

Autor

Dr. Vlad TICA

Medic primar obstetrică-ginecologie

Spitalul Județean Constanța, Secția Obstetrică-Ginecologie

Conferențiar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Ovidius” – Constanța



Rolul medicului obstetrician în prevenirea transmiterii verticale a infecției HIV

Acest material reprezintă varianta tipărită a cursului oferit de Fundația Romanian Angel Appeal în cadrul proiectului Educație Medicală Continuă – module la distanță, accesibile la www.hivability.ro, www.raa.ro și disponibile pe CD-ROM.



Recenzii

Considerații generale

Cursul abordează o tematică importantă din cadrul profilaxiei transmiterii infecției HIV. În condițiile aplicării corecte a profilaxiei transmiterii materno-fetale, rata de transmitere a infecției scade sub 2%, ceea ce motivează apariția termenului de „eradicare a infecției HIV pediatrice“.

Necesitatea apariției unui curs cu o asemenea tematică este cu atât mai mare cu cât, din păcate, ne confruntăm frecvent cu cazuri de gravide seropozitive care nu au fost consiliate și testate HIV.

Autorii cursului sunt specialiști de primă linie, cu experiență îndelungată în domeniul abordat de curs.

Tematica se adresează, sub formă de module, personalului medical implicat direct în realizarea profilaxiei transmiterii materno-fetale: medicul de familie, medicul infecționist, medicul ginecolog-obstetrician, medicul neonatolog, asistenta medicală și moașa, precum și personalului de consiliere din Centrele de Consiliere și Testare Voluntară și altor categorii de medici și asistente implicate în consilierea gravidei.

Modulele conțin o parte generală comună, care tratează factorii de risc epidemiologic, aspecte clinice și de tratament, precum și o parte specifică fiecărui tip de modul, în concordanță cu specialitatea personalului. Partea teoretică expusă este urmată de o parte practică cu referire la partea teoretică expusă. Este important de subliniat că parte din exerciții sunt reprezentate de scenarii frecvent întâlnite în practică, ceea ce le crește mult utilitatea.

Modalitatea modernă de realizare a cursului, prin internet sau prin CD, metodă din ce în ce mai des folosită și apreciată, face posibilă participarea unui număr mare de cursanți.

Modulul adresat medicului obstetrician

(Autori – Dr. Vlad TICA)

Sunt abordate aspectele principale care revin specialistului obstetrician: întreruperea sarcinii, indicația de cezariană, evitarea procedurilor invazive din timpul sarcinii, recunoașterea factorilor de risc, consilierea, circuitul multidisciplinar. Un aspect important abordat este cel al precauțiilor universale, valabil de altfel în toate specialitățile medicale.

Recenzori

Prof. Dr. Emanoil Ceaușu

Medic primar,

Doctor în Științe Medicale

Șef Secție IV Clinică

Spitalul de Boli Infecțioase și Tropicale

„Dr. Victor Babeș” – București

Dr. Dan Duiculescu

Medic primar,

Doctor în Științe Medicale

Șef Secția V Clinică

Spitalul de Boli Infecțioase și Tropicale

„Dr. Victor Babeș” – București



Cuprins

Importanța subiectului	4
Epidemiologie	4
Motivație	4
Obiective	5
Transmiterea perinatală a HIV	6
Sarcina și infecția HIV	6
Mecanismele transmiterii	6
Factori care influențează riscul	7
Precauții în practica medicală	12
Precauții universale	12
Precauții în proceduri invazive	13
Managementul gravidei	14
Generalități	14
Principii de lucru	15
Rolul obstetricianului	16
Conduita terapeutică	22
Generalități	22
Consultul obstetrical	22
Conduita antepartum	23
Conduita intrapartum	24
Măsuri invazive	30
Conduita postnatală	31
Conduita imediată	31
Chestiuni generale	32
Referințe	34
Dicționar	35



Importanța subiectului

Epidemiologie

Transmiterea materno-fetală a infecției HIV este responsabilă de 90% din cazurile de copii infectați cu HIV.

În întreaga lume peste 50% din persoanele infectate cu HIV sunt femei și circa 80% dintre acestea sunt la vârsta fertilă. Se estimează că în fiecare zi se nasc 1.600 copii infectați cu HIV.

Prevalența și incidența infecției HIV în România au crescut recent în rândul femeilor.

La începutul anului 2000, Fundația Romanian Angel Appeal a inițiat un program de prevenire a transmiterii HIV în județul Constanța, finalizat cu un studiu de prevalență a infecției HIV în rândul femeilor gravide. Dintr-un număr de 11.423 de gravide care au acceptat să fie testate, 20 au fost pozitive. Seroprevalența calculată, la sfârșitul celor 2 ani de program, a fost de 1,75‰ care, deși este mai mică decât așteptările, nu poate fi ignorată. Din cei 12 copii născuți din mame HIV pozitive, 3 au prezentat date de laborator specifice infecției HIV.

Motivație

În absența oricărei intervenții, ratele raportate de transmitere verticală a HIV-1 sunt de 15% în Europa, 25% în SUA și 40-50% în Africa. Prevalența, prezența factorilor de risc sau tipul de metodologie a studiului pot explica diferențele geografice.

Progresele recente în înțelegerea transmiterii perinatale au condus la definirea unor intervenții specifice care s-au dovedit eficiente în reducerea ratei de transmitere verticală a infecției HIV. Ghidurile și principiile ce stau la baza terapiei antiretrovirale au fost schimbate după implementarea studiului ACTG 076.

Calitatea vieții și starea de sănătate a persoanelor infectate cu HIV se îmbunătățesc în urma tratamentelor antiretrovirale actuale, astfel că așteptările sociale și personale ale acestor pacienți se modifică.

Este recomandat ca femeile gravide infectate cu HIV-1 să fie evaluate clinic, imunologic și virusologic pe tot parcursul sarcinii.



Objective

Cursul are ca scop să îl pregătească pe medicul obstetrician să intervină cu succes în situația specială a transmiterii verticale a infecției HIV:

- în mare parte (98%) transmiterea verticală poate fi împiedicată
- transmiterea verticală poate avea loc în stadiile asimptomatice ale infecției HIV; de fapt, această situație este cea mai întâlnită
- există multiple momente în care transmiterea infecției HIV poate avea loc, astfel că mai multe specialități medicale trebuie să fie implicate în prevenire.

Se dorește ca medicul obstetrician să fie în posesia unui set de proceduri și reguli simple care trebuie urmate pentru a face din prevenirea transmiterii verticale a infecției HIV o procedură standard în practica medicală de zi cu zi.

După finalizarea acestui curs, medicul obstetrician va fi capabil:

- să recunoască factorii de risc pentru infecția HIV (anamnestic)
- să acționeze asupra factorilor de risc care intră sub incidența specialității sale
- să recunoască semnele generale de infecție HIV (de exemplu examen clinic – adenopatie)
- să aplice standardul de bună practică medicală de informare a pacienților despre testul HIV și de oferire a testării HIV
- să îndrume femeia gravidă pe circuitul de management multidisciplinar astfel încât aceasta să beneficieze de programul de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la copil
- să comunice cu ceilalți membri din circuitul de management al femeii gravide
- să cunoască și să aplice precauțiile universale și cele speciale pentru prevenirea transmiterii infecției HIV în practica medicală (expunere profesională)
- să cunoască și să aplice conduita terapeutică postnatală adecvată pentru pacienta HIV pozitivă
- să decidă cu privire la indicația de întrerupere a sarcinii și cu privire la indicația de operație cezariană.



Transmiterea perinatală a HIV

Sarcina și infecția HIV

Sarcina determină, în mod normal, modificări imunologice în sensul creșterii toleranței față de produsul de concepție. Asocierea cu infecția HIV, care scade competența sistemului imunitar, se poate solda cu următoarele modificări:

- în cazul unor valori ale $CD4 < 200$ celule/ mm^3 există riscul de agravare a bolii în cursul sarcinii (frecvență crescută a cazurilor de pneumocistoză severă în cursul trimestrelor 2 și 3, a cazurilor de toxoplasmoză și de listerioză acută)
- în cazul unor valori ale $CD4 > 200$ celule/ mm^3 nu s-a evidențiat o agravare a infecției HIV în timpul sarcinii.

Infecția cu HIV, la rândul ei, are influență asupra sarcinii; nașterea prematură și hipotrofia fetală sunt evenimente frecvent întâlnite la gravidele cu infecție HIV/SIDA. Imunosupresia reprezintă un factor de risc pentru complicații obstetricale sau malformații fetale.

Mecanismele transmiterii

HIV poate fi transmis de la mamă la nou-născut astfel:

1. Antepartum

Se produce prin pasaj transplacentar; infecția are loc în ultimele săptămâni ale sarcinii și este asociată cu un risc crescut de evoluție rapidă a bolii la copil.

2. Intrapartum

Infecția se produce în timpul travaliului (prin contracțiile uterine se produc microtransfuzii de aproximativ 3 ml de sânge de la mamă la făt) sau în timpul expulziei (prin contactul tegumentului non-integru și al mucoasei conjunctivale ale nou-născutului cu sângele sau secrețiile genitale materne infectate, sau prin ingestia sângelui matern sau a altor lichide infectante materne).

HIV-1 a fost izolat, prin cultură sau PCR ARN, la femeile HIV pozitive din lichidul de spălătură cervico-vaginal iar la nou-născutul expus din aspiratul gastric și secrețiile oro-faringiene.

3. Postpartum

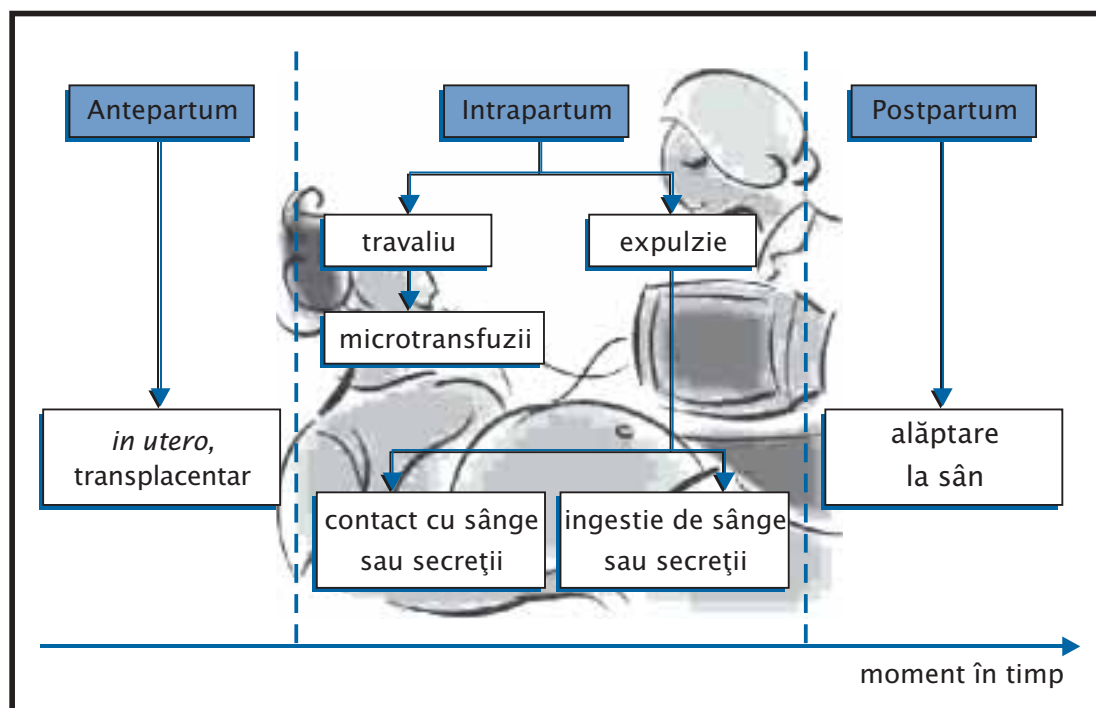
HIV poate fi transmis prin alăptare la sân, deoarece virusul este prezent în laptele mamelor infectate cu HIV.



Transmiterea perinatală a HIV

Mecanismele transmiterii perinatale a HIV

Figura 1



Factori care influențează riscul

1. Factori materni

Infecția HIV maternă avansată, clinic sau imunologic, a fost strâns legată de creșterea probabilității transmiterii HIV la nou-născut. Un număr de CD4 mai mic de 700 celule/mm³ a fost asociat cu creșterea riscului de transmitere materno-fetală. Riscul de transmitere a fost de 43% pentru femeile al căror număr de CD4 a fost mai mic de 200 celule/mm³, față de 15% la un număr de CD4 de peste 600 celule/mm³. Desigur, și evoluția infecției HIV la copil a fost corelată cu severitatea infecției HIV materne din timpul sarcinii. S-a demonstrat statistic un risc crescut de deces în primele 18 luni de viață la acei nou-născuți ale căror mame au avut infecție clinic avansată, antigen p24 prezent și/sau număr de CD4 scăzut.

Studiile au demonstrat că un nivel de **ARN HIV** la mamă mai mare de 50.000 copii/ml în momentul nașterii a fost asociat cu creșterea ratei de transmitere: 75% dintre gravidele care au transmis infecția HIV au avut încărcătură virală mai mare de 50.000 copii/ml. Din contră, nici una dintre femeile cu încărcătură virală mai mică de 20.000 copii/ml nu a transmis HIV nou-născuților. Încărcătura virală a mamei este un factor determinant important al transmiterii perinatale.



Transmiterea perinatală a HIV

Studii recente au încercat să stabilească valorile predictive ale încărcăturii ARN HIV materne în transmitere. Rata generală de transmitere la femeile netratate a fost de 21,3%. Rata de transmitere crește pe măsură ce crește încărcătura virală (**Caseta 1**).

Valoarea predictivă a încărcăturii virale la mamă în transmiterea HIV

Caseta 1

Încărcătura virală (copii ARN HIV/ml)	Rata transmiterii HIV perinatal	
	Femei netratate	Femei tratate
< 1.000	5%	5%
1.000 – 9.999	15%	7%
> 10.000	37%	18%

Primoinfecția HIV în timpul sarcinii asociază niveluri foarte mari ale viremiei plasmatică și risc crescut de transmitere verticală. Totuși, nu există o limită inferioară sub care să nu existe transmitere verticală și nici una superioară pentru care infecția verticală să se producă întotdeauna. Riscul de transmitere, bazat doar pe nivelul de ARN HIV plasmatic, pare să fie atenuat la gravidele care primesc terapie antiretrovirală.

Fumatul a fost asociat cu o creștere de 3 ori a riscului de transmitere HIV, la femeile cu CD4 scăzut, prin alterarea integrității placentare. **Folosirea drogurilor injectabile** în timpul sarcinii a fost asociată cu o creștere a ratei de transmitere perinatală a HIV; în schimb, practica folosirii drogurilor injectabile anterior sarcinii nu crește riscul. Alți factori materni asociați cu risc crescut de transmitere verticală sunt: contactul sexual neprotejat, cu parteneri multipli, infecțiile urinare.

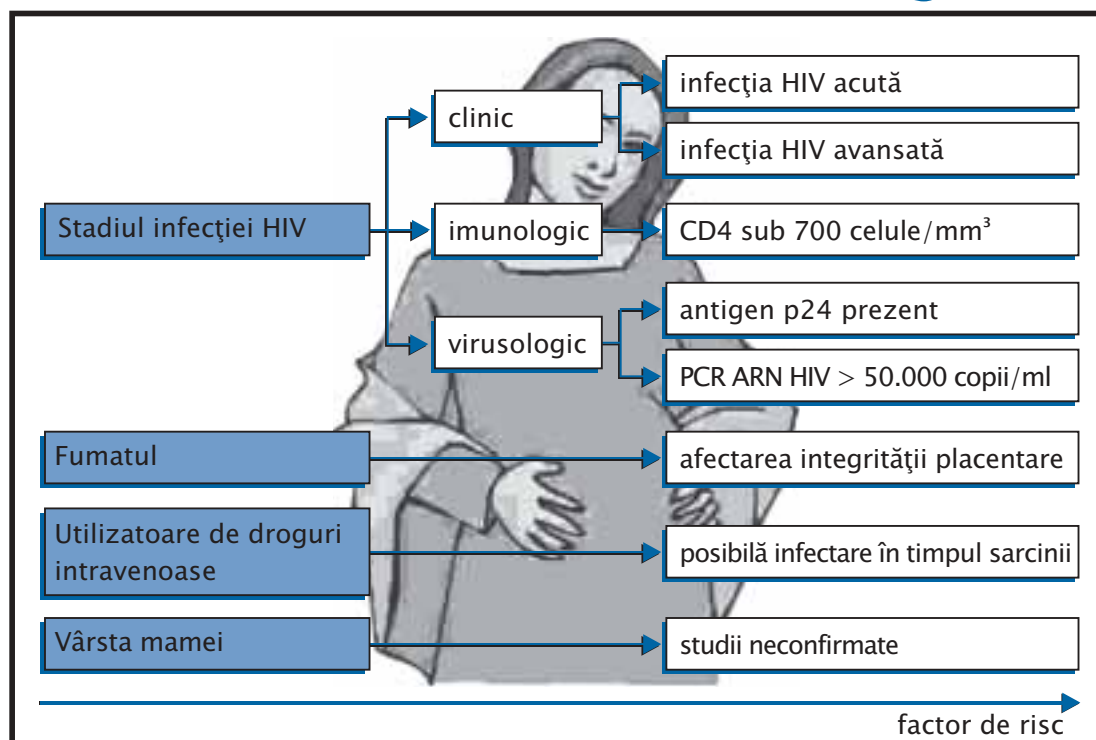
Originea geografică, educația, paritatea sau starea civilă nu sunt asociate cu schimbări în riscul de transmitere. Unele studii, neconfirmate, arată că **vârsta înaintată a mamei** crește riscul de transmitere perinatală, cu o incrementare de 5 ani la peste 25 de ani.



Transmiterea perinatală a HIV

Factori materni care influențează
riscul de transmitere verticală

Figura 2



2. Factori obstetricali

Ruptura prematură a membranelor a fost asociată cu un risc mare de transmitere perinatală a HIV, probabil datorită duratei îndelungate de expunere fetală la secrețiile cervico-vaginale infectate. Rata de transmitere perinatală este de 25% în cazul rupturii de membrane survenite cu mai mult de 4 ore înainte de expulzie, față de 14% în cazul în care ruptura membranelor s-a produs cu mai puțin de 4 ore înainte de expulzie. Riscul, care crește cu 2% pentru fiecare oră trecută de la ruperea membranelor, este independent de modul de naștere.

Extracția fătului prin operație cezariană electivă (programată) poate fi foarte eficientă în reducerea transmiterii perinatale a HIV. Cezariana electivă exclude posibilitatea rupturii premature de membrane. Beneficiul acestei proceduri crește atunci când este efectuată în conjuncție cu tratamentul antiretroviral al mamei.

Când se optează pentru proceduri chirurgicale trebuie luate în considerare deopotrivă riscurile și beneficiile acestora. În 11% din cazuri, în urma intervențiilor chirurgicale apar infecții (endometrite, infecții de plagă sau de tract urinar), în timp ce ratele infecțiilor puerperale sunt de 8% pentru nașteri pe cale vaginală cu asistență chirurgicală și de 4% în cazurile în care nu se folosește instrumentar.

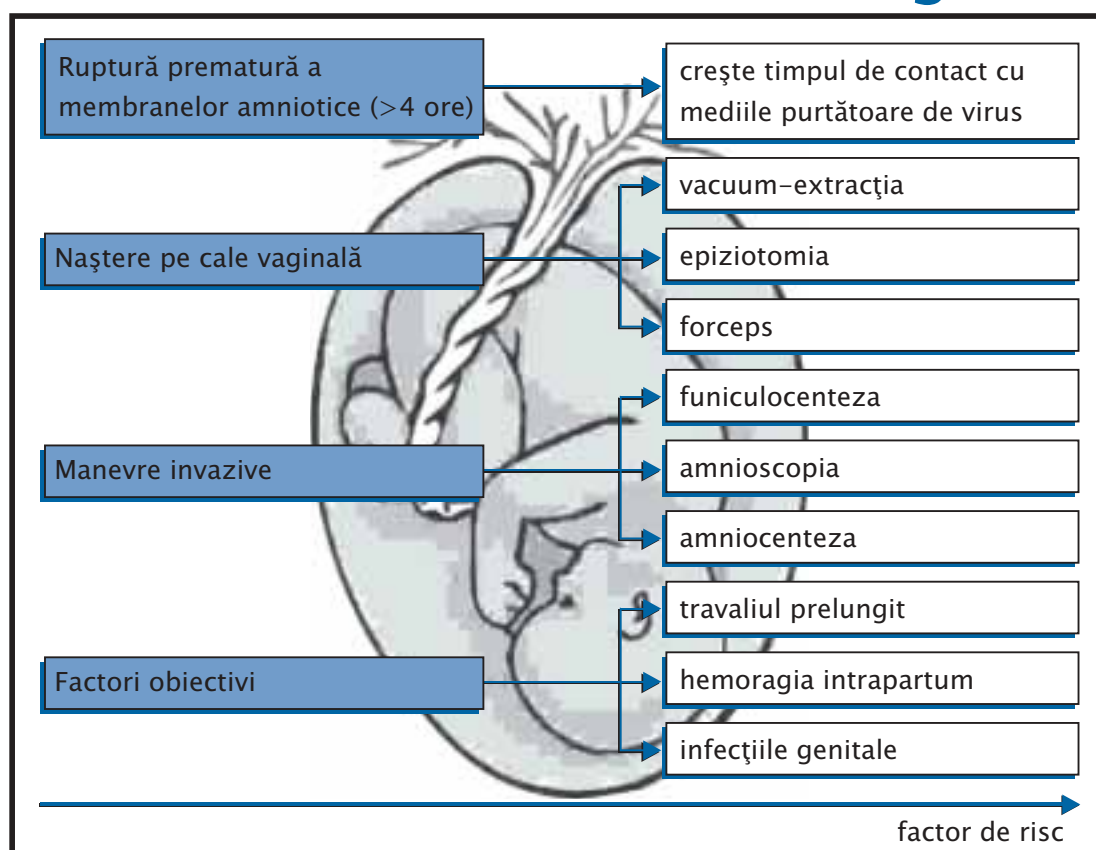


Transmiterea perinatală a HIV

Procedurile invazive din timpul sarcinii (funiculocenteza, amnioscopia, amniocenteza) ca și monitorizarea fetală invazivă prezintă un risc crescut de transmitere verticală, motiv pentru care sunt contraindicate. Ratele de transmitere sunt crescute în expulziile în care se folosesc epiziotomiile, forcepsul, vacuum-extrakția. Trăvialul prelungit, hemoragia intrapartum și prezența altor infecții genitale măresc riscul de transmitere.

Factori obstetricali care influențează riscul de transmitere verticală

Figura 3



3. Factori fetali și asociați alăptării la sân

Greutatea la naștere mai mică de 2.500 g și/sau vârsta fătului mai mică de 34 de săptămâni sau mai mare de 38 săptămâni au fost asociate cu o creștere a riscului de transmitere perinatală a HIV. Asocierea între prematuritate și transmitere poate fi o consecință a infecției HIV *in utero*, manifestându-se prin anomalii de dezvoltare fetală și naștere prematură. În plus, femeile cu infecție HIV avansată, care sunt mult mai susceptibile de transmitere HIV către nou-născut, sunt mai predispuse să nască un copil prematur. Nou-născutul



Transmiterea perinatală a HIV

prematur are sistemul imunitar mai puțin dezvoltat, de aceea este mai susceptibil pentru infecția cu HIV în timpul travaliului și expulziei. Rata transmiterii intrapartum poate fi mai mare la bebelușii prematuri, înțelegând prin aceasta că infectarea apare datorită faptului că a fost născut prematur și nu invers.

Ierarhia gemenilor a fost de asemenea asociată cu risc diferit de infecție. O creștere semnificativă a riscului de infecție HIV-1 este mai evidentă la primul născut, independent de calea de naștere. Deși mecanismul precis pentru acest risc crescut al primului născut nu este cunoscut, în mod cert infecția perinatală intervine adesea în timpul expulziei.

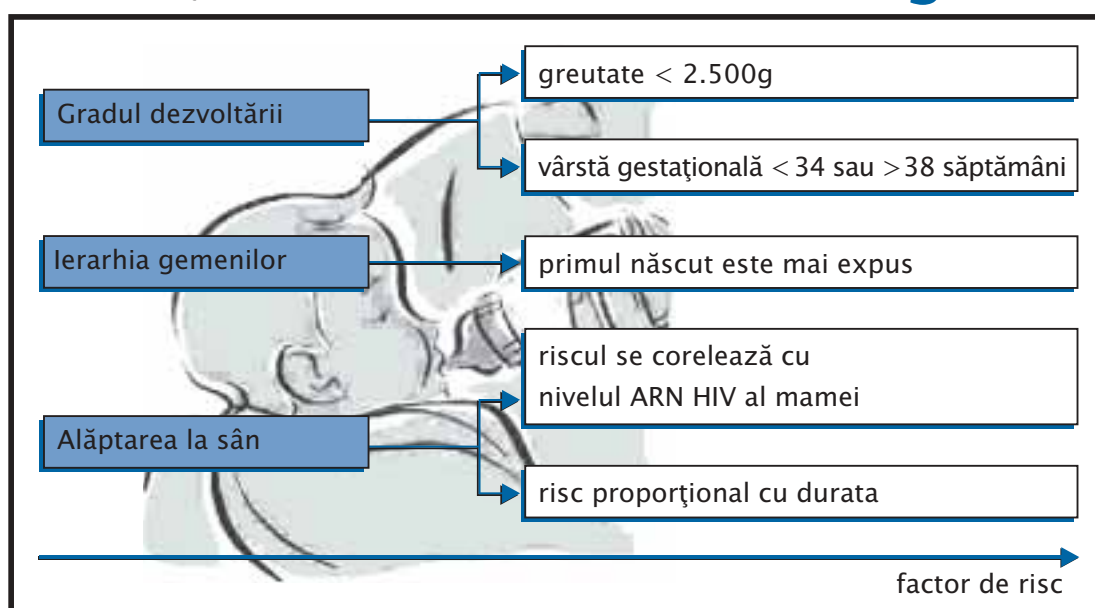
HIV-1 a fost izolat din celulele epiteliale mamare, iar prezența de ADN HIV a fost demonstrată în majoritatea eșantioanelor de lapte de la mamele HIV pozitive. Potențialul de transmitere a infecției HIV prin laptele matern este evident, dar riscul real este incert, deoarece majoritatea studiilor au fost făcute pe mame cu infecție HIV primară, când, se știe, încărcarea virală plasmatică e mai mare.

Durata alăptării la sân determină de asemenea riscul de transmitere, incidența transmiterii fiind de 0,7% pe lună. Alimentația mixtă nu reduce riscul de infecție.

Prezența unor sângerări mamelonare, a mastitei, a abcesului mamar și a deficitului de vitamină A cresc riscul transmiterii infecției HIV prin alăptare la sân.

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

Figura 4





Precauții în practica medicală

Precauții universale

Personalul care oferă îngrijire medicală pacienților trebuie să respecte următoarele norme de conduită, indiferent de statusul HIV al persoanei care primește sau oferă îngrijirile:

- să poarte mănuși când se atinge sângele, alte fluide, mucoase, tegumente lezate, instrumentar murdar de sânge sau de alte produse biologice (de exemplu: la amniotomie, examen ginecologic, epiziotomie, asistarea expulzării fătului, examinarea placentei etc.)
- se recomandă folosirea a două perechi de mănuși și folosirea mănușilor lungi pentru extracția placentei (în cazul operației cezariene sau a nașterii pe cale vaginală)
- să poarte mănuși când se recoltează probe de sânge, când se pun perfuzii; aceste mănuși sunt puse cu scopul de a proteja personalul sanitar; nu sunt necesare mănuși sterile, ci mănuși curate, care se schimbă la fiecare pacient; după scoaterea mănușilor urmează de fiecare dată spălarea mâinilor
- să poarte halate impermeabile în cursul manevrelor care presupun stropirea cu sânge sau cu alte produse biologice (ex: amniotomie, expulzie, operație cezariană, tăierea cordonului ombilical)
- să poarte mănuși și șorț de plastic și când se ia nou-născutul, care are pe tegumente lichid amniotic sau sânge matern
- placentă se pune în container special, pentru a împiedica răspândirea sângelui
- trebuie asigurată protecția ochilor, gurii și nasului cu ochelari de protecție/viziere în situații în care se pot produce stropiri cu sânge (vedeți și cursul "**Prevenirea transmiterii HIV în practica medicală**" *)
- mâinile sau alte suprafețe de piele stropite cu sânge sau cu alte produse biologice care pot conține sânge, lichid amniotic sau secreții vaginale se spală imediat și intens cu apă și săpun
- mâinile trebuie spălate imediat după scoaterea mănușilor
- trebuie să fie luate permanent măsuri de prevenire a înțepării sau a tăierii cu ace sau diverse alte instrumente tăioase; aceste accidente se pot solda cu transmiterea HIV; studii în acest sens arată că riscul de infectare a personalului sanitar în caz de înțepare cu ace murdare de sânge infectat este de sub 1%
- după folosire, acele vor fi manipulate cât mai puțin posibil, pentru a preveni înțepările accidentale; acele care trebuie introduse la loc în teci se manevrează cu o singură mână

* Disponibil
pe CD
și pe site-ul
www.hivability.ro



Precauții în practica medicală

- când se utilizează ace de unică folosință, acestea nu trebuie puse înapoi în teaca de plastic pentru că există un risc mare de înțepare
- imediat după utilizare, acele, lamele, bisturiile sau orice instrumentar ascuțit trebuie pus în containere special dedicate acestui scop, rezistente, impermeabile și impenetrabile, așezate în imediata apropiere, cât mai la îndemână
- în cazul unei plăgi produse accidental cu instrumentar medical murdar, se spală bine plaga cu apă și săpun, se pansează și se ia legătura cu medicul infecționist; nu există date care să confirme că forțarea sângerării ar aduce beneficii suplimentare; se recomandă aplicarea protocolului de profilaxie post-expunere.

Precauții în procedurile invazive

Procedurile invazive sunt acele proceduri diagnostice sau terapeutice care implică o penetrare chirurgicală în țesuturi, cavități sau organe, sau repararea unor traumatisme majore. Personalul obstetrical trebuie să respecte de asemenea precauțiile speciale în procedurile invazive.

Pentru că este recunoscut că riscul de expunere accidentală la sânge sau lichide biologice în timpul acestor proceduri nu poate fi redus la zero, cu actuala tehnologie, depinzând de tipul de operație, durata operației, pierderea de sânge și necesitatea irigației, se impun măsuri speciale de precauție.

În general, când se anticipează o procedură care durează mai mult de 3 ore și care se poate solda cu pierderea a mai mult de 300 ml sânge, în plus față de măsurile adoptate de rutină pentru prevenirea infectării, trebuie folosite următoarele bariere de protecție:

- echipa chirurgicală trebuie să poarte două perechi de mănuși
- trebuie purtați ochelari de protecție pentru a preveni contaminarea conjunctivală
- toți membrii echipei chirurgicale trebuie să poarte un șorț de plastic sub roba halatului în sala de operație
- se vor evita suturile simultane în aceeași plagă: principiul o plagă – un chirurg
- se evită instrumentarul cu capetele curbe (de exemplu acele curbe).



Managementul gravidei

Generalități

Scopul personalului medical în ceea ce privește managementul multidisciplinar al pacientei gravide este să se asigure că nici o pacientă infectată cu HIV nu scapă filtrului sistemului sanitar, astfel încât să se poată pune în practică măsurile de prevenire a transmiterii verticale a infecției HIV.

Important

Managementul pacientei gravide se referă la trei aspecte:

- determinarea comportamentului cu risc pentru infecția HIV
- determinarea prezenței infecției HIV; aceasta este baza prevenirii transmiterii verticale a infecției HIV; de aceea, oferirea testării HIV gravidelor este **obligatorie**
- în caz de infecție HIV, îndrumarea pacientei pe circuitul sistemului medical, astfel încât aceasta să beneficieze de toate posibilitățile terapeutice pentru împiedicarea transmiterii verticale a infecției HIV.

Statusul HIV

Dacă statusul HIV al pacientei gravide nu este cunoscut, acesta trebuie aflat.

În situații de urgență (criterii: la prezentarea la spital pentru naștere, sau internarea pentru probleme ginecologice/obstetricale la vârstă gestațională mai mare de 36 săptămâni, sau internarea pentru iminență de naștere prematură, la vârstă gestațională mai mare de 28 săptămâni) se aplică testarea de urgență, cu consiliere și folosirea testului rapid.

În toate situațiile se aplică procedurile standard de consiliere și testare (pentru detalii vedeți cursul "**Consiliere pentru testarea HIV**" *), și anume informarea pacientelor despre testul HIV și îndrumarea lor către Centrul de Consiliere și Testare din cadrul DSPJ unde se va efectua testul. Aceasta trebuie privită ca fiind o obligație medicală a fiecărui profesionist din domeniul sanitar.

Când statusul HIV este cunoscut ca fiind negativ, dar există comportament la risc, se oferă în primul rând consiliere pentru adoptarea unui comportament care să mențină starea de seronegativitate și se indică repetarea testării HIV.

