

14. Tabela de estadiamento clínico pediátrico (OMS)

Estadio I	
Assintomático	Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)
Estadio II	
Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada	Molusco contagioso extenso
Prurigo	Ulcerações orais recorrentes (> 2 episódios em 6 meses)
Infeções fúngicas do leito ungueal	Aumento das parótidas sem outra causa aparente
Queilite angular	Herpes Zoster
Eritema gengival linear	Infeção viral verrucosa extensa da pele
Infeções recorrentes das vias respiratórias superiores	
Estadio III:	
Malnutrição moderada inexplicada	Pneumonia bacteriana grave de repetição (> 2 episódios nos últimos 6 meses)
Diarreia persistente inexplicada (>14 dias)	Gengivite ou estomatite ulcerativa necrotizante aguda, ou periodontite ulcerativa necrotizante aguda
Febre persistente inexplicada (>1 mês)	LIP sintomática
Candidíase oral (após os primeiros 6 meses de idade)	Doença pulmonar crónica associada ao HIV (inclui Bronquiectasias)
Leucoplasia oral pilosa	TB ganglionar e TB pulmonar
Anemia (< 8g/dL) ou neutropenia (< 500/mm3) ou Trombocitopénia crónica (< 50.000/ mm3) inexplicadas	
Estadio IV:	
Malnutrição grave, ou perda de peso severa inexplicada	Toxoplasmose do SNC
Pneumonia por <i>Pneumocistis Jiroveci</i> (PPJ)	Encefalopatia por HIV
Infeções bacterianas graves recorrente - empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite (> 2 episódios nos últimos 6 meses)	
Infeção crónica por Herpes simples (oral ou cutânea > 1 mês de duração ou visceral em qualquer órgão)	
Candidíase esofágica (ou da traqueia, brônquios ou pulmões)	Linfoma não-Hodgkin
Infeção por micobactérias não tuberculosa disseminada	Criptococcose extrapulmonar
TB extrapulmonar disseminada	Criptosporidiose crónica (com diarreia)
Sarcoma de Kaposi	Isosporiose crónica
Infeções por CMV	Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV
Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose, peniciliose)	

15. Critérios de colheita de CD4 em crianças e adolescentes

Crianças e adolescentes:
<ul style="list-style-type: none">Início ou reinício TARV<ul style="list-style-type: none">Crianças < 5 anos colhem CD4 no início do TARV e repetem CD4 apenas quando fizer 5 anos.Para Crianças ≥ 5 anos, se CD4 inicial ≤ 350 células/mm³, colher CD4 anualmente até atingir CD4 ≥ 350 células/mm³.Falência virológica: duas últimas CV ≥1000 cp/ml.Falência clínica: Nova condição clínica do estadio 3 ou 4 pela OMS.Perante qualquer motivo de internamento

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

Definição Doença Avançada por HIV (DAH): <ul style="list-style-type: none">Todas crianças < 5 anos com HIV são consideradas com DAH no momento do diagnóstico inicial, contudo existem algumas particularidades:<ul style="list-style-type: none">Crianças < 2 anos: independentemente da sua condição clínica e tempo de TARV são todas consideradas com doença avançadaCrianças ≥ 2 anos (2 – 5 anos) só são consideradas com DAH quando estão em TARV há menos de 1 ano e estão clinicamente instáveisPara crianças ≥5 anos: Condição clínica activa de estadio OMS 3/4 OU imunossupressão severa segundo o CD4:<ul style="list-style-type: none">≥5 anos < 200 cel/mm³12 - 59 meses < 500 cel/mm³ ou < 15%0 - 11meses: < 750 cel/mm³ ou < 25%	
Diagnóstico da Tuberculose em crianças e adolescentes com DAH	
Indicações para TBLAM no ambulatorio: <ul style="list-style-type: none">Sinais e sintomas de TB: FESTA¹ ouImunossupressão severa conforme CD4 ouPresença de um ou mais sinais de perigo²	Indicações para TBLAM no internamento: Todas crianças de 0-9 anos com HIV internadas Adolescentes ≥10 anos seguem critérios de adultos: <ul style="list-style-type: none">Sinais e sintomas de TB: FESTA¹CD4 < 200 cel/mm³Presença de um ou mais sinais de perigo²
Nota: Sempre tratar pacientes com TBLAM positivo grau 2-4; tratar grau 1 se tiver sintomas Em caso de TB-LAM positivo, dever pedir Xpert MTB/RIF ou Truenat	
¹ Todo o paciente com FESTA e com TBLAM positivo deve fazer Xpert MTB/RIF ou Truenat ² Sinais de perigo: Letargia ou inconsciência, febre ≥ 39°C inexplicada, incapaz de beber ou mamar, convulsões; em adolescentes ≥15 anos também FR ≥ 30 rpm ou FC ≥ 120 bpm	
Diagnóstico da criptococose em crianças e adolescentes com DAH	
<ul style="list-style-type: none">Testar todas crianças com sinais de meningiteTestar adolescentes acima de 10 anos e CD4 < 200 cel/mm³Em caso de CrAg sérico positivo deve-se fazer punção lombar para CrAg de LCRTratar a meningite criptocócica (CrAg + no LCR) com Anfotericina B EV e FlucitosineTratar a criptococose (CrAg + no soro, CrAg – no LCR) com Fluconazol	

17. Diagnóstico e Manejo da Desnutrição Aguda em crianças

Diagnóstico e tratamento/suplementação da desnutrição aguda em crianças ≥ de 6 meses de idade Lactentes < 6 meses de idade com complicações médicas, e/ou dificuldades em amamentar e/ou falência de crescimento devem ser referidos ao internamento		
Medidas antropométricas	Classificação	Tratamento/Suplementação
P/E ou IMC para idade < - 3 DP ou Perímetro Braquial: 6 - 59 meses <11.5cm 5 - 10 anos < 13 cm 11 - 14 anos < 16 cm	Desnutrição Aguda Grave (DAG)	DAG com complicações Fase 1: Internamento F75/F100 Fase 2 e 3: ATPU¹
		DAG sem complicações ATPU em ambulatorio¹
P/E ou IMC para idade ≥ -3 < - 2 DP ou Perímetro Braquial: 6 - 59 meses ≥ 11.5 cm e < 12.5 cm 5 - 10 anos ≥ 13 cm e < 14.5 cm 11 - 14 anos ≥ 16 cm e < 18.5 cm	Desnutrição Aguda Moderada (DAM)	ASPU², CSB+³ ou ATPU¹ em ambulatorio conforme orientações do PRN Primeira escolha para suplementação: <ul style="list-style-type: none">6 a 59 meses: ASPU/ATPU≥ 5 anos: CSB+/ATPU
¹ Em caso de DAM, o ATPU pode ser usado em caso de indisponibilidade de ASPU/CSB+; em caso de stocks limitados de ATPU, o mesmo deve-se reservar para crianças de < 5 anos com DAG. ²ASPU Alimento Suplementar Pronto para Uso ³CSB+ Mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais Nota: As dosagens de tratamento e suplementação nutricional e critérios para suplementação em caso de DAM podem ser consultadas nas tabelas do Programa de Reabilitação Nutricional.(PRN)		

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

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

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

Nota:
1. Pacientes em tratamento de **TB sensível e em regime de TARV com Inibidor de protease** (IP=LPV/r, ATV/r ou DRV/r) que não podem mudar para DTG (por causa de intolerância ou porque mudaram para IP de resgate depois de ter falência ao DTG) recebem os seguintes regimes:

- <10kg ABC/3TC 120/60mg + AZT Xarope (10mg/mL)
- ≥10kg fazer potenciação/super boosting com LPV/r e RTV (veja tabela de dosagem, tabela 1)

Pacientes em tratamento de **TB multiresistente** (não contendo Rifampicina) não precisam acrescentar a dose adicional de DTG ou pDTG
2. Para as crianças com peso 20 à 24.9kg, será usado ABC/3TC (120/60mg)+DTG (50mg) enquanto os stocks de ABC/3TC de 120/60mg durarem, uma vez esgotados os stocks as crianças irão transitar para pALD

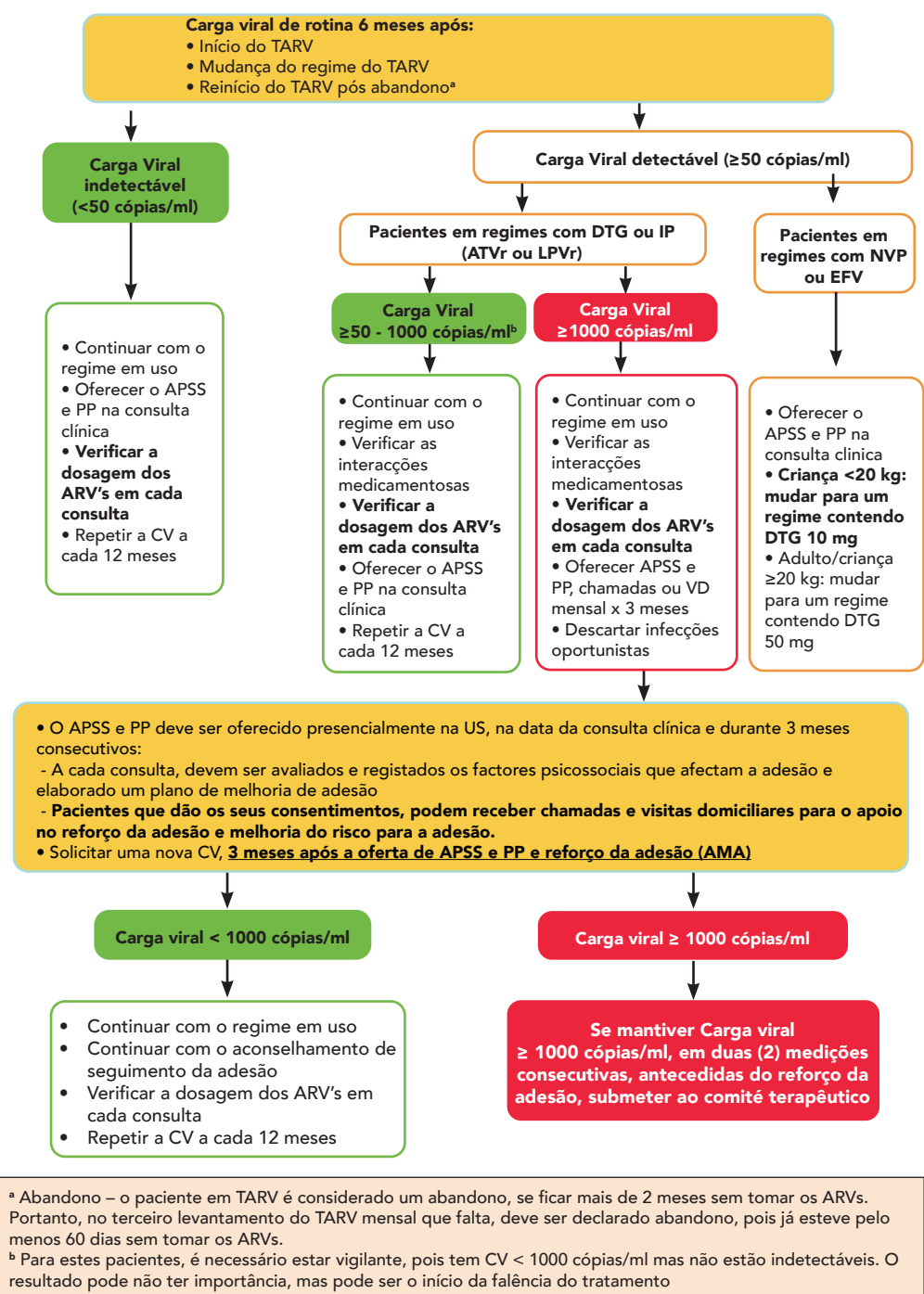
19. Regimes alternativos em caso de intolerância aos ARVs

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

20. Principais interações medicamentosas de Dolutegravir em crianças

Medicamento que diminui o nível de DTG	Recomendação
Vitaminas e suplementos <ul style="list-style-type: none">Sulfato ferrosoMultivitaminasSulfato de zinco e Cálcio	Administrar DTG 2 horas antes ou 6 horas depois da toma das vitaminas e suplementos
<ul style="list-style-type: none">Hidróxido de AlumínioSucralfato	Administrar DTG 2 horas antes ou 6 horas depois da toma do hidróxido ou sucralfato
Anticonvulsivos: <ul style="list-style-type: none">CarbamazepinaFenobarbitalFenitoínaValproato de sódio	Adicionar dose de DTG à noite de acordo com o peso da criança
Rifampicina	Adicionar dose de DTG à noite de acordo com o peso da criança até 2 semanas depois de terminar o TAT com Rifampicina

21. Algoritmo de monitoria do TARV, com recurso à carga viral (crianças, adolescentes e adultos)



* Abandono – o paciente em TARV é considerado um abandono, se ficar mais de 2 meses sem tomar os ARVs. Portanto, no terceiro levantamento do TARV mensal que falta, deve ser declarado abandono, pois já esteve pelo menos 60 dias sem tomar os ARVs.
b Para estes pacientes, é necessário estar vigilante, pois tem CV < 1000 cópias/ml mas não estão indetectáveis. O resultado pode não ter importância, mas pode ser o início da falência do tratamento

MANEJO DE INFECÇÃO POR HIV NA CRIANÇA E ADOLESCENTE
VERSÃO 2025

1. Tabela de dosagem de antirretrovirais (ARVs)

Medicamento e apresentação da formulação: comprimidos (cps) em miligrama (mg) ou em xarope mg/ml	Doses terapêuticas para crianças com idade ≥ 4 semanas de vida e ≥ 3kg de peso													
	Números de comprimidos ou quantidade de ml por faixa de peso: manhã (M) e noite (N)													
	3 - 5.9Kg		6 - 9.9Kg		10 - 13.9Kg		14 - 19.9Kg		20 - 24.9Kg		25 - 29.9Kg		≥ 30kg	
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
pALD: dissolver 3 cps em 15 ml de água (3 colheres de chá), e 4, 5 ou 6 cps em 20ml (4 colheres de chá)														
pALD 60/30/5mg	1	-	3	-	4	-	5	-	6	-	-	-	-	-
DTG														
Para pDTG: até 2 cps → dissolver em 10ml (2 colheres de chá), ≥ 2 cps → dissolver em 20ml (4 colheres de chá)														
pDTG 10 mg	0.5	-	1.5 ^a	-	2 ^a	-	2.5 ^a	-	3 ^a	-	-	-	-	-
DTG 50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	1 ^a	-	1	-	1	-
TDF/3TC/DTG 300/300/50 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
ABC/3TC (comprimidos)														
120/60 mg	1	-	1.5 ^a	-	2 ^a	-	2.5 ^a	-	3 ^a	-	-	-	-	-
600/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
AZT em xarope e AZT/3TC comprimidos dispersíveis														
AZT Xarope 10 mg/ml ^b	6ml	6ml	9ml	9ml	12ml	12ml	-	-	-	-	-	-	-	-
60/30 mg	1	1	1.5	1.5	2	2	2.5	2.5	3	3	-	-	-	-
300/150 mg	-	-	-	-	-	-	1	0.5	1	0.5	1	1	1	1
TDF/3TC (comprimidos)														
TDF/3TC 300/300 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
LPV/r (comprimidos)														
LPV/r cp 100/25 mg ^c	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
LPV/r cp 200/50 mg ^c	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1	2	2
ATV/r (comprimidos)														
ATV/r 300/100 mg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
	3 - 5.9Kg	6 - 9.9Kg	10 - 13.9Kg	14 - 19.9Kg	20 - 24.9Kg	25 - 29.9Kg	≥ 30kg							
	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N	M	N
Dosagem do LPV/r e RTV isolado para potenciação (superboosting) durante o TAT														
LPV/r 100/25 mg ^c	-	-	-	-	2	1	2	2	2	2	3	3	3	3
RTV 100 mg	-	-	-	-	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2
Dosagem de Darunavir (DRV) e Ritonavir (RTV) para crianças e adolescentes na 3ª Linha														
DRV 75 mg cp	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	-	-	-	-
DRV 150 mg cp	-	-	-	-	-	-	2.5	2.5	2.5	2.5	3	3	-	-
DRV 600 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5 ^d	0.5 ^d	0.5 ^d	0.5 ^d	1	1	1	1
RTV 100 mg cp	-	-	-	-	-	-	0.5	0.5	0.5	0.5	1	1	1	1

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

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

