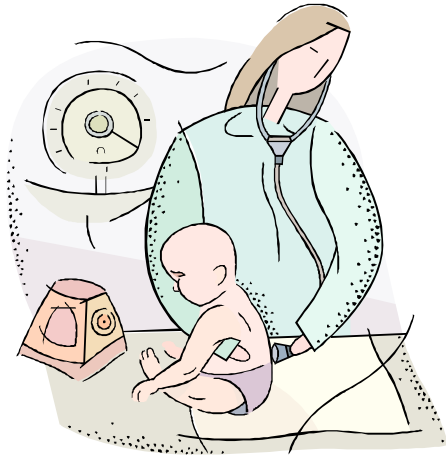


RISCHI DI NATURA INFETTIVA NELLE DONNE CHE OPERANO IN SANITÀ



PREMESSA

Le malattie infettive contratte in gravidanza possono avere notevoli ripercussioni sull'andamento della stessa, gli effetti di una malattia possono essere:

- ♦ un aggravamento della malattia infettiva;
- ♦ ripercussioni sfavorevoli sull'andamento della gravidanza (aborto, morte intrauterina del feto, parto anticipato. Si dovranno considerare le condizioni generali di salute della donna in esame ed il suo stato immunitario rispetto ad alcuni agenti per cui si realizza un'immunità permanente. pretermine);
- ♦ embriopatie, fetopatie o nanopatie infettive causate ad esempio da alcuni virus (rosolia, morbillo, parotite, citomegalovirus, herpes virus, influenza, epatiti, ADIS).

Il rischio di contaminazione infettiva deve essere valutato caso per caso, tenendo conto della natura, del grado e della durata dell'esposizione.

INFEZIONE DA ROSOLIA

Riguardo al rischio delle infezioni nosocomiali occupazionali sullo stato di salute della donna, con particolare riguardo per la sfera riproduttiva e gli eventuali effetti sul

nascituro, in primo luogo si identifica nella rosolia quella identità etiologica, immunologia e clinica responsabile, com'è noto, di malformazioni fetali per trasmissione del virus della madre attraverso la placenta. Ai fini preventivi, attraverso la vaccinazione verso il virus della rosolia di tutta la popolazione infantile, si possono ottenere ottimi risultati, mentre la strategia selettiva, la quale limita la vaccinazione soltanto alle bambine in età prepubere, in vista delle future gravidanze, permette la circolazione del virus selvaggio della rosolia nei bambini di sesso maschile e cioè in larghissima fascia popolazione, che rimane esposta al rischio di infezioni, e non garantisce l'eradicazione del virus e della malattia.

INFEZIONE DA VARICELLA (VZV)

Le infezioni da virus della varicella-herpes zoster (VSZ), nelle loro manifestazioni nosologiche, varicella ed herpes zoster, hanno assunto una loro rilevanza, anche per le complicanze alle quali possono andare incontro. La varicella in gravidanza è gravata da una elevata incidenza di complicazioni materne, principalmente polmonite, che in alcune casistiche colpisce fino a un terzo delle donne e può essere causa di morte; tuttavia, recenti valutazioni fanno ritenere che questi rischi siano stati molto sovrastimati perché i casi non complicati tendono ad essere segnalati più raramente. Se contratta nelle settimane intorno al parto, il virus può causare varicella neonatale, che è gravata da una mortalità fino al 30% dei casi. In particolare, il rischio di infezione, di sintomatologia clinica e di malattia grave è particolarmente elevato se l'esantema compare nei 7 giorni precedenti e successivi al parto, mentre decresce progressivamente allontanandosi da questo periodo. Il rischio di sindrome da varicella congenita, legata all'infezione contratta nel I o II trimestre (ed in particolare tra la 10° e la 20° settimana), è invece relativamente basso (1-3%). La sindrome può comprendere microftamia, cataratta, corioretinite, sindrome do corner, microcefalia, atrofia corticale, encefalite, ritardo della crescita intruterina, ipoplasia degli arti, dita rudimentarie, atrofia muscolare, disfunzione degli sfinteri e cicatrici

cutanee. Da ultimo, i neonati di madri che hanno contratto la varicella in gravidanza non sembra comportare alcun rischio di varicella neonatale, sindrome da varicella congenita o zoster in età pediatrica.

Tutto ciò giustifica, per il personale sanitario femminile a rischio, l'interesse per misure preventive di vaccinazione, oggi possibile ancorché tuttora in discussione per taluni suoi aspetti.

INFEZIONE DA HIV

Gli studi epidemiologici condotti in questi anni hanno accertato il rischio di infezioni occupazionali da HIV, anche se esso appare ridotto in confronto con gli altri rischi di infezione. Rimane da sottolineare la gravità dell'infezione da HIV soprattutto in donne in età fertile con possibilità, in caso di gravidanza, del contagio prenatale o peri-partum. Sotto il profilo infettivologico, la prognosi dei bambini, nati da madre HIV sieropositiva, è spesso sfavorevole. Complessivamente si ritiene infatti che circa la metà di tutti i nati risulta portatrice dell'infezione, mentre circa il 20% può sviluppare la sindrome da immunodeficienza acquisita nel primo anno di vita. Gravi interrogativi permangono anche sui bambini che apparentemente non hanno contratto infezione e non mostrano segni di immunodeficienza dopo il diciottesimo mese di vita. Le norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie dovranno pertanto essere attuate con ogni scrupolo, tenendo in particolare considerazione quegli ambienti o quelle situazioni più a rischio (sale parto, laboratori, gabinetti di odontoiatria, ecc.).

INFEZIONE DA HBV

Anche se non presenta particolari aspetti clinici e di decorso, è bene tenere presente che l'epatite in gravidanza comporta una più elevata gravità (10 volte superiore alla norma). Per il feto non sembra vi siano rischi di malformazioni. Di conseguenza è sempre necessario il controllo di tutti markers specifici. La trasmissione dell'epatite al feto può avvenire solo al momento del parto, mentre

difficile per via transplacentare. Subito dopo la nascita, e non oltre 12 ore, si devono somministrare al neonato immunoglobuline specifiche 0,5 ml/kg di peso per via intramuscolare, ed entro 7 giorni dalla nascita la prima dose di vaccino, seguita dalla seconda dopo un mese e dalla terza dopo un altro mese (0-1-2 mesi). La presenza di anti-HBs a titolo superiore a 10 mUI/ml indica buona protezione. Qualora non si raggiunga tale valore vuol dire che il bambino non è del tutto protetto, per cui a sei mesi occorre fare un'altra dose di vaccinazione.

INFEZIONE DA MORBILLO

L'introduzione della vaccinazione contro il morbillo in molti paesi industrializzati ha cambiato l'epidemiologia della malattia, che in passato colpiva quasi esclusivamente i bambini, mentre al giorno d'oggi è diventata più comune negli adulti. Benché la circolazione del virus nella popolazione possa essere estremamente ridotta dai programmi di vaccinazione, la maggior parte delle donne in età riproduttiva non sono vaccinate e, se non hanno contratto il morbillo in età pediatrica, possono contrarlo per l'esposizione ad un occasionale fonte di contagio. In era prevaccinica, la prevalenza del morbillo in gravidanza era di circa 5 casi su 100.000 gravidanze, mentre la prevalenza attuale non è nota. Il morbillo può essere particolarmente grave nelle gestanti, con un'elevata incidenza di complicazioni polmonari che possono portare a morte materna. Il morbillo è inoltre gravato da un'elevata incidenza di aborto, parto pretermine e morte intrauterina. Tali eventi avvengono in genere entro 2 settimane dall'insorgenza della sintomatologia clinica. I bimbi di madri che hanno contratto il morbillo in epoca peripartale possono avere la malattia clinica nel periodo neonatale. Anche se sono stati riportati casi di anomalie congenite nei figli di madri con morbillo in gravidanza, la loro eterogeneità ed il tipo di malformazione in relazione all'età gestazionale al momento dell'infezione sembrano escludere ogni nesso di causalità. Il ricorso all'interruzione di gravidanza per il morbillo sembra quindi ingiustificato. Al contrario, poiché le immunoglobuline risultano efficaci

contro il morbillo, la loro somministrazione alle donne gravide entro 6 giorni dall'esposizione al contagio ed ai neonati di madri con morbillo in gravidanza è altamente raccomandata. Potrebbe risultare anche opportuno associare alla vaccinazione per la rosolia quella per il morbillo nelle donne in età riproduttiva che risultano non immuni.

TABELLA AGENTI DI ESPOSIZIONE

Agente d'esposizione	Reparti più a rischio	Possibili effetti sulla funzione riproduttiva	Possibili effetti sulla prole
rosolia	pediatria	Aborti spontanei	Nascite premature
morbillo	pediatria	Aborti spontanei	Nascite premature
HBV HIV	tutti	Vedi relazione	Vedi relazione
Varicella (VZV)	pediatria	Vedi relazione	Vedi relazione

in cui si conosce o si sospetta un'infezione da parte di un patogeno epidemiologicamente importante

NOTA:

L'argomento trattato è molto vasto, essendo questa una scheda sintetica siamo a disposizione per darvi il materiale per approfondire in modo dettagliato altri punti, ad esempio:

1. tutte le indicazioni contenute nelle precauzioni universali.
2. Elenco dei reparti ad alto rischio infettivo sia per il paziente che per l'operatore sanitario.
3. Approfondimenti sulle malattie infettive trattate su questa scheda.

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO BIOLOGICO

Le esigenze attuali per prevenire la diffusione occupazionali di patogeni a trasmissione ematica sono state espresse nelle **precauzioni universali e precauzioni standard** pubblicate per la prima volta nel 1985 dai Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta (CDU-USA), successivamente aggiornate nel 1987 e 1988, e introdotte in Italia nel 1989 con emanazione delle linee guida di comportamento per OS (inclusi studenti, frequentatori e tirocinanti). Queste precauzioni sono depositate da leggi. Nel 1995 i CDC hanno rivisto e aggiornato ulteriormente le linee guida da loro elaborate, queste contengono due campi di applicazione:

precauzioni standard si applicano a tutte le persone assistite, indipendentemente dalla diagnosi e dal sospetto di infezione. Devono essere usate in caso di contatto con sangue o altri liquidi organici, secrezioni, escrezioni, cute non integra e mucose.

1. **Precauzioni da adottare in aggiunta alle precauzioni standard**, nei pazienti

