



METODOLOGIA

Programului de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV

- Editie revizuita si actualizata 2006 -

CUPRINS:

1. Introducere	5
2. Prevenirea transmiterii verticale conform Strategiei Nationale pentru supravegherea, controlul si prevenirea cazurilor de infectie cu HIV/SIDA in perioada 2004-2007	6
3. Obiectivele si strategiile Programului „Prevenirea transmiterii HIV de la mama la copil” (PMTCT)	7
4. Consilierea si testarea voluntara a gravidelor	8
4.1 Importanta consilierii pentru prevenirea transmiterii HIV si a testarii gravidelor	8
4.2 Beneficiile consilierii HIV si testarii voluntare a gravidelor	9
4.3 Principiile internationale care reglementeaza consilierea si testarea HIV	10
4.4 Consilierea si testarea privind prevenirea transmiterii verticale a infectiei HIV	11
4.5 Protocolul de consiliere pentru testarea HIV	13
4.6 Testarea HIV in Romania	14
5. Confidentialitatea si circuitul informatiei	15
6. Formarea personalului	16
7. Locatii pentru desfasurarea consilierii si testarii HIV	18
7.1 Centrele de Consiliere si Testare Voluntara (CCTV)	18
7.2 Consilierea si testarea HIV in mediul rural - (Programul de “outreach”)	19
7.3 Consilierea si testarea HIV in maternitati	21
8. Legaturile Centrelor de Consiliere si Testare Voluntara cu alte servicii medicale si de suport	26
9. Monitorizarea si evaluarea Programului de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV	28
10. Informare-Educare-Comunicare (IEC) privind prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV	30
11. Grupul local de interventie PMTCT	31
12. Interventiile perinatale de prevenire a transmiterii HIV de la mama la copil	36
13. Monitorizarea clinica si paraclinica a femeii HIV pozitive si ingrijirea nou-nascutului din mama HIV pozitiva	40
14. Indicatori internationali de eficienta ai programelor de prevenire a transmiterii verticale a infectiei HIV	45
ANEXE	46

Abrevieri

ARV	Antiretroviral
ASPJ	Autoritatea de Sanatate Publica Judeteana
CCTV	Centru de Consiliere si Testare Voluntara
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (CDC) lb. romana: Centrul de Supraveghere si Control al Bolilor Transmisibile
CMR	Colegiul Medicilor din Romania
CNLAS	Comisia Nationala de Lupta Anti-SIDA
DSPJ	Directia de Sanatate Publica Judeteana
GSK	GlaxoSmithKline
IEC	Informare-Educare-Comunicare
ITS	Infectii cu transmitere sexuala
MSM	Barbati care au activitate sexuala cu barbati (Men having Sex with Men)
OAMMR	Ordinul Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania
OG	Obstetrica-ginecologie
OMS	Organizatia Mondiala a Sanatatii
PMTCT	Prevenirea transmiterii verticale a HIV; acronim din limba engleza- Prevention of Mother to Child Transmission
RAA	Fundatia Romanian Angel Appeal
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	The United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

1. Introducere

La inceputul anului 2000, Fundatia Romanian Angel Appeal (RAA) si colaboratorii¹ sai din Constanta au implementat primul program de prevenire a transmiterii HIV (PMTCT), finalizat cu un studiu de prevalenta a infectiei HIV in randul femeilor gravide. Studiul de prevalenta si analiza factorilor de risc realizate in perioada 2000-2002² au aratat ca indicele de seroprevalenta a fost de 1,75%.

Cateva din concluziile studiului au fost ca identificarea femeilor gravide seropozitive HIV in primul trimestru de sarcina si cresterea accesului la serviciile antenatale, inclusiv testarea HIV, in randul grupurilor greu accesibile reprezinta cheia succesului in programele PMTCT. De asemenea, supravegherea si monitorizarea epidemiei HIV trebuie sa ramana o prioritate pentru a se putea dezvolta programe si strategii de prevenire eficiente.

Ca urmare, RAA a replicat modelul de prevenire a transmiterii verticale din Constanta in judetul Giurgiu in perioada 2002-2005, un accent deosebit punandu-se pe interventia PMTCT in randul gravidelor din mediul rural si pe implicarea medicilor de familie in furnizarea de servicii de consiliere si testare HIV. Incepand din octombrie 2004 programul PMTCT a fost extins la nivelul a 16 judete³ si Municipiul Bucuresti de RAA in parteneriat cu Ministerul Sanatatii prin Directiile de Sanatate Publica Judetene DSPJ (in prezent ASPJ). Acest program a beneficiat de finantare din partea Fondului Global de Combatere a HIV, TBC si Malariei si a oferit posibilitatea femeilor din cele 16 judete sa beneficieze de servicii de consiliere pre si post testare HIV si referire catre alte servicii medico-sociale, iar pentru cazurile depistate seropozitive, de ingrijire multidisciplinara adecvata.

Aceasta metodologie are la baza experienta RAA si a colaboratorilor sai, acumulata in cadrul celor trei proiecte de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV mentionate mai sus, recomandarile nationale si internationale in domeniul prevenirii si managementului de caz al infectiei HIV si s-a realizat in colaborare cu colectivul stiintific al Institutului de Boli Infectioase „Prof. Dr. Matei Bals” Bucuresti.

Informatii aditionale privind rezultatele programului la finalul acestuia pot fi gasite in Anexa 1.

¹ DSPJ Constanta, Spitalul Judetean Constanta, Spitalul Municipal Constanta, Asociatia Speranta a bolnavilor de SIDA, Comisia Nationala de Lupta Anti SIDA, Universitatea din Padova, Departamentul de Pediatrie

² “*Transmiterea verticala a infectiei HIV in Romania – Rezultatele unui program de educatie si prevenire in judetul Constanta*”, RAA (colectiv de autori) publicat in AIDS CARE (Ianuarie 2005), Vol. 17, Nr b. 1, pp. 76/84

³ Program PMTCT realizat de RAA in : Bacau, Brasov, Cluj, Constanta, Dambovita, Dolj, Galati, Suceava, Timis, Braila, Hunedoara, Olt, Caras Severin, Sibiu, Bihor, Prahova

2. Prevenirea transmiterii verticale conform Strategiei Nationale pentru supravegherea, controlul si prevenirea cazurilor de infectie cu HIV/SIDA in perioada 2004-2007⁴

Prevenirea transmiterii verticale reprezinta Prioritatea 1.7 a Strategiei Nationale si prevede “reducerea transmiterii verticale pana la 1-5% la nivelul anului 2007”.

Elementele cheie pentru atingerea acestui obiectiv sunt redade mai jos asa cum au fost mentionate in Strategia Nationala HIV/SIDA:

a. Cresterea capacitatii sistemului de a oferi un pachet integrat de servicii de prevenire a transmiterii verticale

Obiectiv

Cresterea pana la cel putin 60% a numarului de gravide consiliate si testate HIV si includerea in protocolul de consiliere si tratament a tuturor gravidelor seropozitive identificate.

Strategii

- Cresterea capacitatii locale prin infiintarea de echipe multidisciplinare si multisectoriale care sa dezvolte programele de prevenire verticala conform cu ghidurile nationale;
- Cresterea numarului de medici de familie care au competenta in consiliere HIV si ITS;
- Cresterea cu cel putin 100% in urmatorii 2 ani a capacitatii de consiliere si testare voluntara;
- Instituirea accesului universal si gratuit la consiliere si testare HIV pentru femeia grvida;
- Asigurarea accesului universal la control medical anual si al luarii in evidenta a femeilor gravide aflate pe lista medicului de familie;
- Dezvoltarea unui sistem eficient de monitorizare a gravidelor diagnosticate seropozitive;
- Asigurarea unui pachet de servicii psiho-socio-medicale pentru gravidele diagnosticate seropozitive.

b. Integrarea programului de prevenire a transmiterii verticale in programele conexe privind asistenta pre si post natala

Obiectiv

Cresterea pana la 85% la nivelul anului 2007 a procentului de gravide care se prezinta la medic in primul trimestru al sarcinii.

Strategii

- Cresterea accesului gravidelor din mediul rural sau din comunitati defavorizate prin utilizarea serviciilor organizatiilor comunitare sau a mediatorilor comunitari;
- Initierea de campanii pentru inscrierea tuturor femeilor aflate in perioada reproductiva pe listele medicilor de familie;
- Cresterea gradului de constientizare a populatiei generale in ceea ce priveste beneficiile consultatiei prenatale atat pentru mama cat si pentru copil.”

⁴ Strategia nationala pentru supravegherea, controlul si prevenirea cazurilor de infectie cu HIV/SIDA in perioada 2004-2007 a fost aprobata prin Hotararea nr. 1342/2004 publicata in Monitorul Oficial, Partea I nr. 865 din 22/09/2004. Strategia Nationala este realizata de Comisia Nationala pentru Supravegherea, Controlul si Prevenirea Cazurilor de Infectie HIV/SIDA, infiintata ca organism interministerial fara personalitate juridica, sub autoritatea primului-ministru, pe langa Secretariatul General al Guvernului, condusa de catre consilierul primului-ministru cu atributii in domeniul asigurarii sanatatii populatiei, in conformitate cu prevederile Legii nr. 584 din 2002 privind masurile de prevenire a raspandirii maladiei SIDA in Romania si de protectie a persoanelor infectate cu HIV sau bolnave de SIDA. Textul complet al documentului poate fi descarcat de pe site-ul: <http://www.undp.ro/aids/pdf/strategieHIVSIDA.pdf>

3. Obiectivele si strategiile Programului „Prevenirea transmiterii HIV de la mama la copil” (PMTCT)

Obiectivele generale ale programului sunt:

Obiectivul 1: Sa dezvolte programele locale de interventie PMTCT si sa mentina standardele de calitate ale serviciilor in vederea scaderii ratei transmiterii HIV de la mama la copil sub 2%

Obiectivul 2: Sa mentina prevalenta scazuta (sub 2%) a infectiei cu HIV in randul gravidelor prin cresterea adresabilitatii femeilor la serviciile de consiliere specifica prevenirii transmiterii HIV

Obiectivul 3: Sa intareasca capacitatea maternitatilor de a oferi in mod confidential si non-discriminatoriu interventii PMTCT in conformitate cu recomandarile internationale si ghidurile nationale.

Strategiile de prevenire a transmiterii HIV de la mama la copil recunoscute international si adoptate si in Romania sunt urmatoarele:

Strategia 1: Femeile trebuie sa se protejeze impotriva infectiilor cu transmitere sexuala (ITS) si a infectiei cu HIV, de aceea programul PMTCT trebuie sa se adreseze tuturor femeilor indiferent de status-ul lor HIV si nu doar celor HIV pozitive.

Strategia 2. Femeile in general si cele cu risc ridicat pentru infectia cu HIV in particular, trebuie ajutate sa evite sarcinile nedorite.

Strategia 3: Interventiile de prevenire a transmiterii HIV de la mama la fat trebuie realizate inainte, in timpul si dupa nastere, cu respectarea recomandarilor internationale cuprinse si in protocoalele si ghidurile nationale⁵

In general, interventiile de prevenire a transmiterii HIV de la mama la copil se centreaza mai mult pe ultima strategie, insa experienta internationala precum si cea din Romania au demonstrat ca intr-o tara cu prevalenta scazuta a infectiei cu HIV in randul gravidelor, primele doua strategii trebuie tratate cu aceeasi importanta. Daca femeile sunt educate sa se protejeze impotriva infectiei cu HIV si sa se mentina astfel sanatoase, numarul copiilor cu infectie HIV va fi scazut. In plus, in tarile cu prevalenta scazuta a infectiei HIV (printre care se afla si Romania) costurile asociate PMTCT sunt mult mai scazute atunci cand interventiile sunt echilibrate intre cele 3 strategii.

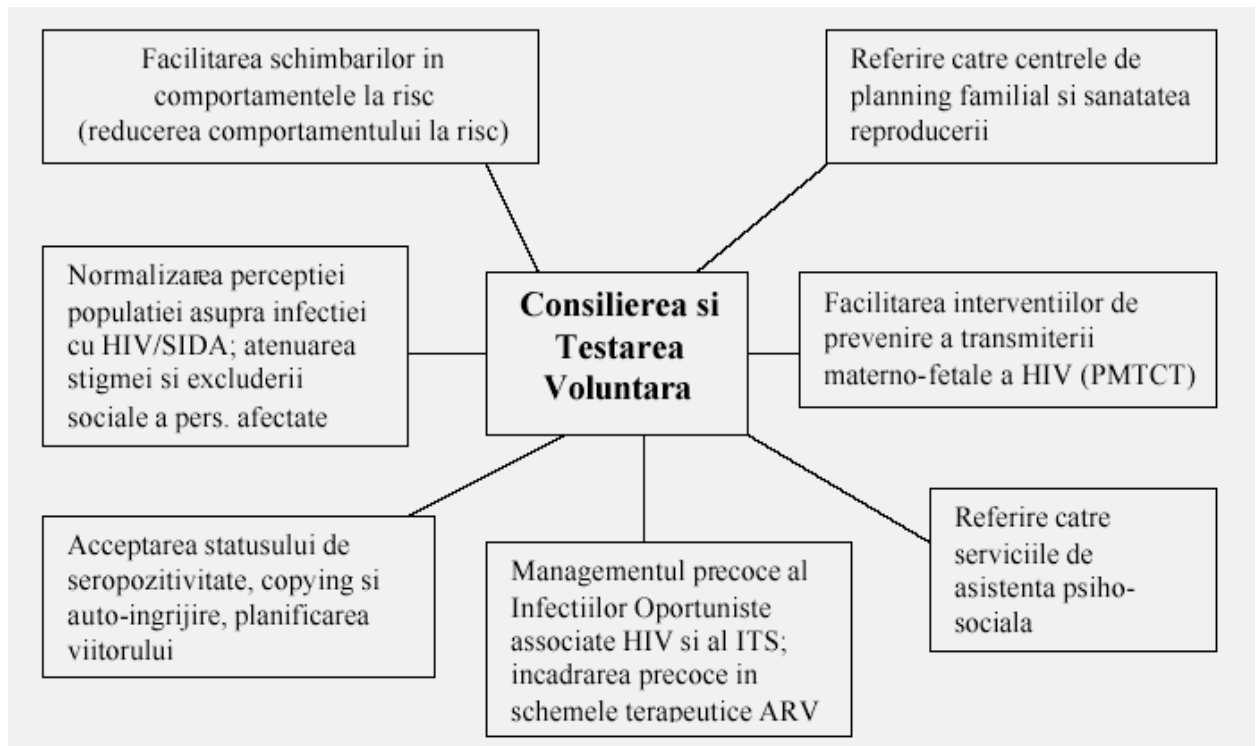
⁵ Anexa 11 - contine lista ghidurilor, cursurilor si protocoalelor nationale care se adreseaza programului de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV

4. Consilierea si testarea voluntara a gravidelor

4.1. Importanta consilierii pentru prevenirea transmiterii HIV si a testarii gravidelor

Consilierea pentru testarea HIV reprezinta serviciul „cheie”, atat pentru initierea unor programe eficiente de prevenire/restrangere a epidemiei, cat si pentru initierea masurilor de ingrijire si suport pentru persoanele afectate de HIV/SIDA. Schema de mai jos pozitioneaza consilierea si testarea voluntara in raport cu beneficiile pentru persoanele cu HIV/SIDA si pentru comunitate:

Fig. 1. Consilierea si testarea voluntara – serviciul „cheie” pentru initierea programelor de prevenire, asistenta si ingrijire in domeniul HIV/ITS si HIV-PMTCT (dupa UNAIDS)



Consilierea si testarea HIV a gravidei reprezinta prima si cea mai simpla abordare in cazul programului de reducere a transmiterii verticale a infectiei cu HIV.

! Testarea HIV trebuie sa fie voluntara, realizata pe baza consimtamantului informat al gravidei si deci, in toate situatiile, insotita de consiliere pre si post-testare, cu respectarea confidentialitatii.

Femeile trebuie sa beneficieze de acces la servicii de consiliere si testare de calitate inainte de a ramane gravide, pentru evaluarea propriului status HIV dar si a status-ului HIV al partenerului. De asemenea, in cadrul acestui serviciu, femeia isi poate evalua riscul de infectie cu HIV, atat pentru ea cat si pentru partener. Informatiile primite o vor ajuta sa se protejeze si sa previna infectia cu HIV, atat pentru ea si partener cat si pentru viitorul copil. Femeile vor sti ca serviciul de consiliere si testare voluntara le va putea furniza informatii corecte si suport in cazul unui rezultat pozitiv⁶.

⁶ Strategic Framework for the Prevention of HIV Infection in Infants in Europe, 2004, WHO, UNAIDS, UNICEF, UNFPA

4.2. Beneficiile consilierii si testarii HIV voluntare a gravidelor

➤ In cazul unui rezultat negativ:

- primirea de informatii si consiliere privind prevenirea infectiei cu HIV si a altor ITS, analiza riscului, efectuarea unui plan de reducere a riscului, consiliere privind beneficiile consilierii partenerului (in vederea notificarii acestuia de catre femeie), mentinerea sanatatii cuplului;
- consilierea privind importanta respectarii planificarii consultatiilor prenatale
- distribuire de prezervative si referire catre serviciul de planificare familiala pentru consiliere in vederea prevenirii sarcinilor nedorite

➤ In cazul unui rezultat pozitiv, in functie de momentul stabilirii diagnosticului de infectie HIV:

Diagnostic stabilit in primul trimestru de sarcina:

- consiliere pentru luarea unei decizii informate in ceea ce priveste continuarea sau intreruperea sarcinii;
- referirea catre serviciile de tratament si ingrijire, profilaxie specifica prevenirii transmiterii infectiei cu HIV la copil, asistenta psihologica, suport social.

Diagnostic stabilit pe parcursul sarcinii:

- precizarea statusului clinico-imunologic al mamei, initierea la momentul optim a terapiei ARV, planificarea masurilor aferente profilaxiei PMTCT la mama si fat

Diagnostic stabilit la nastere:

- administrarea terapiei Anti-Retrovirale (ARV) in timpul travaliului, tratamentul profilactic cu ARV al nou-nascutului si administrarea celorlalte masuri profilactice (alimentatia artificiala), urmarirea clinica si de laborator a acestuia, referirea mamei si nou-nascutului catre serviciile specializate de ingrijire medicala si suport psiho-social.

Avantajele cunoasterii statusului HIV pozitiv al femeii in perioada prenatala⁷:

- Femeia infectata cu HIV poate primi la timp medicatia ARV (antiretrovirala), tratamentul si profilaxia IO (infectiilor oportuniste)
- Asigurarea ARV in timpul sarcinii, al travaliului si ulterior administrarea ARV nou-nascutului reduce riscul de transmitere verticala
- Consilierea gravidei cu infectie HIV poate conduce la decizia de intrerupere a sarcinii sau, in cazul continuarii sarcinii, la administrarea ARV si a alimentatiei artificiale la nou-nascut, ceea ce contribuie in mare masura la scaderea riscului de transmitere verticala a infectiei
- Operatia cezariana, care are o contributie importanta la reducerea riscului de infectie materno-fetala, poate fi programata si efectuata in conditii optime
- La copilul expus se poate stabili precoce diagnosticul de infectie cu HIV si initia tratamentul ARV

⁷ Manual privind ingrijirea copilului infectat HIV, CNLAS, IBI –Prof. Dr. Matei Bals, MS, RAA – Bucuresti, 2004

Canalele de difuzare a informatiei in vederea promovarii, consilierii si testarii in populatia gravida trebuie axate pe:

- referirea acestora de catre medicii de familie;
- referirea acestora de catre medicul obstetrician care a stabilit diagnosticul de sarcina;
- realizarea de campanii IEC locale si nationale de promovare a beneficiilor ingrijirii prenatale.

La luarea in evidenta a gravidelor, medicii de familie si medicii obstetricieni trebuie sa informeze femeile despre importanta efectuării testului HIV in primul trimestru de sarcina si sa le refere catre Centrul de Consiliere si Testare din cadrul ASPJ, unde beneficiaza atat de consiliere HIV-PMTCT, cat si de testare HIV gratuita.

Indiferent de stadiul sarcinii, prin accesarea serviciului de consiliere si testare voluntara gravida diagnosticata cu infectie HIV beneficiaza de urmatoarele:

- reducerea riscului de transmitere a infectiei HIV la copil prin initierea tratamentului specific si prin primirea de recomandari si consiliere privind sarcina si nasterea;
- primirea de recomandari pentru ingrijirea copilului pentru reducerea riscului de infectare dupa nastere (alimentatia artificiala, administrarea terapiei specifice, efectuarea controalelor si a investigatiilor periodice pana la precizarea statusului HIV al copilului);
- primirea de informatii privind metodele de prevenire a transmiterii infectiei HIV/ITS in cuplu si a sarcinilor nedorite;
- referire catre diferite servicii specializate, in functie de nevoile identificate ale gravidei (ingrijire medicala, planificare familiala, asistenta psiho-sociala)

4.3. Principiile internationale (OMS, UNAIDS) care reglementeaza consilierea si testarea HIV:

1. Testarea trebuie sa fie voluntara, pe baza de consimtamant scris si obligatoriu insotita de consiliere pre-testare si post-testare

Testarea HIV se va face numai dupa consilierea pre-test HIV a femeii gravide si obtinerea consimtamantului **scris** pe fisa de consiliere pre-testare. Testarea voluntara, confidentiala, a femeilor gravide trebuie incurajata in toate situatiile; testarea obligatorie fara consiliere si fara obtinerea consimtamantului este o practica abuziva, in neconcordanta cu Legea Drepturilor Pacientului. In plus, testarea neinsotita de consiliere nu protejeaza femeia de riscul contractarii HIV/ITS, mai mult, comunicarea rezultatului fara consiliere adecvata poate determina confuzii (ex. un rezultat "HIV pozitiv" este interpretat frecvent ca "stare de bine, sanatare") sau dimpotriva stari de anxietate extrema ce pot conduce chiar la suicid.

2. Consilierea si rezultatul testarii sunt confidentiale

Atat continutul sesiunilor de consiliere in urma carora se obtin informatii de la persoanele consiliate cat si rezultatul testului HIV trebuie sa ramana confidentiale. Consilierea gravidelor nu poate fi realizata intr-un loc unde se afla si alte persoane (ex. salon de spital, coridor, sala de asteptare, etc.). Chiar si in situatiile in care se practica informarea de grup (ex. in mediul rural sau in sectiile de obstetrica-ginecologie), aceasta trebuie obligatoriu insotita si de o scurta discutie purtata cu fiecare femeie in parte, in conditii de confidentialitate. Numai personalul medical cu rol direct in ingrijirea pacientului infectat HIV are dreptul de a cunoaste status-ul HIV al acestuia. Legea 584/2002 statueaza clar acest principiu si toate categoriile de personal medical (infirmieri, asistenti medicali, medici) implicate in ingrijirea gravidelor diagnosticate cu HIV, au obligatia de a respecta confidentialitatea pacientelor.

4.4. Consilierea si testarea privind prevenirea transmiterii verticale a infectiei HIV

a. Consilierea pre-test HIV

In cursul **sedintelor de consiliere pretestare** HIV personalul care furnizeaza informatiile (medici de familie, consilierii Centrelor de Consiliere si Testare, personalul sectiilor de obstetrica – ginecologie (OG)) trebuie :

- sa explice corect motivele pentru care se recomanda testarea HIV cu accent pe beneficiile aflarii status-ului HIV al mamei in faze timpurii ale sarcinii, adica in primul trimestru;
- sa obtina indirect, in mod empatic si nepersuasiv informatii privind comportamentul la risc pentru infectie HIV/ITS al gravidei si al cuplului;
- sa furnizeze informatii privind infectia HIV si ITS, testul HIV si fereastra imunologica;
- sa ofere explicatii asupra implicatiilor infectiei HIV asupra sarcinii si nou-nascutului;
- sa investigheze reactia gravidei la un potential rezultat HIV pozitiv; sa se explice implicatiile rezultatului HIV negativ si importanta mentinerii acestuia
- sa prezinte beneficiile consilierii si testarii partenerului (in vederea notificarii partenerului prin intermediul femeii);
- sa ofere informatii privind efectuarea testului, iar daca femeia opteaza pentru efectuarea testului, consilierul trebuie sa obtina consimtamantul scris al acesteia pe fisa de consiliere, pentru recoltarea probei in vederea testarii HIV
- sa informeze femeia ca rezultatul se poate ridica doar personal, la o data stabilita de specialistul care realizeaza consilierea (ex. consilierul CCTV⁸). Comunicarea rezultatului nu se realizeaza in nici o circumstanta prin telefon!

Femeii trebuie sa i se aloce timpul necesar pentru a decide asupra efectuării testului HIV, iar in cazul in care nu este hotarata, trebuie sa i se aloce mai mult timp si eventual mai multe sedinte de consiliere. O consiliere pre-testare de buna calitate are ca rezultat acceptarea testului.

b. Comunicarea rezultatului si consilierea post test

Rezultatul testului HIV va fi inmanat direct femeilor gravide, de catre consilierii CCTV in plic inchis, **numai insotit** de consiliere post-testare⁹.

Rezultatele vor fi introduse in baza de date a Centrului de Testare si Consiliere si a ASPJ, mai putin datele clinice care tin de resortul specialistului.

In cazul in care femeia gravida a fost trimisa de medicul de familie pentru testare HIV si la finalul consilierii pre-test si-a dat consimtamantul scris pentru primirea rezultatului direct de la acesta, consilierii CCTV vor trimite rezultatul in plic inchis la medicul de familie care a facut trimiterea. In acest caz, medicul de familie realizeaza consilierea post-test, folosind ca instrument fisa de consiliere post-testare.

In consilierea post-testare trebuie respectate urmatoarele:

⁸ Consilierii CCTV programeaza clientii pentru comunicarea rezultatului si consilierea post-testare conform acordului cu personalul laboratorului care asigura prelucrarea probelor. Timpul de prelucrare a probelor poate varia de la un laborator la altul (ex. 3-5 zile)

⁹ Se va folosi dupa caz, fie Fisa de consiliere post-testare pentru rezultat negativ, fie Fisa de consiliere post-testare pentru rezultat pozitiv (vezi Anexa 2 - Formularistica programului PMTCT)

- Rezultatul trebuie comunicat la un interval cat mai mic de timp de la efectuarea testului;
- Gravida trebuie chemata personal pentru comunicarea rezultatului;
- In afara gravidei si a consilierului, in incapere se va afla o terta persoana **numai la cererea expresa** a femeii;
- Consilierul va ajuta persoana testata sa identifice de ce suport dispune, care vor fi problemele pe care le intrevede dupa aflarea rezultatului si sa gaseasca impreuna cu aceasta solutii pentru rezolvarea lor.

In consilierea **post-testare a femeii cu rezultat negativ** la testul HIV trebuie atinse urmatoarele:

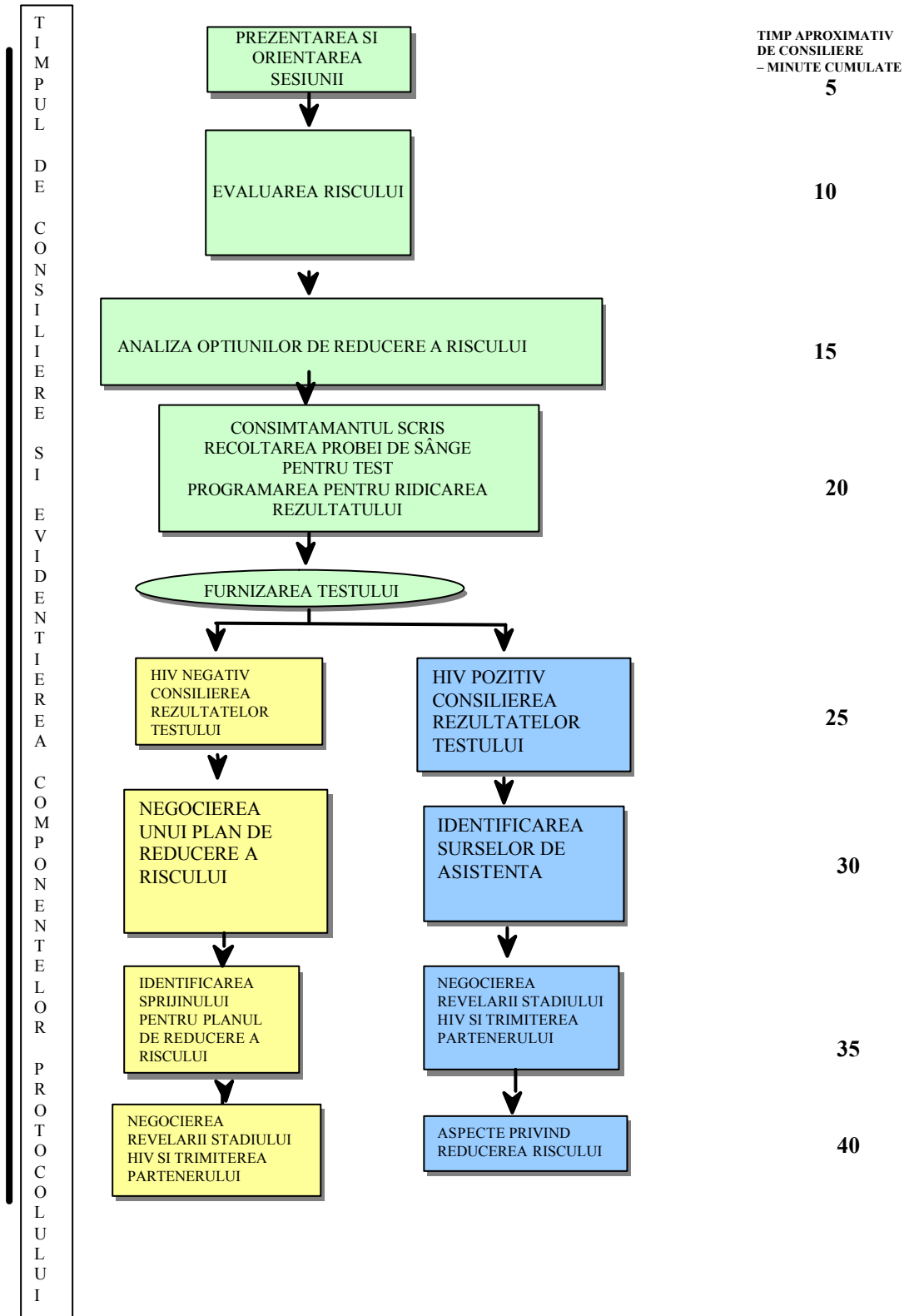
- se va insista asupra semnificatiei rezultatului negativ si a ferestrei serologice;
- se va explica ca un rezultat negativ nu semnifica imunitate fata de infectia cu HIV;
- femeia impreuna cu consilierul CCTV vor rediscuta planul de reducere a comportamentului la risc identificat precum si intervalul sau de aplicare;
- femeia trebuie incurajata sa isi aduca partenerul la testare;
- in cazul in care rezultatul testului este neconcludent este nevoie de o repetare a testului si se va recolta o noua proba de sange.

In timpul **consilierii post-testare pentru rezultat pozitiv**, pe langa oferirea suportului psihologic necesar pentru a face fata rezultatului, trebuie clarificate obligatoriu urmatoarele:

- masurile de prevenire a transmiterii infectiei cu HIV de la mama la copil: tratament, cezariana, evitarea alaptarii, tratamentul nou-nascutului etc.;
- riscul transmiterii HIV la fat in timpul sarcinii, nasterii si prin alaptarea la san;
- optiunea de a intrerupe sarcina (pana in saptamana a XII-a)
- efectul infectiei cu HIV asupra dezvoltarii sarcinii;
- efectul sarcinii asupra evolutiei infectiei cu HIV;
- tratamentul in timpul sarcinii si necesitatea efectuarii cu rigurozitate a controalelor prenatale; prezentarea la medicul obstetrician si la medicul infectionist, importanta supravegherii si a controalelor periodice dupa nastere a cuplului mama-copil;
- problemele pe care le intrevede femeia dupa aflarea rezultatului si impreuna cu consilierul, sa incerce sa le rezolve;
- comunicarea rezultatului partenerului de viata si celor apropiati;
- viitoare sarcini si optiuni contraceptive;
- referirea catre medicii infectionisti si obstetricieni din cadrul spitalelor implicate in program si catre serviciile de asistenta psiho-sociala din cadrul sectiilor de zi;
- referirea catre serviciul de planificare familiala.

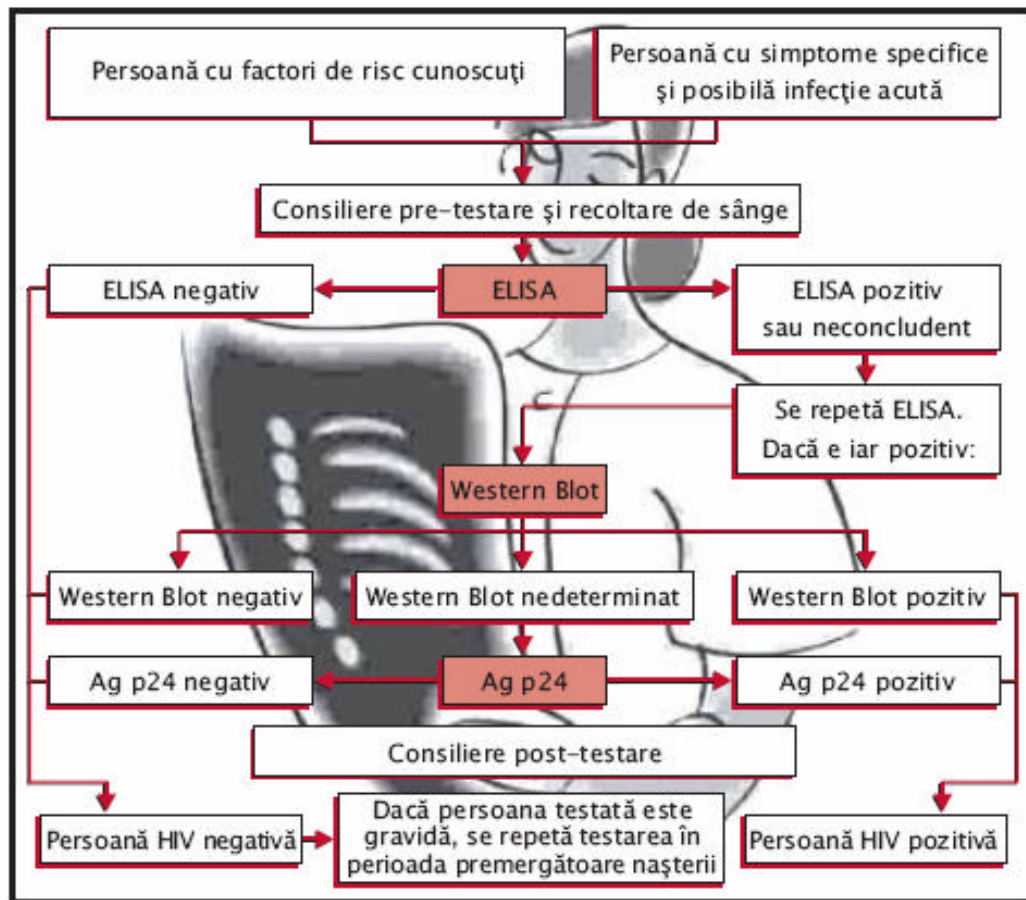
4.5. Protocolul de consiliere pentru testarea HIV

COMPONENTELE DE INTERVENTIE SI PREVENIRE HIV: SESIUNILE CU HIV POZITIV SI NEGATIV



4.6. Testarea HIV in Romania

Protocolul schematizat de testare in Romania este urmatorul:



Teste de determinare a anticorpilor anti-HIV

Diagnosticul infecției HIV se bazează pe metode serologice. Tehnicile se împart în investigații de triaj (imuno-enzimatice ELISA), de confirmare (imunoamprente, radioimunoprecipitare și imunofluorescență), de diferențiere (HIV 1/2) și tehnici rapide de diagnostic.

Testul ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) este testul cel mai accesibil și mai frecvent folosit. Tehnica folosește antigene ale învelișului și miezului HIV 1 și HIV 2. Rezultatul se exprimă în „pozitiv” sau „negativ”. Acest test folosește antigene HIV produse prin culturi celulare sau prin metode moleculare recombinante. Antigenele solubile sunt introduse în godeuri. Anticorpul pacientului se leagă cu ele specific și sunt detectate printr-un conjugat format din anticorpi anti-umani de animal, marcați enzimatic. Prin adăugarea substratului enzimatic specific împreună cu o substanță cromogenă, reacția poate fi vizualizată prin dezvoltarea unei culori măsurabile spectrofotometric. Intensitatea culorii este proporțională cu cantitatea de anticorpi din esanționul testat. Rezultatele pot fi interpretate ca pozitive, negative sau la limita (cutoff).

Testul poate da până la 5% rezultate false, prin erori tehnice. De aceea serologia ELISA pozitivă trebuie confirmată prin folosirea altor teste ELISA bazate pe alte principii, (reactivitate repetată), urmate fiind de un test de confirmare tip Western Blot (WB). Testele fals pozitive apar la indivizi cu boli de colagen, hepatite cronice, malarie și la persoane cu anumite fenotipuri

HLA¹⁰.

Testele rapide contin suspensii microscopice de particule (latex, gelatina, hematii tanate) cuplate cu antigen viral. Anticorpilor din serul testat aglutineaza aceste particule care formeaza un depozit care poate fi „citit” cu ochiul liber sau la microscop dupa numai 5 minute. Aceste teste sunt utile in zone endemice, dac a este necesara rapiditatea in orientarea diagnosticului serologic (nu necesita echipamente speciale), mai ales dac a sunt efectuate de persoane cu experienta.

Testul WESTERN BLOT permite identificarea individuala a anticorpilor anti-HIV specifici antigenelor virale. Antigenele sunt separate prin electroforeza si transferate pe membrane de nitroceluloza care se incubeaza cu serul pacientului. Anticorpilor din ser leaga specific proteinele virale si sunt identificati prin comparare cu controale standard. In general, o proba este pozitiva daca prezinta benzi pozitive pentru cel putin doua din cele trei antigene majore (gag, pol, env). Criteriile CDC recomanda cel putin 2 din urmatoarele benzi: p24, gp41 sau gp160/120 pentru un test pozitiv sau nici una pentru un test negativ si prezenta oricarei alteia pentru un rezultat indeterminat.

5. Confidentialitatea si circuitul informatiei

Confidentialitatea poate fi definita ca protejarea datelor persoanei, a informatiilor obtinute pe parcursul sesiunilor de consiliere si a rezultatului testarii acesteia, astfel incat sa fie respectat dreptul la intimitate al persoanei testate. Aceste informatii **nu** vor fi dezvaluite unei alte persoane decat cu consimtamantul persoanei testate.

Legislatia romana clarifica situatiile in care se poate proceda la dezvaluirea acestor date personale prin Legea 584 / 2002:

„Art. 8. (1) Pastrarea confidentialitatii datelor privind persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA este obligatorie pentru:

- a. angajatii retelei sanitare;
- b. angajatorii acestor persoane;
- c. functionarii publici care au acces la aceste date.

(2) In cazul medicilor informatiile cu privire la statusul HIV/SIDA al unui pacient trebuie sa fie comunicate intre specialisti, pentru a se asigura acuratetea diagnosticelor si conduitelor terapeutice chirurgicale si nechirurgicale in diferitele faze evolutive ale infectiei HIV/SIDA”.

Aceste reglementari privind confidentialitatea au fost cuprinse de RAA in „Codul de etica si conduita al consilierilor privind testarea HIV” (Anexa 4) si in “Drepturile persoanelor care apeleaza la serviciile Centrelor de Consiliere si Testare HIV” (Anexa 5). Aceste documente trebuie afisate in cabinetele de consiliere si testare astfel incat sa fie usor accesibile clientilor CCTV.

De asemenea, pastrarea confidentialitatii este cuprinsa in toate codurile deontologice ale personalului medical si psiho-social.

Circuitul informatiei

Datele de identificare ale persoanelor care se adreseaza CCTV si rezultatele testelor sunt centralizate intr-o baza de date protejata pentru securitate. Parola si modul de administrare al bazei de date au fost comunicate consilierilor in cadrul unui training organizat de RAA.

Informatiile pe suport de hartie sau CD-urile/disketele se pastreaza intr-un fiset cu cheie.

Rezultatul testului se comunica direct persoanei testate. Este interzisa comunicarea rezultatului unei terte persoane sau divulgarea de informatii unor terte persoane. Baza de date continand

¹⁰ Human Leukocyte Antigens

informatii despre identitatea persoanelor consiliate si testate, factorii de risc identificati la acestea si rezultatul testelor va fi administrata de catre consilierii CCTV care vor prelucra si centraliza datele continute in fisele de consiliere.

6. Formarea personalului

Este preferabil ca personalul care efectueaza consilierea pentru testul HIV (consilierii centrului) sa fie cadre medicale cu experienta in recoltarea probelor de sange. Consilierii trebuie sa aiba bune abilitati de comunicare si sa faca dovada de empatie, intelegere, toleranta, persuasiune, credibilitate, rabdare si mult tact, mai ales in lucrul cu persoanele dificile si cu cele apartinand grupurilor cu risc crescut.

A. Personalul care lucreaza in CCTV

Este recomandat sa beneficieze atat de o formare initiala in specificul consilierii pre si post testare HIV cat si de formare continua.

O modalitate eficienta de acumulare de cunostinte si abilitati de lucru in consilierea pentru testarea HIV privind prevenirea transmiterii verticale o constituie formarea initiala prin imbinarea educatie la distanta¹¹ - lucru individual pentru dobandirea de informatii si cunostinte teoretice - cu modulele rezidentiale de formare care faciliteaza discutarea problemelor aparute in timpul studiului in mod direct cu lectorii, dobandirea si exersarea abilitatilor de consiliere.

Astfel, cursurile la distanta recomandate in faza initiala pentru consilieri, premergatoare modulelor de curs rezidentiale, sunt:

- *Notiuni generale despre infectia cu HIV*, Dr. Elisabeta Otilia Benea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Consilierea pentru testarea HIV*, Dr. Adrian Streinu Cercel si Dr. Sorin Petrea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Consilierea HIV la femeia gravida*, Dr. Adrian Streinu Cercel si Dr. Sorin Petrea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Prevenirea transmiterii HIV in practica medicala*, Dr. Adrian Streinu Cercel si Dr. Sorin Petrea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004

Dupa parcurgerea si promovarea cursurilor la distanta, consilierii si supervizorii acestora participa la o sesiune de formare rezidentiale "Consilierea centrata pe caz si pe reducerea riscului" cu o durata recomandata intre 3 si 5 zile.

Formarea continua a consilierilor si supervizorilor se realizeaza prin participarea la sesiuni de formare rezidentiale (2-3 module de curs care au ca scop perfectionarea abilitatilor consilierilor pentru consilierea persoanelor apartinand anumitor grupuri vulnerabile: persoane cu parteneri multipli, persoane care practica sexul comercial, MSM¹², etc

¹¹ Module de educatie medicala continua la distanta disponibile in format tiparit si on-line realizate de RAA in parteneriat cu Institutul Prof. Dr. Matei Bals (www.hivability.ro), acreditate de Colegiul Medicilor din Romania (CMR) si Ordinul Asistentilor Medicali si Moaselor din Romania (OAMMR)

¹² Barbati care au activitate sexuala cu barbati (Men having Sex with Men)

B. Personalul din maternitati

Ghidurile internationale in domeniu recomanda ca cel putin o parte din personalul sectiilor OG (2 asistente medicale si 2 medici obstetricieni) sa poata fi inclusi intr-un program complet de formare privind consilierea pentru testarea HIV si protocolul specific de interventie PMTCT. Personalul din maternitati care se ocupa de prevenirea transmiterii verticale are la dispozitie cursurile la distanta oferite de RAA acreditate de colegiile profesionale (www.hivability.ro). Este foarte important ca parcurgerea modulelor la distanta sa fie completate de participarea la modulele de formare rezidentiala.

C. Personalul din alte servicii medicale

Formarea personalului se realizeaza prin cursuri destinate medicilor de diferite specialitati, prin Programul de Educatie Medicala Continua, sub forma unor module de e-learning, gratuite si acreditate de asociatiile profesionale (www.hivability.ro).

Creditele educationale se acorda de catre asociatiile profesionale abilitate (Colegiul National al Medicilor din Romania, Colegiul Dentistilor, Ordinul Biologilor si Biochimistilor, etc).

- *Notiuni generale despre infectia cu HIV*, Dr. Elisabeta Otilia Benea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Consilierea pentru testarea HIV*, Dr. Adrian Streinu Cercel si Dr. Sorin Petrea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Consilierea HIV la femeia gravida*, Dr. Adrian Streinu Cercel si Dr. Sorin Petrea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Rolul medicului de familie in prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV*, Dr. Elisabeta Otilia Benea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Rolul moasei in prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV*, Dr. Vlad Tica, UMF Ovidius Constanta, RAA, Bucuresti 2004
- *Rolul medicului infectionist in prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV*, Dr. Elisabeta Otilia Benea, IBI Prof Dr. Matei Bals, RAA, Bucuresti, 2004
- *Rolul medicului neonatolog in prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV*, Prof. Dr. Bogdan MARINESCU, Dr. Adrian TOMA, Spitalul Clinic de Obstetrica-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu“, Bucuresti RAA, Bucuresti, 2004
- *Rolul medicului obstetrician in prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV*, Dr. Vlad Tica, UMF Ovidius Constanta, RAA, Bucuresti 2004

7. Locatii pentru desfasurarea consilierii si testarii HIV

Toate femeile gravide trebuie sa beneficieze de consiliere si testare HIV **voluntara si gratuita**¹³. In Romania, aceste servicii sunt disponibile dupa cum urmeaza:

- la nivelul Centrelor de Consiliere si Testare Voluntara¹⁴ (CCTV)
- la cabinetele medicilor de familie care au beneficiat de formare specifica PMTCT si consiliere pentru testarea HIV
- in sectiile de obstetrica-ginecologie, in masura in care acestea dispun de personal specializat in consiliere HIV
- in cabinetele de planificare familiala

In afara acestor servicii, in Romania exista si servicii de testare HIV contra cost in centrele medicale private care dispun de laboratoare pentru serologia HIV, in ambulatoriile de specialitate si cabinetele medicale acreditate. Acestea sunt accesate de gravide. Este important sa existe o legatura intre aceste servicii si personalul mentionat mai sus care este pregatit in consilierea pentru testarea HIV.

7.1. Centrele de Consiliere si Testare Voluntara (CCTV)

Localizare si structura

Se recomanda ca centrul sa se afle in apropierea unui laborator atestat si care respecta normele de acreditare in vigoare.

Accesul la CCTV trebuie sa fie bine semnalizat si sa fie facil.

CCTV are in componenta:

Camera de consiliere si recoltare

Aceasta trebuie sa indeplineasca normele igienico-sanitare prevazute de Autoritatea de Sanatate Publica Judeteana pentru unitatile sanitare, precum si conditii de confort, discretie si confidentialitate. Se va asigura dotarea cu scaune, birouri, fiset cu cheie, etajere, dulap cu usi, masuta de inox, scaun pentru recoltare, unitate fax/imprimanta si computer. Impreuna cu conducerea ASPJ va fi identificat un spatiu pentru depozitarea materialelor informative si a consumabilelor sanitare in conditii adecvate.

Camera de consiliere si recoltare va fi prevazuta cu sursa de apa, necesara respectarii regulilor igienico-sanitare. La dispozitia consilierilor CCTV vor fi puse substante dezinfectante, atat pentru maini cat si pentru suprafete (pereti, podele, geamuri, mobilier).

Se recomanda, de asemenea, utilizarea materialelor sanitare de unica folosinta (prosoape de hartie, manusi).

