

**ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN POR
VIH EN EL CAI-PEDIATRIA HOSPITAL NACIONAL MARIO CATARINO RIVAS**

STUDY OF MORTALITY FROM HIV IN THE CAI-PEDIATRICS

NATIONAL HOSPITAL MARIO CATARINO RIVAS

Dra. Susann Fabiola Galo*

Dr. Luis Enrique Jovel †

*** Residente de 2do Año**

† Director Regional CAI Servicio de Pediatría

Correspondencia: suegalo@hotmail.com

RESUMEN

El VIH es la principal causa mundial de morbilidad y mortalidad pediátrico, con aproximadamente 700,000 casos nuevos cada año. En 2003, la OMS y el Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA lanzó un programa para proporcionar a países subdesarrollados tratamiento para 3 millones de personas con VIH (10% eran niños). Latinoamérica y el Caribe lograron 68% de cobertura y el acceso a terapia antirretroviral dió como resultado la reducción de cinco veces la mortalidad y altas tasas de supervivencia de niños (hasta 90%) a la edad adulta. OBJETIVO: Conocer las causas de muerte e indicadores de mal pronóstico de niños atendidos en el Centro de Atención Integral (CAI) Pediátrico / Hospital Nacional Mario Catarino Rivas. MÉTODOS: Estudio descriptivo- transversal que resume los casos clínicos de niños con VIH fallecidos en los últimos 10 años. El análisis se realizó con frecuencias, porcentajes y medidas de

tendencia central. **RESULTADOS:** Se consignaron 69 muertes y la mortalidad fue más alta en el género femenino. La mediana de edad al diagnóstico fue de 8 años y 14 años al fallecer. La mortalidad fue en promedio 10 pacientes por año en los primeros 5 años y 3.6 por año en los años siguientes. **CONCLUSIONES:** La tuberculosis es la primera causa de muerte. Otros factores predictivos negativos fueron la Categoría C3 y la falta de adherencia al tratamiento. La mayoría de los pacientes se diagnostican tardíamente, empobreciendo su evolución y pronóstico, sin embargo, en los últimos cinco años la edad al morir es más tardía y la mortalidad ha disminuido.

Palabras Clave: Mortalidad, CAI-Pediatria, VIH, Terapia Antirretroviral.

ABSTRACT

HIV is the world's leading cause of pediatric morbidity and mortality, with approximately 700,000 new cases each year. In 2003, WHO and the United Nations Program on HIV / AIDS launched a program to provide treatment for underdeveloped countries with 3 million people infected with HIV (10% were children). Latin America and the Caribbean achieved 68% coverage; and access to antiretroviral therapy resulted in five-fold reduction in mortality and high survival rates of children (90%) to adulthood .

OBJECTIVE: To determine the causes of death and indicators of poor prognosis of children treated at the Pediatric Comprehensive Care Center (CAI) / Mario Catarino Rivas National Hospital. **METHODS:** A cross-sectional descriptive study that summarizes clinical cases of deaths in children with HIV during the last 10 years. The analysis was performed using frequencies, percentages and measures of central tendency. **RESULTS:** We recorded 69 deaths and mortality was higher in females. The median age at diagnosis was 8 years and 14 years at death. The mortality rate was on average 10

patients per year in the first five years and 3.6 per year in subsequent years.

CONCLUSIONS: Tuberculosis is the leading cause of death. Negative predictors were the HIV Category C3 and lack of adherence to treatment. Most patients are diagnosed on their late childhood, impoverishing its evolution and prognosis, however, the age of death has been delayed and mortality has decreased.

Keywords: Mortality, CAI-Pediatrics, HIV, Antiretroviral Therapy

INTRODUCCION

Durante casi tres décadas, el VIH y el sida han tenido efectos devastadores en innumerables vidas y familias, ocasionando muertes prematuras y enormes cargas médicas, financieras y sociales. Aunque las necesidades de la infancia siempre se han tenido en cuenta en la lucha contra el VIH, hasta cierto punto han quedado relegadas a segundo término por la magnitud de la epidemia entre la población adulta. Sin embargo, gracias a las nuevas evidencias y a la rápida adopción de medidas, la historia del sida y la infancia se está reescribiendo.

En la actualidad, los niños y las niñas constituyen el eje de las estrategias y las acciones destinadas a prevenir y hacer frente a las consecuencias de la epidemia. Según algunas estimaciones, todos los días nacen más de 1.000 bebés con el VIH, y muchos mueren antes de cumplir dos años si no reciben medicamentos^(1,6). Un alto número de madres siguen perdiendo la vida. Los adolescentes siguen infectándose con el VIH, bien porque carecen de los conocimientos necesarios para protegerse, o bien porque no tienen acceso a los servicios de prevención, y los que se infectaron al nacer luchan por conciliar su incipiente adultez con su condición de portadores del virus.⁽²⁾

En 2003 se infectaron con el VIH unos 630.000 neonatos en el mundo,⁽²⁾ la mayor parte durante la gestación y la lactancia con el agravante de que, con frecuencia, el padre y la madre están infectados y mueren tempranamente, generando así altos índices de orfandad. Muchos de estos niños sufren abuso por parte de sus cuidadores sustitutos y generalmente sufren desnutrición, particularmente en países en vía de desarrollo; también se ha demostrado que no reciben el tratamiento antirretroviral adecuado ni la atención integral necesaria.

La ausencia de políticas claras para la niñez huérfana con VIH, la pobreza, la desnutrición infantil y el estigma social de estar infectado con este virus hacen más difícil el manejo de la población infantil infectada. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo-transversal para el período del 2003 al 2013 en el Hospital Mario C Rivas. Resumimos los datos clínicos y demográficos de los niños infectados por el VIH, atendidos en el CAI y que habían fallecido durante éste período.

ANTECEDENTES

El número de nuevas infecciones con el VIH ha ido cayendo de manera consistente, desde los 3,5 millones en 1996 hasta los 2,7 millones en 2010. Las muertes producidas por enfermedades relacionadas con estadios avanzados de VIH también descendieron, de 2,2 millones en 2004 a dos millones en el 2010. Aunque parece que la epidemia se ha estabilizado en la mayor parte de las regiones, las nuevas infecciones van en aumento en Europa del este y en Asia central.^(3,7) A nivel mundial, la cantidad de personas infectadas con VIH sigue creciendo debido al efecto combinado de las nuevas infecciones del virus y el impacto positivo de las terapias con antirretrovirales.

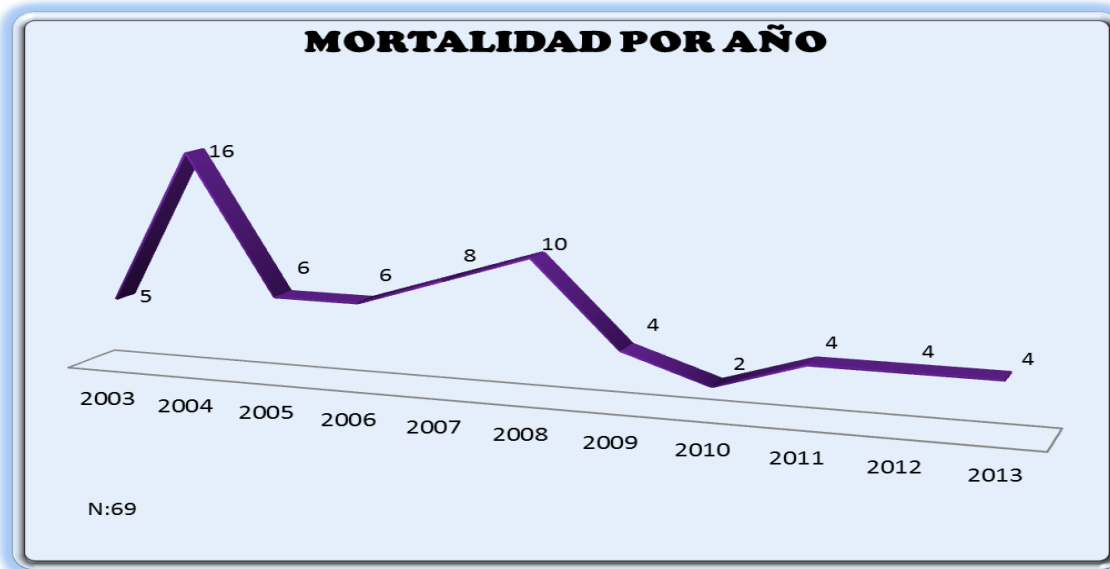
Desafortunadamente no se encuentran cifras ni estudios epidemiológicos claros sobre la epidemia en la gran mayoría de los países. La Organización de Naciones Unidas (ONU) calcula que existen 2,3 – 2,8 millones de niños infectados con el VIH, y el número de niños huérfanos como consecuencia de este se calcula en 15 millones. En América Latina, de acuerdo con la actualización de el Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS), existen unos 25.000 (20.000–41.000) niños infectados por el VIH, siendo nuestro país uno de los pocos en tener estadísticas propias, con un aproximado de 3.900 en el año 2005. ⁽³⁾

