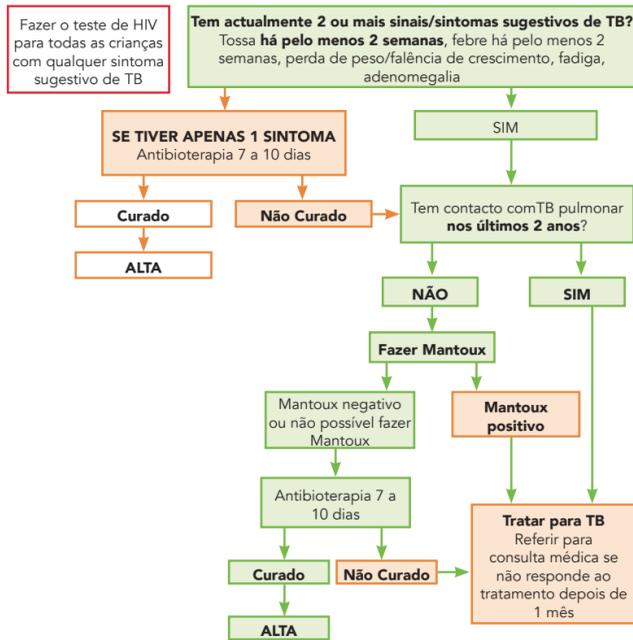


## 16 Algoritmo de diagnóstico de TB em crianças dos 0-14 anos



NB: O início do tratamento de TB em crianças sintomáticas e com história de contacto deve ser rápido. Contudo, deve-se tentar confirmar bacteriologicamente a partir da obtenção de amostras de qualidade (expectoração ou aspirado gástrico) para BK e Xpert MTB/RIF.

## 17 Regimes recomendados para tratamento da TB sensível na criança dos 0 - 14 anos

Peso (kg)	Fase Intensiva (Dose única diária)			Fase de Manutenção (Dose única diária)	
	RHZ (3DFC) (75/50/150)	Quantidade de água a diluir	Etambutol 100mg	RH (2DFC) (75/50)	Quantidade de água a diluir
<2*	1 cp	10 mL, dar apenas 2.5 mL*	1/4 cp	1 cp	10 mL, dar apenas 2.5 mL*
2 - 2.9*	1 cp	10 mL, dar apenas 5 mL*	1/2 cp	1 cp	10 mL, dar apenas 5 mL*
3 - 3.9*	1 cp	10 mL, dar apenas 7.5 mL*	3/4 cp	1 cp	10 mL, dar apenas 7.5 mL*
4 - 7.9	1 cp	10 mL	1 cp	1 cp	10 mL
8 - 11.9	2 cp	20 mL	2 cp	2 cp	20 mL
12 - 15.9	3 cp	30 mL	3 cp	3 cp	30 mL
16 - 24.9	4 cp	40 mL	4 cp	4 cp	40 mL
≥ 25	4DFC (Dosagem e formulação de adultos)			2DFC (Dosagem e formulação de adultos)	

\* Para a criança < 4kg: da solução de 10 ml preparada, dar apenas o volume correspondente ao peso da criança, como mostra na tabela

### Modo de preparação/administração dos medicamentos:

**3DFC e 2DFC:** Deve-se dissolver os comprimidos de 3DFC e 2DFC de acordo com o peso da criança e a quantidade de água recomendada. Após a dissolução administre todo o medicamento de imediato à criança. Se restar algum medicamento no fundo do copo acrescente um pouco mais de água e administre. 3DFC e 2DFC devem sempre ser dissolvidos em água. Não devem ser tomados inteiros mesmo que a criança consiga engolir.

**Etambutol:** Os comprimidos de Etambutol devem ser esmagados e administrados com água em separado do 3DFC. Para crianças que conseguem engolir, podem tomar inteiros.

