

Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS



006

ESTABELECIDO EM
03/12/2005

ÚLTIMA REVISÃO EM
31/08/2009

NOME DO TEMA //

Acompanhamento Ambulatorial do Paciente com HIV/AIDS

RESPONSÁVEIS – UNIDADE //

Dra. Tânia Maria Marcial – HEM

Dr. João Gentilini Fasciani de Castro – HEM

COLABORADORES //

Dra. Giselle L. B. Cuconato – HRJP

VALIDADORES //

Profissionais do Ambulatório de Infectologia do Hospital Eduardo de Menezes

INTRODUÇÃO / RACIONAL

Os pacientes infectados com HIV/AIDS representam cerca de 80% dos pacientes atendidos no ambulatório 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 de HIV/AIDS em nível ambulatorial.

MATERIAL/PESSOAL NECESSÁRIO

1. Consultórios com uma sala de observação;
2. Serviços de Apoio: Cirurgia Geral, Neurologia, Ginecologia, Psiquiatria, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Auxiliares de Enfermagem, Assistentes Administrativos;
3. Serviços de Apoio Diagnóstico: laboratório de hematologia, imunologia, 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 CD4 e CD8, Carga Viral, Genotipagem para HIV.
5. Medicamentos:
Medicamentos Antiretrovirais – fornecidos pelo MS; Medicamentos para tratamento e profilaxia de infecções oportunistas: antibióticos, antifúngicos e antivirais;
Medicamentos para tratamento eventos adversos da terapia antiretroviral: antidiarreicos, drogas hipolipemiantes, hipoglicemiantes.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

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 CD4 e CD8 e quantificação da CARGA VIRAL (CV).
 - PPD; VDRL; EPF; Urina Rotina;
 - RX de tórax em PA e Perfil e RX 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 Chagas (RIF e ELISA), ELISA para toxoplasmose.
3. Orientações ao paciente:
 - Uso de preservativo;
 - Possibilidades de tratamento;
 - Oferecer consulta psicológica;
 - Avaliar necessidade de tratamento odontológico;
 - Encaminhar ao serviço social para orientação sobre seus direitos (FGTS,

- PIS/PASEP, etc).
4. Retorno em 60 a 90 dias.

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. Conduitas de acordo com o CD4:
 - CD4 < 200 – iniciar terapia antiretroviral; 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 – Santa Casa de Belo Horizonte. Oferecer vacina para gripe nos meses de abril a maio;
 - Para mulheres avaliação ginecológica semestral;
 - Se o PPD for reator (> a 5 mm) realizar quimioprofilaxia com isoniazida: 300 mg/dia durante 6 meses;
 - Notificar na ficha do SINAN os casos com CD4 < 350 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.
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 remédios.
 - 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. Iniciar tratamento antiretroviral com esquema tríplice para todos os casos, independentemente do CD4 e Carga Viral;
4. NOTIFICAR todos os casos;
5. 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; Neurocriptocose: fluconazol 200 mg/dia;

- MAC: claritromicina ou azitromicina ou ciprofloxacim + etambutol;
- Herpes genital de repetição: 5 ou mais episódios em 1 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 da TARV clínicos e laboratoriais;
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 laboratorial de contactantes;
6. Avaliações especializadas (oftalmologia e ginecologia);
7. Número de notificações SINAN.

SIGLAS //

- USG – Ultrassonografia
- EDA – Endoscopia Digestiva Alta
- CRIE – Centro de Referência de Imunoterápicos Especiais
- MAC – *Micobacterium avium intracellulare*
- TARV – Terapia Antiretroviral
- AST – Aspartato Aminotransferase
- ALT – Alanina Aminotransferase
- RIF – Reação de Imunofluorescência

REFERÊNCIAS // **GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA**

1. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practices of infectious diseases – 6th ed.	D
2. Consenso de Terapia Antiretroviral para pacientes adultos infectados com HIV/AIDS – http:// www.hopkins-aids.edu acessado a partir de 2004 até a presente data.	D
3. DUBÉ, M.P., STEIN, J.H., ABERG, J.A., <i>et al.</i> 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. <i>Clinical Infectious Diseases</i> , V. 37, p. 613-627, 2003.	D
4. RUNDY, S.M. <i>et al.</i> 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. <i>JAMA</i> , V. 285, n.19, p. 2486-2497, 2001.	D
5. 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 – <i>Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports</i> December 17, 2004/V. 53/No. RR-15.	D

TEXTO SUBSIDIÁRIO //

1. Consenso de Terapia Antiretroviral para pacientes adultos infectados pelo HIV/AIDS – Ministério da Saúde – 2004.

www.aids.gov.br