

**ABUSO DE COCAINA NO PARENTERAL EN PACIENTES
INFECTADOS CON EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Por F. R. JERI, J. RAMIREZ, M. A. CASTAÑEDA, J. C. PEREZ, M. L.
LUCHO, A. TERAN, G. A. WONG, R. VILLA y L. DURAN*

RESUMEN

El uso de la cocaína en el Perú ha atravesado por tres etapas. En la época pre-hispánica mediante la masticación de la hoja y la absorción del alcaloide a través de las mucosas orales. En el comienzo de este siglo por la inhalación intranasal del clorhidrato de cocaína. En los años setenta fumando la pasta de cocaína. Las tres formas de consumo se mantienen hasta hoy, predominando la última entre los sectores populares. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) hizo su aparición en el Perú hace diez años, extendiéndose rápidamente a todas las capas sociales del país, especialmente entre las más pobres. En 163 pacientes infectados con el VIH-1 en el Hospital Dos Mayo, estudiados mediante un protocolo especial, se ha comprobado que treinta y cuatro (20.8%) abusaban de la cocaína en forma no parenteral. Todos los enfermos comenzaron a usar el alcaloide antes de contraer la infección por el VIH-1. Se analiza las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de estos sujetos. Asimismo, se describe otros factores de riesgo para la diseminación de la infección en este grupo. En conclusión, tanto el abuso de la cocaína como la contaminación con el VIH-1, son hoy graves problemas de salud pública. Se requiere tomar urgentes medidas preventivas y terapéuticas para evitar la extensión de ambas epidemias en nuestro país. Estas acciones correctivas sólo tendrán éxito si se adoptan tanto por las agencias gubernamentales como por los grupos vecinales, particulares y familiares.

* Servicio Académico -Asistencial de Neurología en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

SUMMARY

Cocaine has been used in Peru through three modalities. In prehispanic times chewing the coca leaf, at the end of the XIX century by nasal absorption, and since the seventies smoking the coca paste, also called cocaine paste or basuco. These three forms of consumption are still practiced today, the latter predominantly in the lower socioeconomic classes. The infection by the human immunodeficiency virus (HIV-1) was detected in this country in 1984, and it has rapidly extended to all social strata, also specially among the poor. One hundred and sixty three HIV-1 infected patients were studied by special protocol, 34 of them consumed cocaine by non parental route (mainly smoking the coca paste). All of them began ingesting cocaine before becoming infected by the HIV-1. Demographic, epidemiological and clinical characteristics of these patients were studied. Cocaine abuse was an important factor for acquiring the HIV-1 infection among 20.8 per cent of the 163 individuals investigated. Cocaine abuse and HIV-1 infection are nowadays two important public health problems in Peru. They require considerable government and private action (by individual, familiar and neighbor organizations) to control them.

PALABRAS - CLAVE: Cocaína, abuso de cocaína, VIH-1.

KEY - WORDS: Cocaine, cocaine abuse, HIV-1.

INTRODUCCION

En nuestro país han existido tres modalidades de consumo de cocaína en diferentes períodos de nuestra historia. Hay evidencias del empleo de la hoja de coca en la época formativa temprana, es decir desde el año 1750 antes de nuestra era.¹ Numerosos hallazgos y publicaciones demuestran que, durante el descubrimiento de América, la hoja era masticada por numerosos grupos de indígenas en lo que hoy es Nicaragua, Panamá, Colombia, Venezuela, Ecuador, Brasil, Perú, Bolivia, Chile y Argentina.² En la actualidad el cocaísmo se ha restringido a ciertas regiones del Perú y Bolivia, abarcando aún a varios millones de habitantes.

Después de aislar el alcaloide cocaína, se comprobó que aparte de sus

efectos estimulantes y anestésicos, la sustancia carecía de propiedades terapéuticas. Sin embargo, la influencia de Sigmund FREUD y de otros panegiristas contribuyó poderosamente en los círculos médicos y sociales para emplearla extensamente en muchas situaciones y afecciones. A pesar de las severas advertencias de ERLÉNMEYER,⁶ pronto hubo una epidemia de cocainomanía en los países occidentales. El Perú no fue extraño a este fenómeno. El clorhidrato de cocaína comenzó a usarse entre bohemios, literatos, artistas y personas de altos ingresos económicos.⁷ Algunos médicos de la época describieron las características del alcaloide, sin recalcar los efectos nocivos, probablemente porque en esos tiempos no se le consideraba dafino ni adictivo, opinión compartida por científicos de otros países hasta que

CARBAJAL⁸ reiteró que la cocaína era capaz de producir graves psicosis.

A partir de la década del setenta varios grupos de individuos comenzaron a fumar la pasta de coca, conocida también como pasta básica de cocaína, sulfato de cocaína o basuco. En 1976 se publicó datos de los seis primeros casos de fumadores excesivos de esta sustancia⁹. En los primeros meses de 1978 se describió el síndrome de la pasta de coca sobre la base de 158 observaciones clínicas^{10,11} y poco después se complementaron esos datos con tentativas de trazar la historia natural de la enfermedad.^{12,13}

En la actualidad sigue consumiéndose la cocaína en el Perú bajo las tres modalidades descritas: la hoja predominantemente en la sierra, la pasta en las tres regiones del país y el clorhidrato por lo general en las ciudades. Recientemente la información clínica² y epidemiológica^{14,34} demuestra incremento considerable del uso dañino y de la dependencia, tanto con la pasta como con el clorhidrato de cocaína.

Los primeros nueve casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fueron descritos por primera vez en el Perú por PATRUCCO.¹⁵ Diez años después se estima que existían en nuestro país cien mil personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1) y dos mil casos de SIDA.¹⁶

Es así como en el curso de veinte años los peruanos nos hemos encontrado ante dos graves epidemias: la dependencia a la cocaína y la infección por el VIH-1. Ambas afectan actualmente a muchos miles de personas. En el Hospital Dos de Mayo se ha registrado novecientos casos de individuos seropositivos al VIH-1. Nosotros hemos reportado disturbios psicológicos¹⁸ y neurológi-

cos¹⁹ en 196 pacientes estudiados personalmente, mientras estaban en las fases asintomática, de complejo relacionado al SIDA o de SIDA. En este trabajo presentamos algunas observaciones relacionadas con el aspecto clínico de la infección por el VIH-1 y posteriormente describiremos la asociación del abuso no parental de cocaína con la infección por dicho virus.

LA INFECCION POR EL VIH-1 EN EL PERU

A diferencia de lo que ocurre en los países industrializados, entre nosotros la enfermedad ocasionada por el VIH-1 se caracteriza por comenzar generalmente con síntomas digestivos: diarrea crónica o intermitente, esta última repetida varias veces al año. Al cabo de algunos meses se agregan manifestaciones catabólicas, es decir rápido y considerable adelgazamiento, el cual es considerado por algunos como una miopatía generalizada. Simultáneamente pueden presentarse las infecciones oportunistas, siendo la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar la más frecuente, asociándose posteriormente con candidiasis, criptococosis, toxoplasmosis, leucoencefalopatía multifocal e infestación con el virus citomegálico. La neumonía a *Pneumocystis carinii* parece poco usual, así como el sarcoma de Kaposi y el linfoma maligno, en cambio el *herpes zoster* generalizado y las infecciones adquiridas sexualmente son muy frecuentes en las etapas iniciales de la enfermedad (sífilis, linfogranuloma genital y rectal, condiloma acuminado, molusco contagioso, chancro blando, gonorrea y granuloma inguinal).

Otro aspecto de la infección en nuestra experiencia es la rápida evolución de la enfermedad. Mientras que en

las naciones occidentales la afección puede durar diez años, en nuestra experiencia la etapa asintomática dura uno o dos años, y el SIDA seis meses a un año.

A pesar de haber empleado un protocolo especialmente elaborado para esta investigación, ha sido particularmente difícil establecer la fecha aproximada y circunstancias de la contaminación inicial. Algunos casos seronegativos, examinados por presentar conductas de riesgo, se tornaron seropositivos al cabo de algunos meses, mientras eran seguidos por nuestro grupo de investigación. Los seropositivos asintomáticos, es decir pacientes sin molestias, podrían tener signos neurológicos menores, disturbios psicológicos mínimos o francas deficiencias cognitivas. Aparentemente eran asintomáticos pero la exploración cuidadosa revelaba signos en diversas zonas de la investigación clínica. Estos hallazgos han sido confirmados posteriormente en América del Norte.^{27,32}

El curso del estadio asintomático era generalmente corto. Al cabo de seis a ocho meses muchos pacientes comenzaron a experimentar molestias, tales como diarreas, cefalea, fatigabilidad, malestar, decaimiento, adelgazamiento o debilidad en piernas. Estos síntomas duraban algunas semanas o meses, hasta pasar a la fase de complejo relacionado al SIDA (CRS) y al SIDA.

ABUSO DE COCAINA E INFECCION CON EL VIH-1

Recientemente comenzamos a estudiar a los enfermos infectados con el VIH-1 mediante un protocolo especial de examen, en el cual se consignaba datos de la historia actual, personal y familiar (incluyendo uso de alcohol y drogas), exámenes somáticos y psicológicos,

pruebas neuropsicológicas, análisis de laboratorio y evolución clínica. Es así como en 163 pacientes infectados con el VIH-1, investigados en los últimos meses, hemos hallado 34 usuarios de cocaína, la mayor parte bajo la modalidad de uso dañino o de la adicción. Esto representa el 20.8% de los enfermos evaluados mediante el protocolo descrito más arriba.

Las características demográficas de estos enfermos revelaron que la gran mayoría eran varones (33 hombres y 1 mujer), todos solteros (aunque 8 tenían conviviente), la mayor parte oriundos de Lima, y habitando en el Cercado o en los pueblos jóvenes (barriadas) de dicha ciudad. Las edades variaban desde los 16 hasta los 45 años, pero la generalidad estaba entre los 26 y 30 años. En cuanto a la orientación sexual, 17 eran homosexuales, 12 bisexuales y 6 heterosexuales. Con respecto a la instrucción, 21 sólo habían culminado la escolaridad elemental (5-6 años), once habían iniciado o concluido la instrucción secundaria (10-12 años) y sólo 2 tenían preparación universitaria incompleta. La gran mayoría pertenecía a estratos socioeconómicos bajos (clases IV y V) y sólo tres eran empleados (clase III). Varios descendieron de la clase social III a la V o la VI. Todos habían iniciado el uso de drogas antes de contraer la infección con el VIH-1. Uno comenzó con solventes, 11 con marihuana y 28 con alcohol. Treinta y uno fumaban pasta de cocaína y cuatro usaban aislada o concomitantemente clorhidrato de cocaína intranasal. Uno se inyectó una vez pasta de cocaína en las venas, mientras estaba en prisión.

