

TABLAS Y FIGURAS

**Tabla 2 (modificada de *Textbook of pediatric HIV care. 2004(5)*).
Parámetros a recoger en la historia clínica de la primera visita del paciente pediátrico con infección por el VIH.**

Historia	Valoración
HISTORIA MÉDICA de la madre (o del contacto en el caso del adolescente)	Estadaje de la enfermedad VIH Cuantificación de linfocitos CD4 Carga viral y subtipo de VIH Estadaje clínico, coinfecciones
	Medicación antirretroviral
	Patrón de resistencias
	Abuso de drogas y alcohol
HISTORIA OBSTÉTRICA Y PERINATAL	Historia del embarazo y parto (tipo de parto, duración de la rotura de membranas, complicaciones)
	Edad gestacional
	Peso y longitud de recién nacido
	Problemas médicos neonatales
	Historia de lactancia materna
HISTORIA MÉDICA del niño (o adolescente)	Medicación antirretroviral
	Síntomas recurrentes
	Enfermedades importantes
	Edad de pubertad, menstruación
	Hospitalizaciones
	Medicaciones crónicas, alergias
	Inmunizaciones
	Historia de crecimiento
	Historia de desarrollo
	Historia escolar (nivel, rendimiento)
	Historia de comportamiento y salud mental
	Historia sexual
HISTORIA FAMILIAR	Historia familiar de enfermedades incluyendo VIH y TBC
	Fuente de cuidados para otros miembros de la familia con VIH
	Miembros de la familia que reciben tratamiento antirretroviral
	Historia de adopción y acogida
	Relación con los miembros de la familia biológica para niños en lugares de cuidado alternativo (centro acogida, adoptivos, grupos hogar)
HISTORIA SOCIAL	Lengua principal en el hogar
	Historia de adopción y acogida
	Creencias religiosas y culturales
	Datos legales relativos a la guardia y custodia
	Fuente de cuidados en el hogar
Cobertura aseguradora	

Tabla 3. Parámetros analíticos recomendados en la primera visita del paciente pediátrico con infección por el VIH.

LABORATORIO	ELISA VIH y Western Blot si no se ha realizado todavía
	Hemograma con recuento diferencial
	Inmunofenotipo linfocitario
	Carga viral
	Urea, creatinina
	Test de función hepática
	Colesterol y triglicéridos
	Análisis de orina
	Serologías VHA, VHB y VHC (ARN)
	Serologías de CMV, toxoplasmosis, sífilis y virus herpes.
	Test de tuberculina/Ensayo de liberación de IFN-gamma si > 1 año
	Radiografía de tórax
	Electrocardiograma / ecocardiograma

Tabla 4. Clasificación clínica de los niños infectados por el VIH**CATEGORÍA N: ASINTOMÁTICA**

Niños que no presentan signos o síntomas atribuibles a la infección por el VIH o aquellos que manifiestan **tan solo una** de las condiciones descritas en la categoría A.

CATEGORÍA A: SINTOMATOLOGÍA LEVE

Niños que presentan **dos o más** de las condiciones que se describen a continuación, pero ninguna de las que se describen en las categorías B y C

- Linfadenopatía (>0,5 cm en más de dos localizaciones; bilateral=1 localización)
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Dermatitis
- Parotiditis
- Infecciones de vías respiratorias altas recurrentes o persistentes, sinusitis u otitis media

CATEGORÍA B: SINTOMATOLOGÍA MODERADA

Niños que presentan manifestaciones clínicas atribuibles a la infección por el VIH **diferentes** de las enumeradas en las categorías A y C. Como ejemplo se describen a continuación algunas de las condiciones clínicas de la categoría B:

- Anemia (<8 gr/dL), neutropenia (<1000/mm³), o trombocitopenia (<100.000/mm³) persistentes >30 días.
- Meningitis bacteriana, neumonía, o sepsis (episodio único).
- Candidiasis, orofaríngea (muguet), persistente (>2 meses) en niños mayores de 6 meses.
- Cardiomiopatía.
- Infección por Citomegalovirus, con inicio durante el primer mes de vida.
- Diarrea, recurrente o crónica.
- Hepatitis.
- Estomatitis herpética (virus herpes simplex-VHS), recurrente (más de dos episodios en un año).
- VHS bronquitis, neumonitis, o esofagitis que se presentan durante el primer mes de vida.
- Herpes zoster que afecta al menos en dos episodios distintos a más de un dermatoma.
- Leiomiosarcoma.
- Neumonía intersticial linfocítica (NIL) o Hiperplasia pulmonar linfocítica (HPL).
- Nefropatía.
- Nocardiosis.

CATEGORÍA C: SINTOMATOLOGÍA GRAVE

Infecciones bacterianas graves, múltiples o recurrentes (cualquier combinación de al menos dos infecciones confirmadas con cultivo positivo en un periodo de 2 años) del siguiente tipo: septicemia, neumonía, meningitis, osteomielitis o artritis, o abscesos de órganos internos (excluyéndose otitis, abscesos cutáneos o de mucosas, e infecciones relacionadas con catéteres).

-Candidiasis, esofágica o pulmonar (bronquios, tráquea y pulmones)

-Coccidiomicosis, diseminada (en una localización distinta o además de, en pulmón y ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

-Criptococosis extrapulmonar.

-Criptosporidiasis o isosporidiasis con diarrea persistente durante más de 1 mes.

-Citomegalovirus activa de inicio después del primer mes (en otra localización distinta a hígado, bazo o ganglios linfáticos).

-Encefalopatía (como mínimo uno de los siguientes hallazgos progresivos presentes durante al menos 2 meses, en ausencia de otras enfermedades concurrentes con la infección VIH que puedan explicar éstas alteraciones):

a) Pérdida o retraso en las adquisiciones propias de la edad o disminución de la capacidad intelectual, verificadas mediante la escala normal de desarrollo evolutivo o test neuropsicológicos. **b)** Alteración del crecimiento del cerebro o microcefalia adquirida, demostrada mediante la medición del perímetro craneal o atrofia cerebral, evidenciada mediante tomografía axial computerizada o resonancia nuclear magnética (se requieren alteraciones importantes en éstas pruebas para el diagnóstico en niños menores de 2 años). **c)** Déficit motores simétricos puestos de manifiesto por dos o más de los siguientes hallazgos: paresia, reflejos patológicos, ataxia o alteración de la marcha.

- Infección por virus herpes simplex con úlcera mucocutánea persistente durante más de 1 mes , o bronquitis, neumonitis, o esofagitis de cualquier duración que se inicie después del mes de vida.

-Histoplasmosis, diseminada (en una localización distinta o además de, en pulmón y ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

-Sarcoma de Kaposi.

-Linfoma primario de SNC.

-Linfoma de Burkitt, o inmunoblástico o linfoma de células B o de fenotipo inmunológico desconocido.

-Infección por *Mycobacterium tuberculosis*, diseminada o extrapulmonar.

-Infección por otras especies de *Mycobacterium* o especies no identificadas, diseminadas (en una localización distinta o además de, en pulmón, piel y ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

-Infección por *Mycobacterium avium complex* o *Mycobacterium kansasii*, diseminada (en una localización distinta o además de, en pulmón, piel y ganglios linfáticos cervicales o hiliares).

-Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.

Tabla 5. Categorías inmunológicas basadas en el recuento de linfocitos CD4+ específicos para cada edad en número total y en porcentaje.

Categoría inmunológica	EDAD DE LOS NIÑOS					
	< 12 meses		1-5 años		6-12 años	
	mL	(%)	mL	(%)	mL	(%)
1.- Sin inmunosupresión	≥1500	≥25	≥1000	≥25	≥500	≥25
2.- Inmunosupresión moderada	750-1499	15-24	500-999	15-24	200-499	15-24
3.- Inmunosupresión grave	<750	<15	<500	<15	<200	<15

Tabla 6. Clasificación de la infección por el VIH en la edad pediátrica (*)

Categoría inmunológica	Categoría clínicas			
	N: Asintomática	A: Sintomatología leve	B+: Sintomatología moderada	C+: Sintomatología grave
1.- Sin inmunosupresión	N1	A1	B1	C1
2.- Inmunosupresión moderada	N2	A2	B2	C2
3.- Inmunosupresión grave	N3	A3	B3	C3

Los niños cuya situación serológica para el VIH no está confirmada se clasifican usando la tabla anterior con la letra E (Expuestos perinatalmente) precediendo el código de clasificación correspondiente (Ejemplo: EN2).

Las condiciones clínicas de la categoría C y la Neumonía Intersticial Linfoide de la categoría B, deben declararse a los departamentos de sanidad de las Comunidades autónomas y/o al Registro Nacional del sida como casos de sida.