Spatiul de recoltare va fi separat, pe cat posibil, de spatiul destinat consilierii si depozitarii materialelor sanitare.

Deseurile rezultate in urma recoltarii probelor de sange vor fi depozitate si neutralizate in dispozitive speciale (cutii de incinerare). Acestea vor fi evacuate si distruse de catre serviciul de specialitate al ASPJ.

Este recomandata iluminarea mixta a camerei de consiliere si testare, atat cu lumina naturala cat si cu surse de iluminare artificiala.

In amenajarea centrului vor fi alese pentru pereti si podele acele materiale care pot fi usor de intretinut si dezinfectat, in concordanta cu normele ASPJ.

¹³ In conformitate cu legislatia romaneasca si cu recomandarile internationale (OMS, UNAIDS)

¹⁴ Centre de consiliere si testare au fost infiintate prin colaborarea intre ONG (RAA, ARAS) si DSPJ in 17 judete. Fundatia ADV (Alaturi de voi) deruleaza un program de consiliere a gravidelor la cabinetele medicilor de familie in Iasi si Mures

Anticamera/hol de asteptare, prevazuta cu banci sau scaune, masuta pentru materiale informative. Bancile si scaunele vor fi intr-un numar suficient de mare, evitandu-se astfel stationarea in picioare. Ca si camera de consiliere si recoltare, anticamera/holul de asteptare vor fi bine iluminate si aerisite.

In anticamera vor fi puse la dispozitia clientilor materiale informativ –educative, precum si spoturi/filme cu rol educativ.

Grup sanitar in vecinatate. Este necesar ca accesul la grupul sanitar sa fie facil, indeosebi pentru persoanele gravide sau care prezinta un handicap motor.

Tinand cont de asocierea frecventa a infectiei HIV cu TB si cu infectii nozocomiale, este indicat ca cele doua incaperi sa fie bine ventilate, iluminate si dezinfectate periodic conform normelor in vigoare.

Functionarea concomitenta cu alte servicii medicale, sociale si administrative este interzisa.

Programul de functionare al CCTV va fi afisat in locuri vizibile si stabilit astfel incat sa permita accesul populatiei si dupa orele obisnuite de lucru.

Functionarea concomitenta cu alte servicii medicale, sociale si administrative este interzisa. Spatiul alocat va fi destinat exclusiv activitatilor CCTV.

Asigurarea centrelor cu personal

Pentru buna functionare a programului PMTCT este recomandat ca in fiecare centru de consiliere si testare sa existe doua persoane care sa asigure consilierea si testarea gravidelor (vor asigura prin rotatie atat programul de consiliere si recoltare la gravidele din mediul rural si maternitati, cat si consilierea si recoltarea probelor de sange la gravidele care se adreseaza centrului). Este preferabil ca cel putin unul dintre consilieri sa fie de sex feminin.

7.2. Consilierea si testarea in mediul rural - Programul de “outreach”¹⁵

Este cunoscut faptul ca adresabilitatea gravidelor din mediul rural la serviciile de asistenta prenatala este mai scazuta decat al celor din mediul urban. Un numar semnificativ de gravide ajung sa acceseze serviciile de asistenta pre-natala doar pentru nastere. De aceea, consilierea PMTCT si testarea HIV sunt servicii care trebuie promovate foarte bine si oferite de catre medicii de familie gravidelor din mediul rural, ca parte integranta a pachetului gratuit de servicii prenatale.

De asemenea, distanta intre locul de domiciliu si serviciile de asistenta medicala (inclusiv CCTV) precum si posibilitatile materiale mai scazute ale femeilor din mediul rural, pot constitui bariere in accesarea acestor servicii.

Programul de outreach realizat de Fundatia Romanian Angel Appeal si ASPJ, colaboratoare in perioada 2004-2005, constituie o alternativa viabila pentru depasirea acestor bariere. Acest program consta in deplasari periodice de consilierilor CCTV la cabinetele individuale ale medicilor de familie (CMI) din mediul rural, pentru consiliere, recoltare de probe de sange si distribuire de materiale informative in randul gravidelor.

Medicii de familie din rural agreeaza impreuna cu asistentii medicali consiliere HIV/SIDA de la CCTV si cu coordonatorul centrului, un program de vizite periodice efectuate cu masina, pentru consilierea gravidelor aflate in primul trimestru de sarcina, recoltarea probelor pentru testul HIV si pentru VDRL.

¹⁵ Outreach- activitate de abordare a grupului tinta in mediul lui

Pentru cresterea accesibilitatii gravidelor din mediul rural la acest serviciu, traseele consilierilor CCTV acopera cu precadere acele localitati situate la distanta mare de oras. Astfel, consilierea si recoltarea se efectueaza chiar la cabinetele medicilor de familie, femeile nemaivand nevoie sa se deplaseze in oras.

Probele de sange sunt transportate de catre personalul CCTV la laboratorul ASPJ, iar rezultatele (cu exceptia buletinelor HIV pozitiv) sunt trimise medicului de familie care efectueaza consilierea post-testare.

Consilierii CCTV efectueaza programul de outreach in mediul rural prin rotatie, astfel incat un consilier asigura servicii la Centrul de Consiliere si Testare iar celalalt este pe teren.

Recoltarea sangelui

Recoltarea pentru testul HIV se va face intotdeauna cu consiliere pre-test si cu consimtamantul scris al gravidei obtinut in prealabil pe fisa de consiliere pre-test.

Consilierea pre-test poate fi efectuata de catre medicul de familie sau asistentul medical care au urmat cursuri de consiliere pre si post testare HIV sau de catre unul dintre consilierii Centrului de Consiliere si Testare.

In momentul recoltarii probei de sange pentru test se va stabili o intalnire ulterioara cu gravida, in vederea comunicarii rezultatului. Intalnirea va fi stabilita in functie de timpul de prelucrare a probelor de catre laboratorul ASPJ.

Se recolteaza in conditii aseptice 5-7 ml sange simplu (nu se foloseste anticoagulant)¹⁶.

Stocarea sangelui

Sangele se transporta in maximum 4 ore, in cutie frigorifica, la laboratorul ASPJ pentru prelucrare, insotit de un tabel centralizator care va contine informatiile solicitate de laborator.

In cazul in care testul nu se poate efectua in timpul celor 4 ore dupa recoltare, se recomanda separarea, prin centrifugare, a plasmei, iar aceasta se poate stoca la frigider (4°C) timp de cateva zile pana la efectuarea testului. Pentru stocarea plasmei pe perioade mai lungi de timp, este nevoie de un frigider de -20°C.

Daca proba de sange recoltata in teritoriu este compromisa (de ex. ser hemolizat), laboratorul va instiinta cat mai urgent consilierii CCTV, pentru a recolta o noua proba.

Recoltarea sangelui pentru testarea HIV la nivelul cabinetului medicului de familie se face cu respectarea precautiunilor universale.

¹⁶ Sangele va fi recoltat dintr-o vena de pe partea interioara a cotului, de pe fata anterioara a antebratului sau de pe fata posterioara a mainii. Locul punctiei va fi curatat cu un antiseptic si o banda elastica va fi aplicata circular in jurul bratului suficient cat sa aplice o presiune si sa restrictioneze circulatia sangelui prin vena. Aceasta procedura va permite venei sa se umple cu sange.

Acul de punctie va fi introdus in vena, iar sangele va fi recoltat intr-un recipient vidat sau o seringă. In timpul procedurii, banda elastica va fi indepartata pentru restabilirea circulatiei. Dupa ce sangele este recoltat, acul este scos, iar punctia este acoperita pentru a opri sangerarea.

7.3. Consilierea si testarea HIV in sectiile de obstetrica ginecologie (OG) si in maternitati

Un procent semnificativ de gravide apartinand unor grupuri vulnerabile (rezidente in mediu rural si/sau avand conditii socio-economice precare, apartinand unor minoritati etnice, utilizatoare de droguri injectabile etc.) nu acceseaza serviciile de asistenta prenatala, prezentarea la medic facandu-se doar in momentul nasterii.

Riscul ca in acest grup greu de atins sa existe femei cu factori de risc pentru infectia HIV/ITS este mare¹⁷. De aceea programul de consiliere si testare HIV in randul acestor femei gravide trebuie integrat pe cat posibil serviciilor de asistenta a mamei si copilului.

Este esential sa se mentina legatura intre CCTV, maternitati si OG pentru ca acestea din urma sa aiba acces la informatia privind testarea gravidelor, ceea ce va permite obstetricienilor sa verifice daca gravidele internate pe sectia OG¹⁸ si in maternitate au fost sau nu consiliate si testate anterior.

Consilierea HIV-PMTCT, efectuata de catre personalul din cadrul maternitatilor cu ocazia consultatiilor pre-natale sau a altor evenimente din timpul sarcinii ce impun prezentarea gravidei pe sectia obstetrica-ginecologie (OG), trebuie sa devina parte integranta a serviciilor de asistenta pre-natala. Este important ca cel putin 2 asistente medicale de pe sectia de OG sa urmeze cel putin un program de formare (un modul de formare la distanta insotit de un modul rezidential) pentru a-si insusi cunostintele si abilitatile necesare realizarii unei consilieri PMTCT.

Gravidele trebuie informate in avans de catre medicii obstetricieni ca trebuie sa prezinte la internarea pentru nastere, in sectia de obstetrica-ginecologie, buletinul de analiza pentru testul HIV, care va fi atasat la foaia de observatie.

Gravidelor care nu pot face dovada testarii HIV in ambulatoriu trebuie sa li se ofere posibilitatea de a se testa voluntar, pe baza de consimtamant scris in sectiile de obstetrica, conform situatiilor A si B de mai jos:

A. Gravide internate in sectia de OG pentru diferite probleme obstetricale survenite pe parcursul sarcinii:

Gravidelor internate pentru probleme ginecologice sau obstetricale, aparute pe parcursul evolutiei sarcinii li se va efectua consiliere pre-testare si dupa obtinerea consimtamantului scris li se va recolta sange pentru testul HIV (metoda ELISA). Consilierea pre-testare se va realiza de catre consilierii CCTV printr-un program prestabilit intre maternitate si CCTV sau de catre personalul din OG/maternitati care a absolvit cursurile de consiliere HIV a gravidei. Sangele va fi transportat de catre consilierii CCTV la laboratorul ASPJ, unde se vor lucra probele. Consilierea post-testare se va realiza fie de catre personalul specializat al CCTV, fie de catre personalul sectiilor OG care a beneficiat de formare in consiliere HIV.

Gravidelor internate pentru probleme obstetricale si/sau ginecologice care au varsta gestationala mai mare de 36 saptamani si care nu pot face dovada testarii HIV, li se va recomanda efectuarea unui test HIV rapid (situatia B).

¹⁷ Studiul "Mother-to-Child Transmission of HIV infection in Romania", C. Thorne, M.Cocu, S. Asandi, R. Matusa, C. Florea, C. Giaquinto – AIDS CARE, Vol.17, No. 1

¹⁸ OG = Obstetrica-Ginecologie

B. Gravide internate in apropierea momentului nasterii sau chiar in travaliu:

Gravidelor internate pentru nastere/in travaliu, care nu pot face dovada testarii HIV, li se va oferi testarea HIV cu test rapid.

Deoarece la gravida aflata in travaliu este mai dificil sa se efectueze o sesiune de consiliere completa, care sa includa toti pasii protocolului de consiliere, personalul sectiei OG are cel putin obligatia sa informeze gravida asupra importanteii cunoasterii status-ului HIV, asupra sanatatii ei si a nou-nascutului prin efectuarea unui test rapid. De asemenea, gravida trebuie sa inteleaga ca in cazul unui rezultat HIV pozitiv, este recomandabila administrarea tratamentului ARV si a alimentatiei artificiale (lapte praf) la copil, precum si ab lactarea mamei.

De asemenea, este important ca si acest test sa se efectueze pe baza consimtamantului scris al gravidei pe formularul "Acord de testare HIV prin test rapid" (Anexa 2).

Daca gravida refuza testarea HIV, medicul va consemna aceasta in foaia de observatie, iar testul rapid va fi efectuat din sange prelevat din cordonul ombilical.

Consilierea post-testare a gravidelor cu rezultat pozitiv la testul HIV trebuie efectuata de catre consilierii specializati ai CCTV, sau de catre personalul special instruit in consiliere, din maternitati.

Consilierea HIV, efectuata de catre personal din cadrul maternitatilor, cu ocazia consultatiilor pre-natale sau a altor evenimente din timpul sarcinii, trebuie sa devina parte integranta a serviciilor de asistenta pre-natala. Existenta in maternitati a camerelor dedicate consilierii pe probleme de alaptare (prin programul UNICEF) ofera oportunitatea folosirii acestor spatii si pentru consilierea privind prevenirea transmiterii HIV de la mama la copil.

Desi o parte din personalul medical al maternitatilor a urmat cursurile la distanta privind consilierea gravidei, este recomandat ca cel putin 2 asistente medicale de pe sectia de OG sa urmeze si un program de formare rezidentiala pentru a-si insusi abilitatile necesare realizarii unei consilieri HIV de calitate.

Testarea HIV cu test rapid in travaliu la gravidele cu status HIV necunoscut

Este important de retinut ca testul rapid este doar un test de triaj, ce permite adoptarea rapida a masurilor de prevenire a transmiterii materno-fetale a infectiei cu HIV (in special initierea tratamentului ARV la nou-nascut in primele ore dupa nastere).

De aceea, in cazul unui rezultat pozitiv la un test rapid este obligatorie confirmarea diagnosticului de catre ASPJ (2 teste Elisa din probe de sange diferite urmate de confirmare cu Western Blot) la mama si nou-nascut imediat dupa nastere. Testul rapid se va lucra in laboratorul spitalului. Testele rapide vor fi lucrate cat mai urgent posibil, de preferat imediat dupa recoltare, astfel incat, in cazul unui rezultat pozitiv sa se poata initia profilaxa cu ARV la nou-nascut in cel mult 48 de ore de la nastere.

Femeile pot fi testate cu ajutorul testului rapid in urmatoarele situatii:

1. Gravide internate pentru nastere sau in apropierea momentului nasterii;
2. Gravide internate pentru probleme obstetricale si/sau ginecologice care au varsta gestationala mai mare de 36 saptamani;
3. Gravide internate cu iminenta de avort sau nastere prematura.

Prin testarea HIV cu test rapid in timpul travaliului in sectiile de obstetrica-ginecologie, femeile care nu au fost testate HIV in perioada prenatala (sau care nu au rezultatul testului HIV in fisa medicala) isi pot afla statusul HIV rapid si, in cazul unui rezultat pozitiv, pot primi tratamentul ARV pentru a reduce transmiterea HIV nou nascutului.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Organizatia Mondiala a Sanatatii si Institutul de Boli Infectioase Prof. Dr. Matei Bals Bucuresti recomanda utilizarea testului HIV rapid pentru femeile in travaliu cu status HIV necunoscut.

Determinarea eligibilitatii pentru testarea rapida in timpul travaliului

In fisa medicala a gravidei trebuie sa existe rezultatul testului HIV realizat in perioada de sarcina prezenta si nu dintr-o sarcina anterioara. Oricarei femeie care se prezinta pentru nastere si nu are rezultatul testului HIV din perioada de sarcina curenta i se va recomanda testarea prin utilizarea unui test rapid, dupa obtinerea consimtamantului scris pentru testare.

O femeie gravida poate fi testata HIV folosindu-se testul rapid, chiar daca in fisa medicala exista un rezultat negativ din sarcina prezenta in cazul in care exista suspiciunea ca a avut comportamente la risc (ex. istoric de boli cu transmitere sexuala, practicarea sexului comercial, utilizatoare de droguri, relatii sexuale cu parteneri multipli in timpul sarcinii, partener cunoscut ca fiind HIV+ sau daca prezinta semne si simptome ale sero-conversiei). Acesta abordare este similara celei folosite pentru screening-ul sifilisului, unde este recomandata retestarea pentru sifilis in ultimul trimestru si apoi dupa nastere pentru femeia gravida la risc.

Particularitati ale consilierii pre si post test HIV rapid pentru gravidele in travaliu

1. Asigurarea confidentialitatii femeii gravide

Protejarea confidentialitatii femeii gravide care este testata HIV in timpul travaliului este ceruta atat de standardele etice, cat si de prevederile legale. Totusi, in contextul complex al travaliului si nasterii, pastrarea confidentialitatii solicita ca personalul medical implicat sa aiba cunostinta de acestea si sa fie atent.

Iata cateva modalitati de pastrare a confidentialitatii in timpul travaliului si al nasterii:

- Consilierea privind testarea HIV trebuie sa aiba loc atunci cand gravida este singura si se simte in siguranta pentru a raspunde sincer. Este posibil ca membrii familiei sa nu cunoasca statutul HIV si istoricul testarii ei, iar aceste informatii nu trebuie spuse acestora.
- Asigurarea tratamentului se face astfel incat sa fie respectata confidentialitatea prin etichetarea corespunzatoare a flacoanelor.
- Trebuie dezvoltate si implementate proceduri de pastrare a confidentialitatii atunci cand se dezvaluie rezultatul testului HIV in sectia de obstetrica-ginecologie sau in maternitati. Este bine ca spitalele sa pastreze un dosar in care sunt trecute urmatoarele date: numarul fisei medicale a pacientei, data si ora testarii HIV, acordul informat al pacientei pentru testarea HIV, locul, data, ora sosirii rezultatului si observatia ca rezultatul testului a fost documentat in fisa si comunicat salii postpartum - daca pacienta a fost transferata dupa nastere. Acest sistem asigura confidentialitatea si asigura ca rezultatul testului a fost comunicat personalului implicat in ingrijirea mamei si nou nascutului.

Este recomandata testarea HIV rapida in timpul travaliului si nasterii pentru gravida cu status HIV necunoscut, mai putin in situatia in care aceasta refuza testarea. Testarea se realizeaza numai cu consimtamantul scris al gravidei mentionat pe Fisa „Acord de tastare HIV cu test rapid”. Daca gravida refuza testarea HIV, acest lucru trebuie trecut in fisa ei medicala.

Urmatoarele informatii trebuie date in travaliu gravidei al carei status HIV este necunoscut, astfel incat sa aiba suficiente cunostinte incat sa ia o decizie informata in legatura cu testarea HIV:

1. HIV poate fi transmis de la mama la fat in timpul sarcinii, in timpul nasterii, sau dupa nastere prin alaptare, dar pot fi facute interventii eficiente in timpul travaliu si dupa nastere care sa reduca riscul ca noul nascut sa fie infectat.
2. Va fi testata HIV utilizandu-se un test rapid pentru a proteja sanatatea ei si a noului nascut, mai putin in situatia in care ea refuza testarea.
3. Un test HIV cu rezultat negativ la testul rapid inseamna ca cel mai probabil ea nu este infectata, dar ca testul nu poate detecta o posibila infectare recenta sau o expunere recenta. Un rezultat pozitiv al testului HIV rapid este numai un rezultat preliminar si va trebui urmat de o serie de teste de confirmare.
4. I se va oferi imediat tratamentul necesar atat pentru ea cat si pentru nou-nascut, pentru a reduce riscurile ca si copilul sa fie infectat. Daca testul de confirmare va fi tot pozitiv, i se va oferi ingrijirea medicala corespunzatoare si va fi referita celui mai apropiat Spital de Boli Infectioase (Sectiei de boli infectioase).

Trebuie facute toate eforturile astfel incat sa fie determinat statusul HIV al gravidei cat mai repede in timpul travaliului. Daca statusul HIV al mamei ramane necunoscut, ea si copilul ei trebuie sa fie testati cat mai curand posibil dupa nastere. In Romania nu exista o reglementare referitoare la testarea nou nascutului din cordonul ombilical in cazul in care mama refuza testarea HIV. In practicile internationale se realizeaza testarea HIV a nou nascutului din cordonul ombilical in situatia in care statusul HIV al mamei este necunoscut.

Oferirea de informatii legate de infectia HIV femeii in travaliu al carei status HIV este necunoscut nu este o misiune usoara, dar obstacolele pot fi depasite prin o abordare bine stabilita si sistematica.

2. Interpretarea rezultatelor la testele HIV preliminare si de confirmare

Rezultatele testelor HIV rapide se interpreteaza la fel ca si cele ale altor teste HIV de screening.

- Un rezultat negativ de la un singur test este considerat negativ. Totusi daca persoana a fost expusa HIV in mai putin de 3 luni, repetarea testului HIV la o data ulterioara este recomandata pentru ca este posibil sa nu se fi dezvoltat anticorpii HIV
- Un rezultat pozitiv la testul rapid este considerat ca fiind preliminar si trebuie sa fie urmat de Testul Elisa si un test de confirmare Western Blot. Testarea pentru confirmare trebuie realizata cat mai curand posibil conform schemei de testare HIV prezentata in capitolul „Testarea HIV in Romania.

3. Furnizarea rezultatelor

Cand se discuta posibilitatea testarii HIV trebuie sa se anunte si timpul in care se va da rezultatul.

De obicei rezultatele sunt disponibile inainte de nastere si se furnizeaza gravidei in travaliu. Tot in acest moment i se cere acordul scris al gravidei ca in cazul in care rezultatul este pozitiv sa ii fie administrata profilaxia antiretrovirala.

Pentru asigurarea confidentialitatii este esential ca discutia sa se tina intr-un cadru intim. In momentul in care gravida primeste rezultatul testului HIV trebuie sa fie urmarit si asigurat confortul psihic al acesteia.

Este bine ca furnizarea rezultatelor testului HIV sa fie realizata de persoana care a realizat consilierea pre testare HIV.

Furnizarea rezultatului negativ al testului HIV

Daca rezultatul este negativ nu mai este necesara o interventie medicala. Trebuie sa i se spuna gravidei ca cel mai probabil nu este infectata HIV, dar ca testul nu arata o posibila infectare recenta.

Consilierul trebuie sa o intrebe daca este ingrijorata in legatura cu expuneri recente la risc. Daca este ingrijorata, consilierul/persoana care a facut consilierea pre-testare trebuie sa recomande retestarea dupa o perioada de 3 luni. O consiliere aprofundata ar trebui sa se realizeze in perioada de dupa nastere.

Furnizarea rezultatului pozitiv la testul HIV

Daca rezultatul este pozitiv, consilierul/persoana care a facut consilierea pre-testare trebuie sa ii spuna gravidei ca cel mai probabil este infectata HIV iar copilul ei este expus infectarii cu HIV. Trebuie sa fie asigurata ca un al doilea test va fi realizat imediat pentru a confirma/infirma infectia cu HIV insa rezultatul va fi disponibil dupa nastere. Consilierul/ persoana care a facut consilierea pre-testare trebuie sa explice ca primul rezultat este unul preliminar si ca ar putea fi posibil ca rezultatul sa fie fals pozitiv, dar ca cel mai bine este sa inceapa imediat profilaxia ARV, astfel incat sa reduca riscul de transmitere HIV la copil.

Sunt necesare informatii (ex.: efectele pozitive, reactiile adverse, intreruperea proxilaxiei ARV in cazul unui rezultat negativ la testul de confirmare) referitoare la medicatia care va fi administrata mamei si copilului. Mama va avea posibilitatea de a formula intrebari inainte sa accepte profilaxia ARV. De asemenea, i se va recomanda sa nu alapteze nou-nascutul pana cand nu va afla rezultatul testului de confirmare.

Rezultatul testului HIV rapid ar putea sa nu fie disponibil in cazul unui travaliu rapid. Daca acest rezultat este pozitiv se impune profilaxia ARV la nou nascut cat mai curand posibil.

Daca si rezultatul de confirmare este pozitiv, profilaxia ARV la nou nascut va fi continuata pentru a preveni transmiterea HIV.

In cazul unui rezultat pozitiv la testul HIV rapid trebuie sa fie furnizate informatii complete intr-un cadru adecvat (fara alte persoane de fata). Consilierul trebuie sa-i acorde timp de intrebari si sa se asigure ca are acordul gravidei pentru a se lua masurile necesare reducerii riscului de transmitere HIV la nou-nascut. De asemenea, gravida trebuie asigurata ca va beneficia de tratament gratuit atat ea cat si copilul.

La externare femeie gravida seropozitiva HIV trebuie referita catre sectia de boli infectioase.

8. Legaturile Centrelor de Consiliere si Testare Voluntara cu alte servicii medicale si de suport

Programului PMTCT implementat de Fundatia RAA in perioada 2004-2005, a impus dezvoltarea unor legaturi functionale intre CCTV-uri infiintate in cadrul ASPJ si alte servicii cu rol deosebit de important in asistenta prenatala si ingrijirea persoanelor diagnosticate cu infectie HIV.

Aceste legaturi trebuie mentinute de catre Directiile de Sanatate Publica Judetene care au preluat coordonarea locala a programului PMTCT si de asemenea, consolidate si chiar extinse in viitor, dupa cum urmeaza:

a. legatura cu cabinetele medicilor de familie

- medicii de familie trebuie instiintati prin scrisori trimise de la nivelul ASPJ asupra metodologiei de desfasurare a programului PMCT;
- medicii de familie trebuie sa primeasca formularistica necesara referirii gravidelor catre CCTV;
- ASPJ trebuie sa distribuie medicilor de familie materiale IEC (brosuri, postere) precum si materiale educationale (cursuri si manuale) realizate in cadrul programului.

b. legatura cu cabinetele medicilor de familie din rural

- medicii trebuie instiintati cu privire la programul de outreach¹⁹ si impreuna cu ei personalul CCTV va stabili saptamanal rute pentru consilierea si recoltarea la gravidele aflate in evidenta;
- medicii de familie din mediul rural trebuie sa primeasca formularistica necesara efectuării consilierii pre- si post-testare HIV, precum si formularistica necesara referirii gravidelor catre CCTV;
- ASPJ trebuie sa distribuie medicilor de familie materiale IEC (brosuri, postere) precum si materiale educationale (cursuri si manuale) realizate in cadrul programului.

c. legatura cu cabinetele de planificare familiala

- medicii cabinetelor de planning familial vor fi informati cu privire la programul PMTCT si li se vor distribui materiale IEC;
- femeile care acceseaza CCTV-urile vor fi referite cabinetelor de planificare familiala, pentru informare, distribuire de materiale informative si prezervative/mijloace contraceptive.

Este foarte important ca gravidele diagnosticate cu infectie HIV sa poata beneficia de mijloace contraceptive adaptate situatiei lor, de aceea, colaborarea intre CCTV – Sectia de OG si Cabinetul de Planificare familiala trebuie sa fie una functionala.

In cazul femeii gravide HIV pozitive se recomanda folosirea prezervativului pentru evitarea viitoarelor sarcini nedorite si pentru prevenirea contactarii/transmiterii altor infectii cu transmitere sexuala inclusiv HIV/SIDA. Cadrele medicale mentionate mai sus au responsabilitatea de a referi gravida medicului de la centrul de planificare familiala pentru consiliere, informare si primirea de mijloace contraceptive gratuite.

CCTV-urile vor dispune de asemenea de stocuri de prezervative pentru distributie gratuita catre persoanele apartinand unor grupuri vulnerabile, inclusiv gravida.

¹⁹ Consiliere si recoltare pentru gravidele din zone greu accesibile efectuata de catre personalul CCT direct la CMI din rural

d. legatura cu sectiile de dermato-venerologie trebuie de asemenea consolidata.

Un numar semnificativ de femei, dar si parteneri ai acestora, fiind diagnosticati cu ITS. Aceste persoane trebuie referite dupa consiliere si testare HIV/ITS sectiilor de dermato-venerologie pentru tratament si ingrijire de specialitate

e. legatura cu sectiile de obstetrica-ginecologie si maternitatile din judet

Experienta programului derulat de RAA in perioada 2004-2005 a relevat ca un numar important de gravide ajung in sectiile OG pentru diferite probleme pe parcursul sarcinii sau chiar in maternitate pentru nastere, fara a fi primit anterior consiliere pe probleme legate de transmiterea verticala a infectiei cu HIV si fara a li se putea da astfel ocazia sa isi faca testul HIV.

De asemenea, exista inca situatii in care medicii incalca dreptul la confidentialitate al pacientelor, refuza ingrijirea gravidelor infectate HIV sau declara ca sunt de acord sa le ingrijeasca dar temporizeaza interventiile. De aceea, prin programul de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV realizat de RAA, ASPJ si maternitati sunt distribuite kituri pentru testare HIV cu test rapid si formularistica aferenta, materiale informative precum si filme educationale pentru gravide²⁰.

Rolul ASPJ in coordonarea locala a programului trebuie sa se evidentieze si in promovarea sustinuta a importantei PMTCT in cadrul maternitatilor, monitorizarea situatiilor de nerespectare a precautiilor universale in practica medicala dar si monitorizarea si sanctionarea incalcarii drepturilor pacientelor infectate HIV in cazul in care li se refuza asistenta medicala de specialitate sau li se incalca dreptul la confidentialitate.

f. legatura cu sectiile de boli infectioase sau (acolo unde exista) Sectiile de zi pentru asistenta multidisciplinara a pacientilor cu HIV/SIDA.

Este foarte important ca gravida diagnosticata cu HIV sa fie referita sectiei de boli infectioase (de catre medicul de familie, obstetrician sau de catre consilierul CCTV) imediat dupa confirmarea rezultatului prin Western-Blot. Sectiile de zi „Floarea Soarelui” prezinta avantajul ca reunesc servicii de asistenta medicala dar si de asistenta sociala si psihologica si posedea personal specializat cu experienta in asistenta pacientilor cu HIV/SIDA.

Toate femeile gravide HIV pozitive vor fi referite psihologului si asistentului social din cadrul Sectiei de zi, pentru evaluare psihologica si consiliere/ancheta sociala. Acestia vor decide planul de consiliere si asistenta sociala (inclusiv vizite la domiciliu) pentru acele femei care trebuie sustinute pe plan psiho-social. Femeile gravide HIV pozitive vor fi referite ONG-urilor care activeaza in plan local si care pot sprijini prin programele lor persoanele seropozitive.

g. legatura cu organizatiile non-guvernamentale care desfasoara programe de prevenire HIV/ITS in grupuri vulnerabile sau care acorda suport pentru pacientii cu HIV/SIDA.

In Romania exista o serie de organizatii non-guvernamentale ale caror programe se adreseaza unor grupuri vulnerabile in care pot fi incadrate si femeile gravide cu infectie HIV. De asemenea, exista organizatii apartinand UNOPA (Uniunii Nationale a Organizatiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA), precum si organizatii care au programe de suport social pentru categorii de beneficiari cu probleme socio-economice. Este important ca ASPJ si membri

²⁰ Filmul educational “Alege ce viata va avea copilul tau! Mergi la medicul de familie in primul trimestru de sarcina” realizat de RAA in parteneriat cu UNICEF si GSK ruleaza in 34 de maternitati din tara.

grupului local de interventie PMTCT sa cunoasca organizatiile care activeaza in judet, pentru a le putea referi cazurile care necesita asistenta sociala pe termen mediu sau lung.

Lista de mai sus nu este exhaustiva, fiecare CCTV, prin intermediul grupului local de interventie multidisciplinara PMTCT, trebuie sa dezvolte legaturi cu alte servicii medicale si organizatii care sa asigure eficienta programelor de prevenire a transmiterii verticale:

- educatia corespunzatoare a tuturor gravidelor;
- raspunsul rapid in situatii de urgenta;
- ingrijirea corespunzatoare a mamelor seropozitive si a copiilor expusi infectiei cu HIV.

9. Monitorizarea si evaluarea programului de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV

- a. Asigurarea calitatii serviciilor de consiliere pentru testarea HIV a gravidelor**
- b. Monitorizarea aplicarii protocolului PMTCT si monitorizarea eficientei programului**

Nivelele de interventie pentru asigurarea calitatii programului sunt urmatoarele:

1. Responsabilizarea consilierilor prin insusirea si respectarea codului de etica si conduita

RAA a elaborat *Codul de etica si conduita pentru consilierii CCTV*, care poate constitui anexa la contractul individual de munca. Codul de etica nu se substituie codurilor organizatiilor profesionale de profil (ale asistentilor medicali) si nici nu le suplineste pe acestea. Prevederile principale vizeaza respectarea demnitatii beneficiarilor, proceduri de asigurare a confidentialitatii, conduita personala a consilierilor si masurile disciplinare si/sau corective.

2. Autoevaluarea

RAA a conceput un set de fise de lucru pe care consilierii CCTV le primesc in cadrul sesiunilor de formare rezidentiale, cu intrebari orientative si durata de timp specifica aplicarii fiecarei sectiuni a protocolului de consiliere. Consilierii debutanti primesc recomandarea de a folosi fisele de lucru orientative aproximativ 6 luni de la data angajarii. In plus, un chestionarul de auto-evaluare este disponibil in anexa 3 si recomandat consilierilor incepatori, in primele 6 luni de la debutul pe post.

3. Supervizarea consilierilor din partea supervizorilor/coordonatorilor locali

Principalele instrumente aflate la dispozitia acestora sunt:

- Fisa de evaluare a abilitatilor consilierului se completeaza de supervizor/coordonator local
- Fisa de evaluare a consilierii pre test, post test HIV pentru rezultat pozitiv, post test HIV pentru rezultat negativ

4. Intalnirile periodice de analiza si feedback intre coordonator si consilieri: revizuirea principalelor aspecte observate in cadrul sesiunilor de evaluare, discutii privind imbunatatirea tehnicilor de consiliere, cazuri dificile etc. si feedback permanent din partea coordonatorului. Este recomandat ca aceste intalniri periodice sa se realizeze saptamanal.

5. Evaluarea gradului de satisfactie al clientilor realizata prin participarea acestora la focus-grupuri, completarea de chestioare disponibile in cabinetele CCTV.

6. Metoda falsilor clienti

Instrumentele de asigurare a calitatii dezvoltate de RAA se gasesc in Anexa 3

10. Informare-Educare-Comunicare privind prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV

Pentru ca mesajele asociate programului de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV sa ajunga la un numar cat mai mare de persoane din toate mediile sociale, informarea-educarea-comunicarea privind PMTCT trebuie sa se realizeze pe mai multe planuri si anume :

1. Producerea si distribuirea materialelor informativ- educative (pliante, brosure, postere) destinate femeilor gravide

Acestea ofera informatii gravidei despre beneficiile consilierii si testarii voluntare, promovarea Centrului de Consiliere si Testare si informatii despre HIV/SIDA si prevenirea ITS. Aceste materiale informative pot fi distribuite prin intermediul personalului CCTV si a coordonatorilor locali, retelei de asistenta medicala, inclusiv cea din scoli, universitati, serviciilor de sanatate judetene, cu sprijinul organizatiilor neguvernamentale si al altor institutii si parteneri locali.

2. Producerea si distribuirea materialelor IEC pentru tineri

Este important ca eforturile de educatie a gravidelor privind prevenirea HIV/ITS sa fie dublate de sustinerea unor campanii locale de IEC in randul tinerilor, deoarece este foarte important ca tinerii si mai ales fetele sa primeasca informatie adecvata inainte sa ramana insarcinate.

Materialele informative trebuie sa fie adaptate diferitelor segmente de varsta ca prezentare si modalitate de comunicare a informatiilor (brosuri pentru adulti, brosure pentru adolescenti). Brosurile destinate adolescentilor si adultilor contin fotografii si scheme sugestive, precum si indicatii privind modalitatile de transmitere si prevenire ale ITS, inclusiv infectia cu HIV.

Brosurile contin o lista actualizata de institutii si ONG-uri care se ocupa de problematica asociata infectiei cu HIV sau care pot oferi servicii de consiliere si testare. Pliantele trebuie sa fie tiparite cu adresa completa si numarul de telefon pentru fiecare locatie in parte.

Este incurajata implicarea institutiilor sau asociatiilor locale in promovarea unui mod de viata sanatos si prevenirea ITS in special in randul tinerilor.

3. Realizarea materialelor filmate si difuzarea lor in maternitati si/sau in cadrul altor servicii accesate de femei (ex. Filmul ce reda o sesiune de consiliere a unei gravide de catre medicul de familie).

4. Realizarea de campanii IEC in mass-media cu promovarea mesajului de incurajare a accesarii controlului prenatal gratuit *“Mergi la medicul de familie chiar din prima luna de sarcina! Tu si copilul tau aveti dreptul la consultatii si analize gratuite, inclusiv testul HIV.”*

11. Grupul local de interventie PMTCT

Interventia multidisciplinara este recomandata de catre OMS si UNAIDS ca cea mai eficienta abordare in managementul pacientilor cu HIV/SIDA in general si a gravidelor diagnosticate cu HIV in particular.

Grupurile locale de interventie multidisciplinara PMTCT trebuie sa cuprinda urmatoarele categorii de specialisti:

- Coordonator de grup – medic epidemiolog din cadrul ASPJ
- Medicul inspector compartiment Mama si Copil din ASPJ (acolo unde exista)
- Consilierul (asistentul medical consiliere HIV/SIDA) din cadrul Centrului de Consiliere si Testare
- Medicul de familie (reprezentant al MF din judet)
- Medicul specialist in boli infectioase
- Asistentul social din clinica de boli infectioase (clinica de zi)
- Psihologul din clinica de boli infectioase (clinica de zi)
- Medicul specialist in obstetrica-ginecologie
- Medicul specialist neonatolog
- Medicul specialist in planificare familiala

a. Atributiile grupului local de interventie multidisciplinara PMTCT:

- Isi asuma metodologia agreata a programului si asigura realizarea interventiilor specifice de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV;
- Se intruneste lunar pentru discutarea cazurilor noi si a celor aflate in monitorizare;
- Se intruneste periodic pentru analiza stadiului implementarii programului PMTCT in judet, in functie de care, poate revizui metodologia in plan local pentru atingerea obiectivelor programului;
- Oferă consultanta (daca este solicitat) grupurilor similare din alte judete;
- Participa la toate intalnirile organizate in cadrul programului (ex. sesiuni de evaluare, seminarii, sesiuni de formare).

b. Rolurile specialistilor din grupurile locale de interventie privind PMTCT

Rolul medicului de familie

- Recomanda efectuarea analizelor standard (HLG, Grup sanguin, Rh, teste biochimie, VDRL si HIV);
- Trebuie sa se informeze asupra statusului HIV al gravidei;
- Conduce o sesiune de informare a gravidei asupra importantei efectuării testului HIV si a altor analize obligatorii in primul trimestru; face consilierea pre-testare a gravidei (daca gravida nu a fost testata anterior pentru HIV) si daca in urma informarii sau consilierii gravida consimte testarea HIV, obtine semnatura de confirmare a gravidei pe fisa de consiliere pre-testare;
- Organizeaza recoltarea analizelor la cabinetul medicului de familie – consilierii CCTV se deplaseaza la cabinetele medicilor de familie (CMI) unde efectueaza consilieri specifice PMTCT si recolteaza proba de sange, iar sangele este dus cu masina catre laboratorul ASPJ.

sau (in cazul in care din motive de organizare a cabinetului prefera sa trimita gravidele la CCTV):

- Indruma gravida catre Centrul de Consiliere si Testare din cadrul ASPJ (cu bilet de trimitere/ Fisa de solicitare a testarii HIV);

- Comunica rezultatul si efectueaza consilierea post-testare pentru rezultat negativ la gravidele care aleg sa nu vina la CCTV pentru a-si ridica personal rezultatul si consimt la trimiterea rezultatului in plic inchis medicului de familie.

Intrucat consilierea pentru rezultat pozitiv necesita nu numai cunostinte dar se bazeaza mai ales pe experienta si abilitatile deosebite ale consilierului, in programul dezvoltat de RAA, gravidele HIV pozitive au beneficiat de consiliere post-testare efectuata de unul dintre consilierii CCTV

Descrierea completa a rolului medicului de familie in managementul gravidei HIV pozitive se gaseste in Anexa 6.

Rolul medicului specialist boli infectioase

- Confirma sau infirma diagnosticul de infectie HIV folosind metodologia cunoscuta.
- Acorda asistenta medicala de specialitate si in regim prioritar gravidelor HIV pozitive cu respectarea recomandarilor, protocoalelor si algoritmilor de tratament publicate de CNLAS („Manualul pentru ingrijirea gravidei cu infectie HIV”, „Manualul pentru ingrijirea copilului cu infectie HIV”, „Ghidul terapeutic in infectia HIV/SIDA”)
- Colaboreaza cu specialistul obstetrician in luarea deciziilor privind asistenta perinatale
- Tine legatura cu toti membrii grupului de interventie multidisciplinara

Daca diagnosticul de infectie HIV se confirma:

- Consilieaza gravida;
- Informeaza gravida in primul trimestru de sarcina asupra posibilitatii profilaxiei ARV si a optiunii de a intrerupe sarcina;
- Indruma gravida, in cazul in care aceasta opteaza pentru intreruperea sarcinii, catre un serviciu de obstetrica-ginecologie si informeaza specialistul obstetrician despre statusul HIV al gravidei;
- Precizeaza stadiul clinico-imunologic al infectiei, instituie terapia ARV (daca este cazul) si organizeaza dispensarizarea gravidei;
- Daca gravida doreste sa pastreze sarcina, in functie de varsta sarcinii instituie profilaxia cu ARV;
- Se informeaza asupra tuturor factorilor obstetricali si neobstetricali asociati cu risc crescut de transmitere materno-fetala a infectiei cu HIV;
- Confirma cazul de infectie HIV pe fisele speciale. Trimite fisele la ASPJ – Centrul de Testare si Consiliere si la Centrul Regional de care este indrumat metodologic;
- Monitorizeaza clinic si paraclinic gravida aflata in tratament cu ARV;
- Revalueaza mama HIV-pozitiva dupa nastere;
- Precizeaza cat mai repede posibil statusul HIV al nou-nascutului; pana la precizarea statusului HIV instituie profilaxie ARV la nou-nascut conform recomandarilor in vigoare.

Descrierea completa a rolului medicului infectionist in managementul gravidei HIV pozitive se gaseste in Anexa 7.

Rolul medicului specialist obstetrica - ginecologie

- Informare asupra statusului HIV al gravidei;
- Daca gravida solicita intreruperea sarcinii, evalueaza riscurile si beneficiile si se efectueaza chiuretajul uterin cu respectarea masurilor universale de prevenire PEP;
- Daca gravida doreste sa pastreze sarcina, este luata in evidenta si i se fac controalele periodice;
- Colaboreaza cu infectionistul in ingrijirea gravidei HIV pozitive;
- In caz de prezentare in urgenta a gravidei si daca aceasta nu face dovada testarii HIV (iar personalul Centrului de Consiliere si Testare si/sau ASPJ nu este disponibil pentru

confirmare/testare) efectueaza consilierea pre-test, obtine consimtamantul scris al gravidei si dispune efectuarea testului HIV rapid. In caz de rezultat pozitiv, testul va fi confirmat prin Test Elisa si W. Blot. In cazul in care rezultatul se confirma a fi pozitiv, iar gravida este in continuare internata, medicul obstetrician va suna la CCTV si va chema consilierii CCTV pentru consilierea post-testare;

- Evalueaza impreuna cu infectionistul raportul risc/beneficiu in efectuarea cezarienei;
- Supravegheaza continuarea terapiei antiretrovirale pe timpul travaliului colaborand cu medicul infectionist;
- Informeaza viitoarea mama asupra importantei alimentatiei artificiale a nou-nascutului;
- Refera femeia la specialistii care lucreaza in cabinetele de planificare familiala pentru consiliere si suport privind evitarea sarcinilor nedorite si prevenirea transmiterii HIV/ITS.

Descrierea completa a rolului medicului specialist obstetrica - ginecologie in managementul gravidei HIV pozitive se gaseste in Anexa 9.

Rolul medicului pediatru neonatolog

- Institue tratamentul profilactic la nou-nascut, conform indicatiilor din "Manualul de ingrijire a copilului HIV pozitiv" (in concordanta cu recomandarile MS-CNLAS);
- Informeaza mama asupra importantei alimentatiei artificiale a nou-nascutului, a riscurilor alimentatiei mixte - conform "Manualului de ingrijire a gravidei HIV pozitive" (in concordanta cu recomandarile MS-CNLAS);
- Colaboreaza cu infectionistul pentru precizarea statusului HIV al nou-nascutului.

Descrierea completa a rolului medicului pediatru neonatolog in managementul gravidei HIV pozitive se gaseste in Anexa 9.

Rolul consilierului din cadrul Centrului de Consiliere si Testare :

- Efectueaza consilierea pre-test, recolteaza proba de sange si efectueaza consilierea post-test HIV pentru gravidele care se prezinta pentru testare direct la CCTV;
- Efectueaza consilierea pre-test si recoltarea probei de sange pe baza consimtamantului scris, la gravidele din mediul rural, pe baza programului stabilit cu medicii de familie;
- Tine corespondenta cu medicii de familie si le comunica rezultatele testelor gravidelor in plic inchis, numai cu acordul gravidei; se deplaseaza pentru comunicarea rezultatului HIV pozitiv la gravidele din mediul rural;
- Distribuie gravidelor consiliate materialele informative editate in cadrul programului;
- Distribuie brosure, materiale informative, manuale si cursuri de educatie medicala continua cadrelor medicale implicate in proiect;
- Indruma gravida catre ceilalti specialisti implicati in program (medicul de la cabinetul de planning, infectionist, obstetrician, asistent social, psiholog);
- La cererea celorlalti medici implicati in programul de prevenire a transmiterii infectiei cu HIV de la mama la fat, se deplaseaza in sectiile de obstetrica-ginecologie sau in sectiile de boli infectioase si efectueaza consiliere post-testare;
- Completeaza si centralizeaza in baza de date formularele privind consimtamantul gravidei si de evaluare a riscului de infectie cu HIV (inclusiv pe cele completate de catre medicii de familie si medicii obstetricieni);
- La solicitarea medicilor obstetricieni, ii informeaza telefonic asupra situatiei testarii gravidelor care se prezinta la nastere, fara a putea face dovada testarii anterioare;
- Saptamanal, face back-up si actualizeaza baza de date ;
- Raporteaza lunar catre ASPJ situatia privind numarul gravidelor testate si consiliate, numarul si scopul vizitelor efectuate in teren, situatia actualizarii bazei de date, situatia privind comunicarea cu medicii de familie si cu ceilalti specialisti din program, aparitia unor situatii sau probleme deosebite etc.
- Este disponibil pentru evaluarea lunara (o ½ zi) – cu supervizorul direct din ASPJ;

- Are obligatia de a participa la toate sesiunile de pregatire profesionala din cadrul programului;
- Indiferent de locul testarii, rezultatul pozitiv este comunicat numai de catre consilier care indruma gravida de urgenta catre cel mai apropiat serviciu de boli infectioase si catre sectia de obstetrica-ginecologie care colaboreaza in program;
- Are obligatia de a distribui materiale informative catre: cabinete de planificare familiala, CMI, policlinici, universitati conform planului de marketing adaptat fiecărei locatii;
- Respecta Codul de Etica si Conduita al consilierilor pentru testare HIV.

Rolul coordonatorului local PMTCT

- Se asigura ca metodologia agreata este aplicata in plan local la toate nivelurile, monitorizand interventiile de prevenire PMTCT in toate situatiile;
- Tine legatura si stabileste intalniri lunare cu membrii grupului de lucru si cu toti reprezentantii institutiilor partenere; se asigura ca toate cazurile diagnosticate cu HIV primesc profilaxia si ingrijirea adecvata, in concordanta cu competentele stiintifice privind managementul de caz, stabilite de specialisti in Romania (Institutul de Boli Infectioase „Matei Bals”);
- Monitorizeaza si supervizeaza activitatea consilierilor de la CCTV, conform metodologiei de asigurare a calitatii sesiunilor de consiliere;
- Convoaca personalul medical la sesiunile de instruire si se asigura de participarea acestora.

