

Actualización

Infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la adolescencia

Dr. Eduardo Rubinstein*

Palabras clave: VIH, adolescencia, evaluación de riesgo.

Key words: HIV, adolescence, risk evaluation.

INTRODUCCIÓN

Ya han transcurrido dos décadas desde el inicio de la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cuyo agente etiológico es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), identificado en 1983. La infección por este virus origina una inmunodepresión celular al causar una depleción crónica y progresiva del número de linfocitos CD4.

Con el transcurso del tiempo, la epidemiología y el pronóstico han ido cambiando:

- De ser una enfermedad predominantemente masculina y unida a los grupos de riesgo (homosexuales y adictos endovenosos) pasó a ser cada vez más femenina y con un continuo incremento en los heterosexuales. Como consecuencia de esta nueva característica epidemiológica se observó un marcado aumento en la transmisión vertical madre-hijo.
- De ser una enfermedad subaguda y fatal, desde el año 1996 pasó a ser una "enfermedad crónica manejable" con la implementación de los nuevos tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA o en inglés, HAART), y con su utilización en la prevención de la transmisión vertical en las embarazadas VIH-positivas se ha conseguido disminuir significativamente la infección del recién nacido.

Actualmente es importante el conocimiento que tenemos de esta infección, pero aún es mucho lo que ignoramos y se sigue buscando la posibilidad de contar con una vacuna que evite la infección o, lo que es más factible, que evite la enfermedad, la cual sería la única solución posible de los

países pobres, a los que no les es posible acceder al tratamiento antirretroviral (ARV) por lo elevado de su costo.

EPIDEMIOLOGÍA

Desde el inicio de esta pandemia se han infectado más de 50 millones de personas, de las cuales una tercera parte han fallecido a causa del SIDA; sólo en el último año fallecieron casi 3 millones de personas. Se calcula que en el mundo 16.000 personas se infectan diariamente con el HIV, 9 de cada 10 pertenecen a países subdesarrollados y casi la mitad tienen entre 15 y 24 años. También debemos tener en cuenta que las estadísticas se realizan sobre la base de los casos de SIDA y no sobre infectados por HIV, que sólo se denuncian si inician tratamiento.

En Argentina, al 31 de mayo de 2002, la cantidad de casos notificados era de 21.865 y, después de la corrección del permanente subregistro, la suma ascendería a 25.411 personas. La relación hombre/mujer en mayores de 13 años desde el inicio de la epidemia es de 3,8/1 y a partir de 1997 hasta la actualidad no ha seguido un patrón regular, fluctuando siempre en relaciones cercanas a 3/1.

El análisis de las vías de transmisión de la infección en nuestro país puede hacerse desde dos perspectivas diferentes: En una se evalúa la distribución de las distintas vías en el total de los enfermos desde el inicio de la epidemia hasta la fecha y donde se observan diferencias entre los hombres y las mujeres. En los primeros, prácticamente no hay diferencias entre la vía sanguínea (46,5%) y la sexual (47,8%), mientras que en las mujeres la transmisión sexual alcanza casi el 68%.

En la otra perspectiva se tiene en cuenta la tendencia de la epidemia a través de los años. Así vemos que la infección entre los hombres homosexuales, que en 1991 era

* División Pediatría.
Hospital de
Enfermedades
Infecciosas "Francisco
J. Muñiz". G.C.B.A.

Correspondencia:
erubin@intramed.net.ar

del 27% de los enfermos, disminuyó al 17,8% y, por el contrario, en los heterosexuales aumentó del 8,5% al 30,1%. Entre los adictos endovenosos, la transmisión declinó del 42% en 1991 al 34%.

La transmisión vertical de madre a hijo que se mantenía entre 6 y 7% está disminuyendo en los dos últimos años gracias a los programas preventivos implementados para este tipo de contagio.

ESTRATEGIA EN LA ATENCIÓN DE LOS ADOLESCENTES

En nuestro país, la edad promedio de inicio del SIDA enfermedad es de 31 años en los hombres y de 28 años en las mujeres. Si se considera que el tiempo transcurrido desde la infección hasta la aparición de la enfermedad es de 10 años en el 50% de los casos, debemos concluir que la mayoría de nuestros pacientes, especialmente las mujeres, se infectan en la adolescencia.