En cuanto a la forma de uso, cinco manifestaron emplearla de manera recreacional, 15 en la modalidad de abuso o uso dañino y 14 eran verdaderos adictos a dicha sustancia. Es interesante estable-

cer que cinco dijeron haber interrumpido el uso de la droga antes de saberse infectados con el VIH-1. Otros cinco manifestaron haberla dejado de usar cuando comenzaron a sentir los estragos de la

enfermedad. Sin embargo, 18 siguieron empleando tanto en las fases de CRS como en la etapa de SIDA. En las Tablas I, II, y III se consigna algunos datos de la población estudiada

TABLA I
LUGAR DE NACIMIENTO Y PROCEDENCIA EN 34 USUARIOS DE COCAINA INFECTADOS CON EL VIH-1

NACIMIENTO		PROCEDENCIA	
Lima	24	Lima	23
Cajamarca	3	Loreto	7
Junin	3	Callao	2
Ucayali	2	Chorrillos	1
Callao	2	Penal	1

TABLA II
ORIENTACION SEXUAL, INSTRUCCION Y OCUPACION EN 34 USUARIOS DE COCAINA INFECTADOS CON EL VIH-1

ORIENTACION		TRABAJO	
Homosexual	17	Obrero	18
Bisexual	12	Peluquero	5
Heterosexual	6	Empleado	3
INSTRUCCION		Desocupado	3
Primaria	21	Su Casa	2
Secundaria	11	Desconocido	2
Universitaria	2	Cocinero	1

TABLA III
ETAPAS, SUSTANCIAS, PROPORCIONES Y FORMAS DE USO EN 34 CONSUMIDORES DE COCAINA CON VIH-1

ETAPA		PROPORCION	
Seropositivo asintomático	0	Protocolo completo	163
Seropositivo sintomático	9	Usuarios cocaína	34
Síndrome inmunodeficiencia	25	FORMAS DE USO	
SUSTANCIAS		Recreacional	5
Pasta cocaína	31	Abuso	15
Clorh. cocaína	4	Adicción	14
Alcohol	28	Interrumpieron	10
Marihuana	11	Antes VIH-1	5
Solventes	1	Despues VIH-1	5

Como no es posible referir las historias de los 34 pacientes, nos limitaremos a citar los resúmenes de algunos casos.

CASO 1.- Adicción a la pasta de cocaína; TBC pulmonar y enteroperitoneal; encefalopatía y polineuritis por VIH-1.

Paciente de 26 años de edad, H.C.Nº 1123576, heterosexual, internado por peritonitis TBC abscedada, tuberculosis pulmonar y diarrea crónica. Operado de emergencia. Quedó con fístula enterocutánea. Hijo único, mimado por la madre. Fue desde la adolescencia inquieto, irresponsable, desordenado. Fumaba pasta de coca desde los 14 años, en forma intensiva en los últimos 10 años. Continuaba fumando pasta hasta ingresar al Hospital. Al examen: caquético, dormitando la mayor parte del día, desorientado en todos los sectores, moderada rigidez de nuca, reflejos tendinosos débiles y asimétricos, marcada disnea. Fístula abdominal con abundante secreción. Leucocitos 8000, linfocitos 4%, Elisa reactivo al VIH-1, baciloscopia positiva al microbacterio TBC. El paciente se suicidó arrancándose la máscara de oxígeno, la vía central y los apósitos que cubrían la fístula abdominal.

CASO 2.- Adicción a la PBC; SIDA con encefalopatía y mielopatía.

Paciente de 29 años de edad, H.C. Nº 1159730, homosexual. Comenzó la enfermedad hace tres años con hiporexia y diarrea intermitente, luego tos con expectoración. Alcohol y pasta de coca desde los 17 años. Recientemente consu-

mía 20 cigarrillos diarios de pasta. Test Minimental de Folstein 25. Paresia en las piernas y brazos. Tono aumentado en las extremidades. Hipotrofia generalizada. Temblor intencional, dismetría, escritura temblorosa, trazo anormal. Reflejos glabellar y nasopalpebral inagotables. Reflejos de succión, hociqueo y palmo-mentoniano. Elisa positivo a VIH-1. Tuberculosis pulmonar, baciloscopia positiva. Falleció tres meses después de la primera hospitalización.

CASO 3.- SIDA con desorden cognitivo motor. Consumo crónico de alcohol, marihuana y PBC.

Varón de 32 años de edad, H.C Nº 446447, heterosexual, obrero, soltero, 6 meses antes notaba cansancio, malestar general, diaforesis nocturna. Posteriormente disfagia, lesiones blanquecinas en la boca, disnea y disfonía. Fue inquieto y problemático durante la niñez. Comenzó a beber alcohol a los 15 años. Se drogaba con pasta y marihuana desde los 15 hasta los 29 años. Refirió no hacerlo en los últimos tres años. Al examen estaba deshidratado, con acarosis generalizada, respiración tubaria en ambas bases pulmonares. Folstein 23 puntos. Distráido y bradipsíquico. Paresia del III par en el ojo derecho. Lesión de candida en mucosas orales, lengua y faringe. Atrofia muscular moderada, a predominio distal, en las cuatro extremidades. Temblor intencional y dismetría. Reflejo palmo-mentoniano intenso, bilateral. Marcadas fallas en la sensibilidad posicional de los miembros inferiores. El paciente falleció cuatro meses después, en una tercera hospitalización.

CASO 4.- Conducta antisocial, delincuencia. Adicción a PBC, SIDA con TBC pulmonar y ganglionar.

Hombre de 34 años de edad, soltero, H.C. N° 1113335, bisexual, 5° año de primaria. Ocho meses antes de ingresar observó hiporexia, astenia, debilidad general y tumoraciones cervicales y axilares. En una primera hospitalización se le diagnosticó TBC ganglionar e infección con el VIH-1. En el segundo ingreso el enfermo presentó fiebre, escalofríos, sudoración y adelgazamiento (no había seguido el tratamiento prescrito).

La madre lo abandonó cuando tenía 8 meses de edad. Fue criado por la abuela paterna. Desde la adolescencia ha mantenido relaciones homosexuales y heterosexuales. Se dedicaba principalmente al robo y al asalto, fue detenido cinco veces en el Reformatorio de Menores. A los 16 años se fugó de su casa. Andaba en pandillas y luego integró bandas de asaltantes. Estuvo ocho años en la cárcel, condenado por robo. Enfermedades venéreas en múltiples oportunidades. Consumía pasta de cocaína desde los 14 años, en los últimos años fumaba 20 cigarillos diarios. Sólo bebía alcohol para atenuar el efecto de la pasta. Robaba para comprar la droga.

Al examen era un paciente delgado, con una cicatriz en el lado derecho del cuello (biopsia), múltiples cicatrices superficiales en antebrazos y abdomen. Varios tatuajes. Ganglios múltiples (10-20 mm) cervicales, axilares e inguinales. Respiración ruda, roncales difusos, escasos crépitos en tercio medio de ambos hemitórax. Folstein 24, ánimo deprimido. Fuerza disminuida en los miembros inferiores. Reflejo glabellar y mentoniano inagotables. Temblor intencional en la

prueba índice-nariz, bilateral. Dismetría en la pierna izquierda. Test de Elisa para VIH-1 reactivo. Espudo: *Klebsiella*. Leucocitos 2750, linfocitos 18%, abastondados 12%, eosinófilos 14%.

El paciente falleció dos meses después durante una tercera hospitalización.

CASO 5.- Meningitis tuberculosa. SIDA Abuso de Alcohol y pasta de cocaína.

Paciente de 39 años de edad, H.C. N° 1203317, 3° de primaria, homosexual, modiston, ingresó en estado de coma. Según la hermana, la enfermedad comenzó tres semanas antes con astenia, fiebre, sudoración vespertina, adelgazamiento, cefalea. Convivía con homosexuales. Bebía alcohol y fumaba pasta de cocaína 2-3 veces por semana. Al examen estaba en coma profundo, en rigidez de nuca moderada, hipotrofia muscular generalizada, reflejos tendinosos abolidos, incontinencia urinaria. Leucocitos 9400, segmentados 91%, abastondados 2%, linfocitos %, monocitos 2%. Elisa positivo al VIH-1. LCR turbio, células 100/mm³, linfocitos 90%, polimorfonucleares 10%, proteínas 100 mg/L, glucosa 74 mg/L. ADA 11 unidades. El paciente falleció en el día 29 de enfermedad.

CASO 6.- Abuso de PBC. SIDA, meningitis tuberculosa, sífilis, adenopatías.

Paciente de 25 años de edad, peñador, H.C. 1113417, 1° de secundaria. Tres meses antes tuvo fiebre, hiporexia, adelgazamiento, tumoración axilar izquierda. Dos meses después presentó diarreas. Al mes siguiente: cefalea global intensa, vómitos explosivos, somnolencia, obnubilación. Desde los 8 años

tenía inclinación por los hombres. Conducta homosexual pasiva desde niño. Consumía alcohol todos los fines de semana, así como pasta de cocaína. Problemas de indisciplina en el colegio. Tres años en la cárcel, implicado en homicidio. Al examen: estuporoso, con respiración boqueante, Glasgow 7, rigidez de nuca marcada, edema de papila en el ojo derecho. Múltiples cicatrices de instrumento cortante en tórax, brazos y abdomen, así como tatuajes. Linfadenopatía cervical, submaxilar e inguinal, bilateral. LCR turbio, proteínas 231 mg./dL, glucosa 34 mg./dL, células 3051 por mm. cúbico, 30% mononucleares, 70% polimorfonucleares. VDRL reactiva (3+), biopsia ganglionar: caseificado, TBC. ADA en LCR 34.3u/lt. Elisa reactiva para VIH-1. Falleció cinco días después del ingreso.

CASO 7.- Consumo crónico de alcohol, cannabis y PBC. SIDA, sarcoma de Kaposi.

Hombre de 25 años, obrero, H.C.Nº 110500, 2º año de secundaria, bisexual. Un año antes diarreas y adelgazamiento. Diez meses después apareció una mancha violácea en la hemicara derecha. Luego decaimiento y debilidad general. Posteriormente otras lesiones rojo-vinosas en cara, tórax y abdomen. Ha sido tartamudo desde niño. Relaciones heterosexuales y homosexuales desde los 18 años. Linfogranuloma venéreo dos años antes, consumía alcohol desde los 18 años. Abuso de marihuana y pasta de coca en los últimos cinco años, 20 cigarrillos por sesión. Al examen era un paciente delgado, facies abotagada, lesiones de color vinoso de 5 a 10mm., formas variadas, en cara, tórax, abdomen, velo del paladar y extremidades.

Adenopatías ganglionares, submaxilares, cervicales e inguinales. Folstein 25. Bordes del disco óptico borrosos, úvula desviada hacia la izquierda, reflejo nauseoso disminuído, hipotonía en los cuatro miembros, fallas de discriminación de dos puntos (60%) en los pies. Test de Elisa reactivo para VIH-1. *Giardia lamblia* en las heces. El enfermo murió ocho meses después del primer ingreso, a los dos años de enfermedad sintomática.

CASO 8.- SIDA asociado a complejo cognitivo-motor y neuropatía desmielinizante, candidiasis y tuberculosis. Abuso crónico de alcohol, cannabis y cocaína.

Sujeto de 44 años de edad, soltero, homosexual, 5º año de secundaria, H.C.Nº 1168642, empleado. La enfermedad se inició tres años antes con hiporexia, fiebre, adelgazamiento, diarrea, disnea de esfuerzo, candidiasis oral. Luego notó dificultades de concentración, debilidad en las piernas, lentitud motora. Homosexual pasivo desde los 24 años de edad. Bebía alcohol excesivamente desde hacía muchos años. Cannabis y pasta de cocaína en los últimos años, según dijo 1-2 veces por mes. Al examen tenía marcada palidez, polipnea, considerable fatigabilidad al hablar. Prueba de Glasgow 15. No se pudo hacer el test de Folstein por las condiciones del paciente. Discreta paresia de rectos externos, leve rigidez de nuca, marcada atrofia muscular generalizada, disminución considerable de la fuerza muscular, reflejos tendinosos abolidos, sensibilidades normales en los miembros. Gérmenes móviles, abundantes en la orina. Pequeño derrame pericárdico probablemente específico. Linfocitos CD4 186 por mm.cúbico. Elisa para VIH-1 reactivo. Elisa para Hepa-

titis B no reactivo. El paciente falleció un mes después de ingresar, al cabo de tres años de enfermedad sintomática.

CASO 9.- Bisexual, dependiente de alcohol y usuario excesivo de PBC, con sífilis y VIH -1.

Hombre de 32 años, natural de Loreto, bisexual, procedente de Lima, con H.C. N° 1117614, instrucción universitaria incompleta (2.5 años de Administración de Empresas), taxista. En enero de 1994 presenta diarreas intermitentes, adelgazamiento, fiebre, decaimiento, somnolencia. Se internó en el Hospital Dos de Mayo, allí comprobaron que era reactivo para el VIH-1. Cuatro meses después se quejaba de cefalea ocasional. Vino a Lima a los dos años de edad acompañado de la madre. Abandonó los estudios en 1983 porque necesitaba trabajar. Relaciones heterosexuales a los 14 años, homosexuales desde los 20 hasta los 27, con varias personas. Usó marihuana a los 17 años, alcohol a los 25 años, consumo intensivo hasta 1994, así como pasta de cocaína (desde los 20 hasta los 32 años; 20-40 cigarrillos por sesión). Fue inducido por su hermano. Ha mantenido frecuentes relaciones con prostitutas, sin preservativo.

Al examen: Folstein 28, disminución del surco nasogeniano izquierdo, leve temblor final en la prueba índice-nariz. Faringe eritematosa con secreción blanco-amarillenta. Adenomegalia submaxilar, bilateral, dolorosa. Múltiples ganglios inguinales, indoloros. Micosis ungueal en ambos pies. Esofagitis distal, erosión antral, duodenitis moderada (endoscopia). VDRL reactivo (2 1/2 +), detección de Ac Ig para treponema (hemaglutinación) positivo. Elisa VIH-1 reactivo, CD4 305 por mm. cúbico. Este

enfermo contagió a su esposa y provocó en ella una reacción de marcada hostilidad. Tienen un hijo de tres años, seronegativo actualmente (mayo de 1994).

CASO 10.- Universitario bisexual, consumidor excesivo de alcohol y PBC.

Varón de 22 años, H.C. N° 37788, natural de Lima, procedente de Surquillo, instrucción universitaria (6° año de Derecho), soltero, padres separados, bisexual, consultó por disnea, tos y expectoración mucopurulenta. Llevó una vida disipada desde los 16 años, consumía alcohol y pasta de cocaína alrededor de tres veces por semana. Inició actividad heterosexual a los 15 años, relaciones homosexuales desde los 18 años con diversos individuos. Al principio fue visto en forma ambulatoria (1991). En ese entonces se notó acné facial, estrabismo divergente del ojo izquierdo, marcada hipoacusia izquierda, Weber desviado a la izquierda, temblor digital rápido y bilateral, reflejos tendinosos asimétricos, córacobraquial derecho más intenso que el izquierdo, bicipital izquierdo más intenso, radial derecho más intenso. Desdoblamiento del primer ruido mitral, taquicardia posicional, soplo cavitario izquierdo, estertores húmedos en el lado derecho. En la radiografía se encontró infiltrado bilateral con caverna izquierda. Conducta agresiva, querellante, celotípica.

En 1993 estaba asténico, febril, muy adelgazado, sudaba en las noches, seguía con tos y expectoración. Test minimental de Folstein 30. Leve rigidez de nuca. Elisa reactivo para HIV-1 desde 1989, así como Western Blot. Espudo positivo para B.K. En 1994 se intensificaron considerablemente las alteraciones

respiratorias, aumentaron los signos bilaterales en los pulmones. Padecía de intensas crisis de disnea y de cianosis. Reflejos tendinosos débiles, cutáneo plantar derecho con tendencia a la extensión. Diarreas persistentes. Adelgazamiento extremo. Falleció en el Hospital.

DISCUSION

Poco tiempo después de comenzada la epidemia de SIDA en Norteamérica y en Europa, se comprobó que la enfermedad podía transmitirse por tres vías: el contacto sexual, las transfusiones y el intercambio de agujas contaminadas. Este último mecanismo era frecuente entre los usuarios de drogas por vía endovenosa (UDVI) y en 1988 representó el 25 por ciento de todos los casos de SIDA.²⁰ Recientemente se ha registrado en Estados Unidos alrededor de 300,000 casos de SIDA, de éstos el 23% era heterosexual UDVI y el 6 por ciento era bisexuales u homosexuales UDVI. Es decir que más de 80,000 personas con SIDA eran UDVI.

Hace cuatro años varios autores advirtieron que cuando se fumaba lo que pasaba por ser el alcaloide sólido o cocaína pura (*crack*), los usuarios mantenían actividad sexual indiscriminada y podían contaminarse con enfermedades transmitidas por vía genital, incluyendo la infección con el VIH-1. Sin embargo, ellos no han reportado hasta ahora ningún caso de SIDA adquirido por fumadores de cocaína, limitándose a concluir que dichos consumidores adoptaban una actividad básicamente pasiva al combinar el *crack* con los actos hetero u homosexuales.

En España se reconoció en 1991 que el abuso de cocaína se había transformado en un problema serio entre los adic-

tos a la heroína. Entre 1987-1988 el 75 por ciento de los pacientes hospitalizados para detoxificarlos de la dependencia a los opiáceos, habían consumido cocaína durante los meses anteriores a la admisión y el 25 por ciento habían usado cocaína diariamente o varias veces por semana. Estos adictos al opio y abusadores de cocaína mostraban una mayor frecuencia de anticuerpos frente al VIH-1.²⁵

En marzo de 1993, Francia tenía el tercer lugar entre los casos acumulados de SIDA por millón de habitantes (426), después de España (475) y Suiza (439). El porcentaje de casos de SIDA en usuarios de drogas por vía endovenosa variaba grandemente en ese continente: 4.2 % en Grecia, 4.8 % en el Reino Unido, 5.6 % en Dinamarca, 6.2 % en Bélgica, 8.8 % en los Países Bajos, 16.1 % en Luxemburgo, 13% en Alemania, 19.6 % en Portugal, 22.4 % en Francia, 43.5 % en Irlanda, 66.1 % en España y 66.6 % en Italia.²⁶ Hasta esa época no se hizo mención en la literatura de usuarios de cocaína no parenteral infectados con el VIH-1.

En el estudio clínico hecho por nosotros hemos hallado que el 20.8 % de los sujetos afectados con el complejo relacionado al SIDA o con SIDA, tenían historia de abuso o dependencia a la pasta de cocaína o al clorhidrato de cocaína. Ambos usados en forma no parenteral. Esto significa que el uso no parenteral de pasta de cocaína o del clorhidrato de cocaína es entre nosotros, un factor de riesgo importante para contraer la infección con el VIH-1. Aquí no existe aún la posibilidad de contagiarse por intercambio de agujas contaminadas. Muy posiblemente otros factores deben haber contribuido a la diseminación de la enfer-

edad en este grupo de personas. Dos de nosotros llamamos la atención en 1993 acerca de la importancia del factor socio-económico para la extensión de la epidemia en el Perú.¹⁸ Si bien tenemos conocimiento de algunos casos de SIDA en pacientes de clase I a III, no hemos hallado ninguna referencia estadística basada en casos comprobados. De los supuestos 2000 casos de SIDA en el país, muchos cientos de casos han sido verificados en los hospitales de los sectores de Salud, Seguridad Social, Marina, Aviación, Ejército y Policía. La mayor parte de pacientes en esos nosocomios pertenecen a las clases sociales III a V. Incluso algunos pertenecen a una clase social que podríamos designar VI, es decir sujetos sin ninguna preparación, encargándose de actividades inopes, como seleccionar los objetos utilizables entre los desperdicios dejados por los basureros.

En Norteamérica también se ha comprobado que las minorías negra e hispanica constituyen el 47% de los casos de SIDA a pesar de representar una proporción inferior a la población blanca.²² La asistencia médica es deficiente para esos grupos humanos y cuando se trata de indocumentados se les expulsa del país al comprobárseles estar infectados con el VIH-I, como lo hemos podido verificar con varios pacientes atendidos en el Hospital Dos de Mayo.

Los factores capaces de influir en el desarrollo del SIDA en la población hospitalaria estudiada, son entre otros, los escasos recursos económicos de estas personas, lo que significa alimentación predominante hidrocarbonada, hacinamiento y fácil contagio de enfermedades transmitidas por las secreciones respiratorias, especialmente tuberculosis pulmonar. La escasa e inadecuada alimentación implica merma de los recursos in-

munológicos de estos sujetos. La pobre instrucción es otro factor a considerar, el cual tiene dos consecuencias: ignorancia de precauciones sanitarias elementales y menor reserva cerebral, propiciando la adquisición de enfermedades infecciosas y el rápido deterioro de las funciones cognitivas cuando son atacados por las enfermedades retrovirales.²⁷

Existen múltiples circunstancias que inducen al uso de las drogas, existiendo cuando menos 43 teorías causales,²⁸ pero entre nosotros la desocupación, la falta de oportunidades, el subempleo, la discriminación social y racial, así como las perturbaciones emocionales y caracterológicas, son probablemente los elementos etiológicos más importantes. Estos factores se comprueban en los grupos de fumadores de pasta en todos los barrios donde se inicia o se establece la desorganización social, como actualmente ocurre en Breña, Jesús María, Lince, Cercado, La Victoria, Santa Beatriz y otros sectores antes residenciales y hoy avanzando hacia la tugurización.

En el grupo estudiado se pudo notar que la droga más frecuentemente usada asociada a la cocaína fue el alcohol. Muchas veces el individuo comenzó a beber cerveza y después aguardiente, para posteriormente combinar la embriaguez fumando pasta de coca. En otras oportunidades, las menos en este grupo, el usuario bebía alcohol para disminuir los efectos disfóricos de la cocaína. En la actualidad está comprobada la acción desfavorable tanto del alcohol como de la cocaína, sobre los mecanismos inmunológicos. Estos efectos incluyen cambios en la inmunidad celular, humoral y en otros componentes del sistema inmune.²⁹

Otro factor importante en este grupo, así como en la casuística general,¹⁹ ha sido la orientación homose-

xual o bisexual circunstancial o persistente, facilitando la infección de hombre a hombre. Sin embargo, la actividad heterosexual promiscua también ha sido factor predisponente en algunos individuos de esta pequeña serie.

Debemos recalcar que todos los pacientes comenzaron a usar cocaína antes de adquirir la infección por el VIH-1. Esto confirma las hipótesis enunciadas hace algunos años, en el sentido que inyectarse o fumar cocaína predispone a los individuos a prácticas sexuales riesgosas con los hoy llamados trabajadores del sexo (travestís, prostitutas u homosexuales), especialmente si no se usan medidas de protección.

Por otra parte, cuando un hombre transmite la enfermedad a su mujer, ella pasa el virus al producto de la concepción, transformándose la epidemia en una enfermedad familiar. Esta conducta ocasiona frecuentemente ruptura de la unidad familiar, se observa en todas las clases sociales, y en los países desarrollados implica desintegración de las comunidades minoritarias.³¹ En muchos casos, no obstante, la destrucción de la familia nuclear puede anteceder a la infección por el VIH-1 y ser también un factor en el comienzo de uso de drogas, como sucedió en una proporción importante de los sujetos estudiados por nosotros.^{2,9,10}

Debido al estilo de vida promiscuo de bisexuales, homosexuales y algunos heterosexuales, varios sujetos contrajeron otras enfermedades venéreas (linfogranuloma inguinal o rectal, granuloma venéreo, sífilis, gonorrea). Estas enfermedades afectan considerablemente el sistema inmune y probablemente aceleran la evolución de la infección hacia el CRS y el SIDA.

Finalmente, la pobreza extrema de estos sujetos ha impedido que se traten

las infecciones transmitidas sexualmente, y las afecciones oportunistas, pues carecen de recursos para adquirir los medicamentos esenciales. Sólo hemos podido contar con la ayuda del Programa de Tuberculosis del Ministerio de Salud, el cual ha suministrado los fármacos tuberculostáticos pertinentes.

A nuestro entender esta es la primera investigación en la cual se ha comprobado que el abuso de cocaína no parenteral, entre otros factores, predispone a contraer la infección por el virus VIH-1. En la literatura hemos encontrado una nota preliminar en la cual la tomografía computarizada con fotón único (SPECT) demostró anomalías funcionales en ocho sujetos homosexuales infectados con el VIH-1 que usaban drogas no parenterales (sin especificar cuáles eran) y que tenían efecto cognitivo.³²

Se desprende de esta investigación que tanto la infección con el VIH-1 como el abuso y dependencia a la cocaína, constituyen serios problemas de salud pública en el Perú.

Para resolver estas dos epidemias, que a veces se encuentran juntas, como lo demostramos en este trabajo es necesario emprender tareas activas de prevención y tratamiento. En cuanto a las primeras, no bastan la instrucción ni la educación, es necesario usar técnicas de modificación de la conducta, como ha sido sugerido hace un buen número de años²¹ En otros países varias de estas medidas han sido puestas en práctica en comunidades vecinales y municipales.

En cuanto al tratamiento, las Comunidades Terapéuticas dotadas de enfermerías asociadas con hospitales generales, resolverían los problemas combinados de abuso de cocaína e infección con el VIH-1, como se ha hecho con tanta

eficiencia en Francia, España y otros países.³³

Con respecto a los problemas sociales, factores predisponentes importantes en la drogadicción y en el SIDA, como lo demuestran todas las investigaciones científicas, se requiere una acción

conjunta de las comunidades particulares y de las agencias gubernamentales, previo adoctrinamiento de políticos y líderes locales, para disminuir la pobreza, el hambre, la ignorancia, la patología mental y las enfermedades infecto-contagiosas.

ZUSAMMENFASSUNG

Man hatte festgestellt, dass der Kokainverbrauch in Perú drei Etappen hatte: Prespanische (Kokakauen und Kokaatmen), Nasenatmen und Kokarauchen (ab. 1970). Es ist zu bemerken, dass der VIH-I seit zehn Jahren in Perú bekannt ist. Nach einer Untersuchung im Krankenhaus "Dos de Mayo" hat man festgestellt dass 34 Patienten (20.8% von 163 Patienten) VIH-1 und Kokaraucher waren. Man behauptet, dass Kokaingebraucht und VIH-1 die schwersten Probleme im Gesundheitswesen in Perú seien.

BIBLIOGRAFIA

1. KAUFMAN, F.(1971): *Arqueología Peruana, Visión Integral*, promoción editorial Inca, Lima.- 2. JERÍ, F.R.& PÉREZ, J.C. (1990): *Dependencia a la cocaína en el Perú. Observaciones en un grupo de 616 pacientes*. Monografía de Investigación N°4 CEDRO, Lima.- 3. NIEMAN, A.(1860): *Über eine neue Base in den Kokablättern in Dissertation*, Göttingen.- 4. BIGNON, L.A.(1885): "Propiedades de la coca y de la cocaína". *El Monitor Médico* 1: 245-246.- 5. FREUD, S. (1884): "Über Coca". *Zentralblatt für die Therapie* 2: 289-314.- 6. ERLNMEYER, A.(1885): "Über die wirkung des Kokains bei der. Morphiumentziehung"- *Zentralblatt für Nervh. Psych. u. Gerichtl. Psychopath.* 8:289-293.- 7. JERÍ, F.R.(1984): "Coca y derivados: evidencias, falacias y fantasías". *Rev. Sanid. Fuerz. Polic.* 45: 27-34, 1984.- 8. CARBAJAL, C.(1984): "Psychosis produced by nasal aspiration of cocaine hydrochloride, en *Cocaine*. Interamer. Seminar on coca and cocaine. Lima, Pacific Press.- 9. JERÍ, F.R.; SÁNCHEZ, C.C.& DEL POZO, T.(1976) : "Consumo de drogas peligrosas

por miembros de la Fuerza Armada y de la Fuerza Policial Peruana". *Rev. San. Min. Int.* 37: 104-112.- 10. JERÍ, F.R.; SÁNCHEZ, C.C.; DEL POZO, T.& FERNÁNDEZ, M.(1978): "El síndrome de la Pasta de Coca. Observaciones en un grupo de 158 pacientes del área de Lima". *Rev. Sanid. Minist. Int.* 39: 1-18.- 11. JERÍ, E.R., SÁNCHEZ, CC;DEL POZO, T.& FERNÁNDEZ, M. (1978):The syndrome of coca paste. *J. Psychol. Drugs* 10: 361-370.- 12. ALMEIDA, M.(1978): "Contribución al estudio de la historia natural de la dependencia a la pasta básica de cocaína". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 41: 44-53.- 13. NIZAMA, M (1979): "Síndrome de la pasta básica de cocaína". *Rev. Neuro-Psiquiat.* 42: 185-208.- 14. FERNANDO, D; PADILLA, A; SÁNCHEZ, W.*et al* .(1993): *Drogas en el Perú Urbano. Estudio Epidemiológico*. Monografía de Investigación N° 9 CEDRO, Lima.- 15. PATRUCCO, R.(1985): "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Perú (SIDA), estudios inmunológicos". *Diagnóstico* 16: 122 - 135.- 16. MUJICA, O. (1993): "Magnitud de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú y en el mundo".

- Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de Enfermedades Infecciosas.- 17. DELGADO, A.(1994): Comunicación personal a los autores.- 18. LUCHO, M.L.& JERÍ F.R.(1993) : "Algunas manifestaciones psicológicas en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana". *Rev. Neuro-Psiquiatría* 56: 220-234.- 19. JERÍ, F.R.; CASTAÑEDA, M.A.; PERÉZ, J.C. *et al.*(1993): "Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1). Algunos aspectos neurológicos observados en un hospital general". Relato Oficial al XIV Congreso Nacional de Neurología, Lima.- 20. KOZEL, N. (1987): "Executive Summary", en *Patterns and Trends of Drug Abuse in the United States and Europe*, Nat. Inst. Drug abuse, Rockville, Maryland.- 21. SCHUSTER, C.R. (1988): "Intravenous Drug Use and AIDS prevention". *Public Health Reports*, 103: 261-266.- 22. KOZEL N.: "Executive Summary. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) among injecting drug users (IDUs)", en *Epidemiology of Drug Abuse*, United States Department of Health and Human Services, NIDA, Rockville.- 23. FULLILOVE, R.E.; FULLILOVE M.T.; BOWSER, B. & GROSS B.(1990): "Crack users. The new AIDS risk group". *Cancer Detect. Prev.* 14: 363 - 368.- 24. FRIEDMAN, SR.& LIPTON, D.S.(1991): Cocaine AIDS and intravenous drug users". *J. Addict. Dis.* 10; 1-11.- 25. TORRENS, M; SAN, L; PERI, J.M.& OLLE J.M(1991): "Cocaine abuse among heroin addicts in Spain". *Drug Alcohol De-pend.* 27: 29-34.- 26. SERFATI, A.(1993): "Needle exchange programs for injecting drug users in France", en *Epidemiologic Trends in Drug Abuse*, Proceedings, NIDA, Rockville, Maryland.- 27. VAN GORP, W.G.; MILLER, E.W.; MARCOTTE, M.A. *et al.* (1994): "The relationship between age and cognitive impairment in HIV-1 infection". *Neurology*, 44: 929-935.- 28. LETTIERE, D.J., SAYERS, M.; PEARSON, H.W. (eds)(1980): *Theories on Drug Abuse*, NIDA Research Monograph N° 30, Rockville, Maryland.- 29. PILLAI, R; NAIR, B.S.; WATSON, R.R. (1991): "AIDS, drugs of abuse and the immune system: A complex immunotoxicological network". *Arch. Toxicol.* 65: 609 - 617. 30. OLTOMANELLI, G.; KRAMER, T.H.; BIHARI, F. *et al.*(1990): "AIDS related risk behaviors among substance abusers". *Int. J. Addict.* 25: 291-299.- 31. SERRRANO, Y.(1990): "The Puerto Rican intravenous drug users, in AIDS and Intravenous Drug Use". *Research Monograph N°93* pp. 24-34, NIDA, Rockville, Maryland.- 32. SACKTOR, N.; BELLO, J.; DOONIEF, K.M. *et al.* (1994): "Cerebral SPECT abnormalities in asymptomatic HIV+ gay non parenteral drug using men". *Neurology, Suppl.* 2- A: 248-249.- 33. ENGELMEYER, L.J.(1989): *Drogas y SIDA*, Asociación Le Patriarcho Internacional, Madrid.- 34. JERÍ, F.R.(1990): "Some recent facts about drug use in Perú", en *Epidemiologic Trends in Drug Abuse* (Ed. N. Kozel) Proceedings, June 1990, pp. III 55-67, NIDA, Rockville, Maryland.- 35. HOLLINGSHEAD, A. & REDLICH, R. C. (1958): *Social class and Mental Illness*, John Wiley, New York.