

P R O T O C O L

INFECȚIA HIV ÎN SARCINĂ

1. CONDUITA PREGESTAȚIONALĂ

- **Medicul** (inclusiv medicul de familie) și echipa medicală trebuie să consilieze cuplurile HIV discordante care doresc o sarcină, în vederea minimizării riscului transmiterii sexuale, în condițiile optimizării șanselor de concepție.
- Se recomandă personalului cu pregătire corespunzătoare să efectueze consilierea.
- În cazul cuplurilor HIV discordante cu partener HIV pozitiv, cu dorință de sarcină, se recomandă **medicului** să indice inseminarea artificială - cu spermă preparată.
- **Medicul** poate opta pentru recomandarea fertilizării in vitro.
- În cazul cuplului discordant cu partener HIV pozitiv și cu oligospermie, **medicul** poate opta pentru injecția intracitoplasmatică de spermatozoid (ICSI).

2. ASISTENȚA PRENATALĂ

2.1. Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic

- Oricărei femei gravide care intenționează să păstreze sarcina, **medicul** (inclusiv medicul de familie) trebuie să îi recomande cât mai devreme în sarcină testarea HIV, cu consiliere adecvată. Diagnosticul infecției HIV la femeia gravidă este esențial pentru prevenirea infecției produsului său de concepție.
- Se recomandă **medicului** să indice retestarea HIV negative cu risc major de infectare cu HIV, în trimestrul trei - preferabil înainte de 36 SA.
- Rezultatul pozitiv al testării trebuie comunicat direct pacientei, dacă are discernământ, de către cel care a recomandat testul.
- Se recomandă echipei medicale care ia contact cu pacienta să realizeze consilierea post-testare pe parcursul a mai multor întâlniri.
- Consilierea post-testare va include toate consecințele materno-fetale ale infecției HIV, factorii de risc ai transmiterii verticale, modalitățile de prevenire a acesteia și rezultatele așteptate.
- Statusul HIV al pacientei trebuie dezvăluit de către **medic** și de echipa medicală numai persoanelor pentru care acest lucru se impune, cu respectarea confidențialității și în condițiile legii.
- **Medicul** și echipa medicală trebuie să asigure pacienta în legătură cu respectarea confidențialității statusului ei HIV.
- **Medicul** și echipa medicală trebuie să nu presupună că partenerul, familia sau prietenii (chiar dacă o însoțesc la consultații sau naștere) sunt încunoștiințați de acest status.
- **Medicul** și echipa medicală trebuie să comunice statusul HIV al pacientei, membrilor echipei medicale direct implicați în asistența acesteia.
- **Medicul** trebuie să indice ca toate gravidele HIV pozitive să fie investigate pentru diagnosticul unor eventuale infecții genitale cu:
 - Chlamydia trachomatis;
 - Neisseria gonorrhoeae;
 - Gardnerella vaginalis;
 - Treponema pallidum.

- **Medicul** trebuie să indice testarea HIV trebuie făcută cât mai devreme în sarcină și repetată la aproximativ 28 SA.
- **Medicul** trebuie să indice realizarea unui screening pentru sindromul Down și alte anomalii fetale.
- O ecografie cu morfologie fetală detaliată este după tratamentul cu HAART sau medicamentele utilizate pentru profilaxia PPC. În primul trimestru este contraindicată administrarea de cotrimoxazolum (sulfamethoxazolum + trimethoprim) și dapsonum, fiind permisă doar utilizarea de pentamidinum în aerosoli (indisponibilă în România).
- Se recomandă **medicului** să informeze pacienta despre potențialul risc teratogen al tratamentului HIV, pe baza datelor existente.

2.2. Conduită

- O echipă multidisciplinară trebuie să îngrijească gravida HIV pozitivă.
- Se recomandă **medicului** să efectueze profilaxia pneumoniei cu pneumocystis carinii (PPC).
- Dacă se intenționează practicarea unei metode invazive de diagnostic prenatal, medicul poate indica profilaxia transmiterii verticale cu HAART (tripla terapie) cu 12 zile înaintea efectuării acesteia.
- În cazul apariției unor simptome/semne de:
 - preeclampsie;
 - colestază;
 - disfuncție hepatică;
 - disfuncție gastro-intestinală;
 - rash;
 - intoleranță la glucoză sau diabet;
 - anemie
- **medicul** trebuie:
 - să evoce posibilitatea efectelor secundare (toxicității) TARV;
 - să contacteze medicul de specialitate boli infecțioase
- și
- să evalueze situația.

2.3. Urmărire și monitorizare

- Încărcătura virală și nivelul CD4T trebuie obținute și analizate de către medicul de specialitate - boli infecțioase - la intervale regulate pe parcursul sarcinii (lunare până în 28 SA, la câte 2 săptămâni până la 36 SA și apoi săptămânal până la naștere).
- **Medicul** trebuie să indice pacientelor la care se efectua TARV, un bilanț:
 - hemoleucogramă completă;
 - explorarea funcției hepatice;
 - glicemie;
 - determinarea în sânge.
 - a uree;
 - electroliților;
 - lactatului.

2.4. Aspecte administrative

- Testarea HIV trebuie să fie oferită gratuit oricând gravidelor care intenționează să păstreze sarcina, de către sistemul sanitar.

3. TERAPIA ANTIRETROVIRALĂ ÎN SARCINĂ

3.1. Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic

- **Medicul** trebuie să indice tuturor gravidelor HIV pozitive TARV. TARV la gravida HIV pozitivă se indică în primul rând pentru prevenția transmiterii verticale (și este oprită la scurt timp după naștere) și în al doilea rând, pentru împiedicarea evoluției bolii materne (caz în care este continuată indefinit).

3.2. Conduită

- **Medicul** de boli infecțioase trebuie să decidă TARV optim adaptat cazului clinic. Modul de administrare al TARV trebuie stabilit de medicul de boli infecțioase în echipă cu medicii **de specialitate obstetrician** și neonatolog.
- La gravidele care nu necesită TARV în interes matern, se recomandă medicului să indice începerea acestuia la 28 SA și oprirea lui la scurt timp după naștere.
- La gravidele cu naștere prematură, **medicul** poate iniția TARV după 14 s.a.
- **Medicul** poate opta în tratamentul profilactic la gravida seropozitivă fără indicație de TARV pentru:
 - Zidovudinum monoterapie 500-600 mg/zi din săptămâna 28 de amenoree până în momentul operației cezariene programate sau
 - TARV scurt (short-term anti-retroviral therapy - START) conținând tripla terapie cu 2 INRTI (obligatoriu ZDV) și un IP/r sau NVP - dacă operația cezariană nu poate fi efectuată
- **Medicul** trebuie să indice ca TARV să fie continuat și după naștere la gravidele luate în evidență tardiv, depistate a fi seropozitive.
- **Medicul** trebuie să recomande TARV:
 - în interes matern ;
 - la sau sub valori ale CD4T sub 350 cel/mm³ ;
 - HIV-RNA > 100.000 copii/ml
 - la gravida simptomatică.
- Se recomandă **medicului** să:
 - întârzie inițierea HAART după primul trimestru, dacă este posibil;
 - includă Zidovudinum în HAART;
 - înceapă TARV după încheierea primului trimestru de sarcină.
- Se recomandă **medicului** să indice tratamentul optim.
- **Medicul** trebuie să realizeze TARV, pentru gravidele care necesită tratament în interesul lor, prin asocierea mai multor agenți terapeutici.
- **Medicul** trebuie să utilizeze ca agenți terapeutici primă intenție la gravide:
 - Zidovudinum
 - Lamivudinum
 - sau Emtricitabinum
 - la care se asociază:
 - IP/r
 - Sau INNRT (Nevirapinum).
- **Medicul** poate opta pentru indicarea cu prudență de Nevirapinum în sarcină.
- Se recomandă **medicului** să indice triterapie ARV.
- Pentru pacientele la care se identifică HIV târziu în timpul sarcinii sau la naștere, se recomandă **medicului** să indice HAART ce include Zidovudinum administrat intravenos intrapartum.
- **Medicul** trebuie să indice continuarea tratamentului în lăuzie.
- La pacientele care devin gravide în timpul HAART medicul trebuie să continue tratamentul dacă acesta menține viremia plasmatică nedetectabilă.

- Pentru pacientele seropozitive care devin gravide în timpul HAART, sub care nu se obține supresie virală, se recomandă **medicului** să indice efectuarea unui test de rezistență genotipică cu modificarea schemei terapeutice numai cu ARV permise în sarcină.
- În cazul gravidelor care refuză în deplină cunoștință de cauză schema TARV maximală, **medicul** trebuie să indice:
 - profilaxia cu ZDV începând cu săptămâna 28 de amenoree;
 - finalizarea sarcinii prin operație cezariană programată.

3.3. Urmărire și monitorizare

3.3.1. Supravegherea evoluției gravidei seropozitive

- Medicul de boli infecțioase trebuie să supravegheze evoluția infecției HIV la gravidă și modul de aplicare a măsurilor specifice de profilaxie a transmiterii verticale.
- În intervalul dintre consultațiile prenatale stabilit conform rutinei standard, **medicul** trebuie să adauge vizite suplimentare dacă apar complicații.
- **Medicul** trebuie să încerce prevenirea nașterii premature.
- În caz de risc crescut sau de amenințare de naștere prematură **medicul** trebuie să indice profilaxia precoce cu antiretrovirale a transmiterii materno-fetale a infecției HIV.
- **Medicul** trebuie să detecteze și să indice tratamentul infecțiilor transmisibile sexual.
- **Medicul** trebuie să evalueze judicios și să discute cu gravida eventualele indicații de amniocenteză sau a altor proceduri invazive (cerclaj al colului uterin).
- **Medicul** trebuie să efectueze procedurile menționate în standardul precedent doar după profilaxie antiretrovirală inițiată cu minimum 15 zile înainte de intervenția respectivă.
- Se recomandă ca **medicul** să evite în momentul nașterii manevrele obstetricale.

3.4. Aspecte administrative

- **Medicul** trebuie să efectueze depistarea cât mai precoce a infecției HIV.
- **Medicul** trebuie să acționeze pentru:
 - recomandarea testării HIV preconcepțional;
 - convingerea fiecărei gravide luate în evidență de a se testa HIV;
 - convingerea femeii gravide HIV pozitive asupra necesității TARV pentru prevenirea transmiterii materno-fetale;
 - supravegherea clinico-biologică periodică a sarcinii la gravida sub TARV;
 - pregătirea nașterii împreună cu echipa multidisciplinară;
 - asigurarea tratamentului nou-născutului de către medicul de boli infecțioase;
 - asigurarea trusei de urgență (test rapid HIV și tratament pentru o zi) în cazul gravidelor nesupravegheate și care se prezintă direct la naștere.

4. MODUL DE NAȘTERE, ASISTENȚA LA NAȘTERE

4.1. Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic

- Dozarea nivelului viral plasmatic matern trebuie indicată de **medic** la naștere.

4.2. Conduită

- **Medicul** trebuie să indice nașterea prin operație cezariană programată, înaintea debutului travaliului, pe membrane intacte, gravidelor HIV pozitive cu nivele

detectabile virale plasmatice și/sau care nu sunt tratate cu HAART. Nașterea prin operație cezariană programată la 38 SA scade semnificativ (cu 70-80%) riscul transmiterii verticale în comparație cu nașterea programată, pe cale vaginală, la pacientele care nu alăptează; observația este valabilă și în cazul pacientelor cu TARV. Beneficiul nu este păstrat în cazul intervenției chirurgicale de urgență.

- Se recomandă **medicului** să planifice operația cezariană la/după 38 SA. Echipa medicală trebuie să ia în considerație cele două aspecte contradictorii:

- riscul transmiterii verticale în travaliu

și

- riscul complicațiilor prematurității.

- **Medicul** trebuie să indice administrarea de antibiotice în scop profilactic la toate pacientele HIV pozitive la care se practică operație cezariană. (Vezi Ghidul 02 Profilaxia cu antibiotice în obstetrică-ginecologie).

- **Medicul** trebuie să indice ca administrarea în perfuzie a Zidovudinum-ului să fie începută cu 4 ore înaintea intervenției și continuată până la clamparea cordonului ombilical.

- **Medicul** trebuie să indice administrarea formei orale Zidovudinum, 600 mg/zi, (atunci când nu dispune de Zidovudinum pentru administrare i.v.) începând cu 4 ore înaintea intervenției și până la clamparea cordonului ombilical.

- La pacientele cu nivele virale nedetectabile la naștere, sub HAART, **medicul** poate să opteze pentru nașterea prin operație cezariană programată.

- Nu este clar dacă operația cezariană programată reduce riscul transmiterii verticale la gravidele cu nivele virale nedetectabile la naștere și/sau sub HAART. **Medicul** trebuie să informeze pacienta infectată cu HIV, cu viremie nedetectabilă, că riscul de transmitere perinatală a infecției este foarte mic, sub 2%, chiar în cazul nașterii pe cale vaginală și că nu există date actuale care să certifice că alegerea operației cezariene scade riscul transmiterii infecției sub această valoare.

- **Medicul** trebuie să țină cont în strategia terapeutică de opțiunea gravidei de a naște pe cale vaginală.

- **Medicul** poate opta pentru acest tip de naștere la multiparele (marile multipare în special) cu antecedente de naștere pe cale vaginală, dacă au HIV-RNA < 50 copii/ml și dacă pacientele o solicită.

- Se recomandă **medicului** să asiste nașterea pe cale vaginală la pacientele HIV pozitive care intră în travaliu și la care acesta progresează rapid sau la cele care se prezintă în expulzie.

- **Medicul** trebuie ca la pacientele care nasc pe cale vaginală să le păstreze membranele intacte în travaliu cât mai mult timp.

- **Medicul** trebuie să clampeze cordonul ombilical cât mai repede.

- **Medicul** trebuie să indice ca nou-născutul să fie spălat imediat după naștere.

- **Medicul** trebuie să evite plasarea electrozilor pe scalpul fetal sau prelevarea de sânge fetal.

- La pacientele HIV pozitive care nasc pe cale vaginală, **medicul** trebuie să indice ca HAART să fie continuat în timpul travaliului, chiar dacă nivelul viral este nedetectabil.

- În cazul nașterii pe cale vaginală, **medicul** poate opta pentru stimularea travaliului cu substanțe ocitocice pentru a dirija nașterea.

- La pacientele HIV pozitive aflate în travaliu, **medicul** trebuie să finalizeze nașterea prin operație cezariană în caz de indicații obstetricale materno-fetale.

- La pacientele HIV pozitive aflate în travaliu, **medicul** poate finaliza nașterea prin operație cezariană (în afara indicațiilor nelegate de infecția cu HIV):

- pentru scurtarea perioadei de membrane rupte (în cazul unei dilatații mici)

sau

- când se anticipează un travaliu prelungit.
- În cazul membranelor rupte prematur (în travaliu sau nu) **medicul** trebuie să pună în balanță riscul transmiterii verticale cu cel al prematurității.
- În cazul membranelor rupte prematur **medicul** trebuie să indice corticoterapia pentru inducerea maturității pulmonare fetale, conform ghidului de practică respectiv.

5. CONDUITA MATERNĂ ÎN LĂUZIE

5.1. Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic

Monitorizarea clinică și paraclinică și tratamentul antiretroviral în interes matern al pacienților HIV pozitive trebuie efectuate de către medicul de specialitate boli infecțioase și după naștere.

5.2. Conduită

- **Medicul** trebuie să consilieze pacientele să nu își alăpteze copiii în lăuzie și, în cazul acceptului acestora, să indice tratament pentru ablactare.
- **Medicul** și personalul medical trebuie să acorde lehuzei HIV pozitivă o îngrijire medicală similară cu cea a lehzelor seronegative și o atenție deosebită acordată susceptibilității crescute la infecție.
- Se recomandă **medicului** să indice, pentru mama HIV pozitivă, o metodă contraceptivă eficientă înainte de reluarea vieții sexuale de către aceasta.

6. CONDUITA NEONATALĂ

6.1. Conduită

- Se recomandă medicului neonatolog să preia imediat de la naștere nou-născutul care, împreună cu medicul de specialitate boli infecțioase, îi vor acorda toate îngrijirile medicale necesare.
- Medicul trebuie să indice ca nou-născutul să fie spălat imediat după naștere.
- Toți nou-născuții mamelor HIV pozitive trebuie tratați de către medicul neonatolog și de specialitate boli infecțioase cu TARV de la naștere. Nou-născuții proveniți din mame care au primit Zidovudinum antenatal sau intrapartum - singură sau în combinație cu alte antiretrovirale - trebuie tratați de către medicul neonatolog și de specialitate boli infecțioase cu Zidovudinum în monoterapie.
- Nevirapinum administrat în doză unică în primele 3 zile de viață ale nou-născutului poate fi utilizată la nevoie, în locul Zidovudinum-ului de către medicul neonatolog la recomandarea medicului de specialitate boli infecțioase.
- Medicul poate opta pentru profilaxia antiretrovirală sub forma unui regim cu două antiretrovirale (inhibitoare nucleozidice de reverstranscriptază): Zidovudinum și Lamivudinum.
- Nou-născuții pot fi tratați cu HAART de către medicul neonatolog și de specialitate boli infecțioase în cazul mamelor care au început TARV târziu în timpul sarcinii (cu cel mult 4 săptămâni înainte de naștere).
- La mamele care nu au început TARV târziu în timpul sarcinii, se recomandă oprirea tratamentului nou-născutului de către medicul neonatolog și de specialitate boli infecțioase după 6 săptămâni.
- Medicul neonatolog și de specialitate boli infecțioase trebuie să indice evitarea alăptării nou-născutului cu laptele matern.

6.2. Urmărire și monitorizare

- Se recomandă medicului neonatolog și de specialitate boli infecțioase să indice testarea nou-născuților:
 - la naștere.
 - în primele 2 zile

- apoi la:
 - 2 săptămâni
 - 2 luni
 - și la
 - 4-6 luni
- La fiecare 6 luni până la 18 luni se realizează teste ELISA si Western-Blot.
- Medicul de specialitate boli infecțioase trebuie să confirme absența infectării copilului printr-un test negativ la 18 luni
- Medicul trebuie să indice ca diagnosticul infecției neonatale să fie realizat prin amplificare virală directă(PCR).

**Anexă:
Medicația menționată în ghid**

Numele medicamentului NELFINAVIRUM (NFV)	
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri Este retras momentan de pe piață. Nu se administrează decât dacă nu există altă alternativă terapeutică (ghid revizuit în 2 noe. 2007) fiind teratogen, mutagen și carcinogen la animale fără a se putea demonstra aceste efecte la om
Doza pentru adulți	Administrație orală: comprimate, pulbere, suspensie
Contraindicații	Asocierea cu: antihistaminice, sedative-hipnotice, derivați de Ergotaminum, Amiodaronum, Chinidinum, Rifampicinum , Lovastatinum, Simvastatinum

Interacțiuni	Crește nivelurile serice ale IDV, SQV, Rifabutinum, Atorvastatinum, Ciclosporinum, Sildenafilum
Sarcină și alăptare	Categoria B - de obicei sigur, dar beneficiile trebuie să depășească riscurile Raport nou-născut/mamă (pasaj transplacentar) - 1
Atenție!	Diaree, erupții cutanate, flatulență, greață, dureri abdominale, astenie, neutropenie, creșterea enzimelor hepatice, anemie, leucopenie, trombopenie, lipodistrofie, cefalee, hipersensibilitate, acidoza metabolică.
Numele medicamentului ZIDOVUDINUM (ZDV)	
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri. Se poate administra împreună cu alimentele.
Doza pentru adulți suspensie i.v.:	Administrare orală: comprimate, pulbere, soluție perfuzabilă 300 mgx2/zi Profilaxie antiretrovirală: 2 mg/kg la 6 ore timp de 6 săptămâni
Contraindicații	Asocierea cu d4T, Ribavirinum
Interacțiuni	Creșterea toxicității ZDV în asocierile cu Ganciclovirum, IFN-alfa, TMP/SMX, Acyclovirum, Probenecidum, Atovaquonum, Metadonum, Fluconazolom
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină Raport nou-născut/mamă (pasaj transplacentar) - 0,9
Atenție!	Grețuri, vărsături, cefalee, afectare hepatică, anemie macrocitară, afectare cardiacă, dureri musculare, granulocitopenie
Numele medicamentului LAMIVUDINUM (3TC)	
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri Se poate administra împreună cu alimentele.
Doza pentru adulți	Administrare orală: comprimate și soluție/sirop 150 mgx2/zi sau 300 mg/zi - priză unică Profilaxie antiretrovirală: Lamivudinum 2 mg/kg la 12 ore timp de 6 săptămâni
Contraindicații	Nu sunt citate.

Interacțiuni	Asocierea cu TMP/SMX crește nivelurile serice ale 3TC.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină Raport nou-născut/mama (pasaj transplacentar) - 1
Atenție!	Erupții cutanate, febră, dureri abdominale, grețuri, vărsături, afectare neurologică periferică, depresie, cefalee, fotofobie, insomnie, pancreatită, căderea părului, anemie, leucopenie, acidoză lactică cu steatoză hepatică; foarte rar insuficiență hepatică fulminantă, rabdomioliză.
Numele medicamentului	ZALCITABINUM (ddC)
Indicații	Scoasă din uz
Doza pentru adulți	Administrare orală: tablete
Contraindicații	Asocierea cu ddl
Interacțiuni	Cimetidinum, Amfotericinum, Aminoglicozidele, Fosfarnetum-ul îi scad clearance-ul renal. Antiacidele scad absorbția.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină Raport nou-născut/mamă (pasaj transplacentar) - 0,3-0,5
Atenție!	Neuropatie periferică, ulcerații orale și esofagiene, stomatită aftoasă, disfagie, dureri abdominale, pancreatită, anemie, leucopenie, eozinofilie, trombocitopenie, acidoză lactică, hepatomegalie cu steatoză severă, creșteri ale transaminazelor, cefalee, astenie, febră, erupții cutanate, mialgii, cardiomiopatie, artralгии
Numele medicamentului	DIDANOSINUM (ddl)
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri.
Doza pentru adulți	Administrare orală: tablete, pudră pediatrică pentru soluție orală, capsule enterice >60 kg. - 200 mgx2/zi sau 400 mg/zi - priză unică <60 kg. - 125 mgx2/zi sau 250 mg/zi - priză unică
Contraindicații	Nu sunt citate.
Interacțiuni	Scade absorbția ketoconazolului, Itraconazolului, Dapsonum-ului, Tetraciclinelor, Sărurilor de fier, Fluorchinolonelor, IDV, ATV, RTV, NFV; Tenofovirum-ul crește nivelurile serice de ddl.
Sarcină și alăptare	Categoria B - de obicei sigur, dar beneficiile trebuie să depășească riscurile Raport nou-născut/mamă (pasaj transplacentar) - 0,5
Atenție!	Polineuropatie periferică senzitivă, pancreatită acută,

	diaree, vărsături, dureri abdominale, creșteri ale transaminazelor, acidoză lactică, steatoză hepatică severă, creșteri ale trigliceridelor, hiperglicemie, anemie, leucopenie, trombocitopenie, nevrită optică, cefalee, erupții cutanate, hiperuricemie, insomnie, ulcerații esofagiene, cardiomiopatie, pancitopenie, nevrită optică, pancreatită acută
Numele medicamentului	STAVUDINUM (d4T)
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri.
Doza pentru adulți	Administrare orală: soluție, capsule >60 kg. - 40 mgx2/zi <60 kg. - 30 mgx2/zi
Contraindicații	Nu sunt citate.
Interacțiuni	Nu sunt citate.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină Raport nou-născut/mamă (pasaj transplacentar) - 0,8
Atenție!	Neuropatie periferică, manifestări de tip sindrom Guillain Barre, grețuri, vărsături, dureri abdominale, diaree, pancreatită acută, creșteri ale transaminazelor, acidoză lactică, steatoză hepatică severă, sindrom lipo-distrofic, tulburări de somn, erupții cutanate, cefalee, ulcerații esofagiene, macrocitoză
Numele medicamentului	RITONAVIRUM (RTV)
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri. Administrarea cu alimente crește absorbția. Se utilizează de regulă pentru potențarea (boostarea) activității celorlalți inhibitori de protează.
Doza pentru adulți	Administrare orală: capsule, soluție 600 mgx2/zi; terapia se inițiază cu doze de 300 mgx2/zi cu creștere progresivă la interval de cate 5 zile În situația de potențare (boostare) a celorlalți IP, doza este de 100 mgx2/zi.
Contraindicații	Asocierea cu: Piroxicamum, Antihistaminice, Sedative-Hipnotice, derivat de Ergotaminum, Amiodaronum, Rifampicinum, Encaidinum, Flecaidinum, Chinidinum, Propafenonum, Lovastatinum, Simvastatinum, Neuroleptice
Interacțiuni	Crește nivelurile serice de: Claritromicinum, Ketoconazolum, Rifabutinum, Sildenafilum, ATV, SQV, NFV, Dexamethazonum, Prednisonum, Ciclosporinum, Atorvastatinum, Cerivastatinum, Diltiazemum, Verapamilum, Diazepamum, Flurazepamum

Sarcină și alăptare	Categoria B - de obicei sigur, dar beneficiile trebuie să depășească riscurile Raport nou-născut/mamă (pasaj transplacentar) - 0,15 - 0,64
Atenție!	Grețuri, vărsături, diaree, anorexie, dureri abdominale, pancreatită, parestezii periferice, cefalee, astenie, hipertrigliceridemie, hipercolesterolemie, hiperglicemie, cetoacidoză diabetică, sindrom lipodistrofic, creșteri ale transaminazelor, reacții alergice, osteonecroză, toxicitate hepatică crescută la pacienții coinfectați cu HBV sau HCV.
Numele medicamentului	NEVIRAPINUM (NVP)
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri.
Doza pentru adulți	Administrare orală: suspensie orală, tablete 400 mg/zi - în priză unică sau 200 x2/zi; se începe cu 1/2 din doză, timp de 2 săptămâni
Contraindicații	Nu sunt citate.
Interacțiuni	Scade concentrațiile serice ale: Ketoconazolum-ului, Metadonum, IDV, SQV, LPV/r, Anticoncepționalelor orale. Rifampicinum, Rifabutinum scad concentrația serica a NVP.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină Raport nou-născut/mamă (pasaj transplacentar) - 1
Atenție!	Erupții cutanate, uneori severe, ce impun întreruperea tratamentului, grețuri, vărsături, diaree, hepatită postmedicamentoasă și colestatică, febră, cefalee, somnolență, astenie; hepatotoxicitate la femeile "naive" cu CD4>250 cel./mmc și la bărbatul cu CD4>400 cel./mmc, fapt ce impune monitorizarea atentă a funcției hepatice în primele 4-6 săptămâni de tratament; febra, cefalee
	EFAVIRENZUM (EFV)
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri.
Doza pentru adulți	Administrare orală: capsule, tablete 600 mg/zi - priză unică, seara la culcare
Contraindicații	Efect teratogen - contraindicat la femeia gravidă Asocierea cu: Antihistaminice, Sedative-Hipnotice, derivați de Ergotaminum, Warfarinum, Anticoncepționale orale
Interacțiuni	Scade concentrația serică a Claritromicinum, ATV, SQV,

	IDV, LPV/r. Rifampicinum, Rifabutinum, Fenobarbitalulum, Fenitoinu- mul, scad concentrația serică a EFV.
Sarcină și alăptare	Categoria D - administrare doar când beneficiul depășește riscul în sarcină Trece transplacentar
Atenție!	Stare confuzională, tulburări de gândire, amețeli, cefalee, depresie, tulburări de vedere, anxietate, reacții paranoide, maniacale, erupții cutanate morbiliforme, creșterea transaminazelor, creșterea colesterolului, grețuri, diaree, dureri abdominale, pancreatită, ginecomastie, cefalee, lipodistrofie, constipație, malabsorbție, mialgii, miopatii, dispnee.
Numele medicamentului	INDINAVIRUM (IDV)
Indicații	Tratamentul infecției HIV/SIDA împreună cu alte ARV - uri.
Doza pentru adulți	800 mg x 3 ori/zi
Contraindicații	Asocierea cu: Antihistaminice, Sedative-Hipnotice, derivați de Ergotaminum, Rifampicinum, ATV.
Interacțiuni	Crește nivelurile serice ale Rifabutinum-ului, NFV, SQV. Ketoconazolum-ul, Itraconazolum-ul, Claritromicinum, NFV cresc nivelurile serice de IDV.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină
Atenție!	Nefrolitiază, colică renală, hematurie, dureri abdominale, grețuri, hiperglicemie, pancreatită, cetoacidoză diabetică, hiperbilirubinemie, creșterea transaminazelor serice, pancitopenie, cefalee, reacții alergice cutanate, gust metalic, ginecomastie, artralгии, parestezii orale, depresie, foarte rar hepatite severe.
Numele medicamentului	PENTAMIDINUM
Indicații	Profilaxia pneumoniei cu Pneumocistis jiroveci (PCP) -forma de administrare în aerosoli: tratamentul pneumoniei cu P. Jiroveci-intravenos
Doza pentru adulți	300 mg/lună prin nebulizare (300 mg în 6 ml apă distilată sterilă, debit 6 l/min, nebulizator tip Respirgard II); iv 3-4 mg/kg in minim 1 oră, 21 zile
Contraindicații	Aerosoli: TBC pulmonar (se trateaza anterior administrării de pentamidina existând risc de transmitere TB

	la personalul medical și pacienți)
Interacțiuni	Forma de administrare parenterală nu se asociază cu medicamente nefrotoxice (aminoglicozide, amfotericina B, foscarnet, cidofovir)
Sarcină și alăptare	Categoria C -siguranța incertă a utilizării în sarcină
Atenție!	Aerosoli: tuse, dispnee, wheezing, laringită, durere retrosternală Forma iv: toxicitate renală, hipotensiune arterială, aritmii ventriculare, hipo/hiperglicemie, leucopenie, trombocitopenie, erupții cutanate, tulburări digestive (greați, vărsături, dureri abdominale, anorexie, hepatită, creșterea amilazelor), febră, confuzie, reacție anafilactică
Numele medicamentului	EMTRICITABINUM
Indicații	În tratamentul infecției HIV asociat altor antiretrovirale; activ și pe VHB Face parte din clasa INRT
Doza pentru adulți	Administrare orală, capsule 200 mg Doza unică 200 mg/zi
Contraindicații	Nu sunt citate
Interacțiuni	Nu se cunosc
Sarcină și alăptare	Categoria B
Atenție!	Toxicitate minimă. Ocazional: greați, diaree, cefalee, astenie, rash, acidoză lactică și steatoză. În cazul co-infecției HIV- VHB, sistarea poate determina creșterea transaminazelor