

Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen
Volume **23**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2003**

Artículo:

Criterios para el inicio del tratamiento antirretroviral en edad pediátrica

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Criterios para el inicio del tratamiento antirretroviral en edad pediátrica

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA E ITS.
COMITÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL

En los últimos años ha cambiado la situación con relación a la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana dado los nuevos esquemas de tratamiento antirretroviral que han prolongado la sobrevida de los pacientes. A pesar de los avances existentes, en muchas ocasiones en pediatría las decisiones acerca de los antirretrovirales se basan en estudios no concluyentes, escasos e incluso sin datos específicos para este grupo de edad.

Antes del inicio del tratamiento antirretroviral se deben tomar en cuenta algunas consideraciones generales:

- a) El niño depende de un adulto por lo que es importante identificar la(s) persona(s) que son responsables de apoyar el manejo del niño, dado que el principal mecanismo de transmisión es perinatal y uno o ambos padres están infectados con VIH se sugiere que intervenga también en el manejo un familiar cercano.
- b) Es importante que en las decisiones que se tomen además de los padres intervenga el niño (dependiendo de la edad).
- c) Se deberán analizar las opciones de tratamiento a futuro en caso de falla al esquema utilizado, eligiendo el que cause menos efectos secundarios y el que pensemos se adhiera más a la familia y el niño.
- d) Para iniciar el tratamiento antirretroviral se requiere de la determinación de CD4+ y de ser posible carga viral.
- e) Los problemas potenciales se deben tratar de resolver antes de iniciar el tratamiento (ej. definir la persona que cuidará al niño, responsabilizarse de la asistencia a las citas, enseñar al paciente a deglutar tabletas o cápsulas, entre otros).

- f) Asegurar la disponibilidad del esquema antirretroviral seleccionado.
- g) Se deberá personalizar el manejo antirretroviral, aunque existen recomendaciones del tratamiento en cada paciente.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL:

Clínicos:	Prolongar la vida Mejorar la calidad de vida (disminuir o evitar las hospitalizaciones, disminuir la morbilidad).
Inmunológicos:	Preservar o restaurar el sistema inmune (Incremento de CD4+).
Virológicos:	Reducción de la carga viral a niveles indetectables (< 50 copias/mL) o tan bajo como sea posible y por el mayor tiempo posible.

CRITERIOS DE INICIO DEL ESQUEMA ANTIRRETROVIRAL

A) Niños infectados con VIH menores de 12 meses

Se recomienda iniciar tan pronto se confirme el diagnóstico independientemente del estado clínico, inmunológico o virológico, dado que esta edad se considera de elevado riesgo para la progresión de la enfermedad y hasta el momento no hay marcadores predictivos específicos para los que tienen rápida progresión.

B) Niños infectados con VIH con síntomas clínicos de infección o inmunosupresión.

El tratamiento antirretroviral está indicado en todo niño infectado con el VIH y que tiene síntomas clínicos de infección por el VIH, categorías clínicas A, B, C (cu-

Cuadro 1. Clasificación clínica para la infección por VIH en pediatría (menores de 15 años). CDC 1994.

Categoría	Criterio
Categoría N asintomático	Niños sin signos o síntomas que se consideren secundarios a la infección por VIH o que presenten únicamente una de las condiciones enunciadas en la categoría A.
Categoría A sintomatología leve	Niños con dos o más de las siguientes condiciones, pero sin ninguna de las consideradas en las categorías B y C: Linfadenopatías (> 0.5 cm en más de 2 sitios) Hepatomegalia Esplenomegalia Dermatitis Parotiditis Infección respiratoria superior persistente o recurrente (sinusitis u otitis media)
Categoría B sintomatología moderada	Niños que cursan con sintomatología atribuible al VIH diferente a la categoría A o C, ejemplos de esta categoría: Anemia (Hgb < 8 mg/dL), neutropenia ($< 1,000$ /mL) y/o trombocitopenia ($< 100,000$ /mL) que persisten más de 30 días Un episodio de meningitis bacteriana, neumonía o sepsis. Candidiasis orofaríngea, mayores de 6 meses, persiste > 2 meses. Miocardiolipatía. Infección por CMV que inicia < 1 mes de edad Diarrea recurrente o crónica Hepatitis. Estomatitis recurrente por virus del herpes simplex (VHS), más de 2 episodios en un año. Bronquitis, neumonitis o esofagitis por VHS de inicio antes del primer mes de edad. Herpes zoster que incluye más de un dermatoma, o dos o más episodios. Leiomiosarcoma. Neumonía intersticial linfoide o complejo de hiperplasia linfoide pulmonar. Nefropatía. Nocardiosis. Fiebre persistente (más de un mes). Toxoplasmosis que inicia antes de un mes de edad. Varicela complicada o diseminada.
Categoría C sintomatología grave	Infección bacteriana grave, múltiple o recurrente (al menos dos infecciones en un periodo de dos años): septicemia, neumonía, meningitis, osteomielitis y abscesos (excluir: en piel, otitis media, abscesos de mucosas e infecciones relacionadas con catéteres) Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquio, tráquea, pulmón) Coccidioidomicosis diseminada (en sitio diferente al pulmonar, cervical o nódulos linfáticos hiliares) Criptococcosis extrapulmonar Criptosporidiosis o isosporidiosis con diarrea que persista por más de un mes Enfermedad por CMV que inicia después del primer mes de vida, en un sitio diferente del bazo, hígado y ganglios linfáticos Encefalopatía Infección por VHS con úlceras mucocutáneas que persistan más de un mes, o bronquitis, neumonitis o esofagitis en niños mayores de un mes de edad Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar Sarcoma de Kaposi Linfoma primario en el cerebro Linfoma de Burkitt, inmunoblástico, de células grandes, de células B o de fenotipo inmunológico conocido Leucoencefalopatía multifocal progresiva Enfermedad diseminada o extrapulmonar por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> Otras micobacteriosis, diseminadas Neumonía por <i>Pneumocystis carinii</i> Septicemia recurrente por <i>Salmonella</i> no typhi Toxoplasmosis cerebral en mayores de un mes de edad Síndrome de desgaste en ausencia de una enfermedad concurrente que sea diferente a la infección por el VIH

Cuadro 2. Categorías inmunológicas basadas en CD4.

	< 12 meses		1 a 5 años		6 a 12 años	
Categorías inmunológicas	No./mm ³	(%)	No./mm ³	(%)	No./mm ³	(%)
1 Sin evidencia de supresión	≥ 1500	(≥ 25%)	≥ 1.000	(≥ 25%)	≥ 500	(≥ 25%)
2 Supresión moderada	750-1,499	(15%-24%)	500-999	(15%-24%)	200-499	(15%-24%)
3 Supresión severa	< 750	(< 15%)	< 500	(< 15%)	< 200	(< 15%)

CDC. 1994 para menores de 15 años de edad

Cuadro 3. Recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral en pediatría*.

1. Niños con síntomas (categorías A, B o C) o inmunosupresión (categorías 2 ó 3) asociados a la infección por VIH.
2. Niños < 12 meses, independientemente de su estado clínico, inmunológico y virológico.
3. En niños asintomáticos > 1 año hay dos posibles abordajes:
 - 1) Iniciar tratamiento antirretroviral independientemente del estado clínico e inmunológico. Abordaje preferido por la mayoría de los expertos.
 - 2) Diferir el tratamiento en las situaciones en que el riesgo de progresión de la enfermedad se considera bajo (niños asintomáticos y con un estado inmune normal). El estado clínico, inmunológico y virológico debe ser monitorizado al menos cada 3 meses. Debe iniciarse tratamiento antirretroviral cuando ocurre:
 - a) Desarrollo de síntomas asociados a la infección por el VIH.
 - b) Disminución rápida en las cifras de linfocitos CD4+ (número absoluto o porcentaje) que se acercan o llegan a la categoría inmunológica 2.
 - c) Incremento en la carga viral:
 - Incremento > 0.7 log₁₀ en < 2 años.
 - Incremento > 0.5 log₁₀ en > 2 años.
 - Carga viral > 100,000 copias/mL independientemente de la categoría clínica o inmunológica.
 - Carga viral ≥ 15,000 copias/mL en niños ≥ 30 meses de edad.

dro 1) o con evidencia de inmunosupresión, categorías inmunológicas 2,3 (cuadro 2).

C) Niños infectados con VIH, asintomáticos, mayores de un año de edad.

Existen 2 abordajes (cuadro 3).

- 1) Ofrecer tratamiento antirretroviral a todo niño con el diagnóstico de VIH, independientemente de la edad o sintomatología.
- 2) En niños asintomáticos y con estado inmune normal el tratamiento antirretroviral podría ser diferido, pero es imprescindible un seguimiento clínico y determinación de CD4+ y carga viral cuando menos cada 3 meses.
En estos casos se recomienda el inicio de antirretrovirales en cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - 2.1) Desarrollo de síntomas clínicos atribuidos a la infección por el VIH (cuadro 1)

- 2.2) Disminución rápida de CD4+ (cuenta total o porcentaje) a categoría inmunológica 2 (cuadro 2).
- 2.3) Incremento de los niveles de carga viral
 - 2.3.1) > 100,000 copias/mL, iniciar a todos independientemente de la categoría clínica o estado inmune
 - 2.3.2) ≥ 15,000 copias/mL, en niños ≥ 30 meses
 - 2.3.3) Incremento de la CV > 0.7 log₁₀ en niños ≤ 2 años
 - 2.3.4) Incremento de la CV > 0.5 log₁₀ en niños ≥ 2 años
 - 2.3.5) Antes de iniciar el tratamiento antirretroviral se recomienda realizar 2 determinaciones de carga viral (extracciones diferentes de sangre) con intervalo de al menos una semana, siempre y cuando no esté cursando con un proceso infeccioso agudo y sin aplicación de vacunas en el último mes.