



**VII CONGRESSO CATARINENSE  
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**  
II Congresso Catarinense de Perinatologia

25 a 27 de junho de 2015 | Expoville | Joinville | SC

**Helaine Besteti Pires Mayer Milanez**

**Declaração de conflito de interesse**

Não recebi qualquer forma de pagamento ou auxílio financeiro de entidade pública ou privada para pesquisa ou desenvolvimento de método diagnóstico ou terapêutico ou ainda, tenho qualquer relação comercial com a indústria farmacêutica



VII CONGRESSO CATARINENSE DE  
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA  
II CONGRESSO CATARINENSE DE  
PERINATOLOGIA

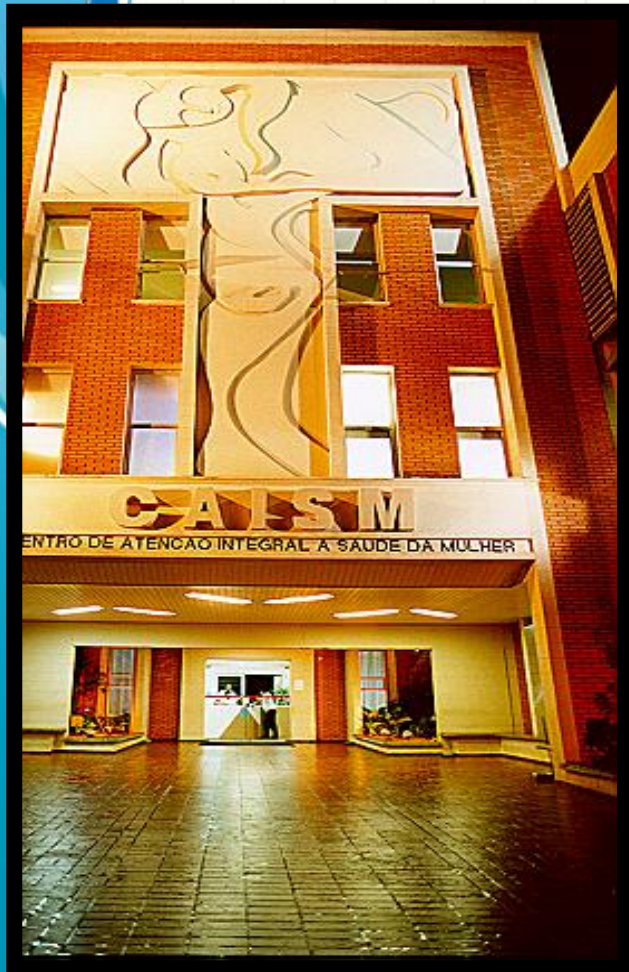


25 a 27 de junho de 2015 | Expoville | Joinville | SC

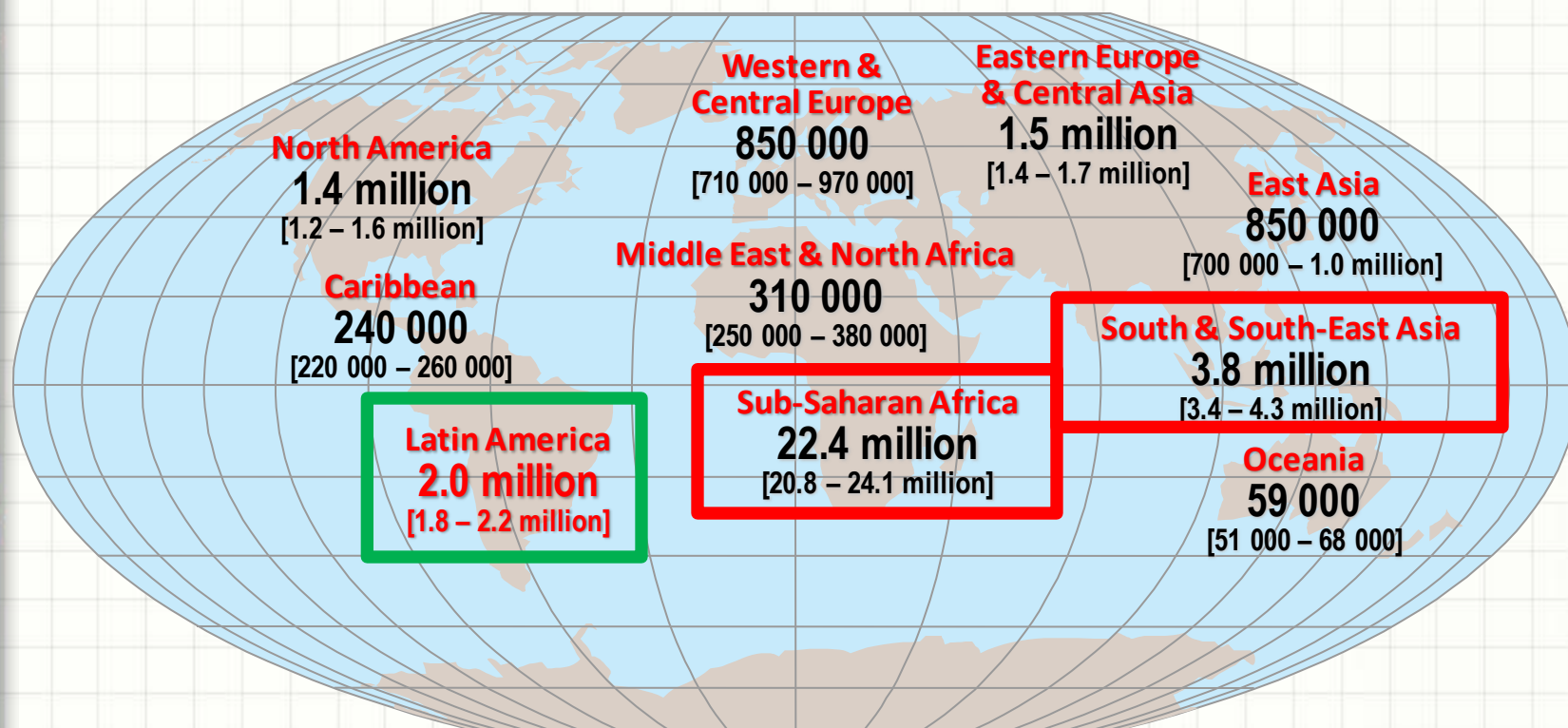
# INFECÇÕES CONGÊNITAS: O QUE MUDOU NO MANEJO DA GESTANTE COM HIV

Helaine Milanez

Obstetrícia/ UNICAMP



# Adults and children estimated to be living with HIV, 2013



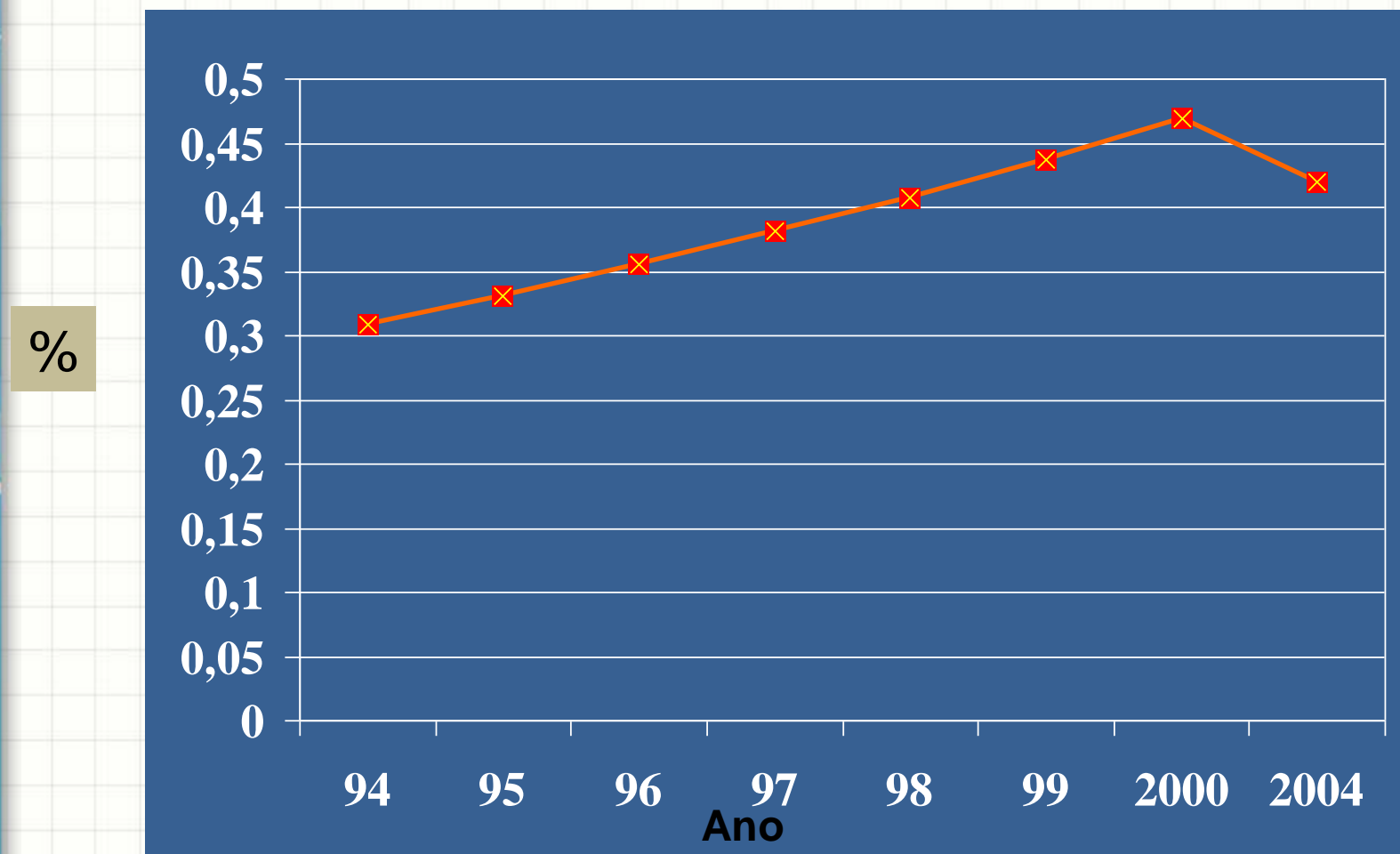
**Total: 35.3 million (32.2 – 38.8 million)**

**35.3 M pessoas vivendo com HIV/AIDS**

- 46% homens
- **46% mulheres**
- 8% crianças (<15 anos)

• *Report on the Global AIDS Epidemic.*  
**UNAIDS, 2013**

# Estimativa de Gestantes infectadas pelo HIV no Brasil, 1994 - 2004

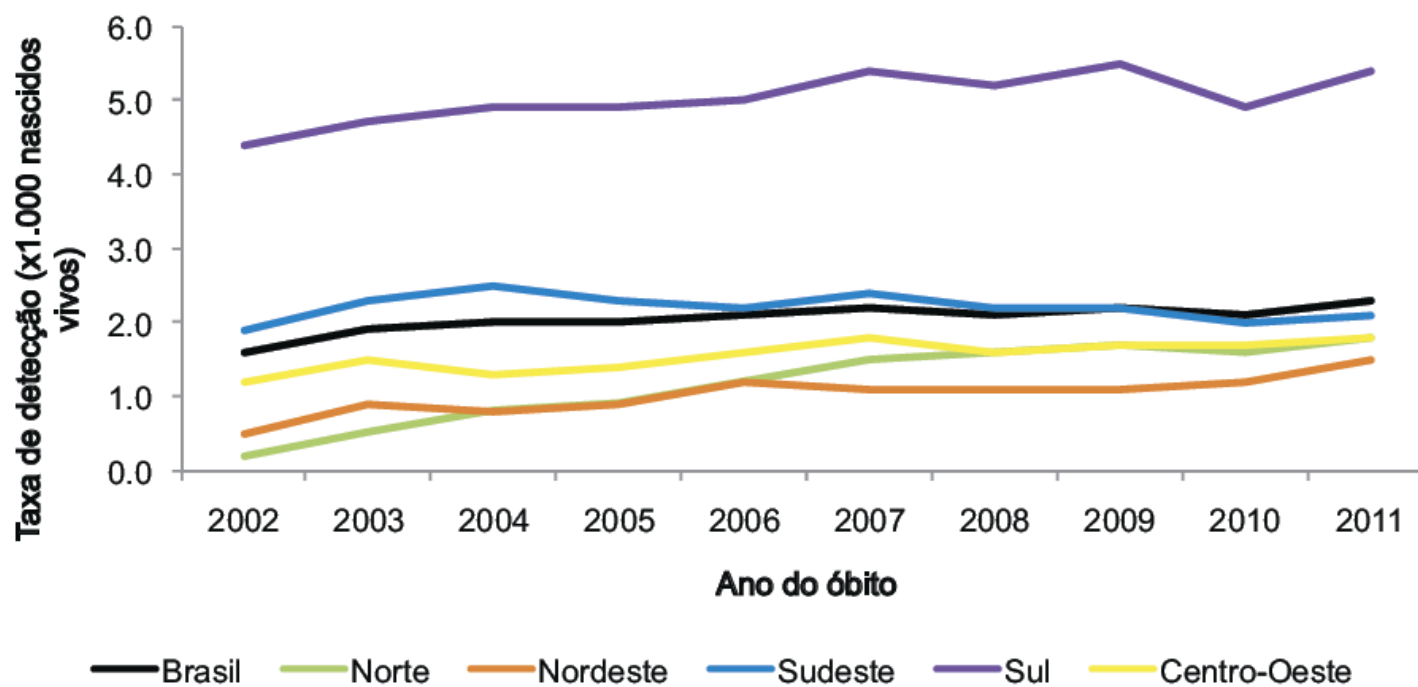


# **Estimativa de Gestantes infectadas pelo HIV no Brasil, 2013**

- Último sentinela parturiente em 2010
- 0,38%
- 10.303 gestantes nesse ano
- 2000 -2012 – 69.500 casos de gestantes notificadas

