GUIA DE CONSULTA RÁPIDA

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS

Brasília – 2013

1. 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	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 ≤ 500 células/mm^3	**Iniciar TARV**
CD4 > 500 células/mm^3	**Iniciar TARV** na coinfecção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B **Considerar TARV** nas seguintes situações: • 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
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, ***não se deve adiar*** o início do tratamento
Gestantes	
Iniciar TARV	

2. Como iniciar a TARV

2.1. Primeira linha de tratamento

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois **ITRN/ITRNt** associados a um **ITRNN**.

Como regra, o esquema de primeira linha deve ser o seguinte:

Esquema de terapia inicial – primeira linha
TDF + 3TC + EFV*
* na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível

Alternativas ao uso do TDF:

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

A contraindicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário. A dispensação de AZT, ABC e ddI está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação.

A estavudina (d4T), bem como o **indinavir (IDV)**, não devem compor esquemas antirretrovirais, de modo que pacientes adultos em uso dessas drogas deverão ter seus esquemas reestruturados imediatamente.

2.2. Segunda linha de tratamento

Em situações em que o uso de efavirenz e nevirapina esteja impossibilitado, deve-se proceder à sua substituição por um Inibidor de Protease, de modo que o esquema ARV fique estruturado da seguinte forma:

2 ITRN + IP/r

O lopinavir com ***booster*** de ritonavir (LPV/r) é a opção preferencial na classe dos inibidores da protease, quando da impossibilidade de uso de **ITRNN** na composição do esquema.

Alternativas ao uso do LPV/r:

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

A contraindicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário. A dispensação de ATV/r e FPV/r está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação.

2.3. TARV em situações especiais

Existem algumas situações clínicas nas quais a terapia inicial deve ser particularizada, conforme descritas no quadro a seguir.

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
Gestação	O esquema preferencial deve ser AZT + 3TC + LPV/r	EFV é contraindicado

3. Investigação e tratamento da coinfecção TB/HIV

A tuberculose deve ser pesquisada em todas as consultas, mediante o questionamento sobre a presença de sintomas como tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada.

A TARV deve ser iniciada mais precocemente nos coinfectados TB-HIV. Deve-se iniciar a TARV 2 semanas após o início do tratamento para TB nos pacientes com LT CD4+ < 200 células/mm³ e 8 semanas depois nos pacientes com LT CD4+ > 200 células/mm³.

Uma vez que a TB é a principal causa de óbito por doença infecciosa com origem definida em PVHA, o tratamento para TB latente com isoniazida 10 mg/kg (no máximo 300 mg/dia) está indicado em todas as PVHA que apresentem PT ≥ 5 mm, desde que excluída TB ativa.

Esquema básico com rifampicina para tratamento de adultos e adolescentes (> 10 anos de idade)				
Regime	**Fármaco**	**Faixa de peso**	**Unidade/ dose**	**Meses**
2 RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 comprimido em dose fixa combinada	20 kg a 35 kg	2 comprimidos	2
		36 kg a 50 kg	3 comprimidos	
		> 50 kg	4 comprimidos	
4 RH Fase de manutenção	RH 150/75 comprimido em dose fixa combinada	36 kg a 50 kg	3 comprimidos	4
		> 50 kg	4 comprimidos	
		20 kg a 35 kg	2 comprimidos	

R= rifampcicina, H= isoniazida, Z= pirazinamida, E= etambutol

Esquema com rifabutina para tratamento de adultos e adolescentes (> 10 anos de idade), quando em uso de TARV que não seja com ITRNN				
Meses	**Fármaco**	**Doses por faixa de peso**		
		20 kg a 35 kg	**36 kg a 50 kg**	**> 50 kg**
Fase intensiva (2 meses)	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Pirazinamida 500 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
	Etambutol 400 mg*	1 a 2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos
Fase de manutenção (4 meses)	Rifabutina 150 mg	1 cápsula	1 cápsula	1 cápsula
	Isoniazida 100 mg*	2 comprimidos	2 a 3 comprimidos	3 comprimidos

*Isoniazida: 10 mg/kg/dia, dose máxima de 300 mg/dia; pirazinamida: 35 mg/kg/dia, dose máxima de 1.500 mg/dia; etambutol: 25 mg/kg/dia, dose máxima de 1.200 mg/dia

4. Investigação do risco cardiovascular (RCV)

Recomenda-se que a avaliação do risco cardiovascular global seja feita como rotina em toda pessoa com infecção pelo HIV, utilizando o Escore de Risco de Framingham para homens e mulheres, apresentado a seguir:

MULHERES

Idade	Pontos
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

Colesterol

Colesterol total (mg/dL)	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
<160	0	0	0	0	0
160/199	4	3	2	1	1
200/239	8	6	4	2	1
240/279	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2

Fumo	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
Não	0	0	0	0	0
Sim	9	7	4	2	1

HDL-colesterol

HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

PA

PA (sistólica, mm Hg)	Não tratada	Tratada
<120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥160	4	6

Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)	Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)
<9	<1	17	5
9	1	18	6
10	1	19	8
11	1	20	11
12	1	21	14
13	2	22	17
14	2	23	22
15	3	24	27
16	4	≥25	≥30

HOMENS

Idade	Pontos
20-34	-9
35-39	-4
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	11
70-74	12
75-79	13

Colesterol

Colesterol total (mg/dL)	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
<160	0	0	0	0	0
160/199	4	3	2	1	0
200/239	7	5	3	1	0
240/279	9	6	4	2	1
≥280	11	8	5	3	1

Fumo	idade 20/39	idade 40/49	idade 50/59	idade 60/69	idade 70/79
Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1

HDL-colesterol

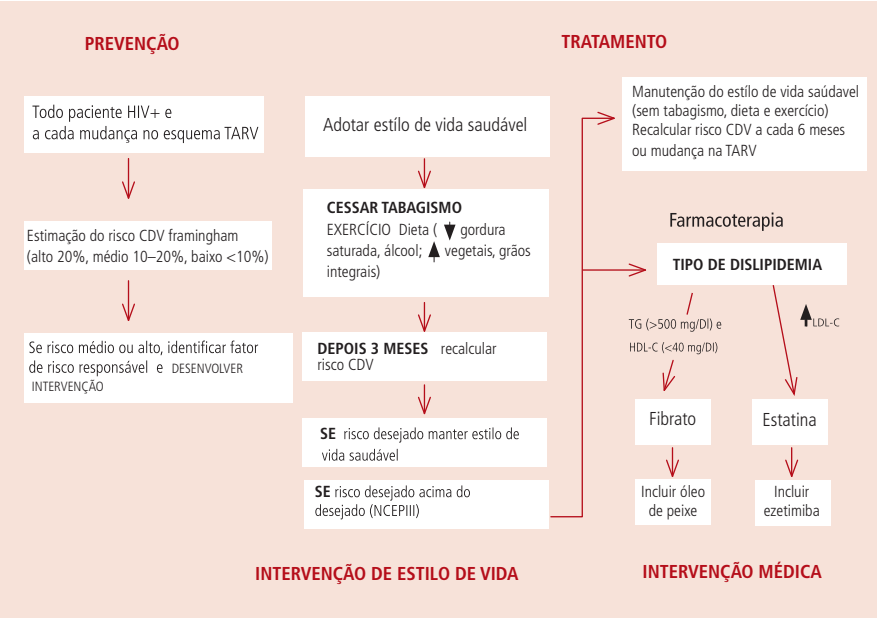
HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

PA

PA (sistólica, mm Hg)	Não tratada	Tratada
<120	0	0
120-129	0	1
130-139	1	2
140-159	1	2
≥160	2	3

Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)	Total de pontos	Risco absoluto em 10 anos (10%)
<0	<1	9	5
0	1	10	6
1	1	11	8
2	1	12	10
3	1	13	12
4	1	14	16
5	2	15	20
6	2	16	25
7	3	≥17	≥30
8	4		

Esquema de prevenção cardiovascular em PVHA



5. Profilaxia de infecções oportunistas

5.1. Profilaxia primária

Profilaxia primária das infecções oportunistas (evitar o primeiro episódio de doença)				
Agente	**Indicação**	**1ª. escolha**	**Alternativas**	**Critérios de suspensão**
Pneumocystis jirovecii	LT-CD4+ < 200 cel/mm³ (ou <14%) ou presença de candidíase oral ou febre indeterminada com mais de duas semanas de duração ou doença definidora de aids	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Dapsona 100mg/dia ou pentamidina 300mg aerossol uma vez por mês (respirgard II).	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+>200 cel/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+<200 cel/mm³
Toxoplasma gondii	Pacientes com IgG positiva para toxoplasma e LT-CD4+<100 cel/mm³	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) uma vez por dia	Dapsona 50mg/dia + pirimetamina 50mg/semana + ácido folínico 10mg três vezes por semana ou clindamicina 600mg 3 vezes por dia + pirimetamina 25- 50mg/dia + ácido folínico 10mg três vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+>200 cel/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+<100 cel/mm³
Mycobacterium tuberculosis (tuberculose latente)	PT≥5mm ou história de contato com paciente bacilífero ou radiografia de tórax com cicatriz de TB sem tratamento prévio	Isoniazida 5mg/kg/dia (dose máxima 300mg/dia). A associação com piridoxina 50mg/dia pode reduzir o risco de neuropatia		Duração de no mínimo 6 meses
Complexo *Mycobacterium avium*	LT-CD4+<50 cel/mm³	Azitromicina 1.200mg por semana	Claritromicina 500mg duas vezes por dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+> 100 cel/mm³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+<50 cel/mm³
Cryptococcus sp. *Histoplasma capsulatum*	Não se indica profilaxia primária para criptococose e histoplasmose. Evitar situações de risco, tais como entrar em cavernas ou se expor a fezes de pássaros e morcegos			
Citomegalovírus	Não se indica profilaxia primária. Recomenda-se diagnóstico precoce de retinopatia mediante fundoscopia rotineira em PVHA com LT-CD4+<50cel/mm³			
Herpes simplex	Não se indica profilaxia primária			

5.2. Profilaxia secundária (prevenção da recorrência)

Essa estratégia tem como objetivo evitar a recidiva de IO já ocorrida. As recomendações de profilaxias secundárias estão resumidas no quadro a seguir.

Profilaxia secundária das infecções oportunistas (prevenção de recorrência)			
Agente	1ª escolha	Alternativas	Critério de suspensão
Pneumocystis jirovecii	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Dapsona 100mg/dia ou Pentamidina 300mg aerossol uma vez por mês (respirgard II)	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm³ por mais de três meses
Toxoplasma gondii	Peso<60kg: sulfadiazina 500 mg quatro vezes ao dia + pirimetamina 25mg uma vez ao dia + ácido folínico 10mg uma vez ao dia Peso>60kg: sulfadiazina 1.000 mg quatro vezes ao dia + pirimetamina 50mg por dia + ácido folínico 10 mg uma vez ao dia	Clindamicina 600mg três vezes ao dia + pirimetamina 25-50mg uma vez ao dia + ácido folínico 10mg uma vez ao dia *Acrescentar cobertura profilática para pneumocistose	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm³ por mais de seis meses
Complexo *Mycobacterium avium*	Claritromicina 500mg duas vezes ao dia + etambutol 15mg/kg /dia (máximo 1.200mg/dia)	Azitromicina 500mg uma vez ao dia + etambutol 15mg/kg /dia (máximo 1.200mg/dia)	Após um ano de tratamento para MAC, na ausência de sintomas e LT-CD4+ > 100 cel/mm³, estável por mais de seis meses.
Cryptococcus sp.	Fluconazol 200mg uma vez ao dia	Itraconazol 200mg duas vezes ao dia ou anfotericina B desoxicolato 1mg/kg uma vez por semana	Término do tratamento da criptococose e boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm³ por mais de seis meses
I*sospora belli*	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Pirimetamina 25mg uma vez ao dia + ácido folínico 10mg três vezes por semana	Não há recomendação específica. No entanto, indica-se a suspensão da profilaxia com LT-CD4+ estável > 200 cel/mm³ por mais de três meses
Citomegalovírus (não indicada rotineiramente para doença gastrointestinal)	Ganciclovir EV 5mg/kg cinco vezes por semana	Foscarnet 90-120mg/kg uma vez ao dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 100-150 cel/mm³ por mais de 3-6 meses
Histoplasmose (doença disseminada ou infecção de sistema nervoso central)	Itraconazol 200mg uma vez ao dia		Manutenção por tempo indeterminado, pois não há evidência suficiente para a recomendação de interrupção do itraconazol. Considerar suspensão após um mínimo de um ano de tratamento de manutenção, na ausência de sintomas e LT-CD4+ > 150 cel/mm³, estável por mais de seis meses. Reintroduzir se LT-CD4+ <150 cel/mm³
Candidíase esofágica	Não se indica a profilaxia secundária para candidíase esofágica		
Herpes simplex (infecção recorrente > 6 vezes por ano)	Aciclovir 400mg duas vezes ao dia	Fanciclovir 500mg duas vezes ao dia ou valaciclovir 500mg duas vezes ao dia	

6. Posologia dos antirretrovirais

Quadro 1. Antirretrovirais e suas doses	
Antirretrovirais	**Posologia**
Abacavir (ABC)	300mg 12/12h ou 600mg 1x/dia
Atazanavir (ATV)	300mg 1x/dia (se associado com RTV) ou 400mg 1x/dia
Darunavir (DRV)	600mg 12/12h
Didanosina (ddI)	<60kg 250mg, >60kg 400mg, 1x/dia
Efavirenz (EFZ)	600mg 1x/dia
Enfuvirtida (ENF) (T-20)	1 amp 12/12h (SC)
Etravirina (ETR)	200mg 2x/dia
Fosamprenavir (FPV)	700mg 2x/dia
Lamivudina (3TC)	150mg 12/12h ou 300mg 1x/dia
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	2 comp. associados 12/12h
Maraviroque (MVQ)	Com IP, exceto TPV/r, 150mg 12/12hs – com EFZ ou ETR, s/ IP, 600mg 12/12hs – com DRV/r + ETR ou EFZ + IP/r (exceto TPV/r) 150mg 12/12hs – TPV/r ou NVP, TDF, Biovir, Raltegravir, s/ IP, 300mg 12/12hs
Nevirapina (NVP)	200mg 12/12h
Raltegravir (RAL)	400mg 12/12h
Ritonavir (RTV)	100mg/d (sempre associado a outro IP)
Saquinavir (SQV)	1.000mg 2x/dia
Tenofovir (TDF)	300mg 1x/dia
Tipranavir (TPV)	500mg 2x/dia
Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	1 cp combinado 12/12h
Zidovudina (AZT)	300mg 12/12h

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Representação da UNESCO no Brasil

SUS

Ministério da **Saúde**

GOVERNO FEDERAL

BRASIL

PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA