


	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

1. **CID – 10: B45.1, B20.5**
2. **Revisão das Alterações**

DATA	Nº REVISÃO	ALTERAÇÃO
10/12/2020	00	Elaboração do Protocolo
12/01/2021	01	<ul style="list-style-type: none"> - Item 8.1 Tratamento antifúngico combinado Fase de indução - Esquema combinado preferencial: Anfotericina B + 5 Flucitosina. - Definido os critérios para prescrição da Anfotericina lipossomal para PVHA no IIER
10/09/2022	02	<ul style="list-style-type: none"> - Item 8.1 Tratamento antifúngico combinado Fase de indução - Esquema combinado preferencial: Anfotericina B complexo lipídico + Flucitosina. - Item 8.3 Prevenção e manejo das toxicidades medicamentosas: Anfotericina B deoxicolato e anfotericina B complexo lipídico. - Item 10 Síndrome de reconstituição imunológica (SIRI): Uso de corticoides na SIRI paradoxal - Item 11 Triagem e tratamento preemptivo da antigenemia criptocócica: Uso de aglutinação de látex ou lateral flow assay. Item 14. Anexos.
21/05/2023	03	<ul style="list-style-type: none"> - Item 8.1 Tratamento antifúngico combinado Fase de indução (inclusão nota informativa Nº 9/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS)

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

3. Objetivos – Público Alvo

- **Objetivo:** uniformizar os procedimentos e condutas, relativos ao diagnóstico e tratamento da meningite criptocócica, em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA).
- **Público alvo:** médicos residentes e assistentes do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.



4. Introdução

A disponibilidade da terapia antiretroviral combinada (cART) diminuiu significativamente a incidência de meningite criptocócica em PVHA. Contudo, a meningite criptocócica continua sendo uma doença oportunista frequente, causando elevada mortalidade e morbidade em PVHA de países em desenvolvimento. No Brasil, a meningite criptocócica constitui a segunda doença neurológica oportunista mais freqüente e se destaca como a causa mais importante de meningite oportunista em PVHA.

5. Conceitos

A meningite criptocócica pode ser definida, do ponto de vista histopatológico, como uma infecção leptomeníngea isolada (meningite) ou associada ao comprometimento do parênquima cerebral (meningoencefalite). Em PHVA, a meningite criptocócica é usualmente causada pela reativação da infecção pulmonar criptocócica. Após isso, o fungo apresenta disseminação hematogênica e alcança o espaço sub-aracnóide, onde se multiplica. O fungo pode progredir para o parênquima cerebral, através dos espaços de Virchow-Robin, ou seja, os prolongamentos do espaço subaracnóideo que acompanham os vasos logo que penetram no tecido nervoso. Neste documento, o termo “meningite” incluirá os conceitos de meningite e meningoencefalite.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

6. Diagnóstico

Manifestações clínicas:



O quadro clínico é geralmente subagudo (> 5 dias), mas pode ser aguda (1-5 dias) ou crônica (> 30 dias). Inicialmente, as manifestações podem ser inespecíficas e discretas. As manifestações mais frequentes são: febre (75-90%), cefaléia (75-90%), náuseas e vômitos (40%), meningismo (30-45%), fotofobia e alterações visuais (20-30%), alterações de conduta (20-30%), letargia, alteração do nível da consciência, alteração de personalidade e alterações de memória (11-30%) e convulsões (5-10%). Hipertensão intracraniana é observada em 50-75% dos pacientes. Devemos lembrar que a apresentação isolada de cefaleia é suficiente para incluir criptococose nas hipóteses diagnósticas. Um comprometimento extra-cerebral (especialmente pulmão, pele, medula óssea e trato genitourinário) pode acompanhar o quadro clínico e, às vezes, facilita o diagnóstico.

Manifestações neuroradiológicas:

Uma tomografia computadorizada (TC) de crânio sempre deve anteceder a punção liquórica em PVHA que apresentem suspeita de meningite criptocócica. A TC de crânio pode mostrar alterações inespecíficas como realces leptomenígeos ou áreas isquêmicas. Menos frequentemente, podem ser observadas imagens bilaterais hipodensas sem efeito expansivo nem captação do contraste, especialmente nos espaços perivascularares (denominados espaços de Virchow-Robin) dos gânglios da base.

A ressonância magnética (RM) de crânio é, especialmente nas sequências T2, a técnica de escolha, por ser mais sensível para visualizar a extensão do comprometimento do parênquima cerebral pela criptococose. Quando as dilatações dos espaços de Virchow-Robin medem mais de 3 mm, se denominam pseudocistos mucinosos. Por esse motivo, RM deve ser solicitada na admissão de pacientes com meningite criptocócica. O achado de imagens que demonstrem a

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

presença do fungo no parênquima cerebral é importante porque terá implicações na duração do tratamento antifúngico, como será comentado posteriormente. Hidrocefalia ou imagens focais que realçam após contraste e/ou têm efeito de massa, compatíveis com criptococomas, são infreqüentes na meningite criptocócica em PVHA.



