

# PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

## PUNTOS DE INTERÉS ESPECIAL:

- ♦ La situación más habitual es, con gran diferencia, el pinchazo accidental con aguja de origen desconocido, sin sangre visible. En estos casos **no hay** que hacer profilaxis antirretroviral.
- ♦ Si un niño VIH negativo muerde a una persona VIH (+) o es mordido por una persona VIH (+) con pérdida de la integridad de la piel, debe recibir PPE frente a VIH. **Recomendación fuerte, baja calidad de la evidencia.**
- ♦ **En caso de no disponer de capacidad necesaria para una atención correcta del niño o adolescente, remitirlo al centro médico que disponga de la misma para evaluación y atención integral.**

## PASO 1

Limpiar la puerta de entrada: herida (cutánea o mucosa), mucosa expuesta (oral, genital, ocular)

Determinar si es necesaria la profilaxis postexposición para VIH

Notificar a los padres o tutores legales

En caso de sospecha de abuso sexual, notificar a las autoridades judiciales y asegurar un examen físico forense

Contacto con fluidos o tejidos infectados, mordedura con pérdida de la integridad de la piel.



Accidente doméstico con material cortante (maquinillas de afeitar, navajas, etc.) de adulto o adolescente con el VIH.



Pinchazo accidental con agujas con sangre por visible de usuarios de drogas por vía parenteral con el VIH.



Contacto sexual consentido de un adolescente con una persona con el VIH.



Abuso sexual por parte de una persona con el VIH.



Posibles situaciones de exposición al VIH en niños y adolescentes en las que se recomienda PPE

## PASO 2

Realizar prueba serológica basal del VIH

Evaluar el riesgo para otros patógenos transmisibles

Evaluación de la analítica basal

Recuento sanguíneo completo

Gonorrea, Sífilis, Clamidia, VPH, Vaginosis Bacteriana y Tricomoniasis

Pruebas de función hepática

Serología VHC + VHB  
Evaluar estado de vacunación contra VHB<sup>2</sup> y tétanos

## Paso 3

Iniciar PPE, de forma ideal en las primeras 24 horas, y siempre antes de las 72 horas siguientes a la exposición

Iniciar tratamiento o profilaxis para otros patógenos si está indicado

Establecer calendario y contenido del seguimiento

**Niños < 12 años (No puede ingerir pastillas)**  
Fármacos con presentación en suspensión oral

• FTC  
• AZT  
• LPV/r

**Niños < 12 años (Puede ingerir pastillas)**

• FTC  
• AZT  
• LPV/r

**Adolescentes ≥ 12 años**  
Se puede llevar a cabo una pauta idéntica a la de los adultos

• TDF  
• FTC  
• RAL

SE RECOMIENDA UNA PAUTA DE 28 DÍAS DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO PARA LA PPE.

➔ Ver cuadro al dorso

**DOSIS Y CARACTERÍSTICAS DE LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES DE USO PEDIÁTRICO**

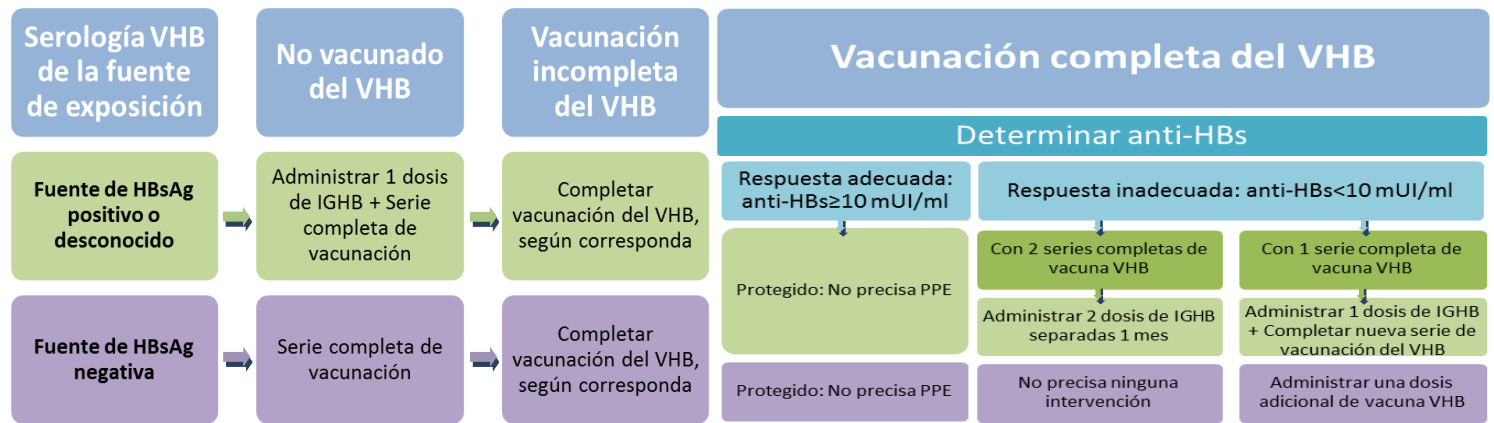
FÁRMACO	DOSIS ORAL	TOXICIDAD
<b>ANÁLOGOS DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA</b>		
<b>Zidovudina (ZDV, AZT)</b> Presentación: Suspensión: 10 mg/ml Cápsulas: 100 mg, 250 mg	Dosis en niños: 120 mg/m <sup>2</sup> cada 8 horas ó 4 mg/kg/12 h Dosis adolescentes: 300 mg cada 12 horas	Más frecuente: Toxicidad hematológica, incluye granulocitopenia y anemia, dolor de cabeza. No frecuente: miopatía, miositis, toxicidad hepática
<b>Emtricitabina (FTC)</b> Presentación: Suspensión: 10 mg/ml Cápsulas 200 mg	Dosis en niños: 6 mg/kg/24 horas Dosis en adolescentes: 200 mg / 24 horas	Más frecuentes: Intolerancia digestiva Cefalea, anemia, neutropenia Menos frecuente: Pancreatitis, rash, Hiperpigmentación de palmas y plantas, sobre todo en raza negra
<b>Lopinavir/ritonavir (LPV/r)</b> Presentación: Solución oral: 1 ml: 80 mg de lopinavir y 20 mg ritonavir Comprimidos recubiertos: - 200 mg de lopinavir y 50 de ritonavir - 100 mg de lopinavir y 25 mg de ritonavir	Dosis en niños: 230-300 mg/m <sup>2</sup> /cada 12 horas Dosis adolescentes: 400 mg de lopinavir/r cada 12 horas	Más frecuente: Nauseas, vómitos, diarrea, dolor de cabeza, dolor abdominal, astenia Menos frecuentes: Parestesias periorales, aumento de transaminasas. Aumento de colesterol y triglicéridos. Sangrado en hemofílicos Tener en cuenta que la solución de LPV contiene alcohol

Se recomienda que formen parte del botiquín de PPE en las urgencias hospitalarias donde se atiendan niños.

CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO						
	Basal	Según síntomas	Semanas			
			2	4-6	12	24*
Serología VIH	✓	✓		✓	✓	✓
Análítica general	✓	✓	✓	✓		
CVP del VIH		✓				
Serología VHB	✓			✓	✓	✓
Serología VHC	✓			✓	✓	✓
VHC RNA	✓					
Despistaje ITS	✓				✓♣	
Embarazo	✓			✓		

\* Si se utiliza una prueba combinada de antígeno/anticuerpo para VIH de cuarta generación, el seguimiento podría reducirse a la determinación basal, a la semana 4-6 y a la semana 16 postexposición.  
♣ En caso de la sífilis, repetir serología a la 12 semanas.

**PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN (PPE) AL VHB<sup>♠</sup>**



En el caso del VHC no existe una PPE eficaz, por lo que debe asegurarse un diagnóstico precoz de una posible infección aguda en la persona expuesta, para poderla tratar cuanto antes.

**SITUACIÓN ESPECIAL: AGRESIONES SEXUALES**

Estos casos, entrañan un mayor riesgo de transmisión viral en niños debido a mayor vulnerabilidad anatómica a los traumatismos, una mucosa vaginal y anal más fina, ectopia cervical, etc. Ante toda penetración confirmada, tanto en niños como en adolescentes, está indicado PPE frente al VIH, junto con una pauta de tratamiento antibiótico empírico en dosis única para evitar otras ITS.

**ABORDAJE PSICOLÓGICO**

El clínico valorará la necesidad de derivar al equipo de salud mental que corresponda en función de la ansiedad o preocupaciones que presente la familia, el niño o el adolescente. En caso de agresión sexual demostrada, la derivación para intervención psicológica por profesionales especializados será indispensable. En el adolescente, es importante que el clínico utilice un lenguaje y estilo cercano con el fin de crear un clima de confianza, que permita obtener informaciones veraces. Puede darse el caso que tras una agresión sexual se camufle una relación sexual consentida, no admitida ante la familia. Será fundamental disponer del consentimiento de los padres para facilitar una entrevista a solas con el adolescente. Si es el caso, se derivará a un centro de planificación familiar para reforzar aspectos educativos preventivos.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El consentimiento informado para la PPE en niños y adolescentes y para la extracción sanguínea de la persona fuente, se puede realizar de forma verbal y reflejarlo en la historia clínica o por escrito, según las preferencias de cada centro. En el caso de los menores, este consentimiento será por parte de sus padres o tutores legales.