



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

# PREVENIREA TRANSMITERII MATERNO-FETALE A INFECȚIEI HIV

Protocol clinic național  
(ediția II)

## PCN-316

Chișinău, 2022

**Aprobat în cadrul ședinței Consiliului de experți al Ministerului Sănătății  
din 20.05.2022, proces verbal nr. 3  
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 541 din 07.06.2022 cu privire la  
aprobarea Protocolului clinic național „Prevenirea transmiterii  
materno-fetale a infecției HIV”**

## CUPRINS

CUPRINS .....	2
ABREVIERI .....	4
ABREVIERI ALE PREPARATELOR ARV .....	4
SUMARUL RECOMANDĂRILOR .....	5
PREFAȚĂ.....	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	8
A.1. Diagnostic: Infecția cu HIV .....	8
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	8
A.3. Utilizatorii .....	8
A.4. Obiectivele protocolului țin de sporirea.....	8
A.5. Data elaborării protocolului: 2021 .....	8
A.6. Data revizuirii următoare: 2024 .....	8
A.7. Lista autorilor și persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:.....	8
A.8. Definițiile folosite în document .....	9
A.9. Informația epidemiologică.....	10
A.10. Justificarea bazei de dovezi .....	11
B. PARTEA GENERALĂ.....	12
B.1. Nivelul de asistență medicală primară .....	12
B.2. Nivelul consultativ specializat (medicul obstetrician-ginecolog de la nivelul asistenței medicale specializate de ambulator, medicul infecționist din cabinetele teritoriale pentru supraveghere medicală și tratament ARV) .....	15
B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească (maternitate, centru perinatalogic) .....	17
C. CONDUITA TERAPEUTICĂ .....	20
C.1. Algoritmi de conduită.....	20
C.1.1. Algoritmul general de conduită a medicului de familie privind gravida cu statut HIV necunoscut.....	20
C.1.2. Algoritmul conduitei gravidei HIV pozitive.....	20
C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor .....	25
C.2.1. Factorii de risc și prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV.....	25
C.2.2. Consilierea și testarea gravidei la infecția cu HIV .....	26
C.2.3. Rolul echipei multidisciplinare în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV .....	27
C.2.4. Profilaxia ARV a nou-născutului de mamă HIV pozitivă .....	29
C.2.5. Îngrijiri esențiale ale nou-născutului de mamă cu HIV .....	30
C.2.6. Testarea nou-născutului la HIV .....	33
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL .....	35
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	35
D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu .....	35
D.2.1. Instituțiile / secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu și secțiile consultative ale centrelor perinatale.....	35

D.2.2. Instituțiile / secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu (cabinetele teritoriale) (conform Protocolului „Infecția HIV la adulți și copii”)	36
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească	36
D.3.1. Maternitățile spitalelor raionale și municipale, instituțiile de asistență medicală spitalicească de nivelul III	36
D.3.2. Secțiile pentru tratamentul persoanelor infectate cu HIV (conform PCN „Infecția HIV la adulți și adolescenți”)	36
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	38
ANEXE	40
Anexa 1. Consilierea pre-testare a gravidei la infecția HIV	40
Anexa 2. Consilierea post-testare a gravidei, în funcție de rezultatul testului la HIV	41
Anexa 3. Ghid de îngrijire a nou-născutului de mamă HIV pozitivă	42
Anexa 4. Ghidul pacientului „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”	45
Anexa 5. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii, pentru Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”. Fișa de audit pentru femeile HIV+ care au născut în ultimele 12 luni	48
Anexa 6. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii, pentru Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”. Fișa de audit pentru copii născuți vii, în ultimele 12-24 luni, de mame HIV+	50
BIBLIOGRAFIE	52

# ABREVIERI

<b>ARV</b>	Antiretroviral
<b>ARN HIV</b>	Material genetic HIV
<b>BCG</b>	Bacilul Calmette–Guérin
<b>CD4</b>	Limfocite care au markeri pe suprafața lor și sunt țintă pentru HIV
<b>EACS</b>	European AIDS Clinical Society
<b>HbsAg</b>	Antigenul de suprafață al virusului hepatic B
<b>HIV</b>	Virusul imunodeficienței umane
<b>IgG</b>	Imunoglobulină G
<b>IMSP</b>	Instituție medico-sanitară publică
<b>IO</b>	Infecție oportunistă
<b>IP</b>	Inhibitor al proteazei
<b>ITS</b>	Infecții cu transmitere sexuală
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>PPE</b>	Profilaxia post-expunere
<b>PTH</b>	Persoane care trăiesc cu HIV
<b>PrEP</b>	Profilaxia pre-expunere
<b>PCR</b>	Test specific pentru evidențierea virusului HIV prin Reacția de Polimerizare în Lanț (PCR – Polymerase Chain Reaction); există Test HIV ADN PCR și Test HIV ARN PCR.
<b>PCN</b>	Protocol clinic național
<b>SCM</b>	Spital clinic municipal
<b>SG</b>	Săptămâni de gestație
<b>SIDA</b>	Sindromul imunodeficienței umane achiziționate
<b>TARV</b>	Tratament antiretroviral
<b>TSO</b>	Terapia substitutivă cu opioide
<b>UDI</b>	Utilizator de droguri injectabile
<b>VHB</b>	Virusul hepatic B
<b>WHO</b>	World Health Organization (Organizația Mondială a Sănătății)

## ABREVIERI ALE PREPARATELOR ARV

<b>3TC</b>	DCI Lamivudină
<b>ABC</b>	DCI Abacavir
<b>ATV**</b>	Atazanavir
<b>AZT</b>	DCI Zidovudină
<b>DRV**</b>	Darunavir
<b>DTG</b>	DCI Dolutegravir
<b>EFV**</b>	Efavirenz
<b>FTC</b>	DCI Emtricitabină
<b>LPV/r</b>	DCI Lopinavir + Ritonavir
<b>NVP**</b>	Nevirapin
<b>RAL**</b>	Raltegravir
<b>RTV</b>	DCI Ritonavir
<b>TAF**</b>	Tenofovir Alafenamid fumarat
<b>TDF</b>	DCI Tenofovir disoproxil

## SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Profilaxia primară a infecției HIV vizează: identificarea grupurilor de risc și vulnerabile în rândurile populației și a partenerilor lor; combaterea și corectarea factorilor de risc de infectare; crearea accesului egal la servicii sigure și calitative legate de sănătatea reproductivă pentru toate grupurile de femei de vârstă reproductivă incluse în lista medicului de familie; aplicarea PrEP femeilor HIV negative din cuplurile serodiscordante; aplicarea PPE femeilor HIV negative; aplicarea PPE nou-născuților de mame HIV pozitive.
2. Toate gravidele vor fi testate la HIV la luarea la evidență medicală. Împreună cu femeia gravidă va fi încurajată și testarea partenerului său.
3. Gravida cu HIV trebuie consultată de către medicul specialist HIV nu mai târziu de 5 zile de la stabilirea diagnosticului de HIV, dacă termenul sarcinii este mai mic de 28 de săptămâni sau nu mai târziu de 3 zile, dacă termenul sarcinii este mai mare de 28 de săptămâni;
4. Toate femeile cu HIV de vârstă fertilă vor fi îndrumate la medicul infecționist pentru inițierea TARV până la concepere și monitorizarea acestuia.
5. Toate gravidele vor fi instruite privind importanța administrării TARV pentru propria sănătate și sănătatea viitorului copil.
6. La toate gravidele/parturientele care sunt internate în maternitate/secție obstetricală și statutul HIV este necunoscut, se recomandă de aplicat testul rapid de diagnostic al infecției HIV ;
7. Dacă lăuza este internată în maternitate/secție obstetricală în primele 48-72 de ore de la nașterea la domiciliu și statutul HIV este necunoscut, se recomandă de aplicat testul rapid de diagnostic al infecției HIV.
8. Gravidele cu diagnosticul HIV stabilit și TARV inițiat anterior sarcinii: dacă schema de TARV este bine tolerată și gravida are un nivel de ARN HIV nedetectabil, va continua aceeași schemă pe toată perioada sarcinii, accentuându-se importanța aderenței bune la tratament; dacă nivelul de ARN HIV este detectabil sau schema de tratament nu este bine tolerată, se va lua în considerare schimbarea schemei de tratament, dar se va ține cont de indicarea preparatelor ARV care au un grad înalt sau cel puțin moderat de trecere a barierei placentare.
9. Gravidelor cărora le-a fost stabilit diagnosticul HIV în perioada sarcinii se va indica Tenofovir 300 mg + Emtricitabină 300 mg (Lamivudină 300 mg) + Dolutegravir 50 mg, o dată pe zi.
10. Toate gravidele cu HIV trebuie să administreze TARV în perioada sarcinii și să obțină supresie virală cât mai curând posibil. Conduita intrapartum depinde de administrarea TARV pe perioada sarcinii și de nivelul ARN HIV cu 4-6 săptămâni înainte de naștere.
11. Gravidele cu nivelul ARN HIV <40 copii/ml și cu aderență bună la TARV vor continua schema de tratament inițiată în timpul sarcinii, vor naște pe cale naturală în lipsa contraindicațiilor obstetricale.
12. Gravidele cu nivelul ARN HIV  $\geq 40$  :
  - dacă au administrat până la momentul nașterii schema de ARV care conține Dolutegravir, atunci în primele 2 ore de la internare și la fiecare 12 ore pe perioada nașterii, se va administra Zidovudină 150mg + Lamivudină 300 mg;
  - dacă au administrat până la momentul nașterii o schemă de ARV care nu conținea Dolutegravir, atunci în primele 2 ore de la internare și la fiecare 12 ore pe perioada nașterii, se va administra Zidovudină 150 mg + Lamivudină 300 mg și, la internare și la fiecare 24 ore se va administra Dolutegravir 50 mg. Pentru aceste gravide se recomandă nașterea prin operație cezariană planificată la 38 săptămâni complete de sarcină.
13. Gravidele cu statutul HIV pozitiv stabilit în maternitate, în timpul nașterii, sau cu nivelul ARN HIV necunoscut sau care au avut probleme cu aderența la TARV, sau care nu au administrat TARV până la naștere:
  - dacă au administrat până la momentul nașterii schema de ARV care conține Dolutegravir, atunci în primele 2 ore de la internare și la fiecare 12 ore pe perioada nașterii, se va administra Zidovudină 150mg + Lamivudină 300 mg;

- dacă au administrat până la momentul nașterii o schemă de ARV care nu conținea Dolutegravir, atunci în primele 2 ore de la internare și la fiecare 12 ore pe perioada nașterii, se va administra Zidovudină 150 mg + Lamivudină 300 mg și, la internare și la fiecare 24 ore, se va administra Dolutegravir 50 mg. Pentru aceste gravide se recomandă nașterea prin operație cezariană dacă permit condițiile obstetricale.
- 14. Lăuza care a administrat tratament ARV intrapartum va continua administrarea acestuia după naștere și, după externarea din maternitate, va fi îndrumată la medicul specialist HIV pentru stabilirea tacticii ulterioare de tratament.
- 15. Lăuza care a administrat TARV în timpul sarcinii va continua schema respectivă și va fi consiliată privind importanța aderenței în continuare atât pentru propria sănătate, cât și pentru reducerea riscului de transmitere HIV copilului, în special dacă insistă să alimenteze copilul natural.
- 16. În Republica Moldova se recomandă alimentarea artificială a nou-născuților din mame cu HIV. Lăuzele vor fi consiliate privind alimentarea artificială a copilului (importanța acesteia, pregătirea, păstrarea etc.) și sănătatea reproductivă (contracepția, sarcinile ulterioare etc.).
- 17. Lăuzelor care și-au manifestat acordul de a alimenta artificial copilul se va indica stoparea medicamentoasă a lactației. Dacă mama, din varii motive, alege să alăpteze copilul, ea trebuie consiliată repetat și dacă alegerea este informată și responsabilă – ea va fi consiliată despre regulile de urmat pentru a o face în siguranță.
- 18. Nou-născutul unei femei HIV pozitive se consideră expus riscului de infectare cu HIV și necesită intervenții de scădere a acestui risc. În acest scop: după naștere, cât mai curând, preferențial în primele 4 ore, i se va colecta sânge pentru determinarea ADN HIV, iar după colectarea sângelui pentru determinarea ADN HIV, se va iniția TARV.
- 19. Copilului născut de mamă HIV pozitivă care are un RISC MIC de infectare cu HIV – în primele 4 ore după naștere, după colectarea sângelui pentru determinarea ADN HIV, se va iniția administra monoterapiei cu AZT care va continua timp de 4 săptămâni.
- 20. Copilului născut de mamă HIV pozitivă care are un RISC ÎNALT de infectare cu HIV – în primele 4 ore după naștere, după colectarea sângelui pentru determinarea ADN HIV, se va iniția administrarea biterapiei cu AZT+NVP care va continua timp de 4 săptămâni. În cazul dacă copilul nu este alimentat artificial, ci natural – AZT+NVP va continua mai mult de 4 săptămâni, adică pe toată durata alăptării + 2 săptămâni după sevrăj.
- 21. Copiii născuți de mame cu HIV la care diagnosticul de HIV a fost infirmat, trebuie să urmeze schema de vaccinare națională, de rând cu ceilalți nou-născuți.
- 22. Copiii născuți de mame cu HIV la care diagnosticul de HIV a fost confirmat vor fi vaccinați în corespundere cu recomandările specialistului HIV, în conformitate cu prevederile PCN „Infecția cu HIV la copii”.
- 23. Testarea copiilor la HIV până la 18 luni se efectuează cu teste moleculare genetice - primul test virusologic (determinarea ADN HIV prin PCR) trebuie efectuat la nou-născut încă din maternitate, preferențial în primele 4 ore, până la inițierea TARV profilactic, dar nu mai târziu de 48 de ore de la naștere. NU se va folosi sângele din cordonul ombilical (placentă) pentru testul la HIV, ci doar sângele din vena periferică a copilului.
- 24. Profilaxia cu Co-trimoxazol este recomandată tuturor sugarilor expuși la riscul de infectare cu HIV. Se inițiază la 4-6 săptămâni de viață și se stopează la excluderea diagnosticului de HIV la copil.
- 25. După vârsta de 18 luni, copiii expuși perinatal la infecția HIV vor fi examinați în vederea confirmării/infirării diagnosticului de infecție cu HIV, în conformitate cu algoritmul de testare și confirmare a infecției cu HIV la adulți.

## **PREFAȚĂ**

Acest protocol are scopul de a asista personalul medical implicat în realizarea profilaxiei transmiterii materno-fetale a infecției HIV (medici de familie, ginecologi-obstetricieni, infecționiști, neonatolgi și alte cadre medicale) în procesul de luare a deciziilor privind acordarea asistenței medicale aferente infecției HIV la gravide și prevenirii transmiterii HIV pe cale verticală.

Protocolul poate servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale, adaptate la resursele, caracterelor specifice și limitările fiecărei instituții relevante.

Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV” a fost elaborat în baza recomandărilor OMS: WHO consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, July 2021 – <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, care se axează pe principiile medicinei bazate pe dovezi.

Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV” a fost elaborat de un grup de specialiști în domeniu și discutat public cu toți partenerii naționali și internaționali implicați în controlul infecției HIV și ITS, inclusiv sectorul civil și agențiile internaționale prezente în sectorul de sănătate.

Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV” a fost elaborat în cadrul Programului „Fortificarea controlului tuberculozei și reducerea mortalității prin SIDA în Republica Moldova”, finanțat din sursele Fondului Global pentru Combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei.

# A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

## A.1. Diagnostic: Infecția cu HIV

Exemple de diagnostice clinice:

1. Infecția cu HIV asimptomatică, stadiul A1.
2. Infecția cu HIV asimptomatică, stadiul A1. Sindrom retroviral acut.
3. Infecția cu HIV simptome, stadiul B2. Candidoză orofaringiană.
4. Infecția cu HIV simptome, stadiul C3. Toxoplasmoză cerebrală. Wasting syndrome.

## A.2. Codul bolii (CIM 10): Z21, B20

### A.3. Utilizatorii:

- medicii de familie;
- medicii obstetricieni-ginecologi;
- medicii infecționiști;
- medicii pediatri;
- medicii neonatologi;
- moașele;
- asistenții medicali;
- alt personal medical implicat în realizarea profilaxiei transmiterii materno-fetale a infecției HIV.

### A.4. Obiectivele protocolului țin de sporirea:

1. ponderii femeilor gravide luate în evidență și cărora li s-a efectuat screeningul la infecția HIV, conform recomandărilor în vigoare;
2. proporției femeilor gravide cu diagnostic stabilit de infecție cu HIV la care conduita sarcinii, nașterii, perioadei post-partum s-a efectuat conform prevederilor protocolului curent, în special, creșterea ponderii gravidelor care au administrat TARV complet;
3. numărului de nou-născuți din mame HIV pozitive conduita cărora s-a realizat conform prevederilor protocolului, în special, creșterea ponderii celor care au primit TARV profilactic și sunt, ulterior, detectați HIV negativ;
4. proporției de femei gravide cu ARN HIV nedetectabil la momentul nașterii și în perioada post-partum.

### A.5. Data elaborării protocolului: 2022

### A.6. Data revizuirii următoare: 2027

### A.7. Lista autorilor și persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

Nume, prenume	Funcția deținută
Tiberiu Holban	șef al Catedrei de boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”
Angela Nagiț	șef al Secției tratament antiretroviral, IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile
Oxana Țurcanu	medic neonatolog-reanimatolog, Secția reanimare nou-născuți nr. 1, IMSP SCM „Gheorghe Paladi”
Iulian Oltu	director al Programului național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și ITS, IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile
Iurie Climașevschi	coordonator al Programului național de prevenire și control al infecției



	HIV/SIDA și ITS, IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile
Svetlana Popovici	coordonator Tratatamentul Antiretroviral, Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și ITS, IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile
Ecaterina Noroc	coordonator al activităților de diagnosticare de laborator, Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și ITS, IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile
Lucia Pîrîînă	coordonator de programe, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate

## A.8. Definițiile folosite în document

**HIV** – abreviere de la Human Immunodeficiency Virus, virusul imunodeficienței umane. Există două tipuri de HIV: HIV-1 și HIV-2.

**HIV-1** – 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 imunodeficient dobândit (SIDA).

**HIV-2** – este o a doua tulpină a virusului HIV, izolată în Africa de Vest, care apare sporadic în alte părți ale lumii, asemănător cu tulpinile de virus simian și care determină o formă mai puțin agresivă de SIDA.

**Infecția cu HIV** – o infecție virală produsă de virusul imunodeficienței umane.

**SIDA** – abrevierea din limba franceză pentru Syndrome d'Immunodéficience Acquis. Pe plan mondial se mai folosește și acronimul AIDS, provenit din limba engleză: Acquired Immune Deficiency Syndrome. SIDA este un sindrom care combină semnele și simptomele diferitor infecții oportuniste, ca rezultat a distrugerii sistemului imunitar provocată de HIV.

**ARN HIV** – material genetic viral HIV, nivelul căruia se exprimă cantitativ, prin numărul de copii/ml. Această noțiune înlocuiește exprimările anterioare folosite (= viremie = încărcătură virală).

**„Fereastră imunologică”** – perioada ce trece din momentul infectării cu HIV și până când numărul anticorpilor anti-HIV este suficient de mare pentru a fi pus în evidență de către testul HIV.

**Grupuri cheie** – un grup de persoane cu risc sporit de infectare cu HIV, în care sunt incluși:

- bărbații care fac sex cu bărbați;
- consumatorii de droguri injectabile;
- persoanele care se află în detenție;
- lucrătorii care practică sexul comercial;
- transgenderii.

**Grupuri vulnerabile** – grupuri de persoane care sunt vulnerabile la infecția cu HIV în anumite situații sau condiții, cum ar fi: tinerii, orfanii, persoanele cu dizabilități, lucrătorii migranți etc.

**Cupluri serodiscordante** – cupluri din doi oameni care sunt, în prezent, în relații sexuale și în care unul dintre parteneri este HIV-pozitiv și altul este HIV-negativ.

**Transmiterea materno-fetală a infecției cu HIV** – transmiterea infecției HIV de la mamă la făt:

- antenatală – intrauterin, prin pasajul transplacentar al virusului;
- intranatală – în timpul travaliului (în timpul contracțiilor uterine se produc microtransfuzii de aproximativ 3 ml de sânge de la mamă la făt) și în timpul expulziei, prin contactul tegumentelor și conjunctivelor nou-născutului cu sângele și secrețiile vaginale materne infectate sau prin ingestia de sânge matern și alte fluide infectate, în timpul nașterii;
- postnatală – prin alăptare la sân.

**Infecții oportuniste** – complicații tardive ale infecției cu HIV, cel mai adesea apărând la pacienții cu mai puțin de 200 limfocite CD4 într-un mm<sup>3</sup> de sânge. Aceste infecții sunt determinate de microorganisme care, în mod normal, declanșează o reacție de apărare prin sistemul imunitar, dar care „au oportunitatea” să provoace boala, dacă sistemul imunitar a fost afectat. Infecțiile oportuniste sunt cauza principală de morbiditate și mortalitate în rândurile persoanelor cu HIV.

**Tratament antiretroviral** – o combinație de medicamente care acționează prin diferite

mecanisme asupra ciclului de replicare a HIV, împiedicându-l să se desfășoare. Sub acțiunea acestui tratament are loc reprimarea maximală a nivelului de ARN HIV, restabilirea calitativă și cantitativă a imunității, prelungirea și îmbunătățirea calității vieții pacientului și prevenirea transmiterii ulterioare a infecției cu HIV.

**CD4** – un tip de limfocite T helper care reprezintă o componentă importantă a sistemului imunitar, ajutând la combaterea infecțiilor. Sunt receptorii primari pentru HIV.

**Profilaxia pre-expunere (PrEP)** – administrarea de preparate ARV de către persoanele HIV negative, anterior expunerii la HIV, pentru a preveni infectarea.

**Profilaxia post-expunere (PEP)** – administrarea unei cure de preparate ARV inițiată în primele 72 de ore de la expunerea la infecția HIV, cu scopul prevenirii infectării în urma expunerii.

**Aderența la TARV** – angajarea și participarea corectă a pacientului la realizarea planului de îngrijire și tratament, în colaborare cu medicul. Implică înțelegerea informațiilor medicale, consimțământul pacientului și stabilirea unei relații de parteneriat pacient-medic. Nivel înalt al aderenței este definit ca administrarea a peste 95 la sută din dozele prescrise.

**Rezistența HIV la TARV** – un factor important din cauza căruia medicația HIV ar putea să nu mai funcționeze. HIV se reproduce foarte rapid, făcând miliarde de noi virusuri pe zi. Deoarece virusul face adesea greșeli când se autocopiază, fiecare nouă generație va fi puțin diferită față de cea precedentă. Aceste mici diferențe se numesc mutații. Unele mutații apar în aceleași părți ale virusului asupra cărora acționează medicația anti-HIV. Aceasta poate rezulta în tulpini de HIV care sunt mai greu controlabile de către medicamente, ele fiind numite tulpini rezistente la medicamente.

**Copil expus perinatal la HIV** – copilul născut de mamă HIV pozitivă.

**Screening** – examinarea inițială, aplicată „în masă”, care constă în aplicarea unui ansamblu de procedee și tehnici de investigație a unei populații, cu scopul identificării prezumtive a unei boli, anomalii sau a unor factori de risc.

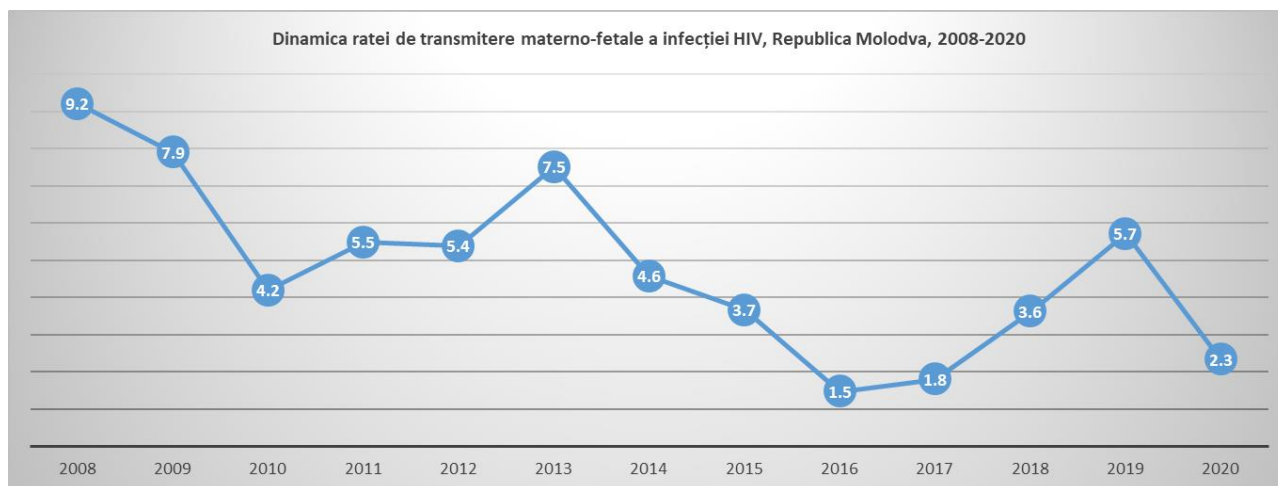
**Wasting syndrome** – sindrom cașectic, atribuit HIV.

## A.9. Informația epidemiologică

În anul 2020, în Republica Moldova au fost înregistrate 191 de femei gravide HIV pozitive, inclusiv 53 la care diagnosticul de infecție cu HIV a fost stabilit prima dată în timpul sarcinii.

Pe parcursul anului 2020, 171 femei HIV pozitive au născut, dintre care 53 - prin cezariană. Din 171 de femei HIV pozitive care au născut în anul 2020, 15 femei nu au primit tratament profilactic pentru prevenirea transmiterii infecției HIV de la mamă la făt. Astfel acoperirea cu tratament profilactic a constituit 91,2% și a fost mai mică cu 4,5%, comparativ cu anul 2019.

La moment, statutul HIV pozitiv a fost stabilit la 4 copii născuți în anul 2020, astfel, rata transmiterii materno-fetale constituind 2,3%. Dinamica ratei de transmitere materno-fetală a infecției HIV în perioada 2008-2020 este redată în *Figura 1*.



**Figura 1.** Dinamica ratei de transmitere materno-fetale a infecției HIV, Republica Moldova, 2008-2020, % copii HIV pozitivi din totalul de copii născuți de mame HIV pozitive

## A.10. Justificarea bazei de dovezi

Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV” este conceput pentru a se alinia la standardele moderne din medicina bazată pe dovezi, pentru a consolida sistemul integrat de îngrijire pentru pacienții cu HIV la toate nivelurile de asistență medicală. La elaborarea acestuia, autorii s-au bazat pe recomandările OMS: *WHO consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, July 2021*<sup>7</sup>, care se axează pe principiile medicinei bazate pe dovezi.

Dovezile și recomandările suplimentare sunt incluse din sursele:

1. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States developed by the HHS Panel on Treatment of Pregnant Women with HIV Infection and Prevention of Perinatal Transmission — A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (last updated: February 10, 2021)<sup>8</sup>;

2. EACS Guidelines, version 10.1, October 2020<sup>9</sup>.

Recomandările din Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV” se bazează pe dovezi științifice care au fost stabilite cu ajutorul metodei GRADE<sup>10</sup>. În funcție de gradul recomandării și de argumentarea științifică, toate recomandările pot fi împărțite în categoriile prezentate în *Tabelul 1* și *Tabelul 2*:

**Tabelul 1. Gradul recomandărilor**

<b>Gradul recomandării</b>	<b>Definiție</b>
<b>Puternic</b>	Există convingerea că punerea în aplicare a recomandării va da efectele dorite, care vor depăși consecințele nedorite.
<b>Condiționat</b>	Există convingerea că punerea în aplicare a recomandării va da efectele dorite, care pot depăși consecințele nedorite, dar nu există certitudinea că aceasta se referă la toate situațiile. Pentru înlăturarea acestei incertitudini, în cadrul implementării recomandării este necesar de utilizat mecanismul de monitorizare și apreciere strictă.

**Tabelul 2. Argumentarea științifică a recomandărilor**

<b>Argumentarea științifică</b>	<b>Definiție</b>
<b>Înaltă</b>	Este foarte puțin probabil ca cercetările ulterioare să modifice credibilitatea evaluării preliminare a impactului.
<b>Medie</b>	Este posibil ca cercetările ulterioare să modifice în mod semnificativ credibilitatea evaluării preliminare a impactului.
<b>Redusă</b>	Este foarte probabil ca, pe parcursul unor cercetări ulterioare, să se obțină o evaluare preliminară a impactului și, eventual, o modificare a estimării preliminare.
<b>Foarte redusă</b>	Orice evaluare preliminară a impactului este incertă.

<sup>7</sup> WHO consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, July 2021 - <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>.

<sup>8</sup> Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women with HIV Infection and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States developed by the HHS Panel on Treatment of Pregnant Women with HIV Infection and Prevention of Perinatal Transmission — A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council – <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/inline-files/PerinatalGL.pdf> (last updated: Febr, 2021).

<sup>9</sup> EACS Guidelines, version 10.1 - [https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.1\\_30032021\\_1.pdf](https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.1_30032021_1.pdf) (EACS 2020).

<sup>10</sup> GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) - metodologie utilizată pentru a clasifica puterea recomandărilor ca fiind puternică sau condiționată (bazată pe luarea în considerare a certitudinii probelor, echilibrului dintre beneficii și daune, acceptabilitate, utilizarea resurselor și fezabilitatea programatică) și certitudinea dovezilor ca fiind înaltă, medie, redusă sau foarte redusă.

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivelul de asistență medicală primară

Descrierea activităților	Motivele	Pașii
<b>PROFILAXIA PRIMARĂ</b>		
<p>Profilaxia primară a transmiterii materno-fetale a infecției HIV vizează:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificarea grupurilor de risc și vulnerabile în rândurile populației și a partenerilor lor;</li> <li>● Combaterea și corectarea factorilor de risc de infectare (<i>Caseta 1</i>);</li> <li>● Crearea accesului egal la servicii sigure și calitative legate de sănătatea reproductivă pentru toate grupurile de femei de vârstă reproductivă incluse în lista medicului de familie;</li> <li>● Aplicarea PrEP femeilor HIV negative din cuplurile serodiscordante;</li> <li>● Aplicarea PPE femeilor HIV negative;</li> <li>● Aplicarea PPE nou-născuților de mame HIV pozitive (<i>CI.2</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ratele de infectare cu HIV în rândul grupurilor de risc și vulnerabile sunt înalte în toate părțile lumii, inclusiv și în Republica Moldova;</li> <li>● În absența unor intervenții de prevenire, transmiterea materno-fetală a infecției cu HIV variază între 15-45% (<i>Tabelul 5, Caseta 3</i>);</li> <li>● Aplicarea măsurilor preventive femeilor gravide și nou-născuților scade riscul transmiterii materno-fetale a infecției HIV cu până la 2% (<i>Casetele 3 și 4</i>).</li> </ul>	<p><b>Obligatori:</b></p> <p><i>Antenatal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informarea populației despre factorii de risc de infectare cu HIV (<i>Caseta 1</i>), inclusiv despre factorii de risc a transmiterii materno-fetale a infecției HIV (<i>Tabelul 5, Caseta 3</i>);</li> <li>● Promovarea utilizării instrumentarului medical și nemedical de unică folosință sau sterilizat corect;</li> <li>● Pentru PCDI – TSO și includerea în programe de reducere a riscurilor;</li> <li>● Promovarea folosirii prezervativelor în cazul contactelor sexuale întâmplătoare;</li> <li>● Testarea la HIV a femeilor de vârstă fertilă și partenerilor lor;</li> <li>● Consilierea femeilor infectate cu HIV în planificarea familiei;</li> <li>● Examinarea la HIV a gravidelor (și partenerilor lor), la luarea în evidență medicală (<i>Algoritmul C.1.1</i>);</li> <li>● Supravegherea administrării PrEP la femeile HIV negative în cazul cuplurilor serodiscordante (<i>G/R – înaltă, A/Ș – redusă</i>);</li> <li>● Supravegherea procesului de aplicare a PPE femeilor HIV negative, în cazul expunerii la HIV, în conformitate cu PCN PPE (<i>G/R – medie, A/Ș – redusă</i>);</li> <li>● Îndrumarea la medicul infecționist a femeilor cu HIV de vârstă fertilă, pentru inițierea TARV până la concepere și monitorizarea acestuia;</li> <li>● Supravegherea TARV la gravidele infectate cu HIV;</li> <li>● Consilierea gravidelor infectate cu HIV privind importanța alimentației artificiale a viitorului copil.</li> </ul> <p><i>Postnatal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Supravegherea TARV la femeile infectate cu HIV și nou-născuții lor (<i>C 1.2</i>);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● Supravegherea consultării periodice a nou-născuților femeilor HIV pozitive, în conformitate cu C 2.4.;</li> <li>● Vaccinarea nou-născuților (<i>Caseta 11</i>).</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informarea populației despre modul sănătos de viață;</li> <li>- Informarea femeilor despre drepturile și obligațiile lor privind sănătatea reproductivă.</li> </ul>
<b>PROFILAXIA SECUNDARĂ</b>		
Profilaxia secundară vizează: prevenirea infectării repetate cu HIV, dar cu altă tulpină.		<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informarea PTH despre factorii de risc de reinfectare cu HIV (<i>Caseta 1</i>).</li> </ul>
<b>SCREENINGUL</b>		
Evaluarea factorilor de risc	Referirea femeilor de vârstă fertilă la grupul de risc de infectare cu HIV.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Determinarea factorilor de risc (<i>Caseta 1</i>) impune necesitatea aplicării măsurilor de profilaxie a transmiterii materno-fetale a infecției cu HIV.</li> </ul>
Stabilirea statutului HIV femeilor de vârstă reproductivă prin: autoadresare sau la inițiativa lucrătorului medical, în urma consilierii.	Statutul HIV determinat al femeii de vârstă reproductivă permite accesul la îngrijiri medicale complexe și de calitate care vizează sănătatea ei reproductivă și boala concomitentă.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oferirea consilierii în planificarea familiei și contracepție;</li> <li>● Testarea la anticorpi anti-HIV1/2 și supravegherea ulterioară, în funcție de rezultat.</li> </ul>
Stabilirea statutului HIV a femeii gravide luate în evidență	Consilierea în respectarea modului sănătos de viață; oferirea de TARV femeilor gravide cu HIV micșorează rata de transmitere materno-fetale a infecției HIV.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Testarea la anticorpi anti-HIV1/2, la luarea în evidență a gravidelor, indiferent de termenul de gestație.</li> <li>● Încurajarea testării, odată cu femeia gravidă, și a partenerului său.</li> <li>● În cazul rezultatului pozitiv al testului la HIV referirea/acompanierea gravidei la serviciile specializate de tratament ARV(caseta 2).</li> </ul>
<b>DIAGNOSTICUL</b>		
Confirmarea diagnosticului	Definitivarea diagnosticului permite inițierea TARV în termen oportun și reduce rata de transmitere HIV de la mamă la făt.	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Îndrumarea femeii gravide la medicul infecționist, pentru definitivarea diagnosticului infecției cu HIV.</li> </ul>
<b>CONDUITA SARCINII</b>		
Internarea	Gravida cu infecție HIV trebuie evaluată și supravegheată de către	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Supravegherea conform PCN obstetrical;</li> </ul>

	echipa multidisciplinară (C 2.3).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Referirea la medicul infecționist, specialist HIV, la termenele indicate în <i>Tabelul 4</i> și supravegherea respectării recomandărilor acestuia;</li> <li>● Internarea în maternitate, în conformitate cu <i>Algoritmul CI.2</i> sau la orice termen de gestație, la apariția complicațiilor obstetricale (conform PCN obstetricale în vigoare);</li> <li>● Instruirea gravidei și a membrilor familiei ei în detectarea semnelor de urgență pe parcursul sarcinii;</li> <li>● Instruirea gravidei privind importanța administrării TARV pentru propria sănătate și sănătatea viitorului copil.</li> </ul>
Tratamentul ARV	<p>Tratamentul ARV are următoarele obiective:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Clinic:</b> prelungirea vieții și îmbunătățirea calității acesteia;</li> <li>● <b>Virusologic:</b> reducerea maximă posibilă a ARN HIV pentru o perioadă maximă posibilă, pentru a stopa progresarea maladiei și a preveni și tergiversa dezvoltarea rezistenței medicamentoase;</li> <li>● <b>Imunologic:</b> recuperarea imunologică cantitativă și calitativă, menită să prevină debutul infecțiilor oportuniste;</li> <li>● <b>Epidemiologic:</b> reducerea transmiterii materno-fetale a infecției HIV.</li> </ul>	<p><b>Obligatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorizarea administrării TARV de către gravidă și, ulterior, tratamentul nou-născutului care este indicat, la nivelul asistenței medicale specializate de ambulator, de către specialiștii în domeniul HIV.</li> </ul>
Tratamentul și profilaxia infecțiilor oportuniste	Oferirea prevenirii și tratamentului infecțiilor oportuniste ajută persoanele HIV pozitive să ducă o viață mai lungă și mai sănătoasă și contribuie la prevenirea răspândirii infecțiilor oportuniste transmisibile.	<p><b>Obligatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorizarea administrării preparatelor indicate, cu scop profilactic sau de tratament a IO, de către specialistul HIV;</li> <li>● Îndrumarea gravidei pentru tratamentul IO în secție specializată, conform PCN „HIV la adult și adolescent”.</li> </ul>
Tratamentul efectelor adverse la TARV și medicamentele pentru profilaxia și tratamentul IO	Efectele adverse la TARV și/sau medicamentele utilizate pentru prevenirea sau tratamentul IO sunt, deseori, un impediment în	<p><b>Obligatori:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitorizarea administrării preparatelor indicate, cu scop profilactic sau de tratament a IO, de către specialistul HIV;</li> </ul>

	menținerea aderenței la tratamentul respectiv sau pot pune în pericol sănătatea și viața pacientului.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Îndrumarea gravidei pentru tratamentul IO în secție specializată, conform PCN „HIV la adult și adolescent”.</li> </ul>
<b>SUPRAVEGHEREA/MONITORIZAREA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizarea tratamentului ARV femeilor gravide la care statutul HIV pozitiv a fost depistat pe parcursul sarcinii;</li> <li>• Monitorizarea tratamentului indicat pentru femeile gravide care deja administrează tratament ARV;</li> <li>• Monitorizarea stării generale a gravidei și evoluția sarcinii;</li> <li>• Monitorizarea nou-născutului.</li> </ul>	<p>Obiectivele supravegherii sunt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• de a obține o eficacitate clinică;</li> <li>• de a suprima progresarea infecției;</li> <li>• de a preveni dezvoltarea complicațiilor și a depista precoce eventualele efecte adverse la TARV;</li> <li>• de a depista precoce eventualele riscuri apărute la făt;</li> <li>• de a preveni transmiterea materno-fetală a infecției HIV;</li> <li>• de a spori calitatea vieții mamei cu HIV și a copilului ei.</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supravegherea gravidei cu HIV de către medicul de familie, conform „Standardului de supraveghere a gravidei în condiții de ambulator”;</li> <li>• Supravegherea efectuării consultațiilor periodice la medicul infecționist/specialist HIV, conform <i>Tabelului 4</i>;</li> <li>• Supravegherea femeii HIV pozitive conform indicațiilor specialistului HIV;</li> <li>• Supravegherea nou-născutului femeii HIV pozitive (în conformitate cu recomandările primite la externarea din maternitate și cele ale specialistului HIV).</li> </ul>

## **B.2. Nivelul consultativ specializat (medicul obstetrician-ginecolog de la nivelul asistenței medicale specializate de ambulator, medicul infecționist din cabinetele teritoriale pentru supraveghere medicală și tratament ARV)**

<b>Descrierea</b>	<b>Motivele</b>	<b>Pașii</b>
<b>PROFILAXIA PRIMARĂ</b>		
<p>Profilaxia primară a transmiterii materno-fetale a infecției HIV vizează:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificarea grupurilor de risc și vulnerabile în rândurile populației și a partenerilor lor;</li> <li>• Combaterea și corectarea factorilor de risc de infectare (<i>Caseta 1</i>);</li> <li>• Crearea accesului egal la servicii sigure și calitative legate de sănătatea reproductivă pentru toate grupurile de femei de vârstă</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ratele de infectare cu HIV în rândul grupurilor de risc și vulnerabile sunt înalte în toate părțile lumii, inclusiv și în Republica Moldova;</li> <li>• În absența unor intervenții de prevenire, transmiterea materno-fetală a infecției cu HIV variază între 15-45% (<i>Tabelul 5, Caseta 3</i>);</li> <li>• Aplicarea măsurilor preventive femeilor gravide și nou-născuților scade riscul transmiterii materno-</li> </ul>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarea populației despre factorii de risc de infectare cu HIV (vezi <i>Caseta 1</i>), inclusiv despre factorii de risc a transmiterii materno-fetale a infecției HIV (vezi <i>Tabelul 5, Caseta 3</i>);</li> <li>• Promovarea utilizării instrumentarului medical și nemedical de unică folosință sau sterilizat corect;</li> <li>• Pentru UDI - TSO și includerea în programe de reducere a riscurilor;</li> <li>• Promovarea folosirii prezervativelor, în cazul contactelor sexuale întâmplătoare;</li> <li>• Testarea la HIV a femeilor de vârstă fertilă și partenerilor lor;</li> <li>• Consilierea femeilor infectate cu HIV în planificarea familiei;</li> <li>• Examinarea la HIV a gravidelor (și a</li> </ul>

<p>reproductivă incluse în lista medicului de familie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aplicarea PrEP femeilor HIV negative din cuplurile serodiscordante;</li> <li>● Aplicarea PPE femeilor HIV negative;</li> <li>● Aplicarea PPE nou-născuților de mame HIV pozitive (C.1.2).</li> </ul>	<p>fetale a infecției HIV cu până la 2% (Casetele 3 și 4).</p>	<p>partenerilor lor), la luarea în evidență medicală (Algoritmul C 1.1);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Administrarea PrEP femeilor HIV negative din cuplurile serodiscordante (G/R – înaltă, A/S – redusă);</li> <li>● Administrarea PPE femeilor HIV negative, în cazul expunerii la HIV, în conformitate cu PCN PPE (G/R – medie, A/S – redusă);</li> <li>● Inițierea TARV femeilor cu HIV de vârstă fertilă până la concepere și monitorizarea acestuia;</li> <li>● Inițierea TARV la gravidele infectate cu HIV și nou-născuții lor (C.1.2);</li> <li>● Consilierea gravidelor infectate cu HIV privind importanța alimentației artificiale a viitorului copil.</li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informarea populației despre modul sănătos de viață;</li> <li>● Informarea femeilor despre drepturile și obligațiile lor privind sănătatea sa reproductivă.</li> </ul>
<p><b>PROFILAXIA SECUNDARĂ</b></p>		
<p>Profilaxia secundară vizează: prevenirea infectării repetate cu HIV, dar cu altă tulpină.</p>		<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Informarea PTH despre factorii de risc de reinfectare cu HIV (Casete 1).</li> </ul>
<p><b>SCREENINGUL</b></p>		
<p>Evaluarea factorilor de risc</p>	<p>Referirea femeilor de vârstă fertilă la grupul de risc de infectare cu HIV.</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Determinarea factorilor de risc (Casete 1) impune necesitatea aplicării măsurilor de profilaxie de prevenire a transmiterii materno-fetale a infecției cu HIV.</li> </ul>
<p>Stabilirea statutului HIV a femeilor de vârstă reproductivă prin: autoadresare sau la inițiativa lucrătorului medical, în urma consilierii.</p>	<p>Statutul HIV determinat a femeii de vârstă reproductivă permite accesul la îngrijiri medicale complexe și de calitate ce vizează sănătatea ei reproductivă și boala concomitentă.</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oferirea consilierii în planificarea familiei și contracepție;</li> <li>● Testarea la anticorpi anti-HIV1/2 și supravegherea ulterioară, în funcție de rezultat.</li> </ul>
<p>Stabilirea statutului HIV a femeii gravide luate în evidență</p>	<p>Consilierea în respectarea modului sănătos de viață; oferirea de TARV femeilor gravide cu HIV micșorează rata de transmitere materno-fetale a infecției HIV.</p>	<p><b>Obligatoriu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Testarea la anticorpi anti-HIV1/2, la luarea în evidență a gravidelor, indiferent de termenul de gestație.</li> <li>● Încurajarea testării, odată cu femeia gravidă, și a partenerului său.</li> </ul>



<b>DIAGNOSTICUL</b>		
Confirmarea diagnosticului	Definitivarea diagnosticului permite inițierea TARV în termen oportun și reduce rata de transmitere HIV de la mama la făt.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Testarea femeii gravide, în conformitate cu „Ghidul național de diagnostic de laborator HIV pentru definitivarea diagnosticului infecției cu HIV”;</li> </ul>
<b>Conduita / supravegherea în condiții de ambulatoriu</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tratamentul ARV;</li> <li>● Profilaxia și tratamentul IO.</li> </ul>	Managementul ambulator al gravidei cu HIV este posibil și reduce considerabil costul îngrijirilor pentru acest contingent de gravide, precum și numărul de intervenții medicale.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consilierea gravidei referitor la importanța administrării TARV pentru propria sănătate și pentru sănătatea viitorului copil;</li> <li>● Evaluarea schemei TARV și modificarea acesteia, la necesitate (C 1.2);</li> <li>● Inițierea TARV (C 1.2);</li> <li>● Monitorizarea de laborator a gravidei (Tabelul 4) și a nou-născutului (C.2.6.1, Caseta 9).</li> </ul>

### **B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească (maternitate, centru perinatologic)**

<b>Descrierea</b>	<b>Motivele</b>	<b>Pașii</b>
<b>SPITALIZAREA</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Decizia de spitalizare a gravidei cu HIV va fi luată de medicul care supraveghează sarcina și medicul infecționist;</li> <li>● Spitalizarea și tactica de conduită a gravidei infectate cu HIV va depinde de indicațiile obstetricale și/sau bolii concomitente.</li> </ul>	Avantajul principal al internării este monitorizarea minuțioasă a gravidei cu HIV și a stării intrauterine a fătului, pentru a determina complicațiile și aprecierea momentului optimal pentru naștere.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Internarea în maternitate/secție obstetricală, conform <i>Algoritm C1.2</i> sau la orice termen de gestație, la apariția complicațiilor obstetricale sau ale patologiilor concomitente (conform PCN obstetricale/de profil în vigoare).</li> </ul> <b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Decizia de internare va fi luată de comun acord cu echipa multidisciplinară care supraveghează gravida cu HIV.</li> </ul>
<b>DIAGNOSTICUL</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnosticul va fi stabilit, în comun, de medicul de familie, medicul obstetrician-ginecolog și medicului infecționist, specialist în infecția cu HIV din centrul specializat;</li> <li>● Deciziile privind conduita gravidei cu HIV trebuie să fie luate ținând cont de</li> </ul>	Stabilirea diagnosticului corect facilitează elaborarea corectă a tacticii de conduită și tratament.	<b>Obligatoriu:</b> <p>Este necesară evaluarea stării generale a gravidei cu HIV, a termenului de gestație, ARN HIV, a stării intrauterine a fătului, pentru determinarea tacticii de conduită.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dacă gravida/parturienta este internată în maternitate/secție obstetricală și statutul HIV este necunoscut, se recomandă de aplicat testul rapid de diagnostic al infecției HIV (C.2.2);</li> <li>● Dacă lăuza este internată în maternitate/secție obstetricală în</li> </ul>

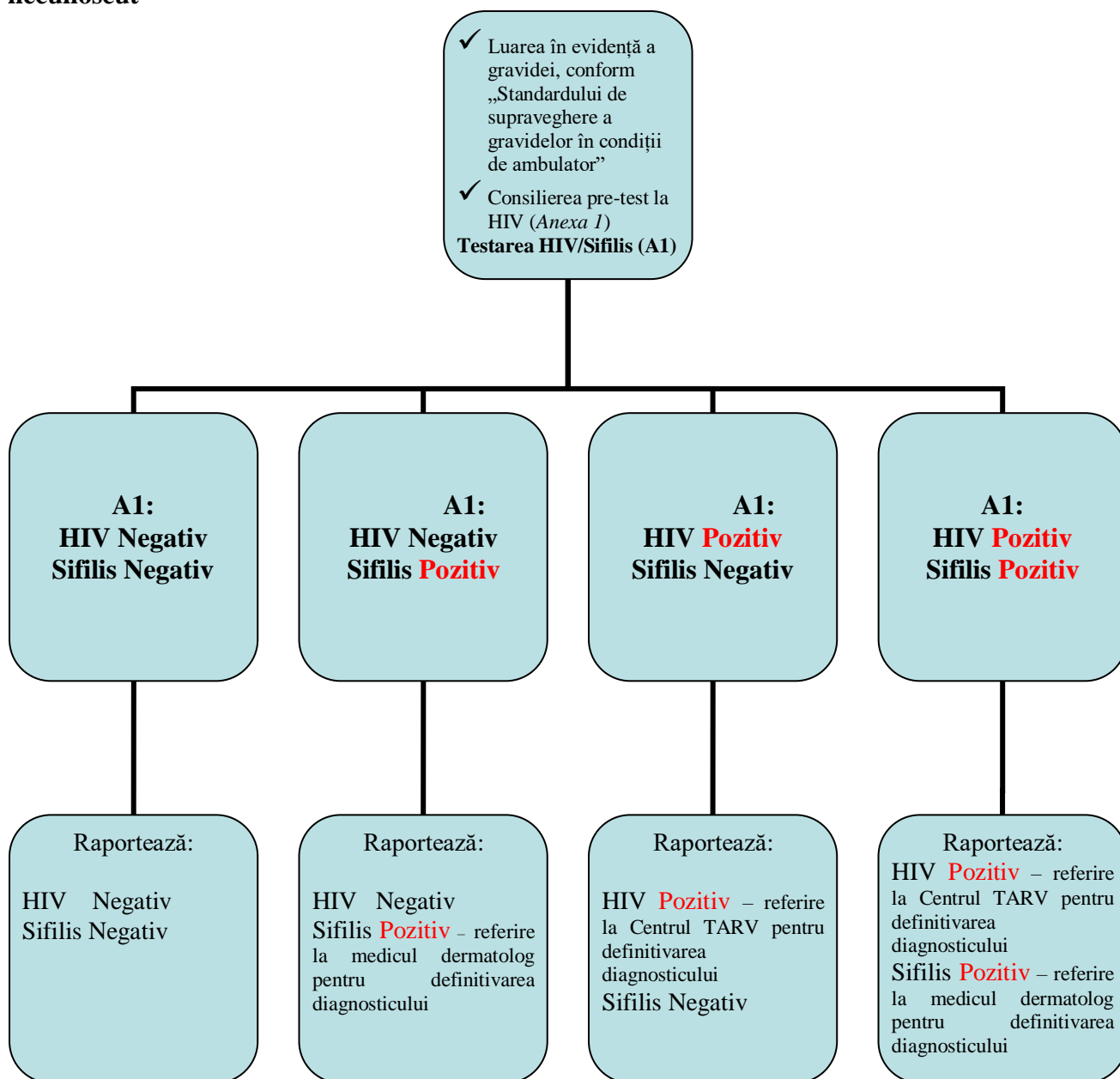
recomandările medicului de familie, medicul obstetrician-ginecolog și medicului infecționist, specialist în infecția cu HIV din centrul specializat.		primele 48-72 de ore de la nașterea la domiciliu și statutul HIV este necunoscut, se recomandă de aplicat testul rapid de diagnostic al infecției HIV ( <i>Vezi C.2.2</i> ).
<b>TRATAMENTUL</b>		
Tratamentul ARV și al complicațiilor obstetricale apărute pe parcursul sarcinii, nașterii, perioadei de lăuzie	Reducerea transmiterii materno-fetale a infecției HIV	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inițierea sau prelungirea TARV gravidelor cu HIV (<i>vezi C.1.2</i>);</li> <li>● Prolungirea TARV profilactic gravidelor HIV negative din cuplurile serodiscordante;</li> <li>● Conduita și tratamentul ARV a femeii gravide cu infecția HIV în naștere (<i>vezi C.1.2</i>);</li> <li>● Administrarea nou-născutului ARV profilactic (<i>vezi C.1.2</i>);</li> <li>● Conduita și tratamentul ARV a lăuzei și a nou-născutului cu infecția HIV în primele 48-72 ore de la nașterea în afara maternității (<i>vezi C.1.2</i>);</li> <li>● Managementul efectelor adverse la TARV și medicamentele pentru profilaxia și tratamentul IO pentru femeie și nou-născut.</li> </ul>
<b>Conduita</b>		
Conduita gravidei cu HIV depinde de: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Starea generală a gravidei;</li> <li>● Termenul de gestație;</li> <li>● Severitatea maladii;</li> <li>● Starea intrauterină a fătului;</li> <li>● Starea colului uterin și a membranelor amniotice.</li> </ul>	Pentru a reduce transmiterea materno-fetală a infecției HIV, este necesar de a respecta următoarele: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Inițierea sau prelungirea TARV a gravidei cu HIV;</li> <li>● Selectarea modalității oportune de naștere;</li> <li>● Alimentația artificială, cu formule de lapte, a nou-născutului, pentru a micșora incidența transmiterii infecției HIV de la mamă la copil, în timpul alăptării.</li> </ul>	<b>Obligator:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tactica de conduită a gravidei cu HIV (<i>vezi C.1.2</i>);</li> <li>● Conduita nou-născutului (<i>vezi C 1.2, C 2.4, C 2.5 și C 2.6</i>);</li> <li>● Consilierea lăuzei privind: <ul style="list-style-type: none"> <li>– semnele de urgență în perioada postnatală;</li> <li>– îngrijirea nou-născutului;</li> <li>– importanța administrării TARV pentru propria sănătate și pentru sănătatea viitorului copil;</li> <li>– alimentarea artificială a nou-născutului.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Supravegherea /Monitorizarea /Externarea</b>		

<p>Supravegherea gravidei cu HIV, a mamei cu HIV și copilului ei, precum și monitorizarea TARV, o efectuează medicul de familie, în comun cu medicul obstetrician-ginecolog, neonatolog și infecționist, specialist în infecția cu HIV, din centrul specializat.</p>	<p>Reducerea transmiterii materno-fetale a infecției HIV.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Înțelegerea necesității TARV pe tot parcursul vieții este o prioritate pentru îngrijirea perinatală, dar, în perioada post-partum, reprezintă o serie de provocări specifice. Studiile au demonstrat scăderi semnificative ale aderenței la TARV post-partum;</li> <li>● Toate femeile, în special femeile infectate cu HIV, ar trebui să fie examinate pentru depresia post-partum folosind un instrument validat, având în vedere efectele dăunătoare ale depresiei asupra aderenței ART. Femeile ar trebui să fie sfătuite că schimbările fizice și psihologice post-partum, stresul și cerințele de îngrijire a unui nou-născut pot face dificilă aderența la TARV și că poate să fie nevoie de un sprijin suplimentar în această perioadă.</li> </ul>	<p><b>Obligator:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pentru gravida cu HIV: <ul style="list-style-type: none"> <li>- supravegherea și monitorizarea stării generale a gravidei cu HIV și a stării intrauterine a fătului;</li> <li>- supravegherea și monitorizarea TARV la gravida cu HIV;</li> <li>- elaborarea planului de conduită a sarcinii și a nașterii gravidei cu HIV.</li> </ul> </li> <li>● Pentru lăuza cu HIV: <ul style="list-style-type: none"> <li>- supravegherea și monitorizarea stării generale a lăuzei cu HIV și a nou-născutului;</li> <li>- elaborarea planului de conduită a nou-născutului de mamă HIV pozitivă;</li> <li>- supravegherea și monitorizarea TARV la lăuza cu HIV și administrarea TARV profilactic nou-născutului;</li> <li>- instruirea lăuzei cum să pregătească corect formula de lapte sau, dacă alăptează la sân, cum să aplice corect copilul, pentru a preveni ragadele și angajarea (<i>Caseta 10</i>);</li> <li>- consilierea lăuzei privind semnele de urgență în perioada post-partum.</li> </ul> </li> <li>● La externare din staționar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- elaborarea tacticii ulterioare de management a mamei cu infecție HIV și a copilului ei, de către medicul de familie;</li> <li>- completarea extrasului care va conține, în mod obligatoriu: diagnosticul desfășurat, rezultatele investigațiilor și a tratamentului efectuat, recomandări pentru medicul de familie.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Recomandabil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recomandări pentru lăuza cu HIV privind îngrijirea nou-născutului;</li> <li>● Consilierea lăuzei cu HIV în planificarea familială, contracepția post-partum și accesul la metoda aleasă, modul sănătos de viață, diminuarea comportamentului cu risc;</li> <li>● Discuții cu persoana de suport, în vederea acordării sprijinului suplimentar lăuzei pe parcursul perioadei post-partum.</li> </ul>
--	---	---

## C. CONDUITA TERAPEUTICĂ

### C.1. Algoritmi de conduită

#### C.1.1. Algoritmul general de conduită a medicului de familie privind gravida cu statut HIV necunoscut



#### C.1.2. Algoritmul conduitei gravidei HIV pozitive

Conduita gravidei HIV pozitive începe în perioada antepartum și continuă cu conduita lăuzei și a femeii HIV pozitive în perioadele intra și postpartum. Scenariile posibile și conduita în cadrul acestora sunt descrise în continuare.

CONDUITA ANTEPARTUM	
Gravide cu diagnosticul HIV stabilit și inițierea TARV anterior sarcinii	Gravide cărora le-a fost stabilit diagnosticul HIV și a fost inițiat TARV în perioada sarcinii

<p>1. Dacă schema de TARV este bine tolerată și gravida are un nivel de ARN HIV nedetectabil, va continua aceeași schemă pe toată perioada sarcinii, accentuându-se importanța aderenței bune la tratament.</p> <p>2. Dacă schema de tratament ARV conține DRV<sup>11</sup>, se va accentua necesitatea administrării preparatelor împreună cu mâncarea.</p> <p>3. Dacă nivelul de ARN HIV este detectabil sau schema de tratament nu este bine tolerată, se va lua în considerare schimbarea schemei de tratament, dar se va ține cont de indicarea preparatelor ARV care au un grad înalt sau cel puțin moderat de trecere a barierei placentare (Tabelul 4).</p>	<p>După stabilirea diagnosticului de HIV se va iniția TARV cât mai curând cu:</p> <p><b>Tenofovir 300 mg + Emtricitabină 300 mg (Lamivudină 300 mg) + Dolutegravir 50 mg, o dată pe zi.</b></p> <p><i>În circumstanțe speciale, care vor fi apreciate de medicul specialist HIV, se va da preferință:</i></p> <p>1. În cazul creșterii valorilor creatininei serice: Abacavir 600 mg + Emtricitabină 300 mg (Lamivudină 300 mg) + Dolutegravir 50 mg, o dată pe zi.</p> <p>2. În cazul reacției alergice cutanate, presupusă la DTG: Tenofovir 300 mg + Emtricitabină 300 mg (Lamivudină 300 mg) + Efavirenz 400 mg, o dată pe zi, <i>sau</i> Tenofovir 300 mg + Emtricitabină 300 mg (Lamivudină 300 mg), o dată în zi + Lopinavir/ritonavir 400/100 mg, de două ori pe zi.</p> <p>(G/R – înaltă, A/Ș – redusă)</p>
---	--

#### CONDUITA INTRAPARTUM

Toate gravidele cu HIV trebuie să administreze TARV în perioada sarcinii și să obțină supresie virală cât mai curând posibil. Conduita intrapartum depinde de administrarea TARV pe perioada sarcinii și de nivelul ARN HIV cu 4-6 săptămâni înainte de naștere.

	<b>Gravide cu nivelul ARN HIV &lt;40 copii/ml și cu aderență bună la TARV</b>	<b>Gravide cu nivelul ARN HIV ≥40</b>	<b>Gravide care:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Au statutul HIV pozitiv stabilit în maternitate, în timpul nașterii;</b></li> <li><b>Au nivelul ARN HIV necunoscut;</b></li> <li><b>Au avut probleme cu aderența la TARV;</b></li> <li><b>Nu au administrat TARV până la naștere.</b></li> </ol>
Tratamentul ARV	Se va continua schema de tratament inițiată în timpul sarcinii.		
Tratamentul în naștere <sup>5</sup> :  Zidovudină 150 mg + Lamivudină 300 mg + Dolutegravir 50 mg	Nu este necesar.	Dacă gravida a administrat până la momentul nașterii schema de ARV care conține Dolutegravir – în primele 2 ore de la internare și la fiecare 12 ore, pe perioada nașterii, se va administra Zidovudină 150mg + Lamivudină 300 mg.  Dacă gravida a administrat până la momentul nașterii o schemă de ARV care nu conținea Dolutegravir – în primele 2 ore de la internare și la fiecare 12 ore, pe	

<sup>11</sup> DRV – administrarea acestui preparat este asociată cu concentrații plasmatice scăzute pe perioada sarcinii, datorită schimbărilor fiziologice din timpul sarcinii.

		perioada nașterii, se va administra Zidovudină 150 mg + Lamivudină 300 mg și, la internare și la fiecare 24 ore, se va administra Dolutegravir 50 mg.	
Modul nașterii	Naștere naturală, în lipsa contraindicațiilor obstetricale.	Operație cezariană planificată, efectuată la 38 de săptămâni complete de sarcină.	Operație cezariană**, dacă permit condițiile obstetricale.
Ruperea artificială a membranelor	Conform indicațiilor obstetricale generale.	Nu se aplică. Este recomandată operația cezariană planificată.	De evitat, dacă este posibil.
Inducerea travaliului	Conform indicațiilor obstetricale generale.	Nu se aplică. Este recomandată operația cezariană planificată.	
Monitorizarea fătului cu electrozi	Conform indicațiilor obstetricale generale	Se va evita, dacă este posibil.	
Utilizarea forcepsului, extractorului vacuum	Conform indicațiilor obstetricale generale	Se va evita, dacă este posibil.	
Administrarea altor medicamente, decât ARV	Se va ține cont de interacțiunea medicamentoasă.		

\* Dacă la  $\leq 30$  minute după administrarea preparatelor ARV gravida a avut vomă, se recomandă repetarea prizei medicamentului respectiv.

\*\* Dacă ARN HIV nu e cunoscut și nu poate fi determinat, iar gravida se internează deja în travaliu, indiferent dacă punga e intactă sau ruptă – decizia privind modalitatea de naștere (cezariană sau per vias naturalis) se ia reieșind din indicațiile obstetricale, și nu din statutul HIV. Operația cezariană urgentă nu ajută la prevenirea transmiterii HIV.

### CONDUITA POSTPARTUM

Conduita lăuzei	Conduita nou-născutului	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lăuza care a administrat TARV în timpul sarcinii va continua schema respectivă și va fi consiliată privind importanța aderenței în continuare pentru propria sănătate și pentru reducerea riscului de transmitere HIV copilului, dacă insistă să alimenteze copilul natural;</li> <li>• Lăuza care a administrat tratament ARV intrapartum va continua administrarea acestuia după naștere și, după externarea din maternitate, va fi îndrumată la medicul specialist HIV pentru stabilirea tacticii ulterioare de</li> </ul>	<p>Nou-născutul unei femei HIV pozitive se consideră expus riscului de infectare cu HIV și necesită intervenții de scădere a acestui risc. În acest scop:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. După naștere, cât mai curând, preferențial în primele 4 ore, i se va colecta sânge pentru determinarea ADN HIV (<i>Caseta 13</i>);</li> <li>2. După colectarea sângelui pentru determinarea ADN HIV, se va iniția TARV, după cum este descris mai jos (reieșind din grupul de risc – <i>Caseta 8</i>)*:</li> </ol>	
	<p><b>Copil născut de mamă HIV pozitivă care are un RISC MIC de infectare cu HIV:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la termenul de 36 de săptămâni de sarcină (sau la momentul nașterii), mama a avut nivelul ARN HIV nedetectabil (<math>&lt;40</math> copii/ml).</li> </ul>	<p><b>Copil născut de mamă HIV pozitivă care are un RISC ÎNALT (<i>Caseta 8</i>)* de infectare cu HIV:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la termenul de 36 de săptămâni de sarcină (sau la momentul nașterii), mama a avut nivelul ARN HIV detectabil (<math>&gt;40</math> copii/ml);</li> </ul>

<p>tratament;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Consilierea privind alimentarea artificială a copilului (importanța acesteia, pregătirea, păstrarea etc.) și sănătatea reproductivă (contracepția, sarcinile ulterioare etc.). De menționat că nu se va încuraja alimentarea naturală, iar lăuzele care refuză categoric alimentarea artificială vor fi consiliate repetat și informate despre riscurile asociate alimenterii naturale;</li> <li>● Stoparea medicamentoasă a lactației la lăuzele care și-au manifestat acordul de a alimenta artificial copilul.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>● mama a administrat TARV mai puțin de 4 săptămâni până la naștere;</li> <li>● mama a administrat TARV doar intrapartum;</li> <li>● mama a fost infectată cu HIV în timpul sarcinii;</li> <li>● mama a fost infectată postnatal, în timpul alăptării.</li> </ul>
	<p>În primele 4 ore după naștere, după colectarea sângelui pentru determinarea ADN HIV**, se va administra monoterapia cu AZT (Tabelul 6).</p>	<p>În primele 4 ore după naștere, după colectarea sângelui pentru determinarea ADN HIV**, se va administra biterapia cu AZT+NVP (Tabelul 6).</p>
	<p><b>Durata ARV – 4 săptămâni.</b></p>	<p><b>Durata ARV – 4 săptămâni.</b></p>
	<p>Dacă mama, în pofida consilierii medicale, refuză alimentația artificială și insistă să alăpteze copilul – tratamentul cu AZT+NVP va continua pe toată durata alăptării + 2 săptămâni după sevraj (Tabelul 6).</p>	
<p>ARV profilactic se va indica respectând intervalul de 12 ore între prize, dar și ținând cont de regimul zilei, pentru un confort optim al copilului.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Alimentarea artificială a copilului, dacă mama a oferit consimțământul (Caseta 10);</li> <li>4. Alimentarea naturală a copilului, dacă mama a refuzat categoric alimentarea artificială (Caseta 10) + copilul va primi AZT+NVP pe toată durata alăptării + 2 săptămâni după sevraj</li> <li>5. Îngrijirile esențiale ale nou-născutului (C.2.5, Caseta 9);</li> <li>6. Vaccinarea nou-născutului în maternitate (Caseta 11);</li> <li>7. Vaccinarea nou-născutului la medicul de familie (Casetele 11, 12);</li> <li>8. Monitorizarea și testarea nou-născutului la HIV (Caseta 13, Fig. 3);</li> <li>9. Profilaxia infecției cu Pneumocystis Jirovecii (Caseta 14).</li> </ol>		
<p>Pregătirea pentru externare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Personalul medical din maternitate se va asigura că mama a înțeles cum să pregătească corect amestecul lactat, cum să alimenteze copilul în siguranță, precum și semnele de intoleranță alimentară și diaree, riscurile și semnele de deshidratare (Caseta 10, Anexa 3);</li> <li>✓ La fel, mama va fi instruită cum să administreze corect TARV, atât copilului, cât și ei însăși. În cazul când, în pofida recomandărilor insistente de alimentație artificială, mama a ales alăptarea la sân – ea trebuie consiliată și instruită cum să aplice corect, cum să prevină și să trateze complicațiile aplicării incorecte (Caseta 10, Anexa 3), precum și respectarea cu strictețe a schemei profilaxiei ARV pentru copil (Tabelul 6) și 100% aderență TARV pentru sine și partener (dacă și el primește TARV).</li> </ul>		

\* Dacă, pentru tratamentul ARV profilactic administrat nou-născutului, se vor utiliza preparatele din maternitate, ambalajele deschise în acest sens se vor elibera mamei la domiciliu, pentru utilizarea ulterioară, iar maternitatea va asigura suplینirea stocurilor preparatelor utilizate.

\*\* Dacă colectarea sângelui nu este posibilă din varii motive, aceasta nu va constitui un impediment pentru inițierea TARV.

**Tabelul 3. Utilizarea preparatelor ARV în sarcină**

<b>Abrevierea</b>	<b>Formula</b>	<b>Doze recomandate</b>	<b>Utilizarea în sarcină</b>
ABC	300 mg	300 mg, de două ori pe zi sau 600 mg, o dată pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>
FTC	200 mg	200 mg, o dată pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>
3TC	150 mg sau 300 mg	150 mg, de două ori pe zi sau 300 mg, o dată pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>
TAF	25 mg	25 mg, o dată pe zi	<b>Grad scăzut de transfer placentar</b>
TDF	300 mg	300 mg, o dată pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>
AZT	100 mg sau 300 mg	300 mg, de două ori pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>
EFV	50 mg, 200 mg sau 600 mg	600 mg, o dată pe zi	<b>Grad moderat de transfer placentar</b>
NVP	200 mg	200 mg, o dată pe zi - primele 14 zile, apoi 200 mg, de două ori pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>
ATV Notă: În sarcină, ATV trebuie boostat cu doze mici de RTV	100 mg, 150 mg, 200 mg sau 300 mg	Pentru pacienții naivi, cu RTV boosting: 300/100 mg, o dată pe zi, dacă se va combina cu EFV – 400/100 mg, o dată pe zi  Pentru pacienții experimentați cu TARV: ATV/r - 300/100 mg, o dată pe zi	<b>Grad scăzut de transfer placentar</b>
DRV	75 mg, 150 mg, 600 mg sau 800 mg	Pentru pacienții naivi și cei experimentați cu TARV, dar care nu au rezistență la DRV: DRV cu RTV – 800/100 mg, o dată pe zi  Pentru pacienții cu semne de rezistență: DRV cu RTV – 600/100 mg, de două ori pe zi	<b>Grad scăzut de transfer placentar</b>
LPV/r	200/50 mg sau 100/25 mg	400/100 mg, de două ori pe zi sau 800/200 mg, o dată pe zi	<b>Grad scăzut de transfer placentar</b>
DTG	10 mg, 25 mg sau 50 mg	50 mg, o dată pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>
RAL	25 mg, 100 mg sau 400 mg	400 mg, de două ori pe zi 600 mg, de două ori pe zi, în cazul pacienților cu supresie virală, după administrarea a câte 400 mg, de două ori pe zi	<b>Grad înalt de transfer placentar</b>



### Caseta 1. Factori de risc de infectare cu HIV

- Manipulații parenterale (medicale și nemedicale) cu utilizarea instrumentarului nesteril sau sterilizat incorect;
- Utilizarea drogurilor injectabile cu utilizarea instrumentarului nesteril sau sterilizat incorect;
- Contacte sexuale neprotejate (toate tipurile de sex);
- Copii născuți de mame infectate cu HIV.

### Caseta 2. Termenele/situațiile când gravida cu HIV trebuie consultată de către medicul specialist HIV

Nu mai târziu de 5 zile de la rezultatul pozitiv al testului la HIV sau stabilirea gravidității la femeia confirmată cu HIV anterior, dacă termenul sarcinii este mai mic de 28 de săptămâni sau nu mai târziu de 3 zile, dacă termenul sarcinii este mai mare de 28 de săptămâni;

În conformitate cu recomandările medicului specialist HIV din cadrul vizitei anterioare;

La termenele sarcinii de 24-28 de săptămâni, 34-36 de săptămâni;

În cazurile:

- scăderii progresive a hemoglobinei (mai puțin de 80g/l) la gravida care administrează AZT;
- creșterii nivelului glicemiei la gravida care administrează IP, dacă deja au fost excluse celelalte cauze de hiperglicemie (diabetul zaharat gestațional sau afecțiuni endocrine);
- creșterii nivelului creatininei la gravida care administrează TDF;
- dezvoltării toxicodermiei medicamentoase.

**Tabelul 4. Monitorizarea paraclinică a gravidei HIV pozitive și termenele la care sunt recomandate investigațiile virusologice și imunologice\***

Testul de laborator	La prima vizită	La 24-28 săptămâni	La 34-36 săptămâni
ARN HIV	✓	✓	✓
CD4	✓		

\* Alte investigații paraclinice se vor efectua în dependență de necesitate.

## C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor

### C.2.1. Factorii de risc și prevenire a transmiterii materno-fetale a infecției HIV

**Tabelul 5. Factorii care influențează riscul transmiterii infecției HIV de la mamă la copil**

Factori	Calitatea dovezilor existente		
	Dovezi puternice	Dovezi limitate	Dovezi joase
<b>Virali</b>		Tipul, Subtipul; Genotipul, Fenotipul; Rezistența la ARV.	
<b>Materni</b>	ARN HIV (viremia) maternă înaltă; Deficit imunitar (nivel CD4 jos); Infectarea cu HIV (primoinfectarea) în timpul sarcinii sau alăptării.	Deficit de vitamina A; Anemia; ITS; Corioamnionita; Parteneri sexuali multipli; Fumatul; Folosirea drogurilor injectabile.	Absența anticorpilor neutralizanți; Prezența Ag-p24 în ser; Infecțiile urinare materne; Vârsta mamei.
<b>Obstetricali</b>	<i>Dacă nu primește TARV:</i> Nașterea pe cale vaginală (anume comparativ cu operația cezariană)	Proceduri invazive sau traumatice: nașteri instrumentale, amniocenteza, epiziotomia,	Travaliul prelungit; Prezența altor infecții genitale; Alterarea integrității

	electivă); Ruptura prematură a membranelor amniotice >4 ore.	versiunea cefalică externă, hemoragia intrapartum.	placentare.
<b>Fetali / Neonatali</b>	<i>Dacă gravida nu a primit TARV:</i> Prematuritatea Greutatea la naștere mai mică de 2,500g.	Leziunea pielii și/sau mucoaselor.	Ierarhia gemenilor (primul geamăn).
<b>Asociați alăptării la sân</b>	Durata alăptării, alimentația mixtă, afecțiuni ale sânului (mastite/ragade mamelonare).	Stomatita (la copil).	Nivelul de ARN HIV în laptele matern.

### **Caseta 3. Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV**

Reducerea riscului de transmitere materno-fetală a infecției cu HIV, la valori sub 2%, se poate realiza prin:

- Tratamentul ARV a gravidei în toate cele trei faze în care există risc de transmitere a infecției: antepartum, intrapartum și postpartum; ideal – TARV inițiat încă înainte de concepție;
- Măsuri obstetricale speciale: operația cezariană pe membrane intacte, programată pentru realizare la termenul de 38 de săptămâni complete, în funcție de indicațiile medicului infecționist specialist în infecția HIV și a medicului obstetrician-ginecolog;
- Alimentația artificială a nou-născutului;
- Tratamentul ARV profilactic al nou-născutului.

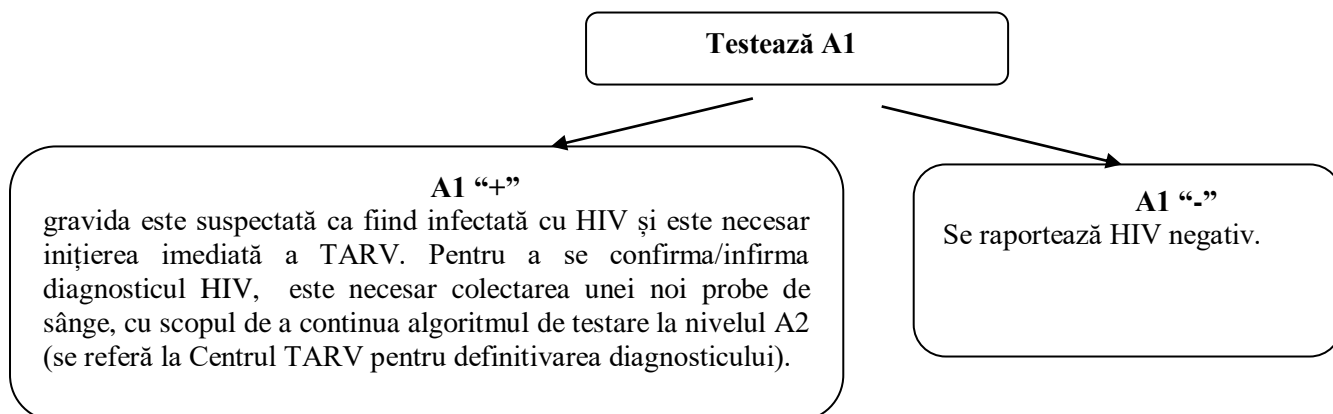
### **C.2.2. Consilierea și testarea gravidei la infecția cu HIV**

Sarcina reprezintă un moment foarte important pentru ca orice femeie să-și cunoască statutul HIV, iar pentru femeile infectate cu HIV – să beneficieze de intervențiile necesare prevenirii transmiterii HIV viitorului copil. Testarea la infecția HIV este necesară pentru toate femeile gravide, în scopul inițierii la timp a măsurilor de prevenire a transmiterii materno-fetale a acestei infecții și trebuie efectuată doar după obținerea consimțământului informat, în cadrul consilierii pre-testare (*Anexa 1*) și urmată de o sesiune de consiliere post-testare (*Anexa 2*).

Testarea femeilor însărcinate trebuie efectuată cât mai curând posibil, pentru a reuși, în termen oportun, aplicarea măsurilor de prevenire a transmiterii HIV de la mamă la făt, în cazul în care gravida este infectată cu HIV. Se recomandă ca, împreună cu testarea femeii însărcinate, să fie testat în același timp la HIV și Sifilis și partenerul ei, cu indicarea rezultatelor ambilor în carnetul perinatal (pentru partener – codul 109.152/1).

Femeile însărcinate sunt testate în conformitate cu „Ghidul național de diagnostic de laborator al infecției cu HIV”, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 409 din 16.03.2018.

**Testarea rapidă a gravidelor** internate pentru naștere în secțiile de obstetrică se efectuează, în cazul în care lipsește informația despre testarea HIV pe perioada sarcinii, utilizând o probă de sânge (A1) și un test rapid, în conformitate cu algoritmul descris în *Figura 2*.



**Figura 2. Algoritmul testării în maternități**

### C.2.3. Rolul echipei multidisciplinare în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV

#### C.2.3.1. Rolul medicului de familie în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV

Medicul de familie este prima și cea mai importantă verigă de legătură în echipa multidisciplinară formată din medicul obstetrician-ginecolog, infecționist și alți specialiști implicați în procesul de prevenire a transmiterii infecției HIV de la mamă la făt. Medicul de familie este primul care vine în contact cu gravida și poate interveni cu eficiență în depistarea activă a cazurilor de infecție cu HIV. Acțiunile medicului de familie, atât antepartum (*Caseta 4*), cât și post-partum (*Caseta 5*), în vederea reducerii ratei de transmitere a infecției cu HIV de la mamă la făt, depind de luarea în evidență la termenul de până la 12 săptămâni a gravidei, consilierea gravidei privind testul la HIV, supravegherea TARV aplicat gravidelor HIV pozitive și motivarea gravidei să fie 100% aderentă la tratament, pentru că aceasta îi oferă șansa pentru un nivel de ARN HIV nedetectabil la naștere, respectiv, probabilitatea de a naște un copil HIV negativ.

Sarcinile medicului de familie în perioada de supraveghere a gravidei, precum și a mamei și a copilului, după naștere, sunt relatate în *Caseta 4* și *Caseta 5*:

#### **Caseta 4. Sarcinile medicului de familie în supravegherea gravidelor HIV pozitive în perioada antepartum**

- Asigurarea consultării femeii gravide de către medicul infecționist responsabil de supravegherea medicală și tratamentul persoanelor infectate cu HIV din teritoriu și de către medicul obstetrician-ginecolog, în conformitate cu *Caseta 6*;
- Supravegherea respectării indicațiilor medicului infecționist responsabil de supravegherea medicală și tratamentul persoanelor infectate cu HIV din teritoriu și a medicului obstetrician-ginecolog;
- Monitorizarea aderenței la TARV (prin discuția cu gravida referitor la denumirea medicamentelor, dozele și regimul de administrare, numărul comprimatelor, culoarea și formele lor; prin discuția cu persoanele care o susțin și o ajută etc.);
- Urmărirea eventualelor efecte secundare la TARV. O atenție deosebită va acorda:
  - ✓ scăderii progresive a hemoglobinei, mai jos de 80 mg/l - la gravida care administrează AZT;
  - ✓ creșterii nivelului glicemiei - la gravida care administrează IP;
  - ✓ toxicodermiei medicamentoase.

Aceste manifestări nu trebuie tratate de către medicul de familie și nici nu trebuie sistat tratamentul, dar se recomandă îndrumarea gravidei, în regim de urgență, la medicul infecționist specialist în infecția HIV de la centrul specializat respectiv.

- Identificarea infecțiilor oportuniste și îndrumarea gravidei la medicul infecționist responsabil de supravegherea medicală și tratamentul persoanelor infectate cu HIV din teritoriul respectiv;

- În imediată apropiere a termenului de naștere, verificarea dacă femeia gravidă dispune de medicamentele ARV necesare pentru ea și pentru viitorul ei copil;
- Pregătirea actelor medicale necesare, inclusiv extrasul din cartela de ambulator (forma 027E) oferit de către medicul infecționist specialist în infecția cu HIV de la cabinetul teritorial.

#### Situații particulare:

##### 1. Femeia gravidă luată în evidență într-o perioadă avansată a sarcinii (mai mult de 28 de săptămâni<sup>12</sup>)

Dacă, în acest caz, prima investigație la HIV este pozitivă și nu există timp suficient pentru a definitiva diagnosticul, medicul de familie îndrumă gravida, în regim de urgență (nu mai mult de 3 zile), la medicul infecționist, specialist HIV, din cadrul cabinetului teritorial, pentru a reuși să se întreprindă măsurile profilactice respective.

##### 2. Cuplurile serodiscordante – soțul/partenerul este infectat cu HIV, iar femeia gravidă nu este infectată

În această situație se recomandă ca toate gravidele neinfectate cu HIV, dar ale căror soț/partener este infectat, să fie îndrumate la medicul specialist în infecția cu HIV, de la cabinetul teritorial respectiv, pentru consultație și indicarea tratamentului PrEP.

##### 3. Femeia infectată cu HIV care își cunoaște statutul său și dorește o sarcină

În această situație, gravida va fi îndrumată la:

- medicul infecționist specialist în infecția cu HIV de la centrul specializat respectiv, pentru a aprecia starea sănătății ei și a programa strategii de prevenire a infectării viitorului copil;
- medicul obstetrician-ginecolog, pentru a stabili oportunitatea de a avea un copil.

#### Caseta 5. Sarcinile medicului de familie în supravegherea gravidelor HIV pozitive în perioada postpartum

- ✓ Consilierea și instruirea mamei cum să îngrijească de propria persoană și de copilul ei;
- ✓ Supravegherea respectării regimului de TARV indicat copilului și mamei;
- ✓ Consilierea și instruirea privind alimentația artificială a copilului. Îndrumarea către instituțiile care eliberează gratuit amestecuri adaptate pentru copiii născuți de mame cu infecția HIV;
- ✓ În cazul în care, în pofida recomandărilor, mama insistă să alăpteze copilul – monitorizarea și prevenirea poziționărilor incorecte și traumelor pielii sânelui, îndepărtarea acestor complicații și alegerea unei metode de alimentare a copilului, în acest interval (*Caseta 10*);
- ✓ Consiliere femeii privind contracepția;
- ✓ Supravegherea dezvoltării sugarului, inclusiv evaluarea copilului, conform programului de follow-up neonatal (*Anexa 3*);
- ✓ Informarea mamei despre planul de dispensarizare a copilului;
- ✓ Informarea mamei despre simptomele apariției cărora trebuie declarată urgent medicului de familie;
- ✓ Coordonarea activităților de îngrijire a copilului cu medicul infecționist responsabil de supravegherea medicală și tratamentul persoanelor infectate cu HIV din teritoriul respectiv;
- ✓ Vaccinarea copiilor născuți de mame infectate cu HIV, în corespundere cu Programul național de imunizare (*Casetele 10 și 11*). Se va ține cont doar dacă copilul nu are semne clinice vădite de infecție cu HIV. În acest caz, se va consulta cu medicul responsabil de supravegherea medicală și tratamentul persoanelor infectate cu HIV din teritoriul respectiv.
- ✓ Informarea mamei privind măsurile de prevenire a infectării repetate cu HIV, dar cu altă tulpină;
- ✓ Informarea privind menținerea unui mod sănătos de viață.

<sup>12</sup> În acest caz, termenul de „perioadă avansată a sarcinii” se utilizează pentru a oferi timp suficient de a administra TARV - cel puțin 4 săptămâni până la naștere.

### C.2.3.2 Rolul medicului infecționist specializat în infecția cu HIV de la centrele specializate în prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV

Medicului infecționist specialist în infecția cu HIV de la centrul specializat îi revine rolul principal în managementul gravidei infectate cu HIV.

Sarcinile acestuia sunt redată în *Caseta 6* și *Caseta 7*:

#### **Caseta 6. Managementul gravidei infectate cu HIV în perioada antepartum**

- Colectarea anamnezei gravidei HIV pozitive;
- Examinarea pacientei gravide HIV pozitive;
- Consilierea gravidei în privința tratamentului antiretroviral ca o modalitate de împiedicare a progresiei infecției HIV și de prevenire a transmiterii materno-fetale a infecției cu HIV;
- Indicarea TARV gravidei, în conformitate cu scenariul corespunzător;
- Stabilirea orarului vizitelor gravidei la centrul specializat;
- Monitorizarea evoluției infecției HIV;
- Monitorizarea tratamentului ARV;
- Eliberarea unui extras care conține schema de TARV administrată, dozele de medicamente care trebuie administrate mamei și nou-născutului, durata tratamentului ARV, recomandările privind calea de naștere, având în vedere rezultatele testării virusologice.

#### **Caseta 7. Managementul gravidei infectate cu HIV în perioada postpartum**

- Supravegherea respectării regimului de tratament antiretroviral indicat copilului și mamei (*Algoritmul C.1.2., Tabelul 6*);
- Asigurarea testării copilului la HIV și definitivarea diagnosticului (*C.2.6.1, C.2.6.2.*).

### C.2.4. Profilaxia ARV a nou-născutului de mamă HIV pozitivă

#### **Caseta 8. Grupurile de nou-născuți cu risc înalt de expunere la HIV**

- Nou-născuții de femei cu diagnosticul de infecție cu HIV confirmat care, la momentul nașterii, au primit mai puțin de 4 săptămâni de TARV;
- Nou-născuții de femei cu diagnosticul HIV infecție confirmat care au ARN HIV >40 copii/ml timp de 4 săptămâni prepartum (dacă sunt disponibile datele privind viremia);
- Nou-născuții de femei la care infecția cu HIV a fost depistată în timpul gravidității sau alăptării la sân;
- Nou-născuții de femei la care depistarea primară a infecției cu HIV a avut loc în perioada de după naștere, indiferent dacă a fost sau nu efectuat testarea perinatală la HIV;
- Nou-născuții expuși la HIV prin alăptare la sân.

\* În prezent, așa factori precum ruptura precoce a pungii amniotice, nașterea prematură sau masa mică la naștere nu sunt considerați că ar mări riscul de transmitere a HIV, cu condiția că mama administrează TARV. **Factorii critici care determină riscul transmiterii HIV sunt nivelul ARN HIV matern și durata TARV la gravidă/mamă.**

**Tabelul 6. Detalii privind preparatele pentru administrarea ARV profilactic nou-născuților (per os)**

<i>Pentru comoditate și evitarea erorilor - se recomandă folosirea dozării simplificate (ml, conform categoriei de masă), după OMS<sup>13</sup></i>		
<i>Greutatea</i>	<i>Dozarea</i>	<i>Remarci privind durata terapiei și prematuritatea</i>
<b>Zidovudina (AZT) 10 mg/ml</b>		
< 2000 g	0,5 ml de două ori pe zi	Se indică tuturor nou-născuților, indiferent de SG. <b>Durata ZDV</b> – 4 săptămâni.
2000 – 3000 g	1 ml, de două ori pe zi	
3000 – 4000 g	1,5 ml de două ori pe zi	

<sup>13</sup> Conform „Annex 3: Dosages for ARV drugs”, WHO Guidelines 2018, 2019 Update.

4000 – 5000 g	2 ml, de două ori pe zi	
<b>Nevirapina (NVP) 10 mg/ml</b>		
< 2000 g (și ≥34 SG)	0,8 ml de două ori pe zi	Se va administra doar la nou-născuții ≥34 SG.
2000 – 3000 g	1,5 ml de două ori pe zi	<b>Durata NVP</b> – 4 săptămâni (în biterapia pentru grupul de risc înalt).
3000 – 4000 g	2 ml, de două ori pe zi	
4000 – 5000 g	3 ml, de două ori pe zi	
Pentru nou-născuții aflați în tratament antituberculos sau cărora nu li se poate administra Nevirapina, din cauza toxicității, aceasta se va înlocui cu Zidovudina - 15 mg, de două ori/zi.		
<b>Notă!</b>	Dacă preparatele menționate mai sus nu sunt disponibile în formulă de sirop, pot fi administrate tablete dispersabile (la copiii cu greutatea >3000 g) – AZT+3TC+NVP 60 mg/30 mg/5 0mg – câte 1 pastilă la fiecare 12 ore.	
	În cazul în care, în pofida recomandărilor insistente ale specialiștilor de a alimenta artificial copilul, mama alege să alăpteze, profilaxia ARV va continua pe toată perioada de alăptare (a se coordona ajustarea dozei, după vârsta de 4 săptămâni, și durata ARV cu medicul infecționist specialist HIV).	

### C.2.5. Îngrijiri esențiale ale nou-născutului de mamă cu HIV

<b>Caseta 9. Îngrijiri esențiale ale nou-născutului</b>	
<i>Acțiuni</i>	<i>Recomandări</i>
Cordonul ombilical	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Clamparea tardivă a cordonului ombilical – se permite și se va face conform situației obstetricale/neonatale;</li> <li>● Manevra de stoarcere/mulgere a cordonului ombilical – nu se va efectua;</li> <li>● Prevenirea stropirii cu sânge, în timpul tăierii cordonului, prin acoperirea cu mâinile îmbrăcate în mănuși și tifon.</li> </ul>
Măsura A („permeabilizarea căilor aeriene”) de resuscitare	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evitarea, pe cât posibil, a aspirării din guriță și din căile respiratorii, acțiuni care se vor efectua doar dacă este absolut necesar.</li> </ul>
Igiena pielii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Copilul este spălat doar dacă este vădit murdar de sânge. În caz contrar – doar ștergerea și uscarea obișnuită, ca și în cazul altor nou-născuți.</li> </ul>
Contactul „piele la piele”	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Chiar dacă acești nou-născuți nu beneficiază de alăptarea naturală, aceasta nu înseamnă că trebuie să li se refuze contactul la piele cu mama sau tata;</li> <li>● Dacă nașterea a decurs pe cale naturală – se oferă contactul „piele la piele” cu mama, chiar dacă copilul va fi alimentat, ulterior, cu formulă de lapte;</li> <li>● Dacă a fost efectuată operația cezariană – contactul „piele la piele” se face cu alt membru al familiei/persoana de susținere la parteneriatul în naștere (soțul, bunica etc.).</li> </ul>
Proceduri	<ul style="list-style-type: none"> <li>● De minimizat, pe cât posibil, procedurile invazive, în perioada de adaptare neonatală.</li> </ul>
Analize de sânge (altele decât testarea la HIV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hemoleucograma – în primele 24 ore, pentru a cunoaște nivelul inițial de Hb la naștere a nou-născutului expus la TARV în sarcină.</li> </ul> <p><i>Notă!</i> Nivel înalt al lactatului a fost raportat la nou-născuți expuși in utero la TARV, dar el pare a fi tranzitor și, în majoritatea cazurilor, asimptomatic. Măsurarea lui de rutină nu este recomandată, dar a se ține cont de acest aspect în cazul prezenței hiperlactatemiei de altă genăză perinatală (asfixie, maladii metabolice, hemoragii).</p>
Profilaxia cu vitamina K	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conform indicațiilor generale.</li> </ul>
Profilaxia gonoblenoreei cu	

unguent Tetraciclină 1%	
Rooming-in-ul (aflarea nou-născutului în comun cu mama)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Așa cum nou-născuții de mame cu HIV nu beneficiază de alăptare, este important să se favorizeze atașamentul parental mamă-copil (măcar prin contactul fizic, tactil) din primele clipe, inclusiv prin facilitarea rooming-in-ului.</li> </ul>

### **Caseta 10. Alimentația nou-născutului de mamă cu HIV**

În Republica Moldova, se recomandă alimentarea artificială a nou-născuților de mame HIV pozitive!

*Consilierea privind modalitatea de alimentare a nou-născutului de mamă HIV pozitivă se inițiază încă la etapa prenatală – ideal, în trimestrul II de sarcină. Pentru stabilirea tacticii e necesară colaborarea cu medicul neonatolog de la maternitatea corespunzătoare sectorului și medicul infecționist, ținând cont de nivelul ARN HIV a gravidei și alegerea ei informată.*

#### **Momente-cheie cu privire la alimentarea nou-născutului de mamă cu HIV**

**Alimentația artificială, cu formulă de lapte adaptat**

#### *Aspecte importante în conduită*

- 1) Pe parcursul primului an de viață al copilului, formula de lapte este oferită gratuit familiei de către centrele TARV.
- 2) Mama și ceilalți membri ai familiei implicați în alimentarea copilului trebuie să cunoască:
  - a) regulile de pregătire a formulei de lapte (temperatura apei, proporția de lapte praf etc.);
  - b) condițiile de păstrare a cutiilor cu formula de lapte;
  - c) valabilitatea cutiei deschise;
  - d) valabilitatea amestecului deja pregătit (a se arunca cantitatea rămasă după alimentarea copilului; fiecare alimentare – cu amestec proaspăt pregătit);
  - e) necesitatea respectării igienei mâinilor;
  - f) sterilizarea sticlulelor și biberoanelor, plasarea lor separat de locurile unde se pregătește mâncarea în familie (în special, tratarea cărnii crude).
- 3) Instruirea mamei să nu ofere sticlulea copilului în poziție culcat complet orizontal în pătuc, ci fiind puțin ridicat (astfel, se micșorează riscul de aspirare, în caz de regurgitări, iar, pe termen lung – micșorarea riscului de otite care, la copiii alimentați artificial, pot fi determinate de oferirea sticlulei în poziție culcată).
- 4) Se va asigura că familia are acces la apă potabilă de calitate, electricitate și alte necesități de bază care permit pregătirea, în siguranță, a formulei lactate pentru alimentarea copilului.
- 5) Mama trebuie să fie conștientă de riscurile alimentației artificiale (alergii, infecții respiratorii, diaree etc.) și se va adresa la medic de îndată ce apar dereglări în starea copilului.
- 6) Abținerea de la alăptare poate avea repercusiuni psihologice pentru mamă, de aceea, ei trebuie să i se ofere sprijin psihoemoțional în acest context.

*Dacă mama, totuși, din varii motive, alege să alăpteze copilul, ea trebuie consiliată repetat, pentru a avea certitudinea că alegerea ei este informată și responsabilă.*

*Se va acorda atenție maximă la următoarele aspecte:*

- Nivelul ARN HIV la mamă;
- Aderența la TARV.

*Dacă nivelul ARN HIV este detectabil și/sau aderența la tratament este joasă, se va insista pe riscul major de infectare a copilului și pe convingerea mamei să alimenteze artificial copilul.*

<b>Alimentația la sân</b> a nou-născutului	<i>Aspecte importante în conduită</i>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Poziționarea corectă la sân, pentru a preveni formarea fisurilor mameloanelor, a mastitei și angorjării sânilor și tratarea promptă a acestora, în cazul apariției.</li> <li>2) Consilierea mamei și tatălui privind importanța crucială a aderenței 100% la TARV (atât a mamei, cât și a copilului), pentru a reduce transmiterea HIV. Dacă tatăl este și el HIV pozitiv, este de o importanță majoră ca și el să-și urmeze cu strictețe TARV.</li> <li>3) Alăptarea exclusivă se continuă până la 6 luni, apoi se introduce complementul, în conformitate cu recomandările OMS.</li> <li>4) A nu oferi alimentația mixtă (formule de lapte + lapte matern). [<i>G/R – înaltă, A/Ș – înaltă.</i>]</li> <li>5) Sevrarea alăptării la sân la 12 luni de viață, după ce se va asigura că copilul poate primi suficienți nutrienți calitativi și siguri fără lapte matern. [<i>G/R – înaltă, A/Ș – redusă</i>]. Sevrarea are loc treptat, nu brusc.</li> </ol>

<b>Caseta 11. Vaccinarea în maternitate a nou-născutului de mamă cu HIV</b>				
Rezultatul la testul HIV ADN viral, în primele 48 de ore / vaccinul	Pozitiv	Negativ și mama a primit TARV > 4 săptămâni prenatal și ARN HIV la 36 de săptămâni este nedetectabil (<40 copii/ml)	Negativ și mama nu primește TARV sau ARN HIV la 36 de săptămâni este detectabil (>40 copii/ml)	Rezultatul nu este disponibil
<b>HBV<sub>1</sub></b>	Se vaccinează	Se vaccinează	Se vaccinează	Se vaccinează
<b>BCG<sub>1</sub></b>	Nu se vaccinează	Se vaccinează	Nu se vaccinează	Nu se vaccinează
Considerații cu privire la coinfectia mamei cu Hepatită virală B	Copilul trebuie vaccinat conform recomandărilor generale			
	Statutul Hepatita virală B al mamei	Recomandări pentru copil		
			Vaccinul HBV1	Imunoglobulina hepB
		HBsAg +	Da	Da (în primele 12 ore)
HBsAg -	Da	Nu		
<i>Note:</i>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nou-născuții de mame cu HIV trebuie să urmeze schema de vaccinare națională, de rând cu ceilalți nou-născuți.</li> <li>○ Doza Imunoglobulinei hepatitei B este 200 UI, prin injecție intramusculară, administrată cât mai precoce postnatal (nu mai târziu de 24 de ore, ideal - primele 12 ore). De dorit ca Imunoglobulina să fie administrată înainte de HBV<sub>1</sub> sau pot fi administrate ambele simultan (dar nu mai întâi vaccinul, apoi imunoglobulina), însă, în diferite locuri ale corpului.</li> </ul>				

<p><b>Caseta 12. Vaccinarea la medicul de familie a copilului de mamă cu HIV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Copiii născuți de mame cu HIV la care diagnosticul de HIV a fost infirmat, trebuie să urmeze schema de vaccinare națională, de rând cu ceilalți nou-născuți;</li> <li>○ Copiii născuți de mame cu HIV la care diagnosticul de HIV a fost confirmat vor fi vaccinați în corespundere cu recomandările specialistului HIV, în conformitate cu prevederile PCN „Infecția cu HIV la copii”.</li> </ul>
--



## C.2.6. Testarea nou-născutului la HIV

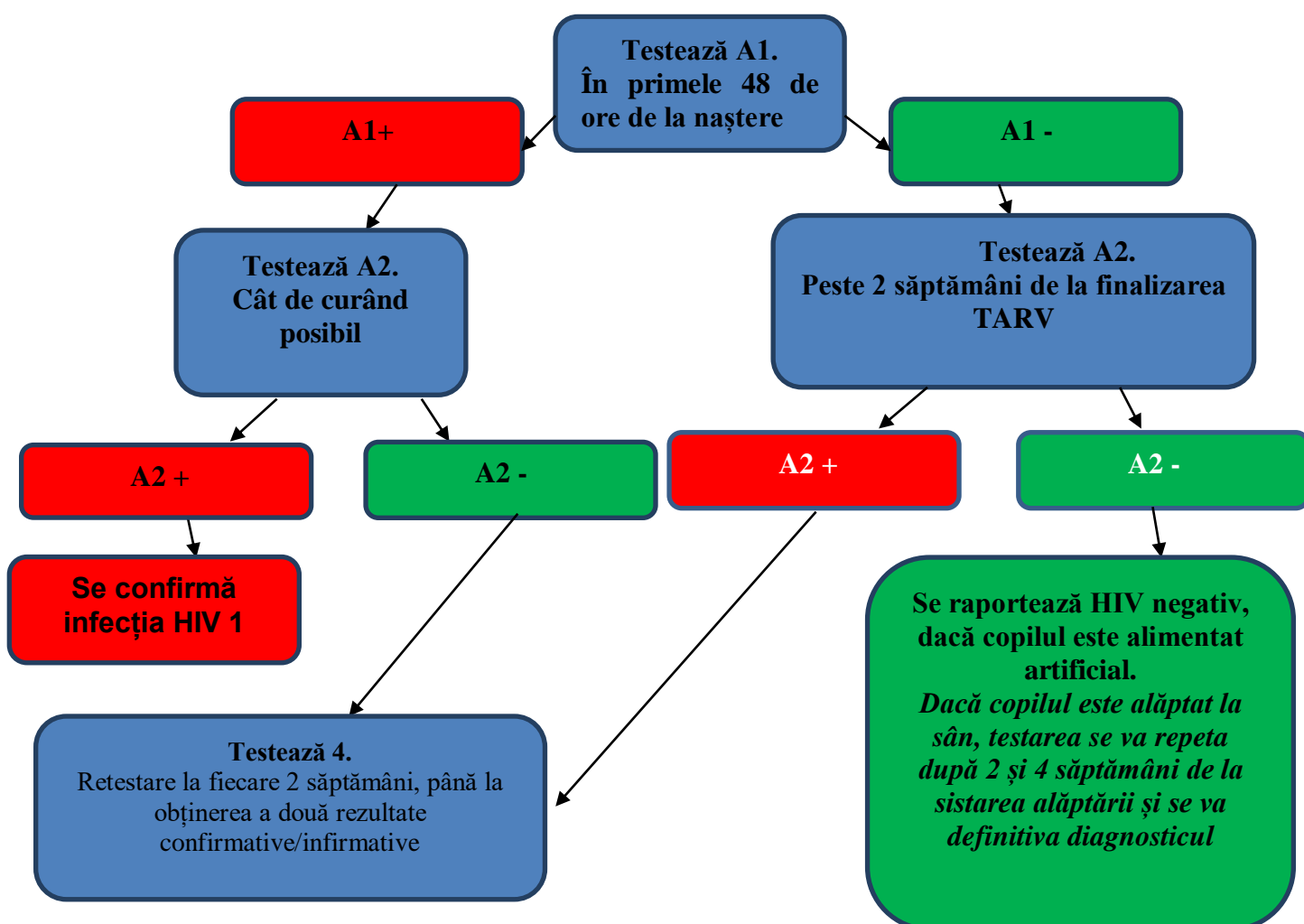
### C.2.6.1. Testarea copiilor până la 18 luni

Testarea copiilor până la 18 luni se efectuează cu teste moleculare genetice, în conformitate cu algoritmul ilustrat în *Figura 3*.

Prima testare (A1) se recomandă a fi efectuată în primele 48 de ore de la naștere și, obligatoriu, până la începerea tratamentului profilactic ARV, dar acesta nu trebuie să fie un impediment pentru inițierea TARV profilactic precoce.

În cazul unui rezultat nereactiv (A1-), retestarea (A2) se va efectua peste 2 săptămâni de la finalizarea TARV profilactic sau de la încetarea alăptării, după caz. La obținerea A2- se va infirma diagnosticul de infecție cu HIV, iar la obținerea A2+ - se va repeta testarea la fiecare 2 săptămâni, până la obținerea a două rezultate confirmative/infirmative.

În cazul unui test reactiv (A1+), se colectează a doua probe de sânge, pentru confirmare (A2), la fel, utilizându-se același test. Dacă și a doua testare este reactivă (A2+), atunci se confirmă statutul HIV al copilului și tratamentul ARV, în acest caz, va continua. În cazul în care testarea a doua este nereactivă (A2-), atunci se recomandă, pe fond de continuare a tratamentului ARV, retestarea, la fiecare 2 săptămâni, până la obținerea a două rezultate confirmative/infirmative. În cazul confirmării infecției HIV la copil, se recomandă supravegherea medicală, tratament ARV, îngrijire și suport la centre TARV (vezi PCN „Infecția HIV la copii”).



*Figura 3. Algoritmul testării la infecția HIV a nou-născuților și a copiilor până la 18 luni*

**Caseta 13. Testarea virusologică a nou-născutului la HIV**

<b>Principii</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Primul test virusologic (determinarea ADN HIV prin PCR) trebuie efectuat la nou-născut încă din maternitate, preferențial în primele 4 ore, până la inițierea TARV profilactic, dar nu mai târziu de 48 de ore de la naștere. NU se va folosi sângele din cordonul ombilical (placentă) pentru testul la HIV, ci doar sângele din vena periferică a copilului;</li><li>2. Testarea se va efectua doar după consilierea mamei și obținerea acordului informat, în conformitate cu <i>Anexele 1 și 2</i>;</li><li>3. Confidențialitatea rezultatelor trebuie respectată, ca și în cazul oricărui test la HIV.</li></ol>
------------------	--

**Caseta 14. Profilaxia cu Co-trimoxazol a copiilor expuși la infecția HIV**

Profilaxia cu Co-trimoxazol este recomandată tuturor sugarilor expuși la riscul de infectare cu HIV. Se inițiază la 4-6 săptămâni de viață și se stopează la excluderea diagnosticului de HIV la copil.

**Dozarea Co-trimoxazolului cu scop profilactic la nou-născuți și sugari:**

Forma farmaceutică (mg sau mg/5 ml)	Cantitatea (ml) sau numărul de comprimate per categoria de greutate a copilului – o singură priză/zi			
	3.0–5.9 kg	6.0–9.9 kg	10.0–13.9 kg	14.0 –19.9 kg
Suspensie 200/40 mg per 5 ml	2,5 ml	5 ml	5 ml	10 ml
Comprimate (dispersabile în apă) 100/20 mg	1	2	2	4

**C 2.6.2. Testarea copiilor după 18 luni****Testarea la anticorpi anti-HIV1/2**

După vârsta de 18 luni, copiii expuși perinatal la infecția HIV vor fi examinați în vederea confirmării/infirmării diagnosticului de infecție cu HIV, în conformitate cu algoritmul de testare și confirmare a infecției cu HIV la adulți.

## D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<b>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● medic de familie;</li> <li>● asistent medical;</li> <li>● moașă;</li> <li>● laborant.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tonometru;</li> <li>● fonendoscop;</li> <li>● electrocardiografa,</li> <li>● centimetru;</li> <li>● cântar;</li> <li>● taliometru;</li> <li>● laborator clinic și biochimic standard pentru determinarea: analiza generală a sângelui, trombocite, analiza generală a urinei, glucoza, colesterolul total, protrombina, bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST;</li> <li>● acces pentru analize imunologice și virusologice: AgHBs, anti-HBc, anti-VHC, anti-VHD;</li> <li>● acces pentru screeningul ITS;</li> <li>● acces pentru testarea serologică la HIV;</li> <li>● acces pentru examinarea frotiului vaginal;</li> <li>● acces la microscopia frotiului sputei;</li> <li>● set pentru ajutorul de urgență, în cazul post-expunere.</li> </ul>
<b>D.2. Instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</b>	
<b>D.2.1. Instituțiile / secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu și secțiile consultative ale centrelor perinatale</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● medic obstetrician-ginecolog;</li> <li>● acces la medic infecționist instruit în domeniul HIV/SIDA;</li> <li>● acces la medicul infecționist, specialist în infecția cu HIV din centrul specializat;</li> <li>● moașă;</li> <li>● medic de laborator;</li> <li>● laborant.</li> </ul>
	<b>Aparataj, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tonometru;</li> <li>● fonendoscop;</li> <li>● electrocardiograf;</li> <li>● centimetru;</li> <li>● cântar;</li> <li>● taliometru;</li> <li>● acces pentru USG abdominală;</li> <li>● acces pentru radiografia cutiei toracice;</li> <li>● laborator clinic și biochimic standard pentru determinarea: analiza generală a sângelui, trombocite, analiza generală a urinei, glucoza, colesterolul total, protrombina, bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST;</li> <li>● acces pentru analize imunologice și virusologice: AgHBs, anti-HBc, anti-VHC, anti-VHD;</li> <li>● acces pentru screeningul ITS;</li> <li>● acces pentru testarea serologică la HIV;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● acces pentru examinarea frotiului vaginal;</li> <li>● acces la microscopia frotiului sputei;</li> <li>● set pentru ajutorul de urgență, în cazul post-expunere.</li> </ul>
<b>D.2.2. Instituțiile / secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu (cabinetele teritoriale) (conform Protocolului „Infecția HIV la adulți și copii”)</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● medic instruit în infecția cu HIV;</li> <li>● medic specialist în diagnostic funcțional;</li> <li>● medic-imagist;</li> <li>● asistente medicale;</li> <li>● acces la consultații calificate ale medicilor obstetrician-ginecolog, oncolog, neurolog, nefrolog, endocrinolog, ginecolog, fiziatru, cardiolog etc.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tonometru, fonendoscop, electrocardiograf, centimetru, cântar;</li> <li>● aparat pentru USG abdominal;</li> <li>● cabinet radiologic;</li> <li>● laborator clinic și biochimic pentru determinarea: analiza generală a sângelui, trombocite, reticulocite, analiza generală a urinei, glucoza, timp de protrombină, bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST, GGTP, fosfataza alcalină, proteina totală și fracțiile ei, albumina, Na, K, Cl, Fe seric, transferina, urea, creatinina, fibrinogenul, LDH, HDLC, LDLC, trigliceride, fosfolipide;</li> <li>● laborator imunologic: pentru determinarea markerilor virali ai hepatitelor B, C și D; anti-Toxoplasmoză, anti-CMV, Ag precoce pp65 la CMV, Ag de Cryptococcus;</li> <li>● determinarea CD4, CD8;</li> <li>● acces pentru efectuarea examinărilor: USG-Doppler, TC, RMN ARN HIV, ADN HIV, ADN VHB, ARN VHC, ARN VHD prin PCR.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● preparate ARV.</li> </ul>
<b>D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească</b>	
<b>D.3.1. Maternitățile spitalelor raionale și municipale, instituțiile de asistență medicală spitalicească de nivelul III</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● medici obstetricieni-ginecologi;</li> <li>● medici neonatologi;</li> <li>● medici anesteziologi-reanimatologi;</li> <li>● medic de laborator;</li> <li>● acces la consultații calificate: medic infecționist instruit în domeniul HIV/SIDA, neurolog, nefrolog, endocrinolog, oftalmolog, fiziatru etc.</li> <li>● moașe;</li> <li>● asistente medicale;</li> <li>● laboranți.</li> </ul>
	<b>Aparataj, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● este comun cu cel al secțiilor consultativ-diagnostice raionale și municipale.</li> </ul>
	<b>Teste rapide pentru testarea la HIV:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● teste rapide.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● preparate ARV.</li> </ul>

<b>D.3.2. Secțiile pentru tratamentul persoanelor infectate cu HIV (conform PCN „Infecția HIV la adulți și adolescenți”)</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● medic instruit în infecția cu HIV;</li> <li>● medic specialist în diagnostic funcțional;</li> <li>● medic-imagist;</li> <li>● asistente medicale;</li> <li>● acces la consultații calificate ale medicilor obstetrician-ginecolog, oncolog, neurolog, nefrolog, endocrinolog, ginecolog, ftiziatru, cardiolog etc.</li> </ul>
	<b>Aparate, utilaj:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● tonometru, fonendoscop, electrocardiograf, centimetru, cântar;</li> <li>● aparat pentru USG abdominal;</li> <li>● cabinet radiologic;</li> <li>● laborator clinic și biochimic pentru determinarea: analiza generală a sângelui, trombocite, reticulocite, analiza generală a urinei, glucoza, timp de protrombină, bilirubina și fracțiile ei, ALT, AST, GGTP, fosfataza alcalină, proteina totală și fracțiile ei, albumina, Na, K, Cl, Fe seric, transferina, urea, creatinina, fibrinogenul, LDH, HDLC, LDLC, trigliceride, fosfolipide;</li> <li>● laborator imunologic: pentru determinarea markerilor virali ai hepatitelor B, C și D; anti-Toxoplasmoză, anti-CMV, Ag precoce pp65 la CMV, Ag de Cryptococcus;</li> <li>● determinarea CD4, CD8;</li> <li>● acces pentru efectuarea examinărilor: USG-Doppler, TC, RMN ARN HIV, ADN HIV, ADN VHB, ARN VHC, ARN VHD prin PCR.</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● preparate ARV (conform Protocolului „Infecția HIV la adulți și adolescenți”);</li> <li>● preparate pentru tratamentul IO (conform Protocolului „Infecția HIV la adulți și adolescenți”).</li> </ul>

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

<i>Indicatori</i>	<i>Numărător</i>	<i>Numitor</i>	<i>Argument</i>	<i>Sursa de date</i>	<i>Dezagregare</i>	<i>Instituție responsabilă</i>	<i>Frecvența raportării</i>	<i>Comentarii</i>
Procentul femeilor gravide HIV+ care au primit tratament antiretroviral pentru prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt	Numărul femeilor gravide HIV+ care au primit tratament antiretroviral pentru prevenirea transmiterii HIV de la mamă la făt	Numărul femeilor gravide HIV+ care au născut pe parcursul perioadei de raportare	Raportare internațională, Indicator program național HIV	Statistica administrativă	Tipul tratamentului (tratament complet, tratament incomplet, tratament de urgență), perioada inițierii tratamentului ARV (în timpul sarcinii, până la sarcină)	IMSP SDMC, cabinetele teritoriale pentru supraveghere medicală și tratament ARV în condiții de ambulatoriu pentru persoanele care trăiesc cu HIV și bolnavilor de SIDA	Trimestrial	Tratament complet - $\geq 4$ săptămâni până la naștere; Tratament incomplet - $< 4$ săptămâni până la naștere; Tratament de urgență - intrapartum.
Procentul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au primit tratament ARV profilactic	Numărul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au primit tratament ARV profilactic	Numărul copiilor născuți vii de mame HIV+	Raportare națională		Tipul tratamentului (tratament complet, tratament incomplet)		Trimestrial	Tratament complet - $\geq 4$ săptămâni după naștere; Tratament incomplet - $< 4$ săptămâni până la naștere.
Procentul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au fost testați la ADN HIV în primele 48 ore	Numărul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au fost testați la ADN HIV în primele 48 ore	Numărul copiilor născuți vii de mame HIV+ în perioada de raportare	Raportare națională		Rezultatul testării (+, -, incert)		Trimestrial	
Procentul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au fost testați la ADN HIV în primele 2 luni de viață	Numărul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au fost testați la ADN HIV în primele 2 luni de viață	Numărul copiilor născuți vii de mame HIV+, în perioada de raportare, la care nu s-a stabilit diagnosticul HIV, în rezultatul testării în primele 48 ore	Raportare internațională, Indicator program național HIV		Rezultatul testării (+, -, incert)		Trimestrial	În cadrul raportării internaționale, la numitor se utilizează „Numărul total de copii născuți vii de mame HIV+ în perioada de raportare”. Indicatorul se raportează nu mai degrabă de 2 luni de la sfârșitul anului calendaristic.
Rata transmiterii infecției HIV de la mamă la făt, %	Numărul copiilor născuți vii, în perioada de raportare, de mame HIV+ și diagnosticați cu infecția HIV	Numărul copiilor născuți vii, în perioada de raportare, de mame HIV+	Raportare internațională, Indicator program național HIV		Fără dezagregări		Annual	Pentru raportare internațională, la numitor se utilizează numărul femeilor HIV+ care au născut în perioada de raportare. Indicatorul se raportează nu mai degrabă de 6 săptămâni de la sfârșitul anului

							calendaristic.
Procentul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au fost alăptați la sân măcar o dată	Numărul copiilor născuți vii de mame HIV+ care au fost alăptați la sân măcar o dată	Numărul total al copiilor născuți vii de mame HIV+ în perioada de raportare	Raportare internațională, Raportare națională		Aderența la TARV a mamei pe parcursul alăptării (nu a primit TARV, TARV neregulat, TARV regulat)	Anual	TARV neregulat (ARN HIV > 1000); TARV regulat (ARN HIV < 1000).

## Anexa 1. Consilierea pre-testare a gravidei la infecția HIV

**Consilierea pre-testare** presupune o evaluare a factorilor de risc de infectare cu HIV, furnizarea unor informații privind infecția cu HIV, opțiunile de testare, semnificația și implicațiile rezultatului testului.

### **Obiectivele consilierii pre-testare:**

- Oferirea informațiilor despre infecția cu HIV;
- Explicarea importanței testării HIV pentru femeile gravide;
- Informarea femeilor gravide despre măsurile accesibile pentru prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției cu HIV: administrarea antiretroviralelor în perioada prenatală, cezariana programată și efectuată la indicația obstetricianului și a medicului infecționist specialist în infecția cu HIV, alimentația artificială a copiilor și profilaxia post-expunere a nou-născuților.

### **Informații ce necesită a fi prezentate în timpul sesiunii de consiliere pre-testare:**

- Ce este infecția cu HIV, ce este SIDA;
- Căile de transmitere ale infecției cu HIV;
- Riscul transmiterii HIV de la mamă la făt, în absența măsurilor profilactice vis-a-vis de rata transmiterii în cazul măsurilor profilactice realizate;
- Cum nu se transmite HIV;
- Cum se efectuează prevenirea infectării cu HIV;
- Importanța și avantajele acceptării unui test la HIV;
- Opțiunile de testare și posibilele rezultate;
- Instituții și organizații care acordă informații și asistență privind infecția cu HIV.



## Anexa 2. Consilierea post-testare a gravidei, în funcție de rezultatul testului la HIV

Scenariul consilierii post-testare se realizează în funcție de rezultatul testării, prin urmare:

<p><b>a. Rezultatul testului HIV negativ</b></p> <p>Subiectele de discuție, în timpul sesiunii de consiliere post-testare cu un rezultat negativ, constituie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ce este infecția cu HIV și cum se transmite ea;</li><li>• Care este semnificația unui test HIV negativ;</li><li>• Ce comportamente cresc riscul de infectare cu HIV;</li><li>• Cum poate fi evitată infectarea;</li><li>• Când trebuie repetată testarea;</li><li>• Instituții și organizații care acordă informații și asistență privind infecția cu HIV.</li></ul>
<p><b>b. Rezultatul testului HIV incert</b></p> <p>Subiectele de discuție, în timpul sesiunii de consiliere post-testare cu un rezultat incert, constituie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ce este infecția cu HIV și cum se transmite ea;</li><li>• Care este semnificația unui test HIV incert;</li><li>• Ce comportamente cresc riscul de infectare cu HIV;</li><li>• Cum poate fi evitată infectarea;</li><li>• Când trebuie repetată testarea;</li><li>• Instituții și organizații care acordă informații și asistență privind infecția cu HIV.</li></ul>
<p><b>c. Rezultatul testului HIV pozitiv</b></p> <p>Subiectele de discuție, în timpul sesiunii de consiliere post-testare cu un rezultat pozitiv, constituie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informarea despre semnificația rezultatului pozitiv al testului HIV;</li><li>• Evaluarea cunoștințelor despre infecția cu HIV și completarea lor, în caz de necesitate;</li><li>• Evaluarea factorilor psiho-sociali care pot avea un impact asupra capacității de a înfrunța un rezultat pozitiv al testului HIV;</li><li>• Încurajarea testării soțului/partenerului;</li><li>• Discutarea problemelor de supraveghere a sarcinii (la medicul de familie) și nașterea în incinta instituțiilor medicale (maternități), în scopul menținerii propriei sănătăți și micșorării riscului transmiterii materno-fetale a infecției HIV;</li><li>• Administrarea TARV, în scopul menținerii propriei sănătăți și micșorării riscului transmiterii materno-fetale a infecției HIV;</li><li>• Recomandări privind screeningul la TBC și alte infecții;</li><li>• Recomandări în administrarea acidului folic și a preparatelor cu fier, precum și alimentația gravidei;</li><li>• Discuții în privința variantelor de alimentație a nou-născutului.</li></ul>

### **Anexa 3. Ghid de îngrijire a nou-născutului de mamă HIV pozitivă**

Ghidul este destinat femeilor HIV pozitive gravide și partenerilor lor (indiferent de statutul lor HIV), care se pregătesc să devină mămici și tătici, precum și mămicilor afectate de HIV care au născut recent. El poate fi util și altor membri ai familiei, în special celor care ajută la îngrijirea nou-născutului.

#### **Aspecte de îngrijire a nou-născutului de la mamă cu HIV:**

- Dacă nașterea a decurs pe cale naturală – se oferă *contactul „piele la piele” cu mama*, indiferent de modalitate de alimentație aleasă;
- Dacă a fost efectuată operația cezariană – *contactul „piele la piele”* se face cu alt membru al familiei/persoană de susținere la parteneriatul în naștere (soțul, bunica etc.);
- Copilul se spală doar dacă este vădit murdar de sânge. În caz contrar – doar ștergerea și uscarea obișnuită, ca și în cazul altor nou-născuți, după care este plasat „piele la piele”;
- Copilului i se va iniția tratament profilactic antiretroviral în primele 4 ore. Tratamentul ARV profilactic inițiat de la naștere tuturor nou-născuților expuși la HIV *in utero* este efectiv în reducerea transmiterii materno-fetale, indiferent de administrarea TARV de către mamă;
- După 4 săptămâni de la naștere, unor copii li se poate indica analiza de sânge, pentru a monitoriza efectele TARV (de ex.: anemia);
- Nou-născuții expuși la TARV îndelungat sau confirmați HIV+ (care, respectiv, vor necesita TARV de durată) *pot fi incluși în programul de supraveghere neonatală (follow-up)*. Mamei i se va explica despre necesitatea evaluării neurodevelopmentale a copilului și i se vor da recomandările respective;
- Copilul va fi vaccinat conform calendarului național. *Faptul că este născut de o mamă cu infecția HIV nu e motiv de a amâna sau anula vaccinările*, ele asigurând dreptul copilului la o viață sănătoasă, iar copilul de la mamă cu HIV are aceleași drepturi ca și orice nou-născut;
- *De evitat* obiceiurile prin care nou-născuții/sugarii sunt sărutați direct pe buze sau primesc alimente premasticate (rugumate preventiv) de către mamă/tată/bunică etc., pentru că este neigienic și duce la un risc microbial pentru copil. Iar dacă persoana care îi oferă astfel alimentele este HIV infectat, această practică a fost documentată ca fiind asociată cu riscul transmiterii HIV la copil.

#### **Aspecte de alimentare a nou-născutului de mamă cu HIV:**

***Opțiunea cea mai oportună de alimentare a copilului născut de mamă cu HIV, recomandată în Republica Moldova, este alimentarea cu formulă de lapte.***

Pentru alimentarea artificială a copilului, familiei i se oferă amestec lactat adaptat (formulă de lapte artificial). Este important ca, în așa caz, mama:

- să *oprească lactația*, ceea ce se poate efectua prin metode fiziologice (stoarcerea sânului și pansament rece) sau medicamentoase (inhibarea secreției de prolactină cu, spre exemplu, Bromocriptina). Utilizarea metodelor mecanice (înfășurarea strânsă a pieptului) nu sunt recomandate, pentru că pot trauma;
- să *continue tratamentul antiretroviral*, chiar dacă ea nu alăptează copilul.

Pentru a minimiza riscurile legate de alimentația artificială:

- familia trebuie să fie conștientă de aceste riscuri (alergii, infecții respiratorii, diaree etc.) și, la apariția lor, îndată să contacteze medicul;
- familia trebuie să aibă asigurat accesul la apă potabilă de calitate, electricitate și alte necesități de bază care permit pregătirea, în siguranță, a formulei lactate pentru alimentarea copilului;
- respectarea cu strictețe a regulilor de pregătire a formulei de lapte, valabilitatea cutiei deschise și valabilitatea amestecului pregătit, necesitatea respectării igienei mâinilor, sterilizarea sticlulețelor și biberoanelor, plasarea lor separat de locurile unde se gătește mâncarea în familie (în special, tratarea cărnii crude, de unde se pot contamina cu bacterii periculoase pentru copil);

- în timpul cât copilul sugă din sticlă, el nu trebuie să fie poziționat culcat complet orizontal în pătuc, ci puțin ridicat (astfel, se micșorează riscul de aspirare, în caz de regurgitări, iar pe termen lung – micșorarea riscului de otite care, la copiii alimentați artificial, pot fi determinate de oferirea sticlei în poziție culcată).

Scopul în creșterea unui copil născut de mamă cu infecția HIV este ca el să fie și sănătos, nu doar HIV negativ.

Se cunoaște că alimentația copilului în primele luni de viață are un rol determinant în dezvoltarea lui armonioasă, fizică, neurologică, psihică, iar Organizația Mondială a Sănătății accentuează că laptele matern este cel mai adaptat în cazul unui nou-născut. De exemplu, factorii imunologici din laptele matern, care nu se conțin în formula de lapte, sau faptul că alăptarea la sân oferă și stimulările necesare pentru o dezvoltare psihosocială și neurologică reușită. Dar, la fel se cunoaște că *virusul HIV poate trece în laptele matern*, mai ales dacă mama are ARN HIV detectabil și nu respectă cu strictețe TARV.

Riscul de infectare cu HIV trebuie să fie raportat la riscul de îmbolnăvire și deces a sugarului, din cauza nealăptării (care este mai mare în țările sărace, fără acces la apă potabilă de calitate), așa cum alimentarea la sân are efect protectiv contra diareei, infecțiilor respiratorii și infecțiilor, în general, mai ales în primele luni de viață.

Cuplurilor HIV pozitive sau serodiscordante trebuie să li se explice că testarea precoce (ideal, înainte de a concepe un copil, apoi și la începutul sarcinii) este importantă pentru depistarea HIV. Iar în cazul depistării HIV – aderența 100% la TARV, pentru a obține ARN HIV nedetectabil.

În absența unui TARV eficient, care să ducă la ARN HIV nedetectabil, mamelor HIV pozitive nu li se recomandă deloc să aleagă opțiunea de a alăpta nou-născutul.

Însă, în condițiile în care gravida a primit, în timpul sarcinii, tratament antiretroviral triplu și nivelul ARN HIV în sânge este nedetectabil, iar nou-născutul primește tratament antiretroviral profilactic și ea insistă să alăpteze – după o consiliere care să asigure că alegerea ei (refuzul de a alimenta artificial) e informată și responsabilă, ea trebuie consiliată cum să o facă în siguranță și să i se ofere suportul pentru aceasta.

Conform OMS, *cel mai eficient mod de a preveni transmiterea virusului HIV de la mamă la copil este - prin diminuarea nivelului de ARN HIV (nivelului de virus în sânge) la mamă.*

Efectul TARV, pentru a preveni transmiterea HIV de la mamă la copil, dacă mama alăptează, nu este minim, transmiterea fiind de la 0.3 – 2.9%.

TARV este eficient în diminuarea riscului de transmitere a HIV de la mamă la copil, dar dacă mama alăptează el totuși nu este minim, transmiterea fiind de la 0.3 – 2.9%.

**Dacă, în pofida recomandărilor insistente ale echipei medicale, mama cu HIV a ales opțiunea de a alăpta la sân,** alăptarea trebuie să fie făcută în siguranță, pentru a preveni transmiterea HIV. Astfel, condițiile de bază pentru a putea alege modalitatea de alăptare la sân sunt:

- Gravida își administrează responsabil, regulat și corect TARV (adică are aderență maximă la tratament) și are nivel de ARN HIV nedetectabil. După naștere, mama continuă cu strictețe tratamentul;
- Nou-născutul primește tratament ARV profilactic pe tot parcursul alăptării la sân.

Este de o importanță majoră ca, în perioada de alăptare, aderența la tratament să fie maximă, pentru a reduce riscul transmiterii HIV de la mamă la copil. La fel, trebuie să fie prevenită reinfectarea mamei care alăptează (prin relații sexuale cu partenerul), de aceea, folosirea prezervativului este indicată absolut pe tot acest parcurs.

**Alăptarea în siguranță include:**

- Alimentație exclusivă la sân, nu mixtă;
- Mama și copilul respectă cu strictețe tratamentul ARV;
- Tehnici de aplicare la sân corecte, pentru a preveni angorjarea, fisurarea mameloanelor, mastita, abcese;
- Tratamentul imediat al problemelor apărute la sân și a altor infecții. În acest interval de timp,

dacă mama nu poate alăpta cu celălalt sân neafectat, se recomandă de administrat lapte matern stors rapid și încălzit pe baie de apă (vasul cu laptele stors se plasează pe baie de apă și se scoate de îndată ce apa atinge punctul de fierbere);

- Utilizarea contraceptivelor, în timpul relațiilor sexuale, în perioada de alăptare (pentru că, dacă o nouă infectare de la partener survine în timpul alăptării, aceasta reprezintă atât un risc pentru mamă, indiferent dacă alăptează sau nu, cât și pentru copil; ARN HIV matern se mărește brusc, în cazul unei reinfectări).

## **10 principii privind alimentarea nou-născutului de mamă cu HIV:**

1. TARV matern și TARV profilactic nou-născutului sunt două principii de bază în cadrul intervențiilor oferite mamei HIV+ și nou-născuților lor. Tratamentul profilactic pentru copil este efektiv și în diminuarea transmiterii HIV prin laptele matern.
2. Gravida trebuie consiliată și informată despre riscurile și beneficiile atât ale alăptării, cât și ale alimentației artificiale, raportate la nivelul său de ARN HIV nedetectabil și aderența la TARV. În cazul în care ea este convinsă să aleagă administrarea formulei de lapte, trebuie să fie verificat și asigurat accesul la apă potabilă de calitate, precum și abilitățile mamei de a pregăti și oferi copilului, în siguranță, formula de lapte.
3. Alimentația mixtă trebuie să fie evitată cu orice preț pe parcursul primelor 6 luni de viață, căci aceasta mărește riscul infectării cu HIV mai mult decât în cazul alăptării exclusive la sân sau în cazul alimentației exclusive cu amestec lactat.
4. În cazul alăptării, ea trebuie să fie exclusivă în primele 6 luni, apoi, treptat, de introdus complementul, indiferent de statutul HIV al copilului.
5. Mama trebuie să continue să respecte strict TARV nu doar pe durata alăptării, ci întreaga viață. Chiar dacă mama hrănește copilul cu formulă lactată – ea oricum trebuie să fie strict aderentă la TARV, pentru că acesta îi ameliorează calitatea vieții, copilul având nevoie de o mamă cât mai sănătoasă.
6. Alăptarea la sân poate fi stopată odată ce un aport adecvat și sigur de nutrienți poate fi acoperit în afara laptelui matern.
7. Alăptarea nu trebuie stopată brusc, ci gradual, ținându-se cont de confortul mamei și al copilului.
8. Dacă copilul alăptat este diagnosticat, ulterior, HIV negativ – alimentația la sân va fi stopată la 12 luni de viață.
9. Dacă copilul deja alăptat este diagnosticat HIV pozitiv (post-partum) – trebuie inițiat tratamentul ARV (sau de trecut de la TARV profilactic la schemă curativă), iar alăptarea poate continua până la vârsta recomandată de OMS - 24 de luni.
10. Testarea la HIV va fi repetată după încetarea alăptării la sân, pentru a se lua o decizie privind momentul de stopare a TARV profilactic (în funcție de rezultatul la HIV).

### ***Poziționarea corectă a copilului la sân***

- Este importantă respectarea unor reguli, așa ca: gurița copilului trebuie să fie larg deschisă, iar buzele – curbate spre exterior; toată zona cafenie din jurul mamelonului/areola se află în gurița copilului; limba trebuie să se vadă în spațiul dintre buze și sân; copilul sugă încet și profund; înghițiturile lui pot fi văzute sau auzite; copilul este întors cu tot corpul spre mamă și e strâns lipit cu burtica de burta mamei; corpul și capul copilului formează o linie dreaptă; bărbia copilului atinge pieptul mamei; gurița este larg deschisă; buza de jos este curbată către exterior; deasupra buzei superioare se observă o fâșie mai mare a areolei, decât sub buza inferioară etc.);
- Mama să fie așezată într-o poziție confortabilă, cu spatele drept, fără să simtă că e sub presiune. Alăptarea nu este menită să provoace dureri sau disconfort;
- Aceasta previne apariția problemelor la sân (mastita, fisurarea mameloanelor și altele, care cauzează inflamație și se pot asocia cu un risc mărit de transmitere a HIV).

La fel, este important tratamentul precoce al afecțiunilor din gurița sugarului (aftoizilor, stomatitelor etc.). Rănile din gura sugarului fac mai ușoară intrarea virusului în corpul copilului.

## **Anexa 4. Ghidul pacientului „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”**

### **Ce trebuie să știm despre infecția cu HIV?**

**HIV** (Virusul Imunodeficienței Umane) este un virus care atacă și distruge sistemul imunitar, iar organismul nu mai poate face față agenților patogeni de orice natură (virusuri, bacterii, ciuperci, protozoare, celule canceroase). Astfel, rezultă infecții și forme de cancer care pot fi mortale.

Infecția cu HIV înseamnă prezența virusului în organism, care, în timp, determină SIDA.

Persoana HIV pozitivă poate arăta și se simți bine o perioadă lungă de timp, dar, în acest timp, poate să transmită virusul.

**SIDA** (Sindromul Imunodeficienței Achiziționate) este un sindrom care combină semnele și simptomele diferitor infecții oportuniste, ca rezultat a distrugerii sistemului imunitar provocată de HIV.

**Imunodeficiența** reprezintă scăderea puterii naturale a organismului de a se apăra împotriva infecțiilor și a cancerelor. Spre deosebire de alte „imunodeficiențe”, cu care omul se poate naște sau prin care poate să treacă temporar, în cazul SIDA, imunodeficiența este dobândită/*achiziționată*.

*O persoană poate fi HIV pozitivă, dar aceasta nu întotdeauna înseamnă că are SIDA.*

### **Cum se transmite infecția cu HIV?**

Transmiterea infecției cu HIV se realizează, preponderent, prin următoarele trei căi:

- parenterală (prin sânge): transfuzii de sânge și produse din sânge infectat, transplant de țesuturi biologice și organe infectate, seringi, ace contaminate cu sânge, instrumentar medical nesterilizat sau prelucrat necalitativ;
- sexuală (prin contact sexual neprotejat cu o persoană infectată);
- materno-fetal (de la mamă la copil, în timpul sarcinii, nașterii și în perioada de alăptare).

### **Ce este transmiterea materno-fetală a infecției cu HIV?**

HIV se poate transmite de la mamă la copilul ei prin trei modalități:

- Antenatal – intrauterin, pe parcursul sarcinii, prin pasajul transplacentar al virusului;
- Intranatal – în timpul travaliului, nașterii (în timpul contracțiilor uterine se produc micro-transfuzii, de aproximativ 3 ml de sânge, de la mamă la făt) și în timpul expulsiei (prin contactul tegumentelor și conjunctivelor nou-născutului cu sângele și secrețiile vaginale materno infectate sau prin ingestia de sânge matern și alte fluide infectate);
- Postnatal – după naștere, prin alăptare la sân (cu cât e mai mare nivelul de virus în sângele mamei și, în special, dacă ea nu urmează tratamentul ARV cu strictețe).

### **Care sunt factorii de risc de infectare cu HIV?**

- Manipulații parenterale (medicale și nemedicale) cu utilizarea instrumentarului nesteril sau sterilizat incorect;
- Consumul de droguri injectabile cu utilizarea instrumentarului nesteril sau sterilizat incorect;
- Contacte sexuale neprotejate (toate tipurile de sex);
- Copii născuți de mame infectate cu HIV.

### **Cum nu se transmite HIV?**

Este foarte important de a cunoaște că HIV nu se transmite:

- pe calea aerului;
- prin produse alimentare sau apă;
- prin strângeri de mână sau îmbrățișări;
- prin săruturi, tuse, strănut;
- prin intermediul animalelor sau prin înțepături de insecte.

Nu prezintă risc de infectare:

- relațiile habituale;

- contactele la serviciu sau studii;
- călătoriile în comun în transportul public;
- frecventarea în comun a piscinei, saunei, băii, veceului, obiectelor sportive și de recuperare a sănătății;
- utilizarea în comun a veselei de bucătărie și a lenjeriei de pat.

### **Cum se depistează infecția cu HIV?**

Pentru diagnosticarea infecției cu HIV, se utilizează câteva tipuri de teste:

1. Teste de determinare a anticorpilor anti-HIV (de triaj, de confirmare, de diferențiere, tehnici rapide);
2. Teste virusologice (determinarea antigenului p24, reacția de polimerizare în lanț).

Cunoașterea statutului HIV pozitiv are avantaje esențiale:

- Se vor lua măsuri necesare pentru a avea acces la tratament, îngrijire și suport înainte de apariția simptomelor și, astfel, se va prelungi potențialul vieții și se va preveni dezvoltarea complicațiilor pe parcursul mai multor ani;
- Se vor lua măsuri de precauție pentru a preveni transmiterea HIV altor persoane.

O persoană poate să facă un test la markerii HIV, dacă:

- a avut un comportament cu risc (de exemplu, un contact sexual neprotejat/fără prezervativ);
- a utilizat dispozitive injectabile nesterile sau sterilizate incorect în comun cu alte persoane;
- a avut un accident care a implicat contactul cu sângele altei persoane (de exemplu, a oferit ajutor unei persoane rănite, fără să se protejeze);
- a fost agresat/ă sexual;
- dorește să își cunoască starea de sănătate;
- are o infecție cu transmitere sexuală;
- intenționează să aducă pe lume un copil;
- are de gând să înceapă o relație sexuală;
- își propune să-și întemeieze o familie;
- a aflat că un/o fost/ă partener/ă este infectat/ă cu HIV.

### **Unde poate fi făcut testul la HIV?**

Este important să conștientizăm că nimeni nu este imun la HIV!

În prezent, în Republica Moldova, testarea la HIV poate fi făcută gratuit și anonim, la cerere:

- la medicii de familie,
- în fiecare spital raional din Moldova,
- în cabinetele consultative ale Centrele Medicilor de Familie din municipiile Bălți și Chișinău,
- la Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile,
- la ONG-uri active în domeniul HIV,

toate acestea oferind asistență și protecție persoanelor afectate de HIV/SIDA.

### **Cum poate fi prevenită infectarea cu HIV?**

- Fiind informat despre pericolul și momentele care prezintă risc de infectare cu HIV;
- Conștientizarea importanței evitării sau minimizării riscului;
- Responsabilitatea pentru propria sănătate, având un comportament fără risc.

La etapa actuală, în țară este lansat un pachet complet de intervenții pentru prevenirea și tratamentul HIV, care include:

- programe pentru distribuirea de ace și seringi;
- terapia de substituție pentru opiacee, pentru persoanele dependente de opioide, și a altor titluri bazate pe tratament pentru dependența de droguri;
- testare și consiliere HIV;
- tratament și îngrijire HIV;

- accesul la prezervative;
- managementul infecțiilor cu transmitere sexuală, tuberculozei și a hepatitelor virale.

### **Cum poate fi prevenită transmiterea materno-fetală a infecției cu HIV?**

Reducerea riscului de transmitere materno-fetale a infecției cu HIV la valori sub 2% se poate realiza prin:

- cunoașterea statutului HIV; femeile însărcinate au acces la screeningul prenatal pentru HIV;
- administrarea tratamentului antiretroviral de către femeile gravide cu HIV;
- administrarea tratamentului antiretroviral profilactic nou-născutului de mamă cu HIV;
- măsuri obstetricale speciale: operația cezariană pe membrane intacte, programată pentru realizare la termenul de 38 de săptămâni complete de gestație, la indicațiile medicului infecționist specialist în infecția HIV și a medicului obstetrician-ginecolog;
- alimentația artificială a nou-născutului, mai ales când nivelul de virus HIV în sângele mamei este detectabil.

Toate deciziile privind utilizarea medicamentelor antiretrovirale în timpul sarcinii, nașterii și după naștere, modalitatea de naștere, alimentația copilului și alte intervenții pentru a preveni transmiterea HIV de la mamă la copil sunt luate în comun de femeie și de echipa de medici care supraveghează sarcina.

### **Este sigur să iei medicamente anti-HIV în timpul sarcinii?**

De obicei, femeile însărcinate sunt sfătuite să înceteze folosirea medicamentelor pe perioada sarcinii. Situația este diferită în ceea ce le privește pe femeile HIV pozitive însărcinate, fapt ce poate produce confuzii.

Discutând cu medicul, se pot evalua corect avantajele și dezavantajele pe care un tratament combinat le poate avea asupra mamei și a copilului. Nimeni nu poate garanta că tratamentul este sigur 100%. Cu toate acestea, mii de femei au urmat tratamentul în timpul sarcinii, fără ca el să aibă efecte secundare asupra copilului, și au dat naștere unor copii HIV negativi.

**Anexa 5. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii, pentru Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”. Fișa de audit pentru femeile HIV+ care au născut în ultimele 12 luni**

<b>DOMENIUL PROMPT</b>			
<b>1</b>	Denumirea IMSP evaluată prin audit	se completează doar în cazul auditului <b>extern</b>	
			<i>(denumirea oficială)</i>
<b>2</b>	Persoana responsabilă de completarea fișei	se completează doar în cazul auditului <b>extern</b>	
			<i>(nume, prenume)</i>
<b>3</b>	Numele medicului curant	se completează doar în cazul auditului <b>intern</b>	
			<i>(nume, prenume)</i>
<b>4</b>	Numărul cartei de ambulator a pacientei		
<b>5</b>	Identificatorul unic al pacientei în sistemul informațional		
<b>6</b>	Data nașterii pacientei		
			<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>
<b>7</b>	Mediul de reședință		1) Urban
			2) Rural
			9) Necunoscut
<b>EVIDENȚA DE DISPENSAR</b>			
<b>8</b>	Data stabilirii diagnosticului HIV		
			<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>
<b>9</b>	Calea probabilă de infectare		1) Heterosexuală
			2) Homosexuală
			3) Injectare (UDI)
			4) Nosocomială
			5) Verticală (de la mamă la făt)
			9) Necunoscut
<b>10</b>	Data luării în evidență de dispensar (conform registrului de evidență a pacienților cu HIV)		
			<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>
<b>DIAGNOSTICUL</b>			
<b>11</b>	A fost determinat nivelul ARN HIV la 36 de săptămâni de sarcină?		1) Da
			2) Nu
			↓ 14
<b>12</b>	Data determinării nivelului ARN HIV		



		<i>ZZ/LL/AAAA</i>	
<b>13</b>	Nivelul ARN HIV, copii/ml	1) Nedeterminat 2) < 50 3) 50 - 1000 4) 1000 + 9) Necunoscut	
<b>TRATAMENTUL</b>			
<b>14</b>	Tratamentul ARV a fost inițiat (inclusiv în naștere)?	1) Da	
		2) Nu, refuzul pacientei	↓ 20
		3) Nu, alte motive	↓ 20
<b>15</b>	Când a fost inițiat tratamentul?	<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>	
<b>16</b>	A fost întreruperi în TARV?	1) Da	
		2) Nu	↓ 19
<b>17</b>	În timpul nașterii se află în TARV?	1) Da	
		2) Nu	↓ 20
<b>18</b>	Data reinițierii ultimului TARV înainte de naștere		
		<i>ZZ/LL/AAAA</i>	
<b>19</b>	În naștere s-a oferit tratament cu AZT adăugător?	1) Da	
		2) Nu	
<b>20</b>	Data nașterii copiilor		
		<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>	
<b>21</b>	Modul de naștere	1) Fiziologică 2) Operație cezariană	
<b>22</b>	Numărul copiilor născuți		
<b>23</b>	Numărul copiilor născuți vii		
<b>24</b>	Data evaluării		
		<i>ZZ/LL/AAAA</i>	

**Anexa 6. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii, pentru Protocolul clinic național „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”. Fișa de audit pentru copii născuți vii, în ultimele 12-24 luni, de mame HIV+**

<b>DOMENIUL PROMPT</b>			
<b>1</b>	Denumirea IMSP evaluată prin audit	se completează doar în cazul auditului <b>extern</b>	
			<i>(denumirea oficială)</i>
<b>2</b>	Persoana responsabilă de completarea fișei	se completează doar în cazul auditului <b>extern</b>	
			<i>(nume, prenume)</i>
<b>3</b>	Numele medicului curant	se completează doar în cazul auditului <b>intern</b>	
			<i>(nume, prenume)</i>
<b>4</b>	Numărul cartelei de ambulator a mamei		
<b>5</b>	Identificatorul unic al mamei în sistemul informațional		
<b>6</b>	Data nașterii copilului		
			<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>
<b>7</b>	Sexul copilului		1) Masculin 2) Feminin
<b>8</b>	Mediul de reședință		1) Urban 2) Rural 9) Necunoscut
<b>9</b>	Copilul a fost alăptat la piept măcar o dată de către mamă?		1) Da 2) Nu
<b>DIAGNOSTICUL</b>			
<b>10</b>	A fost vreodată determinată prezența acizilor nucleici totali (ADN + ARN)?		1) Da 2) Nu
			↓ 17
<b>11</b>	Data primei determinări a prezenței acizilor nucleici totali (ADN + ARN)		<i>ZZ/LL/AAAA</i>
<b>12</b>	Rezultatul primei determinări a prezenței acizilor nucleici totali (ADN + ARN)		1) + 2) - 3) Incert 9) Necunoscut
<b>13</b>	Data următoarei determinări a prezenței acizilor nucleici totali (ADN + ARN)		<i>ZZ/LL/AAAA</i>

<b>14</b>	Rezultatul determinării prezenței acizilor nucleici totali (ADN + ARN) în P.13	1) + 2) - 3) Incert 9) Necunoscut	
<b>15</b>	Data următoarei determinări a prezenței acizilor nucleici totali (ADN + ARN)		
		<i>ZZ/LL/AAAA</i>	
<b>16</b>	Rezultatul determinării prezenței acizilor nucleici totali (ADN + ARN) în P.15	1) + 2) - 3) Incert 9) Necunoscut	
<b>TRATAMENTUL</b>			
<b>17</b>	Tratamentul profilactic ARV a fost inițiat?	1) Da	
		2) Nu, refuzul mamei	↓ 20
		3) Nu, alte motive	↓ 20
<b>18</b>	Când a fost inițiat tratamentul profilactic ARV?		
		<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>	
<b>19</b>	Când a fost finalizat tratamentul profilactic ARV?		
		<i>(ZZ/LL/AAAA sau necunoscut: 99/99/9999)</i>	
<b>20</b>	Statutul actual al pacientului	1) În viață	↓ 23
		2) Decedat	
		3) Necunoscut	↓ 23
<b>21</b>	Data decesului		
		<i>ZZ/LL/AAAA</i>	
<b>22</b>	Motivul decesului	1) TB 2) SIDA Asociat (Non-TB) 3) Non-SIDA Asociat 9) Necunoscut	
<b>23</b>	Data evaluării		
		<i>ZZ/LL/AAAA</i>	

## BIBLIOGRAFIE

1. WHO consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, July 2021 - <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (WHO 2021).
2. EACS Guidelines, version 10.1, October 2020 - <http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html> (EACS 2020).
3. Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs During Pregnancy and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States, developed by the HHS Panel on Treatment of Pregnant Women with HIV Infection and Prevention of Perinatal Transmission – A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council (Dec20, 2021).  
<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/whats-new-guidelines>,  
<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/initial-postnatal-management-neonate-exposed-hiv?view=full>  
<https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-opportunistic-infection/figure-1-recommended-immunization-schedule-children>
4. BHIVA 2018 – British HIV Association guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018 (2020 third interim update). <https://www.bhiva.org/file/5bfd30be95deb/BHIVA-guidelines-for-the-management-of-HIV-in-pregnancy.pdf>
5. WHO Interim Guidelines Updated recommendations on first-line and second-line ARV regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV (December 2018).
6. Antiretroviral Management of Newborns with Perinatal HIV Exposure or HIV Infection - <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/pediatric-arv/antiretroviral-management-newborns-perinatal-hiv-exposure-or-hiv-infection> (Dec. 2020).
7. Guideline Updates on HIV and Infant feeding, UNICEF and WHO, 2016 version. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf?ua=1>,  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/).
8. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, Last Updated: April 27, 2017. US Department of Health and Human Services AIDS Info - <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/2/pediatric-arv-guidelines/464/specific-issues-in-antiretroviral-therapy-for-neonates>.
9. Ordinul nr. 515 din 01.06.2020 „Cu privire la aprobarea Standardului de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator”.
10. Anexa la Ordinul MSMPS nr. 890 din 28.09.2020 Standardul provizoriu de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator pe perioada pandemiei COVID-19.
11. The 2018 optimal formulary and limited-use list for paediatric ARVs. Policy brief <http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/optimalpaediatric-arv-formulary/en/>
12. „Ghidul național de diagnostic de laborator al infecției cu HIV”, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 409 din 16.03.2018.
13. Pîrîină L., Popovici S., Nagîț A., Oltu Iu. și alții. Infecția cu HIV la adult și adolescent, Protocol clinic național, Chișinău, 2014.
14. Crisinel Pierre-Alex. Swiss HIV Cohort Study & Swiss Mother and Child HIV Cohort Study. *EACS 2021*.
15. Mitochondrial toxicity of HIV nucleoside reverse transcriptase inhibitors. *Up To Date*. Literature review current through: Dec 2021. | This topic last updated: Feb 14, 2020. <https://www.uptodate.com/contents/mitochondrial-toxicity-of-hiv-nucleoside-reverse-transcriptase-inhibitors/print>

16. Fowler MG, et al, IMPAACT 1077BF/1077FF PROMISE Study Team. Benefits and Risks of Antiretroviral Therapy for Perinatal HIV Prevention. *N Engl J Med.* 2016 Nov 3;375(18):1726-1737. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5214343/pdf/nihms836425.pdf>
17. Aaron E, Bonacquisti A, Geller PA, Polansky M. Perinatal depression and anxiety in women with and without Human Immunodeficiency Virus infection. *Womens Health Issues.* 2015;25(5):579-585. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093677>
18. Adams JW, Brady KA, Michael YL, Yehia BR, Momplaisir FM. Postpartum engagement in HIV care: an important predictor of long-term retention in care and viral suppression. *Clin Infect Dis.* 2015;61(12):1880-1887. Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26265499>.
19. Fox M., Rosen S., Systematic review of interventions to facilitate linkage to care to support development of the WHO 2015 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Web Supplement B.
20. McCormack PL. Dolutegravir: a review of its use in the management of HIV-1 infection in adolescents and adults. *Drugs.* 2014; 74:1241–52.
21. Kahlert Ch.R., Aebi-Popp K. Is breastfeeding an equipoise option in effectively treated HIV-infected mothers in a high-income setting? *Swiss Med Weekly.* 2018;148:w14648
22. Israel-Ballard K et al. Flash-heat inactivation of HIV-1 in human milk: a potential method to reduce postnatal transmission in developing countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007 Jul 1;45(3):318-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17514015>
23. Immunogenicity of BCG in HIV-exposed and non-exposed infants following routine birth or delayed vaccination, by A.C.Hesseling et al, *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015 April ; 19(4): 454–462; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530999/pdf/nihms710669.pdf>
24. Infant immunisation guideline, *NHS Foundation Trust*, 01/2014; <http://www.dorsetccg.nhs.uk/Downloads/aboutus/medicines-management/Other%20Guidelines/infant%20immunisation%20guidelines%20PHFT.pdf>.
25. Behrens Georg MN, Aebi-Popp K., Abdel Babiker. Close to zero, but not zero: What is an acceptable HIV transmission risk through breastfeeding? *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2021
26. BCG vaccination for infants at risk for HIV infection - *WHO vaccine safety training.* <https://vaccine-safety-training.org/bcg-vaccination.html>
27. WHO-UNICEF 2016, Guideline: Updates on HIV and Infant Feeding, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>