

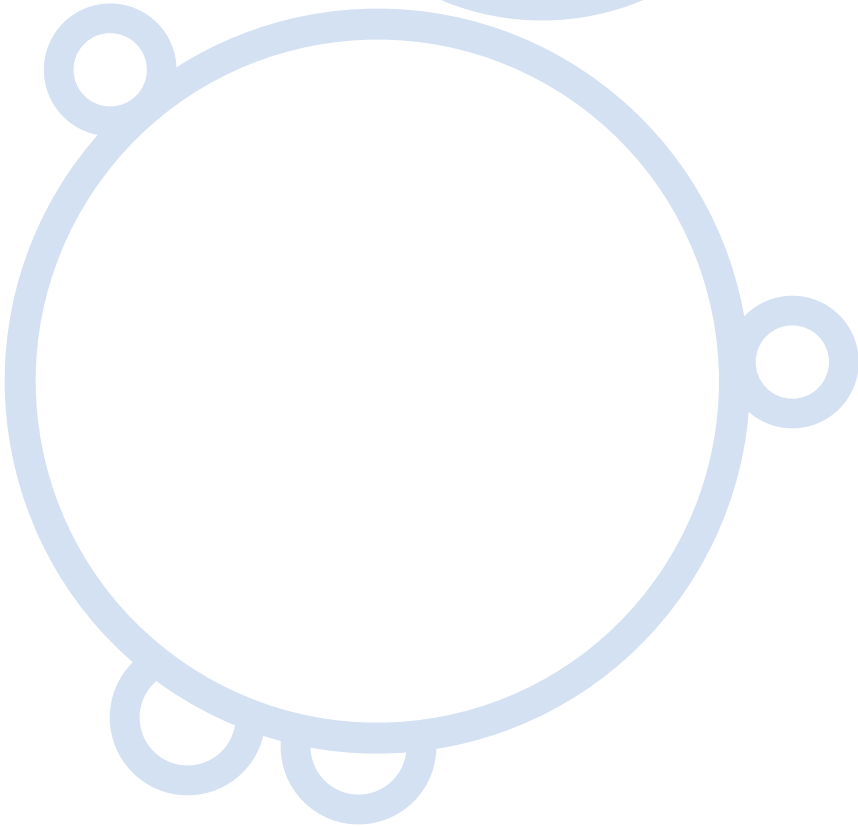
INFECÇÃO VIH NA CRIANÇA



Recomendações elaboradas pelo Grupo de Trabalho
sobre Infecção VIH na Criança:

- Prevenção da Transmissão Vertical
- Diagnóstico da Infecção VIH na criança
- Prevenção das Infecções Secundárias

INFECÇÃO VIH



Já se passaram 7 anos sob a formação do Grupo de Trabalho sobre a Infecção por VIH na Criança. Partindo da iniciativa de três Pediatras que observavam crianças infectadas e que se questionavam sobre a realidade portuguesa rapidamente englobou um ou dois Pediatras de cada hospital Nacional onde nascem crianças. Ao longo dos anos a sua composição tem variado, mas tem-se mantido um grupo coeso, amigo, empenhado na melhoria dos cuidados à criança. Efectuou até à data doze reuniões um pouco por todo o País onde se debateram temas vários relacionados com a criança infectada e com a prevenção da infecção. Nestas reuniões houve a colaboração de outros técnicos de outras áreas nomeadamente Obstetras, Clínicos Gerais, Patologistas Clínicos / Virologistas, Saúde Pública e de outras especialidades, Assistentes Sociais, Psicólogos, Professores, que com o seu saber deram um contributo decisivo no engrandecimento do debate e na tomada de algumas resoluções. Estas resoluções tem sido implementadas nos hospitais pelos elementos do Grupo e publicadas na Acta Pediátrica Portuguesa. Foi da iniciativa deste Grupo a criação da Secção de Infeciologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Esta pequena brochura reúne alguma informação que achamos útil divulgar sobre a prevenção da transmissão vertical, diagnóstico da infecção e prevenção das infecções secundárias.

Por último queria agradecer aos Laboratórios Roche todo o apoio logístico que desde inicio deram ao Grupo de Estudos sobre Infecção VIH na Criança, na divulgação das reuniões, marcação da sala e apoio bibliográfico e na publicação desta informação.

Maria da Graça Domingues Rocha

Presidente da Secção de Infeciologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria

Coimbra, 2005



Índice

INFECÇÃO VIH

Recomendações elaboradas pelo Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança:

- Prevenção da Transmissão Vertical
- Diagnóstico da Infecção VIH na criança
- Prevenção das Infecções Secundárias

Breve história do Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança.

Composição do Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança.



Recomendações para prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana

Autores: Eduarda Reis, José Gonçalo Marques e Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança

Mais de vinte anos volvidos sobre o reconhecimento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e apesar do enorme empenho científico no domínio da compreensão da doença e do conhecimento do vírus, esta infecção continua a ter efeitos devastadores a nível mundial, sem excepção.

A infecção VIH na criança no nosso País faz-se quase exclusivamente por transmissão mãe-filho, tornando possível sonhar com uma redução drástica do número de crianças infectadas nos próximos anos. De facto, o cumprimento das regras de profilaxia da transmissão vertical do vírus pode reduzir a taxa de transmissão a menos de 2%. E este foi o objectivo traçado pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA para o ano de 2006.

Os dados coligidos pelo Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança (GTIVHC), envolvendo 43 maternidades e um total de 85 135 partos, mostram em 2004 uma prevalência de grávidas infectadas de 3,6% e uma taxa de transmissão vertical de 3,6%.

Estes dados devem ser analisados em conjunto com os fornecidos pela Comissão de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis, referentes à situação conhecida em Junho de 2005. E que mostram que dos 27.013 casos notificados, 12.355 (45,7%) foram diagnosticados como portadores assintomáticos; que destes, 25,7% eram mulheres em idade fértil; e que a categoria de transmissão heterossexual se tem tornado predominante sendo responsável por 57% das infecções em 2004.

Estamos pois perante uma epidemia ainda não controlada, que afecta pro-



INFECÇÃO VIH

gressivamente mais mulheres, muitas das quais sem sintomas quando pensam em engravidar.

A mensagem primeira e essencial destas recomendações tem assim que continuar a ser a da promoção do rastreio universal das mulheres pré gravidez ou durante a gravidez. Sem o diagnóstico da infecção na mãe não pode haver profilaxia da transmissão ao filho.

Prevenção da transmissão mãe-filho

A transmissão mãe-filho ocorre em cerca de 65% dos casos periparto, mas pode também verificar-se in utero e através do aleitamento materno. Dos vários factores que a influenciam, o principal é a carga vírica materna. A taxa de transmissão global, sem terapêutica antiretroviral (TARV) é de 20 a 30%, mas atinge os 63,3% no grupo de grávidas com carga viral superior a 100.000 cópias/ml.

A redução da taxa de transmissão vertical abaixo de 2% foi obtida num estudo promovido pelo European Collaborative Study (1986-2000) com a conjugação de:

- TARV na grávida, iniciada às 14 semanas de gestação ou antes se justificação clínica, com controlo da carga vírica.
- Cesariana electiva (às 38 semanas de gestação), sobretudo se carga viral superior a 1000 cópias/ml.
- Administração de zidovudina durante o parto e ao recém-nascido (vd. Quadro I).
- Exclusão total do aleitamento materno

Em Portugal, nos últimos dois anos, não ficou infectada nenhuma criança cujas medidas preventivas tenham sido correctamente cumpridas.

Contudo, o problema mantém-se quando: o diagnóstico só é efectuado intra ou pós parto; a grávida não cumpre a terapêutica; o tempo de tratamento é curto; há falência terapêutica; ou na presença de outros factores de risco de transmissão.

Ocorrendo a transmissão vertical predominantemente no período peripar-



to, no qual pode ocorrer uma transfusão de 3 a 5 ml de sangue materno para o RN, torna-se razoável que em circunstância de maior risco de transmissão se adopte uma profilaxia semelhante à da pós-exposição acidental, utilizando dois ou três antiretrovirais.

Tanto as recomendações da British HIV Association, de Março de 2005, como do GESIDA (Grupo Espanhol para o Estudo da SIDA), contemplam já outros esquemas profiláticos, em que incluem os três fármacos melhor estudados no recém-nascido - zidovudina (AZT), a lamivudina (3TC) e a nevirapina (NVP). Também as recomendações de Fevereiro de 2005 da Public Health Service Task Force, USA, referem a possibilidade de adopção de novos esquemas de profilaxia.

Neste contexto, o GTIVHC propôs à Comissão Nacional de Luta contra a SIDA uma reunião conjunta com representantes da Obstetrícia e da Infecçologia, de forma a adaptar consensualmente as recomendações de prevenção da transmissão vertical para Portugal. Até lá, foi acordado em reunião do GTIVHC de Setembro de 2005, propor que sejam consideradas as seguintes recomendações:

A. Recém Nascido de mãe controlada e tratada durante a gravidez e parto

Zidovudina (Retrovir, 1ml = 10mg de AZT)

2mg/kg/dose 6/6h PO durante 6 semanas

Iniciar nas primeiras 6 horas de vida

Se terapêutica EV: 1,5 mg/kg 6/6h

Se RNPT <34 semanas:

1,5mg/kg 12/12h PO nas primeiras 2 semanas de vida

e depois 2mg/kg 8/8h PO até às 6 semanas de vida;

se necessário terapêutica EV: administrar 2/3 da dose oral

nota: a terapêutica da mãe intraparto deve incluir zidovudina 2mg/kg/hora na primeira hora seguida de 1 mg/kg/hora até ao parto.



INFECÇÃO VIH

Considerar terapêutica tripla

(Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina)

na presença de factores de risco:

Prematuridade (< 36 semanas)

Bolsa rota > 4h; infecção genital materna

Parto traumático; descolamento de placenta; monitorização interna;

Aleitamento materno

B. Recém-nascido com diagnóstico de seropositividade da mãe após o parto

Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina

C. Recém-nascido de Mãe que não fez tratamento durante a gravidez mas fez durante o parto (Espanha)

Zidovudina + Lamivudina

Associar nevirapina na presença de factores de risco (vd. A) ou se foi administrada nevirapina à mãe durante o parto

D. Recém-nascido de mãe com menos de 4 semanas de TARV ou carga viral previsivelmente superior a 10.000 cópias/ml ou com contagem de CD4 em declínio no 2º e 3º trimestres (Reino Unido)

Zidovudina + Lamivudina + Nevirapina

A posologia dos fármacos neste contexto não é consensual, mas ainda não existem resultados comparativos das duas opções.

Os ingleses optam pelo seguinte esquema:

Zidovudina 4 mg/kg 12/12h 4 semanas

Lamivudina 2mg/Kg 12/12h 4 semanas

Nevirapina 4 mg/kg/d 2 semanas

Nota: Lamivudina – Eпивir® 1ml = 10 mg; RNPT doses iguais ao RNT; sem formulação EV

Nevirapina - Viramune® 1ml = 10 mg; RNPT doses iguais ao RNT; sem formulação EV



na criança

Os espanhóis optam por 6 semanas de tratamento tanto com zidovudina (2mg/kg 6/6h) como com lamivudina (2 mg/kg 12/12h)).

Quanto à nevirapina optam por:

2mg/Kg PO 1ª dose nas primeiras 12h de vida e 2ª dose às 48-72h na presença de vários factores de risco consideram manter a nevirapina, 4mg/Kg/dia, a partir do 5º-7º dia e durante 4 semanas

Realçamos a necessidade de assegurar:

- O rastreio universal da infecção VIH na grávida
- A existência, em todas as Maternidades, de teste rápido de diagnóstico e dos fármacos utilizados em quimioprofilaxia
- O aleitamento artificial do RN
- A TARV no RN, se necessário sob observação directa

Correspondência:

Eduarda Reis - Hospital de S. Francisco Xavier

José Gonçalo Marques – Hospital de Santa Maria



INFECÇÃO VIH



Diagnóstico da infecção VIH na criança

Autores: Graça Rocha e Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança

A maioria das crianças infecta-se pelo VIH por transmissão vertical. O diagnóstico da infecção na criança começa com a identificação da infecção na mãe (antes da gravidez ou na gravidez). A serologia VIH deve ser efectuada em todas as grávidas.

O conhecimento da infecção na mãe permite:

1. À mulher infectada receber terapêutica antiretroviral apropriada e profilaxia contra infecções oportunistas
2. Quimioprofilaxia com AZT durante a gravidez e trabalho de parto
3. Impedir o aleitamento materno
4. Início da profilaxia para o P. jiroveci nas crianças expostas
5. Diagnóstico precoce na criança para início de terapêutica antiretroviral

Diagnóstico da Infecção na criança

A detecção de VIH pode fazer-se por cultura ou por PCR-DNA. Estes dois testes tem sensibilidades semelhantes. A PCR - DNA por necessitar de menor quantidade de sangue e dar resultados mais rápidos que a cultura deve ser o método escolhido se estiver disponível*. O diagnóstico provável de infecção por VIH na criança é feito por um destes testes positivo. Deve ser confirmado numa 2ª colheita logo de imediato.

O 1º teste de diagnóstico (PCR-DNA VIH ou a cultura) deve ser efectuada nas 1ºas 48 h de vida. Se este teste é positivo considera-se que houve uma infecção in utero. Para evitar falsos negativos devido à variabilidade genómica do VIH deve sempre ser enviada uma amostra de sangue materno para confirmar que os “primers” usados detectam o vírus materno. As crianças com este teste inicial negativo devem ser de novo testa-



INFECÇÃO VIH

das entre o 1-2º mês. Embora a terapêutica anti-retrovírica profilática teoricamente não vá afectar os valores preditivos dos testes, tal não está provado se foi administrada terapêutica de alta eficácia à mãe e/ou ao recém-nascido, pelo que, se o teste é negativo deve ser repetido entre o 4 - 6º mês. Se são negativos realizar serologia VIH por ELISA aos 9 e aos 12 meses. Se a criança tiver ainda anticorpos este teste deve ser repetido entre os 15 - 18 meses. O desaparecimento dos anticorpos para o VIH numa criança com testes virológicos anteriores negativos confirma que a criança não está infectada.

Duas serologia positiva para o VIH se a criança tem mais de 18 meses confirma que a criança está infectada (serologia ELISA confirmada por Western Blot).

** A detecção no plasma de RNA do VIH poderá constituir também um método útil no diagnóstico da infecção pelo VIH na criança, mas não deve ser o único método utilizado (teste ainda não aprovado para diagnóstico).*

A infecção VIH pode ser razoavelmente excluída se:

- a) Dois ou mais testes virológicos negativos se:
 - 1 com idade ≥ 1 mês e 1 idade ≥ 4 meses
- b) Duas ou mais serologias VIH negativas se idade ≥ 6 meses, com pelo menos um mês de intervalo, em criança sem evidência clínica de infecção.

Estes critérios são válidos se não houver aleitamento materno.

A infecção VIH pode ser definitivamente excluída se:

Aos 18 meses serologia VIH negativa, na ausência de hipogamaglobulinémia, numa criança sem sinais clínicos e testes virológicos negativos
ou

Com idade igual ou superior a 18 meses, a serologia VIH é negativa, na ausência de hipogamaglobulinémia, numa criança sem sinais clínicos.



na criança

Bibliografia:

Diagnosis of HIV infection in children. K Nielsen, J Bryson. in HIV/AIDS in Infants, Children, and Adolescents. Ped Clin North Am. 2000, 47:39-63

Testing infants for human immunodeficiency virus infection. Pugatch D. Pediatr Infect Dis J. 2002, 21(7):711-712

False negative DNA polymerase chain reaction in an infant with subtype C human immunodeficiency virus1 infection. Kline NE, Scharzwald H, Kline MW. Pediatr Infect Dis J. 2002, 21(9):885-6

Polymerase chain reaction diagnosis of human immunodeficiency virus infection. Hermione Lyall EG, Taylor GP, Clarke J, Mclure MO. Pediatr Infect Dis J. 2003 22(3):295

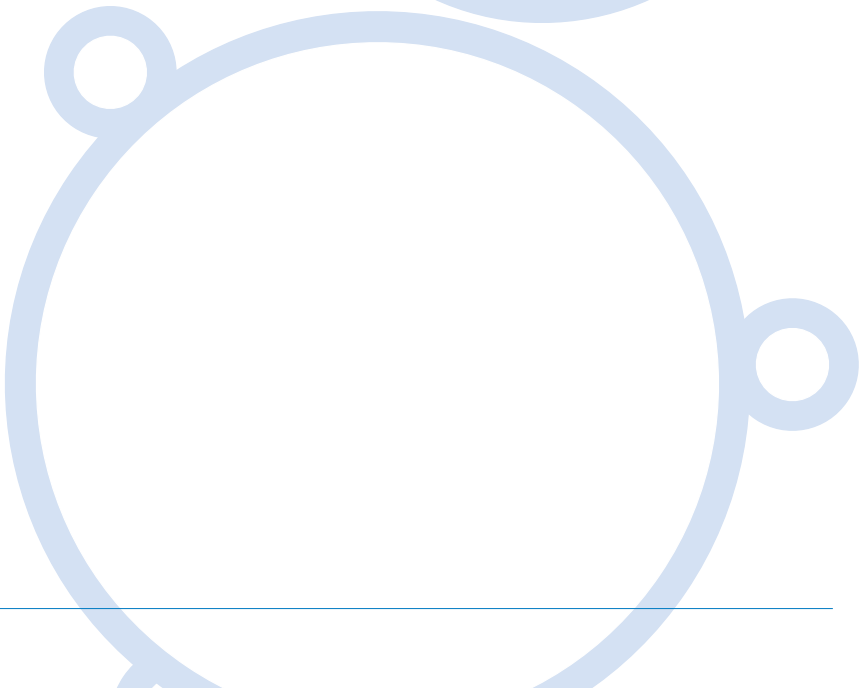
Correspondência:

Graça Rocha - Consulta de Doenças Infecciosas - Hospital Pediátrico de Coimbra.

grocha@hpc.chc.min-saude.pt



INFECÇÃO VIH



Profilaxia das infecções secundárias nas crianças infectadas pelo VIH

Autores: Laura Marques e Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) provoca uma imunodeficiência progressiva, com depleção severa dos linfócitos T CD4+ e disfunção imunológica, colocando os indivíduos infectados em risco de infecções graves e oportunistas (IO).

Desde o reconhecimento desta doença nos anos 80, verificaram-se importantes progressos na melhoria da qualidade de vida e na sobrevivência das pessoas infectadas, adultos e crianças, nos países industrializados (1). Na primeira década da epidemia esses progressos verificaram-se devido a uma melhoria no diagnóstico e no tratamento das infecções oportunistas e das suas complicações e na introdução de quimioprofilaxia contra determinados agentes oportunistas. Na segunda década da epidemia os avanços mais significativos verificaram-se na terapêutica da infecção com o desenvolvimento de tratamentos antiretrovíricos de elevada eficácia (HAART) bem como da continuação dos progressos no tratamento e profilaxia das IO(1).

Na criança, a instituição sistemática da profilaxia da Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (previamente denominado *Pneumocystis carinii* – PPC) a todos os lactentes expostos, filhos de mães infectadas, a partir das 6 semanas de idade, reduziu a incidência desta patologia que era a doença definidora de SIDA mais frequente neste grupo etário (2,3).

A instituição de tratamentos antiretrovíricos de elevada eficácia (HAART) é actualmente considerada a estratégia mais eficaz para a prevenção das IO. A profilaxia das IO continua a oferecer benefícios mesmo em doentes



INFECÇÃO VIH

submetidos a este tipo de tratamento(1). A terapêutica HAART, ao possibilitar a reconstituição imunológica, veio também possibilitar a suspensão de profilaxias primárias e secundárias, previamente consideradas definitivas. A segurança da suspensão dessas profilaxias foi reconhecida nos doentes adultos desde 1999 (4, 5, 6, 7). Nas crianças os dados disponíveis actualmente são muito escassos. Os resultados do PACTG 1008, recentemente publicados, sugerem que a profilaxia das IO pode ser suspensa com segurança nas crianças infectadas pelo VIH em quem se verificou recuperação mantida dos linfócitos CD4+ sob tratamento antiretrovírico estável (8).

O Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança, constituído em 1998, publicou Recomendações para a Prevenção das Infecções Secundárias na Criança infectada pelo VIH em 2000 (9), que são agora actualizadas.

Prevenção das Infecções Secundárias nas crianças infectadas pelo VIH

A prevenção das Infecções Secundárias nas crianças infectadas pelo VIH efectua-se através de:

I - Vacinas

II - Imunoglobulinas

III - Terapêutica profiláctica contra determinadas infecções específicas

IV - Educação dos doentes, das suas famílias e dos prestadores de cuidados.

I. Vacinas

A. Crianças expostas ao VIH (filhos de mulheres seropositivas para o VIH):

1 - Todas as vacinas inactivadas do actual Plano Nacional de Vacinação (PNV) devem ser administrados às crianças expostas ao vírus (filhos de mulheres seropositivas para o VIH)

1.1 - A vacina contra a hepatite B deve ser iniciada o mais precoce-



mente possível (nas primeiras 12 horas de vida se a mãe é AgHBs+ ou se a situação materna é desconhecida) e completada de acordo com o PNV; dois meses após a 3ª dose recomenda-se a titulação de anticorpos anti-HBs e a administração de uma 4ª dose se título < 10 mUI/ml.

1.2 - A vacina anti-meningocócica tipo C conjugada deve ser administrada segundo o calendário proposto pelo PNV (3, 5 e 15 meses).

2 - A vacina anti-pneumocócica conjugada heptavalente deve ser administrada aos 2, 4, 6 meses e um reforço depois dos 12 meses.

3 - A vacina anti-poliomielite oral, viva, deve ser sempre substituída pela vacina inativada por via parentérica com o mesmo calendário de administração (2, 4, 6 meses e 5-6 anos). O novo PNV já inclui a vacina inativada para uso generalizado.

4 - A vacinação com o BCG não deverá ser administrada às crianças infectadas, dado o risco de infecção disseminada por BCG em estadios de imunodepressão grave, pelo que se recomenda que a administração do BCG seja adiada a todas as crianças expostas ao VIH até que a infecção seja considerada pouco provável. Dois resultados negativos em PCR (DNA) ou cultura vírica realizadas um com mais de um mês e outro com mais de quatro meses permitem presumir a não existência de infecção. Os lactentes deverão efectuar prova de Mantoux antes da administração do BCG.

B. Crianças infectadas pelo VIH

Além das recomendações anteriores devem aplicar-se também as seguintes:

1 - A vacina anti-pneumocócica polissacárida 23-valente deve ser administrada a partir dos 24 meses, com revacinação 3 a 5 anos depois.

2 - A VASPR deve ser administrada de preferência aos 12 meses. Deve ser ponderada a administração de uma segunda dose 1 mês após a primeira, nomeadamente em contexto epidemiológico de surto ou epidemia. Não deve ser administrada às crianças com imunodepressão grave (CD4



INFECÇÃO VIH

< 15%) declínio rápido do nº ou % dos linfócitos CD4+ e nas crianças da categoria C.

3 - A vacina anti-varicela pode ser considerada apenas nas crianças da categoria N1. A primeira dose pode ser administrada a partir dos 12 meses e devem receber uma segunda dose 3 meses depois da primeira.

4 - A vacina anti-gripal deve ser administrada anualmente, no princípio do Outono, às crianças com mais de 6 meses de idade e a todos os seus contactos, incluindo os progenitores seropositivos e a equipa de saúde. às crianças entre os 6 meses e os 9 anos que recebam a vacina antigripal pela primeira vez deve ser efectuada uma segunda dose 1 mês após a primeira. Nos anos seguintes é suficiente uma dose única. Até aos 3 anos a dose a administrar é metade da dose do adulto.

5 - A vacina anti-hepatite A deve ser administrada às crianças infectadas pelos vírus da Hepatite B ou C a partir dos 2 anos de idade ou durante o 2º ano de vida se viajarem para zonas endémicas.

6 - Nas crianças vacinadas em fase de imunodepressão grave poderá ser ponderada a administração de reforços vacinais após se ter conseguido uma reconstituição imunológica.

II. Imunoglobulinas

1 - A administração de Imunoglobulina (IgG) polivalente por via endovenosa está indicada na dose de 400 mg/kg com uma periodicidade de 4 semanas nas seguintes situações:

- Hipogamaglobulinemia (IgG < 400 mg/dl)
- Ausência de resposta humoral a antigénios comuns (vacinas, p. ex.)
- Infecções bacterianas graves e recorrentes (≥ 2 episódios/ano, doentes categoria C)
- Crianças vivendo em área endémica de sarampo e sem resposta a 2 doses da vacina

2 - A administração de IgG pós-exposição deve ser administrada nas seguintes situações:



- Hepatite B: todos os recém-nascidos filhos de mulheres AgHBs+ e todos os prematuros filhos de mulheres cuja situação é desconhecida devem receber 0,5 ml IgG específica anti-HB até às 12 h de vida.

Tétano: excepto em situações de feridas pequenas e limpas todas as crianças infectadas pelo VIH devem receber IgG específica, independentemente do seu estado de vacinação

Varicela: todas as crianças susceptíveis devem receber IgG específica anti-VZ até às 96 horas após o contacto (desnecessário se recebeu IgVZ há menos de 3 semanas). Se impossibilidade de obter IgG específica deverá efectuar IgG inespecífica. Em caso de impossibilidade de administrar IgG considerar Aciclovir oral, a iniciar entre o 7º e 11º dia após contacto.

Sarampo: imunoglobulina inespecífica até ao 6º dia pós contacto mesmo nas crianças vacinadas

III. Terapêutica profilática contra determinadas infecções específicas

1 - *Pneumocystis jiroveci*

Prevenção primária: A todas as crianças filhas de mulheres seropositivas para o VIH deve ser administrado Cotrimoxazol na dose de 150 mg Trimetopim/750 mg Sulfametoxazol/m²/dia, em 2 doses, 3 vezes por semana em dias consecutivos ou alternados, desde as 6 semanas e até ser excluída a infecção.

Nas crianças infectadas deve ser administrado a todos até aos 12 meses de idade. Entre 1 – 5 anos: se CD4 < 500/mm³ ou < 15%. Acima dos 6 anos se CD4 < 200/mm³ ou < 15%

Prevenção secundária: Todas as crianças infectadas que tenham tido PPC devem efectuar Cotrimoxazol profilático na mesma dose acima indicada de longa duração por um período mínimo de 6 meses.

Suspensão da profilaxia primária: A profilaxia pode ser suspensa acima dos 2 anos de idade se a criança estiver a receber HAART de forma está-



INFECÇÃO VIH

vel há pelo menos 6 meses e o valor de CD4 tiver recuperado para níveis $\geq 25\%$ entre os 2 e os 6 anos de idade ou $\geq 20\%$ acima dos 6 anos (8).

Suspensão da profilaxia secundária: Não está estabelecida a segurança da suspensão da profilaxia secundária na criança.

2 - *Mycobacterium tuberculosis*

Prevenção da infecção:

Directa: afastamento da fonte de contágio.

Indirecta: quimioprofilaxia pós-exposição:

Antes de iniciar a quimioprofilaxia é importante conhecer a sensibilidade do *M. tuberculosis* do contacto infectado. Deve realizar-se uma prova de Mantoux à criança e uma avaliação clínica, analítica e uma radiografia de tórax.

Se a prova de Mantoux é negativa e a avaliação normal efectua-se profilaxia com Isoniazida 5-10 mg/kg/dia (se não existir resistência à INH) durante 3 meses. No final desse período se a criança continua clinicamente bem e a prova de Mantoux continua negativa, a profilaxia é suspensa e a criança fica em vigilância.

Se a prova de Mantoux for positiva (> 5 mm) ou surgirem sintomas ou sinais de doença deve efectuar colheitas para pesquisa de *M. tuberculosis* com antibiograma e iniciar terapêutica quadrupla.

3 - *Mycobacterium avium* (MAC)

Prevenção primária:

Indicações: As crianças infectadas devem efectuar profilaxia de MAC segundo os valores de CD4 abaixo indicados:

< 1 ano - $CD4 < 750/mm^3$

1-2 anos - $CD4 < 500/mm^3$

2 a 6 anos - $CD4 < 75/mm^3$

\geq a 6 anos - $CD4 < 50/mm^3$

Esquema recomendado: Azitromicina – 20 mg/kg (max. 1200 mg), po



1 x/semana ou Claritromicina 7,5 mg/kg (max. 500 mg) po 2x/dia

Prevenção secundária:

Indicação: Nas crianças com doença prévia deve ser efectuada profilaxia com pelo menos 2 fármacos.

Esquema recomendado: Claritromicina (7,5 mg/kg/toma, max. 500 mg), 2x/dia) + Etambutol (15 mg/kg/dia; max. 900 mg). Pode associar-se ainda a Rifabutina.

Suspensão da profilaxia primária: Nos adolescentes parece ser seguro suspender a profilaxia primária se em resposta à terapêutica HAART se verificar um aumento sustentado dos linfócitos CD4+ (superior a 3 meses) acima dos 100/mm³.

Nas crianças existem apenas os resultados do estudo já citado (PACTG P1008) que sugere ser segura a suspensão da profilaxia de MAC nas crianças acima dos 2 anos de idade que estão a receber terapêutica anti-retrovírica estável com reconstituição imunológica.

Suspensão da profilaxia secundária: Parece também ser possível suspender a profilaxia secundária nos adolescentes que completaram tratamento para MAC durante pelo menos 12 meses, se mantêm assintomáticos e em resposta à terapêutica HAART se verificou um aumento sustentado dos linfócitos CD4+ (superior a 6 meses) acima dos 100/mm³. Alguns autores recomendam a obtenção de uma hemocultura para MAC antes da suspensão para documentar que a doença não está em actividade.

4 - *Infecções bacterianas graves*

Prevenção primária: Vacinação de acordo com o ponto I, nomeadamente contra o *Hemophilus influenzae* e o *Pneumococo*.

Imunoglobulina endovenosa de acordo com os critérios do ponto II.

A profilaxia com Cotrimoxazol diário para PPC e a profilaxia da MAC com Azitromicina ou Claritromicina também previnem algumas infecções bacterianas. A instituição de profilaxia antibiótica exclusivamente para prevenir infecções bacterianas severas pode ser considerada mas deve ter em

INFECÇÃO VIH

conta o risco de toxicidade dos fármacos e a possibilidade de seleccionar estirpes resistentes.

Nos doentes com neutropenia o risco de infecções bacterianas graves aumenta pelo que deve ser ponderado retirar o fármaco responsável (na neutropenia secundária à terapêutica ARV) ou utilizar factor estimulante das colónias de granulócitos (G-CSF).

Prevenção secundária: Às crianças que tiveram 2 ou mais episódios de infecção bacteriana grave no período de um ano poderá ser administrado Cotrimoxazol diário.

Nas crianças que mantenham infecções bacterianas recorrentes graves apesar da profilaxia antibiótica pode ser ponderada a administração de Imunoglobulina endovenosa (400 mg/kg de 4/4 semanas) independentemente do valor da IgG sérica.

As crianças com gastroenterite aguda por *Salmonella* devem receber tratamento antibiótico se tiverem idade < 3 meses ou imunodepressão grave para evitar a disseminação extra-intestinal da bactéria.

As crianças que tiverem sepsis por *Salmonella* devem receber terapêutica de manutenção de longo curso.

Os conviventes das crianças com infecção por *Salmonella* devem ser avaliados para detecção de portadores.

5 - *Bartonella henselae*

Prevenção da exposição: As crianças com imunodepressão grave estão em maior risco de sofrer uma doença grave por *Bartonella*. Os riscos de possuírem gatos de estimação devem ser discutido com elas e com os seus familiares. Devem ser evitados animais com menos de um ano, bem como brincadeiras agressivas com maior risco de arranhadela. Qualquer arranhadela deve ser lavada abundantemente e desinfectada e não deve ser permitido que os gatos lambam essas feridas. Os gatos devem ser controlados pelo veterinário e efectuado tratamento regular para evitar pulgas.



Prevenção primária: Não está indicada

Prevenção secundária: Por vezes pode surgir recaída ou reinfeção por Bartonella após a suspensão do tratamento. Pode ser considerada a administração de eritromicina de longo curso embora não existam dados científicos suficientes para fundamentar essa recomendação.

6 - *Toxoplasma gondii*

Prevenção da exposição: Todas as crianças infectadas pelo VIH devem ser testadas para anticorpos IgG anti-toxoplasma após o diagnóstico para identificar as que têm infecção latente.

Todos devem ser aconselhados a não comer carne crua ou mal passada. As crianças infectadas devem lavar as mãos após contacto com terra ou carne crua e devem lavar cuidadosamente a fruta e os vegetais crus. Se existir um gato em casa deve efectuar-se uma limpeza diária, de preferência por alguém não infectado e não grávida. Os doentes devem ser encorajados a manter os seus gatos dentro de casa e a não contactar com gatos vadios. Os gatos devem ser alimentados com comida seca ou enlatada.

Prevenção primária: As crianças infectadas com IgG positiva para o toxoplasma e imunodepressão grave devem receber Cotrimoxazol na dose de 750 mg Sulfametoxazol + 150 mg Trimetopim/m²/dia, dividido em 2 tomas, diariamente. Este regime também previne a infecção por PPC.

Prevenção secundária: As crianças que tiveram encefalite por toxoplasma devem iniciar profilaxia secundária após o final do tratamento com Pirimetamina (1 mg/kg/dia ou 15 mg/m²/dia, max.25 mg) + Sulfadiazina (80-120 mg/kg/dia, em 2 tomas) + Ác. fólnico (5 mg de 3 em 3 dias).

Suspensão da profilaxia: Nos adolescentes que se mantenham assintomáticos e que apresentem uma subida sustentada dos linfócitos T CD4+ > 200/mm³ após pelo menos 6 meses de terapêutica HAART parece poder ser suspensa com segurança a profilaxia quer primária, quer secundária. Não existem dados suficientes sobre a segurança da suspensão da profilaxia da toxoplasmose nas crianças.

INFECÇÃO VIH

7 - *Candidíase*

Prevenção primária: Não está indicada

Prevenção secundária: Nas crianças com candidíase mucocutânea grave recorrente, incluindo candidíase esofágica, deve ser administrado fluconazol 3 a 6 mg/kg/dia po ou itraconazol. 2 a 5 mg/kg q 12/24h po

8 - *Cryptococcus neoformans*

Prevenção primária: Não está indicada

Prevenção secundária: Nas crianças com doença prévia deve ser administrado Fluconazol 3 a 6 mg/kg/dia po.

Suspensão da profilaxia: Nos adolescentes que efectuaram um tratamento bem sucedido, continuam assintomáticos e têm um aumento sustentado dos linfócitos T CD4+ (> 6 meses) para valores superiores a 100-200/mm³ a profilaxia secundária pode ser suspensa. Deverá ser reiniciada se o valor dos CD4 diminuir abaixo desses valores.

Nas crianças não existem dados suficientes para estabelecer a segurança da suspensão da profilaxia.

9 - *Histoplasma capsulatum*

Prevenção primária: Geralmente não indicada.

Pode administrar-se Itraconazol 2 a 5 mg/kg q 12/24h po aos doentes com CD4 < 100 /mm³ que residam em zonas hiperendémicas (> 10 casos/100 doentes/ano)

Prevenção secundária:

Indicação: Doença documentada

Esquema recomendado: Itraconazol 2 a 5 mg/kg cada 12-24 h para toda a vida

10 - *Coccidioides immitis*

Prevenção primária: Não recomendada

Prevenção secundária: Embora não existam dados suficientes nas



crianças parece razoável administrar profilaxia secundária definitiva após episódio agudo de doença

Esquema recomendado: Fluconazol 6 mg/kg/dia. ou Itraconazol 2 a 5 mg/kg q 12/24h po

11 - *Cryptosporidium*

Prevenção da exposição: As crianças infectadas devem evitar o contacto com fezes humanas ou animais. Deve também evitar-se a ingestão de água potencialmente contaminada, como água de lagos ou rios, nomeadamente durante actividades recreativas. Não devem ser comidas ostras cruas porque os oocistos do *Cryptosporidium* podem sobreviver mais de 2 meses em ostras.

Prevenção primária: Não indicada

Prevenção secundária: Embora não existam dados suficientes nas crianças parece razoável administrar profilaxia secundária definitiva após episódio agudo de doença

Esquema recomendado: Fluconazol 6 mg/kg/dia.

12 - *Cytomegalovirus*

Prevenção da exposição: Boas práticas de higiene dos pais e prestadores de cuidados, nomeadamente no que diz respeito à lavagem das mãos. Informar os pais ou tutores das crianças infectadas do maior risco de adquirir infecção por CMV nas creches e infantários. Sempre que necessário administrar transfusão de sangue ou hemoderivados utilizar produtos CMV negativos ou desleucocitados.

Prevenção primária: Identificar os casos de infecção congénita. Alguns especialistas recomendam a realização de uma cultura de urina para CMV a todos os recém-nascidos expostos mas o grau de evidência em que se baseia esta recomendação é baixo.

A partir do ano de idade efectuar serologias anuais para CMV para detecção de seroconversão.

INFECÇÃO VIH

As crianças seropositivas para o CMV e com imunodepressão grave deverão efectuar exame oftalmológico para pesquisa de retinite de 6 em 6 meses. Se $CD4+ < 50/mm^3$ administrar ganciclovir oral 30 mg/kg po em 3 tomas. O Valaciclovir não está recomendado dado se ter verificado uma tendência inexplicada para um aumento da mortalidade nos doentes com SIDA que estavam a fazer valaciclovir para profilaxia de CMV.

Prevenção secundária:

Indicação: doença de órgão

Esquema recomendado: Ganciclovir 5 mg/kg/dia ev ou foscarnet 90-120 mg/kg/dia ev

Suspensão da profilaxia

Na criança não existem dados sobre a segurança da suspensão da profilaxia.

13 - *Herpes Simplex*

Prevenção da exposição: Evitar contacto com lesões herpéticas

Prevenção primária: Não indicada

Prevenção secundária: Geralmente não recomendada.

Se recorrências frequentes ou graves administrar aciclovir 80 mg/kg/dia em 3-4 tomas po (máximo de 800 mg/toma)

14 - *Varicella-Zoster*

Prevenção da exposição: Evitar contacto

Prevenção primária: Vacinação de acordo com ponto I-B3

Administrar IgG específica anti VZ ou aciclovir de acordo com ponto II-2

Prevenção secundária: Nenhum fármaco se mostrou eficaz na prevenção da recorrência de Zoster em pessoas infectadas pelo VIH

15 - *Vírus Hepatite C*

Todos os filhos de mãe infectada pelo VHC devem ser testados: até aos 2 anos de idade por PCR, dado que os anticorpos maternos são transmi-



tidos e podem persistir em circulação. Após os 2 anos efectuar serologia.

As crianças co-infectadas pelo VHC devem ser vacinadas contra a hepatite A e B segundo ponto I-B.

IV. Educação dos doentes, das suas famílias e dos prestadores de cuidados.

A educação dos doentes, das suas famílias e dos prestadores de cuidados é fundamental para assegurar bons cuidados de higiene e a evicção de exposição das crianças infectadas a determinados agentes infecciosos.

É fundamental assegurar:

- Lavagem correcta das mãos (não esquecer que as crianças devem ter a supervisão de um adulto)

- Adequada higiene oral (novamente com supervisão)

- Evitar exposição a solos potencialmente contaminados com fungos.

- Aconselhamento na escolha de actividades recreativas – a natação, por exemplo, acarreta risco de ingestão de água contaminada, nomeadamente por *Cryptosporidium*.

- Informação sobre os riscos associados a animais de estimação:

- *gatos: Bartonella, Toxoplasma, *Cryptosporidium*. Evitar ter animais com < 6 meses ou adoptar gatos vadios.

- *cães: *Cryptosporidium*

- *tartarugas: Salmonella

- *aquários: *Mycobacterium marinum*

- *evitar primatas

Evitar consumo de carne mal passada e alimentos crus (ovos, mariscos, ostras - *Cryptosporidium*, produtos lácteos ou sumos não pasteurizados, queijos de pasta mole e patés - *Listeria*).

Aquecer sempre até à ebulição alimentos já cozinhados (atenção aos micro-ondas)

INFECÇÃO VIH

Bibliografia:

- 1 - Centers for disease Control and Prevention. Guidelines for preventing opportunistic infections among HIV-infected persons:2002 recommendations of the US Public Health Service and the Infectious Diseases Society of America. MMWR Recomm Rep. 2002;51(RR-8):1-52.
- 2 - Centers for disease Control and Prevention. 1995 revised guidelines for prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia for children infected with or perinatally exposed to HIV. MMWR Recomm Rep 1995;44(RR-4):1-111.
- 3 - Rigaud M, Pollack H, Leibovitz E, et al: Efficacy of primary chemoprophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia during the first year of life in infants infected with HIV type I. J Pediatr 1994;125:476-480.
- 4 - Furrer H, Egger M, Opravil M, Bernasconi E, Hirschel B, Battegay M, Telenti A, Vernaza P, Rickenbach M, Flepp M, Malinverni R: Discontinuation of Primary Prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia in HIV1 infected adults treated with combination antiretroviral therapy. NEJM 1999, 340:1301-6.
- 5 - El-Sadr W, Burman W, Grant L B, Matts J, Hafner R, Crane L, Zeh D, Gallagher B, Mannheimer S, Martinez A, Gordin F: Discontinuation of prophylaxis against *Mycobacterium avium* complex disease in HIV-infected patients who have a response to antiretroviral therapy. NEJM 2000;342:1085-92.
- 6 - Quiros JC, Miro JM, Pena JM, Podzameczek D, Alberdi J, Martinez E, Cosin J, Claramonte X, Gonzalez J, Domingo P, Casado JL, Ribera E: A randomized trial of the discontinuation of Primary and Secondary Prophylaxis against *Pneumocystis carinii* pneumonia after Highly Active Antiretroviral Therapy in patients with HIV infection. NEJM 2001;344:159-167.
- 7 - Ledergerber B, Mocroft A, Reiss P, Furrer H, Kirk O, Bickel M, Uberti-Foppa C, Pradier C, Monforte A, Schneider M, Lundgren J: Discontinuation of Secondary Prophylaxis against *Pneumocystis carinii*

pneumonia in patients with HIV infection who have a response to Antiretroviral therapy. NEJM 2001;344:168-174.

8 – Nachman S, Gona P, Dankner W, Weinberg A, Yogev R, Gershon A, Rathore M, Read J, Huang S, Elgie C, Hudgens K, Hughes W: The rate of serious bacterial infections among HIV-infected children with immune reconstitution who have discontinued opportunistic infections prophylaxis. Pediatrics 2005;115(4):e488-e494.

9 – Prevenção das Infecção Secundárias na Criança infectada pelo VIH - Recomendações do Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança. Acta Pediatr Port 2000;31(1):61-3

Tabelas:

Tabela 1 - Classificação imunológica

Categoria imunológica	< 12 meses	1 - 5 anos	6 - 12 anos
1: Sem imunodepressão	$\geq 1500/\text{mm}^3$	$\geq 1000/\text{mm}^3$	$\geq 500/\text{mm}^3$
2: Imunodepressão moderada	($\geq 25\%$) 750-1499/ mm^3 (15-24%)	($\geq 25\%$) 500-999/ mm^3 (15-24%)	($\geq 25\%$) 200-499 (15-24%)
3: Imunodepressão grave	$< 750/\text{mm}^3$ ($< 15\%$)	$< 500/\text{mm}^3$ ($< 15\%$)	$< 200/\text{mm}^3$ ($< 15\%$)

Tabela 2 - Categorias clínicas

Categoria N: Assintomático

Crianças assintomáticas ou com apenas uma das situações listadas na categoria A

Categoria A: Ligeiramente sintomático

Crianças com 2 ou mais sinais ou sintomas listados e sem nenhum da categoria B ou C

- Linfadenopatia
- Hepatomegalia

INFECÇÃO VIH

- Esplenomegalia
- Dermatite
- Parotidite
- IVAS, sinusite ou otite média recorrentes ou persistentes

Categoria B: Moderadamente sintomático

Crianças sintomáticas não A nem C

- Anemia (< 8 g/dl), neutropenia ($< 1000/\text{mm}^3$) ou trombocitopenia ($< 100\ 000/\text{mm}^3$) persistindo mais de 30 dias
- Meningite bacteriana, pneumonia ou sepsis (episódio único)
- Candidíase orofaríngea persistindo mais de 2 meses em crianças com mais de 6 meses
- Cardiomiopatia
- Infecção por CMV com início antes da idade de 1 mês
- Diarreia recorrente ou crónica
- Hepatite
- Estomatite por Herpes Simplex (HSV) recorrente (mais de 2 episódios num ano)
- Bronquite, pneumonite ou esdofagite por HSV antes do mês de idade
- Herpes Zoster envolvendo pelo menos 2 episódios ou mais de um dermatomo
- Leiomiiosarcoma
- Pneumonio Intersticial linfoide (LIP)
- Nefropatia
- Nocardiose
- Febre com duração > 1 mês
- Varicela disseminada

Categoria C: Gravemente sintomático

Crianças com doenças definidoras de SIDA excepto LIP que é categoria B:

- Infecções bacterianas graves múltiplas ou recorrentes (qualquer associação de pelo menos 2 episódios confirmados com cultura num período de 2 anos) dos seguintes tipos: sepsis, meningite, pneumonia, infec-



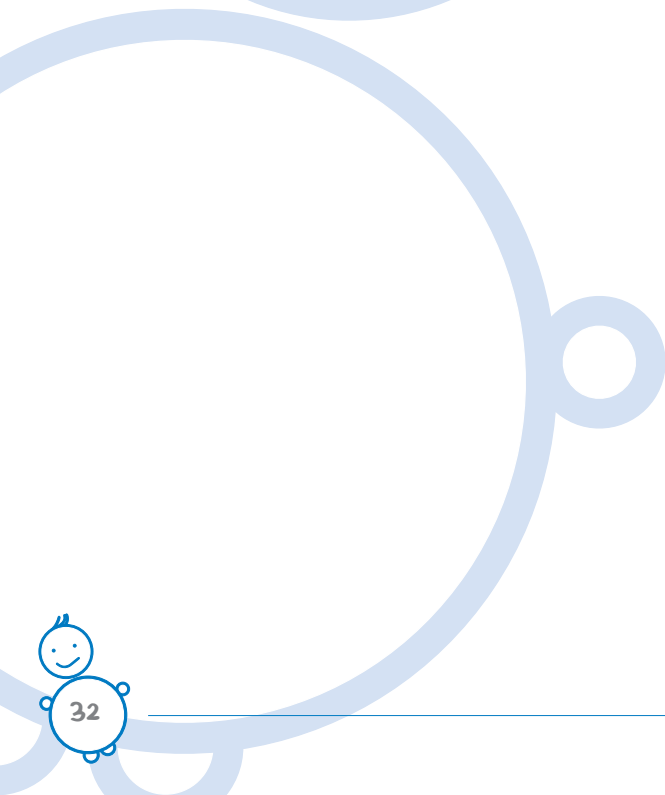
na criança

- ções ósseas ou articulares ou abscesso de órgão interno ou cavidade (excluindo otite média, abscessos cutâneos ou mucosos superficiais e infecções relacionadas com cateteres)
- Candidíase esofágica ou pulmonar (brônquios, traqueia, pulmões)
 - Coccidioidomicose disseminada
 - Criptococose extrapulmonar
 - Criptosporidiose ou isosporidiose com diarreia persistente > 1 mês
 - Doença por Citomegalovirus com início > 1 mês (excepto fígado, baço ou gânglios linfáticos)
 - Encefalopatia
 - Infecção por Herpes Simplex causando úlcera mucocutânea persistindo > 1 mês ou bronquite, pneumonite ou esofagite > 1 mês de idade.
 - Histoplasmoze disseminada
 - Sarcoma de Kaposi
 - Linfoma cerebral primário
 - Linfoma
 - Tuberculose disseminada ou extra-pulmonar
 - Infecção por Micobacteria de outro tipo disseminada
 - Infecção por Micobacterium avium ou kansasii disseminada
 - Pneumonia por Pneumocystis carinii
 - Leucoencefalopatia multifocal progressiva
 - Sepsis recorrente pos Salmonella (não tifóide)
 - Toxoplasmose cerebral com início > 1 mês de idade
 - Síndrome de wasting na ausência de outras doenças simultâneas

Correspondência: Laura Marques Serviço de Pediatria – Hospital de Crianças Maria Pia R. Boavista, 827 4050-111 Porto.
lauramarques@oninet.pt



INFECÇÃO VIH



Grupo de trabalho sobre a infecção na criança

O Grupo de Trabalho sobre infecção VIH (GTVIHC) na criança foi criado em 1998 e integra Pediatras de 36 Hospitais Nacionais (Continente e Ilhas). Ao longo destes anos a sua composição tem variado. A composição actual está referida no final desta brochura. Tem um núcleo coordenador composto por três elementos responsáveis pela marcação das reuniões e pelos temas a tratar.

O GTVIHC tem em linhas gerais os seguintes objectivos:

- Conhecer a realidade nacional sobre a infecção VIH na criança
- Promover encontros regulares entre pediatras que trabalham nesta área
- Elaborar recomendações no âmbito da infecção VIH na criança
- Promover e coordenar estudos multicêntricos

Até à presente data foram efectuadas 12 reuniões em vários locais do País com a seguinte calendarização e programa:

1ª - Cascais, 9 de Outubro de 1998

- Aprovação dos objectivos e metodologia do GTVIHC
- Apresentação dos dados estatísticos de cada Serviço (José Gonçalo Marques)
- Prevenção da infecção VIH na criança (Bessa de Almeida)
- Diagnóstico da infecção VIH na criança (Graça Rocha)

2ª - Coimbra, 11 de Dezembro de 1998

- Terapêutica antiretrovítica (Lino Rosado)
- Profilaxia das infecções secundárias (Manuel Pinheiro)
- Apresentação das conclusões da reunião anterior

INFECÇÃO VIH

3ª - Lisboa, 9 e 10 de Abril de 1999

- Infecções oportunistas (Pita Grós Dias)
- Laboratório - aspectos técnicos e recursos nacionais (Ricardo Camacho)
- Apresentação das conclusões da reunião anterior e trabalhos de grupo (início do trabalho sobre transmissão vertical do VIH)

4ª - Porto, 25 de Junho de 1999

- Envolvimento gastrointestinal e suporte nutricional na criança infectada (Bárbara Águas)
- Envolvimento cardiovascular (Graça Nogueira)
- Envolvimento neurológico (Manuela Santos) e neuroimagem (Teresa Caxeiro)
- Protocolos sobre terapêutica antiretroviral (Lino Rosado/Bessa de Almeida) e sobre diagnóstico e prevenção de infecções oportunistas
- Apresentação e discussão da folha de registo das crianças infectadas

5ª - Tomar, 21 de Janeiro de 2000

- Estruturas de Saúde - apoio domiciliário a pessoas infectadas pelo VIH (Fátima Figueira)
- A criança com infecção VIH e a escola (Ferro Meneses/Nogueirinha)
- Direito da criança à prevenção (Jorge Torgal Garcia)
- Discussão dos estudos em curso (transmissão vertical e outros)

6ª - Albufeira, 6 e 7 de Outubro de 2000

- Apresentação dos dados da transmissão vertical do VIH
- Casos clínicos

7ª - Braga, 6 e 7 de Abril de 2001

- Apresentação dos resultados do Estudo da Transmissão Vertical 1999/2000 (Gabriela Caldas, Honrado Lucas)
- Apresentação e discussão da nova proposta para o registo das crianças infectadas (Rui Marques)



na criança

- Protocolo de seguimento de crianças infectadas em uso no Hospital Dona Estefânia (Bessa de Almeida)
- Suspensão da quimioprofilaxia secundária na criança (Manuel Pinheiro)
- Proposta de levantamento das infecções secundárias nas crianças infectadas pelo VIH em Portugal (Laura Marques)
- A criança face à doença potencialmente fatal. Atitude da família e profissionais de saúde envolvidos (Carmo Santos)
- Apresentação e discussão de casos clínicos

8ª - Estoril, 7 e 8 de Dezembro de 2001

- Transmissão Vertical do VIH – o que se passa em Portugal?
 - Perspectiva do Obstetra (Luísa Pinto)
 - Perspectiva do Clínico Geral (Carlos Mendes Leal)
- Terapêutica e testes de resistência
 - O que há de novo em Pediatria (Rui Marques)
 - Interpretação e actuação na prática clínica (Kamal Mansinho)
 - O papel do laboratório (Ricardo Camacho)
- Apresentação dos resultados do levantamento nacional das infecções secundárias nas crianças infectadas (Laura Marques)
- Apresentação dos resultados do registo das crianças infectadas (Rui Marques)
- Proposta de estudo da vigilância de Doença Mitocondrial nas crianças submetidas a terapêutica antiretroviral (Conceição Neves)

9ª - Viana do Castelo, 29 de Setembro de 2002

- Apresentação dos resultados dos estudos em curso, nomeadamente do estudo da transmissão vertical
- Ponto da situação do grupo e planificação para o futuro

INFECÇÃO VIH

10ª - Lisboa, 19 de Setembro de 2003

- Apresentação dos dados do Estudo da Transmissão Vertical dos anos de 2001-2002 (Gabriela Caldas)
- Amostragem Nacional dos pedidos de serologia VIH na Gravidez (Elisabete Coelho)
- Levantamento Nacional das Crianças Infectadas (Laura Marques)
- Terapêutica antiretroviral de resgate (José Ramos Amador)
- Terapêutica da Tuberculose (António Diniz)

11ª - Coimbra, 12 de Novembro 2004

- Apresentação dos dados do Estudo da Transmissão Vertical do ano de 2003 (Eduarda Reis, Graça Rocha, Laura Marques)
- Apresentação sucinta dos casos infectados em 2003 e comentários pelos elementos do grupo de trabalho materno-infantil da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA
- Terapêutica antiretroviral nas crianças infectadas - estudo transversal (José Gonçalo Marques)
- Profilaxia da Transmissão vertical - actualização e controvérsias (José Gonçalo Marques)

12ª - Porto, 16 de Setembro 2005

- Profilaxia da transmissão vertical do VIH
Na grávida (Marina Moucho)
Na Criança (Eduarda Reis)
- Apresentação dos resultados do trabalho do GTVIHC sobre transmissão vertical em Portugal em 2004 (Eduarda Reis, Graça Rocha, Laura Marques)
- Actualização em terapêutica antiretroviral na criança (José Gonçalo Marques)
- Profilaxia das infecções secundárias nas crianças infectadas - discussão de proposta de revisão das recomendações do GTVIHC (Laura Marques)

- Projectos futuros do GTIVHC

O GTIVHC tem desde o início o apoio logístico do Laboratório **Roche** na marcação e divulgação das reuniões.

Em colaboração com a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (Núcleo do Centro) e a Secção de Infecçologia Pediátrica realizou-se em Coimbra a 18 de Dezembro de 2003 a **Iª REUNIÃO SOBRE TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH** com o seguinte programa:

Apresentação do Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança
(Graça Rocha)

Transmissão Vertical da Infecção VIH - Estudo de 4 Anos
(Gabriela Caldas)

Amostragem Nacional dos Pedidos de Serologia VIH na Gravidez
(Elisabete Coelho)

Problemática das Crianças Infectadas - Estudo Retrospectivo
(Laura Marques)

Campos de Férias para Infectados (Graça Rocha/Rosa Gomes)

Conclusões (A. Meliço-Silvestre)

As conclusões desta Reunião foram publicadas pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA

INFECÇÃO VIH

Composição actual do Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança:

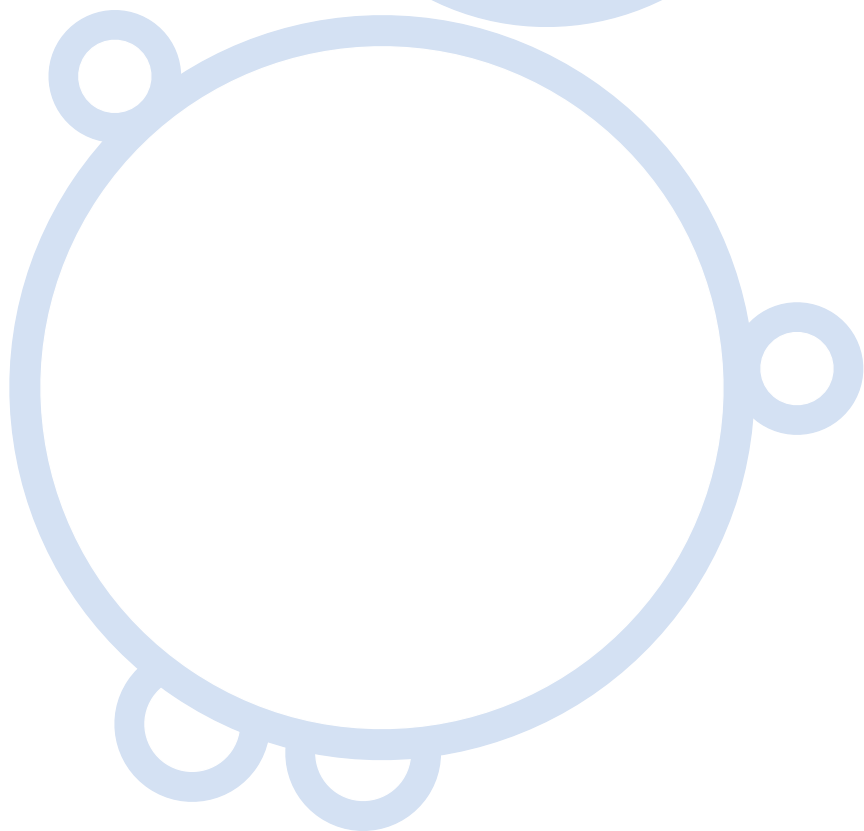
Isabel Cunha (H. Braga); Maria Emília Belo (H. Viana do Castelo); José Luís Fonseca (H. Guimarães); Elisabete Coelho (H. Póvoa Varzim); Eurico Gaspar (H. Vila Real); Manuela Ferreira (H. Bragança); Jorge França (H. Chaves); Óscar Vaz (H. Mirandela); Isabel Araújo (H. Barcelos); Maria José Melo (H. Pedro Hispano); Margarida Tavares, Bonito Vítor (H. S. João); Laura Marques (H. Crianças Maria Pia); Ana Margarida Alexandrino (M. Júlio Dinis); Ana Horta, Olga Vasconcelos (H. Joaquim Urbano); Margarida Guedes (H. G. Santo António); Anabela João (H. Gaia); Joaquim Cunha (H. Vale Sousa); Maria Eulália Afonso (M. Daniel de Matos); Luís Silva Pinto (M. Bissaya Barreto); Graça Rocha (H. Pediátrico de Coimbra); Graça Carvalho (H. Viseu); João Agro (H. Leiria); Maria Manuel Flores (H. Aveiro); Agostinho Fernandes (H. Figueira Foz); Arminda Jorge (H. Cova Beira); Ana Simões (H. Abrantes); Elisabete Oliveira (H. Santarém); Madalena Fialho e Paula Martins (H. Cascais); Eduarda Reis, H. Lucas (H. S. Francisco Xavier); Conceição Neves, Maria João Brito (H. Fernandes da Fonseca); Álvaro Byrne, João Castela (M. Alfredo da Costa); José Gonçalo Marques, Ana Mouzinho (H. Santa Maria); Isabel Soares (H. Garcia de Orta); Luís Caturra (H. Setúbal); Gonçalo Santos (H. Barreiro); Henrique Galha (H. Évora); Aniceta Cavaco (H. Beja); Inês Torrado (H. Portalegre); Paula Barradas (H. Elvas); Maria João Virtuoso (H. Faro); Pedro Freitas (H. Funchal); Isabel Monteiro (H. Ponta Delgada)

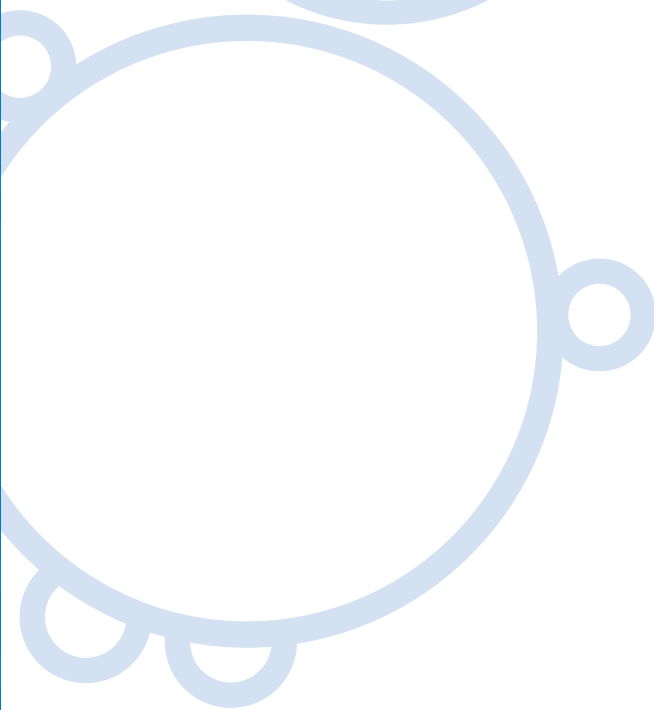
Agradecimento:

O Grupo agradece à Roche Farmacêutica Química, todo o apoio prestado.



na criança





Apoio:

