

PROTOKOLLI KOMBËTAR I PRAKTIKËS KLINIKE PËR MENAXHIMIN E INFEKSIONEVE VIRALE TEK TE PORSALINDURIT (HIV, VRS, COVID, INFLUENCA, CMV)

Data e botimit: 2024

Data e rivlerësimit: *sipas nevojës*

Grupi i punës:

- Prof. Ermira Kola.....Shefe e Shërbimit të Reanimacionit Pediatrik - QSUT
- Prof. Asoc. Alketa Hoxha (Qosja).....Shefe e Shërbimit të Neonatologjisë
- Dr. Spiro Damo.....Neonatolog
- Dr. Gentiana Gora.....Neonatologe
- Dr. Evelina Kreko... ..Neonatologe
- Festime Sadikaj (Serjani)... ..Kryeinfermiere e Neonatologjisë, SUOGJ "Koço Gliozheni", Tiranë
- Eralda Mance Infermiere e Neonatologjisë, SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë", Tiranë
- Dr. Mirela Metaj... ..Neonatologe
- Ketrin Zeno... ..MSHMS
- Andoneta Njehrrrena MSHMS
- Prof. Gentjana Qirjako Shefe e Departamentit të Shëndetit Publik – UMT

Një falenderim për bashkëpunimin e specialistëve:

- Z. Ilir ShamataQKCSAISH
- Znj. Blerina Saraçi... .. Shërbimi i Imazherisë dhe Mjekësisë Nukleare
- Znj. Irena Korita.....Shërbimi i Labororit Klinik-Biokimik dhe Mikrobiologjik

Ky protokoll është përgatitur nga grupi i punës i ngritur nga MSHMS në Urdhërin me Nr. 390, datë 29.06.2022: "Për ngritjen e grupit të punës për përgatitjen e Protokolleve mjekësore dhe infermierore për shërbimin e Neonatologjisë"

Ky dokument u hartua dhe publikua me mbështetjen teknike dhe financiare të zyrës së UNICEF në Shqipëri.

Përmbajtja në këtë botim është përgjegjësi e autorëve dhe nuk pasqyron domosdoshmërisht pikëpamjet e UNICEF në Shqipëri.

Përmbajtja e lëndës

Akronimet.....	5
Qëllimi.....	6
Infeksioni nga HIV-i.....	7
Kujdesi për foshnjën e infektuar nga transmetimi vertikal i virusit të HIV-it.....	12
Menaxhimi antiretroviral i të porsalindurve me ekspozim perinatal të HIV ose infeksion HIV.....	14
Menaxhimi antiretroviral neonatal sipas rrezikut të infektimit me HIV tek të porsalindurit.....	16
Terapia antiretrovirale.....	19
Ushqyerja e foshnjave të lindura nga nënat HIV-pozitive.....	20
Protokolli i trajtimit të fëmijëve me infeksion nga Virusi Respirator Sincicial (RSV).....	21
Vlerësimi dhe menaxhimi i foshnjave të konfirmuara pozitivisht për infeksion me COVID-19.....	27
Ushqyerja me qumësht gjiri.....	31
Ndikimi i pandemisë të SARS-CoV-2 në Kujdesin Neonatal.....	33
Transporti i të Porsalindurit dhe Pranimi në RTIN.....	35
Menaxhimi spitalor i neonatëve të lindur nga nëna të dyshuara apo të konfirmuara me COVID-19.....	36
Dalja nga Spitali i të Porsalindurit.....	37
Protokolli i menaxhimit të influenzës te i porsalinduri.....	40
Protokolli i menaxhimit të cCMV(Citomegalovirusi Kongenital).....	42
Diagnostikimi.....	45
Indikatore të monitorimit.....	52
Bibliografi.....	53

AKRONIMET

VLBW	Peshë shumë e vogël në lindje
RTIN.....	Reparti i terapisë intensive neonatale
OBSH... ..	Organizata botërore e shëndetësisë
AGA... ..	I përshtatshëm për moshën e barrës
SGA.....	I vogël për moshën e barrës
IUGR... ..	Prapambetje në rritjen intrauterine
MOM.....	Qumështi i vetë nënës së foshnjës
DMH	Qumështi nga nëna donatore
CMV.....	Citomegalovirus
RVS.....	Virusi respirator sincitial
HIV.....	Virusi i imunodeficiencës humane

Përdoruesit e Protokollit

Protokolli kombëtar i praktikës klinike për menaxhimin e infeksioneve virale tek te porsalindurit (*COVID-19, CMV, HIV, RVS, Influenca*) është hartuar të përdoret nga gjithë stafi shëndetësor (mjek dhe infermier) për të aplikuar dhe menaxhuar kujdesin për foshnjat me infeksione virale që trajtohen në RTIN në maternitetet bashkiake, maternitet e qarqeve dhe maternitetet terciare ku janë dhe dy repartet e terapisë intensive neonatale pranë SUOGJ "Mbretëresha Geraldinë" dhe SUOGJ "Koço Gliozheni" në Tiranë. Gjithashtu ky protokoll është përpiluar që të zbatohet edhe nga stafi shëndetësor që punon në konsultore si mjekët, infermierët e konsultorit dhe infermierët që kryejnë vizitat në shtëpi (0÷28ditë).

Gjithashtu u drejtohet të gjithë personave që kanë përgjegjësi për planifikimin, monitorimin dhe supervizimin e shërbimeve të kujdesit për të porsalindurin.

Popullata e përfshirë: Të porsalindurit me moshë 0 ÷ 28 ditësh, prindërit/ kujdestarët e foshnjës, përgjegjësit e reparteve të neonatologjisë pranë materniteteve bashkiake dhe të qarqeve dhe të shërbimeve terciare, drejtuesit e materniteteve dhe gjithashtu vendimmarrësit e të gjitha niveleve lidhur me kujdesin shëndetësor për fëmijën.

Qëllimi i Protokollit

Qëllimi i hartimit të këtij protokollit është që personeli të informohet në lidhje me për menaxhimin e infeksioneve virale tek te porsalindurit (*COVID-19, CMV, HIV, RVS, Influenca*) të foshnjave të shtrura në RTIN.

Gjithashtu duhet që të unifikohet qëndrimi i stafit të profesionistëve për për menaxhimin e infeksioneve virale tek te porsalindurit (*COVID-19, CMV, HIV, RVS, Influenca*) të foshnjave të shtrura në RTIN.

Infeksioni nga HIV-i

Pavarësisht progresit prej dekadash në uljen e shkallës së transmetimit vertikal (nga nëna te foshnja), fëmijët vazhdojnë të infektohen me HIV. Edhe me mbulimin e zgjeruar të trajtimit për gratë me HIV, transmetimi perinatal vazhdon të ndodhë tek foshnjat e lindura nga gratë e diagnostikuara me HIV në shtatzëni ose në lindje.

Foshnjat janë gjithashtu në rrezik të infektimit me HIV gjatë ushqyerjes me gji nga një lehonë pozitive për HIV. Përafërsisht gjysma e të gjithë fëmijëve të infektuar rishtazi marrin HIV gjatë ushqyerjes me gji.

Ndërhyrjet të cilat janë kryer duke filluar nga mesi i viteve 1990 si testimin universal të të gjitha shtatzanave për HIV, këshillimin, kontrollin e HIV-it në shtatzëni, trajtimin e shtatzënave me HIV nëpërmjet përdorimit të barnave antiretrovirale (ARV) për të parandaluar transmetimin perinatal (vertikal) (d.m.th., transmetimi gjatë shtatzënisë, lindjes) të HIV-it, lindje e planifikuar me SC për shtatzanat që kanë ARN të HIV >1000 kopje/mL afër lindjes, trajtimi i foshnjave me antiretrovirale dhe shmangia e ushqyerjes me gji kanë rezultuar në një ulje dramatike të shkallës së transmetimit perinatal të HIV-it.

Protokolli i OBSH-së të vitit 2016 konkludon se terapia me antiretrovirale duhet që të fillohet urgjent tek të gjitha shtatzanat apo tek nënat që ushqejnë foshnjën me gji edhe nëse ato kanë rezultuar pozitive në fund të shtatzanisë apo dhe gjatë periudhës së gjidhënies pasi rruga më efektive për të parandaluar transmetimin vertikal është që të reduktohet ngarkesa virale e nënës. Por më e mira është që të identifikohen shtatzanat që para apo në fillim të shtatzanisë në lidhje me statusin e HIV-it.

Foshnjat e lindura nga nëna me HIV që janë në rrezik të lartë për t'u prekur nga HIV duhet të marrin profilaksinë e dyfishtë me AZT dhe NVP ditore për gjashtë javët e para të jetës, pavarësisht nëse ushqehen me gji ose me qumësht formulë.

Udhërrëfyesi i OBSH-së i vitit 2021 theksoi se për të gjitha gratë shtatzëna, pavarësisht nga koha e fillimit të TAR, testimi i ngarkesës virale duhet të kryhet në javën 34÷36-të të shtatzënisë (ose dhe në lindje) për të identifikuar gratë që mund të jenë në rrezik të dështimit të trajtimit dhe/ose mund të lindin foshnja me rrezik më të lartë nga transmetimi perinatal.

Infant me risk të ulët janë ata që lindin nga:

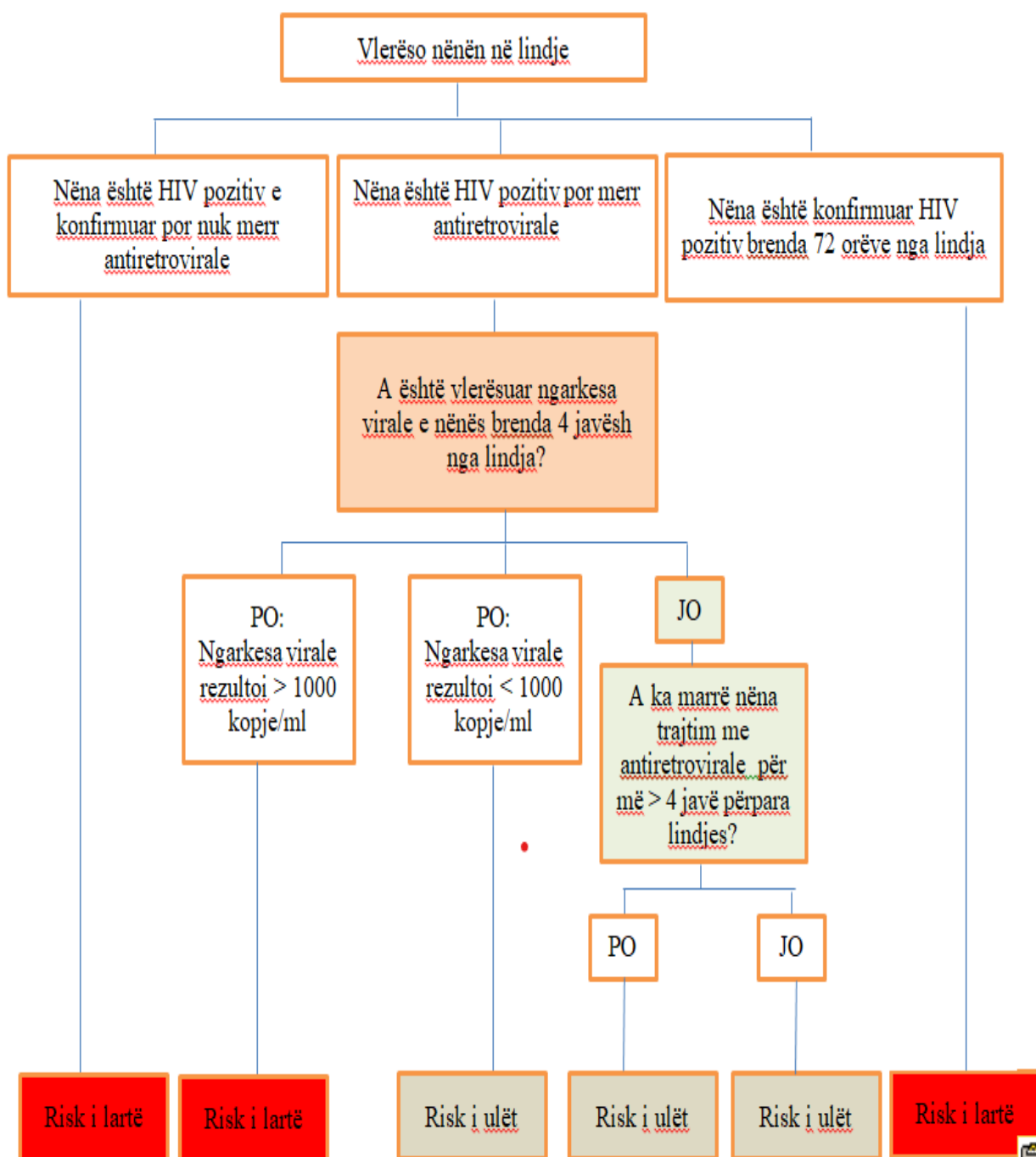
1. nëna pozitive për HIV dhe që ka marrë terapi me antiretrovirale përgjatë gjithë shtatzanisë ose nga fillimi i tremestrit të parë ose fillimi i tremestrit të dytë.
2. Nese ngarkesa virale e nënës (e konfirmuar me analize) është < 50 kopje/ml ARN virale , afer fundit te shtatzanisë (4-6 jave nga fundi i shtatzanisë)

Infant me risk te larte jane ata qe:

1. Kane lindur nga nena te diagnostikuara pozitive me infeksion HIV, qe jane trajtuar per me pak se 4 jave nga lindja me terapi me antiretrovirale, ose

2. Kane lindur nga nena te diagnostikuara me infeksion HIV me nje ngarkese virale > 1000 kopje/mL e ekzaminuar rreth 4 jave perpara lindjes, nese ngarkesa virale eshte e percaktuar, ose
3. Kane lindur nga shtatzana ose nena qe ushqejne foshnjen ne gji q ekane marre infeksionin gjate periudhes se shtatzanise ose gjate ushqyerjes me gji, ose
4. Kane lindur nga nena qe jane diagnostikuar positive per here te pare ne periudhen gjate ose paslindjes, me ose pa test negative per HIV te kryer paralindjes

Algoritmi për vlerësimin e riskut në momentin e lindjes për të ndihmuar në identifikimin e foshnjave me risk të ulët ose të lartë



1. Asnjë manipulim:

- aplikimi i vitaminës K
- aplikimi i vaksinës ndaj hepatitit B
- marrja e analizave

të mos kryhen pa e larë më parë foshnjën e porsalindur

2. Të mos aplikohet vaksina e BCG-së (deri në konfirmim të negativitetit të analizës)

3. Të mos vendoset foshnja në gji (ose duhet të komunikohet me prindërit për riskun e infektimit të foshnjës dhe të vendoset së bashku me prindërit)

Për të parandaluar transmetimin vertikal të HIV është thelbësore të identifikohet nëse nëna është e infektuar ose jo. Edhe historia më e plotë dhe ekzaminimi fizik do të identifikojë më pak se gjysmën e grave pozitive. Prandaj, rekomandohet ofrimi i testeve për HIV në mënyrë rutinë për të gjitha gratë shtatzëna.

Terapia antiretrovirale për një grua të infektuar me HIV duhet të zgjidhet për të ofruar terapinë më të mirë për shëndetin e gruas, duke peshuar përfitimet dhe rreziqet e medikamenteve për fetusin. Përfitimi kryesor për fetusin është reduktimi i transmetimit të HIV dhe rreziku kryesor është toksiciteti i mundshëm i medikamenteve. Literatura mbi toksicitetin e agjentëve antiretroviralë në shtatzëni është e pakët. Përvoja më e madhe është me përdorimin e zidovudinës dhe deri më tani nuk janë vënë re efekte negative afatgjata. Për shkak të kompleksitetit dhe shpejtësisë së ndryshimit të informacionit mbi këto çështje, gratë shtatzëna HIV-pozitive kanë nevojë për këshillim për t'i ndihmuar ato të bëjnë zgjedhjet e tyre gjatë shtatzënisë.

Midis çifteve nënë-fëmijë që merrnin terapi antiretrovirale gjatë periudhës prenatale, intrapartum dhe neonatale, shkalla e transmetimit ishte 2.0% midis nënave që i janë nënshtruar lindjes me sectio cezariale elektive dhe 7.3% me mënyrat e tjera të lindjes.

Infeksioni kongjenital i HIV nuk është treguar të shkaktojë dismorfizëm. Nuk ka karakteristika klinike që dallojnë të infektuarit nga foshnjat jo të infektuara në lindje. Prandaj të gjithë foshnjat e ekspozuara ndaj HIV duhet të marrin profilaksinë për HIV që nga lindja. Rekomandohet trajtimi me zidovudinë në të tri periudha:

- prenatale,
- intrapartum dhe
- neonatale, por ka përfitime të mundshme edhe nëse jepet në një ose dy periudha.

Në situatat kur terapia e nënës për HIV ka qenë jo optimale, menaxhimi i HIV i foshnjës duhet të individualizohet, kështu që duhet kërkuar mendimi i një eksperti.

Zakonisht, foshnja duhet të marrë shurup Zidovudinë, në doze=2 mg/kg/doze për gjashtë javë.

Nëse foshnja është prematurë, mund të ketë nevojë të modifikohet doza.

Një nga efektet anësore më të zakonshme të profilaksisë së Zidovudinës është anemia, prandaj hemoglobina duhet të kontrollohet në lindje dhe në moshën 1 muajshe.

Të dhënat mjekësore të nënës duhet të rishikohen për agjentë të tjerë infektivë që mund të prekin foshnjën si:

- Hepatiti B dhe C,
- Herpes simplex,
- Citomegalovirusi,
- Toksoplazmoza,
- Sifilizi,
- Gonorrëa,
- Klamidia dhe
- Tuberkulozi.

Mjekët duhet të inkurajojnë dhënien e vaksinës së hepatitit B për të gjithë foshnjat e nënave të infektuara me HIV dhe nëse nëna është mbartëse e virusit të Hepatitit B, atëherë përveç kësaj duhet t'i aplikojnë foshnjës edhe imunoglobulinën.

Rekomandohet që një nënë HIV pozitive të mos ushqejë me gji për shkak të transmetimit të mundshëm të HIV-it përmes qumështit të gjirit.

Për shkak se të gjithë foshnjat do të kenë antitrupa HIV pozitiv për shkak të një transferimi pasiv të antitropave nga nëna e tyre, diagnoza e infeksionit duhet të konfirmohet duke testuar për antigjenin viral, sekuencat e ADN-së së HIV duke përdorur reaksionin zinxhir polimerazë (PCR) ose kulturën e HIV. Testimi i ngarkesës virale përdor testimin PCR, megjithatë, ky nuk është testi standard diagnostikues për HIV. Është hipotezuar se foshnjat që janë të infektuara peripartum nuk kanë një viremi të matshme deri disa ditë pas lindjes dhe se shumica e infeksioneve ndodhin peripartum. Prandaj, ndjeshmëria e testeve diagnostike të disponueshme për infeksionin perinatal HIV në 48 orët e para të jetës është më pak se 50%.

Gjaku i kordonit nuk duhet të përdoret për të testuar statusin HIV të foshnjës për shkak të rrezikut të kontaminimit me gjakun e nënës. Me terapinë aktuale që zvogëlon në mënyrë dramatike shkallën e transmetimit nga nëna te fëmija, pothuajse të gjitha foshnjat e ndjekura duhet të humbasin antitropat e HIV të nënës dhe të rezultojnë negative nga të gjitha testimet.

Një nga qëllimet e kujdesit është të përcaktojë, në mënyrë sa më efikase dhe të sigurt që të jetë e mundur, cilat foshnje nuk janë të infektuara. Në një foshnjë të infektuar, ngarkesa virale rritet me shpejtësi gjatë javëve të para të jetës dhe në moshën 14 ditëshe, sensitiviteti i ADN PCR arrin 93%. Është treguar se dy mostra sekuenciale të testuara për HIV me PCR ose kulturë kanë një vlerë parashikuese negative prej më shumë se 90%. Sensitiviteti dhe specifikiteti i testeve virologjike në zbulimin e HIV-1 tek foshnjat e ekspozuara, nënat e të cilëve kanë marrë zidovudine është e ngjashme me atë të testeve në çiftet nënë-fëmijë të patrajuara. Sensitivitetet e ADN - PCR, ARN - PCR dhe kulturës qelizore janë përkatësisht 81.9%, 99.6% dhe 85.3% dhe specifikitetet janë përkatësisht

97.1%, 100% dhe 99.6%. Prandaj, nëse një foshnjë ka të gjitha testet negative të HIV me PCR ose kulturë në dy mostra, një në moshën 1 muajshe dhe një tjetër në moshën 2÷4 muajshe, ajo foshnjë ka shumë të ngjarë të mos infektohet. Për të konfirmuar dhe dokumentuar që një foshnjë nuk është e infektuar duhet të ndiqet deri në të paktën 18 muaj, kohë në të cilën ai/ajo nuk duhet të ketë asnjë gjetje fizike që sugjeron për infeksion të HIV dhe testi i antitropave të HIV duhet të rezultojë negativ.

Pneumonia *Pneumocystis carinii* (PCP) shfaqet më shpesh tek foshnjat me infeksion të HIV midis moshës 2 dhe 8 muajshe dhe ka një shkallë të lartë vdekshmërie. Profilaksia me Trimetoprim/Sulfametoksazol (TMP/SMX) rekomandohet për të gjithë foshnjat derisa të përcaktohet statusi i tyre i infeksionit. Nëse dihet se foshnja nuk është e infektuar, trajtimi me antibiotikë duhet të ndërpritet. Për foshnjat që janë konfirmuar se janë të infektuar, trajtimi me Trimetoprim/Sulfametoksazol duhet të përdoret siç rekomandohet.

Edhe pasi testet tregojnë se një foshnjë nuk është e infektuar, ai fëmijë duhet të ndiqet çdo vit për shkak të çështjeve psikosociale që mund të ndikojnë në shëndetin e një fëmije që jeton në një familje me anëtarë të tjerë të infektuar me HIV. Disa nga çështjet afatgjata për një fëmijë të prekur janë zbulimi i diagnozës së HIV-it të nënës së tyre dhe/ose anëtarëve të tjerë të familjes, sëmundja kronike dhe vdekja e një familjari. Prandaj është shumë e rëndësishme që pasi kalon mosha neonatologjike (0÷28 ditë) foshnja duhet patjetër të referohet dhe të ndiqet nga mjeku infeksionist në Shërbimin e Pediatriisë pranë QSUT "Nënë Tereza". Duhet të ofrohet referim për një ekip multidisciplinar që ofron shërbime mjekësore dhe jo vetëm për fëmijët, e konfirmuar ose jo, sepse ekipet multidisciplinare në programe të tilla kanë burimet për t'u marrë me kompleksitetin e problematikave mjekësore dhe çështjet psikosociale me të cilat përballen shumë prej këtyre familjeve.

Kujdesi për foshnjën e infektuar nga transmetimi vertikal i virusit të HIV

Për foshnjën e infektuar nga transmetimi vertikal	
Shtatzënia	– Siguroni kujdesin e duhur ndaj nënës duke përfshirë terapinë antiretrovirale – Ofroni shërbime këshillimi – Konsideroni lindjen me sectio cezarea si një metodë për të reduktuar transmetimin perinatal
Gjatë lindjes	– Jepni Zidovudine intravenoze 2 mg/kg/orë për orën e parë dhe më pas 1 mg/kg/orë. – Reduktoni monitorimin invaziv, siç janë elektrodën
Në lindje	– Ushqyerja me gji nuk rekomandohet

	– Filloni shurupin Zidovudinë 2 mg/kg/dozë, dy herë në ditë, për gjashtë javë – Inkurajimi i fillimit të një serie vaksinash kundër hepatitit B; nëse nëna është pozitive për antigenin sipërfaqësor të hepatitit B, jepni imunoglobulinën e hepatitit B dhe serinë e vaksinave, brenda 24 oreve të para pas lindjes. Nuk duhet të aplikohet vaksina e BCG. – Mund të merret parasysh shtimi i testit të acidit nukleik (NAT) në lindje në qasjet ekzistuese të testimit të diagnostikimit të hershëm të foshnjave për të identifikuar infeksionin HIV tek foshnjat e ekspozuara me HIV
Para daljes nga spitali	– Kryeni teste gjaku nëse është e nevojshme për indikacione të tjera (psh premature, PROM, etj.)
Në moshën 4 javë pas lindjes	– Konsultë e detyruar me pediatrën infeksionist

Meqenese vdekshmëria në vitin e parë të jetës është shumë e lartë në mesin e foshnjave të patrajuara që jetojnë me HIV, testimi i hershëm i HIV-it, marrja e menjëhershme e rezultateve dhe fillimi i shpejtë i trajtimit janë thelbësore.

Infeksioni me HIV tek foshnjat mund të konfirmohet përfundimisht vetëm me teste virologjike duke përdorur teknologjinë NAT. Kjo është për shkak se antitruapat anti-HIV të nënës transmetohen përmes placentës dhe mund të detektohen tek fëmija deri në 18 muaj, duke parandaluar përdorimin e testeve serologjike që diagnostikojnë infeksionin HIV.

Qasja në diagnostikimin e hershëm të foshnjave është përmirësuar ndjeshëm në vitet e fundit, por vetëm rreth 60% e të gjithë foshnjave të ekspozuara ndaj HIV u testuan nga i dyti muaji i moshës në 2020. Inovative janë qasje të tilla si përdorimi i analizave në pikën e kujdesit dhe shtimi i një NAT gjatë ose rreth lindjes mund të përmirësojë identifikimin e shpejtë dhe fillimin e trajtimit tek foshnjat.

Foshnjat që rezultojnë HIV pozitive që në lindje nëpërmjet analizës NAT ka të ngjarë që janë infektuar gjatë shtatzanisë do e shfaqin sëmundjen shpejt dhe, në mungesë të trajtimit, mund të bëjnë eksitus në muajt e parë të jetës. Foshnjat e infektuara gjatë ose rreth lindjes mund të mos kenë virus të zbulueshëm nga analiza NAT për disa ditë deri në disa javë sepse mund të ndikohet nga barnat ARV të marra nga nëna për profilaksinë pas lindjes, duke na dhënë rezultat negativ.

Menaxhimi antiretroviral i të porsalindurve me ekspozim perinatal të HIV ose infeksion HIV

Rekomandimet

- Të gjithë të porsalindurit që janë ekspozuar në mënyrë perinatale ndaj HIV duhet të marrin medikamente antiretrovirale (ARV) pas lindjes për të zvogëluar rrezikun e transmetimit perinatal të HIV.
- Terapia medikamentoze me antiretrovirale për të porsalindurit, të administruara në doza që janë të përshtatshme për moshën gestacionale të foshnjës, duhet të fillojnë sa më afër që të jetë e mundur me kohën e lindjes, mundësisht brenda 6 orëve nga lindja.
- Regjimi me medikamente antiretrovirale i një të porsalinduri duhet të përcaktohet bazuar në faktorët riskues të nënës dhe foshnjës që ndikojnë në rrezikun e transmetimit perinatal të HIV. Përdorimet e regjimeve të medikamenteve antiretrovirale tek të porsalindurit përfshijnë si më poshtë:
 - **Profilaksia me medikamente antiretrovirale:** Administrimi i një ose më shumë medikamenteve antiretrovirale tek një i porsalindur pa infeksion HIV të dokumentuar për të reduktuar rrezikun e marrjes së HIV perinatal.
 - **Terapia e supozuar e HIV:** Administrimi i një regjimi me tre medikamente antiretrovirale tek të porsalindurit që janë në rrezikun më të lartë të marrjes së HIV perinatal. Terapia e supozuar e HIV synon të jetë trajtim paraprak për një të porsalindur që më vonë dokumentohet se ka HIV, por shërben gjithashtu si profilaksë kundër marrjes së HIV.
 - **Terapia HIV:** Administrimi i një regjimi me tre medikamente antiretrovirale në doza trajtimi (i quajtur terapi antiretrovirale [ART]) tek të porsalindurit me infeksion të dokumentuar HIV.
- Për të porsalindurit me rrezik të ulët të marrjes së HIV perinatal, rekomandohet një regjim me medikamente antiretrovirale 2-javor zidovudine (ZDV) për profilaksinë nëse i porsalinduri është ≥ 37 javë shtatzënie dhe ka lindur nga një person me HIV i cili-
 - Aktualisht merr dhe ka kryer të paktën 10 javë rresht terapi antiretrovirale gjatë shtatzënisë;
 - Ka arritur dhe mbajtur supresimin viral (të përcaktuara si të paktën dy teste të njëpasnjëshme me HIV ARN < 50 kopje/mL të marra të paktën 4 javë) për pjesën e mbetur të shtatzënisë;
 - Ka një ngarkesë virale < 50 kopje/mL në ose pas 36 javësh;
 - Nuk ka pasur infeksion akut HIV gjatë shtatzënisë;
 - Ka raportuar aderim të mirë ndaj terapisë antiretrovirale dhe shqetësimet e aderimit nuk janë identifikuar.
- Fëmijët e lindur nga individë që nuk plotësojnë kriteret e mësipërme, por që kanë një ngarkesë virale < 50 kopje/mL në ose pas javës së 36-të të shtatzënisë duhet të marrin profilaksi me zidovudine për 4 deri në 6 javë.
- Të porsalindurit me rrezik të lartë të ekspozimit perinatal të HIV duhet të marrin terapi supozuese për HIV me regjim me 3 medikamente antiretrovirale të administruara që nga lindja për 2 deri në 6 javë; nëse kohëzgjatja e

regjimit me 3 medikamente është më e shkurtër se 6 javë, profilaksia me zidovudine duhet të vazhdohet vetëm, për të përfunduar gjithsej 6 javë të profilaksisë. Të porsalindurit me rrezik të lartë të marrjes së HIV përfshijnë ata të lindur nga njerëz me HIV të cilët-

- Nuk kanë marrë medikamente antiretrovirale para lindjes, ose
 - Kanë marrë vetëm medikamente antiretrovirale intrapartum, ose
 - Kanë marrë medikamente antiretrovirale para lindjes, por nuk kanë arritur sopresim viral (të përcaktuara si të paktën dy teste të njëpasnjëshme me nivel ARN të HIV <50 kopje/mL të marra të paktën 4 javë larg) brenda 4 javëve nga lindja, ose
 - Kanë infeksion primar ose akut me HIV gjatë shtatzënisë.
- Të gjithë foshnjat e parakohshme <37 javë të shtatzënisë që nuk janë në rrezik të lartë të ekspozimit perinatal të HIV duhet të marrin zidovudine për 4 deri në 6 javë.
 - Foshnjat e nënave që kanë infeksion primar ose akut HIV gjatë ushqyerjes me gji duhet të menaxhohen si foshnjat me rrezik të lartë të transmetimit perinatal me terapi të supozuar të HIV.
 - Përdorimi i medikamente antiretrovirale përveç Zidovudine, Lamivudine dhe Nevirapine nuk mund të rekomandohet për asnjë indikacion tek të porsalindurit prematurë (<37 javë gestacion) për shkak të mungesës së të dhënave të dozimit dhe sigurisë.
 - Nëse një individ paraqitet me status të panjohur HIV dhe ka një test pozitiv të përsheptuar të HIV gjatë lindjes ose menjëherë pas lindjes, foshnja duhet të fillojë terapinë e supozuar të HIV. Nëse testimi suplementar i nënës është negativ, regjimi antiretroviral i foshnjës duhet të ndërpritet.
 - Për të sapolindurit me infeksion HIV, duhet të fillohet terapia antiretrovirale.
 - Personat me HIV duhet të marrin këshillim të bazuar në prova me në qendër pacientin për të mbështetur vendimmarrjen e përbashkët për ushqimin e foshnjave.

Kompleksiteti i diagnozës së foshnjave tani po rritet për shkak të rritjes së konsiderueshme të "trajtimit të të gjitha rasteve" (duke përfshirë gratë shtatzëna dhe ato që ushqejnë fëmijën me gji), zbatimi i përmirësimit të profilaksisë pas lindjes, reduktimi i shkallës së transmetimit nga nëna të fëmija dhe rritja e kontributit relative të transmetimit pas lindjes. Diagnoza e foshnjës nuk mund të konsiderohet më kryesisht si një test i vetëm, pasi tani kërkon testime shtesë gjatë kohëzgjatjes së ekspozimit. Prandaj, do të nevojiten disa konsiderata kyçe shtesë për të forcuar kaskadën e testimit të foshnjave gjatë gjithë periudhës së ekspozimit. Kjo përfshin sigurimin që fillimi i ART-së të mos vonohet tek foshnjat që jetonin me HIV.

Koha optimale e testimit virologjik për të diagnostikuar infeksionin HIV tek foshnjat përcaktohet nga katër faktorë:

1. kur ka ndodhur infeksioni (prenatale, intrapartum ose pas lindjes apo gjatë ushqyerjes me gji);
2. ndjeshmërinë, specifikën dhe vlerat parashikuese të analizës që përdoret;
3. rreziku i vdekshmërisë sipas moshës dhe

4. mbajtja në kaskadën e testimit dhe trajtimit
Gjurmimi aktiv i foshnjave me rezultate negative NAT në lindje është thelbësor për të siguruar që ata të kthehen në moshën gjashtë javë për t'u rritur pasi rezultate fallco negative të NAT-it në lindje ndodhin sic e shpjeguar më lart.

Menaxhimi antiretroviral neonatal sipas rrezikut të infektimit me HIV tek të porsalindurit

Niveli i rrezikshmërisë së transmetimit të HIV perinatal	Përshkrimi	Menaxhimi antiretroviral neonatal
Rrezik i ulët për infeksionin perinatal HIV	Foshnjat ≥ 37 javë shtatzënie kur nëna: - Aktualisht po kryen dhe ka kryer të paktën 10 javë rresht terapi antiretrovirale gjatë shtatzënisë; - Ka arritur dhe ka mbajtur sopresimin viral (të përcaktuara si të paktën dy teste të njëpasnjëshme me nivele të ARN HIV <50 kopje/mL të marra të paktën 4 javë) për pjesën e mbetur të shtatzënisë; - Ka HIV ARN <50 kopje/mL në ose pas 36 javësh dhe brenda 4 javësh pas lindjes; - Nuk ka pasur infeksion akut HIV gjatë shtatzënisë; - Ka raportuar aderim të mirë ndaj terapisë antiretrovirale dhe shqetësimet e aderimit nuk janë identifikuar.	Profilaksi me zidovudine për 2 javë
	Foshnjat e lindura nga nëna që nuk i plotësojnë kriteret e mësipërme, por që kanë një ARN të HIV < 50 kopje/mL në ose pas javës së 36-të të shtatzënisë	Profilaksi me zidovudine për 4-6 javë
	Foshnjat e parakohshme (shtatzënia <37 javë) të cilët nuk janë në rrezik të lartë të marrjes perinatale të HIV	Profilaksi me zidovudine për 4-6 javë
	- Nënat që nuk kanë marrë medikamente antiretrovirale antepartum; - Nënat që kanë marrë vetëm medikamente antiretrovirale brenda lindjes;	Terapia e supozuar e HIV duke përdorur ose Zidovudine, 3TC dhe NVP (doza e trajtimit) ose

Rrezik i lartë për infeksionin perinatal HIV	- Nënat që kanë marrë medikamente antiretrovirale para lindjes, por nuk kanë pasur sopresim viral (të përcaktuara si të paktën dy teste të njëpasnjëshme me nivel të ARN së HIV <50 kopje/mL të marra të paktën 4 javë) brenda 4 javëve përpara lindjes; - Nënat me infeksion akut ose primar HIV gjatë shtatzënisë ose ushqyerjes me gji (në këtë rast, ushqyerja me gji duhet të ndërpritet menjëherë)	Zidovudine, 3TC dhe RAL të administruara së bashku që nga lindja për 2 deri në 6 javë; nëse kohëzgjatja e regjimit me 3 medikamente është më e shkurtër se 6 javë, Zidovudine duhet të vazhdohet vetëm, për të përfunduar gjithsej 6 javë profilaksi.
Ekspozimi i të porsalindurit ndaj HIV të supozuar	- Nënat me status HIV të pakonfirmuar që kanë të paktën një test HIV pozitiv gjatë lindjes ose pas lindjes; - Nënat, i porsalinduri i të cilave ka një test pozitiv të antitrapave HIV;	Menaxhimi antiretroviral siç përshkruhet më sipër për të porsalindurit me rrezik të lartë të marrjes së HIV perinatal. Medikamentet antiretrovirale për foshnjat duhet të ndërpritën menjëherë nëse testimi shtesë konfirmon se nëna nuk ka HIV.
I porsalinduri me HIV	Test virologjik pozitiv për të porsalindurin ndaj HIV	Regjim antiretroviral me tre medikamente duke përdorur doza trajtimi.

Profilaksia me Zidovudine rekomandohet për foshnjat e lindura nga nëna me mono-infeksion HIV-2. Nëse nëna ka infeksion HIV-1 dhe HIV-2, regjimi antiretroviral i foshnjës duhet të bazohet në përcaktimin e rrezikut të ulët ose të lartë të transmetimit të HIV-1. Për shkak se HIV-2 nuk është i ndjeshëm ndaj NVP, RAL duhet të merret parasysh për foshnjat me rrezik të lartë të marrjes së HIV-2 perinatale.

Kohëzgjatja optimale e terapisë së supozuar të HIV tek të porsalindurit që janë në rrezik të lartë për marrjen e HIV është e panjohur. Të porsalindurit që janë në rrezik të lartë për marrjen e HIV duhet të marrin komponentin Zidovudine të regjimit të supozuar të terapisë HIV me tre medikamente për 6 javë.

Dy antiretroviralët e tjerë (3TC dhe NVP ose 3TC plus RAL) mund të administrohen për 2 deri në 6 javë; kohëzgjatja e rekomanduar për trajtimin me tre antiretroviral ndryshon në varësi të rezultateve të HIV të foshnjës, ngarkesës virale të nënës në momentin e lindjes dhe faktorëve shtesë të rrezikut për transmetimin e

HIV, duke përfshirë ushqyerjen me gjë.

Këshillimi me një ekspert për HIV pediatrik rekomandohet kur zgjidhni një kohëzgjatje terapie sepse ky vendim duhet të bazohet në faktorët e rrezikut të rasteve specifike dhe në rezultatet e përkohshme të HIV të foshnjave.

Antiretrovirali tek foshnjat duhet të fillohet pa prituri për rezultatet e testimit konfirmues për HIV, duke pasur parasysh gjasat e ulëta të një HIV fals pozitiv. Megjithatë, ekzemplari për testimin konfirmues të HIV duhet të merret përpara fillimit të terapisë antiretrovirale.

Shënim: Medikamentet antiretrovirale duhet të fillojnë sa më afër që të jetë e mundur me kohën e lindjes, mundësisht brenda 6 orëve nga lindja.

Analizat e antitrapave HIV zbulojnë në mënyrë të besueshme antitrapat e HIV tek fëmijët, por nuk mund të dallojnë antitrapa të vazhdueshëm të HIV-it të nënës nga antitrapat e prodhuar nga fëmija.

Kohët e fundit, më shumë theks i është vënë gjenerimit të provave për fillimin e hershëm të ART tek të porsalindurit, me synimin për të eksploruar rolin e kohës së fillimit të ART në përmirësimin e rezultateve dhe kufizimi i rezervuarit viral. Për të sapolindurit, fillimi brenda jo me larg se rreth 6 ore pas lindjes rezulton në një kohë katërfish më të shpejtë për të shtypur ngarkesat virale në krahasim me fillimin ndërmjet tetë dhe 28 ditëve të jetës.

Si konkluzion rrugët më efektive për të parandaluar transmetimin perinatal të HIV janë:

1. Të fillohet sa më shpejt që të jetë e mundur terapia me ART që në fillim të shtatzanisë (ideale që përpara konceptimit) për të realizuar profilaksinë para-ekspozimit të foshnjës dhe për të arritur një reduktim të ngarkesës virale të nënës para lindjes sa më shpejt që të jetë e mundur
2. Të mbahet e reduktuar ngarkesa virale e nënës përgjatë gjithë shtatzanisë
3. Të aplikohet tek infanti profilaksia me ARV post ekspozim ose terapi për HIV pozitiv të supozuar duke u nisur nga faktorët rrezikues që e kanë favorizuar transmetimin e HIV-it me qëllim reduktimin e riskut për transmetim rreth lindjes.

Rekomandohet që të kryhet testi i NAT (acid nukelik test) që në lindje pasi konsiderohet i rëndësishëm për të identifikuar infeksionin nga HIV tek foshnjat që kanë qënë në risk. Saktësimi i testeve diagnostikuese u rivlerësua në vitin 2015 pasi u evidentuan vështirësitë e diagnostikimit intrapartum të infeksionit. Por edhe një analizë e vetme e NAT pas lindjes është njëlloj sikur të humbësh nga diagnostikimi kështuqë kjo duhet të konsiderohet si një shtesë dhe jo si një zëvendësues i analizave të tjera siç është testimi që duhet të kryhet në moshën 4-6 javëshe

Terapia antiretrovirale

Menaxhimi i trajtimit të HIV për foshnjat e lindura para kohe mbetet sfidues për shkak të mungesës së informacionit të duhur farmakokinetik, të sigurisë dhe të dozimit, si dhe të formulimeve të përshtatshme.

Këtu përfshihet edhe dozimi për profilaksinë pas lindjes për foshnjat e ekspozuara ndaj HIV.

• Formulimet shurup oral duhet të shmangen nëse është e mundur (përveç trajtimit neonatal dhe parandalimit neonatal). Megjithatë dozimi i të porsalindurve në përgjithësi kërkon përdorimin e formulimeve të lëngshme nga goja për administrimin e dozimit të saktë, rekomandohet kalimi në formën e dozimit oral të ngurtë sa më shpejt të jetë e mundur.

Dozimi i barnave në formë shurupi për foshnjat në moshë më pak se katër javë

Iraci	Përqendrimi i solucionit oral	2 - <3kg		3 - <4kg		4 - <5kg	
		AM	PM	AM	PM	AM	PM
AZT	10 mg/ml	1 ml	1 ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml
ABC	20 mg/ml	0.4 ml	0.4 ml	0.5 ml	0.5 ml	0.6 ml	0.6 ml
NVP	10 mg/ml	1.5 ml	1.5 ml	2 ml	2 ml	3 ml	3 ml
3TC	10 mg/ml	0.5 ml	0.5 ml	0.8 ml	0.8 ml	1 ml	1 ml
LPV/r	80 mg/ 20 mg/ml	0.6 ml	0.6 ml	0.8 ml	0.8 ml	1 ml	1 ml
	Granula 40 mg/10 mg qeskë	-	-	2	2	2	2
RAL	10 mg/ml	<1 javë		0.4 ml (1 herë në ditë)		0.5 ml (1 herë në ditë)	
	(Granula orale: 100 mg/qeskë)	>1 javë		0.8 ml		1 ml	

- Për të kryer ndryshimet e dozës gjatë një periudhe të shkurtër kohore dhe për të minimizuar gjasat e gabimeve, të gjitha barnat ARV brenda RAL duhet të dozohen në bazë të peshës kur përfundon vlerësimi dhe të mbahen deri në një javë. Të dhënat farmakokinetike për foshnjat premature janë të disponueshme vetëm për AZT; ka të dhëna të limituara dhe pasiguri për dozimin e duhur për NVP, RAL dhe 3TC për foshnjat premature me peshën e ulët të lindjes. Përveç kësaj, solutioni LPV/r nuk duhet t'u jepet foshnjave premature derisa të kenë arritur moshën 42 javëshe, për shkak të rrezikut të efekteve të përdorimit.
- Mos përdorni solutionin LPV/r për foshnjat në moshë më të vogël se 2 javë. Peletat LPV/r nuk duhet të përdoren për foshnjat më të vogla se tre muaj. Nëse nuk ekziston një formulim tjetër, një bustinë 2 herë në ditë mund të merret në konsideratë për foshnjat me moshë më të madhe se dy javë që peshojnë 2-3 kg për të minimizuar rrezikun e toksicitetit të mundshëm nga mbidoza.
- Granulat RAL për suspension oral duhet të mbahen për të sapolindurit që peshojnë të paktën 2 kg dhe të administrohen 1 herë në ditë gjatë javës së parë të jetës dhe 2 herë në ditë më pas.]

Ushqyerja e foshnjave të lindura nga nënat HIV-pozitive

1. Këshillimi për ushqyerjen e foshnjës duhet të fillojë para konceptimit ose sa më herët që të jetë e mundur në shtatzëni; informacioni dhe planet për ushqyerjen e foshnjave duhet të rishikohen gjatë gjithë shtatzanisë dhe përsëri pas lindjes. Gjatë këshillimit prindërit duhet të informohen se:

- Zëvendësimi i ushqyerjes me formulë të përgatitur siç duhet ose qumësht dhuruesi të pasterizuar nga një bankë qumështi eliminon rrezikun e transmetimit të HIV pas lindjes tek foshnja.
- Reduktimi i ngarkesës virale tek shtatzana dhe mbajtja e niveleve të ulëta gjatë gjithë shtatzanisë përmes terapisë antiretrovirale (ART) dhe pas lindjes ul rrezikun e transmetimit gjatë ushqyerjes me gji në më pak se 1%, por jo zero.

2. Zëvendësimi i ushqyerjes me formulë ose qumësht dhuruesish të pasterizuar rekomandohet për të eliminuar rrezikun e transmetimit të HIV-it nëpërmjet ushqyerjes me gji, kur shtatzana ose lebona me HIV nuk janë në terapi me anti-retrovirale dhe/ose nuk kanë një ngarkesë virale të reduktuar gjatë shtatzënisë (të paktën gjatë tremujorit të tretë), si dhe në lindje.

3. Nënat HIV-pozitiv që janë në terapi me anti-retrovirale dhe që kanë ngarkesë virale të reduktuar dhe gati të padetektueshme dhe që zgjedhin të ushqejnë foshnjën me gji duhet të mbështeten në këtë vendim.

-Nënat HIV-pozitiv që zgjedhin të ushqejnë me qumësht formule foshnjën e tyre të porsalindur duhet të mbështeten në këtë vendim dhe të këshillohen për këtë lloj ushqyerje.

Protokolli i trajtimit të fëmijëve me infeksion nga Virusi Respirator Sincicial (RSV)

RSV është shkaktari më i shpeshtë i infeksioneve të traktit të poshtëm respirator dhe është përgjegjës për 2.3% të vdekjeve në moshën 0-28 ditë. Njerëzit janë burimi i vetëm i infeksionit.

Zakonisht transmetohet nëpërmjet kontaktit direkt ose të afërt me sekrecionet e kontaminuara ose objekteve të kontaminuara me spërklat e pështymës të një pacienti me RSV.

RSV mund të jetojë për 6 orë në ambient, 45 minuta në letër dhe për 30 minuta në duar. Infeksioni në personelin spitalor ndodh nëpërmjet inokulimit të spërklave në epitel me anë të kontaktit dorë-sy dhe dorë-hundë. Ka shpërndarje epidemike gjatë dimrit dhe fillimit të pranverës. Periudha e replikimit viral varion nga 3-8 ditë deri në 3-4 javë për neonatët, të imunokompromentuarit.

Virusi sincicial respirator çon në afërsisht 3,400,000 shtrime në spital dhe të paktën 66,000 vdekje çdo vit, ku 99% e këtyre vdekjeve ndodhin në vendet në zhvillim. Aktualisht, nuk ka asnjë trajtim apo vaksinë efektive dhe të sigurt për infeksionet RSV dhe infeksioni me këtë virus vazhdon të jetë një problem klinik në mbarë botën. Profilaksia me Palivizumab, i cili është një antitrop monoklonal neutralizues ndaj RSV dhe i administruar grupeve me rrezik të lartë gjatë sezoneve epidemike, është e vetmja metodë parandaluese.

Të dhënat klinike

Pjesa më e madhe e fëmijëve të infektuar me RSV paraqesin shenja të prekjes së rrugëve të sipërme të frymëmarrjes dhe 20-30% të rasteve paraqesin sëmundje të rrugëve të poshtme (bronkiolit, pneumoni). Shenjat e bronkiolitit fillojnë si rrufë, kollë dhe progresojnë në takipne, frymëmarrje si fishkëllimë, rale, tërheqje subkostale dhe interkostale, frymëmarrje me flegra. Infeksioni me RSV në javët e para të jetës, kryesisht në foshnjat e lindura premature mund të paraqitet me të dhëna të pakta pulmonare, por më shprehur me letargji, irritabilitet, vështirësi në ushqyerje. Faktorët që rrisin riskun për prekje të rënda nga RSV janë foshnjat premature, sidomos ato atë lindura para 29 javëve të shtatëzanisë me infeksione kronike, displazia bronko pulmonare, kardiopati kongjenitale sidomos ato të shoqëruara me hipertension pulmonar, imunodeficiencat e fituara dhe të lindura. Faktorë të tjerë risku janë neonatët me peshë të vogël të lindjes, lindjet binjake, duhanpirja gjatë shtatëzanisë, mosushqyerja me gji, ekspozimi në ambientet me duhan, ambientet e mbipopulluara.

Të dhëna laboratorike

Testet laboratorike nuk japin të dhëna të rëndësishme në diagnostikimin e RSV. Hemograma nuk është specifike, vihet re rritje e lehtë e PCR. Grafia e mushkërisë tregon për hiperajrim, infiltrime, atelektazë. Diagnoza e RSV duhet bërë nëpërmjet të dhënave klinike, anamnezës së detajuar, laboratorit dhe imazherisë në rastet e rënda me prekje të traktit të poshtëm respirator. Diagnoza e shpejtë e virusit duhet për të vendosur diagnozën përfundimtare në foshnjat e hospitalizuara me qëllim ndërprerjen e mjekimit empirik të antibiotikëve, për të parandaluar transmetimin nosokomial dhe kontrollin e infeksionit. Marrja e sekrecioneve të traktit respirator mund të bëhet nëpërmjet lavazhit nazal, tamponit nazofaringeal ose aspirimit trakeal në pacientët e intubuar. Lavazhi nazal dhe aspirimi nazofaringeal kanë sensitivitet më të lartë. Kampioni duhet marrë 3-4 ditë pas shfaqes së shenjave klinike. Kultura e qelizave virale është konsideruar si standarti i artë në të shkuarën, por sot jo sepse rezultatet vonojnë 3-7 ditë. Kultura e shpejtë qelizore mundëson diagnozën brenda 48 orëve. Ekzaminimi serologjik nuk është ndihmës sepse serokonversioni ndodh pas 2 javëve, antitrukat ndaj virusit nuk detektohen te të gjithë fëmijët me infeksion nga RSV.

Testi i shpejtë antigenik jep përgjigjen për 30 min dhe ka sensitivitet 80-95%. RT-PCR është e preferuar, por ka kosto të lartë dhe ka kufizim në përdorim.

Trajtimi

Trajtimi i foshnjave të hospitalizuara me bronkiolit kërkon:

- terapi suporti dhe duhet të përfshijë
 - hidratimin,
 - vlerësimin e statusit respirator,
 - aspirimin e sekrecioneve dhe
 - ventilimin mekanik në rast nevojë.

Agjentët alfa dhe beta adrenergjikë:

Nuk rekomandohen të përdoren pasi nuk është vënë re përmirësimi i oksigjenimit dhe i ditëqëndrimit në spital. Evidencat nuk mbështesin as përdorimin e epinefrinës në inhalacione.

Kortikoterapia:

Evidencat kanë treguar se kortikosteroidet nuk kanë ulur numrin e shtrimeve në spital dhe as përmirësuar ditëqëndrimin në spital. Nuk rekomandohet të përdoren në rastin e bronkiolitit.

Antibiotikët:

Nuk rekomandohet përdorimi i antibiotikëve në bronkiolite nga RSV. Antibiotiku rekomandohet vetëm në otitet e shkaktuara nga RSV me bombim të membranës.

Parandalimi i infeksioneve nga RSV

Palivizumab është imunoglobulinë monoklonale që përdoret për profilaksi në rastet me infeksion nga RSV. Administrohet intramuskulare me 15 mg/kg, 1 herë në muaj. Fëmijët që përfshihen në profilaksi duhet të marrin dozën e parë në sezonin e RSV dhe rekomandohen 5 doza. Palivizumab nuk është efektive në trajtimin e infeksionit nga RSV dhe nuk rekomandohet për trajtim.

Kriteret për profilaksi te foshnjat me risk të lartë

- Foshnjat prematurë me displazi bronkopulmonare

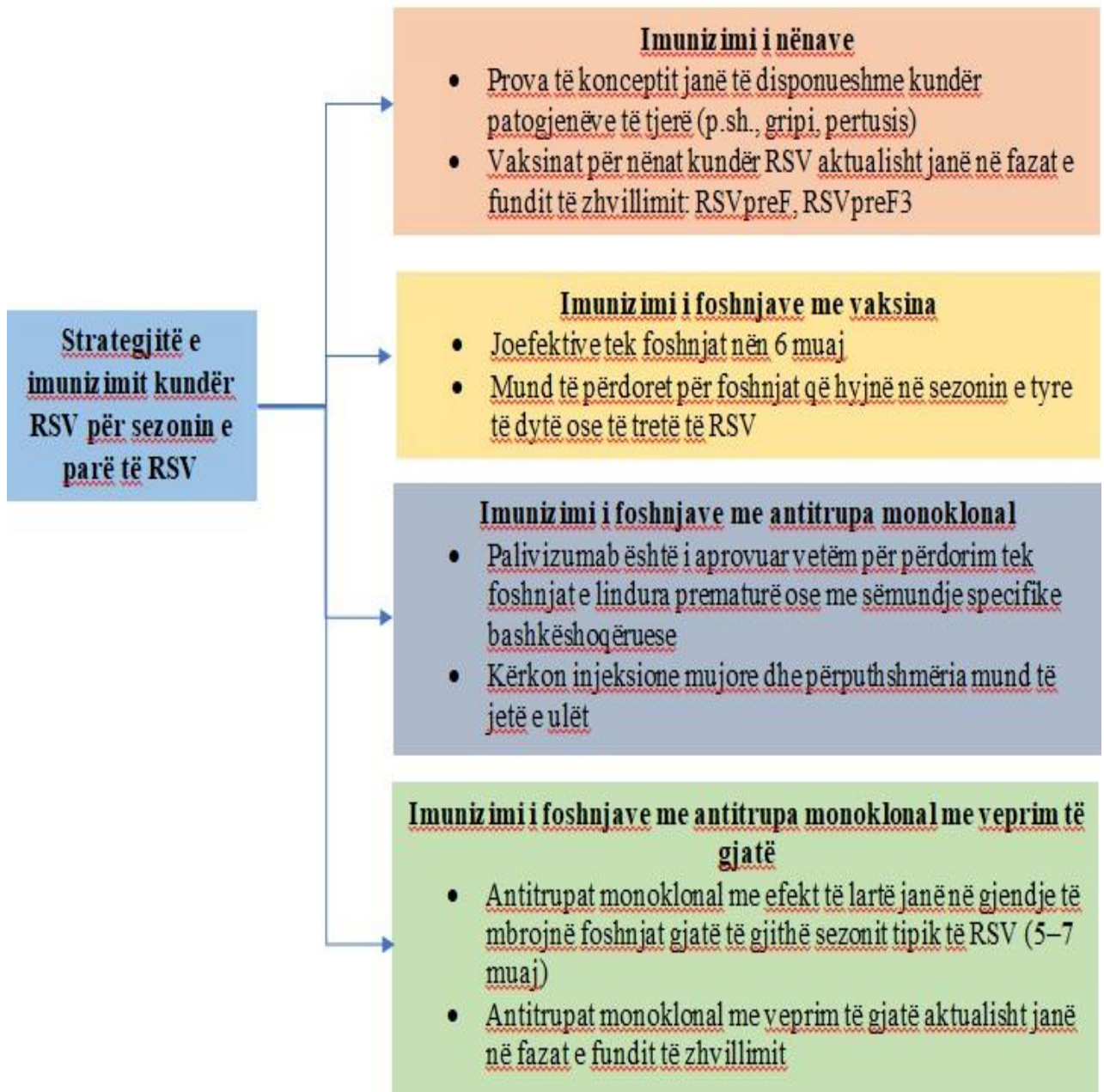
Profilaksia duhet të konsiderohet gjatë sezonit të RSV gjatë vitit të parë të jetës për bebet prematurë që zhvillojnë displazi bronkopulmonare, me moshë gestacionale <32 javë dhe kërkesë për oksigjen >21% gjatë 28 ditëve të para të jetës.

Administrimi i Palivizumabit rekomandohet gjatë Tetorit deri në Mars në hemisferën veriore dhe në pjesën më të madhe të SHBA-së. Koha optimale për administrimin e Palivizumabit është pak para fillimit të sezonit të RSV (p.sh., tetor-nëntor), ose brenda javës së parë të jetës së një foshnje nëse lind nga tetori deri në mars (idealisht gjatë qëndrimit në spital pas lindjes).

Në vitin e dytë të jetës rekomandohet profilaksia për fëmijët që plotësojnë kriteret e displazisë dhe që kërkojnë trajtim të vazhduar (kortikoterapi, terapi me diuretikë ose mbështetje me oksigjen).

Për fëmijët me displazi bronkopulmonare që nuk kanë nevojë për terapi me oksigjen nuk rekomandohet profilaksia.

Strategjitë e mundshme të imunizimit kundër RSV për foshnjat që hyjnë në sezonin e tyre të parë të RSV.



Foshnjat me sëmundje kongjenitale të lindura

- Fëmijët me kardiopati kongjenitale që përfitojnë nga imuno-profilaksia kanë sëmundje kardiake jo cianotike të cilët marrin mjekim për të parandaluar IKK dhe që kërkojnë ndërhyrje kirurgjikale.
- Fëmijët me sëmundje kongjenitale të lindura që nuk janë në risk për infeksion nga RSV dhe nuk kanë indikacion për profilaksi janë:
 - hemodinamikisht stabël (defekt septal atrial sekondar, defekt septal ventrikular të vogël, duktus arterioz të hapur, stenoze pulmonare, stenoze aortike e pakomplikuara, koarktacion i lehtë i aortës)
 - foshnjat me anomali të korrektuara nga kirurgjia
 - foshnjat me kardiomiopati të lehtë që nuk marrin mjekim
 - foshnjat në vitin e dytë të jetës
- Prematurët pa displazi bronkopulmonare ose sëmundje kardiake kongjenitale
- Profilaksia konsiderohet në foshnjat prematurë me moshë gestacionale >29 javë dhe janë më të vegjël se 12 muaj në fillimin e sezonit të RSV dhe foshnjat e lindura në sezonin e RSV më pak se 5 muajshe.
- Foshnjat prematurë klinikisht të shëndosha pa anomali të tjera shoqëruese nuk kryejnë profilaksi.
- Foshnjat me anomali pulmonare anatomike ose sëmundje neuromuskulare
Foshnjat me këto anomali të cilat prekin aftësinë për të pastruar nga sekrecionet rrugët e sipërme pulmonare janë në risk më të lartë për tu hospitalizuar ndaj përfitojnë nga imunoprofilaksia .
- Foshnjat me sindromën Down
Foshnjat me sindromën Down që kanë dhe sëmundje të tjera bashkëshoqëruese si kardiopati, anomali pulmonare ose prematuritetet përfitojnë nga imunoprofilaksia.
- Foshnjat me fibrozë cistike
Foshnjat e diagnostikuara me screening neonator për fibrozë cistike nuk përbëjnë indikacion për profilaksi.
Foshnjat me fibrozë cistike, por me të dhëna për sëmundje kardiake kongjenitale ose bronkodisplazi pulmonare me ose pa prekje të ushqyerjes përfshihen në profilaksi.

Masat parandaluese për foshnjat me risk të lartë

- ✓ Nuk duhet të ekspozohen në ambiente me duhanpirje
- ✓ Duhet stimuluar ushqyerja me gji sipas udhëzimeve të Shoqatës Amerikane të Pediatriisë
- ✓ Të evitohen ambientet e mbipopulluara dhe ti jepet rëndësi higjenes së duarve

Konsideratat në lidhje me antitruPAT monoklonal me veprim të gjatë dhe imunizimin e nënës si strategji parandaluese kundër RSV për të gjithë foshnjat që hyjnë në sezonin e tyre të parë të RSV.

E gjelbër = avantazh; E kuqe = disavantazh.

AntitruPAT njerëzor monoklonal me veprim të gjatë

Imunizimi i nënës

Tipet e antitruPAve

Monoklonalë: e gjithë popullata neutralizohet; vetëm 1 epitop njihet

Përgjigje poliklonale ndaj disa epitopeve; një fraksion e antitruPAve mund të mos neutralizohet

Forca e antitruPAve të transferuar drejt foshnjës

Konsistent, të fortë meqë sasia e antitruPAve të transferuar është e kontrolluar

Nuk është konsistente tek të gjitha foshnjat sepse varet tek periudha e imunizimit të nënës sipas gjendjes së saj pas lindjes dhe të shqetësimeve shoqëruese (HIV, malaria, etj)

Kohëzgjatja e mbrojtjes

Gjatë kohëzgjatjes së një sezoni të RSV (5 muaj)

E pritur të jetë më pak se 4 muaj

Koha e imunizimit

Fleksibël: foshnjat e lindura në sezonin e RSV (administrim në lindje), jashtë sezonit (administrimi në fillim të sezonit) dhe foshnjat premature do të jenë të mbrojtura

Jo fleksibël (në trimestrin e 3 të shtatzanisë): foshnjat e lindura jashtë sezonit të RSV dhe disa foshnja premature mund të jenë të pambrojtura

Efikasiteti kundër varianteve që evoluojnë antigenetiksht

Nuk ka qenë një problem sinjifikant në përdorimin e palivizumab: ka mundësi të shfaqjes të varianteve të paprekshëm nga antitruPAT – survejanca molekulare e vazhdueshme është kyçe në mbrojtjen e të gjitha foshnjave

E pritur të jetë më pak e ndikuar nga evoluimi i antigenëve meqë disa epitope neutralizuese mund të ndikohen nga përgjigja e antitruPAve monoklonalë

Pranueshmëria nga popullata

Udhëzime të përgjithshme për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve për të sapolindurit

- Veproni me kujdes gjatë gjithë kohës dhe përdorni metoda të posaçme për mbrojtje nga transmetimi.
- Mbajeni nënën dhe foshnjën të ndarë vetëm nëse nëna ka TB rezistent ndaj medikamenteve të ndryshme.
- Konsultoni stafin e RTIN në lidhje me kujdesin ndaj infeksioneve të tjera të nënës
- Inkurajimi i ushqyerjes me gji (duke ndjekur rregullat e duhura, kapacitetin e stafit, mbështetjen).
- Menaxhoni shtrydhjen dhe ruajtjen e qumështit të gjirit me kujdes për parandalimin e infeksioneve.
- Menaxhoni përgatitjen e formulës.
- Triazhimi i vizitorëve dhe përjashtimi i atyre që shfaqin shenja infeksionesh - grip, infeksion respirator, diarre dhe infeksion lëkure.

Vlerësimi dhe menaxhimi i foshnjave me risk ose të konfirmuara pozitivisht për infeksion me COVID-19

Sëmundja e Coronavirusit 19 (COVID-19) është përkufizuar si sëmundje e shkaktuar nga një Coronavirus i ri që shkakton Sindromën Severe Respiratore Akute Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) i cili u identifikua fillimisht mes një shpërthimi të sëmundjes respiratore të përhapur në Wuhan City, Hubei Province, China. Fillimisht u raportua në OBSH më **31 dhjetor 2019**.

Më **30 janar të vitit 2020**, OBSH-ja shpalli shpërthimin e COVID-19 si një emergjencë globale shëndetësore.

Më **11 Mars 2020**, OBSH shpalli COVID-19 një pandemi globale, përcaktimi i parë i saj i tillë që nga shpallja e gripit H1N1 një pandemi në 2009.

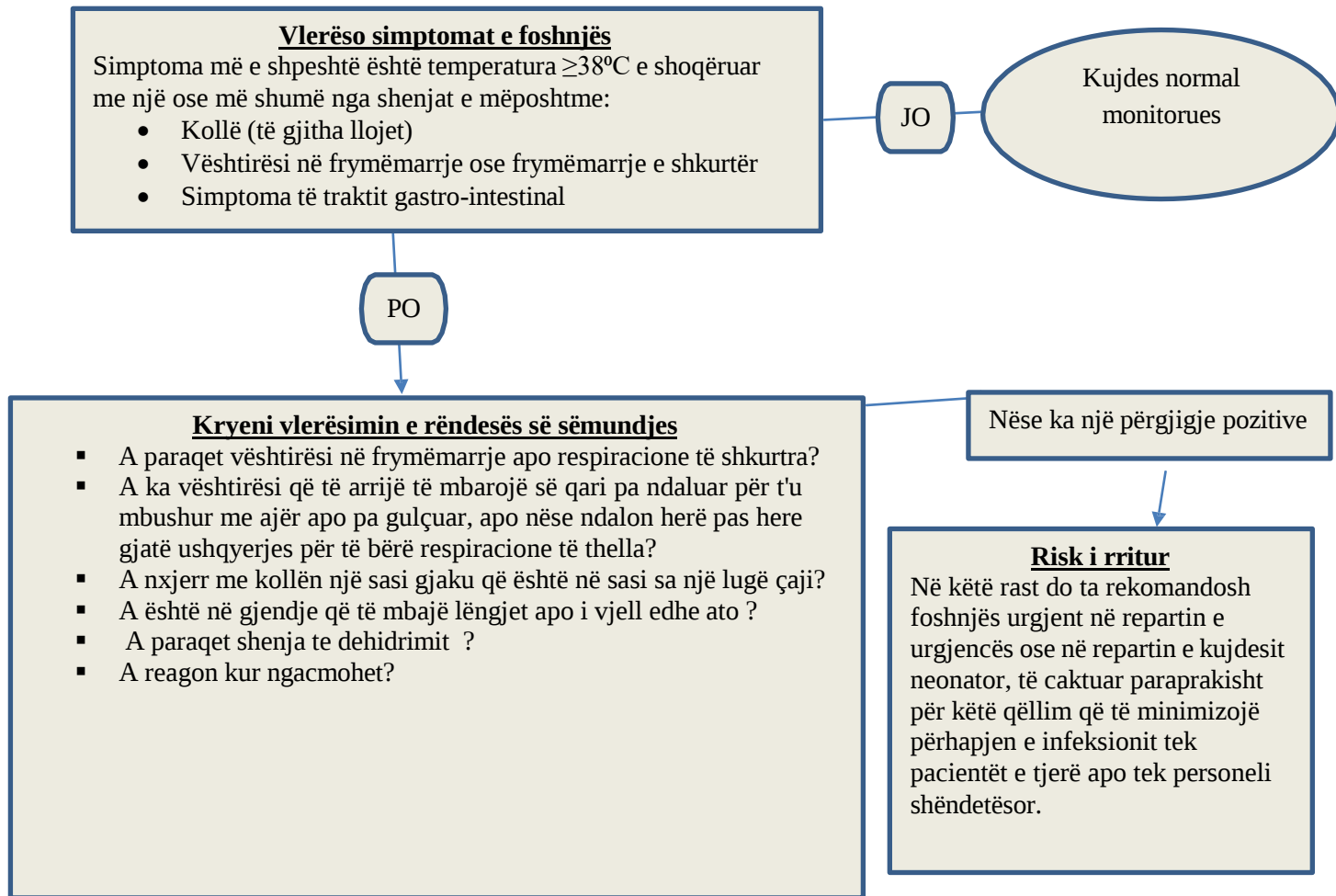
Sëmundja e shkaktuar nga SARS-CoV-2 u quajt COVID-19 nga OBSH, sinonim i rrjedhur nga "sëmundja koronavirus 2019." Emri u zgjodh për të shmangur stigmatizimin e origjinës së virusit për sa i përket popullsisë, gjeografisë ose shoqatave të kafshëve. Më **11 shkurt 2020**, Grupi i Studimit të Coronavirusit i Komitetit Ndërkombëtar për Taksonominë e Viruseve lëshoi një deklaratë ku njoftoi një përcaktim zyrtar për virusin e ri: Sindromi i rëndë respirator akut koronavirus 2 (SARS-CoV-2).

Pandemia aktuale e sëmundjes së koronavirusit 2019 (SARS-CoV-2) ka rezultuar të jetë urgjenca më e madhe dhe më e përhapur në të gjithë botën. Edhe pse sëmundja koronavirus i ri (Covid-19) sulmoi me këmbëngulje popullatën e rritur, planet e emergjencës prekën të gjitha fushat e mjekësisë në të gjithë botën. Në veçanti, shtatzanat, prindërit e të porsalindurve dhe foshnjat u infektuan me pasoja të rënda që kërkuar asistencë mjekësore.

