

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR VIH-1

Resumen para Equipos de Salud

Edición 2021-2022



Presidente de la Nación
Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud
Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Dra. Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias
Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles
Dr. Hugo Feráud

Autoría:

Área de niños, niñas y adolescentes de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVYT) y área de Pediatría del Consejo Técnico Asesor de la DRVIHVYT

Este documento fue realizado con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
Ministerio de Salud de la Nación
Av. 9 de Julio 1925 – 9º piso (Ala Moreno) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono: (011) 4379-9017
Correo electrónico: direcciondevih@gmail.com
argentina.gob.ar/salud/vih-sida
Línea Salud Responde: 0800 333 3444

Introducción

La historia natural del VIH en la niñez, transcurre de forma muy diferente a la descrita para la edad adulta. Durante los primeros años de vida, y especialmente durante el primer año, el avance de la infección puede ser muy rápido, por lo que el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz deben ser considerados una prioridad para la salud pública.

El tratamiento antirretroviral de alta eficacia significó un cambio sustancial en la evolución de niñas y niños infectados por VIH, transformando a la infección pediátrica de una enfermedad mortal a corto plazo, a una afección crónica en la que surgen retos continuos en relación al tratamiento prolongado en el tiempo.

Uno de los mayores obstáculos es la escasa disponibilidad de fármacos aptos para pediatría, no obstante, el surgimiento de nuevas alternativas de tratamiento (formulaciones dispersables, comprimidos masticables) facilita la adherencia, y con ello el impacto de la infección en la vida de niños y niñas.

El objetivo del TARV en pediatría es disminuir la mortalidad, conseguir y mantener una supresión virológica, minimizando la toxicidad de los ARV en el corto y largo plazo. En el caso de adolescentes sexualmente activos, el tratamiento disminuye el riesgo de transmisión sexual de la infección. La supresión viral sostenida previene el desarrollo de resistencia a fármacos, permite la mejoría de la función inmune, previene la aparición de infecciones oportunistas, encefalopatía por VIH y mejora el desarrollo pondoestatural y neurocognitivo de las infancias que viven con VIH.

**Dirección de Respuesta al VIH,
ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis**

Las presentes recomendaciones se encuentran dirigidas a los miembros del equipo de salud que asisten niñas, niños y adolescentes (NNyA) que viven con VIH. También se dirigen a los responsables jurisdiccionales que participan en el proceso de gestión de acceso a tratamientos antiretrovirales recomendados.

El objetivo es brindar directrices para optimizar el cuidado y tratamiento antiretroviral de NNyA, con opciones más seguras y eficaces, basadas en la mejor evidencia disponible. Es importante de todos modos destacar que existen situaciones particulares, donde la evaluación y el criterio de profesionales expertos puede proponer una opción alternativa de tratamiento a los sugeridos en este documento.

Evaluación de niñas y niños con reciente diagnóstico de infección por VIH

- ▶ **Historia de TARV recibido por la persona gestante:** antes, durante el embarazo, profilaxis post exposición recibida.
- ▶ **Examen físico:** valorar estado nutricional, establecer clasificación clínica (CDC).
- ▶ **Laboratorio específico:** Carga viral, linfocitos CD4, estudio genotípico de resistencia a antirretrovirales. El TARV debe ser iniciado sin esperar el resultado del test de resistencia.
- ▶ **Laboratorio de toxicidad:** hemograma completo, glucemia, urea, creatinina, electrolitos, transaminasas, bilirrubina, colesterol, triglicéridos, proteinograma, cuantificación de inmunoglobulinas y orina completa.
- ▶ **Serologías:** Hepatitis B y C, CMV, toxoplasmosis, sífilis, enfermedad de Chagas.
- ▶ **Genotipo HLA B5701:** para descartar riesgo de hipersensibilidad al abacavir.

