

## 14. 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 linear	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 crónica 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 crónica (< 50.000/mm <sup>3</sup> ) inexplicadas	
Estadio IV:	
Malnutrição grave, ou perda de peso severa inexplicada	Toxoplasmose do SNC
Pneumonia por <i>Pneumocystis Jiroveci</i> (PPJ)	Encefalopatia por HIV
Infecções bacterianas graves recorrente - empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite (> 2 episódios nos últimos 6 meses)	Infecção crónica 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 crónica (com diarreia)
Sarcoma de Kaposi	Isosporiose crónica
Infecções por CMV	Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV
Micoses disseminadas (coccidiomicose, histoplasmose, penicilose)	

## 15. Critérios de colheita de CD4 em crianças e adolescentes

Crianças e adolescentes:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Início ou reinício TARV <ul style="list-style-type: none"> <li>Crianças &lt; 5 anos colhem CD4 no início do TARV e repetem CD4 apenas quando fizer 5 anos.</li> <li>Para Crianças ≥ 5 anos, se CD4 inicial ≤ 350 células/mm<sup>3</sup>, colher CD4 anualmente até atingir CD4 ≥ 350 células/mm<sup>3</sup>.</li> </ul> </li> <li>Falência virológica: duas últimas CV ≥1000 cp/ml.</li> <li>Falência clínica: Nova condição clínica do estadio 3 ou 4 pela OMS.</li> <li>Perante qualquer motivo de internamento</li> </ul>

## 16. Tabela Doença Avançada por HIV em crianças: Definição e indicações para testes

Definição Doença Avançada por HIV (DAH):

- Todas crianças < 5 anos com HIV são consideradas com DAH no momento do diagnóstico inicial, contudo existem algumas particularidades:
  - Crianças < 2 anos: independentemente da sua condição clínica e tempo de TARV são todas consideradas com doença avançada
  - Crianças ≥ 2 anos (2 – 5 anos) só são consideradas com DAH quando estão em TARV há menos de 1 ano e estão clinicamente instáveis
- Para crianças ≥5 anos:
  - Condição clínica activa de estadio OMS 3/4 OU imunossupressão severa segundo o CD4:
    - ≥5 anos < 200 cel/mm<sup>3</sup>
    - 12 - 59 meses < 500 cel/mm<sup>3</sup> ou < 15%
    - 0 - 11 meses: < 750 cel/mm<sup>3</sup> ou < 25%

### Diagnóstico da Tuberculose em crianças e adolescentes com DAH

Indicações para TBLAM no ambulatório:	Indicações para TBLAM no internamento:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas de TB: FESTA<sup>1</sup> ou</li> <li>Imunossupressão severa conforme CD4 ou</li> <li>Presença de um ou mais sinais de perigo<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas crianças de 0-9 anos com HIV internadas</li> <li>Adolescentes ≥10 anos seguem critérios de adultos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas de TB: FESTA<sup>1</sup></li> <li>CD4 &lt; 200 cel/mm<sup>3</sup></li> <li>Presença de um ou mais sinais de perigo<sup>2</sup></li> </ul> </li> </ul>

**Nota:** Sempre tratar pacientes com TBLAM positivo grau 2-4; tratar grau 1 se tiver sintomas aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda. Em caso de TB-LAM positivo, dever pedir Xpert MTB/RIF ou Truenat

<sup>1</sup> Todo o paciente com FESTA e com TBLAM positivo deve fazer Xpert MTB/RIF ou Truenat  
<sup>2</sup> Sinais de perigo: Letargia ou inconsciência, febre ≥ 39°C inexplicada, incapaz de beber ou mamar, convulsões; em adolescentes ≥15 anos também FR ≥ 30 rpm ou FC ≥ 120 bpm

### Diagnóstico da criptococose em crianças e adolescentes com DAH

- Testar todas crianças com sinais de meningite
- Testar adolescentes acima de 10 anos e CD4 < 200 cel/mm<sup>3</sup>
- Em caso de CrAg sérico positivo deve-se fazer punção lombar para CrAg de LCR
- Tratar a meningite criptocócica (CrAg + no LCR) com Anfotericina B EV e Flucitosine
- Tratar a criptococose (CrAg + no soro, CrAg – no LCR) com Fluconazol

## 17. Diagnóstico e Manejo da Desnutrição Aguda em crianças

Diagnóstico e tratamento/suplementação da desnutrição aguda em crianças ≥ de 6 meses de idade Lactentes < 6 meses de idade com complicações médicas, e/ou dificuldades em amamentar e/ou falência de crescimento devem ser referidos ao internamento		
Medidas antropométricas	Classificação	Tratamento/Suplementação
P/E ou IMC para idade < - 3 DP ou <b>Perímetro Braquial:</b> 6 - 59 meses <11.5cm 5 - 10 anos < 13 cm 11 - 14 anos < 16 cm	Desnutrição Aguda Grave (DAG)	<b>DAG com complicações</b> Fase 1: Internamento F75/F100 Fase 2 e 3: ATPU <sup>1</sup>
P/E ou IMC para idade ≥ -3 < - 2 DP ou <b>Perímetro Braquial:</b> 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	Desnutrição Aguda Moderada (DAM)	<b>DAG sem complicações</b> ATPU em ambulatório <sup>1</sup>
P/E ou IMC para idade ≥ -3 < - 2 DP ou <b>Perímetro Braquial:</b> 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	Desnutrição Aguda Moderada (DAM)	<b>ASPU<sup>2</sup>, CSB+<sup>3</sup> ou ATPU<sup>1</sup> em ambulatório conforme orientações do PRN</b> Primeira escolha para suplementação: • 6 a 59 meses: ASPU/ATPU • ≥ 5 anos: CSB+/ATPU

<sup>1</sup> Em caso de DAM, o ATPU pode ser usado em caso de indisponibilidade de ASPU/CSB+; em caso de stocks limitados de ATPU, o mesmo deve-se reservar para crianças de < 5 anos com DAG.  
<sup>2</sup>ASPU Alimento Suplementar Pronto para Uso  
<sup>3</sup>CSB+ Mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais  
**Nota:** As dosagens de tratamento e suplementação nutricional e critérios para suplementação em caso de DAM podem ser consultadas nas tabelas do Programa de Reabilitação Nutricional.(PRN)

## 18. Regimes recomendados para TARV em crianças dos 0 – 14 anos (Novos inícios) incluindo crianças com Tratamento anti-tuberculose (TAT)

Peso (kg)	Regime de TARV preferencial	Crianças em TAT com regimes contendo Rifampicina
3 - 5.9 kg	ABC/3TC (120/60) + pDTG	ABC/3TC (120/60) + pDTG de manhã Acrescentar dose adicional de pDTG à noite
6 - 19.9 kg	pALD (60/30/5)	pALD de manhã Acrescentar dose adicional de pDTG (< 20kg) ou DTG (50) (≥ 20kg) à noite
20 - 24.9 kg	pALD (60/30/5) ou ABC/3TC (120mg/60mg) + DTG (50mg)	pALD(60mg/30mg/5mg) de manhã e pDTG (10mg) a noite ou ABC/3TC (120mg/60mg) + DTG (50mg) de manhã e DTG (50mg) a noite
25 – 29.9 kg	ABC/3TC (600/300) + DTG (50)	ABC/3TC (600/300) + DTG (50) de manhã Acrescentar dose adicional de DTG (50) à noite
≥ 30 kg	TDF/3TC/DTG (300/300/50)	TDF/3TC/DTG (300/300/50) de manhã Acrescentar dose adicional de DTG (50) à noite

**Crianças em TARV com DTG\* em TAT contendo Rifampicina:**  
 Suspendar a dose adicional de pDTG ou DTG duas semanas após o término do TAT

- Nota:**
- Pacientes em tratamento de TB sensível e em regime de TARV com Inibidor de protease (IP=LPV/r, ATV/r ou DRV/r) que não podem mudar para DTG (por causa de intolerância ou porque mudaram para IP de resgate depois de ter falência ao DTG) recebem os seguintes regimes:
    - <10kg ABC/3TC 120/60mg + AZT Xarope (10mg/mL)
    - ≥10kg fazer potenciação/super boosting com LPV/r e RTV (veja tabela de dosagem, tabela 1)
  - Pacientes em tratamento de TB multiresistente (não contendo Rifampicina) não precisam acrescentar a dose adicional de DTG ou pDTG
  - Para as crianças com peso 20 à 24.9kg, será usado ABC/3TC (120/60mg)+DTG (50mg) enquanto os stocks de ABC/3TC de 120/60mg durarem, uma vez esgotados os stocks as crianças irão transitar para pALD

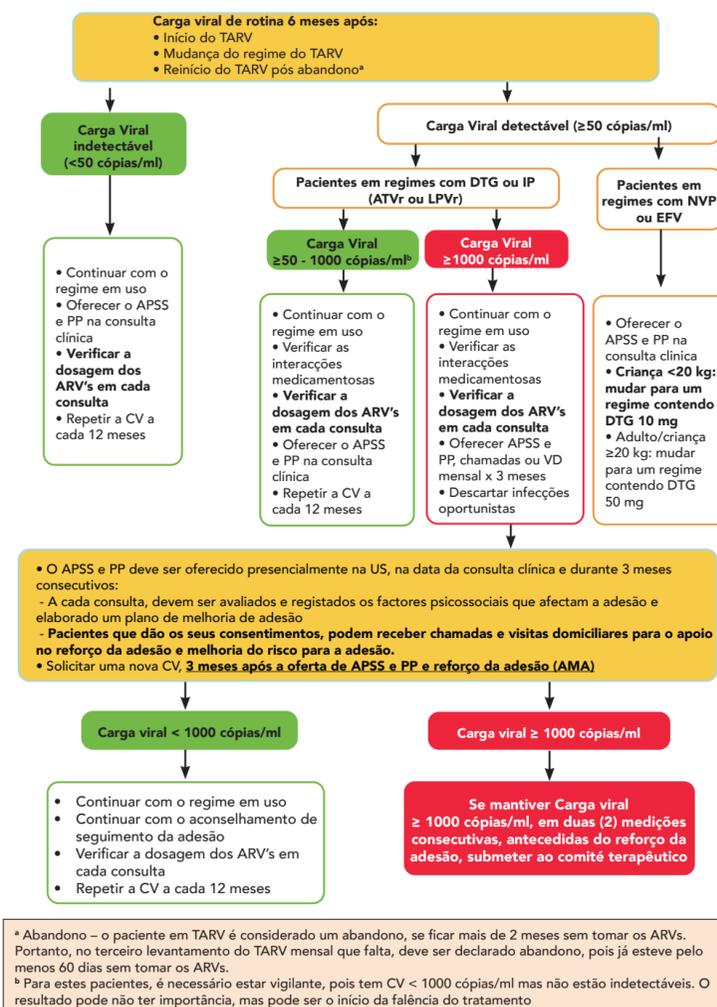
## 19. Regimes alternativos em caso de intolerância aos ARVs

ARV que causa intolerância	ARV alternativo
pALD	Na suspeita de intolerância ao pALD notifique a Linha verde
DTG/pDTG	< 25kg: LPV/r ≥ 25kg: ATV/r
ABC/3TC	< 30kg: AZT/3TC ≥ 30kg: TDF/3TC ou AZT/3TC
AZT/3TC	< 30kg: ABC/3TC ≥ 30kg: TDF/3TC ou ABC/3TC
TDF/3TC	ABC/3TC ou AZT/3TC
ATV/r ou LPV/r	DTG (pALD, pDTG ou DTG 50mg)

## 20. Principais interações medicamentosas de Dolutegravir em crianças

Medicamento que diminui o nível de DTG	Recomendação
Vitaminas e suplementos • Sulfato ferroso • Multivitaminas • Sulfato de zinco e Cálcio	Administrar DTG 2 horas antes ou 6 horas depois da toma das vitaminas e suplementos
• Hidróxido de Alumínio • Sucralfato	Administrar DTG 2 horas antes ou 6 horas depois da toma do hidróxido ou sucralfato
Anticonvulsivos: • Carbamazepina • Fenobarbital • Fenitoína • Valproato de sódio	Adicionar dose de DTG à noite de acordo com o peso da criança
Rifampicina	Adicionar dose de DTG à noite de acordo com o peso da criança até 2 semanas depois de terminar o TAT com Rifampicina

## 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.  
<sup>b</sup> Para estes pacientes, é necessário estar vigilante, 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



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 2025

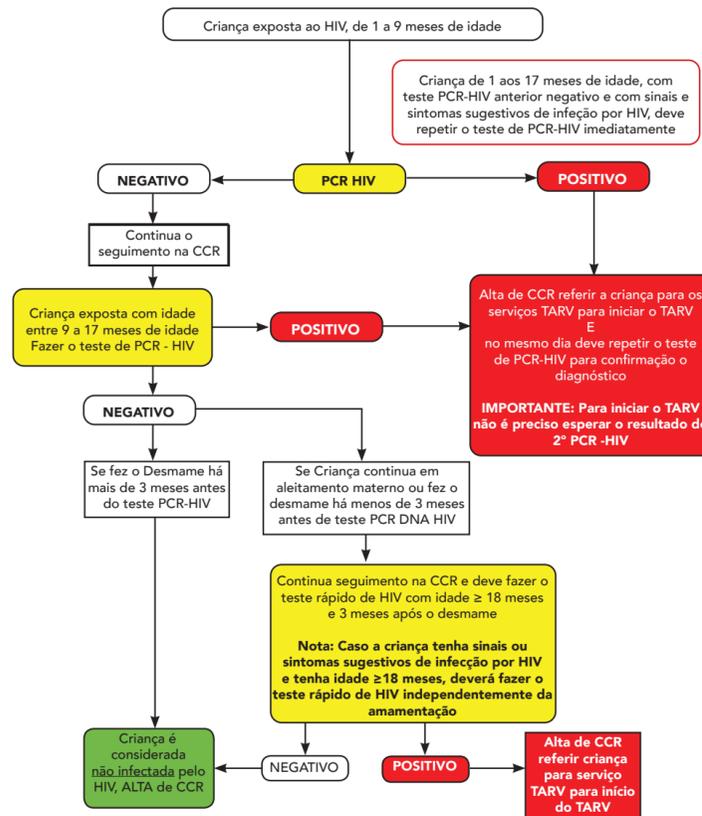
### 1. Tabela de dosagem de antirretrovirais (ARVs)

Medicamento e apresentação da formulação: comprimidos (cps) em miligrama (mg) ou em xarope mg/ml	Doses terapêuticas para crianças com idade ≥ 4 semanas de vida e ≥ 3kg de peso																																																																																																																																																																			
	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>pALD: dissolver 3 cps em 15 ml de água (3 colheres de chá), e 4, 5 ou 6 cps em 20ml (4 colheres de chá)</b>																																																																																																																																																																				
pALD 60/30/5mg	1	-	3	-	4	-	5	-	6	-	-	-	-	-																																																																																																																																																						
<b>DTG</b>																																																																																																																																																																				
<b>Para pDTG: até 2 cps → dissolver em 10ml (2 colheres de chá), ≥ 2 cps → dissolver em 20ml (4 colheres de chá)</b>																																																																																																																																																																				
pDTG 10 mg	0.5	-	1.5 <sup>a</sup>	-	2 <sup>a</sup>	-	2.5 <sup>a</sup>	-	3 <sup>a</sup>	-	-	-	-	-																																																																																																																																																						
DTG 50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	1 <sup>a</sup>	-	1	-	1	-																																																																																																																																																						
TDF/3TC/DTG 300/300/50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-																																																																																																																																																						
<b>ABC/3TC (comprimidos)</b>																																																																																																																																																																				
120/60 mg	1	-	1.5 <sup>a</sup>	-	2 <sup>a</sup>	-	2.5 <sup>a</sup>	-	3 <sup>a</sup>	-	-	-	-	-																																																																																																																																																						
600/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-																																																																																																																																																						
<b>AZT em xarope e AZT/3TC comprimidos dispersíveis</b>																																																																																																																																																																				
AZT Xarope 10 mg/ml <sup>b</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 (comprimidos)</b>																																																																																																																																																																				
TDF/3TC 300/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-																																																																																																																																																						
<b>LPV/r (comprimidos)</b>																																																																																																																																																																				
LPV/r cp 100/25 mg <sup>c</sup>	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3																																																																																																																																																						
LPV/r cp 200/50 mg <sup>c</sup>	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	2	2																																																																																																																																																						
<b>ATV/r (comprimidos)</b>																																																																																																																																																																				
ATV/r 300/100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-																																																																																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">3 - 5.9Kg</th> <th colspan="2">6 - 9.9Kg</th> <th colspan="2">10 - 13.9Kg</th> <th colspan="2">14 - 19.9Kg</th> <th colspan="2">20 - 24.9Kg</th> <th colspan="2">25 - 29.9Kg</th> <th colspan="2">≥ 30kg</th> </tr> <tr> <th></th> <th>M</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="15"><b>Dosagem do LPV/r e RTV isolado para potenciação (superboosting) durante o TAT</b></td> </tr> <tr> <td>LPV/r 100/25 mg<sup>c</sup></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>RTV 100 mg</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="15"><b>Dosagem de Darunavir (DRV) e Ritonavir (RTV) para crianças e adolescentes na 3ª Linha</b></td> </tr> <tr> <td>DRV 75 mg cp</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>DRV 150 mg cp</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>2.5</td> <td>2.5</td> <td>2.5</td> <td>2.5</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>DRV 600 mg cp</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>0.5<sup>d</sup></td> <td>0.5<sup>d</sup></td> <td>0.5<sup>d</sup></td> <td>0.5<sup>d</sup></td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RTV 100 mg cp</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>0.5</td> <td>0.5</td> <td>0.5</td> <td>0.5</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>																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 TAT</b>															LPV/r 100/25 mg <sup>c</sup>	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	RTV 100 mg	-	-	-	-	1	1	2	1	2	1	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 <sup>d</sup>	0.5 <sup>d</sup>	0.5 <sup>d</sup>	0.5 <sup>d</sup>	1	1	1	1	RTV 100 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	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 TAT</b>																																																																																																																																																																				
LPV/r 100/25 mg <sup>c</sup>	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3																																																																																																																																																						
RTV 100 mg	-	-	-	-	1	1	2	1	2	1	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 <sup>d</sup>	0.5 <sup>d</sup>	0.5 <sup>d</sup>	0.5 <sup>d</sup>	1	1	1	1																																																																																																																																																						
RTV 100 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1																																																																																																																																																						

<sup>a</sup> Estas dosagens (ABC/3TC+pDTG ou DTG (50) estão previstas para uso apenas na ausência de cps de pALD.  
<sup>b</sup> A dosagem de AZT em xarope é terapêutica. Para dosagem profilática consulte a tabela 5.  
<sup>c</sup> LPV/r deve-se engolir inteiro. Este comprimido não se parte, não se esmaga e não se dissolve em líquidos.  
<sup>d</sup> Esta dosagem é prevista excepcionalmente para uso apenas na ausência de cps de DRV de 75 ou 150mg.

**Nota: para crianças com Peso < 3 kg ou com idade < 4 semanas: abrir Ficha Mestra, registar no livro Pré-TARV e consultar a Linha Verde (843434/823434)**

## 2. Algoritmo de Diagnóstico precoce do HIV na criança exposta



## 3. 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 (caso exposição ao HIV não conhecida).
  - Uma ou mais das seguintes condições:
    - » Pneumonia grave
    - » Candidíase oro-esofágica
    - » Malnutrição grave
    - » Sarcoma de Kaposi
    - » Pneumonia por *Pneumocistis Jirovecii*

## 4. Dosagem e critérios para tratamento profilático com cotrimoxazol (CTZ)

**Iniciar o CTZ a:**

- Crianças expostas ao HIV a partir de 4 semanas de vida
- Crianças com HIV < 5 anos independentemente do estadio clínico ou CD4
- Crianças com HIV ≥ 5 anos se CD4 ≤ 350 ou estadio activo II, III ou IV

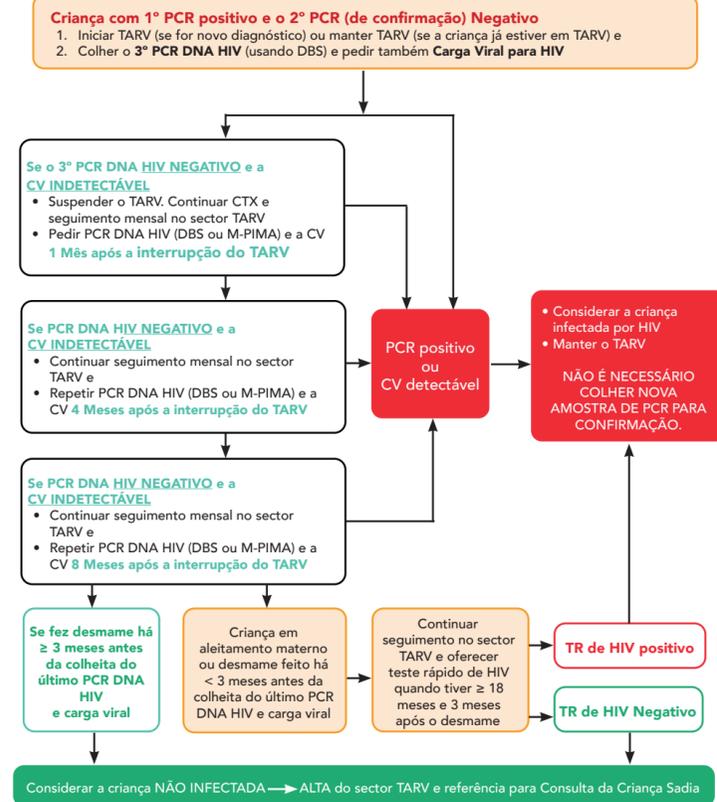
**Suspender se:**

- Criança exposta suspende o CTZ quando tem resultado definitivo negativo de HIV e tem alta da CCR
- Idade ≥ 5 anos e CD4 ≥ 350 cel/mm<sup>3</sup> após pelo menos 12 meses em TARV
- » Caso o CD4 não estiver disponível suspender se tiver Carga Viral indetectável

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)	½ cp	½ cp	1cp	2cp

**Para crianças <3kg de peso consultar a Linha Verde (843434/823434)**

## 5. Algoritmo para seguimento da criança menor de 18 meses com resultados de PCR discordantes



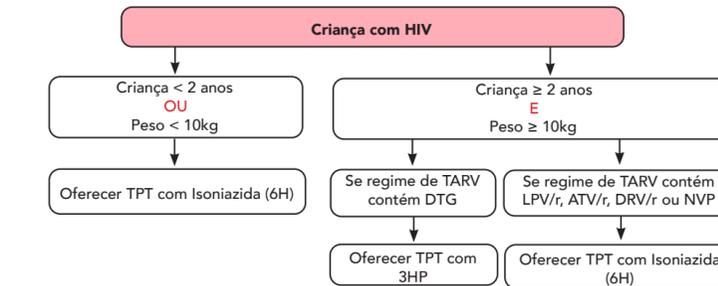
- NOTAS**
- Após a suspensão do TARV, continuar o seguimento mensal no sector TARV. O clínico deve preencher na FM a data e o motivo da suspensão do TARV.
  - Caso apresente sinais e sintomas sugestivos de infecção por HIV, reiniciar TARV (diagnóstico presuntivo) e solicitar novo PCR e CV para confirmação e discutir o caso com o comité TARV/linha verde.

## 6. Dosagens de AZT e NVP para profilaxia reforçada da criança exposta (CE) ao HIV de acordo com o peso

Dosagens de AZT e NVP para Profilaxia reforçada da CE 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.

## 7. Escolha do regime preferencial de Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT) para crianças com HIV



- Crítérios para fazer o TPT em crianças HIV+**
- Depois de excluir a TB activa, iniciar TPT a:
- Criança com idade ≥ 12 meses independentemente do contacto conhecido com TB
  - Toda a crianças < 12 meses, só devem iniciar TPT se tiverem história de contacto com TB activa
  - Crianças que iniciam TARV antes dos 12 meses e que não tem exposição a TB, devem fazer um ciclo de TPT após completarem 12 meses de idade independente de apresentarem ou não contacto de TB
- Em crianças que completaram um ciclo de TPT, não é recomendado repetir o TPT, se não houver relato ou evidência de uma nova exposição.

## 8. Dosagem de tratamento preventivo com Isoniazida

	4-7.9kg	8-11.9 kg	12-15.9kg	16-24.9kg	≥ 25Kg
Nº de cps de INH de 100mg	0,5 cp	1 cp	1,5 cp	2 cp	1 cp de 300mg

**Nota:** O tratamento deve ser feito diariamente durante 6 meses.

## 9. Dosagem 3HP para crianças/adolescentes

Peso entre 10-29.9kg (Isoniazida 100mg + Rifapentina 150mg comprimidos ambos dispersíveis não combinados)			
Medicamento	10-15.9 kg	16-23.9kg	24-29.9kg
Isoniazida 100mg	3	5	6
Rifapentina 150mg	2	3	4

**Nota:** Os comprimidos dispersíveis de 3HP, podem ser diluídos no mesmo copo. Os comprimidos podem ser diluídos em 10ml de água, mas se não diluírem, deve-se acrescentar um pouco de água até que diluam completamente.

Peso ≥30kg (Isoniazida 300mg + Rifapentina 150mg comprimidos não combinados) quando não está disponível a formulação em DFC	Peso ≥30kg (DFC de Isoniazida 300mg/ Rifapentina 300mg comprimidos) quando está disponível a formulação em DFC
Isoniazida 300mg	3
Rifapentina 150mg	3

## 10. Dosagem de Piridoxina

A Piridoxina deve ser dada a todos pacientes em TPT ou tratamento da TB com regimes contendo Isoniazida. Em caso de neuropatia periférica a dosagem deve ser aumentada para 2mg/kg/dia

Peso (kgs)	Número de comprimidos de 25mg	Número de comprimidos de 50 mg
< 25kg	½	¼ <sup>1</sup>
≥25kg	2 <sup>2</sup>	1

<sup>1</sup> No caso de não haver comprimido de 25mg

<sup>2</sup> No caso de não haver comprimido de 50mg

## 11. 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 <sup>1</sup>	1 cp	10 mL, dar apenas 2.5 mL <sup>1</sup>	1/4 cp	1 cp	10 mL, dar apenas 2.5 mL <sup>1</sup>
2 - 2.9 <sup>1</sup>	1 cp	10 mL, dar apenas 5 mL <sup>1</sup>	1/2 cp	1 cp	10 mL, dar apenas 5 mL <sup>1</sup>
3 - 3.9 <sup>1</sup>	1 cp	10 mL, dar apenas 7.5 mL <sup>1</sup>	3/4 cp	1 cp	10 mL, dar apenas 7.5 mL <sup>1</sup>
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)	

<sup>1</sup>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:** devem ser dissolvidos em água, de acordo com o peso da criança e a quantidade de água recomendada. Após a dissolução, administre imediatamente todo o conteúdo. Se restar algum medicamento no fundo do copo, acrescente uma pequena quantidade de água, agite e administre o restante imediatamente.

