

Comentarios

El pediatra en los tiempos del Sida - 20 años después*The pediatrician in AIDS epoch - 20 years later*

Dra. M. Susana Rodríguez de Schiavi*

Hace más de 10 años presentábamos al Sida, una enfermedad nueva, compleja y letal como un desafío para el pediatra.¹ Era necesario aprender al mismo tiempo que asistir, elaborar estrategias para cada paciente, ocuparse de los padres muchas veces enfermos o murientes, comprometer a otros miembros de la familia en el cuidado de los niños para garantizar su seguimiento.

Ya en la tercera década de la epidemia los avances en el diagnóstico y los nuevos tratamientos generan mejoras sustanciales en la supervivencia y en la calidad de vida. Es fundamental ahora lograr la detección temprana de los casos inaparentes para no perder valiosas oportunidades de tratamiento y de prevención.

En nuestro país han sido factores importantes de cambio el acceso gratuito a la medicación antirretroviral y al tratamiento de las infecciones oportunistas, la disponibilidad de métodos diagnósticos, la Ley 25543/01 (que obliga al médico tratante a ofrecer el test diagnóstico a las embarazadas), la profilaxis antirretroviral para las embarazadas infectadas y sus recién nacidos, la provisión de métodos anticonceptivos y de barrera gratuitos.

¿Qué características reviste la infección en niños y adolescentes?

La prevalencia de infección por VIH en embarazadas es de 0,35%. Su pesquisa permite diagnosticar y tratar la infección en mujeres jóvenes, disminuyendo la mortalidad en el grupo de 15 a 44 años.

Se redujo el número de recién nacidos infectados por VIH (3,4 por 100.000 en 1996, 1,4 por 100.000 en 2003).

La detección de la infección en el RN permite comenzar el tratamiento en forma temprana, lo que reduce significativamente la morbimortalidad.

Aún se diagnostican casos de infección vertical en niños mayores y adolescentes, muchos de ellos con formas graves de presentación.

Un grupo de "sobrevivientes" bajo tratamiento está llegando a la adolescencia. Algunos con mala evolución clínica, pero la mayoría tiene buena calidad de vida y perspectivas de supervivencia a largo plazo.

Adolescentes y adultos jóvenes continúan adquiriendo la infección a través del contacto sexual y/o la drogadicción. Muchos de ellos sin conocer su estado, mantienen la transmisión horizontal del virus.

Se observa una disminución en la incidencia relativa de la drogadicción endovenosa como vía de transmisión del VIH, a expensas del aumento en la transmisión heterosexual.²

De esta enumeración se desprende que en edad pediátrica hay grandes oportunidades de intervención para evitar la transmisión o mejorar el pronóstico de la enfermedad a través del tratamiento. Ahora los nuevos desafíos consisten en reducir el número de RN infectados, detectar a los infectados inaparentes en forma más temprana, evitar el contagio de los adolescentes y disminuir los riesgos de transmisión por parte de los adolescentes infectados.

Reducir el número de RN infectados

El número de niños infectados por transmisión vertical puede reducirse a menos del 2% con la pesquisa universal en embarazadas, el tratamiento profiláctico y la suspensión de la lactancia.³ Para ello se debe promover el control y seguimiento del embarazo, efectuar el test diagnóstico al comienzo y en el último trimestre o en su defecto en el momento del parto y administrar la profilaxis a todas las embarazadas y RN VIH positivos. Para disminuir la tasa de transmisión, son efectivos incluso los protocolos incompletos, por ejemplo: AZT sólo al RN desde las primeras horas de vida.

Detectar a los infectados inaparentes en forma más temprana

Entre la primoinfección y la aparición de sínto-

* Clínica Pediátrica.
Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

mas, pueden pasar muchos años. La mayor parte de los infectados desconoce su estado (en nuestro país se estima un número de infectados de 115.000 a 134.000 mientras que el número de casos notificados hasta diciembre de 2005 es de 30.496).²

Para evitar conductas discriminatorias, ha imperado una filosofía restrictiva ante la solicitud de estudios diagnósticos. Se reduce así la posibilidad de efectuar mayor número de diagnósticos tempranos y se genera una forma diferente de discriminación.

La infección por VIH reúne las principales características que justifican las acciones de pesquisa: es una enfermedad grave que puede diagnosticarse antes que aparezcan síntomas, los métodos diagnósticos son seguros y no invasivos, los pacientes pueden ganar años de vida con un diagnóstico temprano y los costos son razonables en relación con los beneficios.⁴

Las nuevas recomendaciones para el diagnóstico proponen cambios de conducta.³ Se plantea no utilizar consentimientos específicos y liberalizar el pedido de estudios incorporándolos a las rutinas de laboratorio. Se informa al paciente que se realizará un exámen de VIH a menos que él lo rechace. Los métodos de diagnóstico rápido (aunque requieren confirmación) pueden disminuir la pérdida de infectados que no regresan a buscar su informe. Se elimina así el concepto de población en riesgo y se estimula la pesquisa en toda la población, independientemente de sus antecedentes.

Estas medidas incrementarán la identificación temprana de los infectados que pueden beneficiarse con los tratamientos antirretrovirales, la prevención de infecciones oportunistas, los cuidados de higiene ambiental y alimentaria.

En general, las personas que conocen su diagnóstico reducen sus conductas de riesgo, disminuyendo la transmisión horizontal del virus.⁵

Mejora así el balance entre las metas y necesidades de la salud pública, los criterios éticos de justicia y los derechos individuales.

Evitar el contagio de los adolescentes, disminuir la transmisión horizontal

Los adolescentes de 13 a 24 años constituyen un grupo de riesgo para la adquisición de la infección. En nuestro medio la actividad sexual se inicia a edad temprana. El 44% de las jóvenes se inician sexualmente entre los 15 y 19 años y la mayoría no se protege con preservativos.⁶ El 15% de los RN vivos tiene madres menores de 20 años.

Los pediatras deben preguntar a sus pacientes adolescentes sobre su sexualidad. Es aconsejable

generar un espacio de diálogo, asegurando confidencialidad, donde se traten aspectos de su vida como gustos y actividades, dificultades de relación en su hogar, la escuela, sentimientos de depresión y autoestima, amigos, uso de alcohol, tabaco, drogas. La información a brindar debe ser clara y precisa (evitando los "consejos"), hablar sobre la importancia de posponer el inicio de las relaciones sexuales, cómo tener sexo seguro, con qué medios cuentan. Estimular las preguntas y escucharlas. Los adolescentes prefieren recibir esta información de los médicos más que de sus padres, maestros o amigos y que sean los mismos médicos quienes inicien la conversación sobre esos temas. Su tratamiento puede ser tan difícil de encarar para el profesional como para el adolescente.^{7,8,9} Se puede sugerir la realización de estudios diagnósticos e invitar a los amigos del adolescente a compartir otros encuentros. No todos los pediatras proveen este cuidado, perdiendo oportunidades únicas para el diagnóstico y la prevención.¹⁰

Cuando el adolescente concurre solo a un servicio de salud y solicita una prueba diagnóstica o un tratamiento, se debe aceptar su autonomía para firmar consentimientos y su derecho a la privacidad.

Las adicciones, especialmente alcohol y drogas, corren paralelas al riesgo de adquirir la infección por VIH. Todas las medidas tomadas en ese sentido, especialmente las tendientes a evitar el comienzo de uso, contribuirán a una reducción en la transmisión de la infección. Se ha observado que los adolescentes que reciben información adecuada aprovechando las oportunidades de consulta al sector salud por otros motivos, retrasan el inicio de las relaciones sexuales y tienen menor riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. El pediatra en los tiempos del SIDA. Rodríguez, MS. *Arch Argent Pediatr* 1994; 92: 193-194
2. *Boletín sobre VIH/SIDA en Argentina*. Diciembre de 2005. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Sida y ETS. Año X, N° 24. Disponible en <http://www.msal.gov.ar>.
3. Branson GM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, Clark JE. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents and pregnant women in health-care settings. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2006; 55(RR-14):1-1
4. Wilson JM, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1968.
5. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005; 39: 446-53.

6. Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación. 2005-2006.
 7. American Academy of Pediatrics. Adolescents and human immunodeficiency virus infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention. *Pediatrics* 2001;107:188-90.
 8. Rawitscher LA, Saitz R, Friedman LS. Adolescent's preferences regarding human immunodeficiency virus (HIV)-related physician counseling and HIV testing. *Pediatrics* 1995;96:52-8.
 9. Rand CM, Auinger P, Klein JD, Weitzman M. Preventive counseling at adolescent ambulatory visits. *J Adolesc Health* 2005;37:87-93.
 10. Murphy DA, Mitchell R, Vermund SH, Futterman D. Factors associated with HIV testing among HIV-positive and HIV-negative high-risk adolescents: the REACH study. *Pediatrics* 2002;110: e36.
-

