



**CR DST AIDS SANTO AMARO
“DRA. DENIZE DORNELAS DE OLIVEIRA”**

RUA PADRE JOSÉ DE ANCHIETA 640

SANTO AMARO –SÃO PAULO

FONE: 55243032/56865342

crdstaids.stssaca@gmail.com



ENCONTRO MULTIDISCIPLINAR ADESÃO NO TRATAMENTO DE PORTADORES DE HEPATITE C

**EXPERIÊNCIA CR DST/AIDS SANTO AMARO
“DRA. DENIZE DORNELAS DE OLIVEIRA”**



Dados Epidemiológicos

- A unidade CR SANTO AMARO possui:
 - Em seguimento – 3.802
 - Hepatites virais – 160
 - Hepatite C – 120
 - Hepatite B – 40

Fonte: Vigiserv/maio 2016



Organização para o Novo tratamento HCV

- Atualização de dados pela vigilância da unidade;
- Mutirões para avaliação dos prontuários;
- Definição dos pacientes elegíveis de acordo com PCDT/2015;



Fluxo interno

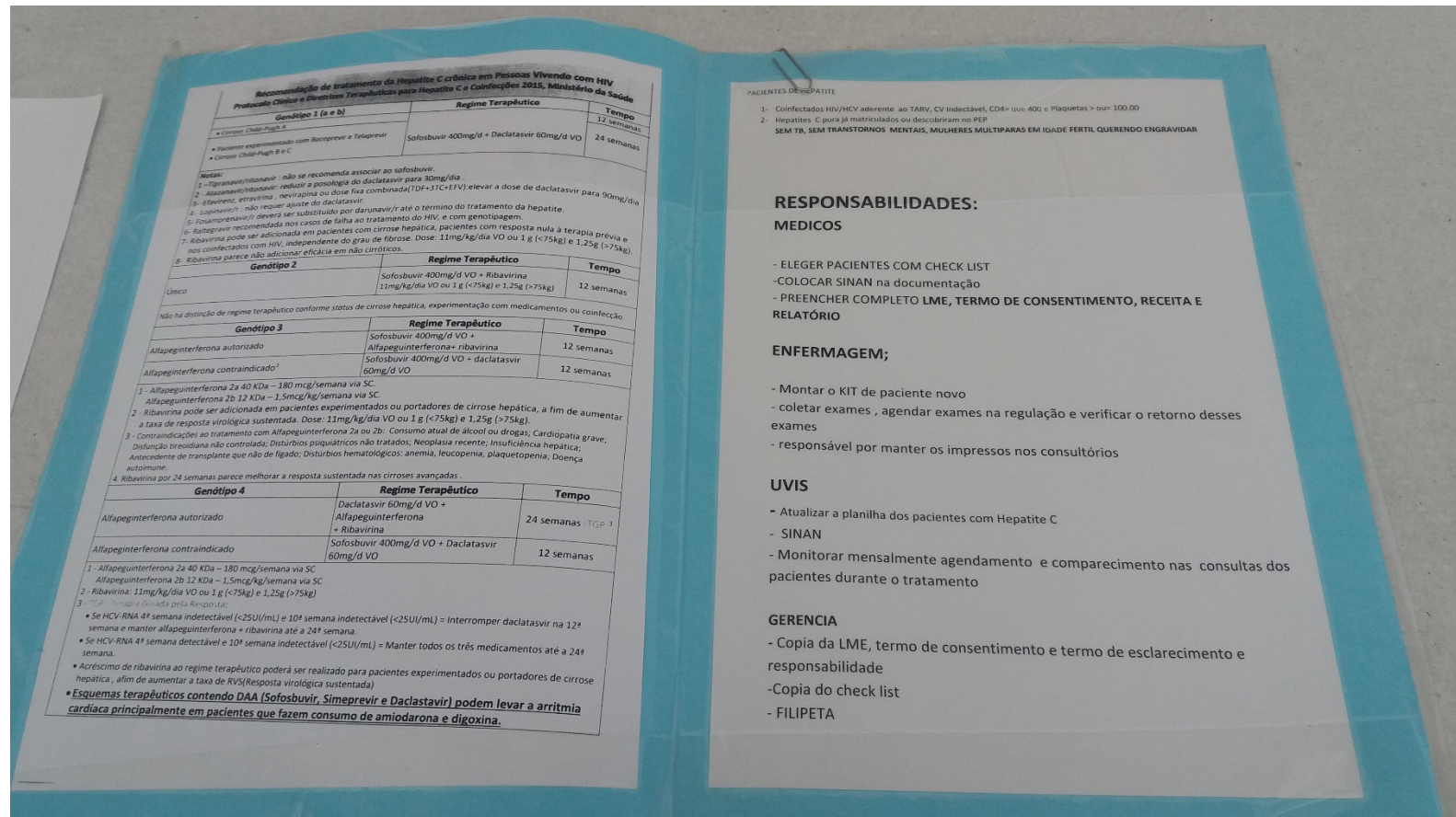
- Reuniões para discussão do fluxo com a equipe multidisciplinar;
- Definido funções de cada membro da equipe;
- Médicos -> pasta consultório com Check list, PCDT, medicações
- Enfermagem -> pasta de A a Z
planilha controle de exames
- Farmácia -> confere e encaminha alto custo
- Equipe Multidisciplinar-> acolhe e orienta
FUTURO-> Grupos orientação e adesão



Fluxo Interno

- Planilha de Hepatite C em rede -> gerência, enfermagem, vigilância e farmácia
- Adicionado:
 - Aguardando exames/ documentação
 - Data encaminhado alto custo
 - Data de inicio/término do tratamento
 - Carga Viral fim do tratamento

Pasta de Hepatite C



Recomendação de tratamento da Hepatite C crônica em Pessoas Vivendo com HIV
Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfeções 2015, Ministério da Saúde

Genótipo 1 (a e b)	Regime Terapêutico	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> • Círculo: Check-List • Paciente experimentado com Resprevir e Telaprevir • Círculo: Check-List B e C 	Sofosbuvir 400mg/d + Daclatasvir 60mg/d VO	24 semanas

Notas:

- 1- Tigranavir/ritonavir - não se recomenda associar ao sofosbuvir.
- 2- Atazanavir/ritonavir - reduzir a posologia do daclatasvir para 30mg/dia
- 3- Efavirenz, etravirina, nevirapina ou dose fixa combinada (TDF-3TC+FTV) elevar a dose de daclatasvir para 90mg/dia
- 4- Simeprevir - não requer ajuste do daclatasvir
- 5- Fosamprenavir - deverá ser substituído por darunavir/ritonavir até o término do tratamento da hepatite.
- 6- Sofosbuvir - não requer ajuste do daclatasvir
- 7- Ribavirina recomendada nos casos de falha ao tratamento do HIV, e com genótipos:
- 8- Ribavirina pode ser adicionada em pacientes com cirrose hepática, pacientes com resposta nula à terapia prévia e nos coinfectados com HIV, independente do grau de fibrose. Dose: 11mg/kg/dia VO ou 1g (<75kg) e 1,25g (>75kg).
- 9- Ribavirina parece não adicionar eficácia em não cirróticos.

Genótipo 2	Regime Terapêutico	Tempo
Único	Sofosbuvir 400mg/d VO + Ribavirina 11mg/kg/dia VO ou 1g (<75kg) e 1,25g (>75kg)	12 semanas

não há distinção de regime terapêutico conforme status de cirrose hepática, experimentação com medicamentos ou coinfeção.

Genótipo 3	Regime Terapêutico	Tempo
Alfapeginterferona autorizado	Sofosbuvir 400mg/d VO + Alfapeginterferona + ribavirina	12 semanas
Alfapeginterferona contraindicado ¹	Sofosbuvir 400mg/d VO + daclatasvir 60mg/d VO	12 semanas

- 1- Alfapeginterferona 2a 40 KDa - 180 mcg/semana via SC
- Alfapeginterferona 2b 12 KDa - 1,5mcg/kg/semana via SC
- 2- Ribavirina pode ser adicionada em pacientes experimentados ou portadores de cirrose hepática, a fim de aumentar a taxa de resposta virológica sustentada. Dose: 11mg/kg/dia VO ou 1g (<75kg) e 1,25g (>75kg)
- 3- Contra-indicações ao tratamento com Alfapeginterferona 2a ou 2b: Consumo atual de álcool ou drogas; Cardiopatia grave; Distúrbio tireoideano não controlado; Distúrbios psiquiátricos não tratados; Neoplasia recente; Insuficiência hepática; Antecedente de transplante que não de fígado; Distúrbios hematológicos: anemia, leucopenia, plaquetopenia; Doença autoimune
- 4- Ribavirina por 24 semanas parece melhorar a resposta sustentada nas cirroses avançadas.

Genótipo 4	Regime Terapêutico	Tempo
Alfapeginterferona autorizado	Daclatasvir 60mg/d VO + Alfapeginterferona + Ribavirina	24 semanas (T.G.P.)
Alfapeginterferona contraindicado	Sofosbuvir 400mg/d VO + Daclatasvir 60mg/d VO	12 semanas

- 1- Alfapeginterferona 2a 40 KDa - 180 mcg/semana via SC
- Alfapeginterferona 2b 12 KDa - 1,5mcg/kg/semana via SC
- 2- Ribavirina: 11mg/kg/dia VO ou 1g (<75kg) e 1,25g (>75kg)
- 3- T.G.P. - Terapia guiada pela Resposta:
 - Se HCV-RNA 4ª semana indetectável (<25UI/ml) e 10ª semana indetectável (<25UI/ml) = Interromper daclatasvir na 12ª semana e manter alfapeginterferona + ribavirina até a 24ª semana.
 - Se HCV-RNA 4ª semana detectável e 10ª semana indetectável (<25UI/ml) = Manter todos os três medicamentos até a 24ª semana.
- Acréscimo de ribavirina ao regime terapêutico poderá ser realizado para pacientes experimentados ou portadores de cirrose hepática, a fim de aumentar a taxa de RVS/Resposta virológica sustentada

Esquemas terapêuticos contendo DAA (Sofosbuvir, Simeprevir e Daclatasvir) podem levar a arritmia cardíaca principalmente em pacientes que fazem consumo de amiodarona e digoxina.

- PACIENTES DE HEPATITE C**
- 1- Coinfectados HIV/HCV aderente ao TARV, CV indetectável, CD4+ que 400 e Plaquetas > ou= 100.00
 - 2- Hepatites C pura já matriculados ou descobrimos no PEP
- SEM TB, SEM TRANSTORNOS MENTAIS, MULHERES MULTÍPARAS EM IDADE FÉRTIL QUERENDO ENGRAVIDAR**
- RESPONSABILIDADES: MEDICOS**
- ELEGIR PACIENTES COM CHECK LIST
 - COLOCAR SINAN na documentação
 - PREENCHER COMPLETO LME, TERMO DE CONSENTIMENTO, RECEITA E RELATÓRIO
- ENFERMAGEM;**
- Montar o KIT de paciente novo
 - coletar exames , agendar exames na regulação e verificar o retorno desses exames
 - responsável por manter os impressos nos consultórios
- UVIS**
- Atualizar a planilha dos pacientes com Hepatite C
 - SINAN
 - Monitorar mensalmente agendamento e comparecimento nas consultas dos pacientes durante o tratamento
- GERENCIA**
- Copia da LME, termo de consentimento e termo de esclarecimento e responsabilidade
 - Copia do check list
 - FILIPETA

Pasta de Hepatite C

SAUENTES DE HEPATITE

CRDST AIDS SANTO AMARO
CHECK-LIST HEPATITE C CRÔNICA (CID-10: B18.2)

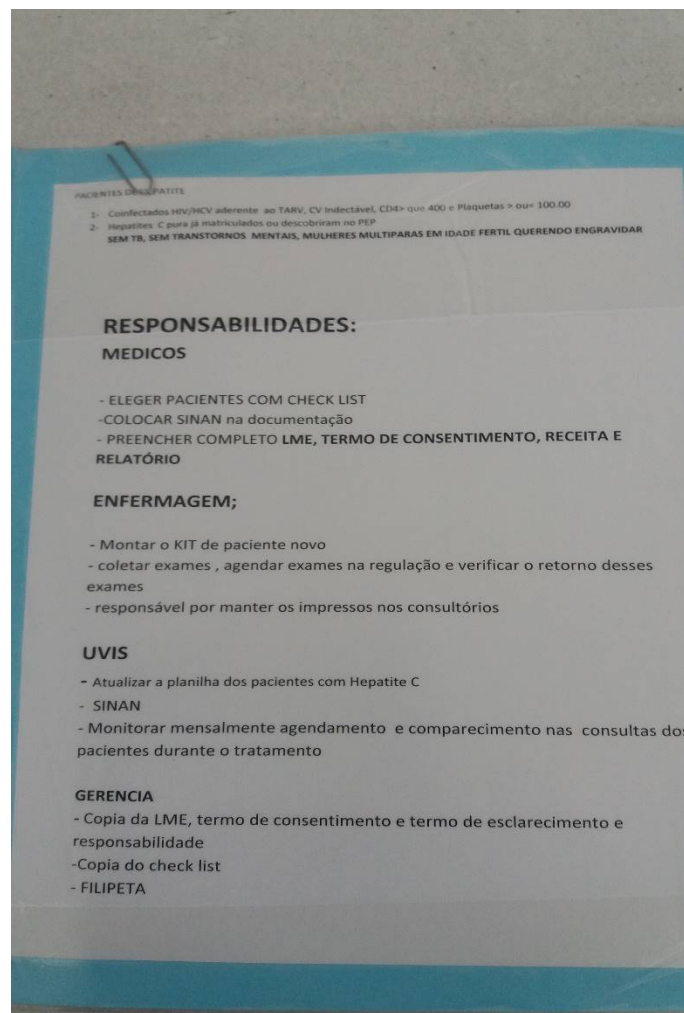
1ª SOLICITAÇÃO

- LME original preenchida completa pelo médico responsável
- Prescrição médica original em 03 vias constando o SINAN
- Cópia simples do RG
- Cópia simples de Comprovante de residência com CEP
- Cópia simples do CNS
- Declaração autorizadora preenchida - SE APLICÁVEL
- Cópia simples do anti-HCV ou HCV -RNA quantitativo realizado há mais de 180 dias
- Cópia simples de HCV-RNA quantitativo realizado até 90 dias
- Cópia simples da genotipagem
- Cópia simples de eletrocardiograma realizado até 90 dias antes da solicitação dos medicamentos
- Beta-HCG realizado até 30 dias antes da solicitação dos medicamentos ou documento de esterilização – Apenas para Mulheres em Estado Fértil
- Relatório Médico que comprove indicação do tratamento especificando no mínimo: co-infecção com HIV, estadiamento do grau de fibrose e uso anterior de boceprevir ou telaprevir
- Cópia simples do Anti-HIV
- Cópia simples da Biópsia Hepática ou Elastografia Hepática ou APRI ou FIB4 ou Ultrassom de Abdome ou EDA

RENOVAÇÃO

- LME original preenchida completa pelo médico responsável
- Prescrição médica original em 03 vias

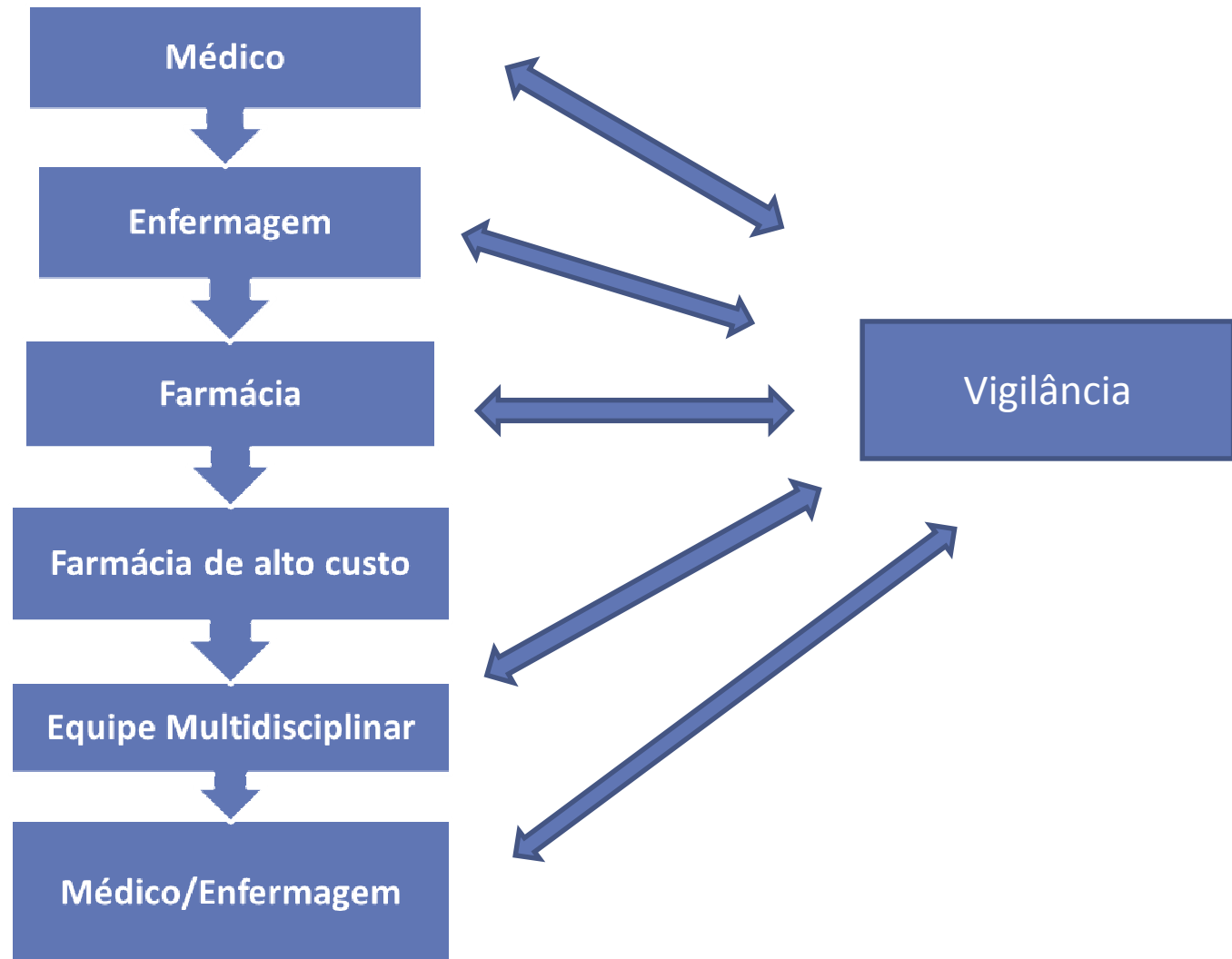
Pasta de Hepatite C



Pasta de Hepatite C

Sr. Paciente para solicitação dos medicamentos de HEPATITE é necessário :
TRAZER CÓPIA: CARTÃO SUS, RG(CARTEIRA DE IDENTIDADE), COMPROVANTE DE ENDEREÇO E EXAMES

Fluxograma



OBRIGADA!



GERENTE DRA. EUGENIA M. P. B. PALHARES

RT ENFERMAGEM. ELAINNE C T. DE ARAÚJO