



# Descrição

## Etiologia

RNA vírus.

## Vias de transmissão

- Inoculação percutânea de material infectado (sangue ou secreções)
- Intercurso sexual
- Uso de seringas e agulhas contaminadas
- Transfusão de sangue e derivados

## Prevalência de HIV+ na população obstétrica

Estado de São Paulo = de 0,1% a 3,7%.  
Brasil = menos de 1%.

## Interrelações recíprocas

- A gravidez potencializa a deficiência do estado imunológico

- O HIV+ aumenta a chance de:
  - :: Abortamento
  - :: Prematuridade
  - :: Rotura prematura de membranas
  - :: Restrição do crescimento fetal
  - :: Óbito fetal
  - :: Incidência de mecônio
  - :: Infecção puerperal

## Transmissão vertical

A chance aumenta com o progredir da idade gestacional. A maior possibilidade de ocorrência de transmissão vertical é no trabalho de parto e no parto (cerca de 65% dos casos). Há riscos adicionais pelo aleitamento materno.

Transmissão vertical	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem intervenções preventivas = 20% a 25%</li> <li>• Com medidas preventivas = 0% a 2%</li> </ul>

# Diagnóstico

## Diagnóstico Sorológico no pré-natal

Solicitar sorologia na 1ª consulta pré-natal; se negativa, repetir no 3º trimestre.

O diagnóstico é feito diante de 2 testes tipo ELISA (que detecta anticorpos para HIV1+ e HIV2+), confirmados por meio do Western Blot (ou de imunofluorescência indireta), em nova amostra de sangue.

### Observação

O teste sorológico para HIV sempre deverá ser solicitado com a concordância da paciente; diante de recusa, registrar o fato no prontuário médico.

### Teste rápido

Apenas utilizado quando a grávida não fez pré-natal ou quando o teste não for disponível; é válido para nortear a terapêutica intraparto.

## Assistência pré-natal em gestante HIV+

- Acompanhamento por equipe multidisciplinar, em que o infectologista desempenha papel importante na orientação da medicação anti-retroviral, bem como na profilaxia e no tratamento das infecções oportunistas (como as causadas pelo *Pneumocystis carinii* e *Toxoplasma gondii*)

- Evitar procedimentos invasivos, como amostra de vilos coriais, amniocentese e cordocentese

- Em cada consulta pré-natal, atentar para a presença de infecções ginecológicas intercorrentes, incluindo HPV

- Incluir exames periódicos de avaliação virológica e imunológica (carga viral, CD4 e CD8), função renal e hepática, bem como monitoração para outras possíveis infecções (como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, hepatites, lues, gonorréia, clamídia, micoplasma e tuberculose)

- As sorologias indicando susceptibilidade deverão ser repetidas a cada trimestre

- Deve-se proceder à vacinação contra hepatite B nas gestantes susceptíveis

# Tratamento

## Tratamento durante o pré-natal – regras gerais

Se a gestante já utiliza esquema terapêutico anti-retroviral, ele deverá ser mantido até avaliação do infectologista; os medicamentos contra-indicados na gravidez deverão ser substituídos.

Visando apenas a profilaxia da transmissão vertical, o tratamento deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação, com monoterapia ou politerapia, na dependência da carga viral e do estado imunológico.

É recomendado o uso de Zidovudina (AZT), associado a outros anti-retrovirais.

## Tratamento Medicamentoso na gestação

- Zidovudina (AZT 100 mg) – 3 comprimidos por via oral a cada 12 horas
- Biovir® (AZT 300 mg + Lamivudina 150 mg) – 1 comprimido por via oral a cada 12 horas
- Nelfinavir 250 mg – 5 comprimidos por via oral a cada 12 horas
- Nevirapina 200 mg – 1 comprimido por via oral a cada 12 horas

## Profilaxia Medicamentosa da transmissão vertical no parto

Constitui a essência da profilaxia da transmissão vertical. Esta profilaxia intraparto está indicada para todas as gestantes HIV+, independentemente da terapia anti-retroviral utilizada na gestação.

## Esquema

Usar frasco-ampola de AZT de 20 ml com 200 mg (10 mg/ml).

### Dose de ataque

AZT – 2mg/kg peso diluído em 100 ml de SG 5% infundido em 1 hora por via endovenosa.

### Dose de manutenção

AZT – 1mg/kg peso/h até o clameamento do cordão.

## Observações

Nos casos de parto com evolução muito rápida, a dose de ataque de AZT deve ser ministrada em 30 minutos.

Nos casos de cesáreas eletivas, utilizar o AZT durante 4 horas antes do procedimento.

# Tratamento

## Via de parto

A via de parto preferencial nas gestantes HIV+ é a cesárea eletiva com 38 semanas, pois oferece maior segurança na prevenção da transmissão vertical.

A via vaginal poderá ser tentada diante de condições obstétricas excepcionais, com rápida evolução do trabalho de parto, diante de carga viral indetectável ou menor que 1.000 cópias/ml (avaliadas com 34 semanas ou mais de gestação).

## Assistência ao parto – regras gerais

- Na cesárea, realizar técnica com hemostasia rigorosa de todos os planos, incluindo o segmento inferior, com retirada de conceito impelido

- Clameamento imediato do cordão umbilical

- Remoção imediata de sangue e secreções em contato com a pele e mucosas do recém-nascido

- Evitar trabalho de parto prolongado

- Evitar amniotomia e impedir mais de 4 horas de bolsa rota

- Não executar fórcepe, nem episiotomia

- Retirar o AZT via intravenosa após o clameamento do cordão

- Manter o esquema anti-retroviral no puerpério, quando indicado

- O recém-nascido deverá receber AZT em xarope precocemente por período de 6 semanas

## Importante

Está contra-indicada a amamentação.