



39ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 28 del orden del día provisional

ACTIVIDADES DE LA OMS DE PREVENCIÓN Y LUCHA CONTRA EL
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Informe del Director General

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es objeto de creciente preocupación en diversos países, sobre todo en Europa y América del Norte. El presente informe, actualizado a partir de un informe presentado en enero de 1986 por el Director General al Consejo Ejecutivo en su 77ª reunión (documento EB77/42), evalúa la situación actual, describe las actividades que está iniciando la OMS e indica las medidas que habrá que adoptar para entender y combatir el SIDA y garantizar el suministro sin riesgos de sangre y productos sanguíneos.

INDICE

	<u>Página</u>
Introducción	2
Red de centros colaboradores de la OMS	3
Programa de la OMS sobre el SIDA	3
Intercambio de información	4
Preparación y distribución de normas	4
Evaluación de los estuches disponibles en el comercio para pruebas de anticuerpos contra el virus LAV/HTLV-III	5
Cooperación con los Estados Miembros	7
Asesoramiento a los Estados Miembros para el suministro de sangre y productos sanguíneos exentos de riesgo	7
Coordinación de las investigaciones	8
Estructura del programa	10

Introducción

1. Desde que en 1981 se identificó por primera vez el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se han notificado más de 22 069 casos, sobre todo en los países industrializados. Aproximadamente la mitad de esos casos se registró en 1985 y más del 75% durante el bienio 1984-1985. Más del 80% de los casos registrados hasta la fecha han sido notificados en los Estados Unidos de América.

2. El número de casos comunicados a la OMS hasta el 25 de marzo de 1986 es el siguiente:

<u>Continente</u>	<u>Número de casos</u>	<u>Número de países donde se notificaron</u>
Africa	31	5
América	19 756	43
Asia	46	10
Europa	2 053	23
Oceanía	183	2
TOTAL	<u>22 069</u>	<u>83</u>

Ha habido relativamente pocos casos en Asia y Oceanía (con excepción de Australia). Datos recientes indican que el SIDA constituye tal vez un grave problema de salud pública en el Africa tropical; las tasas de incidencia estimadas en algunas ciudades de Africa central son comparables a las de Nueva York o San Francisco y se han identificado casos en residentes o emigrantes de más de una docena de países africanos.

3. En América del Norte, Europa y Australia, el 70% o más del total de casos de SIDA detectados corresponde a homosexuales varones. También se ha observado la enfermedad en consumidores de droga por vía intravenosa, hemofílicos a los que se administran productos sanguíneos, receptores de transfusiones sanguíneas y compañeros heterosexuales de enfermos o miembros de los grupos más expuestos a la infección e hijos nacidos de madres infectadas.

4. Todavía se producirán casos de SIDA entre los hemofílicos ya infectados y los que han recibido transfusiones de sangre contaminada; ahora se puede reducir considerablemente la propagación de la infección por conducto de la sangre o los productos sanguíneos analizando las donaciones de sangre por si contienen anticuerpos contra el virus LAV/HTLV-III. Estudios practicados en el Caribe y Africa central y entre emigrantes procedentes de estas zonas muestran que la enfermedad se produce allí principalmente en la población heterosexual. El contacto heterosexual en esas poblaciones es un factor importante de riesgo para la transmisión de la infección.

5. El agente etiológico del SIDA es un retrovirus descrito en las publicaciones científicas como LAV (virus asociado con la linfadenopatía), HTLV tipo III (virus leucémico T humano o virus linfotrópico T humano, tipo III) o ARV (virus relacionado con el SIDA). El nombre definitivo será el aprobado por el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus de conformidad con las reglas vigentes para la nomenclatura de los virus. En este informe se dará al virus la denominación de LAV/HTLV-III, que combina los dos nombres más difundidos.

6. El virus tiene un tropismo específico por el subconjunto OK T4+ de los linfocitos T o tal vez por una fracción, todavía por definir, de este subconjunto. También se ha observado la presencia del virus en tejido encefálico de algunos pacientes, pero aún no se sabe con certeza qué tipos de células del sistema nervioso central son infectados. La base del tropismo vírico por ciertas poblaciones de linfocitos reside en parte en la fijación de la glucoproteína vírica a la molécula T4 en la superficie del linfocito. El virus se replica en linfocitos T4 que están en proceso activo de división y puede también proliferar en líneas celulares derivadas de linfocitos T o B. Al igual que otros retrovirus, este virus puede permanecer en las células linfoides en estado latente y ser activado por agentes químicos como las pirimidinas halogenadas.

7. El LAV/HTLV-III ha sido aislado en la sangre, en el semen y, con títulos muy inferiores y sólo en una pequeña proporción de las personas infectadas, en la saliva, las lágrimas, la leche y la orina. También puede aislarse probablemente el virus en algunos otros humores orgánicos, secreciones y excreciones. Los indicios epidemiológicos de transmisión se limitan exclusivamente a la sangre y al semen. La transmisión se opera sobre todo por contacto sexual, exposición parenteral a sangre y productos sanguíneos y directamente desde la madre infectada al niño durante el parto, así como antes y poco después de éste. En los países industrializados, un modo importante de transmisión del virus es el consumo de drogas por vía intravenosa y los problemas consiguientes asociados con el uso común de agujas contaminadas. Esto, en cambio, es un factor de riesgo insignificante o nulo en los países en desarrollo. Por otro lado, el empleo de jeringas y agujas no esterilizadas dentro o fuera del sistema de salud y el empleo de instrumentos no esterilizados para el tatuaje y la escarificación (con fines rituales o médicos) representan un riesgo muy preciso de transmisión. No hay indicios de que el virus se propague por contacto casual con un individuo infectado, incluidos los contactos en la familia, la escuela u otros grupos que vivan o trabajen juntos. Amplios estudios prospectivos sobre trabajadores de salud en contacto, por pinchazo de aguja o exposición de las mucosas, con la sangre de pacientes infectados han documentado un solo caso de infección; se están investigando otros dos casos. No hay indicios de transmisión por insectos hematófagos, alimentos o agua ni tampoco de transmisión por vía aérea o fecal/oral.

8. En los estudios sobre receptores de transfusiones sanguíneas que contrajeron el SIDA se observa un intervalo prolongado entre la exposición a la infección y el comienzo de la enfermedad. Se han señalado intervalos medios de 12 meses en los niños y de 29 meses en los adultos. Estimaciones basadas en modelos matemáticos sugieren periodos de incubación aún más largos. Los resultados clínicos en los casos de infección demostrada por el virus LAV/HTLV-III para un periodo de 2-5 años de observación son los siguientes: aproximadamente los dos tercios no presentan manifestaciones de mala salud; el tercio restante presenta enfermedad en grados que van desde leve hasta de suma gravedad.

Red de centros colaboradores de la OMS

9. La OMS organizó una reunión sobre el SIDA el 18 y el 19 de abril de 1985, inmediatamente después de la Conferencia Internacional sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Atlanta, GA, Estados Unidos de América. Los participantes en la reunión examinaron la información presentada en la Conferencia y evaluaron sus consecuencias sanitarias internacionales.¹ Conviene destacar su recomendación a la OMS de que estableciera una red de centros colaboradores con personal especializado en la materia.

10. La OMS dio cumplimiento a esta recomendación estableciendo inicialmente una red de centros colaboradores. Los directores de estos centros colaboradores se reunieron en Ginebra el 25 y el 26 de septiembre de 1985 para una evaluación actualizada de la situación del SIDA en el mundo y para asesorar a la Organización acerca del establecimiento de un programa sobre el SIDA en el que los centros pudieran participar activamente. Los directores de los centros colaboradores de la OMS se reunieron de nuevo los días 16 a 18 de diciembre de 1985 para examinar los problemas relacionados con la ejecución de este programa e identificar los sectores en los que podrían apoyar más eficazmente el programa de la OMS.

