

Îngrijirea pacienților cu infecție HIV/SIDA

Infecția cu virusurile imunodeficienței umane HIV (1 și 2) este specific umană și foarte contagioasă, caracterizată printr-o evoluție stadială, îndelungată, cu manifestări clinice inițiale de boală acută benignă, urmate de o lungă perioadă de sănătate aparentă și, în final, de reexprimarea clinică de gravitate progresivă cu sfârșit letal.

SIDA este expresia clinică și biologică a unei perioade avansate în evoluție a infecției cu virusul HIV.

Infecția produce degradarea specifică, lent progresivă, a mecanismelor de apărare la infecții, ceea ce explică ușurința cu care, sub un anumit prag al deficitului imun, pacientul contractează diverse infecții oportuniste, poate dezvolta tumori sau leziuni ale sistemului nervos central care antrenează sfârșitul letal.

Etiologie

- HIV este un virus ARN din familia retrovirusurilor (denumire dată tuturor virusurilor purtătoare de „revers-transcriptază”)
- virusul HIV posedă o nucleocapsidă de formă conică cu structură proteică (ce diferențiază antigenic proteinele P.17 la exterior și P.24 mai profundă), ce închide în interior două lanțuri de ARN viral, nucleoproteinele p7 și p9 - implicate în reglarea expresiei genelor - și mai multe enzime - proteaza, integraza și reverstranscriptaza;
- nucleocapsida este învelită la exterior de o anvelopă de natură lipidică, la suprafața căreia străbat 72 de formații aciculare formate din două glicoproteine - Gp. 41 și Gp. 120 - cu un rol esențial în penetrarea virusului în celulele-gazdă
- este remarcabilă variabilitatea genomului HIV atât pe parcursul infecției la același bolnav, cât și de la un pacient la altul
- în urma acțiunii intracelulare a reverstranscriptazei, va lua naștere un ADN viral care posedă la capete două secvențe genetice denumite „Long Terminal Repeat” (LTR), care i-ar permite să se insereze în ADN-ul celulei gazdă
- această integrare în genomul celulei ar explica atât replicarea virală, cât și perpetuarea infecției în celulele noi ale gazdei
- HIV este relativ puțin rezistent în mediu, fiind distrus la căldură la 60°C în 30 de min., cât și sub acțiunea celor mai mulți dezinfectanți (detergenți, apă oxigenată, alcool, clorhexidină, etc.).

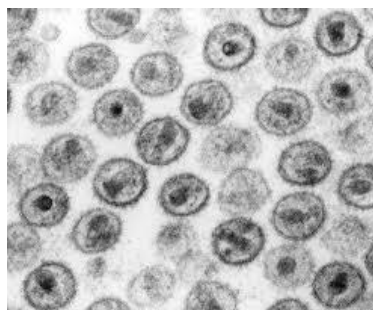


Fig. 1. HIV la microscopul electronic

Semne și simptome clinice

- **Infecția acută (primoinfecția)**
 - primele manifestări ale infecției se exprimă clinic doar la 20-30% dintre persoanele infectate și caracterizează „primoinfecția”.
 - la aceste persoane, după un interval de 3-4 săptămâni de la contactul infectant, apare o stare subfebrilă sau ușor febrilă, însoțită de manifestări clinice necaracteristice, care pot simula o gripă sau o mononucleoză infecțioasă ușoară:
 - poliadenopatii, artralгии moderate, sudorații, astenie discretă;
 - uneori exanteme trecătoare;
 - alteori afectări ale mucoasei orofaringiene (odinofagie, angină eritematoasă, mai rar ulceratoasă, candidoză);
 - foarte rar manifestări neurologice (neuropatii periferice, encefalopatii, meningite cu aspect seros).
 - aceste simptome se remit între 2 și 4 săptămâni de evoluție
 - primoinfecția reprezintă stadiul I în clasificările actuale ale bolii
- **Infecția cronică asimptomatică**
 - cu durată între 2 și peste 10 ani
 - corelând această fază cu evoluția markerilor de infecție, se disting două perioade consecutive:
 - *perioada de latență*, în care pacientul este contagios, dar fără anticorpi circulanți decelabili prin testele uzuale (diagnostic serologic negativ) - între 1 și 3 luni – (uneori până la 4 ani)
 - *perioada de seroconversie*, caracterizată prin pozitivarea testelor de diagnostic curent;
 - contagiozitatea se menține tot timpul la nivel ridicat
- **Perioada simptomatică a infecției cronice**
 1. La majoritatea bolnavilor adulți, faza de evoluție simptomatică începe cu un sindrom de *limfadenopatie generalizată persistentă (LAG)*, afectând cel puțin două grupe ganglionare superficiale extrainghinale ca nivel minim de diagnostic clinic
 - tumefacțiile sunt de obicei nedureroase, nu sunt însoțite de periadenită și durează cel puțin 2-3 luni, dar posibil și un an, cu remisiune spontană
 - cel mai des sunt afectate grupele cervicale și submaxilare, axilare, mai rar occipitale
 - în această perioadă, pacientul păstrează o stare de sănătate aparentă
 - după rezoluție pacientul revine la un aspect clinic asimptomatic
 - acest sindrom poate lipsi, boala manifestându-se doar mai târziu, prin alte semne clinice.
 2. După un interval mai scurt - de luni, rareori peste un an - după remisiunea sindromului LAG (dar posibil și ca primă manifestare clinică), pot apărea unele simptome și semne clinice sugestive pentru infecția HIV, reunite de către primii autori care au descris boala sub termenul de ARC (*-AIDS Related Complex*)
 - autorii actuali tind să definească acest grup de manifestări ca „forme clinice minore ale infecției HIV”
 - în această accepțiune intră două categorii de manifestări clinice sugestive:
 - A - manifestările nespecifice, sugestive
 - B - infecțiile oportuniste, sugestive pentru infecția HIV

A. Manifestările nespecifice, sugestive:

- febra persistentă, cu o durată ce depășește 3-4 săptămâni și fără alte cauze clinic aparente
- scădere ponderală cu peste 10% din greutatea anterioară, nejustificată în contextul clinic
- diaree persistentă timp de peste o lună (scaune moi, neînsoțite de manifestările clinice obișnuite enterocolitelor acute, câte 1-3 zilnic)
- la acestea se pot asocia:
 - astenie nejustificată cu fatigabilitate evidentă
 - transpirații nocturne
 - limfadenopatie generalizată
 - splenomegalie
 - cefalee, disconfort general, etc.
- în cazurile de afectare precoce a SNC, pot apărea și alte manifestări sugestive (tulburări mnemonice sau alte elemente subclinice de encefalopatie, neuropatie periferică, etc.)
- în această perioadă au mai fost descrise și alte manifestări disimunitare (sindromul Raynaud, sindromul Sjogren, artrite reactive, trombocitopenii idiopatice și alte manifestări mai rar întâlnite).
- la copii, printre primele manifestări clinice sugestive s-au descris: parotidita cronică bilaterală, oprirea în dezvoltarea staturo-ponderală

B. Infecțiile oportuniste sugestive sunt expresia scăderii capacității de apărare la infecții:

- manifestări respiratorii (pneumonii recidivante, dar și alte afecțiuni);
- afectări ale mucoasei bucale (candidoză oro-faringiană - deseori și genitală - leucoplazia păroasă a limbii, infecții gingivale, etc.)
- afecțiuni cutanate (herpes simplex genital recidivant, herpes zoster - mai ales recidivant sau multidermatomeric - *moluscum contagiosum*, stafilococii persistente, veruci vulgare, *condiloma acuminatum perigenitale*, acnee, micoze, dermatită seboreică și chiar prurigo persistent)

3. SIDA (ultima fază)

- treptat, pe fondul acestor manifestări prezente tot mai frecvent și la intervale tot mai scurte, se instalează manifestările clinice definitorii stadiului evolutiv al SIDA, considerat ca ultimă fază, cel mai grav și de obicei ireversibil
- durata acestei faze variază de la câteva luni la 1-2 ani
- apare incapacitatea organismului de apărare la infecții și la tumori, consecință a depleției celulelor limfocitare T.4 (*helper*), la care se pot adăuga manifestări ale encefalopatiei HIV care evoluează paralel
- toate aceste manifestări sunt considerate „indicatoare sau definitorii” chiar în condiția unui diagnostic serologic incert
- pneumocistoza este considerată printre cele mai frecvente infecții
- valoarea diagnostică a unora dintre aceste infecții sau manifestări tumorale este relativă - în contextul clinic și/sau al serologiei pozitive, iar al altora este absolută - chiar în absența serologiei, dar cu condiția unui diagnostic de certitudine și al unui nivel de limfocite CD.4 sub 400/mm³

Plan de monitorizare

- I. Culegerea datelor
- II. Problemele pacientului
- III. Obiective de îngrijire
- IV. Intervenții medicale

I. Culegerea datelor

- date epidemiologice:
 - *sursa de infecție* este reprezentată de *persoanele infectate cu HIV*, indiferent de stadiul sau expresia clinică a infecției
 - *perioada de contagiozitate*: o persoană odată infectată cu HIV rămâne până la sfârșitul vieții potențial infectantă
 - infectivitatea este mare în timpul primoinfecției, înainte de apariția anticorpilor anti-HIV, precum și în fazele avansate ale infecției, când viremia cu HIV atinge niveluri ridicate
- căi și modalități de transmitere - HIV se transmite prin 3 căi majore:
 1. *Contacte sexuale*, cu schimb de fluide organice (spermă, lichid vaginal):
 - contact sexual penetrant (homo- sau heterosexual)
 - raporturile homosexuale și heterosexuale sângerânde (femei la ciclu, raporturi brutale, violuri, etc.) sau în cazul transmiterii concomitente a mai multor boli venerice
 - homosexualii bărbați reprezintă o categorie majoră de risc
 - sex oral (risc mai redus)
 2. *Parenteral*:
 - transfuzii de sânge și derivate de sânge (limfocite, eritrocite, trombocite și plasmă) de la donatori infectați cu HIV
 - folosirea în comun de instrumentar medico-chirurgical înțepător-tăietor contaminat cu HIV
 - transplant de organe, provenit de la donatori infectați cu HIV
 - înșămânțare artificială cu spermă provenită de la infectați cu HIV
 - 3 grupe principale de risc: consumatorii de droguri pe cale intravenoasă, hemofilicii (prin administrarea de factori de coagulare preparați din sânge) și recipienții de sânge contaminat
 - alte grupe secundare de risc: personalul medical din anumite sectoare, persoanele cu tratamente parenterale medico-chirurgicale efectuate cu instrumentar tăietor înțepător contaminat cu HIV
 - accident de inoculare cu ace contaminate la personalul sanitar
 3. *Vertical*:
 - de la mamă infectată cu HIV la produsul de concepție (în *utero*, la naștere), transplacental (deci încă intrauterin), perinatal,
 - prin lapte matern, mama fiind infectată cu HIV
- *Receptivitatea* este generală și universală, dar unele grupe de populație au un risc mai crescut de infectare
 - *Grupe de adulți cu risc crescut de infecție cu HIV*: homosexualii, bisexualii, prostituatele, prostituții, consumatorii de droguri pe cale intravenoasă, heterosexualii cu parteneri multipli, necunoscuți, neprotejați sexual, persoane care

au avut relații sexuale cu parteneri din regiuni endemice cunoscute (America de Nord și Sud, Caraibe, Africa Centrală, Thailanda, etc.), recipienții de sânge și derivate contaminate, persoanele recipiente de organe sau de spermă de la donatori necontrolați

- *Grupe de copii cu risc crescut de infecție cu HIV*: mama infectată cu HIV, activități cu risc de infecție ale oricăruia dintre părinți, transfuzii cu sânge necontrolat, administrări de derivate de sânge necontrolate/ neprocesate anti-HIV, tratamente parenterale multiple, adolescenții activi sexual, tinerii consumatori de droguri pe cale parenterală (dar și neparenterală, comportamente cu risc, etc.), copii abuzați sexual, cei care provin din case de copii, cei cu spitalizări multiple în antecedente, etc.

- *Riscul profesional de infectare cu HIV* a personalului care asigură asistența medicală a bolnavilor este real, dar poate fi diminuat prin aplicarea corectă a măsurilor de protecție

- antecedente personale patologice: sindrom astenic progresiv, sindrom diareic trenant, sindrom febril prelungit de etiologie neprecizată, boli cronice asociate, boli cu transmitere sexuală în antecedente (sifilis, gonoree, etc.), date despre partenerii sexuali, tratamente medicamentose, alergii medicamentose, regim alimentar, intoleranțe alimentare, terenul individual, etc.
- condiții de viață și muncă: în funcție de caz, statutul social, nivelul de educație generală și medicală, etc.
- factori risc, grupe populaționale cu risc, comportament sexual cu risc, consum de alcool, tutun, cafea, droguri, etc.
- înregistrarea semnelor și simptomelor pacientului
- înregistrarea rezultatelor probelor biologice specifice infecției cu HIV

II. Problemele pacientului

- poliadenopatii (limfadenopatie generalizată)
- poliartralгии
- transpirații nocturne
- astenie nejustificată
- candidoză bucală sau genitală
- febră persistentă
- scădere ponderală cu peste 10% din greutatea anterioară, nejustificată
- diaree persistentă timp de peste o lună
- cefalee
- disconfort general
- tuse persistentă (manifestări respiratorii, pneumonii repetate)
- prurigo persistent (manifestări cutanate: herpes simplex genital recidivant, herpes zoster recidivant, stafilococi persistente, veruci vulgare, acnee, micoze, dermatită seboreică, micoze, etc.)
- tendința spre izolare socială, anxietate, depresie, etc.

III. Obiective de îngrijire

- diminuarea febrei
- reducerea diareei
- reducerea cefaleei
- reducerea tusei
- permeabilitatea căilor respiratorii
- recuperarea în greutate
- reducerea asteniei
- atenuarea erupțiilor
- reducerea candidozei orale
- evitarea complicațiilor respiratorii
- evitarea escarelor
- asigurarea confortul fizic și psihic
- educația medicală a pacientului
- reinsertia familială și socială

IV. Intervenții medicale

- pacienții cu infecție HIV nu se spitalizează obligatoriu
- pe parcursul perioadei de infecție asimptomatică - și de multe ori și în cazurile de afectare ușoară din perioada simptomatică inițială - pacientul poate duce o viață normală în familie și societate
- spitalizarea poate fi motivată de:
 - necesitatea unor investigații diagnostice;
 - tratamente periodice sau de întreținere (se recomandă serviciile cu paturi „în regim de zi”)
 - apariția unor decompensări sau infecții intercurrente severe,
 - în vederea unui tratament corespunzător;
 - în funcție de specificul acestor complicații, pacientul va fi internat în orice serviciu cu paturi de profil (chirurgical, pediatric, stomatologic, hematologic, neurologic, pneumologic, ATI sau de boli infecțioase)
- pe durata spitalizării se va asigura luarea tuturor măsurilor de izolare și de protecție a personalului expus la risc (personalul mediu și de îngrijire necalificată, medici, personal de laboratoare, etc.)
- izolarea pacientului în compartimente și saloane special destinate sau în compartimentul de terapie intensivă pentru pacienții cu HIV, cu respectarea strictă a regulilor privind circulația aparținătorilor și vizitarea bolnavilor
- se recoltează exsudatul faringian, exudat lingual pentru levuri, sânge pentru determinarea VSH-ului, ASLO, hemogramei, glicemie, uree sanguină, creatinină sanguină, acid uric seric, probe hepatice, hemocultură, markeri virali pentru virusurile hepatice, determinarea Li CD4 și a viremiei, etc.
- se recoltează urină (sumar de urină, urocultură, etc.)
- se monitorizează temperatura, pulsul, tensiunea arterială, respirația
- pentru diminuarea și reducerea febrei:
 - se aplică comprese hipotermizante de 2-3 ori pe zi, pe frunte, pe torace, la nivelul membrelor (temperatura acestor comprese să fie cu 1-2 grade mai mică decât temperatura corpului)

- repausul la pat, se aerisește camera de 3-4 ori/zi (câte 15 minute); în cazul frisoanelor
- se acoperă pacientul cu încă 1-2 păături
- se administrează medicația prescrisă de medic: antitermice (algocalmin, paracetamol, algifen, piafen, etc.)
- pentru diminuarea obstrucției căilor respiratorii, polipneei:
 - se umidifică aerul - prin punerea unor vase cu apă pe calorifere sau prin fierberea pe reșou a unei infuzii de mușețel
 - se aerisește salonul, se hidratează pacientul (pentru a favoriza eliminarea secrețiilor)
 - se administrează medicația prescrisă: rinosept, faringosept, decasept, antitusive: codeină fosfat - 3x1 tb/zi, bromhexin, paxeladin, trecid, stodal, etc.
 - antiinflamatorii nonsteroidiene (ibuprofen, diclofenac, ketoprofen, etc) cu protecție gastrică (omeprazol, esomeprazol, etc.)
 - instilații intranazale cu: Bixtonim, Olynth - spray nazal, etc.
 - administrarea de oxigen la nevoie
- ajutarea pacientului să adopte poziții care facilitează expectorarea secrețiilor respiratorii
- încurajarea pacientului să efectueze mișcări active pentru menținerea tonusului muscular
- ajutarea pacientului în satisfacerea nevoilor fundamentale și încurajarea lui să participe la îngrijiri prin creșterea graduală a activității în funcție de toleranță
- pentru prevenirea infecției mucoaselor și tegumentelor:
 - se insistă asupra igienei cavității bucale prin: spălarea dinților, gargară cu ceai de mușețel, apă de gură (Listerine), asupra curățirii corecte a foselor nazale și protecția narinelor prin aplicarea de creme simple
 - creșterea rezistenței organismului (repaus, dietă, vitamine)
 - izolarea pacientului de alți pacienți cu alte boli
 - respectarea condițiilor de igienă personală și a mediului ambiant
- asigurarea confortului fizic și psihic pe toată perioada spitalizării prin menținerea temperaturii și umidității aerului din salon la parametri optimi, schimbarea poziției bolnavului de mai multe ori pe zi pentru prevenirea escarelor de decubit, asigurarea unor saltele speciale pentru bolnavii comatoși, curățenia și dezinfecția permanentă a salonului și a mobilierului, spălarea bolnavului, alimentație corespunzătoare, etc.
- reducerea cefaleei prin administrarea de antalgice, antipiretice, antiinflamatorii nonsteroidiene, etc.
- reducerea diareei persistente prin:
 - respectarea dietei prescrise de către medic (orez, morcovi rași, brânză de vaci proaspătă, pâine prăjită, paste făinoase și, în funcție de toleranță, se ajunge treptat la alimentația normală)
 - reechilibrarea hidro-electrolitică - cu soluții indicate (ser fiziologic, Ringer, Glucoză, Dextran, etc.)
 - administrarea medicației prescrise de către medic: antiseptice intestinale (Saprosan, Smecta, Hidrasec), antisecretorii (Imodium), antibiotice (ciprofloxacina, Biseptol, rifaximin, etc.), eubiotice (Erceflora, Zirfos, Eubiotic, Bifido Plus, etc.), antispastice, etc.
- pentru reducerea erupțiilor se recomandă administrarea de antihistaminice (Claritine, Aerius, Zyrtec, Peritol, etc.), calciu+D2, consult dermatologic la nevoie

- pentru reducerea candidozei orale: se vor administra antimicotice (fluconazol, ketokonazol, miconazol, voriconazol, etc.) asociate cu eubiotice (Erceflora, Eubiotic, Biotics, Zirfos, Bifido Plus, Protectis, etc.), alături de igiena corectă a cavității bucale (apă de gură, Listerine, glicerină boraxată cu stamicin, etc.) și tratarea cariilor dentare, infecțiilor gingivale, aftelor bucale, etc.
- asigurarea aportului energetic, vitamine de grup B, vitamina C, gluconat de Calciu, Magneziu, reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică în formele severe conform schemei terapeutice a bolnavului
- pentru asigurarea confortului fizic și psihic asistenta va urmări efectuarea și păstrarea curățeniei în salon, schimbarea lenjeriei de pat, dezinfecția și aerisirea zilnică a salonului cu păstrarea unei temperaturi și umidități confortabile, alături de evitarea conflictelor și menținerea liniștii pe parcursul nopții
- efectele contaminate ale pacientului vor fi arse (se recomandă, mai ales la copii, lenjerie specială de unică utilizare ce poate fi degradată) sau se va asigura o dezinfecție riguroasă a acestora
- educația pacientului pentru prevenirea infecțiilor oportuniste, respectarea regulilor de igienă alimentară și personală, evitarea expunerii la frig, aglomerații, evitarea consumului de alcool, tutun, prevenirea complicațiilor și colaborarea cu cadrele medicale, dispensarizarea prin medicul de familie și specialistul infecționist, etc.
- creșterea nivelului de educație medicală: cunoștințe privind simptomatologia clinică a infecției cu HIV/SIDA, factori de risc, grupe populaționale curisc, evoluția bolii, metode de combatere și profilaxie, posibilități de tratament, atitudini comportamentale, etc.
- pentru prevenirea diseminării infecției cu HIV și protecția partenerului se recomandă pacienților să practice sexul protejat și să evite contaminarea cu sângele infectat a altor persoane
- creștere aderenței și complianței la terapia antiretrovirală ce se poate asocia cu terapia patogenică și simptomatică a infecțiilor oportuniste cu ajutorul consilierii psihologice efectuată de către cadrele specializate și prin colaborarea cu aparținătorii pacientului, cu familia, cu psihologul, etc.
- *Păstrarea confidențialității*, în toate cazurile, este o obligație profesională majoră și o cale sigură de a obține consimțământul și încrederea bolnavilor și aparținătorilor
- *consiliere psihologică și socială* cu ajutorul cadrelor specializate (psiholog, asistent social), periodic și ori de câte ori este nevoie pe întregul parcurs al evoluției bolii
- se va urmări reinsertia socială și familială a bolnavilor prin participarea la diverse activități organizate de către unele asociații de profil, evitarea izolării de către familie, vecini, rude, prieteni, etc.
- la cerere insistentă a membrilor familiei, pacienții muribunzi pot fi luați de către familie în îngrijire la domiciliu, asigurându-se și în aceste cazuri instruirea necesară și protecția celor care vin în contact apropiat cu pacientul

Supravegherea clinico-biologică a pacienților infectați cu HIV

- pacientul cu infecție HIV are în prezent o situație particulară față de bolnavii obișnuiți, chiar cu boli severe cu potențial letal, determinată atât de factori clinico-evolutivi, cât și socio-familiali
- în plan familial, de cele mai multe ori, infecția unui partener duce la despărțirea familiei, chiar dacă este tardivă, după ce infecția s-a transmis și celuilalt

- din cauza fricii izvorâte din ignoranță, din necunoașterea modalităților reale de transmitere a bolii, societatea în care trăiește pacientul are deseori tendința de respingere și ostracizare a acestuia, ajungându-se chiar la excluderea copiilor infectați din colectivitățile de copii sau a bolnavilor adulți din formele de activitate de până atunci
- din aceste motive de protecție socială, s-a ajuns la recomandarea unui regim de confidențialitate totală în relațiile medicului cu acești pacienți, începând cu regimul anonim codificat al testării serologice și sfârșind cu raportarea către M.S.
- ideal ar fi ca și pacientul să răspundă cu aceeași grijă față de sănătatea celor din jur, pentru a evita cu desăvârșire riscurile la care s-ar expune aceștia în condițiile de necunoaștere a diagnosticului real. Din nefericire, această preocupare este încă rar întâlnită.
- în primul rând, persoanele seropozitive aflate în perioada asimptomatică a infecției acceptă cu greu diagnosticul, consultă diverși medici, repetat, disimulându-și rezultatele anterioare sau - mai rău - pot dezvolta anumite perturbări de comportament, de la izolare și tendință la suicid, până la revoltă pe societate și chiar acte de provocare cu bună știință a infecției altor persoane la întâmplare, sexual sau prin inoculare. Aceste manifestări sunt mai frecvente la persoanele tinere, cu un grad redus de educație civică și de școlarizare.
- *supravegherea clinico-evolutivă a acestor pacienți trebuie, din aceste motive, să înceapă cu consilierea psihologică a pacientului și a familiei acestuia (cu consimțământul pacientului).*
- practica a demonstrat necesitatea cooptării în aceste programe a specialiștilor psihologi, sociologi, de asistență socială etc. și crearea unor rețele teritoriale de astfel de puncte de supraveghere ambulatorie
- în plan clinico-evolutiv, *se recomandă instituirea terapiei antiretrovirale* după recomandările la nivel național, asociată cu determinări repetate - la 6 luni și apoi la 3 luni - ale nivelului Li CD4, viremiei, alături de terapia și profilaxia infecțiilor oportuniste
- tratamentul se face ambulator, cât mai mult timp posibil și trebuie urmat fără întrerupere
- pe toată durata evoluției, pacientul va putea fi internat de necesitate în secțiile de specialitate de boli infecțioase sau de pediatrie unde este înregistrat și urmărit (în cazul apariției unor complicații în fazele avansate ale bolii) sau în orice spital și de orice profil în oricare alte condiții ce necesită intervenții de urgență