

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN EN PEDIATRÍA (PPE)

Exposiciones con riesgo de transmisión apreciable:

Fuente

- VIH positivo con CVP detectable o desconocida
- VIH desconocido con factores de riesgo (HSH, UDVP, trabajador del sexo, agresor sexual, antecedentes de ingreso en centros penitenciarios y natural de un país con una prevalencia de VIH superior al 1% (Haití, Bahamas, Jamaica, Belice, Trinidad y Tobago, Estonia, Rusia, Tailandia y África, subsahariana)
- Valorar individualmente si VIH desconocido y exposición de recto, vagina, ojos, boca u otras membranas mucosas, piel no intacta o contacto percutáneo con fluidos potencialmente infectantes

En caso de:

- Relación sexual anal o vaginal, receptiva o insertiva, sin preservativo o mal uso del mismo (principal riesgo si eyaculación)
- Agresión sexual
- Compartir jeringuillas o agujas con UDVP
- Pinchazo percutáneo con exposición a sangre u otros fluidos potencialmente infectantes
- Mordeduras humanas con solución de continuidad en la piel y presencia de sangre

Fluidos infectantes

Sangre, fluidos que contengan sangre visible, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, pleural, pericárdico, peritoneal, sinovial, amniótico y leche humana

En agresiones sexuales:

- Si > 45 kg: una dosis única de **ceftriaxona** (la dosis recomendada es de 250 mg i.m.) más **metronidazol 2 g** v.o. más **azitromicina 1 g** dosis única v.o. o doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días.
- Si < 45 kg: Eritromicina 50 mg/kg/día cada 6 horas durante 14 días más ceftriaxona 25-50 mg/kg/dosis única (máx 125 mg i.m.) más metronidazol 15 mg/kg/día cada 8 horas durante 7 días.

A toda persona que haya sido evaluada tras una exposición ocupacional o no ocupacional, con independencia de que se realice PPE o no, debe ofrecérsele un plan de seguimiento clínico y analítico, información y apoyo psicológico. Teniendo en cuenta que la exposición al VIH se puede acompañar de la exposición a otras enfermedades que comparten las mismas vías de transmisión (VHB, VHC, otras ITS...), **valorar y ofertar profilaxis frente a tétanos y hepatitis B según estado vacunal:**

Serología VHB de la fuente de exposición	Actuación frente a la persona expuesta			
	No vacunados del VHB o vacunación incompleta	Vacunación completa del VHB		
		Determinar anti-HBs (2)		
		Respuesta adecuada: anti-HBs ≥ 10 mUI/ml	Respuesta inadecuada: anti-HBs <10 mUI/ml	
Fuente HBsAg + o desconocida	Administrar 1 dosis de IGHB (3) + Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda (4)	Protegido: No precisa PPE	Con 2 series completas de vacuna VHB Administrar 2 dosis de IGHB separadas 1 mes (3)	Con 1 serie completa de vacuna VHB Administrar 1 dosis de IGHB (3) + Completar nueva serie de vacunación del VHB (4)
Fuente HBsAg negativa	Serie completa de vacunación o completar vacunación del VHB, según corresponda (4)	Protegido: No precisa PPE	No precisa ninguna intervención	Administrar una dosis adicional de vacuna VHB (5)

- (1) Exposición percutánea, mucosa o piel no íntegra a sangre, fluidos o tejidos corporales con sangre visible, otros fluidos corporales potencialmente infecciosos (secreciones vaginales, semen y líquidos cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico, peritoneal y amniótico) y muestras de laboratorio que contienen virus, exposición sexual y víctima de asalto o abuso sexual.
- (2) Lo más rápido posible para no retrasar el inicio de la profilaxis.
- (3) IGHB: Inmunoglobulina de la Hepatitis B; Dosis de 0.06 ml/kg (12-20 UI/kg) por vía intramuscular. Se debe administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en las primeras 24 horas. No se ha demostrado su eficacia si se administra después de 7 días de la exposición.
- (4) La dosis de vacuna se debe de administrar lo antes posible después de la exposición, preferiblemente en la primeras 24 horas. Se puede administrar simultáneamente con la IGHB en sitios separados (la vacuna siempre en el músculo deltoides). Repetir anti-HBs 1-2 meses después. Si <10, completar otra serie de vacunación.