Programa de la OMS sobre el SIDA

11. El programa tiene los componentes siguientes:

- 1) intercambio de información;
- 2) preparación y distribución de pautas, manuales, material educativo para el público, etc.;
- 3) evaluación de estuches comerciales para pruebas de anticuerpos contra LAV/HTLV-III; desarrollo de una prueba sencilla y barata para aplicación sobre el terreno; y establecimiento de reactivos de referencia de la OMS;

¹ Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 63(4): 667-672 (1985).

- 4) cooperación con los Estados Miembros en la organización de programas y actividades nacionales para contener la infección por LAV/HTLV-III;
- 5) asesoramiento a los Estados Miembros para el suministro de sangre y productos sanguíneos exentos de riesgos;
- 6) coordinación de las investigaciones, en particular sobre: a) desarrollo de agentes terapéuticos y vacunas; y b) retrovirus en los simios.

Intercambio de información

12. Un aspecto importante del programa es la participación de los Estados Miembros y de los centros colaboradores de la OMS para el SIDA en la reunión de datos sobre la incidencia de la enfermedad y la transmisión sistemática de esta información a la sede de la OMS. En lo posible, se transmitirá también información sobre el sexo, la edad, el factor de riesgo identificado (si lo hay) y las principales características clínicas. La OMS ha facilitado un formulario estandarizado para el acopio y la ordenación sistemática de esos datos. Actualmente hay un triple sistema de notificación: algunos países utilizan un informe semanal, de ordinario incluido en un informe epidemiológico semanal ya existente; los países con un problema importante de SIDA informan todos los meses; y otros lo hacen por trimestre o incluso con menos frecuencia o en forma irregular.

13. Los centros colaboradores de la OMS para el SIDA proporcionan datos sobre epidemiología y seroepidemiología de la infección por LAV/HTLV-III en sus regiones a las oficinas regionales y a la sede de la OMS.

14. Las oficinas regionales de la OMS proporcionan datos actualizados periódicamente sobre: a) la situación en lo referente a las pruebas para la infección por LAV/HTLV-III en los distintos países de su región; b) legislación y políticas introducidas por los países Miembros para detener la propagación de la infección. Toda la información pertinente se publica cada mes en forma resumida.

15. Mientras tanto, a causa de los rápidos cambios en la situación mundial del SIDA y la necesidad de contar con los medios de comunicación social para la difusión rápida de información, se proporcionan a las oficinas regionales de la OMS y a dichos medios, mediante el sistema infonet, facsímil o télex, datos actualizados y la información pertinente publicada en los partes epidemiológicos semanales de la Organización.¹ Al mismo tiempo se difunden resúmenes por el servicio de respuesta automática por télex. A los ministerios de salud se les facilitan especialmente datos actualizados por medio de un servicio informativo de la OMS titulado "In point of fact".

16. Después de las reuniones de la OMS u otras reuniones internacionales, se da amplia difusión in extenso a informes especiales de la Organización y se preparan comunicados de prensa para el público (y los medios de comunicación social).

Preparación y distribución de normas

17. Aunque el objetivo inmediato de las investigaciones en muchos países es conseguir medicamentos para prevenir y corregir las manifestaciones de la infección por LAV/HTLV-III o una vacuna para proteger a quienes estén más expuestos a la infección, es improbable que se disponga de ellos para una aplicación generalizada en el futuro inmediato. Mientras tanto, la prevención del SIDA dependerá totalmente de programas de reducción de riesgos basados en la información y la educación. La credibilidad de estos programas depende mucho del diagnóstico en laboratorio de la enfermedad y de que se conozca la historia natural del virus en determinados países y poblaciones. Se pueden iniciar de inmediato programas de prevención basados en los conocimientos disponibles y en las nociones de salud pública pertinentes. En países de América del Norte, Australia y Europa se dispone de normas sobre el SIDA que están aplicándose eficazmente. La OMS ha reunido en un folleto gran número de las normas disponibles y las ha distribuido por

¹ Weekly epidemiological record - Relevé épidémiologique hebdomadaire.

todo el mundo. Por supuesto, estas normas deberán ser objeto de revisiones periódicas, que se harán por medio de los partes epidemiológicos semanales de la OMS.¹ Los dos tipos de normas siguientes exigen la máxima prioridad:

- 1) normas sobre diagnóstico, vigilancia, prevención y lucha contra la infección por LAV/HTLV-III;
- 2) normas y manuales para el personal de salud y otras personas que por su profesión puedan estar expuestas a la infección por LAV/HTLV-III.

18. En la actualidad se están estudiando prototipos de material docente para grupos de alto riesgo y para la población general (inclusive adolescentes), en los que se explican los mecanismos de transmisión y las posibles medidas preventivas; para que resulte eficaz, ese material habrá de adaptarse cuidadosamente a las necesidades concretas. La OMS convocará en junio de 1986 una reunión sobre las estrategias educativas en la prevención y la lucha contra el SIDA. Los participantes en esa reunión examinarán posibles medios y métodos de educación del público y recomendarán estrategias de comunicación a los Estados Miembros que se esfuerzan en resolver el problema.

Evaluación de los estuches disponibles en el comercio para pruebas de anticuerpos contra el virus LAV/HTLV-III

19. La infección por LAV/HTLV-III puede estar por completo latente durante muchos años o causar al principio sólo una enfermedad aguda de duración limitada. Su diagnóstico en laboratorio es, por lo tanto, de máxima importancia. Esta infección puede identificarse mediante la detección de anticuerpos contra el virus LAV/HTLV-III (anti-LAV/HTLV-III), el aislamiento de LAV/HTLV-III en tejidos sanguíneos o líquidos orgánicos o la identificación de componentes víricos con técnicas inmunológicas o moleculares.

20. Para las pruebas ordinarias engran escala, sólo resulta práctico el primer método, es decir, detectar los anticuerpos contra LAV/HTLV-III. Las otras técnicas se usan sobre todo en investigación. El método utilizado con mayor frecuencia para detectar la infección por LAV/HTLV-III es la prueba de inmunoabsorbencia ligada a enzimas (ELISA) para la detección de anticuerpos. Los anticuerpos contra LAV/HTLV-III suelen aparecer al cabo de semanas (meses, en raras ocasiones) después de la infección y son detectables posiblemente de por vida. Como estos anticuerpos y el virus se encuentran a menudo simultáneamente en el mismo individuo, se ha de considerar portador potencial del virus a la persona que tenga anti-LAV/HTLV-III.

21. Los sistemas de ensayo ELISA son muy sensibles (>98%); sin embargo, no todos los sueros que reaccionan indican infección por LAV/HTLV-III, ya que hay reacciones inespecíficas.

22. Todos los sueros que reaccionan en la prueba ELISA deben ser analizados por otro sistema. Para este fin se han utilizado con mucha frecuencia las manchas inmunológicas (immunoblots), pero también se están evaluando otras pruebas. También pueden producirse reacciones inespecíficas en las valoraciones con manchas inmunológicas, por lo que es precisa una evaluación cuidadosa por personal experimentado de laboratorio.

23. En general, el porcentaje de "falsos positivos" aumenta con la sensibilidad del sistema de ensayo. La aceptación de un porcentaje relativamente elevado de "falsos positivos" parece prudente por el momento con el fin de detectar a todos los donantes de sangre que sean verdaderamente positivos. Un sistema de ensayo más específico, pero también menos sensible, puede ser más idóneo para algunos estudios epidemiológicos cuando no se disponga de pruebas confirmatorias.

24. Algunos laboratorios utilizan también pruebas de inmunofluorescencia con células infectadas y no infectadas por LAV/HTLV-III. Aunque esta prueba parece ser algo menos sensible que las técnicas de manchas inmunológicas, constituye, no obstante, un útil sistema adicional de ensayo que requiere ulterior evaluación.

¹ Weekly epidemiological record - Relevé épidémiologique hebdomadaire.

25. Para acelerar el progreso en el campo de las pruebas de laboratorio, la OMS está iniciando las actividades siguientes:

- a) establecimiento de sueros internacionales de referencia, disponibles en gran número de porciones, con anticuerpos contra LAV/HTLV-III para evaluar la sensibilidad de las inmunovaleaciones para cada antígeno vírico y expresados en unidades de anticuerpos. Además, es preciso establecer un "panel de proficiencia" internacional;
- b) distribución del virus LAV/HTLV-III para facilitar la lucha contra la enfermedad y para elaborar pruebas de anticuerpos menos costosas y más sencillas, sobre todo para uso en laboratorios con instalaciones técnicas limitadas;
- c) recolección y caracterización de aislamientos adicionales de LAV/HTLV-III y su libre intercambio por conducto de los centros colaboradores de la OMS para el SIDA;
- d) establecimiento y caracterización de paneles de anticuerpos monoclonales contra epítopos específicos de LAV/HTLV-III y clones de referencia ADNc para investigación y diagnóstico del SIDA.

26. La disponibilidad de pruebas para la detección del anti-LAV/HTLV-III, sumada al hecho de que en algunos países la gran mayoría de los que padecen el SIDA son homosexuales varones o consumidores de drogas por vía intravenosa, plantea la posibilidad de que se utilice mal la prueba. Los estuches de prueba actuales están ideados de manera que se obtenga una sensibilidad muy elevada a expensas de cierta especificidad con el fin de asegurar la exclusión de cualquier sangre que tenga alguna posibilidad de portar el virus LAV/HTLV-III. Utilizada así, la prueba de anticuerpos es útil a efectos clínicos y se considera en general que las ventajas para la salud pública de un suministro de sangre exento de riesgos compensan de sobra las dificultades asociadas con las reacciones positivas falsas. Es, pues, importante que los oficiales de salud pública tengan muy en cuenta las aplicaciones apropiadas y las posibilidades de mal uso de la prueba de anti-LAV/HTLV-III. Además de la selección de sangre, la prueba para la detección de anticuerpos ha sido importante para estudiar la epidemiología de la enfermedad. También puede facilitar el diagnóstico en personas con signos y síntomas precoces asociados con el SIDA, ya que el valor de predicción, si los resultados de la prueba son positivos, aumenta considerablemente cuando ésta se aplica a personas con riesgo mayor de SIDA, por ejemplo, a personas con síntomas. Mientras tanto, la OMS organizará estudios en colaboración para la evaluación comparativa de los sueros de referencia propuestos.

27. La red de centros colaboradores de la OMS facilita información sobre las características de los estuches de prueba de anticuerpos desde el punto de vista de su rendimiento en la práctica. Los resultados de estos estudios, realizados bajo los auspicios de la OMS, se pondrán en conocimiento de los Estados Miembros. Además, la OMS entrará en negociaciones con un pequeño número de fabricantes para obtener estuches a un precio menor del practicado en los países industrializados. Los estuches se pondrán entonces a disposición de los Estados Miembros.¹ Como se indicó en la reunión de fabricantes de estuches de diagnóstico del SIDA celebrada en Ginebra el 31 de enero de 1986, los estuches de las próximas generaciones habrán de ser sencillos, baratos y susceptibles de utilizarse y de interpretarse con un equipo de laboratorio mínimo. Importa asimismo que sean estables y utilizables en una gran variedad de condiciones prácticas. Los fabricantes de estuches comerciales deberán facilitar también, en la especificación de la prueba, datos sobre el origen y las características de la cepa de LAV/HTLV-III utilizada en aquélla y sobre la estirpe celular empleada para su producción. El grado de pureza del antígeno puede ser un factor importante. La OMS, por su parte, se ocupará de establecer un sistema de nomenclatura de cepas internacionalmente aceptable para los virus LAV/HTLV-III que comprenda, por ejemplo, el origen geográfico del aislamiento, el número de serie de la cepa y el año en que fue aislada. También el estado clínico de las personas en las que se hizo el aislamiento puede ser un factor importante en la nomenclatura de las cepas.

¹ Aún está por establecerse el mecanismo.

