

## SUMÁRIO

SUMÁRIO .....	1
INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS .....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO .....	2
FLUXOGRAMA .....	3
CONCEITOS .....	4
EXAMES COMPLEMENTARES .....	4
CRITÉRIOS DE GRAVIDADE .....	4
RECOMENDAÇÕES .....	4
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO .....	10
MONITORAMENTO .....	10
CONFLITOS DE INTERESSE .....	11
REFERÊNCIAS .....	11
SIGLAS .....	11
HISTÓRICO DAS VERSÕES .....	12

## **INTRODUÇÃO**

Estimou-se, no final de 2016, que 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo eram portadoras do HIV sendo que 1,8 milhão eram recém-infectadas. Dois terços das pessoas infectadas tinham conhecimento do seu estado sorológico positivo. Dos indivíduos soropositivos apenas 77% tinham acesso ao tratamento destes 82% tinham carga viral indetectável protegendo sua saúde e ajudando a prevenir a transmissão do vírus. O acesso ao tratamento melhorou também para as gestantes infectadas, sendo que em 2016 76% tiveram acesso a tratamento em comparação com 47% em 2010. As novas infecções em crianças diminuíram pela metade, passando de 300.000 em 2010 para 160.000 em 2016. Esses dados refletem o sucesso da terapia antirretroviral e ressaltam a importância de um tratamento adequado para gestantes, com o objetivo não apenas de melhorar a saúde destas, mas também de evitar a contaminação das próximas gerações.

## **OBJETIVOS**

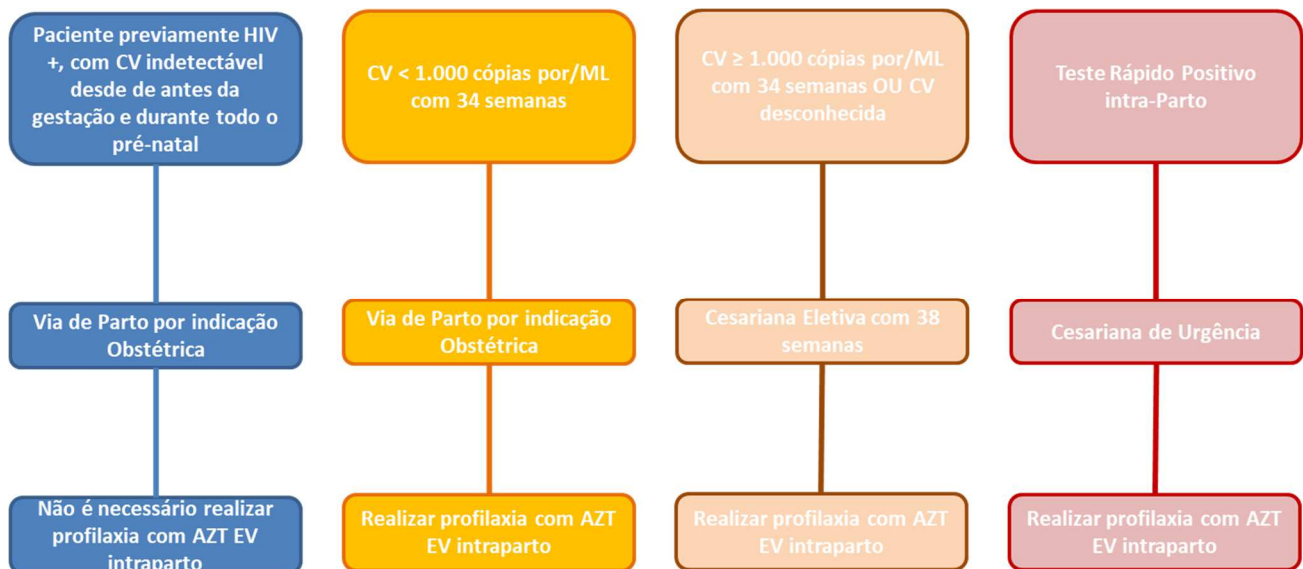
Propor condutas para o acompanhamento de gestantes HIV positivo.

## **CRITÉRIOS DE ADMISSÃO**

Pacientes soropositivas para o vírus HIV.

### FLUXOGRAMA

#### CV realizada com 34 semanas



### CONCEITOS

- Infecção pelo HIV: Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana.
- AIDS: Infecção pelo vírus HIV que cursa com o comprometimento grave do sistema imune.

### EXAMES COMPLEMENTARES

Exames de rotina do pré-natal; contagem de carga viral; contagem de linfócitos CD4; função renal e hepática.

### CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

- Carga Viral maior que 1.000 cópias/ML.
- Contagem de linfócitos CD4 inferior a 200.

### RECOMENDAÇÕES

#### 1) Rastreamento do HIV durante a gestação

- O médico responsável pelo atendimento pré-natal deverá oferecer a todas as gestantes a realização do teste imunológico para detecção de anticorpos Anti-HIV;
- Toda gestante deverá ser orientada sobre os benefícios da realização do exame;
- O conhecimento da soropositividade permite um melhor acompanhamento da gestação e também da própria saúde da mulher;
- O conhecimento da soropositividade permite intervenções que diminuem significativamente o risco da transmissão vertical;
- Deverá ser sempre anotado no prontuário o consentimento ou não da gestante para a realização do exame;
- O exame somente será solicitado se a gestante tiver concordado com a sua realização;
- O médico solicitante do exame deve ser o responsável pela transmissão do resultado à gestante;
- A testagem deverá ser oferecida na primeira consulta de pré-natal, entre 28-30 semanas e no momento do parto;

- O resultado positivo deve cumprir os critérios internacionais de diagnóstico: Teste de Elisa positivo em duas amostras de sangue diferentes e, obrigatoriamente, ser confirmado pela técnica mais específica (Western-blot ou similar);
- Toda gestante soropositiva deverá ser encaminhada ao Ambulatório de Doenças Infectocontagiosas (Ambulatório Orestes Diniz), para acompanhamento de pré-natal compartilhado.

### 2) Conduta pré-natal na gestante soropositivo

#### Consulta inicial

- Seguir a mesma rotina de anamnese e exame físico completo do pré-natal;
- Dar ênfase na anamnese na busca da identificação da possível forma de contágio (sexual, drogas, transfusões, outras);
- Dar ênfase na anamnese na busca de comportamento de risco (uso de drogas injetáveis, resistência ao uso de preservativo masculino/feminino, multiplicidade de parceiros);
- Dar ênfase no exame físico a pesquisa de adenomegalias;
- Avaliar o conhecimento do parceiro em relação ao diagnóstico da gestante. O Parecer nº 4615/12 do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais define que “**não comete ato** ilícito o médico que faz revelações sobre paciente por justa causa, concluindo que o médico deve buscar inicialmente, por todos os meios, convencer a gestante a informar ao parceiro seu diagnóstico. Não havendo concordância de sua parte, o médico deve revelar ao parceiro, após esclarecer à gestante a obrigatoriedade dessa atitude.”
- Em gestantes com o diagnóstico prévio à gravidez atual, perguntar sobre a época do diagnóstico, quais os medicamentos antirretrovirais utilizados e a adesão ao tratamento antirretroviral.

#### Consultas subsequentes

- O intervalo das consultas deverá seguir a necessidade do seguimento obstétrico, dentro da rotina já estabelecida no seguimento pré-natal;
- O intervalo das consultas poderá ser reduzido por necessidade individual da gestante;
- O toque vaginal deverá ser realizado sempre que houver suspeita clínica que justifique (queixa de contrações, história de prematuridade de repetição);
- Dar ênfase no controle de pré-natal à abordagem emocional da gestante;
- Dar ênfase em todas as consultas sobre a importância da manutenção do uso de preservativo masculino/feminino em todas as relações sexuais;

- Orientar a gestante sobre os riscos do aleitamento materno e a indicação de aleitamento artificial;
- Certificar sobre o conhecimento do parceiro a respeito do diagnóstico de HIV da paciente.

### Exames complementares

- Deverão ser solicitados todos os exames de rotina de pré-natal habitual;
- Além dos exames de rotina, devem ser solicitados também na primeira consulta:
  - ⇒ Sorologia para Hepatite C
  - ⇒ Anti-HAV
  - ⇒ PPD
  - ⇒ Exame parasitológico de fezes
  - ⇒ Sorologia para Chagas (se situação de risco - área endêmica)
  - ⇒ Genotipagem do vírus HIV antes do início da terapia ou em gestantes que não apresentem queda da carga viral.
  - ⇒ A colposcopia deverá ser realizada se citologia for NIC I ou mais.
- Trimestralmente deverão ser solicitados:
  - ⇒ Contagem de CD4
  - ⇒ Carga viral
  - ⇒ Sorologia para Citomegalovírus
  - ⇒ Uréia e Creatinina
- Nas gestantes em uso de inibidores da protease, repetir rastreamento de diabetes gestacional entre 32-34 semanas;
- Nas gestantes em uso Nevirapina ou Raltegravir, solicitar provas de função hepática no primeiro e terceiro trimestres (atenção especial nas gestantes com suspeita HELLP)

Obs: São considerados marcadores de risco aumentado para a transmissão vertical

- CD4+ < 350 cels/ mm<sup>3</sup>
- Carga viral >1.000 cópias/ml

### Terapia antirretroviral (ARV)

O esquema ARV será sempre prescrito pelo infectologista

Esquema preferencial para início de tratamento em gestantes:

- (Tenofovir + Lamivudina)\* (dose única) + Raltegravir (12/12h)

⇒ \* apresentação combinada

Esquema Alternativo:

- Indisponibilidade ou contra-indicação ao TDF+3TC:
  - ⇒ (Zidovudina + Lamivudina)
  - ⇒ Abacavir + Lamivudina
- Indisponibilidade ou contra-indicação ao RAL:
  - ⇒ ATV/r
  - ⇒ DRV/r

Gestantes em uso de TARV antes do início da gestação com Carga Viral indetectável:

- Manter o mesmo esquema de TARV

### Monitoramento de toxicidade dos ARV

- Pacientes em uso de AZT:
  - ⇒ Hemograma mensal
    - ✓ Se Hb  $\leq$  8,0g/dL avaliar necessidade de suspensão do AZT
    - ✓ Se plaquetas  $\leq$  100.000/mm<sup>3</sup> avaliar necessidade de suspensão do AZT
    - ✓ Se contagem de neutrófilos  $\leq$  1.000/mm<sup>3</sup> avaliar necessidade de suspensão do AZT
  - ⇒ Amilase mensal
    - ✓ Se amilase elevada discutir esquema de ARV com infectologista
  - ⇒ Função renal a cada 2 meses
    - ✓ Se creatinina sérica  $>$  1,4mg/dL avaliar necessidade de suspensão do AZT,
- Pacientes em uso de Nevirapina e Raltegravir:
  - ⇒ Função hepática (AST e ALT) no primeiro e terceiro trimestre
    - ✓ Se função alterada discutir esquema de ARV com infectologista
  - ⇒ Função renal a cada 3 meses
    - ✓ Se creatinina sérica  $>$  1,4mg/dL discutir esquema de ARV com infectologista

### **Diagnóstico de SIDA**

- Contagem de CD4+ abaixo de 200 cels/ mm<sup>3</sup>;
- Diagnóstico de infecção oportunista: candidíase esofagiana ou pulmonar, herpes simples persistente, tuberculose, citomegalovirose, infecção pulmonar pelo *Pneumocystis carinii*; toxoplasmose, entre outras;
- Diagnóstico de carcinoma invasor do colo uterino.

### **Profilaxia de infecções oportunistas**

- Contagem de Linfócitos CD4+ < 200 cels/mm<sup>3</sup> + Candidíase Oral OU Febre por mais de 2 semanas OU presença de outra infecção oportunista definidora de AIDS:
  - ⇒ Sulfametoxazol + Trimetropim (800mg+160mg) 3x/semana
- Contagem de Linfócitos CD4+ < 100 cels/mm<sup>3</sup>
  - ⇒ Sulfametoxazol + Trimetropim (800mg+160mg) diário
- Contagem de Linfócitos CD4+ < 50 cels/mm<sup>3</sup>
  - ⇒ Azitromicina 1500 mg/semana
  - ⇒ Manter sulfa+trimetropim

### **3) Parto na gestante infectada pelo HIV**

#### **Precauções essenciais**

- Evitar amniotomia;
- Nos casos de parto por via vaginal o tempo de rotura das membranas não deve ser superior a 4 horas;
- Evitar manobras obstétricas;
- Antibioticoterapia profilática (Cefazolina - 2 gramas, EV - dose única);
- Usar adequadamente as medidas de biossegurança (óculos, aventais plásticos e enluvamento duplo);
- Clampagem do cordão imediatamente após a expulsão fetal.

#### **Via de parto**

- Basear na carga viral obtida com idade gestacional  $\geq$  34 semanas
- Carga viral menor que 1.000 cópias/mL:
  - ⇒ Via de parto por indicação obstétrica;
  - ⇒ Não realizar indução do parto ou cesariana antes de 39 semanas de gestação.
- Carga viral desconhecida ou  $\geq$  1.000 cópias/mL cesariana eletiva com 38 semanas.

Cuidados especiais durante o ato cirúrgico

- Rigor no cumprimento da técnica cirúrgica;
- Hemostasia vigorosa durante a abertura do abdome;
- Realizar histerotomia sem romper as membranas;
- Romper as membranas após a histerotomia e utilizar o aspirador para aspirar o líquido amniótico;
- Minimizar a exposição do feto ao sangue materno.

### Uso do AZT intraparto

- Se carga viral indetectável desde antes da gestação → Não aplicar AZT EV

⇒ *Dose de ataque*: 2 mg/Kg diluído em 10 ml de soro fisiológico ou glicosado, via endovenosa. Correr na primeira hora

⇒ *Dose de manutenção*: 1 mg/Kg, a cada hora durante o trabalho de parto

Preparação do AZT para infusão intravenosa em 100 ml de soro glicosado a 5%							
	Peso da Gestante	40 Kg	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	90 Kg
Ataque (2 mg/Kg) Correr na primeira hora	Quantidade de AZT	8 mL	10 mL	12 mL	14 mL	16 mL	18 mL
	Gotas/min	36	37	37	38	39	39
Manutenção (1mg/Kg/hora) Em infusão contínua	Quantidade de AZT	4 mL	5 mL	6 mL	7 mL	8 mL	9 mL
	Gotas/min	35	35	35	36	36	36

Obs: Em caso de cesariana eletiva iniciar a dose de ataque do AZT, três horas antes do início do procedimento, ou seja, fazer uma dose de ataque e duas de manutenção.

Obs: Em caso de indisponibilidade do AZT venoso utilizar AZT oral, 300mg, a cada 3 horas até o clampeamento do cordão.

### **Situações Especiais:**

#### **Rotura Prematura de Membranas**

Abaixo de 34 semanas (independente da carga viral):

- Manter conduta conservadora

Acima de 34 semanas (se carga viral indetectável):

- Parto após infusão do AZT venoso
- Colo favorável, antecipando resolução em até 4 horas → via vaginal
- Colo desfavorável → cesariana

#### **Trabalho e Parto Pré-Termo**

- Iniciar AZT venoso e manter até o parto ou a inibição do mesmo

#### **Puerpério da gestante infectada pelo HIV**

- Contraindicado aleitamento materno;
- Enfaixamento imediato das mamas;
- Inibição medicamentosa da lactação (Cabergolina, 1mg, dose única – dois comprimidos de 0,5mg por VO);
- Manter as mesmas medicações ARV usadas no pré-natal
- Marcar retorno no Ambulatório de Gestação de Alto Risco para revisão com 7 a 10 dias (Ambulatório da 4ª feira manhã);
- Encaminhar para o Setor de Planejamento Familiar, com orientação para anticoncepção segura.

### **CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO**

O parto configura a saída da paciente deste protocolo.

### **MONITORAMENTO**

- 
- Taxas de realização de testes de HIV no pré-natal e no parto.
- Taxas de uso de antirretrovirais.
- Taxas de realização de Carga Viral com 34 semanas.
- Taxas de uso de AZT intra-parto em gestantes com indicação.

### CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

### REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2017.

### SIGLAS

#### Antiretrovirais:

INTR:	Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
AZT	Zidovudina
DDC	Zalcitabina
DDL	Didanosina
D4T	Estavudina
FTC	Emtricitabina
TAF	Tenofovir Alafenamida
TDF	Tenofovir Fumarato
INNTR:	Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
DLV	Delavirdina
EFV	Efavirenz
ETR	Etravirina
NVP	Nevirapina

#### IP Inibidores de Protease

APV	Amprenavir
ATV	Atazanvir
DRV	Darunavir
FPV	Fosamprenavir
IDV	Indinavir
LPV	Lopinavir
NFV	Nelfinavir
RTV	Ritonavir
/r	Ritonavir (como booster)
SQV	Saquinavir
TPV	Tipranavir

#### IF Inibidores de Fusão

T20	Enfuvirtida
-----	-------------

#### II Inibidores de Integrase

DTG	Dolutegravir
RAL	Raltegravir

**IE**                      **Inibidores de entrada**  
MRV                     Maraviroc

### **Combinações**

Biovir                    AZT+3TC  
Kaletra                  LPV/r  
Trizivir                  AZT+3TC+ABC  
Truvada                 TDF+FTC  
                              3TC+TDF+EFV

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

### **1ª versão**

- **Elaborada em 2018 por:** Mário Dias Corrêa Júnior
- **Avaliada em 2018 por:** Reunião do PNAR
- **Responsável técnico:** Mário Dias Corrêa Júnior
- **Aprovada em maio de 2018 por:** Andréa Maria Silveira (Gerente de Atenção à Saúde e Diretora Técnica)