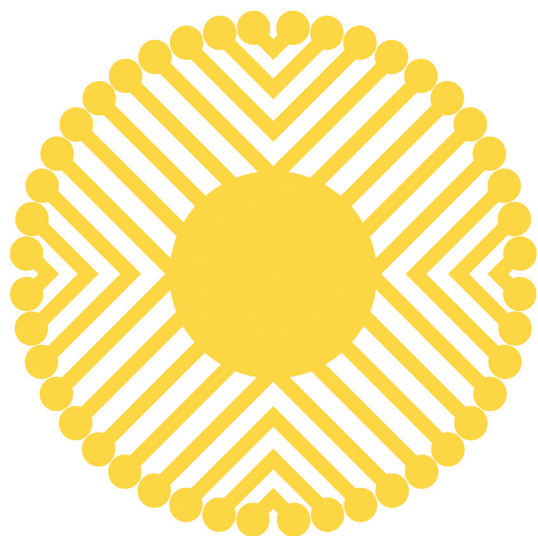




Medicina Interna

Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna

Fundada en Abril de 1985

Volumen 35

Nº 2

2019

CONTENIDO

EDITORIAL

Determinantes sociales de salud

Maritza De Jesús Durán Castillo 57

ARTÍCULOS ESPECIAL

La pandemia de Gripe Española de 1918

Samir Kabbabe..... 59

GALERÍA DE IMÁGENES

Pionefrosis en una mujer de 27 años con infecciones urinarias a repetición

Ana García, Angelie Gil, Jimmy Ángel, Margareth Peña Araque, Trina María Navas Blanco..... 66

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

Vigésima Sexta Alerta de sarampión en Venezuela.

La letalidad es 67 veces mayor en población de etnias indígenas

José Félix Oletta López, Ana C. Carvajal de Carvajal, Julio Simón Castro Méndez,
Carlos Walter Valecillos, Ángel Rafael Orihuela, Oswaldo Godoy, Andrés Barreto, Saúl O. Peña 67

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Síndrome de Guillain-Barré ¿enfrentando un nuevo brote? Reporte de 4 casos

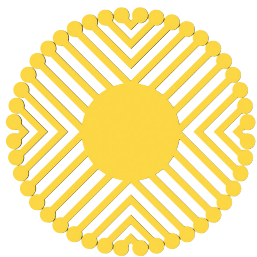
Victoria E. González Gutiérrez, Elizabeth Hernández Maurice, Jean C. Indriago C..... 73

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA

Epidemiología del VIH en Venezuela desde 1983 a 2016

Ana Coromoto Carvajal de Carvajal, Alejandro Rísquez, José Félix Oletta López,
Oswaldo Godoy..... 79

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES II



**Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Junta Directiva Nacional
2017 - 2019

Presidente
MARITZA DURÁN CASTILLO

Vicepresidente
VIRGINIA SALAZAR

Secretario General
ERIK DÁVILA

Secretario de Actas
RAMEZ CONSTANTINO CHACÍN

Tesorera
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA

Bibliotecaria
MARIFLOR VERA

Vocales
YEMINA FIGUERA
VICTORIA STEPENKA
GUSTAVO VILLASMIL
YAREMI HERNÁNDEZ
ZULLY ANDREÍNA RÉQUIZ

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORIA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
MARIFLOR VERA
MARÍA EVELYN MONSALVE
VIRGINIA SALAZAR
TRINA NAVAS
GUSTAVO VILLASMIL
JUAN PABLO GONZÁLEZ
JOSÉ ANTONIO PAREJO
MARIO PATIÑO
VICTORIA STEPENKA
MARITZA DURÁN

Consejo consultivo permanente
Presidentes de los capítulos

Sociedad Venezolana de Medicina Interna
Av. Francisco de Miranda, Edificio Mene
Grande, Piso 6 - Oficina 6-4
Teléfonos: 285.0237 y 285.4026 (telefax)
Caracas 1010 - Venezuela
e-mail: medicinainterna@cantv.net
www.svmi.web.ve

Administración y Edición
JAI 18 EDITORIAL, C.A.
Teléfonos: 0212-314.76.12 / 285.07.23
Fax: 0212-753.37.54

Revista indizada en la Base de Datos
LILACS
Miembro de ASEREME
Depósito legal: ppi201502DC4593;
pp198502DF405

Medicina Interna

**Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Fundada en Abril de 1985

Volumen 35

Nº 2

2019

C O N T E N I D O

EDITORIAL

Determinantes sociales de salud
Maritza De Jesús Durán Castillo57

ARTÍCULO ESPECIAL

La pandemia de Gripe Española de 1918
Samir Kabbabe.....59

GALERÍA DE IMÁGENES

Pionefrosis en una mujer de 27 años con infecciones urinarias a repetición
Ana García, Angelie Gil, Jimmy Ángel, Margareth Peña Araque, Trina María Navas Blanco.....66

MEDICINA INTERNA, EDUCACIÓN MÉDICA Y COMUNIDAD

Vigésima Sexta Alerta de sarampión en Venezuela. La letalidad es 67 veces mayor en población de etnias indígenas
José Félix Oletta López, Ana C. Carvajal de Carvajal, Julio Simón Castro Méndez, Carlos Walter Valecillos, Ángel Rafael Orihuela, Oswaldo Godoy, Andrés Barreto, Saúl O. Peña67

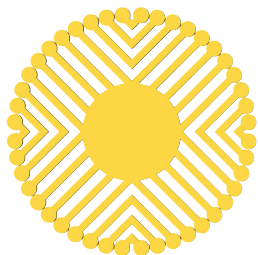
PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Síndrome de Guillain-Barré ¿enfrentando un nuevo brote? Reporte de 4 casos
Victoria E. González Gutiérrez, Elizabeth Hernández Maurice, Jean C. Indriago C.73

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MEDICINA INTERNA EN VENEZUELA

Epidemiología del VIH en Venezuela desde 1983 a 2016
Ana Coromoto Carvajal de Carvajal, Alejandro Rísquez, José Félix Oletta López, Oswaldo Godoy.....79

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.....II



**Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Junta Directiva Nacional
2017 - 2019

Presidente
MARITZA DURÁN CASTILLO

Vicepresidente
VIRGINIA SALAZAR

Secretario General
ERIK DÁVILA

Secretario de Actas
RAMEZ CONSTANTINO CHACÍN

Tesorera
CRISTINA LÓPEZ DE AYALA

Bibliotecaria
MARIFLOR VERA

Vocales
YEMINA FIGUERA
VICTORIA STEPENKA
GUSTAVO VILLASMIL
YAREMI HERNÁNDEZ
ZULLY ANDREINA RÉQUIZ

REVISTA ÓRGANO OFICIAL

EDITORA
EVA ESSENFELD DE SEKLER

Comité Editorial
MARIFLOR VERA
MARÍA EVELYN MONSALVE
VIRGINIA SALAZAR
TRINA NAVAS
GUSTAVO VILLASMIL
JUAN PABLO GONZÁLEZ
JOSÉ ANTONIO PAREJO
MARIO PATIÑO
VICTORIA STEPENKA
MARITZA DURÁN

Consejo consultivo permanente
Presidentes de los capítulos

Sociedad Venezolana de Medicina Interna
Av. Francisco de Miranda, Edificio Mene
Grande, Piso 6 - Oficina 6-4
Teléfonos: 285.0237 y 285.4026 (telefax)
Caracas 1010 - Venezuela
e-mail: medicinainterna@cantv.net
www.svmi.web.ve

Administración y Edición
JAI 18 EDITORIAL, C.A.
Teléfonos: 0212-314.76.12 / 285.07.23
Fax: 0212-753.37.54

Revista indizada en la Base de Datos
LILACS
Miembro de ASEREME
Depósito legal: ppi201502DC4593;
pp198502DF405

Medicina Interna

**Órgano Oficial de la Sociedad
Venezolana de Medicina Interna**

Established April 1985

Volume 35

Number 2

2019

CONTENTS

EDITORIAL

Social Determinants of Health

Maritza De Jesús Durán Castillo57

SPECIAL ARTICLE

The Pandemic of Spanish Influenza 1918

Samir Kabbabe.....59

CLINICAL IMAGES

A 27 seven year- old woman with recurrent urinary infections and infected hydronephrosis

Ana García, Angelie Gil, Jimmy Ángel, Margareth Peña Araque,
Trina María Navas Blanco.....66

INTERNAL MEDICINE, MEDICAL EDUCATION AND COMMUNITY

Twenty-sixth Alert of Measles in Venezuela.

Mortality was 67 times higher in indigenous population

José Félix Oletta López, Ana C. Carvajal de Carvajal,
Julio Simón Castro Méndez, Carlos Walter Valecillos, Ángel Rafael
Orihuela, Oswaldo Godoy, Andrés Barreto, Saúl O. Peña.....67

CLINICAL CASE PRESENTATION

Four cases of Guillain-Barre's syndrome, a new cluster?

Victoria E. González Gutiérrez, Elizabeth Hernández Maurice,
Jean C. Indriago C.73

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF INTERNAL MEDICINE IN VENEZUELA

Epidemiology of HIV Infection in Venezuela from 1983 to 2016

Ana Coromoto Carvajal de Carvajal, Alejandro Rísquez, José Félix
Oletta López, Oswaldo Godoy.....79

INFORMATION FOR AUTHORSII

Medicina Interna

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

1. Política Editorial

La Revista Medicina Interna (Caracas) es el órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna, depósito legal ppi201502DC4593; pp198502DF405, ISSN 2443-4396; 0798-0418. Está indexada en el Index Medicus Latinoamericano (IMLA) y registrada en la Asociación de Editores de Revistas Biomédicas Venezolanas (ASEREME), en la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME, Brasil) y en la Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud (LILACS, Brasil).

Es una publicación biomédica periódica que edita cuatro números al año y publica manuscritos de gran interés en el área de la Medicina Interna.

El Comité Editorial está constituido por el editor y un número de miembros seleccionados por la Junta Directiva Nacional de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Tiene un Consejo Consultivo Permanente integrado por los Presidentes de los Capítulos y un Comité asesor integrado por personalidades que fungen de árbitros que son seleccionados por el Comité Editorial.

Los trabajos que publica pueden ser de autores nacionales o extranjeros, residentes o no en Venezuela, escritos en castellano o en inglés, que pueden ser remitidos, pero de preferencia entregados al Comité Editorial de la revista.

Deben ser trabajos inéditos; esto es, que no han sido publicados, ni se encuentran en proceso de selección o publicación por otra revista médica, bien sea en forma parcial o total. Los autores solicitarán la publicación por medio de una carta dirigida al Comité Editorial de la revista Medicina Interna, firmada por el autor principal y el resto de los autores responsables de la investigación, acompañada del trabajo impreso. En dicha carta, el solicitante ha entregado una carta-acuerdo, donde reconoce el carácter inédito del manuscrito y acepta las condiciones de publicación de la revista Medicina Interna. Igualmente debe incluir una lista de (3) posibles árbitros con su dirección de trabajo y electrónica. El Comité Editorial se reserva el derecho de decidir si utiliza alguno de los revisores sugeridos. La autoría debe estar basada en: 1) Contribución sustancial a la concepción y diseño del estudio, obtención de datos o su análisis e interpretación, 2) Revisión crítica del artículo y 3) Aprobación de la versión final a ser publicada. La obtención de fondos, la colección de datos o la supervisión del grupo de investigación, por sí solos, no justifican la autoría. Aquellos miembros del grupo que no cumplan con los criterios para ser autores, deben ser mencionados, con su permiso, en la sección de "Agradecimientos". Los autores deberán firmar una planilla, donde especifiquen su participación. El orden de aparición de los autores, debe ser una decisión conjunta del grupo y deben aparecer aparte, la dirección del autor de correspondencia y su correo electrónico.

Una vez recibido el artículo, el autor será notificado por correo electrónico de la recepción del mismo. La res-

puesta sobre la aceptación o rechazo del documento sometido a consideración será enviada por correo electrónico en un plazo no mayor de 60 días hábiles a partir de la fecha de la carta de recepción del documento. En caso de ser aceptado, le será notificado en la carta-respuesta. El Comité Editorial al aceptar el trabajo, no se hace responsable del contenido expresado en el mismo.

El arbitraje de Trabajos Originales y Reportes de Casos será realizado por tres expertos en el área objeto de la comunicación y por 2 en el caso de las Revisiones. Dichos árbitros tendrán un plazo de dos meses para enviar su respuesta. Si las opiniones de dos árbitros coinciden, el Comité Editorial podrá tomar una decisión; en caso de discrepancia, esperará la opinión del tercer árbitro. Si la situación lo amerita, se podrán solicitar otras opiniones. El nombre de los árbitros, así como el de los autores del trabajo, serán estrictamente confidenciales. Los autores recibirán, tanto en el caso de modificaciones como en el de rechazo, las opiniones completas respecto al trabajo. Solo en casos excepcionales, el Comité Editorial podrá modificar la presentación de dichas opiniones. El plazo para responder a las recomendaciones de los árbitros, tendrá un máximo de dos meses, pasados los cuales, el trabajo será rechazado o readmitido como nuevo.

Aquellos manuscritos que no se acojan a las consideraciones indicadas y que sean rechazados por alguna de las siguientes instancias o razones: el Comité Editorial, dos árbitros que dictaminen sobre su calidad y/o contenido, no cumplimiento de los requisitos y/o las instrucciones que se mencionan a continuación, no se publicarán y en consecuencia serán devueltos a los autores en conjunto con una comunicación por escrito.

2. Manuscritos para la publicación

2.1. Tipo de artículo: La revista MEDICINA INTERNA publica editoriales, artículos de revisión, trabajos de investigación o experiencias personales, artículos sobre Medicina Interna, Salud Pública y Comunidad, reuniones anatomoclínicas, imágenes clínicas, reportes de casos clínicos, noticias de la sociedad, cartas al editor, memorias etc. Todo ello sin el compromiso de que en cada número han de cubrirse todas y cada una de las secciones rígidamente.

El Comité Editorial, una vez recibido el trabajo, tiene la potestad y la responsabilidad de editarlo para adecuarlo a aquellas normas de la Revista que no se hayan cumplido a cabalidad, sin cambiar el contenido esencial del mismo.

2.2. Instrucciones a los autores

2.2.1. Artículos originales o experiencias personales (5000 palabras o menos): Trabajos de investigación clínica o experimental donde se describe un aporte relevante que puede ser total o parcial, original en su concepción o contribuir con nuevas experiencias.

Este tipo de artículo debe tener el siguiente formato: tamaño carta, a doble espacio, con márgenes de 25 mm,

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

con un máximo de 15 páginas, en formato word, y 8 tablas com máximo. Todas las tablas y figuras deben ser reportadas en el texto y organizadas en números arábigos consecutivos.

Se aconseja el siguiente orden:

Título: Conciso pero informativo. Seguidamente los autores (aquellos que han participado activamente en la ejecución del trabajo, tanto en lo intelectual como en lo material): nombre, inicial del segundo nombre y apellidos. Nombres de los servicios, cátedras, departamentos e instituciones que participaron en la realización del estudio. Especificar jornada o congreso, nacional o internacional, donde el trabajo haya sido presentado.

Resumen y palabras clave: El resumen no debe tener más de 250 palabras. Debe sintetizar el tipo y propósitos del estudio, métodos, resultados y conclusiones. Se deben incluir entre tres y diez palabras claves, utilizando para ello los términos de Medical Subject Headings (MeSH) o encabezamiento de materia médica del Index Medicus Internacional.

Abstract: Debe ir precedido del título en inglés y nombre de los autores. El resumen en inglés debe tener el mismo contenido que el resumen en español. Al final del abstract deben colocarse las key words (palabras clave en inglés). Introducción: Sin largos recuentos históricos ni bibliográficos, debe contener el fundamento lógico del estudio u observación y mencionar las referencias estrictamente pertinentes.

Métodos: Los estudios con humanos deben incluir, en la descripción del material utilizado, la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde se realizó la investigación y seguir los delineamientos de la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2013 y el consentimiento de los individuos participantes. Igualmente para animales (código de ética).

Debe describir claramente los criterios de selección de los pacientes objeto del estudio. Identificar los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otro investigador pueda reproducir los resultados. Se deben identificar los medicamentos y productos químicos utilizados. No usar nombres, iniciales o números de historia de los pacientes. Describir los métodos estadísticos con detalles suficientes, para que el lector pueda verificar los datos informados.

Resultados: Deben presentarse siguiendo una secuencia lógica y deben describirse los datos los más relevantes, detallados en las tablas o las ilustraciones. Las tablas deben ser impresas en el texto, y deben ir, siempre que sea posible, a continuación del texto al cual hacen referencia, identificadas con números arábigos. Esto es válido también para los Gráficos, los cuales no deben repetir resultados de las Tablas ni viceversa. Las ilustraciones deben estar dibujadas o fotografiadas en forma profesional e identificadas con números arábigos, bien contrastadas y con un tamaño que no exceda los 203 x 254 mm.

Fotografías: Pueden ser en blanco y negro o en color, deben tener un contraste adecuado para su reproducción

y estar en formato TIFF, con las siguientes condiciones: las fotografías en color o en gradaciones de gris, deben tener un mínimo de 300 dpi, las de figuras y gráficos un mínimo de 600 dpi y la combinación de ambas de 500 dpi. En el caso de las microfotografías electrónicas, debe extremarse el cuidado de la nitidez de los hallazgos reportados y señalarlos por medio de símbolos. También se debe indicar el aumento utilizado. La Revista no aceptará fotografías tomadas de otras revistas sin la respectiva autorización. Las fotografías deben ser enviadas en blanco y negro y en colores. La decisión de cuál versión se imprimirá queda a discreción del Comité Editorial. Las medidas de longitud, talla, peso y volumen deben expresarse en unidades del sistema métrico decimal; la temperatura en grados Celsius; los valores de presión arterial en mm Hg; los valores hematológicos y bioquímicos, según el sistema internacional de unidades (SI). No utilizar más de 8 tablas, ilustraciones o fotografías.

Discusión: Haga énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se deriven de él. Relacione las observaciones con las de otros estudios pertinentes. Establezca el nexo de las conclusiones con otros objetivos del estudio. No haga afirmaciones generales, ni conclusiones o recomendaciones, que no sean respaldadas por los resultados del estudio.

La cita del contenido original de otras investigaciones, artículos o autores, cuyo contenido exacto es importante para la investigación, debe ir estrictamente entre comillas (""), nunca deben copiarse total o parcialmente otros contenidos para ser incluidos en la investigación de forma diferente a la especificada.

Agradecimiento: A personas o instituciones por su colaboración en la realización del estudio. **Dirección:** Para solicitud de separatas y envío de correspondencia.

Referencias: Deben numerarse en forma consecutiva según el orden de aparición y reportarse como números arábigos entre paréntesis en el texto, según las normas de Vancouver. Para estilo de la cita ver más adelante.

2.2.2. La presentación de casos clínicos (2000 palabras o menos):

Deben consistir en la presentación de casos clínicos poco frecuentes en la práctica médica. Debe ser breve y organizada de la manera siguiente: introducción, caso(s), comentarios, conclusiones y referencias bibliográficas. No se debe incluir en ese tipo de Artículo una extensa revisión bibliográfica sobre el tema en cuestión.

2.2.3. Los artículos de revisión (6000 palabras o menos):

Deben estar escritos, preferentemente por especialistas en el campo objeto de las mismas y contener las contribuciones del autor, ya sea en las referencias o con una discusión del tema revisado. El número máximo de autores es de cuatro. No se aceptarán revisiones que consistan meramente de una descripción bibliográfica, sin incluir un análisis. El cuerpo de las revisiones es libre, aunque es conveniente subdividirlo en secciones. A petición del autor, éste podrá corregir las pruebas de páginas. Las separatas deberán solicitarse previamente a la impresión y ser sufragadas por el (los) autor(es).

3. Estilo de las Referencias.

Las referencias bibliográficas deben hacerse siguiendo las normativas internacionales publicadas recientemente (puede ser consultada la Página WEB recomendaciones de Vancouver, diciembre 2017). Todas las referencias deben estar en el texto con un número entre paréntesis y citadas por orden de aparición, según las normas internacionales "*Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*", <http://www.icmje.org>; es decir, primero apellido con la letra inicial en mayúscula e iniciales del nombre, también en mayúscula (sin puntos), de todos los autores. Los nombres de todos los autores deben ir en **negritas** y separados entre sí, por comas. No se aceptarán los términos "y col." o "et al.". El título completo del trabajo tendrá mayúsculas solo al inicio y en los nombres propios. El título de la revista debe ser abreviado de acuerdo al **Index Medicus** (<http://www.nlm.nih.gov>), seguido del año de publicación; volumen: y primera y última páginas, separadas por un guión.

Todas las referencias venezolanas del tema tratado, deben ser citadas, si las hubiere.

4. Ejemplos de referencias usadas con mayor frecuencia:

4.1. Artículos de revistas periódicas:

Kertzman H, Livshits G, Green MS. Ethnic differences of body mass and body fat distribution in Israel. *Int J Obes* 1954; 18: 69-77.

4.2. Referencias de libros:

Con autor (es) de libros: Wallace DJ, Dubois EL. *Lupus Erythematosus*. Philadelphia: Lea & Febiger; 1987.

Con editores recopiladores: Norman IJ, Redfern SJ, Eds. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Autores de capítulos: Christian CL. Etiologic hypotheses for systemic lupus erythematosus. En: Lahita RG, editor. *Systemic Lupus Erythematosus*. New York: Willey; 1987. P 65-79.

4.3. Referencias electrónicas:

Artículo de revista en formato electrónico: Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* (serial online) 1995Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1(1) 24 (screens). Available from; URL:<http://www.edc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

4.4 Otras referencias:

Memorias de Congresos: Cárdenas E, Peñaloza S, Urdaneta R, Bonfante-Garrido R. Un estudio seroepidemiológico de la toxoplasmosis en áreas rurales del estado Lara, Venezuela (Resumen). Memorias del XIV Congreso latinoamericano de Parasitología, 1999. Acapulco, México. P 21.

Tesis: Delgado N. Implicaciones ecofisiológicas de la introducción de *Bacillus thuringiensis var israelensis* como controlador biológico de *Anopheles aquasalis* (Diptera Culicidae). [Tesis Doctoral] Caracas: Univ. Central de Venezuela; 1996.

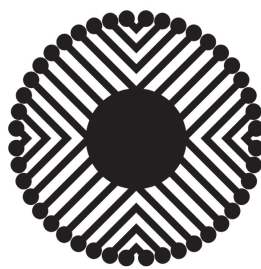
- Citas tales como "observaciones no publicadas", "comunicación personal", "trabajo en prensa", no deben ser incluidas en la lista de referencias. Sin embargo, estos podrán aparecer citados entre paréntesis. Si el autor es una organización, se coloca el nombre de la misma como referencia.

Medicina Interna es una revista de acceso abierto (open access), es decir, su contenido está disponible de manera gratuita para los usuarios y sus instituciones. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar, o tener acceso a los artículos sin solicitar una autorización previa al editor o a los autores. Lo anterior de conformidad con la definición de Budapest Open Access Initiative (BOAI).

Dirección para recepción de los artículos:

Dra. Eva Essensfeld de Sekler (Editora). Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Avenida Francisco de Miranda. Edificio Mene Grande, piso 6, oficina 6. Teléfono: 0212-2854026. E-mail: svmi2007@gmail.com.

Pronto estaremos anunciando nuevo correo destinado exclusivamente a la recepción de trabajos para la revista.



Medicina Interna

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA INTERNA, A LA COMUNIDAD NACIONAL, CON EL OBJETIVO DE DECLARAR EL DÍA 18 DE ABRIL, COMO DÍA NACIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA

Los antecedentes y hechos históricos que precedieron a la fundación de la SVMI, se caracterizaron por difundir y hacer conocer la esencia holística de la especialidad y la inestimable importancia de su práctica para la solución de los problemas de salud del adulto. El análisis profundo de la integralidad, fue lo que llevó a una excepcional pléyade de médicos, a la necesidad de promover la doctrina de la Medicina Interna, para conocerla ampliamente y consolidarla tanto en el gremio médico como en la comunidad.

Las ideas se concretan el 18 de abril de 1956, efeméride trascendente en la historia de la Medicina Nacional, por ser la fecha de la fundación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI). Desde ese momento y hasta la actualidad, las diferentes Juntas Directivas de la Sociedad, han aportado contribuciones de alta significación, para su desarrollo convirtiéndola en lo que es hoy, en una de las Sociedades Científicas de más prestigio en el país, en su papel esencial de formación de su representante natural, el Médico Internista. Es justo en esta oportunidad reconocer la contribución que han hecho las diferentes Facultades de Medicina en esa formación y consolidar aun más los objetivos de la SVMI.

Una de las razones por las cuales dichas Juntas Directivas produjeron siempre gestiones fructíferas, lo constituyó el interés permanente de aceptar los cambios que ocurren en la Medicina actual y que se ha plasmado en las modificaciones Estatutarias para proyectar de esa forma la dimensión de la Medicina Interna y además definir el perfil de su ejecutor, el Médico Internista. No se puede separar la doctrina de la Medicina Interna de la definición de Internista: en efecto al hacer referencia a este, es hacerla con la especialidad y donde sus propiedades intrínsecas están plasmadas en el artículo 2 de los Estatutos, cuyo contenido expresa:

“La Medicina Interna, es una especialidad dedicada con visión holística al cuidado integral de la salud de adolescentes y adultos, fundamentada en una sólida formación científica y humanística. Su interés es la persona, como entidad psicosocial a través de una óptima relación médico-paciente, incrementar la calidad y efectividad del cuidado de salud, fomentando la excelencia y el profesionalismo en la práctica de la Medicina y contribuir a consolidar un Sistema Nacional de Salud, constituido sobre los principios fundamentales del profesionalismo y en democracia, el pluralismo y la justicia social que responde a las necesidades de nuestra población”.

Con estas premisas, la presente Junta Directiva Nacional (2009-2011), considerando que nuestro representante genuino, el Médico Internista, por su incommensurable labor doctrinaria y enaltecimiento en defensa de los principios y preceptos de la especialidad desde la fundación de la Sociedad, desea hacerle con inmenso orgullo un noble y permanente reconocimiento, declarando el 18 de Abril, como **“DÍA NACIONAL DEL MÉDICO INTERNISTA”**.

Junta Directiva Nacional 2009/2011
HACIA LA INTEGRACIÓN NACIONAL DE LA GESTIÓN DE LA
SOCIEDAD VENEZOLANA DE MEDICINA INTERNA

Determinantes sociales de salud

*Maritza De Jesús Durán Castillo**

En la medicina actual, es imposible separar el concepto de enfermedad, del contexto social del individuo; y en nuestro país, esto es de particular importancia ya que en los difíciles momentos por los que atraviesa Venezuela, el concepto de determinantes sociales, es decir las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen, así como el amplio conjunto de fuerzas y sistemas que modelan las condiciones de vida diaria, es de crucial importancia. Y es que los determinantes sociales son el resultado de la distribución del dinero, del poder y de los recursos y por supuesto, van a depender de las políticas que se adopten desde los entes gubernamentales.

Cada vez hay más interés en el estudio de los determinantes sociales de salud, ya que están en estrecha relación con el aumento de las desigualdades sociales, de las inequidades en salud y con las evidencias del deterioro de la situación de salud en los países. El escenario ideal sería reducir las desigualdades y aumentar las oportunidades y condiciones que conduzcan a salud para todos.

Entre los determinantes sociales se encuentran la estabilidad económica, dada por el empleo, el nivel de ingreso, la capacidad para cubrir los gastos; las características del vecindario y el ambiente físico que lo rodea, las condiciones de la vivienda,

la disponibilidad de transporte, la seguridad, los lugares para el esparcimiento; el acceso a la educación, la seguridad alimentaria, la existencia de un contexto comunitario con integración social, de compromiso sin discriminación, todo esto junto a un sistema de salud que garantice la cobertura universal y que brinde cuidados de calidad. Los determinantes sociales van a tener responsabilidad directa sobre la morbilidad, la expectativa de vida de la población, y el nivel del gasto en salud.

Las políticas públicas, la economía y los conductores culturales influyen en la posición socio económica y el estatus social, lo cual a su vez modela los determinantes sociales de salud, e incluye las circunstancias materiales, las conductas, los factores biológicos y los factores psicosociales. Todo esto tiene gran impacto en el sistema de salud, por lo que es importante, implementar estrategias destinadas a abordar los determinantes estructurales e intermedios, que abarcan aspectos tales como el ambiente, las políticas públicas, la comunidad, la interacción individual con el objetivo de reducir las inequidades en cada uno de estos niveles.

Es importante reconocer en profundidad, dónde radican las diferencias en salud entre los grupos sociales y qué caminos conducen desde esas raíces a las notables diferencias observadas en el estado de salud a nivel poblacional y a la luz de las respuestas a esas preguntas decidir dónde y cómo se debería intervenir para reducir las inequidades en salud.

* Presidenta de la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Nuestro país es un ejemplo de cómo los determinantes sociales, han influido negativamente en los pronósticos de salud de la población. Con gran preocupación vemos, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) en su versión de 2017, el aumento de 10 puntos en la pobreza multidimensional, que además del ingreso evalúa aspectos como la precariedad de los servicios de vivienda, las condiciones de la misma, el empleo y la protección social. Esta misma encuesta mostró que en un 80% de los hogares venezolanos hay inseguridad alimentaria. En la versión de ENCOVI 2018 solo un 29% de los hogares recibía agua todos los días y un 18% servicio eléctrico sin interrupción.

Si dirigimos la mirada a los datos publicados por la Encuesta Nacional de Hospitales (ENH) 94% de los servicios de radiología y 100% de las pruebas de laboratorio funciona de manera intermitente o no funciona, 53% de las salas de hospitales y 40% de las camas de hospitales, no está disponible; 79% de los hospitales sufre de falta de agua, 88% de medicamentos y 79% de insumos quirúrgicos. Todo esto paralelo a una disminución en los gastos de salud por parte del gobierno. Estos son números aterradores, que se han visto reflejados en el deterioro de los indicadores de salud, como lo de muestra el aumento de la mortalidad infantil en un 30 % y de la mortalidad materna en 65,4%.

Hemos sido testigos del resurgimiento de enfermedades prevenibles por vacunas como la difteria y el sarampión que gracias al descuido de los programas atacan a nuestra población, pero diezman particularmente a los más desfavorecidos, a nuestros pueblos indígenas, a las clases más pobres, con el agravante de la exportación de casos a los países vecinos. Otro drama donde se ve reflejado el deterioro del sistema de salud, lo constituye el caso de los pacientes con VIH-SIDA, donde además del aumento del número de casos, hay retraso en el diagnóstico, ausencia de reactivos para evaluar carga viral, para hacer pruebas de resistencia; el 87% de los pacientes no recibe tratamiento y 15 de los 25 anti retrovirales no están disponibles. Por otra parte, la incidencia de tuberculosis en el 2017 alcanzó el 32,4 por 100.000 habitantes, un aumento del 68% de los casos entre 2014-2017.

No se puede dejar de mencionar la epidemia de Malaria, que entre 2016 y 2017 experimentó un aumento del 69%, y que gracias a la disminución del control del vector se ha propagado, no solo a gran parte del territorio nacional sino también a los países vecinos.

El panorama es desolador, pero Venezuela nos necesita. Se requiere del esfuerzo de todos para trabajar en su reconstrucción. Se debe invertir en educación, en protección ambiental, en crear garantías para que los venezolanos puedan vivir en comunidades dignas, donde gocen de todos los servicios básicos, y tengan acceso a una alimentación saludable. Un país donde se incentive la prevención en materia de salud, y en donde la prioridad sea, que cada venezolano, sin distinción, pueda contar si así lo requiere, con un tratamiento oportuno y adecuado a sus necesidades.

Referencias

1. World Health Organization. Social Determinants of Health 2018
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Ann Intern Med. 2018; 168(8):577-578
4. The Lancet, 2019; 393 (10177):1254-1260

La pandemia de Gripe Española de 1918

*Samir Kabbabe**

La gripe española ha sido posiblemente el evento más mortífero en la historia de la humanidad. Se estima que el virus de la influenza, responsable de la pandemia de gripe española, afectó a la tercera parte de la población mundial y causó la muerte de no menos del 2,5 % de los habitantes del planeta⁽¹⁾.

Han ocurrido muchos avances en conocimientos y estrategias de salud pública, pero a un siglo de la pandemia que mató alrededor de 100 millones de personas entre los años 1918 y 1920, las evidencias sugieren que en cualquier momento podría surgir una nueva pandemia con potencialidad de producir unas 150 a 300 millones de muertes⁽²⁾.

Las investigaciones sobre la gripe española nos enseñan cómo un virus puede causar una pandemia y nos permite implementar medidas para enfrentar brotes locales y globales para evitar un nuevo cataclismo por el virus de la influenza o por cualquier otra enfermedad de alta contagiosidad.

Los estudios históricos han podido caracterizar los patrones epidemiológicos de la gripe española de 1918, y permiten comprender el por qué del trágico impacto de hace un siglo. La pandemia del virus de la influenza de 1918 quedó solapada por la primera guerra mundial y parece ocupar poco espa-

cio en la memoria colectiva de las crónicas letales del siglo XX.

Las ondas de la pandemia

Algunas publicaciones sugieren que el virus tuvo su origen en Asia, de donde migró, pero el primer paciente identificado, caso cero o índice, fue Albert Gitchell, cocinero del campamento Funston, en Fort Riley, Kansas, EEUU, quien en la mañana del 4 de marzo de 1918 acudió a la enfermería por fiebre, cefalea y odinofagia.

Al mediodía, permanecían en la enfermería más de cien personas con síntomas similares, y a partir de entonces se experimentó una violenta propagación entre la tropa y la población civil. En el campamento Funston se adiestraba a reclutas que iban a otros campamentos militares o directamente a las trincheras de la gran guerra en Francia.

En abril ya era epidémica la gripe en las zonas urbanas del centro y en las ciudades costeras del este de los Estados Unidos, desde donde embarcaban las tropas, para hacerse, entonces, epidémica en los puertos franceses. Luego en el frente occidental y, a finales de abril, en toda Francia.

En mayo, la onda expansiva de la gripe alcanzaba Inglaterra, Italia y España, propagándose por todo el norte de África, India, China y Japón, llegando a Australia en junio. Desde el frente occidental, la onda alcanzó a Alemania en el mes de mayo, avanzó por Suiza, Austria, Hungría, Bulgaria, Grecia, la disuelta Polonia y Rusia⁽³⁾. En julio parecía haber amainado la epidemia, pero surgió una segunda onda expansiva mucho más letal.

* Médico Internista, miembro de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna.

La segunda onda

La gripe reapareció con magnificada capacidad de contagio e índice de mortalidad. La segunda onda se inició a mediados de agosto de 1918, a partir de tres ciudades portuarias del Atlántico, distantes entre sí: Freetown (Sierra Leona), Boston (EEUU) y Brest (Francia).

Algo aumentó su virulencia. Quizás el gas mostaza que inhalaban los soldados contribuyó, pero lo que permitió la segunda onda fue el movimiento marítimo de tropas aliadas portadoras del virus hacia esas ciudades, desde las estáticas trincheras del frente occidental o desde el Étaples (Pas-de-Calais, Francia), donde un campamento hospitalario concentraba gran cantidad de enfermos de gripe y de afectados por gas mostaza.

Desde esas tres ciudades, la onda expansiva invadió todo el planeta, respetando solo la Antártida y las islas de Santa Helena en el Atlántico sur, y la de Marajó en la desembocadura del río Amazonas.

La mayor parte de los muertos por la pandemia ocurrió en esta segunda onda, entre la segunda mitad de septiembre y la primera mitad de diciembre, en tan solo tres meses. En 1918, quinto y último año de la Primera Guerra Mundial, fue el único año del siglo pasado en que decreció la población del planeta, y no por causa de la guerra, sino por la pandemia de influenza.

La segunda onda amainó a finales de diciembre. Ya desde noviembre en el mundo se celebraba el final de la Gran Guerra y el retorno de los soldados. En Australia, donde se contuvo la epidemia porque se impuso tempranamente la cuarentena en el mismo mes de junio, las autoridades decidieron levantarla a inicios de 1919, pero la medida resultó prematura y fatal, apareciendo entonces la tercera onda, de virulencia intermedia entre las dos primeras, que se expandió desde Australia castigando nuevamente la población de numerosas zonas del planeta, prolongándose hasta 1920, principalmente en el hemisferio sur.

Venezuela

La gripe española alcanzó nuestro país en octu-

bre de 1918, durante la dictadura de Juan Vicente Gómez, cuando se iniciaban los ingentes ingresos por petróleo y era poco lo que se invertía en salud.

Con una población de unos 2.500.000 habitantes, 75% de ella rural, se vivía en condiciones de miseria, insalubridad y analfabetismo, precarios servicios sanitarios en el ámbito urbano y prácticamente nulos en el campo. Se disponía de 1 médico por cada 5.000 habitantes.

El crecimiento poblacional era bajo: la tasa de natalidad superaba por escaso margen a la de mortalidad. Más de 120 de cada 1.000 niños morían antes de cumplir el año de edad. La expectativa de vida era inferior a 42 años y 50% de los que fallecían no tenía diagnóstico de causa de muerte.

Uno de cada cuatro venezolanos era portador de tuberculosis. La población se hallaba expuesta a numerosas enfermedades endémicas y brotes epidémicos recurrentes de paludismo, fiebre amarilla, viruela, peste bubónica, sarampión, difteria, tífus, tétanos, cólera, disenterías y lepra.

En ese escenario de miseria y desnutrición, no muy distinto al del resto del mundo no desarrollado, se registró el primer caso en un soldado el 16 de octubre en La Guaira. Al final del día eran 40 los soldados con gripe y en tan solo 24 horas el número llegó a 500. Comenzaron a diagnosticarse casos en toda Caracas y a finales de octubre en Carabobo, Cojedes, Falcón, Bolívar, Zulia, Mérida, Trujillo, Táchira y Apure.

Se instaló una Junta de Socorro Central en Caracas, presidida por el Dr. Luis Razetti, conformada por representantes de parroquias y estados, con el fin de coordinar las medidas sanitarias para el control de la epidemia. Caracas entró en cuarentena y la población en fobia. Se habilitaron hospitales en casas, se suspendieron actividades escolares y misas, se cerraron teatros y prohibieron actos públicos y fiestas.

El subregistro de casos para todo el país debió ser importante. Se contabilizaron más de 25.000 muertos por la gripe española, equivalente a no

menos del 1% de la población, entre ellos, Alí Gómez, hijo del dictador. El “Benemérito” permaneció en Maracay, y se cuenta que no tuvo apariciones públicas durante los tres meses que duró la epidemia en Venezuela.

El resto de las calamidades infecciosas endémicas que luego superaríamos gracias a la gesta de brillantes médicos y sanitaristas que le dieron abolengo a la medicina venezolana, continuaron matando unas 50.000 personas al año por causa infecciosa⁽⁴⁻⁶⁾.

El nombre de la pandemia

Hasta el mes de mayo, en los países involucrados en la guerra no se hablaba de la gripe. La prensa no difundía información sobre la epidemia, quizás para no desmoralizar a las tropas. Algún nombre había que ponerle a la enfermedad. Los médicos franceses comenzaron a denominarla crípticamente la *maladie onze* (enfermedad once), los alemanes el *blitzkatarr* (catarro relámpago).

Cuando apareció la gripe en mayo de 1918 en España, dos terceras partes de los madrileños se infectaron en tan solo tres días. España se mantuvo neutral en la conflagración, sin censura de prensa. Los titulares de los periódicos apuntaban a la epidemia y no a la guerra. Los españoles sospechaban que venía de otro país, pero no sabían nada de los estragos de la gripe en EEUU y en Francia.

Los madrileños la apodaron *Soldado de Nápoles*, que era una canción pegajosa de la zarzuela de moda “La canción del olvido”. En España se infectaron no menos de 8 de sus 20 millones de habitantes, incluyendo al Rey Alfonso XIII, al presidente del gobierno y varios ministros, y murieron unas 300.000 personas. La población francesa, británica y estadounidense, al recibir noticias desde España y de la gripe de Alfonso XIII, comenzó a llamarla *gripe española*. Para los polacos era la peste bolchevique, para los brasileños gripe alemana y para los senegaleses gripe brasileña.

Cuando se firmó el armisticio entre Alemania y los países aliados el 11 de noviembre de 1918, con un saldo de unos 19 millones de muertos entre soldados y civiles, ya la gripe tenía una explosión exponencial.

En la memoria colectiva, la pandemia quedó a la sombra de la primera guerra. Los aliados ganaron la guerra e impusieron las condiciones del armisticio, y en el lenguaje oficial llamaban “española” a la gripe. A pesar del error histórico y las protestas de los españoles, se impuso el espurio nombre.

Crónicas y testimonios

Laura Spinney, periodista científica británica, autora del libro *El Jinete Pálido* (Crítica, 2018) recoge numerosas crónicas, testimonios y análisis de lo que fue la madre de las pandemias en distintas partes del planeta. El pánico y la incertidumbre se habían apoderado de la población. Comercios y factorías cerradas, escasez de productos básicos, colapso de servicios, afectación de gran parte de la vida cotidiana y obstaculización de las actividades. Todos perdían un familiar o amigo cercano. Los hospitales atestados de pacientes con enfermedad respiratoria, galpones convertidos en hospitales, algunos al aire libre, cadáveres amontonados en las calles, morgues y cementerios, déficit de urnas y sepultureros, filas de procesiones funerarias, velatorios cortos, fosas comunes. La atmósfera pestilente, el ambiente lúgubre, sombrío, y numerosos huérfanos deambulando por las calles.

En los países en guerra, los médicos y enfermeras eran transferidos a hospitales militares para la atención de los heridos, por lo que se incorporaba a estudiantes de medicina y se improvisaba personal de enfermería para la atención de la población civil, pero el personal de salud también se contagiaba y se profundizaba su déficit.

La mortalidad fue más elevada en poblaciones que nunca habían sido afectadas por la influenza, que no tenían desarrollada alguna memoria inmunológica contra el virus, como sucedió en el Puerto de Bristol, Alaska, con mortalidad del 40% de sus habitantes y hasta el 100% de los de aldeas cercanas. En Samoa Occidental, donde los nativos tampoco habían conocido la gripe, el virus mató al 25% de la población. Las condiciones de pobreza y desnutrición, así como la ausencia de medidas sanitarias efectivas fueron también determinantes para la mortalidad: en Ciskei (Sudáfrica) murió el 9,9% de la población, en Gujarat (India) el 6,1%, y en Masshad (Irán) el 5%.

A mayor pobreza y hacinamiento, mayor morbilidad y mortalidad. La pandemia golpeó mucho más a los países pobres que a los desarrollados⁽⁷⁾. La notificación y registro de casos no era una práctica establecida en muchos países, por lo que los datos estadísticos eran difíciles de obtener. No obstante, se ha estimado que solo en China pudieron morir unas 30.000.000 de personas.

¿Qué hacían los médicos?

En primera línea ante cualquier epidemia, los médicos corrían peligro en su afán y deber de tratar y curar mientras sus fuerzas lo permitieran. William Carlos Williams, médico y gran poeta estadounidense que ejerciera en Nueva Jersey, escribió en su autobiografía: «*Entonces nos golpeó la gripe. Los médicos hacíamos hasta sesenta visitas al día. Varios de nosotros perdimos el conocimiento, uno de los más jóvenes murió, otros se contagiaron y no teníamos nada que fuera eficaz para controlar ese potente veneno que se estaba propagando por el mundo*»⁽⁸⁾.

Además del reposo, la hidratación y el cuidado por enfermería y familiares, se disponía de pocas alternativas de tratamiento. Era muy poco con lo que contaban los médicos en su maletín y prescribían las sustancias conocidas, en su intento de aliviar los síntomas de los enfermos, recurriendo a sangrías, catárticos, purgantes, lavativas, pócimas y extractos de plantas, desinfectantes con iodo, arsénico, mercurio, estricnina y hasta alcohol y tabaco.

Había incertidumbre entre los médicos porque las muertes sucedían tras pocos días de enfermedad y los tratamientos no parecían ser efectivos. La gripe, que en sus inicios hasta podía confundirse con un catarro común, no era tradicionalmente una enfermedad mortal que ameritara de alertas. No solo morían personas de grupos vulnerables como los niños y ancianos o quienes tenían enfermedades crónicas como tuberculosis o diabetes, sino personas entre los 20 y 40 años previamente sanas.

Quienes sobrevivían permanecían deprimidos y fatigados por meses, y quienes no lograban sobrevivir morían en pocos días, con fiebre, fatiga extrema, palidez, cianosis, disnea tos con expectoración

hemoptoica, delirio y otros trastornos psiquiátricos, para finalmente expirar con una respiración débil, en narcosis.

Los médicos y las autoridades sanitarias debatían, cuestionaban, improvisaban e imponían medidas de contención y de prevención, muchas veces impopulares y no siempre exitosas, en un mundo con incipiente sistema de atención médica, un mínimo y dudoso arsenal terapéutico, en pobreza, hambreado por la guerra, poco instruido, con altos índices de analfabetismo y poca precisión de lo que es la contagiosidad. Recién se conocía de bacterias, y los virus eran una abstracción. Prevalcían creencias de que las enfermedades aparecían a causa de miasmas, olores o aires viciados, influencia de astros, castigo de Dios u otras causas sobrenaturales.

La industria farmacéutica recién comenzaba. La aspirina era excelente para bajar la fiebre y quitar los dolores, pero se desconocía que la dosis máxima era de 4 gramos diarios y se indicaban entre 8 y 32 gramos al día. Hoy se sabe que por encima de 8 gramos la aspirina puede producir hiperventilación y que por encima de 30 se genera edema del tejido pulmonar. Es probable que un pequeño porcentaje de enfermos haya fallecido a causa de intoxicación por aspirina, disponible en pocos países de mundo, principalmente en naciones europeas y en EEUU⁽⁹⁾.

En Brasil, como en otros países, se prescribía quinina, efectiva contra la malaria e ineficaz contra la gripe, y también a dosis tóxicas, añadiéndole a los enfermos síntomas que no producía la gripe, mas sí por la quinina, como tinnitus, vértigo, hipoacusia, hematuria, vómitos, perversión de los colores, temblores e movimientos incoordinados⁽¹⁰⁾.

Las autopsias revelaban una neumonía bacteriana masiva (neumonía de múltiples focos) intercalada con cambios inflamatorios en la que no se identificaban siempre las mismas bacterias, aunque predominaban los *Staphylococcus* y *Streptococcus*. El Dr. Richard Pfeiffer, microbiólogo y alumno del afamado Robert Koch, había publicado que era una bacteria la productora de la gripe al identificar un bacilo al que llamó *Haemophilus influenzae* (bacilo de Pfeiffer) en las autopsias de la gripe rusa de

1892. Pero ese germen también estaba presente en la saliva de gente sana y muy rara vez se identificaba en el esputo y las autopsias de quienes morían durante la pandemia de 1918.

Al *bacilo de Pfeiffer*, que no es causante de la gripe, se le sigue llamando *Haemophilus influenzae* a pesar del error. Se hablaba entonces del origen en un virus, algún agente contagioso no observable por el microscopio óptico. Los virus conformaban un cuadro no perteneciente al mundo físico, y no fue sino hasta 1933 cuando se desarrolló el microscopio electrónico y se pudo ver y documentar finalmente la existencia del virus de la influenza.

Medidas sanitarias

Había que instruir a la población que la enfermedad se transmitía por el contacto de persona a persona a través de las microgotas de secreciones que expulsa el enfermo al toser, estornudar o al hablar. La difusión de informaciones era a través de la prensa escrita. No había radio sino telégrafo, muy pocos teléfonos, las vías y medios de transporte eran escasos y lentos.

El alcalde de la ciudad francesa de Lyon, Eduard Herriot (1872-1957), fue quien primero entendió la importancia de la higiene pública y tomó algunas medidas efectivas para enfrentar su alta contagiosidad y limitar el número de enfermos y muertes. Desinfectó los tranvías, prohibió reuniones públicas, funerales y procesiones, organizó un sistema de entierros rápidos e hizo mezclar el agua bendita de las iglesias con antisépticos⁽¹¹⁾.

Pero las medidas eran insuficientes. Los oficiales de aduanas permitían el paso entre países a todos los que parecían estar saludables. En guerra, los políticos y militares desatendían las decisiones sanitarias; el mismo presidente Woodrow Wilson cedió a las presiones del mando militar y desatendió a las autoridades de salud permitiendo el traslado de tropas. Murieron más soldados estadounidenses por gripe que por causa del combate. Wilson incluso convocó un desfile el 12 de octubre para celebrar el entonces Día de la Raza en la Avenida de los Aliados (hoy 5ª avenida) en Nueva York, en pleno apogeo de la epidemia en la ciudad,

con asistencia de unas 25.000 personas, aumentando la incidencia de nuevos casos⁽¹²⁾. En España, como en otras partes del mundo, algunos sacerdotes se negaban a la “dictadura sanitaria”. Álvaro y Ballano, Obispo de Zamora, atacaba a las ciencias médicas, a las alertas y recomendaciones de la prensa y al ayuntamiento, en el entendido de que el mal era “*debido a nuestros pecados e ingratitud, por lo que el brazo vengador de la justicia eterna ha caído sobre nosotros*”.

Acontecimientos posteriores

El virus de la influenza A logró ser identificado en 1933, cuando se desarrolló el microscopio electrónico y en 2005 se logró la secuencia completa del ARN del virus que causó la pandemia, a partir de tejidos conservados de autopsias de hace un siglo y de cuerpos congelados en Alaska.

El virus identificado (y hoy muy bien guardado) es una cepa A (H1N1), precursora del que circula actualmente por el mundo, muy similar al que habita en las aves y para el cual el sistema inmunológico del ser humano no tenía memoria inmunológica en 1918.

Eso explica la alta e inusual mortalidad en el grupo etario de los 20 a 40 años. Las aves albergan un centenar de cepas distintas de virus de influenza. Una hipótesis sugiere un “salto” del virus entre especies. El Dr. Jeffery Taubenberger, médico especialista virólogo que logró secuenciar el genoma del virus de 1918, tiene la hipótesis de que pudo tratarse de un virus de influenza A estacional, de los que anualmente producen un aumento de casos de gripe en invierno, y que hubiese sufrido en aquel entonces, una mutación⁽¹³⁾.

En cualquier caso, el virus de 1918 difería significativamente de otros virus de influenza humana o animal e indujo una aberrante respuesta inmunológica a causa de la virulencia de una de sus proteínas, que provocaba una marcada inflamación de tejido bronquial y pulmonar, y a la cual se añadía alguna infección bacteriana.

Miles de autopsias publicadas revelaban una neumonía bacteriana masiva que se diseminaba en

todas las direcciones del árbol bronquial (neumonía de múltiples focos) intercalada con cambios inflamatorios propios de los virus. Las personas morían principalmente por insuficiencia respiratoria, por incapacidad para el intercambio gaseoso que permite el ingreso del oxígeno y la salida del dióxido de carbono, asfixiadas, estertorosas, cianóticas y letárgicas.

Algunas autopsias no mostraban presencia de bacterias sino cambios inflamatorios difusos y severos de lo que hoy conocemos como Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA), una muy exagerada y destructiva respuesta inmunológica del huésped contra su propio tejido pulmonar, desencadenada por algún agente como un virus.

Protagonismo de la pandemia

Las enfermedades y el empobrecimiento que generan las guerras han sido responsables de más muertos que los que fallecen en combate. Si la movilización de tropas, la hambruna y el empobrecimiento fueron determinantes que favorecieron la letalidad de la pandemia, esta última también tuvo protagonismo en el resultado de la guerra.

Luego del tratado de paz Brest-Litovsk que firmó el gobierno bolchevique con las potencias centrales en marzo de 1918, y que representó el final del frente oriental de la Gran Guerra, varias divisiones de tropas alemanas fueron trasladadas al frente occidental, y hubo victorias importantes entre marzo y junio por parte de los imperios centrales, antes de la incorporación del grueso de contingentes de la tropa estadounidense.

Cuando el Káiser Guillermo II y su alto mando se enteraron que las tropas francesas eran víctimas de la epidemia, planificaron ofensivas confiando en una pronta victoria final. Pero la suerte cambió. El mismo Káiser enfermó y la gripe, que afectó al 75% de los soldados franceses y al 50% de los británicos, diezmo a la crónicamente desnutrida tropa alemana desmovilizando a 900.000 soldados. El Káiser abdicó el 10 de noviembre y el 11 se firmó el armisticio.

En junio del 1919 se firmó el Tratado de Versalles. Woodrow Wilson promovía entre los

cincuenta países firmantes, la creación de la Sociedad de Naciones, pero enfermó y no pudo disuadir a los participantes para evitar las severas medidas punitivas que se imponían a los alemanes y que quizás representaron la semilla de la Segunda Guerra Mundial. Wilson desarrolló delirio y una psicosis transitoria (quizás una meningoencefalitis (como complicación de la influenza⁽¹⁴⁾) y/o un evento cerebro vascular. Hay versiones que refieren que, en pleno delirio, debió ser rescatado mientras caminaba desnudo por los Campos Elíseos.

La pandemia también alimentó la xenofobia, el racismo y las conductas clasistas. En el oeste de EEUU se acusaba a inmigrantes chinos de haber llevado la enfermedad. Los chinos acusaban a los misioneros occidentales. En España segregaban a los portugueses, acusados de ser responsables de la gripe, y cerraron los pasos fronterizos, mientras los portugueses acusaban a los españoles. En Polonia señalaban a los liberados prisioneros rusos “muertos vivientes” que regresaban a pie a su tierra. En Nueva York señalaban a los inmigrantes italianos que habitaban los suburbios pobres de la ciudad. En Suráfrica se precipitó el Apartheid cuando se acusó a los negros de ser los causantes. En varias partes del mundo, como en Brasil, se imponían cercos a las clases pobres en la creencia de que se infectaban más por ser “inferiores”⁽⁸⁾.

Salud universal y control de epidemias

La pandemia sirvió para sembrar la idea de la sanidad universal y también para la creación de ministerios de salud en todos los países del mundo. En 1902 se había creado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, con la participación de once países del continente para abordar los problemas de salud que interferían con los comercios internacionales en América.

En 1907 se había creado la Oficina Internacional de Higiene Pública, con sede en París, con la participación de 23 estados europeos, para difundir informaciones sobre las enfermedades infecciosas. Pero se requería de iniciativas que pusieran en marcha programas de salud pública y prevención de epidemias coordinados para todas las naciones.

En 1919 se creó en Viena, con el respaldo de la Cruz Roja, una oficina internacional cuya misión expresa era el combate de las epidemias, pero estuvo sesgada desde su nacimiento por pugnas ideológicas, políticas y raciales. Se discutía si debían mantenerse aislados en cuarentena a los judíos liberados de los campos de concentración, si debía incluir a los famélicos prisioneros rusos, si los prisioneros alemanes liberados por los rusos serían agitadores bolcheviques.

El concepto de salud universal y de sanitarismo universal no se consensuaba. Ya formaba parte del léxico comunista, generaba suspicacia y rechazo cual si fuera semilla suya. En 1920, la Sociedad de las Naciones creó entonces su organización sanitaria. Cuando estalló la Segunda Guerra Mundial en 1939, se disolvió la organización, y junto con ella su oficina sanitaria. La ONU se constituyó en 1945. Y a partir de ella se creó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, como institución independiente, consagrando un derecho totalmente igualitario de la salud, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

En 1952 la OMS creó la Red Mundial de Vigilancia de la Gripe (GISN en inglés), la cual funciona como un mecanismo mundial de vigilancia, preparación y respuesta a la gripe estacional y pandémica en humanos, y la de animales que puedan transmitirse a humanos (zoonótica), así como un sistema de alerta mundial ante nuevos virus gripales.

La integran unos 114 países. En Venezuela es el Instituto Nacional de Higiene (INH) el que asume tales responsabilidades. Las GISN, con el Programa Mundial de Influenza de la OMS (GIP) han monitorizado, respondido y contenido las epidemias de gripe que siguieron a la pandemia de 1918, como la asiática de 1957-1958, la de Hong-Kong de 1968-1969, la amenaza de gripe aviar de 1997 y 2003-2004, así como la última pandemia de influenza A (H1N1) del 2009, con origen porcino y que comenzara en México.

Es así como la Red de Vigilancia de la Gripe de España detectó la actual epidemia de gripe que se inició en la penúltima semana del 2018 y que se ha

extendido por todo el territorio español. Tempranamente se identificaron los virus de influenza causantes, el A (H1N1) correspondiente a la cepa de la pandemia de 2009 (pdm09) y el A (H3N2), tomándose ya las medidas pertinentes para su contención.

El virus de la influenza es uno de los más adaptables. Evoluciona constantemente para burlar nuestros intentos de combatirlo. La gripe sigue siendo misteriosa en muchos aspectos, y sabemos que en cualquier momento puede surgir una nueva pandemia⁽¹⁴⁾. La batalla es permanente. Necesitamos de la vigilancia continuada, el desarrollo de una nueva vacuna cada año, optimizar el porcentaje de vacunados y continuar investigando sobre la naturaleza y comportamiento del virus.

Referencias

1. Johnson NP, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. *Bull Hist Med* 2002;76:105-115.
2. Morens DM, Taubenberger JK. The mother of all pandemics is 100 years old (and going strong). *Am J Public Health* 2018;108:1449-1454.
3. Patterson DK, Pyle GF. The geography and mortality of the 1918 influenza pandemic. *Bull Hist Med* 1991; 65(1):4-21
4. Nava, Melvin. Historia de la gripe Española en Venezuela. *Venelogía*. 13/08/2014. www.venelogia.com/archivos/6562
5. Archila Medina, R. Epidemias. *Diccionario de Historia de Venezuela*. Fundación Polar. Tomo 2. 227-229.
6. Ereu, Aljer. www.senderosdeapure.net/2016/10/cronica-la-gripe-espanola-de-1918.
7. W. C. Williams, *The Autobiography of William Carlos Williams*, Nueva York. Random House. 1951, pp. 159-160
8. Laura Spinney. "El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo". Editorial Crítica. 2018.
9. Starko, K. Salicylates and pandemic influenza mortality, 1918-1919 pharmacology, pathology, and historic evidence. *Clin Infect Dis*. 2009 Nov 1;49(9):1405-10
10. A gripe espanhola nas memórias de Pedro Nava. *Revista Rio de Janeiro*, n. 11, set-dez, 2003.
11. F. Aimone, «The 1918 influenza epidemic in New York City: a review of the public health response», *Public Health Reports*, 2010; 125(S3):71-7
12. Taubenberger, J. The Origin and Virulence of the 1918 "Spanish" Influenza Virus. *Proc Am Philos Soc*. 2006 Mar; 150(1): 86-112.
13. espanol.cdc.gov/enes/flu/pandemic-resources/1918-commemoration/pandemic-timeline-1918.
14. Morens, D. Taubenberger, J. Influenza Cataclysm, 1918. *N Engl J Med* 2018; 379:2285-2287.

Pionefrosis derecha en una mujer de 27 años con infecciones urinarias a repetición*

Ana García, Angelie Gil, Jimmy Ángel, Margareth Peña Araque, Trina María Navas Blanco

Paciente femenina de 27 años de edad, con historia de infecciones urinarias a repetición y litiasis coraliforme derecha, sin control ambulatorio, que presentó dolor lumbar derecho, moderado, continuo de 2 semanas de evolución y fiebre con múltiples consultas y tratamientos con diversos antibióticos sin mejoría. Luego, aumento de volumen en región lumbar derecha por lo cual ingresa. Examen físico: palidez marcada, taquicardia y aumento de volumen con flogosis en área lumbar derecha de aproximadamente 25 x 15 cm (**Foto 1**). En el ecsonograma renal y de vías urinarias se reportó hidronefrosis grado IV y múltiples imágenes heterogéneas que se extendían de hipocondrio derecho a flanco ipsilateral e imagen hiperecogénica de 2 cm ocupando la unión pieloureteral y cálices medio e inferior. La urotomografía mostró imagen compatible con colección de pus que abarca desde hipocondrio derecho hasta el flanco y que involu-

cra psoas. **Conclusión:** pionefrosis calculosa derecha. Se hospitalizó e inició tratamiento antibiótico IV. **Tratamiento:** Tenía anemia severa (HB: 4 gr/dl y Hematocrito 11%, que se corrigió con hemoderivados. **Cirugía:** lumbotomía derecha con hallazgos de: 1000 cc de pus en región retroperitoneal (**foto 2**), riñón derecho hipertrófico, y múltiples adherencias del riñón a la cara posterior del colon. Se realizó nefrectomía derecha y durante el procedimiento se produjo lesión vascular de un vaso polar, se implementó lavado de cavidad, y se realizó rafia de lesión vascular. En el posoperatorio presentó dolor y edema en miembro inferior derecho y se documentó trombosis venosa profunda iliofemoral derecha, se indicó enoxaparina seguida por warfarina hasta lograr INR dentro del rango adecuado. El cultivo de la colección retroperitoneal reportó *Staphylococcus aureus* sensible al tratamiento indicado.

Foto 1. Área de flogosis en fosa lumbar derecha.

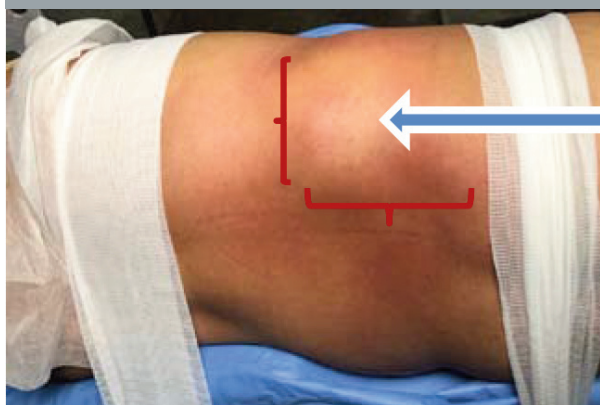
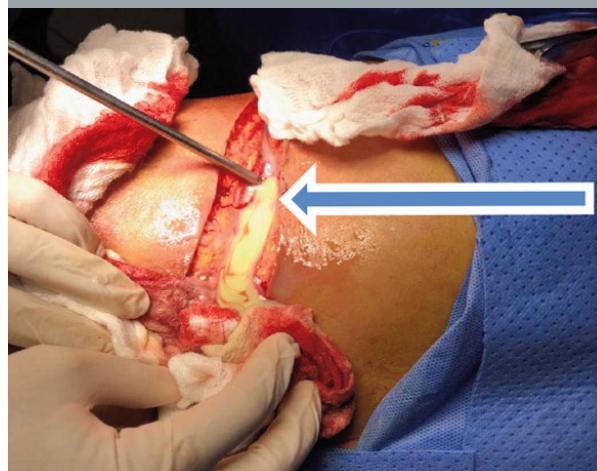


Foto 2. Pus ocupando la celda renal derecha.



* Servicios de Urología y Medicina Interna del Hospital General del Oeste, Los Magallanes, Caracas.

Vigésima Sexta Alerta de sarampión en Venezuela* La letalidad por sarampión es 67 veces mayor en población de etnias indígenas

José Félix Oletta López, Ana C. Carvajal de Carvajal, Julio Simón Castro Méndez, Carlos Walter Valecillos, Ángel Rafael Orihuela, Oswaldo Godoy, Andrés Barreto, Saúl O. Peña Arciniegas

La epidemia de sarampión en Venezuela, cuya transmisión ha estado activa, durante 23 meses desde su reaparición en julio de 2017, ha causado, hasta la semana epidemiológica N° 13, de 2019, 9.655 casos sospechosos notificados, (1.307 en 2017, 7.790 en 2018 y 588 más en las primeras 18 semanas de 2019); de ellos, 6.600 fueron confirmados (727 en 2017 5.667 en 2018 y 203 en las primeras 18 semanas de 2019) (**Figura 1**). Sesenta y tres más en las últimas 5 semanas⁽¹⁾. Los casos de 2018, fueron confirmados por criterios de laboratorio (2.201), 215 menos que en el reporte anterior, lo que es inexplicable, siendo casos "confirmados". Por criterios clínicos (2.662) (521 menos que los 3.137 identificados previamente en 2018) y por nexos epidemiológico (807). En 2019, por laboratorio 96 casos confirmados, por diagnóstico clínico 50 y por nexo epidemiológico 57; quedan en investigación 149 casos. La tasa de incidencia a nivel nacional acumulada (2017-2019) ascendió de 20,4 por 100.000 habitantes, a 21 por 100.000 habitantes, en 5 semanas⁽¹⁾, siendo las entidades federales con mayor incidencia acumulada: Delta Amacuro (214 por 100.000 habitantes), Distrito Capital: 127, por 100.000 habitantes; Amazonas (se redujo a 78 por 100.000 habitantes desde 83 por 100.000 habitantes desde el reporte de enero de 2019)⁽³⁾; Bolívar (55, por 100.000 habitantes); Vargas 46 por 100.000 habitantes; se redujo de 48,7 por 100.000

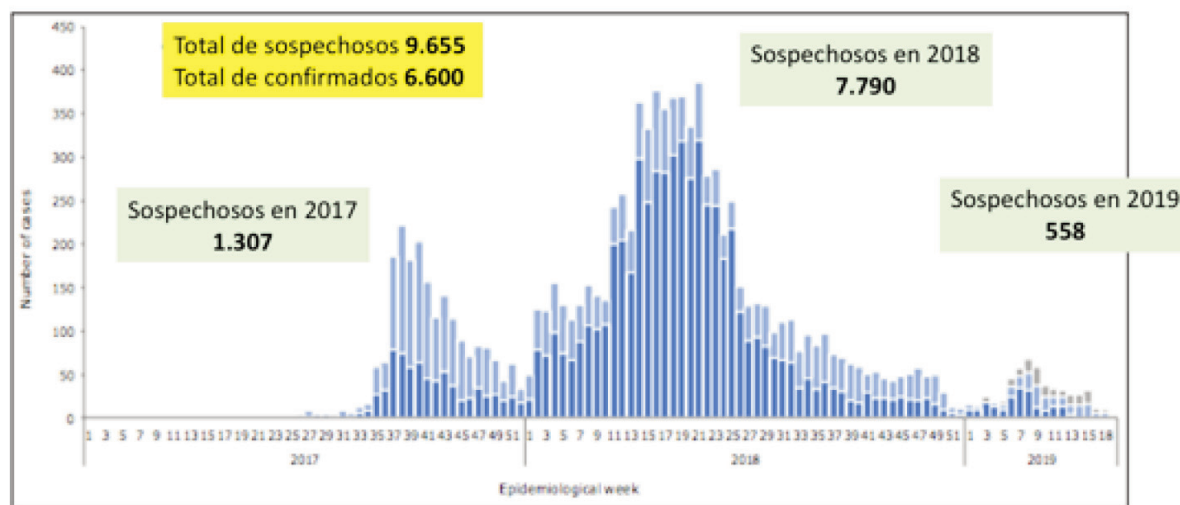
habitantes del reporte anterior⁽²⁾ y Miranda (38 por 100.000 habitantes)⁽¹⁾. Las incidencias acumuladas por entidades Federales, reportadas en la última actualización de OPS, fueron menores en Amazonas y Vargas y por lo tanto no son datos confiables^(1,2). Oficialmente se registraron 78 defunciones, 2 en 2017 (en Bolívar) y 76 en 2018 (37 en Delta Amacuro, 27 en Amazonas, 8 en Miranda, 3 en Distrito Capital y una en Bolívar) (ninguna otra desde el último reporte, y en las 18 primeras semanas de 2019). Desde la semana epidemiológica 21 de 2018, se identifica una tendencia continua de descenso de la epidemia, con un leve ascenso en las últimas 13 semanas (**Figura 1**). Estos datos fueron aportados por el MPPS mediante la Oficina del Punto focal del RSI, Venezuela y comunicados a la OPS, que los reprodujo en las actualizaciones sobre sarampión del 18 de enero de 2019, el 4 de marzo de 2019, el 18 de abril de 2019 y el 17 de mayo de 2019⁽¹⁻⁴⁾.

Los casos confirmados reportados entre la SE 1 a la SE 18 de 2019 fueron notificados en 10 entidades federales: Aragua (1 caso), Amazonas (1 caso), Anzoátegui (87 casos), el mayor número de notificaciones en 2019; Bolívar (1 caso), Carabobo (9 casos), Cojedes (2 casos), Delta Amacuro (1 caso), Distrito Capital (7 casos), Miranda (3 casos), Monagas (8 casos), y Zulia (84 casos).

* Sociedad Venezolana de Salud Pública. jofeole2@hotmail.com

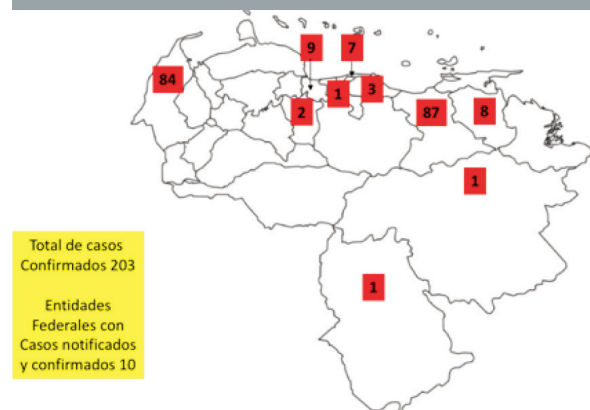
VIGÉSIMA SEXTA ALERTA DE SARAMPIÓN EN VENEZUELA LA LETALIDAD POR SARAMPIÓN ES 67 VECES MAYOR EN POBLACIÓN DE ETNIAS INDÍGENAS

Figura 1. Casos de sarampión notificados por semana desde el inicio del exantema. Venezuela, 2017 hasta la semana epidemiológica 18 de 2019.



Fuente: Datos del MPPS, Venezuela reproducidos por OPS=OMS

Figura 2. Casos notificados de sarampión, confirmados, por entidad federal, Venezuela, Sem. Epi. 1-18, 2019.