Recomendaciones para el inicio del TARV en niños, niñas y adolescentes

Se recomienda el inicio de tratamiento antirretroviral universal en todos los casos diagnosticados de infección por VIH, independientemente de su situación clínica, virológica e inmunológica¹.

Esto es de suma importancia en menores de 12 meses, en quienes el tratamiento debe iniciarse en cuanto se diagnostique la infección, de forma urgente y sin considerar las manifestaciones clínicas, carga viral o recuento de linfocitos CD4. La evidencia para el tratamiento temprano en pediatría surge del trabajo realizado en lactantes de Sudáfrica² (CHER) en el que se demostró una reducción de la mortalidad en aquellos que empezaban tratamiento antes de los 3 meses de vida. Resultados similares se obtuvieron en el meta-análisis de una cohorte europea, en el que se evidenció disminución de la progresión a SIDA y muerte³.

En cuanto a la población neonatal, las publicaciones confirman el beneficio del inicio de tratamiento a una edad temprana, es decir dentro de los primeros 7 días de vida⁴. El tratamiento temprano permite la reducción del reservorio viral, lo cual modifica el pronóstico de la infección a largo plazo^{5,6,7}.

Los niños y niñas menores de 5 años deben considerarse prioritarios para el inicio del TARV debido al riesgo de progresión acelerada y mortalidad que presentan⁸.

Ante un caso de tuberculosis o meningitis criptocócica, el inicio de TARV deberá diferirse al menos 2 semanas desde el inicio del tratamiento de la infección oportunista.

La elección de TARV debe basarse en la edad, eficacia de la droga, toxicidad, resistencia y adherencia. Las personas responsables de los niños y niñas deben ser instruidas en relación a la necesidad de mantener constancia en la administración de la medicación con el objetivo de lograr el control virológico y disminuir la aparición de resistencia a ARV. Asimismo, deberán explicarse posibles efectos adversos que motiven la consulta médica.

Esquemas preferidos

Edad	Esquema preferido
Recién nacidos - 14 días de vida	2 INTI + RAL (>37 semanas de edad gestacional, >2 kg de peso) (AI) 2 INTR + nevirapina* (AI)
14 días - 3 años	2 INTI + LPV/r (AI) 2 INTI + RAL (BII)
3 - 6 años	2 INTI + RAL (BII) 2 INTI + DTG (AI) en niños de >14 kg
6 - 12 años	2 INTI + DTG (AI) en niños de >20 kg
> 12 años	2 INTI + DTG (BII)

Esquemas alternativos

Edad	Esquema alternativos
14 días - 3 años	2 INTI + nevirapina*
3 - 6 años	2 INTI + EFV* (AI)
6 - 12 años	>40 KG: 2 INTI + DRV/r (600/100) cada 12 horas (AI)
> 12 años	> 40kg: 2 INTI +DRV/r (800/100) cada 24 horas (AI)

*Previo a la indicación de nevirapina o efavirenz, debe hacerse la genotipificación viral para detectar mutaciones de resistencia a INNTI debido a la alta prevalencia de mutaciones primarias en nuestro medio⁹. Por otro lado, en la actualidad se la considera una droga subóptima debido a la alta variabilidad farmacocinética que puede condicionar tanto su eficacia como la posibilidad de aparición de efectos adversos¹⁰.

INTI preferidos

INTI	Recomendación
AZT + 3TC AZT + FTC	Desde el nacimiento hasta los 6 años de edad. (AI)
ABC + 3TC ABC + FTC	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de 1 mes de edad. (AI) • Realizar test HLA-B5701 (hipersensibilidad a ABC). (AI) • No indicar con test positivo. (AII) • No se recomienda en pacientes con >100.000 copias/mL de VIH por el riesgo de fallo terapéutico.
TDF + 3TC ó FTC	En niños de 2 a 12 años de edad. (AI)
TAF+ 3TC o FTC	<ul style="list-style-type: none"> • >12 años de edad >25 kg de peso asociado a INSTI o INNTI. (AI) • >12 años de edad >35 kg de peso asociado a IP. (AI)

INTI alternativos

Esquema	Edad
AZT + ABC	En >1 mes de edad (BII)
AZT + 3TC ó FTC	<ul style="list-style-type: none"> • En niños >6 años de edad (BII)

Esquemas no recomendados

- ▶ Monoterapia
- ▶ Darunavir no potenciado con ritonavir

Recomendaciones en púberes y adolescentes con infección perinatal

En adolescentes con VIH, la terapia antirretroviral debe iniciarse independientemente del estadio clínico y recuento de células TCD4.

Deberán recibir dosis de ARV según la Sexual Maturity Rating (SMR) o Escala de Tanner (valoración de madurez sexual)

- ▶ **Escala de Tanner I-II-III (pubertad temprana):** deberán recibir dosis pediátricas.
- ▶ **Escala de Tanner IV-V (pubertad tardía):** evaluar regímenes y dosis de adultos.

Consideraciones especiales:

Inhibidores de integrasa (INSTI): Las guías de la OMS han incorporado recientemente a los inhibidores de integrasa como tercer fármaco de elección en prácticamente todos los escenarios pediátricos.

Raltegravir (RAL)

Es un inhibidor de integrasa de primera generación. Se presenta en gránulos dispersables (10mg/ml), puede utilizarse a partir de las 37 semanas de EG y por encima de los 2 kg de peso. En nuestro país están disponibles las formulaciones en gránulos, comprimidos masticables de 25 y 100 mg y comprimidos duros de 400 y 600 mg.

Nacimiento-7 días de vida (una dosis/día) 2-3 kg 3-4 kg 4-5 kg	1.5 mg/kg/dosis 0.4 ml 0.5 ml 0.7 ml
1 a 4 semanas de vida (dos dosis/día) 2-3 kg 3-4 kg 4-5 kg	3 mg/kg/dosis 0.8 ml cada 12 hs 1 ml cada 12 hs 1.5 ml cada 12 hs
4 a 6 semanas de vida (dos dosis/día) 3-4 kg 4-6 kg 6-8 kg	6 mg/kg/dosis 2.5 ml cada 12 hs 3 ml cada 12 hs 4 ml cada 12 hs

Tiene pocas interacciones medicamentosas. Cuando se asocia a tratamiento de tuberculosis con rifampicina es necesario duplicar la dosis de raltegravir^{11,12}.

Debe ser administrado cada 12 horas, por el momento no está autorizado su uso una vez al día en pediatría¹³.

Tiene baja barrera genética, lo cual implica que debemos asegurarnos una buena adherencia ya que de lo contrario existe la posibilidad de desarrollo de mutaciones que den resistencia al RAL.

Dolutegravir (DGV)

Para mayores de 6 años, con más de 14 kilos, DGV ha pasado a formar parte de la primera línea de recomendación.

En nuestro país existen comprimidos recubiertos de 10,25 y 50 mg. El comprimido de 50 mg puede utilizarse en los niños y niñas con más de 20 kg¹⁴. En infantes con peso de 15 a 20 kg, la dosis recomendada es de 40 mg una vez al día.

Los comprimidos recubiertos y los dispersables no son bioequivalentes.

Tiene alta barrera genética y pocas interacciones medicamentosas. Si se usa junto a drogas tuberculostáticas, debe duplicarse la dosis de DGV.

Bictegravir (BIC)

Es un nuevo inhibidor de la integrasa de segunda generación que se encuentra recomendado a nivel internacional como primera línea terapéutica. Tiene una alta barrera genética.

Se encuentra disponible en tableta de dosis fija, con una sola dosis diaria combinado con TAF/FTC¹⁵. No se recomienda asociado a tratamiento de tuberculosis con rifampicina debido a que los niveles de bictegravir plasmático disminuyen por interacción con rifampicina.

Interacciones entre anticonceptivos y drogas antirretrovirales

La Organización Mundial de la Salud ha establecido criterios de elegibilidad (CME) para las personas con infección por VIH y uso de anticonceptivos.

Consideraciones generales

Sin restricciones:

- ▶ Anticonceptivos combinados (píldoras e inyectables).
- ▶ Anticonceptivos de progestágenos: píldoras, inyectables, levonorgestrel.

Dispositivo intrauterino con levonorgestrel: Las personas con infección por VIH avanzada no deben iniciar su anticoncepción con este método hasta haber mejorado su condición. En casos en los que ya tengan el DIU hormonal colocado, no es necesario su retiro.

Consideraciones según grupo de droga ARV

Tópicos revisados en la quinta edición de los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (CME)¹⁶.

Inhibidores Nucleósidos de la Transcriptasa Reversa	<p>Sin restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Anticonceptivos orales.• Anticonceptivos inyectables, anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de ETG• Infección VIH leve o asintomática (estadios 1 o 2 de la OMS): pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME)• Enfermedad clínica por VIH grave o avanzada: No deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve.• Quienes reciben cualquier INTI, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (efavirenz o nevirapina)	<p>Sin restricciones: AMPD (categoría 1 de los CME).</p> <ul style="list-style-type: none">• Pueden usar AOC, AIC, AOPS, EN-NET, e implantes de ETG (categoría 2 de los CME).• Pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), cuando la enfermedad clínica por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS).• Personas con VIH avanzado o grave (estadios 3 o 4 de la OMS), en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que la infección haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve. En quienes usan efavirenz o nevirapina, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).

Inhibidores de la proteasa	<p>Sin restricciones: AMPD (categoría 1 de los CME).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden utilizarse AOC, AIC, AOPS, EN-NET, e implantes de ETG (categoría 2 de los CME). • Pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), cuando la infección por VIH sea asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). En caso de VIH grave o avanzado (estadios 3 o 4 de la OMS), no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que la infección haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve. Las personas que usan inhibidores de la proteasa, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan infección por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).
Inhibidores de integrasa (Raltegravir)	<p>Sin restricciones: AOC, AIC, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de ETG (categoría 1 de los CME).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pueden utilizar DIU-LNG (categoría 2 de los CME), cuando el VIH sea asintomático o leve (estadios 1 o 2 de la OMS). • En infección por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) no debe iniciarse el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME para el inicio del uso) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve. • Las personas que usan raltegravir, que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan infección por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).

AOPS: Anticonceptivo oral con progestágeno solo.

AIPS: Anticonceptivo inyectable con progestágeno solo.

AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito.

EN-NET: Enantato de noretisterona.

LNG: Levonorgestrel.

ETG: Etonogestrel.

Seguimiento clínico y de laboratorio en niños, niñas y adolescentes con infección confirmada por VIH

Los controles clínicos se realizarán:

- ▶ **Semanalmente:** durante el primer mes posterior al inicio del TARV.
- ▶ **Mensualmente:** durante el primer año de vida.
- ▶ **Cada tres meses:** en casos asintomáticos y en sintomáticos con estabilidad clínica, inmunológica y virológica.

El seguimiento clínico incluye:

1. Evaluación del crecimiento, desarrollo, estado nutricional.

2. Evaluación de compromiso orgánico: piel, sistema linfoganglionar, visceromegalias, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, hematológico, renal, gastrointestinal, sistema nervioso central.

3. Prevención de infecciones oportunistas según clínica y CD4. La profilaxis con TMP-SMX debe administrarse hasta el año de vida a todo paciente con infección confirmada por el VIH. A partir del año de vida se indicará de acuerdo a recuento de linfocitos CD4.

