

Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS

Última revisão: 08/07/2013
Estabelecido em: 03/12/2005

Responsáveis / Unidade

Dario Brock Ramalho | Médico – HEM
João Gentilini Fasciani de Castro | Médico – HEM
Tânia Maria Marcial | Médica – HEM

Colaboradores

Giselle L. B. Cuconato | Médica – HRJP

Validadores

Profissionais do Ambulatório de Infectologia do HEM

Revisão (08/07/2013)

João Gentilini Fasciani de Castro | Médico – HEM

INTRODUÇÃO / RACIONAL

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1, o HIV-1, cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos não tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos¹.

Como em outras infecções virais agudas, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que se apresenta geralmente entre a primeira e terceira semana após a infecção. Entre 50% a 90% dos indivíduos infectados apresentam SRA. Os principais achados clínicos de SRA incluem febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia. A SRA pode cursar com febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar. Podem ocorrer, ainda, esplenomegalia, letargia, astenia, anorexia e depressão. Alguns pacientes desenvolvem exantema de curta duração após o início da febre (frequentemente inferior a três dias), afetando geralmente a face, pescoço e/ou tórax superior, mas podendo se disseminar para braços, pernas, regiões palmares e plantares.

Sintomas digestivos, como náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais podem estar presentes. Entretanto, o comprometimento do fígado e do pâncreas é raro na SRA. Cefaleia e dor ocular são as manifestações neurológicas mais comuns, mas pode ocorrer também quadro de meningite asséptica, neurite periférica sensitiva ou motora, paralisia do nervo facial ou síndrome de Guillan-Barré¹.

Ao longo das últimas duas décadas, a terapia anti-retroviral (TARV) alterou a história natural da infecção pelo HIV. As doenças oportunistas tornaram-se menos comuns, e a mortalidade diminuiu. Mais de 50% das mortes em pacientes infectados pelo HIV que recebem ARV agora estão relacionados a outras condições que não a AIDS. A infecção pelo HIV parece aumentar o risco de doenças cardiovasculares, renais, hepáticas, ósseas, malignidades e perda de funções neurocognitivas. Além disso, uma variedade de complicações a longo prazo associadas à TARV têm sido descritas².

O surgimento de condições não relacionadas com a AIDS destaca o importante papel do atendimento médico e tratamento ambulatoriais.

Os pacientes infectados com HIV/AIDS representam cerca de 80% dos pacientes atendidos no ambulatório de infectologia do Hospital Eduardo de Menezes. Condutas padronizadas para esses pacientes visam oferecer uma melhor qualidade na prestação de serviço pelo setor além de facilitar o treinamento de médicos residentes da instituição e de outras instituições conveniadas.

OBJETIVO

Sistematizar o atendimento ao paciente portador de HIV/AIDS em nível ambulatorial.

SIGLAS

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome	HIV - Human Immunodeficiency Virus
ALT - Alanina Aminotransferase	HTLV - Human T Lymphotropic Virus
AST - Aspartato Aminotransferase	LDH - Lactato Desidrogenase
CRIE - Centro de Referência de Imunoterápicos Especiais	MAC - Micobacterium Avium Intracellulare
CV - Carga Viral	PPD - Purified Protein Derivative
EDA - Endoscopia Digestiva Alta	PTT - Tempo de Tromboplastina Ativada
ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay	RIF - Reação de Imunofluorescência
EPF - Exame Parasitológico de Fezes	RNI - Razão Normalizada Internacional
FA - Fosfatase Alcalina	TARV - Terapia Antiretroviral
GGT - Gama Glutamil Transpeptidase	USG - Ultrassonografia
HBsAg - Antígeno de superfície do vírus da Hepatite B	VDRL - Venereal Disease Research Laboratory
	VHS - Velocidade de hemossedimentação

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

1. Consultórios com uma sala de observação;
2. Serviços de Apoio: Cirurgia Geral, Neurologia, Ginecologia, Psiquiatria, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Assistentes Administrativos;
3. Serviços de Apoio Diagnóstico: laboratório de hematologia, imunologia, sorologia, microbiologia, micologia, RX, USG, EDA e colonoscopia;
4. Serviços Externos de Apoio Diagnóstico (Terceirizados): Patologia (Anatomia Patológica), Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética Nuclear, Quantificação de Linfócitos T CD4 e CD8, Carga Viral, Genotipagem para HIV;
5. Medicamentos:
 - Medicamentos Antiretrovirais – fornecidos pelo Ministério da Saúde;
 - Medicamentos para tratamento e profilaxia de infecções oportunistas e doenças sexualmente transmissíveis: antibióticos, antifúngicos e antivirais;
 - Medicamentos para tratamento eventos adversos da terapia antiretroviral: antidiarreicos, drogas hipolipemiantes, hipoglicemiantes.
6. Preservativos.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

Um dos objetivos da abordagem inicial de uma pessoa com diagnóstico de infecção pelo HIV é estabelecer uma sólida relação médico-paciente. O uso de uma linguagem acessível é fundamental para a compreensão dos aspectos essenciais da infecção, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão e do tratamento.

Uma avaliação abrangente deve ser realizada durante as visitas iniciais com um paciente infectado pelo HIV. Isto deve incluir a compreensão do paciente de sua doença e problemas de transmissão. Em um paciente recém-diagnosticado, a avaliação também deve incluir a revisão do estado e disponibilização de apoios sociais e psicológicos ao paciente.

Os itens listados na Tabela 1 servem para estruturar um roteiro que deve ser individualizado a partir das necessidades de cada paciente. A investigação não deve se esgotar na primeira consulta, mas precisa ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes. Esses aspectos podem ser abordados pelo médico ou outro membro da equipe de saúde, conforme as particularidades de cada serviço.

Tabela 1: Roteiro de aspectos a serem abordados nos atendimentos iniciais

Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV • Tempo provável de soropositividade • Contagem de LT-CD4+ ou carga viral anterior • Uso de antirretrovirais e eventos adversos prévios • Compreensão sobre a doença: transmissão, história natural, significado da contagem LT-CD4+ e carga viral • Impacto da terapia antirretroviral combinada (TARV) na morbimortalidade
Abordagem do risco	<ul style="list-style-type: none"> • Práticas sexuais • Utilização de preservativos • História de sífilis e outras DST • Uso de tabaco, álcool e outras drogas • Interesse em reduzir os danos à saúde
História médica atual e passada	<ul style="list-style-type: none"> • História de doença mental • História de tuberculose: prova tuberculínica e tratamento prévio • Doença oportunista prévia ou atual e necessidade de quimioprofilaxia • Outras doenças atuais e/ou pregressas • Imunizações • Uso de outros medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas
História reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo de ter filhos • Estado sorológico do parceiro e filho(s) • Métodos contraceptivos
História psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Reação emocional ao diagnóstico • Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais) • Nível educacional • Condições de trabalho e domicílio • Alimentação
História familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças cardiovasculares e hipertensão • Dislipidemias • Diabetes

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2013.

PACIENTE ASSINTOMÁTICO:

1ª CONSULTA:

1. Anamnese e exame físico completos.
2. Exames Complementares:
 - Hemograma completo;
 - VHS;
 - Atividade da protrombina;
 - RNI;
 - PTT;
 - Bioquímica: glicose, ureia, creatinina, sódio, potássio, proteínas (albumina e globulinas), ácido úrico, colesterol, triglicérides, amilase, AST, ALT, FA, GGT, LDH;
 - Quantificação de linfócitos T CD4 e CD8 e quantificação da CV;
 - PPD;
 - VDRL;
 - EPF;
 - Urina rotina;
 - Raio X de tórax em PA e perfil e dos seios da face;
 - Sorologias: Anti-HIV I e II, HBsAg, Anti-HBc total, anti-HCV, anti-HTLV I e II, ELISA para sífilis, sorologia para Doença de Chagas (RIF e ELISA), ELISA para toxoplasmose.
3. Orientações ao paciente:
 - Uso de preservativo;
 - Possibilidades de tratamento e orientações sobre a doença;
 - Oferecer consulta psicológica;
 - Orientar sobre testagem do(a)s parceiro(a)s;
 - Avaliar necessidade de tratamento odontológico;
 - Encaminhar ao serviço social para orientação sobre seus direitos (FGTS, PIS/PASEP, etc).
4. Retorno em 60 dias com o médico ou mais cedo, se necessário, com a psicologia e enfermagem.

PRIMEIRO RETORNO:

1. Avaliação clínica e dos exames complementares;
2. Avaliar necessidade de iniciar tratamento antiretroviral de acordo com CD4 e carga viral – Consenso Ministério da Saúde;
3. Avaliação oftalmológica;
4. Avaliação do calendário vacinal;
5. Condutas de acordo com o CD4:
 - CD4 < 500: iniciar TARV;
 - CD4 > 500: avaliar início de TARV para todos, principalmente nas condições listadas abaixo:
 - CD4 > 500 células/mm³: iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B;
 - Considerar TARV nas seguintes situações, independente do TCD4:
 - neoplasias não definidoras de AIDS com indicação de quimioterapia ou radioterapia;

- doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham);
 - Coinfecção HIV-HCV;
 - Carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
 - Em associação com o vírus da hepatite B
 - Parceiro(a) sorodiscordante;
 - Gestantes.
- CD4 < 200: profilaxia para *Pneumocystis jirovecii* (antes *P. carinii*) com sulfametoxazol + trimetoprim (400 + 80 mg) – 02 comprimidos 3 vezes por semana;
 - CD4 > 200: vacinação para Pneumococo e Hepatite B no CRIE – Rua Paraíba, nº 890, Savassi – tel.: 3277-7726. Oferecer vacina para gripe nos meses de abril a maio;
 - Para mulheres avaliação ginecológica semestral;
 - Se o PPD for reator (> 5 mm) realizar quimioprofilaxia com isoniazida: 300 mg/dia durante 6 meses;
 - Notificar na ficha do SINAN os casos com CD4 < 500 células/mm³.

RETORNOS POSTERIORES:

1. Os retornos serão marcados a cada 90 dias ou com períodos menores de acordo com a necessidade de cada caso.
2. Avaliação do quadro clínico e laboratorial atuais.
3. Solicitar CD4 e carga viral a cada 4 a 6 meses. Pacientes estáveis clinicamente com bom controle (carga viral indetectável em mais de um exame e com CD4 acima de 500) a solicitação de CD4 é opcional.
4. Solicitar a cada consulta exames laboratoriais para controle de eventos adversos do uso de antiretrovirais: hemograma, glicemia, colesterol, triglicérides, ácido úrico, amilase, AST, ALT, FA, GGT, bilirrubinas.
5. Verificar NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA, vacinação, avaliação oftalmológica e avaliação ginecológica, quando indicadas.
6. Se o paciente estiver em terapia antiretroviral:
Verificar uso correto dos medicamentos, perguntando ao paciente a posologia dos mesmos.
Se o paciente for PPD não reator, repetir 6 meses após o início da terapia e anualmente.

PACIENTE SINTOMÁTICO:

PRIMEIRA CONSULTA:

1. Anamnese e exame físico completos;
2. Solicitar todos os exames do assintomático, acrescentando os indicados de acordo com o quadro clínico do paciente;
3. Estimar o risco cardiovascular de acordo com a escala de Framingham;
4. Realizar rastreamento neurocognitivo;
5. Iniciar tratamento antiretroviral com esquema tríplice para todos os casos, independentemente do CD4 e carga viral;
6. NOTIFICAR todos os casos;

7. Avaliar os casos que necessitam de tratamento de manutenção ou profilaxia secundária:
- Pneumocistose: sulfametoxazol + trimetoprim 800 mg+160 mg diariamente;
 - Neurotoxoplasmose: sulfadiazina 2g/dia + pirimetamina 25 mg/dia + ácido fólico 15 mg/dia;
 - Neurocriptococose: fluconazol 200 mg/dia;
 - MAC: claritromicina ou azitromicina ou ciprofloxacim + etambutol;
 - Herpes genital de repetição (cinco ou mais episódios em um ano): aciclovir 800 mg/dia com reavaliação após 6 meses.

PRIMEIRO RETORNO E RETORNOS POSTERIORES:

Idem para o assintomático.

ITENS DE CONTROLE

1. Resposta clínica e laboratorial (CD4 e CV) a TARV.
2. Eventos adversos clínicos e laboratoriais da TARV.
3. EPF periódico.
4. PPD 6 meses após o início da TARV se negativo na primeira consulta e anualmente se persistir negativo.
5. Exames clínico e laboratoriais de contactantes.
6. Avaliações especializadas (oftalmologia e ginecologia).
7. Número de notificações no SINAN.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: 2013.
2. Todd M Pollack, MD et cols. Primary care of HIV-infected adults. Up to Date, Apr 02, 2014.
3. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practices of infectious diseases – 6th ed.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Consenso de Terapia Antiretroviral para pacientes adultos infectados com HIV/AIDS – versão preliminar 2013.
5. Dubé, M. P, Stein, J. H, Aberg, J. A, et al. Guidelines for the evaluation and management of dislipidemia in human immunodeficiency virus (HIV) – infected adults receiving antiretroviral therapy: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America and the Adult AIDS Clinical Trials Group. Clinical Infectious Diseases, V. 37, p. 613-627, 2003.
6. Rundy, S. M. et al. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. JAMA, V. 285, n.19, p. 2486-2497, 2001.
7. Treating Opportunistic Infections Among HIV – Infected Adults and Adolescents Recommendations from CDC, The National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association/Infectious Diseases Society of America – Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports December 17, 2004/V. 53/No. RR-15.
8. aidsinfo.mn.gov, GUIDELINES ON 5-2-2014.