La prevención en todos los órdenes es la única herramienta que tenemos para evitar que nuestros adolescentes se sigan infectando. Cuando fracasamos en este objetivo y teniendo en cuenta que en la Argentina hay 120.000 personas infectadas que lo ignoran, debemos tratar de detectarlas precozmente, no sólo para cortar la cadena de contagio sino también, de ser necesario, para ofrecerles tratamiento. Como consecuencia, esto nos llevará a una franca disminución de la morbimortalidad de esta infección.

Los pediatras que atienden adolescentes deben tener ciertos conocimientos básicos de la infección por VIH y saber cómo deben manejarse ante las diferentes situaciones que se les pueden presentar.

Desarrollaremos a continuación:

- Los mecanismos de transmisión y la historia natural de la enfermedad.
- Cuándo pensar en la infección por VIH.
- Cómo confirmar su diagnóstico.
- Cuándo debemos derivar para iniciar tratamiento.
- Cuándo no hay tiempo para derivar y es necesario actuar.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL HIV

Sólo una pocas vías de transmisión se han comprobado fehacientemente. Los fluidos orgánicos responsables de éstas son: la san-

gre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

- **Sexual:** La forma dominante en todo el mundo es través de las relaciones sexuales sin protección, tanto vaginales como anales, teniendo el mayor riesgo esta última (0,1 a 3%); en ambas situaciones, el miembro pasivo de la pareja está más expuesto que el activo.

Aunque la probabilidad de transmitir la infección en un único acto sexual por vía vaginal es muy baja (0,1 a 0,2%), esta vía de contagio sigue siendo la más frecuente en el mundo.

- **Sanguínea:** Se adquiere por inyección o transfusión de sangre infectada o de los hemoderivados y a través del uso compartido de agujas o jeringas. La transfusión de sangre infectada tiene un riesgo del 95%. Actualmente la cantidad de infectados por esta vía es mínima, hecho que se produce como consecuencia del estudio obligatorio de sangre y hemoderivados a partir de 1991.

El compartir agujas y jeringas contaminadas tiene un riesgo mayor al del acto sexual sin protección; la probabilidad es del 0,5 al 1% y el pinchazo con una aguja en forma accidental en el ámbito ocupacional tiene un riesgo de 0,3%.

- **Vertical o perinatal:** La transmisión de la embarazada con infección por HIV sin tratamiento preventivo a su descendencia es del 25%. Esta puede suceder durante el embarazo o en el momento del parto; ambas situaciones son las de mayor riesgo de infección. Ésta también se puede producir después del parto por medio de las secreciones serosanguinolentas y, por último, durante el amamantamiento.

Riesgo de transmisión

Vía de exposición	Riesgo de infección (%)
Transfusión de sangre	95
Pinchazo con aguja contaminada con sangre reciente de ADVP	0,67
Exposición percutánea ocupacional	0,3
Exposición mucosa ocupacional	0,09
Sexual anal receptiva	0,1-3
Sexual vaginal receptiva	0,1-0,2
Sexual oral receptiva	0,04

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCIÓN POR HIV

Se ha modificado en los últimos años para aquellos que han podido acceder al TARGA, que desde 1996 ha disminuido la morbimortalidad de esta infección y, a su vez, se ha demorado el paso a la enfermedad.

- *Enfermedad inicial o fase aguda:* corresponde a la infección aguda. Puede ser asintomática y pasar desapercibida o sintomática, con presentación que semeja un síndrome mononucleósico (síndrome retroviral agudo), al cual luego nos referiremos en detalle.
- *Período intermedio o fase crónica:* incluye el período de portación asintomática y de linfadenopatías persistentes generalizadas. Puede acompañarse o no de enfermedades sugestivas de inmunodeficiencia, como infecciones bacterianas a repetición, herpes zoster o púrpura trombocitopénica. Además, incluye a los complejos relacionados con el SIDA y las infecciones menores no marcadoras. En la medida en que disminuye el recuento de la subpoblación linfocitaria ($CD4 < 350$) el paciente puede comenzar a tener síntomas: síndrome febril, pérdida de peso o diarreas prolongadas sin causa aparente. Es frecuente encontrar a nivel de la boca candidiasis oral, leucoplasia vellosa, gingivitis y aftas recidivantes y a nivel de la piel, dermatitis seborreica, infecciosas y no infecciosas.
- *Enfermedad avanzada o fase final:* comprende al SIDA enfermedad, que se presenta cuando el nivel de $CD4$ cae por debajo de 200 y la carga viral es muy alta; se manifiesta con: infecciones oportunistas, demencia, tumores y el síndrome de adelgazamiento. Las enfermedades oportunistas, también llamadas enfermedades marcadoras del SIDA, son: tuberculosis pulmonar o extrapulmonar, neumonía por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis cerebral, criptococosis extrapulmonar, sarcoma de Kaposi, retinitis por citomegalovirus, criptosporidiasis, esofagitis por *Candida*, etc.

CUÁNDO PENSAR EN INFECCIÓN POR VIH Riesgo en la adolescencia

El adolescente es un ser en relación continua con su medio. Durante este período pre-

senta importantes cambios biopsicosociales que lo llevan a tener una gran vulnerabilidad, agravada por estar expuesto a diferentes factores de riesgo (inicio de su sexualidad, las adicciones, los trastornos de la conducta alimentaria, etc.).

La etapa más activa en el ejercicio de la sexualidad transcurre entre los 15 y los 35 años. Los riesgos (embarazo no deseado o ETS) aumentan cuanto más temprana sea la edad de su inicio. No siempre el adolescente llega al ejercicio de su sexualidad con la madurez necesaria para evitar los riesgos y asumir la responsabilidad de tal decisión. Muchas veces, las relaciones sexuales son precoces, en un intento por lograr la reafirmación de la identidad sexual, por tratar de conseguir el reconocimiento de los pares, sometiendo al requerimiento de la pareja, por curiosidad, etc. Además, si tenemos en cuenta la omnipotencia e invulnerabilidad características de la personalidad de los adolescentes, podemos concluir que el ejercicio de la sexualidad en el adolescente es un factor de riesgo que puede llegar a tener graves consecuencias.

Las conductas adictivas son otro de los riesgos a los que se encuentran expuestos los adolescentes. Estas conductas son un riesgo en sí mismas cuando llegan a la adicción endovenosa y a compartir jeringas. Aunque los adolescentes no lleguen a este grado de adicción, estas conductas potencian los riesgos en el ejercicio de la sexualidad al impedir las normas de autocuidado o, lo que es peor, muchas veces llevan a la comercialización del sexo para poder financiar su adicción.

Detección y evaluación del riesgo

La prevención es el objetivo primordial a que apuntamos en la atención integral del adolescente. En la entrevista con los adolescentes debe estar siempre presente el tema de la sexualidad, adecuando su abordaje a la etapa evolutiva en que se encuentren. Esto nos sirve como elemento para la prevención y, al mismo tiempo, con nuestro interés estamos planteando la posibilidad futura de retomar este tema cuando lo crean necesario.

Un dato al que debemos arribar indefectiblemente en el desarrollo de la entrevista, y para el que cada profesional manejará los tiempos de acuerdo con su experiencia, es saber si se ha iniciado o no la actividad sexual. Si el adolescente entrevistado no ha

iniciado sus relaciones sexuales debemos insistir con el asesoramiento para evitar futuras situaciones de riesgo. Si el adolescente refiere haber iniciado sus relaciones sexuales, el segundo punto a aclarar es valorar el riesgo al que pudo haber estado expuesto, para lo cual debemos informarnos sobre: el tiempo transcurrido desde el inicio de sus relaciones sexuales, si éstas fueron voluntarias o involuntarias (abuso o violación), si ha utilizado o no preservativos, si éstos fueron usados siempre u ocasionalmente, la cantidad de parejas, si fueron heterosexuales u homosexuales, la existencia de adicciones en uno o ambos integrantes de la pareja, los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS), etc.; es decir, que debemos hacer un minucioso interrogatorio para llegar a un correcto diagnóstico de situación.

En cuanto a las adicciones, es importante interrogar a los adolescentes sobre la historia de su drogadependencia: tener el conocimiento del tipo de sustancias y el tiempo de utilización, si han llegado a la adicción endovenosa y si han compartido jeringas.

Enfermedades sugestivas de inmunodeficiencias

Aun sin presentar situaciones de riesgo, el antecedente de ciertas enfermedades debe hacernos pensar en infección por VIH. Estas son las que se producen como consecuencia del deterioro en los mecanismos de defensa. En la actualidad, no puede faltar en el estudio de la inmunidad la serología para VIH, debido a que en aproximadamente 2% de los casos de esta infección no se encuentra la causa. Además, debemos tener en cuenta que, tras 20 años de epidemia hay niños que se han infectado al nacer y están llegando a la adolescencia. Durante este tiempo, tanto las madres como ellos mismos no fueron diagnosticados y han presentado algunas de las enfermedades que detallamos a continuación, sin despertar sospechas:

- Linfadenopatías generalizadas permanentes.
- Infecciones bacterianas: recurrentes y más graves (neumonías, otitis, abscesos).
- Candidiasis oral.
- Leucoplasia vellosa.
- Estomatitis herpética recurrente.
- Dermatitis seborreica.
- Herpes zoster monometamérico.
- Púrpura trombocitopénica.
- Hepatomegalia.

- Esplenomegalia.
- Retraso pondoestatural con desnutrición o sin ella.
- Diarrea, recurrente o crónica.
- Fiebre de origen desconocido (> 1 mes).

Laboratorio:

- Elevación de transaminasas.
- Anemia, leucopenia, trombocitopenia.
- Hiper gammaglobulinemia (IgA).
- Proteinuria.

CÓMO CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO

Cuando en el interrogatorio de un adolescente detectamos una situación de riesgo, es necesario jerarquizar esta situación; de no hacerlo, con nuestra actitud estamos avalando su conducta equivocada. Se le propone la realización de la serología para VIH (ELISA) explicando el fundamento de tal pedido, y al mismo tiempo se le hace tomar conciencia del riesgo que corrió y del peligro al que estuvo expuesto.

Para indicar la serología estamos obligados a pedir la autorización por escrito (ley 23.798). Si el adolescente concurre acompañado por un adulto responsable firman los dos, pero si se presenta solo a la consulta, hecho muy frecuente, si es mayor de 14 años (menores adultos son entre 14 y 21 años), puede él autorizar el estudio, no como "un acto jurídico formal" sino como una "declaración de voluntad", realizándole el pedido por un "estado de necesidad" y para "evitar un mal mayor", amparados en la "Convención Internacional de Derechos del Niño" que actualmente forma parte de nuestra Constitución Nacional, donde "se establece que el niño es persona humana, sujeto y titular de derechos y obligaciones". El consentimiento informado se considera como un derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas.

Realizada la serología, si ésta es negativa se debe explicar que hay que repetirla en tres meses a partir de la última situación de riesgo, por existir la posibilidad de encontrarse en el llamado "período de ventana" (PV), de aproximadamente tres meses de duración.

Si el resultado del ELISA es positivo, debe repetirse el estudio ante la posibilidad de falsos positivos y si se obtiene el mismo resultado tenemos la obligación de hacer una prueba confirmatoria (Western blot) antes de informarlo.

Algoritmo diagnóstico

Hemos desarrollado el algoritmo para llegar al diagnóstico de la infección por VIH, pero para que se pueda poner en marcha este mecanismo siempre tiene que estar "gatillado" por un alto índice de sospecha de parte del pediatra que fue consultado.

CUÁNDO DEBEMOS DERIVAR PARA INICIAR TRATAMIENTO

Síndrome retroviral agudo (SRA)

El ingreso del VIH en el organismo puede acompañarse de un cuadro clínico cuya presencia depende de: el inóculo o dosis infectante, la virulencia de la cepa actuante y la capacidad de respuesta del huésped. Según diferentes autores, se puede observar entre el 10 y el 50% de las seroconversiones, llegando al diagnóstico por observación directa del SRA o en forma retrospectiva, por el interrogatorio.

