

# Prevenção da Transmissão Vertical da Infecção VIH

## Recomendações do Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança (GTIVHC)

### Prevention of HIV Vertical Transmission Recommendations of the Working Group on Pediatric HIV Infection

#### I – Introdução

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) na criança, em Portugal, é uma realidade cuja dimensão se conhece mal.

Nos últimos anos tornou-se evidente a necessidade de criar em todos os Hospitais / Maternidades nacionais procedimentos que possibilitem a prevenção e diagnóstico precoces da infecção VIH na criança. É também cada vez mais premente a constituição de equipas multidisciplinares que lidem da melhor forma possível com as muitas e complexas variáveis implicadas nesta situação.

A urgência em dar resposta a este desafio e a ausência de uma entidade coordenadora que concorra efectivamente para a optimização da prestação de cuidados a estas crianças levou a que, em Junho de 1998, um grupo de pediatras decidisse promover a criação do **Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança (GTIVHC)**.

São **objectivos** deste Grupo: promover um encontro regular entre os pediatras que lidam com a infecção VIH; conhecer a realidade nacional; elaborar recomendações nas áreas da prevenção, diagnóstico, terapêutica antiretroviral, profilaxia das infecções secundárias, prevenção e diagnóstico das principais complicações associadas à infecção VIH; promover e coordenar estudos multicêntricos.

Realizaram-se já 3 Encontros do GTIVHC – em Outubro de 1998, no Estoril; em Dezembro de 1998, em Coimbra; e em Abril de 1999, em Lisboa.

Pretendemos agora dar conhecimento das primeiras recomendações elaboradas, relativamente a:

- Prevenção da Transmissão Vertical da Infecção VIH na Criança.
- Diagnóstico da Infecção VIH na Criança.
- Profilaxia das Infecções Secundárias.

#### II – Recomendações

Apesar de não haver em Portugal trabalhos que revelam com segurança tanto a incidência da infecção VIH na grávida como a taxa de transmissão vertical, dados do Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis apontam para um aumento dos casos de SIDA entre mulheres.

A maioria das mulheres referenciadas está em idade de procriar e a percentagem neste grupo etário tem também aumentado. Estes dois factos implicam um risco aumentado de infecção na criança.

Destes aspectos decorre a necessidade de se tomarem medidas que, de algum modo, possam diminuir a transmissão mãe-filho.

Pelo que se propõe:

#### 1. Rastreio da Infecção VIH na grávida

- 1.1. Rastreio sistemático com consentimento informado.
- 1.2. Realização dos testes serológicos no 1.º trimestre e sua repetição no 3.º trimestre.
- 1.3. Comunicar o diagnóstico só depois de bem confirmado com Western-Blot.
- 1.4. Na impossibilidade de se estudar a mãe deverá ser feita a serologia ao RN, se necessário recorrendo ao consentimento do Tribunal de Menores.

---

*Correspondência:* José Gonçalo Marques  
Unidade de Infeciologia – Serviço de Pediatria  
Hospital de Santa Maria  
Av. Prof. Egas Moniz  
1600 Lisboa

Aceite para publicação em 20/01/2000.  
Entregue para publicação em 20/01/2000.

## 2. Intervenções Obstétricas

- 2.1. Evitar todas as manobras invasivas: amniocentese, cordocentese, rotura artificial de membranas, determinação do pH fetal, forceps, ventosas, episiotomia.
- 2.2. A cesariana electiva reduz o risco de transmissão vertical, pelo que a sua realização deve ser ponderada.
- 2.3. A desinfeção do canal de parto e a lavagem do RN com virucidas não provou até à data a sua eficácia. Contudo pelo menos num estudo alargado, utilizando cloro-hexidina a 0,25%, verificou-se uma redução significativa da transmissão perinatal sem situações de rotura de membranas superior a 4 horas, pelo que poderá ter indicações nesses casos.

## 3. Terapêutica anti-retrovírica na grávida e RN

O esquema utilizado durante a gravidez deverá ser sempre discutido com a grávida, colocando à sua disposição os conhecimentos actuais sobre os riscos e benefícios da administração dos vários anti-retrovirais.

### 3.1. Objectivos:

- profilaxia da transmissão materno-fetal
- tratamento da mulher

### 3.2. Esquemas terapêuticos

3.2.1. Mulher sem qualquer terapêutica anti-retrovírica anterior e sem indicação para terapêutica:

- quimioprofilaxia com zidovudina recomendado a partir das 14-34 semanas de gravidez;
- considerar utilização de outros anti-retrovíricos.

3.2.2. Mulher sem qualquer terapêutica anti-retrovírica anterior e com indicação para terapêutica:

- terapêutica semelhante à que seria instituída em mulher não grávida, mas sempre incluindo a zidovudina;
- o seu início deve ser deferido até às 10-12 semanas de gravidez, de acordo com a situação clínica e a opção da mulher.

3.2.3. Mulher sob terapêutica prévia com anti-retrovíricos:

- manutenção da terapêutica se esta estiver a ser eficaz;
- suspensão da terapêutica até às 10-12 semanas de gravidez por decisão da mulher.

- associar sempre zidovudina ou substituir um inibidor da transcriptase reversa por zidovudina se esta não fizer parte do esquema terapêutico anterior, após as 14 semanas.

3.2.4. Mulher que se apresenta em trabalho de parto sem seguimento médico anterior:

- zidovudina intra-parto e à criança.

3.2.5. RN de mãe que não recebeu terapêutica:

- zidovudina durante 6 semanas iniciado até às 48 horas após o nascimento.
- considerar associação com outros anti-retrovíricos.

3.2.6. Esquema de zidovudina na grávida e RN

#### - Ante-parto

100 mg 4/4h com pausa nocturna de 8h, ou 200 mg 8/8h, ou 250 mg 12/12h.

#### - Intra-parto

2 mg/kg em perfusão endovenosa na 1.<sup>a</sup> hora e depois 1 mg/kg/h até conclusão do trabalho de parto.

#### - Pós-parto

2 mg/kg de 6/6h no RN de termo com início entre as 8 e as 12h de vida durante 6 semanas; no RN pretermo (< 34 semanas) até às 2 semanas de vida 1,5 mg/kg de 12/12h oral ou ev. Das 2 às 6 semanas 2mg/kg de 8/8h oral.

### 3.3. Monitorização analítica

- os controlos analíticos devem ser realizados 15 dias e 1 mês após início de terapêutica e posteriormente serem trimestrais. Devem incluir hemograma completo com contagem de plaquetas, função hepática e eventualmente CPK e amilásémia consoante anti-retrovíricos em uso; se se usarem inibidores da protease deve controlar-se ainda a glicémia.
- a carga viral e a contagem de linfócitos CD4 devem ser avaliados de 3/3 meses.
- a decisão de substituição dos antiretrovíricos em caso de toxicidade ou falência terapêutica deve reger-se pelas normas utilizadas em qualquer indivíduo infectado pelo VIH.

## 4. Aleitamento Materno

- deve sempre ser contra-indicado, dado o significativo risco adicional de transmissão.

## 5. Seguimento da mãe e filho

- Dada a dificuldade de que se reveste o seguimen-

to destas mulheres e crianças, decorrente da complexidade da patologia e esquemas terapêuticos e das implicações sociais, económicas e morais inerentes, implica que sejam seguidas por equipas apropriadas, multidisciplinares, agrupadas se possível em consulta própria, de modo a dar o maior apoio e rentabilidade.

Todos os exames diagnósticos devem ser realizados em laboratórios de referência, de comprovada idoneidade.

- A grávida VIH positiva deve ser seguida em consulta de Alto Risco, sendo ainda necessário rastrear outras doenças transmissíveis que possam potencialmente afectar a criança, i.e., citomegalovírus, herpes simplex 2, toxoplasmose, hepatite C ou B, tuberculose, sífilis, gonorreia e clamídea.
- A puérpera deve ser encaminhada para uma consulta de Planeamento Familiar.
- É necessário promover uma boa articulação com os cuidados de saúde primários de forma a que os seus profissionais possam ser cada vez mais implicados no diagnóstico e seguimento multidisciplinar destes casos.

### **Grupo de Trabalho sobre a Infecção VIH na Criança**

ISABEL CUNHA (H. D. Braga), MARIA EMÍLIA BRAGA (H. D. Viana do Castelo), JORGE FRANÇA (H. D. Chaves), LAURA MARQUES e ESMERLDA NUNES (H. E. C. Maria Pia), BONITO VITOR (H. S. João), MARIA JOSÉ OLIVEIRA (H. S. António), LAURA PAIS LEITE (Maternidade Júlio Dinis), MARIA EULÁLIA AFONSO (Maternidade Daniel de Matos), GRAÇA ROCHA e LUÍSA MACIEIRA (H. Pediátrico de Coimbra), JOÃO AGRA (H. D. Leiria), ELISABETE OLIVEIRA (H. D. Santarém), ÁLVARO BIRNE e JOÃO CASTELA (Maternidade Alfredo da Costa), HELENA PEDROSO e HONRADO LUCAS (H. S. Francisco Xavier), LINO ROSADO e BESSA DE ALMEIDA (H. D. Estefânia), CONCEIÇÃO NEVES (H. Fernando Fonseca), MANUEL PINHEIRO e JOSÉ GONÇALO MARQUES (H. S. Maria), MARIA ALBERTA ALMEIDA (H. S. Roque), MADALENA FIALHO e PAULA MARTINS (H. Condes de Castro - Guimarães), ISABEL SOARES e GABRIELA CALDAS (Hospital Garcia de Orta), LUÍS CATURRA (H. D. Setúbal), HENRIQUE GALHA (H. D. Évora), INÊS TORRADO DA SILVA (H. D. Portalegre), PAULA BARRADAS (H. Elvas), SAÚL LOPES (H. D. Faro), ORLANDO MAGRO (C. H. Funchal) e MARIA JOÃO VIRTUOSO (H. D. Horta).

### **Agradecimentos**

O Grupo agradece à Roche Farmacêutica Química, Lda. todo o apoio prestado, o qual possibilitou a concretização destes Encontros.