

HOSPITAL PEDIATRICO
“GENERAL PEDRO AGUSTIN PEREZ”
GUANTANAMO

**SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA
ADQUIRIDA EN NIÑOS.
INFORME DE DOS CASOS**

Dra. Elvia Elena Barja de la Fuente¹, Dra. Yadira Álvarez Rignal¹, Dra. Caridad Otamendy Fernández.¹

RESUMEN

Se presentan 2 casos de pacientes pediátricos atendidos en el Hospital de Sefwi Asafo en la región este de Ghana, Africa Occidental, menores de 6 meses que ingresaron en marzo de 2007 con sida. Se realiza una evaluación clínica e inmunológica, clasificando como categorías clínicas B y C. Se encuentran enfermedades como desnutrición proteica energética (DPE), anemia, fiebre, candidiasis oral, diarrea crónica y neumonía. En ambos casos las madres padecían linfocitos CD4 positivos, una de ellas fallece y los 2 lactantes presentan alteraciones inmunológicas y disminución cualitativa y cuantitativamente del CD4, ambos fallecen en las primeras 72 horas posteriores al ingreso.

Palabras clave: INFECCIONES POR VIH/epidemiología; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/diagnóstico; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/inmunología.

INTRODUCCION

La infección-enfermedad por VIH/sida es una afección crónica transmisible de tipo progresivo y causa viral, en la cual se establece una relación diversa entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos muy complejos, tumores raros, o ambos. Este agente infeccioso es un retrovirus que pertenece al género de los lentivirus, existen 2 tipos: HIV 1 y 2 que tienen la característica de infectar y replicarse en una amplia variedad de células humanas del sistema inmunológico, dentro de las que se encuentran los linfocitos TCD4.¹

¹ *Master en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Pediatría. Instructor.*

El VIH/sida continúa siendo en nuestros días un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes, ya provoca un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y genera profundos cambios demográficos en los países más afectados. Se estima que, en todo el mundo, 33 millones de personas vivían con el VIH en el 2007 y, en total, 2 millones de personas fallecieron a causa del sida en ese mismo año. Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se estabiliza a partir de 2000, el número total de personas que viven con el VIH aumenta de manera uniforme debido a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aún superan en número a los fallecimientos provocados por el sida. En el 2007, se registraron 2.7 millones de nuevos casos de infección por el VIH.²

Africa meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: En el 2007, el 35 % de las infecciones por VIH y el 36 % de los fallecimientos por sida se produjeron en esa subregión. En conjunto, Africa subsahariana alberga al 67 % de todas las personas que viven con el VIH. Las mujeres representan la mitad de esas personas en el mundo, y más del 60 % de las infecciones por el VIH en África subsahariana.

Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH permanece estable a nivel mundial, pero crece en muchas regiones. Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45 % estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo. Se estima que, en el 2007, 370 000 niños menores de 15 años contraen el VIH. A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó 2.0 millones en 2007 y casi el 90 % vive en África subsahariana. Se estima que la cifra de niños menores de 15 años infectados con el VIH que fallecieron a causa del sida en 2007 fue de 270 000. Esas estimaciones revelan que el número de niños que viven con el VIH en el mundo continúa creciendo de manera sostenida.³

Se estima que más del 90 % de los niños que viven con el VIH contrajeron el virus durante el embarazo, parto o lactancia materna, formas de transmisión del VIH que pueden prevenirse. Sólo una pequeña fracción de las infecciones por el VIH en niños es el resultado de inyecciones contaminadas, de transfusiones de sangre o productos sanguíneos infectados, del abuso sexual, de relaciones sexuales (aunque éste es un modo de transmisión importante entre los adolescentes). El papel del abuso sexual infantil como fuente de infección por el VIH no está documentado lo suficiente, pero este modo de coito heterosexual continúa siendo la fuerza impulsora de la epidemia en

África subsahariana. La elevada tasa de transmisión sexual también genera la mayor población mundial de niños que viven con el VIH.^{4,5}

La expresión clínica de la infección por el VIH en los niños es sumamente variable. Algunos niños VIH-positivos desarrollan signos y síntomas graves relacionados con el VIH en el primer año de vida; estos se relacionan con una mortalidad elevada. Otros pueden seguir siendo asintomáticos o levemente sintomáticos durante más de un año y sobrevivir un tiempo.⁶

Ghana, país del Africa subsahariana donde este flagelo que ataca a la humanidad está presente y los factores que condicionan esto son múltiples basado en patrones socioculturales y religiosos. Donde la mujer sufre las consecuencias y trasmite a sus hijos el virus VIH a propósito con un abordaje específico y con el objetivo de impactar sobre la transmisión del VIH/sida, así como su consecuencia en edad pediátrica, se realiza la presentación de 2 casos de niños atendidos en el Hospital de Sefwi-Asafo en la región este de Ghana en el primer trimestre de 2007.

PRESENTACION DE CASOS

CASO 1

Nombre: M. A.

Edad: 4 meses.

Sexo: Masculino.

Antecedentes prenatales:

Madre adolescente (18 años), bajo nivel escolar (3er. grado), casada, deficientes condiciones sociales y económicas, G2 P2 A0, anemia e ITS durante el embarazo.

Antecedentes natales:

Parto eutócico, a término, normopeso.

Antecedentes posnatales:

Lactancia materna exclusiva, diarrea a los 3 meses sin seguimiento por personal de salud, no ingresos anteriores.

Antecedente Patológico Familiar (APF): Hipertensión arterial.

Lactante de 4 meses que refiere la madre desde aproximadamente un mes comenzó con deposiciones de mala calidad que en un inicio eran grumosas líquidas alternando con semipastosas en número de 4 a 5 al día sin sangre ni flemas que desde hace una semana se tornaron líquidas y aumentaron en número, además de fiebre intermitente por más de 2 semanas; no se alimenta bien desde hace unos 15 días, que lo ve muy delgado. Fue sobado en 2 ocasiones y se le administró medicina verde en la última semana.

Examen físico (hallazgos positivos)

Temperatura 38 °C, palidez cutáneo mucosa xx, saliva escasa, pliegue cutáneo de desnutrición y deshidratación, taquicardia, taquipnea, adenopatías inguinales y cervicales, desnutrición severa (peso 3 kg, talla 58 cm.), irritabilidad. (Figura 1).

Estudios de laboratorio:

Hemoglobina: 8g/dl

Eritrosedimentación: 87

Heces fecales: leucocitos.

Mps: negativo.

CD4 cualitativo: positivo

CD4 cuantitativo: 980c/mm³

CD4 a la madre: positivo

CASO 2

Nombre: A. L.

Edad: 5 meses.

Sexo: Femenino.

Antecedentes prenatales:

Madre fallecida a los 32 años multípara G6P6A0, anemia e Hipertensión arterial durante el embarazo.

Antecedentes natales

Parto en el hogar, no se puede precisar datos relacionados a este acápite.

Antecedentes postnatales:

Lactancia artificial al mes, no seguimiento por personal de salud, no ingresos anteriores.

APF: Hipertensión arterial.

Historia de la Enfermedad Actual (HEA):

Lactante que es traída por la abuela con fiebre y alimentación deficiente desde hace más de un mes, pérdida de peso, tos y secreción nasal alrededor de una semana, lesiones en la mucosa oral.

Examen físico (hallazgos positivos)

Temperatura 37.4 °C

Palidez cutánea mucosa, tinte icterico, lesiones hemorrágicas, lesiones de candidiasis en la mucosa oral.

Polipnea M.V. disminuido en 2/3 inferior pulmón derecho, taquicardia, trastornos de perfusión, desnutrición severa (peso 4.2 kg. talla 56 cm). (Figuras 2 y 3).

Estudios de laboratorio:

Hemoglobina: 52g/dl

Eritrosedimentación: 64

Leucopenia Mps: xx

CD4 cualitativo: positivo.

DISCUSION DE LOS CASOS

Al primer caso se le pone tratamiento para trastornos hidro-electrolíticos, anemia, mejorando estado de hidratación sin control de la infección. Falleciendo en las primeras 48 horas después de su ingreso.

En los EE.UU, casi todas las infecciones de VIH detectadas en niños menores de 13 años se deben a transmisión vertical, es decir, el virus se transmite al niño en el útero de su madre o al atravesar el canal de parto. También se detectó el virus en la leche materna. Antes del año 1985, un pequeño grupo de niños se infectó con el virus a través de hemoderivados contaminados. A partir de 1985, comenzaron a realizarse estudios de detección de rutina con hemoderivados. No todos los niños cuyas madres están infectadas con el VIH contraen el virus.^{7,8}