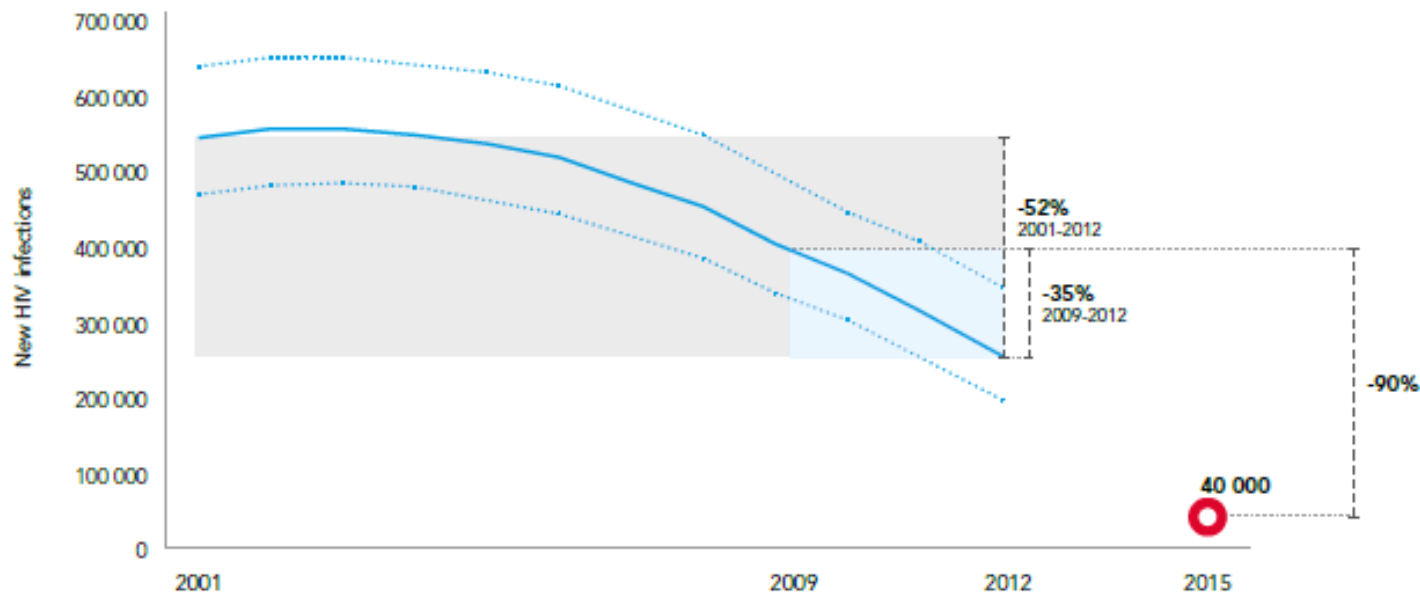


Gráfico 19 - Taxa de detecção de HIV em gestantes por região de residência e ano do parto. Brasil, 2002 a 2011



# Novas infecções por HIV em crianças 2001-2012

Number of new HIV infections among children in low- and middle-income countries, 2001-2012 and 2015 target



Source: UNAIDS 2012 estimates

## Estimativa do número de gestantes HIV+ e Taxa de TV do HIV

TARV comb  
Tx.TV<3%  
250casos-90% de  
infeccões evitadas.

PACTG 076V  
Tx TV:8,3%  
850 crianças  
(67,5% de inf.  
evitadas)

Sem intervenção Tx.TV 25,5% = 2.613  
crianças HIV+ /ano

Gestantes HIV+ (prevalência 0,41%)=  
10.250 mulheres/ano

REALIZANDO PRÉ-NATAL (95%)  
(2.375.000)

POPULAÇÃO DE GESTANTES (2.500.000)



# Transmissão Vertical do vírus HIV

- TV foi responsável por, pelo menos, 85% dos casos de HIV em crianças menores de 13 anos entre 1980 e 2010 no Brasil.
- Em 2010 apenas 48% das gestantes infectadas por HIV em todo o mundo receberam TARV.



## E a concepção em mulheres HIV?

- **A gestação não interfere na evolução da infecção pelo HIV e nem o HIV piora os resultados gestacionais**

# Orientação para “assistência reprodutiva” na mulher HIV

- Tratar a mulher portadora do HIV como portadora de uma doença crônica de base em idade reprodutiva, ou seja, compensar a doença de base para programar a gestação

# **Orientação para “assistência reprodutiva” na mulher HIV**

- **Melhorar estado imunológico – controle da carga viral**
- **Ajustar o esquema da Terapia antirretroviral - TARV**
- **Checar perfil sorológico para outras infecções**
- **Tratar co-morbidades**

# TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

- Sem intervenção

- 12-15% → Europa e Estados Unidos

- 16% → São Paulo



*Sem aleitamento*

- 25-40% → África e Haiti



*Com* aleitamento

*HALSEY et al., 1990; TESS et al., 1993;  
WORKING GROUP ON MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV, 1995*



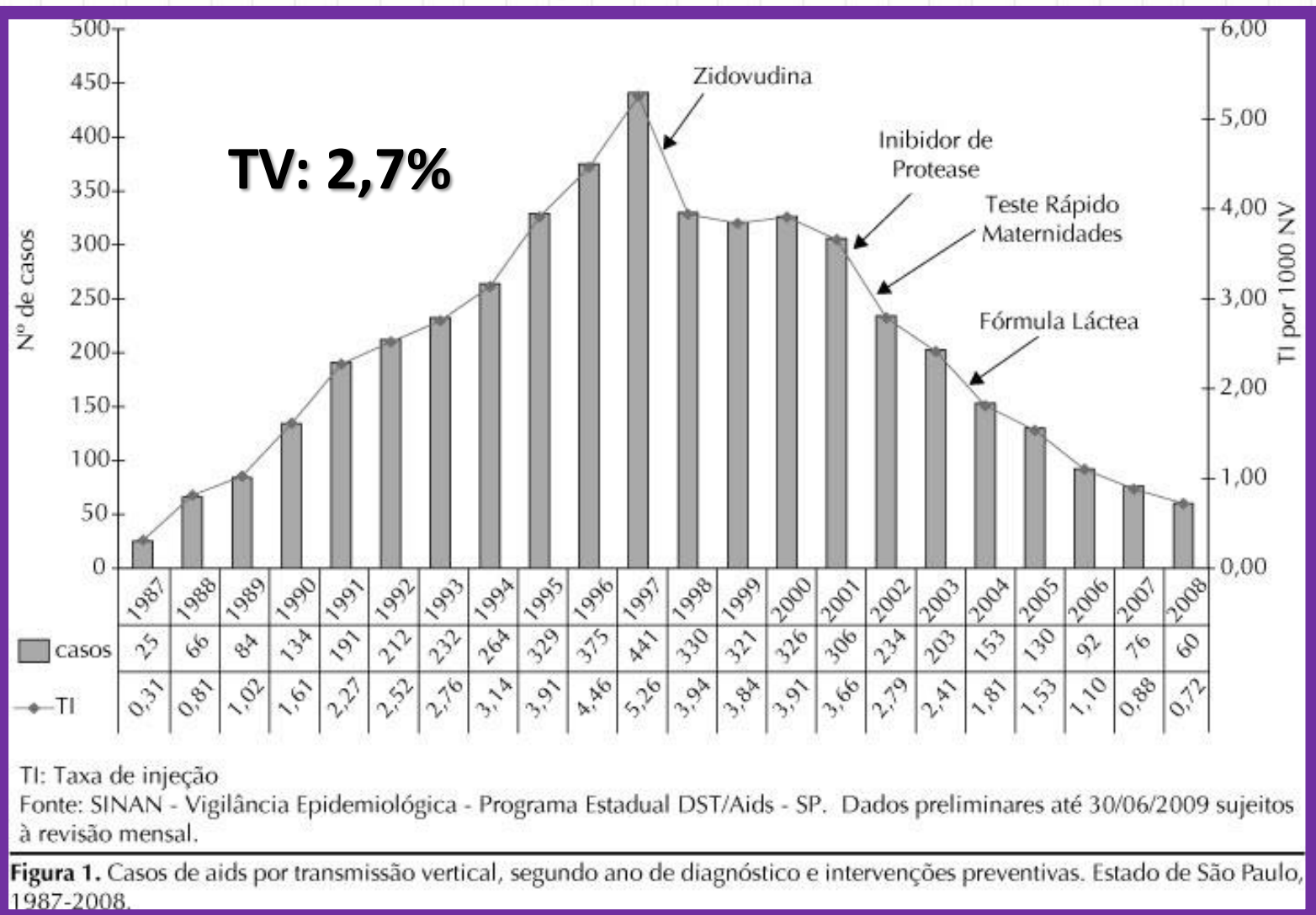
# TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

## 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 ou potente** *Forbes et al.,1999; McGowan et al.,1999*
  - TV = 0-2%
- **TARV múltipla + cesárea eletiva:** *Mandelbrot et al., 1998*
  - TV < 1%



