

XIX Jornadas do Núcleo

VIH da SPMI



**“Doença VIH,
mais vida com qualidade”**

25 e 26 de janeiro de 2019
BejaParque Hotel, Beja



MOSAICO DA VILLA ROMANA DE PISÕES

Versão digital

Programa Científico



Organização



Presidente das Jornadas

Telo Faria

Comissão Organizadora

Andreia Seixas

Cristina Teotónio

Fausto Roxo

Telo Faria

Umbelina Caixas

Consulta Doenças Infeciosas ULSBA

Comissão Científica

Carlos Vasconcelos

José Malhado

José Vera

Rosas Vieira

Teresa Branco

Comissão de Honra

Bastonário da Ordem dos Médicos

Ministra da Saúde

Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

Presidente da Administração Regional de Saúde do Alentejo

Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Presidente da Câmara Municipal de Beja

Sexta-feira 25 de janeiro de 2019

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-11:00h

Sessão de Comunicações Livres

- Apresentação CO 01 – CO 10

SALA A

Moderadores: Fernando Guimarães e Francisco Bastida

- Apresentação CO 11 – CO 14; PO 01 – PO 07

SALA B

Moderadoras: Inês Vaz Pinto e Cristina Teotónio

11:00-11:30h

Coffee-break

11:30-13:00h

Novas estratégias de rastreio

Presidente: Telo Faria

Moderadoras: Margarida Mota e José Ferreira

Comentadora: Helena Sarmento

- Novos e velhos atores

Joana Bettencourt

- Rastreio nos estabelecimentos prisionais

Teresa Galhardo

- Autodiagnóstico e rastreio universal

Teresa Branco

- Informação e sensibilização junto da comunidade

José Robalo

13:00-14:30h

Almoço

14:30-15:00h

Sessão de Abertura

15:00-16:00h

Família e doença VIH

Presidente: José Vera

Moderadoras: Umbelina Caixas e Paula Brito

Comentadora: Margarida França

- Parentalidade e doença VIH

Luísa Azevedo

- Procriação Medicamente Assistida (PMA)

Sofia Figueiredo

- “VIH e Família”

Luís Calado

16:00-16:30h *Coffee-break*

16:30-18:30h **Novos fármacos, novas abordagens, mais qualidade**

Presidente: Fausto Roxo

Moderadoras: Domitília Faria e Isabel Almeida

Comentadora: Inês Vaz Pinto

- **Estratégia atual**
Telo Faria e Ana Moleiro
- **Estratégia futura**
Luís Morano

20:30h **Jantar das Jornadas**

Sábado 26 de janeiro de 2019

08:00h Abertura do Secretariado

09:00-10:00h **Conferência: Doença VIH e cura?**

Presidente: Rosas Vieira

Conferencista: Carlos Vasconcelos

10:00-10:30h *Coffee-break*

10:30-12:00h **A doença VIH na 1ª pessoa**

Presidente: José Malhado

Moderadoras: Cristina Teotónio e Ana Freitas

Comentadora: Mari Mesquita

- **Pedro Silvério Marques**
- **Ricardo Fernandes**
- **Isabel Nunes**
- **Thiago Guiaro**

12:00h **Homenagem ao Dr. Vítor Bezerra e Sessão de Encerramento**

Apresentação: Telo Faria e Fausto Roxo

XIX Jornadas do Núcleo

VIH da SPMI



“Doença VIH,
mais vida com qualidade”

09:00-11:00h **Sessão de Comunicações Livres**

Sala A

Moderadores: Fernando Guimarães e Francisco Bastida

Comunicações Orais

CO 01

AS INFEÇÕES AGUDAS POR VIH AO LONGO DE 17 ANOS – DESCRIÇÃO E ANÁLISE

Pedro Oliveira, Fábio Murteira, Andreia Seixas, Margarida Mota, Fernando Rosas Vieira, Vítor Paixão Dias

Unidade de Doenças Infecciosas do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A primoinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é muitas vezes assintomática; porém uma pequena parte dos doentes pode experimentar sintomatologia variada, semelhante a um síndrome mononucleósico. É necessário alto grau de suspeição para que a constelação de sintomas leve ao diagnóstico de VIH, cabendo ao clínico considerar essa possibilidade.

Objetivos: Caracterizar os doentes VIH cujo diagnóstico foi feito na fase aguda.

Material e métodos: Foram revistos os processos dos doentes classificados na plataforma SI-VIDA como infeções agudas ao diagnóstico, de 2001 a 2018, numa Unidade de Doenças Infecciosas.

Resultados: O diagnóstico foi feito na fase aguda da doença em 46 doentes, sendo 35 do sexo masculino e com idade média ao

diagnóstico de 41,5 anos (16 ± 75); em 33 a transmissão foi heterossexual, 9 homens que fazem sexo com homens e 4 por drogas endovenosas. Os sintomas mais frequentes foram mialgias (23), astenia (21), odinofagia (16), anorexia (8) e cefaleias (6); quanto aos sinais, ocorreu febre na maioria (38) mas também exantema (19), adenopatias (17), diarreia (12), tosse (11) ou úlceras aftosas (6). Em termos analíticos, a trombocitopenia foi frequente (22), assim como a leucopenia (19) e a linfopenia (26); as enzimas hepáticas revelaram-se aumentadas numa importante fatia (AST em 26; ALT em 21). No primeiro estudo a grande maioria (41) tinha carga vírica >100.000 , mas apenas 5 tinham linfócitos $CD4+ <200$; no estudo mais recente disponível apenas 1 tem $CD4+ <200$, enquanto a carga vírica é indetetável em 40. Ao diagnóstico, 7 estavam coinfectados com sífilis, 4 com hepatite C e 2 com hepatite B. Começaram tratamento no primeiro mês após o diagnóstico 35 doentes; além disso dos 46 doentes iniciais, 44 mantêm seguimento frequente na nossa consulta (1 morreu e 1 perdeu seguimento).

Conclusões: O diagnóstico de HIV na fase aguda exige suspeição, sendo pouco frequente; apesar disso o nosso centro apresenta números significativos. Os resultados apresentados vão de encontro ao que a literatura

descreve como o quadro típico. De notar que maioria iniciou terapêutica antiretroviral ao diagnóstico, apesar de esta ser uma norma recentemente implementada; além disso a generalidade mantém o seguimento na nossa consulta, com vírus indetetável na circulação, o que é motivo de satisfação no que à adesão terapêutica diz respeito. De salientar ainda a dificuldade no acesso a dados em papel nos casos mais antigos, o que foi uma das limitações do nosso trabalho.

CO 02

CRIOCOCOSE MENÍNGEA A *CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS* EM DOENTE SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV)

Isaac da Silva Alves Pereira
ULSBA

Com o desenvolvimento da terapia antirretroviral (TARV), verificou-se uma substancial melhoria na incidência de infeções oportunistas em doentes com VIH. No entanto, elas ainda podem ocorrer, especialmente na presença de certos e de terminados fatores.

Dentro das possíveis infeções oportunistas encontra-se a meningite a criptococos. Afim de se perceber melhor as características desta infeção, bem como em que condições é eu ela pode aparecer na era da TARV, apresenta-se um caso de um jovem de 28 anos, com cerca de 10 anos de infeção com VIH e tendo apenas iniciado terapêutica antirretroviral (Triumeq) em maio de 2018. Na altura apresentava analiticamente carga viral de 388985 cópias/ml. 63 Linfócitos T CD4+/uL (N entre 410-1590) e 31 Linfócitos CD19+/uL (N entre 90-660), que se apresentou no nosso serviço de Urgência em julho de 2018 com alterações progressivas do estado neurológico.

Realizou punção lombar, com pesquisa de *Cryptococcus* positiva, e foi então internado ao cuidado da Medicina Interna, com o diagnóstico de criptococose meníngea, tendo

cumprido terapêutica com Anfotericina B lipossômica, apresentando reversão completa dos défices neurológicos.

CO 03

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO APÓS SWITCH TERAPÊUTICO – CUIDADOS REDOBRADOS NO DOENTE IDOSO

Marta Custódio, Ana Paula Antunes, Ana Gorgulho, Catarina Santos, Inês Vaz Pinto
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: A simplificação da terapêutica antiretroviral (TARV) é uma estratégia eficaz no manejo do doente com infeção VIH. Tem como objectivos a melhoria do perfil de efeitos adversos, a diminuição das interações medicamentosas e a redução do número de comprimidos, entre outros.

Objetivos: Os autores apresentam o caso clínico de um doente idoso, polimedicado, a quem foi proposta a simplificação da TARV para um regime de comprimido único (RCU). Pretendem com este caso chamar a atenção para a possibilidade de aparecimento de novos efeitos adversos, potencialmente graves, sempre que se fazem alterações na TARV.

Material e métodos: Apresentamos o caso clínico de um homem de 83 anos, autónomo, com infeção VIH conhecida desde cerca de 20 anos antes, sempre virologicamente controlado e sem histórico de doenças oportunistas. Estava medicado com Lopinavir potenciado e 3TC. Tem outros antecedentes relevantes como: Hipertensão arterial, dislipidemia, cardiopatia isquémica e hipertensiva (já com alta da consulta de Cardiologia) e hipertrofia benigna da próstata. Estava polimedicado com aspirina, ranitidina, nebivolol, perindopril, ezetimibe/atorvastatina, amitriptilina, flurazepam e fenofibrato. Foi proposta simplificação terapêutica para DTG/ABC/3TC para redução do número de comprimidos diários. Duas semanas após o *switch* o doente recorre ao serviço de Urgência

(SU) por alteração do comportamento com 5 dias de evolução. Os exames gerais efectuados no SU eram normais e foi encaminhado para a consulta no dia seguinte. Iniciou-se investigação de possíveis causas de demência e foi solicitado apoio da Neurologia. A família relacionava o início dos sintomas com a alteração feita na TARV, pelo que se suspendeu de imediato o DTG/ABC/3TC e retomou a TARV prévia. Apresentamos a evolução clínica favorável do doente após a suspensão do fármaco potencialmente implicado, com resultados seriados de *Mini Mental State Examination* (MMSE) a evidenciarem uma recuperação progressiva do score cognitivo.

Resultados e conclusões: Um ano após o evento descrito o doente apresenta o nível cognitivo e de autonomia prévio ao incidente. Os autores admitem o diagnóstico de síndrome confusional agudo desencadeado após alteração de TARV para um regime contendo Dolutegravir (DTG). Os potenciais efeitos adversos neuropsiquiátricos do DTG são conhecidos, não estando totalmente definido o seu impacto na população mais idosa, habitualmente não representada em ensaios clínicos.

CO 04

LINFOMA PLASMABLÁSTICO: UMA ENTIDADE RARA E DE MAU PROGNÓSTICO

Penélope Almeida, Cristina Gonçalves,
Margarida França
Centro Hospitalar do Porto

Os doentes com infeção pelo VIH apresentam um maior risco de neoplasias, nomeadamente linfomas não Hodgkin de alto grau, incluindo o linfoma plasmablástico (PBL). Esta é uma neoplasia rara e de diagnóstico desafiante, dado partilhar características morfológicas e imunofenotípicas de linfoma B e de neoplasia de células plasmáticas.

Apresenta-se o caso de um homem de 58 anos, com infeção VIH1 conhecida há 10

anos, estadio C2, sob abacavir, lamivudina e dolutegravir; em follow-up de linfoma B difuso de grandes células do duodeno desde 2011 e em remissão.

Quadro de dor e edema do tornozelo direito com 2 meses de evolução. Radiografia a mostrar lesão do maléolo peronial direito com rotura cortical e edema das partes moles circundantes. Ressonância magnética a sugerir lesão osteolítica, com exame histológico a concluir por linfoma plasmablástico, sem outro envolvimento, nomeadamente medular. Decidida radioterapia da lesão, realizando sessão única, com resposta clínica e imagiológica. Ao fim de 5 meses, inicia dor a nível da grade costal à esquerda com demonstração imagiológica de lesões líticas com componente de partes moles a nível do 6º e 7º arcos costais anteriores esquerdos. Proposto tratamento sistémico com R-CNOP (rituximab em combinação com ciclofosfamida, mitoxantrona, vincristina e prednisona). Até ao momento, cumpriu 5 sessões de quimioterapia, apresentando parestesias como único efeito lateral importante, pelo que suspendeu vincristina. Imagem torácica de controlo a documentar involução das lesões ósseas acima referidas. Mantém bom estado geral e ausência de envolvimento medular.

De realçar que o doente tem diagnóstico de dois diferentes tipos de linfoma de células B maduras, ilustrando o que conhecemos acerca da susceptibilidade dos doentes com doença pelo VIH a estas neoplasias, perante um ambiente imunológico permissivo e desregulado. O prognóstico global do PBL é pobre: 8 a 15 meses de sobrevida após diagnóstico, mesmo sob esquemas agressivos de quimioterapia. O envolvimento ósseo é de veras incomum, pelo que a terapêutica ideal e o prognóstico real são incertos.

CO 05

UMA, DUAS, TRÊS DOENÇAS

Rita Martins Fernandes, Ana Isabel Rodrigues, José Manuel Ferreira, Paula Fonseca
Unidade de Imunodeficiência, Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Faro

Um doente do sexo masculino, com 39 anos de idade, leucodérmico, independente e sem antecedentes patológicos de relevo recorre à consulta de Imunodeficiência por rastreio de vírus da imunodeficiência humana (VIH) positivo em análises requisitadas pelo médico assistente. O doente apresentava um quadro de perda de peso não quantificada e disfagia há cerca de 4 meses. Na consulta constata-se presença de febre, adenomegalias cervicais, sinais de candidíase oral e fervores na base esquerda à auscultação. Apresentava ainda análises com anemia, trombocitose e elevação da proteína C-reativa, assim como teleraudiografia de tórax sem sinais de condensação. Ficou internado com as hipóteses diagnósticas de tuberculose ganglionar versus doença linfoproliferativa e candidíase esofágica.

Iniciou fluconazol para tratamento de candidíase. Analiticamente com linfócitos T CD4+ de 11 e carga viral VIH-1 de 476 mil cópias. Do estudo etiológico realizado destacam-se hemoculturas negativas, tomografia axial computadorizada (TAC) crâneo-encefálica sem alterações de relevo e TAC toraco-abdomino-pélvica com “extensos conglomerados adenopáticos com localização retroperitoneal e múltiplos gânglios mesentéricos de dimensões aumentadas”, endoscopia digestiva alta (após 14 dias de fluconazol) com ulcerações esofágicas que foram biopsadas com positividade para citomegalovirus (CMV) pelo que iniciou ganciclovir. Foi ainda requisitada pesquisa de CMV no sangue periférico que foi positiva.

Realizada biópsia excisional de adenomegalia cervical que revelou sinais histológicos de infeção compatível com *Mycobacterium avium-*

-intracellulare. Iniciou então terapêutica para micobacteriose atípica com rifabutina, etambutol e azitromicina que cumpriu durante 44 dias no internamento. Cumpriu ainda 21 dias de tratamento com ganciclovir e posteriormente com valganciclovir.

Repetiu avaliação de CD4+ e carga viral VIH-1 ainda sem iniciar terapêutica apresentando valores de 19 e 261 mil, respetivamente. Iniciou terapêutica antiretroviral com emtricitabina/tenofovir fumarato e dolutegravir e encontra-se a aguardar consulta de reavaliação. Os autores apresentam, assim, um caso de diagnóstico tardio de VIH num doente já com 2 infeções oportunistas.

Este caso demonstra a importância do diagnóstico e da instituição de terapêutica precoces no sentido de evitar o reconhecimento da infeção por VIH apenas quando associada a complicações oportunistas.

CO 06

CONHECIMENTO E ATITUDES ACERCA DO VIH/SIDA: APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO EM EVENTO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

António Lamas, Ana Carvoeiro, Fernanda Almeida, Margarida França
Unidade de Imunologia Clínica; Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: Em Portugal a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) continua a ser um problema de saúde pública. Ainda que a taxa de novos diagnósticos tenha diminuído na última década, continua a ser das mais elevadas da União Europeia (1068 novos diagnósticos, 10,4 casos por 100000 habitantes, em 2017).

Objetivos: avaliar conhecimento e atitudes face ao VIH, em participantes num evento de promoção de saúde.

Material e métodos: Estudo transversal descritivo de amostra de conveniência de 75 participantes, através de questionário estruturado em dados sociodemográficos, expe-

riência pessoal, conhecimentos (baseado no *HIV Knowledge Questionnaire*) e percepção e atitudes face ao VIH (originais e adaptadas da *AIDS Attitude Scale*). A análise de correlação foi efetuada através do coeficiente de Spearman (rs) para $\alpha < 0.05$.

Resultados e conclusões: Quase todos os inquiridos indicaram ter conhecimento prévio do tema, apontando os media, médicos e escola/formação como fontes de informação mais frequentes. Metade dos participantes referiu já ter feito a serologia VIH, a maioria por iniciativa própria. Os resultados da avaliação de conhecimentos foram na generalidade positivos, com pontuação média de 78% de respostas corretas. Porém, existem lacunas e persistência de mitos no que respeita às vias de transmissão (saliva e partilha de objetos) e à prevenção da infeção, sendo o coito interrompido ou a lavagem dos genitais pós-relação sexual ainda considerados por alguns como formas efetivas de prevenção. A mesma tendência foi observada no âmbito das atitudes tradutoras da tolerância da comunidade face à doença (pontuação média de 79%), constatando-se a persistência de algum preconceito.

Observou-se uma correlação positiva entre a performance na secção de conhecimentos e na secção de atitudes ($rs=0.352$; $p < 0.05$), sugerindo que a otimização de estratégias de prevenção primária e promoção de saúde, com abordagens holísticas, envolvendo a comunidade médica, as escolas, faculdades e os media poderão melhorar os níveis de literacia médica e diminuir o estigma e preconceito relativos ao VIH. Concluindo, realça-se o papel central da Medicina Interna, não só na gestão da doença nos seus múltiplos estádios e terapêuticas inerentes, mas também na consciencialização dos indivíduos para a prevenção e diagnóstico, reconhecendo que só assim se poderá diminuir a sua incidência.

CO 07

CASCATA DE TRATAMENTO DO VIH EM 2017 – UMA PERSPECTIVA LOCAL SOBRE O CONTINUUM OF CARE

Ana Paula Antunes, Ana Gorgulho, Marta Custódio, Vanda Castro, Anabela Marques, Mafalda Guimarães, Catarina Santos, Inês Vaz Pinto
Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Introdução: O interesse no *continuum of care* da infeção HIV em diferentes países ou regiões cresceu após o anúncio da meta dos 90-90-90 da ONUSIDA. A mesma caracterização em áreas geográficas restritas pode servir para avaliar a qualidade do atendimento aos doentes com VIH numa única instituição.

Materiais e métodos: A Unidade VIH no nosso hospital segue cerca de 1170 pessoas infectadas. O objetivo deste estudo foi avaliar o desempenho da Unidade no atendimento aos doentes no ano de 2017. Para construir a nossa cascata de tratamento usámos dados de vigilância fornecidos pela equipa de controle de gestão e os resultados de carga viral (CV) pelo laboratório. Propositadamente deixámos de fora a população estimada de pessoas não diagnosticadas, uma vez que os números estimados diferem de acordo com as diferentes metodologias utilizadas. A nossa população de referência foi definida como o número de doentes com qualquer contacto com a Unidade até 31 de dezembro de 2016. A esse número adicionámos todos os doentes que iniciaram seguimento nos 12 meses seguintes, atingindo assim o número de casos ativos. Considerámos ligado aos cuidados (*linked to care*) qualquer doente que tivesse pelo menos um contacto com a Unidade nos 12 meses prévios, quer para colheita de sangue ou consulta médica. Os doentes foram considerados como estando sob tratamento antiretroviral (TARV) desde que tivessem pelo menos um levantamento de medicação nesse ano. A supressão viral foi definida como CV

<200 cópias/ml na última avaliação do ano.

Resultados: Em 2017, o número de casos ativos era 1189. Até final do ano 1125 doentes estavam ligados aos cuidados (95%); dos doentes sem seguimento, 17 estavam transferidos, 18 morreram e 29 doentes foram considerados “perdidos no seguimento” e não ligados aos cuidados. Dos 1125 retidos em consulta, 1101 (98%) estavam sob TARV e destes, 1043 (95%) tinham CV suprimida.

Conclusão: A cascata de tratamento da infecção VIH na nossa instituição em 2017 mostra que as metas da ONUSIDA para 2020 foram alcançadas. Os dados referem-se apenas a 2017; dados semelhantes de vigilância terão que ser colhidos relativamente a anos anteriores, de forma a permitir a construção de uma cascata mais dinâmica que inclua todos os doentes que já estiveram inscritos na consulta. A principal fragilidade dos dados apresentados resulta da não inclusão da população estimada como não diagnosticada com VIH na nossa área geográfica.

CO 08

PREVALÊNCIA DE PARASIToses INTESTINAIS EM INDIVÍDUOS COM INFECÇÃO PELO VIH

Hugo Cruz, Virgínia Lopes, Carina Araújo, Júlio Teixeira, Susana Ferreira, Ana Paula Castro, M^a Helena Ramos

Serviço de Microbiologia, Departamento de Patologia, Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), Porto

Introdução/Objetivo: A prevalência de parasitoses intestinais é variável conforme a área geográfica e as condições higieno-sanitárias, uma vez que a principal forma de transmissão é a via fecal-oral. Nos indivíduos com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), a clínica tende a ser mais exuberante, por vezes com envolvimento extraintestinal e repercussão sistémica. O presente trabalho tem como objectivo avaliar a prevalência de parasitoses intestinais neste grupo de doentes.

Material/Métodos: Estudo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo, incluindo amostras de fezes procedentes de um centro hospitalar universitário e referentes ao período entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017. O exame parasitológico de fezes foi realizado através da observação microscópica de preparações a fresco (fezes frescas ou fixadas e fezes concentradas) e de preparações coradas pela técnica de Kinyoun (esfregaços de fezes).

Resultados: No total foram analisados 235 exames parasitológicos de fezes provenientes de indivíduos com idade média de 45 anos, sendo que 74,47% (n=175) pertenciam ao sexo masculino e 25,53% (n=60) ao sexo feminino; 91,06% (n=214) eram monoinfetados, 8,09% (n=19) eram co-infetados com vírus das hepatites e 0,85% (n=2) possuíam ainda outras causas de imunossupressão (transp. hepático e colite ulcerosa). Relativamente à colheita, em 56,60% (n=133) foi enviada apenas uma, em 30,21% (n=71) duas e em 13,19% (n=31) três amostras de fezes, não tendo sido remetida nenhuma fita adesiva perianal. A taxa de positividade global foi de 1,28% (n=3, dois exames parasitológicos com cistos de *Giardia lamblia* e um com oocistos de *Cystoisospora belli*).

