

Sida y deporte

Dr. Pedro Cahn

*Jefe de Infectología
Hospital Juan A. Fernández*

Buenas tardes. Quiero en primer lugar agradecer a las autoridades de este Congreso por la invitación, para tocar un tema que es una de las tantas cosas que cuando yo elegí infectología como especialidad, el HIV todavía no se conocía, eran de las cosas que suponía que no me iban a pasar, hablar en un congreso de traumatología del deporte, si bien es cierto que hay una cantidad de elementos de patología infecciosa que se vinculan con el deporte, es cierto que también el SIDA nos ha abierto una serie de oportunidades para interactuar con colegas y con muchos no médicos también interesados por este singular fenómeno de fin de siglo.

Yo quisiera hoy contarles un poco en qué situación estamos en relación a la epidemia del SIDA para lograr entusiasmarlos para que se queden el resto de la charla; poder comentar con ustedes algunos elementos de la repercusión física que tiene la enfermedad por HIV en nuestros pacientes, y discutir un tema que seguramente les preocupa, que es qué pasa con la exposición a sangre durante el curso de la práctica deportiva y su propia práctica asistencial como médicos deportólogos, y finalmente hacer un breve comentario sobre el tema de prevención.

El SIDA es, sin lugar a dudas, una enfermedad que ha excedido largamente el campo de la medicina. Se trata en primer lugar de una enfermedad nueva, un hecho inédito, un hecho no esperado, y que como todos los acontecimientos inesperados genera un cierto temor en la sociedad, una enfermedad que por otra parte, rápida-

mente se expandió, desde 1981 en que se describen los primeros casos en San Francisco, a partir de allí, hemos pasado a una pandemia, que afecta prácticamente a todos los países del mundo y tiene ya millones de personas infectadas, una enfermedad que además reunía características únicas, una de ellas el de ser una enfermedad sexualmente transmisible, lo cual hace que ya tenga un cierto sesgo en la sociedad. Nosotros siempre comentamos que para mucha gente hablar de sus enfermedades, es una forma de relacionarse con terceros, hay gente que comenta hasta con cierto orgullo que sus cálculos han sido operados por vía laparoscópica, o que le han hecho una angioplastia, pero nadie va a andar comentando que tiene un herpes genital o una sífilis, éstos son temas, de manejo más reservados, agreguémosle a esto que se trata de una enfermedad mortal, que rápidamente la humanidad tomó nota de la capacidad que tenía esta nueva patología para realmente diezmar algunas poblaciones como viene ocurriendo en Africa, y que esta patología, tiene una particular incidencia entre las personas jóvenes. Ustedes saben que la gran mayoría de las personas en el mundo que han enfermado y muerto de SIDA, tienen menos de cuarenta y cinco años, y en algunas poblaciones en particular esto se da con especial virulencia en personas menores de treinta años; la única situación más o menos comparable a ésta en la cual en distintos lugares del mundo simultáneamente mueren millones de personas particularmente jóvenes, es la guerra, no hay otra circunstancia parecida en la era moderna donde nosotros podamos encontrar un fenómeno de este tipo.

Para complicar más las cosas esta enfermedad fue inicialmente descripta en los fatídicamente llamados

*Correspondencia: Dr. Pedro Cahn
Hospital Juan A. Fernández. Servicio de Infectología
Cerviño 3356 (1425) Capital*

grupos de riesgo, definición que tanto daño epidemiológico hizo, y entonces se pensaba que era una enfermedad limitada a ciertas personas diferentes de lo que la mayoría de las personas era una enfermedad de los homosexuales, luego fue una enfermedad de los homosexuales y los drogadictos, si uno no era ni una cosa ni la otra realmente uno podía considerarse exento, esto ayudó a que la epidemia se diseminara más rápido. Esta es una enfermedad esencialmente de transmisión sexual; y por lo tanto, dado que la mayoría de las personas prefieren tener relaciones sexuales con personas de sexo opuesto, ésta es una enfermedad de transmisión heterosexual. Cuando nos dimos cuenta que nos podía tocar a cualquiera de nosotros, las cifras se empezaron a contar por millones, y de esto es de lo que queremos hablar hoy. Vamos a ver en la primera diapositiva, datos de fines del año '95, observen ustedes el número de casos de SIDA (Tabla 1). Estos son los casos de SIDA notificados al programa global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud. Obviamente existe un subregistro, subregistro que es menor por ejemplo en los Estados Unidos donde, el propio CDC estima que el 20 % de los casos no son notificados, mientras que por ejemplo para Africa se estima que la subnotificación es de un 80%. Veán ustedes cómo, la cantidad de casos notificados, predomina en América sobretodo por el peso que tienen Estados Unidos y Canadá, dos países que tienen un muy buen sistema de vigilancia epidemiológica, pero cuando vamos a lo que pasa con los pacientes infectados por HIV, lo que el común de la gente llama los portadores del virus, que no han desarrollado todavía la enfermedad, podemos ver que las estimaciones hacen ascender a que prácticamente alrededor del 60% de los casos de infección por HIV se

encuentran en el continente africano. Primer dato muy importante a tener en cuenta: la distribución social que tiene esta enfermedad a escala planetaria, donde un continente que reúne aproximadamente el 10% de la población mundial, tiene sin embargo el 60% del total de los casos de personas infectadas por HIV. Como ustedes pueden ver, en América estamos en alrededor de dos millones de personas infectadas, de las cuales no menos de un millón se encuentran en el área de América Latina, área que como ustedes saben nosotros integramos, y yo diría cada vez con más fuerza. Por el otro lado tenemos que decir que la estimación de la Organización Mundial de la Salud, es que el 90% de las nuevas infecciones que se vienen produciendo en la década del '90, son infecciones que van a estar distribuidas precisamente entre Asia, Africa y América Latina. Dato a tener en cuenta entonces, la distribución de la epidemia es cada vez mayor en los países periféricos y tiende a equilibrarse progresivamente, en forma lenta pero progresiva, en los países centrales.

En la Argentina, en 1982, se notificaron tres casos en total, diría que fueron prácticamente mínimos, hasta 1986-87, donde comienzan a crecer, y la brecha entre casos informados y casos estimados es todavía mayor. Esto quiere decir, por ejemplo que en el año 1992 se notificaron alrededor de mil casos, mil casos solamente ese año, mientras que se habían notificado 500 en el año 1990; en forma acumulativa tenemos en nuestro país alrededor de doce mil casos notificados al programa nacional de SIDA, del Ministerio de Salud, con un serio retraso en la notificación, con un subregistro y con subnotificación. Subregistro se refiere a casos que nunca han sido diagnosticados como casos de SIDA y son registrados como muerte por sepsis o por meningitis, o por neumonía y subnotificación se refiere a casos diagnosticados pero que los médicos no nos hemos tomado el trabajo de notificar al Ministerio. En este momento tenemos alrededor de doce mil casos con una estimación un tanto conservadora, es el número real de enfermos de SIDA acumulados de 1982 hasta la fecha, estaría en el orden aproximadamente de catorce mil quinientas personas; el número de personas infectadas en nuestro país, según diferentes estimaciones lo hacen ascender entre ochenta mil y ciento treinta mil infectados, en su gran mayoría personas jóvenes.

La distribución de los casos en nuestro país, es fundamentalmente una distribución de las grandes ciudades, Capital y la provincia de Buenos Aires están prácticamente empatadas; esto ha venido cambiando, la Capital

Tabla 1: Situación mundial (al 15/12/95)

Sida	Infección HIV	
Africa	442.735	12.000.000
América	659.662	2.000.000
Europa	154.103	500.000
Asia	26.630	3.000.000
Oceanía	6.680	200.000
Total	1.289.810	17.700.000

Federal reunía antes el 70% de los casos notificados de SIDA y en la provincia de Buenos Aires esto viene creciendo de una manera muy significativa, digamos en este momento con los últimos datos que no están registrados en esta diapositiva, la provincia de Buenos Aires tiene ya más casos que la Capital, fundamentalmente a expensas del conurbano bonaerense; otra vez empezamos a ver el sesgo de la distribución social, donde los sectores socialmente más desfavorecidos se ven golpeados con particular virulencia. Quiero decir que naturalmente esto no implica que no estemos diagnosticando diariamente casos de SIDA en todos los sectores sociales, pero que el crecimiento se verifica en forma más rápida en aquellos sectores que tienen menos acceso a las medidas de prevención, a la educación, etc. Como ustedes pueden ver, entre Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba reúnen prácticamente más del 85% de los casos.

Si miramos cuáles son las características de la transmisión en nuestro país, ustedes pueden ver que más o menos la mitad de los casos ocurren por transmisión sexual, esta era también en la Argentina una enfermedad de varones homosexuales hasta 1987, en que comenzaron a aparecer los casos en mujeres. (Figura 1) En este momento aproximadamente dos tercios de estos casos de transmisión sexual se corresponden a varones homosexuales, un tercio ya son por transmisión heterosexual, y quiero decirles que la transmisión heterosexual es la categoría de más rápido crecimiento en el término de nuevos casos de SIDA en nuestro país particularmente entre las mujeres y en especial en las mujeres jóvenes. Una expresión clara de esto es que el 6% de los casos en nuestro país corresponde a hijos de madres HIV positivas; cuando aquí dice transmisiones sanguíneas 44%, no se trata por supuesto de casos transfusionales que representan apenas una pequeña minoría, menos del 5% del total de los casos se corresponden a pacientes hemofílicos y a pacientes transfundidos. Cuando hablamos de transmisión por vía sanguínea, estamos hablando de transmisión entre personas que consumen drogas por vía intravenosa. Si nosotros miramos cómo el perfil de la epidemia se ha venido modificando, comparamos el período 87-97, es decir un cuatrienio sería; 87-91 y el 92-95, y ustedes pueden ver que este período contra éste, si las transfusiones representaban el 8,5% del total han bajado al 3,9, en parte por crecimiento de las otras categorías, en parte por la mejora en el control en los bancos de sangre. (Tabla 2) Observen que la propor-

ción de casos en adictos a drogas por vía intravenosa, representa un 44% contra el 35%, pero observen cómo los casos en individuos heterosexuales han au-

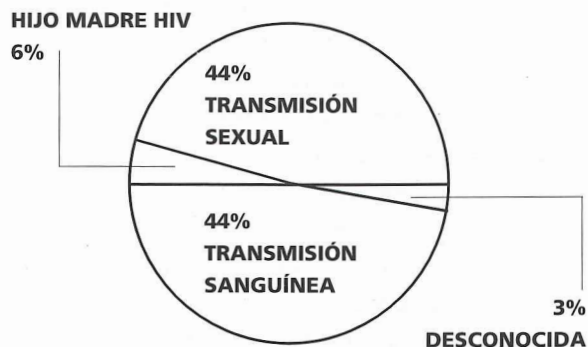


Figura 1: Características de transmisión en Argenti-

mentado y ésta es una tabla referida a mujeres en especial del 21% al 44,7% ¿Qué estamos diciendo entonces? Que de cada cien mujeres que presentaban SIDA entre el año 87 y el año 91, más o menos 21-22, eran por contagio heterosexual. De cada cien mujeres que presentaban SIDA en el período 92-95, casi la mitad fueron por transmisión heterosexual.

