

Negligência no pré-natal e puericultura e transmissão vertical do HIV: um relato de caso

Negligence in prenatal and childcare care and vertical transmission of HIV: a case report

DOI:10.34119/bjhrv5n2-140

Recebimento dos originais: 27/01/2022

Aceitação para publicação: 25/02/2022

Tales Tomé Lemos

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP - Ouro Preto - MG

Endereço: R. Dois - Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto MG

E-mail: tales.tome@aluno.ufop.edu.br

Marina Eduarda Santos

Graduanda em medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP - Ouro Preto - MG

Endereço: R. Dois - Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto MG

E-mail: marina.eduarda@aluno.ufop.edu.br

Letícia Calazans Queiroz

Graduanda em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP - Ouro Preto - MG

Endereço: R. Dois - Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto MG

E-mail: eticia.calazans@aluno.ufop.edu.br

Matheus Eduardo Lopes Fraga

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP - Ouro Preto - MG

Endereço: R. Dois - Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto MG

E-mail: matheus.fraga@aluno.ufop.edu.br

Lucas Soares do Valle

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP - Ouro Preto - MG

Endereço: R. Dois - Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto MG

E-mail: lucas.valle@aluno.ufop.edu.br

Isabela Rocha Tavares

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário Alfredo Nasser - Goiânia -GO

Av. Bela Vista, 26 - Jardim Esmeraldas, Goiânia - GO

E-mail: isabelarochatavares@gmail.com

Arthur Vartuli Yokoo

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP - Ouro Preto - MG

Endereço: R. Dois - Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto MG

E-mail: arthur.yokoo@aluno.ufop.edu.br

Lucas Oliveira Dabien Haddad

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Ouro Preto, UFOP - Ouro Preto - MG

Endereço: R. Dois - Campus Morro do Cruzeiro, Ouro Preto MG

E-mail: lucas.haddad@aluno.ufop.edu.br

RESUMO

O HIV, sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, é um retrovírus com genoma RNA, da Família Retroviridae, que ataca o sistema imunológico. As principais formas de transmissão são a sexual, a sanguínea e a vertical. Existem 16 milhões de mulheres em idade reprodutiva portadoras do HIV, chamando atenção para os riscos de transmissão vertical e para a saúde do concepto. A triagem do HIV está inserida nos exames de rotina pré-natal, visto que o diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento podem reduzir a mortalidade e a progressão da doença. E.S.L, sexo feminino, 8 meses e 23 dias, moradora da Unidade de Acolhimento Institucional de Mariana, onde reside desde os seus 3 meses, por determinação judicial. Veio ao consultório por suspeita de transmissão vertical de HIV. Mãe portadora de HIV, usuária de “crack” e moradora de rua. A sorologia para HIV resultou em positiva no terceiro semestre, o parto foi normal e não houve uso de antirretroviral. Segundo relato da responsável, a paciente chegou ao Instituto em péssimo estado geral e com sinais de maus tratos. Ao exame físico, foi percebido um estado geral regular e certa apatia. Em relação aos dados antropométricos: Perímetro cefálico= 43,5 (-2<Z<0); Peso = 6,7kg (-2<Z<0); Altura=70 cm (Z=0) e IMC= 14,08 (-2<Z<0). A conduta foi a solicitação de exames de carga viral e de contagem de linfócitos TCD4 e TCD8, além do VDRL e do FTA-ABS para confirmar ou excluir a transmissão vertical de HIV e de sífilis, respectivamente. A transmissão vertical do HIV pode ocorrer em três períodos: intrauterino, no nascimento (intraparto) ou durante a amamentação (pós-parto). Cerca de 65% das infecções ocorrem no período periparto. No caso em questão, não há a possibilidade de a paciente ter contraído HIV por meio da amamentação, pois ela nunca foi alimentada dessa maneira. Entretanto, a transmissão pode ter ocorrido no período intrauterino ou no nascimento, visto que o parto foi normal. No caso de mãe com sorologia positiva para o HIV, a via de parto é escolhida de acordo com a carga viral da mãe realizada no último trimestre. Nesse sentido, considerando que a mãe não tinha o exame de carga viral deveria ter sido realizada cesárea. Ademais, é perceptível que essa possível transmissão poderia ser evitada com a realização de um pré-natal adequado e que a negligência dos pais com esse processo pode afetar significativamente a vida do recém-nascido. Dessa forma, vê-se a importância de realizar um número adequado de consultas pré-natal e de se preocupar com a possibilidade de transmissão vertical de doenças, em especial do HIV, que se configura como uma imunodeficiência grave, com tratamento complicado e sem possibilidade de cura.

Palavras-chave: pediatria, HIV, pré-natal.**ABSTRACT**

HIV, human immunodeficiency virus, is a retrovirus with RNA genome, from the Retroviridae family, which attacks the immune system. The main forms of transmission are sexual, blood

and vertical. There are 16 million women of reproductive age who are HIV positive, drawing attention to the risks of vertical transmission and to the health of the unborn child. HIV screening is included in routine prenatal testing, since early diagnosis and rapid initiation of treatment can reduce mortality and disease progression. E.S.L, female, 8 months and 23 days old, lives in the Institutional Shelter Unit in Mariana, where she has been living since she was 3 months old, by judicial determination. She came to the clinic due to suspicion of vertical HIV transmission. HIV-positive mother, crack user, and street dweller. The serology for HIV was positive in the third semester, the delivery was normal and there was no use of antiretroviral. According to the report of the person responsible, the patient arrived at the Institute in a very poor general condition and with signs of mistreatment. On physical examination, a regular general state and a certain apathy were noticed. Regarding anthropometric data: head circumference = 43.5 ($-2 < Z < 0$); weight = 6.7kg ($-2 < Z < 0$); height = 70 cm ($Z=0$) and BMI = 14.08 ($-2 < Z < 0$). The management was to request tests for viral load and TCD4 and TCD8 lymphocyte count, in addition to VDRL and FTA-ABS to confirm or exclude vertical transmission of HIV and syphilis, respectively. Mother-to-child transmission of HIV can occur in three periods: intrauterine, at birth (intrapartum), or during breastfeeding (postpartum). About 65% of infections occur in the peripartum period. In the case in question, there is no possibility that the patient contracted HIV through breastfeeding, because she was never fed in this way. However, the transmission may have occurred during the intrauterine period or at birth, since the delivery was normal. In the case of a mother with positive HIV serology, the delivery route is chosen according to the mother's viral load carried out in the last trimester. In this sense, considering that the mother did not have the viral load test, a cesarean section should have been performed. Moreover, it is noticeable that this possible transmission could be avoided by performing an adequate prenatal care and that the negligence of parents with this process can significantly affect the life of the newborn. Thus, it is important to perform an adequate number of prenatal consultations and to worry about the possibility of vertical transmission of diseases, especially HIV, which is configured as a severe immunodeficiency, with complicated treatment and no possibility of cure.

Keywords: pediatrics, HIV, prenatal.

1 INTRODUÇÃO

O HIV, sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana, é um retrovírus com genoma RNA, da Família Retroviridae, que ataca o sistema imunológico. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. Por meio da alteração do DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo, para depois se multiplicar e rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. As principais formas de transmissão são a sexual, a sanguínea e a vertical. Em relação à última, ela decorre da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno.

O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas. Estima-se que as taxas de transmissão vertical (TV),

na ausência de intervenção terapêutica, são por volta de 31%. Isso chama a atenção para os riscos de transmissão vertical e para a saúde do concepto.

Nesse sentido, a triagem do HIV está inserida nos exames de rotina pré-natal, visto que o diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento podem reduzir a mortalidade e a progressão da doença. Entretanto, a realização de um pré-natal adequado não faz parte da realidade de grande parte das gestantes brasileiras, o que contribui para o aumento dos riscos desse tipo de infecção.

2 RELATO DE CASO

E.S.L, sexo feminino, lactente de 8 meses e 23 dias de vida, acompanhada da responsável legal D.N.P.S. A responsável relata que procurou o atendimento pois a mãe da criança é portadora de HIV e sífilis, porém a sorologia da criança era desconhecida. Ao ser questionada sobre a história da bebê, D.N.P.S relata que E.S.L reside, por determinação judicial, na Unidade de Acolhimento Institucional de Mariana (UAIM) desde os seus 3 meses de idade, e que a paciente chegou ao Instituto em péssimo estado geral, muito magra e com sinais de maus tratos. A mãe é usuária de crack, sem-teto e mentalmente incapaz de cuidar dos filhos. Após denúncia de abuso, E.S.L e seus 4 irmãos foram abrigados pela avó, que possui distúrbios psiquiátricos. Após novas denúncias, as 5 crianças foram retiradas da família por decisão judicial e transferidas para a UAIM.

As únicas informações sobre a gestação são as sorologias de HIV e Sífilis positivas no 3º trimestre. O parto foi normal, com 37 semanas e 6 dias, Apgar 1º minuto = 9 e no 5º minuto = 10. Alta sem intercorrências; relatório de alta da Santa Casa de Ouro Preto diz que não foi feito uso de retroviral, e acompanhante afirma que a mãe não seguiu as medicações prescritas para a bebê após a alta (AZT + Nevirapina. Único teste de triagem neonatal realizado foi o teste do coraçãozinho, sem alterações. Possui histórico de: lesões recorrentes na boca e na língua, eritematosas e com contornos esbranquiçados; corrimento vaginal escurecida com resolução espontânea há alguns meses; pápulas ao redor da boca e nas nádegas, eritematosas, que descamam espontaneamente, além de bolhas nos pés quando chegou na UAIM. Nunca mamou leite materno, consumindo apenas fórmula substituinte por 6 meses, quando ocorreu a introdução de alimentos sólidos. Atualmente possui alimentação adequada. Faz suplementação de sulfato ferroso 25mg/ml, 10 gotas por dia, além de vitaminas do complexo D. Evacuação 2-3x por dia, Bristol 5, sem sangue ou sinais de esforço, urina por vezes escura. Vacinação em dia. Higiene oral, banho de sol e tempo de tela adequados. Marcos de desenvolvimento neuropsicomotor para a idade alcançados, exceto duplicação de sílabas. Apresentou os

seguintes exames: 18/12/18 VDRL: não reativo; Hb=10,2g/dL; Hm=3,54milhões/ μ L; VCM=87fL; HCM= 29pg; RDW=12,5%; CHCM=33g/dL; Hematocrito=30,7%; Leucograma=13.990/mm³; Plaquetas=279.000/mm³; PCR=5mg/L. 09/01/19 HIV 1 e 2: encontrados anticorpos. 14/02/19 Fenilalanina neonatal = 1,2mg/dL; T4 neonatal = 10,3mg/dL.

Ao exame físico, apresentou bom estado geral, postura atípica, fáceis atípicas, acianótica, anictérica, bem hidratada, certa apatia. Fontanela frontal de uma polpa digital. Cabeça sem deformidades, macro ou microcefalia. Olhos sem secreções, sinais flogísticos ou edema; movimentos oculares normais. Orelhas com implantações normais, pérvias, sem secreções. Nariz sem obstruções ou secreções. Pescoço sem assimetrias, massas ou deformidades. Sem linfonodos palpáveis. Presença de petéquias nas solas dos pés. FC=185bpm; FR=48irpm; Temp. testa=37°C; em relação aos dados antropométricos: Perímetro cefálico=43,5cm (-2<Z<0); Peso = 6,7kg (-2<Z<0); Altura=70 cm (Z=0) e IMC= 14,08 (-2<Z<0). AR: tórax sem abaulamentos, ritmo respiratório regular, padrão respiratório abdominal, sem sinais de esforço respiratório; FTV normal, som claro pulmonar, MVF sem ruídos adventícios. ACV: sem estase jugular, cianose ou edema; pulsos radial e pedioso palpáveis, amplos, simétricos e rítmicos. Bulhas normorrítmicas, normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros. AGI: abdome globoso, sem lesões. Ruídos hidroaéreos preservados; sem massas palpáveis, indolor ao exame. AGU: genitália típica, Tanner 1, sem secreções, lesões ou sinais flogísticos; sem sinéquia labial ou fístulas; ânus perfurado, sem prolapsos, fístulas ou lesões. SN: reflexo cutâneo-plantar superficial presente, demais reflexos primitivos ausentes.

Oroscopia: mucosas hidratadas, acianóticas, anictéricas, sem presença de lesões, secreções ou sinais flogísticos; palato íntegro, ausência de dentes. Hipóteses diagnósticas: Lactente; suspeita de transmissão vertical de HIV e sífilis; alimentação adequada; vacinação adequada; crescimento adequado; desenvolvimento adequado; risco de acidentes médio/alto. Conduta: solicitação de exames de carga viral e de contagem de linfócitos TCD4+ e TCD8+, além do VDRL e do FTA-ABS para confirmar ou excluir a transmissão vertical de HIV e de sífilis, respectivamente; contra-indicação de vacinas de vírus vivo (febre amarela, vacina oral da poliomielite) até segunda ordem; orientação sobre crescimento, alimentação, estímulos para o desenvolvimento e prevenção de acidentes; retorno agendado em um mês.

3 DISCUSSÃO

O caso chama bastante atenção pela falta de informações sobre o histórico da paciente, além de condutas médicas alarmantes. Os achados e exames ainda são inconclusivos para o diagnóstico ou descarte de transmissão vertical (TV) de sífilis e HIV, sendo este mais provável.

Mesmo com as sorologias pré-natais positivas, não houve tratamento do RN, o que pode resultar em severas consequências no seu desenvolvimento. Além disso, quase nenhum teste de triagem neonatal foi realizado.

As medidas antropométricas e desenvolvimento dentro da normalidade são reconfortantes, contribuindo para as hipóteses diagnósticas pediátricas adequadas. Entretanto, as sorologias, histórico de lesões de repetição e histórico da paciente levam à hipótese de TV de HIV e sífilis. Condutas adequadas em relação ao desenvolvimento, exames e possíveis tratamento das doenças deste ponto em diante são indispensáveis, porém infelizmente a situação de extrema vulnerabilidade da paciente está fora do nosso alcance.

No final da década de 90, com a introdução da terapia antirretroviral (ARV) combinada, de início precoce na gestação, da cesárea eletiva, da profilaxia medicamentosa perinatal e da prática de não-aleitamento houve uma queda muito significativa na transmissão vertical (TV) do HIV, reduzindo essa taxa em 20 vezes. Cerca de 80 a 90% das infecções de HIV em crianças ocorrem através da TV.

Atualmente existem cerca de 1.600.000 gestantes no mundo portadoras do HIV, e estima-se que a taxa de transmissão vertical seja de 31%, na ausência de uma intervenção terapêutica. Em países desenvolvidos, com o uso dos ARV para as gestantes e recém-nascidos, cesariana eletiva quando a carga viral materna está acima de 1000 cópias/ mm³ e aleitamento exclusivo com fórmulas lácteas para RNs expostos, a TV foi reduzida para níveis abaixo de 2%. Em gestantes com carga viral indetectável durante a gestação, esses níveis caem abaixo de 1%.

A transmissão vertical do HIV ocorre em 3 períodos: Intrauterino, intraparto (nascimento) e pós-parto (amamentação). As infecções no período intrauterino ocorrem em sua grande maioria no terceiro trimestre da gestação, pois a placenta é uma barreira comprovadamente efetiva à transmissão do HIV, mas no final da gravidez sua integridade vascular é comprometida. Esse comprometimento é mais acentuado nas últimas semanas, quando ocorre a maior parte das infecções. A TV no intraparto é responsável por 65% do número de transmissões e ocorre devido à exposição da mucosa do RN a fluídos biológicos maternos infectados. RNs pré-termo apresentam um sistema imunológico imaturo, estando esta condição associada à maior TV intraparto em diversos estudos.

As infecções que ocorrem no período pós-parto são devido à amamentação e são responsáveis por um terço do total de TVs. Em muitos países o aleitamento materno é crucial à sobrevivência do RN e taxas reduzidas de TV podem ser obtidas com o uso contínuo de profilaxia com ARV durante esse período. No entanto, o risco de transmissão do HIV pela

amamentação excede seus benefícios após cerca de 3 a 7 meses. Além disso, existe um risco significativamente maior de infecção quando a criança é alimentada de forma mista, pois as fórmulas, que são feitas com base em leite de vaca, provocam microfissuras na mucosa intestinal, facilitando a penetração do HIV.

No Brasil, desde 2000, programas governamentais de monitoramento de grávidas têm sido desenvolvidos e implantados. A notificação compulsória de mulheres infectadas e crianças expostas se tornou obrigatória e essas informações ficam registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Entretanto, estima-se que a triagem atinja apenas 58% das gestantes portadoras do HIV. Em 2012 o Ministério da Saúde instituiu um protocolo para o uso da neviraparina associada à zidovudina em crianças de mães soropositivas sem tratamento adequado na gestação.

Os ARV atuam diminuindo a TV de modo que reduzem a carga viral materna e a exposição do RN aos vírus maternos. Essas medicações também atravessam a placenta e atuam como profilaxia pré/pós-exposição ao feto e ao bebê. É recomendado pela OMS o uso dos ARV em todas as gestantes e lactantes, e também deve ser mantido o tratamento enquanto a criança estiver exposta ao vírus durante a amamentação.

A identificação precoce da criança infectada verticalmente é essencial para o início da terapia antirretroviral, profilaxia das infecções oportunistas e o manejo das intercorrências infecciosas. Os anticorpos maternos podem persistir no sangue até os 18 meses de idade, tornando a detecção de anticorpos anti-HIV nesse período insuficiente para estabelecer um diagnóstico laboratorial. Desse modo, para o diagnóstico é realizado a detecção da carga viral (RNA viral), e é necessário a realização de pelo menos 2 exames. O primeiro é feito após 2 semanas do término da profilaxia com os ATV. A segunda quantificação é realizada com pelo menos 6 semanas após o término da profilaxia. Caso ambos os testes de carga viral apresentem resultado de até 5000 cópias/ml, considera-se a criança sem indícios de infecção. Com os dois resultados acima de 5000 cópias/ml, considera-se a criança infectada. Havendo discordância entre o primeiro e o segundo resultado, realiza-se um terceiro exame.

4 CONCLUSÃO

Dessa forma, vê-se a importância de realizar um número adequado de consultas pré-natal, pois elas representam papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.

Ademais, no caso de identificação de sorologia positiva para o HIV da gestante, é necessário que seja iniciada a terapia ARV em uma fase precoce da gestação. No momento do parto, o tempo de exposição à ruptura de membranas é importante. Além disso, a redução do parto prematuro através de um cuidado pré-natal adequado constitui uma medida extremamente eficaz na redução da TV intraparto e pós-natal precoce.

No Brasil, também se reforça a prática do não aleitamento materno e o uso exclusivo de fórmula láctea. Nesse sentido, diminuem-se, significativamente, os riscos de transmissão vertical dessa doença, que se configura como uma imunodeficiência grave, com tratamento complicado e sem possibilidade de cura.

REFERÊNCIAS

FRIEDRICH, Luciana, et al. **Transmissão vertical do HIV: uma revisão sobre o tema.** *Boletim Científico de Pediatria-Vol 5.3, 2016.*

MARTINS, Maria Aparecida, et al. **Semiologia da criança e do adolescente.** *Rio de Janeiro: MedBook, (2010).*