

Abordagem atual do RN exposto ao HIV e sífilis

Felipe Teixeira de Mello Freitas
Médico Infectologista

2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROTOCOLO CLÍNICO
E DIRETRIZES
TERAPÊUTICAS PARA
PREVENÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL
DE HIV, SÍFILIS E
HEPATITES VIRAIS

Brasília - DF
2017



PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

O que há de novo

- Diagnóstico da gestante por meio de testes rápidos
- Solicitar genotipagem no diagnóstico da gestante
- Sempre iniciar ARV para gestante independente da idade gestacional
- Não há dados de segurança de nenhum ARV no primeiro trimestre
- Esquema inicial TDF + 3TC + RAL (raltegravir)

- Efavirenz não é teratogênico
- O esquema ARV não é suspenso após o fim da gestação
- Inibição da amamentação com carbegolina imediatamente após o parto
- Não detectável = não transmissor (U=U)

Profilaxia com AZT injetável

- AZT injetável no momento do parto ou pelo menos 3 horas antes da cesárea eletiva até o amplexamento do cordão umbilical
- Indicado para gestantes com CV desconhecida ou detectável na 34^a semana de gestação
- Não é necessário nas mulheres aderentes aos ARV e com CV indetectável na 34^a semana de gestação

Via de parto

- Mulher com **CV desconhecida ou > 1.000 cópias/ml** após a 34^a semana de gestação, deve realizar cesárea eletiva com 38 semanas
- Mulher **aderente aos ARV com supressão da CV-HIV** sustentada, a via de parto é de indicação obstétrica, pode ser vaginal
- Mulher com **CV < 1.000 cópias/ml, mas detectável**, pode ter parto por via vaginal, mas deve receber AZT profilático EV na hora do parto

Manejo do RN exposto ao HIV

Na sala de parto e no pós-parto imediato

- Parto empelicado sempre que possível
- Clampear o cordão imediatamente, sem ordenha
- Imediatamente após o nascimento, dar banho com chuveirinho, torneira ou outra água corrente. Limpar delicadamente com compressas macias todo sangue e secreções

- Aspirar as vias aéreas delicadamente se necessário
- Aspirar delicadamente o conteúdo gástrico com sonda oral se necessário
- Colocar RN junto a mãe o mais breve possível
- Iniciar a primeira dose de AZT oral na sala de parto ou em até 4 horas do nascimento
- Iniciar NVP, se indicado, o mais precocemente possível, até 48 horas do nascimento

- Orientar a mãe a não amamentar e substituir o leite materno por fórmula infantil
- Aleitamento misto é contraindicado
- Pode-se usar leite humano pasteurizado do banco de leite (prematureiro ou baixo peso)
- Se em algum momento for verificado o aleitamento materno, suspender imediatamente e solicitar CV do RN

Cuidados antes da alta

- Recomendado alojamento conjunto integral
- Contraindicado aleitamento cruzado ou pasteurização de leite humano domiciliar
- Orientar o direito por fórmula láctea infantil
- Resumo de alta com os dados de condição de nascimento, uso de AZT injetável, AZT xarope e NVP
- Alta com consulta marcada em serviço especializado no acompanhamento de criança exposta ao HIV

- Notificação de “Criança exposta ao HIV”
- Atentar para o sigilo sobre a exposição ao HIV na carteira do RN

Quimioprofilaxia para o HIV

Antirretroviral	Dose
Zidovudina (AZT) ¹	RN ≥ 35 semanas: 4mg/kg/dose de 12/12 horas RN ≥ 30 a 35 semanas: 2mg/kg/dose de 12/12 horas nos primeiros 14 dias e 3mg/kg/dose de 12/12horas a partir de 15º dia RN < 30 semanas: 2mg/kg/dose de 12/12 horas
Nevirapina (NVP) ²	RN > 2.000g ao nascimento: 12mg/dose (1,2mL) RN ≥ 1.500 a 2.000g ao nascimento: 8mg/dose (0,8mL) O RN < 1.500g ao nascimento: não utilizar a nevirapina
1. Por quatro semanas (28 dias) até definição do diagnóstico 2. A primeira dose deverá ser dada até 48h de vida, a segunda dose 48h após a primeira dose e a terceira dose 96h após a segunda dose. A nevirapina está indicada nos casos de carga viral materna > 1.000 cópias/ml ou desconhecida no último trimestre de gestação.	

AZT injetável, se não houver condições de administrar oral

- RN $\geq$ 35 semanas: 3mg/kg/dose IV de 12/12 horas
- RN $\geq$ 30 a 35 semanas: 1,5mg/kg/dose IV de 12/12 horas nos primeiros 14 dias e 2,3mg/kg/dose IV de 12/12horas a partir de 15o dia
- RN < 30 semanas: 1,5mg/kg/dose IV de 12/12 horas

Nesses casos não se associa a nevirapina, mesmo quando indicada, pois esta só se encontra disponível em apresentação oral.

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS

O que há de novo

Diagnóstico na gestante deve iniciar-se preferencialmente com um teste treponêmico

- Teste treponêmico
 - Teste rápido, ELISA, EQL, FTA-Abs, TPHA
- Teste não treponêmico
 - VDRL, RPR, TRUST

Automação

Teste não treponêmico

Resultado reagente?

Não

Testagem na 28ª semana OU em 30 dias se alguma situação de exposição à sífilis

Sim

- Realizar teste treponêmico

Teste rápido

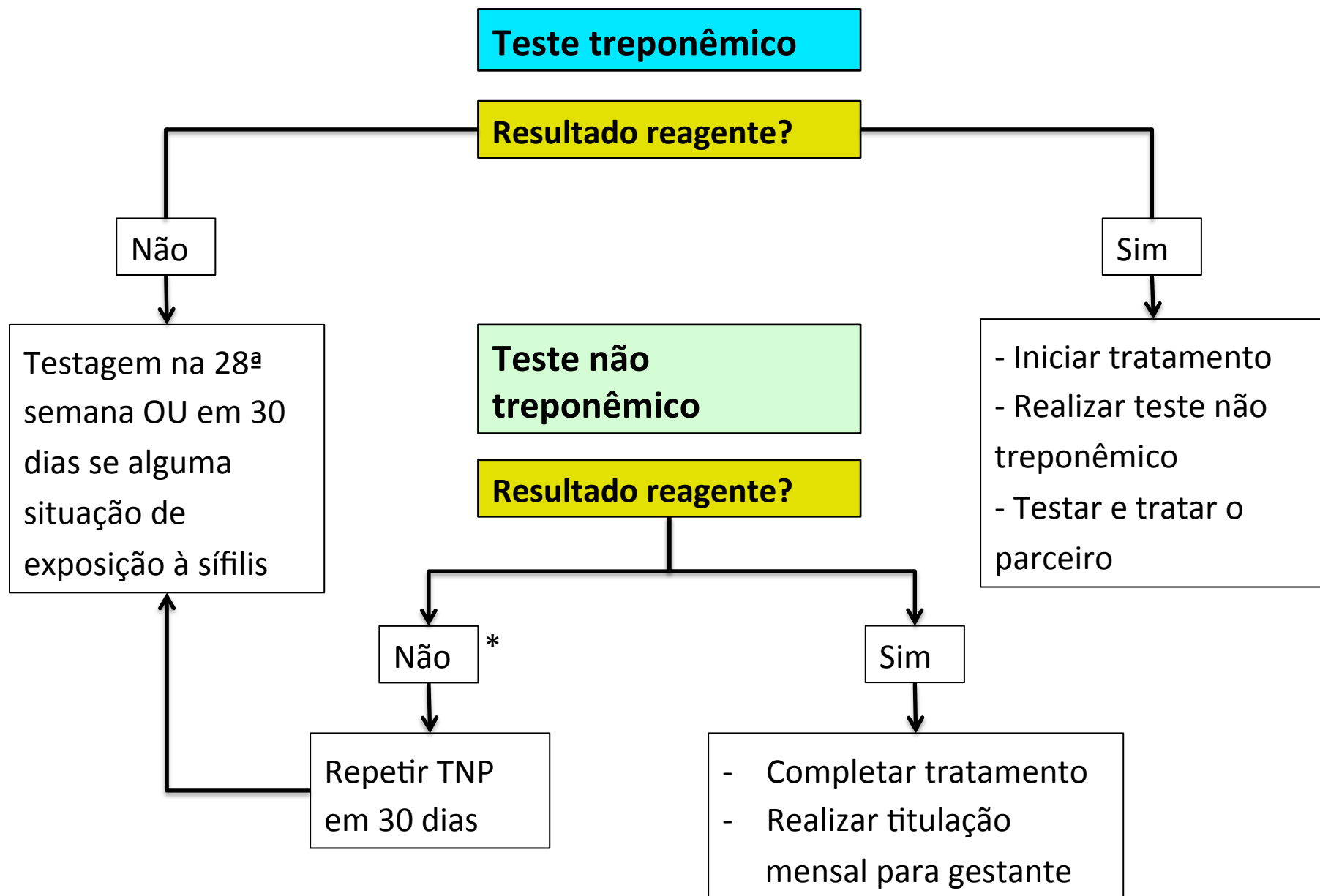
Teste treponêmico

Resultado reagente?

Não

Sim

- Iniciar tratamento
- Testar e tratar o parceiro
- Realizar titulação mensal para gestante

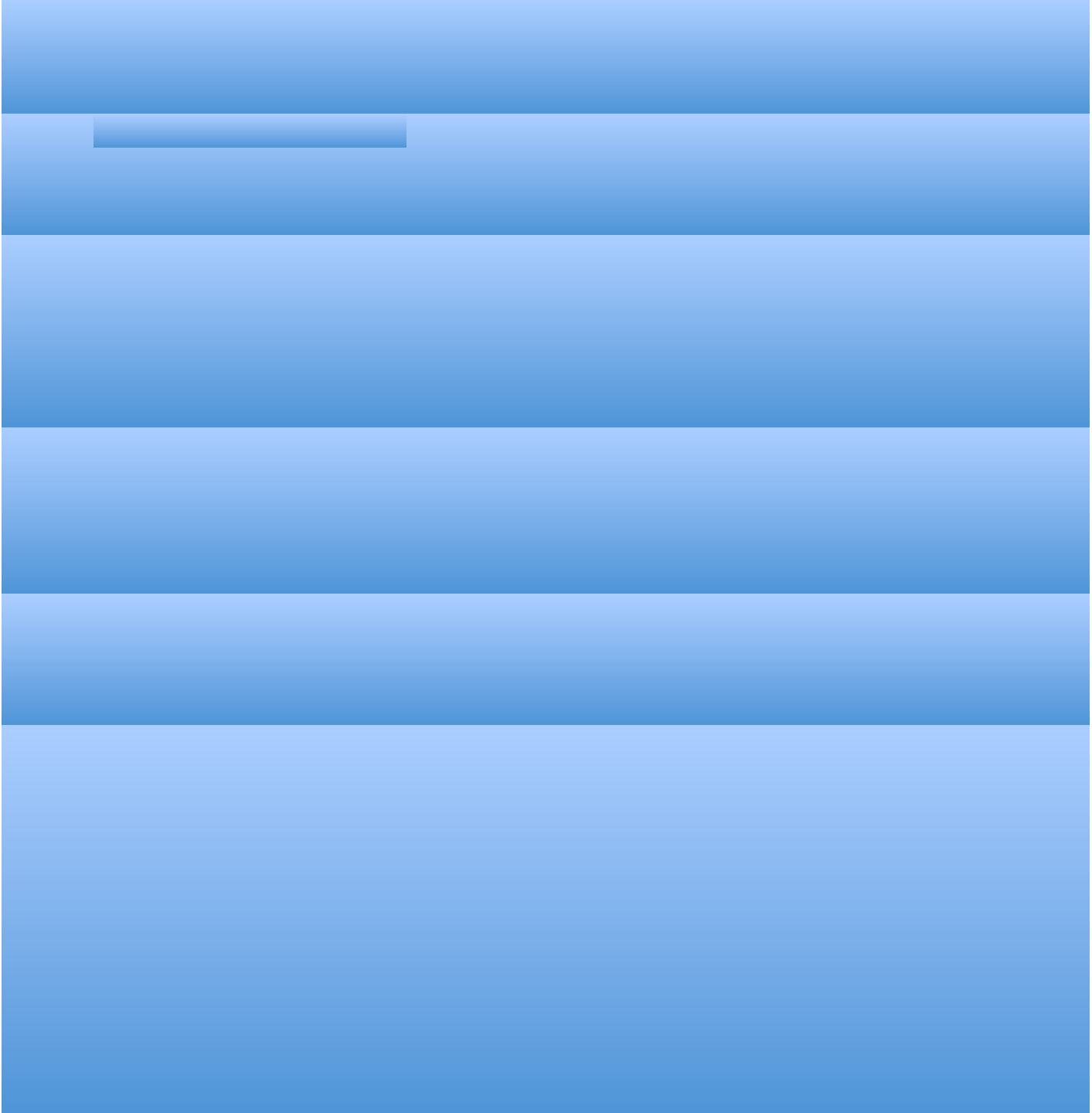


Se o teste não treponêmico for negativo após um teste treponêmico positivo, então um teste treponêmico diferente deve ser realizado

Se positivo e não houver história prévia de tratamento ou história de nova exposição sexual, o paciente deve ser tratado

Se negativo, não há indicação de tratamento

Workowski KA et al. *Sexually transmitted diseases treatment guidelines*. **MMWR Recomm Rep. 2015**



Tratamento adequado da gestante

- Recebeu penicilina benzatina
- Início do tratamento em até 30 dias do parto
- Esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico
- Respeito ao intervalo das doses
- Avaliação quanto ao risco de reinfecção
- Documentação de resposta imunológica adequada
 - Queda do título do teste não treponêmico em duas diluições em até 3 meses

Diagnóstico da sífilis congênita

Maioria dos RN são **assintomáticos**

Exame direto de lesões cutâneo-mucosas e de mucosa nasal

Testes imunológicos

- Limitação devido o IgG materno
- Baixa sensibilidade dos testes capazes de detectar IgM
- Evitar sangue do cordão

Todo RN de mãe com sífilis

Teste não treponêmico

- Se reagente, ou filho de mãe inadequadamente tratada

Hemograma, perfil hepático e eletrólitos

Líquor: células, proteínas e testes não treponêmicos e treponêmicos

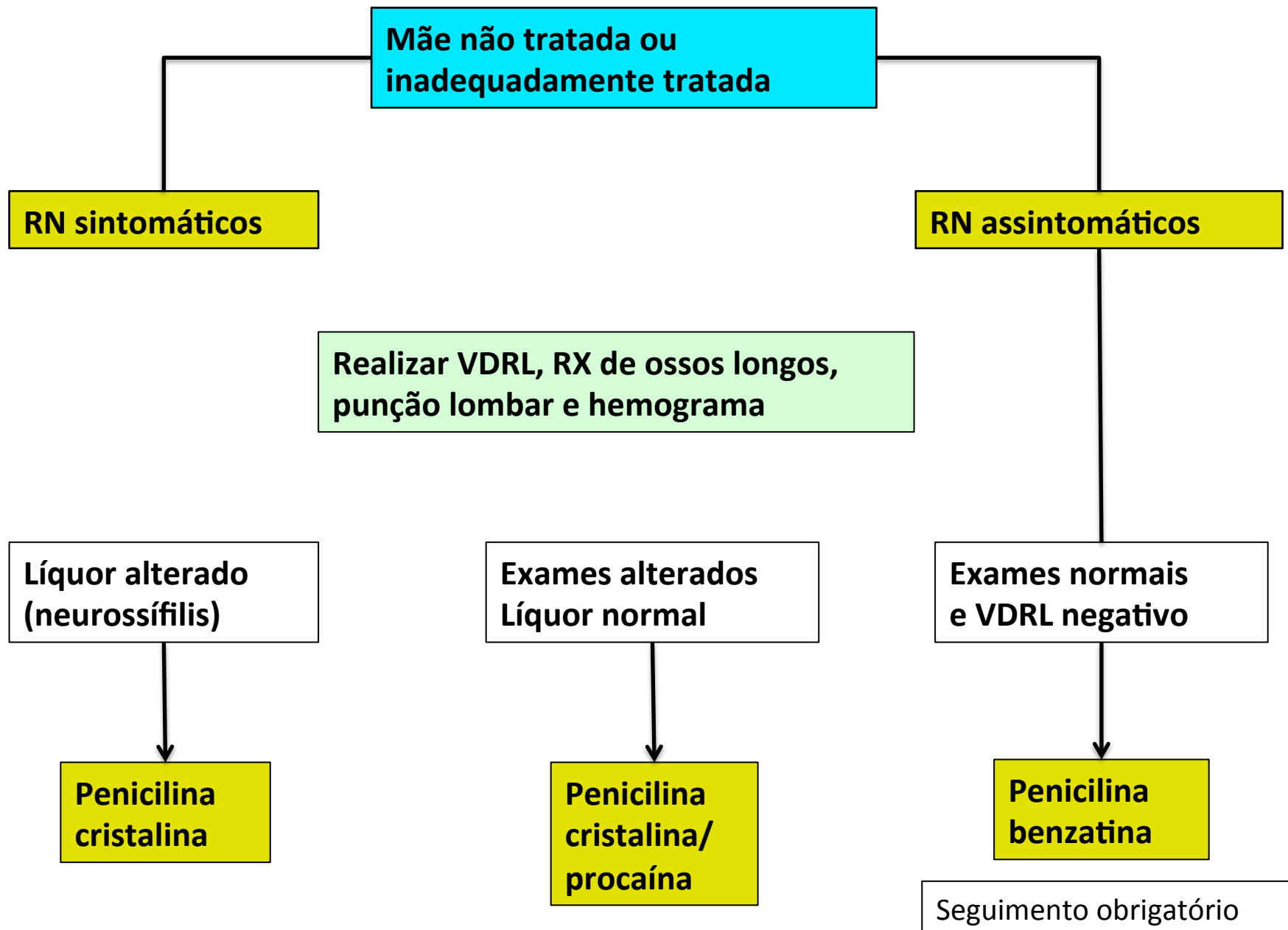
Radiografia de ossos longos

Avaliação oftalmológica e audiológica

Líquor

Parâmetros	RN	> 28 dias
Leucócitos	> 25 células/mm ³	> 5 células/mm ³
Proteínas	> 150 mg/dL	> 40 mg/dL
VDRL	reagente	reagente

O VDRL no líquido tem baixa sensibilidade e alta especificidade



Mãe adequadamente tratada

Realizar VDRL

> Materno

≤ Materno

Negativo

OU

RN sintomáticos

E

RN assintomáticos

**Realizar RX de ossos longos,
punção lombar e hemograma**

**Líquor alterado
(neurosífilis)**

**Exames alterados
Líquor normal**

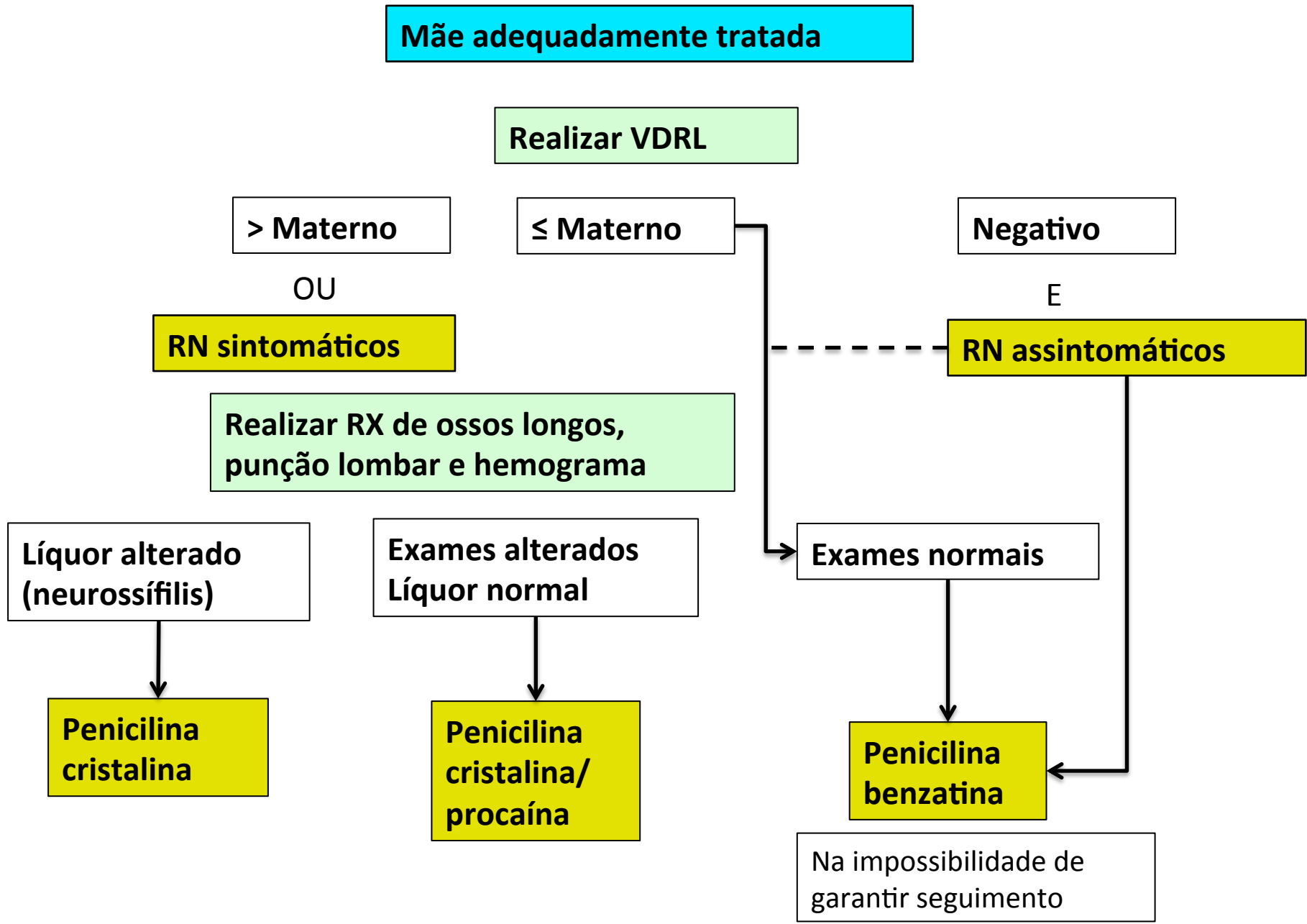
Exames normais

**Penicilina
cristalina**

**Penicilina
cristalina/
procaína**

**Penicilina
benzatina**

**Na impossibilidade de
garantir seguimento**



Tratamento

Presença de alterações liquóricas	Penicilina cristalina 50.000 UI/Kg/dose , IV a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
Presença de alterações clínicas, imunológicas, radiológicas ou hematológicas	Penicilina cristalina 50.000 UI/Kg/dose , IV a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias OU Penicilina G procaína 50.000 UI/kg , dose única diária, IM, durante 10 dias
Ausência de alterações clínicas e laboratoriais	Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg na dose única diária IM

Tratamento alternativo

Ceftriaxona 25-50 mg/kg peso dia, IV ou IM, por 10 a 14 dias

Os dados são insuficientes com relação à eficácia de tratamentos não penicilínicos para sífilis congênita.

A criança com sífilis congênita deverá ser seguida em intervalos mais curtos (a cada 30 dias) e avaliada quanto à necessidade de retratamento devido à possibilidade de falha terapêutica.

Antes da alta

- Notificação de “Sífilis congênita”
- Orientar a necessidade de repetir o teste não treponêmico com 30 dias na primeira consulta de puericultura