Si nosotros miramos un poco las edades vamos a ver cómo también esto se ha ido modificando. Observen ustedes marcado en este color rojo encontramos lo que pasa con los hombres y marcado con verde entonces lo que pasa con las mujeres, y ustedes pueden ver que en realidad, las edades promedio son siempre menores en las mujeres que en los hombres, es decir de alguna manera lo que estamos diciendo es que el promedio de edad que encontramos entre los casos notificados de SIDA actualmente, se encuentra entre alrededor de los 27 a 35 años en el caso de los hombres y entre los 22 a los 26 años en el caso de las mujeres.

Tabla 2: Distribución porcentual del riesgo en muertes, 1987-1995

Riesgo	87-91	92-95
Transfusiones	8,5	3,9
ADIV	44,4	35,6
Hijo madre HIV+	25,4	15,6
Heterosexualidad	21,7	44,7

Cuando miramos la distribución porcentual de los factores de riesgo podemos ver que obviamente y este es un tema que de alguna manera ustedes seguramente habrán tocado en el curso de este congreso; la adicción intravenosa es un fenómeno que se da fundamentalmente en las personas jóvenes. Observen ustedes que 60% de los casos que han contraído SIDA por vía de adicción intravenosa, se encuentra entre los 15 y 29 años. La proporción en el caso de los homo y bisexuales se refiere más a edades intermedias de 25 años para arriba, mientras que la transmisión heterosexual se da de una manera más o menos clara entre las dos primeras categorías, es decir menores de 29 y entre 30 y 44 años.

Si nosotros observamos un factor, que creo que tiene mucho que ver con la actividad en las instituciones deportivas, donde estoy seguro que la opinión del médico deportólogo debe ser tenida en cuenta como una opinión calificada, así al menos debería ser y uno quisiera creer que en algunas instituciones lo es, observen ustedes cómo el tema de la escolaridad tiene una representación diferente según las categorías de transmisión; entre los adictos por vía intravenosa, el 80% no ha completado la educación secundaria, circunstancia que baja a menos del 40% entre las personas que han contraído esta enfermedad por transmisión entre homo o bisexuales y está en alrededor del 65% entre las personas por transmisión heterosexual, con esto lo que estamos mostrando es una de las tantas formas de ver que el tema del consumo de drogas por vía intravenosa, que es una de las puertas principales para ingresar en el campo de esta epidemia, tiene mucho que ver con el nivel de instrucción de los pacientes.

Bueno, quiero simplemente mostrarles lo que ha ido pasando con la epidemia en mujeres. No teníamos casos en mujeres hasta el año 87, hoy 1 de cada 4 casos que se notifican en el país corresponde a mujeres es decir tenemos una relación de 4 a 1. Quiero decirles que por ejemplo en el continente africano, donde suponemos que la epidemia está instalada hace mucho más tiempo, tenemos más mujeres infectadas que hombres. La tendencia en nuestro país como ustedes pueden ver ha pasado de lo que teníamos a principios de la década del 90, 14 casos en hombres por cada caso era una mujer, a una proporción prácticamente de 4 a 1 y con tendencia a ir igualándose, es decir que en el futuro lo que esperamos son más casos, más casos en mujeres, más casos en mujeres jóvenes y particularmente en los sectores que desde el punto de vista social y educativo se encuentran más desfavorecidos.

Habitualmente cuando nosotros pensamos en el tema del SIDA, estamos pensando en aquellos enfermos avanzados, muy adelgazados, con una cantidad de infecciones oportunistas y enfermedades marcadoras. El centro de control de enfermedad de los Estados Unidos, tempranamente, en 1983, diseñó este diapositivo que todavía sigo usando porque me parece que muestra muy gráficamente cuál es la verdadera magnitud del problema. Nosotros decimos que un paciente tiene SIDA cuando tiene ciertas enfermedades comunicables, es decir yo notifico al Ministerio que un señor tiene SIDA, cuando, siendo infectado por HIV tiene una neumonía por *Pneumocystis carinii*, una toxoplasmosis cerebral, o un sarcoma de Kaposi o lo que fuera; en cambio no notifico los pacientes infectados, éstos son apenas una pequeña porción de la totalidad; y así como en un iceberg, o en un témpano, la parte visible es apenas una pequeña porción de la totalidad de la masa, aquí ocurre exactamente lo mismo. Pensemos que esto mide en términos de casos notificados en el mundo 1.200.000, y aquí abajo pensamos que está midiendo alrededor de 30 a 40 millones, mientras que en la Argentina esto mide 12.000 y acá pensamos que mide entre 80.000 y 130.000. Porqué es importante para ustedes como médicos en su práctica general y también como médicos deportólogos, porque el problema no es ¿Qué voy a hacer cuando tenga que asistir en mi institución deportiva a un deportista que tenga SIDA? Este va a ser un problema seguramente menor, ustedes ahí van a pedir el concurso del infectólogo, para tratar la complicación infecciosa o para tratar la neumonía, etc., el problema es que ustedes tienen que pensar que en la institución en la que ustedes trabajan tienen pacientes infectados que están asintomáticos, tan asintomáticos y doy siempre el ejemplo, pero si hay un auditorio donde lo puedo hablar con claridad es éste, como es el caso de Magic Johnson, no voy a explicar a ustedes lo que significa ser basquetbolista de la NBA, con una exigencia de alto rendimiento; hasta hace poco tiempo Magic Johnson venía jugando, y él no estaba menos infectado por HIV que una persona que desarrolla cualquier otro tipo de actividad.