Cooperación con los Estados Miembros

28. La OMS emprenderá, si se lo piden, programas técnicos de cooperación con los Estados Miembros. Tales programas comprenderán, entre otras, las siguientes actividades:

- a) organización de simposios o talleres nacionales e interpaíses sobre contención y prevención del SIDA. En los últimos cinco meses se han celebrado reuniones prácticas de este tipo en las Regiones de Africa, las Américas, Asia Sudoriental, Europa y el Mediterráneo Oriental;
- b) asesoramiento técnico sobre cuestiones específicas;
- c) fomento de la organización de laboratorios nacionales y regionales para la detección de infecciones por LAV/HTLV-III y confirmación de los resultados, con adiestramiento y seguimiento en lo referente a la formación de personal nacional y regional. Ya se han celebrado o se proyecta celebrar en breve reuniones prácticas de este tipo en las Regiones de Africa, Europa y el Mediterráneo Oriental;
- d) establecimiento de un mecanismo a fin de ayudar a los países a obtener el material y el equipo necesarios para organizar el diagnóstico de laboratorio y la vigilancia epidemiológica del SIDA.

Asesoramiento a los Estados Miembros para el suministro de sangre y productos sanguíneos exentos de riesgo

29. Varias fueron las recomendaciones formuladas por el grupo de la OMS que se reunió en noviembre de 1983, cuando todavía no se había descubierto el agente etiológico del SIDA.¹ Esas recomendaciones siguen siendo válidas, aun cuando ahora sean posibles medidas adicionales para hacer más seguro el suministro de sangre y productos sanguíneos:

- educar al público y a los donantes acerca del SIDA;
- excluir como donantes a quienes pertenezcan a grupos muy expuestos;
- evitar el uso no indispensable de sangre y productos sanguíneos.

30. Además, en dicha reunión se afirmó, basándose en la información entonces disponible, que se consideran exentos de riesgos los productos albuminosos e inmunoglobulínicos, así como las vacunas contra la hepatitis B que satisfagan las normas de la OMS. Desde entonces se han registrado en los Estados Unidos de América y Europa más de 190 casos de SIDA relacionado con la sangre. La identificación del virus LAV/HTLV-III en 1983-1984 condujo al establecimiento rápido de pruebas para la detección del anticuerpo contra el virus, y el empleo de estas pruebas ha permitido a los servicios de toma de sangre eliminar aquella sangre que, al tener anticuerpos, conlleva el riesgo de transmitir el virus LAV/HTLV-III. Según los resultados iniciales obtenidos en los Estados Unidos de América, aproximadamente el 0,25% son positivos en la prueba de detección, pero cuando se practican pruebas adicionales (como la de manchas inmunológicas por el sistema Western) sólo en la cuarta parte de este 0,25% se confirma la presencia de anti-LAV/HTLV-III.

31. La detección plantea, por consiguiente, cuestiones importantes en relación con el uso de "pruebas confirmatorias" y la calidad que han de tener los datos antes de que se comuniquen a los donantes los resultados de la prueba.

32. Además de examinar la sangre de los donantes para comprobar la presencia de anti-LAV/HTLV-III, la introducción de un tratamiento térmico apropiado en la producción de los factores VIII y IX parece haber eliminado el riesgo de transmisión del SIDA por estos productos; los consultores de la OMS que se reunieron en abril de 1985 recomendaron el uso de productos así tratados como medio de evitar la propagación del SIDA entre los hemofílicos.

¹ Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 62(3): 419-432 (1984).

33. Este grupo recomendó también que:

- en lo posible, se examine en los donantes la presencia de anticuerpos;
- no se utilice la sangre que dé resultados positivos para el anticuerpo;
- se informe a los donantes acerca de la prueba de detección antes de la toma de sangre;
- continúen la educación de los donantes y la exclusión de los grupos muy expuestos.

34. La OMS va a convocar una reunión en Ginebra del 14 al 16 de abril de 1986 para revisar los datos sobre selección de donantes e inocuidad de los productos. Además, se discutirán cuestiones relacionadas con dicha selección, como las pruebas confirmatorias y la notificación a los donantes. En mayo del mismo año se presentará a la Asamblea de la Salud un resumen de los debates habidos de dicha reunión.