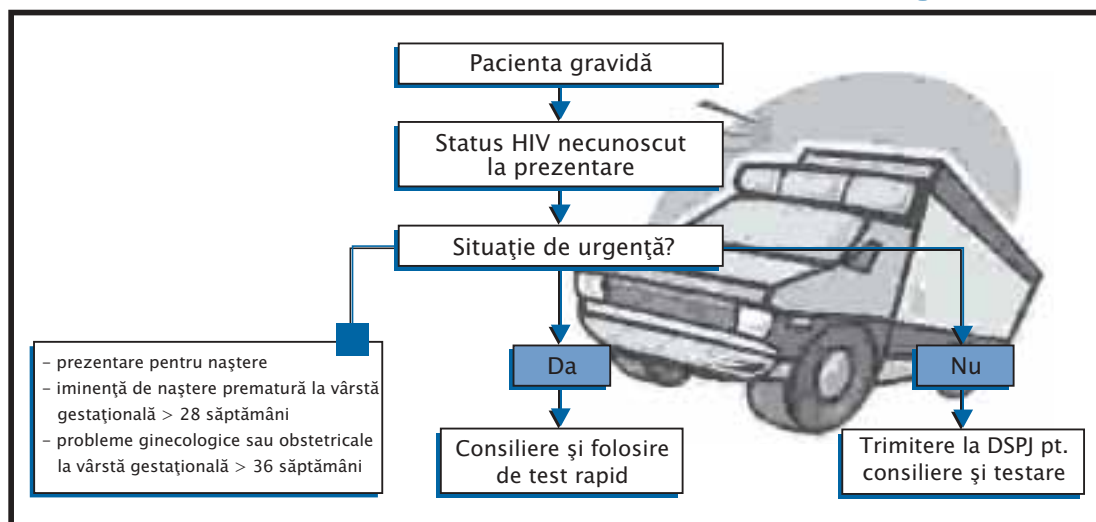
* Disponibil
pe CD
și pe site-ul
www.hivability.ro



Managementul gravidei

Figura 5

Indicația tipului de test



Principii de lucru

Principiile de lucru în managementul multidisciplinar al pacientelor gravide derivă din următoarele considerații:

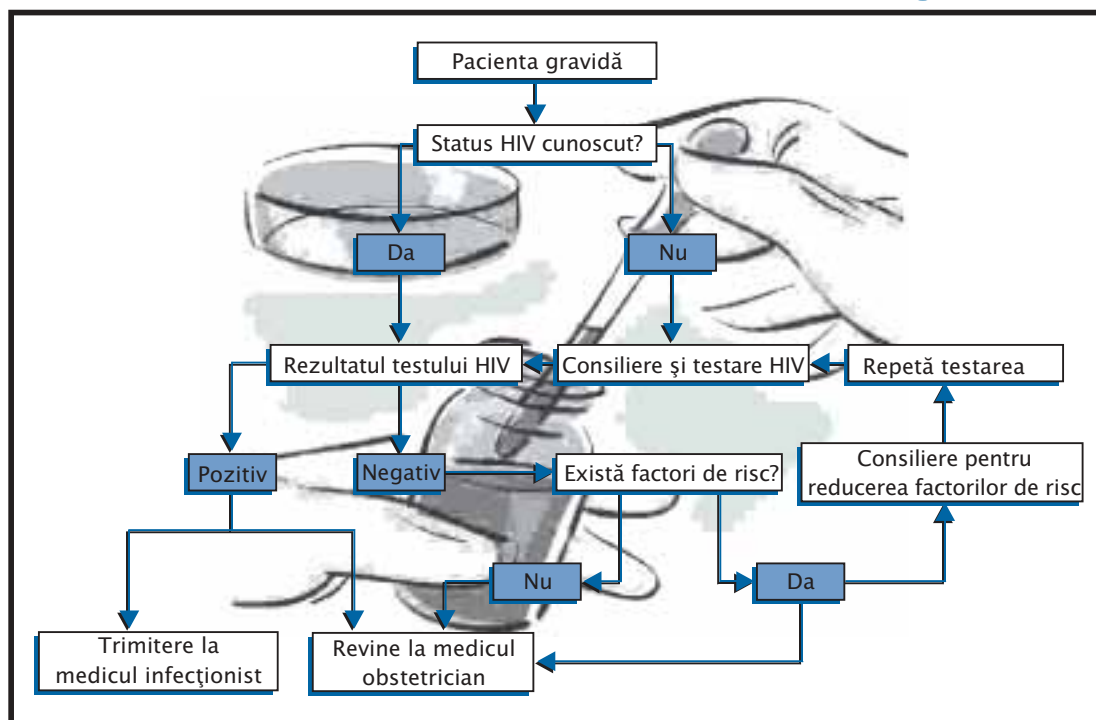
- o femeie poate fi infectată cu HIV și pe parcursul sarcinii, în cazul în care prezintă comportament cu risc pentru infecția HIV; de aceea comportamentul la risc trebuie urmărit anamnestic, iar persoana respectivă trebuie sfătuită să adopte un comportament care să o protejeze de infecția HIV și trebuie trimisă pentru retestarea HIV
- de cele mai multe ori, **persoanele infectate cu HIV sunt complet asimptomatice** din punct de vedere clinic; testarea HIV este singurul mod în care se poate determina prezența sau absența infecției HIV; de aceea, este obligatoriu pentru personalul medical să ofere testarea HIV pacientelor gravide
 - momentul prezentării pacientei gravide (momentul în care aceasta ia contact cu sistemul sanitar) poate varia mult; în funcție de momentul prezentării și de specialistul la care aceasta se prezintă, atitudinea medicală variază; ceea ce este important este ca la nivel de sistem sanitar să se cunoască precis statusul HIV al pacientei gravide
 - **depistarea stării de seropozitivitate HIV** este cu atât mai valoroasă din punct de vedere medical cu cât se realizează mai devreme.



Managementul gravidei

Figura 6

Cunoașterea statusului HIV



Rolul obstetricianului

Evoluția gravidei se poate descrie conform următoarelor etape: antepartum, intrapartum și postpartum. Intervenția terapeutică în aceste momente este de natură diferită, atât în sensul intervenției propriu-zise, cât și în ceea ce privește specialistul care trebuie să intervină.

Intervenția medicului obstetrician în prevenirea transmiterii verticale a infecției HIV este esențială în toate momentele evoluției sarcinii: **antepartum** (prezentare pentru luare în evidență și controale periodice), **intrapartum** și **postpartum** (urmărirea respectării tratamentului antiretroviral și urmărirea aplicării indicației de alimentație artificială a nou-născutului, pentru pacientele HIV pozitive).

Medicul infecționist joacă rolul principal în managementul persoanelor HIV pozitive. Supravegherea persoanelor cu infecție HIV/SIDA se realizează de regulă la nivelul serviciilor de boli infecțioase teritoriale.

În **Caseta 2** puteți consulta o listă care cuprinde atribuțiile medicului infecționist.



Managementul gravidei

Atribuțiile medicului infecționist
în managementul persoanelor HIV pozitive

Caseta 2

Medicul infecționist joacă rolul principal în managementul persoanelor HIV pozitive:

- confirmă diagnosticul de infecție HIV (prin trimiterea probelor la DSPJ)
- confirmă cazul către forurile superioare (prin completarea fișei de confirmare)
- precizează stadiul clinico–imunologic al infecției HIV
- asigură supravegherea periodică clinică și paraclinică a persoanelor fără indicații de tratament antiretroviral (prin colaborarea cu medicul de familie din teritoriu)
- inițiază tratamentul antiretroviral (TARV) la persoanele cu criterii clinice și/sau imuno–virusologice de eligibilitate
- monitorizează periodic, clinic și paraclinic persoanele aflate sub TARV (prin colaborarea cu medicul de familie din teritoriu)
- inițiază profilaxia primară/secundară a principalelor infecții oportuniste
- confirmă diagnosticul și inițiază tratamentul specific pentru infecțiile oportuniste.

Luarea în evidență

La momentul prezentării pentru luarea în evidență, medicul obstetrician trebuie să întreprindă următoarele acțiuni:

- a. **la prima prezentare** a gravidei (momentul luării în evidență), medicul obstetrician are obligația profesională (de bună practică medicală) de a prezenta informații despre infecția HIV, de a **oferi testul HIV** într–una din variantele disponibile, dacă acest lucru nu a fost făcut deja și de a o îndruma către Centrul de Consiliere și Testare din cadrul DSPJ unde se efectuează testul
- b. în cazul prezenței infecției HIV, dacă vârsta sarcinii este de mai puțin de douăsprezece săptămâni, medicul obstetrician trebuie să discute cu gravida opțiunea întreruperii sarcinii
- c. dacă pacienta HIV pozitivă dorește păstrarea sarcinii, aceasta trebuie îndrumată de urgență către medicul infecționist, care va stabili măsurile terapeutice specifice necesare prevenirii transmiterii verticale a infecției HIV

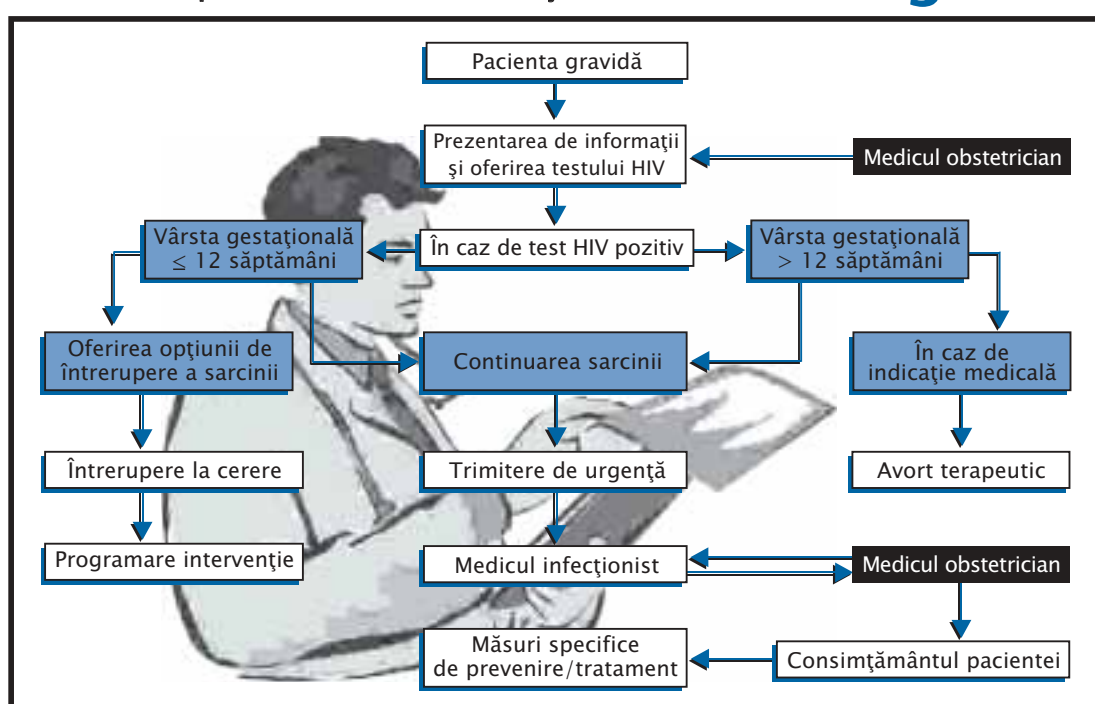


Managementul gravidei

- d. medicul obstetrician trebuie să țină legătura cu medicul infecționist pentru a cunoaște măsurile terapeutice stabilite de acesta
- e. medicul obstetrician trebuie să stabilească cu consimțământul informat al pacientei care sunt măsurile obstetricale specifice pe care le va aplica pentru prevenirea transmiterii verticale a infecției HIV.

