

Unidade 3.3 – Emergências: Doente HIV+ com Sinais de Perigo

Introdução

A identificação das emergências ou sinais de perigo no doente HIV+ é o primeiro passo a ser realizado na avaliação do doente. Em outras unidades desta formação, vamos introduzir guiões ou directrizes clínicas chamados algoritmos que vão descrever os passos a seguir na avaliação de sinais e sintomas comuns no doente seropositivo.

Os algoritmos sempre começam com a procura de sinais de perigo, porque o doente grave deve ser identificado e tratado rapidamente. Esta unidade irá abordar o passo importante que é a identificação e gestão de emergências clínicas em doentes HIV+. Para isso, será necessário aplicar os princípios básicos dos cuidados médicos que são utilizados em todos os doentes e os princípios específicos para doentes HIV+.

Nesta unidade serão apresentados os seguintes conteúdos:

- Princípios gerais dos cuidados do doente HIV+ com sinais de perigo e com complicações
- Reconhecimentos dos sinais de perigo
- Considerações específicas na gestão clínica de sinais e sintomas comuns no doente grave seropositivo:
 - ✓ Febre
 - ✓ Desnutrição severa
 - ✓ Problemas respiratórios
 - ✓ Patologia neurológica
 - ✓ Lesões oroesofágicas
 - ✓ Urgência gastrointestinal
 - ✓ Lesões cutâneas
 - ✓ Lesões linfáticas complicadas
 - ✓ Emergência hematológica
 - ✓ Considerações particulares do doente HIV+ com malária
 - ✓ Considerações particulares da mulher HIV+ grávida

Princípios Gerais dos Cuidados do Doente HIV+ com Sinais de Perigo e com Complicações

Todos os princípios básicos da atenção médica ou cirúrgica aos doentes criticamente doentes ou hospitalizados não infectados pelo HIV também são aplicados aos doentes HIV+. Além desses princípios básicos, certos princípios adicionais aplicáveis aos doentes HIV+ serão resumidos nesta unidade.

O diagnóstico diferencial é mais complexo nos doentes seropositivos porque podem adoecer por qualquer outra condição que afecta também a população seronegativa, mas outros diagnósticos (infecções oportunistas, reacções adversas aos medicamentos, falência terapêutica, e complicações próprias do HIV) devem ser considerados além dos diagnósticos típicos.

Os princípios gerais e adicionais dos cuidados do doente HIV+ com complicações graves são:

- **Não discriminação**
Condições tratáveis ou curáveis devem ser consideradas da mesma maneira em doentes seronegativos como em doentes HIV+ (além de tomar medidas para evitar as reacções adversas aos medicamentos e para evitar interacções medicamentosas que envolvem anti-retrovirais), o tratamento não deve ser negado devido ao seroestatus positivo do doente.
- **Respeitar a confidencialidade**
Respeite a confidencialidade do doente.

- **Apoiar a adesão**

Continuar sempre com o regime terapêutico do tratamento anti-retroviral, a não ser que exista uma razão comprovada e consistente para suspendê-lo ou modificá-lo. Em geral, os ARVs não devem ser interrompidos a não ser em caso de suspeita de reacção adversa severa aos medicamentos no doente, ou um caso grave de SIR (Síndrome de Imuno-Reconstituição). Neste caso, perante uma suspeita por parte do Agente de Medicina ou Enfermeiro, este deverá consultar o Clínico de Referência antes de tomar qualquer iniciativa e de mudar o regime.

Doentes que não conseguem engolir os comprimidos devem tomar xaropes pediátricos (em doses adequadas para adultos) via sonda nasogástrica, se esta opção estiver disponível. Se o doente for transferido, deve-se verificar o regime terapêutico dos anti-retrovirais que está descrito no guia de transferência e ver também se o doente tem quantidade suficiente de medicamento.

Continuar sempre com o regime de tratamento para a TB, a não ser que exista uma razão comprovada e consistente (tal como uma reacção adversa severa aos medicamentos) para suspendê-lo ou modificá-lo. Neste caso, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá consultar o Clínico de Referência antes de tomar essa decisão. Se o doente tiver que ser transferido, confirmar se o regime terapêutico da TB está descrito no guia de transferência e que o doente tem quantidade suficiente de medicamento.

Os doentes seropositivos são mais complicados – sempre procure sinais e sintomas de doenças múltiplas

No doente com HIV ou SIDA, o mesmo sinal ou sintoma pode ter causas múltiplas. É preciso fazer sempre uma avaliação completa. Exemplos:

- Anemia causada por malária e reacção adversa à Zidovudina e TB
- Febre causada por pneumonia e pelo próprio vírus do HIV
- Perda de peso causada por TB, pelo HIV, e depressão com perda de apetite

Manter a alimentação

O doente infectado pelo HIV precisa de mais calorias em relação aos doentes não infectados. Coordene com a Unidade Sanitária e com a família do doente para assegurar que ele tenha uma dieta adequada durante os internamentos.

Prevenir a transmissão de infecções dentro da Unidade Sanitária

Siga sempre recomendações básicas para o controlo da infecção, para proteger a si próprio, a outros trabalhadores de saúde e a outros doentes ou membros da família.

As políticas para um bom controlo da infecção devem visar a protecção contra exposições ao sangue e outros fluidos corporais potencialmente contaminantes, e a transmissão nosocomial da tuberculose.

Estabilizar o doente e referir para o Clínico de Referência

O diagnóstico diferencial das emergências médicas e cirúrgicas no doente seropositivo é difícil. O doente seropositivo é mais vulnerável a complicações graves. O Agente de Medicina ou Enfermeiro normalmente vai precisar da ajuda do Clínico de Referência e, às vezes, do cirurgião ou anesthesiologista. Por exemplo, se for preciso interpretar uma radiografia do tórax, fazer punção lumbar ou toracentese ou paracentese, fazer biopsia, avaliar indicações para quimioterapia, ou internar na unidade de cuidados intensivos, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá consultar o Clínico de Referência da sua Unidade Sanitária urgentemente e/ou encaminhar o doente grave. Se houver necessidade de encaminhar, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve iniciar as possíveis intervenções necessárias para estabilizar o doente enquanto espera pela transferência.

Organizar o seguimento cuidadosamente

Quando der alta a um doente que entrou com sinais de perigo, assegure-se que ele tem medicamentos anti-retrovirais suficientes pelo menos até a próxima consulta de seguimento marcada nas Consultas de TARV. Deve-se certificar que o doente sabe onde ter os cuidados de seguimento.

Reconhecimento dos Sinais de Perigo

Chamamos de **sinal de perigo** uma anormalidade clínica que indica que o doente precisa de tratamento de emergência para evitar mortalidade/morbilidade.

Quando o doente chega à Unidade Sanitária, é importante avaliar o seu estado inicial e identificar qualquer sinal de perigo que represente risco para a sua saúde ou para a sua vida. Na presença de sinais de perigo, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá iniciar imediatamente as avaliações e tratamentos necessários para estabilizar o doente e para pedir ajuda do médico ou organizar internamento, referência, ou encaminhamento.

Tabela 1: Sinais de Perigo no Doente Seropositivo.

Gerais, constitucionais: <ul style="list-style-type: none">• Desidratação severa• Febre muito alta ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ou 39°C)• Incapacidade para comer, beber, e/ou caminhar• Desnutrição severa e $\text{IMC} < 16,0 \text{ kg/m}^2$
Cardio-respiratório <ul style="list-style-type: none">• Shock (T/A baixa, $\text{FC} > 120 \text{ b/m}$)• Dispneia ou taquipneia severa ($\text{FR} > 30 \text{ r/m}$)• Cianose
Neurológico <ul style="list-style-type: none">• Coma ou alteração do nível de consciência• Convulsões• Rigidez do pescoço• Nova fraqueza ou paresia focal• Mudanças de comportamento• Cefaleia intensa e persistente
Boca e esófago <ul style="list-style-type: none">• Dor ou incapacidade para engolir
Gastrointestinal, genito-urinária <ul style="list-style-type: none">• Dor abdominal severa (abdómen cirúrgico)• Hemorragia (gastrointestinal, vaginal, etc)• Icterícia e hepatite• Diarreia severa
Dermatológico <ul style="list-style-type: none">• Descamação mucocutânea por Síndrome de Stevens-Johnson
Linfonodos <ul style="list-style-type: none">• Lesões nas extremidades associadas com necrose ou edema extensiva, ou que alterem a função locomotora
Hematológicas <ul style="list-style-type: none">• Palidez intensa, dispneia, $\text{Hb} < 5 \text{ g/dl}$

Nas secções seguintes serão apresentadas algumas categorias comuns de emergências relacionadas com o HIV/SIDA e com recomendações para avaliação e tratamento, além das indicações padrão para a população geral.

