# GHID DE PROFILAXIE A TRANSMITERII MATERNO-FETALE A INFECȚIEI HIV
# STRATEGII PREVENTIVE/DE MANAGEMENT

ȘCOALA MEDICALĂ DE VARĂ

13-15 IUNIE

IAȘI

# MATERIAL REALIZAT ÎN SECȚIA IMUNODEPRESIE COPII ȘI ADOLESCENȚI A I.N.B.I.-BUCUREȘTI

Dr.Mariana Mărdărescu
Dr.Cristina-Roxana Petre
Dr.Sorin Petrea
Dr.Ruxandra Neagu-Drăghicenoiu
Dr.Rodica Ungurianu
Dr. Ana Maria Tudor
Dr.Alina Maria Cibea
Psih.Carina Matei

CU SPRIJINUL

COMPARTIMENTULUI PENTRU MONITORIZAREA ŞI EVALUAREA INFECŢIEI HIV/SIDA ÎN ROMÂNIA-I.N.B.I. ȘI CENTRULUI ROMÂN HIV/SIDA

…. *Mulțumim întregului colectiv implicat în îngrijirea copiilor și adolescenților expuși/infectați HIV*

## STRATEGII PREVENTIVE/DE MANAGEMENT PT. REDUCEREA TMF

1. Identificarea inf. HIV materne
2. Administrarea TARV/profilaxiei mamei & copilului
3. Cezariana programată
4. Evitarea completă a alăptării
5. Monitorizarea copilului→stabilirea cât mai rapidă statusului HIV
6. Evaluare pt. posibile toxicități pe termen scurt & lung în urma expunerii la ARV "in utero" şi după naştere
7. Profilaxia pt. Pneumocystis jiroveci; prevenirea TBC
8. Vaccinarea nou-născutului/sugarului expus HIV
9. Evaluarea coinfecţiilor materne
10. Suportul mamei cu inf.HIV- medical, psihologic, social….

STRATEGII PREVENTIVE/MANAGEMENT PT. REDUCEREA TMF

**1.IDENTIFICAREA INF. HIV MATERNE**

***A)Femei gravide cu status necunoscut*** **→consiliere & testare cât mai precoce**

**tratament pt. →propria sănătate**

**→profilaxia TMF**

***B)Femeile cunoscute cu inf. HIV*** **→îngrijire adecvată**

**preconcepție** **prenatal**

**→depistarea cât mai curând a sarcinii**

**→consiliere →decizie informată legat de sarcină**

# EVALUREA POST-TESTARE A FEMEII GRAVIDE

După evaluarea inițială-***pachet screening adițional,*** cu consiliere-

- ✓ folosirea prezervativelor pt. *prevenirea STI*
- ✓ *riscul de TMF* a HIV fătului/nou-născutului și prevenirea acestuia
- ✓ *riscuri/beneficii profilaxie ARV/medicație* pt.propria sănătate și ca parte a PMTCT
- ✓ *riscuri și prevenire* transmitere perinatală *a VHB,VHC*
- ✓ *riscuri STI* și necesitatea testării pt.sifilis,gonoree,chlamydia,pt.reducerea transm.HIV
- ✓ impactul utilizării *drogurilor* asupra dezv. fetale,inclusiv sdr. de abstinență și interacțiunile drogurilor
- ✓ programe de dezintoxicare,terapie de substituție
- ✓ implicațiile diferitelor *moduri de naștere* în reducerea riscului de transmitere a inf.HIV,cezariana programată
- ✓ *riscul transmiterii post-partum prin alăptare* și sfaturi asupra alimentației artificiale
- ✓ opțiuni de *planificare familială* și metode de contracepție moderne pt. evitarea sarcinilor nedorite viitoare

Reccomendations for Use of ARV Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the U.S.- 2013

STRATEGII PREVENTIVE/MANAGEMENT PT. REDUCEREA TMF

## 2.PROFILAXIA MATERNA PT. PREVENIREA TMF

**Principii generale** privind utilizarea ARV în timpul sarcinii:

- evaluarea inițială→stabilirea statusului HIV
  →recomandări privind-inițierea ARV
  -modificări ale schemei ARV
- indiferent de V.L /CD4 ,toate gravidele vor primi o combinație ARV pt. prevenirea TMF (o combinație ARV este recomandată)
- teste de rezistență înaintea începerii/modificării schemei ARV
- consiliere pt.creșterea aderenței la tratament

Reccomendations for Use of ARV Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the U.S.-2013

STRATEGII PREVENTIVE/MANAGEMENT PT. REDECEREA TMF

## 3. CEZARIANA SELECTIVĂ

- **recomandată la *38 săpt. de gestaţie*, tuturor gravidelor cu *VL > 1000 c/ml la naştere/V.L necunoscută,indiferent de adm.ARV antepartum***

  **(*PACTG 316- transm=0% la 17 n-n din mame cu ARV antepartum dar V.L >10.000 c/ml)***
- **În cazul ruperii mb/declanșării travaliului -managementul nașterii va fi individualizat,pe baza duratei rupturii mb,V.L,regimului curent ARV**

## 4. EVITAREA COMPLETĂ A ALĂPTĂRII

- **alăptarea contribuie substanţial la transm. inf.HIV la copil**
- **nu se știe dacă TARV a mamei reduce riscul transmiterii**
- **penetrare diferită a drogurilor ARV în laptele matern**

  **(conc >/< decât în plasmă)→preocupări legat de toxicitate şi posibilit. dezvoltării tulpinilor rezistente**
- **mama va fi consiliată *să nu alăpteze* (probl. legate de particularitățile culturale religioase,emoţionale)**

STRATEGII PREVENTIVE/MANAGEMENT PT. REDUCEREA TMF

## 5. STABILIREA CÂT MAI RAPIDĂ A STATUSULUI HIV AL COPILULUI EXPUS

- **Identificarea cât mai rapidă a inf.HIV→copiii expuși = f. imp.=> inițierea TARV**
- **Dg. < 18 l ≠ de dg. c. mari și adulților**
- **Testarea serologică-nu pune dgn. datorită transferului pasiv al Ac. materni**
- **Testele de dg. fol. la copiii expuși < 18 l:**

  - ★ **ADN - PCR- metoda preferabilă**
  - ★ **ARN - PCR**
  - ★ **Cultura virala - metodă acceptabilă**

# MANAGEMENTUL TESTELOR HIV POZITIVE

*Test virusologic pozitiv*→repetare imediată

- Dg. se face pe 2 probe de sânge separate, fiecare pozitivă pt. ADN/ARN - PCR
- Trat. ARV rapid
- CD4 & V.L→nu sunt factori predictivi de încredere legat de riscul progresiei bolii => trat. se va începe imediat pt. toți copiii < 12 l. infectați, indif. de simptomat. clinică, val. V.L/CD4

*Rolul serologiei HIV* la n-n expuși

→ la 12- 18 l. majoritatea copiilor expuși fac seroconversie

→ un copil expus ce nu este cunoscut a fi infectat este + la 12 l→va fi retestat la 18 l.

→ o serol. HIV pozitivă la un copil de 18 l. cu inf. anterior exclusă → infectare în per. de sugar

# MOMENTUL TESTARII ADN/ARN-PCR……IDEAL

- Naștere
- Primele 48h=

Pentru a identifica, cât mai devreme, copiii infectați "in utero "

- 14-21 zile=

Pentru identificarea copiilor infectați în perioada intrapartum

- 1-2 luni
- 4-6 luni= Pentru identificarea tuturor nou-născuților expuși perinatal

STRATEGII PREVENTIVE/MANAGEMENT PT. REDUCEREA TMF

## ÎNGRIJIREA POSTNATALĂ A NOU-NĂSCUTULUI EXPUS

**Copiii născuţi din mame cu status HIV necunoscut**

**→ testare HIV cât mai curând**

**→ iniţiere imediată a profilax. ARV – *în primele 12 ore de viaţă***

**Test rapid ↘ pozitiv → confirmare Western-Blot**

**↘ negativ → întreruperea profilaxiei**

- **Ghidurile americane (2013)**

- **profilaxie tuturor n-n expuși**
- **iniţiere cât mai aproape de naştere (primele 6-12 h)**
- **AZT diferenţiat, funcţie de vârsta gest.-6 săpt.**

## Recommendations for Use of ARV Drugs in Pregnant HIV-1 Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the US-2013

- **N-n din mame ce nu au primit ARV intrapartum**→AZT 6 săpt.+3 d.NVP în I săpt.de viață(la naștere,la 48 h,la 96 h după doza 2)

- În alte scenarii→combinații ARV-cu evaluarea beneficiu/risc

- Copiii născuți din mame cu-V.L nedetectabile
  -profilaxie ARV ante+intrapartum corectă,au **risc scăzut** de infectare→AZT 6 săpt.

- **Risc crescut**:-V.L maternă înaltă
  -lipsa profilaxiei ARV ante+intrapartum

- Se va indica AZT combinat cu alte droguri ARV, la:

➢ mame ce au primit ARV antepartum și intrapartum dar cu supresie virală suboptimală,m.a în cazul nașterii naturale
➢ mame ce au primit ARV numai intrapartum
➢ mame fără profilaxie ARV
➢ mame cu virus cunoscut a fi rezistent

## *Recommended Neonatal Dosing for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV*

| All HIV-Exposed Infants (initiated as soon after delivery as possible) | | |
|---|---|---|
| **Zidovudine (ZDV)** | **Dosing** | **Duration** |
| ZDV | **≥35 weeks' gestation at birth:** 4 mg/kg/dose PO twice daily, started as soon after birth as possible and preferably within 6–12 hours of delivery (or, if unable to tolerate oral agents, 3 mg/kg/dose IV, beginning within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours) | Birth through 6 weeks |
| ZDV | **≥30 to <35 weeks' gestation at birth:** 2 mg/kg/dose PO (or 1.5 mg/kg/dose IV), started as soon after birth as possible, preferably within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours, advanced to 3 mg/kg/dose PO (or 2.3 mg/kg/dose IV) every 12 hours at age 15 days | Birth through 6 weeks |
| ZDV | **<30 weeks' gestation at birth:** 2 mg/kg body weight/dose PO (or 1.5 mg/kg/dose IV) started as soon after birth as possible, preferably within 6–12 hours of delivery, then every 12 hours, advanced to 3 mg/kg/dose PO (or 2.3 mg/kg/dose IV) every 12 hours after age 4 weeks | Birth through 6 weeks |
| **Additional Antiretroviral Prophylaxis Agents for HIV-Exposed Infants of Women who Received No Antepartum Antiretroviral Prophylaxis (initiated as soon after delivery as possible)** | | |
| In addition to ZDV as shown above, administer<br>**Nevirapine (NVP)** | **Weight Band Dosing**<br>**Birth weight 1.5-2 kg: 8 mg TOTAL for each dose**<br>**Birth weight >2 kg: 12 mg TOTAL for each dose** | 3 doses in the first week of life<br>• 1st dose within 48 hours of birth (birth–48 hours)<br>• 2nd dose 48 hours after 1st<br>• 3rd dose 96 hours after 2nd |

**Key to Abbreviations:** IV = intravenously; NVP = nevirapine; PO = orally; ZDV = zidovudine

*Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States* 39

Downloaded from http://aidsinfo.nih.gov/guidelines on 5/24/2013

## ARV LA PREMATURI

- Recomandări de dozare-numai pt.AZT și NVP
- Utilizarea altor droguri nu poate fi recomandată la prematuri datorită lipsei datelor de siguranță și dozare
- Metabolismele hepatic și renal imature pot crește riscul de supradozaj și toxicitate
- Întotdeauna decizia de a folosi combinații ARV în cazurile de risc crescut de transmitere a infecției HIV vor fi cântărite sub aspectul beneficiu/risc
- Prematurii pot să nu absoarbă medicația adm.P.O,fiind plasați la risc de enterocolită necrozantă

Reccomendations for Use of ARV Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the U.S.-2013

**OPTIMIZAREA MANAGEMENTULUI CLINIC ȘI INTERVENȚII EFECTIVE PENTRU ELIMINAREA DE NOI INFECȚII PEDIATRICE(PROTOCOL CLINIC WHO PENTRU REGIUNEA EUROPEANĂ-REVIZUIT 2012)**

- Profilaxia nou-născutului se va face cu ***AZT*** timp de *4 săptămâni*,în următoarele situații:
  - mama nu necesită tratament ARV pentru infecția HIV,V.L la săpt.36<50c/ml
  - mama va începe tratament ARV pentru propria sănătate,V.L<50c/ml
  - mama cu tratament ARV,V.L<50 c/ml

