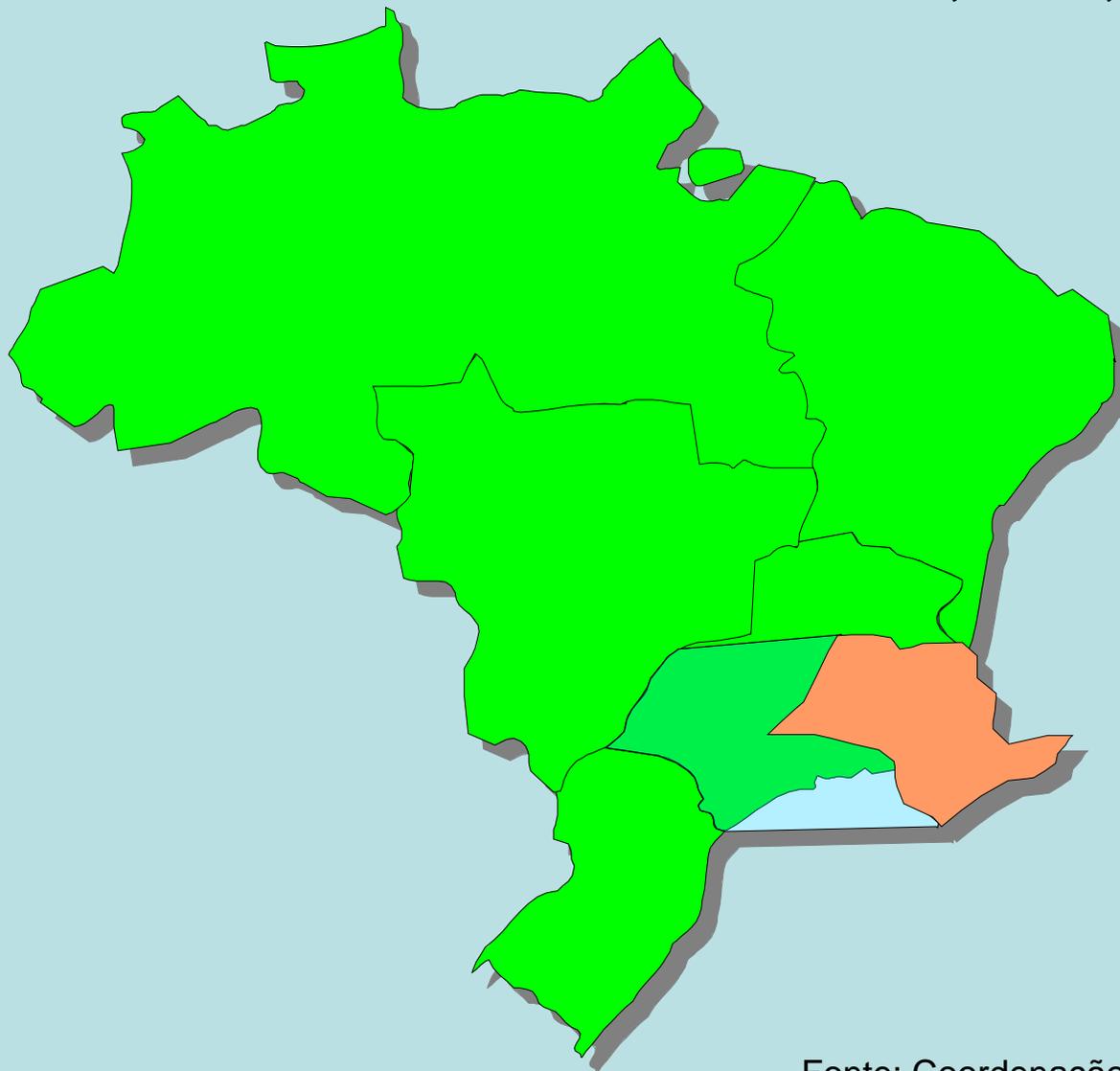


“Diagnóstico Tardio do HIV em Crianças e Adolescentes Nascidas de mães Portadoras do HIV”

Programa Estadual de DST/AIDS-SP
www.crt.saude.sp.gov.br

*Casos notificados de AIDS,
Brasil e São Paulo -
1980 a 2008_(06/2008)*



Brasil:
506.499 casos
Crianças:
13.728
TV = 11.607

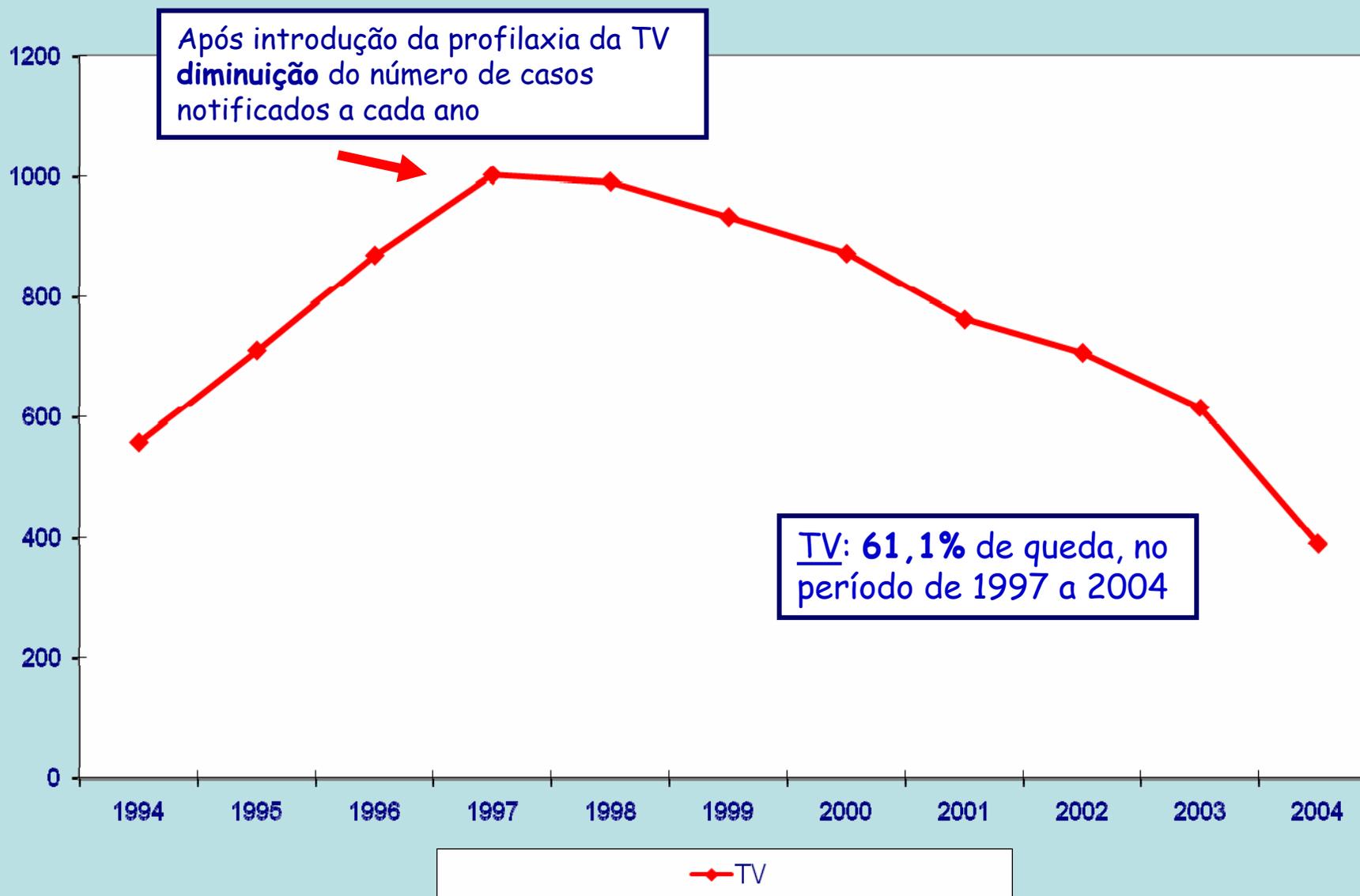
São Paulo:
192.187 casos
Razão 2 H:1 M
TV = 4.911

TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

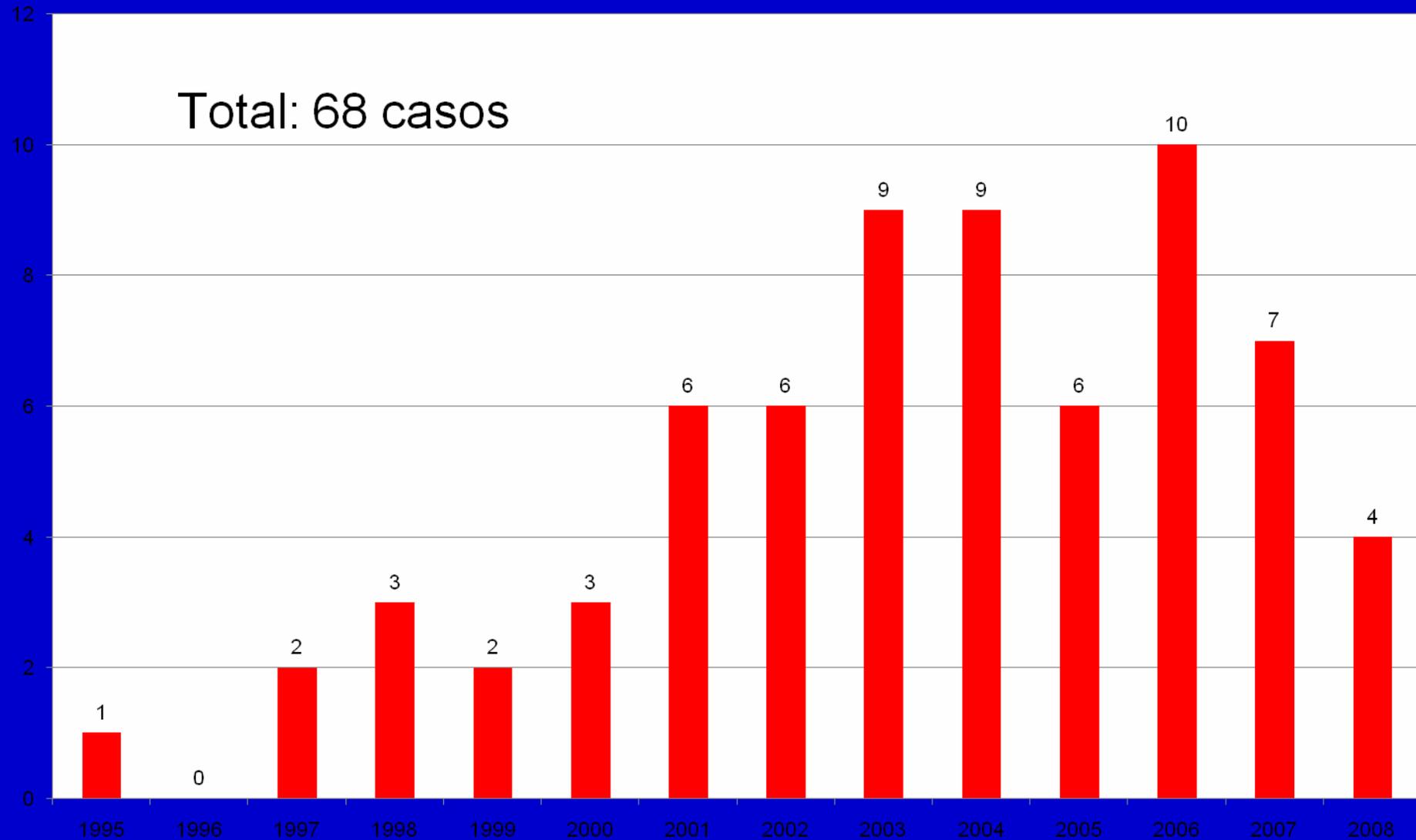
Com intervenção

- ACTG 076 (AZT 3 componentes) *Connor et al., 1994*
 - TV = 8,3%
- AZT + cesárea eletiva: *Lutz-Friedrich et al., 1998*
 - TV = 2,5%
- TARV múltipla *Forbes et al.,1999; McGowan et al.,1999*
 - TV = 0-2%
- TARV múltipla + cesárea eletiva: *Mandelbrot et al., 1998*
 - TV < 1%

*Casos de aids por transmissão vertical, segundo ano diagnóstico,
Brasil – 1994 a 2004 (06/05)*



Casos notificados de Aids em indivíduos com 13 a 19 anos de idade, segundo categoria de exposição e ano de diagnóstico, estado de São Paulo, 1982 a 2008*



- **Caso 1:**
15 anos, sexo feminino
- HIV positivo há 7 meses (2009) - internação por Pneumonia (CD4 28 - 2% e Carga viral HIV 286.644 cópias, 5,45 log).
- ***Antecedentes*** : parto cesariano, amamentada até os 18 meses.
Antecedentes familiares: mãe falecida em maio de 2002 por Pneumonia e HIV +, Pai vivo, HIV+ em acompanhamento em serviço de referência para HIV/Aids há 3 anos.

- **Caso 2:**
14 anos, sexo feminino
- HIV+ há 2 meses (2009) - internação por Pneumonia e candidíase oral, (CD4 37,3% e Carga viral HIV 571.366 cópias, B3).
- ***Antecedentes*** : parto cesariano, não amamentou.
- ***Antecedentes familiares***: pais HIV positivos; mãe com diagnóstico HIV durante a gestação. Na alta da maternidade entendeu que a criança estava bem e que não era infectada, não realizando o acompanhamento em unidade de referência.

- **Caso 3:**
11 anos, sexo masculino
- HIV há 1 ano e 2 meses (2009)- internação por insuficiência respiratória, pneumocistose, herpes zoster (CD4 21 - 1,1%, Carga viral HIV 131.000 cópias, C3)
- ***Antecedentes*** : parto normal, não amamentou, Pneumonia com derrame pleural, estava em investigação de adenomegalia cervical antes da internação.
Antecedentes familiares: pai falecido por HIV há 11anos. Mãe HIV, diagnostico em virtude do óbito do marido.

- **Caso 5:**
4 anos, sexo feminino
- HIV há 2 anos (2007)- óbito da mãe (CD4 505 24,4% e Carga viral HIV 168.000 cópias, 5,22 log)
- ***Antecedentes*** : parto normal, amamentou por 24 meses.
- ***Antecedentes familiares***: Mãe falecida por HIV há 2 anos, realizou pré-natal, com HIV negativo no 1º trimestre. Pai HIV positivo há 4 anos.

- **Caso 4:**
17 anos, sexo masculino, solteiro.
- HIV há 3 meses – diagnóstico de tuberculose pulmonar.
- ***Antecedentes*** : 5 internações por quadro pulmonar nos últimos 18 meses antes do diagnóstico do HIV. Desde os 5 anos de idade pneumonias de repetição, aos 11 anos zoster intercostal . Nega relações sexuais sem preservativos ou outras situações de exposição ao HIV.

- ***Antecedentes familiares:*** Mãe casada há 17 anos, relata que seu marido tem múltiplas parceiras. Não usam preservativos. Oferecido teste anti HIV. A mesma optou pelo diagnóstico rápido: resultado reagente.
- ***Antecedentes epidemiológicos da mãe:*** Há 25 anos atrás uso de drogas - maconha, cocaína aspirada, cocaína injetável.

Tabela 1. Principais sinais e sintomas, idade de diagnóstico, carga viral inicial (em cópias/ml) e contagem de linfócitos CD4 iniciais (em cel./mm³) das 6 crianças descritas.

	Principais sinais e sintomas	Carga viral inicial	CD4 inicial	Idade do Diagn.
CASO 1	Infecções de repetição, monilíase oral	43.500 (4,6 log)	1367 (37%)	11 anos
CASO 2	Infecções de repetição, diarreia crônica	3.337 (3,5 log)	604 (27%)	12 anos
CASO 3	Adenomegalia generalizada, parotidite	162.000 (9,2 log)	649 (28%)	7 anos
CASO 4	Pneumonias de repetição, diarreia crônica	399.000 (log)	120 (6%)	14 anos
CASO 5	Apenas micropoliadenopatia generalizada	19.900 (4,2 log)	388 (%)	4 anos
CASO 6	Pneumonias de repetição, asma	195.000 (5,3 log)	799 (37%)	5 anos

BHIVA/CHIVA consensus conference 'Don't Forget the Children' 10th December 2008 - UK

- 42 adolescentes TV HIV (até dez. 2007)
- idade mediana 14 anos (13-20 anos).
- 86% nasceram na África sub-saariana
- 4% nasceram no Reino Unido.
- No momento do diagnóstico:
 - 50% sintomáticos
 - 50% assintomáticos – realizado teste HIV, por diagnóstico de um parente.

- mediana de CD4 foi 210 células/mm³
- 1/2 - CD4 abaixo de 200 células / mm³
- 20% doença definidora de AIDS

O intervalo médio entre ir a um serviço de saúde e o diagnóstico foi de seis meses

- 27% no primeiro ano
- 17% mais de 1 ano (1 a 7 anos)

- **Os filhos de adultos HIV- positivos estão sendo testados?**
 - 118 mães, apenas 49 (42%) conheciam o status sorológico dos filhos, sendo que 9 (18%) eram HIV positivo.
 - Motivos de não testar os filhos:
 - 83% - se tem bem estar físico, não tem HIV
- “percepção de infecção pelo HIV como uma doença sintomática e estigmatizante e o medo da revelação do diagnóstico ”

- Considerando:
- A magnitude da transmissão vertical do HIV enquanto um grave problema de Saúde Pública, apesar da disponibilidade de acesso às diferentes ações de intervenção para o manejo deste agravo;
- A ocorrência da notificação tardia de casos de AIDS por transmissão vertical;

- A importância do esclarecimento de dúvidas e de informações preventivas no período da assistência do pré-natal, assegurando o seguimento ambulatorial da criança nascida de mãe portadora do HIV; e
- A comprovada efetividade das ações preventivas, diagnósticas, profiláticas e terapêuticas visando a melhoria da qualidade de assistência a estas crianças e adolescentes,

- Recomenda-se:
- 1) Aumentar o diagnóstico do HIV e reduzir a demora no diagnóstico
- 2) Evitar a apresentação tardia do HIV com doença avançada em crianças/adolescentes

- 1) Oferecer testagem para HIV aos filhos de pessoas que vivem com HIV/Aids; independentemente da idade ou sintomas
 - Testar bebês, crianças e jovens

"Qualquer bebê/ criança / jovem em risco significativo de infecção pelo HIV, incluindo todas aquelas com pais ou irmãos que estão infectadas pelo HIV, deve ser testadas"



- 2) Oferecer testagem para HIV em crianças que apresentem situações, tais como:
- Dificuldade para ganhar peso;
- Dificuldade na curva do crescimento;
- Problemas para andar;
- Atraso no desenvolvimento mental;
- Formas graves de otite, pneumonia e amigdalite;
- Infecções oportunistas ou de repetições;
e

- 3) Implementar a assistência do pré-natal oferecida às gestantes portadoras do HIV, garantindo a informação sobre a importância do seguimento ambulatorial especializado do bebê; e, lembrar sobre a necessidade do acompanhamento por pelo menos dois anos daquelas crianças diagnosticadas como não infectadas.
- 4) Oferecer para a gestante/ parturiente – aconselhamento em HIV/DST – prevenção.

- Toda a rede deve estar atenta para a investigação de HIV nos casos:
 1. Filhos de pais HIV (no óbito ou no acompanhamento ambulatorial)
 2. Sinais sugestivos de HIV na criança , adolescente (diagnóstico diferencial).
 3. Parceiras de PVHA

Referências

- Eisenhut M et al. *Knowledge of their children's HIV status in HIV-positive mothers attending a genitourinary medicine clinic in the UK*. HIV Medicine 9 (4) 257-259, 2008.

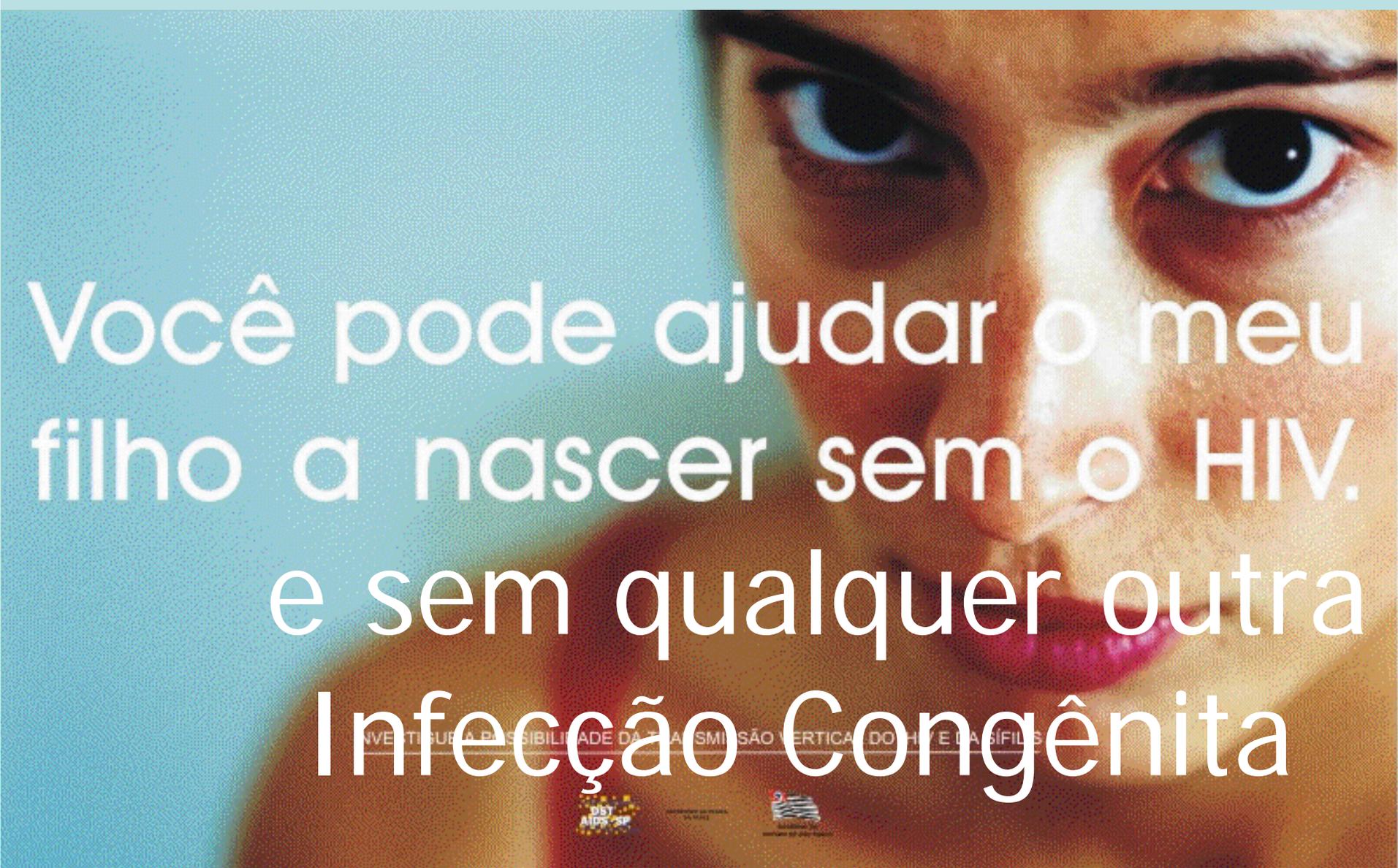
Eisenhut M *Are children of HIV-infected adults in the UK being tested? Luton Adult HIV Clinic Audit* BHIVA Autumn Conference, CHIVA Parallel Sessions, October 2008.

Prime K et al. *First presentation of vertically acquired HIV infection in adolescence*. 14th Annual BHIVA Conference, Dublin, HIV Medicine 9 (Suppl. 1), abstract O2, 2008.

Prime K *Late presentation of vertically transmitted HIV infection in adolescence*. BHIVA Autumn Conference, CHIVA Parallel Sessions, October 2008.

- Paula Aguiar de Aragão¹, Maria Fátima de Paula Ramos², Heloísa Helena Souza Marques³ - *Aids: Importância do diagnóstico pediátrico* - Pediatría (São Paulo) 2008;30(4):237-242

-



Você pode ajudar o meu
filho a nascer sem o HIV,
e sem qualquer outra
Infecção Congênita

INVESTIGUE A POSSIBILIDADE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS

DST/AIDS-SP
SECRETARIA DE SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO

SEMPRE É TEMPO PARA AGIR!!