

I ENCONTRO DA REDE MÃE PARANAENSE

HIV

RENATO LUIZ SBALQUEIRO
DEP. DE TOCOGINECOLOGIA
UFPR

FORMAS DE TRANSMISSÃO

- Sexual
- Sanguínea
- **Perinatal**
- Ocupacional
- Outras formas

Sexual

- **Principal forma de transmissão no mundo**
- **Prevenção: uso de preservativos - masculino/femininos**

SANGUÍNEA

- É a mais “eficaz” :
 - Transfusão
 - Transplantes
 - UDI
 - “Cheirar”

PERINATAL

- **Podem ocorrer:**

Durante a gestação

Durante o trabalho de parto e parto

Amamentação

HIV NA GESTAÇÃO

- ROTINA LABORATORIAL DE PRÉ-NATAL :
- CITOLOGIA ONCÓTICA
- ECOGRAFIA OBSTÉTRICA (PRECOCE)
- ABO-RH
- HEMOGRAMA
- GLICOSE
- TSH
- SÍFILIS
- TOXOPLASMOSE IgM/G
- HBsAg
- ELISA PARA HIV
- ANTI-HCV ?

HIV NA GESTAÇÃO

- ELISA PARA HIV PRIMEIRA CONSULTA :
- NEGATIVO; SEM COMPORTAMENTO DE RISCO, REPETIR NO TERCEIRO TRIMESTRE – LEMBRAR DA “JANELA IMUNOLÓGICA”
- COM COMPORTAMENTO DE RISCO = ORIENTAÇÕES E NOVO EXAME EM 30 DIAS
- POSITIVO :
- NOVA AMOSTRA PARA ELISA E TESTE CONFIRMATÓRIO :

- SEGUNDA AMOSTRA NEGATIVA = AMOSTRA INDETERMINADA PARA HIV – REPETIR EM 30 DIAS
- SEGUNDA AMOSTRA POSITIVA = REALIZAR TESTE CONFIRMATÓRIO
- TESTE CONFIRMATÓRIO NEGATIVO = AMOSTRA INDETERMINADA PARA HIV
- TESTE CONFIRMATÓRIO POSITIVO = AMOSTRA POSITIVA PARA HIV

- TANTO EM SITUAÇÕES DE EXAMES INDETERMINADOS COMO POSITIVOS ENCAMINHAR PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA
- À ESTE SERVIÇO COMPETE AS ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS E CONTRA-REFERÊNCIAS AO SERVIÇO DE ORIGEM
- É DE INTERESSE DAS UNIDADES QUE TENHAM ESTABELECIDO PERÍODOS DE RETORNO A CADA UMA

- NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE :
- AVALIAR IDADE GESTACIONAL
- BOA AVALIAÇÃO CLÍNICA/GINECOLÓGICA
- SOLICITAR OUTROS EXAMES DE DST QUE NÃO TIVEREM SIDO SOLICITADOS
- SE POSSÍVEL SOLICITAR CARGA VIRAL E CD4+
- AO ENCAMINHAR PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA, AVALIAR IDADE GESTACIONAL : SE IDADE GESTACIONAL ADIANTADA, INICIAR TERAPÊUTICA ANTIRETROVIRAL AO MESMO TEMPO DO ENCAMINHAMENTO

Conduta prática no pré-natal

PESQUISAR CONTATOS

NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

VACINA PARA HEPATITE B (HBsAg neg.)

Conduta prática no pré-natal

- Enfatizar em toda consulta a necessidade do uso de **preservativos**, mesmo em casais soropositivos
- Enfatizar em toda consulta que a paciente estará **impedida de amamentar**
- Reforçar em toda consulta a **aderência** ao tratamento

- NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA :
- SE NÃO TIVER SIDO SOLICITADO CV E CD4+, SOLICITAR ESTES; SE JÁ, AVALIAR RESULTADOS
- SOLICITAR PPD, CLAMÍDIA, GONOCOCO
- AVALIAR IDADE GESTACIONAL
- INICIAR SEMPRE QUE POSSÍVEL TERAPÊUTICA ESPECÍFICA NA 14^a SEMANA DE GESTAÇÃO
- OBS . : O USO DE ANTIRETROVIRAIS EM GESTANTE INDEPENDENTE DO SISTEMA IMUNOLÓGICO

Conduta prática no pré-natal

- INSTITUIR TERAPÊUTICA ESPECÍFICA
- PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
- ATUALMENTE É PRECONIZADO SEMPRE O USO DE ESQUEMA TRÍPLICE (QUÁDRUPLO) COM BIOVIR (AZT/3TC) – UM COMP. VO DE 12/12H. E KALETRA (RITONAVIR/LOPINAVIR) DOIS COMP. VO DE 12/12 H.

Conduta prática no pré-natal

- AGENDAMENTO DE RETORNOS CONFORME QUADRO CLÍNICO MATERNO/FETAL; SE MÃE E FETO BENS, RETORNO CONFORME PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO
- NOS RETORNOS, ALÉM DOS CUIDADOS CLÁSSICOS EM RELAÇÃO A GESTAÇÃO, AVALIAR SITUAÇÕES ESPECÍFICAS = LEUCORRÉIAS, TOSSE, LESÕES DE PELE, ESTADOS FEBRIS, ENTRE OUTROS
- AVALIAR ESTADO GERAL
- OBSERVAR ATENTAMENTE GANHO PONDERAL, CRESCIMENTO FETAL; BOA MOVIMENTAÇÃO FETAL?

Conduta prática no pré-natal

- SOLICITAR CARGA VIRAL 2 A 3 MESES PÓS INÍCIO DA TARV (EFICÁCIA DO TTO ? TROCA DE MEDCS?)
- NOVA CARGA VIRAL E CD4+ NA 34^a SEMANA DE GESTAÇÃO, PARA DEFINIR VIA DE PARTO :
- CARGA VIRAL < 1.000 cópias/mm³ PARTO NORMAL; CESARIANA = INDICAÇÃO OBSTÉTRICA;
- CARGA VIRAL > 1.000 cópias/mm³ = SEMPRE CST.

NO INTERNAMENTO

- **OBS . :**
- **QUANDO DO INTERNAMENTO DA PACIENTE PARA O PARTO, SE NÃO FOR SOROPOSITIVA, OU NÃO TROUXER CARTEIRA DE PRÉ-NATAL, SOLICITAR TESTE RÁPIDO DE HIV**
- **AVISAR O PEDIATRA DO QUADRO CLÍNICO MATERNO**

No internamento

- EM PACIENTES QUE NÃO FIZERAM USO DO **AZT** DURANTE O PRÉ-NATAL, INDEPENDENTE DA RAZÃO, ELE DEVERÁ SER **UTILIZADO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, EV.**

No Parto

- Ao internar a paciente, instituir na fase ativa do trabalho de parto a terapêutica com o AZT EV, na dose de **ataque = 2mg/Kg de peso** na primeira hora e **manutenção de 1mg/Kg de peso**, infusão contínua até o clampeamento do cordão.
- Quando, em situações de indicação de CST eletiva, iniciar a terapêutica **3 h. antes** de realizarmos o procedimento cirúrgico, nas mesmas doses acima recomendadas.

No Parto

- O parto deverá ser o mais exangue possível; não romper bolsa; evitar procedimentos invasivos; evitar episiotomia.
- Mesmos cuidados em relação à CST.

PUERPÉRIO

- Manter Alojamento Conjunto
- Não isolar a paciente
- Proceder a inibição da lactação com Cabergolina, 2 comp. em dose única
- Enfaixar seios da paciente já no puerpério imediato
- “Precauções universais”

PUERPÉRIO

- Preservativos SEMPRE
- Laqueadura Oferecer
- DIU
- Métodos comportamentais
- Implantes
- Injetáveis trimestrais
- Injetáveis mensais
- Orais

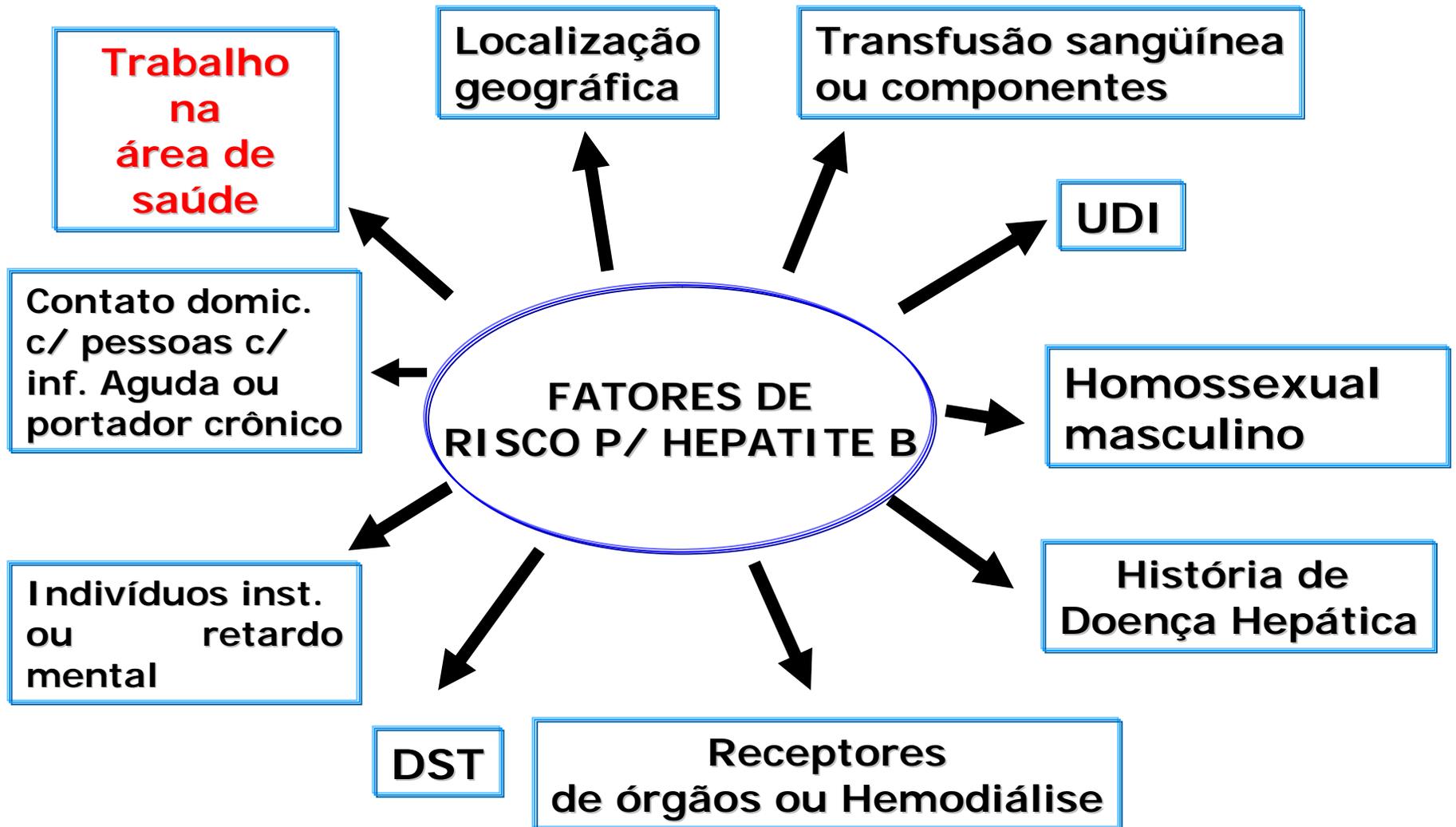
I ENCONTRO DA REDE MÃE PARANAENSE

HEPATITE B

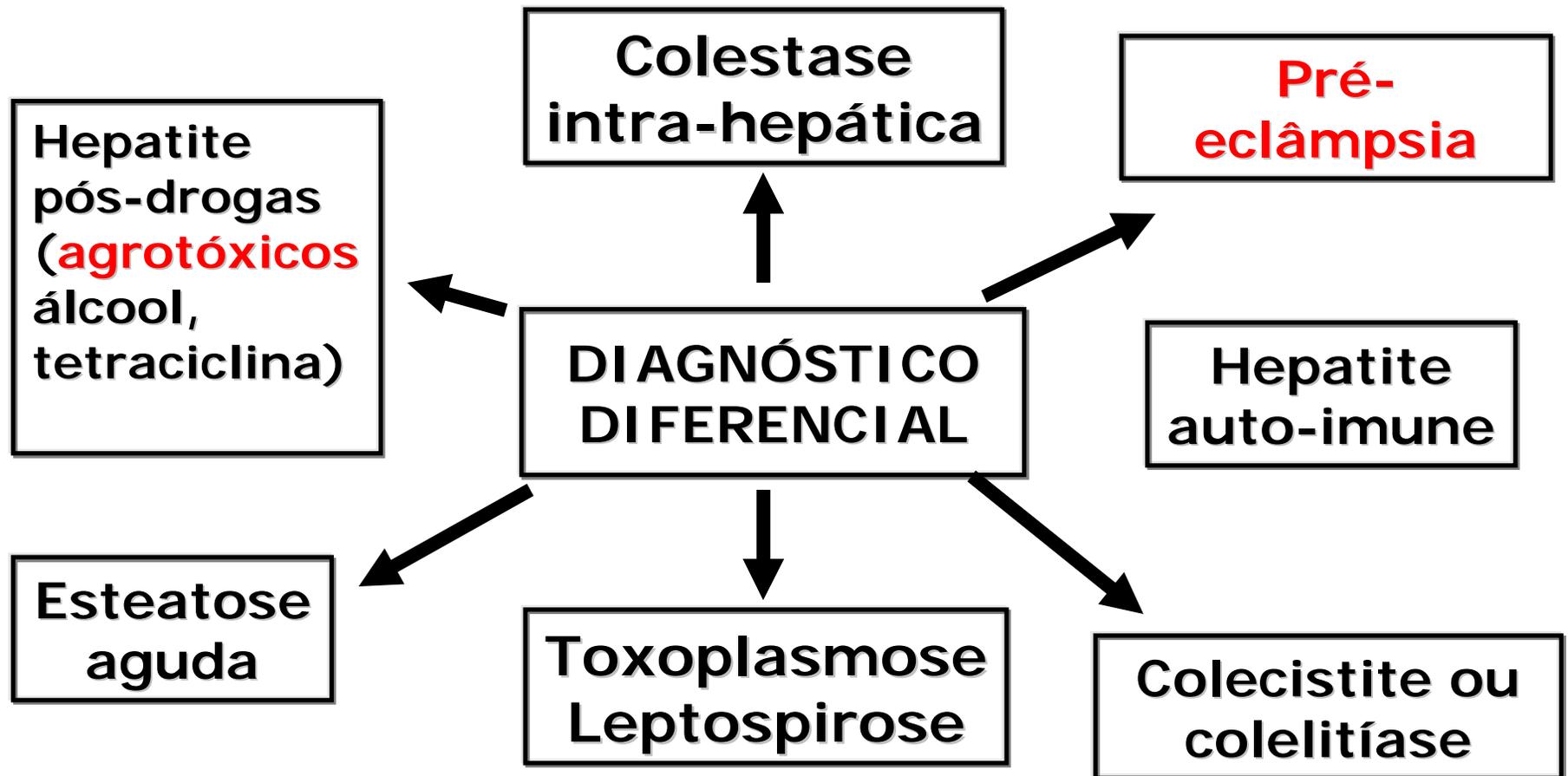
Generalidades

- 400 milhões de indivíduos cronicamente infectados
- 15 a 40% evoluem para cirrose e/ou hepatocarcinoma
- 500.000 a 1 milhão de mortes por ano

FATORES DE RISCO



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



Transmissão

- Hemotransfusão: risco de 1:63 mil
- Transmissão sexual: principal causa em países desenvolvidos
- Inoculação percutânea: Drogadição, Tatuagem, Acupuntura, Piercing
- Transmissão Perinatal: 90% dos RN de mães HBeAg + são contaminados
- Transmissão intradomiciliar
- Trabalhadores da área de saúde

Transmissão Perinatal

- Modo predominante de transmissão em regiões com alta prevalência de hepatite B
- 10-20% dos neonatos de mães HBsAg+ e 90% de mãe HBeAg+ serão infectados
- No RN, há 85-90% de probabilidade de infecção crônica
- A probabilidade de transmissão da hepatite B na doença aguda depende da fase de gestação
 - 16-25% nos dois primeiros trimestres
 - 63-83% no último trimestre
- A infecção transplacentária não parece ser uma forma estatisticamente importante

Diagnóstico - Sorologia

- HBsAg
 - Anti-HBs
 - Anti-HBc
 - Anti-HBc IgM/G
 - HBeAg
 - Anti-HBe
-
- PCR quantitativo para o VHB

- NO PRÉ-NATAL SOLICITAR HBsAg
- SE NEGATIVO, E SEM COMPORTAMENTO DE RISCO, NADA A FAZER
- SE NEGATIVO E COM COMPORTAMENTO DE RISCO POSITIVO, REFAZER TESTAGEM NOS 3 TRIMESTRES
- SE POSITIVO :

- SE POSITIVO :
- BOA AVALIAÇÃO CLÍNICA
- SOLICITAR ANTI-HBs; HBeAg; ANTI-Hbe; ANTI-HBc = IgM/G;
- SOLICITAR EXAMES DE FUNÇÃO HEPÁTICA :
TRANSAMINASES; LDH; BILIRRUBINAS TOTAL E FRAÇÕES
- ROTINA DE URINA
- ENCAMINHAR PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA OUTRAS AVALIAÇÕES

- NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA :
- REAVALIAR A CONDIÇÃO CLÍNICA DA GESTANTE
- SOLICITAR PCR
