

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 estadios IV, estadia 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.

4. 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 Estádios

- O doente só pode avançar do estadio I aos estádios 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 estádios 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:

Estádios Clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Estadio Clínico I: Assintomático

Doente infectado pelo HIV (confirmado seropositivo) e **assintomático** ou com **linfadenopatia 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 Uganda¹. Dependendo do nível de vida da população, este intervalo é variável, por exemplo: em países com

Estádios Clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS):

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

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

¹ De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al*

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 linfadenopatia);
- 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 **“linfadenopatia 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.

Lembre-se que:

- Paciente assintomático (estadio I) pode transmitir o vírus a seu parceiro ou ao feto.
- Assintomático não significa “não contagioso”.

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
5. 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.

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:

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.

- 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 Uganda², 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.

² De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al*

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 periodental, perda de dentes.

Duração do Estadio III em Adultos:

De acordo com um estudo realizado na Uganda³, 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.

³ De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al.*

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

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

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 $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, 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 $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, 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
- Criptococose 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 Uganda⁴ 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.

⁴ De acordo com um estudo feito na Uganda. Morgan *et al*

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-Resumo⁵
- Algoritmos de estadiamento I e II
- Tabela de classificação da OMS 2006, com as condições especificadas

⁵ Adaptação das tabelas de estadiamento da OMS (2006)

Tabela 1: Classificação dos Estádios Clínicos da OMS – Resumo ⁶
(Veja tabelas completas nas próximas páginas)

ESTADIO I	ESTADIO II	ESTADIO III	ESTADIO IV
<ul style="list-style-type: none"> Assintomático Linfoadenopatia persistente generalizada, mas sem critérios para estadio II, III, ou IV. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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, abscessos, 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 	<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de Caquexia Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> Pneumonia bacteriana severa e recorrente Infecção crónica por <u>herpes simplex</u> (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 <i>Salmonella</i> 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

⁶ Fonte: Adaptação TARV - Formação para Técnicos de Medicina Junho 2006



República de Moçambique
Ministério da Saúde

Estadiamento clínico I V. Fevereiro_2013

1. Novo doente HIV+_ Utilize o seguinte esquema para identificar as infecções e as doenças oportunistas que podem ser diagnosticadas com os recursos disponíveis no país.

2. Passo I. História clínica

3. Faça as seguintes perguntas. Se o paciente responde «sim», também deve fazer as perguntas indicadas nas caixas abaixo

4. Alguma vez foi internado no Hospital? Se sim, há quanto tempo? E qual foi o problema?

5. Sim. Se TB pulmonar nos últimos dois anos, estadio III, (Caso não tenha doenças do estadio IV). Se TB extra pulmonar, estadio IV. Se outro diagnóstico, veja quadro de estadiamento

6. Ultimamente, tem tido febre suores nocturnos ou perda de peso? Tem tosse, ou dificuldade para respirar? Tem tosse com sangue? Alguma pessoa em sua casa tem TB?

7. Se sim, veja algoritmos de febre, perda de peso e/ou tosse/dispneia e normas para o rastreio da TB. Ainda não pode estadiar

