ARTÍCULOS PRINCIPALES

LA PANDEMIA DEL SIDA LLEGA A COSTA RICA

LIC. RICARDO QUESADA LÓPEZ-CALLEJA*
Abogado

Aparentemente el SIDA llegó a Costa Rica en una fecha que podemos situar hacia 1983. Sin embargo, investigaciones que ahora se realizan en las historias clínicas de personas que fallecieron en condiciones peculiares, podrían revelar que otros costarricenses padecieron el mal antes pero la falta de conocimiento en los círculos médicos sobre el particular impidieron que se percataran de lo que sucedía. Los casos de 1983 se refieren a dos homosexuales negros, oriundos de la provincia de Limón, los cuales contrajeron el SIDA en los EE.UU., país que hoy es el principal foco de contaminación en el mundo de esta espantosa enfermedad. El primero de los pacientes, vecino de Siquirres, regresó a morir en Costa Rica, el otro fue traído en cenizas en una urna. Desde esa fecha hasta hoy no menos de una decena de personas ha fallecido en nuestros hospitales y clínicas privadas. La mayor parte de ellos víctimas de un error imperdonable. Se trató de hemofílicos a los cuales se les inyectó factores de coagulación, 8 y 9, procedente de los EE.UU., vendido a la Caja Costarricense de Seguro Social por los laboratorios Cutter. Los factores mencionados no fueron analizados previamente para comprobar su pureza porque las autoridades médicas partieron de la falsa premisa de que todo lo que procede de los EE.UU. tiene que ser bueno y estar en perfectas condiciones. . .

Esta y otras situaciones, fueron conocidas públicamente a raíz de una polémica que el autor de estas líneas tuvo con el Ministro Dr. Juan Jaramillo A. Aún a casi un año de la dicha confrontación, poco es lo que se ha logrado en los controles de la enfermedad en lupanares, bares, saunas, etc.

Las autoridades de salud persisten en minimizar el peligro que representa el SIDA, dizque para no alarmar a la población, cuando ya la opinión pública conoce acerca del problema a través de los medios de comunicación y está en ascuas. En Costa Rica, como en otras naciones de la tierra, el fenómeno se presenta casi idéntico.

Algunos quieren tapar el sol con un dedo y destruir al retrovirus con retórica.

¿Qué es el SIDA?

Lo causa un retrovirus patogénico el cual codifica su mensaje genético en ácido ribonucleico. Utiliza una enzima denominada transcriptasa inversa para insertar su genoma monofilamentoso dentro del linfocito OKT4/Leu3a y lo incorpora al código genético del bifilamento del compuesto de ácido desoxirribonucleico. Una vez dentro de la célula se reproduce con y a pesar de ella y destruye el sistema inmunológico humano. Más aun, los síntomas neurosiquiátricos que presentan muchos de los pacientes del SIDA están relacionados con el hecho de que el retrovirus infiltra e infecta el tejido del sistema nervioso. Estos daños son irreparables en las células cerebrales así como en la médula espinal. Sumamos así la demencia a los efectos que el SIDA produce en los seres humanos.

Una vez inserto el retrovirus en el cuerpo puede permanecer inactivo durante largos períodos –hasta de 40 años según se ha descubierto en pacientes africanos– o mostrar su letal agresividad en períodos que varían de semanas hasta cinco años.

Como antecedente histórico es importante mencionar que fueron los científicos soviéticos Volpin y Astrachan quienes en 1958 descubrieron como, mediante la acción enzimática, el RNA se incorpora al ADN. Por su parte los científicos Temin, Baltimore y Mituzani hacia 1970 descubren, en particular, la enzima transcriptasa inversa y su labor retroviral. Finalmente son los especialistas del Instituto Pasteur, F. Barré-Sinoussi, JC Cherman, F. Rety y L. Montagnier quienes descubren el retrovirus causante del SIDA y lo bautizan con el nombre de Virus Linfadenopático Asociado, L.A.V. y publican en la revista "Cell", 1983, EE.UU., el resultado de sus extraordinarias investigaciones. Seis meses más tarde, otro equipo de especialistas norteamericanos del Instituto Nacional del Cáncer de Bethesda, Maryland, bajo la dirección del Dr. R. Gallo, rebautizan el retrovirus con el nombre de HTLV–III, Virus Linfotrópico Asociado a la célula T humana.

Norteamericanos y franceses comprueban que el retrovirus presenta una excepcional capacidad de multiplicación –hasta hoy desconocida– así como una variabilidad morfológica genética. Su constante evolución no cesa y en esa medida también evoluciona la membrana que lo envuelve. A eso obedece el hecho ya conocido en los círculos médicos que los especialistas sean pesimistas respecto a la futura producción de una vacuna salvadora, la cual, como se sabe, debe fabricarse a partir del análisis bioquímico de la constitución proteica de la dicha membrana. Si el prodigio fuera fabricado sólo serviría para contrarrestar la acción de un retrovirus que existió y que ya no existe. Algo así como pretender dispararle a un blanco mutante perpetuo que además cambia de lugar cada segundo. Una labor imposible.

Esta desalentadora realidad, sumada al hecho de que no hay medicina actual capaz de curar el mal convierte al SIDA en el mayor peligro que hoy amenaza a la humanidad. Corremos el riesgo de que la especie se extinga al dejarla expuesta a la destrucción total de su sistema inmunitario y al ataque de muchísimas enfermedades oportunistas como las que a continuación se mencionan, sin tener esta lista por exhaustiva.

** Autor invitado.*

MICROORGANISMOS	LOCALIZACIÓN	MANIFESTACIÓN CLÍNICA
Protozoos		
Neumocistitis carinii	Pulmones	Neumonía
Toxoplasma gondii	CNS, ojos y corazón	CNS, coriotenitis
Cryptosporidium	Tracto G.I.	Diarrea, colecistitis
Entamoeba histolítica	Tracto G.I.	Diarrea, colecistitis
Giardia lambia	Tracto G.I.	Diarrea, colecistitis
Hongos		
Cándida	Faringe y esófago	Esofagitis y ulceraciones
Cryptococus neoformans	CNS, ganglios linfáticos, sangre, orina, médula ósea	Meningitis y neumonía
Histoplasma capsulatum	Pulmones, ganglios linfáticos, médula ósea, ojos, hígado y sangre	Neumonía, coriorrenitis
Coccidioides immitis	Pulmones, tejidos subcutáneos	Neumonía
Bacterias		
Micobacteria aviumintracelulare	Ganglios linfáticos, médula ósea, sangre, hígado, pulmones, piel, intestinos	Pancitopenia, neumonía, linfadenitis, enteritis
Micobacterium tuberculosis	Idem anterior	Idem anterior
Legionella	Pulmones	Neumonía
Salmonella, Shigella	Intestinos	Diarrea
Virus		
Citomegalovirus	Diseminados en ojos, riñones, CNS, hígado, tracto G.I., pulmones, aparato genital masculino, células endoteliales	Neumonía, encefalitis, coriorrenitis, hepatitis, esofagitis, enteritis, colitis, insuficiencia renal, sarcoma de Kaposi
Herpes simplex	Mucocutáneo	Ulceraciones
Epstein-Barr	Ganglios linfáticos y sangre	EBV—linfomas
Hepatitis a virus	Hígado	
Poxvirus		
Papilomavirus		

Fuente de información: AIDS, a Basic Guide for Clinicians, p. 113, Copenhague, 1984.

Como si lo anterior no bastara, recientemente se ha descubierto que el retrovirus presenta variabilidad genoménica en el orden geográfico, térmico y étnico. . .

Nos enfrentamos a un enemigo formidable que la humanidad no imaginó antes.

El SIDA es de una malignidad creciente, razón por la cual es suicida subestimarlo e inadmisible pretender minimizarlo ante los ojos de la colectividad.

No se trata de que por conocer del problema aumentemos el peligro. Este ya existe. Lo que debemos hacer es afrontarlo con frialdad y conocimiento. Sólo cuando se ha ubicado al enemigo y se conoce su potencialidad, es posible combatirlo con eficacia y evitar una mayor cantidad de víctimas. El SIDA no escoge sexo, país, posición económica y social.

