

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS	4
3. JUSTIFICATIVAS	4
4. INTRODUÇÃO	4
5. Avaliação pré-operatória de infecção em receptores e doadores de fígado	5
6. RECOMENDAÇÕES GERAIS	9
7. ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA NO TRANSPLANTE HEPÁTICO	10
8. DOADOR COM INFECÇÃO BACTERIANA	13
9. ATB PROFILAXIA PARA PEQUENOS PROCEDIMENTOS	13
10. PROFILAXIA PARA P.jirovecii (carinii)	14
11. PROFILAXIA ANTIFÚNGICA	14
12. TRATAMENTO DE TUBERCULOSE LATENTE (profilaxia de TB)	15
13. TRATAMENTO DE TUBERCULOSE ATIVA	15
14. PROFILAXIA E TRATAMENTO DE CMV	16
15. DOADOR COM ENDOCARDITE INFECCIOSA	21
16. IMUNIZAÇÃO	22
17. REFERÊNCIAS	24
18. HISTÓRICO DE REVISÃO	25
19. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO	26

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

1. SIGLAS E CONCEITOS

ABTO/SNT	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos/ Sistema Nacional de Transplantes
Ac	Anticorpos
Anti-Hbs	Anticorpo contra o antígeno de superfície da Hepatite B
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATB	Antibiótico
ATM	Antimicrobiano
CDC	<i>Center of Disease Control and Prevention</i>
CICr	Clearence de Creatinina
CMV	Citomegalovírus
COVID-19	Doença por Coronavírus 2019
CPRE	Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica
CV	Carga Viral
DAA	Antivirais de ação direta
EBV	Vírus Epstein-Barr
ELISA	Teste imunoenzimático
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ERC	enterobactérias resistentes a carbapenemase
EV	Via Endovenosa
FTABS	<i>Fluorescent treponemal antibody absorption test</i>
HBsAg	Antígeno de superfície da Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HD	Hemodiálise
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma vírus humano
I	Inativado

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão:
		Versão: 2	20/03/2028

ICS	infecção corrente sanguínea
IGRA	Interferon-Gamma Release Assay
ITU	infecção trato urinário
IRAS	Infecções relacionadas a assistência a saúde
IM	Imunossupressores
KPC	Klebsiella produtora de carbapenemase
MMR/SCR	Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola)
NAT	Nucleic Acid Testing
PCR	Reação em Cadeia de Polimerase
PPD	<i>Purified Protein Derivative</i>
RHZE	Rifampicina+ Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol
Rx	Raio X
SMX-TMP	Sulfametoxazol-trimetoprim
TB	Tuberculose
TC	Tomografia Computadorizada
TGI	Trato Gastrointestinal
TIPS	<i>Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt</i>
Tx	Transplante
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VA	Vírus Atenuado
VO	Via Oral
VRE	Enterococo resistente a vancomicina
VZ	Varicela-zoster

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

2. OBJETIVOS

- ✓ Orientar quanto às práticas de prevenção das infecções transmitidas através do enxerto e quanto à prevenção de infecções relacionadas a assistência à saúde em receptores de transplante hepático;
- ✓ Esclarecer quanto ao uso racional de antimicrobianos, para redução da seleção de microrganismos multirresistentes, redução de efeitos adversos e custos desnecessários;
- ✓ Possibilitar a redução da taxa mortalidade associada às infecções após o transplante hepático.

3. JUSTIFICATIVAS

Complicações infecciosas são uma causa importante de morbidade e mortalidade em pacientes com transplante hepático. A infecção é a causa mais frequente de morte após o transplante de fígado, particularmente nos primeiros cinco anos, sendo particularmente alta a taxa de infecção no primeiro ano após o transplante.

4. INTRODUÇÃO
Quadro I. Evolução Temporal das Principais Infecções após Transplante Hepático

PRIMEIROS 30 DIAS	30 DIAS A 6 MESES	> 6 MESES
Virais		
Herpes simples Varicela-zoster	- Herpes simples - Citomegalovírus (CMV) - Reativação da Hepatite B ou C - Vírus Epstein-Barr (EBV) - Influenza	- CMV - Papiloma vírus humano (HPV) - Varicela-zoster (VZ) - Influenzae - hepatite B e C
Bacterianas		
Infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS): Infecção sitio cirurgico, PNM, ITU, ICS/CVC, Inf C difficile	- Tuberculose	- Pneumonia pneumocócica - Infecções bacterianas comunitárias
Fúngicas		
<i>Candida spp</i>	- <i>Pneumocystis jirovecii</i> - <i>Candida spp</i> - <i>Aspergillus spp</i> - <i>Histoplasma spp</i> - <i>Cryptococcus spp</i>	
Parasitárias		

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Strongyloides stercoralis</i> - <i>Toxoplasma gondi</i> - <i>Leishmania spp</i> - <i>Trypanossoma cruzi</i> 		
Meses após o Tx	1 mês	6 meses	

5. Avaliação pré-operatória de infecção em receptores e doadores de fígado
Quadro II. Rastreamento Infecioso Pré-Transplante

DOADOR	<ul style="list-style-type: none"> - Anti- HIV 1 e 2 (ELISA) - HBs Ag, AntiHbc IgM e IgG, Anti-HbsAg - Anti-HCV - HTLV 1 e 2 - Toxoplasmose IgG - Epstein- Baar IgG - Sorologia para Doença de Chagas VDRL e FTABs - Citomegalovirus IgG - 1 amostra de HEMOCULTURA (coletar no momento da captação)
RECEPTOR	<ul style="list-style-type: none"> - Anti- HIV 1 e 2 (ELISA) - HBs Ag, AntiHbc IgM e IgG, Anti-HbsAg - Anti-HCV - HTLV 1 e 2 - Toxoplasmose IgG - Citomegalovirus IgG - Epstein- Baar IgG - Sorologia para Doença de Chagas VDRL e FTABs - PPD ou IGRA (de escolha)* - Rx de tórax - Sumário de urina - Coleta de líquido ascítico (durante o transplante) - colocar em frasco de hemocultura - Swab retal para ERC/KPC e VRE- para pacientes internados > 72h ou vindo de outro hospital

*Link formulário IGRA- https://hg.huwc.ufc.br/miac/static/uploads2/FOR.557.071_-_FORMULARIO_PARA_DIAGNOSTICO_DO_TESTE_IGRA_1748366702.pdf

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.UVS-HUWC.005
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO		Emissão: 20/03/2026
			Versão: 2
			Próxima revisão: 20/03/2028

Quadro III. Intervenções Relacionadas a Resultados da Sorologia do Doador

RESULTADO DA SOROLOGIA DO DOADOR	AÇÃO NO RECEPTOR
HIV +	Receptor HIV (-): Não aceitar Receptor HIV (+): Aceitar apenas para candidato a tx também HIV positivo e que estejam em situações de urgência OBS: Quando aceite do doador HIV positivo: coletar uma amostra de sangue p/ carga viral e genotipagem do HIV para manejo pós-transplante, não estando o aceite do doador condicionado ao resultado destes exames antes do transplante
HTLVI/II +	Não aceitar. Contra- indicação absoluta
HCV +	Aceitar desde que o NAT/PCR do doador seja processado (mesmo que o resultado seja disponível apenas pós Tx) E Haja disponibilidade imediata de tto para o receptor
Doador com infecção pelo SARS-CoV-2 (Covid-19) ou outro vírus respiratório, exceto se Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG	Aceitar o órgão, com exceção do pulmão e intestino, que se trata de contra-indicação absoluta.
CMV + (IgM ou IgG)	Aceitar em qualquer paciente CMV + ou -
EBV +	Aceitar o órgão e considerar monitorização com PCR para EBV se receptor negativo, em crianças
HBsAg +	Pode aceitar o órgão para candidato a tx com algum marcador positivo, OU para candidato sem marcador positivo, porém em risco iminente de morte. Em todos os casos, deve ser garantida a terapia antiviral pós transplante com entecavir. Assinar termo de consentimento
Anti- HBc + / HBsAg -	Aceitar para candidato a transplante com algum marcador sorológico para VHB ou para soronegativos mediante terapia antiviral com entecavir ou vigilância de infecção pós-transplante. Assinar termo de consentimento
VDRL + ou FTABs +	Aceitar o órgão e realizar profilaxia no receptor com: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM logo após o transplante e repetir a dose em 1x/semana por mais 1 a 2; Alternativa em casos de impossibilidade de medicação IM: Penicilina Cristalina 3 milhões EV, 4/4h por 10-14 dias, OU Ceftriaxona 1g EV ou IM, 1x/d, por 10-14 dias OU

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão:
		Versão: 2	20/03/2028

	Doxiciclina 100mg, VO, 12/12h, por 14 dias (se alergia a penicilina) Solicitar VDRL e FTABS do receptor após 3, 6, 12 e 24 meses do transplante.
Dç. de Chagas +	Considerar aceitar o órgão em situações emergências, com consentimento informado do paciente. Após o transplante: realizar profilaxia com benzonidazol VO por 30-60 dias e monitorizar paciente com sorologia, parasitemias e RT-PCR semanais (1° mês) e mensais (por 6 meses), se disponível.
Toxoplasma + (IgM ou IgG)	Aceitar órgão; Realizar Profilaxia com Sulfametoxazol-trimetoprim por 6 a 12 meses.
Doador com infecção bacteriana	Ver quadro abaixo V
Doador com infecção bacteriana (suspeita ou confirmada) por bactérias multidroga-resistentes - MDR:	Aceitar em situações selecionadas, em caso de urgência, desde que haja avaliação criteriosa do riscobenefício, comunicação eficiente entre as equipes. A decisão deve ser individualizada, e a segurança do receptor deve ser sempre priorizada; Início precoce de ATB dirigida, e manter por 7 dias
Doador com colonização por bactérias multidroga-resistentes	Aceitar órgão. Considerar antibioticoterapia dirigida no receptor.
Doador com suspeita ou confirmação de TB ou outras micobacterioses em atividade;	Nao aceitar.
Doador com infecções virais, fúngicas ou parasitárias sistêmicas em atividade	Não aceitar
Doador suspeito ou confirmado de infecção por príons: (exemplo: doença de Creutzfeldt-Jakob),	Não aceitar. Contra- indicação absoluta
Doador com infecção de sistema nervoso central sem identificação do agente etiológico (meningites agudas e crônicas, encefalites);	Não aceitar. Contra- indicação absoluta
Doadores sabidamente expostos a vacina com vírus vivo atenuado nos últimos 30 (trinta) dias após a vacinação; e	

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

Doadores com malária em atividade,	Não aceitar. Ver quadro IV abaixo
Doadores provenientes de área endêmica para malária	Ver quadro V abaixo
Doador com dengue ou outras arboviroses em atividade (sintomático) ou com histórico de doença febril sugestiva de arbovírus nos últimos 30 dias.	Não aceitar. Esperar 30 dias
Doador com Zika atual ou nos últimos 120 dias	Não aceitar. Esperar 120 dias
Doador com Chikungunya atual ou nos últimos 30 dias	Não aceitar. Esperar 30 dias
Doador com febre amarela atual ou nos últimos 180 dias	Não aceitar. Esperar 180 dias

Quadro IV – Orientações para aceite de doadores com passado de malária e /ou provenientes de área endêmica:

Doadores com malária em atividade:	Não aceitar
Doadores com antecedente de infecção por <i>Plasmodium malariae</i> (febre quartã);	Não aceitar
Doadores com antecedente de infecção por <i>Plasmodium vivax</i> , especificamente para doação de fígado:	Não aceitar
Doadores provenientes de área endêmica para malária que preenchem uma das seguintes condições:	
<ul style="list-style-type: none"> • Doadores provenientes de área endêmica para malária que preenchem uma das seguintes condições: • Diagnóstico de malária nos últimos 12 (doze) meses (exceto se teste NAT disponível e negativo) ou • Histórico de febre ou suspeita de malária nos últimos 30 (trinta) dias ou • História de deslocamento ou procedente de área com índice parasitário anual - IPA maior que 49,9 	Não aceitar

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

<p>nos últimos 30 (trinta) dias; e</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indivíduos provenientes de área não endêmica que preencham uma das seguintes condições: • História de deslocamento para área endêmica nos últimos 30 (trinta) dias ou • História de malária tratada com comprovação de cura há menos de 12 (doze) meses, exceto, na última situação, se teste NAT disponível e negativo 	
--	--

6. RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Higienização das mãos (com água e sabão ou álcool 70%): Obrigatória, antes e após contato com o paciente e seus equipamentos e superfícies ao redor do leito;
- Banho pré-operatório com clorexidina degermante 2%: Realizar banho com clorexidina degermante 2% em todos os pacientes antes da realização do transplante;
- Coleta de culturas do doador e do receptor: Coleta de hemocultura em todos os doadores durante a captação (uma amostra) e de líquido ascítico ou outras coleções do receptor durante o transplante;
- Isolamento reverso: Não indicado. Usar máscara cirúrgica de forma universal pelos profissionais de saúde;

1. Precauções de isolamento de contato

- ✓ Quarto individual ou coorte de pacientes com o mesmo diagnóstico;
- ✓ Utensílios exclusivos para o paciente;
- ✓ Uso de avental e luvas pelos profissionais de saúde.