Diagnóstico laboratorial:

Requer: 1) cultura positiva para *Cryptococcus spp.* no líquido (sensibilidade: ~ 75%), mas demora, na maioria dos casos, entre 5-7 dias para se obter o resultado; ou 2) tinta da China positiva no líquido (sensibilidade: ~80% em centros terciários), técnica de rápido processamento e barata; ou 3) pesquisa positiva do antígeno criptocócico no líquido (sensibilidade: ≥ 95%). Os testes antigênicos recomendados são o teste de aglutinação de látex e o teste de fluxo lateral (LFA, *lateral flow assay*). A técnica de LFA é imunocromatográfica, similar ao teste de gravidez, utilizando simplesmente uma fita, e apresenta maior sensibilidade analítica e clínica quando comparada ao teste de aglutinação de látex. Essa técnica já foi aprovada pela ANVISA para uso em líquido e soro. Estudos recentes demonstram que o uso do LFA em sangue total (“ponta do dedo”) apresenta concordância ≥ 95% quando comparada com resultados de amostras no líquido de pacientes com meningite criptocócica.

Outros exames laboratoriais:

O quimiocitológico do LCR é usualmente normal ou pouco alterado, podendo se observar pleocitose discreta e/ou hiperproteinorraquia. Contudo, os achados liquóricos são muito variáveis, podendo imitar, inclusive, os achados tipicamente descritos na meningite tuberculosa. A medida da pressão de abertura liquórica sempre deve ser aferida e anotada no prontuário, para tal, a punção deve ocorrer com o paciente em decúbito lateral. A contagem de linfócitos T-CD4+ é < 100 células/mm³ na maioria dos casos, mas a meningite criptocócica deve ser suspeitada em pacientes com contagens de linfócitos T- CD4+ < 200 células/mm³.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

7. Diagnóstico diferencial

No Brasil, a meningite tuberculosa constitui o principal diagnóstico diferencial da meningite criptocócica. Clinicamente, ambas as doenças podem ter apresentação similar. No entanto, alguns achados como menor celularidade ou hipertensão intracraniana são mais frequentes na meningite criptocócica do que na tuberculosa. Contudo, é importante salientar que, apenas utilizando a clínica e os achados quimio-citológicos do líquido, é difícil diferenciar a meningite criptocócica da meningite tuberculosa em PVHA. Por tanto, é imprescindível a utilização de técnicas rápidas e de elevada acurácia, como a pesquisa do antígeno criptocócico. Em pacientes com sintomas neurológicos, alterações líquóricas e/ou radiológicas compatíveis e exclusão de diagnósticos alternativos, o diagnóstico de meningite tuberculosa deverá ser considerado, visando o início precoce da terapia tuberculostática. A realização do GenXpert Ultra para *Mycobacterium tuberculosis* no líquido é importante, uma vez que apresenta moderada sensibilidade e elevada especificidade, mas o resultado negativo, não exclui o diagnóstico.

8. Tratamento

A meningite criptocócica constitui a forma de apresentação mais frequente e grave da criptococose em PVHA. O manejo da criptococose em sistema nervoso central consiste em três aspectos fundamentais: (1) tratamento antifúngico combinado, (2) controle da hipertensão intracraniana, e (3) prevenção e manejo das toxicidades medicamentosas. É importante lembrar que a maioria das mortes de pacientes com meningite ou meningoencefalite ocorre nas primeiras duas semanas, em decorrência da hipertensão intracraniana. Por tanto, os aspectos citados anteriormente precisam ser implementados oportuna e simultaneamente.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

8.1 Tratamento antifúngico combinado

O tratamento da meningite ou meningoencefalite criptocócica se divide em três fases: indução, consolidação e manutenção.

- Fase de indução

A fase de indução tem por objetivo o controle da carga fúngica na criptococose grave. A recomendação preferencial deste documento é a associação de anfotericina B lipossomal 3mg/kg/dia combinada com flucitosina, 100 mg/kg/dia, a cada 6h, por pelo menos 14 dias. Caso anfotericina B lipossomal não esteja disponível, a alternativa será anfotericina B complexo lipídico, 5mg/kg/dia combinada com flucitosina, 100 mg/kg/dia, a cada 6h, por pelo menos 14 dias. Caso nenhuma dessas duas formulações lipídicas estejam disponíveis, deverá ser utilizada anfotericina B deoxicolato (0,7 mg a 1 mg/ kg/dia) combinada com flucitosina, 100 mg/kg/dia, a cada 6h, por pelo menos 14 dias.

Esquemas com formulações lipídicas de anfotericina apresentam eficácia clínica similar aos esquemas com anfotericina B deoxicolato, mas são mais seguros, apresentando menor nefrotoxicidade e menor toxicidade infusional.

Recentemente, a anfotericina B lipossomal, a anfotericina B complexo lipídico e a flucitosina foram disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, mediante Nota Informativa Nº 9/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS. Ao ser admitido no IIER, todos os pacientes com o diagnóstico deverão ter formulário de liberação de antifúngicos preenchido e encaminhado à farmácia com a solicitação de anfotericina B (lipossomal ou complexo lipídico) e fluocitosina (anexo 14.2 – disponível na Intranet, setor documentos, pasta farmácia). Ambas já estavam incluídas na 5ª Edição do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, mas ainda não eram distribuídas amplamente pelo Sistema Único de Saúde. Portanto, anfotericina B deoxicolato somente deverá ser utilizada na ausência da formulação lipídica. Já caso a flucitosina não esteja disponível, doses elevadas de fluconazol (800–1200 mg/dia) devem ser utilizadas como substituição.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

Assim, o Ministério da Saúde fornecerá a formulação lipídica de anfotericina B e a flucitosina, seguindo as orientações especificadas nos Anexos deste documento.

No caso de haver disponibilidade limitada de anfotericina B em formulação lipídica, os critérios para seu uso, em pacientes que recebem anfotericina B deoxicolato, incluem pelo menos um dos seguintes:

- Insuficiência renal aguda;
- Aumento de creatinina maior ou igual a duas vezes o valor basal (pré-tratamento);
- Depuração estimada de creatinina < 60 mL/min*;
- Insuficiência renal crônica não dialítica.

*Recomenda-se, preferencialmente, o uso da fórmula CKD-EPI:

(<https://www.chip.dk/Tools-Standards/Clinical-risk-scores>).

* Alternativamente, podem ser usadas a fórmula MDRD GFS ou a equação de Cockcroft-Gault:



(<https://www.sbn.org.br/profissional/utilidades/calculadoras-nefrologicas/>).

Infreqüentemente, alguns pacientes apresentam contraindicações para o uso de anfotericina B deoxicolato e anfotericina B formulação lipídica. Nesses casos, é possível o uso da associação de fluconazol 1200 mg/dia e flucitosina, 100 mg/kg/dia, por pelo menos 14 dias.

A duração do tratamento da fase de indução da meningite deve ser ajustada caso a caso, em função da avaliação clínica, líquórica e radiológica no final da segunda semana. Esquemas superiores às duas semanas devem ser considerados em pacientes: (I) que persistem com rebaixamento do nível da consciência, apresentem deterioração clínica e/ou persistem com hipertensão intracraniana, preferencialmente sintomática; (II) que apresentam cultura positiva ou elevada probabilidade de tê-la em amostra de líquido obtida após duas semanas de tratamento de indução; e (III) que apresentam imagens focais cerebrais atribuídas à criptococose (p.e pseudocistos mucinosos). Dilatações mínimas dos espaços perivasculares de Virchow-Robin não necessariamente indicam a prolongação do tratamento antifúngico.

Apesar de, classicamente, se utilizarem as culturas quantitativas no líquido, para o

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

monitoramento da resposta terapêutica e decisão de finalizar a fase indução do tratamento da meningite ou meningoencefalite criptocócica, na rotina assistencial, elas não costumam ser utilizadas na prática clínica. Isso porque, do ponto de vista laboratorial, as culturas quantitativas constituem método ideal para avaliar a resposta terapêutica, visto que identificam a carga fúngica e a velocidade do *clearance* fúngico, porém, seu elevado tempo de cultivo, que pode chegar a 14 dias, limita sua utilização. Alternativamente, existe uma forma simples e útil para identificar amostras com elevada probabilidade de apresentar culturas fúngicas positivas. Utilizando a contagem microscópica e sistemática de leveduras no líquor, a presença de mais de 10 leveduras/mL, na segunda semana de tratamento, identifica 98% dos casos que apresentarão culturas positivas.



Ainda assim, se o paciente apresentar imagens focais atribuídas à criptococose (p.e pseudocistos mucinosos, criptococomas), a duração da fase de indução deverá ser prolongada por, pelo menos 6 semanas, sendo necessário monitoramento clínico, líquórico e radiológico.

Como mencionado, a presença de criptococomas cerebrais é pouco usual em PVHA. Contudo, lesões únicas grandes com edema perilesional, com ou sem efeito de massa, podem ser passíveis de abordagem neurocirúrgica. Alternativamente, a abordagem pode ser avaliada após ausência de melhora ao tratamento farmacológico. Abordagem similar pode ser aplicada para criptococomas fora do sistema nervoso central como, por exemplo, nos pulmões. Os corticosteroides, tipicamente evitados no manejo convencional da meningite criptocócica, podem ser utilizados em casos de criptococomas cerebrais com importante efeito de massa e/ou presença de déficits neurológicos, mas não devem ser utilizados caso esses achados não estejam presentes.

- Fase de consolidação

A fase de consolidação tem por objetivo manter controlada a multiplicação fúngica e a normalização dos parâmetros clínicos e laboratoriais, devendo durar, pelo menos, 8 semanas. Se na fase de indução foram utilizadas anfotericina B (formulação lípica ou deoxicolato) e flucitosina, na

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

fase de consolidação pode ser utilizado fluconazol na dose de 400 mg/dia. No entanto, se na fase de indução foram utilizadas anfotericina B e fluconazol, na fase de consolidação deve ser utilizado fluconazol 800 mg/dia.

Se, após duas semanas da fase de tratamento de indução, o status da última cultura é desconhecido, se recomenda continuar com 800 mg/dia até conhecer o resultado ou completar o tempo mínimo proposto para a consolidação. Quando a cultura for negativa, a dose de fluconazol pode ser diminuída para 400 mg/dia. No caso da presença de comprometimento do parênquima cerebral atribuído à criptococose (p.e pseudocistos mucinosos, criptococomas), a fase de consolidação deve ser de, pelo menos 12 meses, não sendo necessária a fase de manutenção.



- Fase de manutenção

Pacientes que tiveram meningite criptocócica apresentam risco de recaídas se não alcançarem um adequado nível de reconstituição imunológica após uso de terapia antirretroviral. O uso de fluconazol 200 mg/dia tem demonstrado eficácia em prevenir a recorrências. O período recomendado da fase de manutenção é de 12 meses. PVHA que apresentem estabilidade clínica, uso regular da terapia antirretroviral, contagem de linfócitos T-CD4+ ≥ 100 células/mm³ e carga viral indetectável, por pelo menos três meses, poderão descontinuar o fluconazol. O tratamento de manutenção pode ser reintroduzido caso a contagem de linfócitos T-CD4 seja < 100 células/mm³.

8.2 Controle da hipertensão intracraniana

Os valores elevados da pressão intracraniana (≥ 25 cm H₂O) se associam à má resposta terapêutica e menor sobrevida, principalmente quando esta é persistente. Por esses motivos, o controle da hipertensão intracraniana deve ser sistemático e agressivo. Recomendam-se os seguintes princípios: 1) aferir sempre a pressão de abertura. Se a pressão é ≥ 25 cm H₂O, deve ser retirado entre 20-30 mL de líquido; 2) se a pressão de abertura se mantém elevada (≥ 25 cm H₂O) e

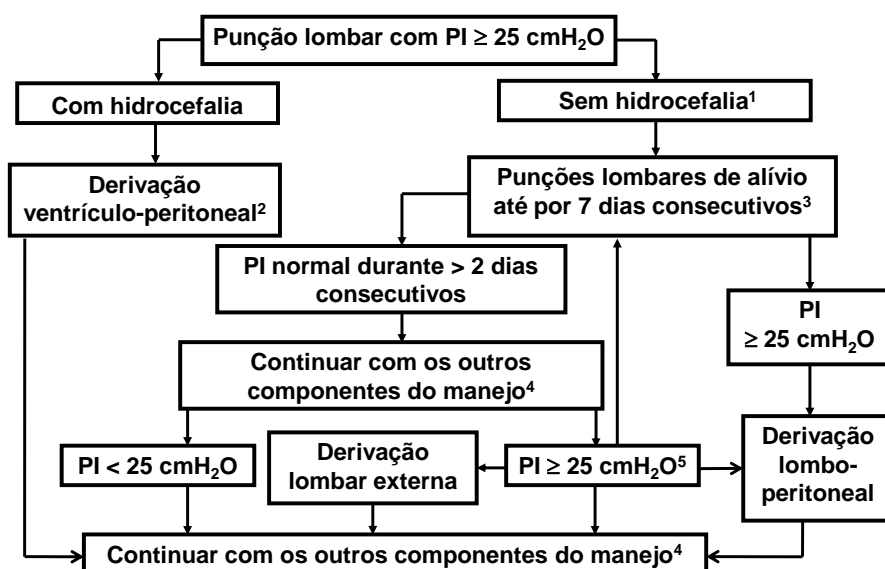
SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

o paciente continuar sintomático, repetir punções de alívio diárias até que a pressão de abertura e as manifestações clínicas sejam controladas por, pelo menos, mais de dois dias consecutivos; 3) quando a pressão se normalizar, repetir as punções, semanalmente, para avaliar a resposta micológica; 4) quando se observa hipertensão intracraniana persistente, inclusive depois de repetidas punções, discutir com a realização de procedimento neurocirúrgico.



Na Figura 1, apresenta-se algoritmo institucional para manejo da hipertensão intracraniana. O uso de manitol, acetazolamida e corticosteroides NÃO fazem parte do tratamento da hipertensão intracraniana secundária à meningite criptocócica.

Figura 1. Algoritmo de manejo da hipertensão intracraniana, em pessoas vivendo com HIV/AIDS e meningite criptocócica, internados no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.



Notas: Este algoritmo é apenas uma orientação geral do manejo da hipertensão intracraniana, portanto, as decisões em cada caso deverão ser avaliadas individualmente. ¹ Em algumas situações

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

clínicas (p.e pacientes em coma ou diminuição da acuidade visual atribuídas à hipertensão intracraniana), deve ser discutida abordagem neurocirúrgica precoce (preferencialmente, derivação lombo-peritoneal).² Alternativamente, avaliar derivação ventricular externa;³ Drenar 20-30 mL por punção, preferencialmente pela manhã. Segundo a evolução dos sintomas e sinais neurológicos, repetir a drenagem no final do dia;⁴ Terapia antifúngica combinada e monitoramento de potenciais toxicidades;⁵ Preferencialmente, avaliar derivação lombo-peritoneal. Outras alternativas: derivação lombar externa ou novo ciclo de punções lombares de alívio. O estado clínico do paciente sempre deve ser considerado na decisão de realizar procedimentos neurocirúrgicos. PI: pressão inicial.



8.3 Prevenção e manejo das toxicidades medicamentosas

Anfotericina B deoxicolato e, menos frequentemente, anfotericina B com formulação lipídica (lipossomal ou complexo lipídico), apresentam potencial de nefrotoxicidade, alterações hidroeletrólíticas e anemia. A flucitosina apresenta potencial mielotóxico e hepatotóxico. O fluconazol apresenta potencial hepatotóxico.

Portanto, PVHIV em programação de uso de terapia de indução devem receber um pacote mínimo de medidas para a prevenção, monitoramento e manejo da toxicidade causada pelos antifúngicos, principalmente pela anfotericina B deoxicolato e, em segundo lugar, pela anfotericina lipídica. As recomendações incluem: 1) pré-hidratação com 1 L de soro salino normal associada à suplementação eletrólítica de potássio e magnésio; 2) manter hidratação e suplementação durante o tratamento antifúngico; 3) monitoramento laboratorial com hemograma, transaminases, creatinina, ureia e eletrólitos (potássio e magnésio), pelo menos três vezes por semana.

Correção da dose de fluconazol: recomenda-se utilização de metade da dose diária de fluconazol em pacientes com *clearance* de creatinina < 50 ml/min e em pacientes submetidos à hemodiálise (dose depois da hemodiálise). Correção da flucitosina: recomenda-se utilização de metade da dose diária em pacientes com *clearance* de creatinina entre 10 e 50 ml/min e de um

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

quarto da dose diária em pacientes com *clearance* de creatinina < 10 ml/min ou submetidos à hemodiálise (dose depois da hemodiálise).

9. Manejo da doença de base



A disponibilidade de terapia antirretroviral tem melhorado de forma dramática o prognóstico de PVHA e meningite criptocócica. Contudo, diferente do observado na maioria de doenças oportunistas, o início precoce da terapia antirretroviral se mostrou deletério na meningite criptocócica, pela possibilidade de piora paradoxal. Portanto, se recomenda o início da terapia antirretroviral entre 4 e 6 semanas após o início do tratamento antifúngico, desde que exista melhora neurológica inequívoca, resolução da hipertensão intracraniana e cultura negativa para fungos no líquido. Dessa forma, o risco de desenvolver síndrome inflamatória de reconstituição imunológica se reduz drasticamente.

Assim, em pacientes *naïve*, caso não exista contraindicações para seu uso, tenofovir + lamivudina + dolutegravir poderá ser iniciado 4 e 6 semanas após início do tratamento antifúngico, desde que se preenchamos critérios indicados acima. Em pacientes experimentados em tratamento antirretroviral, o esquema de resgate deverá seguir as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde do Brasil.

10. Síndrome de reconstituição imunológica (SIRI)

A rápida restauração do sistema imunológico depois de iniciar a terapia antirretroviral pode causar fenômeno inflamatório denominado “síndrome de reconstituição imunológica” (SIRI). A SIRI pode se apresentar de duas formas: 1. SIRI “mascarada” (~20% do total de SIRI associadas à meningite criptocócica): caracterizada pelo aparecimento da doença criptocócica após o início da terapia antirretroviral. Pode ser difícil de diferenciá-la da doença oportunista clássica; 2. SIRI “paradoxal” (~80% do total de SIRI associadas à meningite criptocócica): caracterizada pela piora ou

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				



aparecimento de novas manifestações clínicas e/ou achados laboratoriais e radiológicos, em pacientes que tiveram diagnóstico prévio da doença criptocócica.

A SIRI, usualmente, aparece 1 – 2 meses depois de iniciada a terapia antirretroviral, mas pode ser apresentar até 6 - 12 meses após esse início. Os pacientes apresentam mais frequentemente manifestações da meningite, como dor de cabeça e/ou hipertensão intracraniana. Menos frequentemente podem ser observadas lesões focais secundárias a isquemia ou criptococoma ou apenas achados neurorradiológicos, como realces leptomeníngeos ou girais. A única forma de diferenciar a SIRI “paradoxal” da recidiva da meningite criptocócica é através das culturas de líquido, que são positivas nas recidivas. Na SIRI “mascarada”, o manejo segue as recomendações usuais da meningite criptocócica clássica. Na SIRI “paradoxal”, o início do tratamento antifúngico dependerá da gravidade do caso. Nas formas mais leves (p.e meningite asséptica sem hipertensão intracraniana), apenas observação e analgésicos podem ser suficientes. Nos casos mais graves (p.e cefaleia intensa com hipertensão intracraniana) ou naqueles pacientes que evoluem com piora neurológica, o tratamento antifúngico pode ser iniciado enquanto se aguardam as culturas. O manejo da hipertensão intracraniana seguirá os princípios usuais para essa complicação. Adicionalmente, na SIRI “paradoxal”, corticoides podem ser utilizados. A via de administração (oral ou parenteral), tipo de corticóide (prednisona ou dexametasona), assim como a duração do tratamento, será definida individualmente. Prednisona 1 mg/kg/dia ou doses equivalentes de dexametasona parenteral, durante 2-4 semanas, costumam ser suficientes, na maioria dos casos de SIRI “paradoxal”. Após esse período, as doses dos corticóides devem ser reduzidas gradualmente até sua descontinuação. A terapia antirretroviral deve ser mantida.

11. Triagem e tratamento preemptivo da antigenemia criptocócica

A estratégia de triagem e tratamento preemptivo da antigenemia criptocócica tem demonstrado que reduz a mortalidade por doença criptocócica e é custo-efetiva. Se recomenda que PVHA, internados no IIER, sem uso prévio ou experimentados em terapia antirretroviral, mas

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

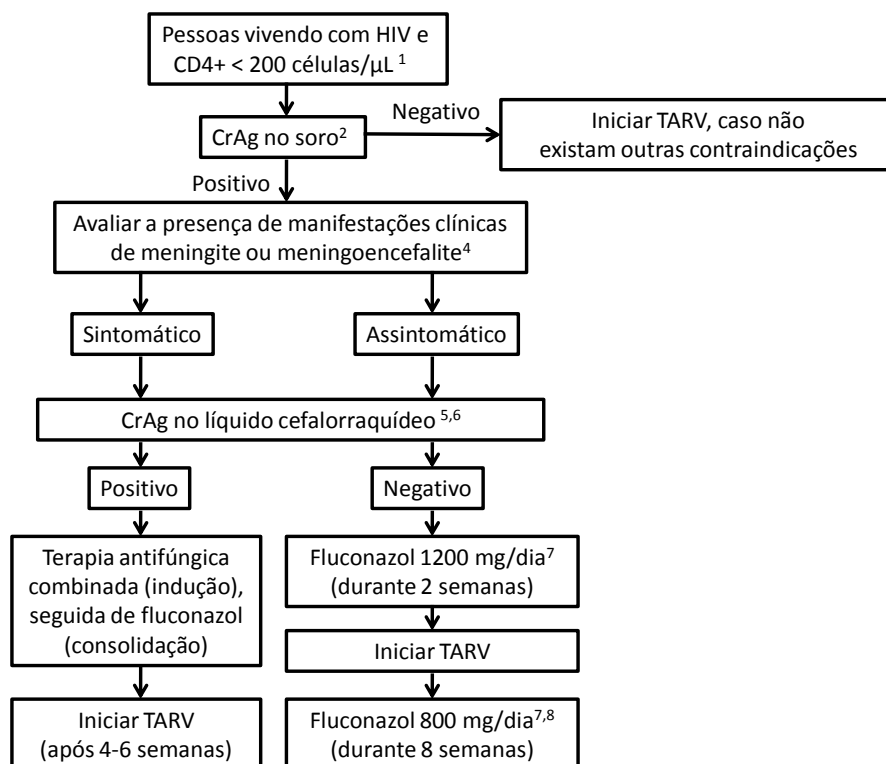
	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

sem tratamento efetivo, com contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 células/mm³, devam ser submetidos à realização de teste de aglutinação com látex ou LFA em soro. Neste cenário, o uso de LFA em sangue periférico (“ponta do dedo”) mostra menor sensibilidade. Pacientes sem manifestações clínicas de doença criptocócica e teste demonstrando presença de antigenemia criptocócica, devem ser submetidos à punção lombar e coleta de hemocultura para fungos, visando descartar doença fúngica invasiva. Uma vez excluída doença criptocócica, deve ser instituído tratamento preemptivo com fluconazol 1200 mg/dia, divididos em duas tomadas, durante 2 semanas. Depois, continuar com fluconazol 800 mg/dia, durante 8 semanas. Em pacientes *naïve*, caso não existam outras considerações para seu início, tenofovir + lamivudina + dolutegravir poderá ser prescrito após as 2 primeiras semanas de tratamento antifúngico. Em pacientes experimentados em tratamento antirretroviral, o esquema de resgate deverá seguir as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde do Brasil. Na Figura 2, apresenta-se algoritmo institucional para a implementação da estratégia de triagem e tratamento preemptivo da antigenemia criptocócica em PVHA.

Figura 2. Algoritmo para a implementação da estratégia de triagem e tratamento preemptivo da antigenemia criptocócica, em pessoas vivendo com HIV/AIDS, internados no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.



SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				



Notas. Este algoritmo é apenas uma orientação geral para a triagem e tratamento preemptivo da antigenemia criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS, por tanto, as decisões em cada caso deverão ser avaliadas individualmente. ¹Em situações de necessidade de racionalizar a realização de testes antigênicos, pessoas com contagens de linfócitos T-CD4+ < 100 células/μL devem ser priorizadas. ²Teste de aglutinação do látex ou teste de fluxo lateral (LFA). ³Caso o teste de aglutinação do látex não esteja disponível, o LFA pode ser realizado em amostra de sangue periférica (“ponta do dedo”). ⁴Inclui: dor de cabeça durante mais de 24 horas, febre, náuseas/vômitos, acuidade visual reduzida, confusão ou coma, crise convulsiva. ⁵Teste de aglutinação do látex ou LFA. ⁶Pessoas com doença criptocócica prévia, podem manter resultados positivos da tinta da China e testes antigênicos por longos períodos de tempo. Nestes casos, somente as culturas definem o diagnóstico de recidiva. ⁷ Dividido em duas tomadas. ⁸ Pessoas sem previsão de recuperação imunológica após início ou prescrição de esquema antirretroviral de

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

resgate, podem receber fluconazol 200 mg/dia até obter contagens de linfócitos T-CD4+ > 200 células/mm³ e carga viral do HIV abaixo do limite mínimo de detecção. CrAg: antígeno criptocócico; TARV: terapia antirretroviral.

12. Indicadores



- Percentual de pacientes que faleceram durante a internação.
- Percentual de pacientes que realizaram RM de encéfalo nos primeiros sete dias de internação.
- Percentual de pacientes que aferiram a pressão de abertura na primeira punção liquórica.
- Percentual de pacientes que documentaram a pressão de abertura na primeira punção liquórica.
- Percentual de pacientes com pressão de abertura $\geq 25\text{cmH}_2\text{O}$, que receberam punções liquóricas diárias até que pressão de abertura menor que $\geq 25\text{cmH}_2\text{O}$ por mais de dois dias consecutivos.
- Percentual de pacientes com pressão de abertura superior à $25\text{cmH}_2\text{O}$ por sete dias consecutivos, que foram submetidos à derivação liquórica.
- Percentual de pacientes que iniciaram anfotericina complexo lipídico em até 48 horas da admissão no Pronto Socorro.
- Percentual de pacientes que iniciaram flucitosina em até 48 horas da admissão no Pronto Socorro.
- Percentual de pacientes que receberam 14 dias consecutivos de anfotericina complexo lipídico mais flucitosina.

Nota. As categorias das respostas a serem avaliadas, para cada indicador, serão as seguintes: “sim”; “não”; “sem informação”; e “não se aplica”.

13. Referências bibliográficas

1. Charlier C, Dromer F, Lévêque C, et al. Cryptococcal neuroradiological lesions correlate with



SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

severity during cryptococcal meningoencephalitis in HIV-positive patients in the HAART era. PLoS One. 2008; 3: e1950.



2. Ford N, Meintjes G, Calmy A, et al. Managing advanced human immunodeficiency virus disease in a public health approach. Clin Infect Dis 2018; 66:S106–10.
3. Govender NP, Meintjes G, Mangena P, Nel J, Potgieter S, Reddy D, et al. Southern African HIV Clinicians Society guideline for the prevention, diagnosis and management of cryptococcal disease among HIV-infected persons: 2019 update South Afr J HIV Med. 2019; 20: 1030.
4. Longley N, Harrison TS, Jarvis JN. Cryptococcal immune reconstitution inflammatory syndrome. Curr Opin Infect Dis. 2013;26:26-34.
5. Perfect JR, Dismukes WE, Dromer F, et al. Clinical Practice Guidelines for the management of cryptococcal disease: 2010 update by the Infectious Disease Society of America. Clin Infect Dis. 2010;50:291-322.
6. Skipper C, Abassi M, Boulware DR. Diagnosis and Management of Central Nervous System Cryptococcal Infections in HIV-Infected Adults. J Fungi (Basel). 2019;5:65.
7. Vidal JE, Gerhardt J, Peixoto de Miranda EJ, et al. Role of quantitative CSF microscopy to predict culture status and outcome in HIV-associated cryptococcal meningitis in a Brazilian cohort. Diagn Microbiol Infect Dis. 2012;73:68-73.
8. Vidal JE, Penalva de Oliveira AC, Dauar RF, et al. Strategies to reduce mortality and morbidity due to AIDS- related cryptococcal meningitis in Latin America. Braz J Infect Dis. 2013;17:353-62.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

9. Vidal JE, Boulware DR. Lateral flow assay for cryptococcal antigen: an important advance to improve the continuum of HIV care and reduce cryptococcal meningitis-related mortality. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2015;57(Supl 19):38-45.
10. Vidal JE, Toniolo C, Paulino A, et al. Asymptomatic cryptococcal antigen prevalence detected by lateral flow assay in hospitalised HIV-infected patients in São Paulo, Brazil. Trop Med Int Health. 2016;21:1539-44.
11. Vidal JE, Peixoto de Miranda EJ, Gerhardt J, et al. Is it possible to differentiate tuberculous and cryptococcal meningitis in HIVinfected patients using only clinical and basic cerebrospinal fluid characteristics?. S Afr Med J. 2017;107:156-9.
12. Vidal JE, Toniolo C, Paulino A, et al. Performance of cryptococcal antigen lateral flow assay in serum, cerebrospinal fluid, whole blood, and urine in HIV-infected patients with culture-proven cryptococcal meningitis admitted at a Brazilian referral center. Rev Inst Med Trop Sao Paulo. 2018;60: e1.
13. Vidal JE, de Albuquerque Moraes C, de Siqueira REB, et al. HIV-Associated Cryptococcal meningitis patients treated with amphotericin B deoxycholate plus flucytosine under routine care conditions in a referral center in São Paulo, Brazil. Mycopathologia. 2021;186:93-102. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/media/pagina/2022/68448_/sei_ms_-_0025416014_-_nota_informativa_complexo_lipidico_pvhiv.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

15. World Health Organization. Guidelines on the diagnosis, prevention and management of cryptococcal disease in HIV-infected adults, adolescents and children: supplement to the 2016 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2018.

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

14. Anexos

14.1 Procedimentos para liberação do complexo lipídico de anfotericina B pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

PROCEDIMENTOS PARA LIBERAÇÃO DE ANTIFÚNGICOS

Algumas informações sobre a liberação dos antifúngicos pela Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde (SVS/MS) para portadores de micoses sistêmicas:

O Grupo Técnico de micoses sistêmicas da Coordenação Geral de Vigilância das Doenças Transmissíveis, do Departamento de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS, disponibiliza alguns medicamentos antifúngicos para atendimento de pacientes portadores de micoses sistêmicas endêmicas (Paracoccidiodomicose, Histoplasmose, Criptococose, Coccidiodomicose), de implantação (Esporitricose, Cromomicose e Micetomas) e oportunistas (Aspergilose, Candidíase Sistêmica, Fusariose e Mucormicose).

Critérios para disponibilização dos medicamentos:

1. Para pacientes portadores de micoses sistêmicas endêmicas, de implantação e oportunistas, não portadores de HIV/AIDS. A disponibilização de medicamentos para as micoses sistêmicas desses pacientes é responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação na Comissão Intergestora Tripartite.
2. Enviar cópia do laudo de exame comprobatório de infecção fúngica em atividade e laudo da sorologia negativa para HIV. Os antifúngicos não são disponibilizados para tratamentos empíricos e nem para esquemas de profilaxia antifúngica.
3. A Instituição solicitante deverá estar cadastrada junto ao Sistema Integrado de Administração de Material (SISMAT). Para isto, enviar por e-mail os dados da Instituição: Nome, CNES, CNPJ, endereço completo com CEP, telefone para contato e nome do responsável pela farmácia/recebimento do medicamento.
4. Para a liberação de complexo lipídico de anfotericina B, é necessário que seja enviado um [formulário próprio do Ministério da Saúde](#) de solicitação de medicamentos antifúngicos para pacientes com micoses sistêmicas. Este formulário é individual e deverá estar completamente preenchido. A liberação dos medicamentos obedece às indicações de consensos nacionais e internacionais.
5. O complexo lipídico de anfotericina B (Abelcet) é apresentado em frasco de 100 mg. A dose diária recomendada para adultos e crianças (incluindo neonatos prematuros) é de 1,0 a 5,0 mg/kg/dia.
6. No caso do itraconazol, a instituição deverá encaminhar planilha com o número de pacientes em tratamento e estimativa de novos casos anuais. Na solicitação, também deverá constar a quantidade de cápsulas para o período desejado. Para pacientes com Paracoccidiodomicose ou Histoplasmose, é assegurado 1 ano de tratamento.

A ficha de solicitação de antifúngicos, juntamente com os laudos dos exames, devem ser enviados por e-mail para: micosessistemicas@saude.gov.br

Contatos:

Grupo Técnico de Micose Sistêmicas - Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis/SVS/MS
 Enfermeiras: Sinaida Martins e Zênia Guedes
 Médica Infectologista: Maria Adelaide Millington
 Telefones: 61-3315.3968 e 3315.2900

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emílio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

Anexo 14.2 – Ficha de solicitação de medicamentos antifúngicos para pacientes com micoses sistêmicas. INTRANET → documentos → Farmácia para impressão.

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIFÚNGICOS PARA PACIENTES COM MICOSES ENDÊMICAS

Número da ficha: ____/____/____ (Para uso do Ministério da Saúde)
 Data da solicitação: ____/____/____

INSTITUIÇÃO SOLICITANTE
 Hospital ou instituição: _____
 Médico solicitante: _____
 CRM: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
 Responsável pelo recebimento: _____
 Cargo: _____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
 Endereço para entrega: _____
 CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 Nome do paciente: _____
 Nome da mãe: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino Peso: ____ kg
 Endereço de procedência: _____
 Município de residência: _____ UF: _____

DADOS CLÍNICOS ATUAIS (Descreva brevemente a história clínica do paciente, como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros):
 Início dos sinais e sintomas: ____/____/____

Co-morbidades:
 () Ausente () Doença renal () Doença cardíaca () Doença hepática
 () Doença onco-hematológica () HIV/Aids Especificar: _____
 Outras: _____

EXAME MICOLÓGICO: MATERIAL _____: () Positivo () Negativo
OUTROS: _____
DIAGNÓSTICO: (Especificar e anexar cópia do laudo)

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.

	Instituto de Infectologia Emilio Ribas Protocolo Clínico Manejo da meningite criptocócica em pessoas vivendo com HIV/AIDS	PC-DDM-006- Meningite criptocócica em PVHA-V.3	Término Vigência 21/05/2025	Início Vigência 21/05/2023	
	Elaborador José Ernesto Vidal Bermúdez				

EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: _____ x10⁶ Hematócrito: _____ % Hemoglobina: _____ g/Dl
 Plaquetas: _____ mm³ Leucócitos: _____ mm³ Neutrófilos: _____ mm³
 AST/TGO: _____ U/L ALT/TGP: _____ U/L Bilirrubina total: _____ mg/dL
 Bilirrubina D: _____ mg/dL Ativ. de protrombina: _____ % Ureia: _____ mg/dL
 Creatinina: _____ mg/dL CD4 _____ céls/mm³
 Outros: _____

TRATAMENTO(S) ESPECÍFICO(S) REALIZADO(S) (Solicitação individual)

() Virgem de tratamento
 () Anfotericina B Desoxicolato Dose total administrada: _____
 () Anfotericina B complexo lipídico: Dose: _____ mg/kg/dia Dose total administrada: _____
 () Anfotericina B lipossomal: Dose: _____ mg/kg/dia Dose total administrada: _____
 () Itraconazol: Dose diária: _____ Tempo de tratamento: _____
 () Fluconazol sol.injetável Dose diária: _____ Tempo de tratamento: _____
 () Fluconazol cápsulas Dose diária: _____ Tempo de tratamento: _____
 () Flucitosina Dose diária: _____ Tempo de tratamento: _____
 () Voriconazol Dose diária: _____ Tempo de tratamento: _____

ESQUEMA TERAPÊUTICO PRESCRITO:

Medicamento(s): _____
 Dose(s) prescrita(s): _____
 Tempo previsto de tratamento: _____ Quantitativo(s) _____

Medicamento(s): _____
 Dose(s) prescrita(s): _____
 Tempo previsto de tratamento: _____ Quantitativo(s) _____

NO CASO DE INDICAÇÃO DE FORMULAÇÃO LIPÍDICA DE ANFOTERICINA B

() Refratariedade à outro esquema terapêutico
 Especificar: _____

 (Assinatura e carimbo do médico)

SCIH	Diretoria de Divisão Médica	Diretoria de Divisão de Enfermagem	Diretoria de Farmácia	Supervisão de Protocolos	Diretoria Científica	Diretoria Técnica
Nilton José Cavalcante	Ralcyon F A Teixeira	Jurini Valdisi da Silva	Tânia Bessa	Edgar Bortholi	Jose Angelo L Lindoso	Luiz Carlos Pereira Jr.