 SANTA HELENA HOSPITAL & MATERNIDADE	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	1 / 11
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
		SCIH	

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 (<i>detecta proteína viral</i>) ou sorologia para HIV (<i>detectam anticorpos contra o vírus</i>)	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 MS ⁵
CONTAGEM DE T-CD4+	Ideal > 350 cél/mm ³	Avalia o grau de imunossupressão da paciente. Deve ser solicitado pelo menos na primeira consulta e com 34 semanas de gestação. Se ≤ 350 células/mm ³ 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)

 SANTA HELENA HOSPITAL & MATERNIDADE	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	2 / 11
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
SCIH			

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 <i>(possibilidade de TR falso negativo)</i>
Independentemente dos resultados de sorologias da gestação	REAGENTE	Manejo usando o protocolo de HIV até avaliação posterior do infectologista <i>(possibilidade de TR falso positivo)</i>	

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) 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: <ul style="list-style-type: none"> a) se será um parto normal ou cesariana; b) se a gestante já está na fase ativa do trabalho de parto; c) 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)



PROTOCOLO	Código do Documento	Página
	PROT.SCIH.018	3 / 11
PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
	SCIH	

	<p>Providenciar um acesso periférico e assim que chegar o AZT, começar a correr, pois para proteger o bebê será necessário:</p> <ol style="list-style-type: none">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;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;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	<p>1) Confirmar idade gestacional da gestante e verificar se tem carga viral prévia para definir a via de parto (normal ou cesariana):</p> <table border="1"><thead><tr><th>CARGA VIRAL (> 34 semanas)</th><th>ADESÃO AO TRATAMENTO NA GESTAÇÃO</th><th>INDICADO AZT VENOSO</th><th>VIA DE PARTO RECOMENDADA</th></tr></thead><tbody><tr><td>NÃO REALIZADA ou exame antes de 34 semanas</td><td>INDEPENDENTE</td><td>SIM</td><td>CESAREANA ELETIVA após 38 semanas IG</td></tr><tr><td>INDETECTÁVEL</td><td>BOA ADESÃO com paciente confiável</td><td>Recomendado no HMSH (exceto se paciente se recusar)</td><td>PARTO VAGINAL PREFERÍVEL</td></tr><tr><td>INDETECTÁVEL</td><td>MÁ ADESÃO com paciente confiável OU adesão duvidosa</td><td>SIM</td><td>PARTO VAGINAL PREFERÍVEL</td></tr><tr><td>< 1.000 cópias/mL</td><td>BOA ADESÃO com paciente confiável</td><td>SIM</td><td>PARTO VAGINAL PREFERÍVEL</td></tr><tr><td>> 1.000 cópias/mL</td><td>INDEPENDENTE</td><td>SIM</td><td>CESAREANA ELETIVA após 38 semanas IG</td></tr></tbody></table> <p>2) Avaliar se não está na fase ativa do trabalho de parto para começar zidovudina de imediato (mesmo para cesariana eletiva)</p> <p>3) Prescrever a zidovudina (AZT) conforme doses recomendadas neste protocolo (ataque e manutenção)</p> <p>4) PVHIV (paciente vivendo com HIV – diagnóstico prévio em tratamento):</p> <ol style="list-style-type: none">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 CESARIANAVerificar se a paciente tem CD4+: se o valor for menor que 350 células/mm³, solicitar avaliação e contato com infectologista para definir quais serão os medicamentos e doses para profilaxia primária e secundária de infecções oportunistas (<i>Pneumocystis jirovecii</i>, <i>Mycobacterium avium</i>, <i>Toxoplasma gondii</i>, <i>Cryptococcus sp</i>, etc)¹Solicitar avaliação do infectologista para toda paciente em uso de TARV prévia (podem ser necessários ajustes de medicamentos e às vezes até genotipagem)	CARGA VIRAL (> 34 semanas)	ADESÃO AO TRATAMENTO NA GESTAÇÃO	INDICADO AZT VENOSO	VIA DE PARTO RECOMENDADA	NÃO REALIZADA ou exame antes de 34 semanas	INDEPENDENTE	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	INDEPENDENTE	SIM	CESAREANA ELETIVA após 38 semanas IG
CARGA VIRAL (> 34 semanas)	ADESÃO AO TRATAMENTO NA GESTAÇÃO	INDICADO AZT VENOSO	VIA DE PARTO RECOMENDADA																						
NÃO REALIZADA ou exame antes de 34 semanas	INDEPENDENTE	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	INDEPENDENTE	SIM	CESAREANA ELETIVA após 38 semanas IG																						

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	4 / 11
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
		SCIH	

PRESCRIÇÃO DA ZIDOVDINA (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.


ZIDOVDINA (AZT) INJETÁVEL FRASCO AMP com 20 ML (concentração 10 mg/ml)

Não pausar a administração. Se começou no internamento, manter no centro cirúrgico e só parar a infusão após clampar 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.

DOSE DE ATAQUE (2 mg/Kg) - na PRIMEIRA HORA 0,2 mL vezes o peso da paciente			
PESO GESTANTE	VOLUME calculado de ZIDOVDINA (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 ZIDOVDINA (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 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	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	5 / 11
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
		SCIH	

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: <ul style="list-style-type: none"> 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)
	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 aéreas
	Entregar o RN imediatamente ao pediatra, para primeiros cuidados e encaminhamento para o BANHO com urgência
Prescrever o inibidor da lactação (carbegoлина) 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: <ul style="list-style-type: none"> 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

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	6 / 11
PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão	
	SCIH		

	Limpar, com compressas macias, todo o sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN logo após o nascimento
	Não aspirar vias aéreas
	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: <ul style="list-style-type: none"> 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)
	Orientar ao obstetra clampamento 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: <ul style="list-style-type: none"> a) 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) <i>Obs.: se RN menor que 2.500 g pode-se realizar o teste qualitativo DNA pró-viral</i>



PROTOCOLO	Código do Documento	Página
	PROT.SCIH.018	7 / 11
PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
	SCIH	

	<p>b) 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</p> <p>Classificar o RN como de ALTO ou BAIXO risco de exposição, de acordo com os critérios presentes na tabela:</p> <table border="1"><tbody><tr><td rowspan="8">ALTO RISCO</td><td>Mães sem pré-natal OU;</td></tr><tr><td>Mães sem TARV durante a gestação OU</td></tr><tr><td>Mães com indicação para profilaxia no momento do parto e que não a receberam OU;</td></tr><tr><td>Mães com início de TARV após 2ª metade da gestação OU;</td></tr><tr><td>Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento OU;</td></tr><tr><td>Mães com CV-HIV detectável no 3º trimestre, recebendo ou não TARV OU;</td></tr><tr><td>Mães sem CV-HIV conhecida OU;</td></tr><tr><td>Mães com Teste Rápido (TR) positivo para o HIV no momento do parto (sem diagnóstico e/ou seguimento prévio).</td></tr><tr><td>BAIXO RISCO</td><td>Uso de TARV desde primeira metade da gestação E com Carga Viral (CV) do HIV indetectável a partir da 28ª semana (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV</td></tr></tbody></table>	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 (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV																													
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 (3º trimestre) E sem falha na adesão à TARV																																								
Médico Pediatria	<p>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.</p> <table border="1"><thead><tr><th colspan="6">MEDICAMENTOS INDICADOS EM CADA SITUAÇÃO A DEPENDER DA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO E IDADE GESTACIONAL</th></tr><tr><th colspan="6"><i>(Obs.: o tempo de tratamento das drogas é de 28 dias, exceto nevirapina que serão somente 14 dias)</i></th></tr><tr><th>RISCO</th><th>IG</th><th>AZT</th><th>3TC</th><th>RAL</th><th>NVP</th></tr></thead><tbody><tr><td>BAIXO RISCO</td><td>Qualquer IG</td><td>X</td><td>Não usar</td><td>Não usar</td><td>Não usar</td></tr><tr><td rowspan="3">ALTO RISCO</td><td>37 semanas ou mais</td><td>X</td><td>X</td><td>X</td><td>Não usar</td></tr><tr><td>34 semanas a 37 semanas</td><td>X</td><td>X</td><td>Não usar</td><td>X</td></tr><tr><td>< 34 semanas</td><td>X</td><td>Não usar</td><td>Não usar</td><td>Não usar</td></tr></tbody></table>	MEDICAMENTOS INDICADOS EM CADA SITUAÇÃO A DEPENDER DA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO E IDADE GESTACIONAL						<i>(Obs.: o tempo de tratamento das drogas é de 28 dias, exceto nevirapina que serão somente 14 dias)</i>						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
MEDICAMENTOS INDICADOS EM CADA SITUAÇÃO A DEPENDER DA CLASSIFICAÇÃO DO RISCO E IDADE GESTACIONAL																																									
<i>(Obs.: o tempo de tratamento das drogas é de 28 dias, exceto nevirapina que serão somente 14 dias)</i>																																									
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																																				



SANTA HELENA
HOSPITAL & MATERNIDADE

PROTOCOLO

Código do Documento

PROT.SCIH.018

Página

8 / 11

PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV

Especialidade

SCIH

Revisão

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	<ul style="list-style-type: none">• 2 mg/kg/dose (0,2 mL x peso) de 12/12h por 14 dias e 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	<ul style="list-style-type: none">• 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	<ul style="list-style-type: none">• 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:

- 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)
- Nos casos de impossibilidade de deglutição e se houver indicação de 3TC e de RAL, poderá ser avaliada administração por sonda nasointestinal, pois esses medicamentos não apresentam formulação injetável

Enfermeira do Complexo Neonatal

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

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	9 / 11
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
		SCIH	

(Berçário, UTIN ou UI)	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

	<p>Registrar no resumo de alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
--	--


	<p>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.</p> <p>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</p>
--	--

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
	<p>Consultar farmácia sobre disponibilidade de latas de fórmula para uso domiciliar: geralmente são 05 latas de fórmula infantil para lactentes (fórmula láctea);</p> <p>- Nestes casos, preencher formulário de solicitação interna (C.I), contendo etiqueta de identificação do paciente;</p> <p>- Programar a solicitação, visto que as latas deverão ser entregues na alta do RN, atentando-se para os horários de funcionamento do Almoxarifado</p>

NAS ALAS (APARTAMENTOS E ENFERMARIA)

Enfermeira das ALAS	Verificar a prescrição médica de cabergolina 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 caso a puérpera deverá dar entrada pela unidade básica de saúde
----------	--

 SANTA HELENA <small>HOSPITAL & MATERNIDADE</small>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	10 / 11
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
		SCIH	


RESPONSABILIDADES DA FARMÁCIA, ADMINISTRATIVO E CCIH PARA MANUTENÇÃO DOS KITS DE TRATAMENTO NO HMSH	
Equipe do Almoxarifado/ Farmácia Central	<p>Armazenar os kits contendo as latas de fórmula infantil para lactentes (fórmula láctea), dispensando-os conforme solicitação das unidades;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Armazenar os antirretrovirais (ARV) dos kits de profilaxia da transmissão do HIV, dispensando-os conforme solicitação das unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>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.</p> <p>Preencher a ficha de notificação Criança exposta ao HIV e HIV em gestante e notificar ao núcleo de vigilância epidemiológica</p> <p>Notificar via Google Forms para Vigilância Epidemiológica de Aracaju.</p>

Observações


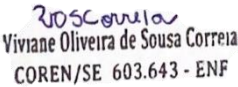
- **NA FALTA DE AZT INJETÁVEL:** O esquema alternativo ao AZT injetável deve ser utilizado apenas em situações de indisponibilidade dessa apresentação do medicamento no momento do parto. A dose de AZT é 300 mg, VO, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300mg a cada três horas, até 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.
2. 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.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Guia para a certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Chagas. Brasília- DF, 2023.

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.SCIH.018	11 / 11
	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS HIV	Especialidade	Revisão
		SCIH	

4. 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.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico para Avaliação de Exames de Genotipagem do HIV. Brasília, 2019.
6. 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 RODRIGUES Infectologista CCIH	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico PATRÍCIA FUJISHIMA ISHI Coordenadora Médica NEO	VIVIANE OLIVEIRA DE SOUZA Enf. da Qualidade
Data: 10/01/2022	Data: 18/03/2024	Data: 18/06/2024	Data: 18/06/2024
Assinaturas e carimbo:			
   			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.		
2.		