

# SIDA EN LA ADOLESCENCIA

Juncal Echeverria Lecuona

Transcurridas prácticamente dos décadas desde los primeros casos de la infección por VIH, los pediatras nos vemos en situación de atender al niño infectado por VIH, que llega a la adolescencia. Siendo este un importante capítulo, el pediatra no debe olvidar al adolescente en general y su relación con la infección VIH, ya que el ADOLESCENTE es por definición una población de riesgo de infección VIH. Para su atención y pautas de actuación el pediatra debe diferenciar tres importante grupos:

- 1 El adolescente infectado por VIH, vía transmisión vertical (infectado crónico)
- 2 El adolescente primoinfectado por actividades de riesgo ( relaciones sexuales, utilización de drogas endovenosas).
- 3 El adolescente en general

## **1 Adolescente infectado crónico**

Estos niños tienen una serie de características sociales y otras propias de su estadio clínico<sup>1 2 3</sup>.

Características sociales: Niños de 13-14 años, que han perdido a sus padres (exitus por SIDA), y viven en la actualidad con sus familiares, principalmente con sus abuelos o en familias desestructuradas<sup>4</sup>; disfrutan de una escolarización normal, y están familiarizados con el hospital por las consultas periódicas que requiere su control clínico y terapéutico.

Características propias de la infección VIH

Estadio clínico: Mayoritariamente corresponden a la clasificación A<sub>2</sub> - A<sub>3</sub> de la clasificación del CDC, con linfocitos CD<sub>4/mm</sub><sup>3</sup> 500 o inferiores y carga viral baja o indetectable. Están familiarizados con el tratamiento antirretroviral, triple o cuádruple terapia, y a esta edad comienzan a responsabilizarse de su propio tratamiento<sup>5 6 7 8 9</sup>.

Qué información debemos proporcionarles? Se les debe informar de su diagnóstico y situación clínica siempre de forma apropiada para su edad y demanda, con claridad y fácil comprensión; el cumplimiento terapéutico ocupa un lugar importante en la atención a estos pacientes, insistiendo en la importancia del tratamiento, cumplimiento y repercusión de este en la evolución de su propia infección VIH.

## **2 Adolescente primoinfectado**

Entidad NO habitual en nuestro medio, pero que el Pediatra de AP debe pensar en ella.

Los principales criterios de sospecha son sociales y clínicos

Criterios sociales:           Actividad sexual

	Familiares infectados por VIH (madre, padre o hermanos)
	Utilización de drogas endovenosas
	Embarazo en quinceañeras
	Abuso sexual
Criterios clínicos:	Fiebre persistente no catalogada
	Megalias no catalogadas
	Patología respiratoria persistente (infecciones de repetición)
	Trombopenia no catalogada

Ante cualquier criterio de sospecha es aconsejable una identificación precoz para proporcionar los cuidados y tratamiento tan pronto como sea posible<sup>10 11 12</sup>. Gran parte del éxito de la terapia antirretroviral es el inicio precoz en los casos de primoinfección. El pediatra y su medio deben estar preparados, para proporcionar al adolescente que solicite, una atención individual, con total privacidad, confidencialidad y amistad, junto con un servicio accesible y flexible.

Informarle de las técnicas diagnósticas y de las diferentes actuaciones según los resultados obtenidos:

VIH (-) Insistir en las medidas de prevención

VIH (+) Dirigir al adolescente a una consulta específica, donde le proporcionarán toda la información específica y conducta terapéutica a seguir.

### **3 Atención a la población adolescente en general**

Información general a toda la población adolescente. Información sexual y de la propia infección VIH, especialmente dirigida a las vías de transmisión, con el objetivo de prevenir la transmisión VIH por vía sexual, principal forma de contagio en esta edad<sup>13 14 15</sup>.

En la actualidad dentro de la atención al adolescente se contempla el ofrecerles la posibilidad de conocer su situación serológica en relación al VIH.

¿ Se debe realizar un despistaje en toda la población adolescente?; o ¿es suficiente con un estudio serológico en los sexualmente activos ?.

Entre las ventajas del despistaje debemos destacar los beneficios de una identificación precoz y evitar la transmisión por vía sexual. Entre los inconvenientes está el temor que puede surgir, junto con la falta de comprensión en importantes grupos familiares o escolares.

Los Pediatras involucrados en atención al ADOLESCENTE y los Profesionales de la Educación pueden ejercer un gran impacto en la educación sexual del adolescente, para contribuir en la prevención de enfermedades infecciosas en general, disminuir la incidencia de embarazos en quinceañeras, e

informar sobre la infección VIH en general y especialmente en su PREVENCIÓN.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- <sup>1</sup> Echeverria J. Problemas en la adolescencia. SEISIDA 94; 5(3): 123-124.
- <sup>2</sup> A. Delgado, J. Gárate, J. Arístegui. SIDA en el adolescente. Contemporary Pediatrics Ed Esp 1992;2:7-69.
- <sup>3</sup> Committee on Pediatric AIDS. Educación de los niños con infección VIH. Pediatrics Ed Esp 2000; 49(6): 424.
- <sup>4</sup> AAP. Committee on Pediatric AIDS. Planning for children whose parents are dying of HIV/AIDS. Pediatrics 1999; 103: 509-511.
- <sup>5</sup> DHHS. Directrices para el empleo de fármacos antirretrovirales en la infección Pediátrica por VIH. Enero 2000 [Http://www.hivatis.org](http://www.hivatis.org).
- <sup>6</sup> Knobel H, Guelar A. Adherencia: Como medirla y mejorarla. En: Infección por VIH. Ed Doyma 1999; 221-246
- <sup>7</sup> Iribarren JA, Camino X, y Cols. Adherencia al tratamiento antirretroviral: Nuevas soluciones, nuevos problemas. En Adherencia terapéutica y calidad de vida en la infección por VIH/SIDA. Ed Cesa 2000; 67-78.
- <sup>8</sup> CDC. Report of the NIH panel to define principles of therapy of HIV infection guidelines for the use antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents. MMWR 1998;47: 1-82.
- <sup>9</sup> P.Tebas. Implicaciones clínicas de la detección de resistencias. En: Infección por VIH. Ed Doyma 1999; 93-110
- <sup>10</sup> AAP. Identification and care of HIV-exposed and HIV-infected infants, children and adolescent in foster care. Pediatrics 2000; 102:149-153.
- <sup>11</sup> AAP. Human immunodeficiency virus screening. Pediatrics 1999; 104:128.
- <sup>12</sup> Committee on Pediatric AIDS. Identificación y tratamiento de los lactantes, niños y adolescentes expuestos al VIH e infectados por VIH que se encuentran en familias de acogida. Pediatrics Ed Esp 2000; 50(1): 58-63.
- <sup>13</sup> Rogers AS, Futterman D. The REACH project of the adolescent medicine HIV/AIDS Research Network: Design, methods, and selected characteristics of participants. J Adol Health 1998; 22: 300-311.
- <sup>14</sup> Futterman D, Rudy B, Peralta L. Social Marketing to promote HIV counseling and testing to youth: A six City initiative. Presented at the Annual Meeting of the Society for Adolescent Medicine, 2000. Washington DC.
- <sup>15</sup> Futterman D. Adolescent. En: A guide to the clinical care of women with HIV. 2000 Preliminary Ed.