- AVALIAR RESULTADO E INICIAR TERAPÊUTICA ESPECÍFICA SE NECESSÁRIO
- FORNECER ORIENTAÇÕES POSTERIORES, DE ACORDO COM O RESULTADO
- REENCAMINHAR AO SERVIÇO DE ORIGEM COM AS ORIENTAÇÕES NECESSÁRIAS
- INDICAR A NECESSIDADE OU NÃO DE RETORNO AO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

- OS RETORNOS NO PN DE ORIGEM, NA GRANDE MAIORIA DOS CASOS PODEM SER REALIZADOS COMO DE GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO
- NAS CONSULTAS, AVALIAR ALÉM DAS CONDIÇÕES OBSTÉTRICAS, O QUADRO CLÍNICO MATERNO :
- SE NORMAL, RETORNOS CONFORME O PRECONIZADO EM GESTAÇÃO DE BAIXO RISCO
- SOLICITAR TRIMESTRALMENTE OS EXAMES DE FUNÇÃO HEPÁTICA

O PARTO

- A ASSISTÊNCIA AO PARTO DEVE OBEDECER CRITÉRIOS OBSTÉTRICOS :
- CESARIANA POR INDICAÇÕES OBSTÉTRICAS
- EVITAR PROCEDIMENTOS QUE POSSAM CAUSAR LESÕES NO FETO
- **COMUNICAR AO PEDIATRA**

Transmissão Perinatal

- A possibilidade de infecção antes do parto aumenta com:
 - ameaça de aborto espontâneo
 - parto prematuro
 - procedimentos cirúrgicos no pré-natal
- O risco de transmissão perinatal ainda pode aumentar com:
 - parto instrumental
 - episiotomia
 - ruptura prematura de membranas

Transmissão Perinatal

- Evidências que demonstram que a aquisição acontece no momento do parto:
 - Período livre de infecção – 2-3 meses
 - Ausência de anticorpos anti-HBc IgM no RN
 - Eficácia da imunoprofilaxia neonatal
- Mecanismo principal:
 - Contato com pequenas feridas ou soluções de continuidade da pele ou mucosas do RN com sangue ou fluidos maternos
 - Ingesta VO do fluido vaginal contendo HBsAg ou do líquido amniótico – papel da aspiração gástrica sistemática, não traumática

Transmissão Perinatal

- O parto cesáreo não provou diminuir a transmissão perinatal. Portanto, não há base científica para desaconselhar o parto vaginal.
- Não há diminuição da transmissão com o aleitamento artificial.
- Papel da convivência intra-domiciliar na transmissão vertical.

Prevenção da Transmissão

- HBIg e vacinação ao nascimento podem reduzir a transmissão abaixo de 10% nos filhos de mãe HBsAg+ e HBeAg+
- HBIg dose única de 0,5mL até 12 horas após o nascimento
- Vacinação – 3 doses – primeira dose em local diferente da HBIg
- Testar para HBsAg e antiHBs em 9-18 meses
- Este esquema tem 85-95% de efetividade contra 70-95% da vacina isolada.

Falhas na prevenção

- Falhas na administração – atraso, omissão, administração incompleta
- Contaminação durante a gestação
- Condição genética – HLA-B8-DR3 e falta de resposta a vacina
- HBsAg negativo no soro materno com ADN VHB+
- Vírus mutantes região pré-S –escapam a vacinação

Prevenção da transmissão

- Vacinação das adolescentes – Min. da Saúde disponibiliza vacina para pessoas até 24 anos
- Pesquisa sistemática de HBsAg na gestação
- Possibilidade de vacinação da gestante

I ENCONTRO DA REDE MÃE PARANAENSE

TOXOPLASMOSE

Toxoplasmose não especificada 2007 a 2009 Notificados - SinanNet
 Freqüência por Ano In.Sint/Acid/D segundo Regional Notif PR

Regional Notif PR	2007	2008	2009	Total
4101 Paranaguá	5	1	7	13
4102 Metropolitana	14	17	35	66
4103 Ponta Grossa	131	71	141	343
4104 Irati	5	8	8	21
4105 Guarapuava	10	14	31	55
4106 União da Vitória	0	0	0	0
4107 Pato Branco	7	5	8	20
4108 Francisco Beltrão	0	1	4	5
4109 Foz do Iguaçu	1	3	5	9
4110 Cascavel	83	45	24	152
4111 Campo Mourão	0	4	2	6
4112 Umuarama	0	2	0	2
4113 Cianorte	0	0	0	0
4114 Paranavaí	0	9	13	22
4115 Maringá	35	20	25	80
4116 Apucarana	0	1	0	1
4117 Londrina	1	5	2	8
4118 Cornélio Procópio	4	3	3	10
4119 Jacarezinho	0	0	0	0
4120 Toledo	0	1	0	1
4121 Telêmaco Borba	3	6	7	16
4122 Ivaiporã	0	1	1	2
Total	299	217	316	832

Toxoplasmose não especificada 2007 a 2009 Gestantes Confirmados -
SinanNet

Freqüência por Gestante segundo Regional Resid PR

Regional Resid PR	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	Total
4101 Paranaguá	0	2	0	2
4102 Metropolitana	5	6	9	20
4103 Ponta Grossa	128	27	7	162
4104 Irati	3	2	0	5
4105 Guarapuava	3	15	8	26
4106 União da Vitória	0	0	0	0
4107 Pato Branco	7	0	0	7
4108 Francisco Beltrão	0	1	0	1
4109 Foz do Iguaçu	4	0	0	4
4110 Cascavel	3	3	1	7
4111 Campo Mourão	1	3	1	5
4112 Umuarama	0	0	0	0
4113 Cianorte	0	0	0	0
4114 Paranavaí	2	3	0	5
4115 Maringá	9	25	8	42
4116 Apucarana	0	0	0	0
4117 Londrina	1	0	1	2
4118 Cornélio Procópio	0	3	3	6
4119 Jacarezinho	0	0	0	0
4120 Toledo	0	0	0	0
4121 Telêmaco Borba	1	5	4	10
4122 Ivaiporã	0	0	0	0
Total	167	95	42	304

Toxoplasmose NE Confirmados Gestante 09RS Foz do Iguaçu - SinanNet

RS Notif 09	1° Trimestre
09. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	4
Foz do Iguaçu	0
Itaipulândia	0
Matelândia	0
Medianeira	4
Missal	0
Ramilândia	0
Santa Terezinha de Itaipu	0
São Miguel do Iguaçu	0
Serranópolis do Iguaçu	0
Total	4

Toxoplasmose não especificada 2007 a 2009 Confirmados - SinanNet

Freqüência por Ano In.Sint/Acid/D segundo Regional Resid PR

Regional Resid PR	2007	2008	2009	Total
4101 Paranaguá	3	1	6	10
4102 Metropolitana	9	10	15	34
4103 Ponta Grossa	103	54	120	277
4104 Irati	3	6	9	18
4105 Guarapuava	9	11	28	48
4106 União da Vitória	0	0	0	0
4107 Pato Branco	6	3	6	15
4108 Francisco Beltrão	0	0	1	1
4109 Foz do Iguaçu	0	1	4	5
4110 Cascavel	28	4	7	39
4111 Campo Mourão	0	3	2	5
4112 Umuarama	0	0	0	0
4113 Cianorte	0	0	0	0
4114 Paranavaí	0	2	8	10
4115 Maringá	24	11	11	46
4116 Apucarana	0	1	0	1
4117 Londrina	1	1	2	4
4118 Cornélio Procópio	3	2	3	8
4119 Jacarezinho	0	0	0	0
4120 Toledo	0	0	0	0
4121 Telêmaco Borba	3	5	8	16
4122 Ivaiporã	0	0	0	0
Total	192	115	230	537

Toxoplasmose NE Notificados 09RS Foz do Iguaçu -
SinanNet

RS Notif 09	20 07	20 08	20 09	Total
09. Reg. Saúde Foz do Iguaçu	1	3	5	9
Foz do Iguaçu	0	0	0	0
Itaipulândia	0	3	0	3
Matelândia	0	0	0	0
Medianeira	1	0	4	5
Missal	0	0	0	0
Ramilândia	0	0	0	0
Santa Terezinha de Itaipu	0	0	0	0
São Miguel do Iguaçu	0	0	0	0
Serranópolis do Iguaçu	0	0	1	1
Total	1	3	5	9

ETIOLOGIA

Agente causador:

Toxoplasma gondii

Parasita intracelular obrigatório

Via de transmissão

Ingestão de oocistos (excretados nas fezes de gatos) ou de cistos teciduais (presentes em carnes contaminadas ingeridas cruas ou mal cozidas).

Apresenta-se de três formas:

Taquizoitos = proliferação rápida

Oocistos (contém esporozoitos) =
intestino do gato, solo, alimentos
contaminados

Cistos tecidual (contém bradizoitos) =
Proliferação lenta

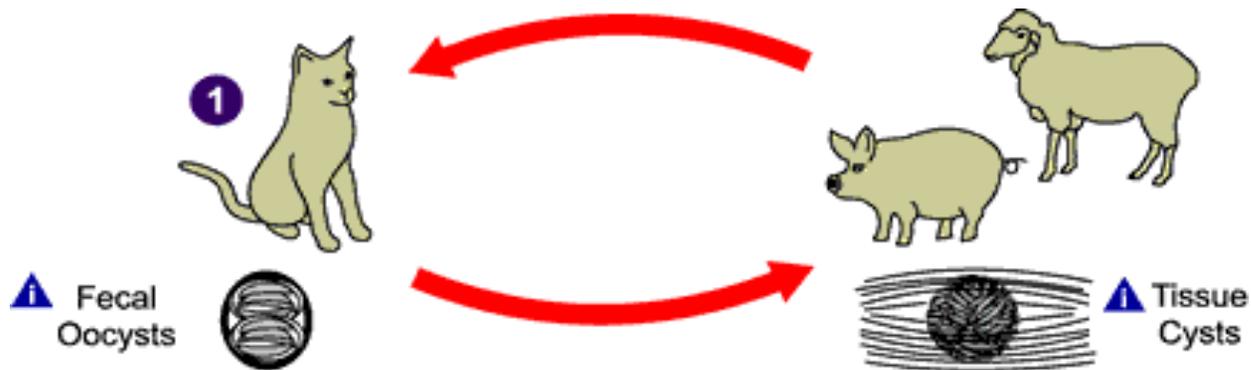
HOSPEDEIROS

Hospedeiro definitivo:

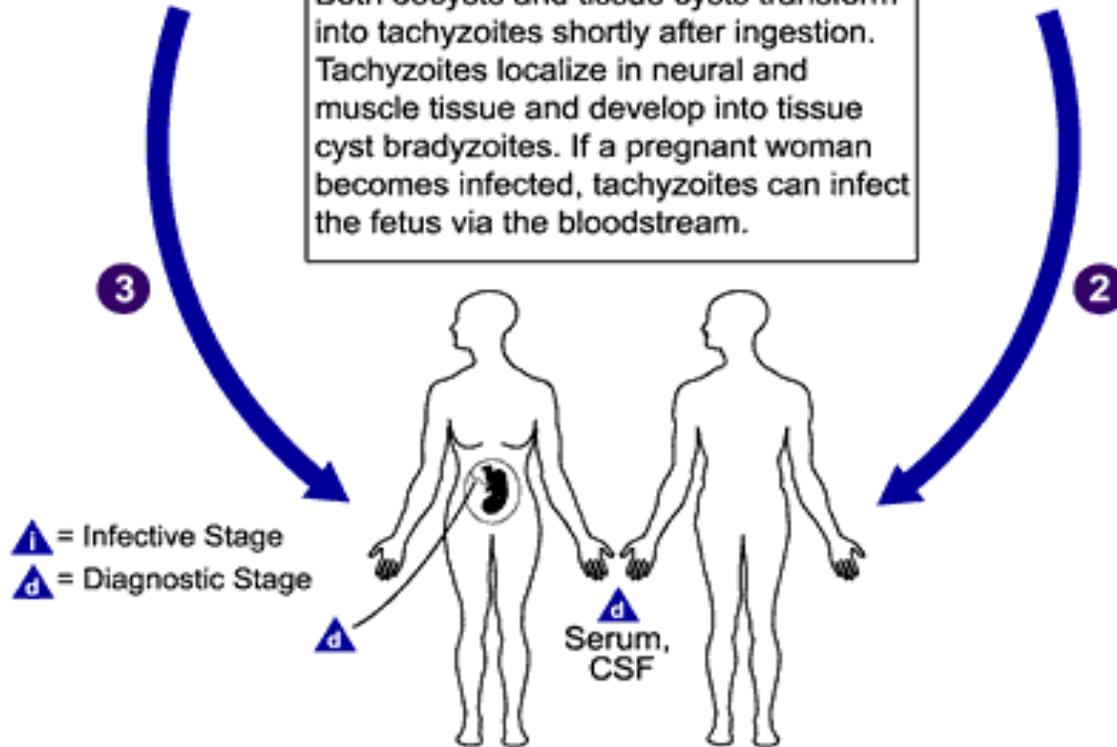
Gato

Hospedeiros intermediários:

Aves, animais, homem



Both oocysts and tissue cysts transform into tachyzoites shortly after ingestion. Tachyzoites localize in neural and muscle tissue and develop into tissue cyst bradyzoites. If a pregnant woman becomes infected, tachyzoites can infect the fetus via the bloodstream.



d Diagnostic Stage

1) Serological diagnosis.
or
2) Direct identification of the parasite from peripheral blood, amniotic fluid, or in tissue sections.

Transmissão e epidemiologia

- Infecção
 - Carne com cistos teciduais
 - Água e alimentos contaminados com oocistos
 - Vertical
 - Transfusão / transplante
- Gato
- Prevalência
 - Quarta década – 40-80%

Condições clínicas

- **Imunocompetente** – assintomático (80 – 90%)
 - linfadenopatia
 - monolike
 - sistêmica
- **Imunodeprimido** – reativação (Neurotoxoplasmose)
- **Toxoplasmose na Gestante**  **Congênita**
- **Toxoplasmose Ocular**

EPIDEMIOLOGIA

Distribuição mundial

Variável nas diversas regiões

**Curitiba calcula-se entre 60-70% dos
adultos apresentam títulos positivos**

DIAGNÓSTICO

Quadro clínico :

Geralmente (80% a 90% dos casos), o quadro é assintomático. Pode haver manifestações gerais brandas de febre, coriza, mal-estar, adinamia, cefaléia, mialgia e linfadenomegalia (geralmente occipital).

Toxoplasmose Imunodeprimido

NEUROTOXOPLASMOSE

- Causa mais comum de lesão tipo massa em SNC de pacientes com AIDS (>60%)
 - multifocais em 2-5%
- Principais sítios de acometimento:
 - gânglios da base e
 - córtex cerebral

NEUROTOXOPLASMOSE

- Estima-se que até 30% dos pacientes com sorologia positiva para toxoplasmose (IgG) desenvolvem neurotoxo em 3 anos
 - Importante realizar profilaxia primária
- Infecção latente - reativação

Transmissão vertical

Só ocorre na primo-infecção aguda materna.

Há risco de ocorrer em até 65% dos casos, se não tratada.

Os riscos de acometimento conceptual dependem da idade gestacional no momento da infecção

Transmissão vertical

1º. Trimestre = até 6% de acometimento fetal;
lesões graves ou abortamentos

Aumentando progressivamente a prevalência,
alcançando até

3º. Trimestre = 65% - 75% de conceptos
acometidos

Transmissão vertical

Observação:

A infecção materna recorrente, a reinfeção, ou a persistência de IgM+ fora da infecção aguda não oferecem riscos ao concepto.

Transmissão vertical

A presença de imunossupressão (**como AIDS e aplasia medular**) pode alterar a evolução da toxoplasmose, predispondo à infecção generalizada com acometimento sistêmico importante. Também pode proporcionar transmissão vertical mais grave, inclusive nas formas recorrentes.

RASTREAMENTO NO PRÉ-NATAL

Solicitar sorologia específica,
IgM e IgG na 1ª consulta de
pré-natal nas gestantes susceptíveis
(IgM/IgG negs);

Com resultados negativos:

Repetir a cada trimestre.

RASTREAMENTO NO PRÉ-NATAL

Observação :

O IgM torna-se positivo entre 1 a 2 semanas após a obtenção do parasita, e pode ser detectado até por alguns anos. O IgG atinge pico máximo com 2 meses e títulos positivos persistem indefinidamente.

RASTREAMENTO NO PRÉ-NATAL

- > **IgM/G para Toxoplasmose (Método Meia, Quimioluminescência)**
- > **Teste de Avidéz para o IgG**
- > **PCR no líquido amniótico**
- > **Cordocentese - pesquisa de IgM**

RASTREAMENTO NO PRÉ-NATAL

Interpretação:

**IgM/IgG negativos : paciente suscetível, orientações
higieno/dietéticas**

**IgM negativo e IgG positivo: Paciente com
infecção crônica => imune => nada a fazer**

**IgM positivo e IgG negativo : Infecção aguda =>
tratamento**

IgM/IgG positivos : Teste de Avidéz para o IgG

Teste de Avidéz para o IgG

Interpretação :

Baixa avidéz : <0,2 (20%), indica infecção aguda; menos de 3 meses

Avidéz indeterminada : entre 0,2 e 0,3 (20 a 30%)

**Alta avidéz : 0,31 (31%) ou superior =
Indica infecção antiga**

Teste de Avidéz para o IgG

IMPORTANTE:

O teste de avidéz só tem valor, para definir tratamento na gestação quando realizado até a 16^a semana .

No Recém-nascido

 Cerca de 70% dos conceptos acometidos que são assintomáticos no nascimento, podem expressar sinais tardios da doença ao longo do seguimento neonatal.

Achados ultra-sonográficos

**Geralmente identificados após a 20^a. semana de gestação.
Podem estar ausentes e são inespecíficos.**

Os principais são:

- Ventriculomegalia
- Calcificações periventriculares
- Hepatoesplenomegalia
- Opacificação do cristalino
- Placentomegalia
- Microcefalia
- Hidropsia
- Restrição do crescimento fetal
- Polidrâmnio
- Oligoâmnio

Manifestações clínicas comuns

Oculares

- Coriorretinite
- Atrofia do nervo óptico
- Cegueira
- Paralisia ocular
- Microftalmia

Outros

- Hepatoesplenomegalia
- Icterícia
- Ascite
- Hidropsia
- Trombocitopenia
- Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor

Sistema nervoso central

- Microcefalia
- Hidrocefalia
- Ventriculomegalia
- Surdez
- Calcificações periventriculares

Esquema terapêutico proposto para a Toxoplasmose Gestacional

Medicamentos:

Espiramicina (Rovamicina®) : 3 gramas ao dia (6 comprimidos de 500 mg), divididas em 2 comp. a cada 8 hs.

SPAF :

Sulfadiazina – 4 g. ao dia (8 comp. De 500 mg), sendo 1 gr a cada 6h

Pirimetamina – 50 mg ao dia (2 comp. De 25 mg), sendo 1 comp. a cada 12 h; nos dois primeiros dias, e após, a dose deve ser de 4 comp. ao dia 1 comp. a cada 6h.

Ácido Folínico – 1 comp. De 15 mg a cada 3 dias

Observações: Sempre que utilizar Pirimetamina controle com Hemograma

Pediatra deve sempre ser comunicado da doença materna

TRATAMENTO

- O TRATAMENTO DEVE SER INSTITUÍDO TÃO PRECOCE QUANTO POSSÍVEL, A PARTIR DA COMPROVAÇÃO DA TOXOPLASMOSE
- SE ATÉ 14 SEMANAS DE GESTAÇÃO INICIAR COM ESPIRAMICINA;
- A PARTIR DA 15^a SEMANA, TROCAR, OU INICIAR O ESQUEMA SPAF
- MANTER ATÉ A 34^a SEMANA
- RETORNAR O USO DE ESPIRAMICINA ATÉ O NASCIMENTO

NA UBS

- SOLICITAR ECOGRAFIA O MAIS PRECOCE POSSÍVEL
- ACOMPANHAR, MENSALMENTE COM HEMOGRAMA, QUANDO DA UTILIZAÇÃO DO ESQUEMA COM SPAF
- NA POSSIBILIDADE DE LEUCOPENIA, REAVALIAR, TROCAR PARA ESPIRAMICINA, ENCAMINHAR PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA

- DEVE REAVALIAR EXAMES,
- SOLICITAR OS EXAMES ESPECÍFICOS, QUANDO POSSÍVEIS,
- REAVALIAR A ADEQUAÇÃO DO TRATAMENTO, E SE NECESSÁRIO, READAPTAR
- ORIENTAR A UBS, COM RESPEITO A RETORNOS SE NECESSÁRIO.

O PARTO

- O ATENDIMENTO NO MOMENTO DO PARTO IRÁ DEPENDER DAS CONDIÇÕES FETAIS :
- SE FETO SEM SINAIS DE COMPROMETIMENTO E COM DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DE PARTO ADEQUADO, A INDICAÇÃO DE CESARIANA SE DARÁ POR CONDIÇÕES OBSTÉTRICAS
- SE FETO COMPROMETIDO = ENCAMINHAR A SERVIÇO DE REFERÊNCIA

Pediatra deverá ser sempre avisado
do quadro materno e do tratamento
realizado

