

Hospital Nacional de Mpilo

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en niños institucionalizados en el Hospital Nacional de Mpilo (Zimbabwe) Acquired immunodeficiency syndrome in children institutionalized in Mpilo National Hospital (Zimbabwe)

MsC. Mariela Sosa Zamora,¹ MsC Jorge Ernesto Amarán Valverde,² MsC. Migdia Pérez Pérez,³
MsC. Carmen Berenguer Gouarnaluses⁴ y Dr. Juan Carlos García Mora⁵

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo del síndrome de inmunodeficiencia humana en niños institucionalizados en el Hospital Nacional de Mpilo en Zimbabwe desde abril de 2005 hasta marzo de 2006. La casuística estuvo constituida por todos los niños hasta 12 años, atendidos en la Clínica de Infecciones Oportunistas perteneciente a este centro hospitalario y donde previamente se les diagnosticó la afección durante su ingreso. Se analizaron las variables: edad, sexo, vías de contagio, estadios clínicos, enfermedades asociadas más frecuentes y principales causas de muerte. Se halló que el grupo más afectado tenía entre 18 meses a 4 años, con mayor incidencia en el sexo femenino; que predominaron los niños en estadios III y IV del síndrome, así como también que se asociaron preponderantemente al proceso infeccioso: la candidiasis bucal, las neumonías bacterianas y las diarreas persistentes. Entre las principales causas de muerte figuraron las neumonías por *Neumocisti carinii* en lactantes menores de 18 meses y las bacterianas en los niños mayores de esa edad.

Descriptores: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/transmisión; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/complicaciones; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/ epidemiología; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/mortalidad; VIH; INFECCIONES POR VIH; INFECCIONES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON SIDA

Límites: HUMANO, RECIÉN NACIDO; HUMANO, LACTANTE; HUMANO, INFANTE; HUMANO, NIÑO

Abstract

A descriptive, longitudinal and prospective study of the human immunodeficiency syndrome was carried out in children institutionalized in Mpilo National Hospital in Zimbabwe from April, 2005 to March, 2006. The case material was formed by all the children up to 12 years, attended in the Opportunistic Infections Clinic belonging to this hospital and where they were previously diagnosed with the disease during their admissions. Variables such as age, sex, route of infection, clinical stages, more frequent associated diseases and main causes of death were analyzed. It was found that the most affected group was between 18 months and 4 years, with a higher incidence in the female; that children in stages III and IV of the syndrome prevailed, as well as that they were predominantly associated with the infectious process: oral candidiasis, bacterial pneumonias and persistent diarrheas. Among the main causes of death were pneumonias by *Neumocistis carinii* in infants under 18 months and bacterial pneumonias in children over that age.

Subject headings: ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/transmission; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/complications; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/epidemiology; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/mortality; HIV; HIV INFECTIONS; AIDS-RELATED OPPORTUNISTIC INFECTIONS

Limits: HUMAN, INFANT, NEWBORN; HUMAN, INFANT; HUMAN, CHILD, PRESCHOOL; HUMAN, CHILD

Pocas afecciones, en las últimas décadas, han causado un impacto social tan grave como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que constituye, sin duda, la más importante pandemia de la segunda mitad del siglo XX y un importante problema de salud mundial.¹

El SIDA es una enfermedad emergente que ha facilitado la aparición de otras reemergentes; deviene la cuarta causa de muerte en el mundo y va extendiéndose a lo largo y ancho de este a una velocidad alarmante. Cada 10 minutos alguna persona la adquiere, para una mortalidad de 300 000 habitantes por año, lo cual provoca una gran orfandad y crea, a su vez, una angustiosa situación en el planeta.^{1, 2}

Actualmente la pandemia del VIH/SIDA no da indicio de ceder. Se calcula que más de 36 millones de personas, en todo el mundo, viven con él. Casi 22 millones de personas han muerto de esta enfermedad, incluidos 4,3 millones de niños. En África residen 70 % de los adultos y 80 % de los niños con VIH del orbe.¹

Este padecimiento es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico, debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD₄, lo que la hace susceptible a diversas infecciones oportunistas, como neumonías o micosis. En algunos casos, estas son causadas por microorganismos que normalmente no ocasionan enfermedad en personas sanas, pero sí lo hacen en aquellas que han perdido, en parte, la función del sistema inmune. Esto puede provocar la muerte o el desarrollo de diversos tipos de cáncer.^{2, 3}

Es importante detectar temprano la infección en la madre, ya que permite identificar a los niños expuestos al virus. Se enfatiza, además, que los médicos deben conocer las manifestaciones de esta enfermedad en la niñez, para establecer el diagnóstico precozmente e iniciar el tratamiento multidisciplinario que mejoren la supervivencia.³

Actualmente se sabe que la infección por VIH es la causa principal de inmunodeficiencia en infantes y niños. El SIDA afecta un gran número de la población infantil, con alta incidencia en la morbilidad y mortalidad en esta edad. Esto constituye un problema sanitario y socioeconómico en Zimbabue, lo mismo que en otras naciones.^{1, 4}

La estancia en ese país y el trabajo sistemático en la Clínica de Infecciones Oportunistas (Clínica del SIDA) justificaron plenamente el interés científico por divulgar esta experiencia.

Métodos

Se elaboró un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo del comportamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida en pacientes pediátricos del Hospital Nacional de Mpilo en Zimbabue, durante el período de abril de 2005 a marzo de 2006. El universo estuvo constituido por 250 niños hasta 12 años, que fueron atendidos en la Clínica de Infecciones Oportunistas del hospital durante este período, previamente diagnosticados con síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el ingreso.

Una vez identificados los pacientes, se entrevistó a los familiares del niño y se revisó cada historia clínica y ambulatoria, a fin de obtener información sobre el problema, y con la aplicación de un instrumento creado al efecto. Se midieron las siguientes variables: edad, sexo, vías de contagio, estadios clínicos al diagnóstico, enfermedades asociadas y causas de muerte.

Resultados

El grupo etario más afectado fue el de 18 meses a 4 años (**tabla 1**), con 106 niños (42,4 %), así como el sexo femenino, representado por 172 pacientes (68,8 %).

Tabla 1. *Pacientes con SIDA según edad y sexo*

Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
-18 meses	2	0,8	2	0,8	4	1,6
18 - 4 años	24	9,6	82	32,8	106	42,4
5 - 8 años	35	14,0	56	22,4	91	36,4
9 - 12 años	17	6,8	32	12,8	49	19,6
Total	78	31,2	172	68,8	250	100,00

Entre las diferentes vías de transmisión del VIH (**tabla 2**), a través de las cuales se contagiaron los niños estudiados, predominó la vertical (maternofetal) con 232 pacientes, para 92,8 %.

Tabla 2. *Pacientes con SIDA según vías de contagio*

Vías de transmisión	Vertical		Sexual		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
-18 meses	4	1,6	-	-	4	1,6
18 - 4 años	106	42,4	-	-	106	42,4
5 - 8 años	83	33,2	8	3,2	91	36,4
9 -12 años	39	15,6	10	4,0	49	19,6
Total	232	92,8	18	7,2	250	100,00

Según estadios clínicos, el mayor número de niños pertenecía a los denominados como III y IV, con 139 pacientes para 55,6 %, y 54 casos que representó 21,6 %, respectivamente.

Al evaluar las enfermedades asociadas que presentaron los pacientes, se observó que predominó la candidiasis bucal, con episodios a repetición, seguida por la neumonía bacteriana y las diarreas persistentes.

Las principales causas de muerte encontradas en el estudio fueron neumonías bacterianas, con 12 niños (4,8 %) mayores de 18 meses, y neumonía por *Pneumocystis carinii*, en menores de esta edad, con 2 niños para 0,8 %.

Discusión

Desde que se inició la epidemia del SIDA, en los primeros años de la década del 80, uno de los objetivos prioritarios ha sido, tanto en la comunidad científica como sanitaria y poblacional, que las mujeres infectadas por VIH no transmitan la enfermedad a sus hijos. La epidemia ha dejado huérfanos a más de 8 millones de niños, y se estima que se han infectado con el virus, desde su aparición, 5.1 millones en todo el mundo y, de ellos, han fallecido 3.8 millones. Todos los años se infectan 600 000 lactantes, principalmente en países subdesarrollados.^{1,4}

En el presente estudio el grupo de edad más afectado fue de 18 meses a 4 años, y predominó el sexo femenino. Estos resultados coincidieron con los obtenidos por Montoya *et al.*⁵

Con el SIDA se agudiza la pobreza en los países donde esta cruel enfermedad muestra su cara más amarga; en los que la falta de atención sanitaria y de medios públicos que faciliten el cuidado de los afectados, a quienes no llegan los recursos y tratamientos necesarios, les imposibilita frenar el desarrollo del SIDA y sus terribles consecuencias.^{1,6}

El virus de la inmunodeficiencia humana puede también transmitirse desde la madre infectada al feto, por la placenta, y al recién nacido, a través de la leche de la madre. Aunque solo 25-35 %

de los niños que nacen de madres con SIDA presentan infección por VIH, este modo de transmisión es responsable de 90 % de todos los casos de SIDA infantil.^{7, 8}

De hecho, el contagio de los niños estudiados se produjo, fundamentalmente, por la vía vertical (maternofetal), lo cual coincidió con la bibliografía revisada.^{5,7} La disminución del número de mujeres infectadas, reduce igualmente el de niños con VIH.^{4,9}

La clasificación de la infección por VIH, según estadios clínicos, es de gran importancia, pues ofrece claridad en el pronóstico individual de cada paciente. Cuando las pruebas de laboratorio no están al alcance, se puede hacer el diagnóstico clínico y esto nos orienta en el tipo de tratamiento, incluyendo la indicación para empezar o cambiar los antirretrovirales.^{6,10}

Se encontró que la mayor cifra de niños estudiados pertenecía a los estadios III y IV, lo que denota que el SIDA evoluciona rápidamente en la infancia. En este estudio, el diagnóstico de VIH se establece en estadios avanzados por condiciones económicas, sociales, culturales y geográficas. Estos resultados coincidieron con los descritos por otros autores.^{1, 5, 10}

Las primeras descripciones de infección por el VIH en niños, se basaron, casi todas, en la presentación clínica; se observaron algunos lactantes y preescolares con deficiencia inmunológica profunda, falta de crecimiento y desarrollo de infecciones "rebeldes", crónicas u oportunistas, con frecuencia mortales. Las infecciones severas constituyeron la principal causa de muerte.^{10,11}

De las enfermedades asociadas predominó la candidiasis bucal, que se presentó en episodios de repetición, seguida de las neumonías bacterianas y diarreas persistentes, lo cual demuestra que estos niños son propensos a las infecciones por su deficiente estado inmunológico.^{5,12}

El SIDA es la principal causa de muerte en niños de 2 a 5 años en algunas comunidades del África. El virus en ellos tiende a ser más agresivo, y afecta rápidamente el sistema inmunológico, lo que provoca la muerte en un corto período.^{12, 13, 14}

Para el 2010, si no se detiene la propagación del VIH, el SIDA puede aumentar la mortalidad infantil hasta en 75 %, y la de niños menores de 5 años en más de 100 % en las regiones más afectadas por la enfermedad.^{1,4}

Referencias bibliográficas

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. 2006. <data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_en.pdf> [consulta: 12 mayo 2008].
2. A 20 años del SIDA. El SIDA en los niños. <http://www.vi-e.cl/internas/aprende/lo mejor/sida.ninos.htm> [consulta: 26 junio 2007].
3. Conociendo sobre VIH. La Habana: Centro Nacional de ITS/VIH/SIDA, 2004.
4. ONUSIDA/OMS. Resumen de la situación mundial del VIH SIDA en el mundo. Ginebra. OMS, 2005.
5. Montoya J, Gutiérrez T, Lule M, García A. VIH-SIDA en niños: Experiencia de 10 años en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Rev Inst Nac Enf Resp Mex 2003; 16(3): 145-9.
6. Información sobre la enfermedad del VIH. Infored sida. <http://www.aidsinfonet.org> [consulta: 18 abril 2008].
7. Fowler MG, Simonds RJ, Roongpisuthipong A. Update on perinatal HIV transmission. Pediatr Clin North Am 2000; 47:21-38.
8. Los niños y el VIH. Inforet.sida <http://www.AIDS.Infonet.org.> [consulta: 30 diciembre 2006].
9. Bulterys M, Fowler M. Prevention of HIV infection in children. Pediatr Clin North Am 2000; 47: 241-60.
10. Nielsen K, Bryson YJ. Diagnosis of HIV infection in children. Pediatr Clin North Am 2000; 47: 39-61.
11. Cahn P, Dore G, Martínez E, O'Brien W, Tyndall M, Zala C. Progresos en la investigación clínica del SIDA. Actualizaciones en SIDA. Buenos Aires: Fundación Huésped 2002; 10(38):97-107.
12. Abrams EJ. Opportunistic infections and other clinical manifestation of VIH disease in children. Pediatr Clin North Am 2000; 47:79-108.
13. Aspectos sobre SIDA .Rev Chil Infect 2007; 24(4):32-80.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en niños institucionalizados en el Hospital Nacional de Mpilo (Zimbabue)

14. Detener el SIDA. <<http://www.arboldenoticias.com/index>> [consulta: 14 junio 2008].

MsC. Mariela Sosa Zamora. Policlínico “Josué País”, Distrito Urbano “Abel Santamaría”, Santiago de Cuba

Dirección electrónica: sosa@medired.scu.sld.cu

- ¹ **Especialista en I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Instructora Policlínico Docente “Josué País García”, Santiago de Cuba, Cuba**
- ² **Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Asistente Policlínico Docente “30 de Noviembre”, Santiago de Cuba, Cuba**
- ³ **Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño y en Medicina Natural y Tradicional. Instructora Policlínico Docente “30 de Noviembre”, Santiago de Cuba, Cuba**
- ⁴ **Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud y Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar Facultad de Medicina No. 1, Santiago de Cuba, Cuba**
- ⁵ **Especialista de I Grado en Dermatología Hospital de Contra maestre, Santiago de Cuba, Cuba**

Recibido: 16 septiembre 2008

Aprobado: 29 septiembre 2008

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sosa Zamora M, Amarán Valverde JE, Pérez Pérez M, Berenguer Gouarnaluses C, García Mora JC. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida en niños institucionalizados en el Hospital Nacional de Mpilo (Zimbabue) [artículo en línea] MEDISAN 2009;13(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_2_09/san03209.htm>[consulta: fecha de acceso].