

Unidade 2.3 – 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 clínicos 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 a 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 a 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 TMG, este deverá consultar o médico 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 ser transferido, deve-se verificar o regime terapêutico dos anti-retrovirais que está descrito no guia de transferência e 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 TMG deverá consultar o médico antes de tomar essa decisão. Se o doente será transferido, confirmar se o regime terapêutico da TB está descrito no guia de transferência e que o doente tenha 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 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 proteção contra exposições ao sangue e outros fluidos corporais potencialmente contaminantes, e a transmissão nosocomial da tuberculose.

Internar o doente e pedir ajuda do médico

O diagnóstico diferencial das emergências médicas e cirúrgicas no doente seropositivo é difícil. O doente seropositivo é mais vulnerável a complicações graves. O TMG normalmente vai precisar da ajuda do médico e às vezes do cirurgião ou anesthesiologista. Por exemplo, se é 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 técnico deverá consultar o médico da sua Unidade Sanitária urgentemente e/ou encaminhar ou referir o doente grave. Se houver necessidade de encaminhar, o técnico deve iniciar as possíveis intervenções necessárias para estabilizar o doente enquanto espera pela transferência.

Organizar o seguimento cuidadosamente

Quando é dada alta a um doente que entrou com sinais de perigo, assegure que o doente tenha medicamentos anti-retrovirais suficientes pelo menos até a próxima consulta de seguimento marcada na unidade de TARV, e que o doente saiba onde ir para 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 TMG 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"> • Febre muito alta ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ ou 39°C) • Desidratação severa • 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, genitourinaria <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 a 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.	Internar; Administrar antipiréticos, identificar causa(s) da febre e tratar (veja algoritmo de febre); reidratação endovenosa. Na ausência de uma causa identificada, iniciar tratamento para malária severa e infecção bacteriana. Avalie indicações para punção lombar e, se for necessário, referir ao médico. 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 consultar o médico se possível para a reacção adversa de grau III ou IV.
Síndrome de Imuno-reconstituição (SIR) que se apresenta como febre	Nova ocorrência ou agravamento repentino da TB, <i>Cryptococcus</i> , 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.	Siga o tratamento de IO se presente. Perante a suspeita de SIR, consultar o médico ou referir o doente.

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 malnutrido com IMC < 16 kg/m² que não pode comer nem beber é uma emergência médica e, portanto, assim como uma criança, também precisa de internamento e reanimação 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 noturnos prolongados, e quando 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 desnutrição.

Tabela 3: Emergências relativas à Desnutrição em Doentes HIV+

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Desnutrição severa (qualquer causa)	IMC<16,0 kg/m ² em doente que não pode comer nem beber.	<ul style="list-style-type: none"> - Se não pode comer, não está clinicamente bem ou não está em situação de alerta, internar sempre, e em qualquer caso iniciar reabilitação nutricional e correção das perdas de electrólitos (como nas crianças). Se for possível, por via oral (com sonda nasogástrica, se preciso). Se for via endovenosa, deve ser lentamente para evitar falência cardíaca e/ou sobre-hidratação (+/- 1000 cc/dia inicialmente). Também deve repor as perdas por diarreia ou vómitos. Iniciar a alimentação gradualmente (pequenas e frequentes quantidades de comida ou soluções de reidratação oral); Suplementar com vitaminas e minerais. Dar dose única de Vitamina A (para estimar a quantidade mínima ver tabela 2 na unidade de Emagrecimento). - Procurar e tratar hipoglicemia. - Tratar infecções bacterianas (ou suspeita de bacteriemia). - Procurar e tratar IO e outras doenças e especialmente procurar sinais e sintomas de TB e diagnosticar e tratar condições que possam causar desconforto ao comer (dores na boca, estômago, e/ou esófago).
Caquexia relativa a TB	IMC<18,5 kg/m ² , BK+ (ou com diagnóstico de TB extrapulmonar ou pulmonar mas BK negativo).	Iniciar tratamento de TB, apoio nutricional (veja acima), avalie para o TARV depois de estabilizar.
Síndrome de caquexia do SIDA	IMC<18,5 kg/m ² sem infecção (além do HIV) identificada, com febre, diarreia ou suores noturnos (sem outra explicação) por mais de um mês (veja algoritmo de estadiamento).	Avaliar para TARV, reabilitação nutricional (veja acima).

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 as questões de rastreio da TB são positivas. Pedir sempre um exame de BK e raios X de tórax (peça ajuda do médico para interpretar as radiografias). 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 progresiva (especialmente dispneia durante o exercício), baixa contagem de CD4 ($CD4 < 200 \text{ cels/mm}^3$), 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 TMG deverá internar o doente e este deve ser visto pelo médico com urgência.
- O sarcoma de Kaposi e o *Cryptococcus* 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 criptocócica, se tem erupções sugestivas na pele, ou se o teste do *Cryptococcus* está disponível e o resultado for positivo, considere *Cryptococcus*. Perante a suspeita destes possíveis diagnósticos, o TMG deverá internar o doente e este deve ser visto pelo médico com urgência.
- 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+

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
FR > 30 c/m; FC > 120 b/m; Temp > 38,5 °C ou 39°C axilar (dispneia, cianose)	BK, RX de tórax toracocentese se necessário (o TMG pode precisar de ajuda do médico para completar a avaliação indicada). Avaliação clínica completa. Avaliar resposta aos antibióticos. (Veja guião de infecções respiratórias).	<ul style="list-style-type: none"> – Oxigénio. – Hidratação endovenosa (na ausência de Insuficiência cardíaca). – Antibióticos endovenosos (penicilina e gentamicina ou similares) para a infecção bacteriana enquanto aguarda pelos resultados do diagnóstico. – Tratamento para a TB (pulmonar, pleural, pericardíaca) se indicado. – Drenagem cirúrgica do empiema, se indicado. – Se a contagem de CD4 for baixa, não há resposta aos antibióticos, BK-, referir ao médico para ele considerar o tratamento com uma dose elevada de CTZ para Pneumociste. Se suspeita de SK pulmonar, referir para avaliação do médico e consideração de quimioterapia.
Hemorragia pulmonar (hemoptise profusa)	Procurar TB e, perante a suspeita de Kaposi pulmonar, encaminhar para a sua confirmação.	Oxigénio. Terapia endovenosa, considerar transfusão, referir para o cirurgião se necessário.
Malária severa com sintomas respiratórios	Teste rápido e/ou lâmina	Oxigénio. Glucosa ou dextrosa. Antimaláricos. Furosemda se existe edema pulmonar. No doente que está em TARV ou medicamentos para TB, evite antimaláricos que podem causar interações medicamentosas (Ver unidade de malária)
Anemia severa (causando dispneia)	Hemoglobina, hemograma	Pode ter causas múltiplas no doente HIV+

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 TMG terá que pedir a ajuda ao médico. Se a punção lombar não puder ser feita imediatamente, 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+

Entidade clínica ou sinal de perigo	Diagnóstico, Sinais de Perigo	Gestão
Meningite	Se está indicada a punção lombar, a amostra deve ser enviada para coloração de gram, contagem diferencial de células, BK, VDRL ou RPR, tinta da China, Ag Criptocócico (se disponível). Procurar sinais de TB pulmonar. Fazer VDRL ou RPR do sangue.	Se a punção lombar não puder ser feita imediatamente, iniciar antibióticos endovenosos para meningite bacteriana Veja guião de neurologia.
Convulsões	Avaliação neurológica. Teste de malária. Valorização da indicação da punção lombar se qualquer sinal ou sintoma de meningite. Avaliar uma possível eclampsia caso a doente esteja grávida.	-Controlar as convulsões com Diazepam (ou Sulfato de magnésio se grávida). Administrar Glucosa ou Dextrosa. -Iniciar tratamento para malária se o exame de malária é positivo ou se não há confirmação de outro diagnóstico. -Em caso de suspeita de meningite, diagnosticar e tratar como no quadro acima. -Em caso de eclampsia, referir à maternidade para administração de Sulfato de magnésio, controlo da pressão arterial, e cesariana (não indução ao parto). -Em caso de convulsões isoladas +/- défice neurológico focal sem outro sinal de infecção pode ser preciso tratar por toxoplasmose; consulte o médico.
Sinais de focalidade que não existiam previamente	Exame neurológico. Procurar sinais de pressão arterial elevada. Procure sinais de meningite (veja acima).	Se sinais de meningite, veja acima. Se défice focal isolado, e não há sinal de meningite pode ser preciso tratar por toxoplasmose. Consultar o médico.
Coma	Exame neurológico. Teste de malária. Observar sinais de traumatismo. Avaliar indicações para punção lombar. Avaliar possível eclampsia na grávida.	Glucosa ou dextrosa. Quinina ou outros anti-maláricos, e antibióticos EV. Referir à maternidade se há suspeita de eclampsia.

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 o médico.

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 deveria ser suspenso imediatamente. O TMG deverá consultar o médico neste caso.

A dificuldade para engolir também pode ser causada por tumoração ou abscesso torácico. Perante esta suspeita, o TMG deverá pedir radiografias do tórax e consultar o médico.

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 procurar evidência de candidíase, sarcoma de Kaposi ou outras infecções oportunistas.	Se não consegue engolir, hidratação endovenosa. Em caso de esofagite por candidíase, tratar com Fluconazol. Em caso de sarcoma de Kaposi, encaminhar ao médico para confirmar o diagnóstico e para possível tratamento com quimioterapia. (Lembre-se: esofagite de candidíase e sarcoma de Kaposi são condições de estadio IV; avalie para TARV)
Descamação na mucosa oral por Síndrome de Stevens-Johnson	Examinar a pele e membranas mucosas.	Hidratação endovenosa. Se há descamação, cuidar das feridas (usar o mesmo método que para queimaduras). Consultar o médico. Suspender NVP, EFV, CTZ, e/ou Fansidar, se necessário.

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 pode afectar também a população seronegativa. Nos casos de SIDA avançados, pode ser devido a TB, sarcoma de Kaposi, ou linfoma. Perante estas suspeitas, o TMG deverá encaminhar o doente para ser visto pelo médico 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.). E em caso de dor abdominal severa com suspeita de reacção adversa, pode ser preciso suspender o TARV. Neste caso, é preciso consultar o médico antes de tomar esta 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 ultrassom 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, referir ao cirurgião, iniciar hidratação endovenosa, iniciar antibióticos, suspender alimentação via oral. Transfusão se indicada.</p> <p>Em caso de suspeita de reacção adversa grau III ou IV a medicamentos (pancreatite ou lactoacidose por d4T, ou hepatite por NVP) consulte o médico antes de suspender os medicamentos responsáveis (veja guião reacções adversas). Tratar as IOs e outras condições conforme os guiões correspondentes.</p>
Diarreia severa	<p>Avaliação clínica completa, exame de fezes para identificar ovos e parasitas.</p>	<p>Reidratação conforme os guiões. Tratar as IOs e outras condições conforme os guiões. Lembre-se de considerar o diagnóstico da Síndrome Caquexia de SIDA.</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 TMG consulte urgentemente o médico 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 médico, este 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 mucosas.	Hidratação endovenosa. Se há descamação, cuidar das feridas (usar o mesmo método que para queimaduras). Consultar o médico. Suspende NVP, EFV, CTZ, e/ou Fansidar, se necessário (se são a causa).

8. Linfadenopatias

A linfadenopatia severa, com necrose ou edema importante, pode ser causada por sarcoma de Kaposi, TB, ou outra IO. Muitas vezes a incisão e a drenagem não são indicados, 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 é 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 TMG 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 linfonodos e/ou tecido inchado), se estiver indicado.	Tratar a TB, se indicado. Se sarcoma de Kaposi, considerar quimioterapia (referir ao centro especializado). Iniciar TARV só se estiver indicado pelo nível de CD4 ou na presença de sarcoma de Kaposi ou tuberculose confirmada.
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 médico ou cirurgião se achar que precisa de drenagem cirúrgica dos nódulos e para confirmação diagnóstica da suspeita de SIR e de sarcoma de Kaposi

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. Sempre procure hemorragia, causas infecciosas (HIV, IO, TB, malária, ancylostoma, etc), causas nutricionais, e reacções adversas a medicamentos. A identificação de uma causa (por exemplo, malária) não exclui outras causas (Ver 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 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 grave, procure sempre evidência de condições comuns presentes nos outros doentes (derrame cerebral, apendicite, etc), além de IO, reacções adversas aos medicamentos, e outras complicações do HIV.
- Sempre inicie a avaliação do doente procurando sinais de perigo; se presentes, actue imediatamente.