35. Después de la conferencia, un grupo más reducido de expertos se reunirá para formular una serie actualizada de recomendaciones de la OMS. El informe correspondiente se presentará también a la Asamblea.

36. Aunque el SIDA se ha convertido en un problema de importancia creciente, no se debe olvidar que también son importantes otros agentes infecciosos que se pueden transmitir por la sangre. Los más importantes de ellos son el agente de la leucemia humana de células T, HTLV-I, y el virus de la hepatitis ni A ni B.

37. Es de especial importancia, en vista de las posibilidades de transmisión de agentes infecciosos por conducto de la sangre, que se evite la reutilización de agujas no esterilizadas. Estudios epidemiológicos limitados y la extensa experiencia en el uso de inyectores de chorro para la inoculación en masa en muchos millones de individuos a lo largo de más de 20 años indican que no se ha confirmado la transmisión interpersonal por este medio de enfermedades parasitarias, micóticas, bacterianas y víricas, incluidas la hepatitis B y la hepatitis ni A ni B. Con todo, se están practicando ahora estudios limitados de laboratorio para evaluar el riesgo de transmisión con los diferentes tipos de inyectores. Es de esperar que la OMS preste más apoyo a amplios trabajos de investigación en este sector.

Coordinación de las investigaciones

Agentes antivíricos

38. Están en curso importantes trabajos de investigación para identificar agentes antivíricos de posible utilidad mediante un programa de detección in vitro. Los fármacos con actividad antivírica in vitro se ensayan en pequeños animales para determinar su toxicidad y su dosificación apropiada y se disponen para un ensayo clínico de la fase I. Conviene buscar agentes que puedan administrarse por vía oral y que atraviesen la barrera hematoencefálica. Actualmente son objeto de ensayos clínicos la suramina, la ribavirina, el foscarnet, el HPA 23, las rifamicinas, los interferones y la azidotimidina (3-azido-3-deoxitimidina, AZT, BW A509U). Con la suramina se han hecho estudios intensivos, habiéndose observado efectos antivirales; sin embargo, como también se ha observado una toxicidad considerable, sobre todo en pacientes con defectos inmunitarios y anomalías hepáticas, importa mucho extremar las precauciones al ensayar medicamentos potentes en sujetos inmunodeficientes. Ahora se están ensayando derivados menos tóxicos de la suramina.

39. Se han iniciado en los Estados Unidos de América y se prosiguen en Europa estudios sobre el HPA 23, en particular con pautas de tratamiento más prolongadas (tres meses) y pruebas de aislamiento del virus. En estos trabajos se ha observado una inhibición de la replicación viral. Se ha dado fin a los estudios clínicos de la fase I destinados a evaluar la toxicidad de la azidotimidina y de la ribavirina, fármacos ambos que parecen relativamente inocuos en las dosis ensayadas; así pues, en breve se iniciarán los estudios de la fase II. En los Estados Unidos se está empezando a estudiar el foscarnet y la ansamicina. También en Europa se han iniciado

estudios sobre el foscarnet en pequeña escala. Prosiguen las investigaciones sobre el interferón alfa para aclarar su papel como agente antivírico. Están en estudio el interferón gamma, la interleukina-2, las hormonas tiroideas y otros inmunomoduladores, y cabe prever futuros estudios sobre el tratamiento combinado con agentes antivíricos e inmunomoduladores. Los nuevos métodos de tratamiento combinado pueden consistir en:

- a) agentes antivíricos que actúen en diferentes etapas de la replicación viral; y
- b) anticuerpos contra:
 - receptores celulares, o
 - proteínas virales responsables de los efectos citopáticos del virus.

40. Es preciso estudiar cuidadosamente los medicamentos potenciales en el marco de la evaluación farmacológica clásica y según las directrices de las autoridades nacionales de salud. Una vez identificado un posible agente, si los estudios preclínicos indican que está exento de riesgos, se ha de investigar la farmacología, la toxicidad y las dosis toleradas antes de proceder a estudios para determinar la eficacia clínica. Los estudios anecdóticos que presentan como eficaz un medicamento sin pruebas estadísticas sólidas hacen considerable daño a los pacientes, en quienes suscitan falsas esperanzas, y a los ensayos terapéuticos en general.

41. Conviene promover en lo posible estudios controlados con placebos en pacientes de ARC. Tales estudios permitirán determinar la eficacia de un medicamento más rápidamente y con menos pacientes que utilizando los métodos de control tradicionales.

42. La OMS, con su red de centros colaboradores, puede desempeñar una importante labor siguiendo de cerca las novedades que se produzcan en el sector de los agentes antivíricos y actuando como coordinadora de las actividades en colaboración y como punto central para el intercambio de información.

Obtención de vacunas

43. Los trabajos de obtención de vacunas se han descrito con más detalle en un informe precedente.¹ Las vacunas de interés obtenidas por extracción del virus entero, síntesis química, tecnología del ADN recombinante e inserción de productos génicos en vectores virales han sido objeto de inoculación al animal y, en la actualidad, se está tratando sobre todo de aumentar la capacidad inmunógena de los productos y de identificar las porciones genéticas constantes y conservadas de los diferentes aislamientos. También se está determinando mediante pruebas in vitro la capacidad neutralizante de los anticuerpos producidos.

44. Una cuestión importante es la relativa a la heterogenicidad vírica. Considerando la diversidad de configuraciones del antígeno de la membrana en los diversos aislamientos víricos, habrá que determinar si la inmunización con una preparación determinada es capaz de inducir la producción de anticuerpos que protejan contra todas las variantes del virus. Los trabajos sobre los receptores celulares, aunque aún se encuentran en una fase inicial, parecen prometedores.

45. Según prosiguen las investigaciones para la obtención de vacunas, se está trabajando para mejorar los métodos existentes para la evaluación de éstas. Entre estos métodos están la elaboración de pruebas mejores para la neutralización del virus y la identificación de los modelos animales más apropiados. En todo esto se está avanzando con rapidez y se espera contar con datos de interés en los próximos meses.

46. Al igual que para los agentes antivíricos, la OMS puede desempeñar un importante papel coordinando las actividades en colaboración para la obtención de vacunas y facilitando el intercambio de información.

¹ Véase Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 63(b): 1003-1007 (1985).

Retrovirus linfotrópicos T de simios

47. Se han descrito en los simios retrovirus linfotrópicos T que presentan cierta relación antigénica con virus LAV/HTLV-III de origen humano.¹ Esos retrovirus constituyen modelos potencialmente útiles para estudiar el modo de combatir y tratar el SIDA.

Epidemiología

48. En vista de que esta enfermedad puede plantear un problema sanitario mundial, es indispensable estudiar su epidemiología en diversos medios ambientes, particularmente en países con un fondo diferente de enfermedades endémicas combinadas que pueden alterar la expresión y los resultados clínicos del SIDA y de las infecciones por LAV/HTLV-III. La ausencia de esos datos impide además organizar estrategias de intervención debidamente orientadas, en especial las relacionadas con la educación y la información del público.

Problemas de comportamiento

49. El hecho de que los usuarios de drogas por vía intravenosa compartan las mismas agujas se está convirtiendo en un grave factor de riesgo en cierto número de grandes ciudades europeas. Habrá que tratar de evaluar el uso de fármacos de administración oral como medio de modificar los tipos de drogadicción.

Estructura del programa

50. Participan activamente en el programa varias divisiones de la sede de la OMS, Ginebra, y las dependencias correspondientes en las oficinas regionales; la División de Enfermedades Transmisibles, de la Sede, se ocupa de la coordinación general. Se reforzarán los medios de la secretaría para atender a las necesidades crecientes del programa de la OMS sobre el SIDA en 1986-1987.

¹ Weekly epidemiological record - Relevé épidémiologique hebdomadaire, 35: 269-270 (1985).