En un principio se creyó que la epidemia afectaría únicamente de manera marginal a los niños. Sin embargo, la comunidad internacional ha descubierto que, por desgracia, los niños constituyen uno de los grupos afectados por el problema. Según el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre esta enfermedad (ONUSIDA), las últimas tendencias son alarmantes: en la mayoría

de las zonas del mundo, el grueso de las nuevas infecciones se produce entre jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 24 años, a veces incluso a edad más temprana. Cada vez es mayor el número de mujeres, incluidas muchachas, que resultan infectadas. En la mayoría de las regiones del mundo, la gran mayoría de las mujeres infectadas no conocen su estado y no son conscientes de que pueden infectar a sus hijos. Así, en estos últimos tiempos, muchos estados registran un incremento de la mortalidad de lactantes y mortalidad infantil.⁹

En el segundo caso y teniendo en cuenta la literatura revisada, este lactante se considera luego de la discusión en colectivo, encontrarse en estado de choque séptico y fallece a las 12 horas luego de su ingreso con coagulación intravascular diseminada (CID), neumonía PD, candidiasis oral y desnutrición proteica energética (DPE) (Figuras 2 y 3).

Desde la aparición del sida en menos de 10 años, la infección por el VIH se transformó en una pandemia. El HIV-1 es el responsable de la diseminación mundial y en la actualidad constituye uno de los problemas de salud más serios y preocupantes. El HIV-2 no se disemina con la velocidad del HIV-1, es endémico de África central y es el agente causal de una forma de sida más leve que la causada por el HIV-1, sugiriendo una menor transmisibilidad y patogenicidad.¹⁰

Actualmente el número de mujeres y niños infectados está creciendo en forma vertiginosa. La transmisión del virus vih de madre a hijo se ha transformado en la causa líder de la diseminación de la infección en la población pediátrica. Las estimaciones de la OMS indican que el número de mujeres infectadas con el vih alcanza los 14.5 millones y que habría un total de 1.3 millones de niños infectados por transmisión vertical, de los cuales la mitad habrían desarrollado sida o habrían muerto.¹¹

Otra consecuencia de la infección, es el aumento de niños infectados y sanos que serán huérfanos de padres con sida. A finales de 1999, el total acumulado de huérfanos por esta enfermedad alcanzó los 11.2 millones.¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Colectivo de Autores: Conociendo sobre VIH. La Habana: Centro nacional de ITS/VIH/sida; 2009.
2. Olazábal Pacheco M, Miranda Díaz BT, Piña Rodríguez Y, Sánchez Villanueva F. Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA en un grupo de riesgo. Rev méd. electrón.2007; 29(1).
3. Programa Nacional de prevención y control del SIDA. La Habana: MINSAP;1999
4. Davis-Michaud M, Yurk R, Lansky D, Asch S, Wu AW. Quality care for people with HIV/AIDS: Patients' perspectives. HIV Clin Trials. 2007; 5(6):406-15.
5. ONU/SIDA/.Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. México : ONU; 2008.
6. unfpa.org [homepage en internet]. UNFPA. El estado de la población mundial 2005 Estados Unidos. Fondo de Población de Naciones Unidas. Actualizado 2006[citado: 21 Sep 2006]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2006/espanol/ch4/index.htm>
7. unfpa.org[homepage en internet]. Promoción de comportamientos más saludables. Actualizado 2006[citado: 21 Sep 2006]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2006/espanol/ch4/index.htm>
8. Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en el Salvador. 1984-2002. Casos VIH/sida [serie en Internet]. [citado: 15 Oct 2006]. Disponible en: <http://www.angelfire.com/il/cmujer/pagi04.html>
9. Red VIH/SIDA y Jóvenes. Alianza caribeña contra el SIDA. Boletín trimestral. Sept 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/VIHabr05.pdf>
10. Naciones Unidas [homepage en internet]. Washington: Centro de Información. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. 2006. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2006/SIDA/index.htm>.
- 11.El VIH/SIDA y Los adolescentes. Factores contribuyentes. Disponible en: <http://www.unfpa.org/swp/2008/espanol/ch3/index.htm>
- 12.Red VIH/sida y Jóvenes. Alianza caribeña contra el sida. Boletín trimestral de VIH/SIDA y jóvenes de Latinoamérica y el Caribe [serie en internet]. [Citado Sept 2006]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/CA/VIHabr05.pdf>
- 13.Powderly W, Mayer K. Centers for Disease Control and Prevention revised guidelines for human immunodeficiency virus (HIV) counseling, testing, and referral: targeting HIV specialists. Clin Infect Dis. 2009; 37(6): 813-9.



Figura 1. Lactante de 4 meses con adenopatías inguinales y cervicales, desnutrición severa (peso 3 kg, talla 58 cm).



Figura 2. Palidez cutánea mucosa, tinte icterico, lesiones hemorrágiparas, lesiones de candidiasis en la mucosa oral (peso 4.2, kg talla 56 cm).