Discussão/Conclusão: Estes dados permitem presumir que, na área de influência do nosso centro hospitalar universitário, a prevalência de parasitoses intestinais em indivíduos com infecção pelo VIH é muito baixa e que, portanto, a desparasitação profiláctica não está recomendada. No entanto, o presente estudo pode subestimar a verdadeira prevalência, pois foram analisados exames parasitológicos com apenas uma ou duas amostras de fezes, sendo que os indivíduos devem colher pelo menos três amostras, de preferência em dias alternados, pois a excreção depende da fase do ciclo de vida do parasita e pode ser intermitente. Além disso, na suspeita de infecção

por *Enterobius vermicularis*, tal como prurido anal nocturno, é imperioso utilizar-se, em vez de fezes, a técnica da fita adesiva perianal.

CO 09

CONTRIBUTOS DA UNIDADE MÓVEL DE RASTREIOS “SAÚDE + PERTO” PARA AS METAS 90-90-90

Maria Eugenia Saraiva¹, Sofia Melo Refoios¹, Vanessa Sá Pedro¹, Sílvia Lourenço¹, Leslie Nunes¹, Diones Silva¹, Carlos Alves¹, Rita Castro²

¹Liga Portuguesa Contra a SIDA, ²UNL/IHMT

Introdução: A Unidade Móvel de Rastreios (UMR) – “Saúde + Perto” da Liga Portuguesa Contra a SIDA (LPCS), visa a realização de rastreios confidenciais e gratuitos ao VIH, às hepatites víricas (VHB e VHC) e a outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), facilitando o acesso, das populações mais vulneráveis (HSH, TS e seus clientes, Sem-Abrigo, IMI, e UDI), ao aconselhamento em saúde, diagnóstico, e tratamento do VIH e de outras IST. Tem como principal objectivo a promoção de uma abordagem integrativa funcional do utente, essencial para fomentar a optimização da adesão à terapêutica e a continuidade dos cuidados de saúde.

Materiais e métodos: Este estudo descritivo pretende descrever a frequência de rastreios realizados e de resultados reactivos/positivos ao VIH, VHB, VHC e outras IST, e suas referências. Foi utilizado um questionário estruturado com questões sobre dados sociodemográficos, comportamentos sexuais e questões relacionadas com as IST.

Resultados: Entre outubro de 2017 e outubro de 2018, recorreram à “Saúde + Perto” 1802 pessoas, maioritariamente homens (59.4%), com uma média de idades de 39.06 anos. A maioria da amostra é estrangeira, solteira e reside na zona da grande Lisboa e 47% é imigrante. Do universo total (N= 1802), 593 pessoas usufruíram de aconselhamento informativo e preventivo e 1209 pessoas, além

destes aconselhamentos, realizaram rastreios às IST, sendo que efectuaram teste ao VIH 1203 pessoas (2.9% somente ao VIH; 96.7% ao VIH e outras IST; e 0.4% a outras IST que não o VIH). Verificou-se resultados reactivos em 2.3% para o VIH, 1.7% para o VHB, 4.2% para o VHC, e 0.2% para o HPV. Do total de 103 testes reactivos, foram referenciados 68 utentes para o SNS: 23 (82.1%) para o VIH, 13 (61.9%) para o VHB, 30 (58.8%) para o VHC e 2 (100%) para o HPV.

Conclusões: Através dos resultados obtidos é possível concluir que a LPCS, através da “Saúde + Perto”, tem vindo a contribuir activamente para alcançar as metas propostas pela UNAIDS: 90-90-90. Efectivamente, a UMR tem acesso às populações mais vulneráveis e, conseqüentemente, expostas a um maior risco, com o objectivo de garantir um diagnóstico precoce e, por conseguinte, um tratamento mais eficaz, em caso de reactividade, visando atingir o terceiro 90: carga indetectável. Cada caso é abordado de forma monográfica, tendo sempre em atenção a manutenção, reequilíbrio e/ou reajustamento da qualidade de vida da pessoa.

CO 10

PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA EM DOENTES COM INFECÇÃO PELO VIH

Juliana Sá¹, João Costelha², Albertina Mavila³, Margarida França⁴

¹Centro Hospitalar Cova da Beira, Covilhã, ²Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Ponte de Lima,

³Hospital Central de Maputo, Moçambique, ⁴Centro Hospitalar do Porto, Porto

Os doentes portadores do vírus da imunodeficiência humana (VIH) têm um aumento da prevalência de osteopenia, osteoporose e conseqüentemente de fracturas ósseas. Apesar dos estudos efectuados nesta área, permanece por estabelecer os principais determinantes para este fato. Presume-se esta-

rem envolvidos diversos mecanismos que vão desde os fatores de risco conhecidos para a osteopenia/osteoporose, a atividade da doença associada ao VIH e a respetiva terapêutica anti-retroviral. Alguns estudos mostram que mesmo após a supressão viral, a atividade imunogénica da doença se mantém e contribui para o aumento da reabsorção óssea. Deste modo, importa caracterizar a população de doentes portadores de VIH que desenvolvem fenómenos de desmineralização óssea de forma a poder intervir de forma precoce na sua prevenção e tratamento. O presente trabalho tem por objectivos identificar e analisar a prevalência de osteopenia e osteoporose em doentes com VIH; compreender os fatores de risco específicos associados a esta prevalência; identificar potenciais variáveis modificáveis na progressão da desmineralização óssea nestes doentes. Para o efeito foi realizado um estudo longitudinal prospetivo numa amostra de doentes portadores de VIH. Foram definidos como critérios de inclusão do estudo a positividade para o VIH, idade superior a 50 anos e osteodensitometria óssea disponível. A recolha de informação foi feita pela consulta do processo clínico eletrónico (via SClínico), a análise e processamento dos dados foram feitos recorrendo ao software SPSS. Foram incluídos no estudo 75 doentes com uma idade média de 63 anos, sendo que 66.7% eram homens, a grande maioria com infecção pelo VIH1, 7.5% eram co-infectados pelo VHC, tinham uma média de 9.55 anos de supressão viral e 52% tinham alterações na densitometria óssea. No grupo de doentes com osteopenia/osteoporose existia uma maior percentagem de mulheres (37.3%), maior tempo de terapêutica e maior percentagem de doentes tratados com inibidor da protéase (64.7%), com défice de vitamina D (74.5%), fumadores (49%), com uso de corticoides (9.8%) e em menopausa (37.3%). Apesar disto, não

foi possível encontrar resultados com significância estatística na comparação dos grupos. No entanto, estes dados poderão apontar os fatores de risco associados ao aparecimento de doença de desmineralização óssea neste grupo de doentes.

Moderadoras: Inês Vaz Pinto e Cristina Teotónio

CO 11**DOENÇA DEFINIDORA DE SIDA EM ELITE CONTROLLER?**

Laura Moreira, Marta Ilharco, Carla Maravilha, Maria do Carmo Fevereiro, Isabel Germano
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Hospital de São José, Unidade Funcional de Medicina 1.4

Na ausência de terapêutica antiretroviral, a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) progride para síndrome de imunodeficiência humana adquirida (SIDA), tipicamente, em cerca de 10 anos. Um subgrupo de indivíduos não segue esta linha de história natural mantendo carga viral (CV) indetetável e declínio mínimo ou ausente nos linfócitos T CD4+ sem qualquer intervenção terapêutica, sendo referidos como elite *controllers* (EC). Os estudos referem que este facto estará dependente de fatores virológicos, ambientais e do hospedeiro. Um desses fatores será o padrão de positividade para o HLA -B*5701 apontado como protetor em diversos estudos.