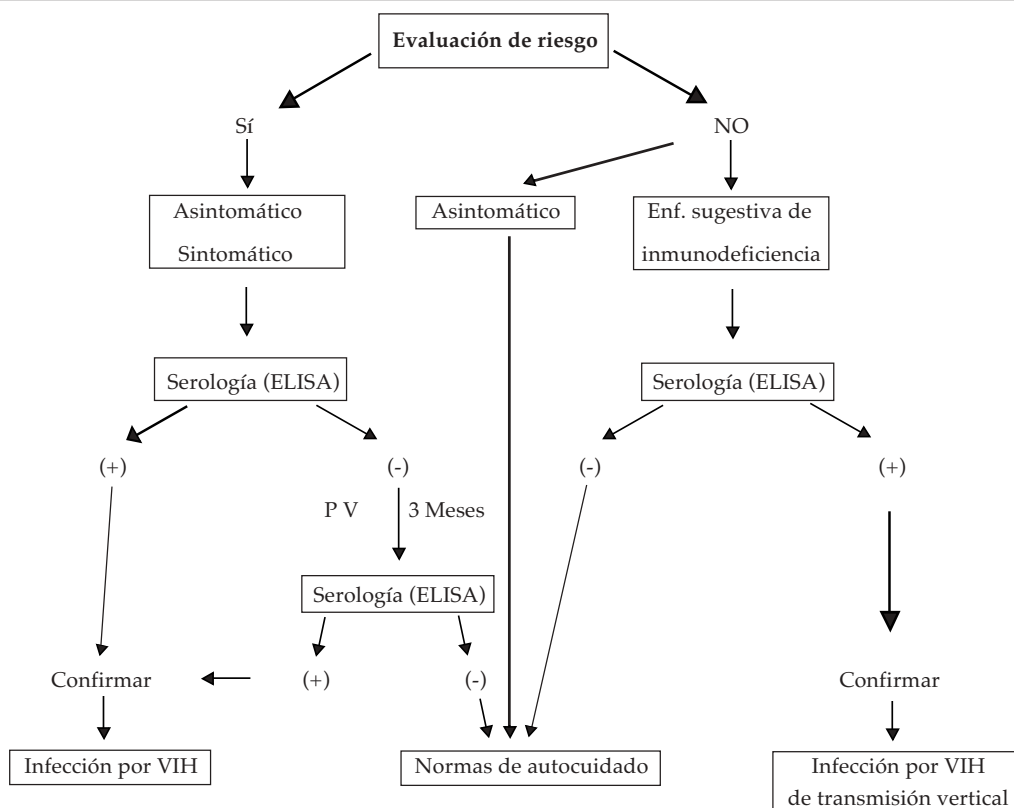
El período de incubación es de 2 a 4 semanas y una vez comenzados los síntomas se autolimitan en 1 a 2 semanas.

Los pacientes presentan manifestaciones

generales similares a cualquier cuadro viral inespecífico: faringitis, fiebre, mialgias, artalgias, somnolencia y malestar general que puede prolongarse en el tiempo. En la segunda semana se agregan linfadenopatías generalizadas acompañadas, a veces, de esplenomegalia. El exantema observado en ocasiones es maculopapuloeritematoso, no pruriginoso, afecta cara y tronco y en ocasiones se extiende a las extremidades, con compromiso de manos y pies. Las ulceraciones mucocutáneas no siempre están presentes, pero si existen son típicas, tienen forma redondeada u ovalada, tienen fondo pálido y están rodeadas de mucosa sana, pueden aparecer en boca o esófago (odinofagia) y más raramente en ano y pene. Desde el punto de vista neurológico, muy comúnmente se acompaña de cefaleas intensas y dolor retroorbitario; la meningoencefalitis es mucho menos frecuente.

En los exámenes de laboratorio se observa una linfopenia inicial y luego una linfomonocitosis. La serología para VIH (ELISA) es negativa, debido a que el organismo aún no pudo fabricar los anticuerpos específicos (período de ventana). Para confirmar esta

Algoritmo diagnóstico



infección debemos buscar al virus o parte de él, solicitando antígeno p24, PCR cualitativa y carga viral, que es el método más efectivo para el diagnóstico. Siempre se acompaña de una disminución de CD4 causante de una inmunodepresión transitoria, que a veces se manifiesta clínicamente con una candidiasis bucal o esofágica.

Diagnósticos diferenciales: mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, toxoplasmosis, rubéola, hepatitis viral, sífilis secundaria, otras infecciones virales y reacción a fármacos. El SRA debe incorporarse a los diagnósticos diferenciales de los adolescentes con síndromes mononucleósicos y exantemáticos; siempre es necesario recurrir a los estudios serológicos para confirmar el diagnóstico.

Los pacientes que presentan un SRA tienen peor pronóstico, debido que progresan a la enfermedad más rápidamente que aquellos en quienes la infección ha pasado desapercibida. Actualmente podemos ofrecerles a estos pacientes el tratamiento ARV mejorando sensiblemente su evolución futura, ya que ésta depende del nivel de la viremia al finalizar este período.

	Síndrome retroviral agudo	Mononucleosis infecciosa
Comienzo	Agudo	Insidioso
Amigdalitis con exudado	No	Sí
Úlceras mucocutáneas	Sí	No
Exantema	+++	+
Ictericia	No	Sí
Diarrea	Sí	No

Síndromes mononucleósicos. Agentes etiológicos

Monotest positivo (90%)	Monotest negativo (10%)
Virus de Epstein Barr	Virus de Epstein Barr
	Citomegalovirus
	<i>Toxoplasma gondii</i>
	HIV
	Virus Rubéola
	<i>Treponema pallidum</i>

EMBARAZO

El riesgo de la transmisión vertical, de no mediar ningún método preventivo, es del 15-30%. Las dos terceras partes de las infecciones suceden en el momento del parto y se agravan por la carga viral elevada, niveles maternos bajos de CD4, prematuridad, procedimientos invasivos (amniocentesis), rotura prematura de membranas y lactancia materna.

La introducción de la zidovudina (AZT) como tratamiento preventivo durante la gestación, el parto y el posparto (ACTG 076) disminuyó la transmisión vertical al 5-8%. En 1996, al introducirse el TARGA se logró bajar este porcentaje al 1-2%. La incorporación de la cesárea programada disminuye las posibilidades de transmitir esta infección en las madres con cargas virales altas o en aquellas que no han recibido tratamiento preventivo o lo han realizado pero sólo con AZT. En las madres que recibieron tratamientos preventivos combinados, el beneficio que se logra con la cesárea es insignificante con respecto al riesgo de la morbilidad posoperatoria.

Profilaxis de la transmisión vertical del VIH con AZT (Protocolo ACTG 076)

Administración durante el embarazo:

AZT 300 mg cada 12 hs a partir de la semana 14 de gestación hasta el trabajo de parto.

Administración durante el trabajo de parto:

AZT intravenoso:

Dosis de carga: 2 mg/kg en solución de dextrosa al 5% a pasar en una hora.

Dosis de mantenimiento: 1 mg/kg/hora hasta el parto.

Diagnóstico etiológico de síndromes

mononucleósicos con monotest negativo

Mononucleosis infecciosa	VCA-IgM VCA-IgG EA
Citomegalovirus	IgM
Toxoplasmosis	IgM
Síndrome retroviral agudo	Antígeno p24 PCR Carga viral
Rubéola	IgM
Sífilis	VDRL FTA-Abs

Administración al neonato:

AZT oral jarabe 2 mg/kg cada 6 hs durante 6 semanas.

CUANDO NO HAY TIEMPO PARA LA DERIVACIÓN Y DEBEMOS INICIAR EL TRATAMIENTO

Como parte del clima de violencia que se encuentra instalado en nuestra sociedad, son cada vez más frecuentes las consultas que llegan sobre la actitud a tomar con respecto a la prevención de la infección por VIH ante una violación. No se cuenta con la misma experiencia y el acuerdo que existe en la profilaxis posexposición (PPE) ocupacional, pero se ha tratado de adecuar a esta normativa, debido a que con la rápida indicación de este tratamiento preventivo se han reducido las posibilidades de infección en un 81%. Si se tiene en cuenta como diferencia fundamental que la situación de riesgo sucede fuera del ámbito de la salud, lo que hace que los pacientes consulten más tardíamente y además, que en la mayoría de los casos se ignore la condición de seropositividad del causante, debemos tener presente que:

- Existen otros riesgos que también tenemos que prevenir acompañando la posibilidad de una infección por VIH: el del embarazo y el de otras infecciones de transmisión sexual: hepatitis A y B, sífilis, gonorrea, *Chlamydia* y tricomonas. No debemos olvidar que existe una frecuente asociación entre estas infecciones y que se observa sinergismo entre ellas.
- Es necesario evaluar la magnitud del riesgo de transmisión y si ha tenido agravantes (coito anal receptivo, sangrado, cantidad de violadores, etc.).
- El tiempo transcurrido desde la agresión y la posibilidad de iniciar la PPE. Es importante saber que el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición y que va disminuyendo su eficacia hasta las 72 hs. Pasado este tiempo no tendría mucho sentido iniciar la protección. Dado el escaso tiempo con que contamos, no siempre hay posibilidades para la derivación; es por eso que es imprescindible tener preparado en todos los centros de atención de adolescentes, aunque más no sea, la primera dosis de la medicación para poder iniciar la protección en forma inmediata.

Una vez realizada la evaluación de toda la situación se deben plantear los posibles beneficios y los riesgos de iniciar una PPE no ocupacional; la decisión debe ser consensuada con el adolescente y su familia, dejando constancia por escrito de la decisión a que se arribó (consentimiento informado).

Evaluación de la profilaxis posexposición no ocupacional (PPENO)

Beneficio contra riesgos

Debemos tener en cuenta:

- Probabilidad de que la fuente sea VIH positiva (aumenta con la cantidad de personas intervinientes).
- Posibilidad de transmisión de acuerdo con el riesgo corrido (sexo anal, vaginal u oral).
- Tiempo transcurrido: el ideal es menor de 2 hs y el máximo es de 72 hs.
- Drogas antirretrovirales: las contraindicaciones y los efectos secundarios.
- Adherencia al tratamiento: ante la sospecha del incumplimiento de la PPENO, no iniciarlo.

Protocolo de actuación

Los pasos sucesivos a realizar en esta primera entrevista serían:

- Contención del paciente y su familia.
- Información sobre los riesgos y beneficios de la PPENO.
- Solicitar el consentimiento informado.
- Fomentar la adherencia al tratamiento.
- Implementación de la PPENO.

La PPE, tanto ocupacional como la no ocupacional, es una verdadera "urgencia infectológica". Debemos ser conscientes de que el éxito de la protección depende de la rapidez de su inicio antes de las 2 horas y va disminuyendo su efectividad hasta las 72 hs. En el caso que la víctima de la violencia sexual fuera del sexo femenino, este es el mismo lapso que tenemos para indicar la prevención del embarazo. Podemos tomarnos más tiempo para la implementación de las otras medidas preventivas y, teniendo en cuenta lo complicado de la primera entrevista, es conveniente realizarlas en dos etapas sucesivas con 24 a 72 hs de diferencia entre ambas.

Primera etapa de la PPENO

Tratamiento antirretroviral: antes de 2 hs. y hasta 72 hs.

- Tratamiento básico: 2 INTI (riesgos menores, sexo oral).
- Tratamiento ampliado: 2 INTI + 1 IP (sexo vaginal o anal receptivo).

Duración del tratamiento: 4 semanas.

Inhibidores nucleósidos de transcriptasa inversa (INTI):

- Zidovudina (AZT): 200 mg cada 8 hs o 300 mg cada 12 hs. (Comp. 100 mg).
- Lamivudina (3TC) 150 mg cada 12 hs. (Comp. 150 mg).

Combinado: (Comp. de AZT 300 mg + 3TC 150 mg) 1 comp. cada 12 hs.

Esta asociación es la de mejor tolerancia, debido que se reduce a una cápsula cada 12 hs, lo que favorece ampliamente la adherencia.

Inhibidores de la proteasa (IP): debemos elegir uno de los dos.

- Indinavir 800 mg cada 8 hs. (Cáps. 400 mg).
- Nelfinavir 750 mg cada 8 hs. (Comp. 250 mg).

Anticoncepción de emergencia: antes de las 72 hs.

- Levonorgestrel: 1 comprimido de 0,75 mg cada 12 hs. Total: Dos comprimidos.

Segunda etapa de la PPENO

Antihepatitis B:

- Gammaglobulina hiperinmune, 0,06 ml/kg. (Fco. amp. de 3 y 5 ml).
- Vacuna anti-hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses).

Otras infecciones de transmisión sexual: todas con monodosis:

- Sífilis: Penicilina benzatínica 2.400.000 UI o ceftriaxona 500 mg.
- Gonococo/Clamidias: Azitromicina 1-2 g (comp. 500 mg).
- Tricomonas: Metronidazol 2g (comp. 500 mg).

SEGUIMIENTO

Con el objeto de evitar futuras malas interpretaciones y por posibles problemas legales es necesario realizar una serología basal para: VIH, hepatitis B y C, sífilis y prueba de embarazo.

Laboratorio inicial:

- Serología: VIH, VHB, VHC y sífilis.
- Hemograma.
- Pruebas de función hepática y renal.
- Prueba de embarazo.

Para controlar la toxicidad de la medicación antirretroviral y la posibilidad de emba-

razo, se debe realizar al inicio y repetir:

- A las 2 y las 4 semanas: Hemograma. Pruebas de función hepática y renal. Prueba de embarazo.

Para controlar si han sido efectivas las medidas preventivas debemos hacer:

- A las 6 y 12 semanas y a los 6 meses: Serología: VIH, VHB y VHC.

Si en el transcurso de la PPENO apareciese un cuadro compatible con una primo-infección por VIH, como un síndrome mononucleósico, debemos sospechar una infección aguda y pedir antígeno p24 y carga viral. Si se confirma esta presunción habría que continuar con el tratamiento ARV que beneficiaría su pronóstico en el futuro. ■

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Benetuci J y col. SIDA y Enfermedades Asociadas. 2ª ed. Buenos Aires: FUNDAI, 2001:171.
- Gatell Artigas JM y col. Guía práctica del SIDA. 7ª ed. Barcelona: Masson SA, 2002:47.
- American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases in adolescents and children. En: Pickering LK, ed. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25ª ed Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000: 138-47.
- Maglio I. El derecho de los menores a participar del proceso del Consentimiento Informado. Dirección General Adjunta de SIDA GCBA. InfoSIDA 2001; 1(1): 32-35.
- Barreda V. Consentimiento informado: ¿trámite o regla ética? Dirección General Adjunta de SIDA GCBA. 21. InfoSIDA 2002; 2(21): 32-35.
- Soriano SP de Cahn, Cahn P. El proceso de asesoramiento como instrumento de prevención en SIDA. Actualizaciones en SIDA 1999; 7:24.
- 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.
- Braverman PK. Enfermedades transmitidas por contacto sexual. En: Strasburger VC. Medicina de la Adolescencia. Clín Méd Norteam 2000; 4: 857-66.
- Norman J. Building effective youth-adult partnerships. Chicago, (Illinois). International Association of Physicians in AIDS Care, 2001; 7(12):323-326.
- Sociedad Argentina de Infectología. Recomendaciones sobre Tratamiento Antirretroviral. Buenos Aires: SAI, Actualizaciones 2001.
- Domínguez KL, Simonds RJ. Postexposure prophylaxis. En: Zeichner SL, Read JS, eds. Handbook of pediatric HIV care. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 1999: 294-318.
- Newel M, Thorne C. Embarazo y transmisión vertical o maternoinfantil de la infección por VIH Folia. Clín Obstetr Ginecol 2001; 18:6-14.
- Shurnick JH y col. Correlates of nontransmission in US women at high risk of HIV type I infection through sexual exposure. J Infect Dis 2002;185.
- Tuomala RE. col. Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of adverse outcome. N Engl J Med 2002; 346(24):1863-71.