Fuente: Referencia (1)

El documento no agrega nuevos datos del impacto de la enfermedad sobre pueblos indígenas, que han sufrido cambios, con base a revisiones, consolidaciones y cierre de investigación epidemiológica de casos, realizadas por las autoridades del MPPS:

Entre la SE 1 y la SE 52 de 2018, se confirmaron 513 casos de sarampión en poblaciones indígenas⁽¹⁾ de los estados: Amazonas 149 (13 menos de los 162 casos reportados en enero)⁽⁴⁾, de los cuales 132 son de la etnia Sanema, (3 menos); 16 Yanomami (7 menos), 2 Yekuanas y 1 Yeral fueron excluidos; 1 Baniva; Bolívar: 1 Pemón; Delta Amacuro (331 casos todos de la etnia

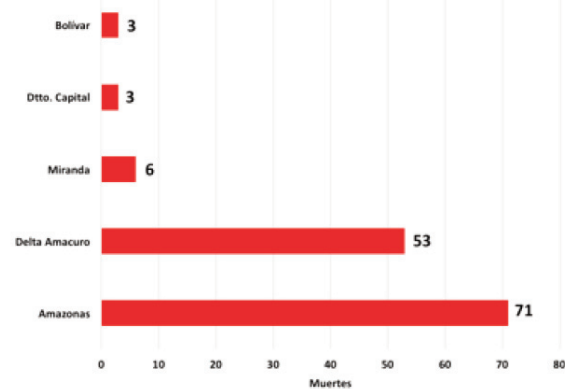
Referencia (1)

Warao); Monagas (22 casos, 3 menos), siendo 20 Waraos, 1 Shaima y 1 Eñepa), y Zulia (9 casos de la etnia Wayú). Adicionalmente, se registraron 62 defunciones (2 menos) de las cuales 35 son de Delta Amacuro (todas de la etnia Warao) y 27 son de Amazonas, todas de la etnia Sanema)⁽²⁾.

No obstante estos datos oficiales, específicamente los de mortalidad, deben tomarse como provisionales, ya que un reporte local de la fundación Kape Kape⁽⁵⁾, reveló que el número de fallecidos en población indígena de Amazonas se elevó a 71, hasta septiembre de 2018 y previamente la misma fuente informó de 53 fallecidos entre indígenas waraos del estado Delta Amacuro.

El número acumulado de fallecidos, tomando en cuenta fuentes no oficiales, desde que comenzó la epidemia sería de 136, al agregar 1 nuevo caso mortal del estado Bolívar, ocurrido en las últimas 10 semanas de 2018. La tasa de letalidad entre los casos confirmados alcanza 2,12%, que resulta muy elevada para esta enfermedad y se corresponde con la particularidad de que 124 de las 136 muertes (91,17%) han ocurrido en población indígena: Yanomami-Sanema (n:71, 52,20%), Waraos (n: 53, 38,97%) cuyas condiciones inmunológicas naturales los hacen muy vulnerables (**Figuras 3 y 4**). En 2019 no se han notificado fallecidos⁽¹⁾.

Figura 3. Muertes por sarampión, por entidades federales, Venezuela 2017-2018.



Fuente: Datos oficiales notificados a OPS⁽¹⁾, datos extraoficiales⁽⁶⁾ y otras fuentes.

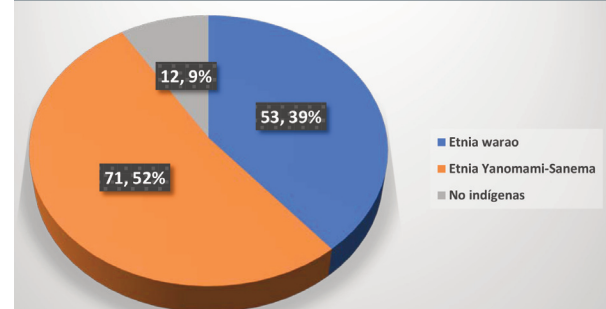
Si tomamos en consideración solo los casos mortales oficialmente reconocidos en el lapso 2017-2018. (No hay reportes mortales en 2019), estos suman en total 78. Para un total de 6.600 casos confirmados, corresponde a una letalidad total de 1,18 %. Ahora bien, 12 son muertes en población no indígena, entre 6.087 casos confirmados; esto corresponde a una letalidad de 0,19%. Mientras que 66 son muertes ocurridas en población indígena, entre 513 casos confirmados, es decir una letalidad de 12,86%.

La letalidad en la población indígena es 67,6 veces mayor que la notificada en la población no indígena, como era de esperarse. Esto nos habla del grave impacto de la epidemia en poblaciones vulnerables sin inmunidad natural y no protegida mediante vacunación.

El subregistro de información epidemiológica está vinculado al déficit de atención en las zonas indígenas. La ausencia de personal de salud en muchas comunidades resulta en que no se lleven registros de los hechos vitales (nacimientos y muertes), ni de la morbilidad y la mortalidad, generando las llamadas “zonas de silencio epidemiológico”⁽⁶⁾, por lo que el número de fallecidos por sarampión y otras enfermedades debe ser mucho mayor.

La notificación de casos confirmados de sarampión, con seguridad, está afectada por la calidad de la investigación epidemiológica que se realiza en Venezuela entre los casos sospechosos. Con ese fin recalculamos el indicador de calidad de las investigaciones realizadas con datos recolectados y publicados por OPS, en las que el número de investigaciones adecuadas solo alcanza el

Figura 4. Muertes por sarampión, por grupos poblacionales, Venezuela 2017-2018.



Fuente: Datos oficiales notificados a OPS (1), datos extraoficiales (6) y otras fuentes.

40%, una cantidad por debajo del umbral mínimo aceptable y que se encuentra entre las más bajas del Continente. Hemos agregado los datos de Venezuela, al gráfico elaborado por OPS que omite la información sobre nuestro país⁽⁴⁾. **Figura 5.**

En el Continente, según la OPS en lo que va de 2019 y hasta la semana epidemiológica N° 18, doce países notificaron casos de sarampión: Brasil, Venezuela, Colombia, Perú, Chile, Argentina, Uruguay, Estados Unidos, Canadá, México, Costa Rica y Bahamas. Nueve de ellos han reportado casos en las últimas 5 semanas.

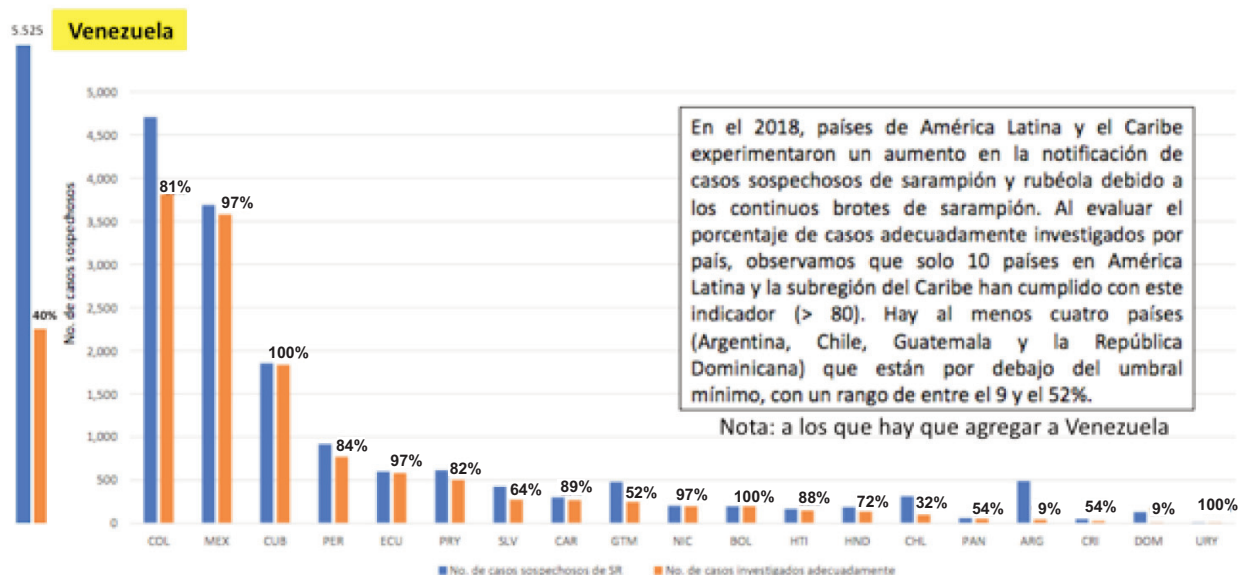
Tres países, Venezuela, Brasil y Colombia, continúan notificando casos relacionados con el mismo genotipo y linaje (D8; linaje MVi/HuluLangat.MYS/26.11) indicando la continua circulación de este virus. Mientras que 9 países notificaron casos importados de países fuera de la Región con diferente genotipos⁽¹⁾.

Brasil, se sumó a Venezuela como país con circulación continua, o endémica del virus a partir de la primera semanas de febrero de 2019. Colombia, a su vez, a partir de la segunda semana de marzo de 2019. Ahora son tres países con pérdida del reconocimiento de territorio libre de sarampión.

Se han notificado en el Continente, desde julio de 2017 hasta la semana epidemiológica 18 de 2019, 18.773 casos confirmados de sarampión: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (19 casos), Brasil (10.424 casos, incluidas 12 defunciones - 4 de ellos venezolanos), Canadá 82 casos; Colombia, (318 casos); Chile (27 casos) ; Ecuador (19 casos), Estados Unidos de

VIGÉSIMA SEXTA ALERTA DE SARAMPIÓN EN VENEZUELA LA LETALIDAD POR SARAMPIÓN ES 67 VECES MAYOR EN POBLACIÓN DE ETNIAS INDÍGENAS

Figura 5. ¿Cuántos casos sospechosos de sarampión y rubéola (SR) son adecuadamente investigados?
Semanas epidemiológicas 1 a la 43 de 2018.



Fuente: Boletín Semanal de Sarampión-Rubéola, Vol. 24. N° 43. 27 de octubre de 2018. OPS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=boletin-semanal-s-r-2018-9576&alias=46918-boletin-semanal-de-sarampion-rubeola-43-27-de-octubre-del-2018&Itemid=270&lang=es
Modificado por José F.Oletta L.

América (1.211 casos); Guatemala (1 caso), Costa Rica (1 caso); Bahamas (1 caso); México (6 casos); Perú (43 casos); Argentina (4 casos); Uruguay (9 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (6.600 casos), incluidas 78 defunciones oficialmente reconocidas). **(Figura 6)**. Brasil encabeza la lista de países con mayor número de casos confirmados en el Continente, con el 54,55% de los casos. Venezuela concentra el 35,15 % de todos los casos del Continente. La tendencia de la curva de incidencia semanal de casos es francamente descendente en Brasil y Venezuela, aunque en nuestro país ocurrió un aumento del número de casos entre las semanas epidemiológicas 5 y 10 de 2019.

Figura 6. Casos confirmados de sarampión, notificados en el Continente Americano 2017-SE18, 2019.

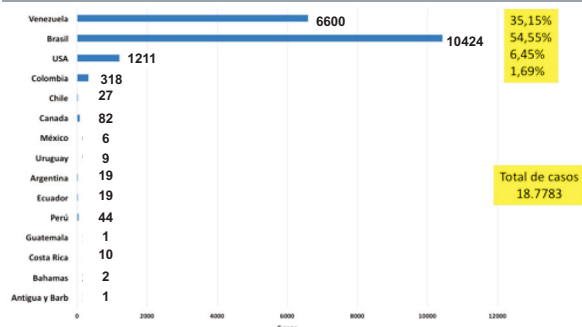
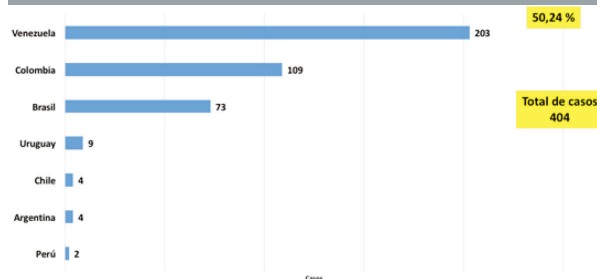


Gráfico de elaboración propia. José Félix Oletta L.

En 2019 se han confirmado 404 casos de sarampión en América del Sur. Venezuela, nuevamente en 2019, es el país con mayor número de casos autóctonos, 203, (50,24 %) seguido por Colombia; 109, (26,98 %), mientras que Brasil lo ha reducido considerablemente. 73 (18,06 %). El último caso confirmado en este país fue el 23 de febrero de 2019, en el estado de Pará **(Figuras 6 y 7)**.

Figura 7. Casos confirmados de sarampión, notificados en América del Sur, hasta la SE18, 2019.

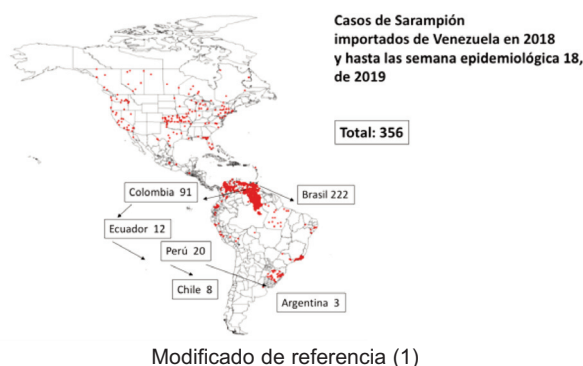


En Brasil, el brote se inició en la SE 6 de 2018 en el estado de Roraima y tres semanas después se extendió a Amazonas. Posteriormente se notificaron casos en Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Rio Grande do Sul, Rondônia, São Paulo, y Sergipe y recientemente en Bahía y Pará). Se identificó el genotipo D8, con un linaje idéntico al de los casos de

Venezuela en 2017 y 2018. Entre la SE 6 de 2018 y la SE 18 de 2019 se notificaron 10.424 casos confirmados de sarampión incluido 12 defunciones⁽¹⁾.

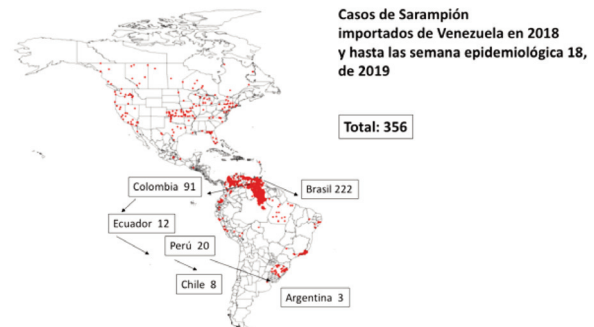
El número de casos de sarampión importados desde Venezuela por otros países suramericanos, fue de 356, desde la primera semana de febrero de 2018, hasta la semana epidemiológica 18 de 2019, que representamos en la **figura 8**. Muchos de ellos están relacionados con los flujos masivos de migración producidos como consecuencia de la emergencia compleja que afecta a nuestro país, y que ha provocado la diáspora no menor de a 3,5 millones de personas, muchos de ellos a los países vecinos; estas personas se transportan por vía terrestre, en precarias condiciones, afectados por la desnutrición, la pobreza y no están protegidos mediante vacunas⁽⁶⁾. **(Figura 8)** En Perú, 42 casos importados o asociados a importación fueron notificados en 2018. En Argentina, 5 casos relacionados con importación fueron causados por el mismo Genotipo D8, identificado en Venezuela, Colombia Ecuador, Perú, Chile y Brasil.

Figura 8. Distribución de casos confirmados de sarampión por nivel sub nacional y casos importados de Venezuela. Las Américas 2018 y 2019, hasta la Semana Epidemiológica 18.



Los fallecidos por sarampión en el Continente se representan en la **Figura 9**. Venezuela, ocupa el primer lugar, con el 91,83 % de las muertes ocurridas desde el comienzo de la epidemia en 2017. Además, 4 de las muertes ocurridas en Brasil, corresponden a casos importados de Venezuela, por lo que el número de Venezolanos fallecidos por sarampión asciende a 140 (94,59% de las muertes por sarampión en el Continente). En 2019, en el Continente, no se han notificado muertes por sarampión.

Figura 9. Muertes por sarampión en el Continente Americano, 2017 y 2018.



La transmisión persistente y endémica de sarampión en Venezuela, desde julio de 2017, hasta el presente, indica que las medidas de control de la epidemia no han sido suficientes. La vacunación masiva de la población, especialmente en 2018, ha permitido una reducción sustantiva de casos y se relaciona la tendencia descendente de la epidemia. No obstante, se han notificado casos confirmados en 14 entidades federales en el último trimestre de 2018 y 10 entidades federales en las primeras 18 semanas de 2019^(1,8).

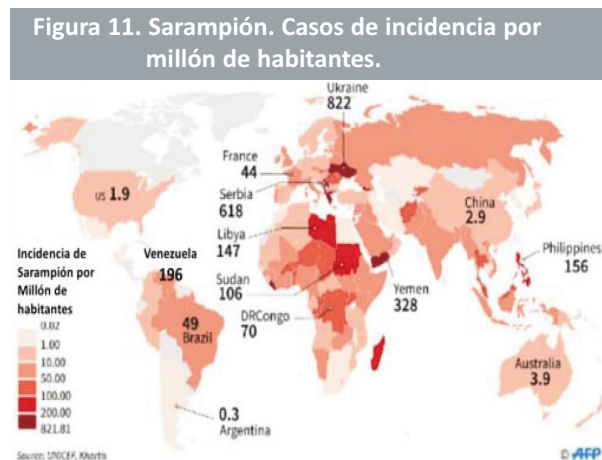
La OPS ha informado que se ha alcanzado una cobertura nacional de 95% de vacunación en la población meta⁽⁹⁾ y que se está ampliando la inmunización de manera selectiva entre los contactos de casos sospechosos y confirmados en personas menores de 39 años⁽²⁾. “Aún falta alcanzar las coberturas deseadas, mayores de 95%, en Anzoátegui, Barinas, Bolívar, Mérida, Monagas, Portuguesa y Táchira. En estos siete estados, se continuarán las actividades de vacunación y se intensificarán los seguimientos en todos los municipios y sectores, a fin de identificar susceptibles e implementar actividades complementarias de vacunación hasta lograr coberturas homogéneas que permitan disminuir el riesgo de nuevos casos”⁽⁸⁾. La protección de la población susceptible, de manera homogénea en todos los municipios del país es lo deseable. Esto todavía está por lograrse, especialmente en los municipios fronterizos, con población dispersa y de difícil acceso. En cuanto a la vigilancia epidemiológica, se implementó la búsqueda activa de casos sospechosos, la vacunación y el seguimiento de contactos para establecer las rutas de circulación e interrumpir la transmisión⁽⁸⁾.

Aún persisten los riesgos de exportación de casos, explicados por el flujo masivo de personas que abandonan Venezuela con otros destinos de residencia⁽⁷⁾. Fuentes no oficiales reportan nuevos casos de sarampión en el

VIGÉSIMA SEXTA ALERTA DE SARAMPIÓN EN VENEZUELA LA LETALIDAD POR SARAMPIÓN ES 67 VECES MAYOR EN POBLACIÓN DE ETNIAS INDÍGENAS

estado Amazonas, en Parima, Alto Orinoco, en la frontera con Brasil⁽⁸⁾ y el la Guajira Colombiana.

El informe de UNICEF, del 1 de marzo de 2019⁽¹⁰⁾, indica que Venezuela, está entre los países con mayor número de casos en el mundo, notificados en 2018, ocupando la quinta posición, en la lista que encabeza Ucrania, seguida por Filipinas, Brasil y Yemen; además, entre los que sufrieron un aumento interanual más importante⁽¹⁰⁾. **Figuras 10 y 11.**



La tasa de incidencia de sarampión en 2018, fue 4 veces mayor en Venezuela que en Brasil y la mayor en el Continente Americano. La cifra de fallecidos por sarampión en Venezuela en 2018, duplica ampliamente, la suma de casos fallecidos en 30 países de la Comunidad Europea⁽¹¹⁾. Brasil en 2018 fue el segundo país del Continente Americano con transmisión autóctona de la enfermedad, por más de un año y por lo tanto, al igual que Venezuela, perdió el reconocimiento como territorio libre de sarampión.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Actualización de sarampión. 17 de mayo de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=measles-2204&alias=48608-17-may-2019-epidemiological-update-on-measles-1&Itemid=270&lang=en
2. Organización Panamericana de la Salud. Actualización de sarampión. 18 de abril de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=48290-19-de-abril-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es
3. Organización Panamericana de la Salud. Actualización de sarampión. 4 de marzo de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=47910-4-de-marzo-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización de sarampión. 18 de enero de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sarampion-2183&alias=47520-18-de-enero-de-2019-sarampion-actualizacion-epidemiologica&Itemid=270&lang=es
5. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Semanal de Sarampión-Rubéola. Vol. 24, N°43. 27 de octubre de 2018. OPS. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=boletin-semanal-sr-2018-9576&alias=46918-boletin-semanal-de-sarampion-rubeola-43-27-de-octubre-del-2018&Itemid=270&lang=es
6. Fundación Kapé Kapé. Informe de la Situación socio sanitaria de los pueblos indígenas del estado Amazonas y los subregistros de información epidemiológica. Septiembre, 2018. Disponible en: <https://kape-kape.org/>
7. <https://dl.inwebxdesigns.com/storage/Kape-Kape/Informe-Situacion-Sociosanitaria-de-los-Pueblos-Indigenas.pdf> Oletta López, José Félix. Migración forzada y salud. El caso de Venezuela y los países vecinos. Un reto Continental. Informe Especial. 9 de septiembre de 2018. Disponible en: www.alianzasalud.org <https://drive.google.com/file/d/1zbmUe8mB1XeJSTLmd-4uMT5PPIkDPMvm/view>
8. OPS, Venezuela. Venezuela alcanza coberturas de vacunación superiores a 95% para sarampión y difteria. 16 de enero de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=499:venezuela-alcanza-coberturas-de-vacunacion-sobre-95-para-sarampion-y-difteria&Itemid=0
9. Reaparece el sarampión en el sector Parima del Alto Orinoco del estado Amazonas. Fundación Kape Kape. Wakanoticias.com 25 de octubre de 2018. Disponible en: <http://wakanoticias.com/salud/reaparece-el-sarampion-en-el-sector-parima-del-alto-orinoco-en-amazonas.html>
10. UNICEF. El alarmante aumento mundial de casos de sarampión es una amenaza creciente para los niños. 1 de marzo de 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/press-releases/alarming-global-surge-measles-cases-growing-threat-children-unicef-0>
11. ECDC. Monthly Measles and Rubella Monitoring Report. Surveillance Report. March. 2019 (1 February 2018 to 31 January 2019). Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/measles-monthly-report-march-2019.pdf>

Síndrome de Guillain-Barré ¿enfrentando un nuevo brote? Reporte de 4 casos

Victoria E. González Gutiérrez, Elizabeth Hernández Maurice, Jean C. Indriago Colmenares

Resumen

El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante aguda de probable etiología autoinmune, relacionada con diversos procesos infecciosos. Se caracteriza por debilidad muscular y disminución de los reflejos, pudiendo presentar un patrón clásico simétrico ascendente o con variables. La gravedad y pronóstico son variables, pudiendo comprometer los músculos torácicos derivando en insuficiencia respiratoria. Han sido descritos brotes endémicos asociados a diversos agentes infecciosos. Se presenta el reporte de 4 casos con el patrón más frecuente de SGB en los cuales se hizo el diagnóstico clínico confirmado por estudio del líquido cefalorraquídeo o electromiografía con progresión agresiva, 3 de ellos ameritando el traslado a unidad de terapia intensiva (UTI) para su tratamiento. Presentaron distintos factores de riesgo infecciosos como la suspensión de terapia antiretroviral y síntomas gastrointestinales, principalmente diarrea acuosa previo al debut de la paresia. Se implementó el tratamiento haciendo uso de plasmaféresis en uno de los casos e inmunoglobulina endovenosa en el resto con resultados variables. Se resalta la importancia del diagnóstico oportuno de esta patología ante la presencia de paresia y arreflexia con o sin patrón característico con la finalidad de atender la progresión de los mismos de forma adecuada,

mejorar el pronóstico y evitar o disminuir las secuelas de los pacientes.

Palabras clave: debilidad muscular; Cuidados críticos; desmielinizante; plasmaféresis; polirradiculopatía.

Guillain-Barre Syndrome. Report of 4 cases. Is this a new cluster?

Victoria E. González G., Elizabeth Hernández M., Jean C. Indriago C.

Abstract

Guillain Barré Syndrome (GBS) is an acute demyelinating inflammatory disease with probable autoimmune etiology related to diverse infectious processes. It is characterized by muscle weakness and diminished reflexes and may present an ascending symmetrical pattern or with other variables. The severity and prognosis are variable, and the thoracic muscles can be affected, resulting in respiratory failure. Endemic outbreaks associated with various infectious agents have been described. A report of 4 cases is presented in which the clinical diagnosis was confirmed by cerebrospinal fluid study or electromyography, with aggressive progression, 3 of them requiring to be transferred to the intensive care unit. The patients presented different infectious risk factors such as the interruption of anti-retroviral therapy and gastrointestinal symptoms, mainly watery diarrhea prior to the onset of the symptoms. The treatment was implemented using plasmapheresis in one of the cases and intravenous immunoglobulin in the rest with variable results. The importance of the timely diagnosis of this pathology in the presence of paresis

* Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. Medicina Interna. E-mail: Elizabeth Hernandez elihm@msn.com

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ¿ENFRENTANDO UN NUEVO BROTE? REPORTE DE 4 CASOS

and diminished reflexes with or without the characteristic pattern is highlighted in order to address the progression, appropriate management, improve the prognosis and avoid or reduce the sequelae of patients.

Key words: *demyelinating; muscle weakness; critical care; plasmapheresis; polyradiculoneuropathy.*

Introducción

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda con una incidencia de 0,6 a 2,4 casos por cada 100.000 habitantes⁽¹⁾. El trastorno se caracteriza por debilidad simétrica y motora de las extremidades, de carácter ascendente agudo, con pérdida de reflejos osteotendinosos y deterioro autonómico variable. El SGB es definido como un proceso autoinmune debido al hallazgo de anticuerpos IgM anti-mielina del nervio periférico⁽²⁾. La polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda es el subtipo más frecuente a nivel mundial⁽³⁾; sin embargo, existen otras variantes como: síndrome Miller-Fisher (ataxia, oftalmoplejía y arreflexia), neuropatía axonal motora y neuropatía axonal motora y sensitiva. El SGB ha sido descrito en brotes esporádicos como complicación de diversas infecciones causando amplia morbilidad. Entre 2014 y 2015 en la Polinesia Francesa se obtuvo un brote de casos de SGB que resultaron positivos para Virus Chikungunya (CHIKV)⁽⁴⁾ y de manera análoga en Sudamérica entre diciembre de 2015 y abril de 2016 más de 49 pacientes con Virus Zika (ZIKV) fueron reportados con complicaciones neurológicas como encefalitis y principalmente SGB, de los cuales 11 necesitaron traslado a UTI por la severidad de la evolución^(5,6). En EEUU y México se reportó un brote de 26 casos de SGB asociados a infección por *Campylobacter jejuni* a partir del consumo de agua de grifo contaminada y 21 pacientes refirieron el antecedente de diarrea⁽⁷⁾. En base a lo anterior, se presentan 4 casos de SGB procedentes de la Gran Caracas, ingresados entre junio y agosto de 2018 al Hospital Universitario de Caracas (HUC), de los cuales dos refieren antecedente de diarrea y cuya relevancia radica en el interés epidemiológico en el contexto del amplio dete-

riorio en materia de saneamiento ambiental a nivel nacional.

Paciente #1

W.O. masculino, de 56 años de edad, procedente del municipio Libertador, Caracas con diagnóstico de infección por VIH actualmente en segundo esquema de tratamiento (tenofovir-emtricitabina-efavirenz) desde el año 2008 hasta 05/03/18, cuando interrumpe tratamiento por no haber disponibilidad en el país. Refiere inicio de enfermedad actual 3 meses después, cuando presentó pérdida de la fuerza muscular en ambos miembros superiores a predominio distal, posteriormente disminución de fuerza muscular en miembros inferiores de forma simétrica y de distal a proximal hasta impedir la marcha. Acude al HUC y es ingresado el día 07/06/18. Antecedentes médicos: diagnóstico de espondilitis anquilosante a los 26 años. Al examen físico: TA: 120/70 mmHg FC: 90lpm FR: 20rpm, paciente en buenas condiciones generales, al examen neurológico: extremidades hipotónicas, fuerza muscular proximal 3/5 y distal 2/5 simétrica en ambos miembros; reflejos osteotendinosos: 1/4 universales. Sensibilidad superficial conservada, sin hallazgo de nivel sensitivo. Sensibilidad profunda: parestesia y batiestesia conservadas. El estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) por punción lumbar no pudo ser realizado pese a múltiples intentos debido a patología reumatológica de base. Se contaba con carga viral indetectable para el 10/03/18 y el conteo de células CD4 fue de 453 cel/mm³, y células CD8 1229 cel/mm³ para el 22/06/18, sin posibilidad de repetir dichos exámenes debido a no haber disponibilidad en los centros del país. Los estudios de electromiografía fueron consistentes con una polineuropatía desmielinizante aguda de grado moderado a severo, con bloqueo de conducción y latencias distales prolongadas. Se realizó el diagnóstico de SGB y el paciente recibió 5 sesiones interdiarias de plasmaféresis, sin requerir traslado a UTI. Después de 7 días de finalizadas las sesiones se observó mejoría lenta y progresiva de la fuerza muscular.

Paciente #2

Se trata de paciente A.P. femenino, de 55 años de edad, procedente de Santa Teresa del Tuy, Edo

Miranda, con antecedente de artritis reumatoide, quien refiere comienzo de enfermedad actual el día 20/07/18 con 5 episodios/día de diarrea, sin moco ni sangre y 4 episodios/día de vómitos que se autolimitan. El día siguiente se le asocia pérdida de fuerza muscular en MsSs de carácter simétrico y a predominio distal, que rápidamente progresa a proximal y horas más tarde, se asocia pérdida de fuerza muscular en MsIs de carácter simétrico y que asciende de distal a proximal hasta impedir la marcha. El día 22/07/18 se asocia dificultad para respirar, por lo cual es ingresada. Al examen físico TA: 130/80 mmHg FC: 100 lpm FR: 21 rpm, paciente en buenas condiciones generales, al examen neurológico: extremidades hipotónicas, fuerza muscular proximal 3/5 y distal simétrica en ambos miembros 1/5; arreflexia universal. Sensibilidad superficial presente sin hallazgo de nivel sensitivo. El estudio del líquido cefalorraquídeo realizado el 24/07/18 se reporta dentro de límites normales. El segundo día de hospitalización presenta parálisis facial periférica derecha y reflejos nauseoso y tusígeno ausentes. En base a la clínica y la rápida progresión del cuadro, se realiza el diagnóstico de SGB y se decide su traslado a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para vigilancia de la mecánica ventilatoria. Se inicia tratamiento con inmunoglobulina IV 40g/día por 3 días, ciprofloxacina 400 mg c/12hrs y metronidazol 500 mg c/8hrs por 10 días. A los 7 días de hospitalización la paciente presenta taquicardia sinusal, sudoración e hipertensión arterial, por lo que se indica Carvedilol 3,125 mg c/12hrs con mejoría de la sintomatología. A los 15 días de hospitalización la paciente persiste con cuadriparesia, hipotonía, arreflexia universal lo que fue mejorando lentamente y es dada de alta para fisioterapia en forma ambulatoria.

Paciente #3

C.H. masculino, de 20 años de edad, pescador, procedente de San Casimiro, Edo. Aragua, sin antecedentes patológicos conocidos, quien inicia enfermedad actual el día 19 de julio de 2018 al presentar parestesia en dedos de manos y pies, sintomatología que persiste y 2 semanas después presenta exacerbación del cuadro con pérdida de fuerza muscular en miembros inferiores y superiores y concomitantemente, disfagia a sólidos, posterior-

mente a líquidos por lo cual consulta el día 02/08/18 y es ingresado al HUC. Al examen físico: físico TA: 110/70 mmHg FC: 80 lpm FR: 18 rpm, al examen neurológico: extremidades hipotónicas, fuerza muscular proximal 4/5 y distal 2/5 simétrica en ambos miembros; arreflexia universal. El estudio del LCR reporta disociación albúmino-citológica, se confirma el diagnóstico de SGB y por presentar dificultad respiratoria se decide su traslado a UCI y se indica tratamiento con 40 g/diarios de IGIV por 3 días que inicia el 07/08/18.

Paciente #4

Se trata de paciente R.U. masculino, de 68 años de edad, procedente de Caracas, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, quien IEA el día 24/07/18 al presentar diarrea sin moco ni sangre en número de 5 episodios/día por 4 días cuando autolimita y permanece asintomático hasta 2 días después, cuando presenta parestesia en manos que progresa de distal a proximal y a las 24hrs se le asocia debilidad muscular, simétrica, en miembros superiores e inferiores, que impide deambulación, concomitante disfonía y dificultad para respirar por lo que acude y es ingresado el día 02/08/18. Al examen físico: TA: 80/50 mmHg FC: 105 lpm FR: 28 rpm, paciente en malas condiciones generales, disneico, diaforético y con frialdad distal. Tórax hipoexpansible, taquipneico, tiraje intercostal. Al examen neurológico: vigil, consciente, orientado en tiempo y espacio. Extremidades hipotónicas, cuadriplejía, arreflexia universal, sin signos meníngeos. En vista de malas condiciones se indica traslado a UTI para intubación orotraqueal y apoyo de ventilación mecánica. Se realiza diagnóstico de SGB y se inicia tratamiento con IGIV 50 g/día por 3 días.

Discusión

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad desmielinizante aguda dada por neuritis autoinmune aparentemente causada por células T dirigidas contra péptidos de las proteínas de mielina P0, P2 y PMP22; sin embargo, esta fisiopatología aún no está del todo dilucidada e incluso existe evidencia de la participación de anticuerpos y del complemento en el desarrollo de la enfermedad⁽²⁾.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

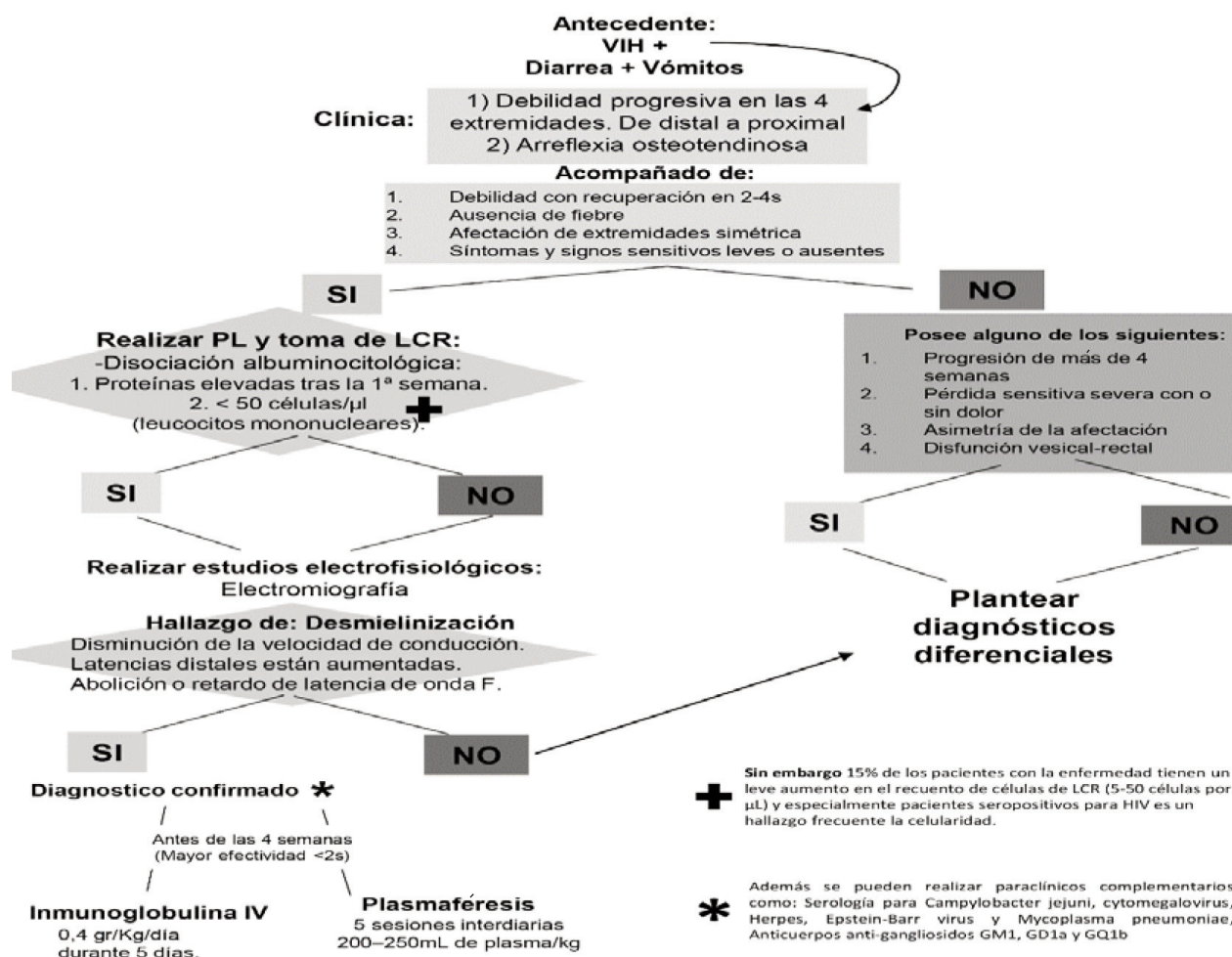
¿ENFRENTANDO UN NUEVO BROTE? REPORTE DE 4 CASOS

La afectación autonómica es frecuente^(2,8) y causa retención urinaria, íleo, taquicardia sinusal, sudoración profusa, hipertensión e hipotensión postural. En el SGB se describe un patrón típico: usualmente inicia 1-2 semanas posterior a un proceso infeccioso, y alcanza en 2-4 semanas su mayor sintomatología. Después de una fase de meseta variable, la recuperación comienza con el retorno de la fuerza muscular proximal, posteriormente distal, durante semanas o meses⁽⁹⁾.

El diagnóstico es clínico y apoyado por medio del estudio citoquímico y citomorfológico del LCR (**fig 1**) con el hallazgo típico de hiper-

proteinorraquia y recuento normal de glóbulos blancos, denominado disociación albúmino-citológica, el hallazgo al LCR está presente hasta el 66% en una semana después del inicio de los síntomas y en más de 75% se halla a la tercera semana de evolución^(10,11). Además el diagnóstico se puede confirmar con pruebas electrofisiológicas (electromiografía y pruebas de conducción) en las que se obtiene disminución de la velocidad de conducción nerviosa motora, latencia prolongada del motor distal y el aumento de la latencia de la onda F. También son útiles para clasificar el tipo de SGB que posee el paciente y sugerir el pronóstico⁽¹²⁾.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico –terapéutico del Síndrome de Guillain-Barré



Es importante hacer hincapié en el factor desencadenante de cada paciente; en más del 60% de los casos se encuentra una infección gastrointestinal o respiratoria desencadenante que provoca la desmielinización y posterior instalación del cuadro⁽¹³⁾. Se han asociado múltiples desencadenantes, entre ellos: *Campylobacter jejuni*, HIV, Virus de Epstein Barr, citomegalovirus, ZIKV y otros eventos no infecciosos. También se ha observado cierta asociación aun no explícita, entre ellos: inmunizaciones⁽¹⁴⁾, traumas y trasplantes de médula ósea.

En los casos presentados, dos pacientes presentaron sintomatología gastrointestinal autolimitada en la semana previa al inicio de la sintomatología neurológica. En la literatura, se reporta que *Campylobacter Jejuni* es el agente desencadenante del SGB en la mayoría de los pacientes, pero solo el 70% refiere el antecedente gastrointestinal, el 30% restante se mantiene asintomático⁽¹⁵⁾. En revisiones previas estipulan que el SGB asociado con infección previa por *Campylobacter* suele tener una evolución más tortuosa con peor pronóstico y recuperación más lenta con grandes secuelas neurológicas⁽¹⁵⁾.

En cuanto al primer paciente con diagnóstico de VIH con interrupción de TARV reciente, ha sido descrita en múltiples ocasiones una asociación entre VIH y el SGB, tanto en fases agudas^(8,16) como crónicas⁽¹⁷⁾; de hecho se han descrito casos en los cuales se asocia la interrupción del TARV con la aparición del SGB⁽¹⁸⁾, por lo que requiere gran atención en el abordaje de pacientes en fase crónica de la infección. El tratamiento del SGB se basa en dos opciones, equivalentes y que no han mostrado mayor eficacia al combinarlas⁽¹⁹⁾: plasmáfesis e inmunoglobulina humana. El inicio de cualquiera de las dos técnicas terapéuticas se recomienda antes de las 4 semanas de inicio de la sintomatología, y en aquellos pacientes que a pesar de tener más de 4 semanas de evolución persisten sintomáticos sin recuperación parcial de la fuerza muscular⁽¹⁹⁾. La Academia Internacional de Neurología recomienda la aplicación de inmunoglobulina humana cuando ambas técnicas sean accesibles⁽²⁰⁾. Sin

embargo, la realización de 5 sesiones de plasmáfesis se ha asociado con mejoría temprana de la fuerza muscular, mejor pronóstico y menor incidencia de ventilación mecánica⁽²⁰⁾, en los pacientes presentados solo uno pudo ser tratado con plasmáfesis debido a no haber disponibilidad en la institución. El tratamiento con plasmáfesis o inmunoglobulina reduce el periodo de recuperación hasta un 50%⁽²⁰⁾. A pesar de ello, más de 20% de los pacientes diagnosticados y tratados oportunamente permanecen con algún tipo de discapacidad.

Conclusiones

En los casos presentados el SGB tuvo una progresión acelerada, requiriendo traslado a UTI en 3 de los 4 pacientes, por lo que se plantea la importancia de la sospecha diagnóstica ante todo paciente con clínica de parálisis y arreflexia de extremidades, rápidamente progresiva con el fin de ofrecerle medidas terapéuticas asistenciales y que favorezcan el pronóstico de cada paciente. Debemos hacer hincapié en la búsqueda de factores desencadenantes debido a la relevancia en materia de salud pública y epidemiología en el contexto actual que se sitúa nuestro país.

Referencias

1. McGrogan A, Madle GC, Seaman HE, de Vries CS. The epidemiology of Guillain-Barré syndrome worldwide. A systematic literature review. *Neuroepidemiology* 2009;32:150-63.
2. Van Doorn PA, Ruts L, Jacobs BC. Clinical features, pathogenesis, and treatment of Guillain-Barré syndrome. *Lancet Neurol*. 2008;7: 939-950.
3. Eelco F.M. Wijdicks, MD, PhD, and Christopher J. Klein, MD. Guillain-Barré Syndrome. *Mayo Foundation for Medical Education and Research n Mayo Clin Proc*. 2017;92(3):467-479
4. Oehler E, Fournier E, Leparac-Goffart I, Larre P, Cubizolle S, Sookhareea C, Lastère S, Ghawche F. Increase in cases of Guillain-Barré syndrome during a Chikungunya outbreak, French Polynesia, 2014 to 2015. *Euro Surveill*. 2015;20(48):pii=30079
5. Ugarte S, Arenas A, Alvarez B, Cubides A, Luna A, et al. Zika virus-induced neurological critical illness in Latin America: Severe Guillain-Barre Syndrome and encephalitis. *Journal of Critical Care* 42 (2017) 275-281.
6. Parra B Ph.D., Lizarazo J, Jiménez J, Zea A Ph.D., González G, et al. Guillain-Barré Syndrome Associated with Zika Virus Infection in Colombia. *The New England Journal of Medicine*. 375;16. 2016. 1513-1523
7. Jackson B, Zegarra J, López H, Sejvar J, Arzate F, Waterman S, et al. Binational outbreak of Guillain-Barré syndrome associated with *Campylobacter jejuni* infection, Mexico and USA, 2011. *Epidemiol. Infect.* (2014), 142, 1089-1099.
8. L. Hagberg, B.E. Malmvall, L. Svennerholm, K. Alestig, G. Norkrans, Guillain-Barré syndrome as an early manifestation of HIV central nervous system infection, *Scand. J. Infect. Dis.* 18 (6) (1986) 591-592.

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

¿ENFRENTANDO UN NUEVO BROTE? REPORTE DE 4 CASOS

9. Hugh J Willison, Bart C Jacobs, Pieter A van Doorn. Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 2016; 388: 717–27
10. Yuki N, Hartung HP. Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med* 2012; 366:2294.
11. Nishimoto Y, Odaka M, Hirata K, Yuki N. Usefulness of anti-GQ1b IgG antibody testing in Fisher syndrome compared with cerebrospinal fluid examination. *J Neuroimmunol* 2004; 148:200
12. Hadden RD, Cornblath DR, Hughes RA, et al. Electrophysiological classification of Guillain-Barré syndrome: clinical associations and outcome. Plasma Exchange/Sandoglobulin Guillain-Barré Syndrome Trial Group. *Ann Neurol* 1998; 44:780
13. Hahn AF. Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 1998; 352:635.
14. Salmon DA, Proschan M, Forshee R, et al. Association between Guillain-Barré syndrome and influenza A (H1N1) 2009 monovalent inactivated vaccines in the USA: a meta-analysis. *Lancet* 2013; 381:1461
15. Rees JH, Soudain SE, Gregson NA, Hughes RA. Campylobacter jejuni infection and Guillain-Barré syndrome. *N Engl J Med* 1995; 333:1374
16. T.H. Brannagan 3rd, Y. Zhou, HIV-associated Guillain-Barré syndrome, *J. Neurol. Sci.* 208 (1–2) (2003) 39–42.
17. F. Bani-Sadr, S. Neuville, I. Crassard, et al., Acute Guillain-Barré syndrome during the chronic phase of HIV infection and dramatic improvement under highly active antiretroviral therapy, *AIDS* 16 (11) (2002) 1562
18. Rosca E, Rosca O, Simu M. Intravenous immunoglobulin treatment in a HIV-1 positive patient with Guillain-Barré syndrome. *International Immunopharmacology* 29 (2015) 964–965
19. Hughes RA, Swan AV, van Doorn PA. Intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; CD002063.
20. Efficiency of plasma exchange in Guillain-Barré syndrome: role of replacement fluids. French Cooperative Group on Plasma Exchange in Guillain-Barré syndrome. *Ann Neurol* 1987; 22:753.

Epidemiología del VIH en Venezuela desde 1983 a 2016

Ana Coromoto Carvajal de Carvajal, Alejandro Rísquez, José Félix Oletta López,
Oswaldo Godoy

Resumen

Introducción: Hay en el mundo, grandes avances en la lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En Venezuela el primer paciente con SIDA fue evaluado por el Dr. Manuel Guzmán en el año 1983, estimándose para el año 2016 120.000 personas infectadas **Objetivo:** describir los indicadores epidemiológicos del VIH en Venezuela desde el año 1983 hasta el año 2016.

Metodología: se revisaron documentos del Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS del MPPS (PNS), ONUSIDA, OPS, OMS y otros documentos científicos. También los datos epidemiológicos, y el acceso a la carga viral (CV) de VIH, CD4, test de resistencia y tratamiento antirretroviral (TARV).

Resultados: Venezuela enfrenta una epidemia concentrada, con prevalencia mayor de 5% en grupos vulnerables como los HSH y se desconoce la prevalencia en otros grupos vulnerables. La prevalencia del VIH en los indígenas waraos es de 9.5 %, una de las más altas de América Latina, cuya situación ha sido catalogada como dramática. El número de mujeres infectadas va en ascenso, la mayoría son amas de casa con, instrucción de educación primaria y transmisión principalmente sexual. No hay datos de prevalencia de VIH de las embarazadas a nivel nacional y la tasa de transmisión vertical estimada para el 2013 fue de 21.8 %. La tasa de mortalidad general por VIH/SIDA para el año 2015 fue de 8.3 por 100.000 habitantes, un aumento de 94 % con

respecto a 1996 (4,14 x 100.000 habitantes). La tasa promedio de mortalidad por VIH/SIDA en niños < de 5 años, es mayor en los menores de un año, con una tasa de 3,46 por 1.000 recién nacidos vivos. El índice de mortalidad en los hombres aumentó 1.8 veces y en la mujer 3.9. El acceso a las pruebas diagnósticas, CV de VIH, lin-focitos CD4 y test de resistencia está seriamente limitado. Para el año 2016, de 120 mil personas con VIH, 59% tenía acceso al TARV y solo 7 % tenían supresión viral. Venezuela es el país de América Latina, que ha experimentado más interrupciones del TARV, agravándose dicha situación durante 2017 y 2018, con un acceso a tratamiento de 16 % en abril de 2018, y desde esa fecha, 58.000 pacientes estaban en falta absoluta de TARV. Gracias al Plan Maestro, el acceso a TARV fue reiniciado en febrero del 2019. **Conclusión:** después de 30 años de la epidemia del VIH en Venezuela, las políticas sanitarias no han sido suficientes para detener el avance de la enfermedad, lo que evidencia el fracaso del PNS. Es urgente y prioritario, cumplir las recomendaciones del Plan Maestro, así como otras expuestas en el presente documento.

Palabras clave: VIH; Epidemiología; Indicadores.

Epidemiology of HIV Infection in Venezuela since the year 1983 to the year 2016

Ana Coromoto Carvajal de Carvajal, Alejandro Rísquez, José Félix Oletta López, Oswaldo Godoy.

Abstract

Background. Great advances have been made in the world in the fight against the Human Immunodeficiency Virus (HIV). The first patient

* Sociedad Venezolana de Salud Pública. anacarvajal09@gmail.com

with AIDS in Venezuela, was evaluated by Dr. Manuel Guzmán in 1983 and in the year 2016 the number of infected people was estimated in 120,000.

Objective: to describe the epidemiological indicators of HIV in Venezuela from 1983 to 2016.

Methodology, the reviewed documents were: National HIV / AIDS / STI Program of the Ministry of Popular Power for Health (PNS), UNAIDS/ WHO/PAHO Master Plan for fortifying the response to HIV, tuberculosis and malaria in our country from a public health perspective (Master Plan), and other scientific publications. Epidemiological data were reviewed as well as the access to viral load (VL) of HIV, CD4, resistance test, and antiretroviral treatment (ART).

Results: Venezuela faces a concentrated epidemic, with a prevalence of more than 5% in vulnerable groups and the prevalence in other groups is unknown. The prevalence of HIV in the Waraos Indigenous people is 9.5%, one of the highest in Latin America, the situation has been named as dramatic. Infected women are on the rise, with the majority being housewives, with elementary schooling and, mainly by sexual transmission. There are no HIV prevalence data of pregnant women nationwide and the estimated vertical transmission rate for 2013 was 21.8%. The overall mortality rate for HIV / AIDS for the year 2015 was 8.3 per 100,000 inhabitants, an increase of 94% compared to 1996 (4.14×10^5). The mortality index in men increased 1.8 times and in women 3.9. The average mortality rate for HIV / AIDS in children under 5 years of age is higher in those under one year of age, with a rate of 3.46 per 1000 live births. In 2014, maternal deaths due to AIDS represented 2.5%, there are no updated data. Access to diagnostic tests, VL, lymphocyte CD4 and resistance test is severely limited. For the year 2016, 120,000 persons were living with HIV in Venezuela, 59% had access to ART, but only 7% had suppression of LV. Venezuela is the country in Latin America, which has experienced more interruptions of ART. Aggravating this situation during 2017 and 2018, with an access to treatment of 16 % in April 2018. Since then, approximately 58,000 patients receive no ART at all. Thanks to the Master Plan access to ART was reinitiated in February 2019.

Conclusions: more than 30 years after the HIV epidemic in Venezuela, health policies have not

been sufficient to stop the progression of the disease, which shows the failure of the National HIV / AIDS / STI Program. It is a priority to comply with the recommendations of the Master Plan, as well as others set out in this document.

Keywords: HIV; Epidemiology; indicators.

Introducción

El primer caso descrito de infección por el VIH en Venezuela se informó el año 1983. Se estima que el número de personas infectadas con el virus en nuestro país, para el año 2016 es entre 120.000 a 140.000^(1,2). Actualmente, a pesar de contar con tratamiento efectivo para el control de la enfermedad y de otras estrategias para evitar el VIH, los casos continúan aumentando, en parte debido al desabastecimiento de los antirretrovirales (ARVs) en los últimos años y a la falta de políticas en la prevención de la enfermedad. El conocimiento de los factores epidemiológicos como: número de casos nuevos, distribución por sexo, edad, grupos vulnerables, epidemiología en diferentes grupos poblacionales, y morbilidad son herramientas importantes para el control de la enfermedad.

Objetivo

Describir los indicadores epidemiológicos del VIH en Venezuela desde el año 1983 hasta el año 2016 y analizar algunos aspectos de la operatividad actual del Programa Nacional de VIH-SIDA/ITS (PNS) del Ministerio del Poder Popular para la salud (MPPS).

Materiales y métodos

Se revisaron documentos de: PNS del MPPS, ONU/SIDA/OMS/OPS Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública (Plan Maestro), publicaciones de la Sociedad Venezolana de Infectología, de la Sociedad Venezolana de Salud Pública y de organizaciones no gubernamentales (ONGs), entre otros. Se revisaron datos epidemiológicos a saber: número de casos acumulados, distribución por sexo, morbilidad, mujeres y embarazadas infectadas con

VIH, tasa de transmisión vertical, acceso a la carga viral, CD4, test de resistencia, mortalidad y tratamiento ARV (TARV).

Análisis estadístico

Los datos fueron transcritos y trabajados en Excel y SPSS, versión 20. Se calcularon tasas crudas y específicas de acuerdo a grupos de edad, sexo, procedencia, muertes y casos, se usaron tasas anuales promedio para algunos períodos de tiempo, se calculó la letalidad en porcentaje. Para las tendencias se usó la regresión lineal, coeficiente de determinación y sus intervalos de confianza al 95%. Las comparaciones entre las entidades federales se utilizó la Razón de brecha proporcional. Se presentaron los datos en porcentajes, medianas y cuartiles, cuadros con frecuencias ordenadas de mayor a menor, gráficos tipo polígono de frecuencias, de barras, diagramas de segmentos y mapeo para la visualización de las entidades y regiones afectadas. Para la comparación de los lapsos con numeradores pequeños se usó la Razón Estandarizada de Mortalidad con intervalos de confianza por Poisson con 95% de confianza. y calculadora versión Excel^(3,4).

Aspectos bioéticos

Se trata de un estudio de revisión, de las estadísticas oficiales publicadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela, ONUSIDA, OPS/OMS, sociedades científicas, expertos en VIH y de Organizaciones no Gubernamentales (ONGs). No se conocen ni revelan la identidad de las personas casos y muertes.

Resultados

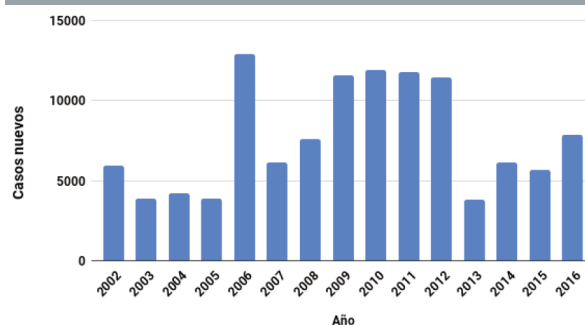
VIH-SIDA en Venezuela. Síntesis de información epidemiológica

Según el Plan Maestro de VIH, malaria y tuberculosis para Venezuela de ONUSIDA/ OPS/OMS, desde el año 1983 hasta el 31 de diciembre del 2016, los casos notificados de infección por el VIH han aumentado progresivamente, alcanzando un total acumulado de 154.046 casos. En el año 2016, se estimó que vivían con VIH 120.000 (110 mil – 130 mil) personas, con 6.500 (5.800 – 7.100) nuevas infecciones y 2.500 (2.100 – 2.900) muertes relacionadas con el SIDA. El sexo masculino

representó un 75% de los casos acumulados⁽²⁾. En el gráfico 1 podemos observar los casos nuevos de VIH/SIDA a través de los años.

Se estima que la epidemia de VIH en Venezuela es concentrada, con una prevalencia en

Gráfico 1. VIH/SIDA. Casos nuevos totales - Años 2002 - 2016.



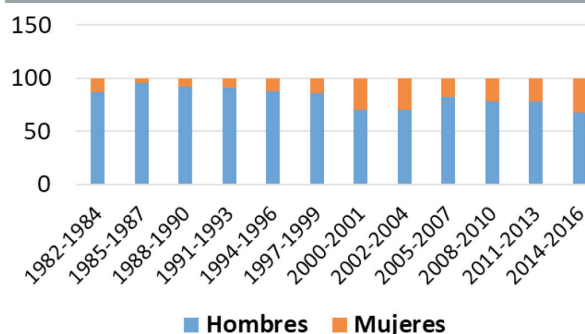
Fuente: ^(2,5). Gráfico elaboración propia.

la población general de 0,56% y superior al 5% en grupos de población más vulnerables, mantenida principalmente en grupos expuestos como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales y comunidades indígenas como los warao⁽⁵⁾. La incidencia es alta en amas de casa, según lo demuestran algunos estudios publicados^(6,7). No se dispone de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de VIH en la población general y muy pocos en grupos de poblacionales claves.

VIH en mujeres venezolanas

Desde el año 1983 en adelante los casos de VIH

Gráfico 2. Porcentaje de casos de VIH/SIDA según sexo, por trienios, Venezuela 1982-2016.



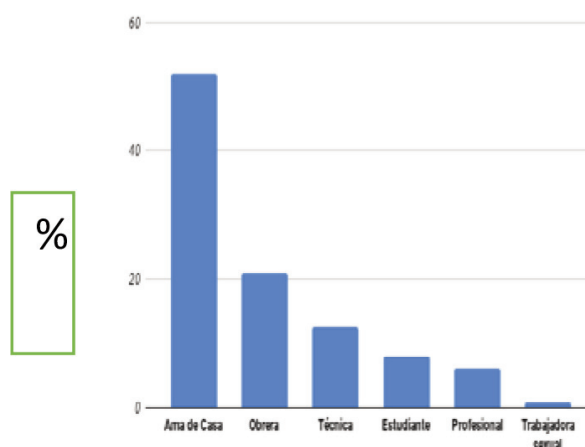
Fuente: Programa Nacional SIDA/ITS *Durante este período se realizó búsqueda directa de casos en las Coordinaciones Regionales del Programa. Gráfico: elaboración propia.

en mujeres se han incrementado, el porcentaje pasó de 5% a 15% hasta la década de los años 90 y actualmente se mantiene alrededor de un 25 a 32 %, (**gráfico 2**). Según el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la prevalencia del VIH en mujeres que acuden a centros de atención prenatal entre la población general es de 0.9%⁽²⁾.

Los estudios de mujeres infectadas con VIH en Venezuela son limitados, una investigación nacional realizada en diferentes zonas de Venezuela en 300 mujeres infectadas con VIH (52 embarazadas y 248 no embarazadas), evidenció que la mayoría se encontraban en el rango de 21-30 años (36,6%). 46,6% vivía en una casa alquilada o con la familia, 45% había completado la educación primaria, 52.5% eran amas de casa (**Gráfico 3 y 4**), 37.8% tuvo su primer encuentro sexual entre los 12 y 17 años de edad. Todas las mujeres tenían una historia de encuentros sexuales, en un caso fue por transmisión vertical. Los factores de riesgo como el consumo de drogas ilegales por vía intravenosa y el alcohol fueron insignificantes. El comercio sexual fue referido en el 0,7%. El nivel de desempleo fue de 61%. De las empleadas, las mujeres de Caracas tuvieron un mayor porcentaje de empleo (65%) en comparación con otras regiones, con una p de 0.001. Sólo 3% de las mujeres estaba empleado en el estado Sucre. El uso de preservativo fue bajo en el 100% de las relaciones sexuales en todas las regiones estudiadas, especialmente en las mujeres de Carabobo y Sucre. En más del 40% el diagnóstico de VIH se realizó en los últimos 4 años, lo que evidencia un incremento de esta infección en las mujeres⁽⁷⁾.

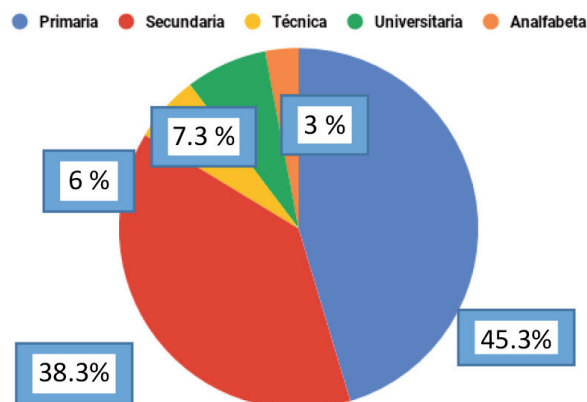
En el Hospital Vargas de Caracas, durante el año 2016, fueron evaluadas 58 mujeres con VIH, cuya edad promedio fue 38,7 años, el tiempo promedio entre el diagnóstico y la primera consulta fue 5,3 meses con un máximo de 4 años, eran de ocupación del hogar el 43.1 %, estudiantes 32.7 % y obreras 24 %. La transmisión fue sexual en 98,2% y vertical en un caso. Los linfocitos CD4 promedio eran 241 células, 48,2% <200 células; la carga viral promedio de VIH fue de 494.680 copias; las enfermedades oportunistas se identificaron en 20 pacientes, (34,48%); abandonaron la consulta 20,6%⁽⁸⁾. Una investigación en 125 mujeres del Hospital

Gráfico 3. Profesión y oficio en 300 mujeres con VIH en Venezuela, año 2010.



Fuente: Carvajal y col. Gaceta Médica de Caracas. 2016⁽⁷⁾.

Gráfico 4. Grado de instrucción en 300 mujeres con VIH en Venezuela. Año 2010.



Fuente: Carvajal y col. Gaceta Médica de Caracas. 2016⁽⁷⁾.

Universitario de Caracas y del Instituto de Hemato-Oncología de la Universidad Central de Venezuela, en la era pre TARV, evidenció lo siguiente: rango de edad de 16 a 64, media de 35. Cien (80%) eran venezolanas, 20 % extranjeras. El factor de riesgo más importante fue la transmisión heterosexual en 89% de los casos. El uso de drogas por vía intravenosa estuvo presente en 6%, transfusiones en 5 (4%) y la transmisión ocupacional debido a exposición a la sangre en 1 caso⁽⁹⁾.

Embarazadas infectadas con el VIH en Venezuela

A nivel nacional desde el año 2004 hasta el 2016 se han atendido 3.930 embarazadas infectadas

con el virus (**Tabla 1 y Gráfico 6**), observándose un aumento progresivo de casos a partir del año 2005, excepto en el 2009 y 2016⁽²⁾.

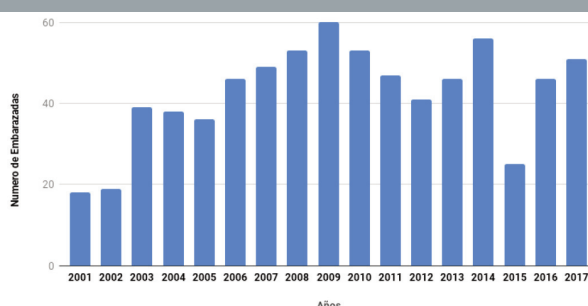
Tabla 1. Embarazadas con VIH en Venezuela. Años 2007-2016

2007	375
2008	335
2009	233
2010	272
2011	285
2012	348
2013	432
2014	559
2015	761
2016	331
Total	3.930

Fuente: (2). Plan Maestro ONUSIDA/OMS/OPS, 2018

En el hospital Universitario de Caracas (HUC), el número de casos de embarazadas con VIH se puede observar en el gráfico 6, con mayor número de casos el año 2009 y menor en el año, 2001, 2002 y 2015.

Gráfico 6. Embarazadas infectadas con el VIH evaluadas en el Hospital Universitario de Caracas (HUC). Enero 2001 - Diciembre 2017.



Fuente: Registros médicos del Hospital Universitario de Caracas. Años 2001-2017⁽¹⁰⁾. Gráfico: elaboración propia.

No se dispone de datos oficiales de prevalencia de VIH en embarazadas a nivel nacional. Estudios realizados en gestantes han demostrado poco conocimiento sobre la forma de transmisión del VIH^(11,12). Los estudios publicados en embarazadas muestran que la mayoría son menores de 24 años, tienen un inicio de actividad sexual precoz, son amas de casa, y con nivel de instrucción primaria^(6,13).

Para el año 2015, la cobertura de la prueba de VIH y sífilis para las embarazadas que acudieron al control pre natal fue de 23% y 27 % respectivamente, con una prevalencia de sífilis en las embarazadas de 2,8%⁽²⁾. La tasa de transmisión vertical (TV) del VIH a nivel nacional para el año 2013, fue de 21,88 %⁽⁵⁾. No se dispone de datos oficiales de TV del VIH en los siguientes años.

En el año 2013, el porcentaje de niños con madres seropositivas que recibieron un test diagnóstico durante los 2 primeros meses de nacidos, fue de 11,16%, el número de casos nuevos de VIH en la población infantil, según el Programa Nacional de VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual, (PNS) del MPPS, para ese año fue de 343⁽⁵⁾. No se dispone información de los años siguientes.

VIH en población indígena

Un estudio realizado por Villalba JA y col, publicado el año 2013, evidenció que existe una concentración importante de la epidemia de VIH en comunidades indígenas de la etnia warao, del estado Delta Amacuro, demostrándose una prevalencia de 9,5%. Se encontró además una prevalencia significativamente mayor en los hombres (15.6%) en comparación con las mujeres (2.6%), alcanzando hasta el 35% en hombres de una comunidad⁽¹⁴⁾. También se ha evidenciado una mayor exposición al virus de hepatitis B (VHB) y una alta prevalencia de infección oculta por VHB entre los individuos positivos al VIH⁽¹⁵⁾. Los estudios han demostrado que se han producido al menos dos introducciones independientes de VIH-1n en los amerindios warao de Venezuela. El subtipo B del VIH-1 se estableció con éxito y se difundió en la comunidad, probablemente a partir del año 1999⁽¹⁶⁾. El primer caso de SIDA en la comunidad warao fue reportado en el año 2007.

Mortalidad

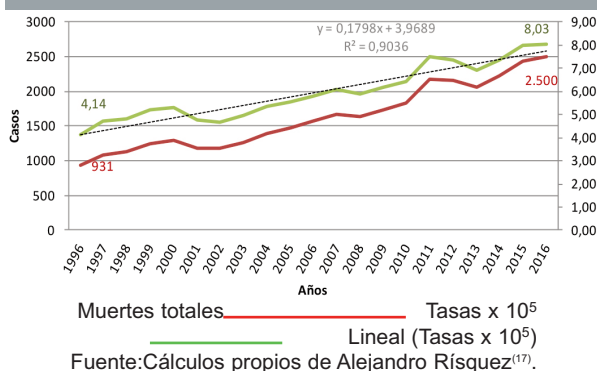
Desde 1983 hasta 2016 fallecieron 35.400 personas por causas relacionadas al VIH/SIDA⁽²⁾. La tasa de mortalidad ha aumentado progresivamente de menos de 2 por 100.000 habitantes en el año 1989 a más de 6 por 100.000 habitantes en el año 2013. En ese año fallecieron 2.200 personas por VIH/SIDA, la causa de la muerte fueron las infecciones oportunistas en

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH EN VENEZUELA DESDE 1983 A 2016

más de 60 % de los casos⁽⁵⁾. Del año 1996 al 2015 la tasa de mortalidad total aumentó de 4,14 x 100.000 habitantes a 8,03 x 100.000 habitantes (**Gráfico 7**)

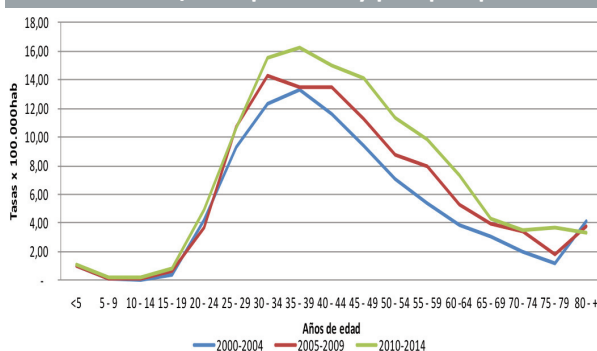
(17)

Gráfico 7. Tendencia de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA, años 1996 a 2016.



En el gráfico 8 observamos la tasa de mortalidad total en diferentes edades, por quinquenios, observándose una mayor tasa en el quinquenio de 2010 a 2014, con una máxima tasa de mortalidad en el grupo de 35 y 39 años de edad (14,3 x 100.000 habitantes), y luego un descenso de las tasas hasta los mayores de 80 años de edad⁽¹⁷⁾.

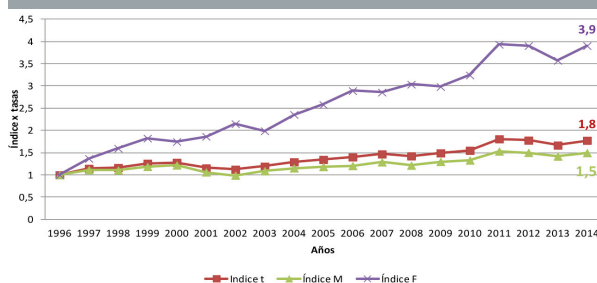
Gráfico 8. Tasa de mortalidad por VIH/SIDA por edad y por quinquenios.



