**Unidade 2.4 – Estadiamento Clínico**

**Introdução**

Esta unidade aborda como fazer o estadiamento clínico correcto num doente HIV+, de acordo com os estadios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS). O estadiamento correcto é muito importante, pois muitas decisões sobre o início do TARV e Cotrimoxazol estão baseadas no estadio do doente. Quando este não é bem feito, pode causar erros na decisão de prescrever ou não estes tratamentos.

A identificação correcta do estadio clínico do doente HIV+ é um dos primeiros passos no tratamento do doente. Existem dois métodos para classificar a fase ou estadio da doença do HIV/SIDA:

* **Estadios Clínicos** - definidos por sinais e sintomas, ou pelo diagnóstico laboratorial de infecções oportunistas específicas;
* **Classificação imunológica** - Permite classificar os doentes segundo a contagem de CD4.

O tratamento correcto do doente depende do estadio clínico e também da contagem de CD4. É preciso avaliar correctamente os dois parâmetros, já que muitas decisões sobre o início do TARV ou Cotrimoxazol estão baseadas no estadiamento dos doentes.

**Nesta unidade serão apresentados os seguintes conteúdos:**

* O processo de estadiamento:
* Passos para o processo de estadiamento clínico
* Progressão dos estadios: estadios I,II,III e IV
* Erros comuns no estadiamento

**O Processo de Estadiamento**

Para fazer um estadiamento adequado, existem critérios de diagnóstico ou definições clínicas específicas que são usadas e que aparecem na Tabela II em anexo ao final desta unidade. Esta tabela é mais completa do que aquelas que são frequentemente utilizadas, como por exemplo a Tabela I, também em anexo no final desta unidade.

A Tabela I é um resumo do processo de estadiamento que não define completamente as condições e, portanto, as informações nela contida não são suficientes para definir correctamente o estadio clínico para muitos casos.

**O Processo de Estadiamento**

* O clínico tem de avaliar detalhadamente o doente para definir correctamente o estadio clínico.
* Muitas vezes, antes de determinar o estadio, é preciso fazer exames de laboratório para confirmar a presença de infecções oportunistas, ou prescrever antibióticos (ou outro tratamento) e avaliar a resposta do doente.
* O estadiamento clínico muitas vezes vai precisar de duas ou mais consultas médicas para ser confirmado.

#### Passos para o Processo de Estadiamento Clínico

1. Os doentes deverão ser estadiados sempre com base nas queixas e no exame físico, independentemente de terem ou não todos os resultados laboratoriais disponíveis.
2. Pergunte por hospitalizações recentes, e reveja os documentos, se possível. Se o doente esteve hospitalizado com confirmação de estadio IV, estadie com base no diagnóstico da alta.
3. Procure sinais e sintomas do estadio IV e III que possam ser diagnosticados com os meios disponíveis em Moçambique. Para isso, estão disponíveis dois algoritmos de estadiamento que vão ajudar o técnico para que, uma vez revista a História Clínica, faça uma série de perguntas ao doente, e se ele responde afirmativamente (“sim”), terá de fazer outras perguntas.

Assim, algumas vezes algumas caixas do algoritmo darão respostas certas indicando um determinado estadio clínico e, outras vezes, vai indicar que é prematuro estadiar e aconselha o técnico a consultar outro algoritmo (por exemplo: o de febre, o de doenças respiratórias, etc.), ou a fazer os testes de laboratório para completar os estudos e comprovações clínicas.

Portanto, em muitos casos, a confirmação diagnóstica do estadio III e IV vai precisar de várias consultas de seguimento, para rever resultados de testes laboratoriais e radiografias, e/ou resposta a provas terapêuticas.

1. Os dois algoritmos de Estadiamento Clínico I e II ajudam o clínico a completar o diagnóstico investigando os seguintes aspectos:
* Internamentos anteriores para investigar IO;
* Perguntas sobre sinais e sintomas de tuberculose;
* Cefaleia e alterações do estado de vigília;
* Exame da pele e da boca para procurar sinais de sarcoma de Kaposi, candidíase oral ou esofágica e leucoplasia pilosa e confirmar o diagnóstico;
* Investigação sobre sinais e sintomas de febre, anemia, diarreia ou baixo peso;
* Investigação sobre sinais e sintomas de infecção bacteriana severa, infecção pulmonar severa e problemas neurológicos severos;
* Se o doente está clinicamente estável e não se detecta nenhum sinal ou sintoma acima mencionado, é pouco provável que o doente esteja no estadio III ou IV. Procure sinais e sintomas de linfadenopatia generalizada ou condições de estadio II.

**Progressão dos Estadios**

* O doente só pode avançar do estadio I aos estadios mais avançados (II a IV);
* Quando um doente apresenta critérios compatíveis com determinado estadio, nunca pode voltar a um estadio anterior (por ex. de IV para III ou de III para II ou II para I). No entanto, poderá avançar para estadios seguintes porque a doença é progressiva.

*Por* *exemplo*: Um doente com tuberculose pulmonar permanece no estadio III até o início do estadio IV. Se a tuberculose é tratada com êxito, e o doente melhora, permanece ainda no estadio III – não volta ao estadio I ou II. Cada estadio clínico tem a sua definição exacta. Veja abaixo a descrição de cada estadio de acordo com a OMS:

**Estadios Clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS)**

#### Estadio Clínico I: Assintomático

**Estadios Clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS):**

O sistema desenvolvido pela OMS classifica a infecção pelo HIV em adultos e adolescentes em quatro estadios clínicos:

* Estadio I: Assintomático
* Estadio II: Sintomas menores (imunodeficiência leve)
* Estadio III: Sintomático para HIV (imunodeficiência moderada/severa)
* Estadio IV: SIDA (imunodeficiência severa)

Doente infectado pelo HIV (confirmado seropositivo) e ***assintomático*** ou com ***linfoadenopatia generalizada persistente (LGP)***, mas sem critérios para estadio II, III, ou IV.

***Duração do Estadio I em Adultos:***

O intervalo médio entre a infecção pelo HIV e o aparecimento dos primeiros sintomas/sinais de estadio II é de 25,4 meses, de acordo com a pesquisa feita na Uganda[[1]](#footnote-1). Dependendo do nível de vida da população, este intervalo é variável, por exemplo: em países com melhores condições de vida, este período pode ser mais longo.

Definição de ***“assintomático”*** no âmbito dos estadios do HIV:

* Doente que não apresenta nenhum sintoma relacionado ao HIV ou complicações (algumas vezes apresenta linfoadenopatia);
* O exame físico não revela nenhum sinal de HIV nem das suas complicações (algumas vezes apresenta linfadenopatia);
* Doente em estadio I pode ter sinais ou sintomas de doenças não relacionadas com o HIV, por exemplo, pode ter sinais ou sintomas de cólera, ou esquistossomíase, ou pressão alta, que são doenças sem relação conhecida com o HIV.

De acordo com a definição da OMS a “***linfoadenopatia generalizada persistente”*** é uma inflamação crónica dos nódulos linfáticos que apresenta as seguintes características:

* Sem dor;
* Nódulos maiores que 1cm;
* Dois ou mais grupos de nódulos não contíguos (excluindo a cadeia inguinal);
* Persistentes por três meses ou mais;
* Sem outra explicação além de infecção pelo HIV.

***Estadio Clínico II: Sintomas Menores (Infecção pelo HIV, sem SIDA)***

De acordo com a definição da OMS, o estadio II é caracterizado pela infecção pelo HIV, confirmada com testes de laboratório e uma das condições abaixo:

1. Perda de Peso Moderada (<10%, sem outra causa identificada);
2. Infecções Respiratórias Recorrentes ;
3. Herpes zóster;
4. Manifestações muco-cutâneas menores:
* Úlceras Orais Recorrentes
* Erupção máculo-papular (Prurigo)
* Dermatite Seborréica
* Onicomicose
* Queilite angular
1. Sem outros critérios para estadio III ou estadio IV.

Portanto, a maioria das condições do estadio II são infecções leves que desaparecem sozinhas ou depois do tratamento, sem precisar internamento e que, apesar de serem mais frequentes nos doentes HIV+, podem aparecer em qualquer doente.

**Exemplo de Perda de Peso Moderada**

Pessoa que pesava 71 kg antes do início da doença, mas logo perdeu peso.

* 7,1 kg = 10% de 71 kg.
* 71 kg – 7,1 kg = 63,9 kg.

Se o doente agora pesa mais do que 63,9 kg, a sua perda de peso é “moderada”. Se agora pesa 63,9 kg ou menos, a sua perda de peso é ”grave” não “**moderada**”. A perda de peso moderada não é suficiente para satisfazer a definição de estadio III.

***Definições Específicas das Condições do Estadio II***

***1. Perda de Peso Moderada***

Perda de peso comprovada <10%, sem outra explicação além da infecção pelo HIV.

*Exemplo:* Mulher grávida seropositiva que pesa 65 kg no último mês de gravidez. Depois do parto, pesa 58 kg. Ela sofreu uma perda de peso de> 10%, mas a causa da perda de peso foi o parto e não o SIDA.

***2. Infecções Respiratórias Recorrentes***

Num período de 6 meses, verificam-se dois ou mais episódios de:

* Sinusite (dor unilateral do rosto com corrimento do nariz);
* Otite (dor e inflamação do tímpano);
* Faringite bacteriana (inflamação da faringe e/ou das amígdalas faríngeas, sem evidência de infecção viral).

***3. Herpes zóster*** (zona ou lume de noite)

* Erupção de vesículas e bolhas, normalmente ocorre só de um lado (unilateral), muitas vezes associada a dor local intensa e distribuição ao longo do trajecto dum nervo cutâneo:
* É comum no peito, mas também ocorre nas pernas, nos braços ou no rosto;
* As vesículas podem transformar-se em lesões e, mais tarde, em crostas causadas pelo vírus *varicella zoster*.

***4. Úlceras Orais Recorrentes***

* Dois ou mais episódios de úlceras (aftas) na boca num período de 6 meses.

***5. Prurigo***

* Dermatose caracterizada por erupção de pápulas ou nódulos, centrados por vesícula ou crosta, localizados simetricamente nos membros e, por vezes, na face, que provocam muita coceira.

***6. Dermatite Seborréica***

* Erupção cutânea, com formação de escamas na linha entre o rosto e o couro cabeludo, partes laterais do nariz, peito e pregas profundas.

**7. *Onicomicose***

* Infecção fúngica das unhas.

***8. Queilite Angular***

* Processo inflamatório localizado no ângulo da boca, uni ou bilateral, caracterizado por discreto edema, eritema, descamação, erosão e fissuras.

***Duração do Estadio II em Adultos:***

De acordo com o estudo feito na Uganda[[2]](#footnote-2), o intervalo médio entre o início do estadio II e o início do estadio III é de 20,1 meses, mas em países com melhores condições de vida este período pode ser mais longo.

#### Estadio Clínico III: Sintomas Moderados e Severos (infecção pelo HIV, sem SIDA)

De acordo com a definição da OMS, o estadio III é caracterizado pela infecção pelo HIV, confirmada com testes de laboratório e uma das condições abaixo:

1. Perda de peso superior a 10% do peso corporal total;
2. Diarreia crónica;
3. Febre persistente;
4. Anemia, neutropenia ou plaquetopenia crónicas;
5. Doenças específicas como:
	* Candidíase oral
	* Leucoplasia Pilosa Oral
	* Tuberculose Pulmonar
	* Infecções bacterianas severas (como pneumonia)
	* Gengivite ou Periodontite com Necrose
6. Sem outros critérios para o estadio IV.

***Definições Específicas das Condições do Estadio III:***

***1. Perda de Peso> 10%***

* Perda de peso comprovada> 10% do peso corporal total sem outra explicação além da infecção pelo HIV ou
* História de perda de peso> 10%, sem documentação, sem outra explicação, com caquexia visível ou IMC<18,5 kg/m2

Exemplos de mal estadiamento por perda de peso:

1. Homem obeso com pressão alta e diabetes, HIV+. O seu médico explica que deve fazer exercício físico e mudar a sua dieta para evitar complicações das diabetes e da alta pressão. O homem começa a caminhar todos os dias, e já não come tanto e come alimentos fervidos em vez de fritos; o seu peso baixa de 80 a 71 kg. Ele e o seu médico estão satisfeitos com o resultado. A perda de peso foi maior do que 10%, mas não é condição do estadio III.
2. Jovem com diarreia causada por cólera. Tem desidratação importante (precisa de reidratação endovenosa). A sua perda de peso é aguda, causada pela desidratação, mas não é uma condição de estadio III.

***2. Diarreia Crónica***

* Diarreia (fezes líquidas ou não moldadas> =3 vezes por dia) por mais de um mês, sem outra explicação e sem resposta ao tratamento médico habitual.

***3. Febre Persistente***

* Febre ou suores nocturnos por mais de um mês, intermitentes ou constantes, sem resposta ao tratamento com antibióticos ou antimaláricos, sem outra explicação além da infecção pelo HIV.

***4. Anemia, Neutropenia ou Plaquetopenia Crónicas***

* Hemoglobina <8.0 g/dL persistente por mais de um mês, que não responde ao tratamento com sulfato ferroso, ácido fólico, Albendazol/Mebendazol, ou antimaláricos e não tem outra explicação (além de HIV);
* Neutropenia de <500 cels/mm3 por mais de um mês sem explicação;
* Plaquetopenia <50.000 cels/mm3 por mais de um mês sem explicação.

***5. Doenças Específicas***

***Candidíase Oral (persistente ou recorrente)***

* Cândida oral que não responde ao tratamento com antifúngicos, ou que reaparece depois de um tratamento efectivo.

***Leucoplasia Pilosa Oral***

* Placas brancas menos densas, em linhas brancas, lados laterais da língua que não podem ser descamadas.

***Tuberculose Pulmonar***

* Actual ou nos últimos dois anos, segundo o MISAU para Moçambique

***Infecção Bacteriana Severa***

* Pneumonia, meningite, empiema, miosite, infecção dos ossos ou articulações, bacteriemia e doença inflamatória pélvica severa.

***Gengivite ou Periodontite com Necrose***

* Dor severa, ulceração e necrose da gengiva, sangramento, perda de tecido ósseo ou peridental, perda de dentes.

***Duração do Estadio III em Adultos:***

De acordo com um estudo realizado na Uganda[[3]](#footnote-3), o intervalo médio entre o início do estadio III e o início do estadio IV é de cinco anos, mas em países com melhores condições de vida este período pode ser mais longo.

#### Estadio Clínico IV: Sintomas Gravíssimos (SIDA)

O estadio IV é caracterizado pela presença de infecções oportunistas (IO) e neste estadio é necessário o acompanhamento constante da saúde do doente.

As Infecções Oportunistas são causadas por micróbios que normalmente não provocam doença em indivíduos saudáveis, mas que podem afectar severamente a saúde de uma pessoa com um sistema imunológico já deficiente ou fraco.

No estadio IV, o doente pode apresentar uma ou mais das condições abaixo:

1. Síndrome de caquexia;

É *importante reconhecer que a maioria das doenças do estadio IV não podem ser diagnosticadas em Moçambique com os recursos que estão actualmente disponíveis.*

1. Infecções pulmonares;
2. Infecções e condições dermatológicas;
3. Condições neurológicas;
4. Doenças sistémicas;
5. Infecções gastrointestinais;
6. Cardiomiopatia de HIV;
7. Nefropatia de HIV;
8. Carcinoma invasiva do cerviz;
9. Retinite causada por citomegalovirus (CMV);
10. Sarcoma de Kaposi (às vezes lesões a nível da cavidade oral que nem sempre são associadas a lesões cutâneas).
11. A Fístula rectovaginal

***Definições Específicas das Condições do Estadio IV:***

Definições mais detalhadas das condições do estadio IV apresentar-se-ão em outras unidades deste manual.

** Este símbolo indica condições nas quais é difícil fazer o diagnóstico definitivo ou que não podem ser tratadas em Moçambique.

***1. Síndrome de Caquexia***

Tem duas definições alternativas:

A. Perda de peso de > 10% de peso com emagrecimento visível, ou IMC<18,5 kg/m2, e diarreia três vezes ao dia por mais de um mês, sem outra explicação além do HIV (a diarreia não responde ao tratamento com antibióticos)

***OU***

B. Perda de peso de > 10% de peso com emagrecimento, ou IMC<18,5 kg/m2 , e febre ou suores nocturnos por mais de um mês, sem outra explicação além do HIV (a febre não responde ao tratamento com antibióticos nem com antimaláricos).

Importante: “Síndrome de Caquexia de SIDA” é uma doença específica do estadio IV; não é qualquer caso de caquexia. A pessoa com caquexia causada por câncer ou tuberculose não reúne os critérios para “síndrome de caquexia”. A pessoa seropositiva com IMC baixo mas sem febre, suores nocturnos, ou diarreia crónica não reúne os critérios para “síndrome de caquexia de SIDA”.

***2. Infecções Pulmonares***

* Pneumonia bacteriana severa e recorrente (>= 2 episódios em 6 meses)
* Pneumonia causada por *Pneumocystis jiroveci* (IO) 

***3. Infecções e Condições Dermatológicas***

* Herpes simplex crónica persistente orolabial, genital ou anorectal por mais de um mês ou visceral de qualquer duração
* Candidíase esofágica
* Sarcoma de Kaposi

***4.Condições Neurológicas*** 

* Encefalopatia progressiva multifocal
* Criptococcose cerebral
* Toxoplasmose cerebral
* Encefalopatia causada pelo HIV
* Linfoma cerebral

***5. Doenças Sistémicas***

* Tuberculose extrapulmonar
* Tuberculose disseminada
* Infecção por micobactérias atípicas, disseminada **
* Infecção com fungos disseminada (histoplasmose, coccidiomicose, entre outras)
* Bacteriemia recorrente (excluindo tifóides) **
* Leishmaniose visceral **

***6. Infecções Gastrointestinais***

* Diarreia crónica por mais dum mês, causada por Cryptosporidium, Microsporidium, Cyclospora, ou Isospora **

***Outras Condições do Estadio IV***

***7. Cardiomiopatia de HIV*** **

***8. Nefropatia de HIV*****

***9. Carcinoma invasivo do colo uterino*****

***10. Retinite causada por citomegalovirus (CMV)*** **

***Duração de Estadio IV em Adultos***

Os doentes passam em média 9,2 meses no estadio IV antes de morrer, de acordo com um estudo realizado na Uganda[[4]](#footnote-4) onde os doentes estudados não estavam a receber TARV.

O estadio IV é um estadio perigoso para um doente que não está a receber tratamento adequado. Mas com um bom tratamento para monitoria das infecções oportunistas, os doentes podem viver por muito tempo depois do início do estadio IV.

**Erros Comuns no Processo de Estadiamento**

O feito de não investigar bem o doente através da história clínica e do exame físico, de não fazer os testes de laboratório precisos ou de não utilizar adequadamente as tabelas para definir as condições clínicas que permitem estadiar correctamente o doente, dão lugar a múltiplos erros que podem ser fatais para as decisões a tomar com o doente.

**Erros Comuns no Processo de Estadiamento**

* Confundir qualquer episódio de diarreia (por exemplo, uma diarreia de 10 dias que responde totalmente a metronidazol) com diarreia crónica do estadio III.
* Confundir qualquer episódio de febre (por exemplo, um caso de malária que responde totalmente a primeira linha de antimaláricos) com febre do estadio III.
* Confundir qualquer anemia (por exemplo, anemia causada por parasitose intestinal ou hemorragia pós-parto) com anemia do estadio III.
* Confundir qualquer perda de peso (por exemplo, perda de 1 kg numa pessoa que acaba de iniciar um programa de exercício físico) com perda de peso do estadio III ou IV.
* Não reconhecer que anemia ou outro sinal ou sintoma pode ser relacionado ao SIDA.
* Não fazer as perguntas de rastreio para tuberculose, ou não interpretar bem as respostas.
* Identificar o estadio antes de investigar todos os sinais e sintomas apresentados pelo doente.
* Confundir doenças não relacionadas com HIV com doenças do estadio III ou IV.

Pontos-Chave

* Perceber a diferença e aplicação do estadiamento clínico e imunológico
* Aprender a fazer o estadiamento com base nos critérios clínicos da OMS
* Compreender que muitas vezes não é possível realizar o estadiamento na primeira consulta, necessitando um adiamento
* Compreender a importância do uso de vários algoritmos para estadiar

Anexos

Em anexo a esta unidade encontram-se os seguintes documentos:

* Tabelas de classificação de estadiamento clínico da OMS-Resumo[[5]](#footnote-5)
* Algoritmos de estadiamento I e II
* Tabela de classificação da OMS 2006, com as condições especificadas

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTADIO I** | **ESTADIO II** | **ESTADIO III** | **ESTADIO IV** |
| * Assintomático
* Linfoadenopatia persistente generalizada, mas sem critérios para estadio II, III, ou IV.
 | * Perda de peso inexplicada e moderada (< 10% do peso corporal total)
* Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores (episódio actual +1 ou mais nos últimos 6 meses)
* Herpes Zóster
* Queilite angular
* Ulcerações orais recorrentes (dois ou mais episódios em 6 meses)
* Erupção papulo-pruriginosa (Prurigo)
* Dermatite seborreica
* Infecções fúngicas do leito ungueal
 | * Perda de peso >10% do peso corporal
* Diarreia crónica há mais de um mês
* Febre intermitente ou não explicada há mais de um mês
* Candidíase oral
* Leucoplasia oral pilosa
* Tuberculose pulmonar actual ou nos últimos dois anos (para Moçambique)
* Infecções bacterianas severas (piomiosistes, abcessos, pneumonias, etc.)
* Gengivite aguda ulcerativa necrotizante ou periodontite necrotizante
* Anemia inexplicada (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 109/litro ) ou plaquetopenia crónica (< 50 x 109/litro) por mais de 1 mês
 | * Síndrome de Caquexia
* Pneumonia por *Pneumocistis jirovecii*
* Pneumonia bacteriana severa e recorrente
* Infecção crónica por herpes simplex (oro labial, genital ou ano rectal) de> 1 mês ou infecção visceral de qualquer duração
* Toxoplasmose do SNC
* Demência/encefalopatia por HIV
* Sarcoma de Kaposi
* Citomegalovirose
* Encefalopatia por HIV
* Micobacteriose atípica
* Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva
* Isosporiose crónica
* Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose, peniciliose)
* Bacteriemia recorrente por Salmonella não typhi
* Carcinoma invasivo do colo do útero
* Leishmaniose visceral
* Nefropatia associada ao HIV
* Cardiomiopatia associada ao HIV
* Candidíase esofágica
* Tuberculose extrapulmonar
* Herpes simplex mais de um mês ou visceral
* Fístula rectovaginal
 |

**Tabela 1: Classificação dos Estadios Clínicos da OMS – Resumo [[6]](#footnote-6)**

 (Veja tabelas completas nas próximas páginas)

|  |
| --- |
| **Estadio I** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Assintomático  | Sem queixas de sintomas e ausência de sinais clínicos relacionados ao HIV e ao exame físico.  | Não se aplica.  |
| Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)  | Aumento de linfónodos (>1 cm) em 2 ou mais cadeias ganglionares não contíguas (excluída cadeia inguinal) persistente por 3 meses ou mais, sem dor, sem causa conhecida. | Histologia (biópsia). |

|  |
| --- |
| **Estadio II** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Perda de peso inexplicada e moderada (<10% do peso corporal total) | História de perda de peso involuntária e inexplicada. Durante a gravidez, não ganho de peso. | Perda de peso documentada < 10%. |
| Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores (episódio actual +1ou mais nos últimos 6 meses) | Diagnóstico sintomático: dor facial unilateral com rinorreia (sinusite); membrana timpânica inflamada e dolorosa (otite media); faringo-amigdalite sem sinais de infecção viral (por exemplo, tosse ou rinorreia). | Estudos de laboratório quando disponíveis, como cultura de amostras de fluidos (normalmente não disponível em Moçambique). |
| Herpes zóster | Rash cutâneo doloroso com vesículas de conteúdo líquido e distribuição por dermátomos. Não ultrapassam a linha média | Diagnóstico clínico. |
| Queilite angular  | Rachaduras no ângulo da boca com despigmentação, não relacionadas com deficiência de ferro ou vitaminas e que usualmente responde ao tratamento antifúngico. | Diagnóstico clínico. |
| Ulcerações orais recorrentes (2 ou mais episódios em 6 meses)  | Ulceração aftosa, tipicamente dolorosa e com um halo de inflamação e pseudomembrana amarelo-acinzentada. | Diagnóstico clínico. |
| Erupção papulo-pruriginosa (Prurigo) | Lesões papulo-pruriginosas que geralmente deixam pigmentação posterior. | Diagnóstico clínico. |
| Dermatite seborreica | Dermatite pruriginosa e descamativa que afecta a zonas pilosas como coro cabeludo, axilas, parte superior do tronco e virilha. | Diagnóstico clínico. |
| Infecções fúngicas do leito ungueal | Paroníquia fúngica (leito ungueal doloroso, eritematoso e edemaciado) ou onicólise (separação não dolorosa da unha do leito ungueal). Coloração branca na porção proximal das unhas com engrossamento e separação da unha do leito ungueal. | Cultura para fungos de material do leito ungueal (normalmente não disponível em Moçambique) |

|  |
| --- |
| **Estadio III** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Perda de peso severa e inexplicada (> 10% do peso corporal total) | História de perda de peso involuntária e inexplicada, >10% com emagrecimento visível da cara, cintura e membros com caquexia visível ou IMC < 18,5 kg/m2; durante a gravidez a perda de peso pode não ser evidente. | Perda documentada de > 10% do peso corporal, sem outra explicação.  |
| Diarreia crónica inexplicada por mais de 1 mês | História de fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia durante mais de 1 mês, sem resposta ao tratamento sindrómico com antibióticos.  | 3 ou mais deposições de consistência reduzida documentadas e dois ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência do patógeno (precisa de culturas de fezes, que geralmente não são disponíveis em Moçambique). |
| Febre persistente e inexplicada (intermitente ou constante) por mais de 1 mês | Febre ou suores nocturnos (intermitentes ou constantes) por mais de um mês, sem resposta a antibióticos nem a antimaláricos, sem foco de doença evidente no exame físico. | Febre> 37,5°C com hemocultura negativa (exame normalmente não disponível em Moçambique), tenção de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente. |
| Candidíase oral | Placas esbranquiçadas. Podem ser pequenas, cremosas, que podem ser descamadas (pseudomembranosas), ou manchas vermelhas em língua, palato ou assoalho da boca, geralmente dolorosas ou sensíveis (forma eritematosa). | Diagnóstico clínico. |
| Leucoplasia oral pilosa | Pequenas lesões lineares nas bordas laterais da língua, geralmente bilaterais, que não podem ser descamadas. | Diagnóstico clínico. |
| Tb Pulmonar  | Sintomas crónicos (> 2-3 semanas) como: tosse, hemoptise, dispneia, dor torácica, perda de peso, febre, suores nocturnos, sem evidência de doença extrapulmonar (além de TB ganglionar, que é considerada uma manifestação menos severa de TB extrapulmonar).  | Isolamento do M. tuberculosis na tinção de Ziehl-Nielsen (BK) ou na cultura de escarro, e/ou Rx tórax com mudanças típicas de TB. |

|  |
| --- |
| **Estadio III** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Infecções bacterianas severas (por exemplo: pneumonia, meningite, empiema, pio miosite, infecções dos ossos ou articulações, bacteriemia e doença inflamatória pélvica severa). | Febre acompanhada de sinais e sintomas específicos de infecção localizada e que respondem aos antibióticos apropriados. | Isolamento de bactérias de locais específicos (geralmente esterilizados) [teste normalmente não disponível em Moçambique]. |
| Gengivite aguda ulcerativa necrotizante ou periodontite necrotizante | Dor intensa, ulceração das papilas gengivais, perda dos dentes, sangramento espontâneo, mau cheiro e perda rápida de tecido ósseo e/ou partes moles. | Diagnóstico clínico. |
| Anemia inexplicada (< 8 g/dl), neutropenia (< 500 cels/mm3) ou plaquetopenia crónica (< 50.000 cels/mm3 ) por mais de 1 mês | Sem diagnóstico clínico; é preciso fazer hemograma ou hemoglobina. | Diagnóstico a partir de hemograma. Sem explicação por outra doença não relacionada com HIV. Sem resposta a suplementação com ferro e vitaminas, antimaláricos e antiparasitários (segundo protocolos nas guias nacionais e outros). |

|  |
| --- |
| **Estadio IV** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Síndrome de caquexia | Perda de peso involuntária e inexplicada (> 10% do peso corporal basal) com emagrecimento evidente ou IMC <18,5 kg/m 2 COM diarreia crónica inexplicada (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) durante mais de 1 mês  OU febre ou suores nocturnos por mais de 1 mês sem outras causas e sem resposta a antibióticos e antimaláricos. Nas áreas endémicas, a malária deve ser excluída. | Perda de peso documentada de >10% do peso corporal COM Duas ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência do patógeno  OUFebre>37,5°C com hemocultura negativa, tinção de Ziehl-Nielsen (BK) negativa, lâmina para malária negativa, Rx de tórax normal e sem outro foco de febre evidente. |
| Pneumonia por Pneumocistis jirovecii (PPJ)  | Dispneia com exercício ou tosse seca de início nos últimos 3 meses, taquipnéia e febre  COM Rx tórax com infiltrado intersticial bilateral Esem evidência de pneumonia bacteriana; (crepitações bilaterais na auscultação com ou sem diminuição do murmuro vesicular). | Citologia ou imunofluorescência de amostra de escarro induzido ou lavagem bronco alveolar, ou histologia de tecido pulmonar. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique) |
| Pneumonia bacteriana severa e recorrente | Episódio actual mais um ou mais episódios nos 6 meses anteriores; início agudo (< de 2 semanas) de sintomas severos (como febre, tosse, dispneia ou dor torácica) COM consolidação pulmonar nova no exame físico ou Rx tórax; resposta aos antibióticos. | Cultura positiva ou teste anticorpos positivo para germe compatível (testes normalmente não disponíveis em Moçambique) |
| Infecção crónica por herpes simplex (oro labial, genital ou ano rectal) de >1 mês ou infecção visceral de qualquer duração | Ulceração progressiva e dolorosa oro labial ou ano-genital; lesões causadas por infecção recorrente por herpes presente >1 mês. História de episódios prévios. A infecção visceral por herpes não pode ser diagnosticada clinicamente; requer diagnóstico definitivo. | PCR para DNA de VHS ou citologia/histologia compatíveis. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique). |

|  |
| --- |
| **Estadio IV** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Candidíase esofágica  | Início recente de dor retro esternal ou dificuldade para engolir (sólidos e líquidos) junto com candidíase oral. | Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia, microscopia de espécime ou histologia. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique). |
| Tuberculose extrapulmonar | Doença sistémica (por exemplo, com febre, suores nocturnas, fraqueza ou astenia, perda de peso); Outra evidência de TB extrapulmonar ou disseminada dependeria do sítio da infecção (pleura, pericárdio, meninges, abdómen). A TB ganglionar (especialmente nos gânglios cervicais) e considerada uma forma menos severa de TB extrapulmonar. | Isolamento de M. tuberculosis ou histologia compatível de amostra correspondente ou evidência radiológica de TB miliar (Rx tórax com infiltrado uniforme e difuso de tipo miliar ou micronódulos). |
| Sarcoma de Kaposi | Aspecto típico na pele ou orofaringe de lesões persistentes, inicialmente planas de coloração rósea ou arroxeada que geralmente evoluem para placas ou nódulos. | Aspecto macroscópico na endoscopia ou broncoscopia ou histologia. |
| Infecção por citomegalovirus (diferente da infecção no fígado, baço ou gânglios linfáticos) | Retinite é a única manifestação de citomegalovirus que pode ser diagnosticada clinicamente: pode ser diagnosticada por clínicos experientes: lesões oculares típicas ao exame fundoscópico; áreas esbranquiçadas com bordas definidas na retina, expandindo-se centrifugamente, geralmente seguindo vasos sanguíneos, associadas a vasculite retiniana, hemorragia e necrose.  | Histologia ou demonstração do CMV no líquor por cultura ou PCR-DNA. (teste normalmente não disponível em Moçambique). |
| Toxoplasmose em Sistema Nervoso Central | Sinais neurológicos focais de início recente ou diminuição do grau de vigília COM resposta a terapêutica específica para toxoplasmose em <=10 dias.  | Serologia positiva para toxoplasma E lesões de massas únicas/ múltiplas visíveis em Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética (quando disponível) (testes normalmente não disponíveis em Moçambique). |

|  |
| --- |
| **Estadio IV** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Encefalopatia pelo HIV | Perda de habilidades intelectuais e/ou défice motor que interfere com as actividades diárias; progressivo em semanas ou meses; sem evidência e outra condição que explique a doença. | Diagnóstico de exclusão e (se disponível) Tomografia ou Ressonância Nuclear Magnética |
| Criptococose extrapulmonar incluindo meningite  | Meningite: geralmente subaguda, febre com cefaleia progressivamente mais intensa, meningismo, confusão, alterações de comportamento que respondem a tratamento específico para criptococo.  | Isolamento do Cryptococcus neoformans de sítios extrapulmonares (por exemplo, teste de tinta da China do LCR positivo) ou teste de antígeno criptococo no líquor ou sangue.  |
| Infecção disseminada por Mycobacterias não tuberculosas | O diagnóstico clínico não é possível.  | Microbiologia por cultura de microbactérias atípicas em amostra de fezes, sangue, fluidos corporais ou outros tecidos corpóreos, excluindo o pulmão. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique).  |
| Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Alteração neurológica progressiva (cognitiva, linguagem, modo de andar, debilidade dos membros, perdas visuais e paresias dos nervos cranianos) associada a lesões em substância branca na neuroimagem ou PCR positivo para poliomavirus JC no liquor. |
| Criptosporidiose crónica (com diarreia por mais de 1 mês) | Sem diagnóstico clínico presuntivo. | Cistos identificados na coloração de Ziehl-Nielsen modificada. (Teste normalmente não disponível em Moçambique). |

|  |
| --- |
| **Estadio IV** |
| **Manifestação Clínica** | **Diagnóstico Clínico** | **Diagnóstico Definitivo** |
| Isosporiose crónica | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Identificação de Isospora nas fezes (teste normalmente não disponível em Moçambique) |
| Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmose peniciliose) | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Histologia; Detecção de antígenos no tecido afectado; cultura ou microscopia de espécime clínico ou hemocultura. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique) |
| Bacteriemia recorrente por Salmonella não typhi | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Hemocultura |
| Linfoma não-Hodgkin cerebral ou de células B | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Neuroimagem compatível; histologia; (testes normalmente não disponíveis em Moçambique) |
| Carcinoma do colo do útero invasivo | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Citologia ou histologia |
| Leishmaniose visceral | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Histologia (amastigotes visíveis) ou cultura de amostra correspondente |
| Nefropatia associada ao HIV  | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Biópsia renal  |
| Cardiomiopatia associada ao HIV  | Sem diagnóstico clínico presuntivo | Cardiomegalia e evidência de disfunção ventricular esquerda confirmada por ecocardiograma  |
| Fístula rectovaginal associada ao HIV | Diagnóstico clínico | Diagnóstico clínico |

Em Africa, a Fístula rectovaginal associada ao HIV é considerada pela OMS uma condição do estadio IV

1. De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al* [↑](#footnote-ref-1)
2. De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al* [↑](#footnote-ref-2)
3. De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al*. [↑](#footnote-ref-3)
4. De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al* [↑](#footnote-ref-4)
5. Adaptação das tabelas de estadiamento da OMS (2006) [↑](#footnote-ref-5)
6. *Fonte: Adaptação TARV - Formação para Técnicos de Medicina Junho 2006* [↑](#footnote-ref-6)