



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Infección por VIH en pediatría

Curso 5to Pediatría

Dra. Cecilia Piñera M

Profesor Asistente Facultad de Medicina - Universidad de Chile

Pediatra Infectóloga

Hospital Exequiel González Cortés

Temario

- Epidemiología VIH pediátrico
- Transmisión Vertical de VIH
 - Prevención de Transmisión vertical
 - Diagnóstico en el RN
- VIH en niños
 - Manifestaciones
 - Diagnóstico en el niño
 - Generalidades manejo
- Prevención de VIH



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Epidemiología VIH Mundial

UNAIDS
DATA
2021



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento

GLOBAL SUMMARY OF THE AIDS EPIDEMIC, 2020

Number of people living with HIV

Total	37.7 million	[30.2 million–45.1 million]
Adults	36.0 million	[28.9 million–43.2 million]
Women (15+ years)	19.3 million	[15.5 million–23.1 million]
Children (<15 years)	1.7 million	[1.2 million–2.2 million]

People newly infected with HIV in 2020

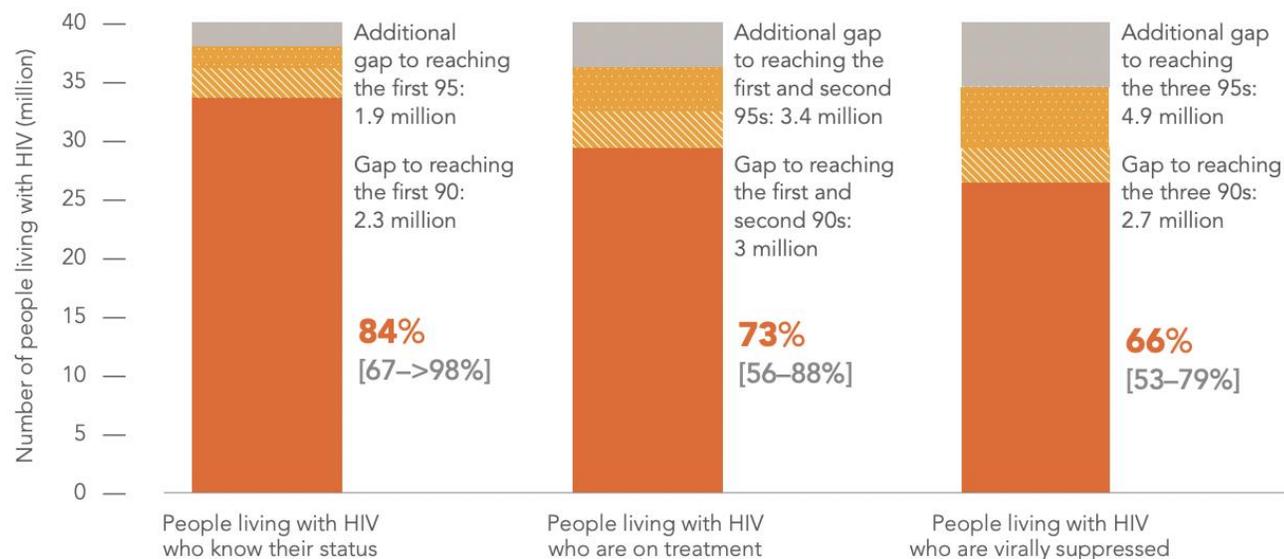
Total	1.5 million	[1.0 million–2.0 million]
Adults	1.3 million	[910 000–1.8 million]
Women (15+ years)	660 000	[450 000–920 000]
Children (<15 years)	150 000	[100 000–240 000]

AIDS-related deaths in 2020

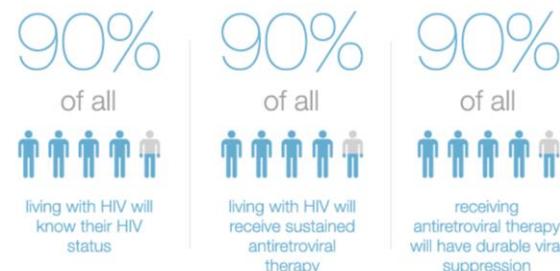
Total	680 000	[480 000–1.0 million]
Adults	580 000	[400 000–850 000]
Women (15+ years)	240 000	[170 000–360 000]
Children (<15 years)	99 000	[68 000–160 000]

Source: UNAIDS epidemiological estimates, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

HIV TESTING AND TREATMENT CASCADE, GLOBAL, 2020

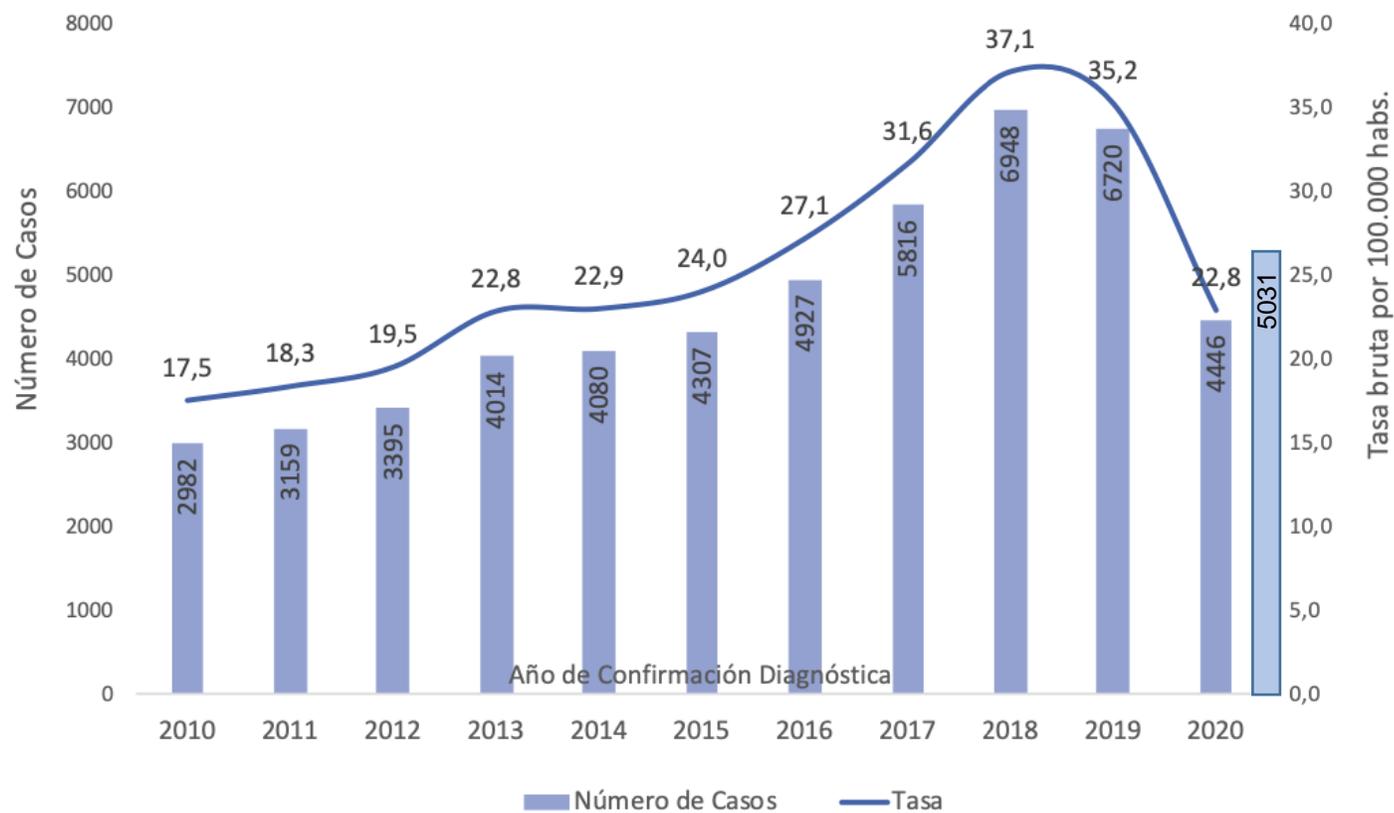


Source: UNAIDS special analysis, 2021.



Epidemiología Chile

Casos y tasas de nuevos diagnósticos confirmados VIH positivo por ISP.
Chile, años 2010-2020



2020: Sub diagnóstico por < testeo

Fuente: Base de Casos Confirmados VIH. Laboratorio de Referencia de VIH. Instituto de Salud Pública de Chile.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Epidemiología Chile: efecto extranjeros



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Tabla 6: Casos confirmados de VIH por ISP, según antecedente de país de origen/nacionalidad. Chile, 2019.

País de origen (nacionalidad)*	2018	2019	
	Ene-Dic	Ene-Dic	Diciembre
Chile	4.339	4.015	298
Venezuela	963	1.210	74
Haití	748	520	42
Colombia	306	301	34
Perú	213	260	18
Bolivia	96	108	5
Ecuador	72	90	4
Otras**	182	192	15
Sin dato	29	24	1
Total	6.948	6.720	491

*: Incluye detalle de las 6 nacionalidades extranjeras con mayor frecuencia para el año actual.

** : Incluye 29 nacionalidades distintas para el año 2018 y 30 para el año 2019.

Fuente: Laboratorio de Referencia de VIH. Instituto de Salud Pública de Chile.

PAIS DE ORIGEN	Nº EMBARAZADAS VIH (+) 2017-2019			
	2017	2018	2019	% 2019
Chile	124	136	138	35,4
Haití	74	184	194	49,8
Perù	6	7	8	2,2
Venezuela	2	5	13	3,3
Argentina	1	0	0	0,2
Otros	21	20	22	5,6
Sin nacionalidad	45	30	14	3,5
Total/año	273	382	389	100

Chile: Epidemiología niños

Niños estudiados por ISP 1987- 2020

Casos estudiados	Hijos madre VIH (+)	Otro	Total
Positivos	434	35	469
Negativos	3822	0	3822
En seguim	151 + 98	0	249
Total	4505	35	4540

469 casos (+)
TV VIH
pediátrico

235 en control
centros
pediátricos

Fuente: folio AO005T0005294 ISP Chile, Dic 2020



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH Y SÍFILIS. INDICADORES DE IMPACTO 2014-2020

	2014	2015	2016	2017*	2018	2019	2020
Tasa de sífilis congénita	0,12 30/250.997 ⁽¹⁾ ✓	0,11 29/244.670 ⁽²⁾ ✓	0,10 26/244.670 ✓	0,04 10/244.670 ✓			
Tasa de VIH congénito	0,04 12/250.997 ✓	0,04 11/244.670 ✓	0,02 7/244.670 ✓	0,02 4/244.670 ✓	0,02 6/244.670		
Tasa corregida de transmisión vertical del VIH	5,1 12/232	6,3 11/190	2,1 5/237	2,6 7/266	2,4 9/374	2,3% 9/383	1,4% 3/210

META OMS

TV < 2%

Tasa < 0,3 casos por 1000 RNV

Datos preliminares a Diciembre 2020
Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud
Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

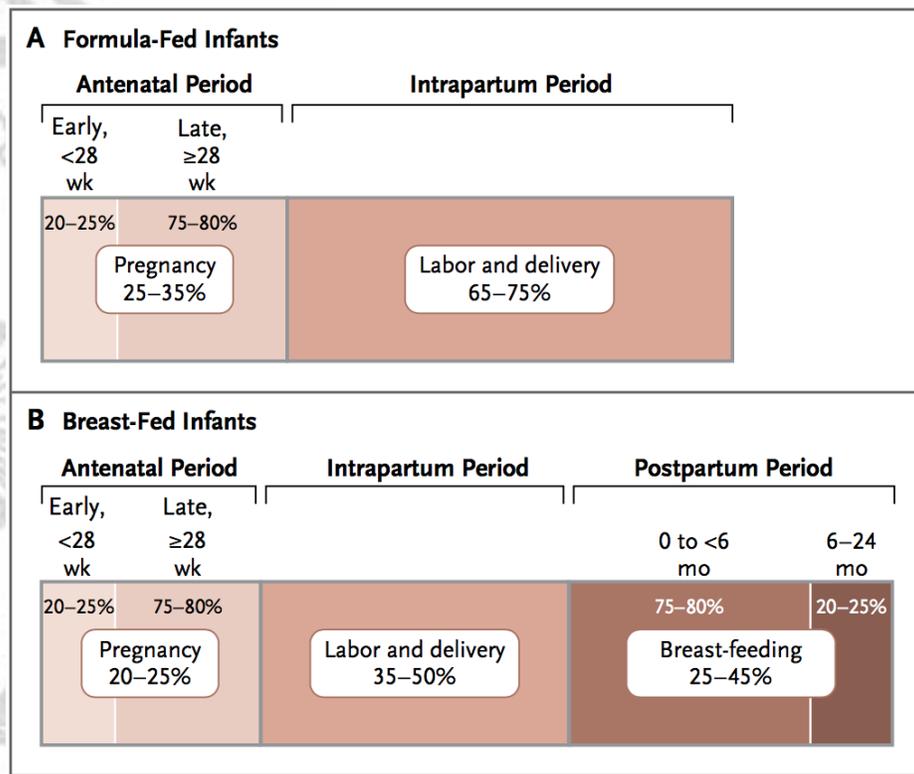
Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Transmisión Vertical de VIH



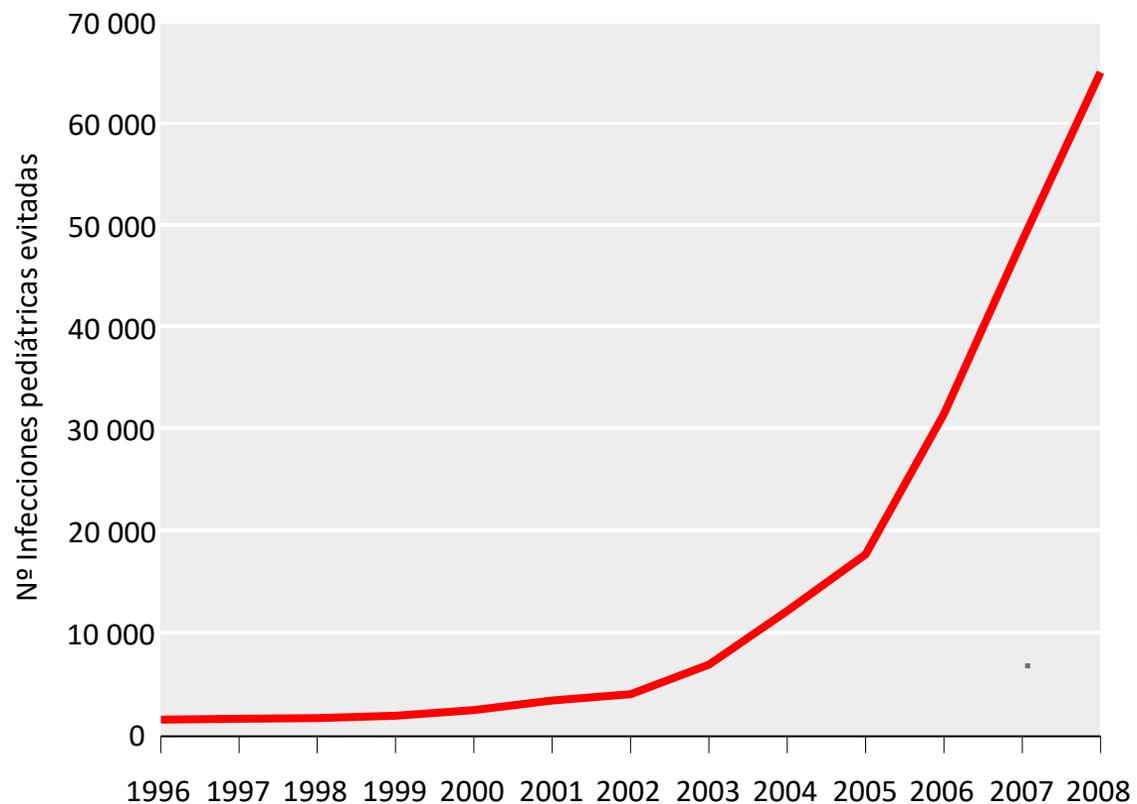
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



- VIH pediátrico → Menores de 13 años
- 90-95% casos niños infectados en Chile y el mundo son por TV
- Primeros Casos TV madre hijo: 1983 (Mundial) – 1989 (Chile)
- **Riesgo TV en la Era Pre-TARV: 15-45% global**
 - 15-25% sin lactancia materna
 - 25-45% con lactancia materna

Prevención transmisión vertical de VIH: medida más efectiva en ↓ casos pediátricos



Riesgo TV era Pre
TAR: 25-40%

Riesgo de TV con
PTV: 1 a 2%

Fuente: Estimaciones ONUSIDA, 2009



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



¿Qué podemos hacer para prevenir la Transmisión vertical de VIH?



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Embarazo:

Detección universal de VIH en la embarazada (2 test)

TARV para reducción de la CV a niveles indetectables (<50 copias RNA/ml) o lo más cercano a la indetectabilidad

Periparto-parto:

TARV: preparto y parto

Membranas rotas menos de 4 horas: **SÓLO SI** CV materna detectable

Vía del parto:

CV materna (+): Cesárea antes del inicio del trabajo de parto, membranas intactas

CV indetectable: Vaginal ó cesárea

RN:

TARV: profilaxis con AZT y otros antivirales

Alimentación artificial

Manejo RN Expuesto a VIH

1. Vía del Parto:

- Parto Vaginal: Madre con supresión virológica + adecuadas condiciones obstétricas
 - Guías Nacionales y OMS: < 1000 copias → VIENEN CAMBIOS EN ACTUALIZACIÓN NORMA 2021: CV < 50 copias
 - Guías Británicas (BHIVA) y Europeas: CV < 50 copias
- Cesárea Programada con membranas intactas 38 sem:
 - En gestantes sin supresión virológica o por condiciones obstétricas

2. Profilaxis farmacológica al RN → categorizar en alto versus bajo riesgo

1. Bajo riesgo: AZT 4mg/K cada 12 horas por 4 a 6 semanas
2. Alto riesgo: AZT 4mg/K cada 12 horas por 6 semanas +
 - a) Nevirapina 3 dosis ó
 - b) Lamivudina + Nevirapina ó Raltegravir por 2- 4 semanas ("Tto empírico"): sólo casos excepcionales

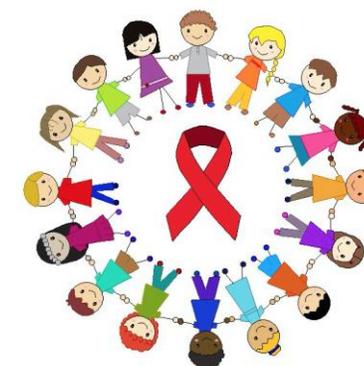
3. Lactancia Materna:

- En países con acceso a agua potable y fórmula: suspender LM



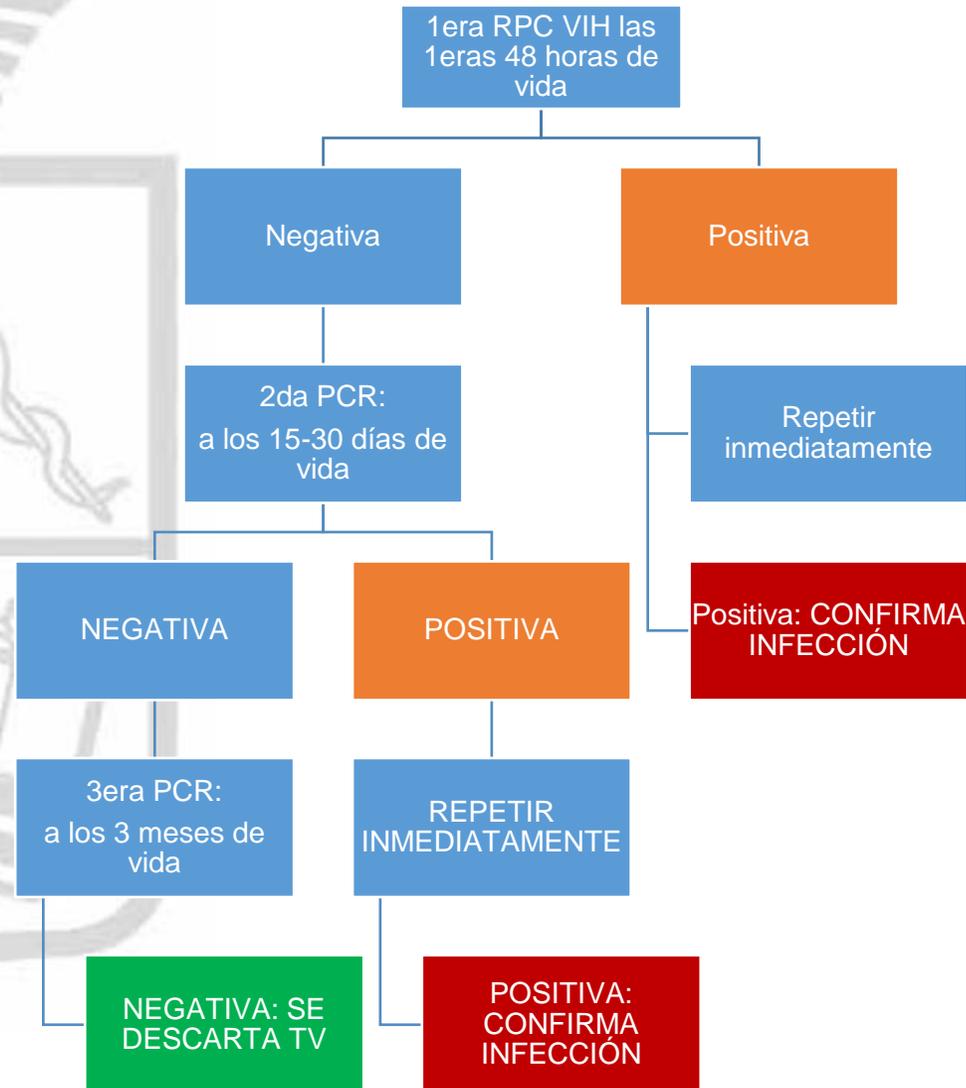
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Riesgo de TV VIH	Descripción	Profilaxis Neonatal
Bajo riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • RN que no cumple criterios de alto riesgo 	Zidovudina por 4 semanas
Alto riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos de madres que no recibieron protocolo de prevención de TV • Hijos de madres diagnosticadas VIH al parto • Hijos de madres con CV de VIH > 400 copias a las 34-36 semanas de gestación • Hijos de madres que iniciaron ARV a las 34 semanas de gestación o más, o madres que recibieron menos de 8 semanas de ARV al momento del parto. • Hijos de madres en que haya dudas con respecto a su adherencia a TARV. • Primoinfección materna durante la gestación. 	Zidovudina por 6 semanas + 3 Dosis de Nevirapina ó Profilaxis con 3 drogas: Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina (ó Raltegravir)
RN infectado	<ul style="list-style-type: none"> • RN con RPC VIH positiva de acuerdo a algoritmo diagnóstico 	# Iniciar 3 drogas en dosis de tratamiento

Diagnostico VIH en el RN



Instituto de Salud Pública
Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Instituto de Salud Pública de Chile
Av. Marathon 1000
Ñuñoa, Santiago
http://www.ispch.cl

SECCIÓN SIDA

Fecha Informe: 10/05/2017

N° de Muestra: 18920-2017-31436

Procedencia: HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Servicio Solic.: NEONATOLOGIA

Dirección: GRAN AV J M CARRERA 3204

Comuna: SAN MIGUEL

Paciente: [REDACTED]

Profesional Solic: DR. MARCELO JODORKOVSKY

Prestación: VIH PEDIATRICO CONFIRMACION

Fecha Recepción: 24/04/2017

tipo de Muestra: SANGRE C/ ANTICOAGULANTE EDTA **Fecha de Toma de Muestra:** 24/04/2017

RESULTADOS		
TÉCNICAS TAMIZAJE		
ELFA	VIDAS HIV DUO ULTRA	POSITIVO
ELFA	TEST ANTIGENO VIH	NEGATIVO
TÉCNICAS CONFIRMATORIAS/SUPLEMENTARIAS		
PCR	PCR VIH TAQMAN	NEGATIVO
RESULTADO ISP VIH		INDETERMINADO

SE SOLICITA NUEVA MUESTRA DE SANGRE PARA PCR AL MES DE EDAD PARA CONTINUAR PROTOCOLO DIAGNOSTICO DE SIDA PEDIATRICO (4 ML DE SANGRE CON ANTICOAGULANTE EDTA)
COPIA LABORATORIO



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

VIH en niños: manifestaciones clínicas

- Lactantes en PTV → se diagnostican asintomáticos, por búsqueda activa con PCR VIH
- Niños mayores sin tratamiento
 - Infecciosas
 - Infecciones comunes frecuentes o graves (OMA, neumonía)
 - Infecciones oportunistas
 - Alteraciones hematológicas: Anemia, trombocitopenia
 - Alteraciones Neurodesarrollo
 - Fallo pondoestatural



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

¿Cuándo sospechar infección por VIH en niños?

- Retraso pondoestatural
- Retraso madurativo
- Linfadenopatía generalizada persistente
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Infecciones bacterianas recurrentes: sinusitis, otitis, neumonías, meningitis, etc.
- Diarrea crónica
- Síndrome febril prolongado
- Herpes zóster recurrente o que compromete más de una metámera
- Candidiasis orofaríngea persistente
- Hipertrofia parotídea prolongada y recurrente
- Infecciones recurrentes, dermatitis seborreica grave
- Proteinograma con hipergammaglobulinemia o hipogammaglobulinemia
- Plaquetopenia
- Linfopenia



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Etapificación: CDC

	N: Asintomático	A: Síntomas leves	B: Síntomas moderados	C: Síntomas severos
1: Sin supresión inmune	N1	A1	B1	C1
2: Supresión moderada	N2	A2	B2	C2
3: Supresión severa	N3	A3	B3	C3

Etapa	Edad: <12 meses CD4/ μ L (%)	Edad: 1-5 años CD4/ μ L (%)	Edad: >6 años CD4/ μ L (%)
1 Sin inmunosupresión	≥ 1500 (≥ 34)	≥ 1000 (≥ 30)	≥ 500 (≥ 26)
2 IS moderada	750-1499 (26-33)	500-999 (22-29)	200-499 (14-25)
3 IS severa	<750 (<26)	<500 (<22)	<200 (<14)



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

CDC: Centers for Disease Control and Prevention, VIH: virus de la inmunodeficiencia adquirida. Adaptado de "Revised Surveillance Case Definition for HIV Infection-United States 2014. MMWR 2014;63(RR-03): 1-10. PMID: 24717910

Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGÉ "Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA", Santiago, Minsal 2013.

Categorías Clínicas: N, A, B, y C

N

CATEGORÍA N: Asintomático

Niños que no presentan signos o síntomas atribuibles a infección por VIH o que tienen solo una de las alteraciones enumeradas en la Clase A.

A

CATEGORÍA A: Síntomas leves

Niños con dos o más de las alteraciones enumeradas a continuación, pero sin ninguna de las alteraciones enumeradas en las Clases B y C.

- ▶ Linfadenomegalias ($\geq 0,5$ cm en más de dos sitios; si son bilaterales se considera un sitio).
- ▶ Hepatomegalia.
- ▶ Esplenomegalia.
- ▶ Dermatitis.
- ▶ Hipertrofia parotídea.
- ▶ Infecciones recurrentes o persistentes de vías aéreas superiores, sinusitis, otitis media.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



B

CATEGORÍA B: Síntomas moderados

Niños con síntomas diferentes de los enumerados en las Clases A y C, que son atribuibles a infección por VIH:

- ▶ Anemia (<8 g%), neutropenia ($<1.000/mm^3$), trombocitopenia ($<100.000/mm^3$), que persisten 30 días o más.
- ▶ Meningitis bacteriana, neumonía o sepsis (un único episodio).
- ▶ Candidiasis orofaríngea (muguet) persistente durante más de 2 meses en niños mayores de 6 meses.
- ▶ Miocardiopatía.
- ▶ Infección por citomegalovirus que comienza antes del mes de edad.
- ▶ Diarrea recurrente o crónica.
- ▶ Hepatitis.
- ▶ Estomatitis recurrente por herpes simplex (HSV): más de dos episodios en un año.
- ▶ Bronquitis, neumonitis o esofagitis por HSV, que comienzan antes del mes de edad.
- ▶ Más de un episodio de infección por herpes zóster, o infección que compromete más de un dermatoma.
- ▶ Leiomiosarcoma.
- ▶ Neumonía intersticial linfoidea (LIP) o hiperplasia pulmonar linfoidea (HPL).
- ▶ Nefropatía.
- ▶ Nocardiosis.
- ▶ Fiebre persistente (>1 mes).
- ▶ Toxoplasmosis que comienza antes del mes de edad.
- ▶ Varicela complicada.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

CATEGORÍA C: Síntomas graves

- ▶ Infecciones bacterianas graves, múltiples o recurrentes (por lo menos dos en un período de dos años, confirmadas por cultivo): sepsis, neumonía, meningitis, artritis, osteomielitis, absceso de un órgano interno o cavidad corporal (excluyendo otitis media, abscesos superficiales de piel o mucosas, e infecciones relacionadas con catéteres).
- ▶ Candidiasis esofágica o pulmonar (bronquios, tráquea, pulmón).
- ▶ Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar (excepto el compromiso de ganglios cervicales).
- ▶ Criptococosis extrapulmonar.
- ▶ Criptosporidiosis o isosporiasis con diarrea persistente de más de un mes de duración.
- ▶ Enfermedad por citomegalovirus que comienza después del mes de edad (en un sitio diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos).
- ▶ Retinitis por citomegalovirus con pérdida de la visión.
- ▶ Encefalopatía: presencia de por lo menos uno de los siguientes hallazgos progresivos durante como mínimo dos meses, en ausencia de una enfermedad concomitante diferente de la infección por VIH, que pudiera explicarlos:
 - A.** Falla en la adquisición de pautas madurativas, pérdida de pautas ya adquiridas o pérdida de la capacidad intelectual medida por tablas estándar de desarrollo o pruebas neuropsicológicas.
 - B.** Disminución del crecimiento cerebral o microcefalia adquirida demostrada por mediciones del perímetro cefálico, o atrofia cerebral demostrada por tomografía computada o resonancia magnética nuclear (para niños <2 años se requieren controles por imágenes seriados).

- C.** Déficit motores simétricos adquiridos, manifestados por dos o más de los siguientes ítems: paresias, reflejos patológicos, ataxia, trastornos de la marcha.
 - ▶ Infección por virus herpes simplex con úlceras mucocutáneas persistentes de más de un mes de duración o compromiso bronquial, pulmonar o esofágico de cualquier tiempo de duración en niños mayores de un mes de edad.
 - ▶ Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar (excepto el compromiso de ganglios cervicales).
 - ▶ Sarcoma de Kaposi.
 - ▶ Linfoma cerebral primario.
 - ▶ Linfoma de Burkitt o inmunoblástico, linfoma de células grandes o de fenotipo inmunológico desconocido.
 - ▶ Infección por Mycobacterium tuberculosis diseminada o extrapulmonar.
 - ▶ Otras especies de Mycobacterium o especies no identificadas, diseminadas (excepto el compromiso de pulmón, piel o ganglios cervicales o hiliares).
 - ▶ Infección por Mycobacterium avium complex o Mycobacterium kansasii diseminada (excepto el compromiso de pulmones, piel, adenomegalias cervicales o hiliares).
 - ▶ Neumonía por Pneumocystis jiroveci.
 - ▶ Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - ▶ Sepsis recurrente por Salmonella no typhi.
 - ▶ Toxoplasmosis cerebral que comienza después del mes de edad.
 - ▶ Síndrome de consunción en ausencia de una enfermedad concurrente diferente de la infección por VIH que pudiera explicar los siguientes hallazgos:
 - A.** Pérdida de peso >10% de la línea de base, o
 - B.** Cruce hacia abajo de por lo menos 2 percentiles en las tablas de peso/edad en un niño de un año de edad o más, o
 - C.** < del percentil 5 en las tablas de peso/talla en dos mediciones consecutivas separadas por 30 días o más, y además:
 - ▶ Diarrea crónica (dos o más deposiciones por día durante más de 30 días), o
 - ▶ Fiebre intermitente o continua documentada por 30 días o más.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

C

Diagnostico VIH en niños

- Anticuerpos maternos VIH: persisten hasta aproximadamente los 18 meses de vida por traspaso transplacentario
 - Tests serológicos (Acs/Ag) NO son útiles en menores de 2 años de vida (un test positivo sólo confirma que es "hijo de madre VIH")
- Pruebas Directas
 - Antigenemia: ya no en uso
 - Biología Molecular: RNA o DNA
 - Exposición a ARV en el RN puede dar falso RNA Negativo, por lo cual se debe repetir RPC al menos 6 semanas después de terminado los ARV en el RN



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Menejo VIH en niños

- Objetivos:
 - Disminuir IO y mortalidad
 - Maximizar crecimiento al largo plazo
 - Buen neurodesarrollo y status inmunológico
- Problemas Antiretrovirales
 - Poca disponibilidad fármacos para niños
 - Jarabes, palatabilidad
 - Toxicidad a largo plazo
 - **Adherencia** → depende de un 3ero!
 - Riesgo desarrollo resistencia (o adquirir virus R)
 - Costo
 - Pocas presentaciones disponibles en Chile



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Tratamiento antiviral

- Triterapia:
 - Esqueleto : 2 análogos nucleósidos (INTR)
 - + 3era droga:
 - Inhibidor proteasa (PI) / inhib integrase (II) / análogo no nucleósido (INNTR)

Table 1. Preferred and Alternative First Line Options in Children and Adolescents Living with HIV

Age	Backbone		3 rd Agent (in alphabetical order)	
	Preferred	Alternative	Preferred	Alternative
0 - 4 weeks	ZDV ⁽ⁱ⁾ + 3TC	-	LPV/r ^(ii, iii) NVP ⁽ⁱⁱⁱ⁾ RAL ⁽ⁱⁱⁱ⁾	-
4 weeks - 3 years	ABC ^(iv) + 3TC ^(iv)	ZDV ⁽ⁱ⁾ + 3TC ^(vi) TDF ^(vii) + 3TC	DTG ^(viii)	LPV/r NVP RAL
3 - 6 years	ABC ^(iv) + 3TC ^(iv)	TDF + XTC ^(ix) ZDV + XTC ^(ix)	DTG	DRV/r EFV LPV/r NVP RAL
6 - 12 years	ABC ^(iv) + 3TC ^(iv) TAF ^(x) + XTC ^(ix)	TDF + XTC ^(ix)	DTG	DRV/r EFV EVG/c RAL
> 12 years	ABC ^(iv) + 3TC ^(iv) TAF ^(x) + XTC ^(ix)	TDF + XTC ^(ix)	BIC ^(xi) DTG	DRV/b EFV ^(xii) RAL ^(xii) RPV ^(xii)

Jarabes ó suspensiones:

- AZT
- 3TC
- ABC
- NVP
- LPV/rtv
- DTG



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Tratamiento VIH: otros

- Profilaxis infecciones oportunistas
 - *Pneumocistis jirovecci* hasta los 12 meses o si CD4 etapa 2-3
 - Toxoplasmosis, Mycobacterias según etapificación
- Vacunas
 - BCG contraindicada
 - Vacunas vivas: trivírica, varicela: con CD4 etapa 1 (sin inmunodeficiencia)
 - Vacunas inactivas: administrarlas todas, considerar dosis de refuerzos
- Manejo multisistémico
 - Equipo: pediatra, psicóloga, asistente social, enfermera, QF
 - Evaluaciones periódicas por neurólogo, endocrinólogo, nefrólogo, cardiólogo, nutrición



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Profilaxis infecciones oportunistas

¿QUÉ ENFERMEDAD PREVIENE?	¿CUÁNDO SE INDICA?		¿QUÉ SE UTILIZA?
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Lactantes expuestos al VIH	A todos, a partir de las 4-6 semanas de vida*	TMP-SMX a 5 mg/kg/dosis de TMP v.o. 3 veces por semana
	< 1 año VIH+	A todos	
	1-5 años VIH+	<500 CD4/mm ³ o CD4 < 15%	
	> o igual a 5 años VIH+	<200 CD4/mm ³ o CD4 < 15%	
<i>TBC</i>	Todas las edades	PPD > 5mm o Contacto con paciente bacilífero	Menores de 1 año: isoniacida 10-15 mg/kg día (máx. 300 mg/día). Durante 9 meses. RMP está indicada en caso de contacto con TBC resistente a INH o intolerancia, con dosis de 10 mg/kg/día (máx. 600 mg).



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Prevención de infección por VIH

- Prevención Transmisión vertical ✓
- Prevención Transmisión horizontal
 - Tamizaje Universal Bancos de Sangre
 - Procedimientos (tatuajes, piercing) con técnica estéril
 - Transmisión sexual:
 - CONDÓN!!!!!!
 - Profilaxis Pre exposición: PrEP
 - Profilaxis post exposición: PEP



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



- Consiste en profilaxis antiviral previa a la exposición sexual a VIH, en grupos Seronegativos con ALTO riesgo de adquirir VIH
- Terapia continua “Uso diario”
- Terapia “On-Demand”
- Programa Minsal: Pueden acceder > 18 años sexualmente activos
 - Personas trans
 - Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)
 - Trabajadores sexuales
 - Personas con mayor riesgo de exposición a VIH
- Prestadores: 11 hospitales en Chile + prestadores Isapres



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Profilaxis post exposición abuso sexual

- ANTES de 72 horas de la exposición (similar a accidentes cortopunzantes)
- Evaluar y prevenir otras ITS y embarazo

ADULTOS y ADOLESCENTES

Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg(Dolutegravir 50mg (Coformulado)	1 comprimido al día
Alternativa: Tenofovir 300mg/Emtricitabinba 200 mg (coformulado)	1 comprimido al día
+ Raltegravir 400mg	1 comprimido cada 12 horas



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Niños, niñas y adolescentes < 15 años: Debe ser siempre 2 drogas (Zidovudina + Lamivudina), y en situaciones de ALTO riesgo asociar 3era droga (Raltegravir)

Antirretrovira	Peso/edad	Dosis	Frecuencia	Presentación
Zidovudina	4 a < 9 K	12mg/K/dosis	2 veces al día	Solución oral 10mg/ml
	9 a >30 K	9mg/K/dosis		
	> 30K	300mg dosis		Comprimido 300mg
Lamivudina	1 mes a < 3 meses	4mg/K/dosis	2 veces al día	Solución oral 10mg/ml
	3 meses a 7 años	5mg/K/dosis		
	> 25 Kilos	150mg dosis		Comprimido 150mg
Raltegravir (Solo si alto riesgo)	< 25 kilos	8mg/K/dosis	Cada 12 horas	Comprimidos 400mg (hacer papelillos)
	> 25 kilos	400 mg dosis	Cada 12 hotas	Comprimido 400mg

PrEP vs. PEP

PrEP and PEP are methods for preventing HIV that involve taking HIV medicines. When you take steps to protect yourself against a disease, like HIV, it's called prophylaxis.

PrEP and PEP are for people who don't have HIV, but are at risk of getting it.

PrEP stands for pre-exposure prophylaxis.

What's it called?

PEP stands for post-exposure prophylaxis.

Before HIV exposure.

PrEP is taken every day, before possible exposure.

When is it taken?

After HIV exposure.

In emergency situations, PEP is taken within 72 hours (3 days) after possible exposure.

PrEP is for people who don't have HIV and:

- are at risk of getting HIV from sex
- are at risk of getting HIV from injection drug use

Who's it for?

PEP is for people who don't have HIV but may have been exposed:

- during sex
- by sharing injection drug equipment
- during a sexual assault
- at work through a needlestick or other injury

Consistent use of **PrEP** can reduce the risk of getting HIV from sex by about 99% and from injection drug use by at least 74%.

How effective is it?

PEP can prevent HIV when taken correctly, but it is not always effective.

Start PEP as soon as possible to give it the best chance of working.

Ask your health care provider about a prescription for **PrEP**, or use PrEPLocator.org to find a health care provider in your area who can prescribe PrEP.

How do you get it?

Within 72 hours of a potential exposure to HIV, talk to your health care provider or an emergency room doctor about a prescription for **PEP**.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Conclusiones

- El VIH es una Pandemia que lleva 40 años
 - Chile con casos en aumento última década (vs resto del mundo)
- Protocolos de PTV de VIH son muy exitosos → fundamental saber status VIH de la madre para poder intervenir
- VIH en niños:
 - Pocos en Chile
 - Manifestaciones más frecuentes: infecciones comunes a repetición
 - Infecciones oportunistas → manifestaciones tardías
 - Manejo multidisciplinario + TARV: muy buen pronóstico
- VIH pasó de ser una enfermedad fatal, a una condición crónica inflamatoria, gracias a la TARV.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur