

01

PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE

DEFINIÇÃO

A inflamação do parênquima pulmonar, na maioria dos casos de natureza infecciosa, representando 80% dos óbitos nas Infecções Respiratórias Agudas (IRAs), é a 2ª causa de óbito em menores de 5 anos. Pode ser de causa não infecciosa, como aquelas secundárias à aspiração de alimento ou ácido gástrico, corpos estranhos, substâncias irritantes e pneumonite induzida por drogas ou radiação.

GRUPOS DE RISCO

- RN pré-termo e de baixo peso;
- Idade menor de 2 meses;
- Desmame precoce;
- Viroses sistêmicas graves progressas;
- Doenças de base (cardiopatias, anemia falciforme e encefalopatias);
- Cobertura vacinal insuficiente;
- Corticoterapia prolongada e outros estados com comprometimento imunológico;
- Doenças pulmonares que induzem a pneumonias de repetição, como fibrose cística, asma, bronquiectasias, síndrome "dos cílios imóveis";
- Doenças gastroentéricas, como refluxo gastroesofágico.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

O Ministério da Saúde (1994) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/1977) propuseram a inclusão de normas na estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na

Infância (AID-PI) para simplificar o diagnóstico de pneumonia com menor número de sinais facilmente identificáveis, de ótima sensibilidade e especificidade para detectar, entre as crianças com IRA, aquelas com probabilidade de terem pneumonia, bem como as complicações com a finalidade de evitar a morte nas IRAs.

A) PRINCIPAL SINAL: TAQUIPNEIA

A taquipneia (na ausência de sibilância) é o sinal de melhor sensibilidade (77%) e especificidade (58%) para o diagnóstico de pneumonia.

B) VALORES DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA PARA ENTRADA NO DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA

- <2 meses: FR \geq 60irpm;
- De 2 a 11 meses: FR \geq 50irpm;
- De 1 a 4 anos: FR \geq 40irpm.

Simplificando, podemos dividir o quadro clínico por faixa etária.

RNs

- Pensar na associação às infecções precoces do RN (o sistema respiratório pode ser infectado já intraútero e/ou no canal de parto):
- Taquipneia;
- Dispneia (retrações);
- Cianose;
- Piora dos parâmetros da ventilação mecânica pode indicar pneumonia associada.

CRIANÇAS

- História prévia de infecção das vias aéreas superiores;
- Pneumonia afebril do lactente: <6 meses, irritabilidade, início insidioso;
- Bacterianas: prostração, queda do estado geral;
- Taquipneia;
- Dor abdominal.

ADOLESCENTES

(*MYCOPLASMA PNEUMONIAE* E *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE*)

Febre baixa, início insidioso, raros calafrios, tosse de longa duração, importante cefaleia e mal-estar geral.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO

Deve ser solicitado em incidências posteroanterior e perfil, com o objetivo de confirmar o diagnóstico e avaliar a extensão e as complicações nas crianças com pneumonia.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

VÍRUS

Espessamentos brônquicos e peribrônquicos, opacidades intersticiais, adenopatia hilar, hiperinsuflação e atelectasia.

BACTÉRIAS

- Padrão alveolossegmentar ou lobar, broncograma aéreo, abscessos, pneumatoceles, espessamento ou derrame pleurais e imagens arredondadas;
- A ausência dos sinais citados não significa que a etiologia não seja bacteriana.



FIGURA 1 - Raio x de tórax com pneumonia lobar no ápice direito: incidência anteroposterior, com sinal do broncograma aéreo.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

SANGUE

- **Leucograma:** pouco valor na diferenciação vírus x bactérias;
- **Hemocultura:** deve-se solicitar em todos os casos internados. Método confiável, porém de baixa positividade (4 a 25% dos casos).

Para os adolescentes, solicitar a pesquisa de anticorpos específicos (sorologias):

- **Chlamydomphila e Mycoplasma:** maior positividade após 14 dias de história. Sem valor à pesquisa de Gram e cultura do escarro para o diagnóstico de pneumonia, devido à contaminação.

TESTE DE AGLUTINAÇÃO DE LÁTEX

- Líquido pleural e urina (S = 73%);
- Antipneumococos e anti-hemófilo B.

PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DAS PNEUMONIAS AGUDAS NA INFÂNCIA ADQUIRIDAS NA COMUNIDADE E SUAS PRINCIPAIS DIFERENÇAS

PNEUMONIAS	VIRAIS	BACTERIANAS
AGENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Adenovírus; • VSR humano; • Influenza; • Parainfluenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • RN <7 dias: E. coli e Streptococcus B (agalactiae); • RN >7 dias a 1 mês: S. aureus e Streptococcus pneumoniae; • RN de 1 a 3 meses: Chlamydia trachomatis; • Ureaplasma urealyticum e P. jirovecii (afebril); • S. aureus, Streptococcus pneumoniae e H. influenzae (febril); • Pré-escolares: Streptococcus pneumoniae, H. influenzae e S. aureus; • Escolares e adolescentes: Streptococcus pneumoniae, Myco-plasma pneumoniae e Chlamydia trachomatis.

TRATAMENTO

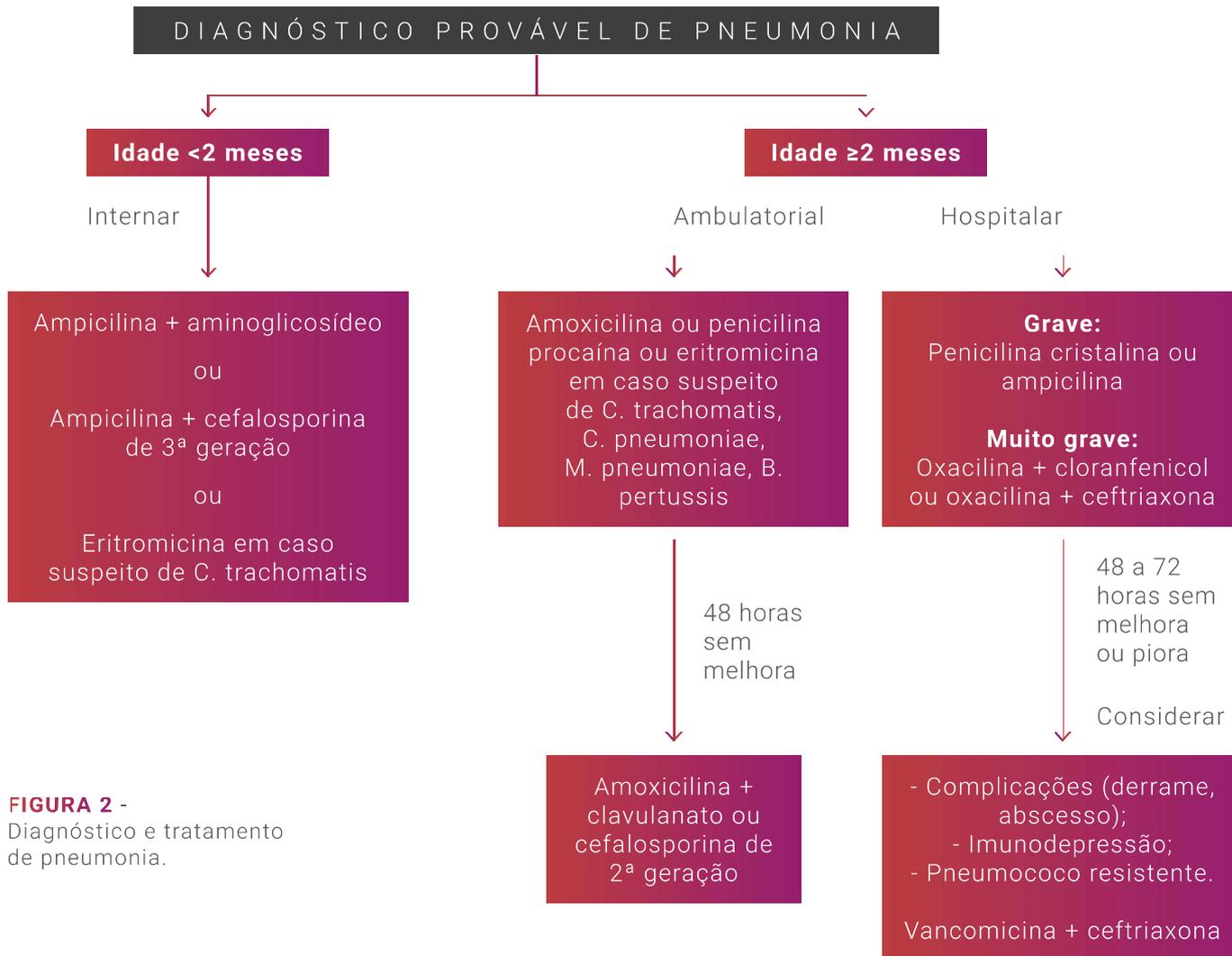


FIGURA 2 - Diagnóstico e tratamento de pneumonia.

O algoritmo para tratamento antimicrobiano inicial empírico a pacientes pediátricos com pneumonia comunitária baseia-se somente nos critérios clínicos e radiológicos (quando disponíveis).

em alguns aspectos do diagnóstico no adulto. A forma pulmonar costuma ser abacilífera ou paucibacilífera, além de a criança apresentar dificuldade de expectorar. A partir dos 10 anos de idade, o quadro passa a ficar cada vez mais semelhante ao do adulto.

02 TUBERCULOSE

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) na infância apresenta aspectos peculiares, e seu diagnóstico difere

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve se basear em critérios clínico-radiológicos, epidemiologia (contato com adulto com TB), teste tuberculínico e prova terapêutica. A maioria das crianças infec-

tadas encontra-se assintomática quando há a positividade da reação tuberculínica (PPD – Purified Protein Derivative), portanto, esse teste identifica crianças infectadas com TB, mas não necessariamente doença ativa.

O complexo primário da TB pode não aparecer à radiografia de tórax e, na maioria das crianças imuno-logicamente sãs com TB primária, a infecção não progride imediatamente até a enfermidade. As primeiras manifestações clínicas apresentam-se de 1 a 6 meses após a infecção inicial e incluem linfadenopatias, comprometimento de 1 segmento ou lobo pulmonar, podendo assumir qualquer padrão radiográfico, TB miliar e meningite tuberculosa.

Outras apresentações clínicas que podem apa-

recer tardiamente à infecção primária incluem TB do ouvido médio e mastoidite, TB óssea, articular e da pele. A doença extrapulmonar (miliar, meníngea, renal, óssea ou articular) se apresenta em 25% das crianças menores de 15 anos com TB.

A transmissão do bacilo se dá pela via respiratória, quando adultos e adolescentes bacilíferos eliminam aerossóis contendo o bacilo. Consideramos doentes os indivíduos com sinais e sintomas de TB, com imagem radiológica normal ou alterada, PPD positivo e/ou que se enquadra no sistema de pontuação do Ministério da Saúde para TB pulmonar (resumido na Tabela a seguir), em nível ambulatorial. Porém, a cultura positiva para bacilo de Koch é o exame padrão-ouro para o diagnóstico.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO DE TB PULMONAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

QUADRO CLÍNICO	PONTUAÇÃO
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese por mais de 2 semanas.	+15
Assintomáticos ou com sintomas por menos de 2 semanas.	0
Infecção respiratória com melhora sem antibióticos ou após o uso de antibióticos para gêmeos comuns.	-10
Adenomegalia hilar ou padrão miliar.	
Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por mais de 2 semanas;	+15
Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por mais de 2 semanas, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para gêmeos comuns.	
Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas.	+5
Radiografia normal.	-5
CONTATO COM ADULTO TUBERCULOSO	PONTUAÇÃO
Próximo, nos últimos 2 anos.	+10
Ocasional ou negativo.	0

TESTE TUBERCULÍNICO E VACINAÇÃO BCG (ESTA INTERPRETAÇÃO NÃO SE APLICA A REVACINADOS COM BCG)	PONTUAÇÃO
≥ 5 mm em não vacinados com BCG, ou vacinados há mais de 2 anos, ou imunossuprimidos.	+15
≥10mm em vacinados há menos de 2 anos.	+15
0 a 4mm.	0
ESTADO NUTRICIONAL	PONTUAÇÃO
Desnutrição grave ou peso abaixo do percentil 10 (SISVAN).	+5
Peso igual ou acima do percentil 10.	0

OBSERVAÇÃO: ≥40 pontos: TB muito provável, permite iniciar o tratamento do paciente; 30 a 35 pontos: TB possível, ou indicativo de TB e orienta o início de tratamento da criança a critério clínico; ≤25 pontos: TB pouco provável, a criança deve continuar a ser investigada. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares, podendo ser empregados métodos complementares de diagnóstico nesse sentido, como lavado gástrico, broncoscopia, escarro induzido, punções e métodos rápidos.

TRATAMENTO

INDICAÇÕES DE INTERNAÇÃO EM PACIENTES COM TB

- Meningite tuberculosa;
- Indicações cirúrgicas em decorrência da TB;
- Complicações graves da TB;
- Intolerância medicamentosa incontrolável em ambulatório;
- Estado geral que não permita tratamento em ambulatório;
- Casos sociais.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

ESQUEMA BÁSICO PARA TRATAMENTO EM CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS

FASES DO TRATAMENTO	DROGAS	PESO			
		Até 20kg mg/kg/d	>20 e até 35kg mg/d	>35kg e até 45kg mg/d	>45kg mg/d
1ª fase (2 meses)	R	20	300	450	600
	H	20	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
2ª fase (4 meses)	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

R: Rifampicina; H: isoniazida; Z: pirazinamida.

- A medicação deve ser administrada diariamente, em apenas 1 ingestão, de preferência em jejum. Em caso de intolerância digestiva, juntamente com a refeição;
- Em menores de 5 anos com dificuldades para ingerir os comprimidos, recomendam-se drogas em xarope ou suspensão;
- O tratamento das formas extrapulmonares (exceto a meningoencefálica) terá a duração de 6 meses;
- Em casos individualizados cuja evolução clínica inicial não tenha sido satisfatória, com a colaboração de especialistas das áreas, o tempo de tratamento poderá ser prolongado, na sua 2ª fase, por mais 3 meses (2RHZ/7RH);
- No tratamento da associação entre TB e HIV, independentemente da fase de evolução da infecção viral, o tratamento terá a duração de 6 meses, podendo ser prolongado por mais 3 meses caso a evolução clínica não seja satisfatória.

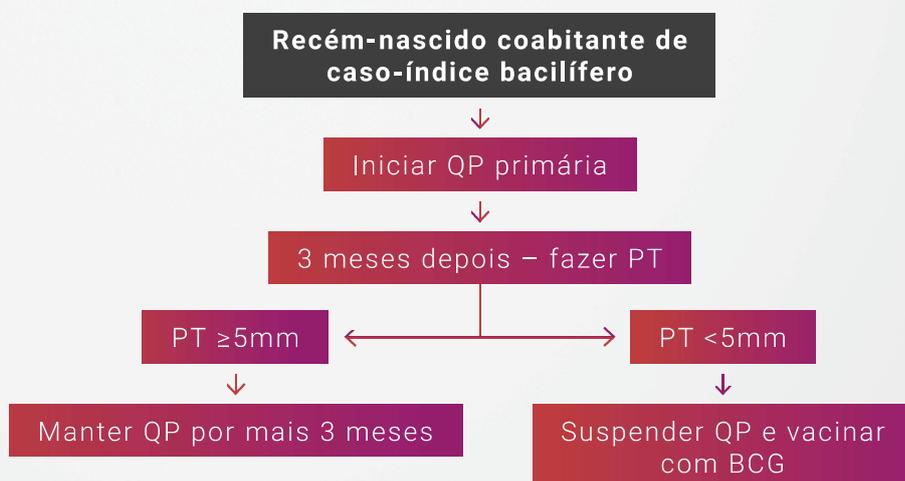
ESQUEMA BÁSICO PARA TRATAMENTO EM ADOLESCENTES (>10 ANOS) E ADULTOS				
REGIMES	FÁRMACOS	FAIXAS DE PESO	UNIDADES/DOSES	MESES
2RHZE Fase intensiva	RHZE 150/75/400/275 Comprimido em dose fixa combinada	20 a 35kg	2 comprimidos	2 meses
		36 a 50kg	3 comprimidos	
		> 50kg	4 comprimidos	
4RH Fase de manutenção	RH Comprimido ou cápsula 300/200 ou 150/100mg	20 a 35kg	1 cp ou cápsula 300/200mg	4 meses
		36 a 50kg	1 cp ou cápsula 300/200mg + 1 cp ou cápsula 150/100mg	
		> 50kg	2 cp ou cápsula 300/200mg	

- A forma meningoencefálica de TB em crianças deve ser tratada utilizando-se o esquema básico para crianças, prolongando-se a fase de manutenção para 7 meses.
- Nos casos de concomitância entre TB meningoencefálica e qualquer outra localização, usar o esquema para a forma meningoencefálica;
- Na meningoencefalite tuberculosa, deve ser associado corticosteroide ao esquema anti-TB: prednisona oral (1 a 2mg/kg/d), por 4 semanas, ou dexametasona intravenosa nos casos graves (0,3 a 0,4mg/kg/d), por 4 a 8 semanas, com redução gradual da dose nas 4 semanas subsequentes;
- A fisioterapia na TB meningoencefálica deve ser iniciada o quanto antes.

QUIMIOPROFILAXIA

A quimioprofilaxia é feita com isoniazida, na dose de 5 a 10mg/kg, máximo de 300mg/d:

FIGURA 3 - Quimioprofilaxia no recém-nascido
Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.



OUTRAS INDICAÇÕES

Menores de 15 anos, sem sinais compatíveis com TB ativa, contatos de tuberculosos bacilíferos, não vacinados com BCG e reatores à tuberculina de 10mm ou mais e crianças vacinadas com BCG, mas com resposta à tuberculina $\geq 15\text{mm}$;

Crianças e adolescentes com viragem tuberculínica recente (até 12 meses), isto é, que tiveram aumento na resposta tuberculínica de, no mínimo, 10mm;

População indígena: a quimioprofilaxia está indicada a todo contato de tuberculoso bacilífero, reator forte ao PPD, independentemente da idade e do estado vacinal, após a avaliação clínica e afastada a possibilidade de TB-doença, por meio da pesquisa dos bacilos e do exame radiológico;

Imunodeprimidos por uso de drogas ou doenças imunossupressoras e contatos intradomiciliares de tuberculosos, sob criteriosa decisão médica;

Coinfectados por HIV e M. tuberculosis devem ser submetidos a prova tuberculínica. O limite da reação ao PPD é de 5mm.

03

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA
ADQUIRIDA E GESTAÇÃO

INTRODUÇÃO

Sua etiologia é o vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus.

A Transmissão Vertical (TV) tem sido a forma mais comum de disseminação do vírus entre crianças, e suas vias de disseminação não são totalmente esclarecidas, mas podem ocorrer por exposição da mucosa fetal a secreções ou a sangue materno no intraparto, no aleitamento materno e por via transplacentária.

A TV pode ocorrer durante o trabalho de parto e parto (75% dos casos), na amamentação ou por transmissão intrauterina, principalmente no 3º trimestre.

O HIV não é teratogênico e não altera o curso natural da gestação, mas associa-se a um maior risco de morbidade materna e fetal, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, prematuridade e restrição do crescimento fetal. Além disso, gestantes em estágios avançados da doença e que a adquiriram por via

vertical evoluem de forma desfavorável com mais frequência.

O diagnóstico da infecção fetal pode ser realizado por cordocentese, porém esse método, por ser invasivo, apresenta risco de contaminação fetal no momento da punção; o diagnóstico materno, por vezes, ocorre durante as consultas pré-natais, em que são solicitadas todas as sorologias.

As gestantes normalmente já são imunocomprometidas; logo, quando há gravidez associada à infecção pelo vírus da AIDS, essas mulheres ficam mais predisponentes a infecções oportunistas, que podem resultar em complicações sérias tanto para a gestante como para o feto.

A infecção mais comum é a pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, e é possível realizar sua profilaxia primária com sulfametoxazol e trimetoprima.

QUIMIOPROFILAXIA DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS

CD4	INFECÇÃO OPORTUNISTA	QUIMIOPROFILAXIA
<200 células/mm ³	<i>Pneumocystis jiroveci</i>	Sulfametoxazol + trimetoprima 800/160mg 3x/sem
<100 células/mm ³	Toxoplasmose	Sulfametoxazol + trimetoprima 800/160mg diário
<50 células/mm ³	Micobactérias do complexo Avium	Sulfametoxazol + trimetoprima 800/160mg diário associado a azitromicina 1.200mg 1x/sem

Fonte: Protocolos Assistenciais da Clínica Obstétrica/FMUSP - 5ª edição.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

As gestantes soropositivas para HIV devem ser seguidas como de alto risco e, portanto, entram nos critérios do pré-natal de alto risco. Devem ser feitas consultas mais frequentes, exames de rotina com intervalos menores do que o normal e exames complementares mais específicos, como ultrassonografia e avaliação da vitalidade fetal mais frequente.

Durante o período do pré-natal, o obstetra deve solicitar não apenas as sorologias indicadas pelo Ministério da Saúde, mas também carga viral, PPD e marcadores celulares (CD4+/CD8+), para verificar o nível de progressão da doença; infecções sexualmente transmissíveis como clamídia e gonococo devem ser pesquisadas também; pacientes em uso de terapia antirretroviral (TARV) devem ser avaliadas

quanto a função renal e as enzimas hepáticas e recomenda-se a realização de genotipagem antes da introdução de TARV em gestantes.

Recomenda-se vacinação de rotina, contudo se deve evitá-la se CD4 <200 células/mm³ ou no último mês de gestação, haja vista o aumento transitório da carga viral após imunizações (transativação heteróloga).

O Ministério da Saúde orienta a introdução de TARV em todas as gestantes, sendo que esta não deve ser suspensa após o parto. O melhor momento para a introdução da TARV depende da idade gestacional e do quadro clínico da paciente. A orientação de tratamento (não apenas de profilaxia) dependerá de critérios clínicos e laboratoriais.

TARV

Pacientes que iniciaram a gravidez em uso de TARV	Manter esquema terapêutico, exceto com efavirenz, que deve ser substituído
Gestantes assintomáticas e CD4 ≥350 células/mm ³	Iniciar TARV com 14 semanas
Gestantes com CD4 <350 células/mm ³	Iniciar imediatamente
Puerpério	Manter esquema do pré-natal

Os esquemas antirretrovirais combinados devem conter ao menos 3 drogas ativas e pertencentes a 2 classes antirretrovirais diferentes. O esquema preconizado para as gestantes virgens de tratamento inclui a associação de 2 inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (zidovudina, lamivudina, tenofovir, entricitabina, abacavir) e 1 inibidor de protease (lopinavir, darunavir, indinavir – sempre associados a ritonavir) ou 1 inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (nevirapina e nelfinavir). As opções mais utilizadas são zidovudina + lamivudina + lopinavir + ritonavir ou zidovudina

+ lamivudina + nevirapina. Na escolha entre o nelfinavir e a nevirapina, devem-se considerar a idade gestacional, o grau de imunodeficiência materna, a carga viral, o potencial de adesão ao acompanhamento clínico e o uso dos medicamentos.

O nelfinavir é o mais indicado a gestantes com idade gestacional inferior a 28 semanas e a mulheres com imunodepressão mais acentuada e recomenda-se evitar a introdução da nevirapina em gestantes com CD4 >250 células/mm³, pelo risco de reação cutânea grave e hepatotoxicidade.

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV

FATORES INERENTES AO RECÉM-NASCIDO	FATORES OBSTÉTRICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridade; • Baixo peso ao nascer; • Aleitamento materno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bolsa rota com mais de 4 horas; • Via de parto (trabalho de parto prolongado; parto vaginal operatório); • Presença de hemorragia intraparto; • Procedimentos obstétricos invasivos.
FATORES MATERNOS	FATORES VIRAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Estado clínico e imunológico ruim; • Presença de outras doenças sexualmente transmissíveis (vaginose e sífilis); • Presença de outras coinfeções; • Mau estado nutricional e uso de drogas ilícitas; • Ausência ou pouco tempo de uso de antirretroviral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carga viral elevada; • Genótipo viral; • Fenótipo viral.

IMUNIZAÇÃO PARA GESTANTES SOROPOSITIVAS PARA HIV

RECOMENDAÇÕES

Vacina para pneumococo e gonococo	Geralmente não são feitas, mas não são contraindicadas.
Vacina para tétano e difteria (dT)	É indicado o reforço caso a última dose tenha sido administrada há mais de 5 anos; Se a gestante não for vacinada ou o estado vacinal for desconhecido, indicar 3 doses (esquema padrão).
Vacina hepatite B	Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HBs negativo), em situação de risco; A dose deve ser o dobro daquela recomendada pelo fabricante: aos zero, 1, 2 e 6 ou 12 meses.

<p>Imunoglobulina humana para vírus da hepatite B (HBIG)</p>	<p>Recomendada a gestantes suscetíveis (anti-HBs negativo), usuárias de drogas que compartilham seringas e agulhas, aquelas que tenham tido contato sexual desprotegido com pessoas HBsAg positivo ou em caso de vítimas de violência sexual;</p> <p>Deve ser iniciada ainda nos primeiros 14 dias de exposição.</p>
<p>Vacina para vírus da hepatite A (HVA)</p>	<p>Recomendada para as gestantes suscetíveis (anti-HAV negativo) coinfectadas com hepatite B ou C;</p> <p>Realizar 2 doses com intervalo de 6 meses.</p>
<p>Influenza</p>	<p>Está recomendada anualmente para as infectadas pelo HIV, antes do período da influenza. Vacina inativada trivalente, 1 dose anual, pode ser feita na gestação.</p>
<p>Imunoglobulina para Vírus da Varicela-Zóster (VVZ)</p>	<p>Está recomendada a gestantes suscetíveis (anti-VVZ negativo), após exposição em ambiente doméstico, hospitalar ou com vizinhos próximos.</p>

ASSISTÊNCIA AO PARTO

- Alguns serviços preconizam a lavagem do canal vaginal quando em trabalho de parto, na tentativa de remover as secreções maternas;
- Está formalmente indicada a administração de zidovudina (AZT) 2mg/kg IV, na 1ª hora, seguida de infusão contínua de 1mg/kg por hora até o parto. É imprescindível que a parturiente receba, no mínimo, 3 horas de AZT (1 hora de ataque e 2 horas de manutenção) via intravenosa antes do parto;
- Manter AZT durante o trabalho de parto até o clampeamento do cordão umbilical.
- O obstetra deve procurar não realizar medidas invasivas tanto no pré-parto como no intraparto, ou seja, a amniotomia, o uso de fórcepe, o vacuoextrator e a episiotomia, por exemplo, devem ser evitados;
- O clampeamento do cordão deve ser imediato e o recém-nascido ser limpo das secreções e sangue visíveis, evitar aspiração de

vias aéreas e contraindicar a lactação. Há indicação de quimioprofilaxia do recém-nascido com xarope de AZT, que deve ser associado a nevirapina xarope nas pacientes que não usaram TARV na gravidez ou têm carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL no 3º trimestre.

- É indicada antibioticoprofilaxia com cefalosporina de 1ª geração nas doses usuais;
- Embora haja evidência de que a cesariana possa colaborar para a redução da transmissão perinatal do HIV, mesmo quando a carga viral é <1.000 cópias/mL, há dúvida se, nessa situação, o benefício adicional ultrapassaria os riscos de complicações para a mulher associados a esse procedimento.

O Ministério da Saúde recomenda que a escolha da via de parto obedeça ao seguinte protocolo (tabela a seguir):

	CARGAS VIRAIS	IDADE GESTACIONAL (NA OCASIÃO DA AFERIÇÃO)	RECOMENDAÇÕES
1	≥1.000 cópias/mL ou desconhecido	≥34 semanas	Parto por operação cesariana eletiva com 38 semanas
2	<1.000 cópias/mL ou indetectável e feito uso de TARV	≥34 semanas	Via de parto por indicação obstétrica

• Nas gestantes que não realizaram a profilaxia com antirretroviral e/ou o diagnóstico foi feito na admissão na maternidade, a medida mais importante é a introdução imediata de AZT intravenoso. Para considerar a via de parto, o obstetra deverá agir de acordo com a fase em que o trabalho de parto se encontra. A operação cesariana eletiva é realizada antes do início do trabalho de parto, encontrando-se as membranas amnióticas íntegras ou com ruptura de menos de 2 horas. Já o parto vaginal é geralmente indicado quando há trabalho de parto franco

(dilatação maior do que 4cm);

- Para efeito de indicação da via de parto, considerar também carga viral desconhecida àquela que tenha sido aferida antes da 34ª semana de gestação;
- No trabalho de parto prematuro não há contra-indicação para tocolise e corticoterapia, e deve-se manter a infusão de AZT enquanto perduram as contrações;
- Na rotura prematura das membranas ovulares não existe consenso na literatura para o melhor momento do parto, e a conduta se baseia no protocolo de cada serviço.