

**Societatea Clinică Europeană de SIDA (EACS)**

**Ghid de Management Clinic și Tratament pentru Adulții Infecțați cu  
HIV din Europa**

Societatea Clinică de SIDA (EACS) este o organizație non-profit formată din medici europeni, clinicieni și cercetători în domeniul HIV/SIDA.

Scopul ei este de a reuni oameni de știință din întreaga Europă pentru a facilita schimbul celor mai recente informații privind aspectele clinice legate de infecția HIV/SIDA și complicațiile sale.

Membrii Comitetului Executiv:

---

Peter Reiss, *Președinte*  
Amsterdam, Olanda

Christine Katlama,  
Paris, Franța

Manuel Battegay, *Președinte*  
*Ales*  
Basel, Elveția

Jens Lundgren,  
Copenhaga, Danemarca

Nathan Clumeck,  
Bruxelles, Belgia

Anton Pozniak,  
Londra, Marea Britanie

Fiona Mulcahy, *Secretară*  
Dublin, Irlanda

Jurgen Rockstroh,  
Bonn, Germania

Jose Arribas,  
Madrid, Spania

Mike Youle,  
Londra, Marea Britanie

Antonella d'Arminio  
Monforte,  
Milano, Italia

Jose Gatell,  
Barcelona, Spania

Anna Maria Geretti,  
Londra, Marea Britanie

## **MEMBRII CONSILIULUI**

Nathan Clumeck  
Președinte, Bruxelles, Belgia

Anton Pozniak,  
Londra, Marea Britanie

François Raffi,  
Nantes, Franța

## Evaluarea Pacienților Infecțați cu HIV la Prima și la Următoarele Vizite -1/2-

### Prima Vizită

- Anamneză completă
- Examen clinic, inclusiv: înălțime, greutate, IMC, tensiune arterială
- Analize de laborator:
  - Confirmarea pozitivității anticorpilor pentru HIV
  - ARN HIV plasmatic
  - Test de rezistență (genotipare) cu determinarea subtipului de HIV
  - CD4 în număr absolut + procent (opțional: CD8 număr și %)
  - Hemogramă completă, AST, ALT, fosfatază alcalină, calcemie, fosfatemie, glicemie, creatinină, clearance la creatinină
  - Testare anticorpi pentru Toxoplasma, CMV, hepatită A, B și C, și sifilis
  - Glicemie și profil lipidic à jeun inclusiv LDL și HDL colesterol și trigliceride (vezi ghidul metabolic)
  - Test dipstick urinar pentru proteinurie și glicozurie
  - Determinarea HLA B\*5701 (dacă este disponibilă)

- Screening pentru infecții cu transmitere sexuală (ITS) dacă este necesar
- Femei: Test Babeș Papanicolau
- Evaluarea statusului social și psihologic: cu oferirea de sprijin și consiliere dacă este necesar
- Luarea în considerare a vaccinării pentru VHA și VHB (în conformitate cu rezultatele serologice) cât și a vaccinării antipneumococice
- IDR la PPD dacă CD4 este mai mare de 400. Un test negativ însă, nu exclude tuberculoza latentă sau activă

### Vizitele următoare:

(Pacienți asimptomatici care nu primesc terapie ARV)

- Cel puțin la fiecare 6 luni:
  - Hemograma completă, CD4 număr și %, ARN HIV plasmatic
- La fiecare 1 an:
  - Examen clinic
  - Evaluarea sprijinului social și psihologic, încetarea fumatului

## Evaluarea Pacienților Infecțați cu HIV la Prima și la Următoarele Vizite -2/2-

- Repetarea testelor serologice (sifilis, CMV, Toxoplasma, hepatită B, hepatită C) dacă testele anterioare au fost negative
  - AST, ALT
  - Femei: Test Babeș-Papanicolau
  - Dacă există ciroză (indiferent de cauză): alfa-fetoproteină + examen ecografic
  - Profil lipidic à jeun
  - Inițierea tratamentului
    - Examen clinic inclusiv înălțime, greutate, IMC, tensiune arterială
    - ARN HIV plasmatic
    - Test de rezistență (genotipare), dacă nu s-a realizat anterior
    - CD4 număr și % (opțional: CD8 număr și %)
    - Hemogramă completă, AST, ALT, bilirubină, creatinină, clearance la creatinină, calcemie, fosfatemie
  - Glicemie și profil lipidic à jeun
  - Test dipstick urinar pentru proteinurie și glicozurie
  - Alte determinări de laborator pot fi utile în conformitate cu regimul de prima linie ales ex. raport proteine-creatinină, amilază, lipază
  - Vizite în timpul terapiei
    - ARN HIV plasmatic
    - CD4 număr și % (opțional: CD8 număr și %)
    - Hemogramă completă, creatinină, clearance la creatinină, AST, ALT, bilirubină
    - Alte determinări de laborator conform cu regimul ales
- Glicemie și profil lipidic à jeun

# Tabel nou “Evaluarea și susținerea deciziei pacientului de a începe ART” <sup>(1)</sup>

**Scop:** Facilitarea luării deciziei și începerii ART pentru acei pacienți care întrunesc recomandările ghidurilor internaționale.

Înainte de a iniția ART, faceți screening pentru evaluarea barierelor în calea luării unei decizii sau a aderenței:

## Factori legați de pacient:

- A) Depresie <sup>(2)</sup>
- B) Utilizare de alcool și droguri recreaționale cu potențial distructiv <sup>(3)</sup>
- C) Probleme cognitive <sup>(4)</sup>
- D) Cultură medicală scăzută.

## Factori legați de sistem:

- E) Asigurare de sănătate și medicație disponibilă
- F) Continuitatea asigurării medicației
- G) Suport social și comunicarea diagnosticului

Recunoașteți, discutați și reduceți problemele acolo unde este posibil!

Evaluați cât este de pregătit pacientul și susțineți progresele acestuia de la un stadiu la altul

<sup>(5)</sup>:

“Aș dori să discutăm despre medicația pentru HIV” <așteptați> “ce părere aveți despre asta?”

<sup>(6)</sup>

## Atenție:

- Faceți un plan înainte fiecărui interviu
- Folosiți întrebări cu răspuns liber ori de câte ori este posibil
- Folosiți tehnica WEMS <sup>(7)</sup>

## Precontemplare:

“Nu am nevoie, mă simt bine.”

“Nu vreau să mă gândesc la asta.”

**Sprijin:** Arătați respect pentru atitudinea pacientului/Încercați să înțelegeți convingerile legate de sănătate și tratament / Stabiliți o relație de încredere / Furnizați informații scurte și individualizate /Programați următoarea consultație.

Restadializați

## Contemplare:

“Cântăresc lucrurile și mă simt indecis în legătură cu ce vreau să fac”

**Sprijin:** Permiteți pacientului să fie ambivalent/ Sprijiniți-l în încercarea de a evalua argumentele pro și contra / Stabiliți nevoia de informații și încurajați căutarea lor / Programați următoarea consultație.

## Managementul și Tratamentul HIV

Restadializați

## Decizie:

“Vreau să încep tratamentul, cred că medicamentele mă vor ajuta să am o viață normală”

**Suprijin:** Întăriți-i decizia / Stabiliți împreună cea mai bună opțiune de tratament/ Educați pacientul în legatură cu aderența, rezistența, efecte secundare / Discutați despre integrarea în viața de zi cu zi / Evaluați eficacitatea propriei  
**Întrebați:** Credeți că veți putea să vă descurcați să luați tratamentul în mod constant odată ce ați început?  
Folosiți: VAS 0-10 <sup>(8)</sup>

0 -----5----- 10

NU

DA

## Luați în considerare cultivarea aptitudinilor:

- Antrenament pentru luarea medicației, posibil MEMS (2-4săpt) <sup>(9)</sup>
- Terapia urmărită direct cu sprijin educațional
- Utilizați formule de ajutor: cutii pentru pastile, alarma de la telefonul mobil, implicarea persoanelor din anturaj acolo unde este posibil

Pacienții care se prezintă în clinică pot avea diferite stadii de pregătire: precontemplare, contemplare sau decizie [Modelul transteoretic; Prochaska JO. Am Psychol 47:1102-1114, 1992]. Primul pas este stabilirea acestui stadiu și apoi sprijinirea/intervenția în consecință. O excepție este aceea când pacientul se prezintă târziu sau foarte târziu, ex. CD4/μl <200 sau <50. În acest caz, inițierea terapiei nu ar trebui amânată; clinicianul ar trebui să identifice cele mai importante bariere în calea rezistenței care ar putea fi prezente și să îl sprijine pe pacient să fie pregătit pentru inițierea ART.

## STABILIREA ȘI MENȚINEREA ADERENȚEI

**Screening:** Pentru problemele de aderență la fiecare întâlnire <sup>(10)</sup>

**Sprijinire:** Discutați despre efectele adverse, educați în legătură cu markerii surrogat, discutați despre integrarea programului de administrare a medicamentelor

**Acordați puterea:** Dați feedback pozitiv: ART și menținerea aderenței

# Comentarii la tabelul Începerea ART și pregătirea pacientului <sup>(1)</sup>

1 Acest tabel ar trebui să faciliteze inițierea ART. Aspectele din acest tabel legate de luarea deciziei sau barierele în calea rezistenței trebuie judecate în contextul clinic. De exemplu, clinicianul trebuie să decidă dacă ART trebuie inițiat imediat, în ciuda prezenței unor bariere în calea rezistenței, sau dacă întârzierea inițierii terapiei este justificată. Luați în considerare fondul cultural al pacientului.

2 Întrebați: “În cursul ultimei luni, ați fost deseori deranjat de sentimente de depresie sau lipsă de speranță?” “În cursul ultimei luni, ați fost deseori deranjat de scăderea interesului sau a plăcerii de a face anumite lucruri?” “Există ceva pentru care ați avea vrea să fiți ajutat?” Dacă răspunsurile sunt reale, sensibilitatea este de 96%, iar specificitatea este de 89%. (Arroll B et al. BMJ 327:1144-1146. 2003).

3 Întrebați: “V-ați gândit să mai reduceți consumul de alcool?” “V-ați simțit vreodată deranjat când oamenii v-au vorbit despre problema pe care o aveți legată de consumul de alcool?” “V-ați simțit vreodată vinovat ca beți mult alcool?” “Se întâmplă vreodată să beți ceva imediat ce vă treziți (ca să deschideți ochii)?” Un răspuns afirmativ la mai mult de două întrebări CAGE înseamnă sensibilitate și specificitate pentru existența unei probleme în ceea ce privește consumul de alcool de mai mult de 90% (Kitchens JM. JAMA 272(22):1782-1787. 1994.). Puneți întrebări similare și pentru consumul de droguri recreaționale.

4 Întrebați: “Simțiți că aveți probleme în a vă concentra în viața de zi cu zi?” “Simțiți că sunteți mai lent în gândire?” “Simțiți că aveți probleme cu memoria?” “Rudele sau prietenii dvs. v-au spus că ați avea probleme cu memoria sau cu concentrarea?”

5 Pacienții care se prezintă în clinică pot

avea diferite stadii de pregătire: precontemplare, contemplare sau decizie [Modelul transteoretic; Prochaska JO. Am Psychol 47:1102-1114, 1992]. Primul pas este stabilirea acestui stadiu și apoi sprijinirea/intervenția în consecință. O excepție este aceea când pacientul se prezintă târziu sau foarte târziu, ex. CD4/μl <200 sau <50. În acest caz, inițierea terapiei nu ar trebui amânată; clinicianul ar trebui să identifice cele mai importante bariere în calea rezistenței care ar putea fi prezente și să îl sprijine pe pacient să fie pregătit pentru inițierea ART.

6 Aceasta este o sugestie pentru o discuție inițială pentru a evalua stadiul de pregătire a pacientului. Discuțiile ulterioare vor indica care dintre cele trei este stadiul pe care pacientul l-a atins: el/ea poate chiar să fie pregătit/ă pentru terapie.

7 WEMS: **W**aiting (*așteptare*)(>3sec), **E**choing (*reacție*), **M**irroring (*proiectare*), **S**ummarising (*rezumare*) (Langewitz W et al. BMJ 325:682-683. 2002).

8 VAS (= Scala Vizuală Analogă de la 0 la 10 ex. 0 = Nu mă voi descurca, 10 = Sunt sigur că mă voi descurca).

9 Antrenamentul pentru luarea medicației/ antrenamentul MEMS ar putea fi realizat cu vitamine înainte de a începe ART.

10 Întrebări sugerate pentru aderență: “În ultimele 4 săptămâni cât de des ați uitat să luați o doză din medicația pentru HIV: în fiecare zi, mai mult de o dată pe săptămână, o dată pe săptămână, o dată la două săptămâni, o dată pe lună, niciodată?” “Ați uitat mai multe doze consecutive?” (Glass TR et al. Antiviral Therapy 13(1):77-85. 2008).

Adaptat după: J. Fehr, D. Nicca, F. Raffi, R. Spirig, W. Langewitz, D. Haerry, M. Battegay, NEAT, 2008.

## Infecția HIV acută (IHA)

### Definiția Infecției Primare Acute cu HIV

- Expunere cu risc crescut în ultimele 2-8 săptămâni,
- și simptomatologie clinică,
- și HIV detectabil în plasmă (Ag p24 și/sau ARN HIV > 10 000 c/ml)
- și test serologic negativ sau indeterminat (ELISA negativ sau slab pozitiv, și WB ≤ 1 bandă)
- Recomandări: confirmarea infecției HIV prin testarea anticorpilor pentru HIV (WB) după 3-6 săptămâni.

### Tratament:

- Luați în discuție includerea în studii clinice
- Tratamentul este indicat dacă:
  - există boli definitorii SIDA
  - CD4 <350/mm<sup>3</sup> reconfirmat la 3 luni sau mai târziu
- Tratamentul ar trebui luat în considerare dacă:
  - Există afecțiuni severe/simptome prelungite (în special afectarea SNC)
- Tratamentul este opțional, dacă indicația se bazează doar pe considerații teoretice. În majoritatea situațiilor, se așteaptă până în luna a 6-a (cu monitorizarea CD4 și a ARN HIV plasmatic) și apoi se urmează criteriile de inițiere a terapiei pentru infecția HIV cronică. Unii experți recomandă tratamentul ca și mijloc de prevenire a transmiterii HIV.

### Durata tratamentului:

necunoscută, dar ar putea fi necesar întreaga viață. Mențineți o urmărire mai îndeaproape în caz de întrerupere a tratamentului.

### Test de rezistență:

- Recomandat în toate situațiile de îndată ce s-a stabilit diagnosticul de infecție HIV acută, chiar dacă nu s-a inițiat tratamentul

- În cazul în care nu se poate realiza, stocați prelevatul sangvin pentru testări ulterioare.

### Transmitere:

- Recunoașteți infecțiile cu transmitere sexuală (ITS), inclusiv sifilis, gonoree, Chlamydia (uretrită și limfocelulomatoză veneriană), papilloma virus, hepatită B și hepatită C.
- Consiliați pacienții nou diagnosticați cu privire la riscul mare de transmitere și la măsurile de prevenire (prezervativul) inclusiv prin anunțarea și testarea partenerilor.

\*Dacă se ia în considerare tratarea IHA, atunci pacienții ar trebui recrutați în studii clinice aflate în curs de desfășurare.

## Recomandări pentru Inițierea Terapiei la Pacienții Naivi Infecțați cu HIV

Simptomatic	Asimptomatic	Test de rezistență	Alte comentarii
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Stadiile B și C în conformitate cu clasificarea CDC: tratamentul este recomandat</li> <li>● Dacă există infecții oportuniste (IO), inițiați terapia cât de curând posibil*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CD4 &lt; 200: Tratamentul este recomandat, fără întârziere.</li> <li>● CD4 201 -350: Tratamentul este recomandat.</li> <li>● CD4 350-500: Tratamentul poate fi oferit dacă ARN HIV plasmă &gt;10<sup>5</sup> c/ml și/sau CD4 scade &gt;50-100/mm<sup>3</sup>/an sau pacient cu vârsta &gt;55 sau co-infecție cu hepatita C</li> <li>● CD4 &gt; 500: Tratamentul ar trebui amânat indiferent de ARN HIV plasmatic; se urmărește CD4 mai îndeaproape dacă ARN HIV plasmatic &gt; 10<sup>5</sup> c/ml. Indiferent de valorile CD4 și ARN HIV plasmatic, tratamentul poate fi oferit pe considerente individuale, mai ales dacă pacientul solicită și este pregătit pentru terapia ARV</li> </ul>	<p>Testele de genotipare și determinarea subtipului HIV sunt recomandate, ideal la momentul diagnosticului infecției HIV, alternativ înainte de inițierea regimului de primă linie.</p> <p>Dacă testele de genotipare nu sunt disponibile, ar putea fi preferat un regim cu IP boostat cu Ritonavir în cadrul primei linii de tratament.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Înainte de inițierea tratamentului, determinarea CD4 ar trebui repetată și confirmată</li> <li>● Ar trebui să se investească timp în pregătirea pacientului pentru a optimiza complianța și aderența la tratament.**</li> </ul>

\*Acordați atenție sporită interacțiunilor dintre medicamente, toxicităților acestora, sindromului de reconstituire imună și aderenței, etc...

\*\*Vezi recomandările pentru "Evaluarea și susținerea deciziei pacientului de a începe ART"

## Combinatii de Medicamente pentru Regimul de Inițiere la Pacienții naivi la Terapia ARV

Alegeți un medicament din coloana A și o combinație de INRT din coloana B	A	B	Comentarii
Recomandat	<b>NNRTI</b> • EFV <sup>1</sup> • NVP <sup>4</sup> <b>boostat cu ritonavir</b> • FPV/r • LPV/r • SQV/r • ATV/r	ABC/3TC <sup>2-3</sup> (*) TDF/FTC sau IPmgx1/zi	•ABC/3TC combinație •TDF/FTC combinație •fAPV/r:700/1 00 mgx2/zi sau 1400/200 •LPV/r:400/1 00 mgx2/zi sau 800/200 mgx1 /zi • SQV/r:1 000/100 mgx2/zi sau 1500/100 mgx1/zi sau 2000/100 mg x1/zi
Alternativ	DRV/r <sup>5</sup>	• ZDV/3TC <sup>6</sup> • ddI/3TC sau FTC <sup>6</sup>	ZDV/3TC combinație

1 EFV: nu se recomandă la femeile gravide sau la femeile fără contracepție corectă și susținută; nu are activitate pe HIV-2 și HIV-1 grup O

2 Contraindicată dacă pacientul este HLA B\*5701 pozitiv. Chiar dacă este HLA B\*5701 negativ, este obligatorie consilierea pentru riscul de reacție de hipersensibilitate.

3 ABC + NVP contraindicată, cu excepția HLA B\*5701 negativ

4 NVP: A se folosi cu precauție extremă la femei cu CD4 >250 și bărbați cu CD4 >400/μL; nu are activitate pe HIV-2 și HIV-1 grup O

5 Aprobata de către FDA, dar încă nu a fost aprobată de către EMEA. Unii specialiști folosesc ATV/r în regimul de prima linie

6 Doar dacă nu este disponibil sau există intoleranță la alți INRT recomandați

\*Abacavir ar trebui utilizat cu precauție la pacienții cu risc cardiovascular înalt și/sau la pacienții cu mai mult de 100000 de copii/ml.

\*\*ACTG 5142, un studiu randomizat a demonstrat că eficiența virusologică a LPV/R este mai mică decât cea a EFV. Totuși, la pacienții cu eșec la LPV/R nu au fost evidențiate mutații de rezistență la IP.

## Eșec Virusologic

Definiție	ARN HIV plasmatic > 50 copii/ml confirmat la 6 luni după începerea terapiei (inițiere sau modificare) la pacienți care au continuat tratamentul ARV în această perioadă
Măsuri generale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluați aderența, complianța, tolerabilitatea, interacțiunile medicamentoase, interacțiunile cu alimentația, aspectele psiho-sociale</li> <li>▪ Efectuați test de rezistență în timpul terapiei în eșec (de obicei este mai sigur dacă nivelul ARN HIV plasmatic &gt;500-1000 copii/ml) și obțineți rezultate anterioare ale altor teste de rezistență pentru a înregistra mutații vechi (arhivate)</li> <li>▪ Luați în considerare teste de monitorizare a nivelurilor medicației ARV în sânge (TDM)</li> <li>▪ Revedeți istoricul medicației antiretrovirale</li> <li>▪ Identificați opțiunile de tratament, medicamentele/combinațiile de medicamente active și potențial active</li> </ul>
Managementul eșecului virusologic (EV)	<p>Dacă ARN HIV plasmatic &gt;50 și &lt;500-1000 copii/ml</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reevaluați aderența</li> <li>• Reevaluați ARN HIV plasmatic după 1 sau 2 luni</li> <li>• Îmbunătățiți farmacocinetica (PK-ul) IP-ului boostat (dacă este posibil)</li> </ul> <p>Dacă ARN HIV plasmatic reconfirmat (2 determinări) &gt; 500/1000 copii/ml, schimbați regimul cât se poate de curând: ce anume trebuie schimbat depinde de rezultatele testului de rezistență:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nu există mutații care conferă rezistență: reevaluați aderența, efectuați teste de monitorizare a nivelurilor medicației ARV în sânge</li> <li>• Există mutații de rezistență: schimbați cu un regim supresiv ținând cont de medicația antiretrovirală administrată în trecut; se recomandă discuție multidisciplinară între experți</li> </ul> <p>Scopul noului regim: ARN HIV plasmatic &lt; 400 c/ml la 3 luni, ARN HIV plasmatic &lt; 50 c/ml la 6 luni.</p>

<p>În cazul în care există mutații documentate care conferă rezistență</p>	<p>Recomandări generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Folosiți 2 sau de preferat 3 medicamente active în noul regim (inclusiv medicamente active din clasele utilizate anterior)</li> <li>• Orice nou regim trebuie să conțină cel puțin 1 medicament dintr-o clasă neutilizată anterior ex. inhibitor de fuziune, integrază sau inhibitor de CCR (dacă testele pentru tropism indică numai prezența de virus cu tropism R5)</li> <li>• Amânați schimbarea dacă sunt disponibile &lt; 2 droguri active, în conformitate cu datele testului de rezistență, cu excepția pacienților cu CD4 scăzut (&lt;1 00/mm<sup>3</sup>) sau cu risc înalt de agravare clinică pentru care scopul este prezervarea funcției immune prin reducerea parțială a ARN HIV plasmatic (reducere &gt; 1 log) prin reciclarea unor medicamente folosite anterior.</li> <li>• Dacă opțiunile sunt limitate, luați în considerare folosirea de medicamente experimentale sau cu noi mecanisme, înlesnind includerea pacienților în studii clinice (dar evitați terapia cu un singur medicament antiretroviral activ).</li> <li>• Întreruperea tratamentului nu este recomandată.</li> </ul> <p>Optimizarea noului regim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitați INNRT la pacienții experimentați cu această clasă; Etravirina este potențial activă la pacienții cu anumite profiluri de rezistență la INNRT</li> <li>• Luați în considerare continuarea 3TC sau FTC chiar dacă există mutații documentate care conferă rezistență (M184V/I)</li> <li>• Alegeți alți INRT potențial activi, în conformitate cu terapia anterioară și evaluarea completă a profilelor de rezistență (actual și istorice)</li> <li>• Alegeți 1 IP activ boostat cu ritonavir. Dacă este câtuși de puțin posibil, evitați IP dublu boostați</li> <li>• Evaluați întotdeauna interacțiunile medicamentoase și când este necesar realizați teste de monitorizare a nivelurilor medicației (ARV) în sânge (TDM) pentru medicamentele noului regim dacă acestea sunt disponibile Dacă sunt disponibile mai multe opțiuni, criteriile pentru alegere includ: simplitatea regimului, evaluarea riscului de toxicitate, interacțiunile medicamentoase, viitoare terapii de salvare.</li> </ul>

## Tratamentul Femeilor Gravide Infectate cu HIV

Femeile gravide trebuie monitorizate lunar și cât mai aproape de data preconizată a nașterii.

<p> criteriile de inițiere a terapiei la femeile gravide (vezi diferitele situații)</p>	<p>La fel ca și pentru femeile care nu sunt gravide</p>
<p>Obiectivele tratamentului la femeile gravide</p>	<p>Supresia completă a ARN HIV plasmatic până în trimestrul al treilea și în mod special la momentul nașterii</p>
<p>Teste de rezistență</p>	<p>La fel ca și pentru femeile care nu sunt gravide, adică înainte de începerea terapiei și în caz de eșec virusologic</p>
<p>SITUAȚII:            1. Femeie care rămâne gravidă având tratament ARV în curs            2. Femeie naivă la ARV care rămâne gravidă și îndeplinește criteriile (CD4) de inițiere a terapiei            3. Femeie naivă la ARV care rămâne gravidă și nu îndeplinește criteriile (CD4) de inițiere a terapiei            4. Femei care sunt luate în evidență după săptămâna 28 de sarcină</p>	<p>1. Mențineți terapia ARV, dar schimbați drogurile cu potențial teratogen            2. Inițierea terapiei este optimă la începutul trimestrului al doilea            3. Inițiați terapia la începutul săptămânii 28 a sarcinii (cel mai târziu cu 12 săptămâni înainte de naștere); începeți mai devreme dacă există încărcătură virală plasmatică mare sau risc de naștere prematură.            4. Inițiați terapia imediat.</p>
<p>Regimuri antiretrovirale în sarcină</p>	<p>La fel ca la femeile care nu sunt gravide,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cu excepția evitării EFV</li> <li>• ABC și NVP nu trebuie inițiate, dar continuarea terapiei este posibilă dacă a fost începută înainte de sarcină</li> <li>• Dintre IP boostate, sunt de preferat LPV/r sau</li> </ul>

	<p>SQV/r</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZDV ar trebui să fie parte din regim dacă este posibil</li> </ul>
Medicamente antiretrovirale contraindicate în sarcină	Efavirenz, ddl + d4T, combinații de trei INRT
Zidovudină IV în timpul travaliului	Beneficiul este incert dacă ARN HIV plasmatic < 50 c/ml
Nevirapină în doză unică în timpul travaliului	Nu este recomandată
Operație cezariană	Este indicată cu excepția situațiilor în care ARN HIV plasmatic < 50 c/ml în săptămânile 34-36













































































