

# Transmissão Vertical do HIV

**Doris Sztutman Bergmann**

Divisão de Atenção Especializada/Programa Municipal de IST/HIV/AIDS/HV  
Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo  
Comitê Assessor PCDT Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes/MS  
Novembro de 2018

# Transmissão Vertical do HIV

- OMS -> projeto de eliminação da transmissão vertical do HIV
- Brasil é candidato à certificação
- Estratégia -> certificar os municípios que organizarem a atenção e eliminarem a transmissão vertical do HIV

# Transmissão Vertical do HIV

- Gestação
  - carga viral
  - condições clínicas e imunológicas da gestante/bebê
- Periparto
  - carga viral
  - contato com sangue e secreções maternas
- Pós-parto
  - leite materno

# Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV

- Diagnóstico precoce do HIV materno
- Uso de antirretrovirais para a prevenção de TV
- Evitar procedimentos invasivos
- Evitar contato com sangue e secreções da mãe
- AZT injetável durante o parto
- Usar o AZT solução oral nas primeiras 4 horas de vida e manter por 4 semanas
- Nevirapina via oral, 3 doses, caso a mãe não tenha feito uso de profilaxia com ARV durante a gestação, independente do uso de AZT IV durante o parto
- Não amamentação

# Diagnóstico em crianças menores de 18 meses

- DEVE-SE UTILIZAR TESTES VIROLÓGICOS PARA O DIAGNÓSTICO: PCR DNA ou RNA (carga viral).
- A primeira CV deve ser colhida com 4 semanas de vida ou 6 semanas, quando a criança recebeu profilaxia ARV.
- Em RNs sintomáticos, a CV pode ser colhida em qualquer momento.
- É importante confirmar que a criança não foi amamentada. Para as crianças que foram amamentadas, a primeira CV deve ser colhida imediatamente após a interrupção da amamentação.

# Protocolo para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV

Protocolo proposto

Tentar fazer o diagnóstico precocemente (Carga viral ao nascimento)

Profilaxia com 3 drogas antirretrovirais para o RN

Objetivo: início de tratamento precoce -> prognóstico melhor (maior chance de ter evolução lenta -> controlador de elite)

# Diagnóstico em crianças menores de 18 meses

## Criança infectada:

✳ 2 cargas virais detectáveis acima de 5000 cópias/ml em qualquer idade

## Criança não infectada:

✳ 2 cargas virais indetectáveis -> criança não infectada

✳ A sorologia é solicitada a partir de 12 meses para documentar a reversão

✳ Crianças não infectadas -> realizar acompanhamento anual até final da adolescência (expostas ao HIV e aos ARVs) → repercussões a médio e longo prazo

# Diagnóstico acima de 18 meses

UTILIZAR SOROLOGIA PARA O DIAGNÓSTICO:

- Teste de triagem reagente (ELISA, EIA, MEIA) e
- Teste confirmatório positivo (IFI, IB, WB); **ou**
- 2 Testes rápidos

\*segunda amostra para descartar contaminação ou troca de amostras

# **ELISA anti-HIV – Resultados falso-negativos**

- Janela imunológica
- Disfunção grave de linfócitos B
- Agama/hipogamaglobulinemia
- Terapêutica imunossupressora
- Resposta atípica do hospedeiro
- Erro técnico

# **ELISA anti-HIV – Resultados falso-positivos**

- Infecção viral aguda
- Aquisição passiva de anticorpos anti-HIV (de mãe para filho)
- Tumores malignos
- Gravidez
- Pacientes com múltiplas transfusões de sangue
- Vacina recente contra influenza A H1N1
- Hepatopatias
- Doenças autoimunes: artrite reumatoide, lúpus, tireoidite autoimune,.....
- Hemodialisados
- Pacientes em terapia com Interferon

Desde 2007, mais de 99% das crianças estão se infectando por **transmissão vertical**

Em grande parte dos casos de crianças infectadas por transmissão vertical, a mãe teve o diagnóstico feito após o parto

- não tiveram o diagnóstico realizado em tempo adequado
- a mãe foi infectada no final da gestação ou durante a amamentação e transmitiu o vírus para a criança pelo **aleitamento materno**

# Transmissão Vertical por Aleitamento Materno

## Fatores que podem influenciar

- Infecção materna durante a amamentação
- Carga viral
- Situação clínica da mãe e do RN
- Quantidade de IgA secretora no leite materno e IgA na mucosa do RN (proteção por ação contra a proteína gp140 do envelope viral)

- Polimorfismos nas células da medula óssea BST-2 previnem a liberação do HIV pelas células infectadas e agem como mediadoras na produção de citocinas pró inflamatórias, diminuindo o risco de aquisição do vírus ou levando a uma evolução lenta da infecção
- Quantidade de ARV no leite materno – reduz a quantidade de vírus no leite materno, mas não atinge os vírus resistentes
- Presença de alguns ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa no leite materno é correlacionada com menor carga viral e menor risco de transmissão do vírus

# Transmissão do HIV por aleitamento

## Prevenção

- Diagnóstico precoce de HIV em mulheres em idade reprodutiva e de seus parceiros
- Recomendação de uso de preservativos durante a gestação e durante o aleitamento
- Sorologia/Teste rápido diagnóstico no pré-natal e parto
- Acompanhamento com testagem da puérpera/lactante e atenção a exposição a risco



[dorissberg@gmail.com](mailto:dorissberg@gmail.com)