

Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS

Última revisão: 19/07/2019
Estabelecido em: 03/12/2005

Responsáveis / Unidade

Letícia Mattos Menezes | Médica – HEM
João Gentilini Fasciani de Castro | Médico – HEM
Leonardo Soares | Médico – HEM
Dario Brock Ramalho | Médico – HEM
Tânia Maria Marcial | Médica – HEM

Colaboradores

Validadores

Profissionais do Ambulatório de Infectologia do HEM

Revisão (2019)

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 anos.

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 a 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. 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-Barré.

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 as doenças oportunistas. A infecção pelo HIV aumenta 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 descritas.

O surgimento de condições não relacionadas com a AIDS destaca o importante papel do atendimento médico e tratamento ambulatoriais do paciente infectado pelo HIV centrado não apenas no monitoramento do uso da TARV e no controle de infecções, como também na prevenção de doenças cardiovasculares e degenerativas como doença renal crônica, osteoporose e neoplasias.

Os pacientes infectados com HIV/AIDS representam cerca de 80% dos pacientes atendidos no ambulatório de infectologia do Hospital Eduardo de Menezes. Conduas 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, Urologia, Proctologia, Psiquiatria, Gastroenterologia, Reumatologia, 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 de 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 de um paciente infectado pelo HIV. Isto deve incluir a avaliação da compreensão do paciente de sua doença, estágio de tratamento, prognóstico e questões de transmissibilidade. Em um paciente recém-diagnosticado,

a avaliação também deve incluir a revisão do estado clínico geral, rastreamento minucioso de infecções oportunistas 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, tendo em vista que a grande carga de informações pode prejudicar a compreensão do paciente dos pontos mais importantes, e por isso 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
História Social	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho Com quem reside Relacionamento atual •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

História familiar	<ul style="list-style-type: none"> •Doenças cardiovasculares e hipertensão •Dislipidemias •Diabetes Neoplasias
-------------------	--

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:
 - Quantificação de linfócitos T CD4 e CD8 e quantificação da CV;
 - Hemograma completo;
 - Atividade da protrombina;
 - RNI;
 - PTT;
 - Bioquímica: glicose, ureia, creatinina, sódio, potássio, proteínas (albumina e globulinas), colesterol, triglicérides, amilase, AST, ALT, FA, GGT, Bilirrubinas, LDH;
 - 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.
5. Notificar caso na ficha do SINAN

PRIMEIRO RETORNO:

1. Avaliação clínica e dos exames complementares;
2. Iniciar tratamento antiretroviral
3. Avaliação oftalmológica;
4. Avaliação do calendário vacinal;
5. Condutas de acordo com o CD4:

- CD4 < 200: profilaxia para *Pneumocystis jirovecii* (antes *P. carinii*) com sulfametoxazol + trimetoprim (400 + 80 mg) – 02 comprimidos 3 vezes por semana; Oferecer vacina para gripe nos meses de abril a maio;
- CD4 > 350 : vacinação para Pneumococo, Meningococo Hepatite B, Hepatite A, Febre Amarela, Dupla Adulto, HPV (se até 26 anos) 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 a 9 meses;

RETORNOS POSTERIORES:

1. Os retornos serão marcados a cada 120 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 350) a solicitação de CD4 não é necessária.
4. Solicitar a cada consulta exames laboratoriais para controle de eventos adversos do uso de antiretrovirais: hemograma, uréia e creatinina, glicemia, colesterol, triglicérides, ácido úrico, amilase, AST, ALT, FA, GGT, bilirrubinas. Solicitar anualmente: EAS,Teste treponêmico ou VDRL(para pacientes com histórico prévio de sífilis) e anti-HCV.
5. Verificar vacinação. Avaliar conversão de antiHBS e antiHAV.
6. Verificar NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA, , avaliação oftalmológica e avaliação ginecológica, quando indicadas.
7. Quanto a terapia antiretroviral:
Verificar uso correto dos medicamentos, perguntando ao paciente sua identificação e posologia . Sempre reforçar a importância da adesão.
Avaliar tolerância à TARV (função renal, insônia, cefaleia, náuseas, mal-estar, diarreia, etc.) e potenciais interações medicamentosas (principalmente se uso de Inibidores de Protease).
8. Se o paciente for PPD não reator, repetir 6 meses após o início da terapia e anualmente.
9. Estimar o risco cardiovascular de acordo com a escala ASCVD; Avaliar necessidade de uso regular de estatinas, aspirina e fibratos.
10. Calcular o Clearance de Creatinina e avaliar necessidade de alteração de drogas nefrotóxicas.

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 . NOTIFICAR todos os casos;
- 6 . 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;
- 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.

ÍTEMS 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 Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e Hepatites . Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília:2018 .
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. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. 2ª edição Brasília, DF: 2019.
5. Dubé, M. P, Stein, J. H, Aberg, J. A, et al. Guidelines for the evaluation and management of dislipidemia in human immunodeficiency vírus (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.