

Situación Epidemiológica de la Infección VIH SIDA en los niños de Honduras

Dr. Carlos Godoy M., *Dr. Guillermo Villatoro, ** Dr. Alejandro Godoy**

INTRODUCCIÓN

El impacto de la infección por VIH en la población Pediátrica ha ido en aumento desde que se notificó en 1982 el primer caso de SIDA Pediátrico a nivel mundial⁽¹⁾.

A finales de 1996 se conocía que aproximadamente 1 millón y medio de niños tendrían la infección a nivel mundial y existían aproximadamente 2 millones de niños huérfanos a causa de esta temible pandemia⁽²⁾.

El 11 de junio de 1996 América reportó 11.908 casos de los cuales Norte América reportó 7.745 casos, América del Sur 2.984, Centro América 297 y el Caribe 580 como las zonas geográficas más afectadas⁽³⁾.

Lo más dramático y alarmante del comportamiento de esta epidemia es el hecho de que el índice de mujeres infectadas en edad fértil (15-49 años) ha tenido importante aumento, lo que ha llevado consigo un aumento significativo del número de casos en niños, producto de madres infectadas. Como reflejo de esta situación es que en la mayoría de los países de América el porcentaje de transmisión perinatal es mayor del 81.7%, existiendo 13 países en los cuáles la transmisión de madre a hijo es del 100%, siendo la transmisión sexual y sanguínea en niños una vía de poca significancia⁽³⁾.

En Honduras hasta Diciembre de 1996 se reportan un total de 7.745 infectados, de los cuales 4.6% son menores de 13 años, y el 92% de estos son debido a transmisión perinatal. A nivel pediátrico se reportó un total de 412 niños infectados (< 13 años) de los cuáles 290 son casos confirmados, 70 son portadores asintomáticos y 52 son complejo relacionado al SIDA⁽⁴⁾.

* Médico Pediatría, Emergencia Pediatría, H. E.

** División Sida, Ministerio de Salud Pública

Cuadro No. 1

ESPECTRO CLINICO DE LA INFECCION POR VIH EN NIÑOS ENTRE 0 Y 13 AÑOS HONDURAS PERIODO 1985 - DICIEMBRE 1996		
Casos de SIDA confirmados	290	
Sub total		290
Complejo relacionado al SIDA	52	
Portadores asintomáticos	70	
TOTAL VIH POSITIVOS	412	

De acuerdo a análisis epidemiológicos realizados por OPS en 1994 se asume que el subregistro de información en Honduras asciende a un 45% por lo que en relación al número de mujeres hondureñas infectadas, se esperaría que el porcentaje de niños infectados debería ser mucho mayor. Esta situación se explica por los siguientes hechos:

1. Bajo índice de sospecha clínica diagnóstica.
2. Escaso o casi nulo reporte epidemiológico de los casos detectados.
3. Pobre seguimiento clínico epidemiológico de la población pediátrica detectada.
4. Ausencia total del diagnóstico prenatal de la infección VIH-SIDA, ya que no está normatizada la realización de pruebas rutinarias de detección del VIH en la mujer embarazada, aún sabiendo que el tratamiento temprano (1er. trimestre embarazo) con retrovirales disminuye el riesgo de transmisión perinatal en un 50%⁽⁵⁾.

EPIDEMIOLOGÍA:

Desde el punto de vista epidemiológico la infección VIH >IDA se comporta en los niños hondureños de la siguiente manera:

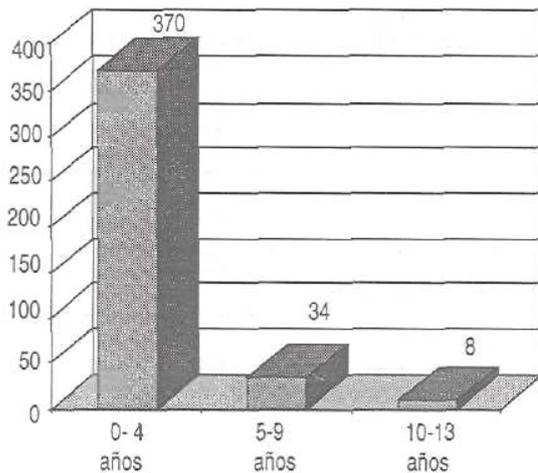
V. Edad v Sexo:

- En cuanto a distribución etarea y concordando con el hecho de que la transmisión perinatal es más importante, encontramos: Que el 80% de los niños infectados son menores de 4 años de edad y solamente el 11% son mayores de esa edad ¹⁴¹.

- En cuanto al sexo:

El 55.8% son varones y el 44.2 son del sexo femenino »

CUADRO No. 2
INFECTADOS DE VIH SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN NIÑOS
ENTRE 0 Y 13 AÑOS, HONDURAS
PERIODO 1985-DICIEMBRE 1996

**B. Mecanismo de Transmisión:**

- El 94% son debido a transmisión vertical madre-hijo, 1.9% se explica por transmisión sexual, y 1.9% por transmisión sanguínea, quedando 1.4% de la población en la cual no se ha podido establecer el mecanismo de transmisión ¹⁴¹.

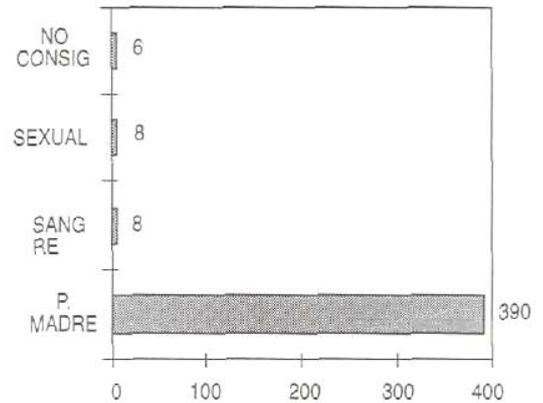
c. Manifestaciones Clínicas:

- En lo que respecta a las manifestaciones clínicas se observa que el 72.8% presenta pérdida de peso, 1.9% diarrea crónica y 75.2% fiebre prolongada ¹⁴.

Lo cual constituye la triada más común en dichos pacientes.

La tos persistente representa un 51.6% seguido de candidiasis orofaríngea en un 50% ^w.

CUADRO No. 3
INFECTADOS DE VIH SEGUN GRUPO DE RIESGO EN
NIÑOS ENTRE 0 Y 13 AÑOS, HONDURAS
PERIODO 1985-DICIEMBRE 1996



Las alteraciones hematológicas se presentaron en un 31.5% (anemia y leucopenia) ¹⁴¹.

La linfadenopatía generalizada en un 24.6% y las alteraciones del SNC en un 6% ¹⁴.

C. Infecciones Oportunistas:

- La tuberculosis pulmonar se presentó en un 31.7% de la población, y la diseminada en un 4.2%; la criptosporidiasis en 1.7%, y el herpes zoster, sarcoma kaposi y la histoplasmosis en 0.8% ¹⁴¹.

En cuanto a otras complicaciones la neumonía se presentó en un 15.1% ^w.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

Es importante resaltar el hecho del aumento vertiginoso del índice de infección VIH SIDA en mujeres en edad fértil en nuestro País, lo que conlleva a un aumento en el número de niños infectados nacidos de dichas madres, sin embargo en la realidad, hemos observado que en relación al número de mujeres infectadas, se esperaría que el número de niños infectados fuese mayor al actual; esto nos habla de una serie de problemas de sub-registro y notificación que a su vez se explicarían por ciertos factores que a continuación analizamos:

1. Poca o ninguna capacitación del Médico General y Pediatra sobre este problema, ya que no se incluyen en la curricula de los estudiantes de medicina de pregrado ni post-gradó módulos de capacitación sobre SIDA en niños, ni sus implicaciones clínicas y epidemiológicas, lo que hace que la mayoría de Médicos no estén sensibilizados hacia esta problemática. Por lo cual es urgente incluir dicha capacitación en la Facultad de Medicina (pre y post grado).

2. Lo anterior conlleva a que el médico tenga un bajo índice de sospecha clínica, por lo cual, a pesar de enfrentarse a potenciales casos de SIDA en niños, no los diagnostica y se pierde esta oportunidad de captarlos.

3. Los niños ya diagnosticados, no son reportados al Sistema de Información y Vigilancia Epidemiológica Nacional por desconocimiento del procedimiento y de los instrumentos ya existentes (llenado de ficha epidemiológica pediátrica, reporte del caso al epidemiólogo del Hospital y a la Región de Salud respectiva), por lo cual debe trabajarse en mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes a nivel hospitalario.

4. Ausencia total de un sistema de seguimiento clínico-epidemiológico de estos pacientes, ya que una vez son dados de alta, la mayoría no regresan y se pierde esa valiosa información. Por lo cual es necesario la creación de clínicas especiales para seguimiento de esta población en las UPS, para así poder caracterizar la historial natural de esta enfermedad en nuestros niños.

Otro punto importante de analizar es el hecho de que paradójicamente, desde que el Programa Nacional de Control de SIDA inició acciones de capacitación a los pediatras a nivel nacional (1994) el sub-registro de información es ahora mayor, por lo que creemos es importante incentivar a los médicos sobre la importancia del reporte de casos para mantener una mejor vigilancia sobre el comportamiento de esta epidemia en nuestra niñez.

Por último pensamos que es imprescindible a estas alturas contar con algunas alternativas terapéuticas y diagnósticas para la población pediátrica, y sabemos que dicha alternativa comienza desde el embarazo de una madre infectada, por lo que sería importante el tamizaje rutinario por VIH en nuestra mujer embarazada, siempre

y cuando se le pueda ofrecer la alternativa de tratamiento retroviral para disminuir el riesgo de transmisión vertical. Esto implica un sacrificio económico a nuestro ya precario sistema de salud, pero la razón costo-beneficio en este caso lo hace valedero.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Rogers MF, Thomas PF, Starcher ET, Noa ML, Bush TJ, Jafke HW. Acquired immunodeficiency syndrome in children: Reports of the CDC National Surveillance, 1982 to 1985. Pediatrics. 1987; 798: 1008-14.**
2. **Chin J. Current and future Dimensions of the HIV/AIDS pandemic in women and children. Lancet. 1990;336:221-224.**
3. **Boletín Informativo Trimestral, OPS/OMS, Dic. 1996.**
4. **Informe mensual División Control del Sida, MSP, Honduras Dic. 1996.**
5. **European Collaborative study. Risk factors for mother to child transmission of HIV type 1. Lancet. 1992; 339: 1007-1012.**
6. **Blanche S, Rouzieox C, Moscato MG. A Prospective study of infants born to women seropositive for HIV type 1. N Engl J Med. 1989; 320: 1643-1648.**
7. **Stiehm ER, Vink P. Transmission of HIV by breastfeeding J. Pediatr. 1991; 118: 410-412.**
8. **Boucher FD, Modlin JF, Weller S. Phase I evaluation of zidovudine administered to infants exposed at birth to the HIV. J. Pediatr. 1993; 122: 137-144.**