

PROTOCOLO CLINICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DURANTE A GESTAÇÃO DE MULHERES VIVENDO COM HIV



Risia Oliveira

Maio 2022

Conflitos de interesse

- Não Tenho



Contextualização

- Entre 2000-Jun 2021 - 141.025 gestantes infectadas com HIV, das quais 7.814 no ano de 2020
- Desde 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas pelo HIV (27,5%)
- A maior concentração dos casos de aids no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos: 52,0% dos casos do sexo masculino e 47,8% dos casos do sexo feminino .
- A taxa de detecção de aids em menores de cinco anos no Brasil nos últimos dez anos passou de 4,0 casos/100 mil habitantes em 2010 para 1,2 casos/100 mil habitantes em 2020 (redução de 69,7%)

- Acesso universal ao tratamento e maior prevalência do HIV na população jovem, sexualmente ativa e em idade reprodutiva – Abordagem sobre saúde sexual e planejamento reprodutivo
- Acesso a anticoncepção e concepção
- Decisão centrada na pessoa



Risco de transmissão vertical do HIV

CV-HIV materna

Uso de 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 prevenção da transmissão vertical (PTV). 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 <50 cópias/mL) próxima ao parto

Fatores a serem considerados na decisão sobre TARV para gestante vivendo com HIV

- A MVHIV é virgem de TARV ou já fez uso prévio de TARV
- O momento do início da TARV em relação à concepção:
MVHIV em uso de TARV e que engravida
TARV a ser iniciada na GVHIV
- Idade gestacional
- Condição clínica e imunológica da mulher;
- Sensibilidade aos antirretrovirais no exame de genotipagem pré-tratamento;
- Em GVHIV com qualquer experiência prévia com antirretrovirais (ARV) considerar: o Histórico de TARV, falhas, exames prévios de genotipagem, toxicidade e tolerância, presença de hepatite B (incluir TDF no esquema de TARV em casos de coinfeção), Outros sinais e sintomas gravídicos que possam piorar em uso da TARV;
- A escolha da mulher

Acompanhamento da MVHIV

Periodicidade de consultas e seguimento laboratorial

A cada 6m em MVHIV a depender do histórico (adesão, co infecção)

Periodicidade de consultas e seguimento laboratorial na gestação

Recomenda-se um número mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal, sendo a primeira consulta realizada idealmente no 1º trimestre da gestação.

Investigação de co morbididades e infecções oportunistas associadas

Prevenção combinada – Evitar ISTs (Sífilis)

Nos casos de troca de ARV, avaliar a gestante semanalmente para monitorar efeitos adversos e adesão. Os principais efeitos adversos relacionados aos IP/r são justamente de trato gastrointestinal, o que pode piorar sintomas já frequentes durante a gestação.

MVHIV devem ser acompanhadas no puerpério sobre orientação de não amamentação (mesmo ela com CV HIV indetectável) e a troca da TARV, se necessário após o parto

Periodicidade da solicitação dos exames

- Realização de CD4 – Pelo menos três vezes durante o pré natal – Inicial, segundo e terceiro trimestres (Para gestantes em uso de TARV, com CV-HIV indetectável, solicitar no 1º trimestre e na 34ª semana de gestação)
- Realização de Carga Viral para o HIV – Inicial e terceiro trimestre - Para gestantes em início de tratamento ou modificação de TARV, uma amostra deverá ser solicitada 2 a 4 semanas após introdução/modificação da TARV (Avaliar queda de pelo menos 1 Log de CV-HIV). Todas as gestantes deverão ter coleta de CV-HIV na 34ª semana, para auxiliar a definição da via de parto e do uso de profilaxias para o recém nascido
- A genotipagem **pré-tratamento** está indicada para todas as gestantes vivendo com HIV em início de TARV, de forma a orientar o esquema terapêutico, mas o início do tratamento não deve ser retardado pela espera do resultado desse exame. Nas gestantes em **uso de TARV com CV-HIV detectável**, avaliar adesão e a possibilidade de realizar genotipagem (CV-HIV >500 cópias/mL) para correta troca da terapia.
- Observação:

Durante o seguimento da gestante infectada pelo HIV a solicitação da CV-HIV faz parte da avaliação da gestante, em qualquer momento, quando há dúvidas quanto à adesão à TARV.



- **2. Das recomendações de TARV para MVHIV:**

2.1. MVHIV que expressam o desejo de engravidar:

a) Esquema inicial preferencial para início de TARV

Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg + Dolutegravir (DTG)50mg uma vez ao dia

Exceto nos casos de dose dobrada do DTG

Os dois primeiros co formulados

Orientar uso de ácido fólico pelo menos 2meses antes da gravidez e manter no primeiro trimestre

b) Esquemas iniciais alternativos do 3º antirretroviral para gestantes

- Darunavir (DRV) potencializado por ritonavir (RTV), obrigatoriamente na dose recomendada de duas vezes ao dia (DRV 600mg/ritonavir 100mg de 12/12 h).
- Atazanavir (ATV) 300mg + ritonavir (RTV) 100mg /dia
- Raltegravir (RAL) 400mg 12/12h (avaliar troca para o DTG após o parto)
- Se genotipagem pré-tratamento comprovar ausência de mutações para ITRNN e contra indicação aos acima relatados – Efavirenz (EFZ) – 600mg ao dia (co formulado com TDF e 3TC)

2.2. GVHIV em início de tratamento independente da idade gestacional

Esquema inicial preferencial para início de TARV

Tenofovir (TDF) 300mg + Lamivudina (3TC) 300mg + Dolutegravir (DTG)50mg uma vez ao dia

Exceto nos casos de dose dobrada do DTG

Os dois primeiros co formulados

Esquemas iniciais alternativos do 3º antirretroviral para gestantes

- Raltegravir (RAL) 400mg 12/12h (avaliar troca para DTG após o parto)
- Atazanavir (ARV) 300mg + ritonavir (RTV) 100mg/dia
- Darunavir (DRV) potencializado por ritonavir (RTV), obrigatoriamente na dose recomendada de duas vezes ao dia (DRV 600mg/ritonavir 100mg de 12/12 h).

Se genotipagem pré-tratamento comprovar ausência de mutações para ITRNN e contra indicação aos acima relatados – Efavirenz (EFZ) – 600mg ao dia (co formulado com TDF e 3TC)

3. Manejo da gestante já em uso de TARV

a) Manejo da gestante em uso de TARV com CV-HIV indetectável

- Para GVHIV, em uso de TARV prévia ao diagnóstico da gestação e apresentando CV-HIV abaixo de 50 cópias/mL, recomenda-se manter o mesmo esquema de ARV, desde que não contenha medicamento contraindicado.
- **O ideal é não realizar a troca da TARV de uma gestante que esteja com boa adesão, assintomática e com CV-HIV indetectável.**



b) Manejo da gestante já em uso de TARV com CV-HIV detectável

Avaliar motivos para falha terapêutica e indicar coleta de genotipagem do HIV (CV \geq 500cp/ml)

c) Gestante vivendo com HIV em abandono de TARV

Para escolha do melhor esquema, deve-se considerar:


Histórico de esquemas de TARV;

Falhas virológicas e testes de genotipagem prévios

Contagem de LT-CD4 e exame de CV-HIV;

Motivo da parada da TARV com objetivo de avaliar dificuldades na adaptação ou intolerância medicamentosa

Idade gestacional – especial atenção às gestantes admitidas no terceiro trimestre em situação de abandono.



Em relação ao esquema de TARV, as recomendações para gestante em abandono de TARV são:

- 1 - Recomenda-se iniciar empiricamente a TARV com a mesma dupla de ITRN que a MVHIV utilizava associado a um IP/r, preferencialmente DRV/R (posologia de 600 mg/100 mg de 12/12 horas).
- 2 - Após 2 a 4 semanas de uso efetivo de TARV, deve-se coletar nova CV-HIV e genotipagem para avaliação do tratamento e readequação do esquema de TARV.
- 3 - Nos casos de gestante em abandono de TARV, com readmissão tardia no pré-natal (3º Trimestre – após 28sem), considerar esquema contendo ITRN + DTG. A associação com INI nesse cenário visa garantir maior barreira genética e maior velocidade na indetecção de CV-HIV para o momento do parto.

O uso de raltegravir (RAL) no esquema de ARV pode ser considerado em gestantes que iniciam o pré-natal ou o uso da TARV tardiamente (final do segundo trimestre), e que tenham contra-indicação ao DTG.



Sugestões finais....

- ▶ Sempre envolver a mulher em todas as decisões – Melhora adesão
- ▶ Discutir com a equipe multidisciplinar as dificuldades
- ▶ A instituição deve ter um fluxo organizado para todas as demandas necessárias (coleta de genotipagem)
- ▶ Idealmente atendimento conjunto da equipe multidisciplinar, principalmente obstetra e infectologista
- ▶ Em pacientes experimentadas sempre discutir com o médico referência em genotipagem de sua área

OBRIGADA !

risia.oliveira@ebserh.gov.br