Probablemente hoy sí podamos decir que estaba menos infectado en términos de tener una carga viral menor, tenía menos virus circulando, seguramente su nivel de linfocitos CD4, marcador que utilizamos para ver cómo están sus defensas inmunológicas sería mejor que el de los pacientes avanzados, pero ese paciente es

un paciente que está infectado por HIV que va a requerir seguramente la atención de ustedes y que en todo caso es tan potencialmente contagiante como cualquier otra persona infectada por el virus. De modo tal que pensar en SIDA solamente a punto de partida de las enfermedades comunicables, sería como pensar en el tema del cáncer razonando exclusivamente alrededor de aquellos casos que tienen metástasis múltiples olvidándonos que el cáncer en realidad es una enfermedad que empieza el día que la primera célula se multiplica de una manera inapropiada.

Yo no los voy a complicar mucho con datos técnicos sobre esta enfermedad porque el objetivo de esta charla no es hacer un pequeño cursillo sobre el SIDA, sino reflexionar con ustedes sobre el SIDA y deporte, pero sí les quiero contar en esta diapositiva cómo es la enfermedad para que la tengamos más o menos en claro. Aquí tenemos primero el tiempo, medido primero en semanas y luego en años, primer dato importante a tener presente, el SIDA, la enfermedad por HIV como en realidad deberíamos llamar a este proceso, que es un proceso crónico cuya evolución se mide en años y tiene un largo período de latencia clínica, aquí decíamos el tiempo, aquí tenemos el número de células CD4, tener más células CD4 es mejor, tener menos obviamente es peor, y a la inversa aquí tenemos la carga viral, tener mucho virus obviamente es tener un inóculo del agente infeccioso más alto y eso es malo para el paciente tener menos virus es mejor. Fíjense ustedes que cuando empieza la infección, el individuo se contagió lo que sucede es que tenemos un rápido ascenso de la carga viral, se produce una primera viremia como algunas veces ustedes estudiaron lo que pasa por ejemplo en el sarampión cuando hace el primer pico febril se produce una primera viremia, el virus es rápidamente atrapado en las estructuras linfáticas y se produce una caída importante de la carga viral, a veces a niveles no detectables, pasa un tiempo que en algunos pacientes es muy corto, a veces de dos o tres años son la minoría, en la gran mayoría pasa un tiempo entre 5, 8 y 10 años y luego comienza a ascender la carga viral. Fíjense ustedes que los CD4, que inicialmente están en valores alrededor de 1000, sufren una caída en espejo con el ascenso de la carga viral, luego se reajustan a un nivel que ya no vuelve a ser el nivel inicial pero que es un nivel que le sirve al individuo para defenderse muy bien en la vida diaria de las infecciones, hasta que a lo largo del tiempo empieza a caer otra vez el nivel de linfocitos

CD4 hasta llegar a las etapas finales donde nosotros tenemos pacientes ambulatorios que andan por la calle con dos células CD4 por milímetro cúbico, tres células CD4, o aún valores no detectables y fíjense ustedes que después de un largo período de latencia clínica, esta infección primaria, este síndrome agudo que parece una mononucleosis infecciosa, en nuestra experiencia lo vemos en muy pocas oportunidades, menos del 10% de los casos; pero con esto o sin esto, viene un largo período de latencia clínica, el paciente está completamente bien, asintomático, desarrolla su actividad habitual, hace deporte, debo decirles que entre nuestros pacientes tenemos deportistas en actividad, profesionales y no profesionales, árbitros de diferentes disciplinas, entrenadores y, menciono estos casos en particular, simplemente por la razón que éste es un congreso de medicina deportiva, también podría hablarles de muchas otras profesiones, no es que el deporte en especial sea un lugar donde podamos tener pacientes en una mayor proporción que en otros casos, se trata de personas jóvenes y ésta es una epidemia de personas jóvenes. Vean ustedes que cuando se produce esta caída de los CD4, cuando se produce este ascenso de la carga viral, empiezan los primeros síntomas constitucionales, un dato muy importante para ustedes es la astenia, uno de los síntomas que más tempranamente presenta el paciente, es astenia, incapacidad para desarrollar los esfuerzos físicos habituales, y esto debería ser para el médico deportólogo un elemento de alerta; obviamente, colegas, ustedes lo saben mejor que yo, un deportista puede tener muy diferentes causas de astenia desde orgánicas hasta psicológicas, nutricionales, la tensión a la que se ve sometido, etc., pero yo los invito a que incorporen en el diagnóstico diferencial de las causales de astenia inexplicables la posibilidad de que la persona esté infectada por el virus del HIV, en la medida que la inmunodeficiencia avanza la carga viral vuelve a aumentar, empiezan a aparecer las enfermedades oportunistas y esta enfermedad librada a su propia evolución termina con el fallecimiento del paciente.

Yo, simplemente para que ustedes tengan una idea de la magnitud de lo que estamos hablando, vean ustedes, apelo un poquito a nuestro recuerdo de las matemáticas, 10 a la sexta significa un millón, esto significa que todos los días, el virus HIV está generando 680 millones de copias nuevas que el organismo hace desaparecer en una batalla realmente muy notable donde hay una continua destrucción de las células CD4, ustedes lo pueden ver ahí, digamos 1800 millo-

nes de células CD4 se ven destruidas todos los días por acción de la multiplicación del virus HIV y todos los días el organismo repone exactamente esta misma cantidad de células, y fíjense que ésto tiene mucha importancia desde el punto de vista de lo que ustedes manejan porque el gasto metabólico de reposo de los pacientes se ve incrementado aún en los pacientes asintomáticos, todo este recambio celular, millones de células que mueren por la multiplicación del virus HIV y millones de células que se ven repuestas todos los días, genera una situación de un alto gasto metabólico de reposo que podría ser una de las explicaciones del agotamiento precoz y del ulterior adelgazamiento que estos pacientes presentan.

Yo quiero ahora discutir con ustedes brevemente, el tema de qué pasa con la exposición a sangre en el deporte, en este sentido ustedes saben que las recomendaciones que en general ha hecho la Organización Mundial de la Salud que no debería limitarse la práctica deportiva prácticamente la gran mayoría de los casos de los pacientes aún cuando estos estuvieran infectados por el HIV; vamos obviamente a plantear una situación particular en aquellos deportes donde la posibilidad de generar sangrado es mucho más alta, el deporte de alto nivel de contacto físico, de todas maneras por razones que vamos a ver enseguida las mejores precauciones que se puedan adoptar son las precauciones universales y ahora vamos a ver porque: yo voy a tomar como paradigma una situación de alto nivel de exposición como es la práctica médica a nivel hospitalario y fíjense ustedes que nosotros para cualquier paciente donde tengamos que manipular cualquiera de estos líquidos y obviamente en el deporte lo que nos importa es la sangre, debemos utilizar precauciones universales, a que me refiero con esto; todo paciente independientemente de su condición social, independientemente de su sexo, independientemente de su aspecto, de su apariencia o de la enfermedad que presente debe ser asistido utilizando precauciones universales esto quiere decir evitar el contacto con sangre, esto quiere decir proceder al descarte seguro de las agujas, esto quiere decir la utilización de guantes para su atención, etc. Y esto tiene una razón, las razones para utilizar las precauciones universales tienden a proteger tanto al equipo de salud como al paciente de lo que, digamos de aquello que pudiera estar portando el equipo de salud, como también para prevenir la presentación de infecciones cruzadas de paciente a paciente. Fíjense ustedes, esto que ustedes ven aquí y que también lo utilizan,

infiltran pacientes en su práctica habitual, esto que ustedes ven aquí, no es un truco fotográfico, esto es una aguja, no es cierto, que ha atravesado el capuchón, se ha descartado erróneamente, en vez de tirarlo en los descartadores comunes que están disponibles en todos los hospitales, se ha intentado reencapuchar la aguja, ¿por qué muestro esta fotografía?, porque el 80% de los accidentes que se producen en el nivel asistencial hospitalario, tienen que ver con un incorrecto descarte de agujas, para descartar agujas, insisto, están estos descartadores que están ahora en todos lados, si ustedes trabajan en instituciones tan pobres que no pueden gastar los pocos pesos que cuesta un descartador, pueden utilizar una botella plástica de agua mineral con solución de lavandina al 10%, una parte de lavandina diez partes de agua, y tiran las agujas ahí sin reencapuchar, esto es un elemento esencial para prevenir el contagio, para prevenir los accidentes porque es en el reencapuchado, vuelvo a insistir, donde se produce la mayor parte de los accidentes.

Observen ustedes un dato importante, que es la cuestión de entender que cuando hablamos de precauciones universales, no estamos hablando solamente del tema del HIV. Cuál es el riesgo de poder contraer HIV si yo tengo una punción accidental, si yo me pincho con una aguja hueca de un paciente a quien se le sacó sangre y esa aguja está llena de sangre, está en el orden del 3% o, si es un caso de SIDA y tiene carga viral alta, es seguramente menor del 3% o si es un paciente HIV reactivo asintomático. (Tabla 3) Sin embargo analicemos qué pasa con otra enfermedad como la Hepatitis B, si es un paciente de baja contagiosidad, y es antígeno e negativo por lo tanto, el riesgo de contagio es del 9% contra 3% o que teníamos antes y si en cambio es un paciente de alta contagiosidad tiene antígeno e +, es un paciente altamente transmisor, el riesgo de contagio es de 45%, de modo tal que aún tratándose de un paciente HIV -, yo no puedo dejar de adoptar las precauciones universales en mi práctica médica, en la institución hospitalaria, en la institución deportiva o donde fuera. Y colegas yo les quiero recordar que no tenemos datos sobre la facilidad de transmisión del virus de la Hepatitis C, en el contexto del accidente laboral, pero en cambio sí tenemos datos sobre una gran diferencia aproximadamente un 10% de los pacientes que tienen Hepatitis B van a evolucionar hacia la cronicidad, mientras que entre el 70 y el 80% de los pacientes que tienen Hepatitis C evolucionan hacia las formas crónicas, de modo tal que no contraer una Hepatitis B

Tabla 3: Bioseguridad

		%
HBV	Ag e +	36
HBV	Ag e -	9
SIDA	(CDC - IV)	0,3
HIV+	Asintomático	< 0,3

mientras uno esta trabajando, no contraer una Hepatitis C parece ser una medida inteligente.

El uso de los guantes en la atención de los pacientes yo les diría que no se puede justificar de ninguna manera que en cualquiera de las instituciones a donde ustedes trabajan, no estén disponibles guantes que ni siquiera necesitan ser guantes estériles porque son en primera instancia para protección del operador, cuando muchas veces nos preguntan y si en una escuela hay un chico que tiene HIV y qué pasa si se lastima, no importa que un chico tenga HIV, tiene que haber un par de guantes a disposición de la maestra para hacer la primera atención, la primera curación hasta que llega el médico y exactamente lo mismo pueden manejar ustedes. Los guantes son indudablemente útiles como protección en diferentes procedimientos el orden de reducción del riesgo con el uso de guantes está en alrededor del 50%, vean ustedes por ejemplo si por cada 100 procedimientos, por cada 100 veces que yo saco guantes mi tasa de exposición es de 10 en cambio la puedo bajar a menos de 1 si yo estoy utilizando guantes, cuando estoy descartando agujas me pasa lo mismo de 22 veces, bajo 1, es decir que puedo obtener niveles de reducción muy importantes en el riesgo utilizando guantes.

Una de las cuestiones que uno podría plantearse es, ya tengo la solución del problema, estoy seguro que alguien iba a plantear como pregunta, entonces me anticipo, le hago un test de HIV a todos los deportistas que tengo en el club y me quedo tranquilo que son HIV(-). En primer lugar yo quiero que ustedes reflexionen conmigo, todos los que estamos en este salón nos hacemos una serología para HIV hoy y tenemos el resultado pasado mañana, cuando nos volvemos a testear?, porque hoy somos HIV(-), pero seguiremos siendo HIV(-), en tanto y en cuanto no nos expongamos a partir de este momento; por otro lado ustedes saben muy bien que desde el momento que una

persona se infecta hasta que su test es positivo, ocurre el llamado período de ventana que en algunos pacientes puede ser tan corto como 14 días y en otros puede ser tan largo como 3 meses, y en algunos casos hasta 6 meses, de modo tal que una serología negativa, no nos asegura absolutamente nada. La ley 23.798 recoge los consejos médicos en relación a cómo debe efectuarse esta serología, (Tabla 4) siempre con el consentimiento del paciente, y esto tiene mucha importancia para una práctica médica no habituada a pedir consentimiento a los pacientes, esto tiene una razón de ser, la condición de positivo para el virus HIV ha significado para mucha gente la pérdida de su trabajo, la expulsión de la institución deportiva, tenemos casos concretos, le ha significado también, dificultades de orden familiar, es decir un perjuicio por lo cual el paciente tiene que saber previamente que va a ser testado, no se puede testear a nadie en contra de su voluntad. Las pruebas deben ser obviamente confirmadas; no puede entregarse una prueba de HIV sin la previa confirmación, por cuanto existen los falsos positivos con las pruebas de screening o rastreo como es una prueba de Elisa, estamos obligados como médicos a mantener la confidencialidad, esta ley, cuya lectura yo les sugiero realmente a los colegas que estan en prácticas institucionales, determina las excepciones al secreto que son realmente muy escasas y estrictas, las podemos comentar después en el momento de las preguntas, y finalmente la obligatoriedad del consejo o asesoramiento, no puede entregarse el resultado del HIV por ventanilla como si fuera un examen de colesterol, uno debe informar al paciente de qué se trata, explicar qué diagnóstico de HIV no necesariamente es un diagnóstico de SIDA, explicar cómo tiene que hacer para cuidarse y cómo tiene que hacer para cuidar a los demás. Una vez en una mesa redonda, el jefe de cirugía del Hospital General de San Francisco, refirió que el 25% de los pacientes que se operaban en ese hospital

Tabla 4: Serología HIV

- **Cómo y cuándo**
- **Consentimiento**
- **Confirmación**
- **Confidencialidad**
- **Consejo**

Ley 23.798

Decreto 1244/91

eran HIV reactivos, formuló el siguiente planteo, si el testeo masivo es la respuesta cuál es la pregunta? porque él decía, voy a testear masivamente a la gente antes de operarla, en el caso de ustedes, antes de admitirla en el club, o de admitirla en el plantel profesional o lo que fuera, para qué? para en todo caso darle un trato distinto si esa persona se lastima, me estoy equivocando por las razones que yo les he tratado de explicar de lo que se trata es de tener una conducta única con todas las personas independientemente del perfil de riesgo que nosotros podamos creer; el pie de error que puede cometer un cirujano es operar distinto a un paciente HIV reactivo de un paciente HIV(-), porque abandona su práctica habitual y entonces es allí donde tiene más riesgo de equivocarse; si la pregunta es que no lo voy a admitir, entonces estoy ejerciendo la práctica discriminatoria que evidentemente no sirve, de modo tal que el testeo masivo, carece completamente de sentido, no hay que gastar dinero en exámenes preoperatorios, no hay que gastar dinero en exámenes prenupciales, no hay que gastar dinero en exámenes predeportivos, en lo que sí conviene invertir y sale mucho más barato es en prevención en general para todo el mundo y por supuesto ofrecer el testeo a aquellos pacientes que consideren que pueden haber estado en riesgo. Para aquellos que no estan convencidos, yo les voy a mostrar dos casos de los característicos pacientes infectados por HIV, algunos colegas dicen que ellos reconocen a los enfermos de SIDA de lejos porque se les ve la pinta, acá ven ustedes una señora de 68 años que ingresó a la sala de neurocirugía de mi hospital con una cefalea intensa se la internó pensando que tenía un tumor cerebral, como mientras estaban pidiendo los turnos para la tomografía le apareció este brote, nos llamaron a nosotros para la consulta y esto es un herpes Zoster, que ustedes habrán reconocido, cuando empezamos a preguntar, esta señora efectivamente tenía un herpes Zoster, había sido hysterectomizada unos años antes, había recibido una transfusión y había contraído el HIV.

Otro ejemplo de los típicos pacientes infectados con HIV, es el caso de este chiquillo que ingresa a los 6 meses de edad al hospital con su cuarta neumonía consecutiva lo cual motivó a los pediatras a pensar que podía tener una inmunodeficiencia y entre las pruebas que se le piden, se le pide una serología para HIV; estos son dos ejemplos prácticos y concretos de la tipología característica de las personas infectadas por HIV que las personas dicen reconocer.

Yo quiero terminar entonces, simplemente reflexionando con ustedes sobre lo que yo considero que puede ser un rol extraordinario que puede jugar el médico deportólogo en relación al tema de la epidemia del SIDA. Ustedes saben que en algunos países del mundo, la curva de crecimiento de la epidemia ha empezado a achatarse, es decir, está creciendo menos el SIDA de lo que crecía en años anteriores, no es el caso de la Argentina, y no es el caso de la Argentina porque nuestro país sistemáticamente ha desconocido todo tipo de esfuerzo de prevención desde los niveles oficiales, tanto a nivel nacional como municipal y provincial, con algunas honrosas excepciones, o en todo caso fugaces intentos que quedaron precisamente en eso. Yo creo que si nosotros podemos valorar el peso que tienen las instituciones deportivas, la capacidad de por un lado aglutinar a los jóvenes en un centro de interés tan particular como es el deporte, y no les voy a contar a ustedes lo que ustedes saben mejor que yo, y si al mismo tiempo entendemos el peso social que en nuestro país tienen los deportistas, podremos entender cómo desde las instituciones deportivas se podrían realmente generar esfuerzos que al menos tiendan a mitigar esta falta de campañas de prevención. (Tabla 5)

Cuando nosotros estamos en presencia de una patología, que es hasta el momento incurable a pesar de muchos avances que han habido en el tratamiento pero perfectamente prevenible y digamos que la gente se sigue infectando, estamos incurriendo en un genocidio por inacción, son millones de personas en todo el mundo, son decenas de miles en nuestro país de personas, en su mayoría jóvenes, que están contrayendo una enfermedad incurable que modifica para siempre el destino de sus vidas y creo que nosotros podríamos efectivamente, a partir de las instituciones deportivas generar muchas de estas cosas. Recientemente en la conferencia de Vancouver tuvimos oportunidad de ver un video que grabó la selección nacional de hockey sobre hielo de Suecia, un deporte que parece ser muy popular en ese país, cada uno de los integrantes grababa un corto en el cual hacía de actor digamos, en el que promovía el cuidado, el uso de preservativos, el cuidado en las relaciones sexuales, y tuvo un extraordinario impacto porque efectivamente este tenía el atractivo para los jóvenes de ver a sus ídolos deportivos participando en esto; yo creo que si en nuestro país se utilizan los deportistas para promocionar el consumo de cerveza, me parece que sería mucho más sano en todo caso, que los deportistas pudieran participar en este tipo

de campañas. Tal vez la Sociedad de Medicina del Deporte en conjunto con la Sociedad Argentina de SIDA, que yo presido, podrían ser dos sociedades que en conjunto tomarán este tema, yo hago públicamente este ofrecimiento o cualquier otra cosa que a ustedes se les ocurra, nosotros tenemos, con creatividad, generar la iniciativa que nos permita avanzar en el terreno de la prevención.

Voy a terminar simplemente diciendo que, como muestra este diapositivo, si vamos de pesca es conveniente llevar salvavidas. Es conveniente recordar que no es por vía del deporte donde vamos a tener la mayor cantidad de casos de transmisión del virus HIV, pero sí es a través de la práctica deportiva, sí es a través de las instituciones deportivas donde nosotros podemos ayudar a que se adopten las conductas preventivas correspondientes; gracias por la atención.

-Si nosotros tenemos un deportista que sabemos que tiene SIDA, ¿en qué medida, le conviene practicar deporte, le hace bien, le hace mal, qué hacemos, qué consejo le damos, lo dejamos que haga o es peor decirle que no haga?

-Bueno en primer lugar como yo traté de explicarles, la evolución de la enfermedad por HIV, hace que el individuo pase por muy diferentes etapas, ustedes pueden tener un paciente recientemente infectado por HIV, que tenga absolutamente todos sus parámetros clínicos y humorales normales, es decir, el paciente no está anémico, no tiene trastornos en su hepatograma e inclusive ustedes lo someten a pruebas de rendimiento físico y no van a encontrar diferencias, de modo tal que en esos casos no parece justificado el determinar que no

desarrolle actividades deportivas, hay en esto una razón muy importante también, es lo que significa determinar desde afuera la modificación del proyecto de vida del paciente en tanto que no representa un peligro para las personas que hacen deportes junto con él, insisto, podemos poner en un capítulo aparte los deportes de contacto físico directo como son los deportes estilo karate, donde puede haber boxeo, etc., que también es un tema muy polémico que no está resuelto entre los médicos acerca de cómo proceder en estas cuestiones, pero lo cierto es que para otras prácticas deportivas, supongamos un atleta, un jugador de fútbol, lo que fuere no hay ninguna razón para que él no continúe practicando deporte. Una pregunta que nos hacen nuestros pacientes, que no son deportistas profesionales, pero que les gusta ir al gimnasio o les gusta jugar al fútbol los domingos etc., es si pueden practicar deporte, y la respuesta es afirmativa, nosotros no prohibimos la práctica deportiva, lo que les sugerimos es que traten de no desarrollar niveles de entrenamiento más allá de los habituales, porque obviamente su capacidad para responder va a ser distinta; yo creo que el médico deportólogo que tenga un deportista HIV reactivo, deberá darle tal vez un cuidado especial en relación a la magnitud del esfuerzo que se le exige y probablemente controlarlo mucho más de cerca, en el sentido que pueden aparecer más tempranamente limitaciones físicas tales como, desde el punto de vista sintomático la astenia, desde el punto de vista humoral que el paciente desarrolle anemia u otras limitaciones para su actividad habitual.

-Como profesor de Educación Física, le quiero hacer una pregunta con respecto al trabajo con los chicos, de detectar un caso en un chico; ¿cómo entablar esa problemática hacia la familia, hacia los padres, de qué manera nosotros como docentes podemos ayudar a que la familia se integre al problema?

-Bueno, es más difícil de contestar porque no hay un modelo de familia; en general si usted ejerce la docencia con chicos chicos, es muy improbable que se detecte un caso de HIV en un chico sin que los padres estén enterados, salvo que esta detección sea hecha por los médicos, con el chico hospitalizado y los padres van a ser notificados; en términos generales la idea es que, digamos, uno procura que la familia se integre al cuidado, que no segregue al chico, que ayude a evitar la segregación del chico en el medio escolar, y lo que sí está claro es que no tiene ningún sentido generalizar la informa-

Tabla 5: Prevención

Componentes necesarios
<ul style="list-style-type: none"> • Permanencia • Intensidad • Accesibilidad de los elementos • Entrenamiento de multiplicadores • Oportunidad • Asesoramiento • Intervenciones focalizadas • Campañas masivas

ción en el medio escolar, y esto vale para el medio deportivo, el tema de la privacidad en esto corre también, no representa ninguna seguridad adicional para quienes lo rodean, no representa ninguna seguridad adicional para el resto de los chicos y en cambio sí puede implicar un elemento de discriminación para el chico o el deportista infectado.

-Yo quería hacer una pregunta, desde su opinión cuáles son las posibilidades reales de los últimos avances que se han difundido en relación a drogas que se han investigado y en relación a esto mismo, si esta difusión no va un poco en contra de una prevención en relación a lo que estamos hablando.

-Bueno empiezo por la segunda parte porque me parece una reflexión muy importante. Cuando nos preguntan esto, bueno ahora hay que cuidarse menos porque hay drogas más útiles, yo siempre digó que el mejor de los yesos, no reemplaza un hueso sano; es decir el mejor de los tratamientos antivirales aún cuando tuviéramos tratamientos que fueran curativos y estos todavía no lo son y esto no reemplaza el hecho de ser HIV(-), de modo que las personas que no estamos infectadas por HIV, es un bien que deberíamos preservar y ayudar a que se preserve.

Con respecto a los avances es indudable que estamos en momentos absolutamente nuevos, hoy disponemos de una herramienta para medir la carga viral por ejemplo, es decir existen técnicas para poder establecer la cantidad de virus que un paciente tiene y esto es extraordinariamente importante para cuantificar la respuesta al tratamiento, disponemos de drogas nuevas sumamente efectivas que en muchos pacientes hacen bajar la carga viral hasta niveles no detectables, lo cual no quiere decir que el paciente esté curado, pero por primera vez en la historia de esta epidemia, la epidemia empezó en 1981,

yo vengo viendo casos desde 1982, y realmente es la primera vez que podemos avisar la perspectiva de transformar la enfermedad del SIDA en una enfermedad crónica, o la enfermedad por HIV en una enfermedad crónica, con la cual se pueda convivir al estilo de lo que ocurre con la diabetes o con la hipertensión, esto no lo hemos logrado pero es una forma posible, así que los avances están y son muy importantes pero ninguno autoriza a bajar la guardia en términos de decir que ya no es tan importante de prevenir, no?

-Yo quería saber cuáles serían los beneficios de saber que uno tiene SIDA, de hacerse un análisis para saber si tiene SIDA, cuáles serían las ventajas?

-Bueno en primer lugar ningún análisis te va a contestar si tenés SIDA o no, el análisis te dirá si estás infectada por HIV o no, porque el SIDA como dijimos antes es una etapa en la cual aparecen determinados tipos de enfermedades concomitantes o enfermedades marcadoras que definen tal condición. Ahora las ventajas son múltiples, en primer lugar hay una ventaja extraordinaria que es que la persona que sabe que está infectada por HIV debería poner especial cuidado en no contagiar a terceros, en segundo lugar el hecho de saberse infectado por HIV permite las intervenciones precoces con tratamientos antivirales y con profilaxis de las complicaciones infecciosas, situación que no puede darse en una persona que no sabe que está infectada por HIV; de modo tal que así como nos oponemos a los testeos masivos obligatorios que se quieren imponer en situaciones como las que yo dije, preocupacionales, o prelaborales, etc., con la misma fuerza, estimulamos que la mayor cantidad de gente se testee si considera que puede haber estado expuesto a riesgo, sea por vía sexual o por consumo de drogas o por haber recibido transfusiones.