

Rotinas do Ambulatório de DST/AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Rio Grande do Sul - Brasil

Colaboradores: Naud P, Chaves E, Vettorazzi J, Mattos JC, Hammes LS, Lago SC, Diefenbach N, Schmidt A, Maturana A, Laranjeira M, Niederman CE, Glitz CL, Konzen LP, Brescianini LC, Castilhos M, Camara R, Rossi R, Vidal RM, Scherer A, Tozawa E, Dubina F, Hartmann F, Francisco MA, Moretto P, Timm A, Zachia S, Andreoli T.

SAB: 244415-8

Grupo de pesquisas em DST/AIDS do HCPA

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Introdução

As infecções causadas pela relação sexual constituem-se num amplo grupo de agentes microbianos transmitidos de indivíduo a indivíduo através do contato íntimo, sendo as mulheres mais suscetíveis e com maior número de complicações. A prevalência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) é subestimada pelos dados epidemiológicos, principalmente pela subnotificação que ocorre em nosso País. Sabemos que a prevalência das DSTs e especialmente da AIDS vem aumentando de forma quase incontrolável. Com o objetivo de atender às pacientes, nos seus múltiplos aspectos, criamos o ambulatório de DST/AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Inaugurado no início da década de 90, este ambulatório atendia inicialmente no dia de seu funcionamento, sexta-feira pela manhã, cerca de 30 consultas por DSTs em geral e 7 consultas por HIV. Em virtude da crescente demanda, o atendimento às pacientes contaminadas pelo HIV foi ampliado para 15 consultas semanais por HIV e cerca de 30 consultas

semanais para pacientes com outras DSTs, sendo as lesões pelo papilomavírus humano (HPV) as mais frequentes. O atendimento às paciente HIV+/SIDA será o foco de nossa discussão.

A equipe multidisciplinar de atendimento é composta por médicos ginecologistas e obstetras, enfermeira, psicóloga, assistente social, antropóloga e consultoria psiquiátrica. Desde o primeiro encontro, oferece-se, além do atendimento médico, reforço das orientações individualmente e em grupo quanto a doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção, prevenção da transmissão do HIV, auto-cuidado, dieta, higiene e de outros importantes fatores para a manutenção de sua saúde. Existe também um grupo formado por estas pacientes denominado "Grupo de Mulheres", o qual funciona uma vez por semana coordenado pelas equipes de psicologia e enfermagem, onde são discutidas desde dúvidas relativas à doença até problemas sociais inerentes. Trata-se de um grupo sem integrantes fixos, aberto a todas as pacientes que desejarem tomar parte.

A consulta ginecológica tem como objetivo tratar e prevenir infecções, prevenir o câncer de colo uterino e orientar a anticoncepção. Sempre que possível, os

parceiros das pacientes são encaminhados para avaliação e acompanhamento médico.

As mulheres portadoras do HIV necessitam de vigilância ginecológica mais intensa e tratamento mais agressivo de processos infecciosos, pois estes tendem a ter evolução mais rápida e severa causando maior comprometimento do sistema imunológico. As mulheres que estão imunossuprimidas, seja pelo uso de imunossupressores ou por patologias que debilitem o sistema imune, têm um aumento na incidência de displasias do trato genital inferior. Há um aumento de prevalência da infecção pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical (NIC) entre pacientes HIV positivas de até quatro vezes em relação às pacientes HIV negativas, como demonstram diversos estudos. Uma alta taxa de recorrência após tratamento padrão também tem sido notada.

Baseados nestes dados e nas recomendações do CDC para as pacientes contaminadas pelo HIV, orientamos a realização do citopatológico (CP) de colo uterino no momento diagnóstico da infecção ou na primeira consulta e sua repetição em seis meses. Caso ambos sejam normais, poderá ser realizado anualmente. Na presença de alterações inflamatórias e/ou atípicas, deverá ser repetido após a correção da flora. Quando houver evidência de lesões intraepiteliais ou atípicas de significado incerto, realizamos colposcopia e, se necessário, biópsia, seguindo-se a terapia conforme o resultado da biópsia. Recomendamos ainda CP a cada seis meses nas mulheres com $CD4 < 200$, independentemente da normalidade dos exames anteriores. Considerando-se que as lesões cervicais pelo HPV são frequentemente associadas às lesões vulvares, perineais, anais e perianais, é de grande importância a avaliação conjunta destas regiões e a realização de biópsia na presença de lesões suspeitas. As pacientes não grávidas e HIV positivas atendidas no nosso ambulatório, após a resolução da patologia ginecológica, são orientadas a retornar a cada 3 meses para realizar um controle adequado. Ainda, todas as pacientes atendidas com alguma DST realizam exames de rastreamento para demais a saber: anti-HIV, VDRL, HbsAg, HCV, imunofluorescência indireta para clamídia, cultural de secreção vaginal para gonococo, micoplasma e ureaplasma e CP do colo útero.

Todas as pacientes HIV+ atendidas no ambulatório são convidadas a participar do protocolo de pesquisa desenvolvido pelo grupo que realiza o atendimento. As pacientes respondem a um questionário padronizado (pode ser obtido através de *E-mail*) contendo informações sobre época e maneira de contágio, fatores de risco, preferências sexuais, uso de anticoncepção,

gestações e outros. A paciente só irá participar dos protocolos de pesquisa após consentimento informado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do HCPA. Até momento contamos com 249 pacientes HIV positivas que se dispuseram a participar, sendo que destas, 128 gestaram. Os dados parciais obtidos foram divulgados no XI Congresso Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual e V Conferencia Panamericana de SIDA realizados em Lima-Peru em dezembro de 1997, no IX Congresso Sul Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia realizado em Foz do Iguaçu em maio de 1998 e na Semana Científica do HCPA realizada em setembro de 1998, além de algumas revistas de circulação nacional e internacional.

Manejo das principais infecções ginecológicas:

1. Lesões por HPV e Displasias do colo uterino:

nas pacientes com lesões de colo uterino de baixo grau (HPV e NIC I) realizamos a cauterização com ácido tricloroacético a 80% ou criocauterização com duas sessões de cinco minutos de nitrogênio líquido com três minutos de intervalo. As pacientes com lesões intraepiteliais de alto grau (NIC II e III, carcinoma *in situ*) devem realizar conização do colo uterino. Na dependência do comprometimento ou não das margens são realizados outros tratamentos. O acompanhamento das displasias de colo uterino ocorre a cada três meses com CP e colposcopia. Na ausência de recidiva, o acompanhamento por CP será semestral. Nas lesões bem localizadas de colo uterino e vagina podemos ainda realizar a ressecção por Alça de Cartier.

2. Candidíase: é a vulvovaginite mais freqüente nas pacientes HIV positivas e inicialmente realizamos o tratamento convencional conforme a tabela 2. As pacientes que utilizarem medicação por mais de 30 dias devem realizar provas de função hepática, pois o cetoconazol é hepatotóxico. Nas gestante preferimos o tratamento tópico com miconazol ou clotrimazol por sete a 14 dias dependendo do quadro.

3. Herpes genital: O *Herpes simplex virus hominis* tipo 1 (HSV1) e o tipo 2 (HSV2) têm distribuição universal e infectam, respectivamente, as regiões periorais e genitais, mas o número de lesões mistas vem aumentando, sendo o contato direto com secreções infectadas é o principal meio de transmissão. Segundo a literatura, a prevalência do HSV2 na população adulta é de 16 a 22% e apenas 25% das mulheres soropositivas para

herpes sabem ser portadoras de herpes genital, sendo que nas populações promíscuas, a taxa de infecção pode chegar a 73%. O herpes genital é um dos fatores que aumenta a chance de transmissão do HIV. As infecções herpéticas apresentam-se como episódio de primo-infecção ou de recorrência (tabela). A eliminação de vírus ocorre em média por 11 dias podendo chegar a 30 dias. Para o diagnóstico nos baseamos nos sinais e sintomas, realizando imunofluorescência em casos selecionados e não utilizamos de rotina a cultura de secreção e nem PCR. O tratamento das lesões herpéticas consiste em manter a área limpa utilizando sabonete neutro e analgésicos e/ou anti-inflamatórios por via oral em alguns casos. Os antibióticos tópicos são utilizados na presença de infecção secundária. Nas pacientes imunossuprimidas as lesões são mais arrastadas na sua evolução e mais resistentes ao tratamento. As pacientes com mais de seis recidivas anuais devem realizar a terapia supressiva com aciclovir 400mg 2x/dia por 6 a 12 meses.

4. Sífilis: em estudo realizado entre as pacientes HIV positivas de nosso ambulatório observamos que a prevalência de sífilis foi de 6,8%, portanto em níveis várias vezes mais altos que a população em geral, justificando-se a realização rotineira do VDRL. Além disso, estas pacientes estão mais predispostas a apresentarem neurosífilis. Na tabela 1 apresentamos o tratamento preconizado, sendo que o acompanhamento deve ser realizado com VDRL 1, 2, 3, 6 e 12 meses após o tratamento. Se os títulos estiverem crescendo ou não diminuir pelo menos 4 vezes, dentro dos 6 meses subsequentes ao tratamento, as pacientes devem ser reavaliadas, inclusive através de exame do líquor, e retratadas.

5. Doença inflamatória pélvica (DIP): em levantamento realizado em nosso serviço observamos que 6 a 20% das pacientes com DIP são portadoras do vírus HIV, justificando-se a realização rotineira do anti-HIV nas pacientes que concordarem. Por outro lado, as pacientes com HIV positivo apresentam um risco maior para DIP pelo comprometimento imunológico e uma maior exposição a patógenos devido a promiscuidade. Os principais sinais e sintomas de DIP são dor abdominal/pélvica, febre, fluxo vaginal aumentado e fétido, sangramento vaginal irregular, dor a mobilização do colo uterino e massa anexial e/ou irritação peritonal nos processos mais graves. Na suspeita de abscesso tubo-ovariano a paciente deve ser internada e os antibióticos utilizados endovenosamente. Os esquemas de tratamento estão nas tabelas 1, 2 e 3 que seguem.

DSTs e Anticoncepção

Sabe-se que 95% das mulheres HIV+ tem entre 12 e 43 anos, idade reprodutiva, e que 80% dos casos pediátricos devem-se a transmissão vertical. Frente a estes fatos, a orientação anticoncepcional deve fazer parte de todas as consultas ginecológicas de uma paciente HIV+. Devemos lembrar que aquilo que impede a concepção, não necessariamente protege contra a infecção pelo HIV.

O diafragma e a esponja, por serem corpos estranhos, podem provocar abrasões que fornecem uma porta de entrada através do epitélio genital lesado, não sendo recomendados para paciente com DSTs.

Os anticoncepcionais orais, por diminuírem o volume total do fluxo menstrual, reduzem a exposição do parceiro ao HIV e o tempo do endométrio desnudo. Além disso, promovem o espessamento do muco cervical, levando a uma maior proteção contra infecções do trato genital superior, diminuindo em até 50% o risco de hospitalização por DIP. Às pacientes portadoras de DSTs e usuárias de ACO recomendamos o uso do condom associado ao nonoxinol que fornece uma melhor proteção contra a transmissão do HIV tanto para o homem como para a mulher, sendo a proteção oferecida ainda maior contra a clamídia e a gonorréia.

O DIU não oferece nenhuma proteção contra as DSTs e está associado a um aumento da incidência de DIP e abscessos tubo-ovarianos. Ao desencadear uma reação inflamatória endometrial crônica, fornece uma fonte de linfócitos a serem infectados e as abrasões vaginais e penianas provocadas pelo fio na ectocérvice aumentam o risco de infecção pelo HIV. Portanto, o uso do DIU deve ser evitado nas paciente HIV positivas.

Os métodos de esterilização definitivos, ligadura tubária e vasectomia, têm índices de falha baixos, sendo bons métodos para diminuir a transmissão vertical, porém devem ser associados a métodos de barreira, especialmente o condom, no intuito de prevenir a transmissão sexual, ou de aquisição de maior carga viral, no caso de ambos os parceiros serem soropositivos.

Em nosso ambulatório, observamos uma mudança no tipo de método anticoncepcional utilizado antes e após o diagnóstico de soropositividade para o vírus HIV; a saber, respectivamente, 5% usavam e 52% passaram a utilizar condom e 50% das que utilizavam ACO deixaram de fazê-lo, optando por outros métodos. No entanto, houve uma diminuição de 74% para 64% no uso geral de anticoncepção.

Tabela 1 - Principais infecções ginecológicas

Patologia	Terapêutica	Observações
Sífilis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pen.G Benzatina 2.400.000 UI IM por semana, até completar o total de 7.200.000 UI na sífilis recente e 9.600.000 UI para sífilis tardia. 2. Tetraciclina ou Eritromicina 500mg VO 15d para sífilis recente e 30d para sífilis tardia em pacientes alérgicos à penicilina. 	<p>#as pacientes imunocomprometidas têm maior dificuldade em controlar a infecção mesmo com antibioticoterapia, portanto deve-se usar esquema apropriado à neurosífilis.</p> <p># nas gestantes alérgicas à penicilina utilizar o estearato de eritromicina.</p>
Cancro Mole	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sulfametoxazol + Trimetoprim (800mg+160mg), VO 12/12h 15d. 2. Tetraciclina 500mg VO 6/6h 7d. 3. Eritromicina 500 mg VO 6/6h 15d . 4. Ciprofloxacina 500mg VO 12/12 3d. 	# a punção do bubão com agulha de grosso calibre alivia a dor e torna o tratamento mais rápido. Nunca drenar.
Linfogranuloma Venéreo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doxiciclina 100mg VO 12/12h 21d. 2. Tetraciclina 500mg VO 6/6h 21d. 3. Eritromicina 500mg VO 6/6h 21d. 4. Tianfenicol 500mg VO 8/8h 21d. 	<p># realizar punção com agulha grossa dos linfonodos flutuantes.</p> <p># trocar o antibiótico caso o processo supurativo não melhorar em 2 semanas.</p>
Donovanose	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tianfenicol 2,5g VO (ataque) +500mg VO 12/12h 14 d. 2. Tetraciclina 500mg VO 6/6h 21d. 3. Eritromicina 500mg VO 6/6h 21d. 4. Doxiciclina 100mg VO 12/12h 21d. 5. Estreptomicina 1g IM/dia 30d. 	<p># avaliar necessidade de prolongar o tratamento até cura clínica, principalmente em imunodeprimidas.</p> <p># realizar o tratamento cirúrgico das lesões extensas e com estenose devido a cicatrização.</p>
Herpes Genital	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aciclovir 200 mg 5x/dia 10d. 2. Aciclovir tópico, assim que iniciarem os primeiros sinais e sintomas. 	# utilizar neomicina creme nas infecções secundárias
Condiloma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ácido Tricloroacético 80% tópico - em lesões bem localizadas da vulva, vagina e colo. As aplicações devem ser repetidas semanalmente até cura e suspensas na presença de ulcerações. 2. Criocauterização – indicada nas lesões do colo uterino que ocupem menos que 50% da cérvix. Nas lesões com mais de 30 mm de diâmetro a falha do tratamento chega a 40%. 3. 5-Fluorouracil 5% tópico- é considerado nas lesões multicêntricas da vulva, vagina e do meato uretral. Este medicamento deve ser aplicado obrigatoriamente pelo médico pelo risco de ulceração. 4. Conização – indicada nas lesões intraepiteliais do colo uterino e no esclarecimento diagnóstico quando não houver concordância entre os métodos diagnósticos. 5. Ressecção por Alça de Cartier- indicada nas lesões bem localizadas no colo uterino ou vagina. 	# As pacientes HIV positivas apresentam problemas terapêuticos relacionados com a extensão das lesões, agressividade e imunodepressão.

Tabela 2 - Agentes etiológicos das principais cervicites e vulvovaginites

Patologia/ Germe	Terapêutica	Observações
Gonorréia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ampicilina ou Amoxicilina 3,5 g + Probenicida 1g VO, ambos em dose única. 2. Penicilina G Procaína 4800.000 UI IM acompanhada de probenicida 1g VO, ambos em dose única. 3. Tianfenicol 2,5g VO dose única. 4. Doxiciclina 100mg VO 12/12h 7d. 5. Ceftriaxone 250mg IM dose única. 6. Azitromicina 1g VO dose única. 	# sempre tratar o companheiro sexual
Chlamydia Trachomatis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doxiciclina 100mg VO 12/12h 14d. 2. Tianfenicol – dose inicial 2,5g repetidas em 12h, passando-se para cápsulas de 500mg VO 8/8h 10-14d. 3. Eritromicina 500mg VO 6/6h 14d. 4. Azitromicina 1g VO dose única. 	# o tratamento deve ser iniciado precocemente pelo risco da formação de abscesso tubo-ovariano, além de ser investigada a possibilidade de outras DSTs. # sempre realizar o tratamento do companheiro sexual.
Micoplasma/ Ureaplasma	<ol style="list-style-type: none"> 1. Doxiciclina 100mg VO 12/12h 10d. 2. Tianfenicol – dose inicial 2,5 g , repetidas em 12h, passando-se para cápsulas de 500mg VO 8/8h por 10-14d. 3. Eritromicina 500 mg VO 6/6 h 14d. 	
Candidíase	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miconazol/Clotrimazol Tópicos, 1 aplicador intravaginal à noite por 7 a 14 d. 2. Cetoconazol 200mg VO 1x/dia 5d ou, nos casos recorrentes, 400 mg, VO por dia, por 14 dias, seguidos por 400 mg VO por dia, 5 dias por mês- no período menstrual, por 6 meses. 3. Itraconazol 400mg VO em duas tomadas, com intervalo de 12 horas. 4. Fluconazol 150 mg em dose única 5. Casos recorrentes: cetoconazol 100mg VO/d 14d, seguidos por 100mg VO/d por 5d ao mês (período menstrual) por 6m ou fluconazol 150mg semanalmente por 6 meses. 	# Nas pacientes com Candidíase recorrente além da profilaxia VO e uso tópico, realizamos o tratamento do companheiro com dose única. # Cuidar com hepatotoxicidade.
Vaginite por Gardnerella vaginalis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metronidazol 250mg VO de 8/8h 7d + metronidazol tópico, 1 aplicador intravaginal à noite por 7d. 2. Doxiciclina 100mg VO 12/12h 7d. 3. Tinidazol 250mg VO 12/12h 7d. 	# Nas pacientes grávidas a opção é a ampicilina 500 mg, VO 6/6h 7d. Após o 1º trimestre podemos utilizar cremes vaginais à base de miconazol ou clotrimazol ou 2g de metronidazol em dose única. # tratar o parceiro com metronidazol 2g VO em dose única.
Vaginite por Trichomonas Vaginalis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metronidazol 500mg VO 12/12h 7d. 2. Metronidazol 2g VO dose única. 	# Tratar sempre o companheiro e investigar a possibilidade de outra DST. # Lembrar que o metronidazol tem interação farmacológica com uso de bebidas alcoólicas # Na lactação, esta deve ser suspensa por 24 horas e utilizar-se a dose única de metronidazol.

Tabela 3 - Tratamento da doença inflamatória pélvica (DIP)

Estágio	Tratamento	Observações
I- Salpingite aguda	1. Tianfenicol 2,5g VO dose única + Doxiciclina 100mg VO 12/12h 10-14d.	# o tratamento ambulatorial só deve ser realizado no estágio I. # retirar DIU. # associar antiinflamatórios.
II- Salpingite cm irritação pélvica/pelviperitonite	Penicilina G Cristalina 5.000.000UI EV 4/4h + gentamicina 60 a 80mg EV 8/8h. Associar metronizadol 500 mg EV 6/6h se não houver melhora clínica em 48h. 1. Gentamicina 60 a 80mg EV 8/8 h + clindamicina 600 a 900mg EV 6/6h. 2. Realizar tratamento EV internada até resolução do quadro agudo.	# em todos estágio, após a alta hospitalar a paciente deve usar doxiciclina 100mg VO 12/12h por 14d ou azitromicina 1g VO em dose única visando o tratamento da clamídia. # internar até resolução do quadro agudo. # em todos estágios devemos realizar o tratamento do companheiro com doxiciclina ou azitromicina nas doses citadas.
III- Abscesso tubo-ovariano/ ou abscesso pélvico	1. Penicilina G Cristalina 5.000.000UI EV 4/4h + gentamicina 60 a 80 mg EV 8/8h + metronizadol 500 mg EV 6/6h. 2. Gentamicina 60 a 80 mg EV 8/8h + clindamicina 600 a 900 mg EV 6/6h + penicilina G cristalina 5.000.000UI EV 4/4h . O tratamento é semelhante ao estágio III e deve ser mantido por no mínimo 14 dias associado ao tratamento cirúrgico.	# na falha do tratamento clínico levar ao tratamento cirúrgico. # investigar fundo de saco de Douglas.
IV- Abscesso roto		

DSTs e Gestação

Em nosso ambulatório, 42.4% das pacientes HIV+ gestaram após terem conhecimento do diagnóstico, fato que demonstra a importância da realização de anticoncepção efetiva nestas pacientes, assim como da prevenção da transmissão vertical.

As pacientes gestantes, além de receberem acompanhamento pré-natal rotineiro, são incluídas em protocolo para o uso de AZT (seu uso está indicado a todas as pacientes infectadas a partir de 14 semanas de gestação, com ou sem história de uso prévio de AZT ou de outro anti-retroviral, independentemente da contagem de CD4 -100mg VO 5x/dia até o final da gestação). Todas as gestantes são orientadas a receberem AZT intraparto (2mg/Kg/h EV) iniciado no começo do trabalho de parto e após dose de manutenção (1mg/Kg/h) EV até o nascimento e, no caso de cesariana eletiva, utilizamos as mesmas doses 4 horas antes independentemente do uso ou não do anti-retroviral

durante a gestação. Na ausência de AZT injetável, pode ser utilizado 400mg VO no início do trabalho de parto e 200mg VO a cada 4 horas até o nascimento. Após o parto, os recém-nascidos receberão AZT xarope 2mg/Kg VO 6/6h por 6 semanas, devendo ser iniciado entre 8 a 12 horas após o nascimento e no máximo dentro de 24 horas de vida. Quando a gestante não recebeu o AZT durante o pré-natal e encontra-se em trabalho de parto esta deve receber o AZT injetável e o seu recém-nascido, o xarope de AZT. Após o parto, as mulheres devem ser encaminhadas para avaliação clínica, imunológica e virológica.

Os exames a serem solicitados no acompanhamento pré-natal são: hemograma, plaquetas, transaminases, creatinina, glicemia de jejum, exame qualitativo de urina, tipagem sanguínea, coombs indireto, se Rh negativo ou tiver história de transfusão, sorologias para Lues, toxoplasmose IgG e IgM, marcadores para hepatite e citomegalovírus, dosagem de CD4 e carga viral. Conforme a história da paciente faz-se exames para outras doenças sexualmente transmissíveis como:

gonorréia, clamídia, micoplasma, ureaplasma, herpes e papilomavírus. Em torno da 24ª semana de gestação também deve-se fazer o rastreamento para o diabetes gestacional através do teste de sobrecarga de glicose. A realização de hemograma, plaquetas, TGO, TGP e creatinina deve ser mensal para o controle do uso de AZT. Na tabela 4 estão os critérios para uso e suspensão do uso de AZT. Em nosso ambulatório, a prevalência de DSTs nas gestantes HIV+ foi bem maior que na população em geral: sífilis 6,8%, hepatite B 8%, hepatite C 12%, demonstrando a necessidade do se rastreamento nestas pacientes. A realização do citopatológico segue a orientação já descrita acima. A ecografia obstétrica para confirmação da idade gestacional e avaliação da anatomia fetal deve ser realizada ao menos uma vez durante a gestação, em torno da 20ª de gestação ou, se possível, antes do início do uso do AZT.

Tabela 4 - Critérios laboratoriais para o uso de AZT durante a gestação

	Uso Liberado	Uso deve ser interrompido
Hemoglobina g/dl	>8	<8 obs.: neutrófilos <750 cel/mm3
Plaquetas cel/mm3		
TGO/TGP u/l	>100.000 < 2,5 vezes o valor superior da normalidade	<50.000 > 5 vezes o valor superior da normalidade
Creatinina mg/dl	<1,4	>1,4

Até o momento o uso exclusivo de AZT durante a gestação, trabalho de parto e pós-parto pelo neonato, comprovadamente reduz a transmissão vertical. Existem alguns protocolos em andamento com o uso de outros anti-retrovirais, entretanto o AZT sempre deve fazer parte da terapia anti-retroviral da gestante, seja isolado ou em combinação com outras drogas. As pacientes HIV+ seguem as indicações obstétricas de cesariana, mas discute-se a indicação de cesariana na presença de bolsa rota há menos de 4 horas.

As gestantes com sífilis realizam o mesmo tratamento preconizado para não gestante, já exposto acima, sempre lembrando que o companheiro também de realizar o tratamento.

Durante a gestação pode ocorrer uma

exacerbação das lesões¹ condilomatosas. O tratamento das lesões condilomatosas na gravidez difere um pouco do realizado fora da gestação, uma vez que a podofilina e o interferon não podem ser utilizados. Pode-se utilizar a crioterapia com nitrogênio líquido, ácido tricloroacético e eletrocautério conforme as indicações de rotina. A paciente gestante com infecção pelo HPV não tem indicação de realização de cesariana, exceto nos casos de condilomatose gigante que obstruam o canal de parto.

Segundo dados da literatura, cerca de 10 a 40% das gestantes tem anticorpos (Ac) para HSV2 e 70 a 80% nunca tiveram sintomas. Somente 0,075% das gestantes tem infecção primária no momento do parto e 13% das mulheres com HSV recorrente terão sintomas durante o trabalho de parto. A incidência de infecção neonatal por HSV é de 1/7500 a 1/30000 nascimentos e cerca de 85% das mães são assintomáticas. Cerca de 40 a 50% dos neonatos infectados morrem ou sobrevivem com sérias complicações neurológicas. Vinte a 30% dos neonatos infectados nasceram de cesariana e 8% tinham membranas íntegras. Entretanto o manejo da parturiente com infecções por herpes simples baseia-se na presença ou não de lesões, do período em que ocorreu o surto infeccioso e do estado das membranas ovulares (tabela 6). Além da transmissão neonatal, as mães com infecção durante a gestação têm um risco 3 a 5 vezes maior de abortamento e também um risco aumentado de prematuridade. É de grande valia o diagnóstico diferencial entre a primo-infecção e a infecção recorrente (tabela 5), tendo em vista que na infecção recorrente há um risco menor de transmissão neonatal. Tanto a gestação como a imunossupressão pelo vírus HIV podem predispor a uma primo-infecção mais intensa, levando, inclusive a interrupção da gestação ou a manifestações meningoencefálicas graves. Em estudo realizado por Scott o uso de aciclovir em gestantes com o primeiro surto herpético durante a gestação reduziu no número de cesáreas, entretanto não conseguiu determinar o impacto sobre a transmissão neonatal. O uso profilático do aciclovir durante a gestação ainda é controverso e necessita de estudos bem delineados para ser usado rotineiramente. As indicações da via de parto estão descritas na tabela 6. A amamentação não está contra-indicada, exceto na presença de lesões mamilares.

Para finalizar, salientamos a importância do atendimento multidisciplinar das pacientes com DSTs e especialmente as portadoras do HIV. Devemos lembrar que estas paciente já sentem-se discriminadas, estão fragilizadas pela sua condição e não cabe a nós julgá-las, mas, sim ajudá-las a conviver melhor com o seu problema.

Tabela 5 - Sinais e sintomas do herpes genital

Sinais ou Sintomas	Primária	Recorrente
Localização das lesões	Tendência a disseminarem-se pelos lábios e intravaginal. O colo pode estar comprometido	Lesões geralmente limitadas a vulva ou vagina ou colo
Lesões ulceradas	Múltiplas	Em média de 3 a 5
Tamanho das lesões	3 a 10mm	Menores que na primo-infecção
Adenopatia inguinal	Presente	Geralmente ausente
Viremia	Presente	Ausente
Manifestação sistêmica	Presente	Ausente
Desconforto local	Presente	Presente

Tabela 6 - Via de parto nas gestantes com herpes simples

Parto por via vaginal	Cesariana
# feto já comprometido	# surto herpético no momento do parto ou nas 4 semanas que antecederam o parto
# ruptura das membranas ovulares por mais de 4 horas, nos casos em que tenha havido lesões nas últimas 4 semanas	# infecção primária nas últimas 20 semanas de gestação

Leituras Suplementares

1. Bayer R. AIDS Prevention - Sexual Ethics and Responsibility. **N Engl J of Medicine**, 334 (23):1540-2, June 6, 1996.
2. Boccalon M; Tirelli U; Sopracordevole F and Vaccher E. Intra-epithelial and invasive cervical neoplasia during HIV infection. **Eur J Cancer**, 32A(13): 2212-7, 1996.
3. Brocklehurst P, Carney O, Ross E & Mindel A. The management of recurrent genital herpes infection in pregnancy: a postal survey of obstetric practice. **Br J Obstet Gynaecol**, 102:791-797, 1995.
4. Carvalho N. e cols. DSTs na Gestação. Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Artes Médicas. Porto Alegre, 1993.
5. Nanda D. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana durante a Gravidez. **Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte** 3, 599-608, 1990.
6. Naud P. e cols. Doenças Sexualmente Transmissíveis na gestação *in* Rotinas em Obstetrícia. 3 ed., Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.
7. Newell ML et al. Vertical Transmission of HIV: maternal immune status and obstetric factors. **The European Collaborative Study-AIDS**, 10(14): 1675-81, Dec, 1996.
8. Scott LL et al. Acyclovir supression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. **Obstetrics & Gynecology**, 87:69-73, 1995.
9. Sedlacek TV et al. Mechanism for human papillomavirus transmission at birth, 161:55-59, 1989.
10. Smith EM et al. Perinatal vertical transmission of human papillomavirus and subsequent development of respiratory tract papillomatosis. **Ann Otol Laryngol**, 100:479-83, 1991.
11. Stratton P et al. Human Immunodeficiency Virus Infection in Pregnant Women Under Care at AIDS Clinical Trials Centers in the United States. **Obstetrics and Gynecology** 79(3): 364-368, March, 1992.
12. Zarcone R et al. Incidence of HPV and CIN in HIV positive women. **Minerva-Ginecol**, 7 (11): 477-80, 1997.