo plazo de pacientes portadores del virus y en el seguimiento de aquellos incluidos en programas de atención. Se ha demostrado que los estadios clínicos se relacionan con la supervivencia, el pronóstico y la progresión de la enfermedad en afectados sin tratamiento antirretroviral.

La incertidumbre del médico ante cualquier situación clínica o profesional, debe ser controlada lo mejor posible para obtener una evaluación clínica correcta, con la aplicación de conocimientos sólidos, habilidades altamente desarrolladas y métodos adecuados, a partir de la vulnerabilidad del paciente y una apropiada valoración integral de todos los elementos epidemiológicos que pudieran condicionar la infección por el VIH, de manera que se establezcan las acciones necesarias. En ello se impone la realización continua de cribados, la pesquisa activa para identificar a los infectados con el VIH mediante la prueba rápida o convencional, pues se considera que esta sea un indicador de anticipación del diagnóstico, siempre con el consentimiento informado de la persona o de sus familiares.

Cuando por cualquier motivo se obvia la visión integradora de la atención médica en un servicio clínico o quirúrgico, o en la consulta del médico de familia, o en una consulta especializada, y el tiempo de diagnóstico del VIH se prolonga más de 6 meses o 1 año, se puede considerar que ha sido demorado o tardío (por falta de percepción clínica). Por tanto, el paciente se encuentra en los inicios del sida asociado a una infección oportunista, con deterioro marcado del sistema inmunológico y sin el tiempo suficiente para que el organismo reaccione al tratamiento antirretroviral; en consecuencia, el paciente muere. Otra alternativa comprobada, según nuestra experiencia, es la del paciente diagnosticado tardíamente en quien se administró tratamiento antirretroviral altamente efectivo, con buen cumplimiento terapéutico, pero que falló, tal vez por una resistencia virológica demostrada o sospechada, por existir una reinfección con varias cepas del virus del sida o un sistema inmunológico debilitado. Resulta importante

destacar que el tratamiento con regímenes antirretrovirales potentes y eficaces puede revertir y mejorar el estado clínico, de acuerdo con la recuperación inmunitaria y la supresión de la carga viral.

En relación con el control de la epidemia, se deben seguir realizando acciones para mejorar el diagnóstico oportuno, y así aumentar el número de personas que conozcan su condición de seropositividad, con vistas a lograr los desafíos hacia las metas 2020. A tales efectos, es necesario tener en cuenta los episodios de atención y reconocer los heurísticos, con visión, juicio clínico humanizado y enfoque de riesgo hacia todos aquellos con elevadas posibilidades de presentar sida. Lo primero es no hacer daño (*primum non nocere*), no estigmatizar, no discriminar, aceptar, ayudar y apoyar; iniciar de inmediato la valoración clínica o nosognóstica, inmunológica y virológica de los enfermos -- el estado inmunitario de una persona infectada por el VIH puede evaluarse midiendo la cifra absoluta (por mm³) o el porcentaje de linfocitos CD4+ y la carga viral --, así como las diferentes evaluaciones médicas con la periodicidad indicada, que son, en definitiva, las que indican la aparición del sida o diagnóstico tardío del VIH.

Las metas muy bien estimadas hacia el 2020 ("90-90-90"), para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe,⁸ y en las cuales también se encuentra involucrada Cuba, son: 1. aumentar a 90 % la proporción de personas que conozcan el diagnóstico de VIH, 2. aumentar a 90 % la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral, 3. aumentar a 90 % la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable; actualmente se plantea una cuarta meta, que es reducir los diagnósticos tardíos.⁹ En otras palabras, ampliar la pesquisa contribuirá a que las personas que viven con el virus accedan a los servicios de atención y reciban el tratamiento adecuado; ampliar el tratamiento contribuirá a mejorar la salud de las personas con VIH, a reducir las infecciones asociadas al sida y prevenir otras; por último, una carga viral suprimida es clave para controlar el daño de la infección en el afectado con VIH y también reducirá drásticamente el riesgo de infectar a otros.

Para dar por concluido, el diagnóstico tardío de la infección por VIH/sida o el inicio clínico del sida constituye un problema de salud importante para el grupo de mayor vulnerabilidad en Cuba: hombres que tienen sexo con otros hombres, en quienes la mortalidad es elevada a menos que se les diagnostique precozmente. Sugerimos al personal sanitario ampliar la visión de riesgo, con un enfoque preventivo médico-asistencial más humanizado y no discriminatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lamotte Castillo JA. Diagnóstico rápido de la infección por VIH/sida. MEDISAN. 2014 [citado 2 Oct 2015]; 18(3): 292-394. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000300001
2. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Plan Estratégico Nacional para la prevención y el control de las ITS y el VIH/sida/ 2014-2018. La Habana: MINSAP; 2013 [citado 2 Oct 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/sida/files/2014/03/pen-primera-parte.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños. Washington, D.C.: OPS; 2009 [citado 29 Oct 2015]. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DEFINICION_ESTADIFICACION2.pdf

4. Díaz Torres HM, Lubián Caballero AL. Definición de caso y clasificación de la infección por VIH y SIDA. Rev Cubana Med. 1998 [citado 2 Oct 2015]; 37(3):157-65. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol37_3_98/med05398.htm
5. Puente Saní V, Montoya Rivera J, García Céspedes ME, Oropesa Roblejo P. Visión epistemológica del diagnóstico clínico tardío del sida en el proceso de formación del residente de medicina interna. MEDISAN. 2015 [citado 2 Oct 2015]; 19(1): 102-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000100014
6. Bolaños Gutiérrez MR, Rojo Pérez N. Prevención y diagnóstico tardío de SIDA en Ciudad de La Habana, 1986-2007. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 29 Oct 2015]; 25(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi03209.htm
7. Oropesa González L, Sánchez Valdez L, Berdasquera Corcho D, Gala González A, Pérez Ávila JL, Lantero MI. Debut clínico de SIDA en Cuba. Rev Cubana Med Trop. 2007 [citado 29 Oct 2015]; 59(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol59_2_07/mtr08207.htm
8. Rodríguez Casas JE, Zamora González S, Fidalgo Carbó YM. VIH/SIDA: prevención y diagnóstico tardío. Morón 1986-2011. MEDICIEGO. 2013 [citado 19 Nov 2015]; 19(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_01_13/pdf/T2.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. "90-90-90", las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2015 [citado 19 Nov 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=848:90-90-90-las-nuevas-metas-2020-para-controlar-la-epidemia-de-vihsida-en-america-latina-y-el-caribe&catid=681:vih-sida&Itemid=239

Recibido: 24 de noviembre del 2015.

Aprobado: 26 de abril del 2016.

Ventura Puente Saní. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ventura@hospclin.scu.sld.cu