Medidas de precaución

En nuestro país el Ministerio de Salud ha distribuido un pobre folletito en que se instruye a la población acerca del SIDA y sus formas de contagio. El contenido de la publicación es deplorable porque, deliberadamente, omite la gravedad de la pandemia y su transmisión. Para mejor salud y tranquilidad públicas veamos a continuación las medidas de seguridad exigidas en centros hospitalarios, estaciones de bomberos y policías que recomienda el Instituto Nacional del Cáncer y el Ministerio de Salud de los EE.UU. Estas medidas dan idea de la facilidad de contagio que existe.

1. No permitir que mujeres preñadas, personas con el sistema inmunológico deprimido o bloqueado, con heridas abiertas, manejen especímenes de enfermos de SIDA.
2. Las personas no autorizadas no pueden tener acceso a los lugares que manejen tejidos de pacientes de SIDA.
3. Debe evitarse el contacto directo con la piel, tejido conjuntivo, membranas, mucosas, sangre, fluidos corporales, excreciones y tejidos de enfermos de SIDA. Si debe hacerlo use doble guante.
4. Debe evitarse al máximo el producirse heridas accidentales con instrumentos punzocortantes que se usen en pacientes de SIDA, aerosoles o derrames y salpiques de fluidos humanos de pacientes de SIDA.
5. Es obligatorio el uso de máscara, anteojos, delantales, cubrebotas, gorra por parte del personal médico y paramédico que atienda a enfermos de SIDA. Todo el antes mencionado material debe ser a prueba de agua y tiene que desecharse después de haber sido usado por el personal en la atención de enfermos del mal o de haberse practicado autopsias en fallecidos por SIDA. Ese equipo tiene que incinerarse después de desechado. Máximas precauciones deben usarse cuando se corten huesos con sierras eléctricas que dispersen partículas en el aire.
6. Con extremo rigor tiene que esterilizarse el instrumental de trabajo y los recipientes que recojan desechos de enfermos de SIDA y el equipo para el personal, así como superficies de trabajo (mesas, colchones, sábanas etc.). Las superficies duras, tales como mesas, sillas etc., se lavarán con solución de hipocloruro de sodio 5,25 %, (blanqueador casero) en proporción 1:10. El instrumental además de lavarse con las soluciones anteriores se esterilizará en autoclave durante 15-30 minutos a temperaturas de 121°C y con presiones no menores de 20 libras por pulgada cuadrada.
7. Los fluidos corporales de los pacientes de SIDA deben esterilizarse antes de lanzarlos a las cloacas. El manejo de cadáveres de fallecidos por SIDA debe ser extraordinariamente riguroso. La incineración del cuerpo es lo más aconsejable, de no ser posible el resto debe colocarse en bolsa especial, bien etiquetado y con detalle de la causa de fallecimiento por SIDA. Sus órganos no pueden ser trasplantados a otros seres humanos. Los tejidos del enfermo o fallecido no deben ser utilizados por estudiantes a menos de que sean manejados por profesores especialistas

suspensión fue completa, unilateral izquierda.

Caso 2: correspondía a un hombre de 48 años, cubano, casado, subsidiado, de 83 kg de peso y 169 cm de talla. Antecedentes de psicosis con tentativas de suicidio. La suspensión fue completa, unilateral derecha.

Caso 3: hombre de 80 años, español, viudo, campesino, de 65 kg de peso y 178 cm de talla. La suspensión fue completa, unilateral derecha.

Comentario

El nuevo signo que describimos consiste en una hemorragia longitudinal por debajo de la capa íntima, cuya superficie endotelial permanece indemne, en la arteria carótida primitiva.

Signo de Domínguez-Páez

En la carótida común o primitiva, nótese una mancha oscura, alargada, paralela al eje de la arteria, que corresponde a la hemorragia por debajo de la capa íntima, la cual no muestra daño de su endotelio.

En los tres casos de nuestra casuística el sangrado se produjo en una placa de ateromatosis, a nivel del surco de ahorcadura. Lo explicamos por la comprensión sobre los capilares neoformados del tejido de granulación subintimal, así como sobre los capilares de la capa media.

En cambio, el signo descrito en 1828 por el cirujano francés Jean Zulema Amussat (1796-1856) consiste en el desgarro transversal de la capa íntima de la carótida primitiva.

Balthazard al mencionar que Hofmann había encontrado el signo de Amussat en el 80 por ciento de las ahorcaduras, aclaraba que esa elevada frecuencia no era aceptada por todos los autores. Simonin en 1955 sólo le asignaba una incidencia del 4 por ciento.

Debe tenerse en cuenta que en siglos pasados existía la ahorcadura judicial en Francia. En esos casos la tracción era incrementada con el peso del verdugo que se dejaba caer sobre los hombros del ajusticiado o lo sacudía de los pies, o mediante el lanzamiento del reo al vacío desde una altura de dos a tres metros.

Obviamente, esta situación de la ahorcadura judicial de esa época es muy diferente a la actual de la ahorcadura suicida a la que corresponden nuestros casos.

BIBLIOGRAFÍA

BALTHAZARD, V., *Medicina Legal*, 6a. ed., Salvat, Barcelona, 1947.

LÓPEZ-GÓMEZ, L. y GISBERT-CALABUIG, J.A., *Tratado de Medicina Legal*, Saber, Valencia, 1962.

ROJAS, N., *Medicina Legal*, 7a. ed., El Ateneo, Buenos Aires, 1959.

SIMONIN, C., *Médecine Légale Judiciaire*, 3m. ed., Maloine, París, 1955.

DOMINGUEZ-PAEZ SIGN. Publio Paez, M.D., Forensic pathologist, Havana, Cuba.

A new sign of death by hanging is described. It consists of axial hemorrhage beneath intimal surface of common carotid artery without intimal tear. Differential diagnosis with Amussat's sign is made.

AUDIOFONIATRÍA Y MEDICINA LEGAL: "LA SIMULACIÓN AUDITIVA"

DR. JUAN JOSÉ MADRIZ ALFARO*
Servicio de Audiología y Foniatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, México, D.F. - México.

La audiofoniatría, madurando y consolidándose en las últimas décadas como disciplina dentro del repertorio sinfónico de la Medicina, es la joven especialidad que dedica su atención al diagnóstico, estudio y manejo rehabilitatorio de los problemas de la audición, la voz y el lenguaje. Dentro del concepto moderno de trabajo en equipo multidisciplinario, la audiofoniatría junta sus herramientas con la lingüística, la pedagogía, la psicología, la física acústica y la medicina pediátrica, la neurología y la gerontología, entre otras, para desarrollar una noble y efectiva labor en beneficio del "Minusválido comunicativo".

A través de la observación paciente, del conocimiento y el juicio clínico, de la explotación racional de los recursos tecnológicos en evolución y aún del aprovechamiento de la sofisticación electrónica y cibernética, esta especialidad se adentra en los intrincados mecanismos neurofisiológicos y psicoacústicos que rigen las complejas interacciones entre la audición y el lenguaje. Junto con otros especialistas, estudiosos de las estructuras comunicativas lingüísticas en el ser humano, la audiofoniatría contribuye en la búsqueda de respuestas a preguntas fundamentales como: ¿Por qué y cómo hablamos? ¿Cómo percibimos el sonido? ¿Por qué un niño que oye normalmente no desarrolla lenguaje? ¿Cómo medir con objetividad y máxima precisión la realidad auditiva de un paciente? ¿Cómo rehabilitar mejor a un niño sordo de nacimiento? ¿Cómo enseñar a hablar a un paciente laringectomizado, a un afásico, a un glosectomizado?, etc.

El audiofoniatra, como especialista médico, o el audiólogo, en aquellos países donde la audiología se concibe como un postgrado tecnológico en estrecha correlación con la Medicina, aportan su conocimiento y recursos a la justicia y la Medicina legal, proporcionando los medios para estimar situaciones como: 1) Evaluación de la simulación auditiva. 2) Evaluación de sorderas profesionales u ocupacionales relacionadas con ruido industrial u otros tóxicos. 3) Evaluación de pérdidas auditivas o vestibulares para determinar incapacidad laboral. 4) Evaluación de sorderas iatrogénicas por uso médico de ototóxicos. 5) Evaluación de sorderas relacionadas con accidentes de trabajo. 6) Análisis espectrográficos de voces para identificación criminal. 7) Asesoría y peritaje en problemas de "contaminación por ruido". 8) Asesoría en la elaboración de legislación relacionada con el "minusválido comunicativo" (en especial el sordo y el hipoacúsico). 9) Servicio de "Intér-

** Autor invitado. El Dr. Madriz Alfaro es médico costarricense que actualmente se especializa en Audiología y Foniatría en la ciudad de México.*