# TV segundo ano de diagnóstico de intervenções – SP 2009

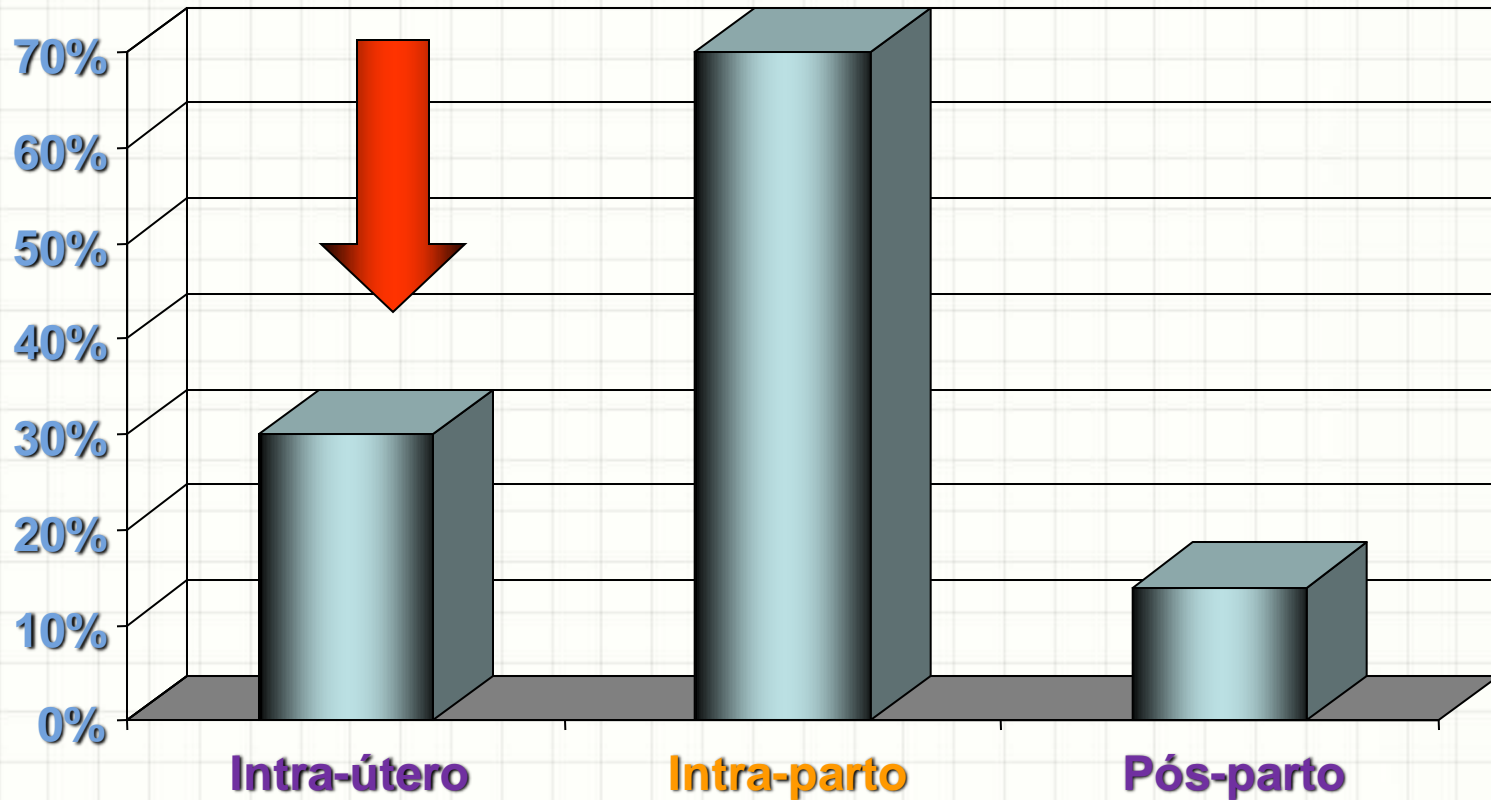




## HIV e gestação

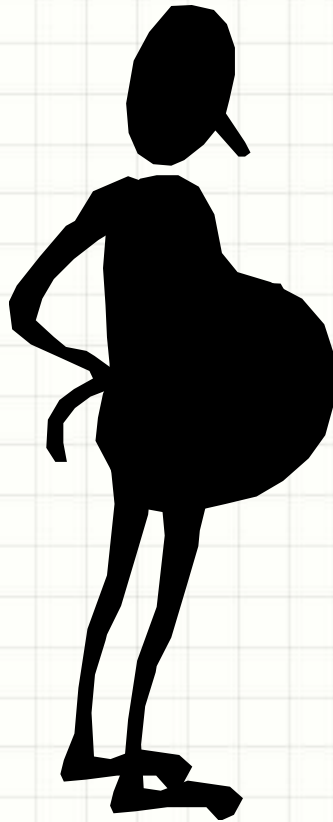
- **Um dos principais objetivos no cuidado da gestante infectada pelo HIV é a prevenção da transmissão vertical do HIV**
- **Também controle adequado da doença materna...**

# Período da TV do HIV



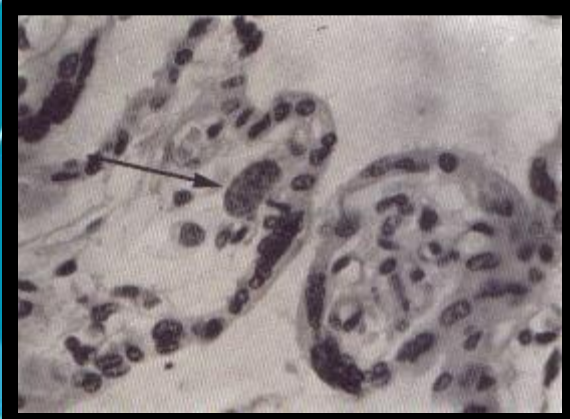
*Rouzioux et al., Am J Epidemiol, 1995; 142(12): 1330-37*  
*Bertolli et al., J Infect Dis, 1996, 174:722-26*  
*Kalish et al., J Infect Dis, 1997, 175: 712-15*

# Fatores que interferem na TV do HIV



- Carga viral
- Terapia antirretroviral
- Via de parto
- Fatores obstétricos (BR, etc)
- Fatores virais
- Idade gestacional no parto
- **Infecções concomitantes**
- Aleitamento

# Fator de risco para TV-HIV com uso de AZT (análise multivariada)



**Corioamnionite histológica**

**OR=4,7 (1,49 - 14,8)**

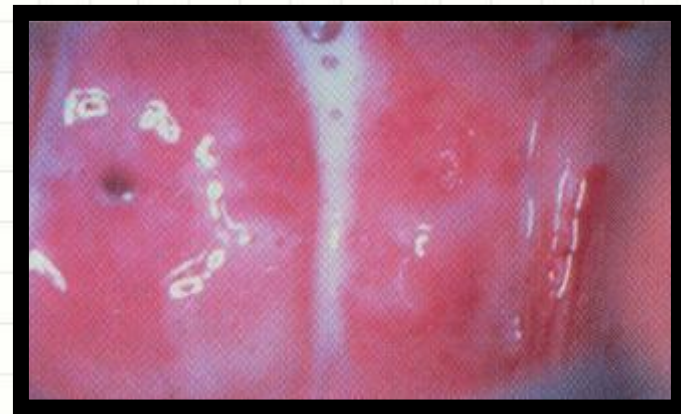




# **Rastreamento de infecções durante o PN de mulheres que convivem com HIV**

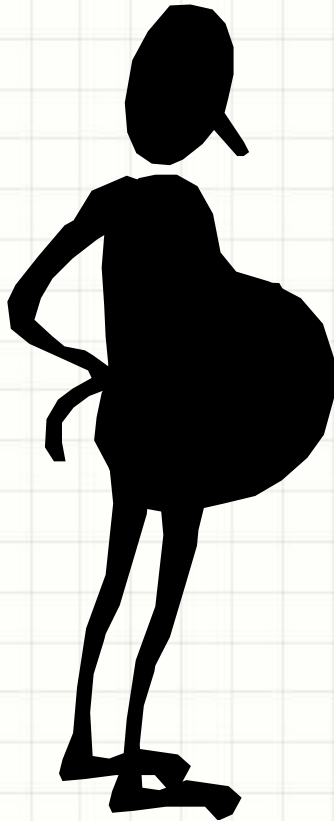


- **sífilis**
- **Toxoplasmose**
- **Hepatites A,B,C**
- **Citomegalovírus**
- **Tuberculose**
- **Blastomicose, chagas, HTLV**
- **HPV, clamídia, gonococo**
- **Vaginose bacteriana**
- **Estreptococo grupo B**



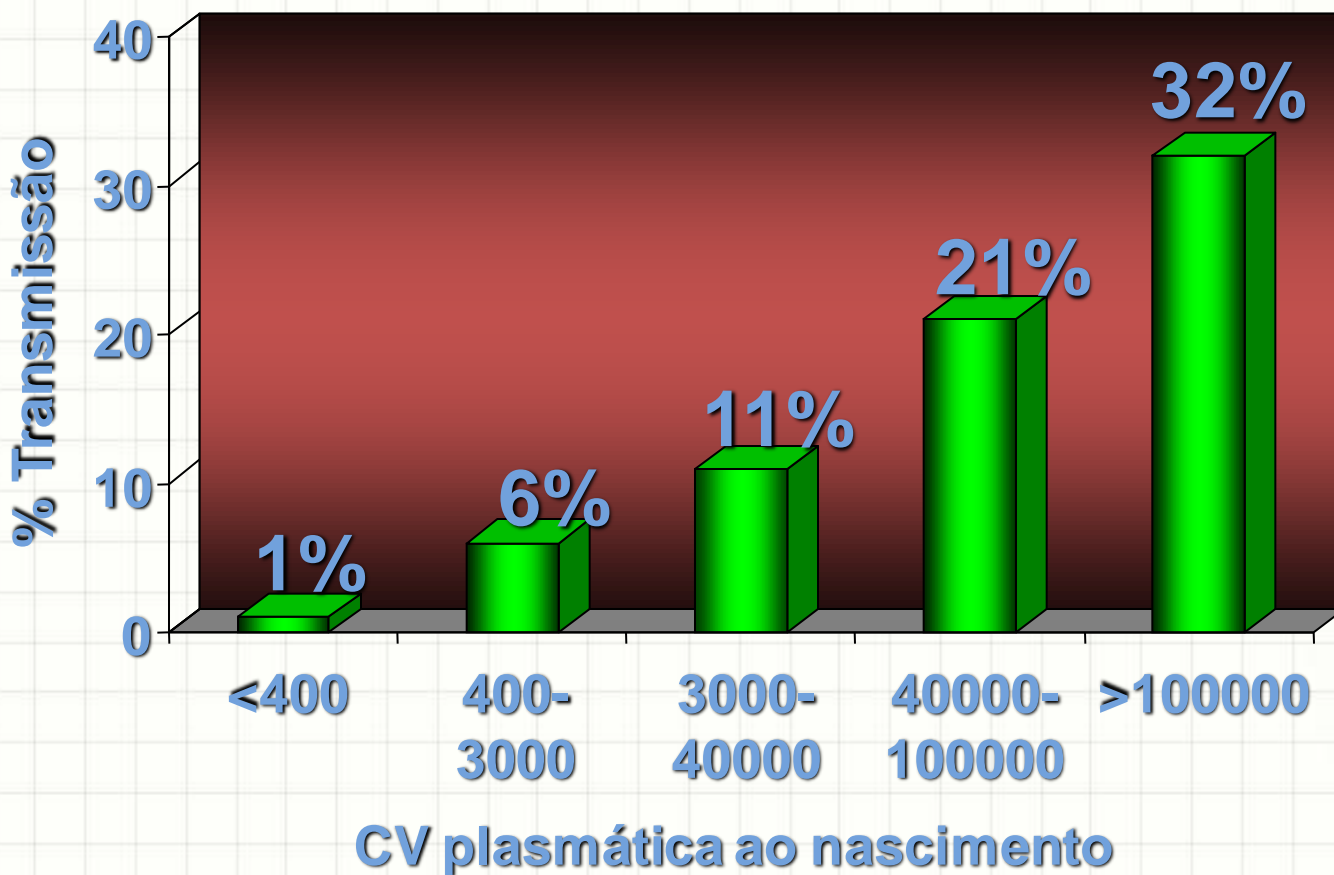


# Fatores que interferem na TV do HIV



- **Carga viral**
- **Terapia antirretroviral**
- **Via de parto**
- **Fatores obstétricos (BR,  $\Delta t$  TP, etc)**
- **Fatores virais**
- **Idade gestacional no parto**
- **Infecções concomitantes**
- **Aleitamento**

# TV de acordo com CV plasmática



**Women & Infants Transmission Study, 1990-1999**  
**Cooper E et al. JAIDS 2002;29:484-94**

# TV em Porto Alegre

- 343 crianças
- TV: 3.2%
- Carga viral foi o único fator de risco

*Kreichtmann et al., 2004  
BJOG Jun; 111(6): 579-84*



# HIV e gestação

## Carga viral indetectável

- Um dos principais objetivos no cuidado da gestante infectada pelo HIV é a prevenção da transmissão vertical do HIV
- Também controle adequado da doença materna...

# Fatores que interferem na TV do HIV



- Carga viral
- Terapia antirretroviral
- **Via de parto**
- Fatores obstétricos (BR, etc)
- Fatores virais
- Idade gestacional no parto
- Infecções concomitantes
- Aleitamento

# Via de parto e transmissão do HIV

- **microtransfusões placentárias durante contrações uterinas**
- **exposição ao vírus na passagem pelo canal de parto por contato com conteúdo cérvico-vaginal e sangue contaminado**



# TV e cesárea: o que se sabe...

- **Cesárea antes do TP e rotura de membranas diminui o risco de TV em 50 a 80%**
- **Benefício adicional em mulheres *sem ARV ou apenas com AZT***
- ***Sem evidência de benefício com CV<1000 (?), após TP e rotura de membranas (.....)***

# Via de parto e transmissão do HIV

- **Cesárea eletiva reduziu em 90% a TV do HIV**
- **No grupo de gestantes com CV<1000 e TARV potente, redução de quase 40%**

*Grupo Colaborativo Europeu, CID, março 2005*

# Recomendações prévias sobre via de parto em consensos internacionais

## Consenso Europeu – 2006

Cesárea eletiva com qq carga viral

## Consenso Americano (ATIS) – Nov/2006

Cesárea se CV recente  $> 1.000$   
ou escolha da paciente

# Recomendações ATUAIS sobre via de parto em consensos internacionais

## Consenso Europeu – 2012

Cesária eletiva se carga viral detectável  
Parto vaginal se carga viral indetectável


## Consenso Americano (ATIS) – 2012

Via obstétrica se CV recente  $< 1.000$  ou  
escolha da paciente

## Via de parto e TV: novas tendências...

- **Avaliação do impacto das novas recomendações na via de parto na Europa (2000 a 2010):**

 parto vaginal (17% para 52%)

 cesárea (65% para 27%)

 prematuridade tardia (16% para 7%)

*Aebi-Popp K et al., J Acquir Immune Defic Syndr, 2013.*



# Via de parto e TV: novas tendências...

- Partos de 2000 a 2010 – French Perinatal Cohort:



parto vaginal (25% para 53%)

4300 mulheres com indicação de PV (CV < 400):

- 49.3% PV
- 22.0% cesárea não eletiva
- 28.7% cesárea eletiva

TV não mudou nos partos a termo de 2000 a 2010: **0.3%**

Mais complicações puerperais pós cesárea:

**6.5% vs 2.9%**

*Briand N et al., Am J Obstet Gynecol., 2013*

# Cuidados na assistência ao Parto Vaginal

*Estratégias de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV - CONSENSO 2010/ PCDT 2015*

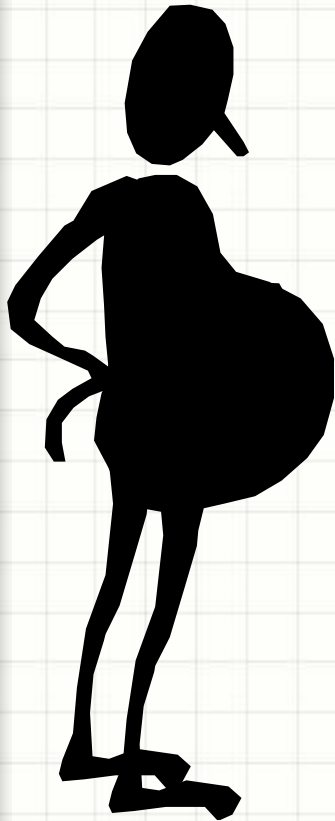
- ✓ Monitorar o TP com partograma, evitando toques repetidos
- ✓ Evitar procedimentos invasivos
- ✓ Evitar TP prolongado – ocitocina/cesárea?
- ✓ Evitar a episiotomia
- ✓ Clampeamento imediato do cordão umbilical após nascimento, sem ordenha
- ✓ Profilaxia com antibiótico: 2g cefazolina ou cefalotina após clampeamento do cordão

## **Cuidados na Cesariana Eletiva**



- ✓ **Confirmar IG (>38SEMANAS)**
- ✓ **Realizar hemostasia dos vasos da parede abdominal e troca de compressas antes da histerotomia**
- ✓ **Tentar parto empelicado**
- ✓ **Clampeamento imediato do cordão umbilical após o nascimento, sem ordenha**
- ✓ **Profilaxia com antibiótico**

# Fatores que interferem na TV do HIV



- Carga viral
- **Terapia antirretroviral**
- Via de parto
- Fatores obstétricos (BR, etc)
- Fatores virais
- Idade gestacional no parto
- Infecções concomitantes
- Aleitamento



# **TARV na gestação**

**Equilibrar 3 objetivos:**

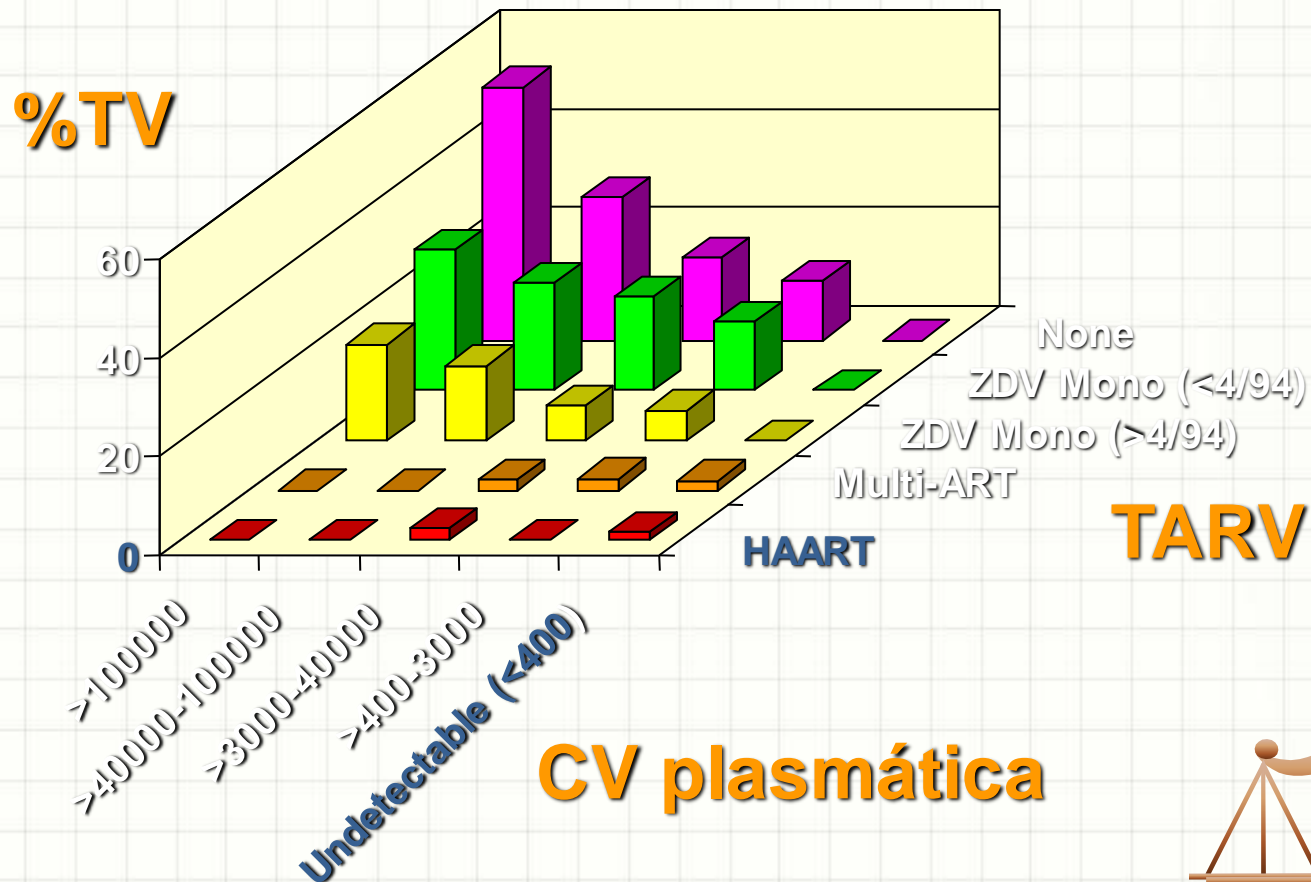
- **risco de toxicidade materna e fetal**
- **risco de resistência viral**
- **risco de transmissão vertical**



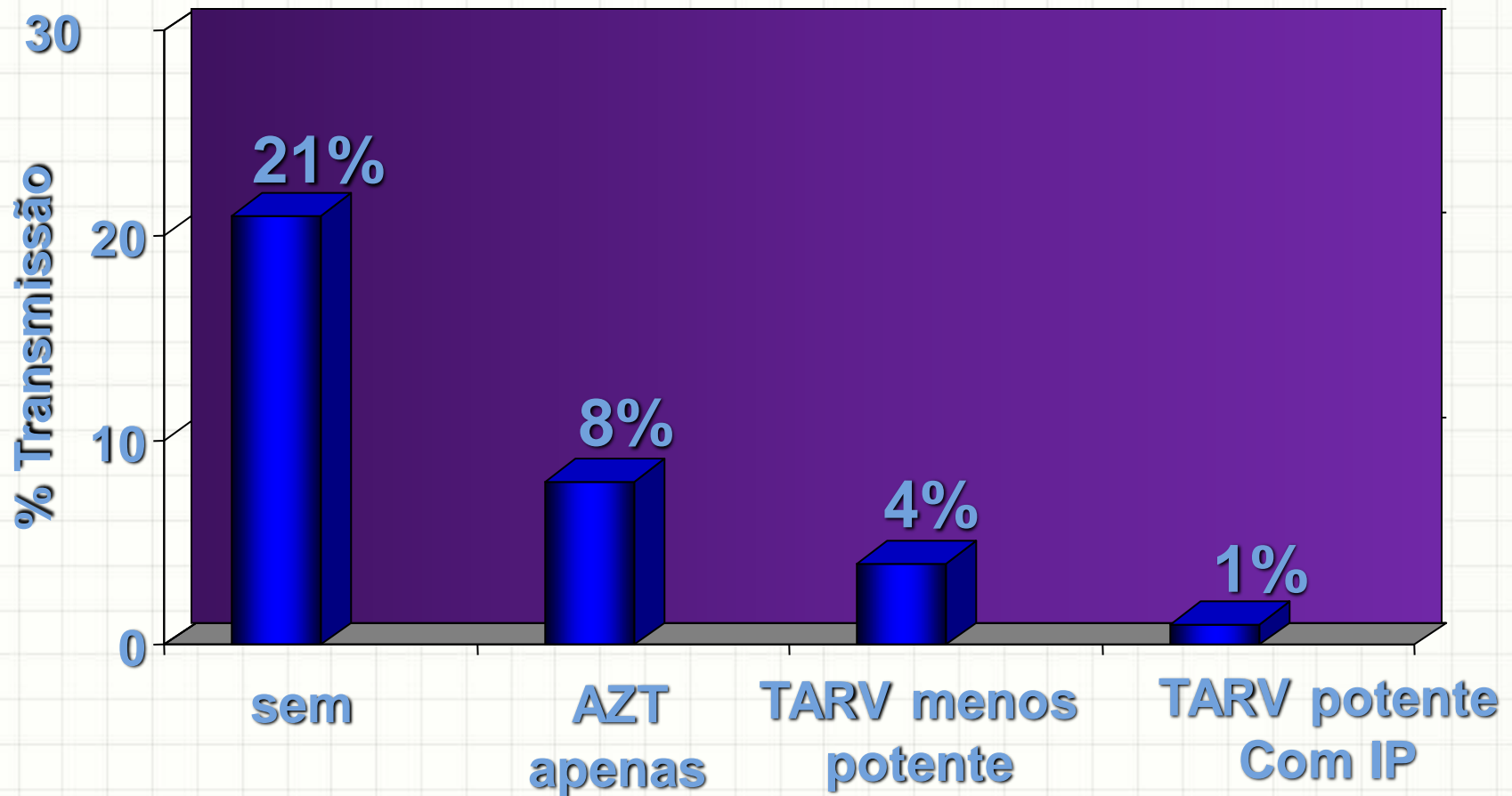


# TV de acordo com CV materna e TARV

Cooper E et al. JAIDS 2004;29:484-94

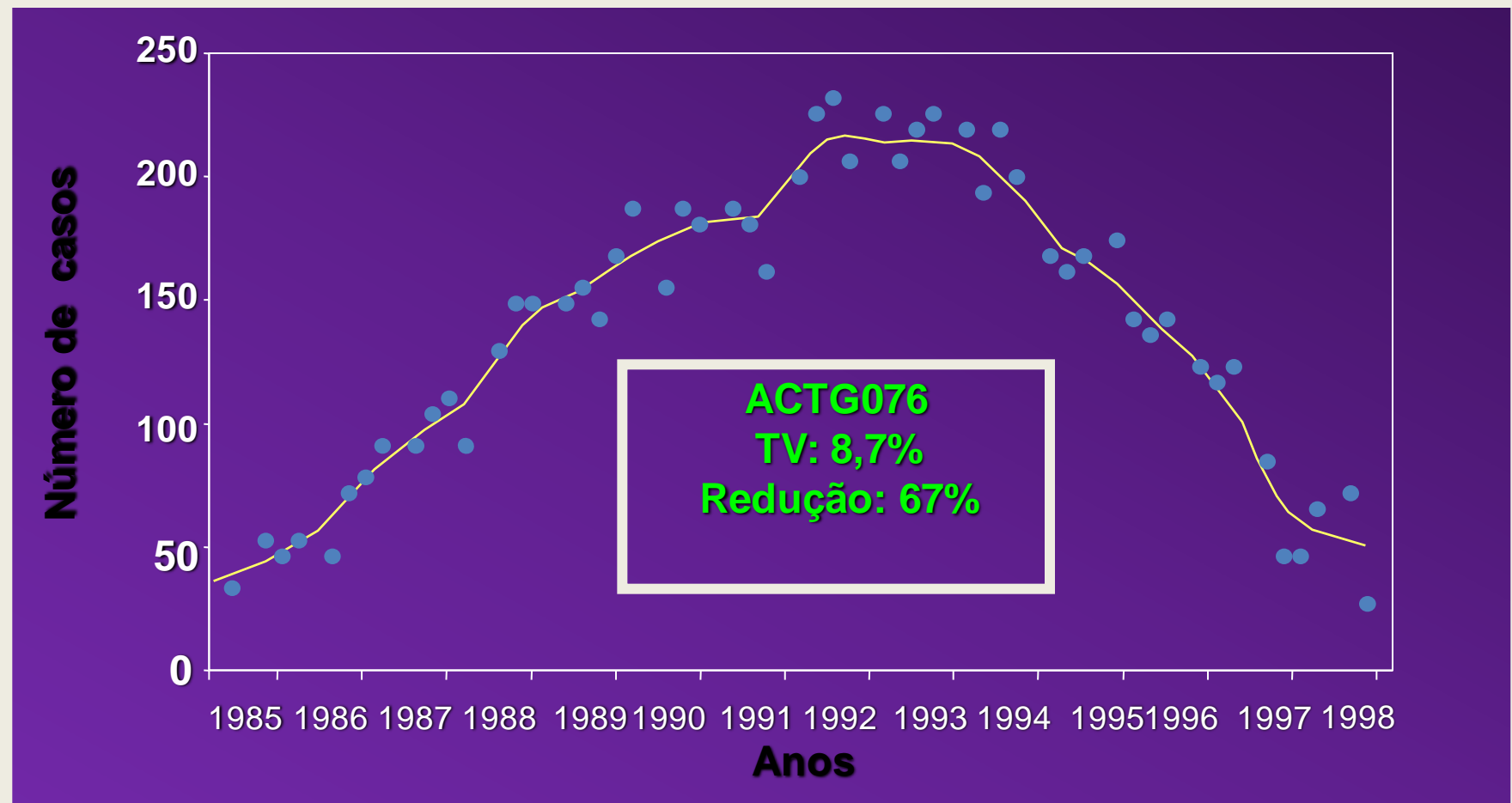


# TV de acordo com regime de TARV



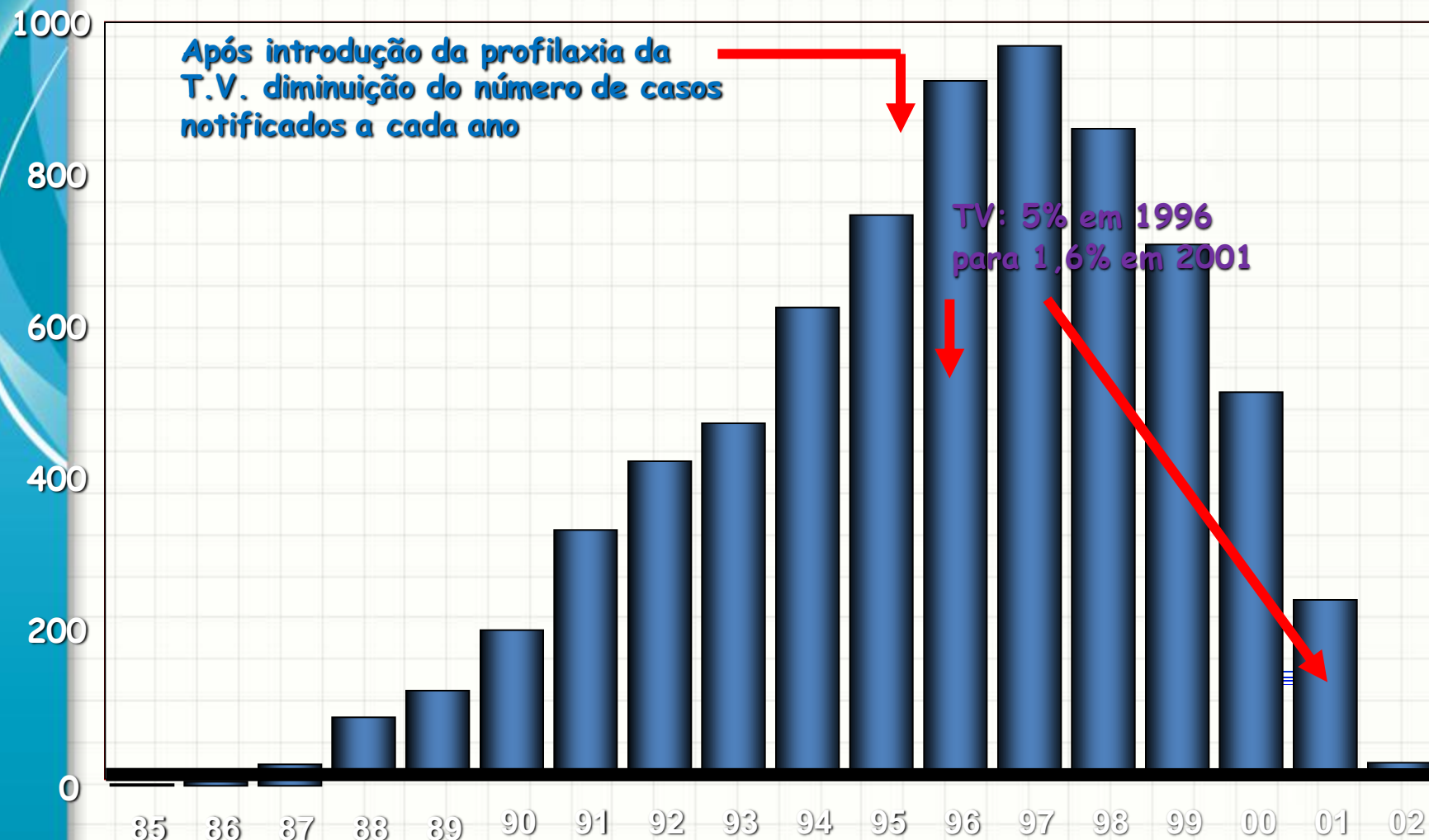
*Women & Infants Transmission Study, 1990-1999*  
*Cooper E et al. JAIDS 2002;29:484-94*

# Casos de AIDS perinatal nos EUA até março de 1999



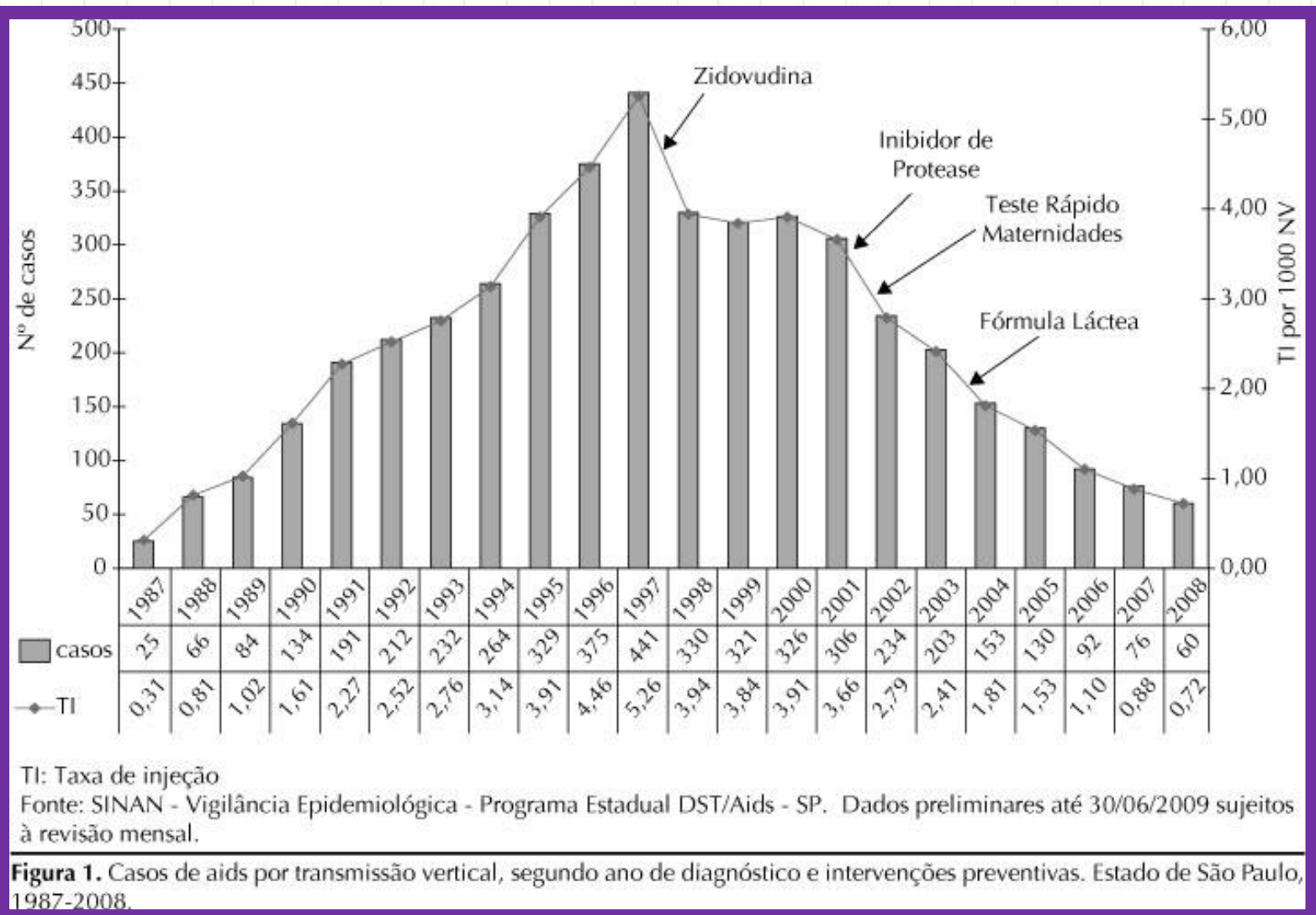
*Connor et al., N Engl J Med, 1994,331(18):1173-1180*

# Casos de aids notificados na subcategoria Perinatal, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2002\*.



\*Casos notificados até 30/03/02.  
Fonte: CN DST e AIDS/SPS/MS.

# TV segundo ano de diagnóstico de intervenções – SP 2009

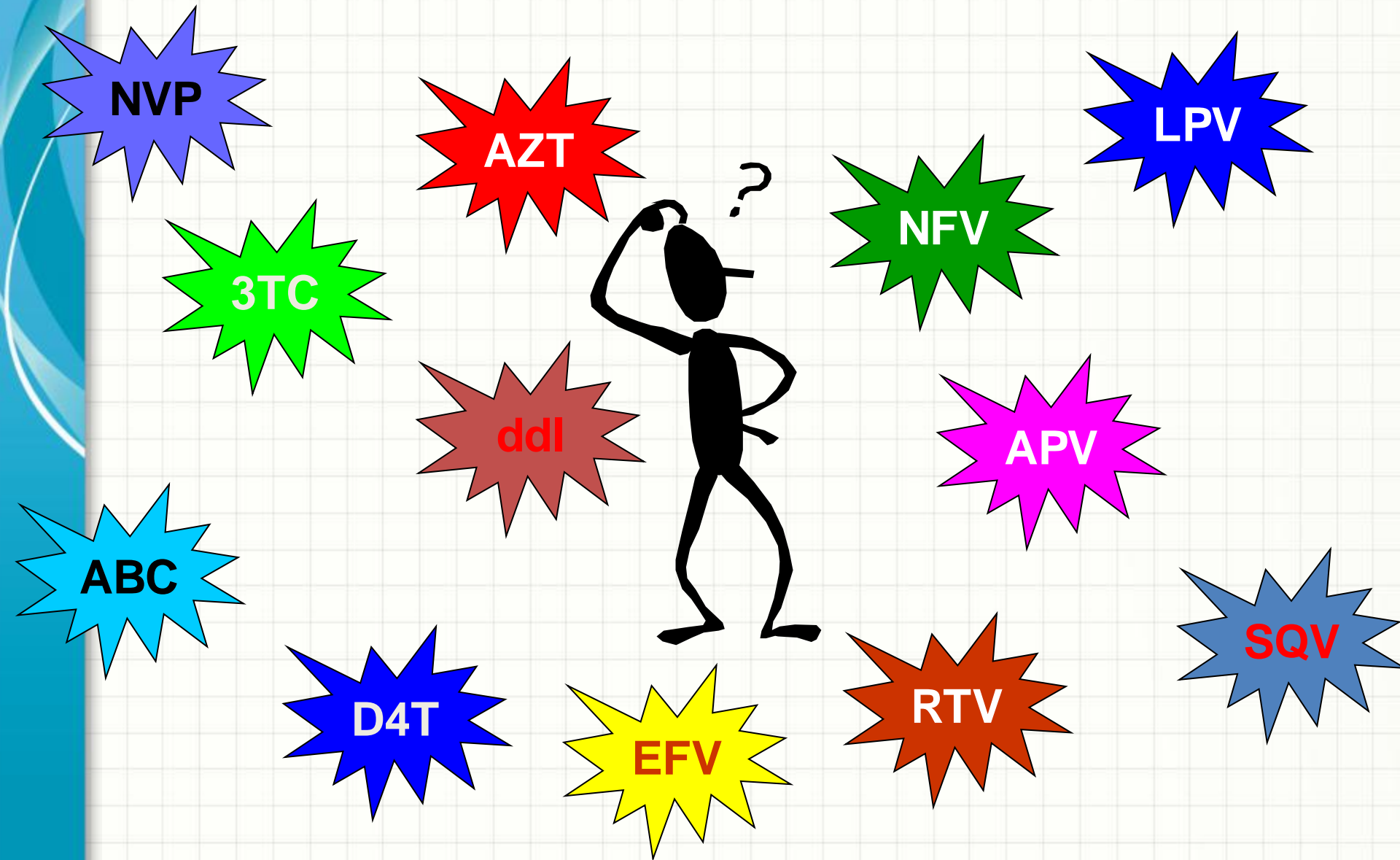




# **Tratamento Antirretroviral na gestação**

**Toda gestante infectada pelo HIV deve  
receber tratamento antirretroviral  
POTENTE, independente da sua  
situação imunológica ou virológica.**

# Esquema ideal?



# Antirretrovirais recomendados na gestação:DHHS 2006

	IP	ITRNN	ITRN	Outros
<b>Recomendado</b>	Nelfinavir Lopinavir	Nevirapine	Zidovudine* Lamivudine*	
<b>Alternativo</b>	Indinavir Ritonavir Saquinavir HGC/RTV		Abacavir Didanosine Emtricitabine Stavudine	
<b>Dados insuficientes</b>	Amprenavir Atazanavir Fosamprenavir Darunavir Tipranavir		Tenofovir DF	Enfuvirtide
<b>Não recomendados</b>		Efavirenz Delavirdine	Zalcitabine	

Available at: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>

# **Inibidores de Protease na Gestação**

- ➔ Aumento da resistência a insulina**
- ➔ Hiperglicemia**
- ➔ Prematuridade**
- ➔ Baixo peso**
- ➔ Muito baixo peso**

# HAART e efeitos adversos na gestação

- 3266 gestantes HIV+ entre 1990-1998
- sem diferenças em TPP, baixo peso, natimortalidade e Apgar baixo
- TARV não aumentou o risco de prematuridade ou baixo peso

*Tuomala et al., 2002*

- Interferência no metabolismo lipídico e na glicemia
- Anemia, plaquetopenia, hepatotoxicidade e alergia

*Duarte et al., 2004; El Beitune et al., 2004; El Beitune et al., 2005; Figueiro Fº. et al., 2004*

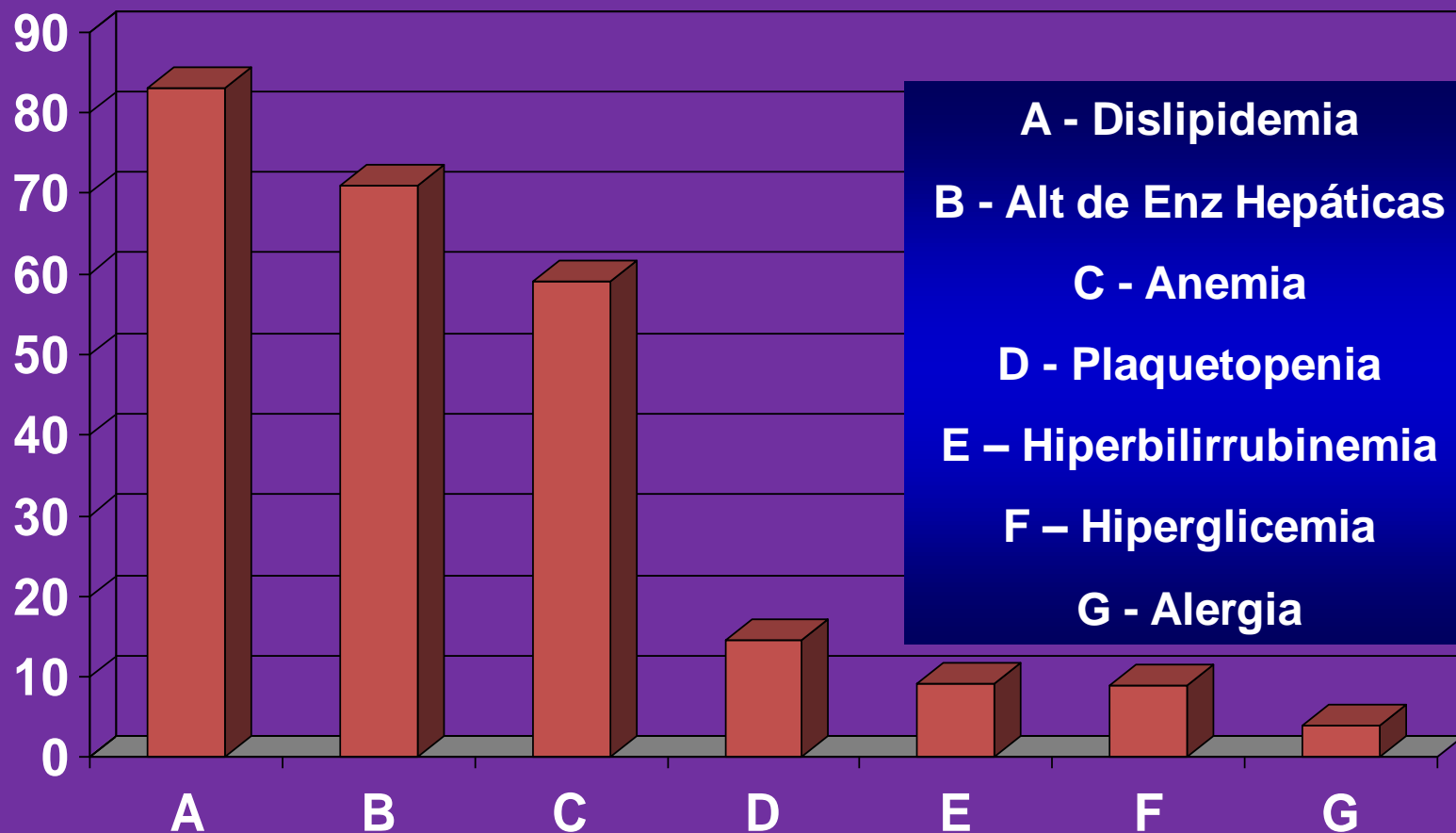
*CROI-2007: N Phanuphak et al. Tailândia. Abstract 752*

**?? Interferência da TARV na imunomodulação materna  
aumentando o risco de hipertensão, TPP, etc**

*Fiore, Newell et al; J Reprod Immunology 70(2006) 143-150*



# Efeitos adversos maternos da TARV



**CAISM/UNICAMP 2000-2007**

# **Análogos não nucleosídeos nevirapina/efavirenz O que se achava....**

- Alergia e hepatotoxicidade – ppte em mulheres com CD4 alto e uso de nevirapina**
- Malformações Tubo neural - efavirenz**

# Antirretrovirais recomendados na gestação:DHHS 2006

	IP	ITRNN	ITRN	Outros
<b>Recomendado</b>	Nelfinavir Lopinavir	Nevirapine	Zidovudine* Lamivudine* Tenofovir DF	
<b>Alternativo</b>	Indinavir Ritonavir Saquinavir HGC/RTV		Abacavir Didanosine Emtricitabine Stavudine	
<b>Dados insuficientes</b>	Amprenavir Atazanavir Fosamprenavir Darunavir Tipranavir			Enfuvirtide
<b>Não recomendados</b>		Efavirenz Delavirdine	Zalcitabine	

**X**

Available at: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>.

# Malformações fetais em 406 mulheres em uso de TARV- CAISM- 2000-2007

<b>Droga</b>	<b>Malformação</b>
<b>NVP</b>	<b>4 Macrocrânias</b> <b>1 Anomalia de JUP</b> <b>1 Hipospádia</b>
<b>NFV</b>	<b>3 Macrocrânias</b> <b>1 Hidrocefalia</b> <b>2 Dilatações pielo-caliciais</b> <b>1 Cardiopatia congênita</b>
<b>NVP – NFV</b>	<b>1 Cranioestenose</b> <b>1 Macrocrânia</b> <b>1 Hidrocefalia</b> <b>1 Atresia esofágica</b>
<b>AZT monoterapia</b>	<b>2 Macrocrânias</b>
<b>IDV</b>	<b>1 Macrocrânia</b>

**Nenhuma associada a efavirenz, mesmo nas que mantiveram seu uso no 1º. Trimestre...**

## Birth defects in a national cohort of pregnant women with HIV infection in Italy, 2001–2011

M Floridia,<sup>a</sup> P Mastroiacovo,<sup>b</sup> E Tamburrini,<sup>c</sup> C Tibaldi,<sup>d</sup> T Todros,<sup>d</sup> A Crepaldi,<sup>e</sup> M Sansone,<sup>f</sup> M Ficon,<sup>g</sup> G Liuzzi,<sup>h</sup> B Guerra,<sup>i</sup> A Vimercati,<sup>j</sup> F Vichi,<sup>k</sup> I Vicini,<sup>l</sup> C Pinnetti,<sup>h</sup> AM Marconi,<sup>m</sup> M Ravizza,<sup>m</sup> on behalf of The Italian Group on Surveillance on Antiretroviral Treatment in Pregnancy<sup>†</sup>

<sup>a</sup> Department of Therapeutic Research and Medicine Evaluation, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy <sup>b</sup> Alessandro Lini International Center on Birth Defects and Perinatology, Rome, Italy <sup>c</sup> Department of Infectious Diseases, Catholic University, Rome, Italy <sup>d</sup> Department of Obstetrics and Neonatology, Città della Salute e della Scienza Hospital, University of Turin, Turin, Italy <sup>e</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, Luigi Sacco Hospital, University of Milan, Milan, Italy <sup>f</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, University Federico II of Naples, Naples, Italy <sup>g</sup> Department of Paediatrics, University of Padova, Padua, Italy <sup>h</sup> DMO Lazzaro Spallanzani, Rome, Italy <sup>i</sup> University of Bologna and St Onofrio Malpighi General Hospital, Bologna, Italy <sup>j</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Bari and Policlinic Hospital, Bari, Italy <sup>k</sup> S. Maria Annunziata Hospital, Florence, Italy <sup>l</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, City Hospital, Pavia, Italy <sup>m</sup> Department of Obstetrics and Gynaecology, DIMSD San Paolo Hospital Medical School, University of Milano, Milan, Italy  
Correspondence: Dr M. Floridia, Department of Therapeutic Research and Medicine Evaluation, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Rome, Italy. Email: marco.floridia@iss.it

Accepted 29 January 2013. Published Online 31 May 2013.

**Sem associação entre determinado ARV e malformações MF em ocorrência similar à população geral**



# Safety of efavirenz in the first trimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis

Nathan Ford<sup>a</sup>, Lynne Mofenson<sup>b</sup>, Zara Shubber<sup>c</sup>, Alexandra Calmy<sup>d,e</sup>,  
Isabelle Andrieux-Meyer<sup>e</sup>, Marco Vitoria<sup>a</sup>, Nathan Shaffer<sup>a</sup> and  
Françoise Renaud<sup>a</sup>

- Mais de 2000 partos em mulheres em uso de efavirenz
- Nenhuma associação com malformações na exposição de primeiro trimestre



## Guideline Summary NGC-9280

### Guideline Title

Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States.

- HIV-Infected Pregnant Women Who Have Never Received Antiretroviral Drugs (Antiretroviral Naive):
  - Increased discussion on when to initiate an antiretroviral drug regimen in pregnant women.
- HIV-Infected Pregnant Women Who Are Currently Receiving Antiretroviral Therapy:
  - Discussion of efavirenz use in the first trimester.



**CONSENSO 2010**



**Protocolo clínico de tratamento  
antirretroviral e prevenção da  
Transmissão Vertical do HIV em  
Gestantes  
2015**



U.S. Department of Health & Human Services

[www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)



**Agency for Healthcare Research and Quality**

*Advancing Excellence in Health Care*

[www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)



**National Guideline  
Clearinghouse**

## **Guideline Summary NGC-9280**

### **Guideline Title**

**Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States.**

Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. Rockville (MD): Public Health Service Task Force; 2012 Jul 31. Various p.

European AIDS Clinical Society

# Guidelines

Clinical Management and Treatment  
of HIV-infected Adults in Europe





# Terapia antirretroviral na gestação

## PCDT 2015

- **Tratamento ARV potente**

**INICIADO NA GESTAÇÃO**

- **SEM SUSPENSÃO APÓS O PARTO**

**TERAPIA POTENTE**

# Terapia antirretroviral na gestação

## PCDT 2015



## TRATAMENTO POTENTE ARV (NAIVE)



Iniciar preferencialmente  
após 14 sem...

Exceto em situações de uso de drogas de abuso, co-morbidades obstétricas ou infecciosas que alterem barreira placentária..... **INÍCIO IMEDIATO**

# Terapia antirretroviral na gestação

## Consenso 2010

**PROFILAXIA ARV**  
esquemas

**AZT 3TC LOPINAVIR/r**

AZT 3TC Nevirapina

# **Terapia antirretroviral na gestação**

## **PCDT 2015**

**TDF 3TC EFAVIRENZ**

**Mono dose (1cp/d)**

**AZT 3TC IP (LOPINAVIR/r)**

**AZT 3TC Nevirapina**

# **Terapia antirretroviral na gestação**

## **PCDT 2015**

- **Genotipagem prévia à introdução de ARV na paciente previamente exposta à profilaxia em gestação anterior;**
- **agora universal**



# Uso de **AZT IV** na internação para parto apenas para CV detectável ou desconhecida ou terapia inadequada

- **TRABALHO DE PARTO**

**2 mg/kg IV na 1ª hora e 1 mg/kg/h até  
clampear o cordão**

**desnecessário para CV indetectável tardia  
com TARV potente**

**Iniciar a infusão do AZT 3 horas antes de cesárea  
eletiva**

Clinical Infectious Diseases Advance Access published July 9, 2013

MAJOR ARTICLE

HIV/AIDS

# Is Intrapartum Intravenous Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child HIV-1 Transmission Still Useful in the Combination Antiretroviral Therapy Era?

Nelly Briand,<sup>1,2</sup> Josiane Warszawski,<sup>1,2,3</sup> Laurent Mandelbrot,<sup>1,4,5</sup> Catherine Dollfus,<sup>6</sup> Emmanuelle Pannier,<sup>7</sup> Ludovic Cravello,<sup>8</sup> Rose Nguyen,<sup>9</sup> Isabelle Matheron,<sup>10</sup> Norbert Winer,<sup>11</sup> Roland Tubiana,<sup>12,13</sup> Christine Rouzioux,<sup>14,15</sup> Albert Faye,<sup>4,16</sup> and Stéphane Blanche,<sup>14,17</sup> the ANRS-EPF C01-C011 Study Group<sup>a</sup>

# AZT IV no parto de mulheres HIV

- Janeiro de 1997 a dezembro de 2010
- AZT IV em 95,2% de 11.538 partos
- 554 partos vaginais sem AZT
- Em mulheres com CV>1000:

TV 7,5% sem AZT IV X 2,9% com AZT IV

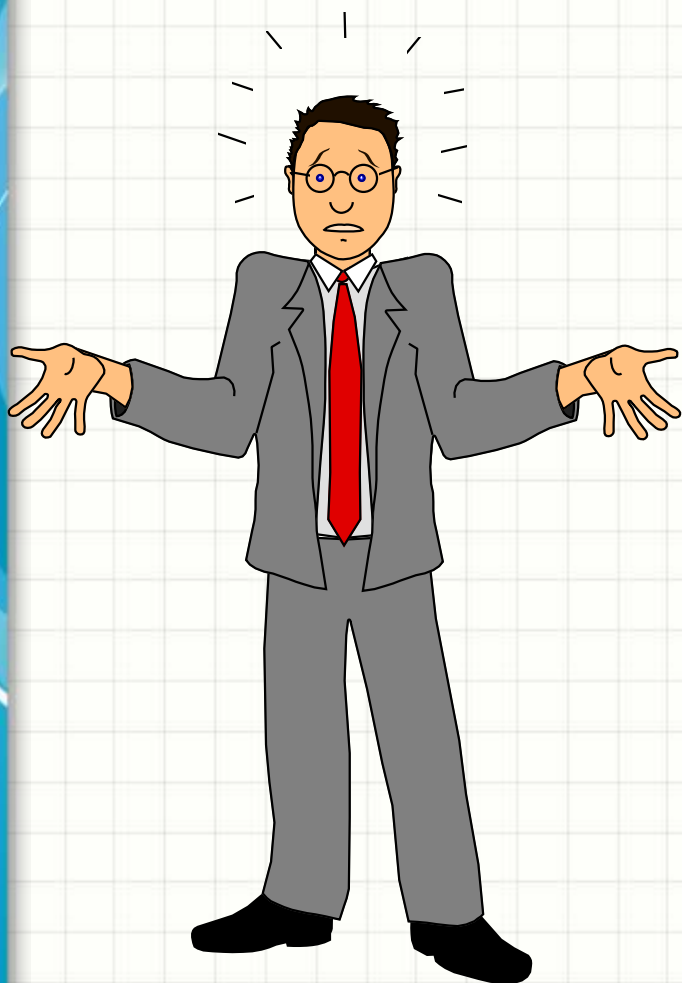
- Em mulheres com CV <1000 TV foi igual:  
0% sem AZT IV X 0,6% com AZT IV

- Em mulheres com CV baixa e na ausência de fatores de risco, AZT IV parece não ser necessário

Clinical Infectious Diseases Advance Access published July 9, 2013

MAJOR ARTICLE

HIV/AIDS

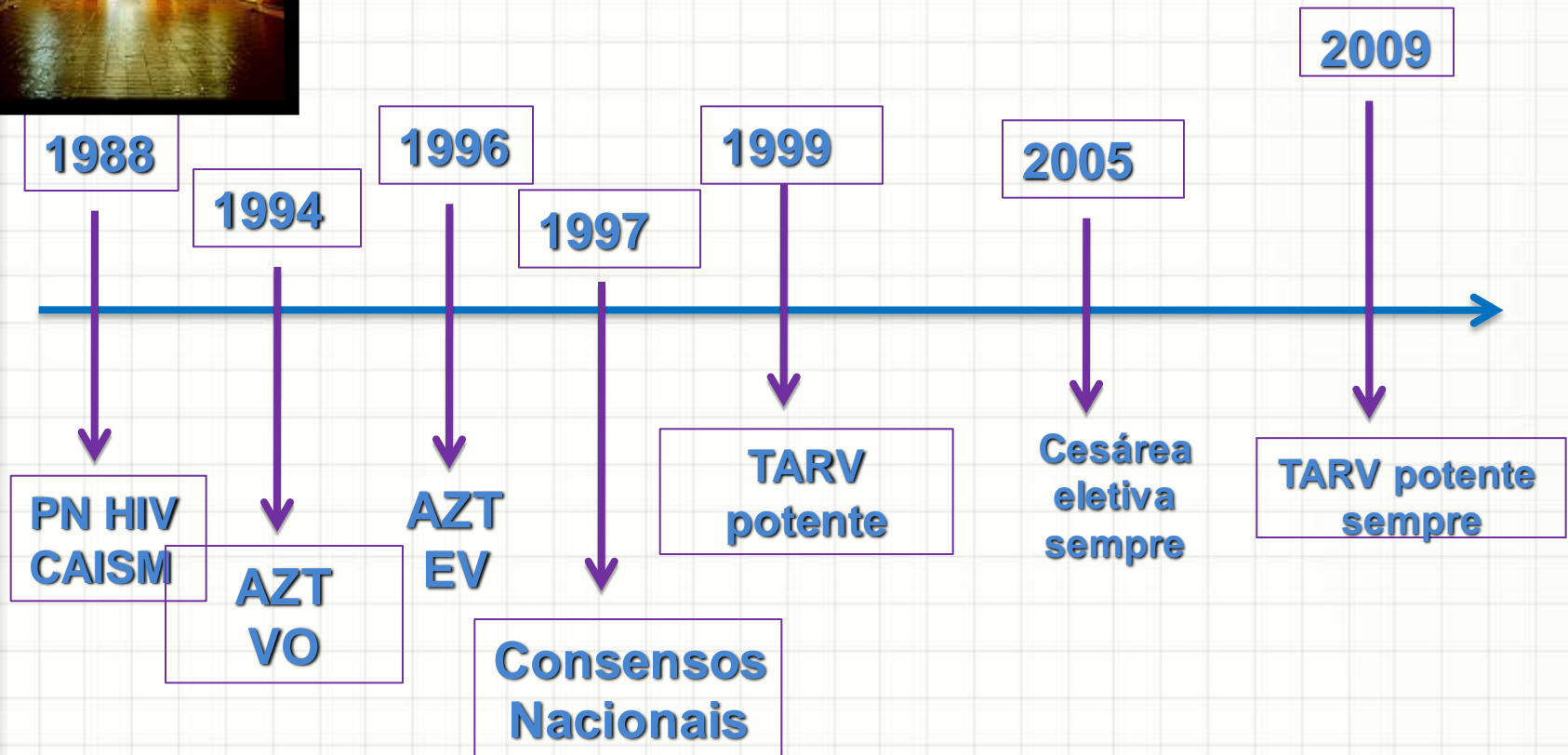


**O que fazer com  
uma gestante HIV+.....**



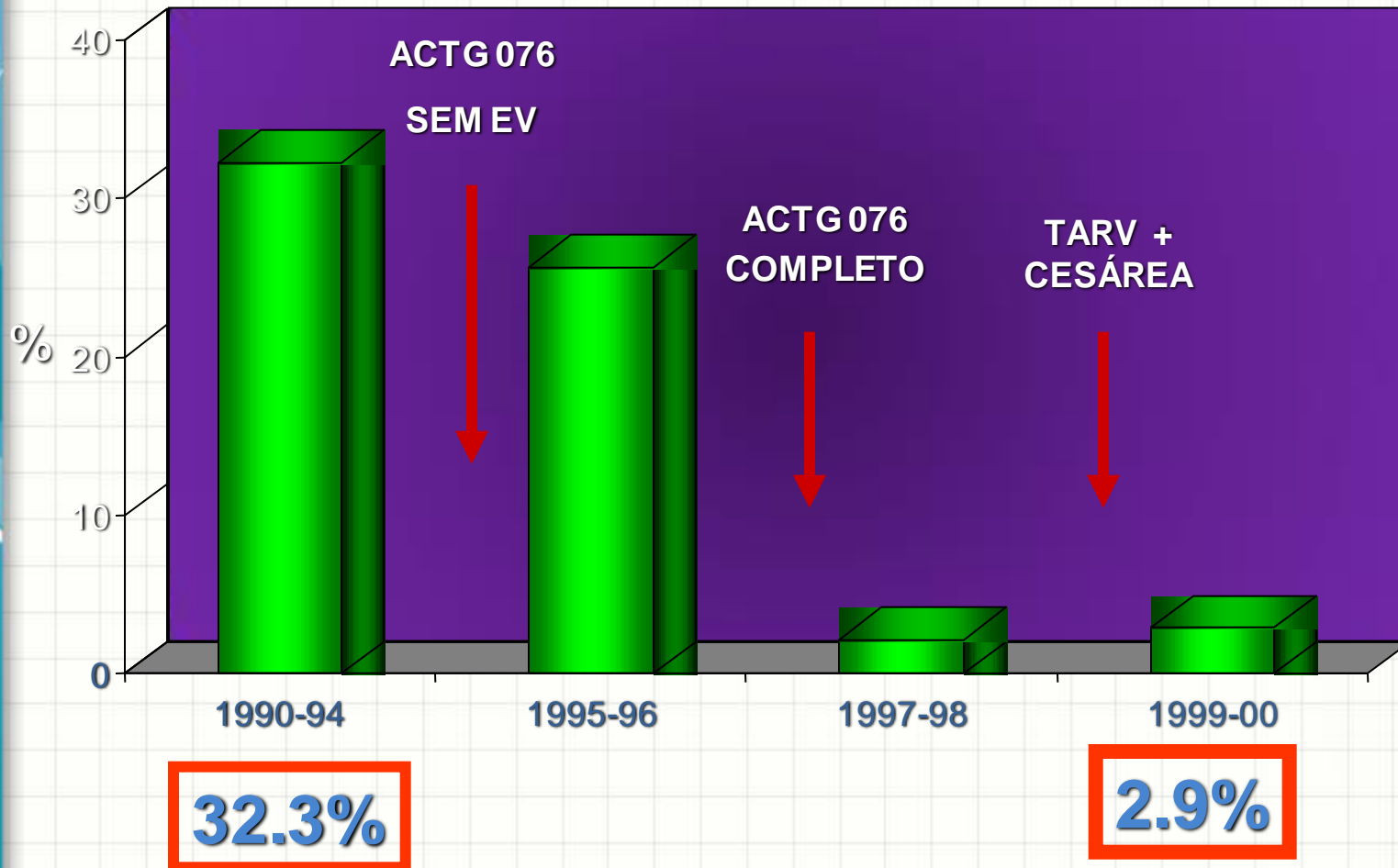
# CAISM/UNICAMP

## 1988-2015





# TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS NO CAISM/UNICAMP



*Amaral, Milanez, Assis et al., 2008*



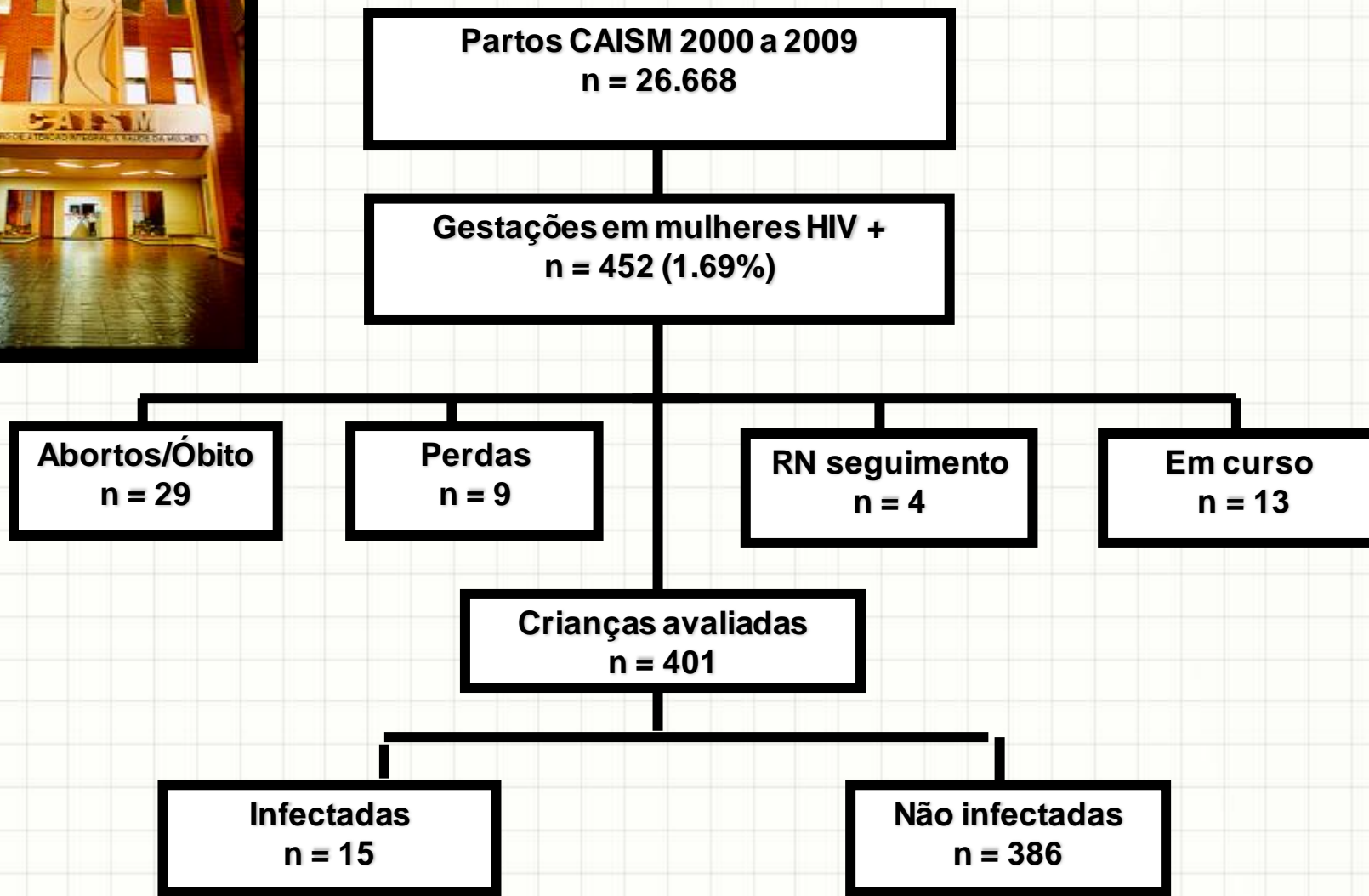
# TV do HIV segundo cada intervenção isoladamente - CAISM/UNICAMP

1990-2000

Intervenção	Transmissão				razão de risco ( IC 95% )
	Sim		Não		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Terapia ARV					
ACTG completo	4	6,6	57	93,4	referência
ACTG incompleto	3	9,4	29	90,6	1,45 (0,35 a 6,10)
Sem terapia	15	34,1	29	65,9	5,29 (1,88 a 14,84)
Múltipla	0	0,0	44	100,0	não calculado



**Delicio, Milanez et al., 2010**



**TV 3.6%**

# Casos de TV entre 2000 e 2009. CAISM/UNICAMP

Caso	CD4 Inicial	CV final	TARV	Adesão	AZT RN	TP	Peso RN	Patologia materna	Patologia RN	Óbito
01	<100	-	AZT	Não	Não	Não	3370	Não	PPC	Sim
02	-	-	AZT	Não	Sim	Sim	2530	Não	Toxo	Não
03	-	-	AZT	Não	Sim	Sim	3110	Não	Rubéola	Não
04	-	-	AZT	Não	Sim	Não	3230	Não	Não	Não
05	289	-	HAART	Não	Não	Não	2635	Não	Não	Não
06	11	47000	HAART	Não	Sim	Sim	1985	Candid, PPC	Toxo	Sim
07	315	420	AZT	Não	Sim	Sim	1320	S.J, Hep C	Não	Não
08	110	17000	HAART	Não	Sim	Não	3000	Neurotoxo, óbito	Toxo	Não
09	344	<50	HAART	Sim	Sim	Sim	3695	Não	Não	Sim
10	424	1410	HAART	Não	Sim	Não	1340	Não	Cand. oral	Não
11	233	-	AZT	Não	Não	Não	1705	Não	CMV	Não
12	-	-	Não	Não	Não	Sim	1425	Não	Não	Não
13	160	-	HAART	Não	Sim	Sim	2790	Não	Não	Não
14	135	38380	HAART	Não	Sim	Sim	2015	Não	Primeiro gemelar	Não
15	86	63	HAART	Sim	Sim	Sim	2100	Cand. oral	Neurotoxo, CMV, TB	Não

# TV HIV no CAISM entre 2009 e 2012

## Transmissão Vertical

	n	%
Infectado	0	0,0
Não infectado	152	100,0

**188 pacientes; perda de informação em 23 casos!!!**



# TV HIV no CAISM entre 2009 e 2012

## Características do Recém Nascido

	n	%
<b>Idade pelo <u>Capurro</u></b>		
< 37 semanas	50	27,3
≥ 37 semanas	133	72,7
<b>Peso (g)</b>		
< 2500	40	21,4
≥ 2500	147	78,6

(\*) Os N são diferentes por falta de informação de algumas pacientes

# **TV HIV no CAISM entre 2009 e 2012**

- **Nenhuma TV**
- **Nenhuma associação de MF com efavirenz**
- **Baixa toxicidade dos ARV**
- **Maior ocorrência de prematuridade (27%) e baixo peso (26%)**

# Cesárea eletiva

# TERAPIA POTENTE

# Parto vaginal

**rastreamento**  
**co-morbidades**

# genotipagem

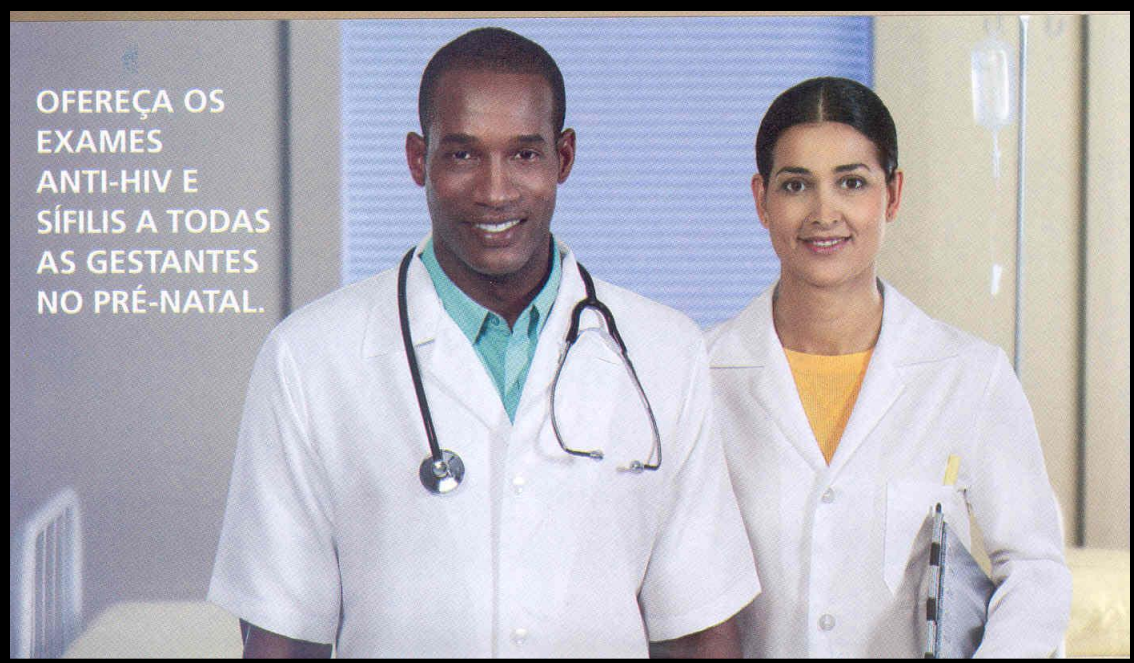








Exija o teste  
para aids e sífilis  
no pré-natal.  
É um direito seu  
e do seu bebê.



OFEREÇA OS  
EXAMES  
ANTI-HIV E  
SÍFILIS A TODAS  
AS GESTANTES  
NO PRÉ-NATAL.





Você pode ajudar o meu  
filho a nascer sem o HIV.

INVESTIGUE A POSSIBILIDADE DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV E DA SÍFILIS



Associação de Mulheres  
e Meninas







**Obrigada pela atenção!**  
**helaine@caism.unicamp.br**