

Profilaxia das infeções oportunistas

Autora: Dr.^a Roberta Schiavon Nogueira

A profilaxia das infeções oportunistas (IO) em indivíduos infectados pelo HIV é uma intervenção de grande importância e efetividade que proporciona redução significativa da morbimortalidade.

Aspectos da prevenção:

- 1) Prevenção da exposição (tabela 1).
- 2) Profilaxia primária: evitar o desenvolvimento da doença (tabela 2)
- 3) Profilaxia secundária: evitar a recidiva da IO já ocorrida

Tabela 1 - Prevenção da exposição

Agente infeccioso	Recomendação
<i>Pneumocystis jirovecci</i>	<ul style="list-style-type: none">- Evitar contato direto com pacientes com pneumonia por P jirovecci (evitar quarto conjunto).- Uso de filtro especial na nebulização com pentamidina. (nebulizador Respigard II).
<i>Toxoplasma gondii</i> (para indivíduos IgG não reagente)	<ul style="list-style-type: none">- Evitar carne mal passada e contato com felinos de rua- Evitar limpar caixas de areia de felinos
<i>Cryptosporidium</i>	<ul style="list-style-type: none">- Evitar ingestão de água de lagoas, represas, rios.- Evitar contato com animais com menos de 6 meses de vida.

Histoplasma capsulatum

- Em áreas endêmicas, evitar visitas a cavernas, contato com galinheiros, exposição a fezes de pássaros.

Pneumocistose

A profilaxia primária da pneumocistose reduz o risco de sua ocorrência em cerca de 9 vezes.

Na era pré HAART (terapia antirretroviral altamente efetiva), a utilização de sulfametoxazol/trimetoprim (SMZ-TMP), como profilaxia primária de pneumocistose teve alto impacto na mortalidade por aids.

Profilaxia primária, critérios para introdução:

- Pacientes com contagem de células T CD4 inferior a 200/mm³ ou < 14%.
- Pacientes com doença definidora de aids.
- Pacientes sem contagem de CD4 que apresentem: história de candidíase oral, pneumonia bacteriana recorrente e/ou perda involuntária de peso.

Profilaxia secundária, critérios para introdução:

- Pacientes que apresentaram pneumonia por *Pneumocystis jirovecci*

Critérios para suspensão da profilaxia secundária:

- Supressão viral mantida (carga viral indetectável) e contagem de CD4 acima de 200 cels/mm³, por no mínimo 3 ou mais meses após introdução da HAART.

OBS: reintroduzir profilaxia caso haja redução na contagem de cels T CD4 para valores inferiores a 200 cels/mm³.

Toxoplasmose

Profilaxia primária, critérios para introdução:

- Pacientes IgG reagente para toxoplasma e com contagem de células T CD4 inferior a 100/mm³.

Profilaxia secundária ou de terapia de manutenção:

- Indicada aos o pacientes que completaram 6 semanas de tratamento.
- Esquemas de manutenção:

Preferencial: Sulfadiazina 2000 a 4000 mg , pirimetamina 25 a 50 mg, ácido folínico 10 a 25 mg ao dia.

A sulfadiazina pode ser administrada em 2 ou 4 tomadas ao dia.

Alternativo:

Clindamicina 600 mg de 8-8 horas associado a pirimetamina 25 - 50 mg dia.

Critérios para suspensão da profilaxia secundária:

- Supressão viral mantida (carga viral indetectável) e contagem de CD4 acima de 200 cels/mm³, por no mínimo 6 ou mais meses após introdução da HAART.

OBS: reintroduzir profilaxia caso haja redução na contagem de cels T CD4 para valores inferiores a 200 cels/mm³.

- Indivíduos IgG não reagente para toxoplasmose, devem ser retestados se CD4 cair para menos de 100 cels/mm³.

Criptococose

Profilaxia primária: geralmente não indicada.

Profilaxia secundária ou de terapia de manutenção:

- Indicada aos o pacientes que completaram o tratamento.
- Fluconazol 200 mg dia.

Crítérios para suspensão da profilaxia secundária:

- Supressão viral mantida (carga viral indetectável) e contagem de CD4 acima de 200 cels/mm³, por no mínimo 6 ou mais meses após introdução da HAART.

OBS: reintroduzir profilaxia caso haja redução na contagem de cels T CD4 para valores inferiores a 200 cels/mm³.

Citomegalovirose

Profilaxia primária: não indicada.

Profilaxia secundária ou de terapia de manutenção:

- A mais efetiva estratégia de prevenção é a reconstituição imune com HAART.
- Indicada em casos de retinite por CMV.
- Em outros sítios anatómicos, rotineiramente não é indicada. Porém para doença gastrointestinal recidivante, pode-se considerar.

Critérios para suspensão da profilaxia secundária:

- Supressão viral mantida (carga viral indetectável) e contagem de CD4 acima de 100 cels/mm³, por no mínimo 6 ou mais meses após introdução da HAART.

OBS: reintroduzir profilaxia caso haja redução na contagem de cels T CD4 para valores inferiores a 100 cels/mm³.

Histoplasmose

Profilaxia primária: não indicada.

Profilaxia secundária ou terapia de manutenção:

- . Indicada aos o pacientes que completaram o tratamento.
- Itraconazol 200 mg 2 a 3 vezes ao dia.

Crêterios para suspensão da profilaxia secundária:

- Há poucos estudos comprovando a possibilidade de interrup o do itraconazol, embora a recorrência da doença seja baixa após supressão viral mantida (carga viral indetectável) e contagem de CD4 acima de 100 cels/mm³.

-

Tuberculose

  mandatrio na abordagem inicial do paciente HIV a realiza o do teste de PPD (intradermorrea o com tuberculina).

Em não reatores, o teste deve ser repetido anualmente e/ou tão logo após reconstitu o imune com contagem de CD4 acima de 200cels/mm³.

. Paciente reator (PPD \geq 5mm):

Excluir doença ativa e introduzir isoniazida por 6 meses.

A não utiliza o de profilaxia com isoniazida está associada a risco 7 a 80 vezes maior de desenvolver doença tuberculosa.

Complexo Mycobacterium avium

. Profilaxia primária, critérios para introdução:

- Excluir doença ativa.
- Pacientes com contagem de células T CD4 inferior a 75 - 50/mm³.

Critérios para suspensão da profilaxia secundária:

- Supressão viral mantida (carga viral indetectável) e contagem de CD4 acima de 100 cels/mm³, por no mínimo 3 ou mais meses após introdução da HAART.

Tabela 2 – Profilaxia primária

Agente infeccioso Valor de CD4	Esquema preferencial	Esquema alternativo
<i>Pneumocystis jirovecci</i> CD4 < 200	Sulfametoxazol/trimetoprim (SMZ 800-TMP160) 1 cp ao dia	-SMZ 800-TMP160 em dias alternados ou 3 x na semana. - Dapsona 100 mg VO dia - Dapsona 50 mg VO dia + pirimetamina 50mg + acido folinico 25 mg semanal

		- Pentamidina aerossol 300 mg por mês (nebulizador Respigard II)
<i>Toxoplasma gondii</i> (CD4 < 100 e IgG reagente)	- SMZ 800-TMP160 1 cp ao dia	Dapsona 50 mg VO dia + pirimetamina 50 mg + ácido folínico - Dapsona 50 mg VO dia + pirimetamina 50mg + ácido folínico 25 mg semanal
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	- Isoniazida (5-10mg/Kg) máximo 300 mg VO dia + piridoxina 50 mg por 6 meses	Rifampicina 600mg por 4 meses
Complexo <i>Mycobacterium avium</i> CD4 < 75-50	- Azitromicina 1200 mg por semana.	- Claritromicina 500 mg 2 x ao dia

Considerações especiais:

Mulheres gestantes que necessitem receber profilaxia para PCP, devem receber preferencialmente SMZ/TMP, tendo dapsona como alternativo após o primeiro trimestre.

Em um estudo de caso-controle , trimetoprim foi associado a aumento no risco de defeitos do tubo neural, cardiovascular e trato urinário. Dados epidemiológicos sugerem que a suplementação de ácido fólico reduz este risco. A pentamidina inalatoria deve ser considerada preferencial devido a ausência de efeitos sistêmicos.

Protocolos de dessensibilização a sulfas:

TABELA 1: Dessensibilização a TMP/SMZ via oral, lenta. Suspensão pediátrica 5 ml: 40mg/200mg 91ml: 8mg/40mg)

DIA	DOSES	TMP/SMZ
1	1 ml de 1:20 da suspensão pediátrica	0,4mg/2mg
2	2 ml de 1:20 da suspensão pediátrica	0,8mg/4mg
3	4 ml de 1:20 da suspensão pediátrica	1,6mg/8mg
4	8 ml de 1:20 da suspensão pediátrica	3,2mg/16mg
5	1 ml da suspensão pediátrica	8mg/40mg
6	2 ml da suspensão pediátrica	16mg/80mg
7	4 ml da suspensão pediátrica	32mg/160mg

8	8 ml da suspensão pediátrica	64mg/320mg
9	1 cp de TMP/SMZ	80mg/400mg
10	2 cp de TMP/SMZ	160mg/800mg

TABELA 2 : Dessensibilização a TMP/SMZ via oral, rápida .Suspensão pediátrica 5 ml: 40mg/200mg

DIA	HORA	DOSE	TMP/SMZ
1	9 hs	2 ml de 1:20 da suspensão pediátrica	0,8mg/4mg
1	11 hs	4 ml de 1:20 da suspensão pediátrica	1,6mg/8mg
1	13 hs	10 ml de 1:20 da suspensão pediátrica	4mg/20mg
1	17 hs	1 ml da suspensão pediátrica	8mg/40mg
2	9 hs	2 ml da suspensão pediátrica	16mg/80mg
2	15 hs	4 ml da suspensão	32mg/160mg

			pediátrica
3	9 hs	8 ml	da 64mg/320mg
		suspensão	
		pediátrica	
3	21 hs	1 cp	80mg/400mg

Referências bibliográficas

1. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV- Infected Adults and Adolescents. MMWR. April 10, 2009 / Vol.58/Nº. RR4. www.cdc.gov/mmwr
2. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV- Infected Adults and Adolescents. June 18,2008. <http://AIDSinfo.nih.gov>
3. Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents. World Health Organization 2010. www.who.int/hiv
4. Recomendações para a Terapia Antiretroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008. 7ª Ed. Brasília: Ministério da saúde, 2008. www.aids.gov.br
5. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescents. <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
6. Geller M, Ensina LFC, et al. Sulfonamide allergy. Rev. bras. Alerg. Imunopatol, 2008; 31(3): 102-107.