- În alte circumstanțe,profilaxia copilului se face ***cu AZT,triplă terapie***/în funcție de istoricul terapeutic al mamei, pentru *4 săptămâni*,astfel:
  - mama cu tratament ARV,V.L>50 c/ml-alegerea terapiei pentru profilaxie se va face în funcție de istoricul terapeutic
  - mama pe tratament ARV de scurtă durată,V.L>50 c/ml la săptămâna 36-profilaxia copilului se va face cu AZT/triplă terapie ARV pentru 4 săptămâni,dacă V.L maternă>1000 c/ml

- Se va alege ***tripla terapie*** pentru profilaxia copilului(AZT,3TC,NVP) în cazurile în care:
  - mama este pe terapie ARV,VL>50 c/ml la săptămâna 36
  - prezentare târzie a mamei >32 săptămâni,înaintea debutului travaliului

## OPTIMIZAREA MANAGEMENTULUI CLINIC ȘI INTERVENȚII EFECTIVE PENTRU ELIMINAREA DE NOI INFECȚII PEDIATRICE(PROTOCOL CLINIC WHO PENTRU REGIUNEA EUROPEANĂ-REVIZUIT 2012)

### Sarcina necomplicată(scenarii"basic")

| | Scenariu | Management matern | Intra-partum/management obsterical | Management nou-născut | Grad de recomandare |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mama *nu necesită* trat.pt.sănătatea proprie | ARV de scurtă durată,2NRTI+IP/r sau 3 NRTI(AZT,3TC,ABC,dacă V.L<100.000 c/ml) | V.L la săpt.36 <50 c/ml→delivrentă vaginală<br>V.L la săpt.36 >50 c/ml→a se vedea scenariul 5 | AZT- 4 săpt.<br><br>V.L matern la săpt.36 >50c/ml→a se vedea scenariul 5 | 1C |
| 2 | Mama *necesită* trat.pt.sănătatea proprie | ARV-se va amâna>T1 dacă nu există risc de IO;preferat-combinație fixă AZT+3TC,plus NVP($CD_4$<250/mm³)sau IP/r($CD_4$>250/mm³) | V.L la săpt.36 <50c/ml→delivrentă vaginală<br>V.L la săpt.36 >50c/ml→a se vedea scenariul 6 | AZT- 4 săpt.<br><br>V.L matern la săpt.36 >50c/ml→a se vedea scenariul 6 | Antepartum 1 A<br>Intrapartum 1C<br>Copil 1C |
| 3 | Mama cu ARV,V.L<50 | Continuarea ARV | Delivrentă vaginală | AZT 4 săpt. | 1C |
| 4 | Mama cu ARV,V.L>50 | Schimbarea regimului ARV | Delivrentă vaginală la V.L<50c/ml la 36 săpt. | AZT 4 săpt. | 1C |
| 5 | V.L>50c/ml la săpt.36 pe trat.de scurtă durată(risc de rezist scăzut) | Reevaluarea aderentei si riscului de esec terap.Improbabil→continuarea ARV.Probabil→scenariu 6 | Cezariana programată la 39 săpt.1 doză NVP pt. nasterea prematură | AZT 4 săpt.<br>Dacă V.L maternă>1000c/ml,triplă terapie | Antepartum 1C<br>Intrapartum 1B<br>Copil 1C |
| 6 | V.L>50 la 36 săpt.pe ARV (risc de rezist. crescut) | Reevaluarea aderentei.Schimbarea ARV pe baza testului de rezist/istoric terap. | Cezariana programată la 38 săpt. | ARV triplă pe baza istoricului terapeutic | Antepartum 1C<br>Intrapartum 1B<br>Copil 1C |
| 7 | Prezentare>32 săpt;pretravaliu;pre-ruptură de mb;$CD_4$>350;naivă la trat. | Inițierea trat.ARV cu IP/r | Cezariana programată la 38 săpt. | Profilaxie cu 3 ARV | Antepartum 1D<br>Intrapartum 1B<br>Copil 1C |
| 8 | Prezentare>32 săpt;pretravaliu;pre-ruptură de mb;$CD_4$<350;naivă la trat. | $CD_4$<250/mm³-regim ARV cu NVP<br><br>$CD_4$>250/mm³-regim cu EFV(în cazul în care nu se | Cezariana programată la 38 săpt. | Profilaxie cu 3 ARV | Antepartum 1D<br>Intrapartum 1B<br>Copil 1C |

## OPTIMIZAREA MANAGEMENTULUI CLINIC ȘI INTERVENȚII EFECTIVE PENTRU ELIMINAREA DE NOI INFECȚII PEDIATRICE(PROTOCOL CLINIC WHO PENTRU REGIUNEA EUROPEANĂ-REVIZUIT 2012)

### Sarcina complicată (scenarii mai puțin frecvente)

| | Scenariu | Management matern | Management IP/obstetrical | Management nou-născut | Grad de recomandare |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Iminență de naștere premat./ruptură a membranelor;V.L nedet. | Continuarea ARV supresive.Steroizi 24 ore mamei pt. maturarea pulmonară fetală.Management ca în cazul celor neinfectate | Determinat de considerațiile obstetricale | AZT oral/I.V timp de 4 săpt. | 1D |
| 10 | Iminență de naștere premat./ruptură a membranelor;V.L detect. | Continuarea ARV.Se adaugă 1 doză NVP (indif. de $CD_4$).Steroizi 24 ore mamei pt. maturarea pulmonară fetală | Accelerarea nașterii(dacă se consideră benefic pt.nou-născut vs. riscul de prematuritate) | Triplă terapie pentru 4 săpt.(dacă tolerează adm.orală) | 1D |
| 11 | Ruptură prematură a mb.cu ARV;V.L nedetect. | Continuarea ARV supresivă.Management ca la HIV negative | Determinat de considerațiile obstetricale | AZT 4 săpt. | 1D |
| 12 | Ruptură prematură a mb.cu ARV;V.L detect. | Continuarea ARV.Se adaugă 1 d NVP(indif.de $CD_4$)cu exc. cazului în care este deja pe regim cu NNRTI | Cezariană de urgență,la c.p 2 h>doza de NVP | Triplă terapie pentru 4 săpt. | 1D |
| 13 | Pacienta se prezintă în travaliu | Test rapid HIV.Trat.dacă este pozitiv.NVP 1 doză 200 mg.AZT I.V. Se va inița trat.cu IP/r pt. protejarea opțiunilor NNRTI | Dacă nașterea nu este iminentă,se va practica cezariana de urg.,la c.p 2 h > doza de NVP | Triplă terapie pentru 4 săpt. | 1D |
| 14 | Depistare HIV pozitiv după naștere dar<48 h | | | Triplă terapie pentru 4 săpt | 1D |

În caz de sarcină complicată,profilaxia copilului se va face cu AZT-4 săptămâni ,în caz de iminență de naștere prematură/ruptură de membrane,V.L nedetectabil(<50 c/ml).În toate celelalte cazuri se va folosi triplă terapie.

## MANAGEMENTUL SINDROMULUI DE DEPENDENȚĂ ȘI ABSTINENȚĂ LA NOU-NĂSCUȚI

**Examinare clinică**

- Sindromul de abstinență la nou-născut (NAS) -la 50-80% din nou-născuții expuși la opioide in utero,uzual în primele 24-72 de ore după naștere.
- Numai 5-20% din acești copii au simptome severe și necesită tratament.
- NAS dat de buprenorphine atinge maxim în 3-4 zile și durează 5-7 zile.
- NAS dat de methadone în mod general durează până la 4 zile.
- Simptomele clinice ale NAS variază ca severitate și durată și includ- tremurături,tonus muscular crescut,agitație și insomnie,plâns prelungit,reflexe accentuate,regurgitații,vărsături și diaree,tahipnee și simptomatologie minoră ca:febră,strănut,transpirații,obstrucție nazală,căscat.
- Copiii mamelor cunoscute/suspectate a fi utilizatoare de droguri care au simptome ale NAS vor fi evaluați la fiecare 4 ore.

Prevention of HIV transmission from HIV-infected mothers to their infants.Optimizing clinical management and effective interventi towards elimiinating new paediatric HIV infections.Clinical Protocol for the WHO European Region (2012 revision)

# Tratamentul NAS

- Provocarea tratamentului NAS este aceea de a da șansa copilului de a se odihni,a dormi suficient,de a se alimenta corect;el nu va elimina toate simptomele.

- **Stadiul I**-tratament de susținere: -asigurarea unui mediu cât mai puțin stresant (cameră liniștită,iluminare redusă,înfășare,suzetă,etc.)
  - mese mici frecvente (la cerere) și fără schimbări bruște.Dacă simptomele se înrăutățesc,se tratează ca în stadiul II.

- **Stadiul II**-terapie farmacologică: conform Cochrane Review,prima linie therapeutică pentru NAS datorat expunerii la opioide in utero este un narcotic.

- Când este necesară terapia cu un sedativ, *fenobarbitalul* este preferat diazepamului.Dozele terapeutice pentru morfină în tratamentul NAS variază în funcție de scorul NAS.Ocazional,vărsăturile pot fi severe,caz în care agentul farmacologic va fi înlocuit,temporar,cu chlorpromazine (2-3 mg./Kg/zi,în 3 doze divizate I.M).Buprenorphine S.L.-15,9 mcg/Kg/zi în 3 doze divizate a fost utilizat în tratamentul NAS,cu reducerea duratei de tratament comparativ cu morfina.

- Interacțiunile dintre ARV la nou-născut ca parte a PMTCT și tratamentul NAS nu au fost încă bine studiate.

Prevention of HIV transmission from HIV-infected mothers to their infants.Optimizing clinical management and effective interventions towards elimiinating new paediatric HIV infections.Clinical Protocol for the WHO European Region (2012 revision)

Scorul Finnegan de abstinenţă neonatală modificat

| Semn/simptom | Scor | Semn/simptom | Scor |
|---|---|---|---|
| **Tulburări la nivelul sistemului nervos central** | | **Tulburări metabolice,vasomotorii/respiratorii** | |
| Tipăt ascutit <5 min. | 2 | Transpirati | 1 |
| Tipăt continuu ascuTit >5 min. | 3 | Febră 37,2-38,3°C | 1 |
| Somn <1h după alimentare | 3 | Febră>38,4°C | 2 |
| Somn<2h după alimentare | 2 | Căscat frecvent (>3-4 ori/interval de "scoring") | 1 |
| Somn<3h după alimentare | 1 | Marmorare | 1 |
| Reflex Moro hiperactiv | 2 | Obstructie nazală | 1 |
| Reflex Moro marcat hiperactiv | 3 | Strănut (>3-4 ori/ interval de "scoring") | 1 |
| Tremurături usoare atunci când este deranjat | 1 | Bătăi ale aripilor nazale | 2 |
| Tremurături moderat-severe atunci când este deranjat | 2 | Rata respiratorie>60/min. | 1 |
| Tremurături usoare fără a fi tulburat | 3 | Rata respiratorie>60/min,cu tiraj | 2 |
| Tremurături moderat-severe fără a fi tulburat | 4 | Transpirati | 1 |
| Tonus muscular crescut | 2 | Febră 37,2-38,3°C | 1 |
| Escoriatii(ari specifice) | 1 | Febră>38,4°C | 2 |
| Mioclonii | 3 | Căscat frecvent (>3-4 ori/interval de "scoring") | 1 |
| Convulsii generalizate | 5 | | |
| **Tulburări gastrointestinale** | | | |
| Supt excesiv | 1 | | |
| Alimentatie săracă (supt infrecvent/necoordonat) | 2 | | |
| Regurgitatii (≥2 ori in timpul/după alimentare) | 2 | | |
| Vărsături in jet | 3 | | |
| Scaune semilegate | 2 | | |
| Scaune apoase | 3 | | |

| Scorul de abstinenţă | Doze terapeutice pentru NAS / Soluţie | |
|---|---|---|
| | Morfină 1mg./ml | Fenobarbital 10 mg./ml |
| 8-10 | 0,32 mg./Kg/zi in 4 doze | 6 mg./Kg/zi in 3 doze |
| 11-13 | 0,48 mg./Kg/zi in 4 doze | 8 mg./Kg/zi in 3 doze |
| 14-16 | 0,64 mg./Kg/zi in 4 doze | 10 mg./Kg/zi in 3 doze |
| 17+ | 0,80 mg./Kg/zi in 4 doze | 12 mg./Kg/zi in 3 doze |

Prevention of HIV transmission from HIV-infected mothers to their infants.Optimizing clinical management and effective interventions towards elimiinating new paediatric HIV infections.Clinical Protocol for the WHO European Region (2012 revision)

## PREVENIREA TRANSMITERII MATERNO-FETALE A INFECȚIEI HIV IN ROMÂNIA 2013

Mijloacele de intervenție pentru prevenirea transmiterii verticale a infecției HIV adresate nou-născutului cuprind:

1. Alimentația artificială
2. Profilaxia ARV
3. Monitorizarea clinico-biologică pentru stabilirea cât mai rapidă a statusului HIV

**1. Alimentația artificială**

Nou-născutul *nu va fi alăptat*, ci va fi alimentat artificial de la început.

**2. Profilaxia ARV**

Se instituie în maternitate, de către medicul neo-natolog, în colaborare cu medicul infecționist, în primele 6-12 ore de viață și se va administra timp de 6 săptămâni.

# COMBINAȚII RECOMANDATE

- **Schema 1: ZDV + 3TC.** Se aplică nou-nascutului provenit din gravidă seropozitivă, monitorizată corespunzator și care are parametri de monitorizare optimi, la care s-a efectuat cezariana *(se consideră situația cu riscul cel mai redus de transmitere).*

- **Schema 2: ZDV + 3TC + NVP**. Se aplică nou-nascutului provenit din gravidă descoperită recent, în travaliu, fără terapie ARV, fără investigații imunologice, virusologice si fără semne clinice de afectare, cu cezariană efectuată *(se consideră situația cu risc crescut de transmitere).*

- **Schema 3: ZDV + 3TC + LPV/r.** Se aplică nou-nascutului provenit din:
  - gravidă cunoscută HIV pozitiv, fără terapie ARV, cu semne clinice și afectare imunologică, virusologică(indiferent dacă s-a efectuat sau nu cezariană)
  - gravidă cunoscută HIV pozitiv, cu tratament ARV dar aflată în eșec terapeutic (indiferent daca s-a efectuat sau nu cezariană)
  - orice situație, dacă nu s-a efectuat cezariană *(se consideră situațiile cu riscul cel mai mare de transmitere).*

**Modul de administrare a combinatiei ARV in profilaxia transmiterii verticale**

| Medicament | Nou-născut la termen | Prematur | |
|---|---|---|---|
| **ZDV (Zidovudina)**<br>Sirop 10 mg/ml | 2mg/Kgc la 6 ore | **Vârsta gestațională.<30 săpt.** | **Vârsta gestațională≥30 săpt.** |
| | | 2mg/Kgc.(oral)la fiecare12ore,crescând la fiecare 8 ore la 4 săpt. de viață | 2mg/Kgc.(oral)la fiecare12ore,crescând la fiecare 8 ore la 2 săpt.de viață |
| **3TC (Lamivudina)**<br>Sirop 10 mg./ml | 2 mg/Kgc la 12 ore | Nu sunt date suficiente, se administreaza cu prudenta. | |
| **NVP (Nevirapina)**<br>Sirop 10 mg./ml | 2 mg/Kgc la 24 ore in prima saptamana, apoi 4 mg/Kgc (120 mg/mp) la 24 ore in a doua saptamana, apoi, dupa primele doua saptamani 4 mg/Kgc (120 mg/mp) la 12 ore | Contraindicat | |
| **LPV/r (Lopinavir/Ritonavir)**<br>Sirop 80 mg/ml | 300mg.LPV/75mg.RTV/ mp la 12 ore | Contraindicat | |

**3. Monitorizarea clinico-biologică pentru stabilirea cât mai rapidă a statusului HIV**

Diagnosticul precoce de infecție HIV la nou-născut este important în vederea inițierii managementului potrivit, inclusiv instituirea promptă a terapiei ARV.

| | |
|---|---|
| **HIV-RNA**<br>(nu se va recolta sange din cordonul ombilical, din cauza riscului de contaminare maternă)<br>**CD4**-la baseline apoi individualizat | -primele 48 h de viață<br>-la 2 săpt.<br>-la 6 săpt.<br>-la 12 săpt.<br>-la 6 luni |
| **ELISA**<br>**WESTERN-BLOT** | -la naștere<br>-la fiecare 6 luni, până la 18 luni |

INSTITUTUL NAȚIONAL
DE BOLI INFECȚIOASE
*"PROF. DR. MATEI BALȘ"*

# Fișă de supraveghere a nou-născutului din mamă cu infecție HIV/SIDA

Compartimentul pentru monitorizarea și evaluarea infecției HIV/SIDA în România

INSTITUTUL NAȚIONAL DE BOLI INFECȚIOASE "PROF. DR. MATEI BALȘ"

## Fișă de supraveghere a nou-născutului din mamă cu infecție HIV/SIDA

**Data completării:** |_|_|_|_|_|_|_|_|

**Completată de:** _____

**Nume:** _____

**Prenume:** _____

**CNP** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**Data nașterii:** |_|_|_|_|_|_|_|_| **Sex:** ☐ M ☐ F

**Locul nașterii:** _____

**Maternitate:** _____

**Domiciliu:** **Localitate:** _____ **Județ:** _____

**Strada:** _____ **Nr.:** ____ **BL.:** ____ **Sc.:** __ **Ap.:** _____

**Rang:** ___ **Greutate la naștere:** ___ **Talie:** ____ **perim. cranian:** ____ **perim.toracic:** _____

**perim. abdominal:** **APGAR:** ____ **Vârsta gestațională:** _____

**Complicații la naștere:**

**Tratamente administrate în maternitate:**

**Vaccinări administrate în maternitate:**

**Profilaxie ARV postpartum:** ☐ DA ☐ NU **Data inițierii:** ___/___/_____

**Medicație:** _____

**Alimentație:** ☐ **naturală** ☐ **artificială** **Tipul nașterii:** ☐ **naturală** ☐ **cezariană**

**Manevre obstetricale efectuate la naștere:**

**Data prezentării în spital:** ___/___/_____

**Medicul pediatru:** _____

**Investigații inițiale:**

CD4: _____ Data: |_|_|_|_|_|_|_|_|

V.L. _____ Data: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Test HIV: _____ Data: |_|_|_|_|_|_|_|_|

WB: _____ |_|_|_|_|_|_|_|_|

## DATE DESPRE FRAȚI

1.
Nume: _____
Prenume: _____
Testat HIV: ☐ DA ☐ NU
Data: _____ Rezultat: _____

2.
Nume: _____
Prenume: _____
Testat HIV: ☐ DA ☐ NU
Data: _____ Rezultat: _____

3.
Nume: _____
Prenume: _____
Testat HIV: ☐ DA ☐ NU
Data: _____ Rezultat: _____

## DATE DESPRE MAMĂ:

Nume: _____
Prenume: _____
CNP: _____
Data nașterii: _____ Vârsta: _____
Domiciliu: Localitate: _____ Județ: _____
Strada: _____ Nr.: ____ Bl.: ____ Sc.: ____ Ap.: ____
Telefon: _____
Școlarizare: ☐ fără ☐ 4 clase ☐ 8 clase ☐ 12 clase ☐ studii superioare
Ocupație: _____
Situație socio-economică: ☐ foarte bună ☐ bună ☐ precară
Stare civilă: ☐ căsătorită ☐ necăsătorită
Status HIV cunoscut anterior sarcinii: ☐ DA ☐ NU
Data depistării HIV pozitiv: _____
Locul depistării HIV pozitiv: _____
Medicul infecționist și spitalul (unde pacienta se află în evidență): _____
Stadiul de boală al mamei în momentul nașterii: _____



Tratament ARV al mamei în cursul sarcinii: ☐ DA ☐ NU
Data inițierii: _____ Grad aderență: _____

**Investigații mamă înaintea nașterii:**

CD4: _____ Data: _____
V.L. _____ Data: _____
AgHBs: _____ Data: _____
AntiVHC: _____ _____
VDRL: _____ _____

**Istoric ARV mamă:**

| Nr. | Data inițierii | Data opririi | Schema ARV |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

**Boli asociate infecției HIV:**

| Cod | Diagnostic |
|---|---|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |

**Factori de risc implicați în transmiterea infecției HIV:**

☐ transfuzii ☐ drogurI.V. ☐ partener HIV pozitiv ☐ parteneri sexuali multipli

Alți factori: _____

**Date despre tată:**

Nume: _____
Prenume: _____
CNP: _____
Data nașterii: _____ Vârsta: _____
Domiciliu: Localitate: _____ Județ: _____
Strada: _____ Nr.: ____ Bl.: ____ Sc.: ____ Ap.: ____
Telefon: _____
Testat HIV: ☐ DA ☐ NU Data:
Data: _____ Locul testării: _____
Rezultat: _____

**Observații (alte date)**

"Copiii sunt cea mai valoroasa resursa a lumii si cea mai mare speranta a ei pentru viitor."
John Fitzgerald Kennedy