



SIDA y pulmón

R. Vidal Plá

Hospital General Universitario Vall d'Hebron.
Barcelona

El SIDA, en sus 10 años de existencia, ha alterado profundamente muchos aspectos de la medicina. Desde la aparición de los primeros casos, se intentó caracterizar el germen causal, conocer los mecanismos de contagio, así como encontrar un tratamiento efectivo y una vacuna que previniera la infección. A todos estos esfuerzos se han destinado un número muy considerable de recursos en todos los países, dadas las presiones sociales y el temor de las autoridades sanitarias ante la extensión de la epidemia y las perspectivas sanitarias, sociales y económicas futuras. Estos recursos han potenciado mucho la investigación virológica e inmunológica, así como la infectología, la epidemiología y la medicina preventiva.

Debido al riesgo de contagio y a las dificultades de trato con los drogadictos, que en España son el grupo de riesgo más numeroso, inicialmente se dejó el manejo de estos pacientes a grupos reducidos de médicos que trabajaban en zonas aisladas de los hospitales. Sin embargo, la certeza que se tiene hoy en día de que difícilmente se encontrará una vacuna efectiva en los próximos años, la extensión de la epidemia de SIDA a toda la geografía mundial, el salto de la infección desde ambientes marginales y grupos de riesgo específico hasta la población general y el número elevado de portadores del virus y de enfermos en tratamiento con una esperanza más prolongada de supervivencia gracias a los nuevos tratamientos, hacen que en la actualidad, todos los profesionales de la salud sin excepciones, se vean implicados en el manejo de esta enfermedad y hayan desbordado las áreas de aislamiento.

A finales de 1991, ya se han registrado unos 400.000 casos de SIDA en el mundo, 60.000 en Europa y unos 9.000 en España, con una estimación de que existe un promedio de unos 10 casos de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por cada caso de SIDA.

Casi todas las proyecciones sobre el futuro de la enfermedad, indican un crecimiento a un ritmo todavía desconocido del número de infectados, la mayoría de los cuales enfermarán al cabo de pocos o muchos años, por lo que se requerirán grandes esfuerzos sanitarios para la prevención y para el tratamiento y manejo de estos enfermos, así como para atender los problemas sociales que plantean¹.

Arch Bronconeumol 1992; 28:1-2

La inmunodepresión causada por el VIH ha provocado la aparición de enfermedades nuevas y aumenta mucho la frecuencia de otras bien conocidas. Todas ellas afectan con frecuencia al aparato respiratorio, en el que se pueden diagnosticar infecciones que eran casi desconocidas, como neumonías por pneumocistis, herpes, citomegalovirus etc, o enfermedades prácticamente nuevas como el sarcoma de Kaposi o algunas formas de neumonitis intersticial. Por otra parte, enfermedades conocidas como el linfoma pulmonar, la neumonía bacteriana y sobre todo la tuberculosis, se presentan con mucha mayor frecuencia y suelen adoptar una forma clínica atípica. Incluso no es rara la asociación simultánea de dos o más de estas enfermedades respiratorias, por lo que deben realizarse muchas técnicas diagnósticas respiratorias y se recaba con frecuencia nuestra opinión de expertos en temas neumológicos.

Por otra parte, no es raro el hallazgo de anticuerpos frente al VIH en pacientes en los que no se sospechaba, por no pertenecer a los grupos de riesgo clásicos, lo cual hace que nuestro índice de sospecha de la infección por VIH debe incrementarse ante enfermos con patología respiratoria. De hecho, la OMS y los expertos norteamericanos ya aconsejan practicar su determinación sistemática en los enfermos con tuberculosis².

Por lo tanto, el neumólogo descubrirá muchas veces a pacientes con SIDA o con VIH+ en su consulta o en la sala de hospitalización y deberá tomar medidas de protección para el personal sanitario, dar consejos al enfermo para evitar la transmisión de la enfermedad, estudiar la situación inmunitaria para conocer el pronóstico y remitirlo a las unidades del SIDA para el inicio del tratamiento antivírico, hacer los controles periódicos y la profilaxis y el tratamiento de las complicaciones.

Las técnicas diagnósticas neumológicas deben utilizarse cada vez con más asiduidad en un momento u otro de la evolución de la enfermedad. La broncoscopia con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial es una técnica imprescindible para el correcto diagnóstico de la mayoría de afectaciones respiratorias. Las biopsias de ganglios, drenajes pleurales y mediastínicos y biopsias quirúrgicas pulmonares y de ganglios mediastínicos, son solicitadas muchas veces a los cirujanos torácicos, quienes además deben interve-



nir quirúrgicamente traumatismos, agresiones y enfermedades comunes en enfermos con VIH+.

Aunque el riesgo es mínimo, hay descritos casos de contagio de personal sanitario tras exposición profesional a material contaminado y también se ha observado el contagio de enfermos a partir de médicos portadores del virus; estas situaciones implican el conocimiento y la aplicación estricta de las medidas de protección universales³, ante la realización de actos médicos con cualquier enfermo, extremando las precauciones cuando se trabaja con pacientes conocidos como VIH+. Por otra parte, algunas enfermedades que acompañan al SIDA, como la tuberculosis o la hepatitis, tienen un riesgo todavía mayor de ser transmitidas y ya se han descrito microepidemias de tuberculosis en hospitales, que afectan tanto a enfermos como a personal sanitario que estaba en contacto con ellos⁴. El riesgo de contagio de la tuberculosis también hay que tenerlo en cuenta al practicar técnicas como la broncoscopia, los tratamientos inhalatorios y la obtención del esputo inducido⁵.

El coste económico y social del SIDA es muy importante y ha provocado un incremento en los gastos sanitarios de la mayoría de países; aparte del coste directo que representa la hospitalización, personal sanitario, técnicas diagnósticas y tratamientos, se ha multiplicado el dinero que debe emplearse en medios de protección, investigación, tratamiento de enfermedades asociadas, etc. Este gasto se va incrementando, ya que la supervivencia de los pacientes con SIDA es más prolongada y los diagnósticos, tratamientos y profilaxis se han hecho más efectivos y, por lo tanto, se emplean más y durante un tiempo mayor. Se calcula para los países europeos, que el gasto anual por enfermo es de unos 6 millones de pesetas: 5 millones para hospitalización y 1 millón para medicación y otros gastos.

Los enfermos ingresan unas tres o cuatro veces al año, con una media de uno a dos meses de permanencia en el hospital, requiriendo un cierto aislamiento y en España, donde la mitad de los enfermos padecen en algún momento tuberculosis, se requiere un aislamiento aéreo riguroso, no sólo respecto de los enfermos sin SIDA, sino de otros enfermos con SIDA sin tuberculosis, en los que el riesgo de contagio es bastante más alto. También han incrementado mucho la ocupación de servicios de urgencias, áreas de estancia corta, hospitales de día y unidades de cuidados intensivos.

Por lo tanto, el SIDA ha provocado una elevación importante de los gastos sanitarios, que se destina a material, medicación, personal y espacio en los hospitales, que continuará y se incrementará en las próximas décadas. Hasta ahora, los más beneficiados con estos medios en presupuesto, número de camas y aumento de plantilla han sido los pioneros en esta lucha, las unidades de SIDA que en general en nuestro país, están a cargo de infectólogos e internistas; en otros países como en Gran Bretaña, una tercera parte de estas unidades están atendidas por neumólogos⁶ y parece ineludible que los especialistas de aparato respiratorio, de forma rápidamente progresiva, nos veamos involucrados en el manejo (diagnóstico, tratamiento, profilaxis y prevención) de las frecuentes enfermedades respiratorias que padecen los portadores de VIH y los enfermos de SIDA.

Con este número monográfico de Archivos de Broncología, hemos pretendido que algunos de los máximos expertos españoles de distintas especialidades, con amplia experiencia en el manejo de las diferentes facetas de esta compleja enfermedad, revisen la importancia actual de esta relación del SIDA con el aparato respiratorio. De esta manera, neumólogos y cirujanos torácicos podremos tomar conciencia de la necesidad de conocer a fondo al SIDA como una enfermedad respiratoria más e implicarnos de forma decisiva en los equipos interdisciplinarios que previenen, diagnostican y tratan a estos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. CDC. Estimates of HIV prevalence and projected AIDS cases. *MMWR* 1990; 39: 110-119.
2. Barnes PF, Bloch AB, Davidson PT, Snider DE. Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. *New Engl J Med* 1991; 324: 1.644-1.650.
3. CDC. Recommendations of prevention of HIV in health care settings. *MMWR* 1987; 36: 1S-19S.
4. Di Perri G, Cruciani M, Danzi M CH et al. Nosocomial epidemic of active tuberculosis among HIV-infected patients. *Lancet* 1989; 2: 1.502-1.504.
5. Dooley SW, Castro KG, Hutton MD, Mullan RJ, Polder JA, Snider DE. Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in health-care settings, with special focus on HIV-related issues. *MMWR* 1990; 39: 1-29.
6. Church S, Owen S, Woodcock AA. AIDS and UK respiratory physicians: attitudes to confidentiality, infection control, and management. *Thorax* 1990; 45: 49-51.