Indicação de precauções de contato:

- Varicela, herpes zoster;
- COVID-19
- Monkeypox
- Escabiose, pediculose;
- Diarreia por C difficile
- Colonização/ infecção por germe multirresistente:
- Bacilos gram-negativos resistentes a carbapenêmicos;
- Enterococos resistentes à vancomicina.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

2. Isolamento respiratório para aerossóis

- ✓ Quarto individual obrigatório, com porta fechada;
- ✓ Uso de máscara N95 por todos os profissionais que tiverem contato com o paciente e acompanhantes;
- ✓ Uso de máscara cirúrgica, pelo paciente, se necessidade de transporte.

Indicação:

- Tuberculose pulmonar ou laríngea;
- Varicela, Herpes zoster;
- Sarampo;
- COVID-19.

3. Evitar

- Exposição a flores, fâneros e ar-condicionados suspeitos (*Legionella sp*);
- Exposição a poeira de construções (*Aspergillus sp*);
- Contato com qualquer pessoa com *rash* cutâneo;
- Contato com pessoas com infecção de vias aéreas;
- Contato com pacientes com TB pulmonar;

4. Alimentos:

- Carnes e ovos: Muito bem cozidos;
- Verduras: Muito bem lavadas e enxágue com hipoclorito de sódio

5. Viagens

- Cuidado especial contra malária, febre amarela etc.

7. ANTIBIOTICOPROFILAXIA CIRÚRGICA NO TRANSPLANTE HEPÁTICO

- **Início do ATM:** na indução anestésica (60 min antes da cirurgia).

Quadro V. Antibiotico profilaxia Cirúrgica no Transplante Hepático

TIPO DE TRANSPLANTE	ATB	Dose indução	Intervalo		Duração
			Intra operatório	Pós-operatório	
TRANSPLANTE HEPÁTICO DE BAIXO RISCO Paciente ambulatorial, sem internação e/ou	Cefotaxima 1g + Ampicilina-Sulbactam ¹ .	2g EV	1g EV 3/3h	1g EV 6h/6h	24h
		2g/1g EV	2g/1g EV 3/3h	1,5g EV 6h/6h	24h

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

sem infecção nos últimos 3 meses					
TRANSPLANTE HEPÁTICO DE ALTO RISCO Paciente internado > 48h OU História de internação nos últimos 3 meses OU Paciente ambulatorial com uso de ATB amplo espectro no último mês OBS: Se paciente colonizado ERC/KPC e/ou VRE- ver abaixo	Vancomicina ² + Piperacilina-tazobactam	20-25 mg/kg EV ² 4,5g EV	Não indicado 4,5g EV 3/3h	15mg/kg EV 12h/12h 4,5g EV 6/6h	24h
RETRANSPLANTE HEPÁTICO A) Se < 30 dias após a 1º transplante e/ou uso recente de ATB de amplo espectro no último mês	Vancomicina ² + Piperacilina-tazobactam + Fluconazol	20-25 mg/kg EV ² 4,5g EV 400mg EV	Não indicado 4,5g EV 3h/3h Não indicado	15mg/kg EV 12h/12h 4,5g EV 6/6h 400mg EV 24h	24h 24h 7-10 d
RETRANSPLANTE HEPÁTICO B) Se > 30 dias após a 1º transplante e sem uso recente de ATB de amplo espectro no último mês	Cefotaxima 2g + Ampicilina-Sulbactam ¹ + Fluconazol	2g EV 2g/1g EV 400mg EV	1g EV 3h/3h 2g/1g EV 3h/3h Não indicado	1g EV, 6h/6h 3g EV 6h/6h 400mg EV 24h	24h 24h 14d
HEPATITE FULMINANTE	Vancomicina ² + Piperacilina-tazobactam + Fluconazol	20-25mg/kg EV ² 4,5g EV 400mg EV	Não indicado 4,5g EV 3h/3h Não indicado	15mg/kg EV 12h/12h 4,5g EV 6/6h 400mg EV 24h	7d 7d 7-10 d
DOADOR INFECTADO	Se: 1. Doador com hemocultura positiva				

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão:
		Versão: 2	20/03/2028

	<p style="text-align: center;">OU</p> <p>2. Uso empírico de ATB + forte suspeita de infecção (leucocitose ascendente, > 3 dias de internação, droga vasoativa em altas doses ou quadro clínico (compatível com infecção):</p> <p style="padding-left: 40px;">a) Manter no receptor o mesmo ATB do doador</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p style="padding-left: 40px;">b) Ajustar ATM de acordo com agente isolado na cultura</p> <p>Tempo de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se doador com hemocultura positiva: 7 dias de ATB no receptor • Se doador com hemocultura negativa: 5 dias de ATB no receptor <p>OBS: Checar hemocultura do doador colhida na captação para ajuste do ATB.</p>
RECEPTOR INFECTADO	<p>Tratar infecção, sempre que possível antes do Tx.</p> <p>Se não for possível:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tto por 24- 48h h antes do Tx, com resposta clínica e laboratorial - Manter o ATB em uso no pré-tx, completando 7-10 dias, a depender da evolução clínica e do resultado das culturas.
RECEPTOR COLONIZADO POR ERC/KPC OU VRE antes do TX	<ul style="list-style-type: none"> • Se Colonização por ERC/KPC: associar Amicacina 15mg/kg/dose na indução anestésica (profilaxia cirúrgica) ao esquema ATB profilático padronizado e manter 15mg/kg/dose, 1x/, por 24h • Se colonização por VRE- associar Linezolida 600 mg, na indução anestésica (profilaxia cirúrgica) ao esquema ATB profilático e manter 600 mg, EV, 12/12, max 24 . Se vancomicina indicada- suspender

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Em pacientes alérgicos à penicilina, substituir por: **Ciprofloxacina** 400mg 12/12 h + **Metronizadol** 500mg EV 8/8h ou Clindamicina 600 mg EV 6/6h
- ✓ Se paciente com insuficiência renal, substituir Vancomicina por **Teicoplanina** 6mmg/kg/dose EV de 12/12h, após o término da cirurgia.
- ✓ A droga de escolha para indução anestésica, mesmo com disfunção renal, é a **VANCOMICINA**, pois a Teicoplanina necessita de dose de ataque (mínimo de 3 doses) para atingir nível sérico adequado. A infusão da vancomicina deve se iniciar 1h horas antes da cirurgia (correr em 1 hora).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

8. DOADOR COM INFECÇÃO BACTERIANA
Contra-indicações para aceite

- Infecção do enxerto;
- Choque séptico não controlado (altas doses de noradrenalina, febre persistente, leucocitose ascendente);
- Falência de múltiplos órgãos;
- Infecção de corrente sanguínea que não tenha recebido 24- 48 h de ATB adequado direcionado por antibiograma e com melhora clínica;
- Infecções com hemoculturas persistentemente positivas, apesar do tto ATB adequado.

9. ATB PROFILAXIA PARA PEQUENOS PROCEDIMENTOS
Quadro VI. ATB Profilaxia para Pequenos Procedimentos

TIPO DE PROCEDIMENTO	ANTIBIÓTICO
CPRE	Ciprofloxacina 400mg EV (ou 500mg VO, se paciente ambulatorial) 1 hora antes do procedimento
Biópsia hepática transjugular	Cefazolina 2g EV, 1 hora antes do procedimento;
TIPS	Cefazolina 2g EV, 1 hora antes do procedimento;
Colangiografia Transparietal	Ciprofloxacina 400mg EV (ou 500mg VO, se paciente ambulatorial) 1 hora antes do procedimento;
Retirada de duplo J	Ciprofloxacina 400mg EV (ou 500mg VO, se paciente ambulatorial) 1 hora antes do procedimento;
Biópsia de próstata transretal	Ciprofloxacina 500mg VO 1 comprimido 12 horas antes do procedimento, 500mg VO 1 hora antes do procedimento e 500mg VO 12 horas após o procedimento
Biópsia Hepática	Não indicado.
Quimioembolização Embolização hepática	Cefazolina 1g + Metronidazol 500mg EV antes do procedimento OU Ampicilina-sulbactam 3g EV OU Ceftriaxona 1g, EV

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

10. PROFILAXIA PARA *P.jirovecii* (carinii)

Quadro VII. Droga de 1ª Escolha

DROGA DE 1º ESCOLHA	
Sulfametoxazol-trimetoprim (400/80mg)	1 comprimido, VO 1x/dia, por 6 a 12 meses
ALTERNATIVA (em caso de alergia ou intolerância a sulfa)	
Dapsona, 100 mg	1 comprimido, VO 1x/dia, por 6 a 12 meses

Retornar profilaxia com Sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMP) se e:

- * Pulsoterapia rejeição do enxerto,
- * Uso corticosteroides doses mais elevadas
- * (>20 mg/d pelo menos 2 semanas),
- * Neutropenia prolongada
- * Exacerbações de doenças autoimune

OBS: Nesses casos manter SMX-TMP por 3 a 6 meses

Profilaxia secundária após infecção por *P.jirovecii*

- **SMX-TMP:** 6 a 12 meses após o término do tto
- Prolongar se persistirem fatores de risco:
 - Ex. linfopenia (<1000), uso intensificado de imunossuppressores,
 - Rejeição aguda ou infecção por CMV.

OBS.1: Ação preventiva adicional contra *Listeria spp*, *Nocardia spp*, *T.gondii*;

11. PROFILAXIA ANTIFÚNGICA

- **FLUCONAZOL** 400mg, EV ou VO por 7 a 10 dias, em pacientes de alto risco para infecção fúngica;
 - Retransplante;
 - Hepatite fulminante;
 - Pacientes com ≥ 2 dos seguintes fatores:
 - Insuficiência renal (creatinina >2) pré e pós-transplante;
 - Coledocojejunostomia;
 - Uso prolongado de ATB de amplo espectro;
 - Internação prolongada na UTI (> 7 dias);
 - Colonização fúngica pré- transplante;
 - Necessidade de grande volume de transfusão sanguínea.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

OBS: Ajustar dose do Fluconazol para 200 mg/ dia se clearance de creatinina < 50

12. TRATAMENTO DE TUBERCULOSE LATENTE (profilaxia de TB)

- Solicitar IGRA (idealmente) ou PPD para todos os pacientes em fila de transplante;
- Se ausência de PPD ou IGRA pré- tx: solicitar no pós- transplante, o mais precoce possível
- Se IGRA negativo ou PPD permanecer não-reator: repetir anualmente para avaliar viragem tuberculínica ou em casos de exposição a pacientes com TB ativa.

Quadro VIII. Indicações de Tratamento de Tuberculose Latente

Indicações de tratamento de Tuberculose latente (PROFILAXIA)
PPD \geq 5 mm ou IGRA POSITIVO
Antecedente de tuberculose não tratada
Contactantes intradomiciliares de TB pulmonar
Raio X (Rx) com seqüela de TB sem tratamento adequado
Viragem tuberculínica recente (aumento no PPD de, no mínimo, 10 mm)

Esquemas de escolha para tto de TB latente

a) Isoniazida

- 5 mg/kg/dia (máximo de 300mg/dia), VO, por 6-9 meses;
- Associar piridoxina (Vitamina B6) 40 mg/dia;
- Iniciar no pós-operatório, idealmente antes da alta hospitalar, assim que normalização das enzimas hepáticas.

OBS: Rifapentina + INH: Grande interação com Tacrolimus- EVITAR no pós- transplante

OBS:

1. Excluir TB ativa antes de iniciar tratamento de TB latente
2. Pacientes com antecedente de TB adequadamente tratada ou tratamento de TB latente no pré-tx: Não necessitam de novo tto de TB latente pós tx

13. TRATAMENTO DE TUBERCULOSE ATIVA
1º escolha: Esquema RHZE

- RHZE (150/75/400/275mg) Rifampicina+ Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol: 2 meses seguido de,
- Rifampicina + Isoniazida (150 /75mg): 4 a 7 meses;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

- Tempo: 6-9 meses (avaliar evolução, gravidade e grau de imunossupressão do paciente);
- Associar Piridoxina (Vitamina B6), 40 mg/d, por 6 meses.

Quadro IX. Ajuste da Dose do RHZE Por Peso

Ajuste da dose do RHZE por peso:	
20-35 kg	2 comprimidos
36-50 kg	3 comprimidos
51 a 70 kg	4 comprimidos
>70 kg	5 comprimidos

Observação:

Se hepatotoxicidade (↑ 3-5 vezes o valor normal das enzimas hepáticas):

- Considerar interrupção do tratamento, com reintrodução sequencial das drogas, em doses crescentes, após normalização das enzimas hepáticas.

OU

- Considerar esquema alternativos:

Quadro X. Esquemas para TB para Casos de Hepatotoxicidade

Amicacina (5 meses, 3x/semana) ou Linezolida 600 mg/dia (12 mees) + Etambutol (12 meses) + levofloxacina (12 meses)
Rifampicina + Etambutol + levofloxacina (todos por 9 meses)

14. PROFILAXIA E TRATAMENTO DE CMV
14.1 VIGILÂNCIA COM CARGA VIRAL SÉRICA (PCR QUANTITATIVO) PARA CMV- Indicações:

- * **Pacientes de alto risco p/ CMV (D+/R-)**
 - Fazer vigilância com PCR de **15/15 d**, a partir do 15° dia pós tx, até o **6° mês** pós-tx
- * **Pacientes de risco intermediário (R+):**
 - Fazer vigilância PCR **15/15 dias**, a partir do 15° dia pós tx, até o **3° mês** pós-tx
- * **Pacientes de baixo risco p/ CMV (D-/R-)**
 - Não fazer vigilância

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

14.2 Tratamento PROFILÁTICO de paciente assintomático:

- Pacientes de alto para CMV assintomáticos (D+/R-):
 - Se disponível : preferir Valganciclovir por 3-6 meses, 900 mg/VO, 1x/dia em vez da vigilância com tto preemptivo

14.3 Tratamento preemptivo de pacientes assintomáticos:
Quadro XI. Tratamento preemptivo de pacientes assintomáticos:

Se PCR < 5.000 UI/ml	- Repetir PCR após 7 dias. - Se aumentar de > 0,5 a 0,7 log ou dobrar o valor da carga viral: Iniciar tratamento com Ganciclovir EV 5mg/kg/dose, 12/12h ou Valganciclovir VO (1 comprimido = 450mg): 900 mg, VO, 12/12h, por no mínimo 2 semanas
Se PCR \geq 5000 UI/ml:	- Iniciar Ganciclovir EV 5mg/kg/dose, 12/12h ou Valganciclovir VO (1 comprimido = 450mg): 900 mg, VO, 12/12h, por no mínimo 2 semanas; - Reduzir dose do Micofenolato em 50% ou avaliar conversão para Everolimus (na ausência de contraindicação). No 14° dia do tratamento: Repetir o PCR para avaliar resposta ao tratamento. Depois : repetir PCR 1x/ semana p/ avaliar a resposta
Se queda de 50% da carga viral no 14° dia:	Boa resposta. Manter tratamento. Repetir o PCR 1x semana. Se PCR < 500 UI/ml ou negativo: manter tto por mais 1 semana e repetir PCR SUSPENDER TTO APÓS 2° PCRs NEGATIVOS COM INTERVALO DE 1 SEMANA Continuar a coleta de PCR 15 /15 dias por mais 3 meses após termino do tto
Se não houver queda de 50% da carga viral no 14° dia:	- Manter tratamento. - Considerar suspensão transitória do Micofenolato ou conversão para Everolimus. - Se PCR < 500 UI/ml ou negativo: manter tto por mais 1

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

	semana e repetir PCR SUSPENDER TTO APÓS 2° PCRs NEGATIVOS COM INTERVALO DE 1 SEMANA Continuar a coleta de PCR 15 /15 dias por mais 3 meses após término do tto.
Se aumento da CV no 14° dia:	Suspende micofenolato. Converter para inibidor da mTOR. Aumentar a dose do ganciclovir EV ou do Valganciclovir em 50-100%. Repetir PCR semanal até < 500UI/ml ou negativo, quando o tto será mantido até o 2° PCR negativo . SUSPENDER Tto- 2 PCR NEGATIVOS, COM INTERVALO DE 1 SEMANA Continuar a coleta de PCR 15/15 dias por mais 3 meses Após termino do tto.

14.4 Tratamento de doença clínica por CMV
Quadro XII. Esquemas Terapêuticos para doença clínica por CMV

Paciente internado ou com doença invasiva:	<ul style="list-style-type: none"> - Ganciclovir EV, 5 mg/kg/dose, 12/12h, até melhora clínica e durante internação. Depois passar para Valganciclovir (1 comprimido = 450 mg): 900 mg, VO, 12/12h, se disponível. - Tempo mínimo de 14 dias - Se PCR < 500 UI/ml ou negativo: manter tto por mais 1 semana e repetir PCR. SUSPENDER TTO APÓS 2° PCRs NEGATIVOS COM INTERVALO DE 1 SEMANA - Seguir esquema de monitorização com PCR 15/15 dias, após término do tto por 3 meses. <p>OBS.1: Em casos de doença invasiva de TGI (exemplo: colite, úlceras esofágicas), repetir exame endoscópico antes de suspender tratamento, sempre que possível, com necessidade de terapia mais prolongada</p>
---	---

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

	(média de tratamento de 3-4 semanas); OBS.2: Na falta do Valganciclovir VO: fazer todo o tratamento com Ganciclovir EV5mg/kg/dose de 12/12 ou ajuste para disfunção renal.
Pacientes sintomáticos:	- Devem ser tratados com Ganciclovir ou valganciclovir VO mesmo se PCR < 5.000 UI/ml, excluindo-se outras causas que justifiquem os sintomas (discutir caso a caso).

14.5 Tratamento de doença clínica por CMV

- Paciente em tratamento preventivo ou de doença clínica: Realizar monitorização de função renal e hemograma 1 vez x semana e ajustar as doses dos antivirais conforme abaixo:

Quadro XIII. Ajuste Dose da Ganciclovir e Valganciclovir

Medicamento	Clearance de creatinina (ClCr)	Dose
Ganciclovir EV tratamento	ClCr \geq 70mL/min ClCr entre 50 a 69mL/min ClCr entre 25 a 49mL/min ClCr entre 10 a 24mL/min ClCr < 10 mL/min	5,0mg/kg de peso a cada 12 horas 2,5mg/kg a cada 12 horas 2,5mg/kg a cada 24 horas 1,25mg/kg a cada 24 horas 1,25mg/kg 3x/ semana após HD
Ganciclovir EV profilático	Clcr \geq 70mL/min Clcr 50-69mL/min Clcr 25-49mL/min Clcr 10-24mL/min Clcr < 10mL/min	5mg/kg/dose cada 24h 2,5mg/kg/dose cada 24h 1,25mg/kg/dose cada 24h 0,625mg/kg/dose cada 24h 0,625 mg/kg/dose 3 vezes por semana após hemodiálise
Valganciclovir VO tratamento	CrCl >60ml/min CrCl 40 - 59ml/min CrCl 25 - 39ml/min CrCl 10 - 24ml/min ClCr < 10 mL/min	900mg duas vezes ao dia 450mg duas vezes ao dia 450mg uma vez ao dia 450mg a cada 48h 200mg 3x/ semana após HD
Valganciclovir VO profilático	CrCl >60ml/min CrCl 40 - 59ml/min CrCl 25 - 39ml/min CrCl 10 - 24ml/min ClCr < 10 mL/min	900mg uma vez ao dia 450mg uma vez ao dia 450mg a cada 48h 450mg 2 x semana 100mg 3x/ semana após HD

14.6. Infecção por CMV refratário e/ou resistente
a) Infecção por CMV refratário:

Definição:

- Carga viral que persiste ou aumenta em $\geq 1 \log_{10}$ ou
- Progressão ou ausência de melhora sintomas após ≥ 2 sem tto dose apropriada.

OU

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

- Falha em atingir uma redução $>1\log_{10}$ no DNA do CMV após ≥ 14 dias de tto.

OBS: Nem toda infecção refratária ao tto é atribuível à resistência a medicamentos, e a infecção refratária ao tratamento por si só não implica falha do tratamento quando avaliada em 7–8 semanas

b) Infecção por CMV resistente:
Definição:

- Detecção por genotipagem de mutações específicas no vírus (geralmente nos genes UL97 ou UL54) que conferem resistência aos antivirais.

Suspeita:

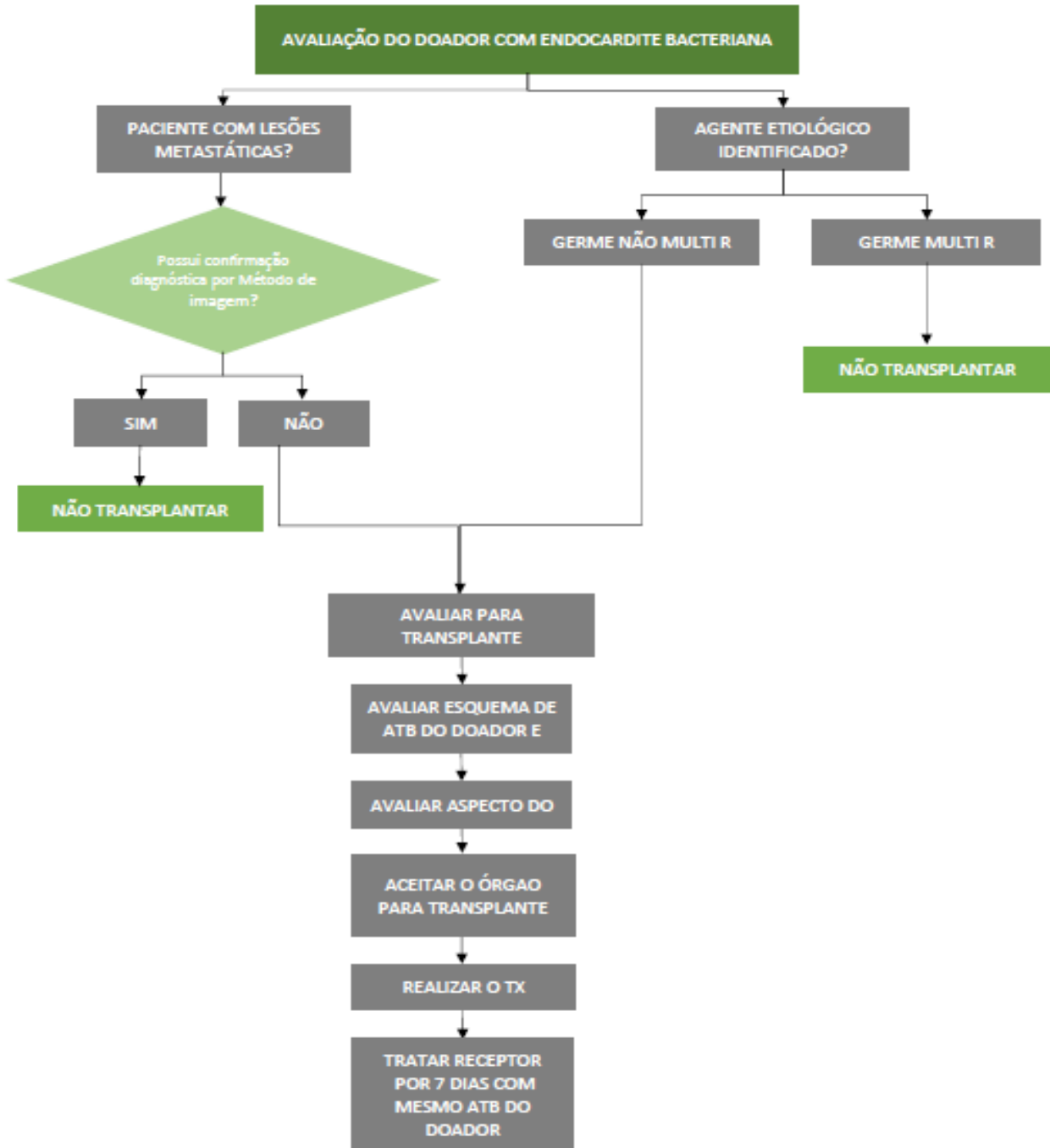
- Infecção refratária ao tto após terapia com dose adequada por pelo menos 2 sem consecutivas, com exposição antiviral cumulativa de 4 sem ou mais.
- Geralmente leva >6 sem de exposição cumulativa para se desenvolver
- Cargas virais persistentes nas primeiras 2 se de tratamento, ou um aumento na DNAemia na 1ª sem
 - Não são preditivos de resistência

14.7. Conduta em casos com suspeita de CMV refratário/resistente:

- * Otimização da imunossupressão e a dose antiviral
- Aumentar- dobrar da Dose
 - Ganciclovir EV para 7,5 a 10 mg/kg de 12/12 h ou
 - Valganciclovir 900mg a 1.800mn, de 12/12h
- Solicitar teste para detecção de mutações CMV:
 - Genotipagem -sequenciamento genes CMV (UL97, UL54, UL56)
 - Se resistência ao ganciclovir detectada:
 - Avaliar solicitação de maribavir –Droga escolha se resistência ao ganciclovir ou ao foscarnet
- Maribavir**
 - Indicação : CMV refratário ou resistente
 - Dose: maribavir é 400 mg oral 12/12h, por 8 sem
 - Sem ajuste de dose para disfunção renal

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

15. DOADOR COM ENDOCARDITE INFECCIOSA



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

16. IMUNIZAÇÃO

Recomendação vacinal para candidatos a transplantes, receptores de órgãos sólidos, doadores, contatos domiciliares e equipe assistencial:

Quadro XIX. Vacinas Recomendadas para Receptores de Transplante e Contactantes

Tabela - Recomendação vacinal para candidatos a transplantes, receptores de órgãos sólidos, doadores, contatos domiciliares e equipe assistencial

Vacina	Tipo	Pacientes		Doadores	Conviventes e Equipe Assistencial
		Pré-Tx	Pós-Tx		
Covid-19	I	Sim	Sim	Sim	Sim
Dengue ¹	VA	DC	Não	Sim	Sim ²
Difteria/Tétano (dT)	I	Sim	Sim	Sim	Sim
Difteria/tétano/ Coqueluche (dTpa)					
Febre amarela	VA	Sim	Não	Sim ²	Sim ²
<i>H influenzae b</i> (Hib)	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
Herpes zoster ³	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
HPV ⁴	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
Hepatite A ⁵	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
Hepatite B ⁵	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
Influenza (Gripe)	I	Sim	Sim	Sim	Sim
Meningococo ⁶	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
Pneumococo ⁷	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
Polio inativada ⁸	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
Raiva ⁹	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²
SCR ⁸	VA	Sim	Não	Sim	Sim
Varicela ¹⁰	VA	Sim	Não	Sim	Sim
Vírus sincicial respiratório (VSR) ¹¹	I	Sim	Sim	Sim ²	Sim ²

Tx, transplante; VA, vírus vivo atenuado; I, microrganismo inativado, fragmentado ou recombinante; SCR, sarampo, caxumba e rubéola; DC: decisão compartilhada

Fonte: Comissão de Infecção em Transplantes / COINT-ABTO Abril.2025

¹ Dengue: vacina de vírus atenuado. Aprovada pela ANVISA ente 4 anos e 60 anos. Recomendada pela Sociedade Brasileira de Imunizações para todas as pessoas imunocompetentes nesta faixa etária. NÃO EXISTEM ARTIGOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS QUE AVALIAM SEGURANÇA EM PACIENTES COM COMORBIDADES. Considerando as publicações científicas atuais, a COINT orienta decisão compartilhada entre equipe médica e o paciente. Disponível apenas na saúde suplementar;

² Indicadas na rotina de cada calendário e não especificamente por ser doador e/ou convivente;

³ Acima de 18 anos, dose única;

⁴ HPV4: até 45 anos nos CRIEs e sem limite de idade na rede particular. HPV9 apenas na rede particular;

⁵ Para indivíduos com sorologia negativa (IgG Não reagente);

⁶ Conforme orientações dos órgãos de saúde pública locais; meningococo tetravalente (A, C, W, Y): aprovada para crianças e adultos. Disponível nos CRIEs; meningococo B: aprovada para crianças e adultos; disponível apenas na saúde suplementar;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão:
		Versão: 2	20/03/2028

⁷ Pneumo 13: aprovada para crianças e adultos e disponível nos CRIEs; Pneumo15 /Pneumo20: aprovada para crianças e adultos e disponível apenas na saúde suplementar. Pn23 disponível nos CRIEs pré e pós transplante;

⁸ Apenas indivíduos não vacinados previamente ou com esquema vacinal incompleto;

⁹ Em situações especiais de risco, e no pós-tx associar imunoglobulina se pós-exposição;

¹⁰ Para indivíduos sem história prévia de doença ou indivíduos não vacinados previamente ou com esquema vacinal incompleto;

¹¹ Duas vacinas disponíveis apenas na saúde suplementar: Abryscó® (Pfizer): aprovada para adultos acima de 18 anos com risco de infecção pelo VSR, dose única; Arexvy® (GSK), aprovada acima de 60 anos, em dose única. Para transplantados a posologia ainda não está definida

Quadro XIII. Esquemas e Algumas Considerações Específicas por Vacina

Dupla adulto (difteria e tétano):	3 doses para pacientes sem esquema básico (0, 2, 6m), com 1 dose de reforço a cada 10 anos.
<i>Haemophilus influenzae b:</i>	Indicar para pacientes <u>até 18 anos</u> , 2 doses (0, 1-2m).
Tríplice bacteriana do adulto (“dTpa” – difteria, tétano e coqueluche):	Apenas na rede particular; substitui a dupla adulto. Existe também na apresentação associada com poliomielite inativada (dTpa+IPV)
Vírus da hepatite A:	Avaliar sorologia, e indicar a vacina para os negativos, 2 doses (0, 6m).
Vírus hepatite B:	Avaliar sorologia e indicar a vacina para os negativos – HbsAg e Anti-Hbs: – Contatos domiciliares e equipe assistencial: dose simples (20mcg), esquema convencional 3 doses (0, 1, 6m); – Doadores: dose simples (20mcg), esquema tres doses (0, 1, 6m); – Indivíduos em lista para transplante de rim e fígado: dose dobrada (40mcg), esquema tres doses (0, 1, 6m); – Indivíduos em lista para demais transplantes de órgãos: dose simples (20mcg), esquema quatro doses (0, 1, 2, 6m); – Transplantados: dose dobrada (40mcg), esquema quatro doses (0, 1, 2, 6m). Observação: pacientes em hemodiálise e cirrose hepática: 4 doses (dose dobrada): 0-30-60-180 dias
<i>Pneumococcus</i>	Preferencia: Pneumo13, Pneumo15 e Pneumo20 (as duas ultimas disponíveis apenas nos serviços suplementares) Dose única, após 2 meses 1 dose de Pneumo23 Uma dose pré-transplante, e revacinar após 5 anos; Pneumo13 e Pneumo23 disponíveis nos CRIE Se feita Pneumo20, não há necessidade de dose de Pneumo23
Vírus Influenza (Gripe):	Vacinar anualmente Em casos de surtos é possível realizar segunda dose 3 meses após a primeira
<i>Meningococcus:</i>	Pode ser feita; Seguir orientações dos órgãos de saúde pública locais.
Pólio:	Para indivíduos em lista e transplantados, indicar a vacina inativada, quando houver a necessidade de vacinação. Os contatos domiciliares (ex.: filhos, netos) também devem receber a vacina inativada .

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

MMR/SCR (sarampo, caxumba e rubéola):	Indicar apenas antes do transplante. Idealmente, 2 doses com 1 mês de intervalo. Aguardar 30 dias para transplantar. Contraindicar para transplantados.
Varicela:	Indicar apenas antes do transplante, para indivíduos com história prévia negativa – 2 doses (1, 2m). Aguardar 3 semanas para transplantar. Contraindicar para transplantados e cirróticos Child B ou C.
Febre amarela:	Indicada conforme situação epidemiológica. Aguardar 3 semanas para transplantar. Contraindicar para transplantados.
Dengue	Feita entre 4 a 60 anos, para todas as pessoas imunocompetentes.
Vacina HPV:	Realizar em transplantados sempre três doses (0, 2 e 6 meses), até os 45 anos, em homens e mulheres (CRIE), vacina HPV 4.

Fonte: Comissão de Infecção em Transplantes / COINT-ABTO

Observação:

- Pacientes pré-transplante, listados com previsão de transplante nos próximos 30 dias **não devem receber vacina de vírus vivos-atenuados** (ex. varicela, febre amarela, MMR/SCR), pela necessidade de se adiar o transplante por 3 semanas após a vacina.
- Pós-transplante estão contraindicada as seguintes vacinas: SCR, Varicela, Febre amarela e dengue
- Avaliar terapia imunossupressora no pré-transplante (p ex. corticoide altas doses) -> contraindicação às vacinas com vírus vivos atenuados

17. REFERÊNCIAS

1. -Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 8.041, DE 1º DE SETEMBRO DE 2025 Altera a Portaria de Consolidação nº 04 GM/MS para estabelecer a Política Nacional de Doação e Transplantes e definir o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.
2. Ministério da Saúde.Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância das Hepatites Virais Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 1/2026-CGHV/.DATHI/SVSA/MS. Orientações sobre o tratamento de pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos provenientes de doadores com sorologia anti-HCV reagente
3. -Kotton CN, Kumar D, Manuel O, Chou S, Hayden RT, Danziger-Isakov L, Asberg A, Tedesco-Silva H, Humar A; Transplantation Society International CMV Consensus Group. The Fourth International Consensus Guidelines on the Management of Cytomegalovirus in Solid Organ Transplantation. Transplantation. 2025 Jul 1;109(7):1066-1110. doi: 10.1097/TP.0000000000005374. Epub 2025 Apr 9. PMID: 40200403; PMCID: PMC12180710.
4. -Bratzler DW, Dellinger EP, Olsen KM, Perl TM, Auwaerter PG, Bolon MK, Fish DN, Napolitano LM, Sawyer RG, Slain D, Steinberg JP, Weinstein RA; American Society of Health-System Pharmacists; Infectious Disease Society of America; Surgical Infection Society; Society for Healthcare Epidemiology of America. Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. Am J Health Syst Pharm. 2013 Feb 1;70(3):195-283. doi: 10.2146/ajhp120568. PMID: 23327981.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão: 20/03/2028
		Versão: 2	

5. -Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – COVID-19 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022;
6. -Cortes NJ et al. Transmission of syphilis by solid organ transplantation. Am J Transplant. 2006 Oct;6(10):2497-9;
7. -Clemente WT, Stucchi R, Santos DW, Abdala E, Pierrotti L, Lopes GS. Recomendações para Avaliação e Aceite do Candidato a Transplante na Pandemia de COVID-19: Atualização em 15 de maio de 2022. BJT. 2022.25(03): e0522;
8. Comissão de Infecção em Transplantes / COINT-ABTO Abril.2025
9. -Limaye AP, et al. COVID-19: Issues related to solid organ transplantation. Uptodate, Nov, 08, 2022;
10. Xin Dua et al. Safe use of Liver Grafts from Syphilis-Positive Donors in Liver Transplantation and Review of the Literature, 29 December 2020, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-136016/v1];
11. -White, Sarah L et al. Infectious Disease Transmission in Solid Organ Transplantation: Donor Evaluation, Recipient Risk, and Outcomes of Transmission. Transplantation Direct 5(1):p e416, January 2019.

18. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	20/03/2026	<ul style="list-style-type: none"> • Atualização do Quadro III. Intervenções Relacionadas a Resultados da Sorologia do Doador seguindo a PORTARIA GM/MS Nº 8.041 • Atualização do Quadro IV. Orientações para aceite de doadores com passado de malária e /ou provenientes de área endêmica seguindo a PORTARIA GM/MS Nº 8.041 • Atualização do TRATAMENTO DE TUBERCULOSE LATENTE seguindo as recomendações do MS de 2023 • Atualização do item PROFILAXIA E TRATAMENTO DE CMV seguindo o The Fourth International Consensus Guidelines on the Management of Cytomegalovirus in Solid Organ Transplantation. Transplantation. 2025 Jul 1;109(7):1066-1110. doi: 10.1097/TP.0000000000005374. Epub 2025 Apr 9. PMID: 40200403; PMCID: PMC12180710. • Atualização do item IMUNIZAÇÃO seguindo Comissão de Infecção em Transplantes / COINT-ABTO Abril.2025

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.UVS-HUWC.005	
Título do Documento	PROFILAXIA DE INFECÇÃO EM TRANSPLANTE HEPÁTICO	Emissão: 20/03/2026	Próxima revisão:
		Versão: 2	20/03/2028

19. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Evelyne Satana Girão, Marina Catunda Pinheiro Juca, Cyntia Ferreira Gomes Viana, Tarciso Daniel Santos Rocha, João Batista Marinho Vasconcelos, Gustavo Rego Coelho, Dirk Scherren, Livia Melo Carone Linhares, Elodie Bomfim Hyppolito, Lucio Cortes dos Anjos, Paulo Everton Garcia Costa, Marcos Aurelio Pessoa Barros, Amaury de Castro e Silva Filho, Karla Brandão Pereira, Marcelo Lima Mont'Alverne Rangel, Denissa Ferreira Gomes Mesquita, José Huygens Parente Garcia.	
VALIDAÇÃO	
Raquel Cavalcante Mota Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.020995/2025-79, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Jorge Luiz Nobre Rodrigues Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde	Conforme Processo SEI nº 23533.020995/2025-79, assinado eletronicamente.
Ruth Maria Oliveira de Araújo Chefe do Setor de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.020995/2025-79, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br