

 MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA		Protocol clinic standardizat Copii născuți de la mame infectate cu HIV	
A.1.	Diagnostic	HIV, SIDA	
A.2.	Codul bolii (CIM 10)	Z21, B20-B24	
A.3.	Utilizatorii	Secțiile de nou-născuți, secțiile de neurologie și patologie nou-născuți, secțiile de pediatrie,	
A.4.	Scopul protocolului	Sporirea calității managementului nou-născutului născut de la mamă HIV-infectată	
A.5.	Data elaborării	2014	
A.6.	Data revizuirii	2016	
A.7.	Definiții	HIV (virusul imunodeficienței umane) reprezintă un microorganism patogen, care ataca și distruge sistemul imunitar și, drept rezultat, organismul nu poate lupta cu diverși agresori (virusuri, bacterii, ciuperci, substanțe cancerogene). SIDA - stadiul în care apar semnele și simptomele diferitor infecții oportuniste și afecțiuni tumorale care încep să distrugă organismul lipsit de apărare. SIDA este un sindrom.	
A.8.	Informația epidemiologică	În Republica Moldova, infecția cu HIV continuă să fie o problemă majoră de sănătate publică, cu un mare impact medical, social și economic. La 1 ianuarie 2014 putem vorbi despre următoarele cifre: - Numărul cumulativ de persoane infectate cu HIV înregistrate – 8557 (3543 femei, 5014 bărbați). - Numărul cumulativ al persoanelor HIV-pozitive decedate – 1752. - Numărul cumulativ al persoanelor HIV-pozitive în stadiu SIDA - 2464. Unele aspecte particulare care caracterizează fenomenul infecției cu HIV la etapa actuală: • Concentrarea epidemiei în rândul populației cu risc sporit de infectare (UDI, LSC, MSM). • Menținerea ponderii mari de infectare pe cale heterosexuale (2012 - 86,8%; 2013 – 91,4%). • Afectarea preponderentă a grupului de vârstă 15-39 ani (74,24%).	
B. Partea generală			
B.1.	Nivel de asistență medicală antenatală		
	Descriere	Motive	Pași
B.1.1.	Cunoașterea statutului mamei	Începerea cât mai timpurie a tratamentului antiretroviral cu scopul prevenirii infectării fătului	În dependență de încărcătura virală-planificarea metodei de finalizare a sarcinii
B.2.	Nivel de asistență medicală spitalicească		
B.1.2.	La internare		
	Descriere	Motive	Pași
B.1.2.1.	În sala de naștere se ia decizia despre modul de finalizare a sarcinii	Decizia aparține pacientei și medicului obstetrician-ginecolog dar totuși se ia în considerație nivelul de încărcătură virală	1. Dacă gravida a primit tratament antiretroviral și în săptămâna 36 de gestație ARN HIV este nedetectabil și nu sunt indicații pentru operație cezariană, nașterea poate fi condusă pe cale naturală. 2. Dacă gravida a primit tratament antiretroviral, în săptămâna 36 de gestație are

			nivelul ARN HIVdetectabil și nu sunt contraindicații pentru operație cezariană nașterea trebuie rezolvată prin operație cezariană
B.1.2.	Diagnosticul		
B.1.2.2.	Reacția de polimerizare în lanț la ARN HIV.		
C. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor			
C.1.	Factorii de risc		
	• Infectarea fătului prin căile de naștere • Infectarea copilului în timpul alăptării la sân • Infectarea nou-născutului în cazul nerespectării igienei la efectuarea manipulațiilor medicale		
C.2.	Profilaxia în sala de naștere		
	1. Copiii vor fi scăldați imediat după naștere (as.medicală) 2. Asigurarea confortului termic /as.medic., moasa/ 3. Alimentație artificială(cu amestec primit gratis de la centrul specializat) (vezi protocolul alimentație artificială)		
C.3.	Tratamentul		
C.3.1.	1.Dacă gravida a primit tratament antiretroviral pînă la sarcină și ARN HIV la 36 săptămîni a fost nedetectabil: Copilul: Zidovudină (sirop) 4 mg/kg per os 2 ori în zi timp de 28 zile. A începe în primele 8 ore după naștere, dar nu mai tîrziu de 72 ore. Pentru copiii născuți înainte de termen doza Zidovudinei este de 2,0 mg/kg per os. Copilului i se va iniția TARV respectînd intervalul de 12 ore, dar și ținînd cont de regimul zilei. Dacă copilul s-a născut noaptea, administrarea preparatelor ARV poate fi amînată pînă dimineața, pentru a crea un regim optim de administrare ulterioară.		
C.3.2.	2. Dacă gravida n-a primit tratament în timpul sarcinii dar a primit tratament intrapartum sau gravida a primit tratament antiretroviral, dar la 36 săptămîni, ARN HIV a fost detectabil (indiferent de valoare): Copilul: Zidovudină(sirop)4 mg/kg 2 ori pe zi pe parcursul a 4 săptămîni + Lamivudină 2 mg/kg 2 ori pe zi pe parcursul a 4 săptămîni • +Nevirapină 2 mg/kg într-o singură priză: a începe pe parcursul 48 -72 ore după naștere • Pentru copiii născuți înainte de termen doza Zidovudinei este 2,0 mg/kg per os • Copilului i se va iniția TARV respectînd intervalul de 12 ore, dar și ținînd cont de regimul zilei. Dacă copilul s-a născut noaptea, administrarea preparatelor ARV poate fi amînată pînă dimineața, pentru a crea un regim optim de administrare ulterioară.		
C.3.3.	În cazul în care mama nu a primit nici o profilaxie ante-și intrapartum copilului i se va administra schema de profilaxie post-expunere Zidovudină sirop 4 săptămîni+Lamivudină 4 săptămîni + Nevirapină (2 administrări: în primele 24 ore după naștere și peste 72 ore). Profilaxia post-expunere se va administra doar dacă de la naștere nu au trecut mai mult de 72 ore, în caz contrar copilul va fi monitorizat •Pentru copiii născuți înainte de termen doza Zidovudinei este 2,0 mg/kg per os Copilului i se va iniția TARV respectînd intervalul de 12 ore, dar și ținînd cont de regimul zilei. Dacă copilul s-a născut noaptea, administrarea preparatelor ARV poate fi amînată pînă dimineața, pentru a crea un regim optim de administrare ulterioară.		
C.4.	Managementul femeii infectate cu HIV si copilului ei în perioada postpartum		
	- efectuarea consilierii mamei pentru alimentatia artificiala a nou-nascutului;		

	_ instruirea cum se prepară și cum se păstrează amestecurile adaptate; _ consilierea privind metodele de contracepție; _ consilierea privind TARV pentru mamă și copil; _ stabilirea dozelor și instruirea cum se administrează TARV profilactic copilului
C.5.	Rolul medicului neonatolog în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției cu HIV
	Medicul neonatolog intervine în prevenirea transmiterii infecției cu HIV de la mamă la nou-născut imediat ce copilul se naște.
C.5.1	Inițierea și supravegherea administrării tratamentului antiretroviral profilactic nou-născutului conform indicațiilor medicului infecționist specialist în infecția cu HIV. Dacă din anumite motive, extrasul medicului specialist nu este disponibil, medicul neonatolog trebuie să țină cont de cele 5 scenarii menționate mai sus
C.5.2.	Alimentația artificială a nou-născutului. În acest context, medicul neonatolog va continua consilierea mamei privind necesitatea alimentației artificiale a copilului. Copilul va fi alimentat cu amestecuri adaptate din maternitate, iar la externare, mama va fi îndrumată la instituția care eliberează amestecuri adaptate pentru copiii născuți de mame infectate cu HIV.
C.5.3.	Vaccinarea nou-născutului. Nu există contraindicații pentru vaccinarea nou-născutului din mama infectată cu HIV. În maternitate se vor efectua toate vaccinările conform Programului național de imunizare
C.5.4.	La externare, mamei i se va elibera un extras medical care va include date despre starea mamei și a nou-născutului, decurgerea nașterii, intervențiile obstetricale aplicate, parametrii care s-a născut copilul, tratamentul indicat
Abrevierile folosite în document	
TARV	Tratament antiretroviral
ARN HIV	Acidul ribonucleic al virusului HIV
NVP	Nevirapină
3 TC	Lamivudină
AZT	Zidovudină

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.788 din 08 august 2014 „Cu privire la aprobarea Protocoalelor clinice standardizate pentru medicii neonatologi din secțiile de reanimare și terapie intensivă neonatală”.

Elaborat de grupul de autori:

Petru Stratulat, director cercetare , inovare și transfer tehnologic, dr .hab. medicină, prof. univ. USMF ”N.Testemițanu”.

Tatiana Carauș , colaborator științific, IMSP IMsC.

Ludmila Oclanschi, medic-neonatolog, as.universitar

Bibliografie:

1.Ghid național de tratament și îngrijiri în infecția HIV SIDA

2. 2.Ghidul Practic pentru personalul medical implicat direct în realizarea profilaxiei transmiterii materno-fetale a infecției cu HIV”

3.Gerard Y., Maulin L., Yazdanpahan Y., et al. Symptomatic hyperlactemia: an emerging complication of antiretroviral therapy. AIDS, 2000.

4-.Girard P.-M, Ch. Katlama, G. Pialoux “VIH”, 2004.

5.Harris NH, Thompson SJ, Ball R., zidovudine and perinatal human immunodeficiency virus type 1 transmission: based approach. Pediatrics, 2002.

6.Hayashi S., Beckerman K., Homma M. Et al. Pharmacokinetics of indinavir in HIV-positive pregnant women. AIDS, 2002.

7.Legea cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA (2007).

8.Lipshultz SE., Easley KA., Orav EJ., et al. Absence of cardiac toxicity of zidovudine in infants. N Engl J Med, 2000.

