

VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

Introdução

A infecção VIH na criança no nosso país faz-se quase exclusivamente por transmissão vertical pelo que é possível reduzir eficazmente o número de crianças infectadas nos próximos anos.

Até Junho de 2005, a Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis recebeu notificação de 27013 casos de infecção VIH, dos quais 12355 (45,7%) correspondiam a portadores assintomáticos; destes, 25,7% eram mulheres em idade fértil. Verificaram ainda que, a transmissão heterossexual se tem vindo a tornar predominante, sendo responsável por 57% das infecções em 2004.

Os dados do Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança (GTIVHC), envolvendo 43 maternidades num total de 85135 partos mostraram, no ano de 2004, uma prevalência de grávidas infectadas de 3,6 em cada 1000 e uma taxa de transmissão vertical de 3,6%.

Em 23% dos casos de infecção neonatal a transmissão é intrauterina, em 65% dos casos a infecção é adquirida no período periparto e em 12% é transmitida pelo leite materno. O factor que mais influencia a transmissão da infecção é a carga vírica materna. A taxa de transmissão global sem anti retrovirais (ART) é de 20-30%, mas atinge os 63% em grávidas com carga viral superior a 100.000 cópias/ml.

O estudo do Paediatric AIDS Clinical Trials Group (PACTGO76) demonstrou a redução das taxas de transmissão de 24% para 8% com ART pré parto, incluindo sempre a zidovudina (ZDV), ZDV intraparto e no recém-nascido. Esta terapêutica quando associada à cesariana electiva e à exclusão total do aleitamento materno fez baixar as taxas de transmissão para valores inferiores a 2%.

É este o objectivo traçado pela Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e pela GTIVHC para os próximos anos.

Na última reunião da GTIVHC, em Setembro de 2005, foi consensual a adopção de novos esquemas terapêuticos de profilaxia em determinadas circunstâncias, de acordo com as recomendações da British HIV Association, da Gesida (Grupo Espanhol para o Estudo da Sida) e da Public Health Service Task Force, USA. Enquanto os Ingleses propõem





- a associação da nevirapina (cuja eficácia é comprovada), nas situações descontroladas com riscos acrescidos, na grávida e no filho, a GESIDA associa apenas a lamivudina na mãe e no filho, reservando a nevirapina no RN apenas em situações com múltiplos factores de risco.
- Neste ponto não houve consenso na reunião de Setembro ficando a discussão em aberto conjuntamente com a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e representantes da Obstetrícia e da Infeciologia.



- Na Maternidade Júlio Dinis a taxa de transmissão vertical nos filhos de mãe VIH positivo entre 2000 e 2004 foi de 8%, precisamente devido a casos em que o protocolo não foi cumprido. Numa reunião conjunta da Neonatologia e Obstetrícia da Maternidade Júlio Dinis, da Infeciologia do Hospital Joaquim Urbano (Dr Rui Sarmento, Drª Olga Vasconcelos) e da Pediatria do Hospital Maria Pia (Drª Laura Marques), em que o assunto foi debatido, foi aprovado o protocolo que passamos a descrever.

Medidas Preventivas Gerais

- 1 - A primeira medida de prevenção de transmissão vertical (e que consta da Circular Normativa nº 2/DSMIA de 1998) é proceder ao rastreio universal das mulheres em idade fértil, como parte integrante dos cuidados pré conceptionais. Esta medida orienta ainda para o rastreio de contactos e familiares assim como para a disponibilização de informação e medidas que devem ser aconselhadas.
- 2 - Segundo a circular normativa da DGS 01/DSMIA de 4 de Fevereiro de 2004, devem ser efectuadas duas serologias durante a gravidez:

1ª serologia realizada até às 14 semanas de gestação	Repete às 32 semanas
1ª serologia realizada após as 14 semanas de gestação	Repete às 32 semanas

- Se durante a gravidez esta orientação não foi cumprida, a grávida em trabalho de parto deve fazer o teste rápido.
- Deve ser estimulada a participação do pai no aconselhamento e realização simultânea do teste.



- 3 - As grávidas seropositivas devem ser orientadas para consulta de Alto Risco Obstétrico de Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado onde a intervenção será multidisciplinar: Obstetrícia, Pediatria, Infeciologia, Assistência Social e Psicologia.



- 4 - É importante que a grávida inicie terapêutica antirretroviral (ART) incluindo ZDV o mais cedo possível (12 semanas) e que a serologia do 3º trimestre seja conhecida em tempo útil no caso de seroconversão durante a gravidez, ou seja, de forma que a grávida possa iniciar ART antes das 34 semanas.
- 5 - O parto, idealmente, deve ser por cesariana antes do início do trabalho de parto e da rotura de membranas (cesariana electiva). Nas situações de trabalho de parto iniciado e/ou rotura de membranas ou parto por outro motivo obstétrico a cesariana será a via de eleição. Excepcionalmente o parto vaginal pode ser opção sempre que seja previsível um parto não traumático e rápido.
- 6 - Deve ser dado banho ao recém-nascido, em água corrente, antes da administração da Vitamina K.
- 7 - O recém-nascido não deve fazer aleitamento materno.

Medidas específicas

A – Situação normal controlada (protocolo ZDV)

Na gravidez (Mãe)

Antirretrovirais incluindo ZDV oral desde as 12-34 semanas de gestação até final da gravidez (600mg/dia).

Intra parto (Mãe)

ZDV endovenoso. Dose inicial 2 mg/Kg em 1 hora, seguida por infusão contínua de 1 mg/Kg/hora até à laqueação do cordão umbilical (e que no caso de cesariana electiva deve fazer um total de 4 horas de ZDV).

Pós parto (Filho)

RN ≥35 semanas “saudável”- ZDV oral, 2 mg/Kg/dose 6/6 horas durante 6 semanas, com início às 8-12 horas de vida.

No prétermo ≥30 semanas e <35 semanas – ZDV oral, 2mg/Kg/dose 12/12 horas aumentando para 8/8h às 2 semanas de vida.

No prétermo <30 semanas - ZDV oral, 2mg/Kg/dose 12/12 horas aumentando para 8/8h às 4 semanas de vida.





- **No RN doente** – ZDV endovenoso, 1,5 mg/Kg/dose 6/6h no RN de termo e de 8/8h no RN prematuro.

- **B – Situações problemáticas**

- BI – Mãe em trabalho de parto e/ou com rotura de membranas ou parto por outro motivo obstétrico e
 - a) Sem terapêutica prévia ou
 - b) ART <4 semanas ou
 - c) Carga viral previsível >10.000 ou
 - d) CD4 em declínio (<200) no 2º ou 3º trimestres

Actuação intraparto

Protocolo ZDV endovenoso associado a Nevirapina oral 200mg no início do trabalho de parto.

BII - Mãe cumpridora de protocolo de ZDV mas com outros factores de risco: parto pré-termo <36 semanas, rotura de membranas >4 horas, amnionite, descolamento de placenta. Nestas situações ponderar caso a caso, sobretudo se os factores forem cumulativos. Actuação dependente dos CD4:

Actuação intraparto se CD4<250 ou desconhecido

Protocolo ZDV endovenoso associado a Nevirapina oral 200mg no início do trabalho de parto.

Actuação intraparto se CD4>250

Protocolo ZDV endovenoso associado a Lamivudina oral 150 mg na admissão.

Actuação no recém-nascido (Terapêutica tripla*)

a) Se mãe fez Nevirapina no parto:

Protocolo ZDV + Lamivudina 2 mg/Kg 12/12 horas 6 semanas +
Nevirapina 2 mg/Kg oral às 48-72 h de vida (1 dose)



b) Se mãe não fez Nevirapina no parto

Protocolo ZDV + Lamivudina 2mg/Kg 12/12 horas 6 semanas +
Nevirapina 2 mg/Kg oral, 1ª dose nas 1ª 12 horas e 2ª dose às 48-72 h de vida.

c) Se aos factores referidos em BI estão associados vários factores de BII (incluindo parto traumático) ponderar:

Manter Nevirapina 4 mg/Kg/dose toma única diária a partir do 5º - 7º dia de vida, até às quatro semanas de vida. Dar alta com os três fármacos.

C - Mãe em trabalho de parto e/ou com rotura de membranas ou parto por outro motivo obstétrico mas em qualquer outra situação que não caiba nas situações de risco referidas em B.

Actuação idêntica à de A, isto é, à da situação normal e controlada (protocolo ZDV).

D – Diagnóstico pós parto de infecção VIH materna

Terapêutica tripla ao recém-nascido

ZDV (Zidovudina)	2 mg/Kg 6/6 horas 6 semanas
3TC (Lamivudina)	2 mg/Kg 12/12 horas 6 semanas
NVP (Nevirapina)	2 mg/Kg oral, 1ª dose nas 1ª 12 horas e 2ª dose às 48-72 h de vida. E depois 4 mg/Kg/dose única diária a partir do 5º-7º dia de vida, até às quatro semanas de vida.

*** Comentário**

O fundamento da terapêutica tripla é o facto de no período periparto ocorrer com frequência uma transfusão materno fetal de 3 a 5 ml de sangue, daí adoptar-se uma atitude semelhante à da pós exposição accidental em que se utilizam três antirretrovirais.

OUTROS PROCEDIMENTOS E ESTUDO EVOLUTIVO

Nascimento – Hemograma

(1ª 48 horas) E de acordo com a infecção da mãe, isto é, VIH 1 versus 2:

PCR DNA VIH 1 ou 2 (aproximadamente 2,5 ml de sangue em tubo de hemograma com EDTA) + sangue da mãe (10 ml em EDTA).

6 semanas – Suspende a Zidovudina e outros antirretrovirais desde que PCR DNA negativa. Inicia cotrimoxazol na dose de 750 mg Sulfametaxazol/m²/dia em duas tomas diárias, em 3 dias consecutivos da semana.

O cotrimoxazol só é suspenso quando há três PCR's negativas, duas depois do 1 mês e uma a partir dos 4 meses.



dois resultados negativos de PCR DNA.

Todas as crianças submetidas a ART's *in utero* e nas primeiras semanas de vida, e que não fiquem infectadas, devem ser seguidas atentamente até à idade escolar para monitorizar efeitos a longo prazo.