En 2003, la OMS y el UNAIDS lanzó un programa para proporcionar a países subdesarrollados con tratamiento para 3 millones de personas con VIH (10% eran niños)^(4,6) El CAI- formo parte del programa de la OMS a partir de Julio del 2003. Antes de este punto, el VIH titulaba en los primeros lugares como causa de mortalidad en el HMCR. El primer caso de niño diagnosticado con VIH en nuestro país se reportó en 1988, y en el año 2000 y 2001 en nuestro hospital la primera causa de mortalidad fue por enfermedades asociadas a la infección avanzada por el VIH.

RESULTADOS

Se consignaron 69 muertes de pacientes entre 0 y 18 años en el período del año 2003 al 2013. De estos, 51 pacientes habían muerto en los primeros 5 años del tiempo de estudio, y solo 18 en los siguientes 5 años. (Figura 1) El 61% de los fallecidos fueron mujeres y la mitad (32 niños) eran huérfanos.

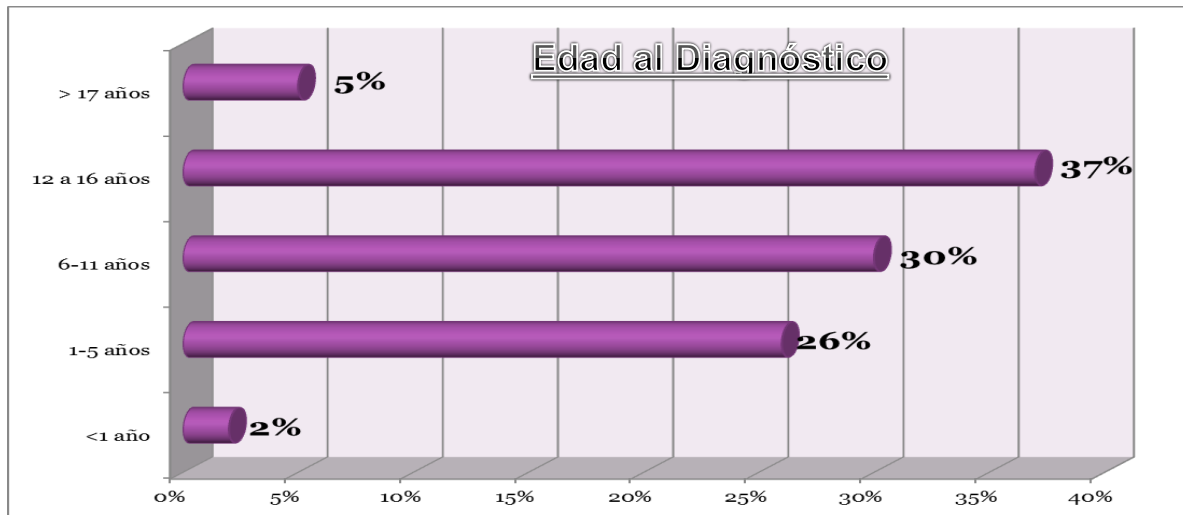
Figura 1



La gráfica muestra el número de pacientes fallecidos por año entre el 2003 y el 2013. Nótese el marcado descenso en las muertes durante la segunda mitad del periodo estudiado.

Todos los pacientes habían sido infectados con el VIH por exposición perinatal, sin embargo solo el 2% se había diagnosticado durante el primer año de vida. (Figura 2) El 75% se diagnosticó con desnutrición severa y 51 pacientes ya se encontraban en una categoría C3. Al momento de fallecer 66% (43 niños) habían recibido menos de 4 meses de terapia antirretroviral. La Tuberculosis (Tb) Pulmonar fue la principal causa de muerte, con 18 pacientes, seguida por Neumonía con 12 pacientes. (Figura 3)

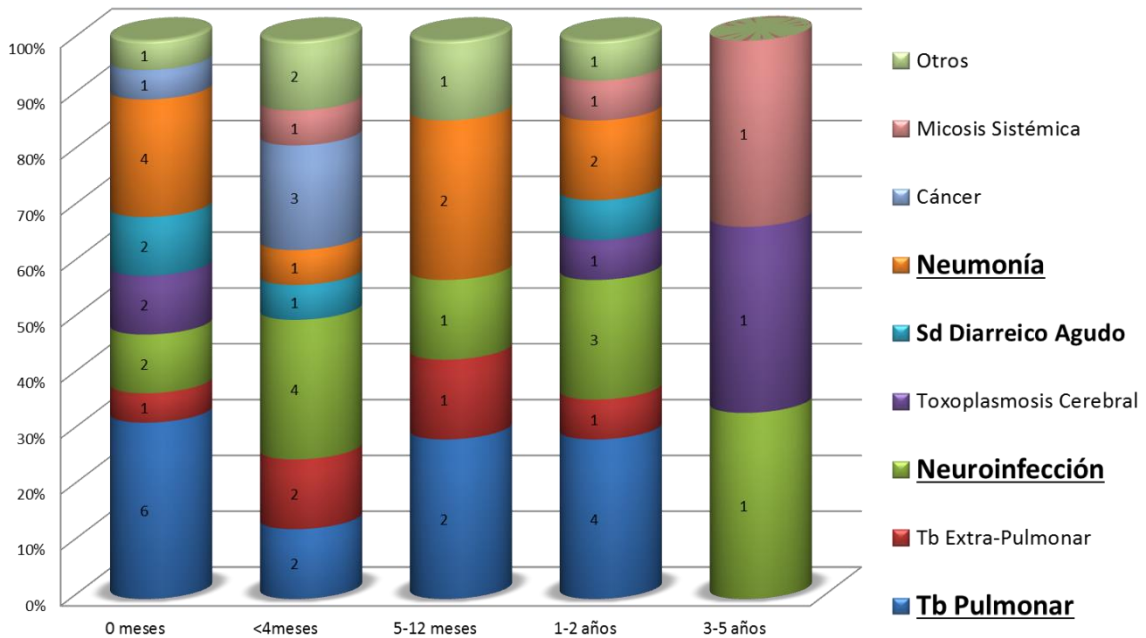
Figura 2



Se presentan las edades de los pacientes al momento del diagnóstico. Llama la atención que la mayoría se detectaron después de haber cumplido sus primeros 5 años de vida.

Figura 3

Causas de Mortalidad según el Tiempo de Tratamiento



Cada pilar en la gráfica representa el tiempo de Terapia Antirretroviral recibido, mostrando las patologías que causaron el fallecimiento en los diferentes casos. En esta gráfica se refleja cómo a mayor tiempo de tratamiento recibido, patologías leves, como el Sd. Diarreico Agudo, dejan de ser causa de mortalidad en estos pacientes.

CONCLUSIONES

- En los casos de mortalidad predominó el género femenino.
- La desnutrición severa se encontró en la mayoría de los casos, considerándose como uno de los factores de mal pronóstico.
- Menos de un tercio de estos pacientes se habían diagnosticado antes de los 5 años de edad y casi la totalidad de nuestros casos ya se encontraban en Categoría C3 (La categoría clínica C se aplica a los pacientes que han presentado alguno de los cuadros incluidos en la definición de SIDA de 1987, por ejemplo Candidiasis traqueal, bronquial, pulmonar o esofágica, Encefalopatía por VIH, Infección por el virus del herpes simple, Histoplasmosis diseminada, Linfoma de Burkitt, Tuberculosis extra pulmonar o diseminada, Neumonía por *P carinii*, entre otros.)
- Más de la mitad de los pacientes murió antes de cumplir su primer año de terapia ARV.
- Se ha logrado mejorar la esperanza de vida, ya que la mitad de estos pacientes superaban los 12 años al morir, de éstos, la mayoría pertenecían a los casos de mortalidad del segundo período de estudio.
- La Tuberculosis es la primera causa de muerte, seguida por Neumonía y Neuroinfecciones. Encontramos que la mortalidad por Tb Pulmonar y Extra Pulmonar fue inversamente proporcional al tiempo de terapia recibido.

- El acceso a terapia antirretroviral dió como resultado la reducción de tres veces la mortalidad en el segundo período de estudio.
- Los fallecimientos se promediaron en 3.6 pacientes por año en los últimos 5 años, en comparación con 10 pacientes/año del 2003 al 2008.

DISCUSION

Durante los primeros dos años la alta mortalidad entre los pacientes pediátricos infectados con VIH es solo el reflejo del impacto que esta patología estaba ocasionando sobre la población que se atendía en nuestra institución, ya que antes del 2003 no se contaba con tratamiento antirretroviral.

Con el inicio del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) se ha notado un descenso sostenido en la mortalidad por VIH. Las neoplasias no asociadas a la infección por el VIH están siendo cada vez más frecuentes en los que llevan más tiempo de TARGA y serán causa importante de mortalidad.

Los niños que murieron fueron en su mayoría diagnosticados tardíamente, hasta que presentan síntomas de moderados a graves. por lo que concluimos que la infección avanzada y comienzo tardío de la terapia pueden haber impedido los beneficios del tratamiento en el niño que murió antes de cumplir su primer mes de terapia antirretroviral.

Pocas madres fueron diagnosticadas en el control prenatal sin poder aplicar todas las medidas de prevención de la transmisión perinatal del VIH. Surge evidencia de que el inicio temprano de terapia antirretroviral puede proteger el sistema nervioso central de

los niños. Estudios más recientes sugieren que la terapia antirretroviral iniciada antes de las 12 semanas de vida reduce la mortalidad en un 75% en niños infectados por el VIH.

(5, 6)

Actualmente CAI-Pediatría reporta altas tasas de supervivencia de niños a la edad adulta, con más del 85%, similar a los porcentajes alcanzados en otros países de América Latina.

El mayor impacto se prevé con un mayor acceso a la atención, un diagnóstico temprano e inicio de TARGA lo más pronto posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, UNAIDS Outlook Report, ONUSIDA, Ginebra, julio de 2010, pág. 7.
2. LA INFANCIA Y EL SIDA: QUINTO INVENTARIO DE LA SITUACIÓN, 2010 <www.unicef.org/publications>
3. UNAIDS/WHO. AIDS epidemic update. Geneva, 2005. Disponible en: <http://www.unaids.org/Epi2005/doc/report.html>
4. LeClerc-Madlala, S., 'Cultural Scripts for Multiple and Concurrent partnerships in Southern Africa: Why HIV prevention needs anthropology', Sexual Health, vol. 6, 2009, págs. 103–110.
5. Gwatkin, Davidson, et al., Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population within Developing Countries: An overview, Banco Mundial, Gobierno de los Países Bajos y Organismo Sueco de Cooperación para el

Desarrollo Internacional, Washington, D.C., 2007
LUQUE R. Situación y tendencias epidemiológicas de la infección por VIH/SIDA en Colombia. *latreia* 2004;17: 297-298.

6. UNAIDS/WHO. Report on the global AIDS epidemic, 2004. Disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/epidemiology/pubfacts/en>
7. MERCHANT RH, LALA MM. Prevention of mother-to-child transmission of HIV—an overview. *Indian J Med Res* 2005; 121: 489-501.
8. TAHA TE, GRAHAM SM, KUMWENDA NI, et al. Morbidity among human immunodeficiency virus-1-infected and -uninfected African children. *Pediatrics* 2000;106: E77.
9. KREITZMANN R, FUCHS SC, SUFFERT T, PREUSSLER G. Perinatal HIV-1 transmission among low income women participants in the HIV/AIDS Control Program in Southern Brazil: a cohort study. *BJOG* 2004; 111: 579-584.
10. VIANI RM, ARANETA MR, DEVILLE JG, SPECTOR SA. Decrease in hospitalization and mortality rates among children with perinatally acquired HIV type 1 infection receiving highly active antiretroviral therapy.
11. Datos: Archivos CAI-Pediatría Hospital Nacional Mario Catarino Rivas