

## Caracterización Clínica y Epidemiológica de Adolescentes con VIH y/o Sida del Centro de Atención Integral del Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas en el período comprendido de Enero 2010 a Junio 2011.

\*Dra. Mima C. Turcios, \*\* Dra Karen S. Erazo M.

\*Médico Residente Año III Postgrado de Pediatría UNAH-VS, HMCR, HRN - IHSS, HLMV

\*\* Peditra de la Clínica de Atención Integral Hospital Dr. Mario Catarino Rivas

Correspondencia: [karenerazo@yahoo.com](mailto:karenerazo@yahoo.com)

### Resumen:

**OBJETIVOS.** Documentar una caracterización clínica y epidemiológica de adolescentes con VIH y/o Sida atendidos en el Hospital Dr. Mario Rivas de Enero 2010 a Junio del 2011 y abrir la brecha de investigaciones futuras en otros centros. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo transversal, prospectivo, con recolección de datos mediante interrogatorio directo al paciente y sus cuidadores, complementando con el expediente clínico, aplicándose un instrumento de trabajo de tipo formulación a 214 adolescentes con VIH Sida **RESULTADOS.** El 85 % de los adolescentes están entre 11 y 18 años, el 18% de los mayores de 18 años han pasado a consulta de adultos. En su mayoría son huérfanos de padre, madre o ambos (66%), 22% viven en hogares y un 2% viven en parejas. Se establece que un 6% no estudia. La categoría clínica C3 fue la más frecuente al momento del diagnóstico, sin embargo el 66% tenía inmunosupresión severa al momento del diagnóstico. Se registra un 13% con fracaso virológico mayor de 2,000 copias. Un 19% de los adolescentes utiliza terapia de rescate. El 32% ha presentado algún efecto adverso con la terapia antirretroviral. El 3% de las mujeres se ha embarazado. El 95% de los adolescentes conoce su estado serológico y el 35% han ameritado apoyo psicológico en algún momento. En esta cohorte el 0.5% han fallecido. **CONCLUSIONES.** Se recomienda la formación de grupos de auto apoyo juveniles que fomenten la adherencia y su

participación social así como también incluir de forma real el apoyo nutricional en el concepto de atención integral, fortalecer y coordinar con la clínica de adultos el paso de los adolescentes y continuar la educación sexual en los adolescentes con VIH. Se discuten otros aspectos clínicos y epidemiológicos.

### Palabras Claves:

Adolescentes, Calidad De Vida, Infección Por Vih, Adherencia, Falla Terapéutica, Centro De Atención Integral

### Introducción:

La Adolescencia es el periodo de la vida que transcurre entre la infancia y la vida adulta. Tiene entidad propia pues se caracteriza por ser una etapa del desarrollo en la que se producen cambios físicos y psíquicos importantes. Es cuando se alcanza la madurez sexual y cognitiva caracterizado por un aumento en la autonomía. Según la OMS se considera adolescencia entre los 10 y 20 años mientras que en Estados Unidos es de 13 a 24 años.

En el año 1983 se describieron los primeros casos de SIDA infantil y desde entonces hasta la actualidad, el número de casos ha ido en aumento, los niños ahora se han convertido en adolescentes que en un futuro no muy lejano serán adultos gracias a la educación y al acceso de antirretrovirales mejorando su expectativa y calidad de vida, la mayoría de ellos adquirieron la infección por transmisión vertical.

Desde el punto de vista del manejo general la infección por VIH en el adolescente se maneja como en el adulto aunque habría que tomar en consideración en el abordaje del paciente adolescente una serie de aspectos que le confieren entidad propia ya que pueden presentar farmacocinética diferentes, en la dosificación de los antirretrovirales debe tenerse presente el estado puberal.

Sin embargo la larga exposición a los medicamentos ha hecho que otros problemas surjan como los generados por la toxicidad a los mismos, esto de alguna manera pone sobre la mesa aspectos físicos, psicológicos que desfavorecen la adherencia a una terapia que tiene que ser tomada toda la vida. Diferentes estudios observacionales han objetivado una mayor prevalencia de complicaciones metabólicas en adolescentes en comparación con niños más pequeños infectados por transmisión vertical, incluyendo la lipodistrofia, hiperlipidemia, resistencia a insulina y osteopenia. Se estima que un 82% tiene problema de adherencia. La adherencia es un pilar fundamental para conseguir un buen control del virus, muchos de los factores que conllevan a una mala adherencia al tratamiento y que también está presente en enfermedades crónicas son situaciones socioeconómicas desfavorables, el cansancio del paciente y los familiares, el tabú que sigue existiendo sobre la infección, todo esto conlleva a la existencia de un secreto familiar, así pues es de vital importancia la relación entre el cuidador y el niño. Existen aspectos psicológicos, físicos y sociales que influyen directamente en el desarrollo del niño y que tendrá impacto diferente en función del estadio de la adolescencia un periodo especialmente vulnerable. La estructura y el apoyo familiar son determinantes. Muchos de los jóvenes han perdido sus padres en edades tempranas y otros viven con abuelos y tíos. Cambios familiares, fallecimientos, emigración, cambios de cuidador, nuevos nacimientos añaden más stress.

Ellos deben manejar su infección así como el sentimiento de culpa sobre todo en el caso de la transmisión vertical. La revelación conduce al adolescente a un periodo difícil y a la aparición de problemas de conducta temporales que disminuye con el tiempo. Además recordemos que deberá realizarse el paso a la consulta de adultos, no existe una edad concreta para realizar el cambio y dependerá de cada situación, pero parece adecuado iniciar la transferencia de 16 a 18 años, siempre y cuando el paciente se encuentre en una situación clínica y emocional estable.

Con lo anteriormente expuesto, el paciente adolescente con VIH plantea una situación particular distintiva en los aspectos clínicos, terapéuticos, sociales, psicológicos, familiares etc., por esta razón nos proponemos, en este estudio conocer cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de nuestra población adolescente atendida en el Centro de Atención Integral del Hospital Mario Catarino Rivas de Enero 2010 a Junio 2011.

#### Pacientes y Métodos:

En nuestro estudio se incluyeron 214 adolescentes con VIH y/o Sida de 11 a 22 años que asistieron a La Clínica de Atención Integral Pediátrica del Hospital Dr. Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula en el periodo Enero 2010 a Junio 2011. Excluyéndose todos aquellos que no desee que su caso sea tomado en cuenta para este estudio.

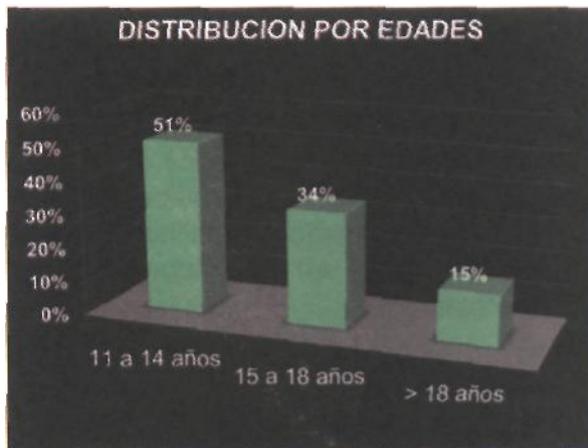
El presente trabajo es un estudio prospectivo, descriptivo, transversal, y la recolección de datos se llevó a cabo mediante interrogatorio directo al paciente y sus cuidadores, complementando con el expediente clínico, aplicándose un instrumento de trabajo de tipo cuestionario, el cual fue previamente validado, mediante una prueba piloto a 10 pacientes.

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos, realizando un análisis de todas las variables, tanto dependientes, como independientes, consistentes en: Frecuencias y Medidas de tendencia aplicables a un estudio descriptivo.

**Resultados:**

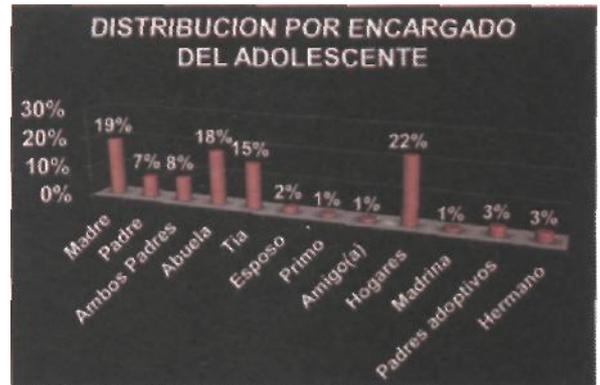
De la cohorte estudiada 51% de los adolescentes están entre 11 a 14 años y un 15% es mayor de 18 años, en cuanto a género la relación es 1.1:1 a favor del femenino. El 85 % de los adolescentes están entre 11 y 18 años, el 18% de los mayores de 18 años han pasado a consulta del CAÍ de adultos.

Gráfica No. 1 Adolescentes con VIH y/o Sida y grupo de edad

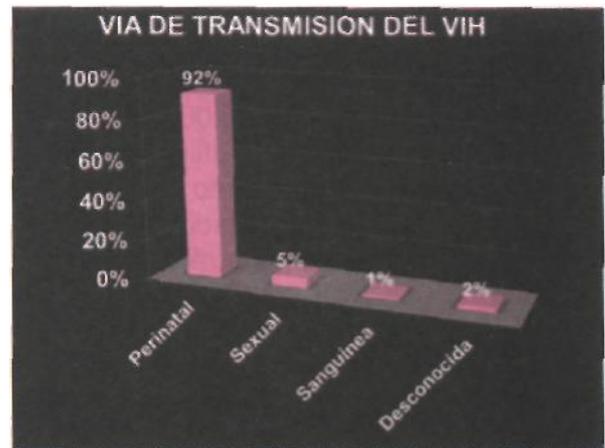


El 90% de ellos habitan en el departamento Cortés y de este 65% es del casco de San Pedro Sula. En su mayoría son huérfanos de padre, madre o ambos (66%), 22% viven en hogares y un 2% viven con su pareja conyugal.

Gráfica No. 2 Adolescentes con VIH y/o Sida y su distribución por encargado



Gráfica No. 3 Adolescentes con VIH y/o Sida y su vía de transmisión



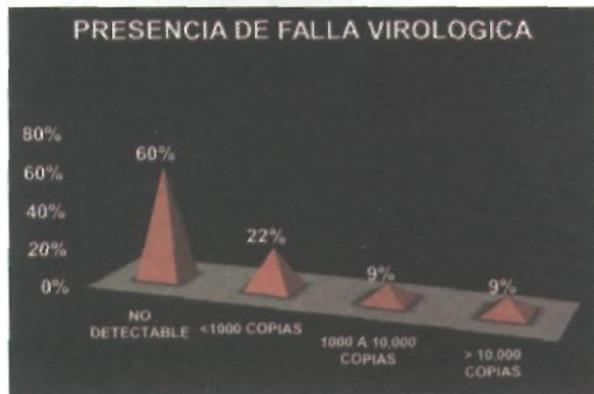
La vía de transmisión más frecuente fue la perinatal con 92% Del total de los adolescentes estudiados, 62% están estudiando la primaria y solo el 5% tienen educación superior, cabe mencionar que el 6% no estudia.

La categoría clínica C3 (Categoría con sintomatología Severa) fue la más frecuente al momento del diagnóstico con un 30% sin embargo el 66% tenía inmunosupresión severa al momento del diagnóstico ( Categoría N , A, B , C todas en Estadio 3 , según CDC ) Ver Tabla No. 1

Tabla No 1. Adolescentes con VIH y/o Sida y su categorización clínica e inmunológica según CDC

Categoría	Frecuencia	%
N1	3	1.5%
N2	5	2%
N3	6	3%
A1	8	4%
A2	16	7.5%
A3	34	16%
B1	5	2%
B2	22	10%
B3	37	17%
C1	3	1.5%
C2	10	5%
C3	65	30%
Total	214	100%

El 97% de los adolescentes tienen adherencia mayor del 95%, un 3% de abandono al tratamiento se confirmó. Se registra un 60% no detectable virológicamente y un 13% con fracaso virológico mayor 2,000 copias. Un 19% de los adolescentes utiliza terapia de rescate que es el tratamiento ofrecido a los pacientes que han presentado resistencia y falla al tratamiento de primera línea. *Gráfica No. 4 Adolescentes con VIH y/o Sida y su distribución según Carga viral*



El 32% ha presentado algún efecto adverso con la terapia antirretroviral siendo el más frecuente la dislipidemias en un 31% de los cuales el 63% corresponden a hipercolesterolemia, seguido por la anemia en 29%. La hiperglicemia no es un trastorno metabólico frecuente solo un 6% la han presentado y ha sido transitoria. El trastorno hepático se ha presentado en un 4% y la función renal se ha visto afectada en un 2%. De la población femenina el 18% no ha menstruado y el 3%

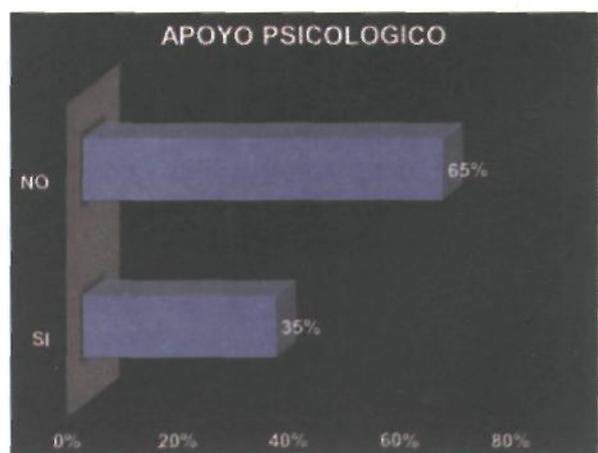
Tabla No 1. Adolescentes con VIH y/o Sida y su categorización clínica e inmunológica según CDC

Efecto Adverso	Frecuencia	%
Anemia.	39	29%
Osteopenia	3	2%
Osteoporosis	18	13%
Dislipidemias	43	31%
Lipodistrofia	34	25%
Total	137	100%

se ha embarazado, el estado serológico de los 7 niños es negativo. Un 6% del total de los adolescentes tiene vida sexual activa. El 65% de los conyugues desconoce su estado serológico y solo el 35% conoce la seropositividad de su pareja. No se registra uso de drogas y alcohol en este estudio.

El 95% de los adolescentes conoce su estado serológico y el 35% han ameritado apoyo psicológico en algún momento ya sea para revelación del diagnóstico o por intervención por crisis ya sea para aceptación de su diagnóstico, conflictos familiares, problemas de cambios en su imagen corporal entre otros.

Gráfica No 5. Adolescentes con VIH y/o Sida y el requerimiento apoyo psicológico



En nuestra cohorte se reporta un caso de mortalidad (0.5%).

### Discusión:

La Clínica de atención Integral Pediátrica del HMCR de San Pedro Sula atiende en un promedio de 400 niños con VIH y/o Sida, de estos el 53% son mayores de 11 años. Muchos de estos niños y niñas han crecido recibiendo atención médica en este centro, lo que ha generado un fuerte apego en la relación medico paciente, retrasando el paso a la consulta de adultos de los mayores de 18 años.

La mayoría de ellos son del género femenino lo que concuerda perfectamente con la tendencia hacia la cara femenina de esta pandemia a nivel mundial.

A pesar de existir centros de atención integral en todo el país, esta Clínica del HMCR sigue atendiendo a niños y niñas procedentes de otras zonas del país tales como Santa Bárbara, Yoro, Atlántida, Comayagua, Colon y Copan, probablemente por falta de atención pediátrica en algunas de ellas o por miedo a la discriminación local.

La principal vía de transmisión en la edad pediátrica sigue siendo la transmisión peri-natal, demostrándose en esta cohorte. El alto índice de orfandad encontrado ha repercutido considerablemente en la estabilidad psicológica y emocional de estos pacientes, la creación de hogares han sido soluciones factibles pero temporales en la mayoría de los casos, las abuelas han desempeñado un papel extraordinario.

El acceso a la educación se ha visto condicionada por algunos factores tales como: económicos, miedo al estigma y la discriminación, bajo rendimiento escolar, lo que ha provocado en algunos casos deserción escolar, algunos de ellos logran obtener algún título básico o técnico pero sin oportu-

nidades laborales, lo que los convierte en uno más del gran índice de desempleo nacional.

Al encontrarse que la categoría Clínica e Inmunológica más frecuente al momento del diagnóstico fue C3 se hace evidente en esta cohorte, lo que obviamente ha repercutido en el estado inmunológico, empeorando en muchos de ellos su pronóstico y calidad de vida. El problema básico radica en que muchos de ellos recibieron monoterapias y biterapias antes de tener acceso a la terapia de alta efectividad de primera línea (AZT, 3TC y EFV), condicionando la presencia de fallas terapéuticas determinadas principalmente por la falla virológica presente en el 18% de esta cohorte, sin embargo el 60% ha logrado llegar a tener cargas virales no detectables.

El factor adherencia juega un papel fundamental, a pesar de todos los factores que rodean a la adolescencia la mayoría de ellos tiene una adherencia aceptable a la terapia con los antirretrovirales, por supuesto el apoyo psicológico ha sido una gran herramienta, los abandonos a la terapia se ha adjudicado en su mayoría al cansancio por tomar medicamentos, aunado al poco apoyo de los cuidadores, miedo al estigma y discriminación de sus amigos, en otros casos a factores económicos que han impedido el acceso a los servicios de salud y no podemos olvidar la presencia de efectos adversos presentes en más de la mitad de esta cohorte siendo el más común las dislipidemias seguidas por la anemia secundaria al uso de AZT, obligando a los pacientes a cambios de terapias más complicadas en número de fármacos y dosis diarias. Algunos de ellos como las lipodistrofias han ameritado intervenciones psicológicas para su aceptación en el cambio de imagen corporal.

El inicio temprano de vida sexual activa es una realidad, la edad promedio es a los 15 años en ambos sexos, la no revelación del diagnóstico a sus parejas es fundamentalmente por miedo al rechazo, al estigma y discriminación. Aunque el embarazo no ha sido una situación planificada, las adolescentes han entrado al Programa de Prevención de la Transmisión de madre a hijo (PPTMH) del VIH el cual ha sido un éxito, ya que los 7 niños son seronegativos.

La revelación del diagnóstico ha sido un proceso realizado a partir de los 11 años de edad: en conjunto médicos, cuidadores y psicólogos, en algunos casos solo se llega a confirmar lo que el adolescente ya sospecha, para otros es un impacto emocional cuya aceptación lleva más tiempo.

Esta cohorte no reveló el uso de drogas y alcohol, probablemente la investigación al respecto fue superficial.

Se recomienda la formación de grupos de auto apoyo juveniles que fomenten la adherencia y su participación social así como también incluir de forma real el apoyo nutricional en el concepto de atención integral, fortalecer y coordinar con la clínica de adultos el paso de los adolescentes volviéndolo un proceso más oportuno y menos difícil tanto para el adolescente como para sus pediatras y continuar la educación sexual en los adolescentes con VIH.

1. GESIDA. Tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1996; 14 (Supl 1):1-52.
2. Iribarren JA, Labarga P, Rubio R, Berenguer J, Miro JM, Antela A et al. Recomendaciones de GESIDA/ Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Octubre 2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(10):564-642.
3. The DHHS panel on antiretroviral guidelines for adult and adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents - October, 2006. <http://AIDSinfo.nih.gov>
4. Carr A, Samaras K, Thorisdottir A, Kaufmann GR, Chisholm DJ, Cooper DA. Diagnosis, prediction, and natural course of HIV-1 protease-inhibitor-associated lipodystrophy, hyperlipidaemia, and diabetes mellitus: a cohort study. *Lancet* 1999; 353(9170):2093-9.
5. Knobel H, Escobar I, Polo R, Ortega L, Martin-Conde MT, Casado J et al. Recomendaciones GESIDA /SÉFH/ PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23(4):221-231.
6. Nelson, Virus de Inmunodeficiencia Humana, Capítulo 223, *Pediatría de Nelson* 18 edición, 2008; 1109-12
7. Dr. Ramos Amador, Dra. González Tomé, Dr. Moreno Pérez. *Infección VIH-SIDA en niños y adolescentes*. 2008. España
8. Guía de antirretrovirales en niños y adolescentes 2da edición. 2009. España
9. Guía de consejería para adolescentes. 2009. Honduras
10. Infección por el VIH en niños y [adolescentes. www.campusether.org](http://www.campusether.org).
11. JM Gatell, B Clotet *Guía Práctica del SIDA, clínica, diagnóstico y tratamiento*. 2011

Results : 85 % of adolescents were between 11 and 18 years old ; 18 % of those over 18 years have passed for consultation to adults / »;  
Most are orphans of father, mother or both (66% ); 22 % live in households and 2% live in pairs . It is established that 6% does not study.

The clinical category C3 was the most frecuente at diagnosis , but 66% had severe immunosup-pression at the time of diagnosis,

It recorded a 13% virological failure increased 2000 copies . A19 % of adolescents used rescue therapy , 32 % presented with any effects of antiretroviral therapy . A 3% of women have become pregnant, 95% of adolescents know their status and 35% have merited counseling at some point. In this cohort 0.5 % died.

Conclusions : We recommend the formation of mutual support groups that promote adhesión youth and social participation as well as in a real way include nutritional support in the concept of comprehensive care . Strengthen and coordínate with the adult clinics over the teens and continué sexual education in adolescents with HIV. We discuss clinical and epidemiológica! aspects

Keywords:

Young, Quality of Life, HIV infection, Adherence, treatment Failure, Integral care center