Prezentarea pentru luarea în evidență

Figura 7



Controalele periodice

Controalele periodice se desfășoară după următoarele principii:

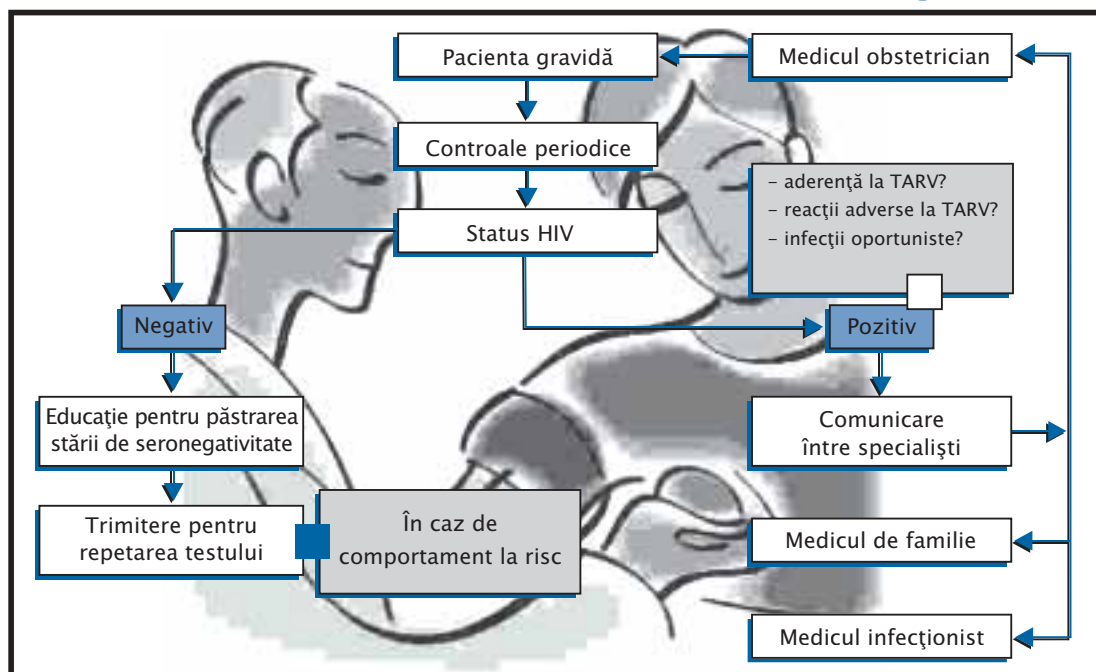
- a. pentru gravidele HIV negative trebuie oferită educație în sensul păstrării statusului de seronegativitate, iar în cazul în care există comportament la risc, trebuie indicată testarea HIV din nou
- b. pentru gravidele HIV pozitive, trebuie evaluată aderența la tratamentul stabilit de medicul infecționist, trebuie căutate posibilele infecții oportuniste, posibilele reacții adverse la tratamentul antiretroviral
- c. pentru gravidele HIV pozitive, trebuie ținută legătura cu ceilalți specialiști implicați în îngrijirea pacientei, medicul de familie și medicul infecționist, pentru ajustarea tratamentului și rezolvarea diverselor probleme ale pacientei care pot apărea.



Managementul gravidei

Figura 8

Controalele periodice



Naștere sau alte urgențe

În aceste cazuri, principiile de lucru sunt:

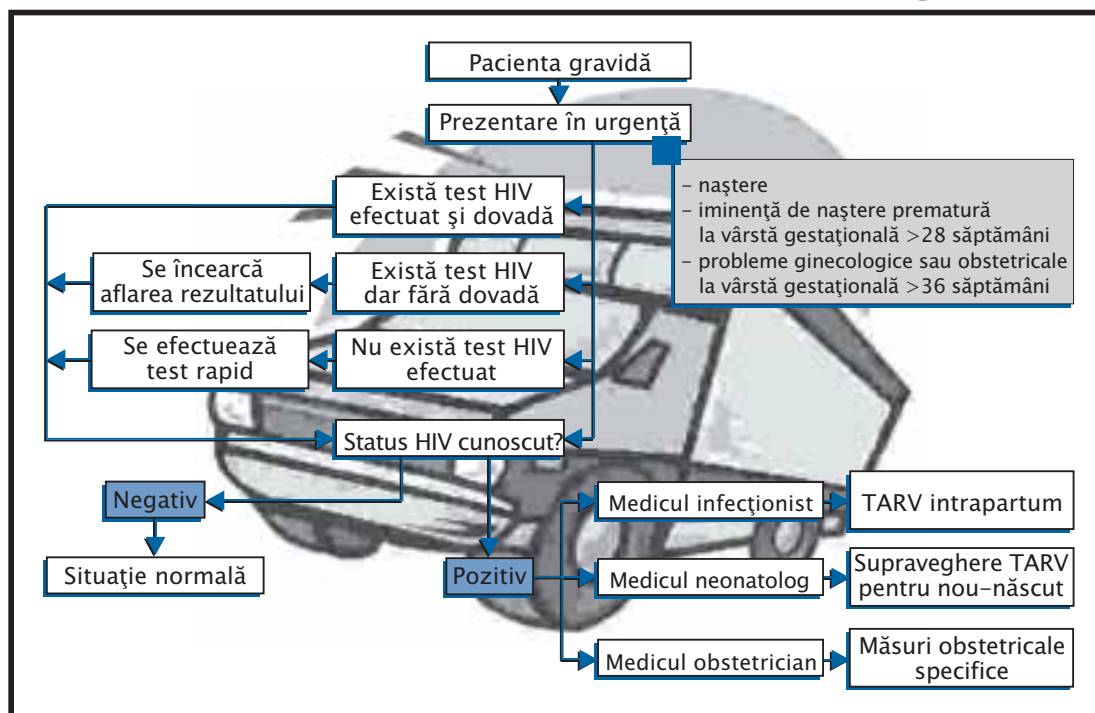
- dacă este vorba de o prezentare în urgență (naștere, iminență de naștere prematură la vârstă gestațională mai mare de 28 săptămâni, probleme ginecologice sau obstetricale la vârstă gestațională mai mare de 36 săptămâni), statusul HIV al pacientei trebuie cunoscut (de urgență); pacienta poate să se afle în una din situațiile:
 - poate avea dovada și rezultatul testului
 - poate anunța că are un test HIV deja realizat, caz în care se află rezultatul acestui test de la instituția la care s-a făcut (telefonic), sau
 - se poate ca testul HIV să nu fi fost făcut deloc, caz în care se face un test HIV rapid, pentru oferirea în timp util, în caz de nevoie, a tratamentului antiretroviral.
- pentru gravidele HIV pozitive, medicul infecționist trebuie anunțat pentru a coordona pe timpul nașterii aplicarea tratamentului antiretroviral
- pentru gravidele HIV pozitive, atât medicul infecționist cât și medicul neonatolog trebuie anunțați pentru a administra sau supraveghea tratamentul antiretroviral al copilului
- pentru pacientele HIV pozitive trebuie aplicate măsurile terapeutice specifice.



Managementul gravidei

Figura 9

Prezentarea în urgență sau pentru naștere



Postpartum

Atitudinea postpartum pentru pacientele HIV pozitive:

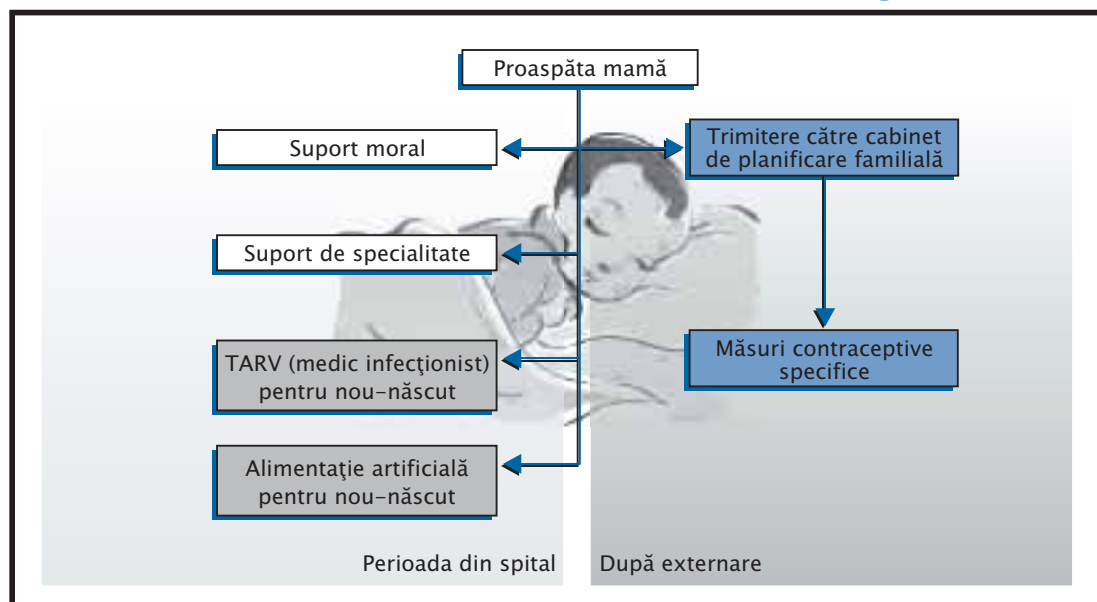
- este necesar ca medicul obstetrician să ofere suport moral și de specialitate proaspetei mame
- medicul obstetrician** va trebui să anunțe pacienta despre necesitatea alimentației artificiale a nou-născutului; pacienta trebuie să cunoască faptul că alimentația mixtă este mai riscantă chiar decât alimentația naturală
- nou-născutul trebuie să primească **tratament antiretroviral și alimentație artificială**; în mod normal, pacienta HIV pozitivă ar trebui să fie în posesia medicamentelor necesare tratamentului antiretroviral al nou-născutului, prescrise și primite de la medicul infecționist
- medicul obstetrician**, împreună cu ceilalți specialiști, va informa pacienta cu privire la măsurile contraceptive și o va trimite către un cabinet de planificare familială.



Managementul gravidei

Perioada postpartum

Figura 10





Conduita terapeutică

Generalități

În acest subcapitol ne referim numai la pacientele gravide infectate cu HIV.

Important

Prevenirea transmiterii verticale a infecției HIV începe și se fundamentează pe depistarea persoanelor infectate cu HIV. De aceea, prima măsură pe calea prevenirii transmiterii verticale a infecției HIV este **recomandarea și oferirea testării HIV**. Personalul medical trebuie să încurajeze pe toate căile ca pacientele gravide să își cunoască statusul HIV.

De asemenea, personalul medical trebuie să vegheze ca actul medical să se desfășoare în **condiții de siguranță**, atât pentru pacienți, cât și pentru cei care furnizează îngrijirile medicale.

Scopul conduitei terapeutice față de pacienta gravidă HIV pozitivă este să împiedice transmiterea infecției HIV la copil și să asigure îngrijiri medicale de calitate, fără diferență față de pacientele seronegative.

Reducerea transmiterii verticale a infecției HIV poate fi obținută până la sub 2% prin utilizarea următoarelor măsuri terapeutice:

- administrarea de medicație antiretrovirală în toate cele trei faze în care există risc de transmitere a infecției: antepartum, intrapartum și postpartum
- practicarea operației cezariene programate, pe membrane intacte, în afara travaliului, înainte de termen, la 38 de săptămâni de amenoree
- alimentația artificială a nou-născutului, cu lapte praf.

Consultul obstetrical

Consultul obstetrical urmărește:

- stabilirea vârstei sarcinii, a prezenței factorilor de risc obstetricali (alții decât infecția HIV) și decidera modului de derulare a supravegherii ulterioare
- evidențierea în antecedente a factorilor de risc pentru infecția HIV:
 - istoric epidemiologic (comportament sexual, număr de parteneri sexuali și prezența factorilor de risc la aceștia, folosirea drogurilor i.v., istoric transfuzional, alcoolism, fumat etc.)
 - diagnosticarea infecției HIV în antecedente și/sau a simptomelor asociate cu principalele infecții oportuniste,
- tratamente antiretrovirale, durata și aderența la ele, prezența în antecedente a efectelor toxice la antiretrovirale sau la alte medicamente utilizate



Conduita terapeutică

- descoperirea de semne sau simptome posibil cauzate de infecția HIV (**Caseta 3**)
- antecedente legate de alte sarcini: prezența altei sarcini în antecedente și evoluția acesteia, apariția unor complicații, etc.

Semne/simptome posibil cauzate de infecția HIV

Caseta 3

- limfadenopatie generalizată
- candidoză orală și/sau vaginală persistentă
- semne nespecifice (febră > 38,5°C, diaree mai mult de o lună)
- herpes Zoster (două episoade sau erupție care interesează mai mult de un dermatomer)
- neuropatie periferică
- disfagie
- scădere ponderală peste 10% din greutatea corpului
- ulcerații cutaneo-mucoase herpetice persistente
- disfuncții cognitive
- pneumonie care nu răspunde la terapia antimicrobiană.

Conduita antepartum

Conduita terapeutică antepartum se bazează pe următoarele principii de lucru:

1. una din opțiunile pe care le are o gravidă HIV pozitivă este întreruperea la cerere a sarcinii; medicul obstetrician poate oferi această opțiune, una din condiții fiind ca sarcina să fie de vârstă gestațională mai mică de 12 săptămâni; după această vârstă gestațională, medicul obstetrician și medicul infecționist pot indica avortul terapeutic, în funcție de indicațiile specifice
2. dacă întreruperea sarcinii nu este acceptată sau posibilă, sarcina va fi urmărită fără să se folosească măsuri invazive
3. în funcție de consultul ginecologic și indicații (de exemplu, număr de copii ARN HIV > 1.000/ml), medicul obstetrician va programa operația cezariană; acest lucru se face cu acordul informat al pacientei, după ce se iau în calcul riscurile și beneficiile asociate
4. antepartum trebuie efectuate controalele periodice, conform calendarului controalelor medicale pentru gravida seropozitivă



Conduita terapeutică

5. În cadrul controalelor medicale periodice trebuie urmărită:
- recunoașterea infecțiilor oportuniste și trimiterea la medicul infecționist pentru tratament
 - supravegherea aderenței și a reacțiilor adverse la tratamentul antiretroviral, cu păstrarea legăturii între medicul infecționist, medicul obstetrician și medicul de familie pentru coordonarea terapiei
 - posibila apariție a semnelor și simptomelor legate de infecția HIV, la pacientele cunoscute ca fiind seronegative HIV.

Reacții adverse la tratamentul antiretroviral

Există două situații posibile:

- pacienta se află deja în tratament antiretroviral stabilit înainte de apariția sarcinii de către medicul infecționist, caz în care reacțiile adverse sunt cel mai probabil deja cunoscute și rezolvate, sau
- pacienta începe să primească tratament profilactic antiretroviral în timpul sarcinii; în acest caz schema standard este: Lamivudină (3TC) + Zidovudină (ZDV) + Nelfinavir (NFV), iar cele mai frecvente reacții adverse sunt trecute în tabelul de mai jos:



Conduita terapeutică

Conduita terapeuică

Reacții adverse mai frecvente la instituirea
tratamentului profilactic antiretroviral

Casetă 4

Denumire comună internațională	Denumire comercială	Abrevieri	Mod de administrare	Reacții adverse mai frecvente
Nelfinavir	Viracept® (Hoffmann - La Roche)	NFV	- oral - comprimate (250 mg) și pulbere-suspensie (50 mg/g)	diaree, erupții cutanate, flatulență, greață, dureri abdominale, astenie, neutropenie, creșterea enzimelor hepatice, creșterea limfocitelor
Zidovudină	Retrovir® (Glaxo- Wellcome)	ZDV	- oral - capsule - i.v. - soluție perfuzabilă	grețuri, vărsături, cefalee, inapetență, afectare hepatică, anemie macrocitară, afectare cardiacă, dureri musculare, granulocitopenie
Lamivudină	Epivir® (Glaxo- Wellcome)	3TC	- oral - comprimate și soluție/sirop	grețuri, vărsături, cefalee, inapetență, diaree, erupții cutanate, febră, dureri abdominale, afectare neurologică periferică, depresie, fotofobie, insomnie, pancreatită, căderea părului, anemie, leucopenie

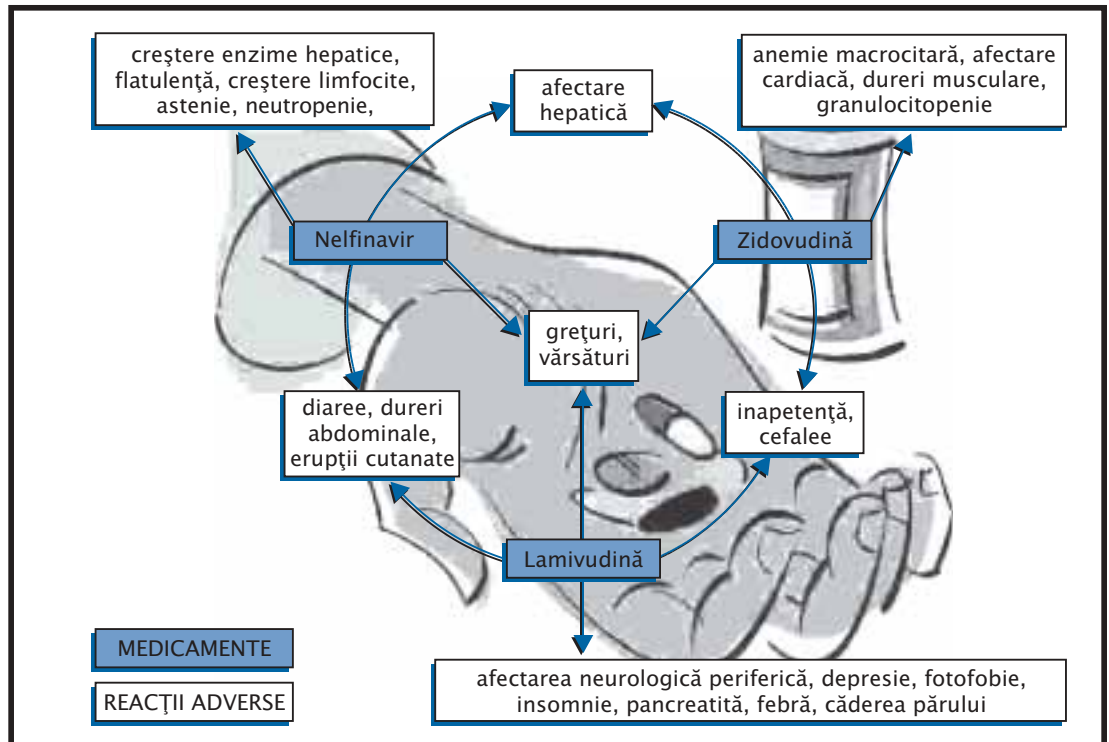
În cazul apariției reacțiilor adverse, medicul obstetrician trebuie să trimită pacienta către medicul infecționist pentru ajustarea tratamentului, pentru că unele reacții adverse se tratează simptomatic (greața, vărsăturile), iar altele impun întreruperea tratamentului (anemie < 8 g/dl, creșterea transaminazelor > 10N).



Conduita terapeutică

Reacții adverse la tratamentul antiretroviral

Figura 11



Programarea controalelor medicale pentru gravida seropozitivă

Caseta 5

Luna de sarcină	Frecvența controalelor	Serologie sifilis	Serologie toxoplasmoză	CD4	ARN-HIV
I	1/lună				
II	1/lună	•	•	a*/b**	•
III	1/lună				
IV	1/lună	•	•	b**	•
V	1/lună				
VI	1/lună				
VII	1/lună				
VIII	2/lună	•	•	a*/b**	•***
IX	4/lună (săptămânal)				

a* = la CD4 > 500 celule/mm³ testarea se repetă la un interval de 6 luni

b** = la CD4 < 500 celule/mm³ testarea se repetă la fiecare 3 luni

X*** = ARN-HIV se repetă la fiecare 3 luni; în funcție de valoarea identificată prin test la 34-36 de săptămâni de sarcină se recomandă cezariana programată.



Conduita terapeutică

Evaluarea clinică și principalele teste de laborator recomandate la gravida HIV pozitivă

Caseta 6

Eveniment	primele 11 săptămâni	săptămânile 12-27	săptămânile 28-35	săptămâna 36 - naștere
Evaluare clinică	la luarea în evidență	lunar	bilunar	săptămânal
Ex. secreție vaginală ¹	•	•	•	•
Sumar de urină ²	•	•	•	•
Citodiagnostic Papanicolau ³	•	•	•	•
Echografie ⁴	•	•	•	•
Electroforeza hemoglobinei ⁵	•			
Glucozo-6-fosfat dehidrogenaza ⁶	•			
Determinare de HCG, estriol neconjugat, alfa-fetoproteină ⁷		•		

- ¹ se caută prezența *N. Gonorrhoeae*, *Ch. Trachomatis*, *Streptococ grup B*; vaginitele sunt mai frecvente în timpul sarcinii datorită modificărilor hormonale și scăderii imunității; vaginitele dau risc crescut de naștere prematură
- ² determinări standard în sarcină
- ³ examen microscopic al celulelor superficiale ale cervixului și colului uterin, recoltate ca frotiu, pentru determinarea anomaliilor celulare
- ⁴ determină vârsta gestațională și prezența eventuală a unor anomalii fetale
- ⁵ la pacienta cu risc de hemoglobinopatii
- ⁶ test opțional, recomandat mai ales la pacientele care primesc dapsonă sau sulfamide
- ⁷ se efectuează la voluntar, după consilierea gravidei. Sunt teste neinvazive care pot determina riscul de defecte ale tubului neural, sindrom Down sau trisomie 18.



Conduita terapeutică

Conduita intrapartum

Este important să se încerce prin orice mijloace diminuarea intervalului de timp în care copilul intră în contact cu sânge sau lichide biologice materne ce poartă încărcătura virală mare.

Folosirea combinată a tratamentului antiretroviral, împreună cu evitarea procedurilor invazive și cu alimentația artificială a nou-născutului sunt foarte eficiente în prevenirea transmiterii verticale a infecției HIV.

În cazul pacientelor cunoscute ca fiind HIV-pozitive sunt posibile două situații clinice: nașterea prin cezariană programată și nașterea pe cale vaginală. Operația cezariană intră în atribuțiile medicului obstetrician.

Cezariana programată

Medicul obstetrician va executa operația cezariană programată. O serie de studii recente au demonstrat valoarea independentă a cezarienei în reducerea riscului de transmitere verticală a infecției HIV, chiar și la pacientele tratate cu triterapie ARV și cu încărcătura virală nedetectabilă. Totuși, la o încărcătură virală mai mică de 1.000 copii/ml, riscurile asociate cezarienei pot depăși beneficiile.

Pentru a se obține beneficiul terapeutic scontat de la această procedură, aceasta se face:

- înainte de termen (la 38 de săptămâni)
- pe membrane intacte
- în afara travaliului.

În cadrul operației, incizia ultimelor planuri trebuie efectuată cu instrumente boante, pentru a evita rănirea fătului.

Medicul infecționist trebuie să monitorizeze administrarea tratamentului antiretroviral pe tot parcursul procedurii.

În afara unor infecții clinice manifeste sau a altor indicații medicale specifice, nu se indică antibioprolaxie.

Caseta 7 conține tratamentul antiretroviral perinatal indicat la gravida HIV pozitivă plus schema terapeutică de profilaxie antiretrovirală la nou-născut.



Conduita terapeutică

Tratamentul antiretroviral perinatal la gravida HIV pozitivă

Caseta 7

Perioada de tratament	Schema ARV	Forme de prezentare a ZDV	Posologie	Debutul profilaxiei	Încheierea profilaxiei
Antepartum	ZDV+ 3TC+ NFV	cp. 100 mg cp. 150 mg cp. 125 mg	300 mgx2/zi 150 mgx2/zi 1250 mgx2/zi	săptămânile 14-34	în momentul declanșării travaliului
	alternativă ZDV+ 3TC+ NVP	cp. 100 mg cp. 150 mg cp. 200 mg	300 mgx2/zi 150 mgx2/zi 200 mg/zi x14 zile apoi 200 mgx2/zi	săptămânile 14-34	în momentul declanșării travaliului
	alte scheme ARV, dacă tratamentul este inițiat înaintea apariției sarcinii				
Intrapartum	ZDV+ 3TC+/-	cp. 100 mg cp. 150 mg	600 mg inițial apoi 300 mg la 3 ore interval 150 mg inițial apoi 150 mg la 12 ore interval	la intrarea în travaliu	după naștere
	NVP *	cp. 200 mg	1 capsulă în priză unică	la debutul travaliului	
Postpartum	în funcție de indicații, poate continua schema ARV (dacă are indicații de tratament) sau tratamentul ARV se întrerupe după naștere				

Profilaxie la nou-născut

Postpartum	ZDV+	soluție buvabilă 10 mg/ml	2 mg/kg la fiecare 6 ore	în maxim 6 ore de la naștere	până la 6 săptămâni de viață
	3TC+/-	sirop 10 mg/ml	2 mg/kg la fiecare 6 ore		
	NVP **	suspensie orală 10 mg/ml	5 mg/kg în priză unică		

* NVP se poate administra în priză unică, în asociere cu ZDV și 3TC în cazul gravidei depistate HIV pozitiv imediat înaintea nașterii.

** NVP în priză unică se poate asocia la ZDV și 3TC dacă mama nu a primit tratamentul ARV ante și intrapartum. NVP se poate administra timp de 6 săptămâni (în asociere cu ZDV și 3TC) în cazurile în care se apreciază că nou-născutul se află la risc maxim de a fi infectat cu HIV.

Nașterea pe cale vaginală

Pe cât posibil, este cerută prezența medicului infecționist pentru administrarea și monitorizarea tratamentului antiretroviral.

Trebuie evitate procedurile și măsurile invazive.

Pe parcursul nașterii, trebuie de asemenea urmărite:

- scurtarea travaliului pe cât de mult posibil (ex. folosirea oxitocinei)
- evitarea manevrelor obstetricale; părerile sunt împărțite, unii autori consideră că manevrele obstetricale scurtează timpul nașterii și de aceea le indică
- evitarea epiziotomiei; folosirea pensei la epiziorafie



Conduita terapeutică

- pensarea cordonului ombilical trebuie făcută imediat după naștere
- copilul trebuie curățat (prin ștergere) de sânge și secreții materne cu atenție pentru a proteja de contaminare ochii, nările și gura
- se indică folosirea aspirației mucusului din nările copilului numai în caz de apnee; în celelalte cazuri, această manevră are potențial de contaminare.

Un alt tip de măsuri obstetricale considerate cu risc de infecție sunt cele de genul versiunii externe: se consideră că aceasta poate duce la transfuzie de sânge matern către făt.

Unele surse consideră că dezinfecția canalului vaginal cu clorhexidină 0,25% aduce rezultate pozitive suplimentare.

Medicul obstetrician va explica aceste măsuri moașei sau asistentei, deoarece acestea vor asista sau efectua nașterile necomplicate. Gravida seropozitivă trebuie tratată fără a se face discriminări (**Caseta 7**).

Identificare HIV pozitivă în travaliu

Gravida trebuie să se prezinte pentru naștere la unitatea sanitară însoțită de rezultatul testului HIV. În lipsa acestui rezultat, personalul sanitar trebuie să se intereseze dacă acest test a fost făcut și dacă rezultatul este disponibil.

În caz de rezultat indisponibil, pacientele care au un status HIV pozitiv necunoscut până în momentul nașterii, trebuie identificate (prin testul rapid) și tratate cu un regim modificat.

Gravidele identificate HIV pozitive în travaliu vor primi Zidovudină i.v. (dacă este disponibil) sau Zidovudină oral plus Lamivudină oral pe tot parcursul travaliului plus o doză de Nevirapină la debutul travaliului, iar nou-născutul: ZDV+3TC, timp de 6 săptămâni +/- NVP (priză unică). Dacă nou-născutul este considerat la risc maxim de a fi infectat cu HIV, va primi regim maximal: ZDV+3TC+NVP oral, timp de 6 săptămâni. Medicul infecționist va decide schemele antiretrovirale adecvate.

Măsuri invazive

Lista măsurilor terapeutice considerate invazive:

- epiziotomia, vacuum-extrakția, utilizarea forcepsului; unii autori sugerează, totuși, scurtarea celei de-a doua perioade a nașterii prin aplicație de forceps sau de vacuum-extrakție
- monitorizarea ritmului cardiac fetal sau electrocardiogramă fetală prin electrod atașat scalpului fetal
- recoltarea de sânge pentru determinarea pH-ului sângelui din scalpul fetal
- amniocenteza
- ruperea artificială a membranelor.



Conduita postnatală

Scopul este de a oferi lehuzei infectate cu HIV o îngrijire medicală similară cu cea a pacienților seronegative, cu atenție asupra susceptibilității mai mari la infecție, în timp ce se continuă măsurile de prevenire a transmiterii verticale a infecției HIV (prin alimentația artificială a nou-născutului).

Conduita imediată

Infecția puerperală

Datorită riscului crescut de infecții puerperale (infecție urinară, endometrită, mastită, infecții ale plăgii operatorii) atenția personalului medical la semnele precoce de infecție trebuie să fie sporită iar pacienta trebuie să fie instruită asupra acestora.

Atenția trebuie să se îndrepte mai ales către:

- temperatură corporală mai mare de 38°C puerperal (până la 14 zile postnatal sau avort)
- infecții perineale superficiale
- lohii urât mirositoare, durere abdominală joasă, uter sensibil (la palpate bimanuală)
- infecții mamelonare.

Infecțiile puerperale pot fi evitate prin toaleta canalului genital cu clorhexidină 0,25% la fiecare examinare vaginală.

Alimentația artificială

Pacientele HIV pozitive trebuie sfătuite temeinic să își hrănească copiii cu lapte praf. Substituirea laptelui de mamă cu formule de lapte este o componentă a programului de prevenire a transmiterii verticale a HIV, iar femeia trebuie ghidată pentru a-și cunoaște drepturile.

Legea nr. 321 din 2001 oferă tuturor nou-născuților lapte praf gratuit.

Condiția este ca medicul de familie să treacă femeia pe lista beneficiarilor de lapte praf din partea primăriei, după ce acesta (medicul de familie) a primit o recomandare de la un medic specialist (infecționist, obstetrician sau pediatru).

De asemenea, femeia care a născut beneficiază de facilitățile financiare ale **Ordonanței de urgență nr. 96 din 2003**.

Medicul obstetrician trebuie să insiste asupra măsurii de alimentație artificială a nou-născutului și asupra riscului mai mare pe care îl poartă alimentația mixtă. Trebuie să i se ofere tratament mamei în vederea ablactării. Mama trebuie să fie învățată cum se prepară laptele praf.

Trebuie încurajat un contact cât mai strâns între mamă și nou-născut, având în vedere că din relația mamă-copil a fost exclusă alăptarea.



Conduita postnatală

Chestiuni generale

* Publicat de
Fundatia Romanian
Angel Appeal

Aprecierea conduitei terapeutice față de pacienta care a născut și supravegherea evoluției copilului acesteia, cu precizarea statusului său HIV, se face de către medicul infecționist. Acesta va indica terapie antiretrovirală și va monitoriza clinic și paraclinic mama și copilul.

Nou-născutul va fi preluat de pediatrul neonatolog care, împreună cu medicul infecționist, va institui tratamentul profilactic antiretroviral (în conformitate cu algoritmurile terapeutice din "**Manualul de îngrijire a copilului infectat cu HIV**", acceptate și recomandate de MS-CNLAS), alături de celelalte îngrijiri medicale acordate.

Planificare familială

Este obligatoriu ca personalul medical care a consiliat sau îngrijit pacienta seropozitivă să discute cu aceasta despre necesitatea folosirii de mijloace contraceptive eficiente (folosire de prezervativ și administrare de tratament anticoncepțional concomitent) pentru evitarea viitoarelor sarcini nedorite și pentru prevenirea contractării sau transmiterii altor infecții cu transmitere sexuală.

Cadrele medicale au responsabilitatea de a trimite pacienta către medicul de la centrul de planificare familială pentru consiliere, informare și primirea de mijloace contraceptive gratuite.

Obstetricianul și medicul de la cabinetul de planificare familială vor colabora pentru alegerea unei metode contraceptive potrivite fiecărei paciente în parte.

Suportul psihologic și asistența socială

Toate pacientele gravide HIV pozitive trebuie referite psihologului și asistentului social din cadrul Secției de zi, acolo unde există, pentru evaluare psihologică, consiliere și anchetă socială. Aceștia vor decide planul de consiliere și asistență socială (inclusiv vizite la domiciliu și suport material, după caz).

Monitorizare clinică și paraclinică

Monitorizarea clinică și paraclinică și tratamentul antiretroviral al mamelor HIV pozitive sunt efectuate de către medicul infecționist și după naștere.

Toți copiii născuți din mame HIV pozitive vor fi evaluați clinic și paraclinic de către medicul infecționist. Copiii vor fi consultați și evaluați la naștere, la patru și la șase săptămâni, la trei luni și apoi din trei în trei luni.



Conduita postnatală

Reducerea riscului pentru infecția HIV

Tot personalul sanitar are datoria să informeze și să instruiască proaspăta mamă în sensul reducerii riscului pentru infecția HIV. Aici sunt cuprinse atât comportamentul față de noul-născut (de exemplu folosirea exclusivă a alimentației artificiale), cât și comportamentul față de restul familiei (aducerea la test a partenerului, folosirea prezervativului). Trebuie promovat un mod de viață sănătos (evitarea utilizării de droguri, a alcoolului, evitarea unui mod de viață dezordonat).

Dezvăluirea către mamă a diagnosticului de infecție HIV la copil

Aceasta revine cel mai probabil medicului infecționist pentru că cel mai probabil medicul infecționist va pune acest diagnostic în timp ce mama și copilul sunt sub îngrijirea sa.



Referințe

1. **ACTG 076** – A Phase III Randomized, Placebo – Controlled Trial to Evaluate the Efficacy, Safety and Tolerance of Zidovudine (ZDV) for the Prevention of Maternal–Fetal Transmission, http://aidsinfo.nih.gov/aprs/aprs_press.asp?an=A00102 .
2. **Anderson J.R.** – A Guide to the Clinical Care of Women with HIV, *Women's Guide*, 2001.
3. **Benea Elisabeta O., Streinu–Cercel A.** – Managementul bolnavului cu infecție HIV, *Institutul Matei Balș, București, 2001*.
4. **Benea Elisabeta O., Tica V., Cocu M.** – Manual de îngrijire a femeii gravide infectate cu HIV, *București, 2002*.
5. **CMAJ** – Guidelines for the Management of HIV Pregnant and Offspring.
6. **Dunn DT, Newell ML, Ades A, Peckham C.** – Risk of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Transmission through Breastfeeding, *Lancet* 1992;340:585-8.
7. **International AIDS Society** – Cases on the web, www.iasusa.org/cme.php.
8. **Levine Alexandra M.** – Mother–to–Child HIV Transmission and its Prevention, *Medscape, September 8, 1999*.
9. **Moore M.** – A Behavior Change Perspective on Integrating PMTCT and Safe Motherhood Programs – A discussion paper, *The CHANGE Project, Washington DC, March 2003*.
10. **Petrea S., Chirilă Odette** – Ghid de consiliere în infecția HIV/SIDA, practici și proceduri, *Ministerul Sănătății, Comisia Națională de Luptă Anti-SIDA, 2001*.
11. **Petrea S., Florea C.** – Curs de prevenire a transmiterii HIV în practica medicală, *Editura RoMedia, 2002*.
12. **US Department of Health and Human Services** – HIV Adult and Adolescent Guidelines Revised, *March 23, 2004*.



- ACTG 076** un studiu clinic sponsorizat de National Institute of Health, USA, desfășurat în perioada 1991–1993, care a demonstrat că administrarea Zidovudinei la gravidele HIV pozitive și la nou-născuții acestora, reduce riscul transmiterii materno–fetale a infecției HIV la 2/3. Rata transmiterii HIV a fost de 8%, față de 25% la grupul care a primit placebo.
- aderență** gradul în care se respectă un tratament prescris, care depinde de mulți factori, printre care și dorința și capacitatea pacientului de a urma tratamentul respectiv. Poate fi interpretat ca un proces de colaborare între pacient și factorii medicali în vederea optimizării răspunsului clinic.
- alimentație artificială** înlocuirea (terapeutică) în alimentația nou-născutului a laptelui matern cu formule nutritive derivate din lapte de vacă sau alte surse nutritive de bază (de exemplu soia).
- amniocenteză** aspirarea transabdominală de lichid din sacul amniotic în scopuri diagnostice.
- amnioscopie** examinarea lichidului amniotic din partea inferioară a sacului amniotic printr-un endoscop introdus prin canalul cervical.
- amniotomie** ruperea artificială a sacului amniotic (pentru inducerea travaliului, inspectarea lichidului amniotic pentru meconium sau pentru plasarea unui electrod pe scalpul copilului).
- analogi nucleozidici** clasă de medicamente care interferează în replicarea HIV, blocând producerea enzimei revers–transcriptază și formarea ADN viral.
- antigen p24** componentă principală a nucleocapsidei virale a HIV; este marker precoce al infecției HIV.
- carcinogeneză** originea, producția sau dezvoltarea cancerului, inclusiv carcinoame și alte neoplasme maligne.
- cardiomiopatie** boală a miocardului.
- CD4** limfocite T helper care prezintă receptorul CD4 membranar; acestea scad pe parcursul progresiei infecției HIV; numărul acestor limfocite este criteriu de diagnostic și stadializare în infecția HIV; sunt un martor al integrității sistemului imunitar.
- CDC** Center for Disease Control and Prevention – principala agenție federală responsabilă cu protejarea sănătății și siguranței populației care furnizează informații credibile care stau la baza deciziilor legate de sănătatea publică și promovarea sănătății prin parteneriate. La nivel național este centrul de dezvoltare și aplicare a principiilor și strategiilor de prevenire și control a bolilor, de sănătate a mediului și activități de educație pentru sănătate în Statele Unite ale Americii. CDC este localizat în Atlanta, Georgia, SUA.
- compliance** întregul spectru de reacții de răspuns din partea pacientului atât la sfaturile medicale cât și la terapia prescrisă; termenul pornește de la premisa că pacientul este suficient de informat și motivat să urmeze recomandările medicale.



Dictionar

concepție	fertilizarea ovocitului (ovul) de către spermatozoid pentru a forma un zigot viabil.
contraceptiv	orice măsură sau agent cu rol în prevenirea concepției.
criptorhidism	anomalie congenitală caracterizată prin oprirea testicolului în cavitatea abdominală sau în canalul inghinal.
cultură HIV	metodă prin care o probă biologică posibil infectată viral este pusă în același mediu cu celule în care virusul suspectat poate să se dezvolte; creșterea virusului este urmărită după modificările specifice apărute în celulele de cultură.
dermatită	inflamația pielii.
ectopie	deplasare congenitală sau malpoziție a oricărui organ sau parte a corpului.
endometrită	inflamație a endometrului.
epiziorafie	procedură chirurgicală reparatorie care constă în coaserea perineului afectat de naștere.
epiziotomie	incizie a perineului efectuată în scopul prevenirii rupturilor peretelui vaginal în momentul expulziei sau pentru a facilita intervențiile în vagin.
exudat	fluid bogat în proteine, macromolecule și elemente celulare, care iese din circulația sanguină din cauza permeabilității alterate a pereților capilari (cauzate de inflamație) și care este depozitat în țesuturile adiacente.
farmacocinetică	acțiunea medicamentelor în organism de-a lungul unei perioade determinate, inclusiv procesele de absorbție, distribuție, localizare în țesuturi, bio-transformări și excreție.
fertilă	capabilă de concepție sau procreere.
FDA	Food and Drug Administration – agenție guvernamentală a Statelor Unite ale Americii care reglementează standardele ce trebuie respectate în producția și consumul alimentelor, medicamentelor, produselor cosmetice precum și aplicarea acestor standarde.
forceps	un instrument folosit pentru fixarea unui structuri, pentru o ulterioară compresie sau tracțiune.
fulminant	care apare brusc, rapid, cu intensitate sau severitate mare.
funiculocenteză	sau cordocenteză, reprezintă recoltarea transabdominală a sângelui din cordonul ombilical fetal, efectuată prin ghidare ultrasonografică.
genotoxic	denotă o substanță care prin distrugerea ADN poate cauza mutație sau cancer.
HELLP	hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets (hemoliză, nivel ridicat de enzime hepatice, număr mic de plachete).



HIV-1	numit și virus uman cu tropism pentru limfocitul T tip III, este un retrovirus citopatic (folosește genomul ARN ca matriță pentru producerea ADN complementar pe care îl integrează în ADN-ul gazdei) și este agent etiologic al sindromului imunodeficiar dobândit (SIDA) în anumite zone geografice.
HIV-2	este un virus răspândit în special în Africa de Vest, asemănător cu tulpinile de virus simian, și care determină o formă mai puțin agresivă de SIDA.
ierarhia gemenilor	numerotarea gemenilor în ordinea în care se nasc.
imunoglobulina M	este de obicei produsă ca răspuns imun înainte de imunoglobulina G.
imunosupresie	lipsa apariției unui răspuns imun sau un răspuns imun inadecvat.
incidență	numărul de evenimente noi de un anumit tip, de ex. persoane care se îmbolnăvesc de o anumită boală, într-o perioadă anume într-o populație specificată.
infecții oportuniste	infecții care se manifestă la persoane cu sistem imun slăbit, datorită SIDA, cancerului sau medicamentelor imunodepresive precum corticosteroizii sau chemoterapia. Pneumocistoza cu Pneumocistis Carinii, toxoplasmoza și citomegalovirusul sunt exemple de infecții oportuniste.
infecții puerperale	infecții care apar în legătură cu nașterea, în timpul nașterii sau în perioada imediat următoare postpartum (până la 14 zile).
inhibitor de revers-transcriptază	clasă de medicamente care interferă în replicarea HIV inhibând specific revers-transcriptaza virusului HIV-1 prin împiedicarea polimerizării ARN-ului viral în ADN.
încărcătură virală	nivel plasmatic al ARN viral, determinat prin variate tehnici ce includ metoda de amplificare țintită prin reacția de polimerizare în lanț a revers-transcriptazei și tehnologia de amplificare a semnalului prin legarea ADN-ului.
listerioză	o boală mai puțin frecventă a animalelor și oamenilor, particulară persoanelor cu imunosupresie sau gravide, cauzată de o bacterie, Listeria monocytogenes.
lohii	scurgere vaginală de origine uterină formată din resturi celulare, mucus și sânge, care apare după naștere.
malformație	insuficiență de dezvoltare adecvată sau normală; defect structural primar ce rezultă dintr-o eroare localizată de morfogeneză.
naștere prematură	nașterea unui copil după ce acesta a avut o vârstă gestațională de 20 de săptămâni sau o greutate la naștere de peste 500 g, dar înainte de săptămâna 37.
neuropatie	orice tulburare care afectează sistemul nervos.
nucleozid	compusul format între o riboză sau dezoxiriboză cu o bază purinică sau pirimidinică.



operație cezariană electivă	măsura terapeutică chirurgicală prin care se practică operația cezariană la un moment planificat (cel mai adesea 38 de săptămâni de amenoree), în afara contracțiilor uterine, în acest caz, pentru reducerea riscului de transmitere intrapartum a infecției HIV la copil.
organogeneză	procesul de formare a organelor în timpul dezvoltării fetale.
PCR	metodă de măsurare a încărcăturii virale, în care se detectează ADN/ARN-ul viral prin reacția de polimerizare în lanț (PCR); este folosită atunci când se dorește detectarea prezenței virusului fără să se folosească testele bazate pe anticorpi.
planning familial	planificare cu intenția de a controla numărul de copii ai unui individ folosind o metodă eficientă de control al nașterii.
pneumocistoză	pneumonia rezultată din infecția cu Pneumocystis carinii, frecvent întâlnită în cazul compromiterii imunității, cum ar fi la persoanele cu SIDA, tratate cu steroizi, bătrâni sau nou-născuți prematuri.
prevalență	numărul sau procentajul persoanelor dintr-o anumită populație cu o boală sau o afecțiune, la o anumită dată.
primoinfecție	momentul primului contact cu un agent infecțios.
profilaxie	prevenirea unei boli sau a unui proces care conduce la boală.
protează	termen descriptiv pentru enzimele proteolitice, ce includ endopeptidazele și exopeptidazele; enzime ce hidrolizează (rup) lanțurile polipeptidice.
PTV	prevenirea transmiterii verticale a infecției cu HIV.
rash	termen folosit pentru erupția cutanată.
revers transcriptază	ADN polimerază ARN-dependentă, prezentă în virionii virusurilor.
rezistență	abilitatea naturală sau dobândită a unui organism de a-și menține imunitatea sau de a nu răspunde la efectul unui agent antagonist.
sindrom Stevens Johnson	forma buloasă a eritemului multiform care poate varia prin extensie, implicând mucoasa și suprafețe mari; produce serioase simptome subiective și poate avea o evoluție fatală.
steatoză	producție anormală de picături de grăsime vizibile microscopic în citoplasma celulelor.
toleranță	pierderea abilității de a răspunde prompt la stimuli, în special după o perioadă de expunere continuă la un anumit stimul (de exemplu în cazul unui tratament îndelungat).
toxoplasmoză	boală cauzată de un parazit protozoar numit Toxoplasma gondii.



Dictionar

- transmitere verticală** transmiterea unui agent infecțios de la un individ la urmașii lui.
- travaliu** procesul de expulzie a fătului și a placentei din uter. Stadiile travaliului sunt: stadiul I, delimitat de debutul contracțiilor uterine; stadiul II, perioada efortului expulziv, începe cu dilatarea completă a cervixului și se termină cu expulzia nou-născutului; stadiul III, sau stadiul placentar, perioadă delimitată de sfârșitul expulziei nou-născutului și care se termină cu expulzia completă a placentei și membranei.
- TARV** terapie antiretrovirală (ARV).
- vacuum-extracție** expulzia fătului din uter sau vagin folosind o tehnică de fixare prin ventuză a craniului fetal.



Acest curs din suita **HIVability** a fost realizat de **Fundația Romanian Angel Appeal** cu sprijinul următorilor parteneri:

- Institutul de Boli Infecțioase „Profesor Dr. Matei Balș” București acreditat de Universitatea de Medicină și Farmacie „Dr. Carol Davila” București și Colegiul Medicilor din România
- Comisia Națională de Luptă Anti-SIDA a Ministerului Sănătății
- Ministerul Sănătății: Direcția Generală de Sănătate Publică și Inspecție Sanitară de Stat.

Finanțator:



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Unitatea de Management a
Proiectului Fondului Global și a
Băncii Mondiale

*Program Finanțat de Fondul Global de
Combatere a HIV/SIDA, TBC și Malariei*

Echipa de realizare a cursurilor

Fundația Romanian Angel Appeal

Eugenia Ghiță:	coordonator proiect, proiectare didactică
Dr. Tiberiu Simu:	editor medical
Dr. Emanoel Voicu:	editor medical
Dr. Silvia Asandi:	editor medical consultant
Daniel Tudose:	asistent tehnic, DTP
Stelian Crișan:	designer web
Andrei Ionescu:	developer web
Raluca Miha:	programator web



Romanian Angel Appeal
Str. Rodiei nr. 5, Sector 3 – București, 030956, România
Tel: 323 68 68, Fax: 323 24 90
E-mail: emc@hivability.ro, raa@raa.ro
www.hivability.ro; www.raa.ro