La relación hombre/mujer inicia para el año 1996 en 1:8 y finaliza el año 2014 en 1:3 estrechándose de manera importante. En relación a los índices de mortalidad, al observar los índices de aumento porcentuales, se puede constatar que las tasas de mortalidad general han crecido casi 2 veces^(1,8). Al comparar hombres y mujeres se observa que el aumento en los hombres fue 1,5 veces

mayor mientras que las mujeres hasta casi 4 veces (**Gráfico 9**).

Gráfico 9. Índice de mortalidad de VIH por sexo.



Índice t: índice de mortalidad total. Índice M: índice de mortalidad masculino. Índice F: índice de mortalidad femenino.

Fuente: Cálculos propios de Alejandro Rísquez⁽¹⁷⁾.

En relación con la tasa de mortalidad de SIDA por entidades federales a nivel nacional, en el año 2014 fue de 7,3 por 100.000 habitantes. Cinco entidades federales se encontraban por encima de la tasa nacional: Táchira, Guárico, Distrito Capital, Bolívar y Delta Amacuro, siendo este último estado el que presenta la tasa más elevada (14,7 por 105 habitantes)⁽¹⁷⁾ (**tabla 2**).

Tabla 2. Tasas de mortalidad por VIH/SIDA según seleccionadas entidad federal. Venezuela 2014.

Entidad Federal	Tasa x 100.000 hab.
Delta Amacuro	14,7
Bolívar	11,8
Distrito Capital	11,3
Guárico	8,5
Táchira	7,7
Venezuela	7,3
Nueva Esparta	6,9
Zulia	6,7
Miranda	6,6
Amazonas	4,6

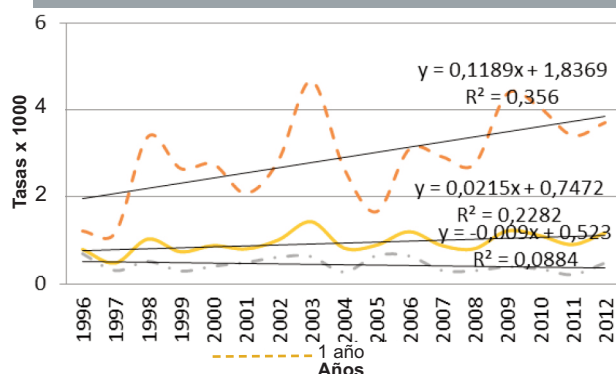
Fuente: (17)

En relación con la mortalidad en embarazadas infectadas con VIH, hay pocos datos. Según el Anuario de Mortalidad de Venezuela, en el año

2014, ocurrieron 490 muertes maternas; de ellas 12 habían fallecido por “Enfermedad que complica el embarazo, el parto y el puerperio”, lo que representa el 2.5% de las muertes totales⁽¹⁸⁾.

Con respecto a la mortalidad de los niños con VIH en nuestro país, un estudio realizado por Alejandro Rísquez y colaboradores, evidenció la mortalidad en los menores de 5 años, con una tendencia lineal a aumentar, atribuible en parte al paso del tiempo ($r=0,596$; regresión lineal estadísticamente significativa $p=0,012$; pendiente $B=0,119$ con límites de confianza del 95% entre 0,031 a 0,27). Mientras que las muertes por VIH/SIDA en los niños de 1 a 4 años tienen una tendencia estable, sin aumentos, y con una dispersión mucho menor (**Gráfico 10**)⁽¹⁹⁾.

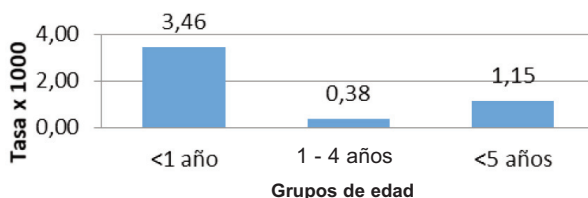
Gráfico 10. Tasas de mortalidad por VIH en menores de 5 años y sus tendencias. Venezuela 1996-2012



Fuente Cálculos propios de Alejandro Rísquez, a partir de los datos de los Anuarios de Mortalidad y población del Instituto Nacional de Estadística^(17,19).

La tasa promedio de mortalidad por VIH/SIDA en niños menores de 5 años, es mayor en los menores de un año, con una tasa de 3,46 por 1000 recién nacidos vivos (**Gráfico 11**).

Gráfico 11. Tasas anuales promedios de mortalidad por VIH/SIDA en niños menores de 5 años. Venezuela 2010-2012



Fuente: (17,19)

El estudio de Rísquez, encontró que 21,9 % de las muertes en los menores de 1 año ocurren durante el período neonatal (0 a 29 días), 49 % en los siguientes 5 meses, para alcanzar el 71% antes de cumplir los 6 meses de vida⁽¹⁹⁾. Los estados del centro y el sur-orienté del país son los que tienen las tasas de mortalidad infantil más alta para VIH/SIDA⁽¹⁹⁾.

Acceso a las pruebas diagnósticas de VIH, CD4, carga viral y test de resistencia

En el país, mediante el PNS, debe estar disponible la realización de indicadores importantes para el cuidado de los pacientes con VIH, como son las pruebas diagnósticas de VIH, CV de VIH, la subpoblación de linfocitos y el test de resistencia. Los servicios de prueba de VIH están disponibles en 127 centros públicos, Laboratorios de Salud Pública o Bancos de Sangre. Sin embargo, actualmente no se están realizando las pruebas de confirmación diagnóstica de VIH ELISA de 4ª generación y Westernblot, en la mayoría de las instituciones sanitarias del sistema público del país, incluyendo a los Bancos de Sangre⁽²⁾. Tampoco se dispone de prueba rápida en ningún nivel de atención de la red de servicios públicos, incluyendo el primer nivel de atención⁽²⁾.

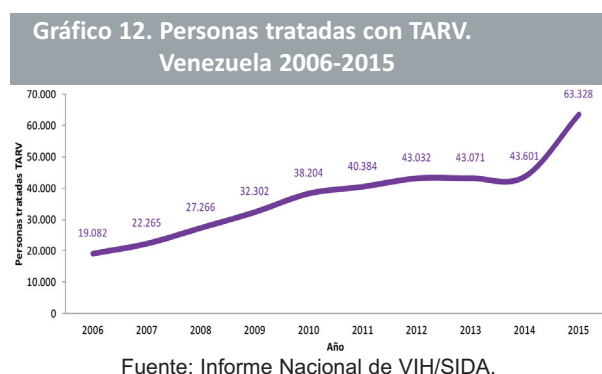
El acceso a la realización de CV, subpoblación de linfocitos y test de resistencia está seriamente limitado en el sistema público de salud, el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR), institución de referencia en todo el país para la realización de test de resistencia, actualmente tiene más de un año sin prestar el servicio⁽²⁰⁾.

Acceso al tratamiento anti retro viral (TARV) en Venezuela

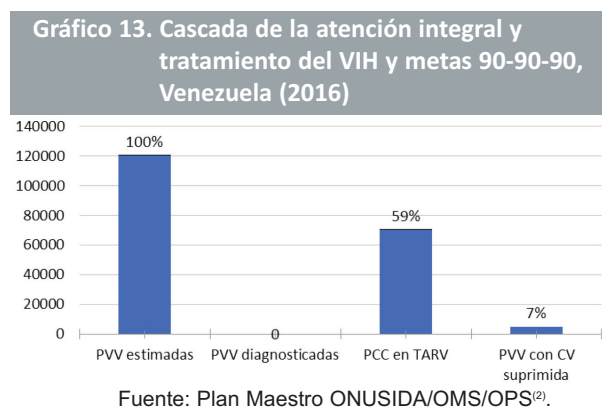
En relación al TARV, en nuestro país se logró desde el año 1999, después de un recurso de amparo ante la Corte Suprema de justicia, introducido por la sociedad civil Acción Ciudadana contra el SIDA, solicitando TARV para todas las personas infectadas con el VIH⁽²¹⁾. Desde entonces el PNS ofrece de forma gratuita el tratamiento a todas las personas que viven con el VIH en Venezuela, incluyendo migrantes en situación irregular, el acceso se obtiene llenando un formato o planilla

por un especialista, la cual es enviada a la farmacia (as) designadas por el PNS; en una semana o menos el paciente ya puede retirar el tratamiento en la farmacia respectiva. Desde el año 2016 en Venezuela, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, se ofrece y recomienda TARV a todas las personas diagnosticadas con VIH, independientemente de su contejo de Linfocitos CD4^(2,22).

En el gráfico 12 se observa el número de personas en TARV en nuestro país desde el 2006 hasta el año 2015, observándose un aumento de pacientes en tratamiento a través de los años.



Para el año 2016, de 120 mil personas con VIH en Venezuela, (59%) tenía acceso a la TARV, pero solo 7 % tenían supresión de la carga viral de VIH (**Gráfico 13**)⁽²⁾. A final del 2017, de acuerdo con la base de datos del PNS, 79,467 personas con VIH recibían TARV en nuestro país. En el primer trimestre de 2018, el PNS realizó revisión de la data y actualizó ese número a 69.677⁽²⁾.



El acceso a TARV en los años 2017, 2018 se vió interrumpido de manera importante, con una

cobertura de menos de 20% para abril de 2018⁽²⁾. El acceso a TARV en las embarazadas infectadas con el VIH es una prioridad para el PNS del MPPS. Según estimaciones del Programa Spectrum de ONU/SIDA para el año 2013, el porcentaje de embarazadas seropositivas al VIH que recibieron TARV para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil fue de 27,55%⁽⁵⁾, este porcentaje aumentó a 43,18% para el año 2015⁽²⁾ y para el año 2016 a 48%⁽¹⁾. Se desconoce el acceso al TARV de las embarazadas en los años 2017 y 2018.

El acceso al TARV de las personas privadas de libertad en Venezuela, presenta graves fallas, tanto en el suministro, como en la atención médica. Se desconoce el acceso al TARV en otros grupos vulnerables, como transgénero, usuarios de drogas psico activas y HSH, entre otros.

Discusión

El número de nuevas personas infectadas con el VIH se mantuvo por encima de 10.000 casos anuales durante los años 2006 y de 2009 a 2012, en el año 2013 disminuyeron a menos de 5.000, para aumentar nuevamente por encima de 5.000 durante los años 2014 a 2016 (**Ver gráfico 1**). La tendencia a la disminución de los nuevos de VIH carece de lógica, el Programa Nacional de VIH/SIDA/ITS del MPPS no realiza programas de promoción y prevención de la salud para evitar el VIH y otras enfermedades sexuales prevenibles, tampoco realiza distribución de condones y lubricantes en los servicios de atención integral a personas con VIH, ni en la red del primer nivel de atención⁽²⁾. Por otro lado, en Venezuela se ha observado un incremento de las ITS como sífilis, la cual es un marcador indirecto de VIH⁽²³⁾. La escasez de pruebas diagnósticas de VIH podría explicar la “aparente disminución” de los casos de VIH en el país.

La prevalencia de VIH en la población general de Venezuela es similar al resto de los países de América Latina. Se trata de una epidemia concentrada con una prevalencia menor de 1%⁽²⁾, pero mayor en algunos grupos vulnerables; no hay datos actuales de la prevalencia a nivel nacional, ni tampoco en grupos vulnerables como: HSH, transgénero, usuarios de drogas psicoactivas, personas en

situación de calle y privados de libertad. La ausencia general de una política oficial sistemática, de control sanitario en materia de ITS y VIH/ SIDA, hace imposible determinar la prevalencia de VIH en personas vulnerables, incluyendo las privadas de libertad que viven con VIH/SIDA en Venezuela⁽²⁴⁾.

En relación a las mujeres infectadas con VIH en el país, mencionamos anteriormente que se desconoce la prevalencia en poblaciones claves como embarazadas, amas de casa, trabajadoras sexuales, privadas de libertad, usuarias de drogas endovenosas, mujeres objeto de violencia de género y mujeres transgénero, entre otras⁽²⁾. Las mujeres amas de casa representan un porcentaje importante de casos de VIH en la mujer venezolana⁽⁷⁾. Sin embargo, no hay estudios de prevalencia de la infección en esta población, ni tampoco programas de prevención de VIH y de otras ITS. La emergencia compleja que vive nuestro país, ha obligado a muchas mujeres a ejercer al trabajo sexual como única fuente de ingreso, otras han migrado a países vecinos y son explotadas sexualmente⁽²⁵⁾. Es muy probable que el VIH en este grupo se haya incrementado. La violencia de género también ha aumentado en el país⁽²⁶⁾, factor implicado en el incremento de VIH en la mujer.

Las mujeres y las embarazadas venezolanas con VIH, exhiben un perfil epidemiológico similar, a excepción de la edad, donde más del 50% de las embarazadas son menores de 24 años^(6,13). La mayoría solo tienen educación primaria y están desempleadas y no usan preservativo según el estudio realizado en 300 mujeres infectadas con VIH en diferentes regiones de Venezuela⁽⁷⁾. La crisis de emergencia compleja que vive nuestro país, evidencia fallas en el suministro de medicamentos en más de 90 % en las farmacias públicas y a nivel hospitalario⁽²⁷⁾, lo cual incide en el suministro de preservativos o condones y de tratamiento antimicrobiano para tratar la sífilis y otras ITS⁽²⁸⁾.

En un estudio realizado en el HUC, en 110 embarazadas seropositivas de VIH, se encontró coinfección con otras ITS en un 17.9%, siendo las más frecuentes: VPH (33%) y sífilis (28%); una importante magnitud de asociación fue observada

en coinfección con niveles de TCD4 bajos, edad < de 24 años y 2 ó más parejas sexuales⁽²⁹⁾.

En relación a la prevalencia de VIH en embarazadas, solo existen estudios puntuales no actualizados. También hay un aumento progresivo en las embarazadas portadoras de VIH, y se observa que para el período 2001-2003 se registraron entre 100 y 200 gestantes VIH, mientras para el último período de la serie entre 340 y 600 gestantes, es decir se duplicó el número de embarazadas con diagnóstico de infección activa (**tabla 1**). Según el PNS los casos de VIH en embarazadas en el año 2016 han disminuido a nivel nacional, lo cual, con toda probabilidad, se debe a un subregistro importante, debido a la escasez de reactivos para realizar las pruebas diagnósticas de VIH en los servicios de salud reproductiva de nuestro país, situación que se ha agravado en los últimos años⁽²⁰⁾. El bajo porcentaje de control prenatal en las gestantes venezolanas (menor de 50 %), es una oportunidad perdida para realizar el despistaje de VIH durante el embarazo, lo cual impide captar a las infectadas con el VIH, indicarles TARV y disminuir la TV del virus⁽³⁰⁾. Estudios realizados han mostrado que el diagnóstico de VIH en las embarazadas venezolanas se realiza principalmente durante el embarazo^(6,13).

El HUC junto a la Maternidad Concepción Palacios de Caracas han sido pioneros en la atención de la embarazadas infectadas con VIH en Venezuela. En el HUC La incidencia de embarazadas con VIH se ha mantenido estable excepto para el año 2015, lo cual probablemente se debe, entre otros factores, a una disminución de la oferta de la atención obstétrica, debida a trabajos de remodelación en el servicio de Obstetricia y Perinatología de dicho hospital. El acceso de las mujeres y de las embarazadas, incluyendo las infectadas con el VIH, a los servicios de salud reproductiva del país se ha agravado en los últimos años; la crisis del sector sanitario ha tenido un impacto negativo en todas las instituciones sanitarias, incluyendo la Maternidad Concepción Palacios de Caracas, el HUC y otras instituciones donde se atienden embarazadas^(31,32). La diáspora de médicos venezolanos, el cierre o escasez de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos de las maternidades, los bajos

salarios, los problemas de infraestructura y de suministros han provocado una merma en la oferta, calidad y oportunidad de servicio, que, sin duda, afecta a las mujeres más pobres y desfavorecidas de la población^(31,33). La experiencia de la mujer gestante con VIH en el TARV en Venezuela, ha sido muy exitosa en aquellos centros de salud donde son tratadas desde su consulta prenatal y en el post parto, alcanzando cifras de transmisión vertical que van de 1 a 4%^(6,13).

La prevalencia de VIH en la comunidad indígena warao del Delta del Orinoco de nuestro país, exhibe una de las tasas más elevadas de América Latina (9.6%), seguida de la comunidad de Chayahuita en Perú (7.5%) y mujeres wayuu en Colombia (7.0%)⁽³⁴⁾. Una investigación realizada por el Dr. Jacobus De Waard, en 50 indígenas de la etnia Waraos, población indígena venezolana asentada en el Delta del Orinoco, estado Delta Amacuro, evidenció los siguientes factores de riesgo para VIH en la población estudiada: inestabilidad en la pareja sexual, prácticas de hombres que tienen sexo con hombres, relaciones sexuales fortuitas y durante viajes, inicio precoz de relaciones sexuales, sexo oral, sexo anal, falta de uso de métodos de barrera y desconocimiento de la forma de transmisión y prevención⁽³⁵⁾.

Kirk Semple, periodista del New York Times, en una brillante documentación sobre el VIH en la población indígena warao, evidenció que : la situación es verdaderamente dramática, el impacto de la crisis de salud y la escasez de medicinas en Venezuela ha impactado con mayor fuerza esa población, observándose gran desconocimiento de la enfermedad, escasez casi absoluta de medicamentos ARVs y de pruebas diagnósticas, amenazando a toda una comunidad donde *“El VIH se ha extendido rápidamente por todo el delta del Orinoco y ha matado a cientos de indígenas warao que viven en asentamientos a lo largo de los canales que serpentean a través de los pantanos y bosques de este paisaje”*⁽³⁶⁾.

Estudios en la comunidad warao evidencian una alta incidencia de hepatitis B en los coinfectados con VIH^(37,38). Por otra parte, investigaciones reali-

zadas en la comunidad indígena Yanomami (estado Amazonas) y Japreira (estado Zulia), reportan alta endemicidad de hepatitis B mayor de 8%⁽³⁹⁾. Además del VIH, la tuberculosis, la desnutrición y enfermedades reemergentes como la difteria y el sarampión están diezmando las poblaciones indígenas de Venezuela^(40,41).

Las pruebas rápidas para el VIH tienen un resultado comparable con la prueba de ELISA; en general, no requieren gran experticia de laboratorio y pueden ser realizadas en pocos pasos en menos de 20 minutos. Es el método preferido a ser realizado en mujeres embarazadas que llegan en trabajo de parto y que no se han realizado las pruebas de VIH durante el embarazo⁽⁴²⁾; también tienen utilidad en accidentes laborales, para decidir profilaxis ARV en la persona expuesta a fluidos corporales de fuente desconocida para el VIH⁽⁴³⁾. Junto con la prueba rápida de sífilis forman parte de la estrategia de la OPS/OMS para la eliminación de la sífilis congénita y de la TV del VIH⁽⁴⁴⁾. Son las pruebas recomendadas para realizar tamizaje a cualquier persona que asiste a una consulta médica o que desee realizarse la prueba. Sin embargo, no están disponibles a nivel nacional⁽²⁾, excepto una cantidad limitada que han sido donadas en algunos en algunos hospitales para ser usadas principalmente en embarazadas (Comunicación personal de Moraima Hernández y Ana Carvajal).

También hay serias limitaciones en el sistema público de salud del país para realizar ELISA de cuarta generación, CV de VIH, subpoblación de linfocitos y test de resistencia, parámetros fundamentales para confirmar el estatus de VIH, el porcentaje de pacientes indetectables, la eficacia del tratamiento, el modo de culminación del embarazo, y cambio de tratamiento guiado por el test de resistencia⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾. El INHRR laboratorio de referencia a nivel nacional, en los últimos tres años ha realizado algunas de estas pruebas, especialmente CV y linfocitos CD4 a un número limitado de pacientes. Para julio del año 2019, todavía no se había reiniciado en el país la realización de estos exámenes en dicho Instituto.

La indicación de fármacos ARVs en las personas que viven con VIH en Venezuela ha evolucionado

según las recomendaciones nacionales e internacionales. Para el año 2016 todas las personas diagnosticadas con VIH podían acceder a TARV, independientemente de sus niveles de linfocitos TCD4⁽²²⁾. El número de personas portadoras de VIH/SIDA en Venezuela adscritas y recibiendo TARV desde el año 2006 es relevante y fue en ascenso hasta el año 2015, incrementándose hasta 3 veces el número de beneficiarios. Sin embargo, Venezuela ahora es el país de América Latina, que ha experimentado más interrupciones del TARV^(20,48), agravándose dicha situación durante los años 2017 y 2018, con un acceso a tratamiento de apenas 16 % para abril de 2018⁽²⁾. Desde abril de ese mismo año, aproximadamente 58.000 pacientes estaban en falta absoluta de TARV⁽²⁾. La falta de acceso al TARV y a la realización de la CV, subpoblación de linfocitos y test de resistencia, no es el único problema que enfrentan las personas que viven con VIH; existe escasez importante de medicamentos para la profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas a nivel del sistema público de salud^(20,48,49). Esta dramática situación ha ocasionado una migración forzada de cientos de pacientes hacia países vecinos en busca de atención médica y de TARV, principalmente a Colombia y Perú^(50,51).

Gracias al Plan Maestro el TARV se reinició en todo el país a partir de febrero de 2019, con esquemas basados en Dolutelgravir⁽²⁾, las ONGs han mostrado su preocupación en posibles fallas en la distribución de los ARVs. Para el TARV en las embarazadas, según un comunicado enviado a los coordinadores del PNS el mes de Junio de 2019, recomienda iniciar esquemas basados en Efavirenz los dos primeros meses de gestación y después de los 2 meses esquemas basados en Dolutegravir, evitando este último en los dos primeros meses por posible aumento del riesgo de defectos del tubo neural en recién nacidos⁽⁵²⁾. Desconocemos si otros ARVs como los IP y Raltegravir, un inhibidor de integrasa con probada efectividad en embarazadas con diagnóstico tardío o resistencia a los ARVs⁽⁵³⁾, estarán disponibles para las embarazadas que lo necesiten, en caso de intolerancia al Dolutegravir.

El acceso a TARV en algunas poblaciones vulnerables como los indígenas waraos, grupo que

exhibe la tasa de prevalencia de VIH más alta del país⁽¹⁴⁾, se ve dificultado por la escasez de médicos especialistas, difícil acceso a las comunidades remotas, barreras culturales y ausencia de políticas sanitarias de parte del ente rector de salud de nuestro país^(36,54).

En relación a la cascada de atención integral y de tratamiento en las personas que viven con, VIH de acuerdo a las metas de ONU/SIDA para el año 2020: 90-90-90 (90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban TARV continuada y 90% de las personas que reciben TARV tengan supresión viral)⁽⁵⁵⁾, Venezuela está muy lejos de alcanzar dicho objetivo, debido a fallas importantes en el acceso a las pruebas diagnósticas y a la realización de exámenes importantes como la realización de la CV a los pacientes bajo tratamiento^(2,36,54).

Con respecto a la mortalidad, las curvas de la distribución de las edades por quinquenios (**gráfico 8**) se observa elevación de las tasas de mortalidad en las edades de inicio de la actividad sexual a partir de los 15 años y luego una cresta muy pronunciada entre los 25 y 69 años de edad, para nuevamente caer en los extremos de la vida. Un dato que llama la atención es que ha aumentado la incidencia en todas las edades, y que la curva del último quinquenio 2010-2014 es más prolongada sugiriendo que las tasas se mantienen más elevadas en el tiempo y caen poco en las edades mayores de 70 años de edad en relación con los quinquenios anteriores. Se puede interpretar este hallazgo, no solo con un aumento de las muertes ya indicado, sino como una prolongación de la sobrevida (**Gráfico 8**). En 2015 se notificó la tasa de mortalidad total más elevada en 32 años, 8,03 por 100.000 habitantes, con un aumento en la tasa de 38,44% entre 2006 y 2016 y de 94 % con respecto al año 1996 (**Gráfico 7**).

La máxima tasa de mortalidad se observa en el grupo de 35 a 39 años, lo que indica que la mayoría de las muertes están ocurriendo en personas jóvenes y activas laboralmente, lo cual evidencia también la necesidad de mayor esfuerzo para evitar más muertes por SIDA en el país. Llama la atención el mayor

índice de mortalidad mayor en las mujeres (**Gráfico 9**), con respecto a los hombres; muchas mujeres al tener hijos descuidan su propia salud y no asisten a las consultas médicas; otras llegan en etapa tardía de la enfermedad, viven en sitios alejados y tienen problema de desplazamiento debido a la crisis de emergencia compleja que vive el país⁽⁵⁴⁾. Se necesitan estudios actualizados para establecer los factores asociados a las muertes en las mujeres con SIDA y en otros grupos poblacionales. También tiene que ser objeto de estudio y de soluciones aquellos estados que presentan las tasas más elevadas de mortalidad por encima de la media nacional, como los estados Táchira, Guárico, Distrito Capital, Bolívar y Delta Amacuro, este último estado con la mayor mortalidad por VIH/SIDA a nivel nacional (**tabla 2**).

Las muertes por VIH en Venezuela, en los menores de 15 años son más frecuentes en los menores de 1 año y la mayoría ocurren en los primeros 6 meses de vida⁽¹⁹⁾. La tasa de mortalidad materno infantil en Venezuela se ha incrementado en los últimos años, siendo una de las más altas de América Latina⁽⁵⁶⁾. Según información recopilada por la ONG Sinergia y Caritas de Venezuela, el porcentaje de la población subalimentada en nuestro país entre 2016 y 2018, subió de 5% a 11,5% y la desnutrición aguda global alcanzó porcentajes de emergencia en niños menores de 5 años y embarazadas en las parroquias pobres. La grave inseguridad alimentaria ha generado un acelerado incremento de la desnutrición en niños y embarazadas en situación de pobreza^(57,58).

En Venezuela, las muertes por SIDA se están incrementando en casi todos los grupos etarios, y muy especialmente en grupos vulnerables, todo lo contrario de lo que se observa a nivel mundial donde el número de fallecidos está disminuyendo, gracias al TARV y las mejoras en la atención de los pacientes con VIH⁽⁵⁹⁾.

Conclusiones

- La epidemiología del VIH en Venezuela, no está bien caracterizada, desconociéndose muchos de los indicadores epidemiológicos importantes para el control de la enfermedad.
- La prevalencia de VIH en Venezuela es

concentrada, menor de 1% en la población general pero mayor de 5% en poblaciones claves como los hombres que tiene sexo con hombres (HSH)

- El sexo masculino es el más afectado.
- La proporción de mujeres con VIH está incrementándose.
- Grupos vulnerables sin abordaje de salud pública
- Investigaciones científicas han mostrado una prevalencia de VIH en la población indígena Warao mayor de 9 %, una de las más elevadas del país y de América Latina.
- La mayoría de las mujeres y embarazadas con VIH, son amas de casa, solo han cursado educación primaria, son desempleadas, y refieren poco uso del preservativo.
- Morbi-mortalidad en aumento sin mecanismos de prevención que impidan su ascenso: Incumplimiento de la política de VIH: TARV
- El acceso a las pruebas diagnósticas, CV, subpoblación linfocitaria y test de resistencia está seriamente limitado en el país.
- Las Entidades Federales Táchira, Guárico, Distrito Capital, Bolívar y delta Amacuro, mantienen una tasa de mortalidad por encima de la nacional, siendo Delta Amacuro la entidad federal que muestra la mayor tasa de mortalidad.
- Venezuela es el país de América Latina que ha experimentado más fallas de TARV en los últimos años.
- El acceso actual a TARV en las embarazadas no llega a 50 %, la tasa de transmisión vertical del VIH se mantiene elevada, no hay estudios actualizados.
- La tasa de mortalidad ha aumentado progresivamente, al contrario de lo observado a nivel internacional.
- Hay carencias importantes de programas de promoción y prevención de VIH, en los grupos vulnerables más afectados como: HSH, transgénero, trabajadoras(es) sexuales, embarazadas, mujeres amas de casa, niños, niñas y adolescentes, personas que sufren violencia y comunidades indígenas, entre otros.

Recomendaciones del Plan Maestro de ONUSIDA/OMS/OPS⁽²⁾

- Continuidad del acceso a atención integral y tratamiento antirretroviral, incluyendo medicamentos para la profilaxis y tratamiento de coinfecciones e infecciones oportunistas y otros medicamentos e insumos para la atención integral (micronutrientes, sucedáneo de la leche, proteínas; penicilina).
- Fortalecimiento de capacidades y continuidad del acceso al seguimiento laboratorial.
- Ampliación del acceso a prevención, pruebas de tamizaje y diagnóstico de VIH.
- Mejora de la vigilancia e información estratégica del VIH.

Recomendaciones relacionadas con el VIH en la población indígena

- Declarar en emergencia el estado Delta Amacuro y especialmente las comunidades de la etnia warao, lo cual permitirá destinar recursos a la brevedad para cumplir con urgencia las recomendaciones del plan maestro mencionadas anteriormente.
- Realizar estudios actualizados de prevalencia de VIH y otras ITS como como sífilis y hepatitis B, en las comunidades indígenas de la etnia warao y de otras etnias como los pemones en el estado minero de Bolívar, entre otros.
- Darle prioridad a la promoción de la salud e intervenciones preventivas de VIH / ITS aprovechando las nuevas tecnologías, no discriminatorias, culturalmente sensibles, respetando las diferencias de género⁽⁶⁰⁾.
- Desarrollar las intervenciones utilizando un enfoque intercultural de la salud, promoviendo la convivencia, el respeto y la aceptación mutua entre la cultura del sistema de salud convencional y las culturas locales mediante la colaboración de la comunidad, la familia y los líderes sociales⁽⁶⁰⁾.
- Darle prioridad a los programas de detección de sífilis, utilizando pruebas rápidas en el punto de atención y tratamiento oportuno con penicilina a individuos con una prueba treponémica reactiva, según lo

recomendado por la OMS⁽⁶⁰⁾.

Referencias

1. UNAIDS. Country Venezuela. Data. Consultado el 11 de junio de 2019 . Disponible en: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/venezuela>
2. ONUSIDA/OPS-OMS Venezuela: Plan Maestro para el fortalecimiento de la respuesta al VIH, la tuberculosis y la malaria en la República Bolivariana de Venezuela desde una perspectiva de salud pública; 2018.Consultado el 11 de junio de 2019. Disponible en: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2633-plan-maestro-para-el-fortalecimiento-de-la-respuesta-al-vih-la-tuberculosis-y-la-malaria-en-la-republica-bolivariana-de-venezuela-desde-una-perspectiva-de-salud-publica&category_slug=general-news&Itemid=1179&lang=es
3. Ulm K. A simple method to calculate the confidence interval of a standardized mortality ratio. *American Journal of Epidemiology* 1990;131(2):373-375.
4. Dobson AJ, Kuulasmaa K, Eberle E, Scherer J. Confidence intervals for weighted sums of Poisson parameters. *Statistics in Medicine* 1991;10:457-462.
5. MPPS. Informe Nacional de Seguimiento de la declaración Política VIH y el Sida De 2011 República Bolivariana de Venezuela Periodo de cobertura: Enero de 2014 – Diciembre de 2015 Fecha de presentación: 31-03-2016. Consultado el 12 de junio de 2019. https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/VEN_narrative_report_2016.pdf
6. Villalobos Norens N. Características de la transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana en la región zuliana. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002;62(3):175-187.
7. Carvajal A , Castrillo M , Miguel M , Francia M , Castrillo S, Morillo M y col..Características epidemiológicas y otros indicadores en mujeres infectadas con el Virus De Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Venezuela. Trabajo colaborativo. *Gac Méd Caracas* 2016;124(2):138-148. Consultado el 12 de junio de 2019..Disponible en: <http://www.anm.org.ve/anm/sacirevistaaanos.php>
8. Comegna M. VIH en mujeres en el Hospital Vargas. 2016. En proceso de publicación.
9. Carvajal, A., Castillo S, Suárez R, Sánchez M, López Mora J y González N. Hospital Universitario de Caracas (H.U.C) and the Instituto de Oncología y Hematología (I.O.H.). Universidad Central de Venezuela. Caracas- Venezuela. Características epidemiológica y clínicas en 125 mujeres con VIH en la era pre tratamiento antirretroviral. En proceso de publicación.
10. Hospital Universitario de Caracas. Registros médicos. Años 2001-2017.
11. Conocimientos sobre VIH/sida en un grupo de embarazadas VIH(+). *Acta odontol. venez* [online]. 2009, vol.47, n.1, pp. 164-169. ISSN 0001-6365. Consultado el 13 de junio de 2019. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000100020
12. Blanco L & Guerra ME. Relación entre Factores Sociodemográficos y Conocimientos sobre VIH/SIDA en gestantes de la Gran Caracas. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría* abril – junio 2004; 67(2): 81-86.
13. Carvajal A , Morillo M, López Mora J., Garrido E., Aché A., Ferreira A, Salazar G, Silva M. y colaboradores. Profilaxis antirretroviral en 80 embarazadas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana. *Boletín de la Sociedad de Infectología.* Junio 2008. Pág: 18-29. Consultado el 13 de junio de 2019. Resumen disponible en: https://www.academia.edu/7917471/Profilaxis_antirretroviral_en_80_embarazadas_infectadas_con_el_virus_de_inmunodeficiencia_humana.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH EN VENEZUELA DESDE 1983 A 2016

14. Villalba JA, Bello G, Maes M, Sulbaran YF, Garzaro D, Loureiro CL et al. HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylogenetics and epidemiological patterns. *AIDS*. 2013;27(11):1783-1791. doi:10.1097/QAD.0b013e3283601bdb.
15. Cardona NE, Loureiro CL, Garzaro DJ, Duarte MC, García DM, Pacheco MC, et al. Unusual presentation of hepatitis B serological markers in an Amerindian community of Venezuela with a majority of occult cases. *Virology*. 2011;8:527 doi: 10.1186/1743-422X-8-527
16. Rangel HR, Maes M, Villalba J, Sulbarán Y, de Waard JH, Bello G, Pujol FH. Evidence of at least two introductions of HIV-1 in the Amerindian Warao population from Venezuela. *PLoS One*. 2012;7(7):e40626. doi: 10.1371/journal.pone.0040626.
17. Anuarios de Mortalidad y población del Instituto Nacional de Estadística. Años 1996-2016
18. MPPS. Anuario de Mortalidad de Venezuela, año 2014
19. Rísquez A, Carvajal A, Tatiana Drummond y Franco JV. Tendencias de la morbi-mortalidad del VIH/SIDA en embarazadas y niños. Venezuela 2000-2014. *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol 41. 2018.
20. Adamuz Hortelano, JA. A ciegas contra el VIH en Venezuela. 29 de marzo de 2016. Consultado el 12 de julio de 2019. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/03/24/planeta_futuro/1458836137_474815.html
21. Recurso de Amparo. Enfermos VIH/SIDA. Ampliación de los efectos del Mandamiento de Amparo - Sala Político-Administrativa. 15 de julio de 1999. Consultado el 17 de julio de 2018. Disponible en: https://www.stopvih.org/pdf/Recurso_de_Amparo_VIH.pdf
22. OPS. Directrices unificadas, sobre el uso de los antirretrovirales para el tratamiento y prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Segunda edición. Consultado el 17 de julio de 2019. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49784>
23. Hernandez I, Johnson A, Reina-Ortiz M, Rosas C, Sharma V, Teran S, et al. Syphilis and HIV/Syphilis Co-infection Among Men Who Have Sex With Men (MSM) in Ecuador. *Am J Mens Health*. 2017 Jul;11(4):823-833. doi: 10.1177/1557988316680928
24. Oletta López JF y Carvajal AC. Tuberculosis y VIH-SIDA en cárceles venezolanas, evidencian las condiciones inhumanas a que son sometidas las personas privadas de libertad. Sociedad Venezolana de salud Pública. Red Defendamos la Epidemiología Nacional. 10 de octubre de 2018. Consultado el . Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1VtUHtBzEQJfKUPXQ30zc9mFlrql2iAX0/view>
25. Galaviz D. La migración venezolana también es presa de la explotación sexual. 28 de mayo de 2019. El Pitazo. Consultado el 12 de julio de 2019. Disponible en: <https://elpitazo.net/sucesos/la-migracion-venezolana-tambien-es-presa-de-la-explotacion-sexual/>
26. El Nacional. Venezuela supera promedio mundial de violencia de género. 26 de noviembre de 2016. Consultado el 12 de julio de 2019. Disponible en: http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/venezuela-supera-promedio-mundial-violencia-genero_664
27. El Nacional. La escasez de medicamentos llegó a 90% en septiembre. 17 de octubre de 2017 Consultado el 12 de julio de 2019. Disponible en: http://www.el-nacional.com/noticias/salud/escasez-medicamentos-llego-septiembre_208281
28. León I. Al menos 5 tipos de antibióticos para tratar enfermedades venéreas escasean en farmacias privadas. Efecto Cocuyo 29 Julio, 2015. Consultado el 17 de julio de 2019. Disponible en: <http://efectococuyo.com/efecto-cocuyo/al-menos-cinco-tipos-de-antibioticos-para-tratar-enfermedades-venereas-escasean-en-farmacias-privadas/>
29. Carvajal, A.; Aché, A.; López M, J. ; Ferreira, A. ; Silva, M. Coinfección de VIH y otras ITS en embarazadas. VII Congreso Venezolano de Infectología "Dr. Belisario Gallegos", XIV Jornadas Guayanesas De. Infectología. Puerto Ordaz, 25-28 de octubre de 2006.
30. Garrido E., Carvajal A., Troncones A., Benítez G., Martín A. Oportunidades perdidas (Ops) en la prevención de la transmisión vertical del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Boletín-Memorias VII Congreso Venezolano de infectología y XIV Jornadas Guayanesas de Infectología "Dr. Belisario Gallego"-XIV Jornadas Guayanesas de Infectología Pto Ordaz- Venezuela 25 al 28 de Octubre .
31. Georgette Sahhar. Disminuye en un 50 % operatividad de la MCP. El Universal. 1/ 7 /2019. Consultado el 18 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.aporrea.org/contraloria/n344017.html>
32. Meneses D. Falta de insumos deja inactivas áreas remodeladas en los hospitales. El Universal. 03/04/2018. Consultado el 18 de julio de 2019. Disponible en: <http://www.eluniversal.com/caracas/4784/falta-insumos-deja-inactivas-areas-remodeladas-hospitales>.
33. Oletta López J.F. Migración forzada y salud. El caso de Venezuela y los países vecinos. Un reto continental. Informe Especial. Sociedad Venezolana de Salud Pública. Red Defendamos la Epidemiología Nacional. 9 de septiembre de 2018. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1zbmuE8mB1XeJSTLmd-4uMT5PPIkDPmvm/view>
34. Russell NK, Nazar K, Del Pino S, Alonso Gonzalez M, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2019 Jan 4;43:e17. doi: 10.26633/RPSP.2019.17.
35. De Waard J, Del Nogal B, Chang González S, Hurtado Soto J L, Inojosa Castro H G, Mérida A M et al. Factores de riesgo para infección por VIH en indígenas de la etnia warao del Municipio Antonio Díaz, Estado Delta Amacuro, Venezuela. Octubre – diciembre 2015. *Bol Venez Infectol* Vol. 28 - N° 1, enero-junio 2017
36. Kirk Semple. Venezuela, el aumento del sida amenaza a toda una población indígena. New York Times. 7 de mayo de 2018. Consultado el 19 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.nytimes.com/es/2018/05/07/venezuela-vih-sida-warao/>
37. Blanco RY, Loureiro CL, Villalba JA, Sulbarán YF, Maes M, de Waard JH, Rangel HR, Jaspe RC, Pujol FH. Decreasing prevalence of Hepatitis B and absence of Hepatitis C Virus infection in the Warao indigenous population of Venezuela. *PLoS One*. 2018 May 25;13(5):e0197662. doi: 10.1371/journal.pone.0197662. PubMed PMID: 29799873; PubMed Central PMCID: PMC5969771.
38. Russell NK, Nazar K, Del Pino S, Alonso Gonzalez M, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2019 Jan 4;43:e17. doi: 10.26633/RPSP.2019.17.
39. Duarte MC, Cardona N, Poblete F, González K, García M, Pacheco M, Botto C, Pujol FH, Williams JR A comparative epidemiological study of hepatitis B and hepatitis D virus infections in Yanomami and Piara Amerindians of Amazonas State, Venezuela. *Trop Med Int Health*. 2010 Aug; 15(8):924-33
40. Verhagen LM, Incani RN, Franco CR, Ugarte A, Cadenas Y, Sierra Ruiz CI, et al. High malnutrition rate in Venezuelan Yanomami compared to Warao Amerindians and Creoles: significant associations with intestinal parasites and anemia. *PLoS One*. 2013 Oct 15;8(10):e77581. doi: 10.1371/journal.pone.0077581. PubMed PMID: 24143243; PubMed Central PMCID: PMC3797096.
41. Lodeiro-Colatosti A, Reischl U, Holzmann T, Hernández-Pereira CE, Rísquez A, Paniz-Mondolfi AE. Diphtheria Outbreak in Amerindian Communities, Wonken, Venezuela, 2016-2017.

- Emerg Infect Dis. 2018 Jul;24(7):1340-1344. doi: 10.3201/eid2407.171712. PubMed PMID: 29912686; PubMed Central PMCID: PMC6038745.
42. Jamieson D.J., Cohen M.H., Maupin R., Nesheim S., Danner S.P., Lampe M.A. Rapid human immunodeficiency virus-1 testing on labor and delivery in 17 US hospitals: the MIRIAD experience. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(3 Suppl):S72-S82.
43. Landrum M.L., Wilson C.H., Perri L.P., Hannibal S.L., O'Connell R.J. Usefulness of a rapid human immunodeficiency virus-1 antibody test for the management of occupational exposure to blood and body fluid. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2005;26(9):768-774.
44. World Health Organization. WHO Information Note on the Use of Dual HIV/Syphilis Rapid Diagnostic Tests (RDT). Consultado el 19 de julio de 2019. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rtds/dual-hiv-syphilis-diagnostic-tests/en/.
45. Mayaux MJ, Dussaix E, Isopet J, Rekacewicz C, Mandelbrot L, Ciraru-Vigneron et al. Maternal virus load during pregnancy and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1: the French perinatal cohort studies. *SEROGEST Cohort Group.* *J Infect Dis.* 1997 Jan; 175(1):172-5.
46. Kukoyi O, Renner L, Powell J, Barry O, Prin M, Kusah J, Cong X, Paintsil E. Viral load monitoring and antiretroviral treatment outcomes in a pediatric HIV cohort in Ghana. *BMC Infect Dis.* 2016 Feb 3;16:58. doi: 10.1186/s12879-016-1402-9.
47. Carvajal A, Oletta López JF. Situación del sida en Venezuela. Segunda parte. *Med Interna (Caracas)* 2010; 26 (2): 114 – 123. Consultado el 19 de julio de 2019. Disponible en: <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/333/325>
48. ONG venezolana denuncia escasez de antirretrovirales y pide ayuda humanitaria. EFE. 01/12/2018. Consultado el 18 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/internacional/20181201/ong-venezolana-denuncia-escasez-de-antirretrovirales-y-pide-ayuda-humanitaria-7179159>
49. Sabrina Martín. Catastrófica encuesta revela que la salud en Venezuela está en «fase terminal». *Panam Post.* Agosto 23, 2016. Consultado el 19 de julio de 2019 . Disponible en: <https://es.panampost.com/sabrina-martin/2016/08/23/catastrofica-encuesta-revela-que-la-salud-en-venezuela-esta-en-fase-terminal/>
50. Rodríguez-Morales AJ, Bonilla-Aldana DK, Morales M, Suárez JA, Martínez-Buitrago E. Migration crisis in Venezuela and its impact on HIV in other countries: the case of Colombia. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2019 Mar 8;18(1):9. doi: 10.1186/s12941-019-0310-4. PubMed PMID: 30849989; PubMed Central PMCID: PMC6407272.
51. Rebolledo-Ponietzsky K, Munayco CV, Mezones-Holguin E. Migration crisis in Venezuela: impact on HIV in Peru. *J Travel Med.* 2019 doi: 10.1093/jtm/tay155.
52. Phillips AN, Venter F, Havlir D, Pozniak A, Kuritzkes D, Wensing A, et al. Risks and benefits of dolutegravir-based antiretroviral drug regimens in sub-Saharan Africa: a modelling study. *Lancet HIV.* 2019 Feb;6(2):e116-e127. doi: 10.1016/S2352-3018(18)30317-5.
53. Nóbrega I, Travassos AG, Haguihara T, Amorim F, Brites C. Short communication: Use of raltegravir in late-presenting HIV-infected pregnant women. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2013 Nov;29(11):1451-4. doi: 10.1089/AID.2013.0059.
54. Alianza venezolana por la salud. Declaración de emergencia compleja de los derechos a la vida , la salud y a la nutrición en Venezuela. Consultado el 20 de julio de 2019. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/16EqUutCLE0h37IUrXUk8iTyp16aXGHS/view>
55. ONU/SIDA: 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Consultado el 19 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>
56. GBD 2015 Child Mortality Collaborators. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016 Oct 8;388(10053):1725-1774. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31575-6. Erratum in: *Lancet.* 2017 Jan 7;389(10064):e1. PubMed PMID: 27733285; PubMed Central PMCID: PMC5224696.
57. Sinergia. Objetivos de desarrollo sostenible del milenio en Venezuela, un país en riesgo. Julio de 2019. Consultado el 20 de julio de 2019. Disponible en: <https://cpalsocial.org/documentos/796.pdf>
58. Caritas Venezuela. Monitoreo de la Situación Nutricional en Niños Menores de 5 años Zonas vulnerables de 46 parroquias en 7 Estados: Dtto. Capital, Vargas, Miranda, Zulia, Lara, Carabobo y Sucre. Venezuela Octubre-Diciembre 2018 . Consultado el 20 de julio de 2019. <http://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/2019/02/9no-Boletin-SAMAN-Caritas-Venezuela-Oct-Diciembre-2018.pdf>
59. Reniers G, Slaymaker E, Nakiyingi-Miiró J, Nyamukapa C, Crampin AC, Herbst K, et al. ALPHA Network. Mortality trends in the era of antiretroviral therapy: evidence from the Network for Analysing Longitudinal Population based HIV/AIDS data on Africa (ALPHA). *AIDS.* 2014 Nov;28 Suppl 4(4):S533-42. doi: 10.1097/QAD.0000000000000496.
60. Russell NK, Nazar K, Del Pino S, Alonso Gonzalez M, Díaz Bermúdez XP, Ravasi G. HIV, syphilis, and viral hepatitis among Latin American indigenous peoples and Afro-descendants: a systematic review. *Rev Panam Salud Pública.* 2019 Jan 4;43:e17. doi: 10.26633/RPSP.2019.17.