

HIV no período neonatal – prevenção e conduta

O HIV, agente causador da AIDS, ataca as células do sistema imune, especialmente as marcadas com receptor de superfície CD4 resultando na redução do número e diminuição da função de linfócito T helper responsáveis pela resposta imunológica adaptativa.

No Brasil e em todo o mundo a transmissão perinatal é responsável pela vasta maioria de infecções entre a população infantil, sendo responsável por aproximadamente 87,2% dos casos de AIDS notificados até 2012, no Brasil, entre menores de 13 anos.

O maior risco de transmissão vertical é determinado por vários fatores:

- v Subtipo viral e tropismo;
- v Estágio clínico da doença materna e os indicadores laboratoriais de progressão da doença como alta carga viral, baixa contagem de linfócitos T CD4
- v Tipo e condições do parto - parto cirúrgico de urgência, ruptura prolongada de membranas amnióticas
- v Procedimentos invasivos durante a gestação ou ao parto
- v Prematuridade / Baixo Peso
- v Gemelaridade

Os momentos da transmissão perinatal do HIV são:

- v Intra-útero: 20 a 25% dos casos

Através passagem transplacentária do vírus para circulação fetal ou por células mononucleares maternas infectadas pelo HIV quando alcançam diretamente a circulação fetal ou via infecção célula-a-célula de camadas placentárias sucessivas a partir do contato no espaço intravilositário

- v Peri-parto: 60 a 75% dos casos

Mecanismos potenciais: “quebras” nas barreiras de proteção muco-cutânea do RN e contato direto com secreções contaminadas no canal de parto ou ingestão de fluidos contaminados; microtransfusões no trabalho parto e infecção ascendente da vagina/cérvix para membranas fetais/líquido amniótico

- v Pós- natal: 14 a 29%

Via aleitamento materno dependendo do momento da infecção materna.

Estudos evidenciam que a taxa de transmissão vertical na Europa e nos Estados Unidos, na ausência de quaisquer intervenções, é de 15 a 25%. Entretanto já essa taxa reduz para 1% a 2% quando são feitas algumas intervenções durante a gestação, ao parto e após o nascimento da criança:

- v Uso materno de antirretrovirais em esquema combinado de três medicamentos (“coquetel”) durante a gravidez;
- v Uso materno de zidovudina por via venosa no momento do parto;
- v Avaliação da melhor via de parto considerando a viremia materna (carga viral) no 3º trimestre: parto cesáreo eletivo se viremia detectável;
- v Evitar monitorização invasiva durante o trabalho de parto;
- v Aleitamento artificial;
- v Uso de zidovudina nas primeiras 6 semanas de vida do recém-nascido.
- v Aspiração do líquido amniótico e trocar campos;
- v Cuidados com o recém-nascido: lavar e secá-lo após o nascimento; aspirar delicadamente as vias aéreas; lavagem gástrica se necessário; monitorar toxicidade (hemograma; ALT e AST);

O uso de Zidovudina no RN deve ter início idealmente nas primeiras 2 horas – 8 horas (o início após 48 horas de vida não tem comprovação de benefício) e seu uso deve ser feito até seis semanas de vida. A criança deverá ser acompanhada por equipe médica, de preferência em unidades especializadas pelo menos até a definição de seu diagnóstico.

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em crianças deve ser dividido de acordo com a faixa etária.

Criança com idade menor ou igual a 18 meses:

✦ É considerada infectada a criança com exame quantificação do RNA viral plasmático – carga viral com resultado detectável em duas amostras obtidas em momentos diferentes; ou pela detecção do DNA pró-viral. Estes testes deverão ser realizados a partir do primeiro mês de vida. Caso a primeira quantificação de RNA viral plasmática tenha um resultado detectável, deve-se repetir o exame imediatamente. Se a segunda carga viral também for detectável, deve-se considerar a criança infectada pelo HIV.

v Considera-se não infectada a criança com idade menor que 18 meses, que tiver como resultado duas amostras abaixo do limite de detecção, por

quantificação do RNA viral plasmático - carga viral ou detecção do DNA pró-viral e carga viral entre 1 e 6 meses, sendo uma delas após o 4º mês de vida; e teste de detecção de anticorpos anti-HIV não reagente após os 12 meses.

Crianças com idade maior ou igual a 18 Meses:

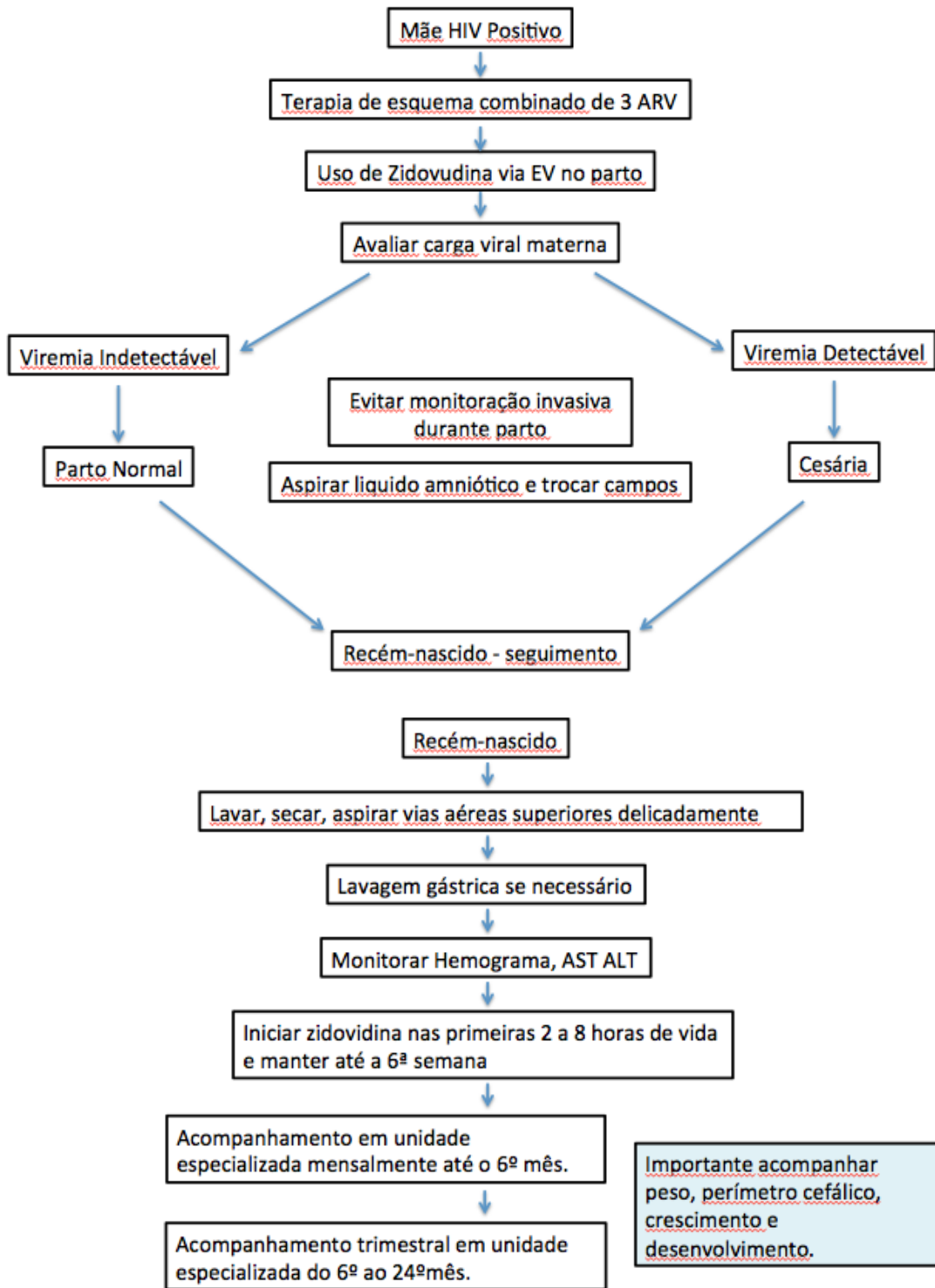
v Em crianças com idade maior que 18 meses, o diagnóstico será confirmado por meio da realização de um teste de triagem para detecção de anti-HIV 1 e anti-HIV-2 e pelo menos um teste confirmatório. Em caso de resultado positivo, nova amostra deverá ser coletada para confirmar a positividade da primeira amostra.

v Ela é considerada não infectada quando houver uma amostra não reagente em testes de detecção para anticorpos anti-HIV ou uma amostra negativa em dois testes rápidos. Em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, realiza-se um terceiro teste rápido. Quando este terceiro teste resultar negativo, considera-se a amostra “negativa para o HIV”.

O acompanhamento do RN exposto ao HIV deve ser mensal nos primeiros 6 meses e, no mínimo, trimestral a partir do 2º semestre de vida. Em todas as consultas deve-se registrar o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico. A avaliação sistemática do crescimento e desenvolvimento é extremamente importante, visto que as crianças infectadas podem, já nos primeiros meses de vida, apresentar dificuldade de ganho de peso. No que concerne ao acompanhamento durante os dois primeiros anos de vida, é importante destacar que as crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV também podem ter maior risco de exposição a outros agentes infecciosos durante o período intra-uterino e perinatal. Entre estes, destacam-se *Treponema pallidum*, vírus das Hepatites B e C, vírus HTLV-I, vírus do Herpes Simples, Citomegalovírus, *Toxoplasma gondii* e *Mycobacterium tuberculosis*.

Nesse sentido, a indicação de métodos diagnósticos específicos para tais agentes deve ser analisada em conjunto com os dados de história e epidemiológicos que envolvem o núcleo familiar, sobretudo aqueles referentes à mãe biológica. O reconhecimento precoce e o tratamento de possíveis co-infecções devem ser considerados prioritários no atendimento dessas crianças, devendo tal abordagem ser incluída em suas primeiras consultas.

Anexo 1: Fluxograma de seguimento do neonato filho de mãe HIV positivo



ARV – antirretroviral.
EV – endovenosa.
AST – aspartato aminotransferase
ALT – alanina aminotransferase

Importante acompanhar peso, perímetro cefálico, crescimento e desenvolvimento.

Referências:

- v Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: manual de bolso/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatico.pdf . Acessado em março de 2013.
- v Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS-DST Ano IX - nº 01 até semana epidemiológica 26^a - junho de 2012 Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_jornalistas_pdf_22172.pdf . Acessado em março de 2013.
- v Leão, Ênio. Pediatria ambulatorial. 4. ed. Belo Horizonte: COOPMED/UFMG, 2005.
- v Nelson, Waldo E.; Behrman, Richard E.; Kliegman, Robert M.; Jenson, Hal B.; Stanton, Bonita F. Nelson tratado de pediatria. 18.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.