4. Evaluación de adherencia y tolerancia al tratamiento antirretroviral.

5. Evaluación de laboratorio:

- El primer control de carga viral se realizará dentro de los 2 meses de iniciado el TARV para confirmar el descenso de la misma (AIII).
- Los controles posteriores de CV, recuento de linfocitos CD4 y evaluación de toxicidad medicamentosa deben hacerse cada 3-4 meses (AIII). Ante un cambio de TARV, se requiere un control para descartar toxicidad a las 2 semanas y para evaluar respuesta en la CV a las 2-4 semanas de realizado.
- Serologías para Chagas, VHC y sífilis se realizarán en la consulta inicial y se repetirán de acuerdo a la presencia de síntomas y compromiso inmunológico.
- Serología toxoplasmosis: en la consulta inicial y una vez al año en caso de ser negativa.
- Serología CMV: a partir del año de edad y ante inmunocompromiso severo (<100 células/mm³ o $<10\%$) cuando la serología sea negativa. En caso de ser positiva, deben realizarse controles oftalmológicos anuales ante inmunosupresión grave
- Imágenes: radiografía, ecografía, tomografía, resonancia nuclear magnética según clínica de la persona.
- Control cardiológico, neurológico y nutricional una vez al año.
- Soporte psicosocial del niño, niña o adolescente y su familia. Apoyo en la escolarización.

En situaciones individualizadas, ante pacientes estables y con seguimiento adecuado, los controles clínicos y de laboratorio podrán espaciarse cada 6 meses.

Variable	Inicio de seguimiento	Pre TARV	Inicio de TARV	1 a 2 semanas de TARV	2 a 4 semanas de TARV	Cada 3-4 meses	Según necesidad cada 6-12 meses	Cambio de TARV
Evaluación clínica	X	X	X	X	X	X	X	X
Adherencia		X	X	X	X	X	X	X
Recuento de CD4	X	X	X			X	X	X
CV	X	X	X		X	X	X	X
Test de resistencia	X							X
HLA B5701	X							
Hemograma	X	X	X		X	X	X	X
Química	X	X	X		X	X	X	X
Lípidos	X		X				X	
Glucemia			X				X	
Orina	X		X				X	

Develamiento

Develar el diagnóstico de infección por VIH es una decisión compleja, dado el estigma relacionado, las preocupaciones acerca de la salud mental y apoyo social, las habilidades comunicacionales de las familias o cuidadores, y la capacidad de entendimiento en menores de edad. La falta de conocimiento del diagnóstico afecta de manera negativa el bienestar de niñas y niños, incluyendo el acceso al tratamiento y adherencia al mismo.

Los efectos del develamiento no están bien estudiados. Si bien algunos estudios en países industrializados muestran que está asociado a mejor adherencia al TARV, con mayores recuentos de CD4, menor índice de depresión, más habilidades para buscar atención médica, prácticas sexuales seguras para evitar transmisión secundaria; otros estudios no logran demostrar lo mismo.

Factores que influyen en el develamiento del diagnóstico en población pediátrica:

► **Edad:** Los niños y niñas menores de 6 años de edad no tienen capacidad de entender el concepto de enfermedad y toma de medicación.

Según las recomendaciones de la OMS, los niños y niñas en edad escolar deben ser informados sobre la infección¹⁷. Entre los 5-10 años se puede empezar a hablar sobre que tienen una infección, que afecta las defensas, y que la medicación ayuda a mejorarlas. Alrededor de los 8 o 9 años ya tienen capacidad para discernir con quién pueden hablar de estos temas. Asimismo, se comienza a estimular la autonomía y la toma de decisiones: a esta edad ya pueden recordar por sí mismos el horario de las tomas, conocer las dosis y el tipo de remedios que reciben¹⁸.

A partir de los 10-12 años ya se cuenta con capacidades cognitivas para comprender el diagnóstico y es un buen período para objetivar la revelación.

En la adolescencia, además de la información diagnóstica es necesario abordar el tema de la utilización de métodos de barrera e incorporar el concepto de “indetectable=intransmisible”, resaltando la importancia de mantener la carga viral suprimida, para no transmitir la infección.