Tabla 7. Riesgo de progresión a SIDA o muerte a los 12 meses según la edad en años y la carga viral, en niños no tratados o tratados con monoterapia (adaptado de *HIV Pediatric Prognostic Markers Collaborative Study Group. Lancet 2003;362:1605-11*; www.pentatrials.org)

Porcentaje de desarrollar SIDA (IC 95%)		Carga viral (Log ₁₀)	
	6.0	5.0	4.0
6 meses	24 (16-27)	14 (10-16)	11 (7-16)
1 año	21 (12-24)	11 (8-12)	7.8 (4.4-12.1)
2 años	19 (8-22)	8.1 (6.5-9.3)	5.3 (3.2-8.5)
5 años	17 (5-21)	6 (4.5-8)	3.2 (2.1-4.9)
10 años	16 (3-20)	5.1 (3-7.7)	2.2 (1.4-3.2)
Porcentaje de mortalidad (IC 95%)		Carga viral (Log ₁₀)	
6 meses	9.7 (8.1-12)	4.1 (2.9-5.4)	2.7 (0.9-4.1)
1 año	8.8 (7.2-11)	3.1 (2.4-4)	1.7 (0.8-2.8)
2 años	8.2 (8.4-10.4)	2.5 (1.8-3.1)	1.1 (0.6-1.8)
5 años	7.8 (5.9-10.2)	2.1 (1.4-2.9)	0.7 (0.4-1)
10 años	7.7 (5.7-10)	2 (1.2-2.9)	0.6 (0.3-0.9)

Tabla 8. Estrategias para mejorar la adherencia al TAR.**A- Tratamiento:**

- Optar por las pautas más sencillas
- Escoger las formulaciones galénicas adecuadas
- Prescribir el menor número de dosis posibles
- Adaptar la tomas al horario del niño
- Anticipar los efectos adversos
- Vigilar y evitar interacciones farmacológicas

B- Actuaciones sobre el niño y la familia:

- Informar a la familia y al niño sobre el VIH
- Adiestrar para la administración correcta del tratamiento
- Adaptar el tratamiento la estructura familiar
- Analizar la experiencia familiar con antirretrovirales
- Evaluar y elegir entre las opciones terapéuticas disponibles
- Advertir de los posibles efectos adversos y su frecuencia
- Considerar inicialmente el tratamiento directamente observado
- Seguimiento domiciliario
- Proporcionar apoyo psicológico si es necesario

C- Actuaciones del Equipo asistencial

- Atención individualizada
- Garantizar la confidencialidad
- Prescripción escrita y detallada
- Disponibilidad y atención continuada accesible
- Informar de la evolución motivando el cumplimiento adecuado

Tabla 9. Interacciones entre alimentación y ARVs

Abacavir	Puede tomarse junto con alimentos o en ayunas.
Atazanavir	La administración con alimentos aumenta la absorción del fármaco.
Darunavir	La administración con alimentos aumenta la absorción del fármaco.
Didanosina	La comida disminuye la absorción; su administración debe ser con estómago vacío (1 h antes o 2 h después de comer). ATENCIÓN: Los pacientes con restricción de sal deben tener en cuenta que cada cápsula gastrorresistente contiene 1,0 mg de sodio.
Efavirenz	No tiene restricciones dietéticas.
Emtricitabina	No tiene restricciones dietéticas.
Enfuvirtide (T20)	No tiene restricciones dietéticas.
Estavudina	No tiene restricciones dietéticas.
Etravirina	La administración con alimentos aumenta la absorción del fármaco; independiente del tipo de alimento.
Fosamprenavir	No tiene restricciones dietéticas.
Indinavir	Administrar con el estómago vacío 1 hora antes o 2 horas después de la comida (puede tomarse con una comida ligera) Es necesaria una adecuada hidratación para minimizar el riesgo de nefrolitiasis.
Lamivudina	No tiene restricciones dietéticas.
Lopinavir/ritonavir	Administrar con comida. Las comidas ricas en grasa incrementan la absorción de LPV/RTV, en especial de la formulación líquida.
Maraviroc	No tiene restricciones dietéticas.
Nevirapina	No tiene restricciones dietéticas.
Nelfinavir	Administrar en la comida para que la absorción sea máxima; no mezclar con ninguna comida ácida o zumos porque resulta poco agradable al gusto.
Raltegravir	No tiene restricciones dietéticas.
Ritonavir	La administración con comida aumenta la absorción.
Saquinavir	Administrar durante las dos horas antes de la comida, aumenta su absorción.
Tenofovir	No tiene restricciones dietéticas.
Tipranavir	Administrar junto con alimentos o con una comida ligera, pues incrementa la absorción.
Zidovudina	No tiene restricciones dietéticas.

Tabla 10. Esquema de vacunación recomendado en el niño infectado por el VIH

Recién Nacido	VHB ¹						
1 mes	VHB ¹						Rotavirus ¹¹
2-3 m		DTPa ² - VPI ³ - Hib ⁴	Men C ⁵	Neumococo 7v ⁶			Rotavirus ¹¹
4-5 m		DTPa ² - IPV ³ - Hib ⁴	Men C ⁵	Neumococo 7v ⁶			Rotavirus ¹¹
6-7 m	VHB ¹	DTPa ² - IPV ³ - Hib ⁴		Neumococo 7v ⁶			
12 m			Men C ⁵	Neumococo 7v ⁶			HVA ¹²
15 m					Triple virica ⁸	Varicela ⁹	
18 m		DTPa ² - IPV ³ - Hib ⁴					
24 m				Neumococo 23v ⁷			
24-36 m					Triple virica ⁸	Varicela ⁹	
6 años		DTPa ² - IPV ³					
14 años		dTpa ² adulto ¹⁰					VHA ¹² VPH ¹³
Anual							Gripe ¹⁴

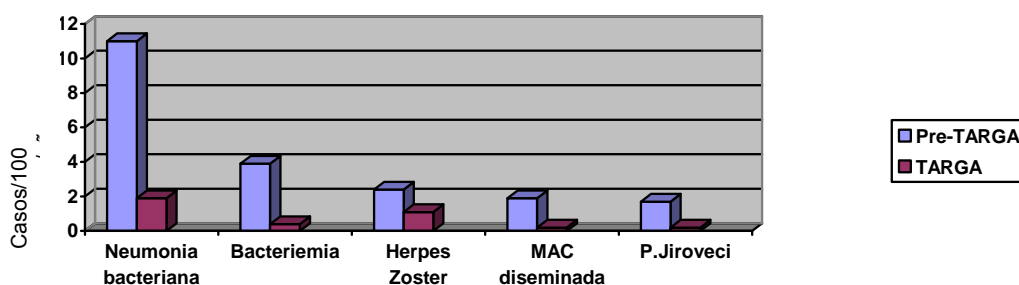
Abreviaturas utilizadas: VHB: Virus de la Hepatitis B; DTPa: Difteria, Tétanos, Bordetella acelular; VPI: Vacuna de la poliomielitis inactivada; Hib: *Haemophilus influenzae* B; Men C: Meningococo C; VHA: Virus de la Hepatitis A; VPH: Virus del papiloma humano.

Tabla 11. – Cifras de anticuerpos protectores (OMS)

Antígeno	Títulos de corte*
Poliovirus 1	1 : 2
Poliovirus 2	1 : 2
Poliovirus 3	1 : 2
IgG anticuerpos para toxoide tetánico	> 0.1 UI/ml
IgG anticuerpos para toxoide diftérico	> 0.1 UI/ml
IgG anticuerpos para sarampión	> 150 mUI/ml
IgG anticuerpos para parotiditis	> 1 : 231
IgG anticuerpos para rubeola	> 4 UI/ml
Hepatitis B anticuerpos de superficie	> 10 UI/L

IgG: inmunoglobulinaG. UI: unidades internacionales

Figura 1. Infecciones oportunistas en la era TARGA y Pre-TARGA



MAC*: *Mycobacterium avium complex*

Tabla 12. Suspensión de la profilaxis (primaria o secundaria)

<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Interrupción del tratamiento de la infección latente en caso de hepatotoxicidad (ALT x5 VN).
<i>Mycobacterium avium complex</i>	La profilaxis secundaria se interrumpe si CD4>100/mm ³ en >6 años, CD4>150/mm ³ entre 2-6 años, CD4>1000/mm ³ , entre 1-2 años, paciente asintomático y al menos 12 meses de tratamiento completados (CIII).
Citomegalovirus	Retinitis por CMV inactiva y recuperación inmunológica con tratamiento TARGA (CD4 > 100/mm ³ durante al menos 6 meses), carga viral indetectable y ausencia de recaída.
Virus herpes simplex	Evaluación de la suspensión al año de iniciarse. En niños no existen suficientes estudios para dar una recomendación.
Candidiasis, Cryptococcosis Histoplasmosis, Coccidioidomicosis	No hay estudios sobre la seguridad de la suspensión de la profilaxis 2 ^a
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	Algunos autores recomiendan la suspensión si se mantienen cifras de CD4>200/mm ³ durante más de 3 meses pero faltan más estudios sobre seguridad en la suspensión de la profilaxis. En caso de haberse iniciado en menores de 1 años de vida, se suspenderá a esta edad si el paciente está asintomático y con una situación inmunológica estable.
Toxoplasmosis	Interrupción de profilaxis primaria si CD4 > 200/mm ³ durante más de 3 meses. La profilaxis secundaria se interrumpe si CD4 >200/mm ³ durante más de 6 meses, paciente asintomático (CIII). En niños no existen suficientes estudios para dar una recomendación.

Tabla 13. Cribado de infecciones oportunistas en el paciente pediátrico con infección por el VIH

	Cada 6 meses	Anual
Serologías luéticas (si sexualmente activo u otros factores de riesgo)		+
Serologías o detección del ADN CMV (PCR) en paciente seronegativo y CD4 < 100 mm ³ o CD4 < 10% para determinar seroconversión		+
Fondo de ojo en pacientes < 5 años con infección por CMV y CD4 < 50 mm ³ o CD4 < 5%	+	
HBsAg (si sexualmente activo u otros factores de riesgo)		+
ARN VHC (si sexualmente activo u otros factores de riesgo)		+
Serologías toxoplasma en paciente seronegativo y CD4 < 100 mm ³ para determinar seroconversión		+
Coprocultivos (<i>Cryptosporidium</i> spp)	+	

Tabla 14. Familias de fármacos antiretrovirales, ordenados por su capacidad de atravesar la barrera hemato-encefálica

AN	ZDV > ABC ó d4T > ddi > 3TC/FTC ó TDF
NN	NVP > EFV
IP	IDV > LPV/r > SQV > NFV > AMP

Tabla 15. Batería de evaluación del neurodesarrollo en los pacientes pediátricos infectados por el VIH, y calendario recomendado de realización de la misma de acuerdo a la edad del niño o adolescente

Habilidades a evaluar	Periodicidad de la evaluación
Rendimiento cognitivo global	<2 años: cada 6 meses 2-8 años: anual* >8 años: bienal*
Funciones lingüísticas	
Funciones atencionales	
Funciones visuoespaciales	
Funciones motoras	
Funciones ejecutivas	
Área de memoria	

*estos plazos pueden acortarse en caso de mala evolución (aparición o empeoramiento de los hallazgos patológicos) o alargarse en pacientes óptimamente controlados

Tabla 16. Principales patologías del área bucodental asociadas a la infección por el VIH en el paciente pediátrico, según su prevalencia

Parotiditis/hipertrofia parotídea	8-11%
Patología de la mucosa oral	
Candidiasis oral / muguet	28-67%
Aftas de etiología desconocida	15%
Estomatitis herpética	3-5%
Patología de las encías	
Gingivitis	>80%
Eritema gingival linear	25%
Patología de los dientes	
Caries (y policaries)	Muy común
Abscesos dentales	Común
Exfoliación y erupción tardías	Común

Tabla 17. Patología cardiovascular asociada al VIH

1. Disfunción Ventrículo Izquierdo.
2. Arterioesclerosis.
3. Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
4. Arritmias y otras anomalías en ECG.
5. Miocarditis.
a. Infecciones víricas (Virus de Epstein-Barr (VEB), CMV, VIH, Adenovirus, Coxsakie, Parvovirus B19)
b. Infecciones fúngicas (<i>Candida</i> spp, <i>Aspergillus</i> spp, <i>Cryptococcus neoformans</i>)
c. Infecciones bacterianas y por micobacterias (TBC, MAI).
6. Endocarditis.
7. Enfermedad Pericárdica. Derrame pericárdico
8. Hipertensión Pulmonar

Tabla 18. Reacciones adversas gastrointestinales más comunes asociadas a TAR

	Naúseas y/o vómitos	Dolor abdominal	Diarrea	Elevación de amilasa	Elevación de transaminasas	Observaciones
D4T				x		Acidosis láctica
Ddl			x	x		Acidosis láctica
ZDV		x				Acidosis láctica
EFV	x		x			
NVP					x	Hepatotoxicidad
NFV			x			
RTV	x	x	x			
LPV/r			x	x		
SQV	x	x	x	x	x	
TPV	x		x		x	Hepatotoxicidad
FPV/DR V	x		x			

Tabla 19. Seguimiento desde el punto de vista gastrointestinal de niños con infección por el VIH.

	Inicio	3-4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	Si clínica
Ecografía abdominal					X	
Coprocultivo						X
Parásitos						X ¹
Evaluación nutricional ²	X					X
Medicación	X	X	X	X	X	
Endoscopia						X
Biopsia						X
Amilasa, lipasa	X	X	X	X	X	
Serología CMV ³					X	
PCR CMV						X
Fondo de ojo ⁴						X
Papanicolau/VPH ⁵						X

¹ Valorar *Cryptosporidium* spp en heces cada 6 meses.

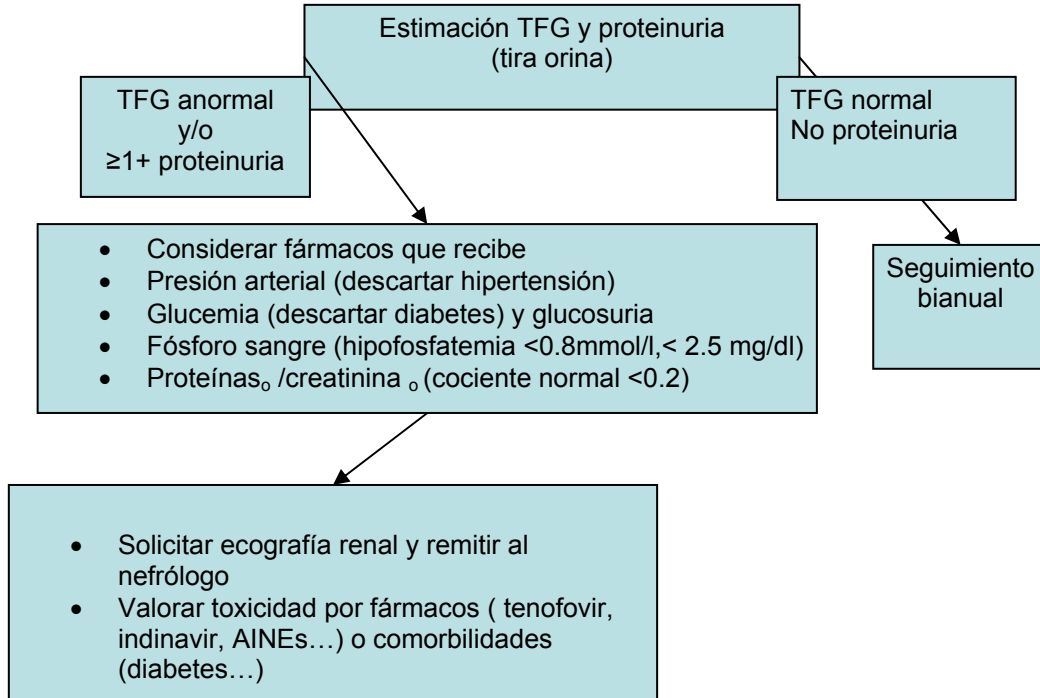
² Peso y talla en cada visita, con realización de curva ponderal.

³ Realizar en niños > 1 año con inmunodepresión grave.

⁴ Realizar cada 6 meses en niños < 5 años gravemente inmunodeprimidos con IgG⁺ para CMV.

⁵ Considerar en varones homosexuales de forma rutinaria (cada 6-12 meses).

Algoritmo 1. Valoración de la función renal y actuación en caso de alteración de la TFG y/o presencia de proteinuria.



Algoritmo 2. Actuación en caso de hipofosforemia.

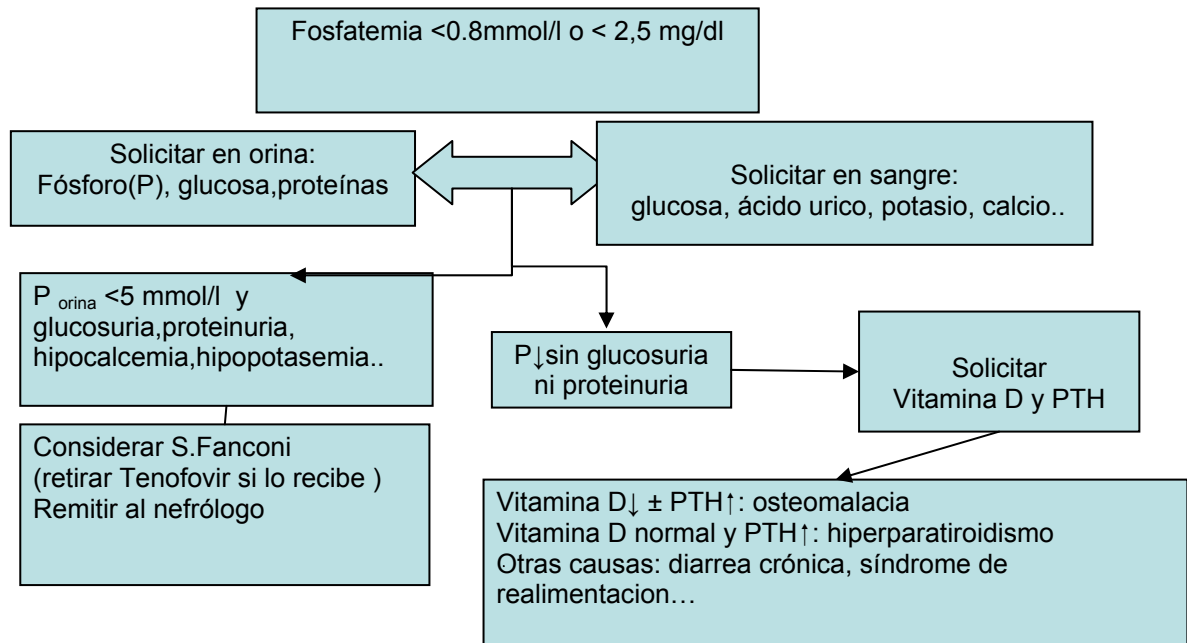


Tabla 20: Causas de anemia en pacientes pediátricos con infección por el VIH**Disminución de la producción de eritrocitos**

Supresión de la eritropoyesis por el VIH

Supresión de la eritropoyesis por otras infecciones:

Mycobacterium avium complex

Mycobacterium tuberculosis

CMV

VEB

Parvovirus B-19

Fármacos:

Antirretrovirales: Zidovudina y otros

Antivirales: Ganciclovir, Aciclovir

Otros: Cotrimoxazol, etc

Infiltración de la médula ósea por neoplasias (linfoma).

Anemia por enfermedad crónica

Eritropoyesis inefectiva:

Defectos nutricionales: Fe, folato, cobalamina

Talasemia

Hemolisis:

Hiperesplenismo

Anemia hemolítica autoinmune

Alteraciones congénitas: hemoglobinopatías, déficit de G-6PD, otras

Fármacos: primaquina, dapsona, sulfonamida

Síndrome hemolítico-urémico/púrpura trombocitopénica trombocitopática

Sangrado

Tabla 21: Causas de neutropenia en pacientes pediátricos con infección por el VIH

Alteración de la Mielopoyesis
Efecto directo del VIH
Secundaria a infecciones:
<i>Mycobacterium avium complex</i>
CMV
VEB
Parvovirus B-19
Histoplasmosis
Fármacos:
Antirretrovirales: Zidovudina
Antivirales: Ganciclovir
Otros: Cotrimoxazol, pentamidina, alfa-interferon, citostáticos
Infiltración de la médula ósea por neoplasias:
Linfoma
Leucemia
Deficits nutricionales:
Folato
Vitamina B12
Destrucción periférica:
Infección aguda
Hiperesplenismo

Tabla 22: Causas de trombocitopenia en pacientes pediátricos con infección por el VIH

Alteración de la Trombopoyesis

Efecto directo del VIH

Secundaria a infecciones:

Mycobacterium avium complex

CMV

VEB

Hepatitis C (mecanismo inmune)

Fármacos:

Antirretrovirales: Zidovudina

Antivirales: Ganciclovir,

Otros: citostáticos

Infiltración de la médula ósea por neoplasias:

Linfoma

Leucemia

Deficits nutricionales:

Folato

Vitamina B12

Destrucción periférica:

Trombocitopenia inmune

Coagulación Intravascular Diseminada (CID)

Síndrome Hemolítico Uremico/Púrpura Trombótica Trombocitopénica

Hiperesplenismo

Tabla 23: Alteraciones de la coagulación en pacientes pediátricos con infección por el VIH**Alteración de los factores de la coagulación**

- Déficit de factor VII
- Déficit de factor IX
- Enfermedad de von Willebrand
- Deficit de Vitamina K
- Enfermedad hepática (hepatitis C)

Alteraciones Protrombóticas:

- Anticoagulante lúpido
- Déficit de proteína S
- Déficit de cofactor II de la heparina

Tabla 24. Alteraciones mucocutáneas que forman parte de la clasificación clínica de la CDCP para el VIH pediátrico

Categoría N: ASINTOMÁTICA
Niños que no presentan signos ni síntomas atribuibles a la infección.
Categoría A: SÍNTOMAS LEVES
Niños que presentan síntomas leves, entre los que se encuentra la dermatitis.
Categoría B: SÍNTOMAS MODERADOS
Niños que presentan signos y síntomas atribuibles a la infección: -Candidiasis orofaríngeas (muguet) recurrentes (más de dos episodios), en niños mayores de 6 meses. -Estomatitis herpética (VHS) recurrente (más de 2 episodios en un año). -Herpes zoster que afecta al menos en 2 episodios distintos a más de un dermatoma. -Leiomiocarcinoma. -Varicela diseminada.
Categoría C: SÍNTOMAS GRAVES
Niños que presentan síntomas diagnósticos de SIDA: -Candidiasis esofágica. -Infección por VHS con úlcera mucocutánea persistente durante más de un mes, afectación general por VHS. -Sarcoma de Kaposi.

Tabla 25. Seguimiento de la toxicidad metabólica de los principales ARVs empleados en pediatría

Examen	Periodicidad	AZT	3TC	D4T	DDI	ABC	TFV	NVP	EFV	LPV
Hemograma	Cada 3 meses	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Glucemia	Cada 3 meses	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Sobrecarga oral de glucosa	Si glucosa >110 mg /dl en 2 ocasiones	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Creatinina y urea (1)	Cada 3 meses	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Transaminasas, bilirrubina	Si hepatomegalia o ictericia De manera rutinaria cada 3 m	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Amilasa	Cada 3 meses, y siempre en caso de hipertrigliceridemia	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Colesterol, LDL, HDL, triglicéridos	De manera rutinaria cada 3 m, pero sobre todo si lipodistrofia, o hipertensión	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gasometría	Si clínica de acidosis láctica (taquipnea, vómitos, cansancio aparición brusca)	x	x	x	x	x				
Lactato	Si sintomatología (cansancio, pérdida de peso, vómitos,	x	x	x	x	x				

	dolor abdominal)									
Proteinuria	Al inicio del TFV y cada 6 meses						x			
Na, K, Ca iónico, Fósforo	De manera rutinaria cada 3 ms	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ecografía Abdominal	Anual y especialmente si lipodistrofia	x		x	x			x	x	x
Medidas antropométricas (2)	En cada visita	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Densitometría ósea	Individualizado	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Notas:

- En rojo, aquellos en los que la prueba cobra mayor importancia
- Si se produce un cambio de tratamiento antirretroviral, siempre debe adelantarse a un mes el control analítico de toxicidad correspondiente, junto a la carga viral y las subpoblaciones linfocitarias
- 1. Se sugiere realizar el Aclaramiento Renal de base y cada 6 meses para todos los pacientes en los cuales se indique Tenofovir dentro de su TAR
- 2. Medición de cintura, cadera (su relación debe ser < 0.8), perímetro de brazo y pierna no dominante, medición de pliegues (bicipital, tricipital y subescapular)

Tabla 26. Clasificación de las cifras plasmáticas de lípidos (obtenidas en ayunas) en niños y adolescentes del *National Cholesterol Education Program* (380)

	Colesterol total	Colesterol LDL
Niveles elevados	> 200 mg/dl	>130 mg/dl
Niveles limite	170-199 mg/dl	110-129 mg/dl
Niveles aceptables	<170 mg/dl	<110 mg/dl
Para los triglicéridos se consideran aceptables niveles de <200 mg/dl		

Tabla 27. Objetivos del manejo terapéutico de acuerdo al riesgo individual del paciente.

Para todas las categorías	Índice de masa corporal <p85 Tensión arterial <p90 Glucemia en ayunas <100 mg/dl Colesterol LDL \leq 160 mg/dl
Riesgo moderado	Colesterol LDL \leq 130 mg/dl
Riesgo alto	Colesterol LDL \leq 100 mg/dl

Tabla 28. Control ginecológico de la adolescente infectada por el VIH

1er contacto	Historia clínica Hábitos sexuales Exploración ginecológica Citología cérvico-vaginal Cribado de infecciones de transmisión sexual
Citología cervical (anual/semestral)	Basal, a los 6 meses, anual
Patología cervical	Vacunación VPH Colposcopia Citología cérvico-vaginal
Cribado ETS (anual)	Lues Gonococo Chlamydia Herpes virus
Contracepción	Contracepción de rutina Uso de método dual (asociación métodos) Contracepción de urgencia
TAR	Interacciones con anticonceptivos Efectos teratógenos Papel en la prevención de la transmisión vertical Importancia de la adherencia a los regímenes de ARV

Tabla 29. Situaciones sociales de riesgo en niños con infección por el VIH.**FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A LOS PADRES**

Familias desestructuradas
 Bajo nivel intelectual
 Adicción a drogas de los padres
 Alcoholismo
 Prostitución
 Violencia
 Estadios avanzados de SIDA
 Problemas psiquiátricos o neurosida
 Aislamiento social
 Negación al tratamiento de los hijos

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL NIÑO

Niños con higiene deficiente
 Niños con dificultades en la verbalización
 Niños tristes, retraídos o depresivos
 Niños que no acuden al colegio
 Niños que no acuden a las citas programadas
 Niños no tratados

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ENTORNO FAMILIAR

Niños cuidados por abuelos, tíos o instituciones
 Maternidad y/o paternidad adolescente
 Aislamiento social
 Estigmatización
 Desempleo

FACTORES SOCIALES

Pobreza o escasos recursos económicos
 Hacinamiento
 Problemas de vivienda
 Emigración
 Deprivación social
 Escaso conocimiento de los recursos sociales y dificultad para acceder a ellos.