Considerações Específicas na Gestão Clínica de Sinais e Sintomas Comuns no Doente Grave Seropositivo

1. Febre

Causas e Gestão Clínica de Emergências Relacionadas à Febre no Doente HIV+:

Além do diagnóstico diferencial usual do doente com febre e sinais de perigo, que consiste em ter sempre em consideração a malária, a pneumonia, e a meningite, avalie também as reacções adversas aos medicamentos, Síndrome de Imuno-Reconstituição (SIR) e tuberculose (pulmonar ou extrapulmonar).

Tabela 2: Emergências relativas à Febre em Doentes HIV+.

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Qualquer febre com sinais de perigo	Febre documentada, com qualquer outro sinal de perigo, ou febre muito alta sem causa aparente.	Estabilizar (Administrar antitérmicos, rehidratação endovenosa) e referir para clínico de referência (veja algoritmo de febre). Procure sinais e sintomas de tuberculose. Lembre-se: A febre persistente sem fonte pode ser uma condição de estadio III.
Reacções adversas aos medicamentos que se apresentam como febre	Causa infecciosa da febre não encontrada. A febre começou depois do início do tratamento. (Veja tabelas de reacções adversas).	Veja a classificação da OMS para a febre causada por reacções adversas. Tratar reacção adversa de grau I e II e para a reacção adversa de grau III ou IV refira para Clínico de Referência
Síndrome de Imuno-reconstituição (SIR) que se apresenta como febre	Nova ocorrência ou agravamento repentino da TB, criptococcus, ou outras IOs depois de iniciar o TARV (veja guião de SIR), ou nova ocorrência ou agravamento repentino da febre sem outra fonte (com ou sem linfadenopatia) depois de iniciar o TARV.	Perante a suspeita de SIR referir o doente para Clínico de Referência

2. Desnutrição Severa, Perda de Peso, Caquexia

A desnutrição severa é um risco para a vida não somente nas crianças, mas também nos adultos. Pode ser uma complicação de estágio III ou IV de SIDA, ou uma complicação de IO. Sobre a desnutrição severa no doente seropositivo, lembre-se:

- O doente desnutrido com $IMC < 16 \text{ kg/m}^2$ que não consegue comer nem beber é uma emergência médica, da mesma maneira que uma criança. Desta forma, precisa de internamento e reabilitação nutricional.
- Não confunda a perda severa de tecido subcutâneo (emagrecimento) com desidratação. Tenha cuidado para não sobre-hidratar. Inicialmente, limitar a quantidade de fluidos a 1 litro/dia, e acrescentar as quantidades perdidas se houver vômitos ou diarreia.
- Se possível, meça o nível de electrólitos no sangue e corrija as perdas o mais cedo possível ao longo do tratamento.
- Alimente o doente de maneira gradual. Comece com quantidades pequenas e frequentes de comida ou soluções de reidratação oral.
- Dê suplementos com multivitaminas e minerais (especialmente magnésio, potássio e fósforo), se disponíveis.
- Procure evidência de infecção aguda ou crónica (especialmente bacteriemia e TB) e trate-a como indicado.
- A caquexia, quando acompanhada de diarreia, febre ou suores nocturnos prolongados, e se não existir evidência de TB ou outra infecção oportunista, pode ser um sinal de Síndrome de Caquexia do SIDA (condição do estágio IV).
- Depois do internamento, peça o pacote alimentar para o doente HIV+ com malnutrição.

Tabela 3: Emergências relativas à Desnutrição em Doentes HIV+.

Emergências relacionadas com Desnutrição		
Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnostico, Sinal de Perigo	Gestão
Desnutrição severa (qualquer causa)	IMC ≤ 16.0 Kg/m ² em pacientes que não pode comer nem beber	Se não pode comer não está clinicamente bem ou não está em situação de alerta deve estabilizar (sonda nasogastrica para reabilitação nutricional em pequenas quantidades correcção das perdas dos electrólitos), rehidratação EV fazer lentamente para evitar falência cardíaco ou sobre hidratação e Referir para Clínico de Referência.
Caquexia relativa a TB	IMC ≤ 18.5 Kg/m ² , BK+ ou com diagnostico de TB Extrapulmonar mas BK-	Estabilizar e referir para Clínico de Referência
Síndrome de caquexia da SIDA	IMC ≤ 18.5 Kg/m ² , sem infecção (além do IHV) identificada, com febre, diarreia ou suor nocturno sem outra explicação por mais de um mês (veja algoritmo de estadiamento)	Estabilizar e referir para Clínico de Referência

3. Problemas Respiratórios

Princípios Gerais:

Nos doentes infectados pelo HIV que apresentam insuficiência respiratória, é necessário administrar sempre o oxigénio, proteger as vias aéreas e apoiar a circulação, igual ao que é feito nos doentes não infectados pelo HIV. Lembre-se que:

- A pneumonia bacteriana é a infecção respiratória mais comum com qualquer nível de contagem de CD4. Nos doentes HIV+ com infecção respiratória severa, deve-se administrar sempre antibióticos endovenosos enquanto se aguarda pela confirmação diagnóstica de outra doença suspeita.
- Considerar sempre a TB, particularmente se o rastreio da TB for positivo. Pedir sempre um exame de BK (peça ajuda do Clínico de Referência). Procurar também evidência clínica de TB extrapulmonar (particularmente adenite tuberculosa) e, se suspeitar, encaminhar ao médico. Lembre-se que a TB-SIR podem acontecer em doentes que já iniciaram o tratamento anti-tuberculoso, ou em doentes onde a TB não tenha sido diagnosticada na altura que iniciaram o TARV. Perante esta suspeita deverá também consultar o médico.
- Se suspeitar o diagnóstico de pneumonia por Pneumocystis (PCP) nos doentes com dispneia significativa e progressiva (especialmente dispneia durante o exercício), baixa contagem de CD4 (CD4 < 200 cels/mm³), não responde a antibióticos, e não há sinais de TB, deverá internar o doente e este deve ser visto pelo médico com urgência. O doente pode precisar de tratamento prolongado com doses altas de Cotrimoxazol (às vezes com Prednisona e internamento na unidade de cuidados intensivos), porque a PCP não responde a antibióticos em doses usuais.
- Nos doentes em tratamento com d4T, considerar a acidose láctica se tiver dispneia, dor abdominal, fraqueza, outros sintomas sugestivos, e sem sinais de infecção no exame. A malária severa também pode causar acidose láctica. Perante estas suspeitas, o agente de medicina ou

enfermeiro deverá referir o doente para o Clínico de Referência e este tomará as decisões apropriadas.

- O sarcoma de Kaposi e o criptococcus podem afectar também os pulmões. Considere S. de Kaposi se existirem lesões de Kaposi orais ou na pele; se o doente não responde ao tratamento para a pneumonia, se tem meningite criptococica, se tem erupções sugestivas na pele, ou se o teste do Criptococcus está disponível e o resultado for positivo, considere criptococcus. Perante a suspeita destes possíveis diagnósticos, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá referir o doente para Clínico de Referência para toma das decisões apropriadas.
- A dispneia pode ser também causada por anemia severa. Nestes caso, faça sempre um exame de hemoglobina ou um hemograma completo.

Tabela 4: Emergências Respiratórias no Doente HIV+.

EMERGÊNCIAS RESPIRATÓRIAS NO PACIENTE HIV+		
Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
FR >30r/m; FC 120l/m; T38.5 ^o c ou 39 ^o c axilar (dispneia, cianose)	BK, torax, Toracosentese se necessario com clinico de referencia para completar avaliação	Estabilizar (oxigenio, hidratação endovenosa na ausencia de insuficiencia cardiaca uma dose de antibiotico e referir imediatamente para Clínico de Referência
Hemorragia pulmonar (hemoptise profusa)	Rastreo de TB e suspeitar Kaposi pulmonar, encaminhar	Oxigenio, terapia endovena considerar transfusão e referir imediatamente para Clínico de Referência.
Malaria severa com sintomas respiratórios	Teste rapido /HTZ	Oxigenio, Glucosa ou dextrosa. Primeira dose de antimalarico e referir imediatamente. para Clínico de Referência.
Anemia severa (causando a dispneia)	Hemoglobina	Estabilizar e referir para Clínico de Referência.

4. Problemas Neurológicos

Princípios Gerais:

Nos doentes que apresentam febre e rigidez de pescoço, é necessário fazer uma punção lombar urgente, com testes especiais para detectar IO neurológicas. Normalmente, o Agente de Medicina ou Enfermeiro terá que pedir a ajuda ao Clínico de Referência para tomar as decisões apropriadas . Se a punção lombar não puder ser feita imediatamente pelo Clínico de Referência, ou se o LCR não pode ser analisado imediatamente, iniciar o tratamento com antibióticos endovenosos para a meningite bacteriana. Os doentes com febre e sinais meníngeos devem também ser avaliados para malária e tratar conforme o resultado.

Em doentes com convulsões, coma, ou com alteração do nível de consciência, fazer sempre um exame neurológico e considerar infecções oportunistas (particularmente toxoplasmose, criptococose e tuberculose) do sistema nervoso central, além da malária e da meningite bacteriana. Para este caso, pode ser necessário uma punção lombar.

Tabela 5: Emergências Neurológicas em Doentes HIV+.

EMERGÊNCIAS NEUROLOGICAS EM PACIENTES HIV +		
Entidade clínica ou Sinais de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Meningite	Punção lumbar para estudo do LCR: coloração de grão, contagem diferencial de células, BK, VDRL ou RPR, tinta, AG Criptocócico, procurar sinais de TB Pulmonar	Estabilizar e referir para Clínico de Referência
Convulsões	Avaliação neurológica Teste de Malaria Valorização de punção lumbar Se grávida suspeitar eclampsia Toma de sinais vitais.	Estabilizar(diazepam, administrar glucosa ou dextrosa, se teste de malária positivo ou HTZ + dar a primeira dose de antimalárico Quinino IM ou oral se teste de malária ou HTZ – dar a primeira dose de antibiótico EV ou IM ou oral) e Referir para Clínico de Referência.
Sinais de focalização que não existia previamente	Exame neurológico. Procurar sinais de TA elevada. Procurar sinais de meningite	Estabilizar e referir para Clínico de Referência.
Coma	Exame neurológico, teste de malária observar traumatismo, Eclampsia na grávida toma de sinais vitais, glicemia.	Glucosa ou dextrosa, antibiótico EV QNN ou outro antimalárico e Referir para Clínico de Referência

5. Lesões Orais e Esofágicas

Qualquer lesão oroesofágica que obstrui a deglutição ou a respiração é uma emergência médica (ou cirúrgica). O SIR pode-se apresentar com uma obstrução da via aérea ou esofágica causada pelo efeito da reconstituição imune no sarcoma de Kaposi ou outras infecções oportunistas; se suspeitar esse problema, deve consultar ao Clínico de Referência.

As infecções oportunistas visíveis na boca (ex. sarcoma de Kaposi, candidíase, herpes simplex) podem também afectar o esófago, pulmões, estômago ou intestinos. O sarcoma de Kaposi disseminado ou visceral é muito mais comum nos doentes que têm sarcoma de Kaposi oral.

O síndrome de Stevens-Johnson pode apresentar-se através de lesões orais severas. É preciso considerar sempre a NVP, o EFV, o CTZ, e o Fansidar como possíveis causas. Na presença de síndrome de Stevens-Johnson, o medicamento que provavelmente causou o problema deve ser suspenso imediatamente. O Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá consultar ao Clínico de Referência neste caso.

A dificuldade para engolir também pode ser causada por tumoração ou abscesso torácico. Perante esta suspeita, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá consultar ou referir o doente para Clínico de Referência.

Tabela 6: Emergências na Boca ou Esófago em Doentes HIV+.

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Uma esofagite ou lesões na boca com problemas para engolir	Examinar a boca para suspeita de candidíase, Sarcoma de Kaposi, ou outras infecções oportunistas.	Se não pode engolir, em caso de esofagite por candidíase, suspeita de Sarcoma de Kaposi, deve estabilizar (hidratação endovenosa) e encaminhar ou referir para o Clínico de Referência para toma das decisões. (Lembre-se: esofagite de candidíase e sarcoma de Kaposi são condições de estadio IV; Refira para o clínico de referência para a avaliação para o TARV)
Descamação na mucosa oral por Síndrome de Stevens-Johnson	Examinar a pele e membranas mucosas	Estabilizar: Hidratação endovenosa. Se há descamação, cuidar das feridas (usar o mesmo método que para queimaduras). E referir para clínico de referência.

6. Problemas Gastrointestinais

Hemorragia gastrointestinal: Pode ser causada por uma úlcera péptica ou qualquer outra doença que afecta também a população seronegativa. Pode ser também causada pelo Sarcoma de Kaposi, linfoma, ou lesões provocadas por outra infecção oportunista.

Obstrução intestinal: Pode ser causada por um câncer de cólon, vermes, ou qualquer outra causa que possa afectar também a população seronegativa. Nos casos de SIDA avançado, pode ser devido à TB, Sarcoma de Kaposi, ou linfoma. Perante estas suspeitas, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deverá encaminhar o doente para ser visto pelo Clínico de Referência ou cirurgião.

Dor abdominal: Para além do acima mencionado, considerar uma reacção adversa aos medicamentos (pancreatite, acidose láctica, hepatite), e complicações de múltiplas infecções oportunistas (diarreia infecciosa, tuberculose, etc.). Em caso de dor abdominal severa com suspeita de reacção adversa, pode ser preciso suspender o TARV. Neste caso, é preciso consultar ao Clínico de Referência antes de tomar alguma decisão.

Tabela 7: Emergências Gastrointestinais em Doentes HIV+.

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Dor abdominal severa, hemorragia gastrointestinal, e/ou hepatite	<p>Avaliação clínica completa, hemograma, transaminases, amilase, bilirrubina. Se ascites, o médico deve considerar a possibilidade de paracentese e/ou ultra-som do abdómen +/- biópsia de linfonodos abdominais.</p> <p>Na mulher, considerar DIP e fazer teste de gravidez se indicado.</p> <p>Procure sinais e sintomas de infecção oportunista, reacções adversas aos anti-retrovirais e SIR.</p>	<p>Em caso de abdómen cirúrgico ou hemorragia severa, iniciar hidratação endovenosa, iniciar antibióticos, suspender alimentação via oral, referir ao Clínico de Referência</p> <p>Em caso de suspeita de reacção adversa grau III ou IV a medicamentos (pancreatite ou lacto-acidose por d4T, ou hepatite por NVP) referir o doente para o Clínico de Referência. (Veja o guião de Reacções Adversas). Tratar as IOs e outras condições conforme as suas competências.</p>
Diarreia severa	<p>Avaliação clínica completa, exame de fezes para identificar ovos e parasitas.</p> <p>Procure sinais e sintomas de infecção oportunista, reacções adversas aos anti-retrovirais e SIR.</p>	<p>Reidratação conforme os guiões. Tratar as IOs e outras condições conforme as guias. Lembre-se suspeita de diagnóstico da Síndrome Caquexia da SIDA referir o caso para Clínico de Referência.</p> <p>Em caso de suspeita de reacção adversa grau III ou IV a medicamentos referir o doente para o Clínico de Referência. (Veja o guião de Reacções Adversas). Tratar as IOs e outras condições conforme as suas competências.</p>

7. Lesões na Pele

O síndrome de Stevens-Johnson pode apresentar-se através de lesões cutâneas severas. É preciso considerar sempre a NVP, o EFV, o CTZ, e o Fansidar como possíveis causas. O medicamento que causa o síndrome deve ser suspenso imediatamente depois de confirmar o diagnóstico. Recomenda-se que o Agente de Medicina ou Enfermeiro consulte urgentemente o Clínico de Referência e suspenda todos esses medicamentos.

Se observar uma lesão compatível com sarcoma de Kaposi, é importante realizar um exame completo da pele, da boca e dos nódulos linfáticos, e o doente deve ser encaminhado para a confirmação do diagnóstico pelo clínico de referência, que então deve analisar a possibilidade e enviá-lo para uma biópsia e/ou para considerar o início da quimioterapia.

Tabela 8: Emergências relativas à Pele e Nódulos Linfáticos em Doentes HIV+.

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Lesões de descamação cutânea por Síndrome de Stevens - Johnson	Examinar a pele e membranas e mucosas	Estabilizar o doente (Hidratação endovenosa se descamação cuidar das ferida com as medidas do doente queimados) e Referir para Clínico de Referência

8. Linfadenopatias

A linfadenopatia severa, com necrose ou edema importante, pode ser causada por Sarcoma de Kaposi, TB, ou outra IO. Muitas vezes não se indica fazer incisão e drenagem, porque o problema não está relacionado com infecção bacteriana. Quando há necrose, é preciso limpar a ferida e pôr penso. Quando há suspeita de tumor ou IO, é preciso encaminhar o doente para biópsia se o diagnóstico não for claro.

O agravamento repentino da doença ou a aparição de linfadenopatias num doente que iniciou recentemente o TARV pode ser um sinal de SIR (especialmente TB-SIR ou SK-SIR). Perante esta suspeita, o Agente de Medicina ou Enfermeiro deve encaminhar o doente ao médico.

Tabela 9: Emergências relativas à Pele e Nódulos Linfáticos em Doentes HIV+.

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Linfedema severa nas extremidades	Avaliação completa de TB e sarcoma de Kaposi. Referir para considerar biópsia (dos linfónodos e/ou tecido inchado), se estiver indicado.	Se suspeita de TB e sarcoma de Kaposi estabilizar e referir ao clínico de referência para decisão: confirmação e Tto(tratamento de TB, Início de TARV e Quimioterapia.
Necrose estendida dos nódulos linfáticos	Exame completo para sarcoma de Kaposi, TB, SIR-TB, e infecção bacteriana.	Antibióticos se sobre-infecção. Cuidar das feridas. Encaminhar ao clínico de referência para confirmação diagnóstica da suspeita de SIR, Sarcoma de Kaposi e TTo

9. Alterações Hematológicas

Princípios Gerais:

Anemia, neutropenia, trombocitopenia: Considerar no diagnóstico diferencial das reacções adversas aos medicamentos, o próprio HIV e as infecções por micobactérias atípicas (veja guiões de anemia e de reacções adversas). É comum que a anemia tenha causas múltiplas no doente seropositivo, mas a deficiência de ferro é menos provável que as outras causas.

Procure sempre hemorragia, causas infecciosas (HIV, IO, TB, malária, ancylostoma, etc), causas nutricionais, e reacções adversas aos medicamentos. A identificação de uma causa (por exemplo, malária) não exclui outras causas (Ver a unidade de anemia).

10. Malária

Nos doentes HIV+ com malária, lembre-se de prescrever os medicamentos antimaláricos compatíveis com os anti-retrovirais e/ou com os medicamentos antituberculosos (Ver o guião de malária e unidade de malária).

11. Gravidez da Mulher HIV+

Para além do que já foi mencionado nesta unidade sobre mulheres grávidas, lembre-se que:

- Se o tratamento anti-retroviral é indicado, é crucial iniciá-lo antes da data prevista do parto, para prevenir a transmissão vertical;
- No caso de complicações obstétricas, é importante evitar intervenções que possam aumentar o risco de transmissão da mãe para o filho: Reduzir os exames vaginais, não induzir ou acelerar o trabalho de parto com oxitocina, não fazer episiotomias e evitar o parto com fórceps.

Pontos-chave

- As possíveis causas de sinais de perigo e emergências médicas são diferentes no doente seropositivo.
- No doente com HIV grave, procure também evidências de condições comuns presentes em outros doentes não seropositivos, (como por exemplo: derrame cerebral, apendicite, etc), além de IO, reacções adversas aos medicamentos, e outras complicações que advêm do HIV.
- O primeiro passo perante um doente com HIV é identificar os sinais de perigo, estabilizar o doente e referir para o Clínico de Referência.