En el momento inicial se realizarán las siguientes determinaciones:

- Analítica general que incluya hemograma completo y bioquímica (perfil renal y hepático).
- Serología del VIH, VHB (antiHBs) y VHC.
- Serología de sífilis y despistaje de otras ITS en las exposiciones sexuales (en el Sº de Ginecología)
- Test del embarazo en mujeres en las exposiciones sexuales

TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Tratar antes de las 72 horas (idealmente antes de las 6 horas). Informar al paciente y/o tutores sobre efectos secundarios y si acepta deberán firmar consentimiento informado (guardar para adjuntar a historia clínica). Toda la medicación podrá administrarse con comida y triturarse.

Citar en un plazo de 24-72 horas en consulta de infecciosas o que acuda sin cita a dicha consulta a las 8:30 h (contactar con Dra. María Penín previamente)

En >12 años > 40 kg

Entregar **kit de tratamiento para 3 días (disponible en omniceil urgencias “PROFI EXPOSICIÓN VIH”)** lo antes posible, (**TENOFOVIR/EMTRICITABINA 1 comp + RALTEGRAVIR 600 mg 2 comp** cada 24 horas con comida).

En menores de 12 años

(TENOFOVIR+ EMTRICITABINA(nevera)+ RALTEGRAVIR)
disponible en omniceil cada medicamento por separado

TENOFOVIR. Viread® Granulado 33 mg/g (> 2 años). Mezclar con una cucharada de yogurt o alimento suave >35kg; puede administrarse TENOFOVIR/EMTRICITABINA 1 comp c/24 h.

Tabla 1: Posología para pacientes pediátricos entre 2 y < 12 años

Peso corporal (kg)	Una vez al día Cacitos de gránulos	Dosis total (mg) de tenofovir disoproxilo
10 a < 12	2	65
12 a < 14	2,5	82
14 a < 17	3	98
17 a < 19	3,5	114
19 a < 22	4	131
22 a < 24	4,5	147
24 a < 27	5	163
27 a < 29	5,5	180
29 a < 32	6	196
32 a < 34	6,5	212
34 a < 35	7	229
≥ 35	7,5	245

+

EMTRICITABINA Emtriva® solución oral 10 mg/ml: 6 mg/kg/dosis c/24h. Dosis máxima: 240 mg c/24 horas. A partir 35 kg puede administrarse TENOFOVIR/EMTRICITABINA 1 comp c/24 h

+

RALTEGRAVIR (Isentress® comp masticables 100 mg)

- 11-14 kg: 75 mg/12h
- 14-20kg: 100 mg/12h
- 20-28kg: 150mg/12h
- 28-40kg: 200mg/12h
- 40kg: 300 mg/12h

*Para niños que no cumplan criterios por peso o edad contactar con especialista en Infectología Pediátrica

Citar en un plazo de 24-72 horas en consulta de infecciosas o que acuda sin cita a dicha consulta a las 8:30 h (contactar con Dra. María Penín previamente)

Tabla 8: 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	✓				✓ (Sífilis)	
Embarazo	✓			✓		

Más información:

- [http://www.seipweb.es/~josepr37/sociedades/seip/images/site/Tablas de medicacion antiretroviral Guías TAR2016.pdf](http://www.seipweb.es/~josepr37/sociedades/seip/images/site/Tablas%20de%20medicacion%20antiretroviral%20Guias%20TAR2016.pdf)
- <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>
- <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856>
- <http://gesida-seimc.org/documento-de-consenso-sobre-diagnostico-y-tratamiento-de-las-infecciones-de-transmision-sexual-en-adultos-ninos-y-adolescentes-marzo-2017/>

Autores: María Penín, José Beceiro (Servicio de Pediatría) y María Fernández-Pacheco (Servicio de Farmacia)

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos