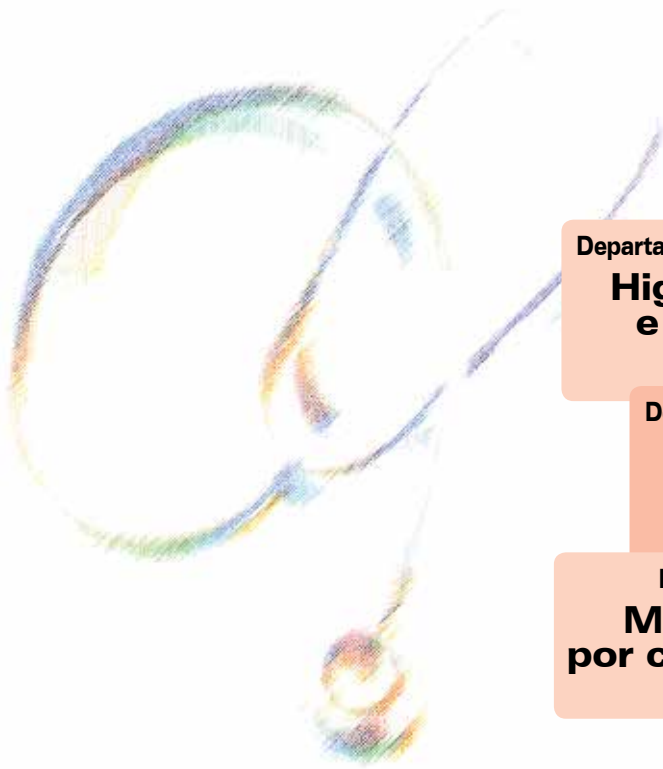


recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **74**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016
Maio 2016



Departamento de Medicina do Sono

**Higienização nasal
e o sono do bebê
e da criança**

Departamento de Infectologia

**Profilaxia da
transmissão
vertical do HIV**

Departamento de Segurança

**Morbimortalidade
por causas externas:
panorama atual**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Diretoria de Publicações

R. Maria Figueiredo, 595, 10º andar
04002-003 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

Profilaxia da transmissão vertical do HIV

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) representa uma doença pediátrica de grande importância no mundo, com uma estimativa atual de 3,4 milhões de crianças vivendo com HIV-1. Apesar do declínio de novas infecções em crianças, os números ainda são alarmantes. Segundo dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), em 2011, 330.000 crianças adquiriram a infecção pelo HIV-1¹.

A grande maioria das infecções pelo HIV-1 em crianças ocorre por transmissão vertical (TV), durante a gestação, parto ou aleitamento. Em 1994, o Grupo de Estudos Clínicos de AIDS Pediátrica 076 (PACTG 076) demonstrou que o uso do antirretroviral (ARV) zidovudina (AZT) administrado para mãe e para o recém-nascido reduziu de forma significativa a TV².

No Brasil foram notificados 656.701 casos de síndrome da imunodeficiência ad-

quirida (AIDS) de 1980 até junho de 2012, com um total de 253.706 óbitos, até dezembro de 2011, em todas as faixas etárias. Nesse período, ocorreram 17.539 casos em menores de 5 anos, 4.435 em crianças de 5 a 9 anos e 2.478 em crianças de 9 a 14 anos³. O Brasil foi um dos primeiros países a garantir a terapia antirretroviral (TARV) no sistema público de saúde, com acesso universal a praticamente todas as drogas aprovadas no mundo. Desde 1996 o Programa Nacional, hoje Departamento de DST, AIDS e hepatites virais do Ministério da Saúde, adotou a indicação da profilaxia da TV para todas as gestantes soropositivas e recém-nascidos expostos ao HIV-1. Atualmente, recomenda-se o uso de terapia antirretroviral combinada (HAART) para todas as gestantes infectadas pelo HIV-1. Essa estratégia tem grande impacto na redução da TV, atingido taxas menores de 2%.

O Brasil tem como meta a eliminação da transmissão

Autoras:

Flávia Jacqueline Almeida e
Heloisa Helena S. Marques

DEPARTAMENTO DE

INFECTOLOGIA

Gestão 2013-2016

Presidente:

Silvia Regina Marques

Vice-presidente:

Helena Keico Sato

Secretário:

Irene Walter de Freitas

Membros:

Aída de Fátima T. B. Gouvêa,
Calil Kairalla Farhat, Eduardo
Palandri, Eitan N. Berezin, Flávia
Jacqueline Almeida, Heloisa
Helena S. Marques, Lily Yin
Weckx, Luiza Helena Falleiros
R. Carvalho, Marcelo Otsuka,
Marco Aurélio Palazzi Safadi,
Maria Célia Cervi, Maria Isabel
de Moraes Pinto, Otávio Augusto
Leite Cintra, Regina Célia de M.
Succi, Renato de Ávila Kfourí,
Rosely Miller Bossolan, Sandra
de O. Campos, Saulo Duarte
Passos, Seila Israel do Prado,
Sonia Regina Testa da S. Ramos,
Valter Pinho dos Santos.

vertical do HIV (menos de 1% de transmissão) até 2015. As diversas intervenções já consagradas e implementadas no país têm reduzido significativamente os casos de TV, com queda de 49% no número absoluto de casos de AIDS em menores de 5 anos, nos últimos 12 anos. Entretanto, as taxas de TV ainda estão acima das metas de eliminação, com variações regionais de 2 a 12,5%⁴⁻⁷.

Resultados recentes do estudo PACTG 1043⁸ evidenciaram maior eficácia na redução da TV do HIV com o uso de uma quimioprofilaxia combinada para o recém-nascido quando comparada ao uso de AZT por 6 semanas isoladamente, para crianças expostas de mães que não receberam TARV na gestação. O estudo foi randomizado, aberto e multicêntrico de fase III, em que foram incluídos 1.746 recém-nascidos em quatro países. Os recém-nascidos elegíveis foram randomizados em três braços de quimioprofilaxia: AZT de 12/12h por 6 semanas; AZT de 12/12h por 6 semanas + nevirapina (NVP) 3 doses; e AZT de 12/12h por 6 semanas + lamivudina (3TC) de 12/12h por 2 se-

manas + nelfinavir (NFV) de 12/12h por 2 semanas. O risco de transmissão intraparto foi significativamente menor nos braços com 2 ou 3 medicamentos ARV comparados ao com AZT isoladamente, 2,2% e 2,5% *versus* 4,9%, respectivamente ($p=0,046$).

Desta forma, em 2012, com a meta de diminuir a TV, o Ministério da Saúde acrescentou NVP ao esquema da profilaxia para crianças expostas ao HIV-1, cujas mães não fizeram uso de ARV durante o pré-natal, ampliando em 2014 para as crianças cujas mães utilizaram ARV, mas não têm carga viral (CV) menor que 1.000 cópias/mL documentada no último trimestre de gestação^{9,10} (Quadro 1). Todos os recém-nascidos de mulheres infectadas pelo HIV devem receber profilaxia com AZT, de preferência, imediatamente após o nascimento (nas 4 primeiras horas de vida) e a indicação da associação com a nevirapina, com início nas primeiras 48 horas de vida, deve ser avaliada conforme os cenários descritos abaixo. Não há estudos que comprovem benefício do início da quimioprofilaxia após 48 horas do nascimento. A in-

Referências bibliográficas

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) [online]. UNAIDS Report on the global AIDS Epidemic - 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. N Engl J Med. 1994;331(18):1173-80.
3. Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. Ministério da Saúde [online]. Boletim epidemiológico. Ano IX - número 01. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_jornalistas_pdf_22172.pdf
4. Succu RC, Grupo de Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Transmissão vertical do HIV no Brasil em 2003-2004. Resultado preliminar de um estudo colaborativo multicêntrico. J Paranaeñ Pediatr. 2005;6:13.
5. Succu RC, Kummer SC, Grupo de Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria para Avaliar a Transmissão Materno-Infantil do HIV. Avaliação de um programa para reduzir taxas de transmissão vertical do HIV no Brasil. Resultados de um estudo colaborativo multicêntrico. Na Pediatr (Barc). 2004;6:80-1.
6. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Trends in maternal-infant transmission of AIDS after antiretroviral therapy in Brazil. Rev Saude Publica. 2006;40:18-22.
7. João EC, Gouvêa MI, Menezes JA, Sidi LC, Cruz ML, Berardo PT, et al. Factors associated with viral load suppression in HIV-infected pregnant woman in Rio de Janeiro, Brazil. Int J STD AIDS. 2012;23:44-7.
8. Nielsen-Saines K, Watts DH, Veloso VG, Bryson YJ, Joao EC, Pilotto JH, et al. Three postpartum antiretroviral regimens to prevent intrapartum HIV infection. N Engl J Med. 2012;366(25):2368-79.
9. Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. Secretaria de vigilância em saúde. Ministério da Saúde [online]. Nota técnica 388/2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/2012/52297>
10. Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. Secretaria de vigilância em saúde. Ministério da Saúde [online]. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-cria>

dicação da quimioprofilaxia após esse período deve ser discutida caso a caso, preferencialmente com o médico especialista.

Excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral ou sonda enteral, pode ser utilizado o AZT injetável nas seguintes doses:

→ Recém-nascido com 35 semanas de idade gestacional ou mais: 3 mg/kg IV 12/12h.

→ Recém-nascido entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 1,5 mg/kg IV 12/12h nos primeiros 14 dias de vida e 2,3 mg/kg/dose de 12/12h a partir do 15º dia.

→ Recém-nascido com menos de 30 semanas de idade gestacional: 1,5 mg/kg IV 12/12h. Neste caso não se associa a nevirapina, mesmo quando indicada, pois só está disponível em apresentação oral.

Quadro 1 - Indicação de ARV no recém-nascido para a profilaxia da transmissão vertical do HIV

Cenários	Indicação	ARV	Posologia	Duração total
Cenário 1	Uso de ARV no pré-natal e periparto, com carga viral documentada <1.000 cp/mL no 3º trimestre	AZT	RN ≥ 35 semanas de idade gestacional: 4 mg/kg/dose, 12/12h RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose, 12/12h nos primeiros 14 dias e 3 mg/kg/dose, 12/12h a partir do 15º dia RN < 30 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose, 12/12h	AZT
Cenário 2	Não utilização de ARV durante a gestação, independente do uso de AZT peri-parto Uso de ARV na gestação, com carga viral desconhecida ou ≥ 1.000 cp/mL no 3º trimestre	AZT + NVP	AZT: RN ≥ 35 semanas de idade gestacional: 4 mg/kg/dose, 12/12h RN entre 30 e 35 semanas de idade gestacional: 2mg/kg/dose, 12/12h nos primeiros 14 dias e 3 mg/kg/dose, 12/12h a partir do 15º dia RN < 30 semanas de idade gestacional: 2 mg/kg/dose, 12/12h NVP: Peso de nascimento > 2kg: 12 mg/dose (1,2mL) Peso de nascimento 1,5 a 2kg: 8 mg/dose (0,8mL) Peso de nascimento < 1,5kg: não usar NVP	AZT + NVP