Në fakt nuk u evidentua nëse gratë shtatzëna kishin një shans më të lartë për të marrë COVID-19 sesa publiku i gjerë, ose të kishin më shumë të ngjarë të kishin si rezultat sëmundje serioze. Gratë shtatzëna përjetojnë ndryshime në trupin e tyre që mund të rrisin rrezikun që ato të preken më shumë nga disa infeksione, viruse nga e njëjta familje si COVID-19, dhe infeksione të tjera virale të frymëmarrjes, siç është gripi dhe gratë kanë një rrezik më të lartë për të zhvilluar sëmundje të rënda. Gjithashtu akoma nuk dihet në këtë kohë nëse COVID-19 do të shkaktonte probleme gjatë shtatëzisë ose do të ndikojë në shëndetin e foshnjës pas lindjes.

Po kështu ende nuk e dihet nëse një grua shtatzënë me COVID-19 mund të kalojë virusin që shkakton COVID-19 tek fetusin ose foshnja e saj gjatë shtatëzisë ose lindjes. Asnjë foshnjë e lindur nga nënat me COVID-19 nuk kanë testuar pozitive për virusin COVID-19. Në këto raste, të cilat janë një numër i vogël, virusi nuk u gjet në mostrat e lëngut amniotik ose tek qumështi i gjirit.

Pra, është plotësisht e mundur që dikush me simptoma të frymëmarrjes të ketë gripin sezonal dhe jo COVID-19. Sido që të jetë, temperatura e lartë gjatë tremujorit të parë mund të rriti riskun për defekte të caktuara të lindjes ose janë shoqëruar me rezultate të tilla si pesha e ulët e lindjes dhe lindja e parakohshme.



Parandalimi i infeksioneve tek të sapolindurit duke përdorur kujdes të specializuar

- Me rritjen e nivelit të kujdesit, ulet dhe rreziku për infeksion.
- Kërkon aplikim më strikt dhe vigjilent të praktikave të RTIN sesa kujdesi për të gjithë të sapolindurit.
- Higjiena e duarve përpara dhe pas kontaktit me çdo foshnjë është e nevojshme.
- Nuk lejohet përdorimi i të njëjtave mjete midis foshnjave të ndryshme.
- Parandalimi i marrjes së infeksioneve nga ushqime, ajër, ujë të kontaminuara.
- Mbrojtja e foshnjave nga vizitorët dhe punonjësit e infektuar.
- Përdorimi i mjeteve mjekësore në mënyrën e duhur.
- Ndjekja strikte e teknikave aseptike.
- Të sapolindurit që përkujdesen në infermieri, RTIN apo në dhomën e rikthimeve janë të ekspozuar ndaj foshnjave të tjera dhe ndaj më shumë patogjenëve sesa në dhomat ku vendosen bashkë me mamatë e tyre.

- Punonjësit e shëndetit duhen të kenë eksperiencë në aplikimin e këtyre praktikave në të gjitha aspektet e punës gjatë gjithë kohës.
- Të sapolindurit që janë të sëmurë ose premature janë veçanërisht të prekshëm ndaj infeksioneve që merren nëpërmjet kontaktit me duar, pajisjeve të teknikave invasive dhe procedurave që kryhen në RTIN.
- Të çarat e vogla në lëkurë tek foshnjat në RTIN e vendosin në rrezik të sapolindurin.
- Përodrimi i biberonave (edhe fallco) multi-përdorimëshe duhet të ndalohej.
- Higjena e mirë e duarve është shumë efektive në reduktimin e infeksioneve të fituara në spital në pacientët e RTIN.
- Punonjësit e shëndetësisë duhet të aplikojnë një higjenë të duarve shumë të mirë duke i larë duart dhe krahët me kujdes duke arritur deri sipër bërrylave dhe duke pastruar mirë poshtë thonjve; të kryejnë pastrimin e duarve përpara fillimit të punës dhe përpara se të kujdesen për foshnjat.
- Kohë e mjaftueshme duhet marrë për të kryer pastrimin e mirë të të gjitha pjesëve të duarve.

Larja e duarve midis kalimit nga një foshnjë tek tjetra foshnje është më efikase sesa pastrimi i duarve përpara hyrjes në infermieri.

- Veshje e veçantë për hyrjen në RTIN nuk është e nevojshme.
- Stafi dhe prindërit duhet të veshin përparëse me mëngë të gjata nëse e mbajnë në krahë jashtë inkubatorit.
- Përparëset duhet të hidhen pas përdorimit dhe një përparëse e re duhet përdorur për çdo prind.
- Përparëset e prindërve duhet të hidhen në fund të vizitës.
- Përparëset e prindërve duhen mbajtur kur futen në zonën e foshnjës (edhe nëse nuk janë duke e mbajtur foshnjën) në situatat e mëposhtme:
 - Kontaminimi i përparësës me gjak dhe lëngje trupore është i pritshëm.
 - Foshnja ka nevojë për masat paraprake të kontaktit ose pikimit.
 - Prindërit janë të shqetësuar për veshjet e tyre të kontaminuara.
- Këpucë të veçanta ose mbështjellëset e këpucëve nuk janë të nevojshme. Nuk ka përfitim të njohur, kërkon burime dhe duart mund të kontaminohen gjatë vënies dhe heqjes së tyre.
- Çarçafë të sterilizuar për RTIN nuk janë të nevojshme.
- Përdorni detergjentët e duhur dhe temperaturën e duhur për larjen e çarçafëve të RTIN.
- Mbështjellni ose mbuloni çarçafët e RTIN gjatë transportit nga lavanteria dhe vendosini në kabinete të mbyllur për të shmangur kontaminimin.

- **Kur duhet dyshuar për një shpërndarje të infeksionit?**
 - Nëse dy ose më shumë foshnje kanë të njëjtin situatë klinike (infeksion lëkure ose sepsis me të njëjtin organism) ose një rast i një organizmi të ri ose të pazakontë shfaqen në të njëjtën kohë në infermieri në RTIN.
- **Cfarë duhet bërë në raste shpërndarjeje të infeksioneve?**
 - Filloni investigimin dhe marrjen e masave për ndalimin e shpërndarjes së mëtejshme.
 - Dedikoni punonjësit e shëndetësisë të kujdesen për pacientë të caktuar duke mos lejuar kalimin e punonjësve nga njëri pacient tek tjetri.
 - Kontrolli i masave duhet monitoruar për të mos pasur shpërndarje të ndonjë infeksioni të ri dhe që masat mbrojtëse të marra janë efektive dhe problemi po zgjidhet.

Nga studimet e bëra gjatë periudhës së pandemisë në vende të ndryshme të botës për neonatët që lindin nga nëna të dyshuara ose të konfirmuara me COVID-19 kanë arritur në disa përfundime, të cilat duhet të zbatohen dhe në vendin tonë për të menaxhuar situatën në njësinë e kujdesit intensiv të neonatologjisë.

- Neonatët të cilët lindin nga nëna të dyshuara ose të konfiruara me COVID-19 duhet të lejohet të qëndrojnë së bashku dhe të praktikojnë kontaktin lëkurë me lëkurë, sepse luan një rol tepër të rëndësishëm në fiziologjinë e fëmijës, sepse stabilizon rrahjet e tyre të zemrës, niveli i kortizolit të pështymës, dhe nivelet e stresit ulen.
- Duhet të edukohet nëna për masat paraprake për parandalimin e transmetimit të virusit (kontakti / pikat / aerosolet) gjatë kontaktit me foshnjën, duke përfshirë ushqyerjen me gji, siç janë: larja e duarve për të paktën 20 sekonda përpara se të prekni të porsalindurin dhe para heqjes së qumështit të gjirit (me dorë ose pompë); veshja e një maske kirurgjikale (mbulon plotësisht hundën dhe gojën) gjatë gjidhënies; shmangia e të folurit ose kollitja gjatë gjidhënies; dhe ndryshimi i maskës menjëherë në rast të kollitjes ose tështitjes.
- Në rastet kur nëna është simptomatike dhe në gjendje shëndetësore jo të mirë këshillohet që të konsiderojmë përkohësisht ndarjen e nënës nga foshnja e saj, derisa nëna të mos jetë më ngjitëse për foshnjën, mos të ketë më simptoma dhe të ketë teste negative për COVID-19.
- Ushqyerja me gji rekomandohet fuqimisht, duke pasur parasysh rëndësinë e tij të njohur gjatë gjithë jetës për nënën dhe fëmijën, pavarësisht nëse prindi ka infeksion SARS-CoV-2, me masat paraprake të përshtatshme.
- Të porsalindurit duhet të dalin nga spitali sipas kriterëve të secilit spital dhe duke shmangur përdorimin e transportit publik. Duhet shmangur vizitat në shtëpi. Nëna duhet të mbajë një distancë prej të paktën 1.8 -2 m për aq kohë sa të jetë e mundur. Kur nëna është afër të porsalindurit, ajo duhet të mbajë një maskë kirurgjikale dhe të lajë duart sa më shpesh të jetë e mundur.
- Nënën duhet të shmangin kontaktet me njerëzit e tjerë dhe gjithmonë të përdori masat mbrojtëse paraprake.

- Në kohën e daljes nga spitali, nënat duhet të edukohen për të njohur shenjat paralajmëruese të sëmundjes tek i porsalinduri dhe në prani të ndonjë prej shenjave klinike rekomandohet kontakti telefonik me mjekun e familjes ose paraqitja në qendrën shëndetësorë më të afërt.

Ushqyerja me qumësht gjiri

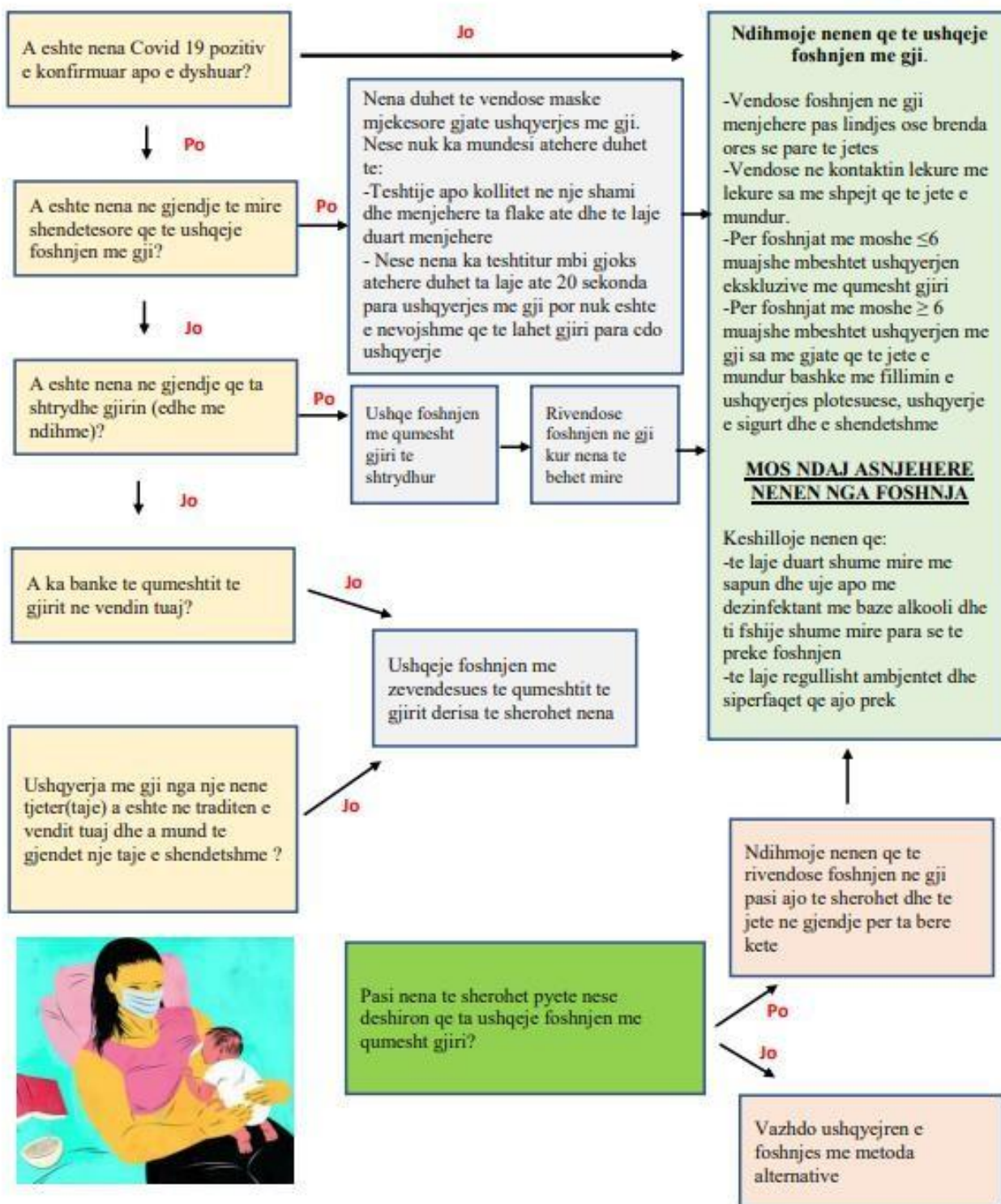
- OBSH rekomandon që nënat me COVID-19 të dyshuar ose të konfirmuar duhet të inkurajohen të iniciojnë ose vazhdojnë ushqyerjen me gji. Nënat duhet të këshillohen që përfitimet e ushqyerjes me gji tejkalojnë ndjeshëm rreziqet e mundshme për transmetimin.
- Nëna dhe foshnja duhet të qëndrojnë së bashku në dhomë gjatë ditës dhe natës dhe të praktikojnë kontakti lëkurë më lëkurë, përfshirë kujdesin e nënës si kangur, veçanërisht menjëherë pas lindjes dhe gjatë vendosjes së tij në gji, pavarësisht nëse ata ose foshnjat e tyre janë të dyshuar ose konfirmuar me COVID-19.
- Përtej periudhës neonatale, efektet pozitive të lidhjes nënë-foshnjë përfshijnë gjumin e përmirësuar, nivelet më të ulëta të problemeve të sjelljes tek fëmija dhe ndërveprimi prindëror me cilësi më të lartë.
- Në krahasim me foshnjat që ushqehen me qumësht gjiri, rreziku i vdekshmërisë është 14 herë më i lartë tek foshnjat që nuk ushqehen me gji.

Ushqyerja me gjë

Prania e koronavirusit në qumështin e gjirit nuk është aprovuar ende. Nënat mund të praktikojnë qumështin e gjirit (pas higjenes së duarve dhe gjirit), e cila mund t'i ofrohet të porsalindurit nga kujdestarët. Pompat dhe aksesoret duhet të pastrohen plotësisht sipas masave standarde nga bankat e qumështit të gjirit, të cilat duhet të përfshijnë pastrimin e pompës me dezinfektues dhe larjen e aksesoret me ujë të nxehtë dhe sapun. Përveç përfitimeve të njohura të ushqyerjes me qumësht gjiri, ai mund të sigurojë mbrojtje për foshnjat, kryesisht qumëshi i gjirit të nënave që kanë qënë pozitive me SARS-CoV-2.

PEMA E VENDIMEVE

Per ushqyerjen e foshnjave me gji ne kontekstin e Covid 19



Ndikimi i pandemisë të SARS-CoV-2 në Kujdesin Neonatal

Pandemia sëmundjes së koronavirusit 2019 (SARS-CoV-2) ka rezultuar të jetë urgjencë më e madhe dhe më e përhapur e shëndetit në të gjithë botën. Edhe pse sëmundja koronavirus i ri (Covid-19) po sulmon me këmbëngulje popullatën e rritur, planet e emergjencës preken të gjitha fushat e mjekësisë në të gjithë botën. Në veçanti, shtatzënat, prindërit e të porsalindurve dhe foshnjat u infektuan me pasoja të rënda që kërkojnë asistencë neonatale.

Aktualisht, nuk ka asnjë provë përfundimtare që SARS-CoV-2 mund të transmetohet në mënyrë transplacentare, dhe nuk ka raporte për zbulimin e virusit të SARS-CoV-2 në lëngun amniotik ose placentë në gratë shtatzëna të infektuara (ose janë sporadike). Sidoqoftë, të dhënat janë të pakta nëse infeksioni i fetusit në fazën e hershme mund të çojë në efekte teratogjenike.

Një fakt inkurajues në mjekësinë neonatale është se neonatët e infektuar horizontalisht të raportuar deri më tani kanë treguar një profil të butë klinik dhe një rezultat të mirë. Sidoqoftë, shpërthimi i SARS-CoV-2 solli ndryshime të konsiderueshme në politikën e kujdesit të njërive neonatologjike që prekin jo vetëm foshnjat me infeksion SARS-Cov-2 dhe foshnjat e prindërve të infektuar, por edhe kujdesin që u ofrohet foshnjave të tjera të transferuara në RTIN.

Këto ndryshime ndikojnë kryesisht në disa pika kryesore:

- organizimin dhe rrjedhën e punës në njësinë neonatale,
- lidhja prind-infant dhe kujdesi me familjen në qendër, dhe
- pasoja të lidhura me stresin në profesionistët e shëndetit.

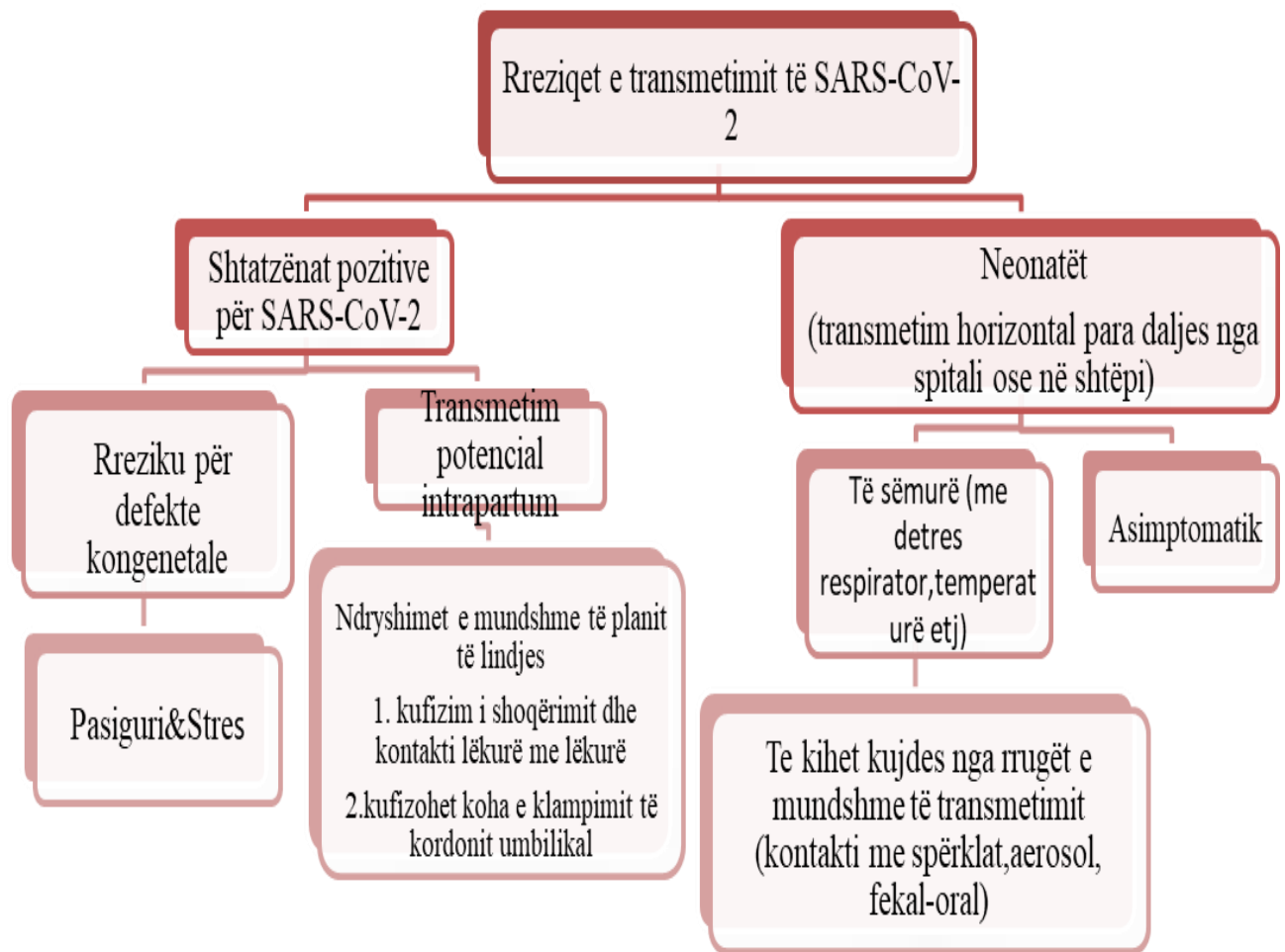
Modeli i kujdesit me familjen në qendër është përfshirë në njësitë neonatale bazuar në etikën e kujdesit dhe provat shkencore që sugjerojnë se për të promovuar zhvillimin neurologjik korrekt dhe arritjen e rezultateve më të mira shëndetësore në njësinë familjare është thelbësore të krijohet një mjedis që promovon shërimin. Ky model inkurajon në mënyrë efektive lidhjen prind-infant në mënyrë që të përmirësojë aftësinë për të siguruar shëndet gjatë gjithë zhvillimit.

Familja dhe veçanërisht prindërit luajnë një rol aktiv si kujdestar parësor të fëmijës së tyre, dhe përgjegjësia në marrjen e vendimeve ndahet midis profesionistëve shëndetësorë dhe familjeve të foshnjave. Të qenit i aftë për të ushtruar këtë rol të kujdestarëve parësor sjell përfitime në shëndetin emocional të prindërve që kanë një ndikim pozitiv tek foshnjat në planin afatmesëm dhe afatgjatë. Për më tepër, promovimi i kësaj detyre të prindërit do të mbështesë gjithashtu mirëqenien e profesionistëve por ne rastin e pandemisë u ndikua negativisht kjo lidhje.

Rekomandimet u modifikuan rast pas rasti duke u bazuar në ashpërsinë e sëmundjes, simptomat e sëmundjes dhe rezultatet e testimit laboratorik për virusin. Në nënat në gjendje të mirë klinike ndarja e çiftit binomial nënë-infant mund të mos rekomandohet, për sa kohë që masat paraprake mund të garantohen për të shmangur ngjitjen siç është përdorimi i një maske, higjiena e duarve dhe higjiena e gjirit para çdo ushqyerjeje, dhe

mbajtja e një distanca e sigurt prej dy metrash.

Përveç përfitimeve fiziologjike për nënat dhe foshnjat, ushqyerja me qumësht gjiri gjithashtu ndihmon nënën që të përballojë më mirë stresin e shtrimit në spital, të marrë pjesë drejtpërdrejt në kujdesin e foshnjës, të lidhet emocionalisht dhe të lehtësojë ndërtimin e rolit të nënës. Edhe pse deri më tani asnjë ngarkesë virale nuk është izoluar në qumështin e gjirit dhe nuk ka arsye kryesore për të shmangur ushqyerjen me gjiri tek foshnjat e nënave të infektuara, rekomandimet për kufizim ndahen.



▪ **Transporti i të Porsalindurit dhe Pranimi në RTIN**

Rekomandohet që të gjithë të porsalindurit e grave shtatzëna të dyshuara ose konfirmuara me COVID-19 14 ditë para lindjes të transportohen në një inkubator të ngrohur nga dhoma e lindjes në qendrën neonatale ose në njësinë e kujdesit intensiv neonatale (RTIN) dhe të vendoset në një dhomë izolimi.

Hapat e mëposhtëm rekomandohen për veshjen dhe zhveshjen e ekipit të transportit:

- a) Vishni të gjitha rrobat deri në mbërritjen në RTI neonatale.
- b) Nëse dhomat individuale me presion negativ janë në dispozicion, shtrimi në spital i të porsalindurve pozitiv për COVID-19 duhet të përcaktohet me përparësi.
- c) Hiq dorezat dhe platformat në dhomën e pacientit dhe kapakët, syzet dhe maskat në hyrje.

Të porsalindurit që kërkojnë kujdes intensiv duhet të vendosen në mënyrë ideale në një dhomë izolimi me presion ambienti negative ose sistemet e tjera të disponueshme të filtrimit të ajrit.

Nëse kjo veçori nuk është e disponueshme, duhet që inkubatorët të mbahet në një distancë minimale prej 1.5 metrash. Për të porsalindurit me indikacione për ventilim jo-invaziv (CPAP), oksigjenoterapi me presion të lartë, ose ventilim mekanik invaziv duhet të merren masa paraprake për të shmangur aerosolet, spërklat dhe kontaktin, për këtë qëllim rekomandohen përdorimi i PPE-ve.

Menaxhimi spitalor i neonatëve të lindur nga nëna të dyshuara apo të konfirmuara me COVID-19.

Të dhënat janë të kufizuara, dhe rekomandimet për ditët e para pas lindjes ndryshojnë. Organizata Botërore e Shëndetit (OBSh) rekomandon që foshnjat dhe nënat e dyshuar ose konfirmuar me COVID-19 duhet të lejohet të qëndrojnë së bashku dhe të praktikojnë kontaktin lëkurë me lëkurë dhe kujdesin kangur.

Ushqyerja me gji rekomandohet fuqimisht, duke pasur parasysh rëndësinë e tij të njohur gjatë gjithë jetës për nënën dhe fëmijën. Nënat inkurajohen të lajnë duart, të veshin maske nëse kanë një kollë, dhe në mënyrë rutinore të dezinfektojnë sipërfaqet që kanë prekur.

Ndërpërja e kujdesit lëkurë me lëkurë crregullon fiziologjinë e të porsalindurit. Në nënat në gjëndje të mirë klinike ndarja e çiftit binomial nënë-infant të mos rekomandohet, për sa kohë që masat paraprake mund të garantohen për të shmangur ngjitjen siç është përdorimi i një maske, higjena e duarve dhe higjena e gjirit para çdo ushqyerjeje, dhe mbajtja e një distancë sigurt prej dy metrash. Po kështu, foshnjat e infektuara i nënshtrohen rekomandimeve që ndryshojnë nga pranimi i izoluar pa kujdestarë, deri te strategjitë e përshtatura për situatën klinike të foshnjës, por me shoqërimin e prindërve të tyre.

Përveç përfitimeve fiziologjike për nënat dhe foshnjat, ushqyerja me qumesht gjiri gjithashtu ndihmon nënën që të përballojë më mirë stresin e shtrimit në spital, të marrë pjesë drejtpërdrejt në kujdesin e foshnjës, të lidhet emocionalisht dhe të lehtësojë ndërtimin e rolit të nënës.

Deri më tani, udhëzimet ndërkombëtare këshillojnë që ushqyerja me gji duhet të vazhdojë, pavarësisht nëse prindi lektor ka infeksion SARS-CoV-2, me masat paraprake të përshtatshme. Më e rëndësishmja, punonjësit e shëndetit duhet të mbështeten pozitivisht në planet e emergjencës dhe të ndihmojnë prindërit të zvogëlojnë frikën e tyre dhe t'i inkurajojnë ata të marrin pjesë në kujdesin e fëmijëve të tyre. Mbështetja e duhur psikologjike e familjes dhe pjesëmarrja e punonjësve socialë janë përbërës thelbësorë të kësaj përpjekjeje.

Modeli i kujdesit me familjen në qendër është përfshirë në njësitë neonatale bazuar në etikën e kujdesit dhe provat shkencore që sugjerojnë se për të promovuar zhvillimin neurologjik korrekt dhe arritjen e rezultateve më të mira shëndetësore në njësinë familjare është thelbësore të krijohet një mjedis që promovon shërimin. Ky model inkurajon në mënyrë efektive lidhjen prind-infant në mënyrë që të përmirësojë aftësinë për të siguruar shëndet gjatë gjithë zhvillimit.

Dalja nga Spitali i të Porsalindurit

Të porsalindurit duhet të dalin nga spitali sipas kriterëve të secilit spital dhe duke shmangur përdorimin e transportit publik.

Vizitat në shtëpi për nënën dhe të porsalindurit duhet të jenë ndaluar. Situatat e mëposhtme rekomandohen të merren në konsideratë:

- I porsalinduri asimptomatik pa rezultate ose pa prova për COVID-19: mund të shkojë në shtëpi me masa paraprake të duhura dhe monitorimi ambulant përmes telefonit ose telemjekësisë deri në 14 ditë pas lindjes. Udhëzime për përdorimin e dorezave dhe higjiena e duarve duhet t'u sigurohet anëtarëve të familjes dhe kujdestarëve. Individë të pa infektuar mbi moshën 60 vjeç dhe me semundje shoqeruese nuk duhet të kujdesen për të porsalindurin.
- Të porsalindurit me teste molekulare negative për COVID duhet të kujdesen nga një kujdestari i pa infektuar. Nëse nëna është në të njëjtën shtëpi, ajo duhet të mbajë një distancë prej të paktën 1.8 m për aq kohë sa të jetë e mundur. Kur nëna është afër të porsalindurit, ajo duhet të mbajë një maskë kirurgjikale dhe të lajë duart sa me shpesh të jetë e mundur. Distanca midis nënës dhe të porsalindurit duhet të ruhet derisa të merren rezultatet negative të COVID-19 të paktën dy mostra të njëpasnjëshme të tamponit nazofaringeal të marra në një interval kohor prej 24orësh.
- Kujdestarët nën vëzhgim për zhvillimin e COVID-19 duhet të vendosin maska dhe të kryejë higjienën e duarve derisa të dalin rezultatet e testit të tyre. Ndjekja e shpeshtë ambulatorie përmes telefonit ose telemedicines ose ballë për ballë duhet të realizohen deri në 14 ditë pas daljes nga spitalit rekomandohet për të porsalindurit pozitiv me COVID-19 ose në rrezik të infeksionit të koronavirusit pas lindjes të cilët nuk janë në gjendje të testohen.

Në kohën e daljes nga spitali, nënat duhet të edukohen për të njohur shenjat paralajmëruese të sëmundjes tek i porsalinduri; përkatësisht:

- Ethet
- Ushqyerja e dobët ose të vjella;
- Letargji, përgjumje;
- Vështirësi në frymëmarrje, rënkime;
- Intensiteti i ikterit përkeqësues;
- Diurezë e pakët;
- Zbehje;
- Cianoze.

Në prani të ndonjë prej shenjave klinike të mësipërme, në vijim rekomandohen:

- a) Identifikoni qendrën shëndetësorë më afër vendbanimit.
- b) Nëse është pozitive për COVID-19: përdorni maskë dhe informoni mjekun e familjes.
- c) Nëse nëna ende nuk e ka rezultatin e ekzaminimit të saj COVID-19, këshillojeni që të kontaktojë spitalin përmes telefonit

Rekomandime për izolimin në shtëpi të nënave pozitive ose nën hetim për COVID-19

- Jepini gjë foshnjës për aq kohë sa nëna dëshiron dhe është në gjendje të përshtatshme;
- Edukoni nënën për masat paraprake për parandalimin e transmetimit të virusit (kontakti / pikat / aerosolet) gjatë kontakti me foshnjën, duke përfshirë ushqyerjen me gjë, siç janë: larja e duarve për të paktën 20 sekonda përpara se të preknë te porsalindurin dhe para heqjes së qumështit të gjirit (me dorë ose pompë e); veshja e një maskë kirurgjikale (mbulon plotësisht hundën dhe goja) gjatë gjidhënies; shmangia e të folurit ose kollitja gjatë gjidhënies; dhe ndryshimi i maskës menjëherë në rast të kollitjes ose teshtitjes.
- Ndiqni me përpikëri rekomandimet për pastrimin e gjirit dhe pompës pas çdo përdorimi.
- Konsideratë duhet t'i kushtohet kërkimit të ndihmës nga një person pa prova të infeksionit viral të ofrojë qumësht gjiri te porsalindurit në një filxhan ose lugë (ky person duhet ta mësoni si ta bëjë këtë detyrë me ndihmën e një profesionisti shëndetësor).

Testimi viral i të porsalindurit

Nëse është e disponueshme, teste molekulare për infeksionin SARS-CoV-2 duhet të kryhen edhe tek të porsalindurit. Kjo strategji mund të lehtësojë planifikimin e kujdesit pas daljes nga spital dhe kontribon në vlerësimin e transmetimit viral. Nëse testi nuk është në dispozicion ose ka mungesë, klinikistët mund të zgjedhin për të kryer vetëm monitorim klinik. Të porsalindurit që kërkojnë kujdes në njësinë e kujdesit intensiv duhet të testohen për të përcaktuar prezantimin klinik të mundshëm të COVID-19. Testimi i të porsalindurve në njësinë e kujdesit intensiv do të lejojë caktimin e ndërprerjes së masave paraprake të kontaktit (piklat dhe aerosolet) për pacientët me rezultate negative. Nevoja për testim dhe koha ideale për testim nuk është vendosur akoma. Të dhënat e zbulimit të viruseve janë të kufizuara.

Në vijim rekomandohen të dallohen kolonizimi kalimtarë viral nga infeksioni i vendosur:

- Testi i parë molekular duhet të bëhet brenda 24 orëve të para të lindjes.
- Testi duhet të përsëritet afërsisht 48 orë pas lindjes.
- Për të porsalindurit në gjendje të mirë të përgjithshme të cilët do të dalin nga spitali brenda 48 orëve të lindjes, ky test mund të mos kryhet.
- Sidoqoftë, mundësia e të porsalindurve me rezultate negative brenda 24 orëve nga lindja, nuk mund të përjashtohen, dhe mund të kemi rezultatet pozitive 48 -72 orë të lindjes.

Të porsalindurit që kërkojnë shtrimin në spital duhet të përdoren masat paraprake (kontakti / piklat / aerosolet) deri në gjetjen e dy rezultate negative të testit të paktën 24

orë larg. Për neonatët me rezultate pozitive fillestare të testit CRP, testet e tjera duhet të kryhen në intervalet nga 48 deri në 72 orë derisa të merren dy rezultate të njëpasnjëshme negative.

Vizitat e nënës dhe familjes në spital

Nëna ose baballarë simptomatikë ose ata që kanë pasur kontakt në shtëpi me individë me sindromën e gripit ose pozitive për COVID-19 nuk duhet të vizitojnë të porsalindurit e shtruar në spital deri sa ato bëhen asimptomatike dhe periudha e transmetueshmërisë së COVID-19 ka kaluar.

Ekzaminimi ditor për simptomat respiratore dhe sindromën e gripit rekomandohen për baballarët dhe nënat që vizitojnë të porsalindurit. Në rastet kur babai ose nëna nuk mund të qëndrojnë, familja mund të caktojë një zëvendësues asimptomatik i cili nuk ka kontakt në shtëpi me një individ me sindromën e gripit ose pozitive për COVID-19.

Protokolli i menaxhimit të influenzës te i porsalinduri

Influenza shkaktohet nga virusi i Influenzës të tipit A, B dhe C. Sëmundjet shkaktohen nga virusi i tipit A dhe B dhe antigenet për të dy këto viruse janë të përfshira në vaksinë. Virusi i tipit C shkakton sëmundje të ngjashme me influenzën, por klinikisht të lehtë. Gripi i derrit dhe ai i shpendëve mund të shkaktojë sëmundje me shenja klasike të gripit. Gripi i shpendëve është më i rrallë te bebet, por mund të shkaktojë një spektrum të sëmundjes nga forma e lehtë me prekje të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes deri në komplikacione si sindromi i detresit respirator akut dhe vdekje.

Epidemiologjia

Transmetimi i virusit bëhet nëpërmjet kontaktit të ngushtë të spërklave të pështymës nga njeriu te njeriu, pasi spërklat gjenden në distanca të shkurtra. Virusi nuk e kalon placentën, por foshnja infektohet nëpërmjet sekrecioneve në lindje. Mënyrë tjetër e transmetimit është nëpërmjet duarve të kontaminuara me mukozën e fytyrës së bebit. Ngarkesa virale dhe infektimi janë më të larta brenda 48 orëve të para të shfaqjes së sëmundjes.

Të dhënat klinike

Pjesa më e madhe e bebeve zhvillojnë forma asimptomatike të influenzës. Infeksioni është më pak i zakonshëm në 6 muajt e parë të jetës si rezultat i transmetimit transplacentar të antitropave dhe kalimit të tyre nëpërmjet qumështit të gjirit, por në disa raste influenza karakterizohet nga fillimi i papritur i temperaturës, etheve, sekrecioneve nazale, dobësisë trupore dhe infeksioni mund të jetë i vështirë për tu diferencuar nga sepsisi. Bronkioliti, pneumonia, krupi, apnea, irritabiliteti ose problemet e ushqyerjes mund të jenë shenjat e para të prezantimit klinik. Janë raportuar raste të infektimit me grip në terapi intensive neonatore si pasojë e imunizimit të ulët të personelit shëndetësor. Bebet e lindura nga nëna të infektuara kanë risk për lindje prematurë, peshë të ulët në lindje dhe janë SGA (i vogël për moshën e barrës).

Komplikacionet :

- Pneumoni
- Dehidrim
- Përkeqësim i sëmundjes bashkëshoqëruese si kardiopatia
- Encefalopati
- Infeksionet e veshit
- Vdekja

Diagnostikimi

Testet diagnostike	Koha e përgjigjes	Sensitiviteti	Disponibiliteti
Testi i shpejtë i influenzës	<15 min	10-70%	E gjerë
Testi i shpejtë molekular	<20 min	86-100%	E gjerë
Testi i amplifikimit nukleik (RT-PCR)	1-8 orë	86-100%	E limituar
Imunofluoreshenca direkte/indirekte	1-4 orë	70-100%	E gjerë
Kulturë qelizore e shpejtë	1-3 ditë	100%	E limituar
Kulturë qelizore virale	3-10 ditë	100%	E limituar

Trajtimi

Trajtimi i bebeve duhet filluar sa më shpejt të jetë e mundur pa pritur përgjigjen konfirmuese të testit diagnostik, nëse femija është i hospitalizuar dhe paraqet sëmundje serioze, të komplikuar dhe progresive. Trajtimi duhet filluar dhe te fëmijët me shenja klinike të influenzës që kanë risk të lartë për komplikacione. Efekti maksimal merret nëse mjekimi fillon brenda 48 orëve të para të fillimit të sëmundjes. I vetmi mjekim i lejuar nga FDA në influenzë është përdorimi i Oseltamivirit (inhibitor i neuroaminidazës) në moshë mbi 2 javë dhe terapia zgjat 5 ditë. Vaksinimi është i kundërrindikuar në moshën neonatale.

Këshilla të përgjithshme

- Rekomandohet higjiena e mirë dhe larja e shpeshtë e duarve me sapun ose me pastrues me bazë alkooli.
- Të mbahet maska ose të distancohen në rast të shfaqjes së shenjave klinike të gripit.
- Vaksinimi i nënave shtatëzana në çdo trimestër është i rekomanduar pasi bebi ka nivel të lartë të antitropave nëpërmjet transmetimit nga nëna te fusi.
- Vaksinimi i personelit shëndetësor ose i familjarëve në fëmijët me risk të lartë.

Protokolli i menaxhimit të cCMV(citomegalovirusi kongenital)

Infeksioni kongenital nga CMV është i zakonshëm kudo nëpër botë. Është shkaku kryesor i humbjes së dëgjimit jo të trashëguar dhe mund të shkaktojë çrregullime të neurozhvillimit afatgjatë si: paralize cerebrale, çrregullime intelektuale, prekje të shikimit dhe konvulsione.

Fëmijet me cCMV(kongenital cmv) klasifikohen në bazë të prezencës ose mungesës të simptomave të dukshme në lindje.

Termi ‘simptomatik’ i referohet fëmijëve me një ose më shumë shenja të lidhura me cCMV në lindje dhe kjo kategori referohet si: ‘Sëmundja CMV’.

Termi ‘Neurofenotipi primar’ i referohet pacientëve me manifestime vetëm të sistemit nervor qendror.

Termi ‘asimptomatik’ i referohet pacientëve me të dhëna laboratorike të infeksionit me cCMV, por pa shenja të dukshme klinike në lindje ndonëse disa prej tyre mund të zhvillojnë humbje të dëgjimit ose çrregullime të tjera gjatë jetës.

Termi cCMV me humbje të dëgjimit i referohet fëmijëve që paraqesin vetëm humbje të dëgjimit në lindje, por jo shenja të tjera të infeksionit.

Të dhëna epidemiologjike

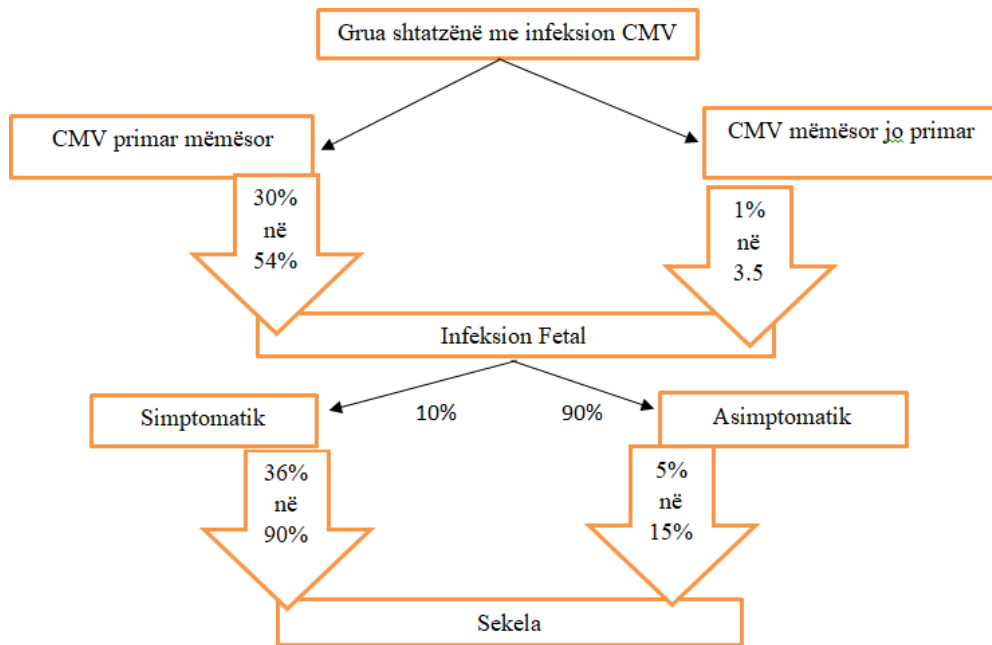
Infeksioni kongenital nga CMV është i kudondodhur në mbarë botën. Transmetimi i infeksionit është horizontal nga njeriu te njeriu , vertikal nga nëna te fëmija dhe nëpërmjet transfuzionit të gjakut, trombocitëve nga një person i infektuar me CMV.

Infeksioni vertikal ndodh:

- in utero,
- në lindje nëpërmjet traktit genital,
- postnatal, nëpërmjet qumështit të gjirit ose
- transfuzionit.

Infeksioni i nënës nga CMV gjatë shtatzanisë ndodh si rezultat i kontaktit të ngushtë me fëmijë, kryesisht që ndjekin çerdhen. Risku i transmetimit vertikal është më i lartë në infeksionet primare gjatë shtatzanisë sesa në infeksionet rekurente. Faktorë të tjerë që lidhen me transmetimin gjatë shtatzanisë janë: moshë e nënës, shtatzania e parë. Fëmijët e lindur nga nëna me infeksion primar CMV janë më të predispozuar të shfaqin shenja dhe simptoma në lindje dhe të vuajnë sekela afatgjata.

Sëmundja mund të ndodhë në foshnja jo të infektuara, por që ushqehen me qumësht gjiri që përmban CMV nga nëna e infektuar. Këto bebe nuk zhvillojnë klinikë të sëmundjes ose sekela si pasojë e antittrupave të transferuara nga nëna. Bebet premature, lindur përpara 32 javëve, me peshë lindje 1500gr kanë risk më të lartë për të zhvilluar sëmundje nga CMV, sesa bebet në term.



1. Klinika

- **In utero**-Fetusi mund të jetë në heshtje i infektuar ose të manifestojë sëmundjen e CMV in utero. Diagnoza dhe menaxhimi i infeksioneve kongenitale fillon kur fetusi është in utero. Të dhënat ekografike mund të jenë kalçifikimet periventrikulare, ventrikulomegalia, anomali të trurit (polimikrogiria, lisencefali), mikrocefali, zorrë hiperekogjene, frenimi i rritjes, ascit dhe /ose efuzion pleural, hepatosplenomegali.

- **Neonati simptomatik:**

- Petekie,
- Ikter në lindje,
- Hepatosplenomegali,
- SGA,
- Mikrocefali,
- Humbje të dëgjimit neurosensorial,
- Hipotoni ose letargji,
- Korioretinitis,
- Kriza konvulsive,
- Anemi hemolitike,
- Pneumoni,
- 8-10% zhvillojnë sëmundje jetë kërcënuese me sepsis,
- Miokardit,

- Prekje multiorganore.
- **Bebe premature:** Prematurët e lindur më pak se 37 javë përbëjnë 25-35% të fëmijëve simptomatik me cCMV.
Prematurët <32 javë me CMV:
 - shfaqin pneumoni,
 - sepsis viral,
 - trombocitopeni dhe
 - koinfeksione të tjera.

Komplikacione të vona

- Humbje të dëgjimit,
- Prapambetje mendore,
- Mikrocefali,
- Strabizëm,
- Sëmundje të dhëmbëve,
- Prekje të shikimit,
- Korioretinitis,
- Paralize cerebrale,
- Crregullime të autizmit.

2. Laboratori

- rritje të transaminazave,
- trombocitopeni,
- rritje të bilirubines direkte dhe indirekte

Më pak të shprehura:

- ✓ anemi hemolitike,
- ✓ neutropeni,
- ✓ limfopeni,
- ✓ limfocitoze,
- ✓ reaksion leukemoid.

Neuroimazheria

- Kalçifikime intrakraniale, më shpesh periventrikulare;
- ventrikulomegali;
- anomali migruese;
- leukomalaci periventrikulare.

Diagnostikimi

Diagnoza laboratorike kryhet nëpërmjet detektimit molekular të CMV në urinë ose pështymë. Preferohet më tepër urina sesa saliva pasi rezultatet false positive janë më të shpeshta në salivë (marrje e pakët e pështymës, kontaminim me qumësht gjiri).

- **PCR-kulturë virale:** Nëpërmjet urinës ose salivës. Brenda 3 javëve të para detekton CMV duke u bazuar në ndryshimet citopatike në kulturën qelizore. Zakonisht është pozitive brenda 1-3 diteve të periudhës së inkubacionit, por mund të duhen deri në 28 dite për të konfirmuar rezultat negative.

Disavantazhi- Kohë e gjatë e detektimit të virusit.

- **Kultura e shpejtë:** Në urinë ose salivë brenda 3 javëve të para të lindje. Identifikim i virusit brenda 24 orëve. Është më e shpejtë, më e thjeshtë, më e lirë se kultura virale. Ka fals pozitivitet. Duhet dhe një test tjetër konfirmues (PCR ose kulturë virale).
- **PCR:** Urinë ose salivë brenda 3 javëve të para të lindjes. Detekton DNA-CMV në urinë ose salivë. Përgjigje e shpejtë, ska nevojë për virus të gjallë për të detektuar CMV, kosto e ulët. Duhet të ripërsëritet testi në rast pozitiviteti.
- **PCR kuantitative** – Gjak i plotë ose plazma. Mat sasinë e DNA-CMV në gjak. Nuk përdoret për vënie diagnoze, por për monitorim të fëmijëve nën terapi. Preferohet më tepër se CMV.
- **CMV antigenemia-** Antigenemia për matjen e viremisë sasiore. Nëpërmjet gjakut detekton **CMV protein pp65** në leukocitet e gjakut periferik.
- **Serologjia:** Nëpërmjet gjakut, jo e rekomanduar për diagnostikim, jo e rekomanduar për diagnostikim rutinë të cCMV. Prania e IGG-ve të CMV te neonati reflekton transmetimin pasiv të antitropave të nënës. Prania e IGM-ve të CMV te neonati është jo sensitive dhe mund të jetë fals negative në 20-50% të fëmijëve të infektuar.

Lloji i Kampionit	Metoda	Koha e vlerësimit	Sens/Spec	Komente	
Diagnoza e infeksionit CMV primar mëmësor					
Serumi	Serologjia: CMV IgG	<16 javë barre	97%–100% / 96%–100%	Demonstrimi i serokonvertimit (IgG nga negative në pozitive) është përcaktues i infeksionit primar	
	CMV IgM		54%–100% / 62%–100%	IgM nuk duhet të përdoren të vetme në diagnozën e infeksionit primar për shkak të sensitivitetit dhe specifitetit të ulët	
	Aviditeti CMV IgG		85%/>90%	Për kampionet IgM dhe IgG pozitive, aviditeti duhet për të determinuar infeksionin primar më të fundit	
Diagnoza e infeksionit CMV kongenital në fetus					
Likidi Amniotik	NAAT	6 javë pas infeksionit maternal >21 javë barre	90%–95%/99%	Lloji i rekomanduar i kampionit për diagnozën e infeksionit fetal	
Gjaku i vileve korionike dhe kordonit umbilical	NAAT	NA	ND	•Alternoni llojin e kampionit për diagnozën e infeksionit fetal •Nuk rekomandohet për shkak të riskut të rritur ndaj fetusit gjatë	

				mbledhjes së kampionit	
Diagnoza e infeksionit CMV kongenital në të porsalindur ose fëmijë më të mëdhenj					
Urinë	NAAT	<3 javësh	98.8%–100.0%/99%	•Kampioni më specifik për diagnozë në periudhën neonatale •Më e vështirë për tu mbledhur se saliva •Duhet të konfirmohet duke testuar një kampion (urine ose salivë) të mbledhur për >3 javë pas lindjes	
Saliva	NAAT	<3 javë jete	97.4%–100.0% / 91.5%–99.9%	•Mungesa e specifitetit për diagnozë në periudhën neonatale për shkak të kontaminimit nga qumështi i gjirit •Lehtësisht për tu përfituar kështu që përdoret si kampion për screening •Mblidhet 1-2 orë pas ushqyerjes me gji •Nëse del pozitive duhet të konfirmohet duke testuar një kampion të ri (urine ose saliva) të mbledhur për >3 javë jete.	
Pikë gjaku e tharë	NAAT	>3 javë jete	34.4%–76.8% /99.9%	•Përdoret për diagnozën retrospektive të infeksionit kongenital me CMV	

				•Sensitiviteti më i ulët se urina ose saliva •Rezultati negativ nuk e përjashton infeksionin kongenital nga CMV	
Gjaku, ngarkesa virale	NAAT	<3 javë jete	ND	•Nuk rekomandohet për skrinimin e infeksionit kongenital me CMV •Sensitivitet i ulët: 10%-20% të të porsalindurve të infektuar me CMV kongenital janë pozitivë •Nëse detektohet në gjak, është diagnostikuese për infeksionin kongenital me CMV •Ka përdorim të limituar në monitorimin e terapisë	
Serum	Serologjia CMV IgG CMV IgM	NA	ND	•Nuk është e dobishme në diagnozën e infeksionit kongenital me CMV •IgG maternale të detektuara deri në 6-12 muaj •Nuk është e dobishme për shkak të mungesës së sensitivitetit dhe specifitetit	

Të dhëna laboratorike

CMV kongenital i vertetuar virologjikisht	• Detektimi i CMV nëpërmjet PCR në urinë, saliva, ose gjak. Brenda 3 javëve të para. • Detektimi i CMV nëpërmjet kulturës virale ose kulturës së shpejtë. • Detektimi i CMV via PCR nëpërmjet skrinitimit të të porsalindurit.
CMV kongenital i mundshëm	• Një ose më shumë se një shenjë dhe simptoma të cCMV • CMV është detektuar në urinë ose salivë (kulturë virale, PCR), ose detektim të CMV- IGG në gjak pas 3 javëve të lindjes.
Jo te infektuar	• CMV nuk është detektuar në urinë ose salivë gjatë periudhës neonatore. • Përgjigjja negative e testeve e përjashton diagnozën. • cCMV mund të përjashtohet përtej periudhës neonatore nëse CMV- IGG është negative.

Vlerësimi i foshnjave pas konfirmimit të diagnozës

- Nëpërmjet vlerësimit neurologjik, fizik, matja e peshës, gjatësia, cirkumferenca e kokës
- Nëpërmjet laboratorit: gjak komplet, funksioni i veshkave dhe mëlçisë, paneli i koagulimit, matja e ngarkesës virale nëpërmjet PCR-së së gjakut ose plazmës
- Nëpërmjet vlerësimit të dëgjimit dhe të shikimit.
- Nëpërmjet neuroimazherisë:
 - ✓ Eko e kokës,

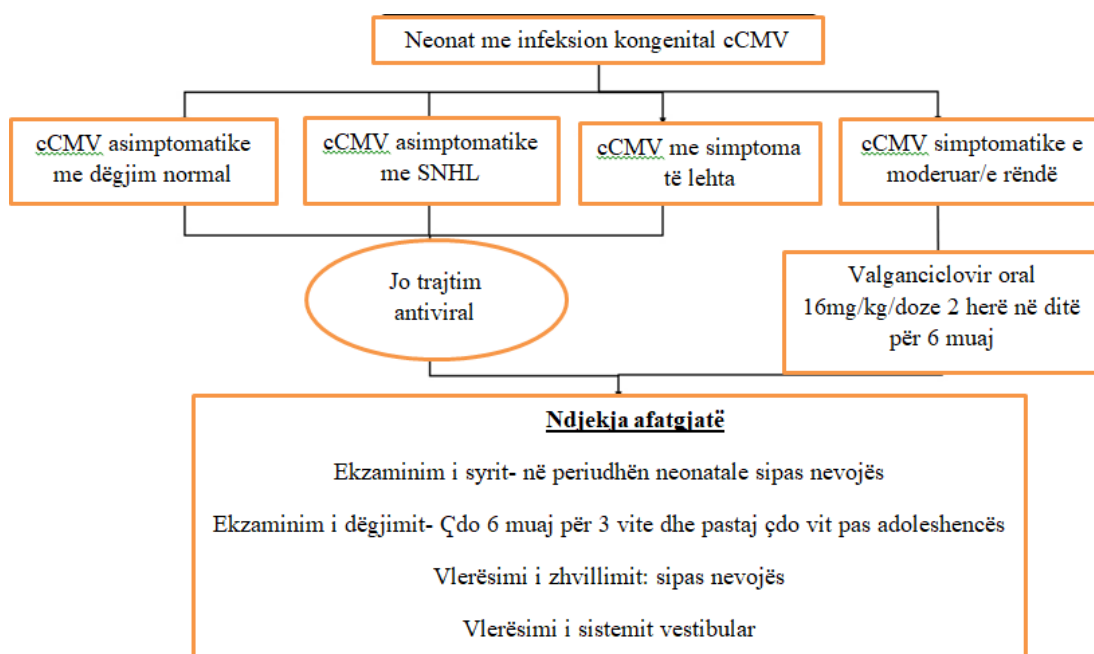
- ✓ MRI,
- ✓ CT koke.

Skrinimi kongenital i CMV

- Identifikimi i hershem i foshnjave që mund të përfitojnë nga terapia antivirale.
- Identifikimi i foshnjave asimptomatikë që janë në risk për dëmtim të dëgjimit.

Trajtimi antiviral

- **TRAJTIMI ANTENATAL:**
Terapia antivirale maternale për të parandaluar transmetimin vertikal.
- **TRAJTIMI POSTNATAL:**
Bazohet në praninë ose mungesën e simptomave dhe gjendjen imune të fëmijes.
- **cCMV SIMPTOMATIK:**
Rekomandohet trajtimi antiviral në pacientët simptomatikë (fëmijët e konfirmuar virologjikisht dhe ata me një ose më shumë prekje organore)
- **FËMIJET ME IMUNODEFICIENCE PRIMARE:**
Terapi antivirale për fëmijet me cCMV dhe imunodeficiencë primare
- **JO terapi antivirale për foshnjat asimptomatike**
- **KOHA E FILLIMIT TË TERAPISË:**
Terapia fillohet brenda 30 ditëve të lindjes, Ganciclovir ose Valganciclovir.



Terapia antivirale fillestare në të porsalindur me infeksion cCMV kongenital

	Agjenti antiviral fillestar i sygjeruar		
	Ganciclovir*	Valganciclovir	Nuk ka indikacion për terapi virale
CMV-simptoma specifike	Simptoma jetë kërcënuese Secila nga të mëposhtmet: -Sindroma virale e ngjashme me sepsisin ▪ Pneumoni ▪ Miokardit ▪ Hepatit i rëndë ▪ Enterokolit ▪ Trombocitopeni e rëndë dhe	Simptoma jo jetë kërcënuese Shembujt përfshijnë: -Mikrocefali ose kalcifikime intrakraniale pa konvulsione ose encefalopati -Ikter ose hepatosplenomegali pa hepatit të rëndë ose trombocitopeni refraktare -Humbje dëgjimi e	Asimptomatike (duke përfshirë skrinimin e shikimit të kryer)

	refraktare -Retinitis shikim- kërcënues	moderuar Simptoma të rënda Të porsalindurit me 1 ose më shumë elemente të listuara në të majtë mund të jenë kandidatë për Valganciclovir oral nëse i plotësojnë kriteret e gjendjeve mjekësore të përgjithshme të listuara më poshtë	
Situatat e përgjithshme mjekësore	Çdonjëra nga të mëposhtmet: -I sëmurë rëndë që kërkon trajtim në RTIN -Kërkon Ventilim Mekanik, CPAP ose shtesë me O2 terapi -NPO -Nuk e toleron ushqyerjen orale -Keqpërthithja	Të gjitha të mëposhtmet: -Ka pamje të mirë ose pak të sëmurë, mund të menaxhohet në sektorin e të porsalindurit ose në shtëpi -Në ajrin e dhomës ose në shtesë të ulët O2 terapie -E toleron ushqyerjen orale -Stabël dhe duke shtuar peshë	Stabël dhe pamje e jashtme e mirë
Statusi i Sistemit Imunitar	Imunodeficienca primare	Imunokompetent	Imunokompetent

Indikatorët e monitorimit

- Përqindja e stafit në dhomën e punës dhe nësinë neonatale janë të trajnuar për praktikat parandaluese infektive duke përfshirë masat shtesë të kërkuara gjatë sezoneve virale dhe situatat pandemike.
- Përqindja e personelit në nësinë neonatale që praktikon higjienën e duarve sipas Standarteve të OBSH-së.
- Përqindja e personelit në nësinë neonatale që mbajnë pajisje mbrojtëse personale siç rekomandohet gjatë sezonit të virozave situatave pandemike.
- Përqindja e pajisjeve neonatale të ripërdorshme të dezinfektuara sipas procedurave standarde.
- Numri i herëve që pastrohen zona klinike neonatale dhe pajisjet neonatale sipas procedurave standarde të funksionimit.
- Përqindja e të gjitha grave HIV-pozitive që kanë lindur në institucionin shëndetësor, të cilat marrin profilaksinë e duhur për të parandaluar transmetimin nga nëna tek fëmija dhe terapinë antiretrovirale sipas udhëzimeve të OBSH-së.
- Përqindja e të gjitha foshnjave të lindura nga nëna të infektuara me HIV, të cilat janë testuar për infeksion HIV brenda tetë javësh nga lindja dhe kanë marrë terapinë e duhur antiretrovirale sipas udhëzimeve të OBSH-së.
- Përqindja e të gjithë të foshnjave 0-28 dite të shtruar në spital me probleme të infeksioneve të virale (te rrugeve të sipërme dhe të poshtme), shkalla e frymëmarrjes dhe ngopja e oksigjenit të të cilëve u monitoruan në mënyrë të përshtatshme.
- Përqindja e të gjithë të foshnjave 0-28 dite të shtruar në spital me probleme të lidhura me infeksionin nga CMV të cilët u monitoruan dhe trajtuan në mënyrë të përshtatshme

Bibliografi

1. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Optimizing antiretroviral therapy in the setting of viral suppression. 2022.
2. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000–2011. *AIDS*. 2014;28(7):1049-1057.
3. Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clin Infect Dis*. 2015;61(11):1715-1725.
4. Sibiude J, Le Chenadec J, Mandelbrot L, et al. Update of perinatal HIV-1 transmission in France: zero transmission for 5,482 mothers on continuous ART from conception and with undetectable viral load at delivery. *Clin Infect Dis*. 2022.
5. Sibiude et al. Zero vertical transmissions from over 5,000 pregnant women with undetectable HIV in France. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2022. Virtual.
6. Myer L, Phillips TK, McIntyre JA, et al. HIV viraemia and mother-to-child transmission risk after antiretroviral therapy initiation in pregnancy in Cape Town, South Africa. *HIV Med*. 2017;18(2):80-88.
7. McCormack SA, Best BM. Protecting the fetus against HIV infection: a systematic review of placental transfer of antiretrovirals. *Clin Pharmacokinet*. 2014;53(11):989-1004.
8. Scott GB, Brogly SB, Muenz D, Stek AM, Read JS, International Maternal Pediatric Adolescent Aids Clinical Trials Group (IMPAACT) P1025 Study Team. Missed opportunities for prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol*. 2017;129(4):621-628.
9. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Optimizing antiretroviral therapy in the setting of viral suppression. 2022.
10. Townsend CL, Byrne L, Cortina-Borja M, et al. Earlier initiation of ART and further decline in mother-to-child HIV transmission rates, 2000–2011. *AIDS*. 2014;28(7):1049-1057.
11. Mandelbrot L, Tubiana R, Le Chenadec J, et al. No perinatal HIV-1 transmission from women with effective antiretroviral therapy starting before conception. *Clin Infect Dis*. 2015;61(11):1715-1725.
12. Sibiude et al. Zero vertical transmissions from over 5,000 pregnant women with undetectable HIV in France. Presented at: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2022.
13. Myer L, Phillips TK, McIntyre JA, et al. HIV viraemia and mother-to-child transmission risk after antiretroviral therapy initiation in pregnancy in Cape Town, South Africa. *HIV Med*. 2017;18(2):80-88.
14. McCormack SA, Best BM. Protecting the fetus against HIV infection: a systematic review of placental transfer of antiretrovirals. *Clin Pharmacokinet*. 2014;53(11):989-1004.

15. Scott GB, Brogly SB, Muenz D, Stek AM, Read JS, International Maternal Pediatric Adolescent Aids Clinical Trials Group (IMPAACT) P1025 Study Team. Missed opportunities for prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol.* 2017;129(4):621-628.
16. World Health Organization, UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2017.
17. World Health Organization. WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.
18. World Health Organization. Clinical management of COVID-19: Interim guidance (27 May 2020). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2020.
19. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for .Disease Control and Prevention. *JAMA.* Published online February 24, 2020.
20. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, Simoes EAF, Madhi SA, Gessner BD, et al. Global, Regional, and National Disease Burden Estimates of Acute Lower Respiratory Infections Due to Respiratory Syncytial Virus in Young Children in 2015: A Systematic Review and Modelling Study. *Lancet* (2017) 390(10098):946–58.
21. Plotkin SA OW, Offitt PA, Edwards KMRK. Respiratory Syncytial Virus Vaccines. Philadelphia (2018).
22. Hall CB. Respiratory Syncytial Virus and Parainfluenza Virus. *N Engl J Med* (2001) 344(25):1917–28.
23. Glezen WP, Taber LH, Frank AL, Kasel JA. Risk of Primary Infection and Reinfection With Respiratory Syncytial Virus. *Am J Dis Child* (1986) 140(6):543–6.
24. Leader S, Kohlase K. Respiratory Syncytial Virus-Coded Pediatric Hospitalizations, 1997 to 1999. *Pediatr Infect Dis J* (2002) 21(7):629–32.
25. Arriola CS, Kim L, Langley G, Abderson EJ, Openo K, Martin AM, et al. Estimated Burden of Community-Onset Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalizations Among Children Aged <2 Years in the United States, 2014-15. *J Pediatr Infect Dis Soc* (2020) 9(5):587–95.
26. Hall CB, Weinberg GA, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, Schultz AF, et al. Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalizations Among Children Less Than 24 Months of Age. *Pediatrics* (2013) 132(2):e341-8.
27. Hall CB, Weinberg GA, Iwane MK, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, et al. The Burden of Respiratory Syncytial Virus Infection in Young Children. *N Engl J Med* (2009) 360(6):588–98.

28. Rha B, Curns AT, Lively JY, Campbell AP, Englund JA, Boom JA, et al. Respiratory Syncytial Virus–Associated Hospitalizations Among Young Children: 2015–2016. *Pediatrics* (2020) 146(1):e20193611.
29. Rose EB, Wheatley A, Langley G, Gerber S, Haynes A. Respiratory Syncytial Virus Seasonality - United States, 2014-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* (2018) 67(2):71–6.
30. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med* (2016) 374(1):62–72.
31. Barr R, Green CA, Sande CJ, Drysdale SB. Respiratory Syncytial Virus: Diagnosis, Prevention and Management. *Ther Adv Infect Dis* (2019) 6:2049936119865798.
32. Fauroux B, Simões EAF, Checchia PA, Paes B, Figueras-Aloy J, Manzoni P, et al. The Burden and Longterm Respiratory Morbidity Associated With Respiratory Syncytial Virus Infection in Early Childhood. *Infect Dis Ther* (2017) 6(02):173–97.
33. Baraldi E, Bonadies L, Manzoni P. Evidence on the Link Between Respiratory Syncytial Virus Infection in Early Life and Chronic Obstructive Lung Diseases. *Am J Perinatol* (2020) 37:S26–30.
34. Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM, Wrinkler-Seinstra PL, Meijer A, Kimpfen JLL, et al. Dutch Rsv Neonatal Network Respiratory Syncytial Virus and Recurrent Wheeze in Healthy Preterm Infants. *N Engl J Med* (2013) 368(19):1791–9.
35. Mochizuki H, Kusuda S, Okada K, Yoshihara S, Furuya H, Simões EAF. Scientific Committee for Elucidation of Infantile Asthma. Palivizumab Prophylaxis in Preterm Infants and Subsequent Recurrent Wheezing: Six-Year Follow-Up Study. *Am J Respir Crit Care Med* (2017) 196(01):29–38.
36. Stein RT, Sherrill D, Morgan WJ, Holberg CJ, Halonen M, Taussig LM, et al. Respiratory Syncytial Virus in Early Life and Risk of Wheeze and Allergy by Age 13 Years. *Lancet* (1999) 354:541–10.
37. Sigurs N, Aljassim F, Kjellman B, et al. Asthma and Allergy Patterns Over 18 Years After Severe RSV Bronchiolitis in the First Year of Life. *Thorax* (2010) 65(12):1045–52.
38. Chawes BLK, Poorisrisak P, Johnston SL, Bisgaard H. Neonatal Bronchial Hyperresponsiveness Precedes Acute Severe Viral Bronchiolitis in Infants. *J Allergy Clin Immunol* (2012) 130:354:e–61.
39. Sande CJ. Implementation Strategies for Passive Respiratory Syncytial Virus Immunisation. *Lancet Infect Dis* (2021) 21(9):1200–1.
40. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases . Updated Guidance for Palivizumab Prophylaxis Among Infants and Young Children at Increased Risk of Hospitalization for Respiratory Syncytial Virus Infection. *Pediatrics* (2014) 134(2):e620-38. doi: 10.1542/peds.2014-1666
41. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2016. *Natl Vital Stat Rep* (2018) 67(1):1–55.

42. Eichinger KM, Kosanovich JL, Lipp M, Empey KM, Petrovsky N. Strategies for Active and Passive Pediatric RSV Immunization. *Ther Adv Vaccines Immunother* (2021) 9:2515135520981516.
43. Malek A, Sager R, Kuhn P, Nicolaides KH, Schneider H. Evolution of Maternofetal Transport of Immunoglobulins During Human Pregnancy. *Am J Reprod Immunol* (1996) 36(5):248–55.
44. Etti M, Calvert A, Galiza E, Lim S, Khalil A, Le Doare K, et al. Maternal Vaccination: A Review of Current Evidence and Recommendations. *Am J Obstet Gynecol* (2021) 226(4):459–74.