



NOTA TÉCNICA 04/08

ASSUNTO: UTILIZAÇÃO DOS TESTES RÁPIDOS ANTI-HIV EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.

O teste rápido anti-HIV é um teste de detecção de anticorpos para o HIV que se mostram rápidos (aproximadamente 30 minutos), de baixo custo, altamente específicos e sensíveis, fáceis de usar e interpretar. Em Santa Catarina, estes testes são utilizados restritamente como **triagem** para a Redução da Transmissão Vertical e tem o objetivo de detectar, mesmo que tardiamente, as puérperas HIV positivas que não tiveram acesso ao diagnóstico durante o pré-natal, assim como também ajuda a decidir sobre a terapêutica a ser utilizada para risco de exposição ocupacional ao HIV.

1. INDICAÇÕES PARA O USO DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV

O seu uso não é dirigido primariamente para fins diagnósticos e sim para ocasiões onde existe a necessidade de se avaliar e decidir rapidamente sobre a utilização de profilaxia medicamentosa para a infecção pelo HIV. Isso ocorre, principalmente, nos casos de:

- ✓ Profissionais de saúde que tenham tido exposição ocupacional de risco;
- ✓ Gestantes prestes a entrar em trabalho de parto, ou já em trabalho de parto, e que não tenham sido testadas para o HIV no pré-natal (ou cujo resultado não esteja disponível) ou mesmo quando há resultado disponível no 1º trimestre e não há registro de exames no 3º trimestre da gestação (conforme Ofício circular nº 05/07, 19 de janeiro de 2007).

Tendo em vista que não se trata de um exame com fim diagnóstico e que o resultado é considerado como provisório, pode ser aceito a realização de um único teste rápido para se tomar uma decisão terapêutica de emergência. Nesse caso, é **imprescindível** que a amostra reagente ou o paciente seja encaminhado o mais rápido possível, e em caráter prioritário, para realização de testes confirmatórios.

2. SITUAÇÃO: REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

Considerando-se que a principal via de infecção pelo HIV na população infantil é a transmissão vertical, e que diversos estudos realizados até o momento demonstraram uma redução importante da transmissão vertical (65%) com o uso da profilaxia na gestação, no parto e no recém-nascido, é altamente recomendável à garantia do acesso ao acompanhamento pré-natal e aos testes para diagnóstico do HIV a todas as gestantes durante este período.

Entretanto, muitas mulheres chegam ao trabalho de parto sem terem feito o pré-natal. Para estas mulheres, a única oportunidade de terem acesso a um teste anti-HIV é na hora do parto, o que traz questionamentos sobre aspectos éticos da própria testagem e do aconselhamento nesta situação.

Durante o trabalho de parto para mulheres sem atendimento pré-natal, ou cujo resultado do teste não se encontra disponível, o teste rápido pode ser usado para a indicação de profilaxia com zidovudina na mãe e no recém-nascido em tempo hábil para a intervenção.

Obviamente, o momento do parto não é uma situação ideal para aconselhamento e indicação de um teste anti-HIV. Entretanto, negar à mulher a oportunidade de ser testada e não fornecer o tratamento adequado ao recém-nascido, uma vez que tal terapia encontra-se

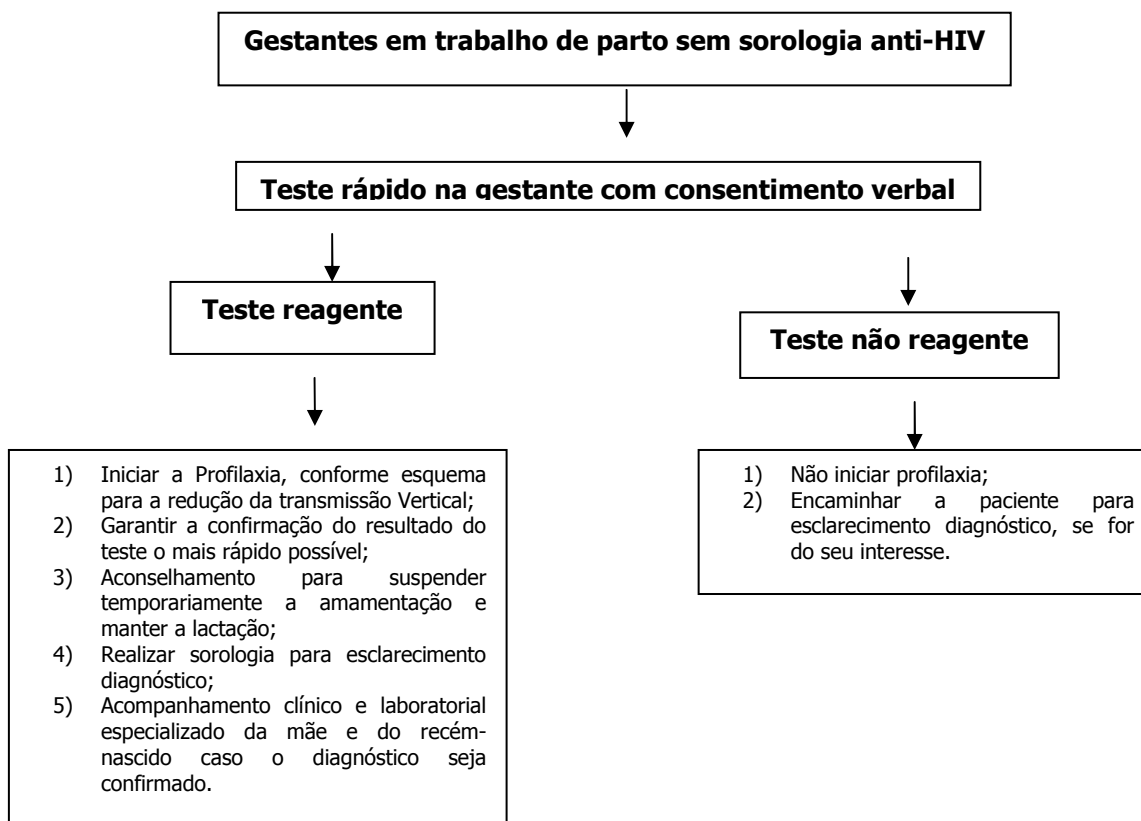
disponível e que reduz significativamente a chance da criança contrair o HIV, parece mais danoso do que qualquer discussão sobre a propriedade da testagem no momento do parto.

Como se trata de uma situação de emergência com risco de vida para terceiros (no caso o recém-nascido) e a eficácia da quimioprofilaxia é bastante elevada, recomenda-se a realização do teste rápido na gestante em trabalho de parto com o consentimento verbal da paciente. As mulheres que apresentarem resultado não reagente não teriam indicação para uso profilático de zidovudina. As mulheres que apresentarem resultado reagente ao teste rápido devem receber a quimioprofilaxia, serem informadas do risco de transmissão pelo leite materno e aconselhadas a não amamentar e encaminhadas para confirmação sorológica, de acordo com as recomendações técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV. Porém, é importante enfatizar que o uso da zidovudina, durante o trabalho de parto e no recém-nascido, deve ser feito e mantido por indicação médica até a elucidação diagnóstica do caso.

Considerando-se que em populações de baixa prevalência para a infecção pelo HIV, como é o caso das gestantes (prevalência de infecção pelo HIV estimada entre 0,4% no Brasil), é esperado a ocorrência relativamente freqüente de exames falso positivos. Isto posto, recomenda-se que as parturientes com resultado reagente ao teste rápido sejam informadas da possibilidade de estarem infectadas, mas que pode tratar-se de um resultado falso positivo. Elas e seus recém-nascidos devem receber a intervenção com AZT. Além disso, as puérperas devem ser orientadas a suspender a amamentação, mantendo a lactação até a confirmação do diagnóstico.

Assim, entende-se que os testes rápidos reativos serão considerados provisoriamente positivos, para fins de iniciação das medidas profiláticas. Desta forma, nova amostra de soro deverá ser obtida para posterior confirmação e aconselhamento à gestante, segundo o fluxograma proposto pelo Ministério da Saúde. Abaixo se encontra um algoritmo que resume a conduta recomendada para uso de teste rápido em gestantes para indicação de uso de zidovudina como profilaxia da transmissão vertical do HIV.

FLUXOGRAMA PARA USO DE TESTES RÁPIDOS DE HIV EM GESTANTES



3. SITUAÇÃO: EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL AO HIV

Nesta situação, o uso de testes rápidos no paciente-fonte do material biológico ao qual o profissional de saúde foi exposto se justifica pelo fato de haver um curto período de tempo para se iniciar a terapêutica profilática com anti-retroviral no acidentado, que reduz o risco de infecção em pelo menos 80%. Nesses casos, a terapia anti-retroviral deve ser iniciada preferencialmente entre 1 e 2 horas (e no máximo 72 horas) após a exposição de risco, e mantida por um período de 4 semanas.

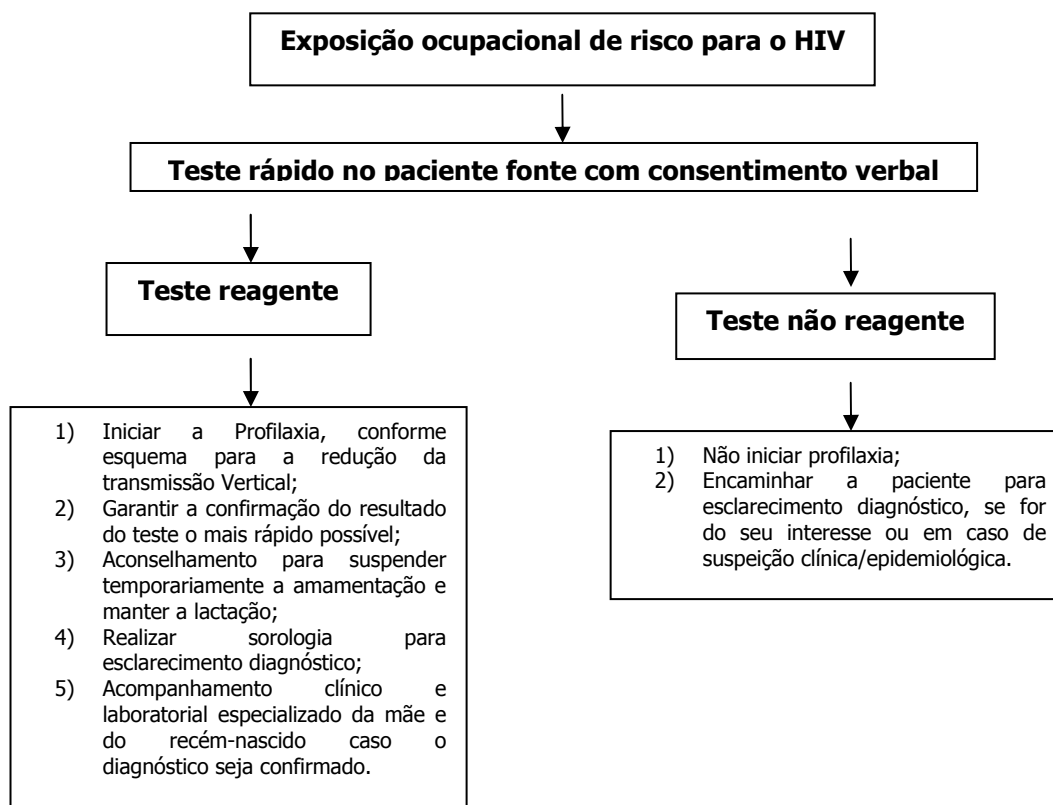
Sempre que possível, a solicitação de teste do paciente-fonte deverá ser feita com o seu consentimento, informando-o sobre a natureza do teste, o significado dos seus resultados e as implicações para o profissional de saúde envolvido no acidente.

O achado de um resultado não-reagente evita o início ou a manutenção desnecessária da quimioprofilaxia anti-retroviral para o profissional de saúde acidentado. Porém, a ocorrência de resultados falso-negativos, deve ser sempre levada em conta na avaliação de qualquer teste anti-HIV em função dos dados clínicos e epidemiológicos do paciente. Portanto, em casos de alta suspeição, recomenda-se uma investigação laboratorial mais detalhada.

É importante compreender que os testes rápidos nessa situação estão sendo indicados para se decidir pelo uso de uma quimioprofilaxia de emergência no acidentado, **não são considerados testes definitivos para o diagnóstico da infecção no paciente-fonte**, o qual somente deverá receber o resultado final de sua sorologia anti-HIV após a realização de testes anti-HIV, conforme o fluxograma para testagem diagnóstica específico do Ministério da Saúde (Portaria MS nº 59).

Abaixo se encontra um algoritmo que resume as ações recomendadas para uso de teste rápido nesta situação.

FLUXOGRAMA PARA O USO DE TESTE RÁPIDO PARA HIV EM SITUAÇÃO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL



PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL: EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

GESTANTES

- ✓ Gestantes com resultado reagente ao teste rápido ou com diagnóstico positivo do HIV no pré-natal (registro na carteira da gestante) deverão ser realizados a profilaxia anti-retroviral.

Peso da Paciente		40 Kg	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	90 Kg
ATAQUE (2mg /Kg) Correr na primeira hora	Quantidade De AZT	08 ml	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml	18 ml
	Nº de gotas/minuto	36 gts/min	37 gts/min	37 gts/min	38 gts/min	39 gts/min	39 gts/min
MANUTENÇÃO (1MG/Kg /hora) Em infusão contínua	Quantidade De AZT	04 ml	05 ml	06 ml	07 ml	08 ml	09 ml
	Nº de gotas/minuto	35 gts/min	35 gts/min	35 gts/min	36 gts/min	36 gts/min	36 gts/min

RECÉM-NASCIDO

- ✓ Os filhos de gestante sabidamente HIV positivo devem receber AZT solução oral, iniciando preferencialmente nas duas primeiras até a 8^o hora e ser mantida até a 6^o semana de vida (42 dias);
- ✓ Não existe evidência de benefício quando a administração do AZT para o neonato é iniciada após 48 horas de vida.

ESQUEMA POSOLÓGICO DO AZT NO RECÉM NASCIDO

AZT – solução oral, 10mg/ml, iniciar preferencialmente até a 2^o hora após o parto.

- Quando a mãe recebe o esquema completo do AZT (dose de ataque e manutenção) o AZT no recém-nascido pode ser iniciado até 8^a horas após o parto;
- Quando a mãe não receber a dose completa, a recomendação de iniciar o AZT logo após o parto (até a 2^a hora) é obrigatória.

Dose diária: 2mg/Kg a cada 6 horas, durante 6 semanas (42 dias)

EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

- ✓ A indicação da quimioprofilaxia para a exposição ocupacional deve ser avaliada cuidadosamente, considerando-se o risco do paciente-fonte estar ou não infectado pelo HIV, a gravidade da exposição e o potencial benefício da medicação anti-retroviral;
- ✓ Sempre que indicada, a profilaxia deve ser iniciada o mais breve possível, preferencialmente nas primeiras horas após o acidente e no máximo até 72 horas e a duração é de 28 dias;
- ✓ O profissional exposto deve ser submetido à sorologia anti-HIV o mais breve possível para verificar sua condição sorológica anterior ao acidente. Em caso de resultado negativo, deve-se repetir o exame após **seis e doze** semanas e após **seis** meses;
- ✓ Recomenda-se em situações de menor risco o uso de duas drogas anti-retrovirais ITRN, preferencialmente AZT com 3TC. Em situações de maior risco, recomenda-se o uso de esquemas potentes, com a adição de um IP (lopinavir/r) preferencialmente;
- ✓ Para mais informações, consultar o documento "Recomendações para o Atendimento e Acompanhamento de Exposição Ocupacional a Material Biológico: HIV e Hepatite B e C", 2004, do Ministério da Saúde, em www.aids.gov.br

ESQUEMA PROFILÁTICO:

1ª escolha	Com 2 drogas	Com 3 drogas
	AZT + 3TC	- AZT + 3TC + LPV/r, ou
		- AZT + 3TC + EFZ ¹ , ou
		- AZT + 3TC + ATV/r, ou
		- AZT + 3TC + IDV/r
2ª escolha: (contra-indicação ao AZT ²);	Com 2 drogas	Com 3 drogas
	d4T + 3TC	- d4T+3TC + LPV/r, ou
		- d4T+3TC + EFZ ¹ ou
		- d4T+3TC + ATV/r, ou
		- d4T+3TC + IDV/r
Alternativa (contra-indicação ao AZT e d4T ³)	Com 2 drogas	Com 3 drogas
	TDF ⁴ + 3TC	- TDF + 3TC + LPV/r, ou
		- TDF + 3TC + EFZ ¹ , ou
		- TDF + 3TC + ATV/r, ou
		- TDF + 3TC + IDV/r

¹ - O EFZ não deve ser utilizado em mulheres grávidas ou com possibilidade de gravidez durante o período de quimioprofilaxia, pela possibilidade de efeito teratogênico.

² - Contra-indicação ao AZT entendido como: hemoglobina < 8,0g % e/ou contagem de neutrófilos <500/mm³.

³ - Contra-indicação ao d4T entendido como: pancreatite e/ou neuropatia periférica.

⁴ - O TDF pode ser indicado em casos de intolerância ou resistência presumida ao AZT e ao d4T maiores de 18 anos e que não tenham lesão renal prévia, embora haja menor experiência clínica de seu uso em situações de profilaxia pós-exposição ocupacional ao HIV (em relação ao uso de AZT). Para seu uso, deve-se considerar também a dificuldade logística e incremento potencial no custo.

OBS - Considerar outros esquemas anti-retrovirais, em função da possibilidade de exposição a vírus resistente quando o paciente-fonte for multi-experimentados em TARV.

OBSERVAÇÕES

- ✓ Drogas não recomendadas para uso inicial em profilaxia pós-exposição ocupacional: ABC, ddC, associação de ddI e d4T;
- ✓ A NVP não deve ser incluída nos esquemas profiláticos sem avaliação de especialista, em razão dos graves efeitos colaterais relatados, como hepatotoxicidade e falência hepática, rabdomiólise e Síndrome de Stevens-Johnson;
- ✓ EFZ não pode ser utilizado em gestantes ou em mulheres com possibilidade de engravidar, em razão da possibilidade da ocorrência de efeitos teratogênicos; pode ser utilizado em homens mais livremente;
- ✓ Enfuvirtida (T20) não deve ser utilizada como profilático, exceto em situações especiais e sob orientação de especialista.

CARACTERÍSTICAS DO ACIDENTE

+ **GRAVE:** agulhas com lúmen/grosso calibre, lesão profunda, sangue visível no dispositivo usado ou agulha usada recentemente em artéria ou veia do paciente.
- **GRAVE:** lesão superficial, agulha sem lúmen.
PEQUENO VOLUME: poucas gotas de material biológico de risco, curta duração.
GRANDE VOLUME: contato prolongado ou grande quantidade de material biológico de risco.

OBSERVAÇÕES

(1) Estudos em exposição sexual e transmissão vertical sugerem que indivíduos com carga viral < 1500 cópias/ml apresentam um risco muito reduzido de transmissão do HIV.

(2) Quando a condição sorológica do paciente-fonte não é conhecida ou o paciente-fonte é desconhecido, o uso de PEP deve ser decidido em função da possibilidade da transmissão do HIV, que dependerá da gravidade do acidente e da probabilidade de infecção pelo HIV deste paciente (locais com alta prevalência de indivíduos HIV+ ou história epidemiológica para HIV e outras DST). Quando indicada, a PEP deve ser iniciada e sua manutenção reavaliada manutenção de acordo com o resultado da sorologia do paciente-fonte (nos casos que envolverem pacientes-fontes conhecidos).

* **3 drogas** = esquema de 2 drogas ITRN + inclusão 1 IP.

** **2 drogas** = 2 ITRN. Considerar, naqueles indivíduos assintomáticos e sem nenhuma informação complementar laboratorial, a possibilidade de utilizar três drogas.

*****Considerar** – indica que a PEP é opcional e deve ser baseada na análise individualizada da exposição e decisão entre o acidentado e o médico assistente.

Materiais biológicos **com** risco ocupacional de transmissão do HIV: sangue, sêmen, secreção vaginal, líquido, tecidos, exsudatos inflamatórios, cultura de células, líquidos pleural, pericárdico, peritoneal, articular e amniótico.

Materiais biológicos **sem** risco ocupacional de transmissão do HIV: suor, urina, fezes, escarro/secreções nasais, vômitos, lágrima e saliva – a presença de sangue nestes materiais torna-os infectantes, ou seja, de risco.

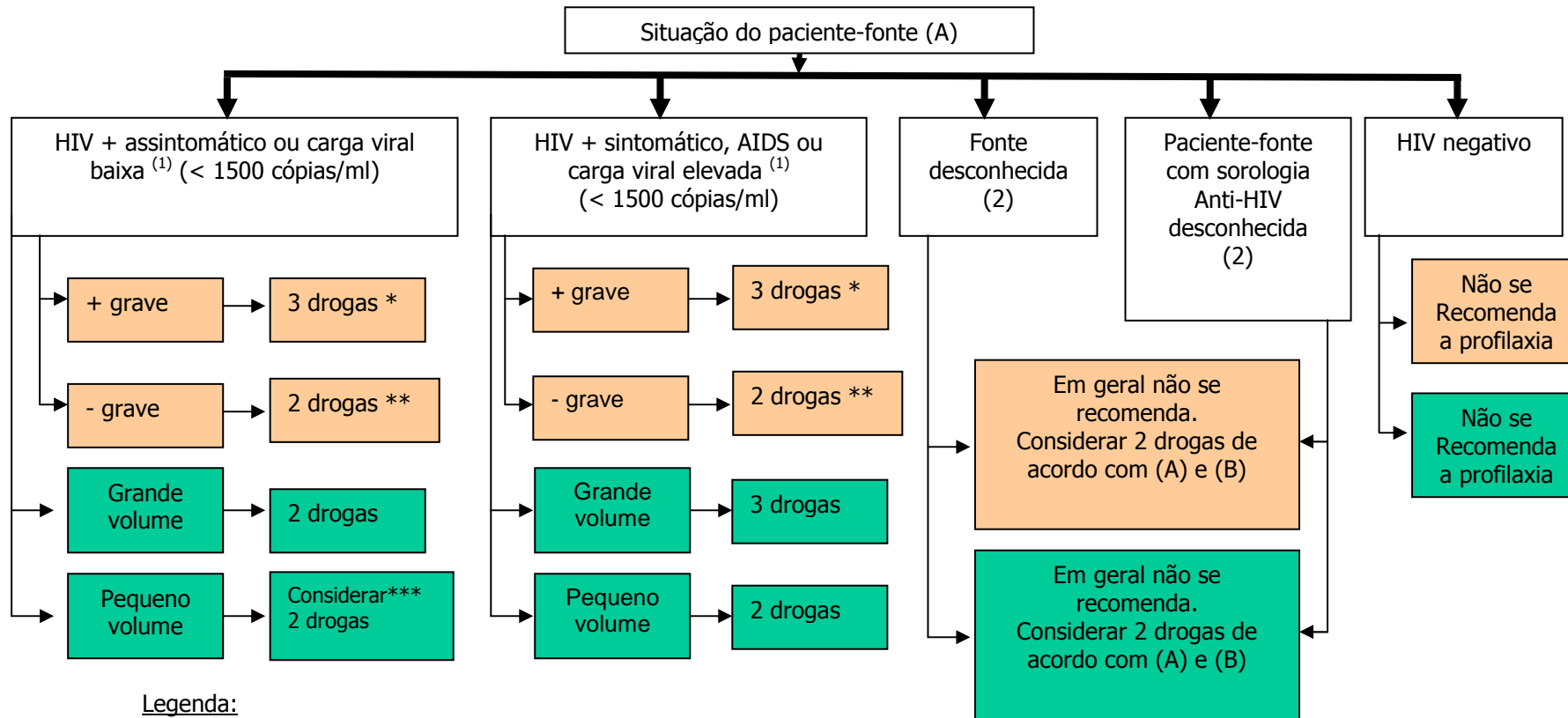
“A utilização dos testes rápidos não tem validade se não dispomos em tempo hábil a profilaxia indicada para os resultados reagentes”.

Florianópolis, 12 de agosto de 2008.

Iraci Batista da Silva
Gerente de Vigilância das DST/HIV/Aids

Luis Antonio Silva
Diretor da DIVE/SES/SC

FLUXOGRAMA DA PROFILAXIA ANTI-RETROVIRAL APÓS EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO COM RISCO PARA TRANSMISSÃO DO HIV



Legenda:



Exposição percutânea



Exposição de membrana mucosa e pele não íntegra