Rolul asistentului social in consilierea gravidei seropozitive HIV

Ante-partum:

- Acorda sustinere in acceptarea diagnosticului;
- Furnizeaza informatii privind drepturile legislative si responsabilitatile gravidei in raport cu status-ul HIV pozitiv;
- Acorda suport in intocmirea documentatiei necesare gravidei pentru accesarea suportului social;
- Distribuie materiale informative si prezervative;
- Acorda asistenta in depasirea unor probleme concrete care pot aparea la nivelul familiei din cauza diagnosticului de infectie HIV;
- Efectueaza evaluarea cazului pentru identificarea unor simptome de tulburari emotionale ce necesita interventia unui psiholog/psihiatru.
- Refera cazul psihologului sau altui specialist in a carui arie de competenta intra cazul.

Post-partum:

- Oferă sprijin si asistenta pentru declararea nasterii copilului;
- Realizeaza sesiuni de consiliere de sustinere.

Rolul psihologului in consilierea gravidei seropozitive HIV

- Oferă ajutor pentru pregatirea rolului de viitoare mama, depasirea temerilor legate de nastere;
- Consiliaza gravida cu privire la importanta aderenței la terapia ARV;
- Consiliaza gravida pentru dezvaluirea diagnosticului partenerului de viata;
- Lucreaza cu gravida pentru adaptarea la stilul diferit de viata impus de sarcina si de infectia HIV;
- Efectueaza terapie pentru depasirea unor probleme emotionale sau tulburari psihice;
- Efectueaza consilierea cuplului;
- Efectueaza testare psihologica (la cererea altui specialist al echipei multidisciplinare).

Rolul specialistului in planificare familiala

- Informeaza clientele centrului de planificare familiala cu privire la ITS, inclusiv HIV;
- Refera femeile care acceseaza serviciile centrului de planificare familiala catre CCTV;
- Recomanda utilizarea prezervativului pentru femeile infectate HIV, atat pentru protectia impotriva ITS cat si ca metoda contraceptiva eficienta in evitarea unor sarcini nedorite

Rolul moasei - asistentei medicale din sectia de obstetrica-ginecologie

- Consiliaza pre si post testare gravida;
- Recolteaza sange pentru testul HIV;
- Actioneaza asupra factorilor de risc care intra sub incidenta specialitatii sale;
- Aplica standardul de buna practica medicala de informare a pacientelor despre testul HIV si de oferire a testarii HIV;
- Indruma femeia gravida pe circuitul de management multidisciplinar, astfel incat aceasta sa beneficieze de programul de prevenire a transmiterii HIV de la mama la copil;
- Comunica cu ceilalti membri din circuitul de management multidisciplinar al femeii gravide
- Cunoaste si aplica precautiile universale si cele speciale pentru prevenirea transmiterii infectiei HIV in practica medicala (expunere profesionala);
- Cunoaste si pune in practica conduita terapeutica postnatala adecvata pentru pacienta HIV pozitiva.

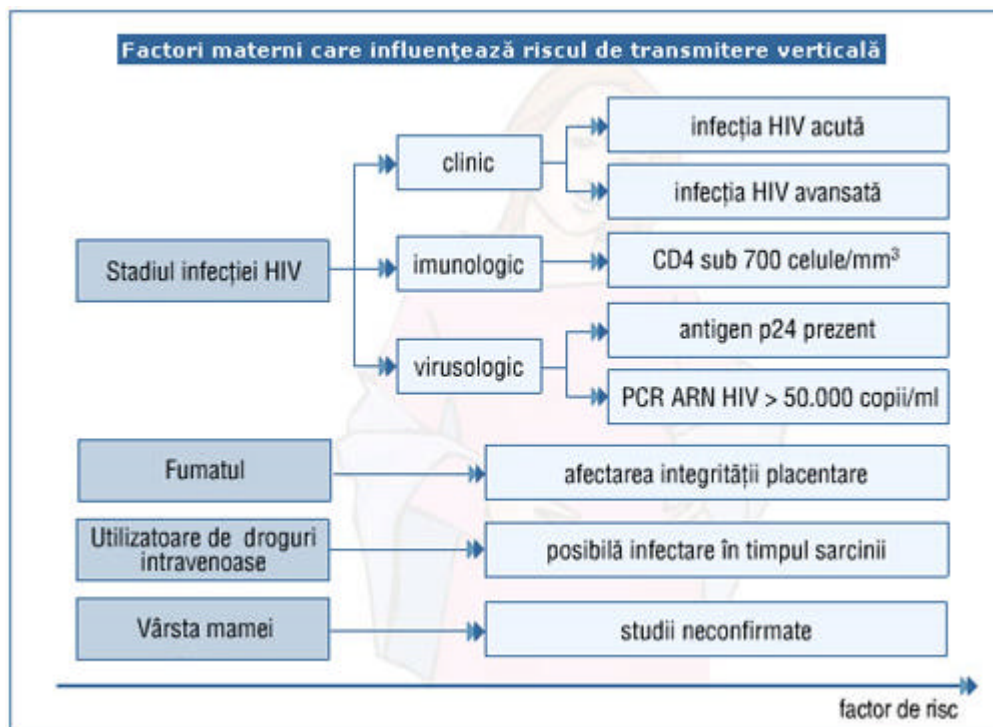
Descrierea completa a rolului moasei in managementul gravidei HIV pozitive se gaseste in Anexa 12.

12. Intervențiile perinatale de prevenire a transmiterii HIV de la mama la copil

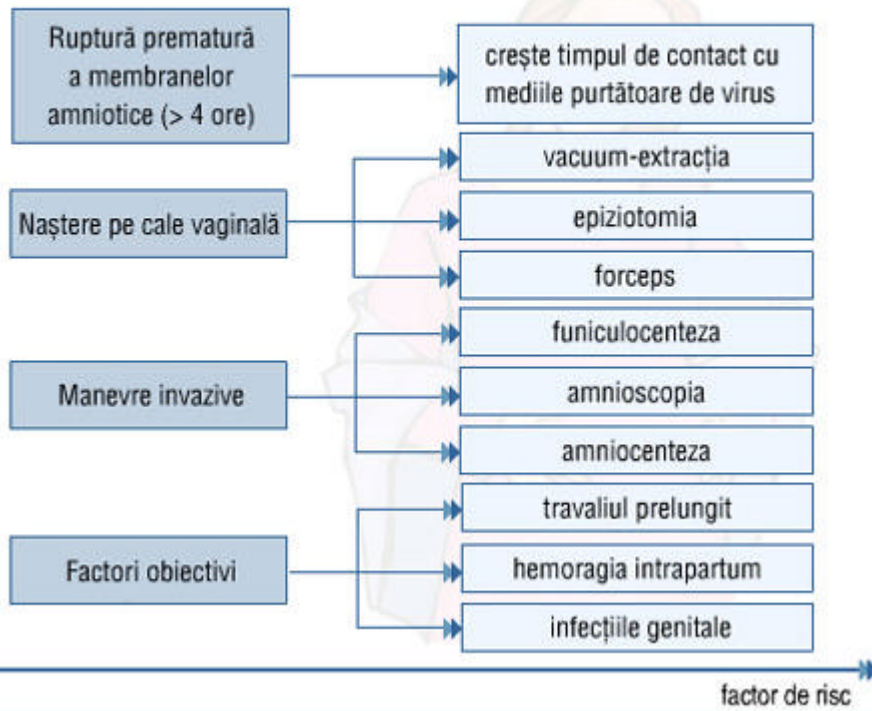
Fara interventie, aproximativ 25–45% din copiii nascuti din mame HIV pozitive pot fi infectati cu HIV, deoarece HIV poate fi transmis de la mama la nou-nascut astfel:

- a) **Antepartum** - prin pasaj transplacentar; infectia are loc in ultimele saptamani ale sarcinii si este asociata cu un risc crescut de evolutie rapida a bolii la copil.
- b) **Intrapartum**
 - in *timpul travaliului*
 - prin contractiile uterine se produc microtransfuzii de aproximativ 3 ml de sange de la mama la fat
 - sau
 - in *timpul expulziei*
 - prin contactul tegumentului non-integru si al mucoasei conjunctivale ale nou-nascutului cu sangele sau secretiile genitale materne infectate,
 - prin ingestia sangelui matern sau a altor lichide materne infectante.
- c) **Postpartum-**
 - HIV poate fi transmis prin alaptare la san, deoarece virusul este prezent in laptele mamelor infectate cu HIV.

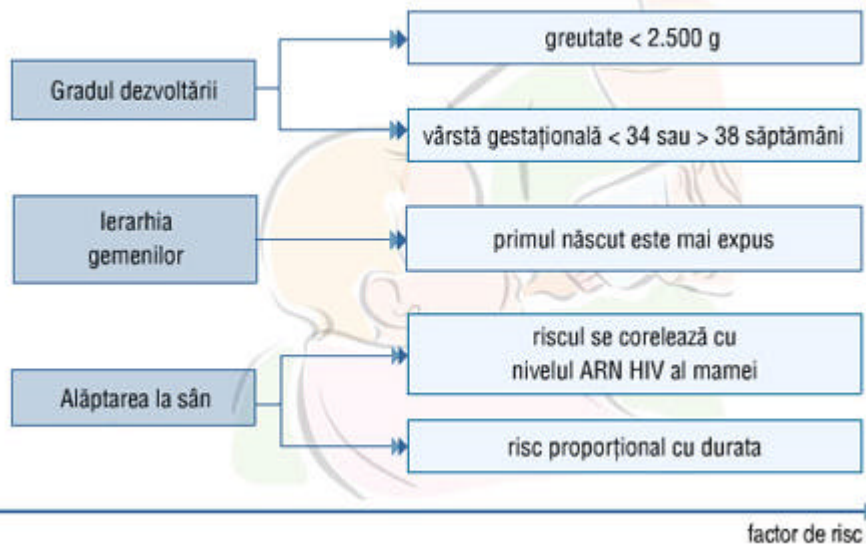
Mai jos sunt schematizati factorii de risc (materni, obstetricali si fetal- postpartum) care influenteaza riscul de transmitere verticala:



Factori obstetricali care influențează riscul de transmitere verticală



Factorii fetali și asociați alăptării la sân ce influențează riscul de transmitere verticală



Reducerea transmiterii verticale a infectiei HIV poate fi obtinuta pana la sub 2% prin utilizarea urmatoarelor masuri terapeutice:

- administrare medicatiei ARV in toate cele trei faze in care exista risc de transmitere a infectiei: antepartum, intrapartum si postpartum;
- practicarea operatiei cezariene programate, pe membrane intacte, in afara travaliului, inainte de termen, la 38 de saptamani de amenoree;
- alimentatia artificiala a nou-nascutului, cu lapte praf.

In practica sunt intalnite trei situatii:

- a. gravida decide sa intrerupa sarcina (in primul trimestru);
- b. gravidei i se recomanda intreruperea de sarcina in scop terapeutic;
- c. gravida decide sa continue sarcina, iar evaluarile clinice si paraclinice pledeaza pentru acest lucru

a. Gravida decide sa intrerupa sarcina

Consilierea PMTCT efectuata de consilierul CCTV sau de catre oricare dintre medicii care a pus diagnosticul de sarcina, trebuie sa includa si oferirea de informatie cu privire la posibilitatea intreruperii sarcinii, pana la 14 saptamani (inclusiv) de amenoree. Accesul la intreruperea cursului sarcinii trebuie sa fie asigurat tuturor femeilor seropozitive HIV cu respectarea legilor in vigoare. Daca gravida consiliata decide intreruperea sarcinii, obstetricianul stabileste data interventiei si programeaza gravida pentru avort. Femeile HIV pozitive care decid sa intrerupa sarcina trebuie sa beneficieze in continuare de asistenta din partea grupului de interventie multidisciplinara. Gravidele seropozitive HIV diagnosticate cu ocazia sarcinii trebuie sa primeasca prezervative pentru a se putea proteja de ITS dar si pentru a preintampina o sarcina nedorita.

b. Intreruperea sarcinii ca masura terapeutica, se poate insa impune in urma evaluarilor clinice si paraclinice efectuate de specialistul obstetrician in colaborare cu medicul infectionist, peste intervalul de 14 saptamani de amenoree. Decizia de intrerupere a sarcinii din motive medicale tine cont de riscul vital pentru fat si mama, in special in cazul bolii avansate si complicate cu o afectiune evolutiva care pune in joc prognosticul vital matern.

c. In cazul pastrarii sarcinii, dupa evaluarea cazului, medicul infectionist va indica tratamentul ARV in conformitate cu recomandarile continute in ghidurile si protocoalele publicate de Comisia Nationala de Lupta Anti-SIDA (CNLAS) a Ministerului Sanatatii:

- Manualul de ingrijire a gravidei HIV pozitive
- Manualul de ingrijire a copilului HIV pozitiv
- Ghidul terapeutic in infectia cu HIV/SIDA

si va referi gravida catre alte servicii de specialitate si catre Sectia de zi din cadrul spitalului/sectiei de boli infectioase pentru asistenta psiho-sociala.

Factorii de risc asociati cu transmiterea materno-fetala a HIV sunt urmatorii:

- Stadiul bolii materne
- Incarcatura virala mare a gravidei
- Absenta anticorpilor neutralizanti
- Infectia placentara sau a membranelor
- Prezenta ITS la gravida
- Timpul scurs de la ruperea membranelor pana la nastere
- Travaliul prelungit
- Modul in care are loc nasterea
- Expunerea interna la sangele matern

- Proceduri invazive in timpul travaliului si al nasterii
- Alaptarea la san

Reducerea riscului de transmitere verticala a infectiei HIV (de la 25% la sub 2%) se poate realiza prin:

- Reducerea incarcaturii virale materne (plasmatice si genitale) prin administrarea de antiretrovirale mamei
- Reducerea expunerii fatului la sfarsitul sarcinii si in timpul travaliului prin cezariana programata
- Profilaxia post-expunere prin implicarea pasajului transplacentar al tratamentului matern si initierea terapiei ARV la nou-nascut in primele 48 ore
- Suprimarea expunerii postnatale prin alimentatia artificila a nou-nascutului si interzicerea alaptarii la san.

13. Monitorizarea clinica si paraclinica a gravidei HIV pozitive si ingrijirea nou-nascutului nascut din mama HIV pozitiva

Managementul clinic al gravidei. Instituirea profilaxiei ARV la gravida

1.1. Recomandarile de initiere a tratamentului ARV la adult (Comisia Nationala de Lupta Anti SIDA-Romania 2005-2006)		
<i>Status clinic</i>	<i>Markeri imunologici</i>	<i>Recomandare</i>
Infectie HIV primara	-	Tratament doar in studii clinice sau boala severa
Infectie HIV asimptomatica	CD4<200, orice valoare a incarcaturii virale	Tratament
	CD4 201-350	Tratament, dar se iau in considerare nivelul incarcaturii virale, rata declinului CD4, dorinta pacientului, prezenta hepatitei C
	CD4 >350	Tratamentul se amana
Infectie HIV simptomatice sau SIDA	Orice valoare a CD4 si a incarcaturii virale	Tratament

Scenariul 1: gravida HIV-1 pozitiva care nu a primit anterior terapie antiretrovirala

- in primele 10-12 saptamani de sarcina nu se administreaza tratament;
- se evalueaza clinic, imunologic si virusologic in vederea instituirii terapiei antiretrovirale la gravida (vezi caseta cu 1.1. Recomandarile de initiere a tratamentului ARV la adult);
- daca statusul gravidei necesita instituirea terapiei ARV se incepe cu schema din caseta 1.2 Schema de chimioprofilaxie HIV recomandata la mama de la 14 saptamani de sarcina;
- daca gravida nu are indicatie de terapie ARV, dar VL>1.000 c/ml, se incepe schema din caseta 1.2 Schema de chimioprofilaxie HIV recomandata la mama de la 28 saptamani de sarcina;
- daca statusul mamei nu necesita instituirea terapiei ARV, dar VL<1.000 se incepe cu schema din caseta 1.3. Schema de chimioprofilaxie HIV in timpul travaliului de la 28 saptamani de sarcina.

Scenariul 2: gravida HIV-1 pozitiva care este in tratament antiretroviral in timpul sarcinii.

- cand este posibil se intrerupe tratamentul (toate medicamentele din schema) in primul trimestru de sarcina, numai dupa consilierea gravidei privind beneficiile si riscurile posibile; se reia schema dupa saptamana 14;
- daca schema ARV curenta este eficienta si bine tolerata, aceasta se pastreaza, cu introducerea ZDV (daca nu exista in schema);
- daca schema ARV este ineficienta se impune schimbarea acesteia dupa verificarea aderenței si a rezistenței virale; schema noua va contine, in limita posibilului, ZDV si

va evita medicamentele din caseta 1.4. Situatii in care se recomanda schimbarea schemei ARV in timpul sarcinii.

Scenariul 3: gravida HIV-1 pozitiva care vine in travaliu si nu a avut anterior terapie antiretrovirala

Se incepe schema din caseta 1.3. Schema de chimioprofilaxie HIV in timpul travaliului;
- in perioada post-partum se evalueaza clinic, imunologic si virusologic necesitatea instituirii terapiei antiretrovirale (vezi caseta 1.1. Recomandarile de initiere a tratamentului ARV la adult).

Scenariul 4: copil nascut din mama seropozitiva care nu a primit terapie antiretrovirala in timpul sarcinii sau intrapartum

- chimioprofilaxia HIV trebuie initiata in primele 6-12 ore dupa nastere si mentinuta timp de 6 saptamani (vezi caseta 1.3. Schema de chimioprofilaxie HIV in timpul travaliului in perioada post-partum evalueaza clinic, imunologic si virusologic necesitatea instituirii terapiei antiretrovirale (vezi caseta 1.1. Recomandarile de initiere a tratamentului ARV la adult).

1.2 Schema de chimioprofilaxie HIV recomandata la mama:

I. ZDV 600 mg/zi in 2 doze

plus

3TC 300 mg/zi in 2 doze sau doza unica

plus

IP/r sau NFV 1250 ml x 2/zi

II. ZDV + 3TC plus NVP

NVP recomandat numai gravidelor cu CD4 > 350 cel/mm³ si care pot fi monitorizate riguros (toxicitate hepatica)

Daca mama refuza tratamentul se ia in considerare caseta 1.3. Schema de chimioprofilaxie HIV in timpul travaliului!

1.3. Schema de chimioprofilaxie HIV in timpul travaliului:

Pentru mama:

ZDV 600 mg + 3TC 150 mg po la debutul travaliului apoi ZDV 300 mg + 3TC 150 mg po la fiecare 12 ore pana la expulzia fatului

Pentru copil:

1. **Nou-nascut la termen** ZDV 2 mg/kg po la 6 ore, timp de 6 saptamani+

3TC 2 mg/kg la 12 ore, timp de 6 saptamani

Administrarea in scop profilactic a medicatiei ARV se incepe, de preferat, in primele 6 ore de la nastere.

2. **Prematur:** ZDV 1,5-2 mg/kg la 12 ore. Dozele se pot ajusta in timp, in functie de evolutia greutatii, astfel:

- 2 mg/kg la 8 ore dupa 2 saptamani de viata, pentru nn. cu varsta gestationala peste 30 saptamani;

- 2 mg/kg la 8 ore dupa 4 saptamani de viata, pentru nn. cu varsta gestationala sub 30 saptamani.
3TC: nu avem date suficiente.

Monitorizare: se recolteaza sange de la nn pentru determinarea HIV-ARN, in primele 2 zile de viata, la 2 saptamani, la 2 luni si la 4-6 luni, probe ce vor fi trimise imediat dupa recoltare la Institutul de Boli Infectioase „Prof. Dr. Matei Bals”.

Testele ELISA si Western Blot se vor efectua la fiecare 6 luni (pentru stabilirea cat mai precoce a statusului HIV al copilului provenit din mama seropozitiva).

1.4. Situatii in care se recomanda schimbarea schemei ARV in timpul sarcinii:

- medicamente cu potential teratogenic;
- aderenta scazuta la tratament(schema complexa);
- esec virusologic;
- esec imunologic.

Medicamente si asocieri ce nu pot fi prescrise in sarcina:

d4T – antagonism cu ZDV

d4T + ddi – acidoza lactica, steatoza hepatica, cu/fara pancreatita

NVP – daca CD4<250; insuficienta hepatica acuta

EFV – efect teratogen

Atentie la IP – hiperglicemie, diabet, cetoacidoza (necesita monitorizare)

Nasterea si ingrijirea intra-partum

Medicul infectionist si specialistul obstetrician vor decide asupra tipului de nastere (naturala/cezariana) dupa evaluarea gravidei.

Gravidelor HIV pozitive li se recomanda operatia cezariana planificata, pe membrane intacte, ca mijloc de reducere a transmiterii verticale, in functie de momentul diagnosticului infectiei, varsta si evolutia sarcinii si statusul clinico-imunologic.

Cand gravidele HIV pozitive consimt la efectuarea cezarienei, aceasta este efectuata de catre obstetrician in colaborare cu medicul infectionist, conform criteriilor si recomandarilor din “Manualul de ingrijire a femeii gravide HIV pozitive” avizat de catre MS-CNLAS. Administrarea terapiei ARV in timpul nasterii este asigurata prin colaborarea intre medicul infectionist si specialistul obstetrica-ginecologie, conform “Manualul de ingrijire a femeii gravide HIV pozitive” si modulelor de curs din seria “hivability”, disponibile la www.hivability.ro

Situatii in care se recomanda nasterea prin cezariana programata:

- incarcatura virala necunoscuta sau peste 1.000 copii/ml;
- fara tratament ARV sau doar cu ZDV;
- in cazul in care gravida opteaza pentru aceasta metoda (dupa consiliere privind beneficiile si riscurile posibile).

Situatii in care se recomanda nasterea pe cale vaginala:

- incarcatura virala sub 1.000 copii/ml sau nedetectabila;
- in cazul in care gravida opteaza pentru aceasta metoda (dupa consiliere privind beneficiile si riscurile posibile) chiar dac a recomandarile sunt pentru cezariana programata.

Daca travaliul progresa si membranele sunt intacte trebuie evitata ruperea artificiala a membranelor si monitorizarea invaziva. Travaliul trebuie condus cu ruperea spontana a membranelor.

Daca este posibil din punct de vedere clinic epiziotomia trebuie evitata. De asemenea, trebuie evitata alaptarea naturala a copilului.

Femeile diagnosticate cu infectie HIV prin testarea rapida la sosirea pentru nastere sunt deseori in travaliu activ sau/si cu membranele rupte. In aceste circumstante, de cele mai multe ori nu vor fi disponibile informatii privind nivelul CD4 si incarcatura virala a mamei pentru a sta la baza deciziei asupra nasterii. Datele sunt insuficiente pentru a stabili daca cezariana va adauga un beneficiu in reducerea transmiterii materno-fetale. In singura evaluare controlata randomizata publicata privind cezariana la femeile infectate HIV, rata transmiterii HIV perinatale nu a diferit la cezariana de urgenta (dupa travaliu activ si rupturi de membrane) si nasterea vaginala²¹.

Totusi, **cezariana ajuta** in prevenirea transmiterii HIV pentru femeile care au fost diagnosticate tarziu in timpul sarcinii si care nu se prezinta pentru nastere in travaliu sau cu ruptura de membrane dar care prezinta contraindicatii clinice pentru nastere (ex. preeclampsie, sangerari vaginale, anomalii ale ritmului cardiac fetal, retardarea cresterii intrauterine, oligohidramnios).

Planificarea/managementul nasterii in aceste situatii trebuie sa fie individualizat si trebuie sa fie luate in considerare principiile urmatoare:

1. Cel mai mare beneficiu in prevenirea transmiterii verticale a infectiei cu HIV este asociat cu nasterea prin cezariana realizata inainte de ruptura membranelor sau de debutul travaliului, asociata cu administrarea profilaxiei ARV.
2. Profilaxia ARV trebuie administrata femeii inainte de nasterea prin cezariana (ideal cu 2-4 ore inainte).

Mai multe informatii privind sinteza interventiei perinatale se gasesc atat in „Manualul pentru ingrijirea femeii gravide HIV pozitive” colectiv de autori, Bucuresti 2004, cat si in cursurile disponibile on-line www.hivability.ro: „Rolul medicului obstetrician privind prevenirea transmiterii verticale”, RAA colectiv de autori, 2004.

Ingrijirea nou nascutului

- nou nascutul trebuie sa fie spalat imediat dupa nastere si inainte de realizarea injectiilor (vaccinuri sau vitamina K);
- o hemograma initiala completa si analize biochimice sanguine trebuie realizate inainte de initiere profilaxiei ARV. Hemograma completa trebuie repetata la 6 si 12 saptamani de viata;

²¹ 19. The European Mode of Delivery Collaboration. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet* 1999;353:1035-1039.

- testarea PCR pentru HIV-1 trebuie facuta la nastere (pana in 48 ore de viata) si repetata la varstele de 1-2 luni si 3-6 luni. Teste aditionale la 14 zile de viata pot permite detectarea precoce a infectiei²²;
- nou nascutii trebuie evaluati de (sau in consultare cu) medicul infectionist specialist in infectia HIV pediatria.

Comunicarea cu medicul pediatru

Este crucial ca obstetricianul sa comunice cu infectionistul si pediatrul neonatolog cand un nou nascut este expus la infectia cu HIV. Inghrijirea medicala a nou nascutului expus infectiei HIV este diferita decat cea a nou nascutului care nu a fost expus la infectia HIV.

Nutritia nou-nascutului expus la infectia cu HIV

O atentie speciala va fi acordata hranirii nou-nascutului si consilierii mamei HIV pozitive cu privire la riscurile alimentatiei naturale sau mixte asupra sanatatii nou-nascutului.

Intreg personalul sectiei OG (medici si asistente medicale/moase) trebuie instruit cu privire la consilierea mamei HIV pozitive privind alimentatia artificiala a nou-nascutului. La copii nascuti din mame HIV negative alaptarea este necesara pana la cel putin implinirea varstei de 6 luni, insa la copiii nascuti din mame HIV pozitive alaptarea trebuie evitata, intrucat HIV se transmite prin laptele matern.

Intrucat in Romania formulele de lapte sunt disponibile si gratuite pentru femeile care apartin unor categorii sociale defavorizate, inclusiv pentru cele cu infectie HIV, ablactarea trebuie efectuata imediat dupa nastere, fiind demonstrat stiintific ca alimentatia mixta (hranire naturala urmata sau completata cu administrarea formulelor de lapte) creste riscul transmiterii HIV de la mama la copil.

Terapia nou-nascutului

Nou-nascutul va fi preluat de medicul neonatolog, care impreuna cu medicul infectionist, va institui tratamentul profilactic cu ARV (in conformitate cu algoritmurile terapeutice din "Manualul de ingrijire a copilului infectat HIV", acceptate si recomandate de MS, alaturi de celelalte ingrijiri medicale acordate.

Informatiile pe care trebuie sa le aiba mama la externarea din maternitate sunt urmatoarele:

- nou nascutul trebuie sa urmeze terapia;
- nou nascutul trebuie sa primeasca profilaxia pentru pneumonia cu *Pneumocystis carinii*;
- nou nascutul trebuie sa fie testat in continuare pentru a i se determina statusul HIV
- mama trebuie sa se intoarca pentru a primi rezultatul testelor HIV de confirmare (in situatia in care confirmarea/infirmarea infectiei HIV nu a fost primita pana la externarea mamei si copilului)
- mama si nou-nascutul trebuie referiti clinicii de boli infectioase cu care maternitatea colaboreaza pentru a primi ingrijire de specialitate

In cazul in care mama a dezvaluit diagnosticul familiei sale este in beneficiul acesteia ca membrii familiei sa fie implicati in acordarea suportului emotional. De asemenea, familia trebuie instruita privind monitorizarea mamei si copilului.

²² Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection. Available at: http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/pediatric/PED_012004.html Accessed February 2, 2004.

Monitorizarea clinica, paraclinica si tratamentul ARV al femeilor HIV pozitive sunt efectuate de catre medicul infectionist pe durata evolutiei sarcinii, intrapartum si dupa nastere.

Toti copiii nascuti din mame HIV pozitive trebuie sa fie evaluati clinic si paraclinic de catre medicul infectionist. Copiii vor fi consultati si evaluati la nastere, la patru saptamani, la sase saptamani, la trei luni si apoi, din trei in trei luni conform "Manualului de ingrijire a copilului infectat HIV" si modulelor de curs din seria "hivability" disponibile la www.hivability.ro

La fiecare consult se va efectua evaluarea clinica precum si testele de rutina hematologice si biochimice. Incarcatura virala (PCR) se va efectua la 6 saptamani, apoi la 3 luni. Copiii vor fi considerati infectati HIV conform criteriilor CDC. Numaratoarea limfocitelor CD4 si CD8 se va efectua la toti nascutii din mame HIV pozitive la varsta de 3 luni si apoi din 3 in 3 luni numai la copiii cu semne clinice si paraclinice relevante de infectie HIV.

14. Indicatori internationali de eficienta ai programelor de prevenire a transmiterii verticale

In evaluarea programului PMTCT, se folosesc urmasorii indicatori:

- Procent de gravide consiliate in vederea testarii HIV/consiliere pre-testare - calculat din totalul gravidelor inregistrate in teritoriul stabilit (ex. judetul x, orasul y, national);
- Procent de gravide care consimt testarea HIV voluntara, in urma consilierii - calculat din totalul gravidelor consiliate in vederea testarii HIV;
- Procent de gravide care isi ridica rezultatul cu consiliere post-testare – calculat din totalul gravidelor care s-au testat HIV;
- Procent de gravide seropozitive HIV care au primit schema completa de profilaxie ARV pe perioada sarcinii - calculat din totalul gravidelor cu HIV care au nascut;
- Procent de gravide seropozitive HIV care au beneficiat de cezariana programata, efectuata pe membrane intacte la 38 de saptamani de amenoree – calculat din numarul total al gravidelor cu HIV care au nascut pe perioada unui an;
- Procent de nascuti din mame seropozitive care au fost hraniti exclusiv artificial dupa nastere – calculat din totalul nascutilor expusi la infectia cu HIV.

ANEXE

Anexa 1 - Raport al programului de prevenire a transmiterii verticale implementat de RAA in 15 judete si Bucuresti in perioada 2005-2006.

Anexa 2 - Formularistica folosita la consiliere pre/post testare

1. Fisa de consiliere pre-testare;
2. Fisa de solicitare a testarii HIV
3. Fisa de consiliere post-testare pentru rezultat pozitiv;
4. Fisa de consiliere post-testare pentru rezultat negativ;
5. Fisa privind acordul testarii cu test rapid
6. Formular de evaluare a riscului de infectie cu HIV

Anexa 3 - Instrumente de asigurare a calitatii

1. Fisa de autoevaluare
2. Fisa de evaluare a abilitatilor consilierului
3. Fisa de evaluare a sesiunii de consiliere pre-testare HIV
4. Fisa de evaluare a sesiunii de consiliere post-testare HIV cu rezultat negativ
5. Fisa de evaluare a sesiunii de consiliere post-testare HIV cu rezultat pozitiv
6. Chestionar de satisfactie a gravidei

Anexa 4 - Codul de etica si conduita al consilierilor

Anexa 5 - Drepturile persoanelor care apeleaza la serviciile Centrelor de Consiliere si Testare HIV din Romania

Anexa 6-9, 12 - Rolurile specialistilor din grupurile de interventie locala privind PMTCT

Anexa 10 - Recomandari privind atitudinea medicala in prevenirea transmiterii verticale a infectiei HIV

Anexa 11 - Lista ghidurilor, cursurilor si protocoalelor nationale care se adreseaza programului de prevenire a transmiterii verticale a infectiei cu HIV

**Acest material a fost realizat de Fundatia Romanian Angel Appeal si se distribuie gratuit
Directiilor de Sanatate Publica Judetene si maternitatilor colaboratoare in
Programul de Prevenire a Transmiterii Verticale a Infectiei cu HIV**

Program Finantat de Fondul Global de Combatere a HIV/SIDA, TBC si Malariei



**MINISTERUL SANATATII
Unitatea de Management a
Proiectului Fondului Global si a Bancii Mondiale**