8. Tem cefaleia? Tem dificuldade para pensar ou dormir?

9. Se sim, veja algoritmos de cefaleia e/ou mudanças do grau de vigília. Ainda não pode estadiar.

10. Tem alguma ferida ou problema na boca?

11. Se sim, Veja algoritmo de estadiamento II

12. Tem diarreia ou dor abdominal?

13. Se sim, veja algoritmo de diarreia. Ainda não pode estadiar

14. Tem perda de peso?

15. Se sim, veja algoritmo de baixo peso - desnutrição

16. Tem qualquer inchaço dos gânglios?

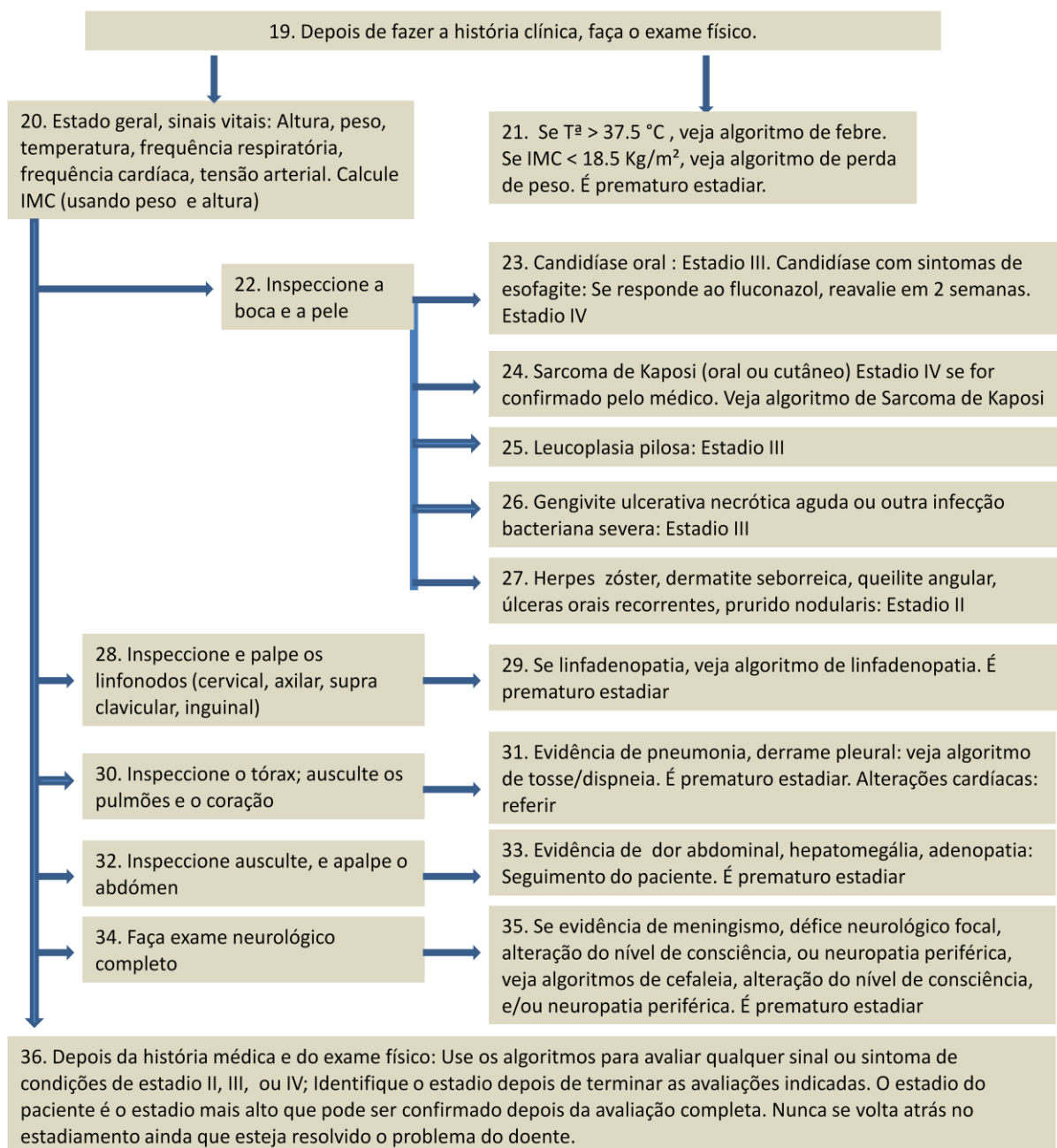
17. Se sim, veja algoritmo de linfadenopatia. Ainda não pode estadiar

18. Peça os resultados de laboratório (se houver) Se encontrar hemograma <10 g/dl, veja algoritmo de anemia. Se encontrar alterações das transaminases, consulte o médico



República de Moçambique
Ministério da Saúde

Estadiamento Clínico II V. Fevereiro_2013



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 dermatómos. 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/m ² ; 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 sintomático 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), ténção 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 (pseudomembranas), 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 ténção 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, piodermite, 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 ($< 8 \text{ g/dl}$), neutropenia ($< 500 \text{ cels/mm}^3$) ou plaquetopenia crónica ($< 50.000 \text{ cels/mm}^3$) 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	<p>Perda de peso involuntária e inexplicada (> 10% do peso corporal basal) com emagrecimento evidente ou IMC <18,5 kg/m²</p> <p>COM</p> <p>diarreia crónica inexplicada (fezes amolecidas ou aquosas, 3 ou mais vezes ao dia) durante mais de 1 mês</p> <p>OU</p> <p>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.</p>	<p>Perda de peso documentada de >10% do peso corporal</p> <p>COM</p> <p>Duas ou mais amostras de fezes analisadas sem evidência do patógeno</p> <p>OU</p> <p>Febre >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.</p>
Pneumonia por Pneumocistis jirovecii (PPJ)	<p>Dispneia com exercício ou tosse seca de início nos últimos 3 meses, taquipnéia e febre</p> <p>COM</p> <p>Rx tórax com infiltrado intersticial bilateral</p> <p>E</p> <p>sem evidência de pneumonia bacteriana; (crepitações bilaterais na auscultação com ou sem diminuição do murmuro vesicular).</p>	<p>Citologia ou imunofluorescência de amostra de escarro induzido ou lavagem bronco alveolar, ou histologia de tecido pulmonar. (Testes normalmente não disponíveis em Moçambique)</p>
Pneumonia bacteriana severa e recorrente	<p>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.</p>	<p>Cultura positiva ou teste anticorpos positivo para germe compatível (testes normalmente não disponíveis em Moçambique)</p>
Infecção crónica por herpes simplex (oro labial, genital ou ano rectal) de >1 mês ou infecção visceral de qualquer duração	<p>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.</p>	<p>PCR para DNA de VHS ou citologia/histologia compatíveis. (testes normalmente não disponíveis em Moçambique).</p>

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) é 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 líquido 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 déficit 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 <i>Cryptococcus neoformans</i> de sítios extrapulmonares (por exemplo, teste de tinta da China do LCR positivo) ou teste de antígeno criptococo no líquido ou sangue.
Infecção disseminada por <i>Mycobacterias</i> 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 poliomavírus JC no líquido.
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, histoplasmosse 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