## Regimes recomendados para TARV em crianças dos 0 – 14 anos (Novos inícios e as que transitaram para regime com DTG) incluindo crianças com Tratamento anti-tuberculose (TAT)

Peso (kg)	Crianças em TARV (incluindo crianças com TB MR)**	Crianças com TB/HIV em TAT com regime contendo Rifampicina)**	Regime de TARV após terminar o tratamento da TB
3-19.9 kg	ABC/3TC (120/60) + pDTG	ABC/3TC (120/60) + pDTG + Dose adicional de pDTG a noite	Manter o regime e suspender a dose adicional de pDTG ou DTG 50mg, duas semanas após o término do tratamento para TB
20–24.9 kg	ABC/3TC (120/60) + DTG 50mg	ABC/3TC (120/60) + DTG 50mg + Dose adicional de DTG 50mg a noite	
25–29.9 kg	ABC/3TC (600/300) + DTG 50mg	ABC/3TC (600/300) + DTG 50mg + Dose adicional de DTG 50mg a noite	
≥ 30 kg	TDF/3TC/DTG (300/300/50mg)	TDF/3TC/DTG (300/300/50mg) + Dose adicional de DTG 50mg a noite	

\* Pacientes co-infectados com TB/HIV em TAT com regime para TB multiresistente (não contendo Rifampicina). Não é necessário oferecer a dose adicional de DTG  
\*\* DTG deve ser administrado com intervalo de 12 em 12 horas

Pacientes em regime com Inibidor de protease (IP; =LPV/r ou ATV/r) que não podem mudar para DTG (por causa de intolerância ou porque mudaram para IP de resgate depois falência de DTG) recebem os seguintes regimes:

- <10kg: ABC/3TC 120/60mg + AZT Xarope (10mg/mL)
- ≥10kg e idade ≥ 3 anos: mudar o IP (LPV/r ou ATV/r) para EFV (200mg) ou fazer potenciação/super boosting com LPV/r e RTV (veja tabela de dosagem, tabela 22)

## 19 Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)

Regimes de 2ª linha de TARV (ou regimes de resgate)	
Regime em falha	Regime de resgate preferencial
Regime em falha contendo Dolutegravir	
ABC/3TC+DTG	AZT/3TC+LPV/r ou ATV/r*
TDF/3TC/DTG	AZT/3TC+LPV/r ou ATV/r*
AZT/3TC+DTG	TDF/3TC** ou ABC/3TC** + LPV/r ou ATV/r*
Regime em falha contendo Inibidor de Protease (LPV/r ou ATV/r)	
ABC/3TC+IP	AZT/3TC+DTG
TDF/3TC+IP	AZT/3TC+DTG
AZT/3TC+IP	TDF/3TC** ou ABC/3TC** + DTG

\* Sempre que tiver que prescrever LPV/r ou ATV/r lembre-se:

< 25kg o LPV/r é o IP preferencial;  
≥ 25kg o ATV/r é o IP preferencial

\*\* Para escolha do análogos para os regimes de resgate lembre-se:

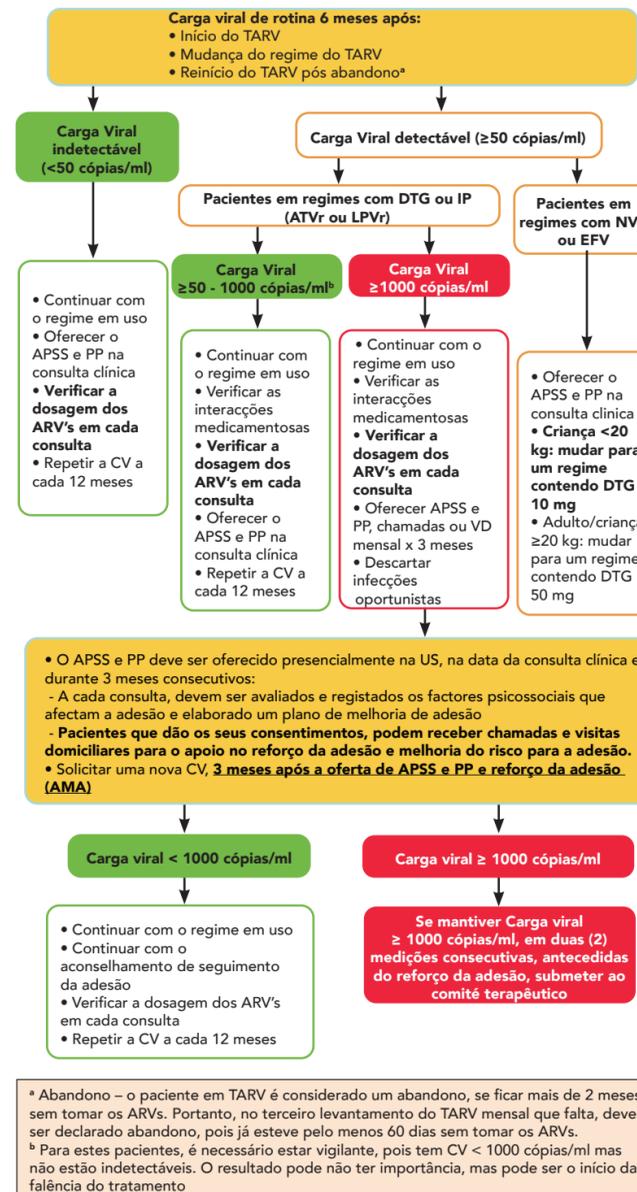
< 30kg o ABC/3TC é o ARV preferencial;  
≥30kg o TDF/3TC é o ARV preferencial

**Nota:** A decisão de trocar para o regime de resgate deve ser tomada pelo comité terapêutico e deve-se ter em consideração o historico dos regimes de TARV previos do paciente.

## 20 Regimes alternativos em caso de intolerância aos ARVs

ARV que causa intolerância	Medicamentos de ARV alternativa
AZT/3TC	< 30kg: ABC ≥ 30kg: ABC ou TDF
ABC/3TC	< 30kg: AZT ≥ 30kg: TDF ou AZT
TDF/3TC	ABC ou AZT
ATV/r ou LPV/r	DTG (pDTG ou DTG50mg)
pDTG	LPV/r
DTG	< 25kg: LPV/r ≥ 25kg: ATV/r

## 21 Algoritmo de monitoria do TARV, com recurso à carga viral (crianças, adolescentes e adultos)



\* Abandono – o paciente em TARV é considerado um abandono, se ficar mais de 2 meses sem tomar os ARVs. Portanto, no terceiro levantamento do TARV mensal que falta, deve ser declarado abandono, pois já esteve pelo menos 60 dias sem tomar os ARVs.  
b Para estes pacientes, é necessário estar vigilantes, pois tem CV < 1000 cópias/ml mas não estão indetectáveis. O resultado pode não ter importância, mas pode ser o início da falência do tratamento

## 22 Tabela de dosagem de ARVs

Medicamento e apresentação da formulação: comprimidos mg ou em xarope mg/ml	Doses terapêuticas para crianças com idade ≥ 4 semanas de vida (não inclui dosagens para PTV nem para o TARV em neonatos)													
	Números de comprimidos ou quantidade de mL por faixa de peso: manhã (M) e noite (N)													
	3 - 5.9Kg		6 - 9.9Kg		10 - 13.9Kg		14 - 19.9Kg		20 - 24.9Kg		25 - 29.9Kg		≥ 30kg	
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
<b>ABC/3TC</b>														
120/60 mg	1	-	1.5	-	2	-	2.5	-	3	-	-	-	-	-
600/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
<b>LPV/r</b>														
LPV/r saquetas 40 mg/10 mg	2	2	3	3	4	4	5	5	-	-	-	-	-	-
LPV/r cp 100/25 mg*	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
LPV/r cp 200/50 mg*	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	2	2
<b>DTG<sup>b</sup></b>														
pDTG 10 mg	0.5	-	1.5	-	2	-	2.5	-	3*	-	-	-	-	-
DTG 50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-
TDF/3TC/DTG 300/300/50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
<b>AZT em xarope e AZT/3TC</b>														
AZT Xarope 10 mg/mL <sup>d</sup>	6mL	6mL	9mL	9mL	12mL	12mL	-	-	-	-	-	-	-	-
60/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	-	-	-	-
300/150 mg	-	-	-	-	-	-	1	0.5	1	0.5	1	1	1	1
<b>TDF/3TC</b>														
TDF/3TC 300/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
<b>TDF/3TC/EFV</b>														
TDF/3TC/EFV 300/300/400 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
<b>EFV</b>														
EFV 200 mg	-	-	-	-	-	1	-	1.5	-	1.5	-	2	-	2
<b>ATV/r</b>														
ATV/r 300/100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
	3 - 5.9Kg		6 - 9.9Kg		10 - 13.9Kg		14 - 19.9Kg		20 - 24.9Kg		25 - 29.9Kg		≥ 30kg	
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
<b>Dosagem do LPV/r e RTV isolado para potenciação (superboosting) durante o tratamento da TB</b>														
LPV/r 100/25 mg cp	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
RTV 100 mg cp	-	-	-	-	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2
<b>Dosagem de Darunavir (DRV) e Ritonavir (RTV) para crianças e adolescentes na 3ª Linha</b>														
DRV 75 mg cp	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	-	-	-	-
DRV 150 mg cp	-	-	-	-	-	-	2.5	2.5	2.5	2.5	3	3	-	-
DRV 600 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5*	0.5*	0.5*	0.5*	1	1	1	1
RTV 100 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1

\* Deve-se engolir inteiro. Este comprimido não se parte, não se esmaga e não se dissolve em líquidos. Caso não consiga engolir inteiro deve tomar as saquetas.  
b Não é recomendado tomar o DTG ao mesmo tempo que as vitaminas, sal ferroso, fenitoína ou antiácidos, pois reduzem a concentração plasmática do DTG. Nestes casos, recomenda-se tomar o DTG no mínimo 2 horas antes ou 6 horas depois da toma destes medicamentos.  
c Esta dosagem é prevista para uso apenas em ausência de cprs de 50mg.  
d A dosagem de AZT em xarope é terapêutica. Para dosagem profiláctica consulte a tabela 9.  
e Esta dosagem é prevista para uso apenas na ausência de cprs de DRV de 75 ou 150mg.

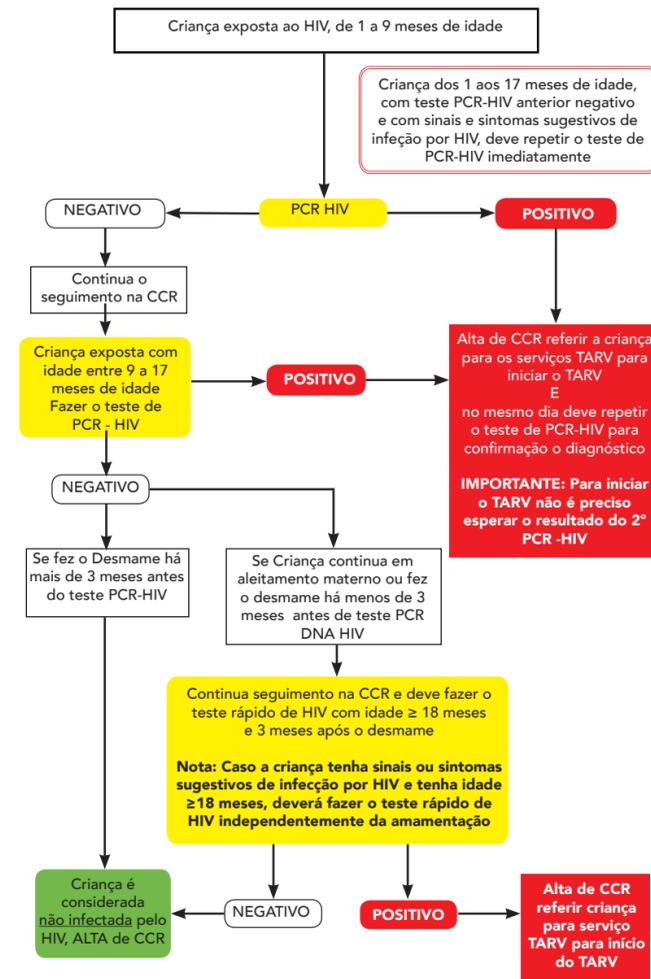
Website do PNC ITS, HIV/SIDA  
http://www.misau.gov.mz/index.php/its-hiv-sida  
Endereço do comité TARV nacional  
https://comitetarvmisau.co.mz/



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DE ITS/HIV E SIDA

## MANEJO DE INFECÇÃO POR HIV NA CRIANÇA E ADOLESCENTE VERSÃO 2022

### 1 DIAGNÓSTICO DO HIV NA CRIANÇA EXPOSTA



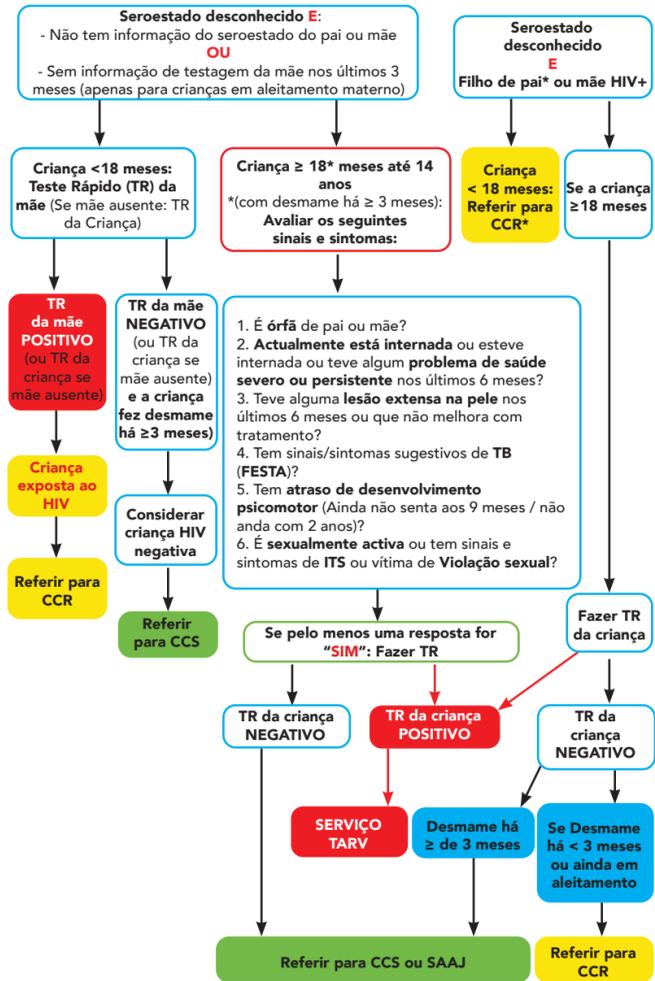
### 2 TABELA DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

#### Diagnóstico Presuntivo de HIV:

- PCR não disponível e idade < 18 meses
- História de exposição ao HIV (mãe HIV+ ou falecida por causas suspeitas de HIV)
- Teste rápido é HIV positivo na criança (o que confirma antecedentes de exposição).
- Uma ou mais das seguintes condições:
  - » Pneumonia grave
  - » Candidíase oro-esofágica
  - » Malnutrição grave
  - » Sarcoma de Kaposi
  - » Pneumonia por *Pneumocistis Jirovecii*

### 3 Algoritmo de testagem para o HIV em crianças dos 0 - 14 anos

Primeiro verificar informação sobre testagem para o HIV na Caderneta de Saúde da Mulher, Ficha Pré-Natal ou no Cartão de Saúde da Criança, ou qualquer outro documento hospitalar que a criança tiver (Cartão do Doente ou cartão de PF, etc)



\* Criança < 18 meses filha de pai HIV+ ( mãe ausente ou mãe HIV-) não é considerada logo a primeira exposta ao HIV. Ela deve ser referida à CCR para que seja oferecida o rastreio da exposição ao HIV. O primeiro teste a ser oferecido é o testes rápido de HIV.

- Se o resultado do TR for positivo, ela é considerada exposta ao HIV, e deve-se fazer o PCR para confirmação segundo o algoritmo de DPI.
- Se o TR for negativo, ainda não é possível excluir a infecção por HIV. Por isso deve-se fazer o PCR mas, não oferecer TARV porque ainda não tem confirmação de exposição ou infecção por HIV.
- Sempre que a criança apresentar sinais de doença grave, a mãe deve ser retestada independente da data do último teste de HIV feito.

\* Deve-se garantir a retestagem da mãe lactante HIV negativa de 3 em 3 meses até os 9 m. Depois de 9 meses pós-parto, retestar mediante o rastreio dos critérios de elegibilidade.

\* Os critérios de retestagem da criança HIV negativa é igual ao da população adulta (anualmente um novo rastreio).

### 4 Tabela de estadiamento clínico pediátrico (OMS)

Estadio I	
Assintomático	Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)
Estadio II	
Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada	Molusco contagioso extenso
Prurigo	Ulcerações orais recorrentes (> 2 episódios em 6 meses)
Infecções fúngicas do leito ungueal	Aumento das parótidas sem outra causa aparente
Queilite angular	Herpes Zoster
Eritema gengival linearl	Infecção viral verrucosa extensa da pele
Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores	
Estadio III:	
Malnutrição moderada inexplicada	Pneumonia bacteriana grave de repetição (> 2 episódios nos últimos 6 meses)
Diarreia persistente inexplicada (>14 dias)	Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda
Febre persistente inexplicada (>1 mês)	LIP sintomática
Candidíase oral (após os primeiros 6 meses de idade)	Doença pulmonar crônica associada ao HIV (inclui Bronquiectasias)
Leucoplasia oral pilosa	TB ganglionar e TB pulmonar
Anemia (< 8g/dL) ou neutropenia (< 500/mm <sup>3</sup> ) ou Trombocitopénia crônica (< 50.000/ mm <sup>3</sup> ) inexplicadas	
Estadio IV:	
Malnutrição grave, ou perda de peso severa inexplicada	Toxoplasmose do SNC
Pneumonia por <i>Pneumocistis Jiroveci</i> (PPJ)	Encefalopatia por HIV
Infecções bacterianas graves recorrente - empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite (> 2 episódios nos últimos 6 meses)	Infecção crônica por Herpes simples (oral ou cutânea > 1 mês de duração ou visceral em qualquer órgão)
Candidíase esofágica (ou da traqueia, brônquios ou pulmões)	Linfoma não-Hodgkin
Infecção por micobactérias não tuberculosa disseminada	Criptococose extrapulmonar
TB extrapulmonar disseminada	Criptosporidiose crônica (com diarreia)
Sarcoma de Kaposi	Isosporiose crônica
Infecções por CMV	Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV
Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose, peniciliose)	

### 5 Classificação da Desnutrição Aguda

Indicadores Nutricionais	P/E ou IMC para idade	Perímetro Braquial
Desnutrição Aguda Grave (DAG)	< - 3 DP	6 - 59 meses < 11.5 cm 5 - 10 anos < 13 cm 11 - 14 anos < 16 cm
Desnutrição Aguda Moderada (DAM)	≥ - 3 DP e < -2 DP	6 - 59 meses ≥ 11.5 cm e < 12.5 cm 5 - 10 anos ≥ 13 cm e < 14.5 cm 11 - 14 anos ≥ 16 cm e < 18.5 cm

### 6 Conduta em caso de Desnutrição Aguda

Conduta em caso de Desnutrição Aguda em crianças	Critérios para Alta
DAG com complicações (HIV +/-)	Fase 1: Internamento F75/ F100 Fase 2: ATPU em ambulatório P/E ou IMC/idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas ou PB em duas avaliações sucessivas:
DAG sem complicações (≥ 6 meses, HIV +/-)	ATPU em ambulatório
DAM (≥ 6 meses, HIV +/-)	CSB ou ASPU em ambulatório

Nota: Após a alta, continuar o controlo regular por mais 3 meses para assegurar que a criança mantém o P/E ou IMC ≥ -1 DP

### 7 Tipo e quantidade de saquetas de ATPU e ASPU para tratamento da DAM por idade

Quantidade de ASPU para tratamento da DAM/idade		Quantidade de ATPU para tratamento da DAM/ idade	
Idade	Nº de Saquetas ASPU/dia	Idade	Nº de Saquetas ATPU/dia
6 - 59 meses	1 saqueta/dia	6 - 11 meses	1 saqueta/dia
≥ 5 anos	2 saquetas/dia	≥ 12 meses	2 saquetas/dia

O ASPU é a 1ª opção para tratamento da DAM e deve ser administrado as crianças ≥ 6 meses. Em caso de limitação do stock de ASPU, priorizar a prescrição para crianças < 5 anos e nesse caso, reservar o MAE para crianças ≥ de 5 anos, adolescentes e adultos. O ATPU só pode ser utilizado como alternativa somente na ausência do ASPU e MAE

### 8 Dosagem de ATPU para tratamento da DAG

Peso (Kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas
4.0 - 4.9	2
5.0 - 6.4	2.5
6.5 - 8.0	3
8.1 - 9.0	3.5
9.1 - 10.0	4
10.1 - 11.4	4.5
≥ 11.5	5

### 9 Dosagens de AZT e NVP para profilaxia reforçada da criança exposta ao HIV de acordo com o peso

Dosagens de AZT e NVP para Profilaxia da criança exposta ao HIV		
Do nascimento até 6ª semana de Vida		
Peso ao nascimento (gramas)	Quantidade de AZT (ml) (12/12h)	Quantidade da NVP (ml) (1 vez/dia)
1000 g - 1499 g	0.6 ml	0.3 ml
1500 g - 1999 g	0.8 ml	0.4 ml
2000 g - 2499 g	1 ml	1 ml
≥2500	1.5 ml	1.5 ml
Da 7ª a 12ª semana de vida		
7ª a 12ª semana de Vida	N/A	2 ml

No caso de mulheres que tiveram parto fora da maternidade, independente de estar ou não em TARV, do tipo de aleitamento (materno ou artificial) e do período transcorrido desde a data do parto, devem iniciar profilaxia reforçada com AZT e NVP no 1º contacto com a US. E, suspender o AZT na 6ª semana de vida e a NVP na 12ª semana de vida.

### 10 Dosagem e critérios para tratamento profilático com cotrimoxazol

**Iniciar o CTX a:**

- Crianças < 5anos independentemente do estadio clínico ou CD4
- Crianças ≥ 5 anos se CD4 ≤ 350 ou estadio II, III ou IV

**Monitoria do CD4**

- < 5 anos: Não faz monitoria rotineira do CD4
- ≥ 5 anos: Pedir CD4 anualmente até atingir CD4 ≥ 350 cel/mm<sup>3</sup>

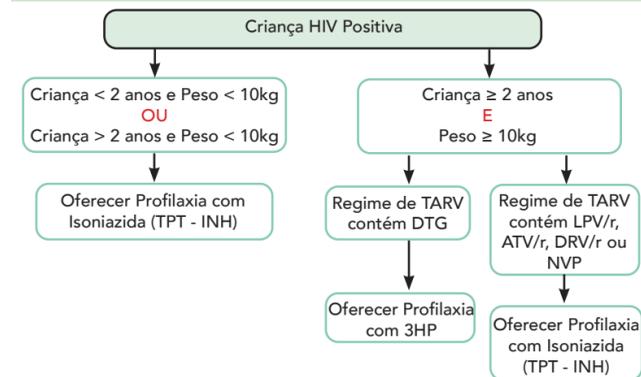
**Suspender se:**

- Idade ≥ 5 anos e CD4 ≥ 350 cel/mm<sup>3</sup> após pelo menos 12 meses em TARV

Peso (kg)	3 - 5.9	6 - 13.9	14 - 24.9	≥ 25
Xarope (200+40/5mL)	2.5 mL	5 mL	10 mL	N/A
Cp (400/80mg)	¼ cp	½ cp	1cp	2cp

Crianças <3kg de peso, e a partir de ≥ 4 semanas de vida: dar 5 a 10 mg TMP/kg/dia, em dose única diária ou dividido em 2 doses de 12/12h; dar durante 3 dias por semana; dose máxima diária: TMP 25 mg/dia

### 11 Algoritmo para escolha do regime preferencial de Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) para crianças HIV + (TB sensível)



**Critérios para fazer a TPT para crianças HIV+ com INH ou 3HP**

Depois de excluir a TB activa, iniciar TPT a:

- Criança com idade ≥ 1 ano
- Toda a crianças < 1 ano, só em caso de contacto com TB
- Crianças <1 ano na consulta TARV iniciam TPT quando atingem idade de 12 meses

Após completar a TPT, não é recomendado repetir novo ciclo de TPT se não houver relato ou evidência de uma nova exposição a TB.

**Nota:** Toda a criança com contra- indicação ao 3HP deve fazer profilaxia com Isoniazida

### 12 Dosagem de tratamento preventivo com Isoniazida

	< 5Kg	5 - 9.9 Kg	10 -13.9Kg	14-19.9Kg	20 - 24.9 kg	≥ 25Kg
Nº de comp. de INH de 100mg	1/2 cp	1 cp	1 + 1/2 cp	2 cp	2 + 1/2 cp	3 cp (ou 1 cp de 300mg)

**Nota:** O tratamento tem a duração de 6 meses.

### 13 Dosagem para tratamento profilático com 3HP (Isoniazida + Rifapentina)

Dosagem para crianças < 30kg*				
Tipo de formulação por faixa de peso	Se a formulação disponível for Isoniazida de 100 mg		Se a formulação disponível for Isoniazida de 300 mg	
	Isoniazida (cp 100mg)	Rifapentina (cp 150mg)	Isoniazida (cp 300mg)	Rifapentina (cp 150mg)
10 - 15.9 kg	3 cp/semana	2 cp/semana	1 cp/semana	2 cp/semana
16 - 23.9 kg	5 cp/semana	3 cp/semana	1 cp 300mg + 2 cp 100mg/ semana**	3 cp/semana
24 - 29.9 kg	6 cp/semana	4 cp/semana	2 cp/semana	4 cp/semana

Dosagem para adolescente e adultos ≥ 30kg*				
Tipo de formulação por faixa de peso	Se a formulação disponível for 3HP com Isoniazida/ Rifapentina (300/300mg)		Se a formulação de 3HP não estiver disponível	
	Isoniazida (cp 300mg)	Rifapentina (cp 150 mg)	Isoniazida (cp 300mg)	Rifapentina (cp 150 mg)
≥ 30kg	3 cp/semana	3 cp/semana	3 cp/semana	6 cp/semana

\*A profilaxia com 3HP é feita uma vez/semana durante 12 semanas (3 meses)  
\*\*Caso tenha apenas comprimidos de INH 300mg disponível, a dosagem é de 1.5 comprimidos por semana  
Toda a criança com contra-indicação ao 3HP deve fazer profilaxia com Isoniazida

### 14 Dosagem de tratamento profilático com Levofloxacina para 14 contactos de TB-MR

Peso (Kg)	Nº de comprimidos dispersíveis de 100mg	Nº de comprimidos de 250mg
< 3 kg	Referir ao médico e consultar Comité terapêutico	
3 - 3.9 kg	0.5	-
4 - 6.9 kg	1	0.5
7 - 9.9 kg	1.5	0.5
10 - 12.9 kg	2	1
13 - 15.9 kg	3	1
16 - 18.9 kg*	3.5*	1.5
19 - 20.9 kg*	4*	1.5
21 - 23.9 kg*	4.5*	2
24 - 25.9 kg	5	2
26 - 44.9 kg	-	3
≥ 45 kg	-	4

\* Crianças com peso ≥ 16 kg que consigam engolir comprimidos inteiros, passar para comprimidos de 250 mg.  
**Nota:** Se o caso fonte tiver resistência comprovada a Fluoroquinolonas, não deve ser oferecido TPT.

### 15 Dosagem de tratamento profilático com Piridoxina

Peso	< 5 kg	5 - 7.9 kg	8 - 14.9 kg	≥ 15kg
Nº de comprimidos (25mg)	1/2 cp 3x por semana	1/2 cp/dia	1 cp/dia	2 cp/dia
Nº de comprimidos (50 mg)	N/A	1/2 cp 3x/semana	1/2 cp 3x/semana	1 cp/dia