|  |
| --- |
| **OBJETIVO** |

Nortear as ações dos profissionais de saúde do Hospital e Maternidade Santa Helena para a prevenção da transmissão vertical (TV) do vírus HIV.

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA PARA O PROTOCOLO** |

A transmissão vertical de HIV chega a 30% quando não utilizada a TARV (terapia antirretroviral)1,3. Em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 1%.1

|  |
| --- |
| **Materiais / Documentos necessários** |

- Resultado de sorologias do Pré-Natal;

- Kit teste-rápido para HIV;

- Solicitação médica da profilaxia para Transmissão Vertical;

- Kit de profilaxia da mãe e do RN para Transmissão Vertical do HIV;

- Ficha de notificação do SINAN.

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO** | |
| 1. **COMO INTERPRETAR O EXAME SOLICITADO OU TRAZIDO PELA PACIENTE?** | |
| Uma paciente com diagnóstico prévio deve ser registrada em prontuário como “gestante ou pessoa vivendo com o HIV = PVHIV”.  Idealmente para menor transmissão vertical, esta gestante deve ter um seguimento adequado, com boa adesão ao tratamento oral e com manutenção da carga viral (CV-HIV) indetectável. | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **EXAME** | **RESULTADO** | **INTERPRETAÇÃO** | | **TESTE RÁPIDO HIV** *(detecta proteína viral)*  **ou sorologia para HIV**  *(detectam anticorpos contra o vírus)* | REAGENTE | **Infecção muito provável**  poderia raramente ser um falso positivo por ser gestante (aloanticorpo), doenças autoimunes, múltiplos partos, transfusões, hemodiálise ou se paciente tiver sido vacinado recentemente para H1N1 ou outros vírus nos últimos 90 dias | | NÃO REAGENTE | **Infecção muito pouco provável**  poderia raramente ser um falso negativo se paciente tiver tido contato com o vírus nos últimos 15 dias – janela imunológica ou erro do kit (raro) | | **CARGA VIRAL**  **(CV – HIV)** | número de cópias/mL | Confirma a infecção quando detectável.  Idealmente, para redução da transmissão vertical deve ser mantido indetectável. Deve ser solicitado na primeira consulta e com 34 semanas de gestação. Até 1.000 cópias/ml se pode proceder ao parto vaginal, desde que se use AZT injetável previamente. Quando superior a 1.000 cópias/ml no último exame (ou caso paciente não tenha este exame realizado nos últimos 2 meses), a via de parto cesariana é a indicada para reduzir transmissão vertical. | | **TESTE DE GENOTIPAGEM** |  | Busca identificar pacientes infectadas com vírus que apresentam mutação (ocorre em 30% dos casos). Deve ser realizado em toda gestante com CV-HIV detectável > 500 cópias/mL. Estas mutações levam a resistência na ação de alguns antirretrovirais e auxiliam o infectologista na escolha da melhor TARV para o tratamento conforme manual técnico do MS5 | | **CONTAGEM DE T-CD4+** | Ideal  > 350 cél/mm3 | Avalia o grau de imunossupressão da paciente. Deve ser solicitado pelo menos na primeira consulta e com 34 semanas de gestação. Se ≤ 350 células/mm3 a paciente está com imunossupressão grave e deverá ter prescrito também os medicamentos para prevenção de avaliação do infectologista estará indicada para orientação na prescrição da profilaxia para prevenção de infecções oportunistas (pneumocistose, toxo, micobacteriose)6 |   *Obs.: antes de qualquer início de novo tratamento em uma paciente é obrigatório a quantificação da carga viral (CV-HIV), teste de genotipagem e contagem de T-CD4+ (apesar de não precisar esperar o resultado para iniciar o tratamento)* | |
| **PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO BINÔMIO MÃE-FILHO COM FOCO NA REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV** | |
| **ATUAÇÃO DA EQUIPE NO MOMENTO DA ADMISSÃO** | |
| **Responsável** | **Ação** |
| Enfermeira  ou  Técnica de Enfermagem com treinamento | Realizar o processo de admissão da gestante, conforme padrão definido no POP.GERENF.023 – ADMISSÃO PACIENTE OBSTÉTRICA, com verificação de exames conforme POP.SCIH.032 – SOROLOGIAS NA ADMISSÃO DA GESTANTE; |
| Realizar teste rápido para **HIV PARA TODA GESTANTE QUE INTERNAR PARA PARTO1**, na admissão da paciente, independente dos últimos resultados de exames, conforme POP.SCIH.032 – SOROLOGIAS NA ADMISSÃO DA GESTANTE.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **EXAMES DO PRÉ-NATAL** | **TESTE RÁPIDO HIV no HMSH** | **CONDUTA** | | Sorologias HIV negativas | NÃO REAGENTE | CUIDADO HABITUAL | | Sorologia HIV POSITIVA ou carga viral prévia positiva | NÃO REAGENTE | Manejo usando o  protocolo de HIV  até avaliação posterior do infectologista  *(possibilidade de TR falso negativo)* | | Independentemente dos resultados de sorologias da gestação | REAGENTE | Manejo usando o  protocolo de HIV até avaliação posterior do infectologista  *(possibilidade de TR falso positivo)* | |
| **PROTOCOLO DE MANEJO INICIAL DA GESTANTE COM TESTE RÁPIDO POSITIVO**  **(OU EXAMES PRÉVIOS POSITIVOS OU JÁ EM TRATAMENTO COM TARV)** | |
| **CUIDADOS GERAIS** | |
| Enfermeira  Admissão | Confirmar a idade gestacional => utilizar na ordem de preferência para definição da idade gestacional: a) ultrassom do primeiro trimestre; b) ultrassom do segundo trimestre; c) DUM; e) em último caso o Capurro Somático feito pelo pediatra após o nascimento |
| Notificar a equipe da CCIH, mediante contato telefônico (1536) ou e-mail ([ccih@clinicasantahelena.com.br](mailto:ccih@clinicasantahelena.com.br)) diante de um caso positivo ou que se inicie protocolo |
| Solicitar o KIT de profilaxia da transmissão vertical do HIV, disponível na farmácia satélite. |
| Confirmar com médico e paciente:   1. se será um parto normal ou cesariana; 2. se a gestante já está na fase ativa do trabalho de parto; 3. se será ou não usado o AZT injetável (no HMSH, recomendamos o uso do AZT injetável em todas as pacientes e só não será administrado se for gestante de baixo risco de transmissão e que recuse receber a medicação) |
| Providenciar um acesso periférico e assim que chegar o AZT, começar a correr, pois para proteger o bebê será necessário:   1. Parto que já esteja na fase ativa do trabalho de parto (5 cm de dilatação + contrações rítmicas): iniciar o ataque assim que entrar na fase ativa, trocando as fases de manutenção de 1/1 hora até o clampeamento do cordão do bebê; 2. No parto cesariana eletivo: para proteção ideal, a gestante deve receber pelo menos 3 horas de infusão (ataque de 1 hora mais duas fases de manutenção) antes do início da cirurgia, devendo a cirurgia ser postergada até o término da medicação; 3. No parto cesariana de urgência: iniciar o mais rapidamente possível, não atrasando o procedimento para receber AZT para não colocar gestante em risco. |
| Médico Obstetra | 1. Confirmar idade gestacional da gestante e verificar se tem carga viral prévia para definir a via de parto (normal ou cesariana):  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **CARGA VIRAL**  **(> 34 semanas)** | **ADESÃO AO TRATAMENTO NA GESTAÇÃO** | **INDICADO AZT VENOSO** | **VIA DE PARTO RECOMENDADA** | | NÃO REALIZADA  ou exame antes de 34 semanas | INDEPENDE | SIM | CESAREANA ELETIVA após 38 semanas IG | | INDETECTÁVEL | BOA ADESÃO com paciente confiável | **Recomendado no HMSH**  **(exceto se paciente se recusar)** | PARTO VAGINAL PREFERÍVEL | | INDETECTÁVEL | MÁ ADESÃO com paciente confiável OU adesão duvidosa | SIM | PARTO VAGINAL PREFERÍVEL | | < 1.000 cópias/mL | BOA ADESÃO com paciente confiável | SIM | PARTO VAGINAL PREFERÍVEL | | > 1.000 cópias/mL | INDEPENDE | SIM | CESAREANA ELETIVA após 38 semanas IG | |
| 1. Avaliar se não está na fase ativa do trabalho de parto para começar zidovudina de imediato (mesmo para cesariana eletiva) |
| 1. Prescrever a zidovudina (AZT) conforme doses recomendadas neste protocolo (ataque e manutenção) |
| 1. PVHIV (paciente vivendo com HIV – diagnóstico prévio em tratamento):    1. Manter TODOS a TARV (terapia antirretroviral que a paciente já fazia uso) nos mesmos horários que ela sempre fez, mantendo os medicamentos via oral com pouca água MESMO SE ESTIVER EM JEJUM PARA CESARIANA    2. Verificar se a paciente tem CD4+: se o valor for menor que 350 cél/mm3, solicitar avaliação e contato com infectologista para definir quais serão os medicamentos e doses para profilaxia primária e secundária de infecções oportunistas *(Pneumocystis jiroveci, Mycobacterium avium, Toxoplasma gondii, Criptococcus sp, etc)1*    3. Solicitar avaliação do infectologista para toda paciente em uso de TARV prévia (podem ser necessários ajustes de medicamentos e às vezes até genotipagem) |
| **PRESCRIÇÃO DA ZIDOVUDINA (AZT) VENOSO PARA GESTANTES** | |
| Providenciar um acesso periférico e assim que chegar o AZT, começar a correr, pois para proteger o bebê será necessário:   1. Parto que já esteja na fase ativa do trabalho de parto (5 cm de dilatação + contrações rítmicas): iniciar o ataque assim que entrar na fase ativa, trocando as fases de manutenção de 1/1 hora até o clampeamento do cordão do bebê; 2. No parto cesariana eletivo: para proteção ideal, a gestante deve receber pelo menos 3 horas de infusão (ataque de 1 hora mais duas fases de manutenção) antes do início da cirurgia, devendo a cirurgia ser postergada até o término da medicação; 3. No parto cesariana de urgência: iniciar o mais rapidamente possível, não atrasando o procedimento para receber AZT para não colocar gestante em risco. | |
| **ZIDOVUDINA (AZT) INJETÁVEL**  **FRASCO AMP com 20 ML**  **(concentração 10 mg/ml)** | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **DOSE DE ATAQUE (2 mg/Kg) - na PRIMEIRA HORA**  0,2 mL vezes o peso da paciente | | | | | **PESO GESTANTE** | **VOLUME calculado de ZIDOVUDINA (AZT)** | **DILUIÇÃO do AZT** | **VAZÃO**  **(gotejamento em GOTAS/MIN)** | | 40 kg | 8 mL | Diluir o volume de AZT ao lado em 100 ML de  SG 5%  (soro glicosado) e correr na vazão a seguir em  1 hora | 36 | | 50 kg | 10 mL | 37 | | 60 kg | 12 mL | 37 | | 70 kg | 14 mL | 38 | | 80 kg | 16 mL | 39 | | 90 kg | 18 mL | 39 | |  | | | | | **DOSE DE MANUTENÇÃO (1 mg/Kg) – nas horas seguintes**  **0,1 mL vezes o peso da paciente** | | | | | **PESO GESTANTE** | **VOLUME calculado de ZIDOVUDINA (AZT)** | **DILUIÇÃO do AZT** | **VAZÃO**  **(gotejamento em GOTAS/MIN)** | | 40 kg | 4 mL | Diluir o volume de AZT ao lado em 100 ML de  SG 5%  (soro glicosado) e correr na vazão a seguir em  1 hora | 35 | | 50 kg | 5 mL | 35 | | 60 kg | 6 mL | 35 | | 70 kg | 7 mL | 36 | | 80 kg | 8 mL | 36 | | 90 kg | 9 mL | 36 |   Não pausar a administração. Se começou no internamento, manter no centro cirúrgico e só parar a infusão após clampear o cordão.  O AZT injetável é indicado para a prevenção da transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou até 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical.  Não é recomendável a substituição do AZT injetável no momento do parto pelo AZT via oral para gestante, em razão da absorção errática do AZT VO, sem evidência que garanta nível sérico adequado no momento oportuno. | |
| **PROTOCOLO DE MANEJO DA GESTANTE DURANTE O PARTO VAGINAL**  **ATÉ EXTRAÇÃO DO FETO E CLAMPEAMENTO DO CORDÃO** | |
| **Responsável** | **Ação** |
| Enfermeira | Garantir a administração do AZT sem pausas |
| Obstetra | Prescrever o AZT no início da fase ativa do trabalho de parto |
| Uso adequado de EPI para manipulação de sangue e secreções:   * 1. Luvas estéreis   2. Gorro e propés descartáveis   3. Máscara cirúrgica descartável (não precisa ser N95)   4. Óculos de proteção ou protetor facial (evita respingos de sangue na conjuntiva)   5. Avental descartável (com gramatura > 40 g/m2) |
| Evitar indução medicamentosa do parto |
| Reduzir ao máximo o número de toques, evitando toques vaginais desnecessários |
| Evitar amniotomia e em caso de bolsa rota > 4 horas, indicar cesariana (a taxa de transmissão vertical aumenta após 4 horas de bolsa rota) |
| Evitar parto instrumentalizado com fórceps ou vácuo-extrator (preferir cesariana se indicado), mas se necessário a ferida deve ser coberta com compressa umedecida com clorexidina e pedir um auxiliar para ficar segurando a compressa no local até extração do feto para que o mesmo não entre em contato com o sangue materno |
| A episiotomia deve ser evitada ao máximo (preferir cesariana), mas se necessária |
| Clampeamento imediato do cordão após nascimento (não esperar 1 minuto) e nunca fazer ordenha do cordão |
| Limpar, com compressas macias, todo o sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN logo após o nascimento |
| Não aspirar vias áereas |
| Entregar o RN imediatamente ao pediatra, para primeiros cuidados e encaminhamento para o BANHO com urgência |
| Prescrever o inibidor da lactação (carbegolina) para a puérpera |
| **PROTOCOLO DE MANEJO DA GESTANTE DURANTE O PARTO CESARIANO**  **ATÉ EXTRAÇÃO DO FETO E CLAMPEAMENTO DO CORDÃO** | |
| **Responsável** | **Ação** |
| Enfermeira | Garantir a administração do AZT sem pausas |
| Obstetra | Sempre que possível, aguardar as 3 horas para uso do AZT antes do parto (em situações emergenciais, correr o AZT o tempo que for possível) |
| Uso adequado de EPI para manipulação de sangue e secreções:  a. Luvas estéreis  b. Gorro e propés descartáveis  c. Máscara cirúrgica descartável (não precisa ser N95)  d. Óculos de proteção ou protetor facial (evita respingos de sangue na conjuntiva)  e. Avental descartável (com gramatura > 40 g/m2) |
| Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede e trocar todas as compressas sujas antes da histerotomia |
| Sempre que possível, proceder ao parto empelicado (membrana íntegras) |
| Clampeamento imediato do cordão após nascimento (não esperar 1 minuto) e nunca fazer ordenha do cordão |
| Limpar, com compressas macias, todo o sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN logo após o nascimento |
| Não aspirar vias áereas |
| Entregar o RN imediatamente ao pediatra, para primeiros cuidados e encaminhamento para o BANHO com urgência |
| Prescrever o inibidor da lactação (carbegolina) para a puérpera |
| **CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO EXPOSTO AO HIV**  **IMEDIATAMENTE APÓS O NASCIMENTO**  **(independentemente se for parto normal ou cesariana)** | |
| **Responsável** | **Ação** |
| Médico Pediatra | Uso adequado de EPI para manipulação de sangue e secreções:   1. Luvas estéreis 2. Gorro e propés descartáveis 3. Máscara cirúrgica descartável (não precisa ser N95) 4. Óculos de proteção ou protetor facial (evita respingos de sangue na conjuntiva) 5. Avental descartável (com gramatura > 40 g/m2) |
| Orientar ao obstetra clampeamento imediato do cordão umbilical e não realizar ordenha |
| Limpar, com compressas macias, todo o sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN logo após o nascimento e desprezar compressas |
| Proceder ao gold-minute habitualmente, com recomendações de que, caso seja necessário aspirar VAS do RN, proceder delicadamente, evitando traumatismo em mucosas |
| Se indicado: aspirar delicadamente o conteúdo gástrico de líquido amniótico) com sonda oral, evitando traumatismos. Se presença de sangue na aspiração, realizar lavagem gástrica com soro fisiológico |
| Mostrar o RN para os genitores rapidamente e colocar ao lado da mãe, mas NÃO PROCEDER PELE A PELE neste momento em sala (pode ser feito após o banho na SRPA) |
| Pediatra ou Enfermeira | Levar o RN imediatamente para o berçário e orientar que seja dado BANHO imediatamente sem atraso |
| **CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO NO BERÇÁRIO E ALOJAMENTO CONJUNTO** | |
| Técnica do berçário | Dar BANHO no RN imediatamente, preferencialmente com chuveirinho ou torneira (não usar banheira) com água corrente e sabonete neutro |
| Limpar com compressa macia e delicadamente todas as secreções e sangue visíveis na pele do RN |
| Pediatra | Fazer a prescrição do RN com dieta a base de fórmula adequada ao RN (não poderá prescrever aleitamento materno) |
| Manter indicação das vacinas normalmente, se empenhando para administração da vacina de Hepatite B nas primeiras horas de vida |
| Solicitar exames no sistema imediatamente e solicitar coleta de urgência:   1. **HIV CARGA VIRAL ( QUANTITATIVO POR PCR ):** coleta de sangue periférico, preferencialmente antes de iniciar a TARV no RN (não atrasar a TARV caso haja dificuldade para coleta)   *Obs.: se RN menor que 2.500 g pode-se realizar o teste qualitativo DNA pró-viral*   1. Exames de triagem para uso de TARV (medicamentos usados na gestante já podem ter causado lesão no RN): hemograma, TGO, TGP, LDH, Uréia, Creatinina e Bilirrubinas |
| Classificar o RN como de ALTO ou BAIXO risco de exposição, de acordo com os critérios presentes na tabela:   |  |  | | --- | --- | | **ALTO RISCO** | Mães sem pré-natal OU; | | Mães sem TARV durante a gestação OU | | Mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam OU; | | Mães com início de TARV após 2ª metade da gestação OU; | | Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento OU; | | Mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV OU; | | Mães sem CV-HIV conhecida OU; | | Mães com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio). | | **BAIXO RISCO** | Uso de TARV desde primeira metade da gestação **E** com Carga Viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3° trimestre) **E** sem falha na adesão à TARV | |
| Médico Pediatra | Dependendo da classificação e idade gestacional, definir pela necessidade de profilaxia no RN e quais os medicamentos utilizar. Para eficácia da medida, a profilaxia deve ser iniciada em todas as crianças nascidas de mães com HIV, o mais precocemente possível após o nascimento, preferencialmente nas primeiras quatro (4) horas de vida. A indicação da profilaxia após 48 horas do nascimento deve ser avaliada de forma individualizada.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **MEDICAMENTOS INDICADOS EM CADA SITUAÇÃO A DEPENDER DA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO E IDADE GESTACIONAL**  *(Obs.: o tempo de tratamento das drogas é de 28 dias, exceto nevirapina que serão somente 14 dias)* | | | | | | | **RISCO** | **IG** | **AZT** | **3TC** | **RAL** | **NVP** | | BAIXO RISCO | Qualquer IG | X | Não usar | Não usar | Não usar | | ALTO RISCO | 37 semanas ou mais | X | X | X | Não usar | | 34 semanas a 37 semanas | X | X | Não usar | X | | < 34 semanas | X | Não usar | Não usar | Não usar | |
| Se indicado, prescrever os antirretrovirais conforme recomendado:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **MEDICAMENTO** | **IDADE GESTACIONAL (IG) do RN** | **DOSE** | | Zidovudina (AZT)  solução oral  10 mg/mL | >= 35 sem | 4 mg/kg/dose, 12/12 h  (0,4 mL X PESO em Kg)  por 28 dias | | 30 – 34 sem 6 d | * 2 mg/kg/dose (0,2 mL x peso) de 12/12h por 14 diase depois * 3 mg/kg/dose (0,3 mL x peso) de 12/12h a partir do 15º dia até 28 dias | | <= 29 sem 6 d | 2 mg/kg/dose (0,2 mL x peso) de 12/12h por 28 dias | | Lamivudina (3TC) Solução oral 10 mg/mL | >= 34 sem | 2 mg/kg/dose (0,2 mL x peso) de 12/12h por 28 dias | | Raltegravir (RAL) 100 mg granulado para suspensão oral  (1 sachê deve ser diluído em 10 ml de AD, onde 0,1 ml = 1 mg) | >= 37 sem | * 1,5 mg/kg (0,15 mL/kg/dose) 1 x por dia por 7 dias e depois * 3 mg/kg (0,3 mL/kg/dose) de 12/12 horas do 8º dia até 28 dias | | Nevirapina (NVP) | RN com IG igual ou maior que 34 semanas e menor que 37 semanas | * 4 mg/kg (0,4 mL/kg/dose) de 12/12 horas por 7 dias e depois * 6 mg/kg (0,6 mL/kg/dose) de 12/12 horas do 8º dia **até 14 dias** | | **OBSERVAÇÕES:**   1. A dose do AZT intravenoso, quando necessária, é 75% da dose para uso oral, com o mesmo intervalo entre as doses (Ex.: AZT 4 mg/kg/dose oral, deve-se usar AZT 3 mg/kg/dose venoso) 2. Nos casos de impossibilidade de deglutição e se houver indicação de 3TC e de RAL, poderá ser avaliada administração por sonda nasoenteral, pois esses medicamentos não apresentam formulação injetável | | | |
| Enfermeira do Complexo Neonatal  (Berçário, UTIN ou UI) | Administrar os antirretrovirais prescritos em solução oral ou venoso no recém-nascido, logo após os cuidados imediatos, ou **nas primeiras quatro horas após o nascimento** |
| Alertar à enfermeira ou técnica responsável pela amamentação sobre o uso de fórmula |
| Providenciar a criança exposta ao HIV seja vacinada, na maternidade, para o vírus da hepatite B e tuberculose (vacina BCG-ID), preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida |
| **NO MOMENTO DA ALTA DO RECÉM-NASCIDO EXPOSTO** | |
|  | Registrar no resumo de alta:   * As informações do pré-natal * Condições do parto * Tempo de uso do AZT injetável na mãe * Tempo de início de profilaxia pelo RN com medicamentos usados, doses e periodicidade * Mensurações antropométricas * Tipo de alimento fornecido à criança * Outras informações importantes relativas às condições do nascimento. |
| Encaminhar a genitora a procurar um infectologista pediátrico do convênio para seguimento do recém-nascido ou no caso de opção para encaminhamento pelo SUS, deverá levar o encaminhamento na UBS para solicitação do serviço no CEMAR. Haverá consultas mensais nos primeiros 6 meses e bimestral até RN completar 1 ano.  Obs.: para manutenção do recebimento das latas de leite pelo SUS, encaminhar a genitora para o serviço especializado (Projeto Nascer) para seguimento de crianças expostas ao HIV em até 30 dias após o nascimento. No Projeto Nascer, será ofertado aos pais do RN a continuidade das latas de fórmula infantil para lactentes |
| Enfermeira do complexo neonatal | No momento da alta do RN, o frasco de AZT e outros antirretrovirais em solução oral deverão ser entregue à genitora (contendo etiqueta de identificação do paciente), juntamente às orientações para manutenção da profilaxia após alta da maternidade |
| Consultar farmácia sobre disponibilidade de latas de fórmula para uso domiciliar: geralmente são 05 latas de fórmula infantil para lactentes (fórmula láctea);  - Nestes casos, preencher formulário de solicitação interna (C.I), contendo etiqueta de identificação do paciente;  - Programar a solicitação, visto que as latas deverão ser entregues na alta do RN, atentando-se para os horários de funcionamento do Almoxarifado |
| **NAS ALAS (APARTAMENTOS E ENFERMARIA)** | |
| Enfermeira  das ALAS | Verificar a prescrição médica de carbegolina e se não estiver na prescrição, solicitar |
| Solicitar à Farmácia Satélite o medicamento **Cabergolina**, mediante prescrição médica |
| Administrar 02 comprimidos de Cabergolina, dose única, antes da alta da genitora |
| Realizar a devolução do frasco contendo os demais comprimidos da Cabergolina para a Farmácia Satélite;  **ATENÇÃO!** O frasco do medicamento Cabergolina contém 08 comprimidos.  Para cada paciente, deverão ser administrados apenas 02 comprimidos! |
| Obstetra | No momento da alta: agendar retorno da puérpera com infectologista do plano da paciente ou infectologista assistente (quando já em seguimento). Pode-se encaminhar para atendimento no sistema público no CEMAR, mas neste caaso a puérpera deverá dar entrada pela unidade básica de saúde |
| **RESPONSABILIDADES DA FARMÁCIA, ADMINISTRATIVO E CCIH**  **PARA MANUTENÇÃO DOS KITS DE TRATATAMENTO NO HMSH** | |
| Equipe do Almoxarifado/ Farmácia Central | Armazenar os kits contendo as latas de fórmula infantil para lactentes (fórmula láctea), dispensando-os conforme solicitação das unidades;   * O Hospital e Maternidade Santa Helena dispõe de 02 kits para profilaxia da transmissão vertical do HIV, cada um contendo 05 latas de fórmula láctea; |
| Equipe da Farmácia Satélite | Armazenar os antirretrovirais (ARV) dos kits de profilaxia da transmissão do HIV, dispensando-os conforme solicitação das unidades:   * 04 ampolas de AZT injetável; * 02 frascos de AZT solução oral; * 02 frascos de Nevirapina suspensão; * 02 frascos de Lamivudina; * 02 caixas de Raltegravir; * 01 frasco de Cabergolina. |
| Farmacêutica | Acompanhar a validade dos antirretrovirais (ARV) e das fórmulas lácteas, enviando mensalmente, via e-mail, os dados ao Projeto Nascer com cópia ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; |
| Enfermeira da CCIH | Providenciar a reposição dos ARV e fórmulas lácteas, sempre que um kit for utilizado, bem como solicitar a troca junto ao Projeto Nascer sempre que estiver próximo à validade. |
| Preencher a ficha de notificação Criança exposta ao HIV e HIV em gestante e notificar ao núcleo de vigilância epidemiológica |
| Notificar via Google Forms para Vigilância Epidemiológica de Aracaju. |

|  |
| --- |
| **Observações** |

* NA FALTA DE AZT INJETÁVEL: O esquema alternativo ao AZT injetável deve ser utilizado apenas em situações de indisponibilidade dessa apresentação do medicamento no momento do parto. A dose de AZT é 300 mg, VO, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300mg a cada três horas, até o clampeamento do cordão umbilical. Esse esquema não é recomendável pela absorção errática do AZT VO, sem evidência que garanta nível
* Para casos onde seja indicado GENOTIPAGEM para HIV na gestante/puérpera, a solicitação deve ser via MV e o valor de custo apresentado para a gestante. Nos casos de recusa de pagamento, pode ser enviado ao LACEN
* LACEN realiza genotipagem, carga viral e contagem CD4 e CD8 (resultado em 3 dias)

|  |
| --- |
| **Referências bibliográficas** |

1. BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília-DF, 2022.

*Página 31: Os testes a serem realizados pela gestante para prevenir a transmissão vertical de*

*infecções e outros agravos estão detalhados a seguir = HIV: na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores.*

1. BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Profilaxia Pós-Exposição de Risco (PEP) à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais.** Brasília, 2024.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Guia para a certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Chagas. Brasília- DF, 2023.
3. NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021-.DCCI/SVS/MS. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Março, 2021.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico para Avaliação de Exames de Genotipagem do HIV. Brasília, 2019.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para manejo da infecção pelo HIV em Adultos. Brasília, 2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaborado por:** | **Revisado por:** | **Aprovado por:** | **Validado por:** |
| DINAH APARECIDA H G DE JESUS  Enfermeira CCIH  SAMUEL JOSÉ RODRIGUES  Infectologista CCIH | VIVIANE OLIVEIRA DE SOUSA CORREIA  Enfermeira CCIH  SAMUEL JOSÉ RODRGUES  Infectologista CCIH | MARCOS ALVES PAVIONE  Diretor Técnico  PATRÍCIA FUJISHIMA ISHI  Coordenadora Médica NEO | VIVIANE OLIVEIRA DE SOUSA CORREIA  Enf. da Qualidade E SCIH |
| **Data: 10/01/2022** | **Data: 18/03/2024** | **Data: 18/06/2024** | **Data: 18/06/2024** |
| **Assinaturas e carimbo:** | | | |

**Histórico das últimas duas revisões**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N°** | **Descrição das alterações:** | **Data:** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |