



Guia Rápido

**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS
PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA
PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA
INFECÇÃO PELO HIV EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Brasília - 2014

Organização:

Marcelo Araujo de Freitas

Rodrigo Zilli Haanwinckel

Comissão Assessora de Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes

vivendo com HIV/aids:

Aroldo Prohmann de Carvalho

Carmem Lúcia Oliveira da Silva

Caio Cesar Almeida (Rede de Jovens)

Daisy Maria Machado

Dóris Sztutman Bergmann

Edvaldo da Silva Souza

Flávia Jacqueline Almeida

Glaucia Maria Lima Ferreira

Heloísa Helena de Sousa Marques

Jorge Andrade Pinto

Márcia Maria Ferrairo Dal Fabbro

Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Maria Letícia Santos Cruz

Marinella Della Negra

Norma de Paula Motta Rubini

Sandra Faundes Moreira da Silva

1. Manejo de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV:

a) Quimioprofilaxia da infecção pelo HIV em recém-nascidos expostos:

Cenários	Indicação	ARV	Posologia	Duração Total
Cenário 1	-Uso de ARV no pré-natal e peri-parto, com carga viral documentada <1.000 cp/mL no 3º trimestre	AZT (VO)	- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 4mg/kg/dose, de 12 em 12h - RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h por 14 dias e 3mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia. - RN com menos de 30 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, de 12 em 12h	4 semanas
Cenário 2	- Não utilização de ARV durante a gestação, independente do uso de AZT peri-parto - Uso de ARV na gestação, mas carga viral desconhecida ou maior ou igual a 1.000 cópias/ml no 3º trimestre	AZT (VO)	- RN com 35 semanas de idade gestacional ou mais - 4mg/kg/dose, de 12 em 12h - RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional -2mg/kg/dose, de 12 em 12h nos primeiros 14 dias e 3 mg/kg/dose de 12 em 12h a partir do 15º dia. - RN com menos de 30 semanas de idade gestacional - 2mg/kg/dose, de 12 em 12h	4 semanas
		NVP (VO)	- Peso de nascimento > 2 kg: 12mg/dose (1,2ml) - Peso de nascimento 1,5 a 2 kg: 8mg/dose (0,8ml) - Peso de nascimento < 1,5kg: não usar NVP.	1ª dose: primeiras 48h de vida 2ª dose: 48h após 1ª dose 3ª dose 96h após 2ª dose

b) Posologia do AZT profilático para recém-nascidos expostos que não podem receber por via oral:

Recém-nascido com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 3mg/kg IV 12/12h

Recém-nascido entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 1,5mg/kg IV 12/12h nos primeiros 14 dias de vida e 2,3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia.

Recém-nascido com menos de 30 semanas de idade gestacional: 1,5mg/kg IV 12/12h

c) Recomendações para profilaxia primária de P. jiroveci para crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV

Idade	Recomendação
Nascimento até 4 a 6 semanas	Não indicar profilaxia
4 a 6 semanas a 4 meses	Indicar profilaxia
4 a 12 meses: - Criança infectada pelo HIV ou infecção indeterminada - Criança não infectada (2 CV indetectáveis)	Iniciar ou manter profilaxia Não indicar/ suspender
Após os 12 meses: - Criança infectada	Indicar de acordo com contagem de LT-CD4+

Indicação de profilaxia primária: SMX-TMP 750mg de SMX/m²/dia de 12/12h, 3x/semana em dias consecutivos, ou às 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} feiras

d) Roteiro para acompanhamento laboratorial de crianças expostas verticalmente ao HIV

Exames	Idade				
	Ao nascer ou na primeira consulta ambulatorial	1-2 meses	4 meses	6-12 meses	12-18 meses
Hemograma	X	X	X	X	X
AST, ALT, GGT, FA, Bilirrubinas	X	X			X
Glicemia	X	X	X		X
Sorologia HIV*	X	X			X**
Carga Viral§		X	X		
TORCHE	X				
Sífilis	X				
VHB e VHC#	X				
LT-CD4+/CD8		X	X		
HTLV 1/2##	X				

* Sempre que houver dúvidas em relação ao estado de infecção da mãe (p. ex., crianças abandonadas ou mães sem documentação confiável em relação a seu estado de infecção).

** Caso o resultado da sorologia seja positivo ou indeterminado, recomenda-se repetir após 3 meses.

§ Se a carga viral revelar-se com nível detectável, repetir assim que possível o exame (ver capítulo 4); caso a carga viral apresente-se em nível indetectável, repeti-la na criança com idade acima de 4 meses, quando o primeiro teste tiver sido realizado na criança entre 1 e 2 meses de idade.

£ Sorologias para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples. Solicitar de acordo com as sorologias maternas no pré-natal.

Ver sugestão de acompanhamento sorológico e virológico de crianças nascidas de mães coinfectadas por HIV com VHB, VHC, HTLV, sífilis e toxoplasmose no texto a seguir.

Se positivo, repetir aos 12 e 18 meses.

2. Imunizações:

CALENDÁRIO VACINAL DE CRIANÇAS EXPOSTAS OU INFECTADAS PELO HIV

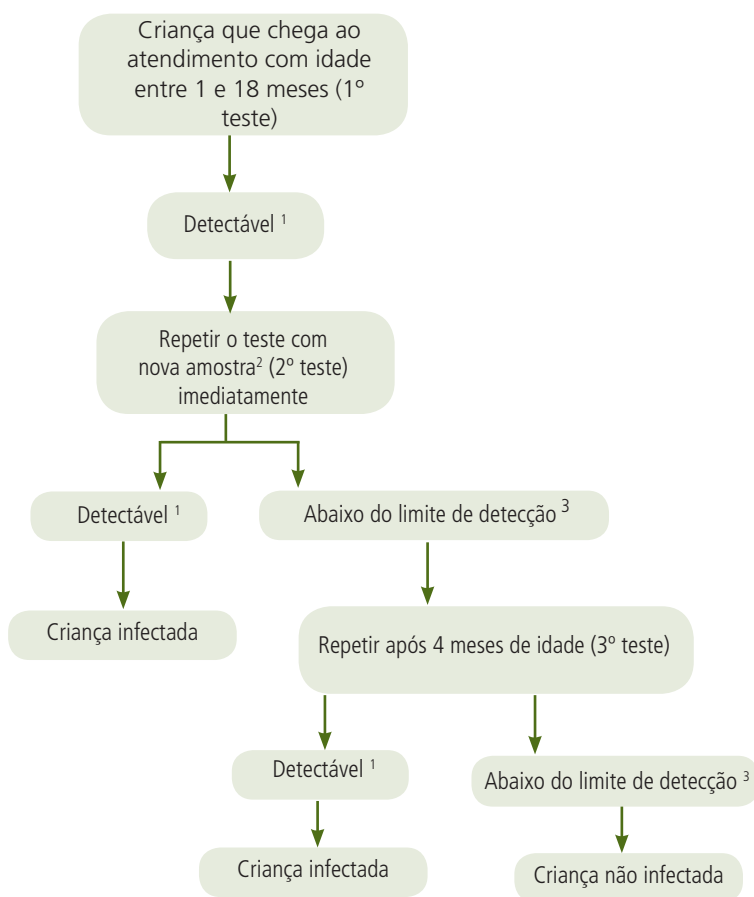
Grupo alvo	Idade	BCG	HEPATITE B	PENTA	VIP	HIB	PNEUMOMO 10	Rotavirus	MENINGO C	INFLUENZA	FEBRE AMARELA	TRÍPLICE VIRAL	VARICELA	HEPATITE A	PNEUMOMO 23	HPV	dT
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao Nascer														
	2 meses		1ª dose	1ª dose			1ª dose										
	3 meses							1ª dose									
	4 meses			2ª dose	2ª dose		2ª dose										
	5 meses								2ª dose								
	6 meses			3ª dose	3ª dose		3ª dose			1ª dose							
	7 meses									2ª dose							
	9 meses										Dose inicial						
	12 meses							Reforço				1ª dose		1ª dose			
Adolescente	15 meses			1ª reforço	1ª reforço			Reforço				2ª dose (com tetra viral)	2ª dose (com tetra viral)				
	18 meses													2ª dose			
	2 anos																
	4 anos			2ª reforço (com DTP)	2ª reforço										1ª dose		
	6 anos							2ª dose							2ª dose		
10 a 19 anos			4 doses ⁽¹⁾	2 doses ⁽¹⁾			2 doses ⁽¹⁾			1 dose a cada 10 anos	2 doses ⁽¹⁾	2 doses ⁽¹⁾			3 doses a cada 10 anos		

¹ Se não tiver recebido o esquema completo na infância

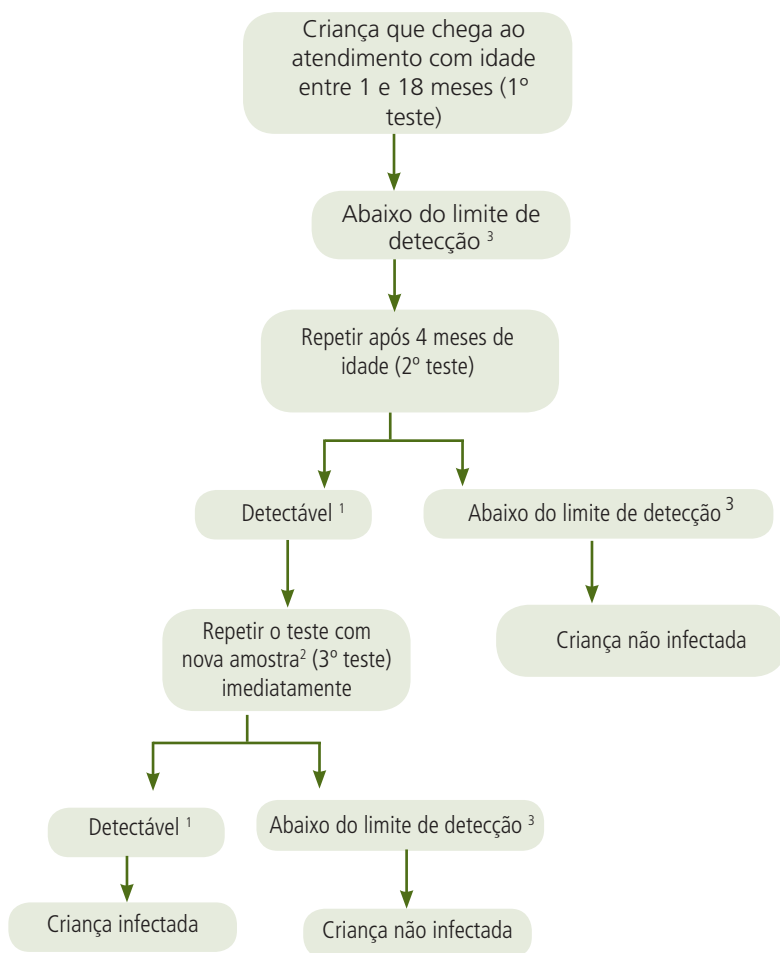
3. Diagnóstico da infecção pelo HIV em menores de 18 meses de idade:

Algoritmo para utilização de testes para quantificação de RNA viral – carga viral em crianças entre 1 e 18 meses

Situação 1: CV detectável no 1º teste



Situação 2: CV abaixo do limite de detecção no 1º teste



Notas:

1. Este algoritmo foi elaborado para o uso de testes de quantificação do RNA viral plasmático - carga viral. Valores até 5.000 cópias/ml sugerem resultados falso-positivos e devem ser cuidadosamente analisados dentro do contexto clínico, demandando nova determinação assim que possível.
2. Para garantir a qualidade dos procedimentos e considerando a possibilidade de contaminação e/ou troca de amostra, bem como a necessidade de confirmação do resultado obtido, recomenda-se a coleta de nova amostra e a priorização da repetição do teste no menor espaço de tempo possível.
3. Recomenda-se realizar a sorologia anti-HIV nas crianças com mais de 12 meses para documentar a sororeversão.

4. Política de revelação diagnóstica nos serviços

- Levantamento das crianças desconhecedoras de sua condição sorológica para convocação dos familiares e elaboração conjunta de plano estratégico para a revelação diagnóstica.
- Para as crianças e adolescentes com diagnóstico revelado, torna-se fundamental incentivar a expressão de suas dúvidas, sentimentos e inquietações.
- A equipe deve ampliar o cuidado às crianças e/ou adolescentes que não são infectados pelo HIV, mas que são afetados pela convivência com pais e irmãos soropositivos.
- Em se tratando dos adolescentes, os profissionais devem estar capacitados para apoiá-los nas decisões que envolvem a revelação diagnóstica a terceiros, especialmente no que diz respeito aos parceiros sexuais.
- O mais importante é compreender que a divulgação não é um evento único. A revelação diagnóstica é um processo individualizado, gradual e dinâmico que envolve informações sobre os processos de saúde e doença.

5. Métodos para a avaliação da adesão à TARV:

MÉTODO	INTERVENÇÃO
Entrevistar a criança e o cuidador: - Reavaliar os últimos 3 a 7 dias Quem dá o medicamento? Em qual horário? Quais os nomes dos medicamentos? Onde são guardadas?	Identificar os membros da família que podem ajudar. Estabelecer a rotina dos medicamentos. Explicar os nomes e mostrar os medicamentos
Checar a retirada do medicamento na farmácia (conforme nota técnica)	Mecanismos de convocação de indivíduos que não retiraram os medicamentos no período previsto
Observar a administração do medicamento	Simplificar os esquemas e horários, quando possível. Utilizar acessórios que possam ajudar: alarmes, caixinhas de comprimidos, etc.
Avaliação psicológica	Avaliar dificuldades, aceitação do diagnóstico pelo paciente/cuidador, revelação do diagnóstico.

6. Tratamento antirretroviral

Solicitar genotipagem do HIV antes da introdução da terapia antirretroviral inicial em crianças. Não é necessário aguardar o resultado para início da TARV.

a. Quando Iniciar?

Idade	Critérios	Recomendação
<12 meses	Independente de manifestações clínicas, LT-CD4+ e carga viral	Tratar
1 a 4 anos	Critérios clínicos: - Categoria CDC B* ou C ou Critérios laboratoriais: - LT-CD4+ : <25% ou -Carga viral: >100.000 cópias/ml	Tratar
		Tratar
		Tratar
≥5 anos	Critérios clínicos: - Categoria CDC B* ou C ou Critérios laboratoriais: - LT-CD4+ : <500 células/mm ³ OU Carga viral: >100.000 cópias/ml	Tratar
		Tratar
		Tratar

* Exceto pacientes com um único episódio de pneumonia bacteriana

b. Como Iniciar?

b1. Primeira linha de tratamento – composição do esquema ARV com ITRNN

Esquema de terapia inicial – primeira linha
Crianças e adolescentes <35kg de peso corporal
AZT + 3TC + ITRNN
NVP: crianças <3 anos
EFZ: crianças ≥3 anos
Crianças e adolescentes ≥ 35kg de peso corporal
TDF + 3TC + EFV*

* na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível

A estavudina (d4T) é associada com alta incidência de acidose láctica, lipoatrofia, hiperlipidemia e neuropatia periférica, devendo ser utilizado somente na ausência de outras opções, raramente na terapia inicial.

Casos excepcionais

Para os casos de crianças e adolescentes com peso maior ou igual a 35 Kg em que o esquema TDF + 3TC + EFV esteja contraindicado, deve-se proceder da seguinte maneira:

Substituir o TDF por:

	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

A contraindicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário.

A dispensação de AZT, ABC e ddl está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação.

b.2 Segunda linha de tratamento

Em casos de crianças com histórico de exposição intraútero ou perinatal à nevirapina ou situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma:

2 ITRN + IP/r

O lopinavir com booster de ritonavir (LPV/r) é a opção preferencial na classe dos inibidores da protease, quando da impossibilidade de uso de ITRNN na composição do esquema.

Este esquema pode ser considerado nos casos em que o lactente é gravemente sintomático ou em que a carga viral é muito elevada.

Alternativas ao uso do LPV/r:

	Utilizar	Situação
1ª opção	ATV/r (a partir de 6 anos)	Contraindicação ao LPV/r
2ª opção	FPV/r (a partir de 2 anos)	Contraindicação ao LPV/r e ATV/r

A contra-indicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário.

A dispensação de ATV/r e FPV/r está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contra-indicação.

c. Exames laboratoriais recomendados antes do início do uso dos antirretrovirais:

- PT
- Quantificação de RNA-HIV (carga viral);
- Contagem de LT-CD4+;
- Hemograma com plaquetas;
- Função hepática (TGO, TGP, FA, GGT* e bilirrubinas) e renal (uréia e creatinina);
- Bioquímica (ionograma, glicemia, colesterol e frações, triglicerídios, amilase, lipase*);
- Radiografia de tórax; e
- Análise do sedimento urinário.

* de acordo com disponibilidade de cada serviço.

d. Periodicidade e intervenções sugeridas no monitoramento da efetividade (resposta terapêutica) e segurança (efeitos adversos) do uso de antirretrovirais

Tempo de uso da terapia	Toxicidade	Adesão e Efetividade
Antes do início da terapia	História clínica, hemograma e bioquímica ¹	História clínica, antropometria e exame físico. Avaliação psicológica e social. Carga viral e contagem de LT-CD4+
2-4 semanas	História clínica ²	Avaliação da adesão
8-12 semanas	História clínica, hemograma e bioquímica	História clínica, antropometria e exame físico. Avaliação da adesão. Carga viral e contagem de LT-CD4+
A cada 3-4 meses	História clínica, hemograma e bioquímica	Avaliação da adesão. Carga viral e contagem de LT-CD4+
A cada 6-12 meses	Lipidograma completo	

¹Bioquímica: ionograma, glicemia, testes de função hepática e renal, cálcio e fósforo. Lipase e amilase em caso de drogas com toxicidade pancreática.

²Avaliação de função hepática em crianças em uso de nevirapina: a cada 2 semanas nas primeiras 4 semanas de terapia, a seguir, mensalmente por 3 meses e, posteriormente, a cada 3-4 meses.

7. Manejo da Falha terapêutica

a. Antirretrovirais para troca de esquema após falha terapêutica, de acordo com a faixa etária.

Faixa etária	ITRNN	Inibidor da protease	Inibidor da integrase	Inibidor de fusão
14 dias a 2 anos	NVP	LPV/r	-	-
2 a 6 anos	NVP EFV (> 3 anos)	LPV/r FPV/r TPV/r	Raltegravir*	
> 6 anos	NVP EFV	LPV/r FPV/r TPV/r DRV/r ATV/r	Raltegravir*	Enfuvirtida

* quando a apresentação pediátrica estiver disponível

b. Teste de genotipagem

O teste de genotipagem deve ser solicitado para todos os pacientes em falha terapêutica confirmada que estejam em uso de TARV. (1a, B).

O benefício potencial dos testes de genotipagem na prática clínica pode ser resumido abaixo:

- Possibilita esquemas de resgate mais efetivos, com trocas direcionadas de esquemas antirretrovirais;
- Evita trocas desnecessárias de antirretrovirais, propiciando o uso de drogas ativas por períodos mais prolongados;
- Evita a manutenção da toxicidade de drogas inativas.

São critérios para a solicitação do teste de genotipagem em crianças e adolescentes:

- Falha virológica confirmada;
- Carga viral igual ou superior a 1.000 cópias/ml;
- Uso regular de terapia antirretroviral no momento da coleta de material para o exame (há pelo menos seis meses, ou três meses no caso de gestantes adolescentes);
- Para início de terapia antirretroviral.

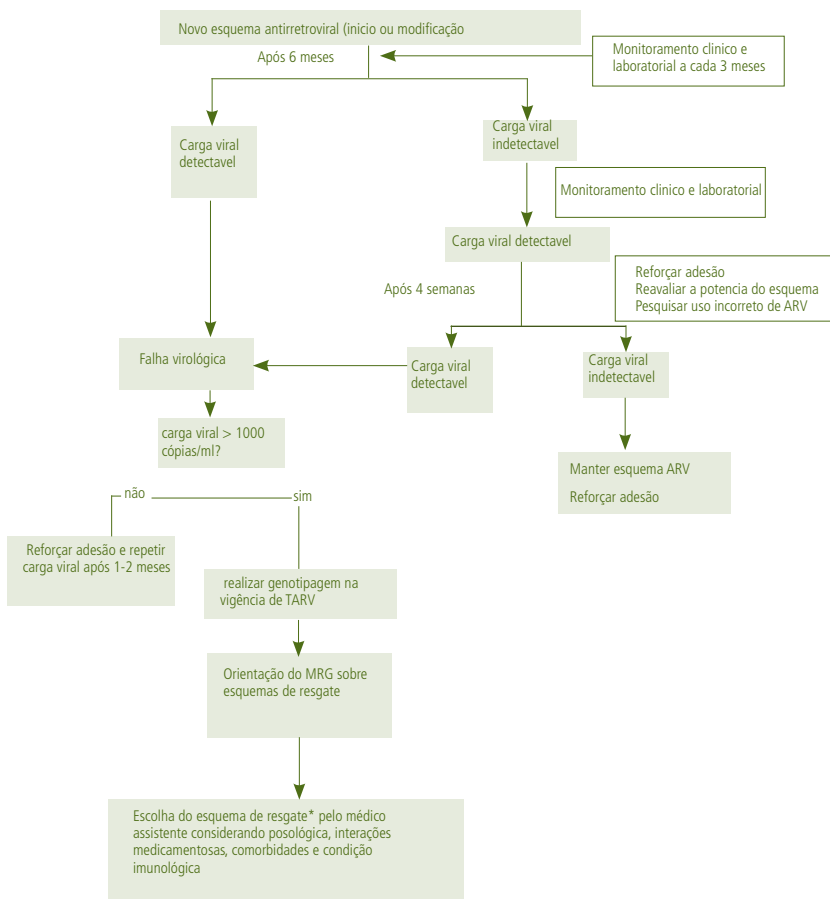
São contraindicações para solicitação do teste:

- Teste de genotipagem prévio evidenciando ausência de opções terapêuticas por resistência completa, exceto diante da disponibilização de novas drogas;
- Não adesão ao tratamento antirretroviral.

Algumas considerações devem ser feitas para o uso adequado do teste de genotipagem:

- A adesão ao tratamento antirretroviral deve ser SEMPRE muito bem avaliada antes da solicitação do teste;
- A presença de cargas virais muito elevadas pode indicar falta de adesão ao tratamento;
- Após 12 meses da coleta do sangue para o teste, o resultado de um teste de genotipagem deve ser considerado desatualizado, uma vez que durante esse período podem ter surgido novas mutações, levando à perda adicional de opções terapêuticas.

c. O algoritmo das recomendações para manejo da falha terapêutica.



* Solicitar autorização para câmaras técnicas ou Ministério da Saúde caso o esquema de resgate seja estruturado com medicamentos de terceira linha

d. Critérios gerais de indicação de ARV de 3ª linha.

- Falha virológica confirmada
- Teste de genotipagem realizado há menos de 12 meses.
- Resistência a pelo menos um antirretroviral de cada uma das três classes (ITRN, ITRNN e IP). Ressalta-se que mesmo não tendo sido detectadas mutações para ITRNN, caso tenha havido falha prévia com medicamento dessa classe deve-se considerar que há resistência, no mínimo, para EFV e NVP.

e. Critérios de indicação e algumas características de cada ARV de 3ª linha

IP/r

Tipranavir (TPV/r): considerado um inibidor da protease de uso restrito para resgate, em pacientes em falha virológica, a partir de 2 anos de idade, segundo os critérios a seguir (1b, A):

Teste de genotipagem recente com o perfil:

TPV/r: atividade plena (S) e LPV/r e FPV/r com resistência intermediária (I) ou completa (R).

Darunavir (DRV/r): considerado um inibidor da protease de uso restrito para resgate, em pacientes em falha virológica a partir de 6 anos de idade, segundo os critérios a seguir (1b, B):

Teste de genotipagem recente com o perfil:

DRV/r: atividade plena (S) e LPV/r e FPV/r com resistência intermediária (I) ou completa (R).

DRV/r: resistência intermediária (I) e ausência de outro IP/r com atividade plena (S).

Se o TPV/r e o DRV/r apresentarem o mesmo perfil de resistência, com atividade plena (S) ou com resistência intermediária (I), a escolha entre ambos na estruturação do esquema de resgate dependerá do número de mutações para cada um deles, da faixa etária da criança e da capacidade de deglutir comprimidos.

Raltegravir (RAL): Está indicado nos casos em que é necessário utilizar uma nova classe ARV para estruturar um esquema com potência para suprimir a replicação viral.

Etravirina (ETR): É recomendada para situações em que mesmo com a utilização de DRV/r e RAL, a chance de obtenção de supressão viral seja considerada baixa. Além disso, só poderá ser indicada caso se demonstre sensibilidade plena (S) à ETR e resistência documentada ou falha prévia aos outros ITRNN (EFV e NVP).

Ressalta-se que a genotipagem pode subestimar a resistência à ETR e que este ARV apresenta interações medicamentosas frequentes, sendo incompatível com TPV, FPV e ATV. No Brasil, este medicamento só está aprovado para maiores de 18 anos. Seu uso em crianças e adolescentes está indicado apenas em casos excepcionais, sendo considerado “off-label”.

Enfuvirtida (ENF): Permanece como antirretroviral “reservado” para pacientes sem outras opções que permitam estruturar esquemas potentes de resgate.

OBSERVAÇÕES DO USO DA ENFUVIRTIDA:

- Recomenda-se a realização de genotipagem de novos alvos para pacientes em uso de ENF que estejam em falha virológica. Caso a genotipagem mostre resistência à ENF, esse medicamento deve ser retirado do esquema, uma vez que não apresenta atividade residual.
- Recomenda-se a substituição da enfuvirtida em esquemas de resgate em razão de sua toxicidade, dificuldades na aplicação e eventos adversos relacionados.

Maraviroque (MVQ): É recomendado para situações em que, mesmo com a utilização de DRV/r e RAL, a chance de obtenção de supressão viral seja considerada baixa. Além disso, só poderá ser indicado se houver teste de tropismo viral evidenciando presença exclusiva de vírus R5, realizado no máximo 3 meses antes da início do novo esquema. O MVQ está registrado no país para uso em maiores de 18 anos.

f. Critérios para substituição da enfuvirtida por raltegravir:


- Pacientes em uso de ENF há mais de 4 meses, com sucesso virológico (carga viral indetectável).
- Pacientes virgens de RAL ou naqueles com uso prévio desse medicamento, com teste de resistência na integrase demonstrando sensibilidade.
- Última carga viral realizada no máximo há 60 dias.

8. Manejo da Toxicidade à TARV:

a. Neutotoxicidade dos ARV (Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Downloaded from <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> on 3/8/2013)

Efeitos adversos	ARV associados	Início/ manifestações clínicas	Frequência estimada	Prevenção/ monitoramento	Manejo
Depressão do SNC	LPV/r solução oral (contém etanol e propileno glicol como excipientes)	1 a 6 dias após início do LPV/r. Em neonatos e lactentes prematuros: depressão do SNC, toxicidade cardíaca e complicações respiratórias.	Desconhecida. Relatos em prematuros na dose terapêutica de LPV/r.	Evitar uso até a idade pós-menstrual de 42 semanas e idade pós-natal de pelo menos 14 dias.	Descontinuar. Sintomas devem resolver em até 1 a 5 dias. Reintrodução do LPV/r pode ser considerada após o período vulnerável.

Efeitos adversos	ARV associados	Início/ manifestações clínicas	Frequência estimada	Prevenção/ monitoramento	Manejo
Sintomas neuropsiquiátricos e outras manifestações do SNC	EFV	1 a 2 dias após o início do EFV. A maior parte dos sintomas resolve ou diminuem após 2 a 4 semanas. Apresenta-se com um ou mais dos sintomas: tonteira, sonolência, insônia, pesadelos, dificuldade de concentração, psicose, idéias suicidas, convulsões.	Variável. Crianças: 24% para manifestações do SNC em uma série de casos, com 18% de descontinuação. Adultos: 50% de qualquer gravidade e 2% graves.	Administrar o EFV com estômago vazio, antes de dormir.	Reafirmar ao paciente a característica provável de ser autolimitado. Se persistir, considerar reduzir a dose ou descontinuar.
	RAL	Aumento da atividade psicomotora, cefaleia, insônia e depressão.	Crianças: muito raro. Adultos: cefaleia e insônia <5%.	Usar com cuidado quando associado a medicamentos que aumentam a concentração de RAL.	Considerar descontinuação se ocorrer insônia persistente.



Efeitos adversos	ARV associados	Início/ manifestações clínicas	Frequência estimada	Prevenção/ monitoramento	Manejo
Hemorragia intracraniana	TPV	De 7 a 513 dias após início do TPV	Crianças: nenhum caso relatado. Adultos: 0,04 a 0,23/100 pacientes-ano.	Usar com cuidado se o paciente tiver história de sangramentos, lesões intracranianas ou neurocirurgia recente.	Descontinuar se suspeita ou confirmação de hemorragia intracraniana.
Ataxia cerebelar	RAL	Em torno de 3 dias após o início. Tremor, dismetria e ataxia.	2 casos em adultos.	Usar com cuidado com ATV e outros medicamentos que inibem fortemente a enzima UGT1A1.	Considerar descontinuação. A reintrodução pode ser considerada se o fator predisponente for identificado e removido.

Efeitos adversos	ARV associados	Início/ manifestações clínicas	Frequência estimada	Prevenção/ monitoramento	Manejo
Neuropatia periférica	d4T, ddl	Início variável, de semanas a meses. Apresenta-se como redução da sensibilidade, dor, queimação, dormência dolorosa. Hiperalgesia (diminuição do limiar de dor), alodínia (sensação dolorosa causada por estímulos que habitualmente não causam dor), hiporreflexia do tornozelo. Distribuição ascendente (das plantas dos pés às pontas dos dedos).	Crianças: 1,13%. 0,07% a 0,26% em duas grandes coortes africanas, em seguimento médio de 1,8 a 3,2 anos. Adultos: 17% a 57% usando d4T.	Limitar o uso de d4T e ddl. Na rotina clínica, monitorar sinais e sintomas de neuropatia periférica.	Descontinuar o ARV. Capsaicina tópica 8% pode ser útil na dor persistente. Sem evidências para indicar outros medicamentos em crianças (tricíclicos, gabapentina ou lamotrigina).

b. Nefrotoxicidade dos ARV: (Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection. Downloaded from <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines> on 3/8/2013)

Efeitos adversos	ARV associados	Início/ manifestações clínicas	Frequência estimada	Prevenção/ monitoramento	Manejo
Urolitíase e nefrolitíase	IDV, ATV	Surge semanas a meses do início da terapia. Cristalúria, hematuria, piúria, dor no flanco e aumento de creatinina.	Nefrolitíase associada ao IDV é mais comum em adultos (4% a 43%) que em crianças (0 a 20%). Causada pelo ATV é rara.	Manter hidratação adequada. Solicitar urinálise a cada 6-12 meses.	Manter hidratação e controle da dor. Considerar trocar o ARV.
Disfunção renal	TDF	Em adultos surge de semanas a meses do início do tratamento. Hipofosfatemia surge em média após 18 meses. Apresentações clínicas: insuficiência renal, necrose tubular aguda, síndrome de Fanconi, tubulopatia renal proximal, nefrite intersticial, diabetes insipidus nefrogênica, aumento de creatinina, proteinúria e poliúria.	Adultos: 2% com aumento de creatinina e 0,5% com complicações renais graves. Crianças: 4% com hipofatemia ou tubulopatia renal proximal. 25% a 78% com proteinúria intensa (pode ter havido confusão com infecção avançada pelo HIV e uso concomitante de ddl nas crianças estudadas).	Monitorar ao menos a cada 6-12 meses: urinálise, creatinina e fosfato séricos, relação proteína/ creatinina urinária.	Se o TDF for a causa provável, substituir.

c. Avaliação e Manejo da Toxicidade

O estadiamento da toxicidade, segundo a gravidade das principais alterações clínicas e bioquímicas esta definido na tabela 5, a seguir (5, D). Para verificar outros parâmetros de toxicidade consultar a tabela DAIDS completa

- Toxicidade de grau 2 (moderado): considerar redução da dose dentro da margem terapêutica, com monitoramento mais frequente.
- Toxicidade de grau 3 (grave): reduzir a dose dentro da margem terapêutica, ou suspender a droga até normalização. Se o efeito adverso persiste ou recorrer após o retorno de dose plena, considerar interrupção por até 28 dias. Se persistirem os sinais de toxicidade, suspender a droga.
- Toxicidade de grau 4 (grave e potencialmente fatal): considerar suspensão e troca do medicamento, bem como medidas terapêuticas específicas

d. Graus de toxicidade clínica e laboratorial mais comumente associados ao uso de drogas antirretrovirais em crianças e adolescentes

PARÂMETRO	LEVE	MODERADO	GRAVE	GRAVE E POTENCIALMENTE FATAL
-----------	------	----------	-------	------------------------------

RECOMENDAÇÕES GERAIS PARA ESTIMATIVA DO GRAU DE GRAVIDADE

Caracterização de sintomas e Recomendações gerais de manejo	Sintomas causam interferência mínima ou ausente nas atividades sociais ou funcionais usuais (1): nenhuma intervenção necessária, monitorar	Sintomas causam interferência maior que mínima nas atividades sociais ou funcionais usuais: pode requerer intervenção mínima e monitoramento	Sintomas impedem a realização das atividades sociais e funcionais: requer cuidados médicos e possível hospitalização	Sintomas impedem a realização das atividades básicas de autocuidado (2): requer intervenção médica para prevenção de danos permanentes ou morte
---	--	--	--	---

PARÂMETRO	LEVE	MODERADO	GRAVE	GRAVE E POTENCIALMENTE FATAL
-----------	------	----------	-------	------------------------------

HEMATOLOGIA

Contagem absoluta de neutrófilos (acima de 7 dias de vida)	1.000 – 1.300/mm ³	750 – 999/mm ³	500 – 749/mm ³	500 – 749/mm ³
Hemoglobina (criança >60 dias de vida)	8,5 – 10,0 g/dl 1,32 – 1,55mmol/l	7,5 – <8,5 g/dl 1,16 – <1,32mmol/l	6,5 – <7,5 g/dl 1,01 – <1,16mmol/l	<6,5 g/dl <1,01mmol/l ou sintomas clínicos graves atribuídos a anemia (p.ex., insuficiência cardíaca), refratários a terapia
Plaquetas	100.000– <125.000/mm ³	50.000 – <100.000/mm ³	25.000– <50.000/mm ³	<25.000/mm ³ ou sangramentos
Contagem absoluta de leucócitos	2.000 – 2.500/mm ³	1.500 – 1.999/mm ³	1.000 – 1.499/mm ³	< 1.000/mm ³

GASTROINTESTINAL

Laboratorial

ALT (TGP)	1,25 – 2,5 x LSN	2,6 – 5,0 x LSN	5,1 – 10,0 x LSN	>10,0 x LSN
AST (TGO)	1,25 – 2,5 x LSN	2,6 – 5,0 x LSN	5,1 – 10,0 x LSN	>10,0 x LSN
Fosfatase alcalina	1,25 – 2,5 x LSN	2,6 – 5,0 x LSN	5,1 – 10,0 x LSN	>10,0 x LSN
Bilirrubina (>14 dias vida)	1,1 – 1,5 x LSN	1,6 – 2,5 x LSN	2,6 – 5,0 x LSN	>5,0 x LSN
Lipase	1,1 – 1,5 x LSN	1,6 – 3,0 x LSN	3,1 – 5,0 x LSN	>5,0 x LSN
Amilase pancreática	1,1 – 1,5 x LSN	1,6 – 2,0 x LSN	2,1 – 5,0 x LSN	>5,0 x LSN

Clínico

Diarreia ≥1 ano de idade	Episódios transitórios ou intermitentes de evacuações líquidas OU aumento ≤3 evacuações /dia em relação à frequência basal	Episódios persistentes de evacuações líquidas OU aumento de 4–6 evacuações / dia em relação à frequência basal	Diarreia com sangue OU aumento ≥7 evacuações /dia em relação à frequência basal OU indicação de hidratação venosa	Desidratação+ choque hipovolêmico
--------------------------	--	--	---	-----------------------------------

PARÂMETRO	LEVE	MODERADO	GRAVE	GRAVE E POTENCIALMENTE FATAL
<1 ano de idade	Evacuações líquidas, sem aumento da frequência basal	Evacuações líquidas e frequência aumentada OU desidratação leve	Evacuações líquidas com desidratação moderada	Evacuações líquidas com desidratação grave e choque hipovolêmico
Disfagia/odinofagia	Sintomático, mas capaz de ingerir dieta habitual	Sintomas causam mudança da dieta usual, mas sem intervenção médica indicada	Sintomas causam alterações importantes da dieta, com intervenção médica indicada	Redução potencialmente fatal da ingestão oral.
Náusea	Náusea temporária (<24 horas) ou intermitente com interferência mínima ou ausente na ingestão oral	Náusea persistente resultando em redução da ingestão oral por 24–48 horas	Náusea persistente resultando em ingestão oral mínima por >48 horas OU indicação de hidratação venosa	Náusea persistente com ingestão oral mínima resultando em desidratação e indicação de hidratação venosa vigorosa
Vômitos	Vômitos temporários ou intermitentes com interferência mínima ou ausente na ingestão oral	Vômitos frequentes, desidratação ausente ou leve	Vômitos persistentes resultando em hipotensão ortostática OU indicação de hidratação venosa	Risco de vida (p. ex., choque hipovolêmico)

ALÉRGICO/DERMATOLÓGICO

Reação alérgica sistêmica aguda	Urticária localizada com duração <12 horas	Urticária localizada com indicação de tratamento OU angioedema leve	Urticária generalizada OU angioedema com indicação de tratamento OU broncoespasmo leve	Anafilaxia aguda OU broncoespasmo grave ou edema laríngeo
Reação cutânea – exantema	Exantema macular localizado	Exantema maculopapular ou morbiliforme difuso, OU lesões em alvo	Exantema maculopapular ou morbiliforme difuso com vesículas ou poucas bolhas OU ulcerações superficiais de mucosa, restritas a um único sítio	Lesões bolhosas extensas ou generalizadas OU síndrome de Stevens-Johnson OU ulcerações de mucosa, acometendo dois ou mais sítios OU necrólise epidérmica tóxica (NET)

PARÂMETRO	LEVE	MODERADO	GRAVE	GRAVE E POTENCIALMENTE FATAL
-----------	------	----------	-------	------------------------------

NEUROLÓGICO

Alterações de personalidade, comportamento ou humor	Alteração causando interferência mínima ou ausente nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Alteração causando interferência maior que mínima nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Alteração impede a realização das atividades sociais e funcionais usuais (3) e requer cuidados médicos	Comportamento potencialmente danoso para si mesmo e/ou outros OU risco de vida
Estado mental alterado	Alteração causando interferência mínima ou ausente nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Letargia leve ou sonolência causando interferência maior que mínima nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Confusão, deficits de memória, letargia ou sonolência que impedem a realização das atividades sociais e funcionais usuais (3)	Delírio, obnubilação ou coma
Fraqueza neuromuscular (inclusive miopatia e neuropatia)	Assintomático com diminuição de força ao exame OU fraqueza muscular mínima causando interferência mínima ou ausente nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Fraqueza muscular causando interferência maior que mínima nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Fraqueza muscular que impede a realização das atividades sociais e funcionais usuais (3)	Fraqueza muscular debilitante que impede a realização das atividades básicas de autocuidado(2) OU fraqueza de musculatura respiratória que repercute na ventilação
Alterações neurosensoriais (inclusive neuropatia dolorosa)	Assintomático com alteração sensorial ao exame OU parestesia causando interferência mínima ou ausente nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Alteração sensorial ou parestesia causando interferência maior que mínima nas atividades sociais ou funcionais usuais (3)	Alteração sensorial que impede a realização das atividades sociais e funcionais usuais (3)	Alteração sensorial debilitante que impede a realização das atividades básicas de autocuidado (2)

PARÂMETRO	LEVE	MODERADO	GRAVE	GRAVE E POTENCIALMENTE FATAL
-----------	------	----------	-------	------------------------------

OUTROS PARÂMETROS LABORATORIAIS

Glicose, soro, valores elevados: sem jejum	116 – <161mg/dl 6,44 – <8,89mmol/l	161 – <251mg/dl 8,89 – <13,89mmol/l	251 – 500mg/dl 13,89 – 27,75mmol/l	>500mg/dl >27,75mmol/l
Glicose, soro, valores elevados: jejum	110 – <126mg/dl 6,11 – <6,95mmol/l	126 – <251mg/dl 6,95 – <13,89mmol/l	251 – 500mg/dl 13,89 – 27,75mmol/l	>500mg/dl >27,75mmol/l
Glicose, soro, valor baixo (maiores de 1 mês):	55 – 64 mg/dL 3.05 – 3.55 mmol/L	40 – 54 mg/dL 2.22 – 3.06 mmol/L	30 – 39 mg/dL 1.67 – 2.23 mmol/L	< 30 mg/dL < 1.67 mmol/L
Lactato	<2,0 x LSN sem acidose	≥2,0 x LSN sem acidose	Lactato aumentado com pH <7,3 sem risco de vida ou presença de condições relacionadas	Lactato aumentado com pH <7,3 com risco de vida (p. ex., sintomas neurológicos, coma) ou presença de condições relacionadas
Coolesterol (jejum, <18 anos de idade)	170 – <200mg/dl 4,40 – 5,15mmol/l	200 – 300mg/dl 5,16 – 7,77mmol/l	>300mg/dl >7,77mmol/l	Não aplicável
LDL (jejum) >2 a <18 anos de idade	110 – 129 mg/dL 2.85 – 3.34 mmol/L	130 – 189 mg/dL 3.35 – 4.90 mmol/L	≥ 190 mg/dL ≥ 4.91 mmol/L	Não aplicável
Triglicerídeos (jejum)	Não aplicável	500 – <751mg/dl 5,65 – <8,49mmol/l	751 – 1.200mg/dl 8,49 – 13,56mmol/l	>1.200mg/dl >13,56mmol/l

LSN: limite superior normal

Fonte: Adaptado da Divisão de Aids do Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas: Quadro de classificação da severidade dos eventos adversos em adultos e crianças, Bethesda, Maryland, EUA; agosto de 2009.

- Os valores são dados para crianças em geral, exceto quando os grupos etários são especificamente indicados.
- Atividades apropriadas para a respectiva idade e cultura (p. ex., alimentar-se com os utensílios culturalmente utilizados, caminhar ou usar as mãos).
- Atividades sociais e funcionais usuais em crianças pequenas referem-se àquelas que são apropriadas para a respectiva idade e cultura (p. ex. interação social, atividades lúdicas, tarefas de aprendizagem).

9. Coinfecção tuberculose/HIV

a. Escore clínico-epidemiológico para o diagnóstico de crianças menores de 10 anos e adolescentes com baciloscopia negativa, infectados ou não por HIV

Quadro clínico radiológico		Contato com adulto com TB	Teste tuberculínico	Estado nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese > 2 semanas	Adenomegalia ou padrão miliar e/ou Condensação ou infiltrado com ou sem escavação, inalterado por > 2 semanas, e/ou Condensação ou infiltrado com ou sem escavação, inalterado por > 2 semanas evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos comuns.	Próximo, nos últimos dois anos	> 10 mm em vacinados com BCG há menos de dois anos Ou > 5 mm em vacinados há mais de dois anos ou não vacinados	Desnutrição grave
(15 pontos)	(15 pontos)	(10 pontos)	(15 pontos)	(5 pontos)
Assintomático ou com sintomas < 2 semanas	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo < 2 semanas			Eutrofia ou desnutrição não grave
(0 ponto)	(5 pontos)			(0 ponto)
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos	Radiografia normal	Ocasional ou negativo	< 5mm	
(subtrair 10 pontos)	(subtrair 5 pontos)	(0 ponto)	(0 ponto)	

Interpretação da pontuação:

- maior ou igual a 40 pontos: diagnóstico muito provável
- 30 a 39 pontos: diagnóstico possível
- igual ou inferior a 30 pontos: diagnóstico pouco provável

b. Tratamento das crianças coinfectadas TB/HIV:

- Crianças com diagnóstico recente e/ou simultâneo de TB e HIV:
 - Qualquer criança com diagnóstico de TB-doença deve iniciar o tratamento de TB imediatamente e iniciar a TARV logo após, entre 2 e 8 semanas do início do tratamento de TB, independente da contagem de LT-CD4+ e classificação clínica. Em pacientes com LT-CD4+ < 200 a TARV deve ser iniciada na 2ª semana após o início do tratamento para TB. Se o LT-CD4+ >200, a TARV deve ser iniciada após a fase intensiva (8ª semana) de tratamento para TB.
- Crianças infectadas pelo HIV que desenvolvem TB e já estão sob TARV:
 - O tratamento de TB deve ser iniciado imediatamente, continuar a TARV, realizar ajustes do esquema ARV para diminuir o risco potencial de toxicidade devido às interações das drogas.

b.1 Recomendação do momento do início da TARV e esquemas sugeridos de TARV em crianças sob tratamento de tuberculose com esquema contendo rifapicina

Estágio Clínico da criança com tuberculose	Momento do início de TARV seguindo ao início do tratamento de TB	Esquema de TARV recomendado
Qualquer contagem de LT-CD4+ e qualquer estágio clínico de HIV em lactentes e crianças	Iniciar TARV entre 2 a 8 semanas após início do tratamento de TB	Em crianças menores de 3 anos: Regime preferido: 2ITRN + NVP ^a (Exceto se < 2 anos e previamente exposta a NVP) Ou Esquema com 3ITRN (AZT+3TC+ABC) ^b
		Em crianças maiores de 3 anos: Regime preferido: 2ITRN +EFVc (Exceto previamente exposta a NVP) Ou Esquema com 3ITRN (AZT+3TC+ABC) ^b

Notas: a) Não se deve usar dose escalonada da NVP no início. Recomenda-se dose próxima ao máximo de 200mg/m² e cuidadosa monitorização clínico laboratorial.

- b) Se esse esquema foi indicado em virtude do tratamento de coinfeção TB/HIV, assim que terminar o tratamento de TB, trocar para o esquema de escolha segundo indicação vigente.
- c) Não há estudos que definam com precisão a dose de EFV para crianças menores de 3 anos. Continua a recomendação de cuidado na prescrição para adolescentes sexualmente ativas e gestantes.

b.2 Recomendação para o tratamento de TB em crianças que já estejam recebendo TARV

Época do diagnóstico de TB em relação ao esquema de TARV em uso	Causa de base da TB	Considerações acerca da TARV quando o tratamento da TB incluir a rifampicina	TARV
Crianças que estejam recebendo primeiro esquema de TARV composto por 2 ITRN + ITRNN quando é feito o diagnóstico de TB	TB devido à infecção primária TB como manifestação de SIR (considerar nos primeiros 6 meses de TARV)	Continuar com a TARV e avaliar a necessidade de modificações, seguindo a evolução clínica e resposta ao tratamento de TB.	Continuar com o mesmo esquema de primeira linha; Se estiver recebendo NVP e a criança for > 3 anos, avaliar a modificação para EFV; Se a criança for < 3 anos, manter a NVP mas ajustar a dose de NVP para a dose máxima possível Ou Modificar o regime com 3 ITRN (AZT+3TC+ABC)
	TB como sinal de falha terapêutica e progressão da doença ao primeiro esquema de TARV (considerar somente depois de 24 semanas do início do tratamento)	Avaliar a necessidade de modificação do regime, iniciar o tratamento de TB – a resposta ao tratamento de TB e a evolução clínica podem ser usados para decidir se o esquema de TARV deve ser mantido ou modificado.	Nessas circunstâncias a modificação para um esquema com IP deve ser considerada, avaliar a possibilidade segundo as informações da situação descrita abaixo nesse quadro.

Época do diagnóstico de TB em relação ao esquema de TARV em uso	Causa de base da TB	Considerações acerca da TARV quando o tratamento da TB incluir a rifampicina	TARV
Crianças recebendo esquema com IP (2 ITRN+ LPV/r) quando é feito o diagnóstico de TB	TB devido à infecção primária		Manter o esquema, e considerar aumentar a dose de RTV para alcançar a dose máxima terapêutica possível (aumentar a dose de RTV para a mesma dose de LPV em mg, na proporção de 1:1).
	TB como sinal de falha terapêutica ao esquema de TARV e progressão da doença (considerar somente depois de 24 semanas do início do tratamento)	Continuar com a TARV e avaliar a necessidade de modificações, seguindo a evolução clínica e resposta ao tratamento de TB.	Caso a criança nunca tenha recebido regime com ITRNN, considerar na troca o uso de EFV para as > 3 anos e NVP para as < 3 anos (lembrar de usar dose máxima possível de NVP). A mudança e outras opções de drogas ARV devem ser avaliadas segundo resultado de genotipagem.

b.3 Esquema básico para crianças. Indicado nos casos novos de todas as formas de TB pulmonar e extrapulmonar exceto meningoencefalite, inclusive infectados pelo HIV (crianças até 10 anos)

Fases do Tratamento	Drogas	Peso			
		Até 20 kg	Mais de 20 kg e até 35 kg	Mais de 35 kg e até 45 kg	Mais de 45 kg
		mg/kg/dia	mg/dia	mg/dia	mg/dia
1ª fase (2 meses – RHZ)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1000	1500	2000
2ª fase (4 meses – RH)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

Abreviaturas: R (Rifampicina), H (Isoniazida), Z (Pirazinamida)-

b.4 Esquema básico para o tratamento de tuberculose para adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):

Regime	Fármacos	Faixa de peso	Unidade/dose	Meses
2 RHZE Fase intensiva	RHZE	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
	150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
	>50 kg	4 comprimidos		
4 RH Fase de manutenção	RH comprimidos de 150/75 mg	20 a 35 kg	2 comprimidos de 150/75	4
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos de 150/75	
		>50 kg	4 comprimidos de 150/75	

R = rifampicina, H = isoniazida, Z = pirazinamida, E = etambutol

b.5 Esquema básico com rifabutina para tratamento da tuberculose em adultos e adolescentes (> 10 anos de idade):

Meses	Fármaco	Doses por Faixa Etária de Peso		
		20 kg-35 kg	36 kg-50 kg	>50 kg
Fase intensiva (2 meses)	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Pirazinamida 500 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Etambutol 400 mg*	1 a 2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
Fase de manutenção (4 meses)	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos

*Isoniazida – 10 mg/kg/dia, dose máxima de 300 mg/dia; pirazinamida – 35 mg/kg/dia, dose máxima de 1.500 mg/dia; etambutol – 25 mg/kg/dia, dose máxima de 1.200 mg/dia.

c. Tratamento da infecção latente com isoniazida (H), 10mg/kg/dia, VO, 1x/dia (dose máxima: 300mg/dia), nas seguintes situações:

a) Radiografia de tórax normal e:

- PT ≥ 5 mm;
- Contatos HIV positivos intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos, independentemente da PT;
- PT < 5 mm, com registro documental anterior de PT ≥ 5 mm, sem tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião.

b) Apresentar radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (afastada a possibilidade de TB ativa mediante exames de escarro, radiografias anteriores e se necessário, TC de tórax), independentemente do resultado da PT.

Se a induração for < 5 mm, repetir o teste após seis meses do início do tratamento (ou quando for evidenciada reconstituição imune, em pacientes cujo tratamento se inicie na categoria imunológica 3), e passar a realizá-lo anualmente. Após viragem tuberculínica, não é necessária a repetição anual da prova.

10. Profilaxia das Infecções Oportunistas:

a. Profilaxia primária para infecções oportunistas em crianças infectadas pelo HIV

Patógeno	Indicação	Regime	
		1ª Escolha	Alternativo
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	Crianças de 4-6 semanas a 12 meses de idade ¹ , com infecção comprovada ou indeterminada; Crianças 1-5 anos de idade com CD4 < 500 cels/ μ l ou < 15%; Crianças \geq 6 anos de idade com infecção comprovada e CD4 < 200 cels/ μ l ou < 15%. (1b, A)	Sulfametoxazol (SMX) 750mg/m ² /dia ou 25 mg/Kg/dia + Trimetoprim (TMP) 150mg/m ² /dia ou 5 mg/Kg/dia, via oral, dividido em 2 doses ao dia, 3 vezes/semana, em dias consecutivos (Ex. Segundas, Terças e Quartas); Esquemas alternativos: - Mesma dose acima em 1 dose diária, 3 vezes/semana em dias consecutivos; - Mesma dose acima dividida em 2 doses ao dia, 7 dias da semana; - Mesma dose acima dividida em 2 doses ao dia, em dias alternados. (1b, A)	Dapsona (\geq 1 mês de idade): 2mg/kg/dia (máx. 100mg) ou 4mg/kg, 1vez/semana (máx. 200mg); Pentamidina aerossol (\geq 5 anos de idade): 300mg, via inalatória, 1 vez/mês; (2b, B) Atovaquona: Crianças de 1 a 3 meses e > 24 meses a 12 anos de idade: 30mg/kg/dia (máximo de 1.500mg), via oral, 1 vez/dia; Crianças de 4 a 24 meses de idade: 45mg/kg (máximo de 1.500mg), via oral, 1 vez/dia; Crianças > 12 anos de idade: 1.500mg, via oral, 1 vez/dia. (2b, B)

Patógeno	Indicação	Regime	
		1ª Escolha	Alternativo
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	<p>Tratar ILTB nos seguintes casos:</p> <p>1. Radiografia de tórax normal e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PT \geq 5mm; - Contatos intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos, independentemente da PT; - PT < 5mm com registro documental de ter tido PT \geq 5mm e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxia na ocasião. <p>2. Radiografia de tórax com presença de cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB (afastada possibilidade de TB ativa por meio de exames de escarro, radiografias anteriores e, se necessário, TC de tórax), independentemente do resultado da PT.</p>	<p>Isoniazida (INH), 5 a 10mg/kg/dia (máx. 300mg), mínimo de 6 meses. (2b, B)</p> <p>Obs: repetir ciclo de INH se houver reexposição intradomiciliar</p>	

Patógeno	Indicação	Regime	
		1ª Escolha	Alternativo
Varicela Zoster/ Herpes Zoster	Exposição em crianças não vacinadas com duas doses da vacina ou história negativa para varicela prévia; ou Exposição, mesmo para crianças com história de varicela prévia ou que receberam 2 doses da vacina, desde que se encontrem em moderada ou grave imunodepressão.	VZIG ² : 125 unidades (1 frasco)/ 10kg (máximo 625 unidades – 5 frascos), IM, em até 10 dias do contágio, melhor nas primeiras 48 horas, se possível. (5, D)	Aciclovir 20mg/kg/dose (máximo de 3.200mg), via oral, 6/6h, IVIG ³ : 400mg/kg até 96 horas após a exposição. (5, D)
Sarampo	Exposição de paciente suscetível, ou Exposição de paciente, independentemente de sua história vacinal, em situação de grave imunossupressão. Contagem CD4 ou %: Lactentes < 12 meses: < 750cels/µl ou <15%; 1 a 5 anos: < 500cels/µl ou <15%; 6 a 12 anos: < 200cels/µl ou <15%; ≥ 13 anos de idade: < 200cels/µl ou <14%.	IMIG ⁴ : - 0,5ml/kg, IM, máximo de 15 ml, até 6 dias do contato, ou - 0,25ml/kg, IM, máximo de 15 ml, até 6 dias do contato, para crianças assintomáticas e sem imunossupressão grave. (5, D)	IVIG ³ : 400mg/kg até 96 horas após a exposição. Obs.: Crianças que receberam IVIG dentro de 2 semanas da exposição não requerem imunização passiva adicional.

Patógeno	Indicação	Regime	
		1ª Escolha	Alternativo
<i>Toxoplasma gondii</i>	Sorologia positiva (IgG) para toxoplasmose e grave imunodepressão: CD4 <15% (< 6 anos de idade) ou CD4 <100 cels./µl (≥ 6 anos).	Sulfametoxazol (SMX) 750mg/m ² /dia ou 25mg/Kg/dia + Trimetoprim (TMP) 150mg/m ² /dia ou 5mg/Kg/dia, via oral, 12/12h, diariamente. (4, C) Esquemas alternativos: - Mesma dose acima em 1 dose diária, 3 vezes/semana em dias consecutivos; - Mesma dose acima dividida em 2 doses ao dia, 7 dias da semana; - Mesma dose acima dividida em 2 doses ao dia, em dias alternados	Sulfadiazina 75mg/kg/dia, via oral, 2 vezes/dia + Pirimetamina 1mg/kg/dia, 1 vez/dia + Ácido fólico 5-10mg/dia, 3 vezes/semana ou: Dapsona, 2mg/kg/dia, 1 vez/dia (máximo 25mg) + Pirimetamina 1mg/kg/dia, 1 vez/dia (máximo 25mg) + Ácido fólico 5-10mg/dia, 3 vezes/semana. (2b, B)
Doença bacteriana invasiva (diversos agentes)	Hipogamaglobulinemia ou déficit funcional de produção de anticorpos	IVIG ⁵ 400mg/kg/mês. (2b, B)	Sulfametoxazol (SMX) 750mg/m ² /dia ou 25 mg/Kg/dia + Trimetoprim (TMP) 150mg/m ² /dia ou 5mg/Kg/dia, via oral, 12/12h, diariamente. (2b, B)
Micobacteriose atípica (MAI)	<12 meses: CD4 <750cels./µl 1-2 anos: CD4 <500cels./µl 2-5 anos: CD4 <75cels./µl ≥6 anos: CD4 <50cels./µl	Clarithromicina 15mg/kg/dia, 2 vezes/dia; ou Azitromicina 20mg/kg/dia, 1vez/semana (2b, B)	Azitromicina, 5mg/kg (máx. 250mg), via oral, diariamente (2b, B).

1. Crianças verticalmente expostas devem receber profilaxia até 12 meses de idade, independentemente dos níveis de LTCD4+, exceto aquelas nas quais a infecção pelo HIV for afastada definitivamente.

2. VZIG: Imunoglobulina hiperimune para varicela-zoster, disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE, para onde o paciente deve ser encaminhado.

3. IVIG: Imunoglobulina humana intravenosa.

4. IMIG: Imunoglobulina humana intramuscular.

b. Profilaxia secundária para infecções oportunistas em crianças infectadas pelo HIV

Patógeno	Indicação	Regime	
		1ª Escolha	Alternativo
I . Por tempo indeterminado			
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	Pneumocistose prévia	SMX-TMP 750mg SMX/m ² /dia 2 doses, 3x semana, em dias consecutivos Alternativas: dose total 1x/dia, em dias consecutivos; 2 doses, 3x semana, em dias alternados; ou 2 doses, todos os dias da semana (1b, A)	Dapsona, 2mg/kg/dia (máx. 100mg) ou 4mg/kg, 1x/semana (máx. 200mg) Crianças ≥5 anos: pentamidina aerosol 300mg, 1x/mês (1b, A) Atovaquona: crianças com 1-3 meses e acima de 24 meses: 30mg/kg, VO, 1x/dia; 4-24 meses: 45mg/kg, VO, 1x/dia (2b, B)
<i>Toxoplasma gondii</i>	Encefalite por toxoplasma prévia	Sulfadiazina 85-120mg/kg/dia, 12/12h + pirimetamina 1mg/kg/dia (máx. 25mg) + ácido fólico 5mg/dia, a cada 3 dias (1b, A)	Clindamicina 20-30mg/kg/dia, 4 doses + pirimetamina 1mg/kg/dia (máx. 25mg) + ácido fólico 5mg/dia, a cada 3 dias (1b, A) Atovaquona: crianças com 1-3 meses e acima de 24meses: 30mg/kg/ VO 1x/dia; 4-24 meses: 45mg/kg, VO, 1x/dia, + pirimetamina, 1mg/kg/dia (máx. 25mg) + ácido fólico 5mg/dia, a cada 3 dias (1b, A)
Micobacteriose atípica (MAI)	Doença prévia	Claritromicina 15mg/kg/dia 12/12h + etambutol 15-25mg/kg/dia (2b, B)	Azitromicina, 5mg/kg/dia, VO (máx: 250mg) + etambutol, 15mg/kg/dia, VO (máx. 900mg) (2b, B)
<i>Cryptococcus neoformans</i>	Doença prévia	Fluconazol 6mg/kg/dia (2b, B)	Itraconazol 5mg/kg/dia 3x/semana (2b, B) Anfotericina B 1mg/kg, IV, 3x/semana (2b, B)

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
<i>Histoplasma capsulatum</i>	Doença prévia	Itraconazol 5mg/kg/dia, a cada 24-48h (2b, B)	Fluconazol, 3-6mg/kg/dia (máx. 200mg) Anfotericina B, 1mg/kg, IV, 3x/semana (5, D)
Citomegalovirus	Doença prévia	Ganciclovir 6mg/kg/dia, IV, 5x/semana (1b, A); ou 10mg/kg/dia, IV, 3x/semana (4, C)	
Leishmaniose visceral	Doença prévia	Antimoniato de N-metil glucamina, 810mg/Sbv, uma vez por mês OU Anfotericina B desoxicolato, 1mg/kg, a cada duas ou quatro semanas, OU Anfotericina B lipossomal, 3mg/kg a cada duas ou quatro semanas (5, D)	Isotionato de pentamidina 4mg/kg/dia do sal a cada duas ou quatro semanas (5, D)

II- Somente em caso de episódios recorrentes frequentes e graves

Infecções bacterianas graves recorrentes (mais que 2 episódios/ano) ¹	Ver nota explicativa	IVIG 400mg/kg/mês (2b, B)	SMX-TMP 750mg SMX/m ² /dia, duas doses diárias (2b, B)
Herpes simples Herpes genital em adolescentes	Recorrente/grave Episódios Recorrentes	Aciclovir, 80mg/kg/dia, VO, 4 doses/dia (2b, B) Aciclovir 400mg, VO, 3x/dia, por 5 dias; ou Valaciclovir, 1g, VO, 2x/dia, por 5 dias (1b, A)	
Candidíase esofageana	Recorrente/grave	Fluconazol, 3-6mg/kg/dia (máx. 200mg) (2b, B)	Cetoconazol, 5mg/kg/dia (máx. 200mg) (4, C)

¹ IVIG indicada para crianças com infecções bacterianas graves, definidas nas categorias B e C da Classificação CDC/94 (meningite, pneumonia, septicemia, infecções ósseas ou articulares)

ANEXO I - Quadro de antirretrovirais para uso em crianças e adolescentes

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo/nucleotídeo (ITRN/ITRNT):			
Abacavir (ABC)	<p>≥3 meses: 8mg/kg 12/12h (dose máx. 300mg 12/12 h). Pacientes estáveis (CV indetectável e CD4 estável): 16mg/kg 1 vez ao dia (dose máx. 600mg 1 vez/dia)</p> <p>≥12 anos: 300mg 12/12h. Pacientes estáveis: 600mg 1 vez/dia.</p> <p>O abacavir comprimido de 300mg (quando sulcado) também pode ser prescrito da seguinte forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 14–21kg: meio comprimido (150 mg) de manhã e meio comprimido (150 mg) à noite (dose diária de 300mg); • 22–29kg: meio comprimido (150 mg) de manhã e 1 comprimido (300 mg) à noite (dose diária de 450mg); • ≥30kg: 1 comprimido (300 mg) de manhã e 1 comprimido (300 mg) à noite (dose diária de 600mg); <p>Reações de hipersensibilidade potencialmente graves: náusea, febre, cefaleia, diarreia, exantema, fadiga, sintomas respiratórios, mais comuns nas primeiras 6 semanas de uso. Não reintroduzir ABC após reação grave. Pacientes com genótipo HLA-B*5701 não devem receber ABC.</p>	<p>Comprimido 300mg: manter entre 15°C a 25°C.</p> <p>Solução oral 20mg/mL: refrigerar após aberto o frasco (NÃO congelar).</p>	Pode ser administrado com alimentos.
AZT + 3TC	<p>Criança: doses individuais de AZT e 3TC 12/12h (até dose máx. de adulto).</p> <p>Adulto: 300mg AZT e 150mg 3TC (1 comprimido) 12/12h.</p>	<p>Comprimido 300/150mg - Manter entre 15°C a 30°C.</p>	Pode ser administrado com alimentos.

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
Didanosina (ddl)	<p>2 semanas a < 3 meses: 50 mg/m² 12/12h;</p> <p>3 a 8 meses: 100 mg/m² 12/12h;</p> <p>>8 meses: 120mg/m² (faixa: 90-150mg/m²) 12/12h (dose máx. 200mg de 12/12h).</p> <p>Para crianças virgens de TARV a partir de 3 anos pode-se utilizar 240mg/m² (faixa: 180-240mg/m²), dose única diária.</p> <p>Adolescente: <60kg: 250mg, >60kg: 400mg, dose única diária, formulação ddl-EC.</p>	<p>Cápsulas EC 250mg e 400mg: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Pó para suspensão oral 10mg/mL: refrigerar após a reconstituição.</p>	<p>Administrar 1 hora antes ou 2 horas após alimentação.</p> <p>Modo de preparo do ddl: O pó seco deve ser reconstituído com 200 ml de água, para obter uma concentração inicial de didanosina de 20 mg/ml e a solução resultante deve ser misturada imediatamente com 200 ml de antiácido, para se obter uma concentração final de 10 mg/ml.</p> <p>Instruir o paciente para agitar vigorosamente a mistura de didanosina e antiácido antes de cada administração e armazenar a mistura em recipiente bem fechado em refrigerador (2 a 8°C) por até 30 dias. Esta mistura da solução de didanosina e antiácido é estável somente por 30 dias e o paciente deve desprezar qualquer volume não utilizado até essa data.</p>
Estavadina (d4T)	<p>Neonato (≤13 dias): 0,5mg/kg 12/12h.</p> <p>Criança (<30kg): 1mg/kg 12/12h.</p>	<p>Pó para suspensão oral 1mg/mL: refrigerar (2°C a 8°C) após a reconstituição</p>	<p>Usar apenas em situações excepcionais.</p> <p>Não pode ser associado à zidovudina.</p> <p>Pode ser administrado com alimentos.</p>

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
	Neuropatia periférica, pancreatite, hepatite, distúrbios gastrintestinais, cefaleia, exantema. Ocorrência de lipodistrofia, acidose láctica e pancreatite potencializada se associado a ddl.		excepcionais. Não pode ser associado à zidovudina. Pode ser administrado com alimentos.
Lamivudina (3TC)	Neonato (<30 dias): 2mg/kg 12/12h. Criança: 4mg/kg 12/12h (dose máx. 150mg 12/12h). ≥12 anos: 150mg 12/12h ou 300mg dose única diária. Náusea, diarreia, cefaleia, fadiga, exacerbação de hepatite B se interrompido.	Comprimido 150mg: manter entre 15°C a 30°C. Solução oral 10mg/mL: manter entre 15°C a 30°C.	Pode ser administrado com alimentos.
Tenofovir (TDF)	Dose pediátrica (2 a 12 anos): 8mg/kg/dose, 1 vez ao dia. (ainda sem registro no Brasil para crianças) Adolescentes a partir de 12 anos e peso ≥35 kg: 300mg dose única diária (registro no Brasil apenas para adultos) . >18 anos: 300mg dose única diária. Cefaleia, náusea, vômitos, disfunção tubular renal, desmineralização óssea, exacerbação de hepatite B se interrompido. Importante: requer monitoramento da função renal (sangue e urina).	Comprimido 300mg: manter entre 15°C a 30°C. Pó para solução oral e outros comprimidos não disponíveis no Brasil.	Pode ser administrado com alimentos. Requer ajuste de dose em caso de insuficiência renal.

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
Zidovudina (AZT)	<p>Neonato (dose para quimioprofilaxia da transmissão vertical): ver capítulo 2, item 2.3</p> <p>Dose pediátrica (6 semanas a <18 anos):</p> <p>180 a 240mg/m²/dose 12/12h; OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 kg to <9 kg: 12 mg/kg 12/12h • 9 kg to <30 kg: 9 mg/kg 12/12h • ≥30 kg: 300mg 12/12h 	<p>Cápsula 100mg: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Solução oral 10mg/mL: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Frasco-ampola 10mg/mL: após reconstituída:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se refrigerar (2°C a 8°C), utilizar até 24h após sua preparação; - se mantiver entre 15°C a 30°C, utilizar até 8h após sua preparação. 	Pode ser administrado com alimentos.

Inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN):

Nevirapina (NVP)	<p>Neonato (dose para quimioprofilaxia da transmissão vertical): ver capítulo 2, item 2.3</p> <p>Criança (>14 dias a 8 anos):</p> <p>200mg/m² dose única diária por 14 dias e, a seguir, 200mg/m² 12/12 h (dose máx. 200mg 12/12h).</p> <p>≥ 8 anos: 120 a 150mg/m² 12/12 h (dose máx. 200mg 12/12h).</p> <p>Adolescente: 200mg dose única diária por 14 dias e, a seguir, 200mg 12/12h na ausência de exantema ou alteração da função hepática.</p>	<p>Comprimido 200mg: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Suspensão oral 10mg/mL: manter entre 15°C a 30°C</p>	Pode ser administrado com alimentos.
------------------	--	--	--------------------------------------

Efavirenz (EFV)	<p>Dose para criança (≥3 meses e ≥3,5kg):</p> <p>3,5 a <5kg: 100mg, 5 a <7,5kg: 150mg, 7,5 a <15kg: 200mg, 15 a <20kg: 250mg, 20 a <25kg: 300mg, 25 a <32,5kg: 350mg, 32,5 a <40kg: 400mg, ≥40kg: 600mg, dose única diária.</p> <p>No Brasil só há registro para crianças com 3 anos ou mais.</p>	<p>Comprimido ou cápsula 200mg: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Comprimido 600mg: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Solução oral 30mg/mL: manter entre 15°C a 30°C.</p>	Administrar de estômago vazio, preferencialmente à noite. Evitar alimentos gordurosos.
-----------------	--	---	--

Pode ocorrer exantema, hepatite e síndrome de Steven-Johnson geralmente nas primeiras 12 semanas. Monitorar função hepática nas 2, 4 e 8 semanas iniciais de tratamento.

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
	Podem ocorrer alterações de humor e sonhos vívidos nas primeiras 2-4 semanas, hipercolesterolemia, exantema, potencial teratogênico (evitar uso em gestantes).		
Etravirina (ETR)	Dose pediátrica (6 a 18 anos, com pelo menos 16kg): 16kg a <20kg: 100 mg 12/12h, 20 kg a <25kg: 125mg 12/12h, 25kg a <30kg: 150mg 12/12h, ≥30kg: 200mg 12/12h (ainda sem registro no Brasil para crianças) Adultos: 200mg (2 comprimidos) 12/12h. Pode causar náuseas, exantema (inclusive síndrome de Stevens-Johnson) e reações de hipersensibilidade.	Comprimido 100mg: manter entre 15°C a 30°C. Comprimido pediátrico ainda não disponível no Brasil.	Administrar após refeição leve que contenha gordura. Pode ser dissolvido na água. Não deve ser coadministrado com: tipranavir/r, fosamprenavir/r, ritonavir na sua dose plena (1.200mg ao dia), IP sem ritonavir, além de outros ITRNN. Coadministrar com lopinavir/r com cautela.

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
-------------	---	-----------------------------	-------------

Inibidores da protease (IP):

Atazanavir (ATV)	<p>Dose pediátrica (6 a 18 anos, com pelo menos 15kg): 15 a <20kg: ATV 150mg + RTV 100mg, 20 a <32kg: ATV 200mg + RTV 100mg, 32 a <40kg: ATV 250mg + RTV 100mg, ≥40 kg: ATV 300mg + RTV 100mg.</p> <p>Uso adulto: 400mg 1x/dia (dose somente para virgens de terapia) ou associado a RTV: ATZ 300mg + RTV 100mg 1x/dia.</p> <p>Pode causar náusea, cefaleia, exantema, icterícia e elevação de bilirrubina total.</p>	<p>Cápsulas 200mg e 300mg: manter entre 15°C a 30°C.</p>	<p>Administrar com alimento.</p> <p>Contraindicado o uso de omeprazol e outros inibidores de bomba de prótons.</p>
Darunavir (DRV)	<p>Crianças a partir de 6 anos: 15 a <30kg: 375mg + RTV 0,6mL (80mg/mL) 12/12h, 30 a <40kg: 450mg + RTV 0,8mL 12/12h, ≥40kg: 600mg + RTV 100mg 12/12h.</p> <p>Abaixo de 6 anos (ainda sem registro no Brasil): 10 a <11kg: 200mg + RTV 0,4mL 12/12h, 11 a <12kg: 220mg + RTV 0,4mL 12/12h, 12 a <13kg: 240mg + RTV 0,5mL 12/12h, 13 a <14kg: 260mg + RTV 0,5mL 12/12h, 14 a <15kg: 280mg + RTV 0,6mL 12/12h.</p> <p>≥18 anos: 600mg + RTV 100mg 12/12h.</p> <p>Podem ocorrer exantema, náusea, diarreia, cefaleia. Verificar antecedentes de hipersensibilidade às sulfonamidas.</p>	<p>Comprimidos 75mg, 150mg e 300mg: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Solução oral ainda sem registro no Brasil.</p>	<p>Administrar com alimento ou após as refeições.</p>

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
Fosamprenavir (FPV)	<p>Criança (a partir de 2 anos) - Só está registrado no Brasil a partir de 2 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <11kg: FPV 45mg/kg + RTV 7 mg/kg 12/12h; • 11kg a <15kg: FPV 30mg/kg + RTV 3 mg/kg 12/12h • 15kg a <20kg: FPV 23mg/kg + RTV 3 mg/kg 12/12h • ≥ 20kg: 18mg/kg (dose máx. 700mg) + RTV 3mg/kg (dose máx. 100mg) 12/12h. <p>Podem ocorrer exantema, parestesia perioral, náusea, diarreia.</p>	<p>Comprimido 700mg: manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Suspensão oral 50mg/mL: manter entre 15°C a 30°C.</p>	<p>Suspensão oral: administrar com alimento ou após refeições.</p> <p>Comprimidos: administrar com ou sem alimentos.</p> <p>Como regra geral, para crianças com peso corporal menor ou igual a 38kg, o fosamprenavir deve ser prescrito na apresentação de suspensão oral 50mg/mL e o ritonavir na apresentação de solução oral 80mg/mL, até as doses máximas de cada medicamento.</p>
Lopinavir/r (LPV/r)	<p>Neonato/lactente (≥14 dias e <12 meses): 300mg/75mg/m² 12/12h. Criança (≥1 ano): 230mg/57,5mg/m² 12/12h.</p> <p>Opção de prescrição da apresentação baby dose (100mg/25mg):</p> <p>10 – 13,9kg: 2 comp. de manhã e 1 à noite;</p> <p>14 – 19,9kg: 2 comp. de manhã e 2 à noite;</p> <p>20 – 24,5kg: 3 comp. de manhã e 2 à noite;</p> <p>25 – 29,5kg: 3 comp. de manhã e 3 à noite;</p> <p>>35kg: 400mg/100mg 12/12h</p> <p>Doses para uso concomitante com NVP, EFV, FPV ou nelfinavir: crianças de 12 meses a 18 anos: 300mg/75mg/m² 12/12h. Adultos: 500mg/125mg 12/12h. Neste caso, não usar posologia 1 vez ao dia.</p> <p>Podem ocorrer diarreia, cefaleia, náusea, vômitos. Cuidado na insuficiência hepática.</p>	<p>Comprimidos 200/50mg e 100/25mg – baby dose - (LPV/RTV): manter entre 15°C a 30°C.</p> <p>Solução oral 80/20mg (LPV/RTV): refrigerar (2°C a 8°C).</p>	<p>Administrar com alimento ou após as refeições.</p>

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
Ritonavir (RTV)	Criança: para uso em associação com outros IP. Não utilizar como IP único. A dose varia de acordo com o IP associado. Pode causar parestesia perioral, náusea, diarreia, exantema.	Cápsula 100mg: refrigerar (2°C a 8°C). Solução oral: 80mg/ml: manter entre 20°C a 25°C (NÃO refrigerar).	Administrar com alimento ou após as refeições. A solução oral tem validade de apenas 6 meses.
Saquinavir (SQV)	Criança: sem dados suficientes. ≥16 anos: 1.000mg + RTV 100mg 12/12h Pode causar diarreia, náusea, exantema e exacerbação de doença hepática. Pode causar diarreia, náusea, exantema e exacerbação de doença hepática.	Cápsula 200mg	Administrar com alimento.
Tipranavir (TPV)	Crianças (2-18 anos): 14mg/kg TPV + 6mg/kg RTV (ou 375mg/m ² TPV + 150mg/m ² RTV) 12/12h (não excedendo a concentração indicada para adultos = 500mg TPV + 200mg RTV 12/12h). Pode ocorrer toxicidade hepática, hemorragia intracraniana, exantema.	Cápsula gelatinosa mole 250mg: manter entre 15°C a 30°C. Solução oral 100mg/mL: manter entre 15°C a 30°C.	Administrar com ou sem alimentos, mas preferencialmente com alimento, por causa do ritonavir. A cápsula não pode ser partida ou mastigada. Crianças a partir de 2 anos de idade, até alcançarem o peso corporal de 35kg: tipranavir na formulação de solução oral (100mg/mL) e ritonavir em solução oral (80mg/mL) até as doses máximas de cada medicamento. Cada mL da solução oral do tipranavir contém 116UI/mL de vitamina E, o que excede a ingestão diária recomendada (adultos, 30UI; crianças, 10UI). Estes pacientes não devem ingerir suplementos com vitamina E.

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
Inibidores de Fusão			
Enfuvirtida (T-20)	Criança (6-16 anos): 2mg/kg (dose máx. 90mg) 12/12h via subcutânea (SC). >16 anos: 90mg 12/12h, via SC.	Frasco-ampola 108mg/1,1mL (90mg/mL): após reconstituída, refrigerar (2°C a 8°C) e utilizar até 24h após sua preparação.	Sítios de injeção subcutânea: braços, face anterior da coxa, abdome (alternados).
	Reações nos locais de aplicação são comuns. Pneumonia, bacteremia (raro).		
Inibidores da Integrase			
Raltegravir (RAL)	Dose pediátrica (2 a <12 anos): 14kg a <20kg: 100mg de 12/12h; 20kg a <28kg: 150mg de 12/12h, 28 a <40kg: 200mg de 12/12h, ≥40kg: 300mg de 12/12h. ≥12 anos: 400mg 12/12h.	Comprimido 400mg: manter entre 15°C a 30°C. Comprimido 100mg (quando disponível)	Administrar com ou sem alimento.
	Pode causar náusea, tonturas, insônia, exantema inclusive síndrome de Stevens-Johnson, pancreatite; elevação de ALT, AST e gama-GT.		

Medicamento	Dose recomendada, efeitos adversos e contraindicações	Apresentações e conservação	Comentários
Antagonista de CCR5			
Maraviroque (MVQ)	<p>Não há dose pediátrica definida.</p> <p>Adultos - Depende do ARV associado:</p> <p>Antirretroviral associado</p> <p>Dose do MVQ</p> <p>IP, exceto TPV/r 150mg VO 12/12h</p> <p>TPV/r</p> <p>300mg VO 12/12h</p> <p>NVP, TDF, AZT/3TC, sem IP 300mg VO 12/12h</p> <p>EFV e ETR, sem IP 600mg VO 12/12h</p> <p>DRV/r + ETR e EFV + IP /r (exceto TPV/r)</p> <p>150 mg VO 12/12h</p> <p>Pode estar associado a: dor abdominal, tosse, tonteira, sintomas músculo-esqueléticos, febre, exantema, infecções respiratórias altas, hepatotoxicidade e hipotensão ortostática.</p>	Comprimido de 150mg.	Administrar com ou sem alimento.

Notas importantes:

1. Para assegurar dosagens precisas de formulações líquidas, sempre utilizar seringas orais.
2. Sempre verificar interações medicamentosas. Ver www.hiv-druginteractions.org

Fórmulas para cálculo da superfície corporal em m² (SC):

$$SC = \sqrt{[\text{peso (kg)} \times \text{est. (cm)}] / 3600} \quad (\sqrt{\text{ = raiz quadrada}})$$

$$SC = \{[\text{peso (kg)} \times 4] + 7\} / [\text{peso (kg)} + 90]$$



Representação
da UNESCO
no Brasil



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA