

*Manejo das Hepatites Virais B e C, Sífilis e Coinfecções
Papel da Atenção Primária em Saúde*

ATUALIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PORTADOR DO HIV / AIDS

Eduardo Campos de Oliveira
Infectologista
DIVE
HRSJDHMG
Hospital Nereu Ramos

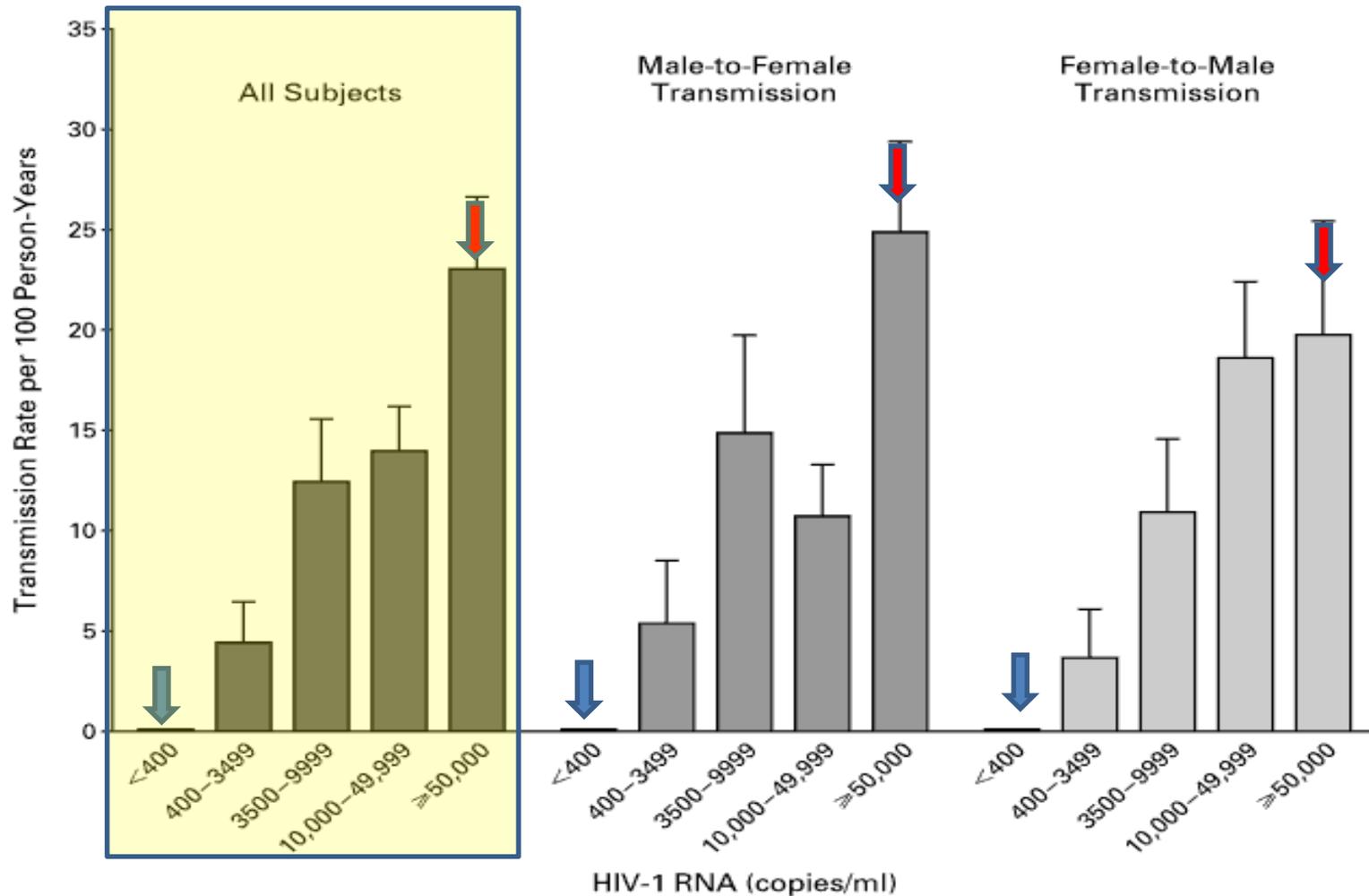
Florianópolis, 10 e 11 de agosto de 2015



HIV/AIDS

- 1. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS.**
- 2. PCDT – TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV**
- 3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA: NOTIFICAÇÃO DO HIV**

CARGA VIRAL E RISCO DE TRANSMISSÃO SEXUAL

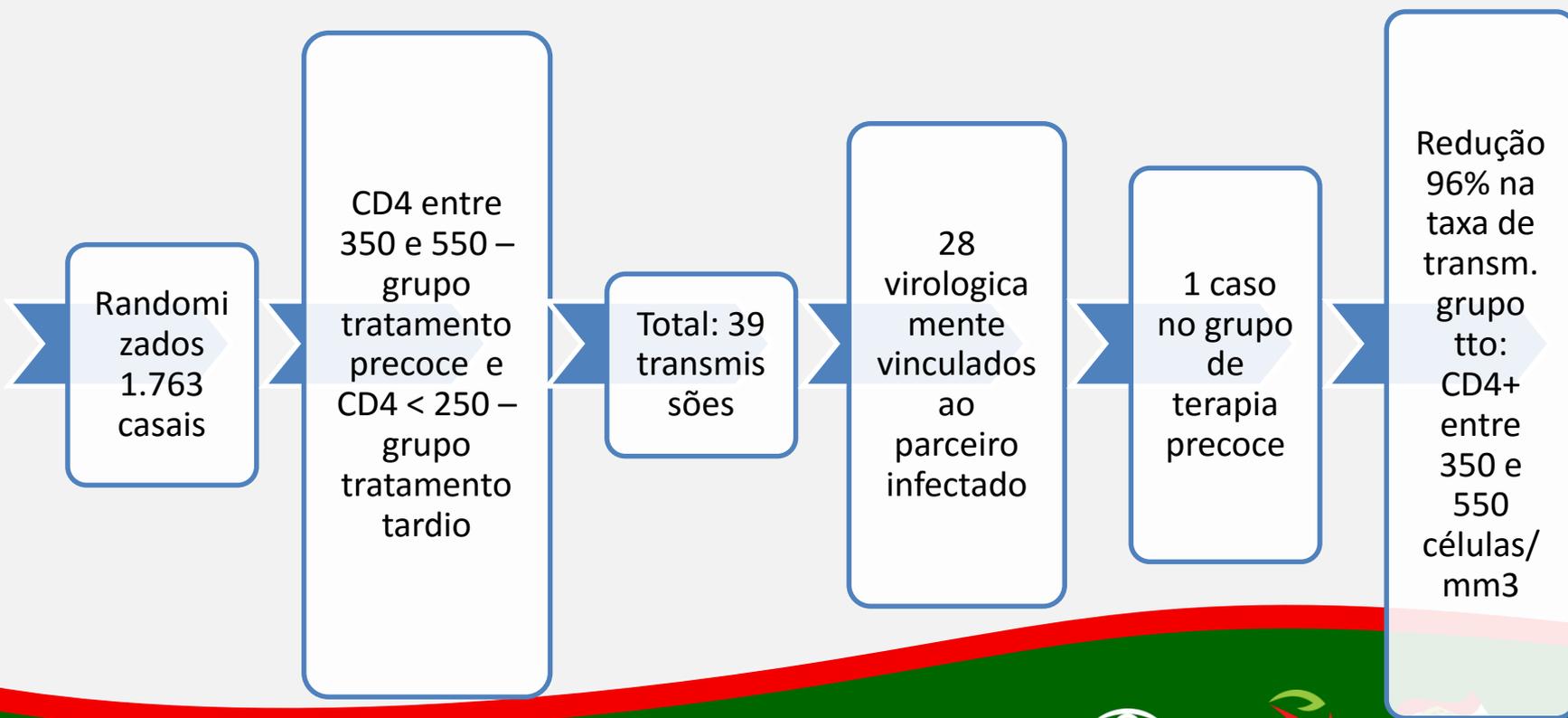


Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group.

N Engl J Med 2000 Mar 30;342(13):921-9.

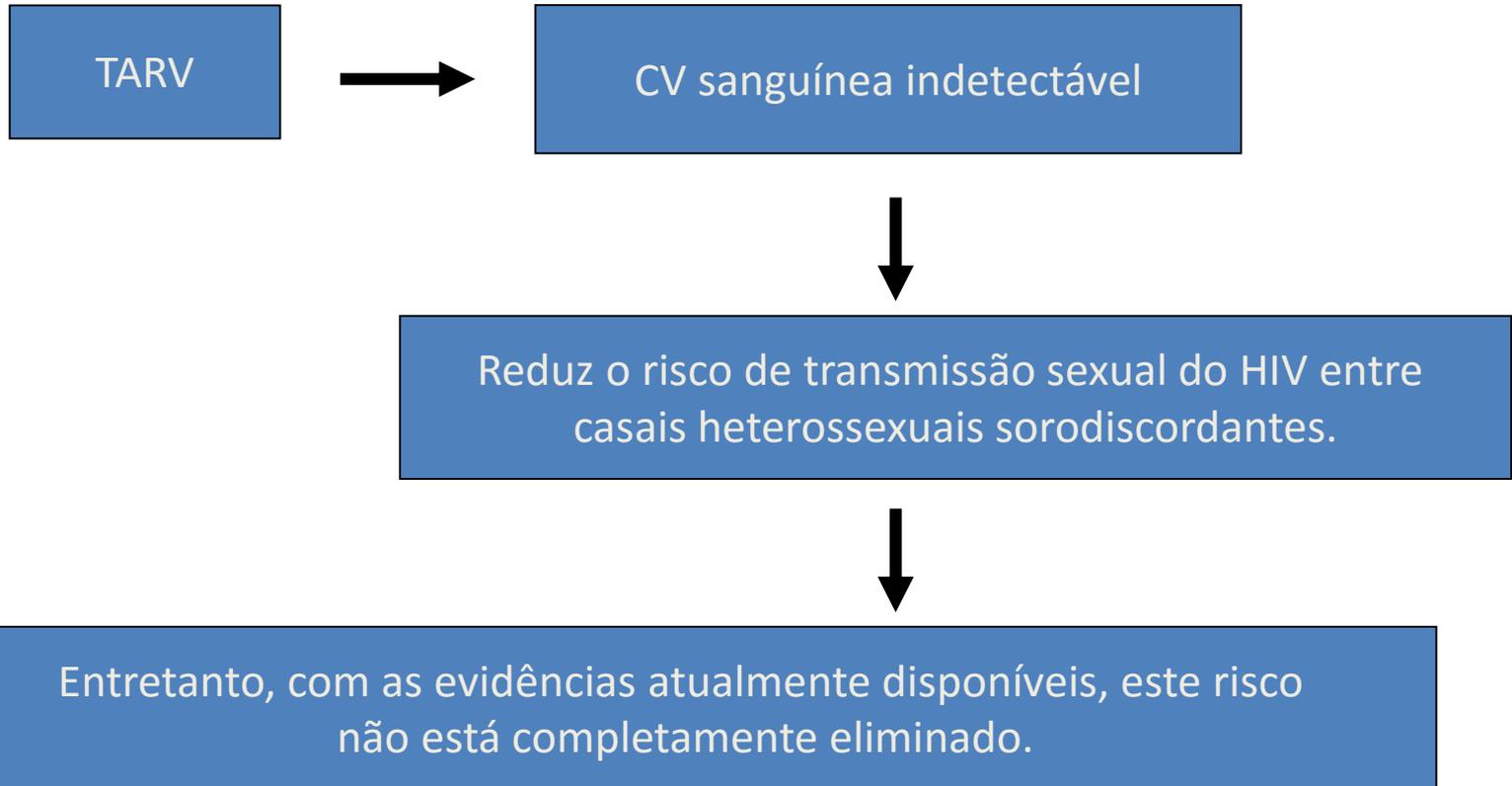
Tratamento e Prevenção

- Estudo HPTN 052: ensaio clínico randomizado - avaliar a transmissão sexual do HIV entre casais sorodiscordantes



(Cohen et al, 2011).

Pode-se considerar



(Donnell et al. 2010; Atia et al. 2009)

Infecção pelo HIV e inflamação crônica

- A infecção pelo HIV desencadeia alterações inflamatórias durante todo o curso da infecção.
- Produção elevada de mediadores químicos pró-inflamatórios – ativação de reação inflamatória.
- A população de LT-CD4+ é intensamente infectada e destruída, ocasionando uma “quebra de barreira imune”, principalmente intestinal.
- A perda da imunidade local facilita a disseminação de produtos bacterianos para circulação sanguínea e contribui sobremaneira para o processo de disfunção e ativação imune.

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA, PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS

Meta 90/90/90 em 2020

Diagnóstico



Tratamento
(Adesão + Retenção + Vinculação)



Supressão viral

90%

Testado

90%

Em tratamento

90%

Carga viral suprimida

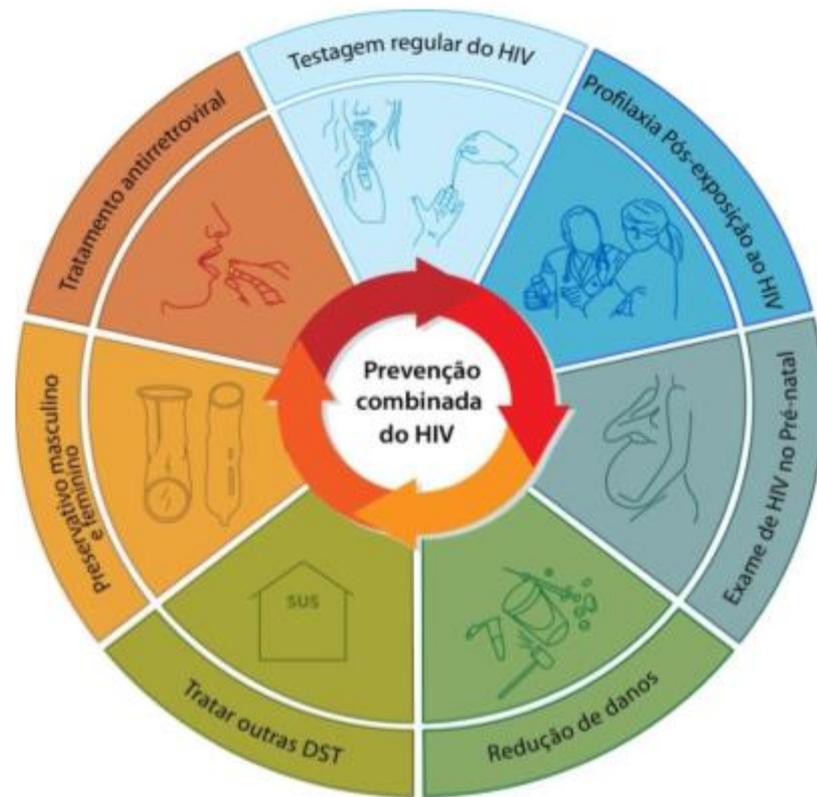
Compromisso de acabar com a epidemia até 2030

Prevenção Combinada

- Adotada no Brasil em dezembro de 2013
- Impacto relevante na epidemia

Possibilita várias formas de prevenção ao HIV:

- Práticas de sexo seguro
- Testagem regular de HIV
- Testagem no pré-natal
- Adesão ao tratamento antirretroviral
- Redução de danos
- Profilaxia pós-exposição (PEP)
- Diagnóstico e tratamento das IST



PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPEUTICAS

PCDT - HIV adultos - 2013

Quando iniciar a TARV

Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4

Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA.

Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4

Gestantes

Iniciar TARV

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS

PCDT - HIV adultos - 2013

Assintomáticos	
CD4 \leq 500 células/mm ³	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm ³	Iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B
	Considerar TARV nas seguintes situações:
	<ul style="list-style-type: none">• 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)• coinfeção HIV-HCV• carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/mL
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o início do tratamento

PCDT - HIV adultos - 2013

Exames complementares para abordagem inicial

- Hemograma
- Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV
- Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)
- Exame parasitológico de fezes
- Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)
- Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBs Ag, anti-HBcT e anti-HBs para verificação de imunização)
- IgG para toxoplasma
- Sorologia para HTLV I e II e Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas)
- Dosagem de lipídios
- Glicemia de jejum
- Prova tuberculínica (PT)
- Radiografia de tórax

PCDT - HIV adultos - 2013

Exames de seguimento – adaptado do *Guidelines DHHS Panel 2011*

Exame	Pré-TARV	Seguimento	Observação
Hemograma	Sim	3-6 meses	Repetir com maior frequência em pacientes sintomáticos ou em uso de medicamentos mielotóxicos
Contagem de LT-CD4+	Sim	6 meses	Intervalo de 6 meses para pacientes em TARV com estabilidade imunológica (LT-CD4+ > 200 em duas aferições)
Carga viral (CV)	Sim	6 meses	Repetir 2 a 3 meses após o início/troca de TARV para avaliação da resposta virológica
Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)	Sim	Anual	Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV

PCDT - HIV adultos - 2013

Cálculo do clearance da creatinina ou Taxa de filtração glomerular¹	Sim	Anual , em pacientes com maior risco de insuficiência renal (diabéticos, coinfectados com HCV, negros, hipertensos)	Intervalo de 3-6 meses em pacientes em TARV
Escore de risco cardiovascular de Framingham²	Sim	Anual	Homens > 40 anos e mulheres > 50 anos, na ausência de riscos cardiovasculares
Prova tuberculínica (PT)	Sim	Anual , caso o exame inicial seja < 5 mm	Indicar tratamento da infecção latente quando PT ≥ 5mm
Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)	Sim	6 meses	
Anti-HCV	Sim	Anual , em caso de sorologia não reagente	
Dosagem de lipídios	Sim	Anual	
Glicemia de jejum	Sim	Anual	Considerar teste de tolerância a glicose caso o resultado da glicemia de jejum esteja entre 100 e 125 mg/dL
Densitometria óssea		2-5 anos (mulheres pós menopausa e homens após 50 anos)	
Fundoscopia		6 meses , em indivíduos com LT- CD4+ < 50 células/mm ³	

1 <http://www.sbn.org.br/equacoes/eq1.htm>; <http://mdrd.com/>

2 http://dab.saude.gov.br/cnhd/score_framingham/framingham.php

PCDT - HIV adultos - 2013

Rastreamento das neoplasias			
Local	Pacientes	Procedimento	Frequência
Mama	Mulheres acima de 40 anos	Mamografia	Anual
Colo uterino	Mulheres sexualmente ativas	Papanicolau	Anual; realizar colposcopia na presença de alterações patológicas
Ânus	Relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal	Toque retal e Papanicolau anal	Anual; realizar anoscopia na presença de alterações patológicas
Fígado	Pacientes cirróticos e portadores de HBsAg positivos	Dosar alfa- fetoproteína e realizar ultrassom	Semestral

PCDT - HIV adultos - 2013

Parâmetros imunológicos para imunizações com vacinas de bactérias ou vírus vivos em pacientes infectados pelo HIV com mais de 13 anos de idade

Contagem de LT-CD4+ (percentual)	Recomendação para uso de vacinas com agentes vivos atenuados
> 350 células/mm ³ (> 20%)	Indicar o uso
200-350 células/mm ³ (15-19%)	Avaliar parâmetros clínicos e risco epidemiológico para a tomada de decisão
< 200 células/mm ³ (< 15%)	Não vacinar

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV. Brasília, 2002.

PCDT - HIV adultos - 2013

(cont.)

Esquema vacinal para pacientes maiores de 13 anos infectados pelo HIV	
Vacina	Recomendação
Tríplice viral ¹	Uma ou duas doses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm ³
Varicela ²	Duas doses com intervalo de três meses nos suscetíveis com LT-CD4+ > 200 células/mm ³
Febre amarela ³	Individualizar o risco/benefício conforme a situação imunológica do paciente e a situação epidemiológica da região e, em caso de exposição, vacinar quando LT-CD4+ > 200 células/mm ³
Dupla do tipo adulto (dT)	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados
Hepatite A	Duas doses (0 e 6 meses) em indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo), portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C
Hepatite B	Dose dobrada recomendada pelo fabricante, administrada em quatro doses (0, 1, 2 e 6 ou 12 meses) em todos os indivíduos suscetíveis à hepatite B (anti-HBc negativo, anti-HBs negativo)*
Streptococcus pneumoniae (23-valente)	Uma dose para indivíduos com contagem de LT-CD4+ > 200 células/mm ³ . Apenas um reforço após cinco anos
Influenza	Uma dose anual da vacina inativada contra o vírus influenza

PCDT - HIV adultos - 2013 (cont.)

- Primeira linha de tratamento: terapia inicial
 - combinações de três antirretrovirais:
 - 2 ITRN / ITRNt + 1 ITRNN

Esquema de terapia inicial – primeira linha

TDF + 3TC + EFV*

Alternativas ao uso do TDF:

	Utilizar	Situação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

PCDT - HIV adultos - 2013

(cont.)

- Segunda linha de tratamento: impossibilidade de uso de EFZ ou NVP
 - combinações de três antirretrovirais:
 - 2 ITRN + IP/r
 - 1ª opção de IP/r: LPV/r
 - Alternativas:

	Utilizar	Situação
1ª opção	ATV/r	Contraindicação ao LPV/r
2ª opção	FPV/r	Contraindicação ao LPV/r e ATV/r

PCDT - HIV adultos - 2013

(cont.)

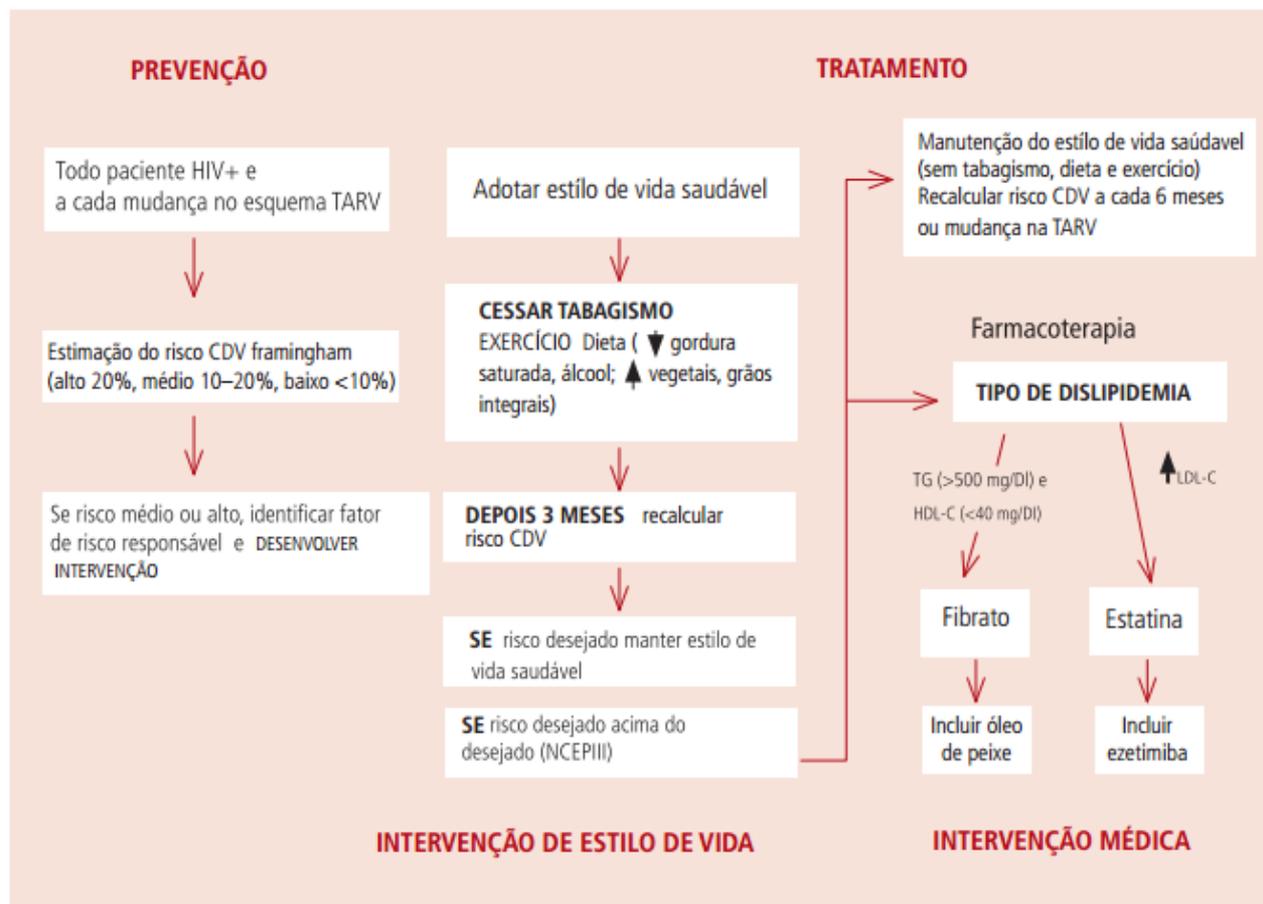
Escolha da terapia antirretroviral em situações especiais		
Condição clínica	Recomendação	Comentários
Hepatite B	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial é TDF + 3TC	Essa dupla tem ação contra o HBV
Nefropatia	A dupla de ITRN/ITRNt preferencial é AZT + 3TC	Evitar uso de TDF em razão da nefrotoxicidade
Tuberculose	EFV deve preferencialmente compor o esquema	Evitar uso de IP/r Iniciar TARV entre a 2ª e a 8ª semana após o início do tratamento de TB

Protocolo 2013

Risco cardiovascular: avaliação e prevenção

Escore de risco de Framingham

- Sexo M/F
- Idade
- PA
- Tabagismo
- Colesterol e HDL



Transmissão Vertical do HIV

MEDIDAS PREVENTIVAS

Princípios gerais da transmissão vertical (TV) do HIV

a) Fatores virais

- carga viral e o risco de transmissão vertical do HIV.

A carga viral elevada é o principal fator de risco associado à transmissão vertical do HIV.

- alguns estudos realizados na África sugerem que o subtipo C esteja associado a um maior risco de transmissão intraútero.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010

Princípios gerais da transmissão vertical (TV) do HIV

b) Fatores clínicos e imunológicos

- Immunodeficiência (doenças oportunistas)
- DST
- Coinfecções: hepatites virais, tuberculose
- CD4+ < 200 céls./mm³

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010

Princípios gerais da transmissão vertical (TV) do HIV

c) Fatores comportamentais:

- uso de drogas (dano vascular placentário)
- práticas sexuais desprotegidas (reinfecção pelo HIV e aumento na carga viral), exposição a variantes resistentes do vírus e a outras DST).

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010

Princípios gerais da transmissão vertical (TV) do HIV

d) Fatores obstétricos

- transmissão > no 3º trimestre.
- procedimentos invasivos (amniocentese e cordocentese etc).
- tempo de ruptura das membranas amnióticas: quanto maior o tempo maior será o risco de transmissão (> 4 horas).
- Fatores associados ao trabalho de parto:
 - maior duração do trabalho de parto está associada a maior risco de transmissão vertical do HIV.
 - manobras invasivas (amniotomia, episiotomia e fórceps).
 - via de parto: a cesárea eletiva reduz o risco.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010

Princípios gerais da transmissão vertical (TV) do HIV

e) Fatores relacionados ao recém-nascido:

- A prematuridade e o baixo peso são fatores de risco associados à transmissão vertical do HIV.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010

Princípios gerais da transmissão vertical (TV) do HIV

- f) Fatores relacionados ao aleitamento materno:
- associado a um risco adicional de 7 a 22% de transmissão.
 - infecção materna aguda: aumenta para 29%.

Fonte: Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. 2010

Aconselhamento e uso de testes rápidos na gestação, parto e puerpério

Rede Cegonha:

- realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- no componente pré-natal estão previstos novos exames financiados pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha, dentre outros:
 - Teste rápido de sífilis
 - Teste rápido de HIV

No parto:

- Na admissão para o parto e puerpério imediato, nas seguintes situações:
 - Gestante sem pré-natal;
 - não testada durante o pré-natal;
 - que não dispõe de resultado do teste (ou do registro do resultado no cartão de gestante);
 - não testada e/ou sem resultado do segundo teste, no último trimestre de gestação;
 - situação de risco acrescido, como, por exemplo: mulher soronegativa para o HIV que tenha parceiro infectado; profissional do sexo; usuária de álcool e outras drogas; troca de parceiro durante a gestação; ocorrência de uma DST durante a gestação, ou parceiro com DST.

FONTE: PORTARIA GM Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011

Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral para Gestantes. 2010



Tratamento antirretroviral na gestação

- TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independente de critérios clínicos e imunológicos.
- Não deverá ser suspensa após o parto, independente do nível de CD4 no momento do início do tratamento.

Tratamento antirretroviral na gestação

OBJETIVOS:

- Suprimir a replicação viral de forma sustentada, prevenindo a transmissão vertical e sexual do HIV;
- Reduzir o risco de progressão da doença, diminuindo a morbidade e a mortalidade associadas ao HIV;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Preservar e, quando possível, restaurar o sistema imunológico;
- Evitar uso intermitente de antirretrovirais em diferentes gestações;
- Promover proteção precoce, em relação a transmissão vertical, em futuras gestações.

Genotipagem pré tratamento

A genotipagem pré-tratamento **está indicada para todas as gestantes infectadas pelo HIV**, de forma a orientar o esquema terapêutico. Contudo, ressalta-se que o início do tratamento não deve ser retardado devido a não obtenção do resultado desse exame.

Profilaxia: TARV na gestação

Primeira linha de tratamento – Esquema ARV com ITRNN

Esquema de terapia inicial – primeira linha de tratamento

TDF + 3TC + EFZ (DFC)

Obs:

1- NVP é mais segura em gestantes com CD4 < 250 cel./mm³

Profilaxia: TARV na gestação

Segunda linha de tratamento – Esquema ARV com IP/r

Esquema de terapia inicial – primeira linha de tratamento

TDF + 3TC + LPV/r

Obs:

1- ATV/r é a opção ao LPV

Profilaxia: TARV na gestação

A terapia antirretroviral poderá ser iniciada na gestante antes mesmo de se ter os resultados dos exames de LT-CD4+ e carga viral, principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente acompanhamento pré-natal, com o objetivo de se alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível.

A via de parto é importante na prevenção da TV do HIV ?

- Estudos pré-TARV na gestação apontavam vantagens no parto cesáreo comparado ao parto vaginal.
- Revisão sistemática do Grupo Cochrane, em 2005, conclui que a cesariana eletiva foi uma intervenção eficaz para a prevenção da transmissão vertical do HIV, nas mulheres que não fizeram uso de ARV na gestação e naquelas que usaram apenas AZT.

Parto cesáreo

- Não realizaram profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação,
- Tratadas com monoterapia com AZT, ou
- Carga viral na 34ª semana, desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml.
 - Realizar na 38ª sem.

Medidas profiláticas complementares

- Suspensão da amamentação, inibição medicamentosa da lactação
 - Na indisponibilidade da cabergolina: enfaixamento das mamas;
- Para o recém nascido:
 - AZT solução oral [por 30 dias (12 em 12 hs)]
 - Ação complementar: nevirapina em 3 doses, para as situações de mães não tratadas no pré-natal.
 - (1º dose até 48 h, 2º dose 48 h após 1º dose, 3º dose 96h após 2ºdose)
 - SMX/TMP (até a definição diagnóstica)

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Notificação de agravos

- Infecção pelo HIV
- Aids em maiores de 13 anos
- Gestante HIV+
- Criança exposta (ao HIV)
- Aids em menores de 13 anos

Notificação de agravos

- A aids faz parte da lista nacional de doenças de notificação compulsória desde 1986, conforme a Portaria no 542 de 22 de dezembro de 1986.

QUADRO-RESUMO DOS CRITÉRIOS DE DEFINIÇÃO DE CASO

CRITÉRIO CDC ADAPTADO

Existência de dois (2) testes de triagem ou um (1) confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV

+

Evidência de Imunodeficiência:

Diagnóstico de pelo menos uma (1) doença indicativa de aids

e/ou

Contagem de linfócitos T CD4⁺ menor do que 350 células/mm³

e/ou

RIO DE JANEIRO/CARACAS

Existência de dois testes de triagem ou um confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV

+

Somatório de pelo menos dez (10) pontos de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças

ou

CRITÉRIO EXCEPCIONAL ÓBITO

Menção de AIDS/SIDA (ou termos equivalentes) em algum dos campos da Declaração de Óbito (DO)

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

ou

Menção de infecção pelo HIV (ou termos equivalentes) em algum dos campos da DO, além de doença(s) associada(s) à infecção pelo HIV

+

Investigação epidemiológica inconclusiva

Vigilância epidemiológica do HIV em gestantes e crianças expostas

- O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, por meio de portaria, torna obrigatória a notificação da gestante/parturiente/puérpera HIV positiva e criança exposta(nascidas de mães infectadas ou que tenham sido amamentadas por mulheres infectadas pelo HIV) (Portaria nº 993/GM – 04/09/00)
- ficha padronizada de notificação e investigação específica para Gestantes HIV+ e outra para Crianças Expostas.

Vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV

- Infecção pelo HIV passa a ser de notificação compulsória em todo o País.
- Portaria MS 1271/2014, de 6 de junho de 2014 (Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública)
- todos os indivíduos com exames positivos para HIV terão de ser, obrigatoriamente, comunicados para as secretarias municipais de saúde.
- serviços públicos e privados.