

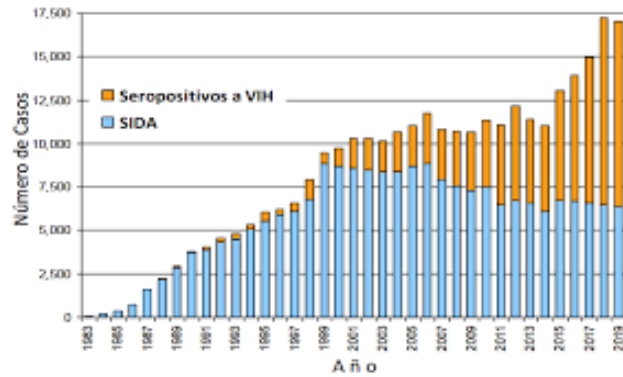


---

# VIH

---

## INMUNOALERGIAS



28 DE NOVIEMBRE DE 2021

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

DOCENTE: DR. SAUL PERAZA MARIN

Las cifras de que dispone la Organización Panamericana de la Salud indican que en nuestro país hay una mujer infectada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) por cada seis hombres, lo cual indica que el tipo de transmisión es predominantemente homo y bisexual, a diferencia de otros países donde se equipara uno a uno, por lo tanto existe una transmisión heterosexual. Cabe mencionar que 40 por ciento de los casos se encuentra en un grupo heterogéneo, entre 25 y 30 años, por lo que se deduce que la mayoría de las personas adquirieron la infección durante su adolescencia.

Al día de hoy, la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un problema de salud pública. En 2018, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reportó que 37.9 millones de personas viven con VIH/SIDA a nivel mundial (36.2 millones de adultos; 18.8 millones de mujeres menores a 15 años y 1.7 millones de niños). Si bien, las defunciones de los pacientes con VIH/ SIDA han disminuido 33% de un pico de 1.7 millones de decesos en 2004 a 770 mil defunciones en 2018,<sup>1</sup> a pesar de los grandes esfuerzos preventivos que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA, anualmente, se presentan 1.7 millones de casos nuevos a nivel mundial.

La epidemia de la infección por VIH/SIDA en México ha tenido cambios importantes; actualmente se considera que su comportamiento es la conjunción de varios tipos de epidemias cuyas características están determinadas -en las diferentes localidades, municipios o entidades-, por diversos factores, tales como: mecanismos de transmisión, antigüedad de los casos nativos de infección, presencia de población susceptible y adopción de medidas de prevención específicas.<sup>8</sup> Si bien en los últimos años se ha observado una disminución importante en los casos atribuibles a transmisión sanguínea, aquéllos debidos a transmisión heterosexual se han incrementado.<sup>8</sup> Estos cambios se han reflejado en la epidemiología de la infección en mujeres, observándose en los últimos años que la transmisión heterosexual constituye más del 6% del total.<sup>8</sup> Además, si se tiene en cuenta que cerca del 80% de las mujeres infectadas en México están en edad reproductiva, cabe esperar que la epidemiología de la infección por VIH/SIDA en niños muestre diferencias notables en lo que respecta a mecanismos de transmisión.

la infección por VIH presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas que dependen, entre otras cosas, de la etapa en que curse la enfermedad. Los criterios para diagnosticar y clasificar a un niño se basan en el tipo de infección que presente y se dividen principalmente en dos grupos: infección asintomática (clase P1) e infección sintomática (clase P2). Los niños menores de 15 meses de edad,

asintomáticos, hijos de madres seropositivas y en quienes por un método convencional de detección de anticuerpos de clase IgG no se puede establecer el diagnóstico definitivo de su estado de infección, se clasifican provisionalmente como infección no determinada (clase P0). Con el advenimiento de técnicas de biología molecular como la reacción en cadena de polimerasa, el cultivo viral y la determinación de antígeno p24, el diagnóstico de infección puede establecerse en cerca del 50% de los niños en el primer mes de vida y, en aproximadamente 95% de los casos, hacia los seis meses de edad.<sup>11</sup> Sin embargo estas técnicas aún están limitadas a los centros de investigación. En esta serie se encontró el 12.3% de niños en esta categoría. Cabe destacar que a una proporción importante de los niños ya se les ha efectuado una de las pruebas diagnósticas anteriormente mencionadas; empero, para establecer un diagnóstico definitivo se requieren dos pruebas positivas realizadas en forma separada. Además, dentro de esta categoría se encuentran también seis pacientes en los que las pruebas serológicas se han negativizado, pero que continuarán en seguimiento hasta los 18 meses de edad, y cinco pacientes en los que no ha sido posible realizar seguimiento.

Dentro del grupo de infección sintomática, los principales datos clínicos son: a) indicativos de inmunodeficiencia (infecciones secundarias y cáncer); y, b) lesiones atribuibles a daño por el VIH. Estas manifestaciones se agrupan en hallazgos inespecíficos (subclase A), enfermedad neurológica progresiva (subclase B); NIL (subclase C); infecciones secundarias (subclase D) de dos tipos: oportunistas y graves o recurrentes; cáncer (subclase E), y otras enfermedades con alteraciones hematológicas, renales, hepáticas y dermatológicas (subclase F).

Los hallazgos inespecíficos son frecuentes y se caracterizan por: adenopatías, hepatomegalia, esplenomegalia, diarrea y fiebre; cuando se presentan con pérdida de peso de más del 10%, representan las principales manifestaciones del "síndrome de desgaste".

La NIL se caracteriza histológicamente por un infiltrado linfocítico peribronquial o intersticial que condiciona un bloqueo alveolo capilar progresivo, produciendo hipoxemia que el paciente compensa en forma gradual. Clínicamente se manifiesta por taquipnea, tos, sibilancias e hipoxemia. Estas manifestaciones se exacerban con la presencia de infecciones agregadas. Esta patología presenta problemas de diagnóstico diferencial, especialmente con la tuberculosis, problema frecuente en México. El diagnóstico definitivo en estos casos es crítico, ya que la neumonitis puede mejorar con el empleo de esteroides, mientras que la tuberculosis puede empeorar. Si bien los hallazgos radiológicos y clínicos se aceptan como criterio diagnóstico,<sup>16</sup> el diagnóstico debería realizarse por estudio histológico para excluir tuberculosis entre otras infecciones. La baja prevalencia de la enfermedad

encontrada en los pacientes probablemente se deba a la poca frecuencia con la que se realizan procedimientos de diagnóstico específicos (biopsia pulmonar) en el HIMFG.

En lo que respecta al tratamiento, se debe tener en cuenta que la atención al niño con infección por VIH debe ser multidisciplinaria. Un aspecto importante es el soporte nutricional adecuado, especialmente cuando hay diarrea persistente. En los casos en los que la nutrición entera no es posible o no tiene éxito, se recurrirá a la alimentación parenteral. El tratamiento de la infección secundaria debe ser oportuno y agresivo. Un niño con infección por VIH/SIDA deberá recibir las mismas vacunas que un niño normal de la misma edad (incluida la del sarampión). Las excepciones a estas recomendaciones son la vacuna BCG y la antipoliomelítica de virus vivos atenuados (Sabin), que deberá reemplazarse con vacuna de virus muertos (Salk).<sup>33</sup> El fármaco para el tratamiento antirretroviral específico que hasta el momento ha demostrado su utilidad, es la zidovudina o AZT. El medicamento se absorbe bien por vía oral y atraviesa la barrera hematoencefálica, de manera que alcanza niveles terapéuticos adecuados.

Los resultados del estudio sobre tratamiento antirretroviral mostraron que el AZT disminuye las manifestaciones clínicas y mejora la función inmune en pacientes pediátricos con SIDA y que, al disminuir el número de infecciones secundarias y de hospitalizaciones, se contribuye en forma importante a mejorar la calidad de vida de los niños afectados.<sup>35</sup> Recientemente los CDC han propuesto una nueva clasificación para niños con infección por VIH/SIDA, por lo que una vez que sea valorada su aplicación en México probablemente será necesario realizar modificaciones en la clasificación de los pacientes. Asimismo, es importante mencionar que recientemente se han publicado resultados preliminares de un estudio clínico controlado (ACTG 076) en el que se administró AZT o placebo a mujeres con edad gestacional entre 14 y 34 semanas y cuentas de CD4 mayores de 200 cel/ml. Durante el trabajo de parto se administró el medicamento por vía intravenosa. A los hijos de las mujeres estudiadas se les administró AZT o placebo dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento, continuándose por seis semanas. En el estudio se demostró la disminución del 25.5 al 8.3% en la tasa de transmisión vertical.