

Cuidados Específicos durante o Parto

- Nos cuidados imediatos do recém-nascido, estar paramentado com E.P.I. (luvas, capote, avental, máscara e gorro) pela possibilidade de exposição a sangue e líquido amniótico;
- Cuidados especiais na manipulação da placenta e do cordão umbilical, pois o risco de exposição é muito grande;
- Preferir sempre seringas de plástico – Isto se aplica durante a episiotomia, quando esta não puder ser evitada;
- Preferir sempre o uso de tesouras ao invés de bisturi na manipulação do cordão umbilical;
- Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo);
- Preferir fios de sutura agulhados;
- Utilizar sempre pinças auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos - durante a sutura de mucosa vaginal, durante o fechamento por planos na cesareana etc;
- Evitar agulhas retas de sutura pelo maior risco de acidente percutâneo;
- Evitar sutura por dois cirurgões simultaneamente no mesmo campo cirúrgico;
- A passagem de materiais perfuro-cortantes (bisturi, porta-agulhas com agulhas etc) do auxiliar para o cirurgião deve ser através de cubas, após aviso verbal.

Cuidados Imediatos após Exposição Acidental a Material Biológico

- Em caso de exposição percutânea ou contato com pele: lavar o local exaustivamente com água e sabão (ou antisséptico degermante - PVP-I ou clorexidina).
- Em caso de exposição de mucosas (olhos, boca etc): lavar exaustivamente com água ou solução fisiológica a 0,9%.
- **NUNCA** utilizar soluções irritantes como éter, hipoclorito e glutaraldeído.
- Evitar manipulação excessiva da área exposta.
- Procurar imediatamente orientação para avaliação do risco do acidente e da necessidade de profilaxia. Quando indicada, a quimioprofilaxia para o HIV deverá ser iniciada dentro da primeira hora após o acidente.

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids*

***Com participação da Secretaria de Estado da Saúde – SP**
(Coordenações de DST/AIDS e da Saúde da Mulher)

Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro - RJ
Coordenação Nacional de DST e Aids e Departamento de Saúde Coletiva

AIDS

RECOMENDAÇÕES PARA A REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

INFORME PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS

AIDS PEDIÁTRICA
**Você pode evitar que crianças
nasçam infectadas pelo HIV.**



AIDS - Redução da Transmissão Vertical

A transmissão perinatal é a principal via de infecção pelo HIV na população infantil. Nos últimos anos, em nosso país, tem sido responsável por cerca de 90% dos casos com forma de exposição conhecida em menores de 13 anos. Estima-se que 15 a 40% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV tornam-se infectadas na gestação, durante o trabalho de parto, no parto ou através da amamentação.

Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito.

Com o objetivo de avaliar a segurança e a eficácia do uso de AZT na prevenção da transmissão vertical do HIV foi realizado um estudo multicêntrico nos Estados Unidos e na França (Protocolo ACTG 076). Este trabalho mostrou uma redução da taxa de transmissão vertical em cerca de 70% com o uso do AZT na gestação, parto e no recém-nascido.

Considerando estas informações, a Coordenação Nacional de DST/AIDS recomenda que:

Seja oferecido o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós teste, independentemente da situação de risco para a infecção pelo HIV.

Seja oferecido AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independentemente do nível de CD4, carga viral, estado clínico ou uso concomitante de outros anti-retrovirais, devendo o tratamento ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação até o parto, com reavaliação do tratamento no pós-parto.

O AZT esteja contido em todo o esquema terapêutico que venha a ser adotado para a gestante HIV+, já que este medicamento é o único anti-retroviral com eficácia comprovada na redução da transmissão vertical do HIV, além de não apresentar sérios efeitos adversos na criança.

Gestantes infectadas pelo HIV, com CD4 menor do que 500 células/mm³, carga viral elevada e/ou que sejam sintomáticas poderão receber terapia anti-retroviral combinada, inclusive inibidores de protease, a critério médico de acordo com as recomendações para adultos contidas no documento de consenso sobre terapia anti-retroviral para adultos e adolescentes infectados pelo HIV (documento disponível nas Coordenações do Programa Estadual e Municipal de DST/AIDS), sempre após discussão dos riscos/benefícios do tratamento com a paciente. Até o momento, não existem dados na literatura que garantam a eficácia na redução da transmissão vertical e/ou segurança para o feto com a utilização de um outro anti-retroviral que não o AZT.

As mulheres que já vinham recebendo anti-retroviral previamente à gestação devem ser informadas sobre os potenciais riscos/benefícios da manutenção, modificação ou suspensão do tratamento no tocante à evolução da sua própria doença, devendo também ser considerados os potenciais efeitos adversos da terapêutica anti-retroviral sobre a criança. As condutas deverão ser decididas caso a caso, em conjunto com a gestante.

Seja oferecido AZT endovenoso à parturiente desde o início do trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.

Seja oferecido AZT solução oral à criança. Esta terapia deve iniciar-se até 24 horas após o parto (de preferência, iniciá-la até a 8ª hora) e ser mantida até a 6ª semana de vida. Até o momento não há comprovação de eficácia quando o tratamento é iniciado após 24 horas. A indicação da profilaxia após este período fica a critério médico.

Mesmo as mulheres que não receberam AZT oral durante a gestação devem receber AZT injetável durante o trabalho de parto e o parto.

Os filhos de gestantes HIV+ devem receber AZT solução oral mesmo que suas mães não tenham recebido AZT durante a gestação e o parto.

Criança nascida de mãe contaminada pelo HIV não deve receber aleitamento materno. A estas crianças deve ser oferecido aleitamento artificial com fórmulas apropriadas. Nenhuma criança deve receber aleitamento cruzado (leite de outra mulher).

PREPARAÇÃO DO AZT PARA INFUSÃO INTRAVENOSA EM 100 ML DE SORO GLICOSADO A 5%

	Peso da paciente	40 kg	50 kg	60 kg	70 kg	80 kg	90 kg
ATAQUE (2MG/KG)	Quantidade de AZT	8 ml	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml	18 ml
Correr na primeira hora	Número de gotas/min	36 gts/min	37 gts/min	37 gts/min	38 gts/min	39 gts/min	39 gts/min
MANUTENÇÃO (1MG/KG)	Quantidade de AZT	4 ml	5 ml	6 ml	7 ml	8 ml	9 ml
Correr a cada hora	Número de gotas/min	35 gts/min	35 gts/min	35 gts/min	36 gts/min	36 gts/min	36 gts/min

AZT ORAL – Esquema alternativo para uso em situações de não disponibilidade do AZT injetável no momento do parto.

300mg no começo do trabalho de parto e, a partir de então, 300mg a cada 3 horas até o clampeamento do cordão umbilical.

Outras recomendações

- Evitar procedimentos invasivos durante a gestação, o trabalho de parto e o parto.
- Monitorar o trabalho de parto cuidadosamente, evitando toques repetidos.
- Evitar amniotomia.
- Evitar que a gestante HIV+ permaneça com bolsa rota por mais de 4 horas.
- Evitar trabalho de parto prolongado; se necessário, induzir o parto com o uso de ocitócitos.
- No parto vaginal, evitar a episiotomia.
- Imediatamente após o parto, lavar o recém-nascido com água e sabão.
- Aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismos em mucosas.

Esquemas posológicos do AZT

G E S T A N T E

AZT - cápsulas de 100mg via oral

A partir da 14ª semana até o parto

Dose diária:

- 500mg divididos em 5 doses diárias de 100mg ou
- 600mg divididos em 3 doses diárias de 200mg ou
- 600mg divididos em 2 doses diárias de 300mg

P A R T U R I E N T E

AZT injetável - frasco ampola de 200mg com 20 ml (10mg/ml)

- Iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado, com 2mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1mg/kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical; diluir em soro glicosado a 5% e gotejar conforme tabela anexa. A concentração não deve exceder 4mg/ml.

C R I A N Ç A

AZT solução oral 10mg/ml

- Iniciar até 24 horas após o parto (preferencialmente até a 8ª hora), na dose de 2mg/kg a cada 6 horas, durante 6 semanas.

Observações

a) Excepcionalmente, quando a criança não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na mesma dose acima.

b) A dose de AZT apropriada para crianças prematuras abaixo de 34 semanas de gestação ainda não está definida, porém sugere-se utilizar 1.5mg/kg a cada 12 horas VO ou IV nas primeiras duas semanas e 2mg/kg a cada 8 horas por mais 4 semanas; nas crianças acima de 34 semanas a farmacocinética do medicamento é semelhante à das crianças de termo.

Observações importantes

- Monitorar a gestante com hemograma e transaminases no início do tratamento com AZT e, a seguir, a cada mês. Frente à ocorrência de efeitos adversos, reavaliar a conduta.
- Monitorar a criança com hemograma no início do tratamento com AZT e após 6 e 12 semanas, para avaliar condutas, frente à ocorrência de efeitos adversos.
- Estabelecer, durante o pré-natal, o acompanhamento da gestante com infectologista ou clínico experiente no manejo de pacientes infectados pelo HIV.
- Sempre que possível, antes de iniciar o uso do AZT, submeter a gestante à contagem de linfócitos CD4 e medida da carga viral, para melhor avaliação do esquema terapêutico e da necessidade de quimioprofilaxias para infecções oportunistas.
- Assegurar o acompanhamento da criança pelo pediatra; a partir da sexta semana é recomendada a profilaxia de *Pneumocysts carinii* com sulfametoxazol (SMX) + trimetoprima (TMP) na dosagem de 750mg de SMX/m²/dia, divididos em 2 doses diárias, 3 vezes por semana em dias consecutivos.
- Após o parto, a mulher deve ser reavaliada em relação à necessidade de manutenção ou não da terapia anti-retroviral.
- Ao receber alta do puerpério, a paciente deve ser orientada quanto ao uso de preservativos e encaminhada a um serviço de planejamento familiar.

Normas de Biossegurança & Parto

Biossegurança: é o conjunto de ações voltadas para prevenir ou minimizar os riscos para os profissionais de saúde que trabalham com materiais biológicos.

Precauções Universais (atualmente denominadas PRECAUÇÕES BÁSICAS) são medidas de prevenção que devem ser tomadas

- **com qualquer paciente**, independente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas causadas por vírus, bactérias ou protozoários.
- **na manipulação** de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não-integra.

Estas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas ao sangue ou aos fluidos corpóreos de qualquer paciente e os cuidados especiais que os profissionais de saúde devem tomar para se prevenirem contra acidentes com materiais perfuro-cortantes.

Equipamentos de Proteção Individual (E.P.I.)

LUVAS

- O uso de luvas está indicado sempre que houver possibilidade de contato do profissional de saúde com sangue, secreções e excreções, com mucosas (boca, nariz, olhos, genitália) ou com áreas de pele não-integra (ferimentos, escaras, feridas cirúrgicas etc).

Exemplos:

Na administração de medicamentos parenterais, nas punções venosas, na aspiração de vias aéreas, na pesquisa de glicemia capilar, durante a coleta de sangue, na drenagem de coletores (urina, nasogástrico), na realização de curativos etc.

MÁSCARAS

- Devem ser utilizadas durante os procedimentos em que exista possibilidade de sangue e outros fluidos corpóreos atingirem as mucosas da boca e do nariz do profissional de saúde.

Exemplos:

Durante a aspiração de vias aéreas e digestivas do recém-nato, durante o parto (vaginal ou cesáreo) etc.

ÓCULOS DE PROTEÇÃO

- Devem ser utilizados durante os procedimentos em que exista possibilidade de sangue e outros fluidos corpóreos atingirem os olhos do profissional de saúde.

Exemplos:

Durante a aspiração de vias aéreas e digestivas do recém-nato, durante o parto (vaginal ou cesáreo), durante os procedimentos cirúrgicos etc.

Sempre que disponível, em procedimentos obstétricos, preferir a utilização de protetores faciais (visores plásticos que protegem simultaneamente os olhos e a boca).

CAPOTES e AVENTAIS

- Devem ser utilizados durante os procedimentos em que exista possibilidade de respingos de sangue e outros fluidos corpóreos ou contato com superfícies contaminadas.

Exemplos:

Durante a aspiração de vias aéreas e digestivas do recém-nato, durante o parto (vaginal ou cesáreo), durante os procedimentos cirúrgicos, nos cuidados imediatos com o recém-nato (pediatra etc).

Sempre que disponível, utilizar capotes impermeáveis, de mangas longas. Quando isto não for possível, utilizar aventais plásticos por baixo dos capotes de pano de manga longa.

Cuidados com Materiais Perfuro-Cortantes

(agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, vidrarias etc)

- Ter o máximo de atenção na manipulação destes materiais;
- As agulhas, mesmo que descartáveis, **nunca devem ser reencapadas**, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Após o seu uso, qualquer material perfuro-cortante, mesmo que estéril, deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;

- Nunca ultrapassar o limite de 2/3 da capacidade total do coletor de material perfuro-cortante.