Apresentamos o caso de uma mulher de 28 anos, com diagnóstico de infeção VIH 1 em 2010 no contexto de rastreio pré dádiva de sangue (serologia negativa um ano antes). Nessa altura encontrava-se assintomática, tinha CV < 20 cópias/uL, contagem de linfócitos T CD4+ 1500 (46%) e rácio linfócitos T CD4+/CD8+ de 1,27. No estudo inicial documentou-se também positividade para o alelo HLA- B*5701. Não foi iniciada terapêutica, manteve seguimento regular em consulta sempre com CV indetetável, linfócitos T CD4+ > 500 e deste modo considerada uma doente EC. Ao longo do seguimento, a doente esteve sob terapêutica durante duas gestações em 2012 e 2014, como prevenção de transmissão vertical, com lamivudina/zidovudina e

lopinavir/ritonavir. Ao fim de 6 anos de evolução de doença, sem intercorrências e com regular seguimento ginecológico, inicia queixas de coitorragias e dispareunia cujo estudo identificou um carcinoma invasivo do colo do útero sendo encaminhada para consultas de Oncologia.

Com este trabalho reportamos mais um caso EC associado á presença do alelo HLA-B*5701 e, na ausência de recomendações precisas para este subgrupo de doentes, pretendemos colocar em discussão o seu protocolo de seguimento e terapêutica. No doente EC, o estado proinflamatório aumentado, ainda que sem replicação viral ou imunodepressão importante, está associado a aumento do risco cardiovascular; por outro lado, desconhece-se o seu impacto nas doenças definidoras de SIDA. Este caso clínico é ilustrativo desta dúvida: será a neoplasia identificada uma doença definidora de SIDA?

CO 12**ELITE CONTROLLERS: SEMPRE UM DESAFIO! – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**

Carolina Midões, Leonor Soares, Estefânia Turpin, Luísa Azevedo, Umbelina Caixas
U.F Medicina 1.4, Hospital de S. José, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: Os *elite controllers* (EC) correspondem a uma minoria de indivíduos portadores de VIH (cerca de 1%) que conseguem suprimir a sua virémia de forma espontânea. Assim, têm RNA viral muito baixo ou indetetável na ausência de terapêutica antiretroviral combinada (TARc) e, ainda, contagens de células T CD4 (TCD4) estáveis durante um longo período de tempo, o que permite protelar a introdução de TARc. Contudo, apresentam níveis anormalmente elevados de células T

activadas, o que pode contribuir para a perda progressiva de TCD4 mesmo com cargas virais (CV) indetectáveis.

Caso clínico: Homem de 60 anos, com diagnóstico de infecção VIH-1 em 2002 em contexto de doença sexualmente transmissível. Ao diagnóstico com CV indetectável, TCD4 de 840/mm³ (40%). Atendendo a ausência de replicação viral nos anos seguintes foi classificado como EC, razão pela qual não iniciou TARc. Manteve seguimento em consulta bianual, com vigilância do estado imunológico, bem como gestão de comorbilidades (Hipertensão arterial, diabetes Mellitus, dislipidemia, aneurisma da aorta abdominal). Com TCD4 estáveis até 2016, assistiu-se a partir daí a progressiva diminuição dos mesmos; em dezembro de 2017, com TCD4 de 538/mm³ (33%) e TCD8 416/mm³ (24%) e, ainda que mantendo virémia suprimida, optou-se por introdução de TARc com TDF/FTC/RPV, esquema escolhido pelo perfil metabólico favorável. Apesar de instituição de terapêutica, não se verificou uma inversão da tendência, com quebra mantida e acelerada da contagem celular, com valores de TCD4 189/mm³ em dezembro de 2018 iniciando terapêutica profilática com cotrimoxazol.

Discussão: Os EC suprimem naturalmente a virémia do VIH para níveis indetectáveis mas demonstram inflamação persistente que contribui para um risco aumentado de complicações não infecciosas associadas ao VIH. Em paralelo, a activação permanente de células T pode promover a progressão do VIH de forma independente da replicação viral. Este caso pretende ilustrar a evolução de um EC com 15 anos de seguimento, sempre com supressão viral mas com progressiva deterioração imunológica, e alertar para a dificuldade na abordagem e *follow-up* deste grupo particular de doentes, cujo timing de instituição de TARc é ainda controverso.

CO 13

COMORBILIDADES DO DOENTE VIH – A PROPÓSITO DA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA CONSULTA

Inês Rueff Rato, Paula Marques Ferreira, Fábio Murteira, Margarida Mota
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

A melhoria da sobrevida dos doentes infetados pelo VIH, atualmente próxima da população não infetada, deve-se à evolução dos tratamentos antirretrovirais. Apesar da supressão viral e recuperação imune, a atividade inflamatória mantém-se, surgindo comorbilidades não diretamente relacionadas com o VIH.

Pretende-se caracterizar uma população de doentes VIH-1 seguidos em consulta, no que respeita à presença de comorbilidades não relacionadas com a infeção e sua gestão.

Os dados foram recolhidos através do preenchimento de um questionário pela equipa médica durante a consulta, no período de junho a dezembro de 2018. Apresentam-se resultados referentes a 468 doentes, na sua maioria homens (74.8%) de raça caucasiana (94.9%). A média de idades foi de 49.1 anos e 47.2% tinha idade igual ou superior a 50 anos. A média de duração da infeção era de 11.1 anos. À data da colheita, 84.4% tinham carga vírica indetectável (<20 cópias/ml) e 73.9% contagens de CD4 >500 cel/uL.

Foi encontrada uma média 1.8 comorbilidades por doente e 29.1% dos doentes com mais de 50 anos tinham duas ou mais.

As comorbilidades mais frequentes foram a dislipidemia (39.5%), hipertensão arterial essencial (HTA; 24.4%), patologia psiquiátrica (19.0%) e Diabetes mellitus (DM; 14,9%). Quando se considerou a população com mais de 50 anos, as doenças cardiovasculares tornaram-se mais expressivas – dislipidemia (59.7%), HTA (37.1%) e DM (23.1%). Naqueles com menos de 50 anos as mais prevalentes foram a dislipidemia (21,5%), patologia

psiquiátrica (16.6%) e a co-infecção pelo vírus da hepatite C (14.6%).

Constatou-se que a DM foi a comorbilidade com maior necessidade de gestão em consulta (91.4%), seguida da HTA (89.5%), tendo sido possível atingir valores de pressão arterial <140/90 mmHg em 71.6% doentes. Dos 82.7% medicados com estatina, apenas 37.3% apresentavam níveis de colesterol LDL inferior a 100 mg/dL. As patologias psiquiátricas, como ansiedade, depressão ou esquizofrenia, estavam farmacologicamente medicadas em 75,3%.

Os dados apresentados vão ao encontro dos descritos na literatura no que respeita à elevada prevalência das patologias metabólicas, cardiovasculares e psicológicas. Torna-se, assim, necessário uma abordagem multidisciplinar destes doentes, não só pelo controlo da infeção VIH e manejo das complicações associadas, mas também para vigilância e tratamento de outras comorbilidades.

CO 14

VIH EM PORTUGAL – PASSADO, PRESENTE E FUTURO – INCIDÊNCIA DE NOVOS CASOS E MORTALIDADE ASSOCIADA AO VIH

Carvalho, T.; Lage, F.; Marques, C.; Vaz, J.
Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

Ao longo da última década, Portugal tem apresentado um percurso exemplar no que diz respeito à infeção por VIH. Apesar de manter, ainda assim, uma das maiores taxas de incidência de novos casos da Europa, tem apresentado valores sistematicamente menores do número de novos casos diagnosticados, menor número de casos associados a transmissão relacionada com o uso de drogas e do número de mortes associadas à infeção por VIH.

Com este trabalho, pretende-se mostrar todo o percurso ao longo dos anos que a infeção pelo VIH teve em termos de novos casos e a sua mortalidade associada, bem como, de-

monstrar o que o futuro nos reserva se houver manutenção dos vários planos de saúde já implementados.

Para a realização deste trabalho foram consultados os dados referentes ao número de novos casos nos últimos 20 anos, recolhidos os dados de novos casos por sexo e momento de diagnóstico de VIH para o ano mais recente publicado – 2017; para a mortalidade foram colhidos os dados dos últimos 10 anos atribuídos como causa básica à infeção por VIH, bem como analisado os óbitos do ano 2017 por patologia associada ao VIH. Estes dados foram trabalhados em Excel calculando-se a função logarítmica de modo a estimar o número de novos casos e mortalidade dos próximos 10 anos. Bases de dados: INE, INSA, DGS e SICO. Consultados relatórios anuais do Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA.

Na última década, registou-se uma diminuição acentuada do número de novos casos e dentro de 10 anos teremos menos de 500 casos por ano. A transmissão do vírus associada à toxicod dependência diminuiu cerca 89%, sendo a principal via de transmissão através de relações heterossexuais (45,5%). Afeta maioritariamente homens (71.9%) e, o momento de diagnóstico é feito já em fase tardia (53.2%) – o que abre caminho à eventual necessidade de implementação de medidas de rastreio programado ou oportunista.

O número de óbitos por VIH tem diminuído de forma significativa nos últimos anos em parte devido às terapêuticas cada vez mais eficazes, mas também ao Plano Nacional de Infecção VIH/SIDA e à metas atingidas com o plano 90-90-90.

PO 01

SIMPLIFICAÇÃO PARA BITERAPIA COM DOLUTEGRAVIR NA VIDA REAL – UM RISCO OU UMA OPORTUNIDADE?

Liliana Pedro, Raquel Pinho, Rosário Pazos, Rita Martins Fernandes, José Ferreira, Paula Fonseca, Paula Proença, Rui Pereira, Manuela Sousa, Marco Berenguer, Domitília Faria
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução e objetivos: As estratégias de simplificação da terapêutica antirretroviral (TAR) na infeção VIH1 demonstram sucesso na manutenção de resposta virológica sustentada, incluindo a biterapia. O perfil de segurança, a potência e a alta barreira genética do dolutegravir (DTG) torna-o o primeiro inibidor da integrase adequado para este regime. Pretendemos caracterizar os doentes em biterapia com DTG, avaliar os motivos que levaram a esta opção terapêutica e o seu impacto clínico e económico.

População e métodos: Estudo observacional retrospectivo por consulta dos registos clínicos e farmacêuticos dos indivíduos infetados por VIH1 seguidos no centro hospitalar. Critérios de inclusão: doentes sob TAR há pelo menos 6 meses com virémia indetectável, que mudaram para biterapia incluindo DTG no período de 01/06/2015 a 31/10/2018, sem mutações prévias para os fármacos incluídos neste regime. Caracterização demográfica e clínica e registo dos custos da TAR mensal por doente antes e após mudança da TAR. Registo e análise dos dados em EXCEL.

Resultados: Num total de 1737 doentes sob TAR, foram incluídos 55 (3,2%) doentes, 21 (38%) com DTG+3TC, 31 (56%) com DTG+RPV, 2 (4%) com DTG+DRV/r e 1 (2%) com DTG+FTC. Destes, 33 (60%) do sexo masculino, idade média de 60 anos (mínimo 17; máximo 87); tempo médio de infeção VIH de 14,7 anos e tempo médio de TAR de 11,9 anos. O tempo

médio de supressão prévia à mudança foi de 87,7 meses. Em 10 doentes (18,2%) ocorreu falência virológica prévia ao anterior regime. Os principais motivos para a mudança foram reação adversa (27,3%), simplificação (20,0%), aumento do risco cardiovascular (21,8%) e prevenção de toxicidade a longo prazo (32,7%). O tempo médio de biterapia é de 15 meses. À data final do estudo 6 (10,9%) doentes já não se encontram em biterapia, 4 dos quais faleceram, 1 abandono e 1 motivos desconhecidos. Nos restantes verificou-se a manutenção da supressão virológica, sem eventos adversos. O custo médio mensal por doente foi de 621 euros antes e de 619,8 euros após a mudança. **Conclusão:** A biterapia em regimes com dolutegravir pode ser uma opção válida em doentes previamente suprimidos, sem resistências aos fármacos incluídos no regime escolhido, permitindo simplificar e obviar efeitos adversos ou toxicidade a longo prazo. Na nossa coorte esta opção alcançou os objetivos desejados, sem ocorrência de falência virológica ou efeitos adversos de novo, não se verificando impacto nos custos.

PO 02

A CONTRACEÇÃO EM MULHERES SEROPOSITIVAS – EXPERIÊNCIA DUMA CONSULTA DE IMUNODEFICIÊNCIA

Liliana Pedro, Teresa Ferreira, Manuela Simão, Manuela Sousa, Filipa Azevedo, Raquel Pinho, Rosário Pazos, Domitília Faria, Conceição Santos, Luísa Arez
Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Unidade de Portimão

Introdução: Nesta era da infeção VIH como doença crónica há uma maior preocupação com outros aspetos da qualidade de vida das mulheres infetadas, como a contraceção. De acordo com a OMS existem critérios médicos de elegibilidade (CME) para o uso de contraceptivos em mulheres portadoras de VIH. Os CME têm 4 categorias de uso (sem restrição

até não deve ser usado), devendo a escolha do método ideal ser discutida com o médico assistente. As interações possíveis entre terapêutica antirretroviral (TAR) e o método contraceptivo (MC) devem ser consideradas. Pretendemos caracterizar o MC usado pelas mulheres em idade fértil na nossa consulta e perceber se este foi discutido com o médico e se estava adequado à sua condição clínica, nomeadamente nas interações com TAR.

População e métodos: Estudo transversal observacional que incluiu as mulheres VIH 1 e/ou 2, entre os 18-54 anos, com pelo menos 2 consultas efetivadas no último ano. Foram excluídas as mulheres em menopausa. A informação foi recolhida através de um questionário anónimo durante 11 meses (janeiro a novembro de 2018). O tratamento estatístico foi feito em SPSS v23.

Resultados: Numa população de 126 mulheres em idade fértil, 58 aceitaram responder ao questionário. Nestas a idade média foi de 40,0 anos (mínimo 22; máximo 54), com média de 9,84 anos após o diagnóstico de VIH (mínimo 0; máximo 24). Destas, 11 (19%) não tiveram relações sexuais no último ano. Nas 47 mulheres com vida sexual ativa, o MC mais usado foi o preservativo (42,6%), seguido implante hormonal e contraceção oral (12,8% cada), seguido de laqueação (6,4%) e 10 mulheres (21,3%) não usaram qualquer MC. Todos os métodos pertenciam aos CME 1 ou 2. Existiram apenas 2 interações possíveis entre TAR e o método usado (anel vaginal e pílula, respetivamente); 46,8% das mulheres discutiram o uso do método contraceptivo com o seu médico assistente, e 96,2% destas consideraram que foram bem informadas.

Conclusões: Apesar de menos de metade das mulheres incluídas nesta amostra discutirem as suas opções de contraceção com o seu médico, a ocorrência de interações é rara e todos os métodos usados cumprem CME ade-

quados. É importante discutir a vida sexual e contraceção com as mulheres em idade fértil, informá-las sobre os MC mais adequados a sua situação clínica e medicação em curso, encaminhá-las a consulta de Planeamento familiar e manter uma boa articulação com os profissionais desta consulta.

PO 03

ESTRATÉGIA LABORATORIAL DE DIAGNÓSTICO PARA O VIH

Elsa Almeida, Ana Bela Vinagre, Raquel Patrão, M. Graça Cristina
Serviço de Patologia Clínica, Hospital José Joaquim Fernandes, ULSBA

Introdução: O vírus da imunodeficiência humana (VIH), infeta os linfócitos T CD 4+ comprometendo gradualmente o sistema imunitário que se torna ineficaz no combate às infeções. Os primeiros casos de infeção descritos em Portugal datam de 1983 e até ao presente ano foram reportadas aproximadamente 57.574 novas infeções.

Objetivos: As estratégias de diagnóstico laboratorial têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico, e ao mesmo tempo, fornecer uma base racional para assegurar que este seja seguro e concluído em tempo útil.

Metodologias: Os testes de imunoenensaio de 4ª geração são muito sensíveis e específicos e pesquisam em simultâneo anticorpos anti-VIH 1, anti-VIH 2 e o antigénio p24, detetando o VIH 1 do grupo 0, sendo mais adequados para o diagnóstico de infeções agudas e/ou recentes. Os testes rápidos imunocromatográficos são utilizados como testes de rastreio (já existindo testes de 4ª geração) ou para permitir a distinção entre do tipo VIH 1 e 2. A deteção de DNA/RNA por PCR permite respetivamente o diagnóstico inequívoco da infeção e a quantificação da carga viral, para avaliar a progressão da patologia, o seu prognóstico e a monitorização da terapêutica por antirretrovirais.

Discussão: A aposta no diagnóstico precoce da infecção por VIH tem sido uma prioridade do Programa Nacional para a Infecção VIH e SIDA, com vista ao cumprimento da meta da ONU-SIDA de diagnosticar 90% das pessoas infetadas. Em 2017 foram diagnosticados 886 novos casos de infecção por VIH, o que corresponde a uma taxa de novos diagnósticos de 8,6 casos por 100.000 habitantes. O aumento do número de novos casos comparativamente ao período homólogo poderá ser, por um lado, reflexo de notificações feitas em tempo mais adequado e, por outro lado, implementação de estratégias de promoção do diagnóstico, com o aumento do número de testes efetuados nas diferentes estruturas, bem como a eficiência em abranger comunidades mais expostas.

Conclusão: O fluxograma de diagnóstico é essencial para descrever de forma clara e consistente o significado dos resultados obtidos, indicando as vias que devem ser seguidas para o melhor e mais correto diagnóstico. O diagnóstico precoce é fundamental para estabelecer a melhor estratégia terapêutica com a melhoria consequente da qualidade de vida das pessoas infetadas e para a prevenção da transmissão do vírus nas suas diversas vertentes.

Palavras-chave: VIH; Diagnóstico; Fluxograma; SIDA

PO 04

INFECÇÃO PRIMÁRIA POR VIH: A IMPORTÂNCIA DE DIAGNOSTICAR E TRATAR PRECOCAMENTE

Ana Oliveira, Tânia Ferreira, Carlos Vasconcelos, Margarida França
Unidade de Imunologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário do Porto

A infecção pelo VIH inicia-se com uma infecção aguda sistémica que se manifesta em 1/2 a 2/3 dos doentes por um síndrome retroviral agudo (SRA), frequentemente não reconhecido. A infecção primária (IP) ou recente é aquela que ocorreu nos últimos 6 meses, sintomática

ou não. Atualmente, é sabida a importância do seu reconhecimento pela oportunidade única que pode constituir na redução da transmissão da doença e na preservação do status imunológico do doente, sendo recomendada a instituição de terapêutica antirretroviral (tARV). Os autores caracterizam uma população de doentes com IP, seguidos na consulta de Unidade de Imunologia Clínica, em termos demográficos, clínicos e imunológicos, entre 2000 e 2018. São apresentados 32 casos de IP, 2 excluídos por infecção por VIH2 e perda de *follow-up*.

Cerca de 83% dos doentes eram homens; a média de idades foi de 38,2 anos. Em 28 casos a transmissão foi por exposição sexual de risco, 12 das quais em homens que têm sexo com homens.

Dos 30 casos, 21 apresentaram-se com SRA, constituindo a febre, o rash cutâneo e as citopenias as manifestações mais comuns; 2 doentes apresentaram-se com doença definidora de SIDA (candidíase esofágica e pneumocistose) e 2 doentes com meningite asséptica; 7 estavam coinfectados com VHC e 3 com VHB. Em média, a contagem inicial de CD4 foi de 464 células/mm³ (177-1206), a relação CD4/CD8=0,7 e a carga vírica de 3x10⁶ cópias/mL (9180-10x10⁶).

A tARV foi iniciada no 1º mês em metade dos casos e no 1º ano em cerca de 2/3 dos casos. Em 9 doentes foi prescrita intensificação terapêutica, 1 grávida e os restantes com SRA. Os que iniciaram tARV precocemente tiveram recuperação imunológica mais rápida (relação CD4/CD8 >1) e alcançaram cargas víricas indetetáveis mais precocemente.

Quatro doentes evoluíram para SIDA (Kaposi sistémico, meningite bacilar, tuberculose ganglionar e pneumocistose): 1 tinha abandonado a tARV e 2 iniciaram-na mais de 1 ano após o diagnóstico.

Faleceram 4 doentes durante o *follow-up*, de causas não relacionadas com VIH, com sobre-

vida média de 9,5 anos; destes, 3 iniciaram terapêutica no 1º ano, 2 deles com SIDA. Apesar de se tratar de um estudo retrospectivo com uma população reduzida, estes resultados vêm apoiar a importância do diagnóstico precoce da infeção pelo VIH e da imediata instituição terapêutica para a preservação do status imunológico e consequente melhoria na sobrevivência.

PO 05

RE-INFEÇÃO POR VHC APÓS TRATAMENTO NUMA CONSULTA DE IMUNODEFICIÊNCIA: CASO CLÍNICO

Blanco, R.; Branco, T.; Castro, A.; Fonseca, A.
Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A infeção pelo vírus da hepatite C (VHC) constitui um grave problema de saúde pública a nível mundial devido à elevada taxa de progressão para a cronicidade e ao potencial evolutivo para cirrose e carcinoma hepatocelular (CHC). O principal objetivo da terapia para VHC é a cura, definida como cargas virais indetectáveis às 12 ou 24 semanas após finalizado o tratamento.

Caso clínico: Homem, de 39 anos, seguido em consulta de imunodeficiência (ID) por infeção vírus imunodeficiência humana (VIH) por transmissão por consumo de drogas endovenosas, diagnosticado em 2013. De antecedentes apresentava infeção VIH 1 estadio A1, medicado com Emcitabina + Tenofovir disoproxil + Rilpivirina com boa adesão terapêutica e cargas virais indetectáveis um ano após o início do tratamento, hepatite C crónica genotipo 1a com elastografia F1 em 2014 e toxicodependente em programa de substituição opiácea com metadona (70 mg/dia) com consumos activos de heroína injectada. Sem outros antecedentes de relevo. No início de 2017 completou tratamento com Sofosbuvir 400mg + Ledispavir 90mg durante 12 semanas com CV (cargas virais) indetectáveis aos 3

meses (05/2017) do fim do tratamento, pelo que assumiu-se resposta virológica sustentada (SVR) e por tanto cura da infeção pelo VHC. Em julho/2017 (<24 semanas) repetiu-se CV por comportamento de risco com resultado de 11114800UI/ml e Genotipo 3, pelo que podemos falar de re-infeção dado que o doente apresentou SVR às 12 semanas e atualmente apresenta cargas virais elevadas e genotipo diferente.

Conclusões: Este trabalho pretende chamar atenção para a importância do seguimento e controlo de doentes que receberam tratamento para a infeção VHC, mesmo quando foi atingida SVR. Também os autores querem ressaltar o papel da terapêutica para VHC em doentes pertencentes aos grupos de risco para evitar as re-infeções, dado que atingindo o maior número de curas possível dentro de estas populações também estamos a diminuir o risco de re-infeção quando esporadicamente há uma conduta de risco.

PO 06

CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES QUE ABANDONARAM A CONSULTA DE IMUNODEFICIÊNCIA

Manuela Simão, Maria Conceição Marques,
Ana Isabel Marques, Domitília Faria
Centro Hospitalar Universitário do Algarve – Portimão

Introdução: As metas da ONUSIDA para 2020 são um desafio, e para serem alcançadas, 90% dos utentes diagnosticados devem estar em tratamento anti-retroviral e desses 90% com supressão virológica. Infelizmente, ainda existem utentes diagnosticados que não estão em acompanhamento, o que possibilita a transmissão do VIH e o desenvolvimento da SIDA.

Objetivos: Identificar e caracterizar os utentes que abandonaram seguimento em consulta de Imunodeficiência para contacto e reintegração em consulta.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com primeira consulta de imunodeficiência na nossa unidade hospitalar no período de 01/01/2009 e 30/11/2018 e sem consultas efectivadas nos últimos 12 meses. Os dados destes doentes foram recolhidos através da consulta do SCLinico, do Registo de Saúde Electrónico (RSE), Registo Nacional de Utentes (RNU) e contactos telefónicos e foram registados e analisados em EXCEL.

Resultados: Num total de 962 utentes seguidos em consulta entre 2009 e 2018, 95 (10%) utentes abandonaram as consultas, sendo 34 mulheres (36%) e 61 homens (64%), dos quais 57 (60%) são portugueses. A idade média é de 45 anos (mínima 25 máxima 72). Pela pesquisa no RSE, foi constatado que 10 utentes (11%) faleceram e 29 (31%) estavam em seguimento em outro hospital, 7 (7%) mudaram de país, 28 (29%) não foram localizados e 21 (22%) foram localizados e estão sem acompanhamento em consulta de especialidade. Dos 21 utentes sem acompanhamentos e que foram contactados, apenas 6 utentes aceitaram marcação de nova consulta.

Conclusões: A taxa de retenção em consulta é elevada mas existe uma pequena faixa de utentes que abandonaram sem que se consiga a sua localização actual e outros, embora localizados, não querem voltar a consulta. É importante averiguar não só o que se passa com os abandonos mas também os motivos que levam os doentes a não manterem tratamento e acompanhamento clínico de modo a intervir precocemente na prevenção deste abandono.

PO 07

MANTER O VIH/SIDA EM SEGREDO

Mariana Gonçalves Filipa Teixeira Ângela Maio
Centro de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho

Introdução: O diagnóstico de VIH/Sida envolve o recurso a um conjunto de estratégias de

coping para lidar com a doença.

Objetivos e método: Este estudo envolveu 8 mulheres que vivem com VIH/Sida, infetadas principalmente por um parceiro íntimo, com o qual mantinham um relacionamento estável. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em contexto ambulatorio em Hospitais do Norte de Portugal, com o objetivo de explorar os processos de adaptação ao diagnóstico. As entrevistas foram analisadas com recurso aos procedimentos da análise temática.

Resultados: Manter o VIH em segredo foi um dos principais temas emergentes das entrevistas, que funciona como uma estratégia de autopreservação das expectativas das mulheres quanto à rejeição social e à estigmatização. Embora, a curto prazo, pareça promover a adaptação psicológica, a longo prazo, implica viver em situação de apreensão constante, com a possibilidade de os outros terem conhecimento do seu diagnóstico, desenvolvendo sintomas de ansiedade e depressão. As reações ao diagnóstico envolvem sintomas associados a tristeza e raiva. A maioria das mulheres foi infetada pelo seu parceiro/marido, o que tem implicações negativas ao nível do relacionamento, nomeadamente promovendo sentimentos ambivalentes em relação ao mesmo. Essas mulheres apresentavam uma autoimagem negativa, desenvolveram sentimentos de auto-estigmatização, descrevendo-se com repulsa e transferindo para si as suas crenças negativas sobre o VIH.

Discussão: Estes resultados reforçam a necessidade de desenvolver estratégias de apoio para estas mulheres, de forma a que desenvolvam mecanismos adaptativos para lidar com o diagnóstico e a divulgação do mesmo, de forma de prevenir o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos e preservar seu bem-estar.

Intervenientes no Programa

Convidado: **Luís Morano**, *University Hospital Alvaro Cunheiro, Vigo*

Ana Freitas, *Rádio Voz da Planície, Beja*

Ana Moleiro, *Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Beja*

Carlos Vasconcelos, *Hospital de Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, Porto*

Cristina Teotónio, *Centro Hospitalar Oeste, EPE, Caldas da Rainha*

Domitília Faria, *Hospital de Portimão, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, Portimão*

Fausto Roxo, *Hospital de Santarém, EPE, Santarém*

Fernando Guimarães, *Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE*

Francisco Bastida, *Hospital Espírito Santo, EPE, Évora*

Helena Sarmento, *Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE, Guimarães*

Inês Vaz Pinto, *Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, Cascais*

Isabel Almeida, *Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, Porto*

Isabel Nunes, *SERES. VIH. SIDA*

Joana Bettencourt, *Programas Nacionais para a Infecção VIH e SIDA e para as Hepatites Virais*

José Ferreira, *Hospital de Faro, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE, Faro*

José Malhado, *Especialista Medicina Interna/Infeciologia*

José Robalo, *Presidente da Administração Regional de Saúde do Alentejo*

José Vera, *Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE*

Luís Calado, *Psicólogo Clínico, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa*

Luísa Azevedo, *Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa*

Margarida França, *Hospital de Santo António, Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, Porto*

Margarida Mota, *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE*

Mari Mesquita, *Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE*

Paula Brito, *Centro Hospitalar de Setúbal, EPE*

Pedro Silvério Marques, *Ativista da área da Infecção VIH/SIDA*

Ricardo Fernandes, *GAT, Grupo de Ativistas em Tratamento*

Rosas Vieira, *Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE*

Sofia Figueiredo, *Maternidade Dr. Alfredo da Costa, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa*

Telo Faria, *Hospital José Joaquim Fernandes, Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, Beja*

Teresa Branco, *Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE*

Teresa Galhardo, *Chefe de Equipa Multidisciplinar no Centro de Competências para a Gestão dos Cuidados de Saúde*

Thiago Guiaro, *Cabeleireiro*

Umbelina Caixas, *Hospital São José, Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE, Lisboa*

Organização



Major Sponsor



Sponsors



Secretariado



ORGANIZAÇÃO E SECRETARIADO
DE EVENTOS

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3
1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: paula.cordeiro@admedic.pt
www.admedic.pt

