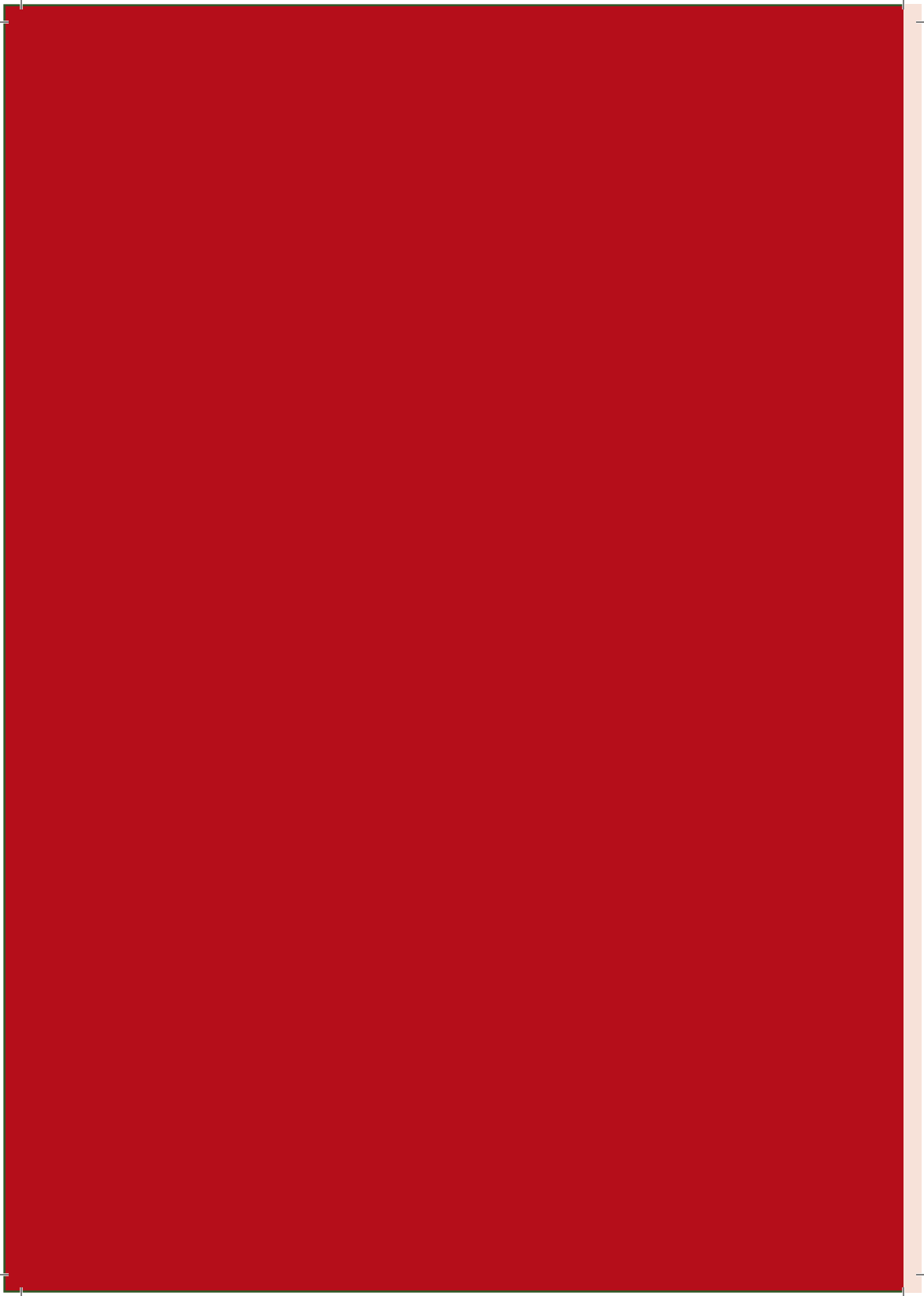


The background of the entire page is a pattern of red dots and squares. The dots are arranged in a grid, and the squares are formed by the intersection of the dots. The pattern is more dense in the center and fades out towards the edges.

GUIA DE CONSULTA RÁPIDA

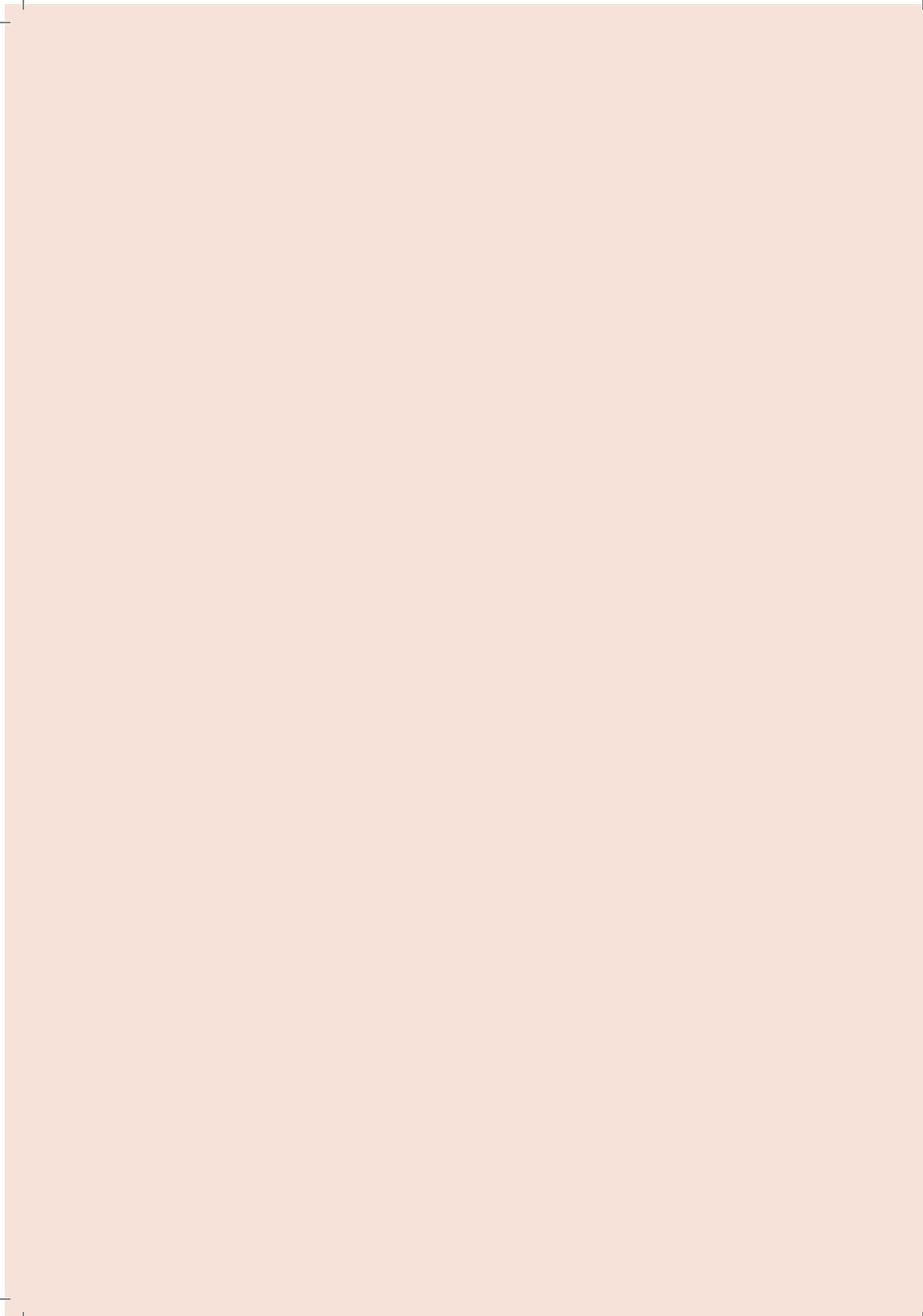
**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES
TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA
INFECÇÃO PELO HIV EM ADULTOS**



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 \leq 500 células/mm³

Iniciar TARV

CD4 $>$ 500 células/mm³

Iniciar TARV na coinfeção 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)
- 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

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	ddl	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

A contraindicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário. A dispensação de AZT, ABC e ddl 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 contra-indicação 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 contra-indicação.

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 coinfeção 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= rifampicina, 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

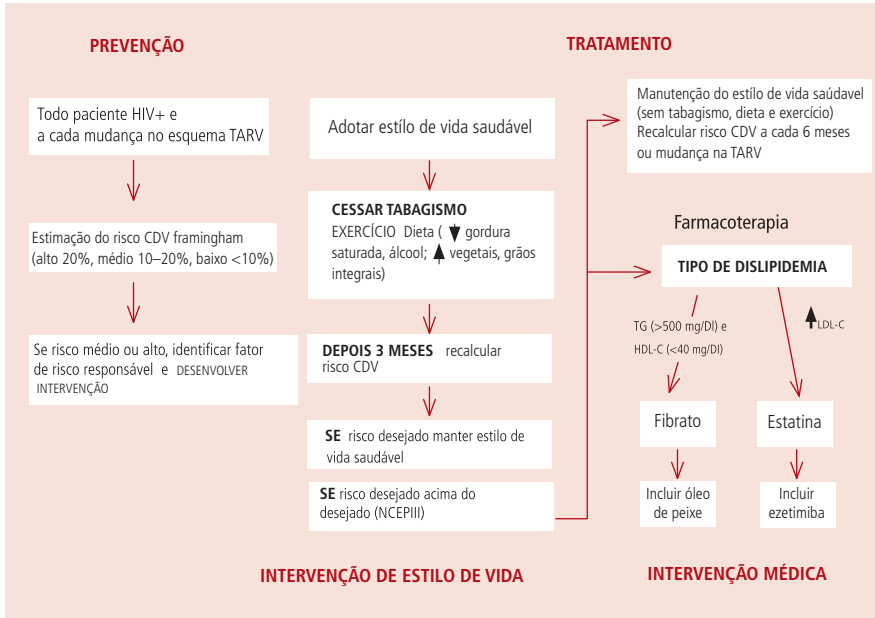
HDL-colesterol (mg/dL)	Pontos
≥60	-1
50-59	0
40-49	1
<40	2

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
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	LT-CD4+ < 200 cel/mm ³ (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 (respigard II).	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm ³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 200 cel/mm ³
<i>Toxoplasma gondii</i>	Pacientes com IgG positiva para toxoplasma e LT-CD4+ < 100 cel/mm ³	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) uma vez por dia	Dapsona 50mg/dia + pirimetamina 50mg/semana + ácido fólico 10mg três vezes por semana ou clindamicina 600mg 3 vezes por dia + pirimetamina 25- 50mg/dia + ácido fólico 10mg três vezes por semana	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm ³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 100 cel/mm ³
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> (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 <i>Mycobacterium avium</i>	LT-CD4+ < 50 cel/mm ³	Azitromicina 1.200mg por semana	Clarithromicina 500mg duas vezes por dia	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 100 cel/mm ³ por mais de 3 meses. Reintroduzir profilaxia se LT-CD4+ < 50 cel/mm ³
<i>Cryptococcus sp.</i> <i>Histoplasma capsulatum</i>	Não se indica profilaxia primária para criptococose e histoplasrose. 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+ < 50 cel/mm ³			
Herpes simplex	Não se indica profilaxia primária			

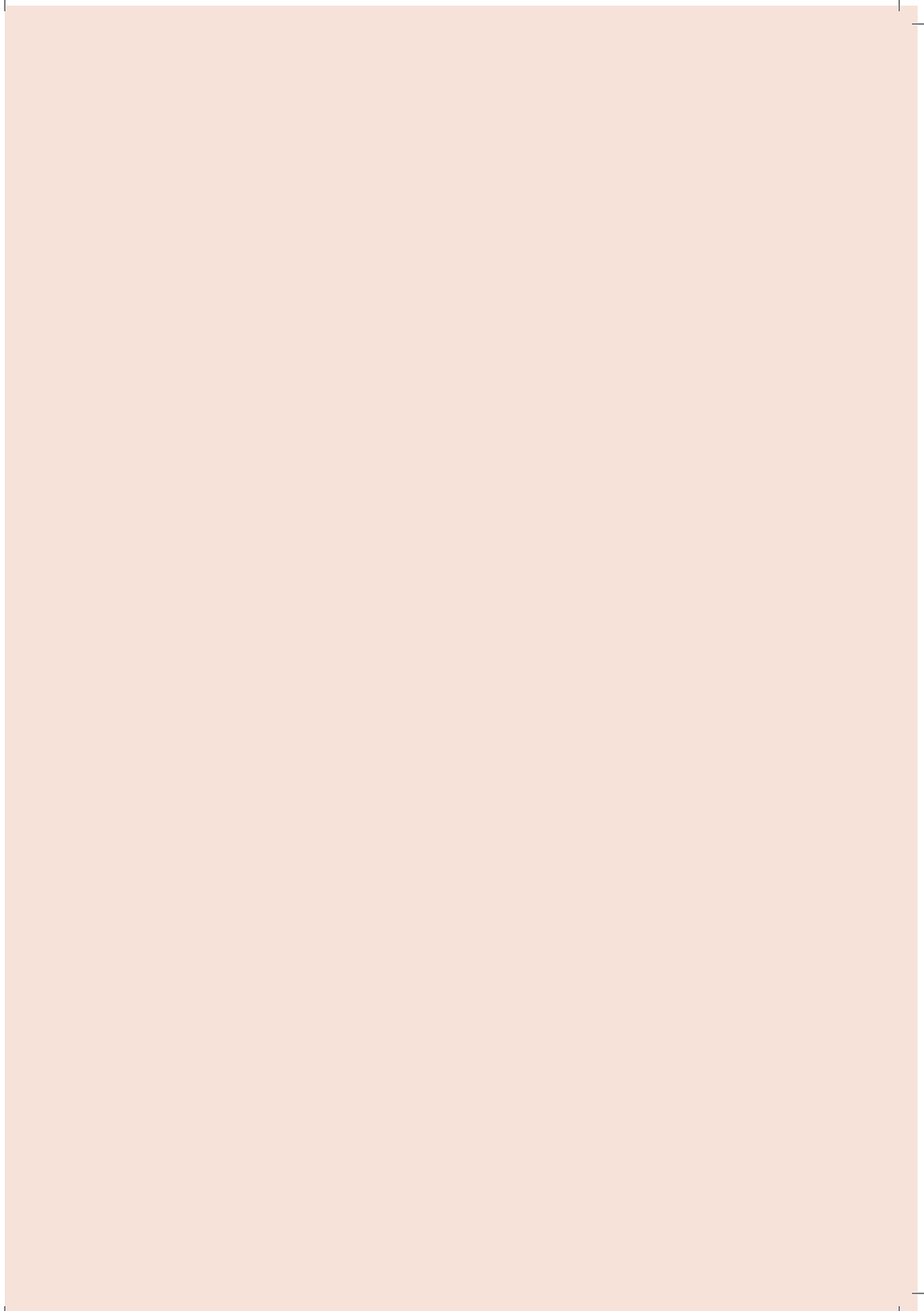
5.2. Profilaxia secundária (prevenção da recorrência)

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
<i>Pneumocystis jirovecii</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Dapsona 100mg/dia ou Pentamidina 300mg aerossol uma vez por mês (respigard II)	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm ³ por mais de três meses
<i>Toxoplasma gondii</i>	Peso<60kg: sulfadiazina 500 mg quatro vezes ao dia + pirimetamina 25mg uma vez ao dia + ácido fólico 10mg uma vez ao dia Peso>60kg: sulfadiazina 1.000 mg quatro vezes ao dia + pirimetamina 50mg por dia + ácido fólico 10 mg uma vez ao dia	Clindamicina 600mg três vezes ao dia + pirimetamina 25-50mg uma vez ao dia + ácido fólico 10mg uma vez ao dia *Acréscitar cobertura profilática para pneumocistose	Boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm ³ por mais de seis meses
Complexo <i>Mycobacterium avium</i>	Clarithromicina 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/mm ³ , estável por mais de seis meses.
<i>Cryptococcus sp.</i>	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 criptocose e boa resposta à TARV com manutenção de LT-CD4+ > 200 cel/mm ³ por mais de seis meses
<i>Isospora belli</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima (800/160mg) três vezes por semana	Pirimetamina 25mg uma vez ao dia + ácido fólico 10mg três vezes por semana	Não há recomendação específica. No entanto, indica-se a suspensão da profilaxia com LT-CD4+ estável > 200 cel/mm ³ 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/mm ³ 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/mm ³ , estável por mais de seis meses. Reintroduzir se LT-CD4+ <150 cel/mm ³
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 (ddl)	<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





...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...

...the ...



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA