Vall d'Hebron
Hospital

PROTOCOLO DE MANEJO DEL RIESGO DE INFECCIÓN EN MENORES DE EDAD VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
Unitat de Pediatria Social i Salut Integral- Equip EMMA
Unitat d'Urgències Pediàtriques
Servei de Farmàcia
Servei de Microbiologia
Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia
Servei de Ginecologia i Obstetrícia

Mayo de 2025

Institut Català de la Salut
Hospital Universitari Vall d'Hebron
Universitat Autònoma de Barcelona
Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO

AUTORES:

Apellido 1	Apellido 2	Nombre	Categoría profesional	Servicio
Caballero	Requero	Estrella	Facultativa especialista	Servei de Microbiologia
Cabañas	Poy	Mª José	Jefa de sección	Servei de Farmàcia
Cantero	García	Javier	Médico residente	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
Espiau	Guarner	María	Facultativa especialista	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
Fàbregas	Martori	Anna	Facultativa especialista	Unitat de Pediatria Social i Salut Integral. Equip EMMA.
Fernàndez	Polo	Aurora	Farmacéutica especialista	Servei de Farmàcia
Garcés	Montolio	Lledó	Facultativa especialista	Unitat de Pediatria Social i Salut Integral. Equip EMMA.
Illán	Hernández	Lidia	Facultativa especialista	Unitat de Ginecologia de la infància i adolescència
Martínez	Gómez	Xavier	Jefe de servicio	Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia
Rodrigo	Pendás	José Ángel	Facultativo especialista	Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia
Sancosmed	Ron	Mónica	Facultativa especialista	Unitat d'Urgències Pediàtriques
Soler	Palacín	Pere	Jefe de sección	Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria
Suy	Franch	Anna	Jefa de sección	Servei d'Obstetrícia i Ginecologia

BREVE RESUMEN DEL CONTENIDO:

El presente protocolo pretende dotar al profesional sanitario de unas pautas homogéneas de instauración de medidas profilácticas postexposición de menores víctimas de violencia sexual que acuden a la Unidad de Urgencias Pediátricas. Este protocolo forma parte del *Protocol d'atenció a les violències vers la infància i l'adolescència a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron*, en el que se encuentra toda la información referente a los tipos de violencia, exploraciones complementarias, estudio familiar y los circuitos legales que deben activarse ante la sospecha o confirmación de un caso de violencia infantil.

GESTIÓN DE LAS MODIFICACIONES

Periodicidad prevista de revisión: cada 3 años o en caso de aparición de novedades significativas en este campo. Los últimos cambios están marcados en amarillo.

REVISIÓN	REVISADO POR	FECHA REVISIÓN	DESCRIPCIÓN DE LAS MODIFICACIONES	VALIDADO POR	FECHA VALIDACIÓN
V4	MEG	Mayo 2021	Actualización de dosis de gentamicina para tratamiento empírico frente a gonorrea. Alternativa oral a tratamiento empírico frente a gonorrea.	PSP, AFP	Mayo 2021
V5	MEG, JRP, XMG	Octubre 2021	Actualización pauta de profilaxis frente a VHB. Uso de dolutegravir como alternativa a raltegravir.	PSP, AFP, MSR, AFM	Octubre 2021
V6	MEG	Abril 2022	Corrección error detectado en profilaxis de ITS bacterianas	MEG	Abril 2022
V7	MEG, AFP	Enero 2023	Actualización profilaxis postexposición VIH Actualización definiciones	AFM, LIH, MSR, PSP	Marzo 2023
V8	MEG, AFP, AFM, MSR	Febrero 2024	Actualización profilaxis postexposición VIH Actualización indicación de toma de muestras	AFM, PSP	Febrero 2024
V9	MEG, LGM, AFM	Diciembre 2024	Actualización indicación de profilaxis de ITS bacterianas y uso de metronidazol	AFM, LGM, PSP, MSR	Mayo 2025

1. JUSTIFICACIÓN

La violencia sexual (VS) es un problema importante de salud pública y una violación de los derechos humanos fundamentales, con consecuencias negativas graves y, a menudo, de por vida, para la salud mental y física, la salud sexual y reproductiva, el desempeño académico y la vida social (OMS 2022). Se define como los contactos e interacciones de carácter sexual entre un adulto y un niño, niña o adolescente, cuando el agresor utiliza la desigualdad de poder para obtener satisfacción sexual. La VS puede ser también cometida por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que el niño/a (víctima) o cuando el agresor se encuentra en una posición de poder o control sobre otro/a.

Es importante recordar que el límite de edad establecido para las relaciones sexuales consentidas a nivel de legislación en España es de 16 años.

En último término, además de la atención médica inmediata según requiera la situación, se debe garantizar el seguimiento posterior desde el ámbito de la salud con acciones coordinadas y eficaces, a fin de garantizar la protección de la víctima, evitar la victimización secundaria y priorizar el tratamiento de la salud mental.

Las consecuencias de la VS alcanzan a todas las áreas de la salud. Sin embargo, el objetivo de este documento se centra exclusivamente en el riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS) en caso de VS con contacto físico, así como en su prevención y tratamiento. La prevalencia total mundial de las ITS en este contexto se desconoce, más aún en pediatría. Las más frecuentemente diagnosticadas son las infecciones por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* y *Trichomonas vaginalis* que, según algunos estudios de prevalencia, pueden llegar a ser detectadas hasta en el 6,4-15% (*C. trachomatis*) y 5% (*N. gonorrhoeae*) de las víctimas, con coinfección en un 3%. En el caso de los niños prepuberales, los pocos datos publicados sugieren una prevalencia de ITS tras el abuso o agresión sexual algo menor: 0,7-3,7% de infección por *N. gonorrhoeae*, 0,7-3,1% por *C. trachomatis*, 0,5-5,9% por *T. vaginalis*, 3,1% por el virus del papiloma humano (VPH), <5% por el virus herpes simple (VHS), <1% por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y <1% sífilis.

2. OBJETIVO

El objetivo del presente protocolo es guiar las actuaciones a realizar ante un caso de violencia sexual a un/a paciente pediátrico/a de cara al diagnóstico, prevención y tratamiento de una posible ITS.

3. ÀMBITO DE ACTUACIÓN

Pacientes menores de edad atendidos en la Unidad de Urgencias de Pediatría y el Servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Infantil i de la Dona Vall d'Hebron.

En la atención estos pacientes, además, están implicados el Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, la Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría, la Unitat de Pediatria Social i Salut Integral - Equip EMMA, el Servicio de Farmacia y el Servicio de Microbiología, todos ellos colaboradores en la redacción de este documento.

4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Consideraciones iniciales: ver "Protocol d'atenció a les violències vers la infància i l'adolescència a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron" (disponible aquí).

1. Exploraciones complementarias:

a) Comprobación del estado serológico del individuo fuente:

Fuente conocida: adecuaremos las vacunas y el seguimiento serológico a los resultados.

Fuente desconocida: actuación según el protocolo.

b) Extracción de sangre de la persona expuesta (siempre antes de administrar la inmunoprofilaxis si está indicada) para conocer el estado serológico basal. Se hará la determinación de los siguientes marcadores:

Virus de la hepatitis B (VHB)	HBsAg y IgG anti-HBc (IgG anti-HBs solo en casos seleccionados[1])
Virus de la hepatitis C (VHC)	Ac. Anti-VHC
VIH	Ac. Anti-VIH + Ag p24 (técnica combinada)
Treponema pallidum	Detección de Ac totales anti *T. pallidum*. En el caso de positividad, se realizará una segunda técnica treponémica (TPHA) y una reagínica (RPR).

Los estudios de tóxicos y prueba del embarazo se realizarán según lo indicado en el *Protocol d'atenció a les violències vers la infància i l'adolescència a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron.*

c) Estudio cito-bacteriológico: La toma de muestras para estudio citológico y microbiológico se realizará en la zona anatómica del abuso o agresión sexual, a realizar preferentemente en

[1] Éste último marcador no será necesario si se conoce el estado vacunal -en una persona inmunocompetente-. Valorar realizarlo en caso de antecedentes vacunales desconocidos.

presencia del/la médico forense. La exploración genital se realizará en contexto de Urgencias **en caso de haber transcurrido menos de 7 días** del último episodio de violencia, si hay presencia de síntomas o si lo solicitan el/la paciente o la familia (en acuerdo con el niño, niña o adolescente). SIEMPRE que se realice exploración genital, con el fin de evitar su repetición futura y la consecuente revictimización, se recomienda realizar estudio cito-bacteriológico. Es importante remarcar que una exploración genital normal NO descarta haber sufrido una violencia sexual, y que un porcentaje importante de los niños, niñas y adolescentes que han sufrido violencia no pueden verbalizar todo lo sucedido, por lo que ni la anamnesis en urgencias ni la exploración física nos permiten descartar completamente la penetración u otros tipos de violencia.

Hay que recordar que las muestras recogidas en las primeras 48 horas tras la exposición pueden dar resultados falsos negativos (y hasta 2 semanas).

Se usará un hisopo en seco para la búsqueda de esperma (se entregará al/la forense en caso de que no sea éste/a quien realice la toma de muestras). Se usará un hisopo sin medio de transporte para la investigación de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* (hisopo con tapón rojo) por PCR en exudado faríngeo, vaginal, uretral y/o rectal, y para *T. vaginalis* en frotis vaginal y/o rectal. De acuerdo con Medicina Forense, puede ser necesaria además la realización de un lavado vaginal con suero fisiológico, con recogida de la muestra en bote estéril, para búsqueda de esperma.

Si hay lesiones ulcerosas genitales o en recto se debe realizar un frotis para PCR de VHS-1 y 2. En caso de realizarse, estas pruebas deben repetirse 2 semanas después si no se ha administrado profilaxis.

d) Recogida de otras muestras: el médico forense deberá además recoger otras muestras necesarias para la investigación legal: ropa rota o manchada, pelos, limpieza de uñas y peinado púbico. Las muestras recogidas por el forense deben mantenerse debidamente identificadas y precintadas en una nevera en Urgencias de Pediatría hasta que el Juzgado envíe a alguien para su recogida. Dichas muestras no deben de ser manipuladas por otras personas.

2. Profilaxis postexposición (PPE):

a) Profilaxis frente al VHB: para valorar el posible estado vacunal del paciente hay que tener en cuenta que actualmente en Cataluña todos los menores de edad que han nacido en nuestro país han recibido la vacunación sistemática contra la hepatitis B. En menores nacidos fuera se revisará individualmente su estado vacunal frente a VHB: si no hay constancia de vacunación, se puede valorar la realización de anticuerpos anti-HBs y actuar en consecuencia (si esto no es posible, actuar como si se tratara de una persona no vacunada). El tipo de profilaxis dependerá del estado

serológico de la persona expuesta y de la fuente, como se muestra a continuación (basado en las últimas recomendaciones de los *Centers for Disease Control and Prevention* –CDC-):

Estado de la persona expuesta	**Tipo de profilaxis según el estado de la fuente**		**Serología posvacunación[4]**
	HBsAg (+)	**HBsAg desconocido**	
Vacunada previamente	Administrar dosis de recuerdo de vacuna VHB[1] o 2 dosis de IGHB separadas 1 mes en caso de no respondedores[2]	No es necesaria la profilaxis	1 – 2 meses después de terminar la pauta de vacunación y 4 – 6 meses después de haber recibido IGHB
Persona no vacunada o con pauta incompleta	1 dosis de IGHB[2] + Iniciar o completar la pauta de vacunación[3]	Iniciar o completar la pauta de vacunación[3] (+ 1 dosis de IGHB si la persona expuesta está inmunodeprimida)	1 – 2 meses después de terminar la pauta de vacunación y 4 – 6 meses después de haber recibido IGHB

[1] En caso de que el estado serológico posvacunal de la persona expuesta sea conocido y ésta esté correctamente protegida (anti-HBs $\geq$ 10 UI/l), no es necesario administrar la dosis de recuerdo. Si está indicada la vacunación, ha de emplearse la dosis indicadas para la edad del paciente. La vacuna ha de administrarse intramuscularmente en deltoides o vasto externo.

[2] La dosis de inmunoglobulina hiperinmune antihepatitis B es de 0,06 ml/kg, hasta una dosis máxima de 5 ml. La administración ha de ser intramuscular en una región diferente de la de la vacuna. En caso de los pacientes que no han respondido a la vacunación tras 2 pautas completas de vacuna, se recomienda la administración de 2 dosis de IGHB separadas un mes. Ver **anexo I** para las formas de presentación de gammaglobulina hiperinmune.

[3] La pauta de primovacunación recomendada en personas inmunocompetentes consiste en tres dosis a administrar en 0, 1 mes y 6 meses. En caso de pacientes immunodeprimidos o con enfermedad renal crónica, se recomienda administrar vacunas contra la hepatitis B de carga antigénica elevada o la vacuna adyuvada, en pauta rápida de 4 dosis (0, 1 mes, 2 meses, 6 meses). Ha de emplearse la dosis indicada para la edad del paciente. La vacuna ha de administrarse intramuscularmente en deltoides o vasto externo.

[4] La serología posvacunal estaría indicada si la persona expuesta pertenece a un grupo de riesgo de hepatitis B (hepatopatías, inmunodeprimidos, enfermedad renal crónica, …).

Se recomienda iniciar la profilaxis lo antes posible, preferentemente dentro de las primeras 24 horas postexposición. No existen datos concretos sobre el límite máximo de tiempo para aplicarla, aunque se considera que no se debería iniciar después de 7 días tras exposiciones percutáneas y de 14 días en caso de exposiciones sexuales. En caso de precisar dosis de vacuna frente a VHB, ésta se administrará en Urgencias (si precisa continuar con más dosis, remitir a Medicina Preventiva –ver apartado 7.-).

b) Profilaxis frente al VHC: no existe opción de PPE en el momento actual. Es necesario informar de que en caso de infección por el VHC existe tratamiento y que los nuevos fármacos de acción antiviral directa son curativos, sencillos y con pocos efectos secundarios. En caso de confirmarse la infección, el paciente debe ser remitido a la Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico.

c) Profilaxis frente al VIH: se debe valorar la necesidad de PPE en función del caso fuente y del riesgo de transmisión. En principio se indicará en caso de relación sexual desprotegida (anal o vaginal) o de sexo oral con eyaculación o exposición a sangre con un agresor VIH positivo o desconocido. La decisión final deberá incluir siempre la opinión de la familia (o del adolescente si es el caso)[2].

La quimioprofilaxis deberá adecuarse al patrón de resistencias del caso fuente si se conoce, siempre que exista experiencia de los antirretrovirales indicados en niños y/o adolescentes. En caso contrario, seguiremos la propuesta correspondiente a fuente desconocida.

La pauta recomendada si se desconoce el patrón de resistencias del caso fuente es la siguiente:

≥12 años	Dolutegravir + Tenofovir/Emtricitabina (TDF/FTC)[3]
De 2 a 11 años	RAL + TDF[4] + Lamivudina (3TC)
De 1 mes a <2 años	RAL + Zidovudina (AZT) + 3TC
Neonato (0-27 días)	Consultar a especialista (UPIIP)

[2] Si la fuente es VIH + con carga viral plasmática indetectable, se puede considerar no realizar PPE dado que el riesgo de transmisión es muy bajo.
[3] En caso de insuficiencia renal, la pauta recomendada es con (AZT/3TC) en lugar de (TDF/FTC).
[4] En caso de insuficiencia renal, la pauta recomendada es con AZT en lugar de TDF.

Ajustaremos a las presentaciones ajustadas a las recomendaciones de dosis (ver **anexo II**) y según posibilidad de deglución del paciente y disponibilidad de las presentaciones en el Servició de Farmacia.

La PPE se iniciará únicamente si:

- Existe indicación clínica según lo indicado anteriormente.
- No han transcurrido más de 72 horas desde la exposición (preferiblemente en las primeras 2 horas postexposición).
- El/la menor y la familia están dispuestos a realizar el seguimiento, conociendo los efectos secundarios del mismo, y a mantener el mismo durante 4 semanas.

La PPE debe realizarse en una unidad hospitalaria con experiencia en infección por VIH pediátrico (en nuestro centro, la Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría). Los fármacos usados se obtienen a través del Servicio de Farmacia del Hospital Infantil i de la Dona. Se han diseñado unos kits de medicación antirretroviral de urgencia que contiene el tratamiento para el inicio urgente de la PPE según la edad y el peso del paciente (ver **anexo III**).

Si está indicada la PPE:

- Deberemos realizar hemograma y pruebas de función renal/hepática antes de su inicio.
- La duración de la PPE será de 28 días.
- Se tendrán presentes los principales efectos secundarios de estas pautas de PPE: malestar general, náuseas, vómitos y diarrea. Deberemos informar al menor y a su responsable legal del riesgo de que se presenten y de la actitud a tomar. El resto de los efectos adversos descritos para estos fármacos son excepcionales en esta situación.

d) Vacunación frente al VPH: se recomienda la vacunación contra el VPH en todas las personas menores de 27 años que hayan sufrido abuso o agresión sexual (en caso de ser necesaria esta vacuna, derivar a Medicina Preventiva –ver apartado 7.-). La vacuna está indicada a partir de los 9 años de edad, a valorar indicación fuera de ficha técnica en casos concretos (exposición crónica, presunto agresor con infección por VPH confirmada).

e) Tratamiento antibiótico empírico frente a otras ITS (gonorrea, *C. trachomatis* y *T. vaginalis*): No se recomienda de forma general el tratamiento empírico frente a estas ITS, pero puede ser valorado en algunos casos según el riesgo de transmisión y tras la recogida adecuada de muestras microbiológicas. Así pues, se podría administrar en los casos en los que se haya realizado exploración física con toma de muestras microbiológicas y el riesgo de transmisión sea alto (por antecedente de ITS en el presunto agresor o por alteración en la exploración ginecológica compatible con ITS), cuando no se pueda garantizar el seguimiento, o cuando haya una

preocupación importante en este sentido por parte del/la menor o sus progenitores/tutores, siempre que hayan transcurrido menos de 2 semanas desde la agresión. En caso de que haya transcurrido más tiempo, se esperará al resultado de las exploraciones realizadas.

Microorganismo	Peso < 45 kg		Peso ≥ 45 kg
N. gonorrhoeae	Ceftriaxona 50 mg/kg IM* dosis única (DM 1g) Si alergia a penicilina[5]: Gentamicina 2,5 mg/kg IM dosis única (DM 240 mg) + azitromicina 20/mg/kg VO dosis única (DM 1g) Si rechaza la inyección IM[6]: Cefixima 8 mg/kg (DM 400 mg) VO en dosis única + azitromicina 20 mg/kg VO dosis única (DM 1g)		Ceftriaxona 1g IM* dosis única Si alergia a penicilina[5]: Gentamicina 240 mg IM dosis única + azitromicina 2g VO dosis única Si rechaza la inyección IM: Cefixima 400 mg VO en dosis única + azitromicina 2 g VO dosis única
C. trachomatis	**< 8 años** Azitromicina 20 mg/kg VO dosis única (DM 1g)	**≥ 8 años** Doxiciclina 2,2 mg/kg/12h VO 7 días (DM 100mg/12h) o Azitromicina 20 mg/kg VO dosis única (DM 1g)	Doxiciclina 100 mg/12h VO 7 días o Azitromicina 1g VO dosis única
T. vaginalis[7]	Metronidazol 15mg/kg/8h VO 7 días (DM diaria 2g)		Tinidazol 2 g VO dosis única o Metronidazol 2 g VO dosis única o Metronidazol 500 mg/12h VO 7 días[8] Si no tolerancia a VO: Metronidazol IV 2 g dosis única[9]

* Valorar utilizar la vía EV si se dispone de acceso vascular.

[5] Valorar el tratamiento con ceftriaxona si el paciente solo tiene antecedente de exantema y no reacciones IgE mediadas (urticaria...).

[6] Alternativa NO ESTUDIADA para esta indicación en este grupo de edad. Validar con UPIIP.

[7] Profilaxis indicada solo en adolescentes mujeres.

[8] Evitar el consumo de alcohol durante el tratamiento por efecto antabús. En caso de que la paciente presente intoxicación etílica, recomendar toma de metronidazol al día siguiente.

[9] Valorar el riesgo/beneficio de la vía IV, el metronidazol puede provocar lesión tisular y flebitis en caso de extravasación.

f) Anticoncepción de emergencia: levonorgestrel 1,5 mg dosis única vía oral o acetato ulipristal[10] 30 mg monodosis con un tiempo máximo de 120 horas desde la agresión sexual (máxima eficacia en las primeras 12 horas). La dosis de levonorgestrel se puede divider en 2 dosis de 0,75 mg separadas por 12 h para evitar efectos secundarios gastrointestinales. Si la menor está utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesario la anticoncepción poscoital. Se informará a la menor que en caso de embarazo puede optar a su interrupción según los supuestos legales vigentes.

3. Seguimiento: se derivará al paciente al equipo EMMA, que contará con el soporte de la Unidad de Patología Infecciosa e Inmunodeficiencias de Pediatría (lunes y miércoles de de 8:30 a 14:00 horas) para el seguimiento correspondiente a las ITS y su tratamiento, **lo antes posible**. Si se precisa, la derivación a Medicina Preventiva se realizará desde la Unidad EMMA.

A los 14 días: cribado de ITS en exudados (ver **apartado 1.c)**) si el estudio inicial es negativo y no se ha realizado tratamiento empírico. Prueba de embarazo si procede.

A los 45 días, 3 y 4 meses: estudio de sífilis, serologías VHB (AgsVHB)[11], VHC y VIH[12].

Si se ha iniciado PPE frente a VIH:

A las 72 horas: control clínico, verificación de serologías si se han extraído, aclarar riesgos y beneficios, modificar o ajustar la pauta de PPE y asegurar una adecuada adherencia, y manejar síntomas asociados a efectos secundarios. Apoyo psicológico si es necesario.

A los 14 días: control clínico, valorar adherencia y toxicidad y control analítico (hemograma, pruebas de función renal y hepática).

A los 28 días: revisión clínica, valorar adherencia y toxicidad.

Asimismo, durante el periodo de seguimiento, sobre todo durante las primeras 12 semanas, la persona expuesta deberá evitar una posible transmisión secundaria del VIH o de otras infecciones, utilizando siempre el preservativo en las relaciones sexuales, no compartiendo jeringuillas, evitando el embarazo y las donaciones de sangre o semen.

[10] Contraindicado en asma grave.

[11] Si está documentada la vacunación completa y la respuesta inmune (Ac-antiHBs ≥ 10 UI/l) no es necesario hacer una nueva serología.

[12] Si no se utiliza una prueba combinada de antígeno/anticuerpo para VIH de cuarta generación (incluye la detección del antígeno p24) el seguimiento para el VIH deberá prolongarse hasta los 6 meses después de la exposición. En nuestro centro sí se dispone prueba combinada.

7. BIBLIOGRAFIA

- Sanz Santaeufemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) (v.2.0/2020). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/01/2020; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en https://www.guia-abe.es

- GEiTS, GeSIDA,GEHEP, SEIMC. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (noviembre 2024). Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Enfermedades-ITS-interactivo-v6.pdf

- Dominguez K, Smith DK, Vasavi T, et al. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/guidelines/. Consultado el 27/11/2019.

- Documento de consenso del CEVIHP/SEIP/AEP/SPNS respecto al tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes infectados por el VIH (Actualización Marzo 2012). Panel de expertos del Colaborativo Español para la Infeción VIH Pediatrica (CEVIHP), Sociedad Española de Infectologia Pediatrica (SEIP) de la Asociación Española de Pediatria (AEP) y Secretaria del Plan nacional del Sida. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/5_0.pdf.

- Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos del SPNS/GeSIDA/SEMST/SEMPSPH/AEEMT/SESLAP/ANMTAS/SEIP/SEMES/GEH/FEDEET. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34(2):121.e1–121.e15

- Bamford A, Tudor-Williams G, Foster C. Post-exposure prophylaxis guidelines for children and adolescents potentially exposed to HIV. Arch Dis Child 2017;102:78–83.

- Koyama A, Middlebrooks L, Bullock A. Updates on HIV nonoccupational postexposure prophylaxis. Curr Opin Pediatr. 2019;31:454-461.

- Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benéitez OL, Díez Sáez C. Infecciones de transmisión sexual en el contexto de una agresión sexual. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2019;37(3):187–194.

- Vacuna anti-virus del papil·loma humà (vacuna VPH). A: Manual de vacunacions de Catalunya. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2024. p.163-169. Disponible en: https://hdl.handle.net/11351/11454.

- Ashby J, Browne R, Dwyer E, Fifer H, Forsyth S, Hamlyn E, et al. BASHH National Guideline on the Management of Sexually Transmitted Infections and Related Conditions in Children and Young People (2021). Disponible en: https://www.bashhguidelines.org/media/1262/children-and-yp-2021.pdf

- Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Recomm Rep 2018;67(No. RR-1):1–31. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/rr/rr6701a1.htm

- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021;70:1-187.

8. DOCUMENTS RELACIONATS

GUIES, PROTOCOLS, RECOMANACIONS O ALTRES PROCEDIMENTS AMB ELS QUÈ ES RELACIONA

TÍTULO DOCUMENTO	CÓDIGO
Protocolo de actuación tras pinchazo accidental en niños y adolescentes	www.upiip.com
Protocol d'atenció a les violències vers la infància i l'adolescència a l'Hospital Infantil Vall d'Hebron	

9. ANEXOS

ANEXO I: Formas de presentación de gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B

Gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B: solución inyectable	
	-IMMUNOG ANTIHEPATITIS B 1.000 UI/5 ml amp (IM) -IMMUNOG ANTIHEPATITIS B 600UI/3 ml amp (IM)

ANEXO II: Nombres comerciales, formas de presentación y dosis de antirretrovirales recomendados en PPE

Emtricitabina (Emtriva ®): solución oral (10 mg/ml), cápsulas de 200 mg	
Niños y adolescentes (desde 3 meses-18 años)	Solución oral: 6 mg/kg/24h (dosis máxima 240 mg cada 24h). Cápsulas (para niños de >33kg): 200 mg cada 24h
Lamivudina (3TC) (Epivir ®): solución oral 10 mg/ml, comprimidos de 150, 300 mg	
Niños 1 mes-12 años	4 mg/kg/12h (dosis máxima 150 mg)
Niños > 12 años y >30 kg	150 mg/12h
Zidovudina (AZT): solución oral 10 mg/ml	
4 a 9 kg	24 mg/kg/día cada 8-12 h
≥ 9 a < 30 kg	18 mg/kg/día cada 8-12 h
Tenofovir (Viread ®): comprimidos ovalados de 123, 163, 204, 245 mg y Viread 33mg/g gránulos para suspensión oral. La recomendación de dosificación es en función de la sal de tenofovir dipiroxil fumarato (TDF) (245 mg de tenofovir equivalen a 300mg de TDF).	
Niños 2- 11 años	6,5 mg/kg de tenofovir/24 horas (equivale a 8 mg/kg de TDF) Dosificación de Viread en gránulos: **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 Viread también está disponible en comprimidos recubiertos para pacientes de 6 a <12 años 17 kg y < 22 kg: 123 mg / 24 h 22 kg y < 28 kg: 163 mg / 24 h 28 kg y < 35 kg: 204 mg / 24 h
Niños ≥12 años y adultos con peso ≥ 35 kg	245mg de tenofovir/24 h (equivale a 300 mg de TDF)

Raltegravir (RAL) (Isentress ®) comprimidos masticables 25 mg; 100 mg, gránulos para suspensión oral y comprimidos de 400 mg. Los comprimidos masticables, gránulos para suspensión y comprimidos de 400mg no son intercambiables.

>1 mes – 11 años

Dosificación en granulados en sobres para la solución oral:[1]

Peso corporal (kg)	Volumen (dosis) de suspension a administrar
3 a menos de 4	2,5 ml (25 mg) dos veces al día
4 a menos de 6	3 ml (30 mg) dos veces al día
6 a menos de 8	4 ml (40 mg) dos veces al día
8 a menos de 11	6 ml (60 mg) dos veces al día
11 a menos de 14†	8 ml (80 mg) dos veces al día
14 a menos de 20†	10 ml (100 mg) dos veces al día

Comprimidos masticables de 25mg o 100 mg en pacientes pediátricos que pesan al menos 20 kg:

20 a < 28 kg: 150 mg /12 h (1,5 comp de 100mg/12 h)
28 a < 40 kg: 200 mg /12 h 2 comp de 100mg/12 h)
>40 kg y < 12 años: 300mg/12h (3 comprimidos)

≥12 años y adolescentes: 400 mg (comprimidos no masticables) cada 12 h

Dolutegravir (Tivicay®) comprimidos 50 mg; 25 mg y 10 mg.

>1mes- 11 años

Peso corporal (kg)	Dosis
14 a menos de 20	40 mg una vez al día
20 o más	50 mg una vez al día

Administrar con o sin alimentos

≥12 años y adolescentes con peso ≥20 kg: 50 mg / 24h

ESPECIALIDADES CO-FORMULADAS

Puede administrarse en niños ≥12 años y ≥35 kg: Emtricitabina (FTC) 200mg+ tenofovir 245 mg *1 comprimido cada 24h*

Raltegravir en solución oral es un medicamento extranjero que se solicita a la Agencia del Medicamento a nombre de paciente. El Servicio de Farmacia dispone de un envase en *stock* para los inicios urgentes. Deberá solicitarse la medicación para poder realizar el tratamiento profiláctico completo, a través de un

informe individualizado del paciente. Este informe deberá mandarse al iniciar la profilaxis a la dirección de correo electrónico farmacia.ami@vallhebron.cat.

ANEXO III: KITS DE MEDICACIÓN ANTIRRETROVIRAL DE URGENCIA[13]

Niño de 1 mes a 2 años	Raltegravir (RAL) + Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)
KIT	1 caja de raltegravir (RAL) Isentress® 100 mg **granulado sobres** 60 sobres **+** 1 caja de zidovudina (AZT) zidovudina 10mg/ml **solución oral** 200ml **+** 1 caja de lamivudina (3TC) Epivir ® **solución oral** 10 mg/ml 240ml

*Consultar dosis en el **anexo II**.

Niños de 2 a 11 años	
KIT <20 kg	1 caja de raltegravir (RAL) Isentress® 100 mg **granulado sobres** 60 sobres + 1 caja de tenofovir (TDF) Viread ® 33mg/g **gránulos para suspensión** oral 60g + 1 caja de lamivudina (3TC) Epivir ® **solución oral** 10 mg/ml 240ml
KIT de 20 - 35 kg	1 caja de raltegravir (RAL) Isentress® 100mg **comprimidos masticables** 60 comp + 1 caja de tenofovir (TDF) Viread ® 33mg/g **gránulos para suspensión** oral 60g + 1 caja de lamivudina (3TC) Epivir ® **solución oral** 10 mg/ml 240ml
KIT >35 kg	1 caja de raltegravir (RAL) (Isentress®) 100mg **comprimidos masticables** 60 comp + 1 caja emtricitabina (FTC)+ tenofovir (TDF) 200+245 mg **comprimidos** EFG 30 comp

*Consultar dosis en el **anexo II**.

[13] Consultar pauta con UPIIP en caso de insuficiencia renal.

≥ 12 años	Dolutegravir + Tenofovir/Emtricitabina (TDF/FTC)
KIT	1 caja de dolutegravir Tivicay® 50mg **comprimidos** 30 comp + 1 caja emtricitabina (FTC) + tenofovir (TDF) 200+245 mg **comprimidos** EFG 30 comp

*Consultar dosis en el **anexo II**.

El kit para ≥12 años estará disponible en Urgencias de Pediatría (Pyxis).