► **Madurez:** El desarrollo emocional y capacidad intelectual, independientemente de la edad cronológica, influyen en el momento de revelación del diagnóstico. Deben tenerse en cuenta las habilidades y el desarrollo cognitivo en cada caso para entender lo que le están diciendo.

► **Situación familiar:** Padres, madres, familiares o cuidadores que viven con VIH encuentran más fácil el develamiento de la infección, al mostrarles que es posible vivir con VIH y estar saludables. El tener un progenitor fallecido relacionado a la infección es un factor predictivo para dar a conocer el diagnóstico.

► **Educación:** Niveles más altos de educación están relacionados con mayor índice de develamiento según las investigaciones.

► **Factores relacionados con la salud:** la autoadministración de la medicación, el mayor tiempo de seguimiento y TARV se asociaron en mayor medida al conocimiento del diagnóstico.

► **Posturas de los familiares y cuidadores que pueden influir en el proceso de develamiento:**

- Preocupación sobre la forma de decirlo, miedo a no poder responder de manera adecuada los cuestionamientos, o de no contar con preparación psicológica o emocional para hacerlo.
- Temor a los efectos negativos: estigma, discriminación, afecciones a la salud mental (depresión, tristeza, estrés).

BARRERAS

- » Temor de que el niño o niña le cuente a otras personas.
- » Estigma y discriminación.
- » Preocupaciones sobre la salud física y/o emocional.
- » Creer que aun no es el momento, o que todavía es muy joven.
- » No sentirse competente para responder las preguntas .

VENTAJAS

- » Mayor adherencia al TARV y mejores cuidados, con menor probabilidad de progresión y muerte.
- » Otorgar a niños, niñas y adolescentes el derecho de saber y conocer.
- » Capacidad de protegerse y proteger a otras personas.

Rol del Personal de Salud

- ▶ Respetar los tiempos de cada menor y cada familia.
- ▶ Abordar el momento del develamiento como una cita programada, con el equipo y personas escogidas por familiares o cuidadores del niño o niña.
- ▶ Usar lenguaje apropiado y claro, en cada caso acorde a la madurez.
- ▶ Respetar los silencios necesarios para procesar la información.
- ▶ Describir la infección por VIH como una afección crónica, explicar en detalle con visitas sucesivas.
- ▶ Permitirle a niños, niñas y adolescentes expresar sus emociones y necesidades en un ambiente de confianza.
- ▶ Explorar en cada caso el conocimiento sobre la infección y promover un espacio seguro, confiable y confidencial.
- ▶ Brindar herramientas para afrontar distintos momentos, como pedir apoyo de familiares y pares. Esto puede aliviar los síntomas negativos asociados a la infección y al TARV.

El develamiento permite a niños y niñas entender el motivo por el que toman medicación diariamente y comenzar a asumir responsabilidad sobre su cuerpo y su salud. Debe plantearse de manera integral, como parte del manejo de una afección crónica, debe estar personalizado, ajustado culturalmente y al desarrollo cognitivo de cada niño o niña.

Las políticas para evitar la discriminación y promover la tolerancia y el apoyo en instituciones educativas y en la sociedad, ayudan a crear un entorno donde el develamiento sea menos problemático.

Son necesarios más estudios para evaluar las estrategias más adecuadas de develamiento y el impacto en la salud física y mental de las niñas y adolescencias con VIH en países con bajos recursos. Es importante identificar los pasos a seguir durante el proceso, especialmente poder nombrar la infección y brindar apoyo para el manejo del estigma.

Discriminación y estigma

La discriminación, tal como la define ONUSIDA (2000) en su protocolo para la identificación de discriminación contra personas que viven con VIH¹⁹, hace referencia a cualquier forma de distinción, exclusión o restricción arbitrarias que afecten a una persona, generalmente pero no exclusivamente, por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto (en el caso del VIH y del sida, el estado seropositivo, confirmado o sospechado), con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.

El estigma es un atributo –visible o invisible– que devalúa, degrada o rebaja a la persona o al grupo de personas que lo poseen en un contexto determinado y en un momento social determinado. Es la identificación que un grupo social crea a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente. Esta identificación supone una descalificación del grupo entero o de un individuo por el hecho de ser miembro de este²⁰.

En el estudio sobre estigma y discriminación hacia las personas con VIH en el país²¹ se observó que un 16% del total de la muestra -948 personas con VIH encuestadas en AMBA, NOA, NEA y Cuyo- percibió negativamente la revelación de su estado serológico a personas cercanas (familiares, amistades y parejas). El miedo a la estigmatización impide compartir el diagnóstico con el grupo familiar, dificultando así la adherencia al tratamiento, la asistencia a los controles de salud periódicos y quitando la posibilidad de contención que podría brindar el grupo familiar a una persona gestante cuyo hijo o hija ha adquirido la infección, por vía vertical u horizontal.

En el mismo estudio un 72% de las personas encuestadas dijo haber retrasado el inicio del TARV por miedo a que las personas cercanas a ellas se enteraran de su diagnóstico positivo. Esta situación es extrapolable al inicio del TARV en niños y niñas, especialmente cuando quedan al cuidado de una persona adulta diferente de la madre o el padre, que no tiene conocimientos acerca de la infección.

Un 13% de las mujeres encuestadas afirmó que, en los servicios de salud, le habían aconsejado no gestar. Los mayores porcentajes de este tipo de violencia fueron referidos por las mujeres de los pueblos originarios (23% de ellas lo mencionan) y, si se considera la edad de quienes la refirieron, la mayor proporción se dio en las mujeres jóvenes (22%). El 15,6% de las personas gestantes afirmó que había sido obligada a tomar medicamentos antirretrovirales durante el embarazo para reducir el riesgo de transmisión del VIH, sin recibir asesoramiento e información sobre las distintas opciones disponibles. Estas prácticas institucionales dificultan y obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres y personas gestantes, y generan consecuencias negativas a sus hijas e hijos infectados o expuestos al VIH.

Ante la inquietud de los familiares o cuidadores acerca de informar o no el diagnóstico de niños, niñas y adolescentes en la escuela, debemos considerar que lamentablemente en ese ámbito también pueden surgir prejuicios y discriminación. Es preciso saber que dar a conocer el diagnóstico no aumenta la protección de los docentes ni de los otros alumnos, dado que la institución debería manejarse con las normas universales de cuidado. Si la familia decide revelarlo, es necesario que el equipo docente pueda manejar el tema con la confidencialidad que esto requiere para evitar un trato injusto hacia los niños y sus familias, dentro del marco de cumplimiento de los derechos enunciados en la Ley de Sida (uno de los cuales es la confidencialidad). Para ello es conveniente una comunicación fluida entre equipo de salud, la familia y el cuerpo docente.

El acompañamiento por parte del equipo de salud resulta fundamental para superar los obstáculos que surgen a partir del diagnóstico de la infección por VIH, tanto en la familia como en el niño o niña.

Bibliografia

1. Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of Children Living with HIV. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Disponible en <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf>.
2. Violari A, Paed F., Cotton M et al. Early Antiretroviral Therapy and Mortality among HIV-Infected Infants. *N Engl J Med* 2008;359:2233-44
3. Goetghebuer T, Haelterman E, Le Chenedac J et al. Effect of early antirretroviral therapy on the risk of AIDS/death in HIV infected infants. *AIDS* 2009; 23:597-604
4. Veldsman KA, Janse van Rensburg A, Isaacs S et al. HIV-1 DNA decay is faster in children who initiate ART shortly after birth than later. *J Int AIDS Soc.* 2019;22:e25368
5. Tagarro A, Chan M, Zangari P et al. Early and highly suppressive antiretroviral therapy are main factors associated with low viral reservoir in European perinatally HIV-infected children. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;79:269-276.
6. Veldsman KA, Janse van Rensburg A, Isaacs S et al. HIV-1 DNA decay is faster in children who initiate ART shortly after birth than later. *J Int AIDS Soc.* 2019;22:e25368.
7. Garcia-Broncano P, Maddali S, Einkauf K et al. Early antiretroviral therapy in neonates with HIV-1 infection restricts viral reservoir size and induces a distinct innate immune profile. *Sci Transl Med.* 2019;11
8. OMS Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
9. Aulicino P , Zapiola I, Kademian I , Valle M. Pre-treatment drug resistance and HIV-1 subtypes in infants from Argentina with and without exposure to antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission *J.Antimicrob Chemother.* 2019 Mar 1;74(3):722-730. doi: 10.1093/jac/dky486
10. Micheli JE, Chin LW, Shugarts SB. Measuring the overall genetic component of nevirapine pharmacokinetics and the role of selected polymorphisms: towards addressing the missing heritability in pharmacogenetic phenotypes? *Pharmacogenetics and Genomics* 2013, 23(11):591-596
11. Meyers T, Samson P, Acosta EP, Pharmacokinetics and safety of a raltegravir-containing regimen in HIV-infected children aged 2-12 years on rifampicin for tuberculosis. Moye J, Townley E, Bradford S, Marillo L, Denson K, Hovind L, Sise T, Teppler H, Mathiba SR, Masenya M, Hesselning A, Cotton MF, Krogstad P, IMPAACT P1101 Team. *AIDS.* 2019 Nov 15; 33(14):2197-2203.
12. Krogstad P, Samson P, Acosta E et al. Pharmacokinetics and Safety of a Raltegravir-Containing Regimen in Children Aged 4 Weeks to 2 Years Living With Human Immunodeficiency Virus and Receiving Rifampin for Tuberculosis. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2021 Feb; 10(2): 201–204
13. Nachman S, Zheng N, Acosta E et al. Pharmacokinetics, safety, and 48-week efficacy of oral raltegravir in HIV-1-infected children aged 2 through 18 years. *Clin Infect Dis.* 2014;58(3):413-422
14. Bollen P, Moore C, Mujuru H. Simplified dolutegravir dosing for children with HIV weighing 20 kg or more: pharmacokinetic and safety substudies of the multicentre, randomised ODYSSEY trial. *Lancet HIV* 2020; 7: e533–44
15. Cotton M, Liberty A, Rodriguez CA, et al. Pharmacokinetics, safety, and efficacy of bictegravir/emtricitabine/tenofovir alafenamide (B/F/TAF) single-tablet regimen in HIV-1-infected children (6 to <12 years). Presented at: International AIDS Conference. 2018. Amsterdam, Netherlands. Disponible en: https://www.natap.org/2018/IAC/IAC_39.htm

16. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Resumen ejecutivo. Quinta edición 2015. Disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/Ex-Summ-MEC-5/es/
17. Guideline on HIV Disclosure Counselling for children up to 12 years of age, WHO 2011
18. Bordato A, Gregorio L, Miranda C. Abordaje del contexto social y cultural en el proceso de diagnóstico en niños y adolescentes. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2012
19. *United Nations Program on HIV/AIDS. Protocol for the identification of discrimination against people living with HIVUNAIDS.* Geneva; 2000.
20. Goffman E, Guinsberg L. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires, Amorrortu, 1970.
21. ONUSIDA PNUD Ministerio de Salud Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos. Índice de Estigma y Discriminación hacia las personas con VIH en Argentina 2.0. Disponible en <https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/poverty/IndiceEstigmaDiscriminacion.html>

-  + info
-  www.
-  argentina.
-  gob.ar/salud

