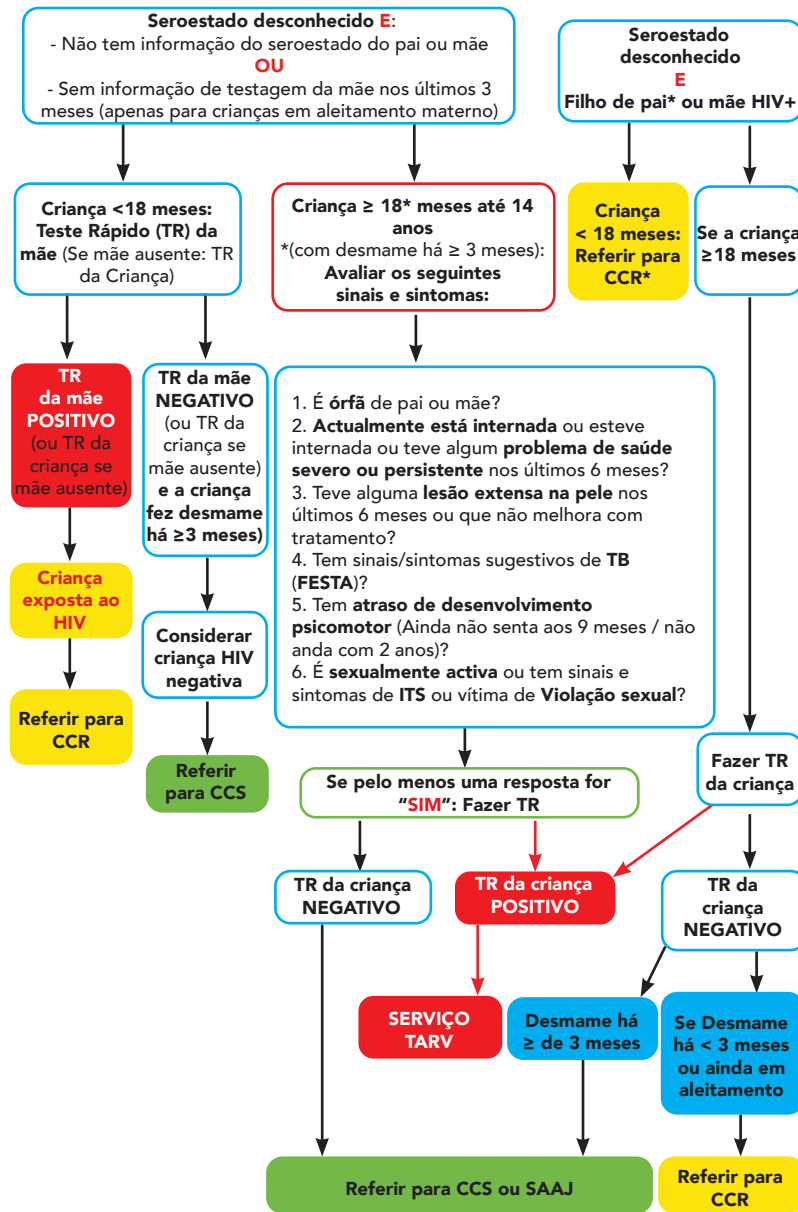


3 Algoritmo de testagem para o HIV em crianças dos 0 - 14 anos

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 ³) ou Trombocitopénia crônica (< 50.000/mm ³) 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 |
| 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/mm³

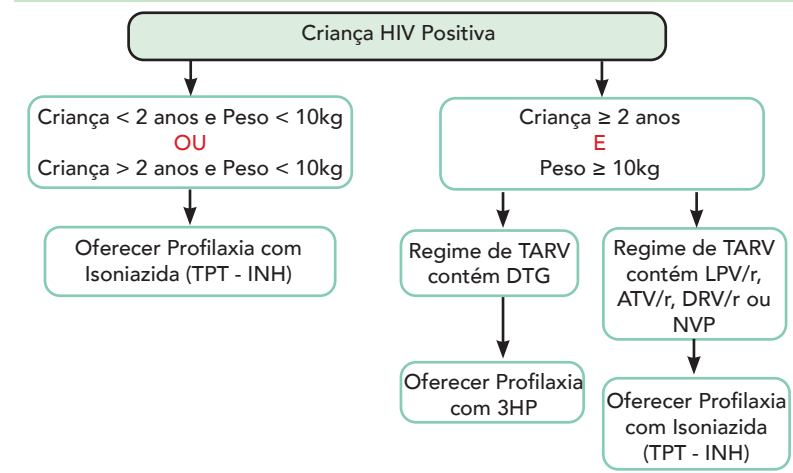
Suspender se:

- Idade ≥ 5 anos e CD4 ≥ 350 cel/mm³ 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 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 |