Esses comprimidos não devem ser engolidos inteiros, mesmo que a criança consiga fazê-lo, pois foram desenvolvidos para serem dissolvidos, garantindo melhor absorção e eficácia.

**Etambutol:** Os comprimidos de Etambutol (se não estiver disponível a formulação dispersível), devem ser esmagados e administrados com água separadamente dos comprimidos de 3DFC. Para crianças que já conseguem engolir comprimidos, o Etambutol não dispersível pode ser administrado inteiro.

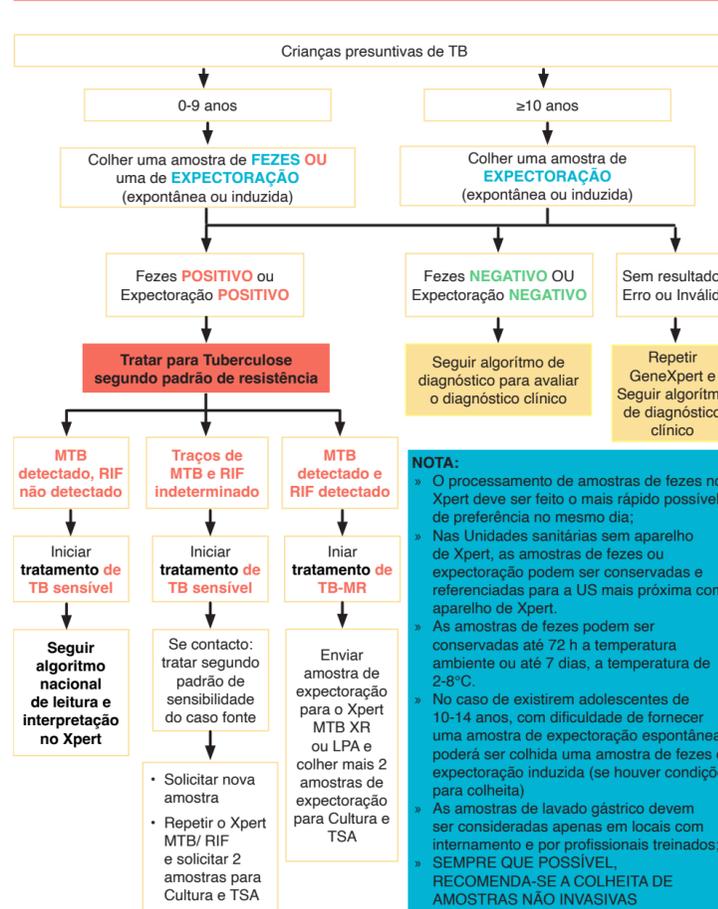
## 12. Dosagem de tratamento profilático com Levofloxacina para contactos de TB-MR

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 Fluroquinolonas, não deve ser oferecido TPT.

## 13. ALGORÍTMO PARA SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO TESTE XPERT MTB/RIF ULTRA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



### NOTA:

» O processamento de amostras de fezes no Xpert deve ser feito o mais rápido possível e de preferência no mesmo dia;

» Nas Unidades sanitárias sem aparelho de Xpert, as amostras de fezes ou expectoração podem ser conservadas e referenciadas para a US mais próxima com aparelho de Xpert.

» As amostras de fezes podem ser conservadas até 72 h a temperatura ambiente ou até 7 dias, a temperatura de 2-8°C.

» No caso de existirem adolescentes de 10-14 anos, com dificuldade de fornecer uma amostra de expectoração espontânea, poderá ser colhida uma amostra de fezes ou expectoração induzida (se houver condições para colheita)

» As amostras de lavado gástrico devem ser consideradas apenas em locais com internamento e por profissionais treinados;

» SEMPRE QUE POSSÍVEL, RECOMENDA-SE A COLHEITA DE AMOSTRAS NÃO INVASIVAS