

INFECÇÕES NA GESTAÇÃO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Hepatite B (HBsAg e anti-Hbc), HIV, toxoplasmose, CMV, doença de Chagas, HTLV I e II, sífilis (VDRL + Fta- abs ou ELISA), rubéola
- Hepatite C ?
- Pesquisa do estreptococo do grupo B entre 35 e 37 semanas de gestação
 - Risco de sépsis neonatal precoce
 - A profilaxia – redução de 70%
- Gestantes colonizadas – risco 25 vezes maior
- Exames do parceiro
- Exame de urina 1º e 3º trimestre e mensal em caso de infecção

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Acompanhamento multidisciplinar
- Propedêutica pós-natal minuciosa
- Orientações prognósticas
- Considerações legais X realização de exames invasivos

DOENÇA DE CHAGAS

- Brasil – 2 a 3 milhões de infectados
- Infecção congênita 0,1 a 10%
- Controle vetorial – redução da infecção perinatal
- Tratamento específico para gestante
- Gestante cardiopata

DOENÇA DE CHAGAS

- A maioria dos infectados nasce eutrófica e a termo
- Prematuridade, febre, hepatoesplenomegalia, taquicardia
- Insuficiência cardíaca, meningoencefalite, calcificações cerebrais

DOENÇA DE CHAGAS

- Insistir no diagnóstico parasitológico do RN (exames diretos, micro-hematócrito, xenodiagnóstico e hemoculturas), PCR
- Se sorologia + após 6 a 7 meses tratar a criança
- Pode ser necessária a terapia de prova

TOXOPLASMOSE

- Introdução
- Meios de infecção – oocistos
cistos
taquizooítos
- Risco de transmissão da doença ao feto X
doença sintomática materna

TOXOPLASMOSE

■ Incidência da infecção neonatal

- Primeiro trimestre: 10% a 15%
- Segundo trimestre: 30%
- Terceiro trimestre 60%

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

- 85% dos recém-nascidos aparentemente normais ao nascimento.
- 10% a 30% irão desenvolver perda de audição
- 20% a 75% apresentarão retardo no desenvolvimento

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

- Criança sintomática ao nascimento:
 - SNC
 - * Hidrocefalia, microcefalia, convulsões, opistótono, paralisia de extremidades, dificuldade de sucção, letargia, distúrbios respiratórios e calcificações cerebrais.
 - * Gravidade maior se a criança nasceu prematura

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

■ Criança sintomática ao nascimento:

- Manifestações sistêmicas

hepatoesplenomegalia, icterícia, linfadenomegalia, febre, hipotermia, anemia, petéquias, equimoses, alterações liquóricas, eosinofilia e trombocitopenia.

TOXOPLASMOSE CONGÊNITA

- Criança sintomática ao nascimento:
 - Manifestações oculares
 - * Retinocoroidite
 - * Microftalmia, estrabismo, nistagmo, catarata, atrofia óptica...

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

- A gravidez só poderá ser indicada após seis meses da remissão da doença
- Risco 6 a 8 semanas antes da gestação
- Seguimento sorológico
 - Antecedente à gravidez
 - Mensal nas soronegativas

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

- Diagnóstico
- Sorologia - IgG, IgM, IgA
- IFI e ELISA convencional Falso (+) quando FR(+) e FAN(+)
- ELISA captura ou duplo sanduíche ou
- ISAGA (Imunosorbent agglutination assay): impedem o falso (+) pelo FR e FAN

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

- IgG – infecção passada?
- Teste de avidéz de IgG: infecção aguda: baixa avidéz
- Alta avidéz- infecção há mais de 4 meses
- IgM
 - Infecção aguda? Presença fundamental?
 - IgM (-) afasta infecção aguda no imunocompetente
 - Importante no diagnóstico do RN – após 10 dias de vida

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

- IgM (+) IgG (-) repetir com 2 sem.
IgG persistentemente (-) = falso IgM (+)?
- IgM (+) IgG (+) – infecção aguda?
- IgG (+) IgM (-) – Infecção passada?
- IgG (-) IgM (-) – Não imune?
- Infecção na imunossuprimida

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

- PCR
- Observação direta do parasita - Giemsa ou Wright
- Isolamento do parasita

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

CONDUTAS

- Avaliar início da espiramicina até que se afaste a infecção fetal:
 - IgM ou IgA persistentemente (+)
 - Tese de avidéz de IgG mostrando baixa avidéz
 - Aumento significativo da titulação de IgG

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO FETAL

- Amniocentese na 20^a semana
 - IgM, IgA e PCR (97% sens.e 100% esp.)
- Cordocentese
- Acompanhamento ultrassonográfico
 - Detecção de anomalias - 22,5 a 45%

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

TRATAMENTO / PREVENÇÃO

- Proteção do feto
- Não deve ser intermitente
- Espiramicina
- Sulfadiazina + pirimetamina + ac. Folínico:
 - Sempre que se confirmar infecção fetal
 - No mínimo 10 dias antes da DPP, trocar a sulfa pela espiramicina
 - Evitar a pirimetamina no 1º trimestre
- Clinda, azitro e a claritro podem substituir a sulfa

TOXOPLASMOSE E GRAVIDEZ

PREVENÇÃO: OUTRAS MEDIDAS

- Informação – atenção com as pacientes soronegativas
- Cuidados alimentares
- Cuidados com as fezes dos gatos

RUBÉOLA

- Em estudo na Santa Casa entre 09/1999 e 08/2000 – 2737 gestantes – 23,8% de suscetíveis
- Manifestações clínicas em gestantes: 1/3 das infecções agudas
- Primeiras 12 semanas – 80% de risco de transmissão – 20% de abortamento.
- Dos infectados mais de 90% -> malformação grave

RUBÉOLA

- Diagnóstico sorológico após 14 a 18 dias do contato (2 a 3 dias após a erupção)
- Reação de hemaglutinação (IH)
- ELISA
- Teste de avidéz: baixa avidéz -> infecção recente (< 4 meses)
- Pico de IgM com 30 dias
- IgG 5 a 15 dias após o exantema - pico com 60 dias

RUBÉOLA

- IgM (+) e IgG persistentemente (-):
IgM falso (+)
- Reinfecção:
 - IgG (+) com aumento de 4 vezes a titulação
 - Retorno do IgM em baixos títulos
 - Baixa viremia
 - Raramente leva ao acometimento fetal

RUBÉOLA

IDADE GESTACIONAL	ACOMETIMENTO
< 11 semanas	Síndrome da rubéola congênita
11 a 18 semanas	Surdez e alteração do desenvolvimento neuropsicomotor
>18 semanas	Ausência de dano fetal

RUBÉOLA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Sarampo
- Dengue
- Parvovirose
- Secundarismo
- Mononucleose like
- Enteroviroses
- Farmacodermia

RUBÉOLA DIAGNÓSTICO

- PCR do líquido amniótico – indicar?
- Exame (-) afasta o diagnóstico – sensibilidade entre 87 e 100%
- US morfológico

RUBÉOLA

USG

- Malformações cardíacas
- Hepatoesplenomegalia
- Microftalmia
- Microcefalia
- Crescimento intra-uterino restrito
- USG normal – cordocentese? ALT, AST, DHL, anemia, leucocitose, trombocitopenia, IgM +

RUBÉOLA

PREVENÇÃO

- Vacinação – 1969 – incidência da rubéola e da SRC: 99% de redução – Proteção de 95% em 3 a 4 semanas por 15 anos
- Indicar no pós-parto das suscetíveis

SÍFILIS

■ Sorologia

- 1^a consulta;
- 30^a semana;
- no parto

■ Diagnóstico de sífilis: VDRL $\geq$ 1/8 (+) independentemente do FTA

■ Infecção fetal pouco freqüente antes da 16^a sem., sendo maior após a 24^a sem.

SÍFILIS

- Morbimortalidade: maior no início da gestação
- Maior incidência de infecção assintomática no final da gestação
- Risco de infecção fetal:
 - Fase primária e secundária - 100% - 50% → aborto, prematuridade ou óbito perinatal
 - Latente precoce – 80%
 - Latente tardia 30%
- Aborto espontâneo durante o 2º e início do 3º trimestre – consequência mais comum

SÍFILIS

- Sorologia VDRL
- FTA-abs IgM e IgG
- Cardiotocografia
- USG
 - hepatomegalia
 - espessamento placentário
 - ascite e hidropsia = maior gravidade – falha terapêutica
- Cardiotoco + US alterados = alto risco de morte

SÍFILIS

- Penicilina
- Alergia – estearato de eritromicina – não trata o feto (2g/dia 14 dias s. primária e 21 dias nas outras)
- Reação de Jarisch-Herxheimer – pode trazer conseqüências graves ao feto – desaceleração e óbito

SÍFILIS

- Eficácia da penicilina
- Pode ocorrer:
 - Acometimento do feto antes do tratamento
 - Reinfecção da mãe (não esquecer do parceiro)
 - Resistência?
 - Tratamento com menos de 30 dias antes do parto
 - Falha principalmente no secundarismo e sífilis latente precoce, VDRL $\geq$ 1:32, alterações à USG.

SÍFILIS

■ Quando retratar?

- Reincidência clínica
- Reincidência sorológica
- Soro-resistência

SÍFILIS

- Infecção congênita: sintomática recente ou tardia, assintomática
- Precoce – menos de 2 anos
- Hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia, trombocitopenia, leucopenia ou leucocitose, rinite(altamente infecciosa), placas mucosas, condilomas planos em orifícios, exantema que pode descamar, pênfigo sífilítico(vesículas e bolhas nas solas e palmas, com conteúdo sero-hemorrágico rico em treponemas), lesões ósseas: são as mais frequentes – 70 a 100% dos casos- bilaterais e simétricas acometendo metáfises e diáfises de ossos longos, crânio, coluna e costela – remissão espontânea – osteocondrite e periostite, síndrome nefrótica e mais raramente glomerulonefrite – deposição de imunocomplexos, meningite sífilítica geralmente assintomática – manifesta-se com entre 3o e 6o mês de vida, podendo se manifestar como uma meningite bacteriana – é asséptica – pode ter evolução crônica com sequelas futuras hidrocefalia, paralisia e déficit intelectual
- Tardia – a partir de 2 anos – assintomático – persistência dos testes treponêmicos- tríade de Hutchinson (ceratite intersticial, surdez, dentes), nariz em sela, rágades em torno dos orifícios naturais (raras- cicatrizes lineares profundas), sequelas ósseas, como tibia em sabre.

SÍFILIS

- Acompanhamento:
 - VDRL – 3, 6 e 12 meses
 - Diminuição em 4 vezes em até 6 meses e 8 vezes em até 12 meses
 - VDRL 1:2 em 5 anos
- 70 a 90% negativo após 1 ano
- Queda lenta nas fases mais tardias

CITOMEGALOVIROSE

- Brasil entre 0,5 a 6,8% de infecção congênita
- Risco ocupacional
- Entre os RN infectados 10% sintomáticos: hepatomegalia, microcefalia, icterícia neonatal, pneumonia
- Entre os assintomáticos 10 a 15% seqüelas durante a infância: déficits neurossensoriais, epilepsia, paralisia cerebral, atrofia de nervo óptico, atraso no desenvolvimento, retardo mental

CITOMEGALOVIROSE

- Primoinfecção materna – 0,7 a 4,4% das gestações
 - Risco de infecção fetal 30 a 50%
- Possibilidade de infecção fetal na pre-concepção - CMV pode ser encontrado no sangue até 6 meses após a infecção aguda
- Manifestação na gestante
- Recorrência: 0,5 a 1%
 - Reinfecção cepas diferentes ou reativação

CITOMEGALOVIROSE

DIAGNÓSTICO NA GESTANTE

■ Sorologia

- IgM – infecção aguda?
- É imprescindível na infecção aguda? -
Aidez da IgG

■ A IgM + no cordão é sugestiva mas não específica

CITOMEGALOVIROSE

DIAGNÓSTICO NA GESTANTE

- IgG(+) IgM (-) – Infecção passada?
- IgG (-) IgM (-) – repetir trimestralmente?
- IgG(+) IgM (+) – Infecção aguda?
- IgG (-) IgM (+) – Infecção aguda?

CITOMEGALOVIROSE

- Cultivo viral ou PCR
 - Após a 21^a semana de gestação é que há diurese fetal (eliminação do vírus) – 70% de (+) após este período e 30% antes.
 - Carga viral no líquido amniótico

CITOMEGALOVIROSE

■ USG

- Infecções subclínicas
- Infecção no 1º trimestre
- Infecção no final da gestação
- Alterações em 5% no total

CITOMEGALOVIRE

■ USG

- Microcefalia, calcificações intracranianas, hidropsia, crescimento intra-uterino restrito, ascite, dilatação ventricular, polidrânio ou oligodrânio, calcificações hepáticas, peritonite meconial, íleo meconial, hipoplasia cerebral e de cerebelo, espessamento placentário

CITOMEGALOVIROSE

CONSEQÜÊNCIAS

- Maioria dos RN é assintomática
- Surdez, coriorretinite, retardo mental – maior gravidade na primoinfecção materna – 90% dos sintomáticos.
Hipotonia, parestesias

HERPES SIMPLES

- HSV 1 e 2
- Aumento de 20 para 40% de lesões genitais por HSV 1
- 80% soropositividade para HSV 1 nos primeiros 5 anos de vida
- Relação com condições sócio-econômicas
- HSV 2 - 34% em mulheres acima de 35 anos
- Soroconversão em gestantes 0,2 a 4% tipo 2
- Vias de infecção: intra-uterina (transplacentária ou ascendente), perinatal, pós-natal - 70% gestantes assintomáticas
- Risco de transmissão vertical é de 40 a 50% em gestantes que apresentam infecção aguda e 5% nos episódios de recorrência
- Tempo de bolsa rota maior que 6 horas – risco aumentado

HERPES SIMPLES

CLÍNICA NO RN

- Sintomáticos em 95% dos casos
- Lesões de pele
- Retinocoroidite, ceratoconjuntivite, microftalmia
- Microcefalia, hidranencefalia
- Crescimento intra-uterino restrito
- Abortamento

HERPES SIMPLES

CONDUTA PARA A GESTANTE

- Tratar as lesões maternas no final da gestação
- Aciclovir 400mg 3 x dia - 10 dias
- Fanciclovir 250mg 3 x dia - 10 dias
- Valaciclovir 1g 2 x dia – 10 dias
- Aciclovir EV para os casos graves
- Iniciar na fase vesicular ou ulcerosa precoce
- Apresentações tópicas não são eficazes
- Indicação de cesariana

HTLV

- Leucemia/linfoma de células T – 20 a 30 anos após – associação com transmissão vertical
- Paraparesia espástica tropical
- Afeta 10 a 20 milhões de pessoas no mundo
- Prevalência HTLV I - 1 a 10%
- Belo Horizonte 1%
- Transmissão sexual, parenteral e por amamentação
- Testagem no Brasil a partir de 1993

HTLV

- Não interfere no curso da gestação
- Infecção pós-natal – linfócitos T infectados pelo HTLV presentes no leite materno
- Diagnóstico: ELISA e Western Blot ou IFI

HTLV

- O fato de não receber leite materno não protege totalmente contra a infecção, mas reduz sensivelmente a taxa de transmissão
- Taxa de transmissão intrafamiliar
- Cesariana eletiva??

HEPATITES

HEPATITE B

- Infecção materna crônica – 8%
- Infecção materna aguda – 80% até 90% se HBeAg +
- Cronificação de crianças no período neonatal – 70 a 90%
- Prognóstico da gestante
- Aborto (raro), trabalho de parto pré-termo, hepatite neonatal, morte fetal
- Condutas invasivas são contra-indicadas
- Seguimento semanal – gestação de alto risco
- Avaliação fetal
- Sorologia dos familiares

HEPATITES

HEPATITE B

- Profilaxia após o contato com vacina e HBIG
- Normalmente não se vacina durante a gestação (só quando há história de contato)
- Mãe HBsAg + Indicação do parto é obstétrica
- Vacinação e HBIG para o RN
- RN cuja mãe não foi testada, caso não seja possível a realização da sorologia – HBIG em até 12 horas + vacina
- Liberar para amamentação

HEPATITES

HEPATITE C

- Chance de 0 a 8%
- Contra-indicação de procedimentos invasivos
- Evitar o fumo (lesões placentárias)
- Consultas mensais até 32a semana
- Quinzenais com avaliação da vitalidade fetal (USG e cardiotoco)
- Via de parto ? Relacionar com a CV?
- Indicação obstétrica
- Diag. sorológico da criança após 18 meses ou por PCR HCV –RNA + após 1o ou 2o mês de vida
- Nem sempre a criança irá produzir anticorpos no 1º ano de vida
- Amamentar?

HEPATITES

HEPATITE E

- Gravidade em gestantes
- Doença neonatal e óbito
- Imunoglobulina – não há população imune
– experimento em primatas não humanos
mostrou-se eficaz