

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

ATENÇÃO ÀS MULHERES COM HIV NO PARTO E PUERPÉRIO



O cuidado no momento do parto e nascimento é crucial para a prevenção da transmissão vertical do HIV.



Objetivos dessa apresentação:

- Apresentar as atuais recomendações para assistência ao parto e puerpério de mulheres vivendo com HIV/Aids;
- Apresentar as recomendações para o cuidado imediato do recém-nascido.



Via de Parto e Transmissão Vertical do HIV

O risco de transmissão vertical do HIV é determinado pela:

- CV-HIV (carga viral de HIV) materna
- Uso de terapia antirretroviral (TARV) durante a gestação
- Relação entre o tempo de uso de TARV efetiva e o parto.

A supressão da CV-HIV é um fator determinante na redução da transmissão vertical.

O uso de TARV durante a gravidez reduz a taxa de transmissão vertical do HIV de aproximadamente 30% para menos de 1%, quando se alcança a supressão da CV-HIV materna (CV-HIV plasmática).



Via de Parto em Mulheres com Terapia Antirretroviral

Taxa de Transmissão Vertical (TV) de HIV comparando cesárea eletiva X outras vias de parto:

-> HIV RNA <1000 vs >1000 cópias/ml

-> 1 droga X múltiplas drogas

	Cesárea Eletiva	Outras Vias
HIV RNA >1000 cópias/ml		
1 droga (mono AZT)	1.8%	7.4%
Múltiplas drogas	2.3%	1.8%
HIV RNA <1000 cópias/ml		
1 droga (mono AZT)	1.8%	4.3%
Múltiplas drogas	0.8%	0.5%



Indicação da via de parto em gestantes com HIV/Aids

Ministério da Saúde, 2019

Em mulheres com carga viral (CV) desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical (TV) do HIV.

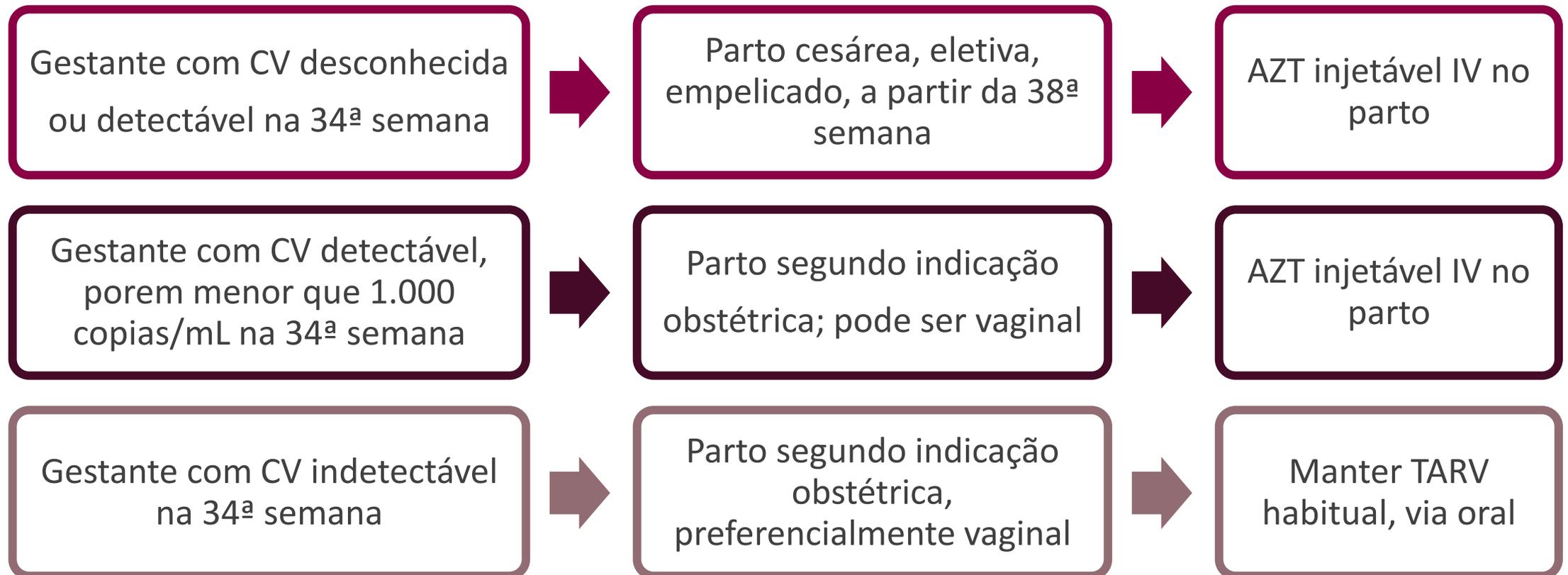
Para gestantes em uso de antirretroviral (ARV) e com supressão da CV-HIV sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada.

Em mulheres com CV-HIV <1.000 cópias/mL, mas DETECTÁVEL, pode ser realizado parto vaginal, se não houver contra-indicação obstétrica. No entanto há indicação da mulher receber AZT intravenoso.

Deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos 3h antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical, para as gestantes infectadas pelo HIV com CV-HIV desconhecida ou detectável a partir da 34ª semana de gestação.



Situações para administração de Zidovudina (AZT) intravenoso profilático para gestante durante o parto





Esquema Posológico de AZT Injetável

- Apresentação comercial do AZT injetável (EV): frasco ampola de 10mg/mL.
- A dose de ataque na primeira hora e de 2mg/kg, seguida de manutenção com infusão contínua de 1mg/kg, diluído em 100mL de soro glicosado a 5%.
- A parturiente deve receber AZT EV desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.
- **A concentração não deve exceder 4 mg/mL.**

ESQUEMA ALTERNATIVO AO AZT INJETÁVEL (situações de indisponibilidade da apresentação EV)

A dose de AZT é 300mg, VO, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300mg a cada três horas, até o clampeamento do cordão umbilical.

Esse esquema não é recomendável como rotina pela absorção errática do AZT VO, sem evidência que garanta nível sérico adequado no momento oportuno.



Cuidados Específicos

Parto Vaginal

1. Assim como na gestação, **estão contraindicados todos os procedimentos invasivos durante o trabalho de parto** (amniocentese, cordocentese, amniotomia, escalpo cefálico);
2. O **parto instrumentalizado deve ser evitado**. Se houver indicação precisa que supere os riscos maiores de infecção da criança pelo procedimento, o fórceps deve ser preferido ao vácuo-extrator.
3. Havendo condições favoráveis para o parto vaginal e estando este indicado, **iniciar o AZT intravenoso logo que a parturiente chegar ao serviço, e manter a infusão até a ligadura do cordão umbilical**.
4. Diante da **integridade da bolsa amniótica, a progressão normal do trabalho de parto é preferível à sua indução**.
5. O trabalho de parto deve ser monitorado cuidadosamente, **evitando toques desnecessários e repetidos** (usar o partograma).



Cuidados Específicos

Parto Vaginal

6. Deve-se **evitar que as parturientes permaneçam com bolsa rota por tempo prolongado**, visto que a taxa de TV aumenta progressivamente após 4h de bolsa rota.
7. O uso de medicamentos que aumentam a atividade uterina não está contraindicado, devendo seguir os padrões de segurança já conhecidos.
8. **A amniotomia artificial deve ser evitada**, a menos que extremamente necessária.
9. **A ligadura do cordão umbilical deve ser imediata à expulsão do feto**, não devendo ser executada, sob nenhuma hipótese, a ordenha do cordão.
10. **A episiotomia só será realizada após avaliação cautelosa de sua necessidade**. Sendo realizada, deverá ser protegida por compressas umedecidas com degermante (o mesmo utilizado para degermar a vagina e períneo durante o parto



Cuidados Específicos

Cesariana Eletiva

- 1. Confirmar a idade gestacional, a fim de evitar a prematuridade iatrogênica.** Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina e ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).
- 2. A cesárea eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação,** a fim de evitar a prematuridade, o trabalho de parto e a RPM.
- 3. Caso a gestante que tenha indicação para a cesárea eletiva inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4cm), deve-se iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3h de infusão.**



Cuidados Específicos

Cesariana Eletiva

4. Sempre que possível, **proceder ao parto empelicado** (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).
5. **Ligar o cordão umbilical imediatamente após a retirada do RN** e não realizar ordenha do cordão.
6. Realizar a **completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal** e a troca das compressas ou campos secundários **antes de realizar a histerotomia**, minimizando o contato posterior do RN com sangue materno.
7. **Utilizar antibiótico profilático** tanto na cesárea eletiva quanto na cesárea de urgência: dose única EV de 2g de cefazolina.



Cuidados com o RN na **Sala de Parto e Pós-Parto Imediato**

- Sempre que possível, realizar o parto empelicado, com a retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras.
- Clampear imediatamente o cordão após o nascimento, sem qualquer ordenha.
- Imediatamente após o nascimento (ainda na sala de parto), realizar o banho, preferencialmente com chuveirinho, torneira ou outra fonte de água corrente. Limpar com compressas macias todo sangue e secreções visíveis no RN. A compressa deve ser utilizada de forma delicada, com cuidado ao limpar as secreções, para não lesar a pele delicada da criança e evitar uma possível contaminação.
- Se necessário, aspirar delicadamente as vias aéreas do RN, evitando traumatismos em mucosas.



Cuidados com o RN na **Sala de Parto e Pós-Parto Imediato**

- Aspirar delicadamente o conteúdo gástrico de líquido amniótico (se necessário) com sonda oral, evitando traumatismos. Se houver presença de sangue, realizar lavagem gástrica com soro fisiológico.
- Colocar o RN junto à mãe o mais breve possível.
- Coletar CV-HIV imediatamente após o nascimento.
- Iniciar a primeira dose do AZT solução oral (preferencialmente ainda na sala de parto), logo após os cuidados imediatos ou nas primeiras 4h após o nascimento.
- Quando indicado, administrar a NVP (Nevriapina) o mais precocemente possível, antes das primeiras 48h de vida.
- Orientar a não amamentação e inibir a lactação com medicamento.

A indicação da quimioprofilaxia após 48h do nascimento da criança deverá ser discutida caso a caso, preferencialmente com o médico especialista.



Cuidados com o RN na **Antes da Alta**

- É recomendado o alojamento conjunto em período integral, com o intuito de fortalecer o vínculo mãe-filho.
- Iniciar precocemente (ainda na maternidade ou na primeira consulta ambulatorial) o monitoramento laboratorial em todas as crianças expostas (independentemente de serem pré-termo ou não), considerando a possibilidade de eventos adversos aos ARV utilizados pela mãe.
- Anotar no resumo de alta do RN as informações do pré-natal, as condições do nascimento, o tempo de uso do AZT injetável na mãe, o momento do início do AZT xarope e da NVP no RN, dose utilizada, periodicidade e data de término, além das mensurações antropométricas, tipo de alimento fornecido à criança e outras informações importantes relativas ao parto. Essas informações deverão ser disponibilizadas à Unidade que acompanhará a criança e a puérpera.



Cuidados com o RN na **Antes da Alta**

- A alta da maternidade é acompanhada de consulta agendada em serviço especializado para seguimento de crianças expostas ao HIV. O comparecimento à essa consulta necessita ser monitorado. Em caso de não comparecimento, contatar a puérpera. **A data da primeira consulta não deve ser superior a 15 dias a contar do nascimento, idealmente na primeira semana de vida.**
- Preencher as fichas de notificação da “Criança exposta ao HIV” e envia-las ao núcleo de vigilância epidemiológica competente.
- Atentar para as anotações feitas na carteira do RN referentes a dados que remetam a exposição ao HIV (comprometendo o sigilo), uma vez que se trata de um documento comumente manuseado pela família para outras atividades.

Crianças expostas ao HIV devem ser atendidas em Serviços de Atenção Especializada em HIV/aids, compartilhando o cuidado com a Atenção Primária.



Contraindicação da Amamentação na Mulher vivendo com HIV

Toda puérpera vivendo com HIV/aids deve ser orientada a **não amamentar** e informada sobre o direito de receber fórmula láctea infantil.

- O risco de TV do HIV continua por meio da amamentação e o fato de a mãe utilizar ARV **não controla a eliminação do HIV pelo leite e não garante proteção.**
- O aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar também são contraindicados.
- Se a criança for **exposta à amamentação por mulher infectada pelo HIV**, deve-se orientar **a interrupção imediata da amamentação** e avaliação quanto à necessidade de **realização de PEP (profilaxia pós exposição)**, simultaneamente à **investigação diagnóstica.**



Inibidores da Lactação

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada **imediatamente após o parto**, utilizando-se **cabergolina 1mg VO**, em dose única (dois comprimidos de 0,5mg), **administrada antes da alta hospitalar**.

- Vantagens da cabergolina: efetividade, comodidade posológica e raros efeitos colaterais (gástricos).
- Diante da ocorrência de lactação rebote, fenômeno pouco comum, pode-se realizar uma nova dose do inibidor.
- Pode-se usar leite humano pasteurizado proveniente de banco de leite credenciado pelo MS (p. ex. RN pré-termo ou de baixo peso).

Enfaixamento das Mamas

- Deve ser realizado **apenas na ausência dos inibidores de lactação farmacológicos**.
- Consiste em realizar compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto. Cuidado para não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. O enfaixamento é recomendado por um período de 10 dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas.



Orientações para o Momento da Alta

- Orientações sobre contracepção para que a mulher possa planejar sua próxima gravidez, se assim desejar;
- Consulta agendada para puérpera e recém-nascido no Serviço de Atenção Especializada e na Unidade Básica de referência;
- Busca ativa dos casos que não comparecerem à consulta de puerpério;
- Reforço da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV).



A adequada condução no parto e puerpério de mulheres vivendo com HIV tem levado a transmissão vertical à níveis próximos de zero.

O parto vaginal é possível desde que a mulher seja adequadamente tratada e alcance o controle da viremia.

O manejo adequado do bebê no momento do parto e antes da alta hospitalar são pontos estratégicos para evitar a transmissão vertical do HIV.



Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde Coordenação-Geral de Gestão de Tecnologias em Saúde Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais – Brasília : Conitec, 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Nota Informativa Nº 20/2020-CGAHV/.DCCI/SVS/MS. Dispõe sobre atualizações nas recomendações de diagnóstico e tratamento de crianças vivendo com HIV acima de dois anos.
- Shapiro D, Tuomala R, Pollack H. Mother-to child HIV transmission risk according to antiretroviral therapy, mode of delivery, and viral load in 2895 U.S. women (PACTG 367). Paper presented at: 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, CA; 2004.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

ATENÇÃO ÀS MULHERES COM HIV NO PARTO E PUERPÉRIO

Material de 23 de dezembro de 2020

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.