„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE

ASISTENȚA PRENATALĂ ÎN SARCINA NORMALĂ

Pentru mai multe detalii: https://www.eeagrants.ro, https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european” finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021
Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Programul „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European”

Proiectul PDP 1 “Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

Ghid de prevenție pentru medicul de familie

Asistența prenatală în sarcina normală

București
2023

Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european”

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”

Bulevardul Lacul Tei 120, 20382, București

https://www.insmc.ro/

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și/sau tutorele sau îngrijitorul lor.

Coordonatori:

Dumitru MATEI

Michaela NANU

Autori:

Oana Daniela TOADER

Călin POPOVICI

Cristina Cornelia ISAR

Alma ȘTEFĂNESCU

Ileana BRÎNZĂ

Au colaborat:

Andrei KOZMA

Corina Aurelia ZUGRAVU

Prof. Univ. Dr. Dumitru Matei - medic, expert INSMC

CS I dr. Michaela Nanu, medic, expert INSMC

Conf. Univ. Dr. Oana Daniela Toader - medic, expert INSMC

CS III Dr. Călin Popovici - medic, expert INSMC

Dr. Cristina Cornelia Isar - medic, expert INSP

CS Dr. Alma Ștefănescu - medic, expert INSMC

Dr. Ileana Brînză - medic, expert INSMC

CS II Dr. Andrei Kozma - medic, expert INSMC

Conf. Univ. Dr. Corina Aurelia Zugravu - expert INSP

Tehnoredactare: Ioana Nanu, Raflo Florin Radu.

Print: Tipografia București

ISBN: 978-606-610292-6

Material realizat în cadrul proiectului PDP 1 „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)” finanțat prin Mecanismul Financiar SEE 2014-2021, în cadrul Programului „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European”.

Iannuarie 2023, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor SEE 2014-2021. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile SEE accesați

https://www.eeagrants.ro/ și http://www.ro-sanatate.ms.ro/index.php/ro/

CUPRINS

CAPITOLUL 1. INTRODUCERE 5

1.1. Contextul actual în România 5

1.2. Importanța ghidului 6

1.3. Metodologia de elaborare a ghidului 6

CAPITOLUL 2. DEFINIȚIA TERMENILOR 8

CAPITOLUL 3. RISCUL ÎN SARCINĂ/SARCINA ȘI RISCUL 9

CAPITOLUL 4. BENEFICIILE ÎNGRIJIRII PRENATALE 9

CAPITOLUL 5. DIAGNOSTICUL DE SARCINĂ 9

CAPITOLUL 6. CONSULTAȚIA PRENATALĂ 10

6.1. STRUCTURA CONSULTAȚIILOR PRENATALE - TABEL SINTETIC 11

6.2. RECOMANDĂRI PRIVIND CONSULTAȚIA PRENATALĂ 13

A. RECOMANDĂRI PRIVIND EVALUAREA MATERNO-FETALĂ 14

A1. NUMĂRUL VIZITELOR DE MONITORIZARE 14

A2. CONSULTAȚIA CLINICĂ 15

2.1. ANAMNEZA

- evaluarea factorilor de risc și decizia de încadrare în sarcina cu risc scăzut sau sarcina cu risc înalt 15

2.2. EXAMENUL CLINIC 16

2.1. Monitorizarea greutății corporale 17

2.2. Monitorizarea tensiunii arteriale 17

2.3. Monitorizarea creșterii fetale - înălțimea fundului uterin 18

2.4. Monitorizarea poziției fătului 18

2.5. Monitorizarea mișcărilor fătului 18

2.6. Monitorizarea bătăilor cordului fetal (BCF) 19

2.7. Examenul genital 19

2.3. INVESTIGAȚII 19

A. Examenul ecografic 19

A3. SCREENINGURI ÎN SARCINĂ 21

3.1. SCREENINGUL ANEMIEI 21

3.2. SCREENINGUL HTA ÎN SARCINĂ 22

3.3. SCREENINGUL PROTEINURIEI 22
3.4. SCREENINGUL TULBURĂRILOR GLICEMICE 23
3.5. SCREENINGUL VIOLENȚEI PARTENERULUI INTIM (VPI) 24
3.6. SCREENINGUL DEPRESIEI 25
3.7. SCREENINGUL INCOMPATIBILITĂȚII ÎN SISTEM RH/ABO 25
3.8. SCREENINGUL INFECȚIILOR 27
3.8.1. De rutină 27
a. Infecția cu virus hepatitic B - VHB 27
b. Infecția cu virus hepatitic C - VHC 27
c. Infecția HIV la gravidă 28
d. Sifilisul 28
e. Rubeola 29
f. Bacteriuria asimptomatică 29
g. Infecția cu Streptococ Grup B Hemolitic 29
3.8.2. La persoanele cu risc crescut 30
a. Infecția cu Chlamydia 30
b. Herpesul 30
c. Toxoplasmoza 30
d. Infecția cu citomegalovirus (CMV) 30
3.9. TESTAREA FUNCȚIEI TIROIDIENE 31
3.10. STATUSUL VITAMINEI D 31
3.11. SCREENINGUL ANOMALIILOR FETALE 32
B. INTERVENȚII PRIVIND STILUL DE VIAȚĂ 34
B1. INTERVENȚII PRIVIND ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ 34
B2. INTERVENȚII PRIVIND ACTIVITATEA FIZICĂ 37
B3. INTERVENȚII PRIVIND FUMATUL 39
B4. INTERVENȚII PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL 41
B5. INTERVENȚII PRIVIND CONSUMUL DE MEDICAMENTE 42
B6. CONSILIERE PRIVIND ALTE SITUAȚII ÎN SARCINĂ 42
B7. SUPLIMENTELE ALIMENTARE 43
B.7.1 SUPLIMENTE DE ACID FOLIC ȘI FIER 43
B.7.2 SUPLIMENTE DE CALCIU 44
B.7.3 SUPLIMENTE CU MICRONUTRIENȚI 44
B.7.4 SUPLIMENTAREA CU VITAMINELE B, C și E 45
B.7.5 SUPLIMENTAREA CU VITAMINA D 45

C. MĂSURI PREVENTIVE 46

C1. ANTIBIOTERAPIA ÎN BACTERIURIA ASIMPTOMATICĂ (BAS) 46

C2. PROFILAXIA CU IMUNOGLOBULINĂ ANTI-D 46

D. INTERVENȚII PENTRU SIMPTOMELE FIZIOLOGICE COMUNE ÎN SARCINĂ 47

D.1 GREȚURI ȘI VĂRSĂTURI 47

D.2 PIROZIS 48

D.3 CONSTIPAȚIE 48

D.4 HEMOROIZI 49

D.5 DUREREA PELVINĂ ȘI LOMBARĂ JOASĂ 49

D.6 POLAKIURIA 49

D.7 VARICE (membrelor inferioare și/sau vulvare) 50

D.8 CRAMPE ALE MEMBRELOR INFERIOARE 50

D.9 LEUCOREE 50

D.10 OBOSEALA ȘI SOMNOLENȚA 50

E. INTERVENȚII ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA ȘI ASIGURAREA CALITĂȚII ÎNGRIJIRILOR 51

ANEXE 51

ABREVIERI

Ag HBs	Antigenul de suprafață al virusului hepatitei B	**Kg**	Kilogram
AHC	Antecedente heredocolaterale	**MAF**	Mișcări active fetale
AP	Activitate de protrombină	**MCP**	Memo (istoric) consultație prenatală
APP	Antecedente personale patologice	**MF**	Medic de familie
APOG	Antecedente patologice obstetricale și ginecologice	**m**	Metru
APTT	Timpul de tromboplastină parțial activat	**m^2**	Metru pătrat
ATI	Anestezie terapie intensivă	**Nec**	Necăsătorit/ă
AUP	Apoplexie utero-placentară	**OG**	Obstetrică-Ginecologie
BCF	Bătăile cordului fetal	**ORL**	Otorinolaringologie
Căs	Căsătorit/ă	**Pb**	Plumb
Cal	Calorii	**Rh**	Rhesus
CMV	Cytomegalovirus	**ROC**	Risc obstetrical crescut
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate	**RUA**	Reproducere umană asistată
CN-CAPVI	Comitetul Național de Coordonare a Activităților privind Vaccinarea	**SA**	Săptămâni de amenoree
CNP	Cod numeric personal	**Sdr**	Sindrom
DPN	Data probabilă a nașterii	**SGB**	Streptococ de grup B
DP-NUM	Data probabilă a nașterii în funcție de ultima menstruație	**SOGR**	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
DPP	Decolare prematură de placentă	**TA**	Tensiune arterială
DTPa	Vaccin Difetro-Tetanic-Pertusis-Acelular	**TIS**	Test imunologic de sarcină
G	Gram	**TGO**	Aspartataminotransferază
Hg	Mercur	**TGP**	Alaninaminotransferază
HCG	Gonadotropina corionică umană	**Trim**	Trimestru
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane	**TSH**	Hormon de stimulare tiroidiană
HTA	Hipertensiune arterială	**TV**	Tușeu vaginal
IMC	Indice de masă corporală-greutatea (kg)/ înălțime (m)	**UI**	Unități Internaționale
INSMC	Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului	**VDRL**	Veneral Disease Research Laboratory
LCC	Lungimea cranio-caudală a fătului	**WHO**	World Health Organization (Organizaţia Modială a Sănătăţii)
TN	Translucența nucală	**z**	Zile

CAPITOLUL 1. INTRODUCERE

1.1. Contextul actual în România

Asigurarea stării de sănătate a gravidei și copilului este o prioritate a politicilor de sănătate în România, această componentă fiind parte integrantă a strategiei pentru Sănătate 2014 -2020 și a propunerilor până în anul 2030.

Programele de sănătate ale Ministerului Sănătății privind femeia și copilul includ intervenții în domeniul sănătăţii reproducerii având ca teme prioritare planificarea familială, îngrijirea prenatală a gravidei, screeningul prenatal al bolilor genetice, profilaxia izoimunizării în sistem Rh, elaborarea unor studii care să identifice și să analizeze factorii determinanți și riscul pentru morbiditate și mortalitate la gravidă și copil.

În pofida includerii acestor intervenții într-o structură programatică complexă, derulată de un număr semnificativ de ani, rezultatele obţinute sunt suboptimale în multe arii de acțiune, fapt reflectat de aspectul nefavorabil al indicatorilor epidemiologici relevanți: mortalitatea maternă, incidența sarcinii în adolescență, utilizarea serviciilor de asistență prenatală.

Mortalitatea maternă

Statisticile[1] arată că, în anul 2020, numărul total al deceselor materne a crescut la 32 de cazuri (17.9 la 100.000 născuţi vii) faţă de 20 de cazuri (9.8 la 100.000 născuţi vii) în anul 2019, în timp ce numărul deceselor prin risc obstetrical direct a fost de 10.6 la 100.000 născuţi vii, față de 3.7 la 100.000 născuţi vii în 2019. Acest trend este posibil legat de contextul epidemic COVID 19. În Europa Vestică, majoritatea deceselor materne sunt prin risc obstetrical indirect (boli ale mamei care au complicat sarcina și lăuzia).

Sarcina la adolescente

România, conform UNICEF,[2,3] este printre primele două țări (alături de Bulgaria) cu cele mai mari rate ale nașterilor în rândul adolescentelor în vârstă de 15-19 ani (34 nașteri la 1.000 de femei), cu o pondere de trei ori mai mare decât media țărilor Uniunii Europene.

Regretabilă este și prevalența crescută a nașterilor la adolescentele sub 15 ani, în procent de 4% din totalul nașterilor la adolescente, ținând cont că sarcina la minore înseamnă un risc mai mare de naștere prematură, greutatea mică la naștere și afecțiuni neonatale severe.

UTILIZAREA SERVICIILOR DE ASISTENȚĂ PRENATALĂ

Studiile[2] au arătat că identificarea riscului în sarcină, asigurarea unor intervenții adecvate riscului decelat, consilierea, educația pentru sănătate și promovarea sănătății în cadrul unor servicii de asistență prenatală, toate contribuie la un parcurs normal al sarcinii și la nașterea de copii sănătoși.

În România, 78 % dintre femeile gravide nu au beneficiat de servicii prenatale adecvate**.** Utilizarea inadecvată a serviciilor prenatale s-a asociat cu o stare de „vulnerabilitate” crescută a gravidelor respective, generată în principal de factori socio-economici și educaționali: statut socio-economic scăzut, mama necăsătorită, nivel educațional scăzut, rezidența în zona rurală, paritate crescută.[4]

Mai mult, studiile au relevat faptul că acest fenomen este în creștere: în timp ce în anul 2016, 7,1% (6,1% în rural și 8% în urban) dintre femeile gravide nu au fost luate în evidența medicului de familie, în anul 2019, 27,06% dintre nașteri (50.912 născuţi vii din totalul de 188.135 născuţi vii) s-au înregistrat la femei fără niciun control prenatal.[5]

Importanța asistenței prenatale este reflectată și de corelația negativă dintre decesele materne și serviciile acordate gravidei în cursul sarcinii. Astfel, din totalul celor 12 gravide care au decedat în anul 2020 prin risc obstetrical, 5 gravide nu au fost luate în evidență și la 4 cazuri informația nu a fost specificată.[6]

1.2 IMPORTANTA GHIDULUI

Prezentul material vine în întâmpinarea nevoilor medicilor de familie de a recunoaște, înțelege și a răspunde adecvat la problemele legate de îngrijirea femeii gravide, printr-o practică unitară și actualizată, bazată pe dovezi științifice relevante[7,8,9] (din ghidurile clinice și literatura de specialitate internațională și națională).

De reținut!

Materialul prezentat se referă la detectarea riscurilor și prevenirea apariției afecțiunilor corespondente, prin *consultația prenatală de rutină*. Tratamentul sarcinii cu risc crescut și managementul ulterior al unor complicații sau boli coexistente revine medicului specialist de obstetrică-ginecologie singur sau în colaborare cu alte specialități.

Ghidul stabilește cadrul conceptual și științific care stă la baza definirii mai clare a limitelor de intervenție a medicului de familie și a oportunității trecerii de la un nivel de îngrijire de bază, la cel oferit de specialistul în obstetrică-ginecologie, respectiv la modalitățile de asigurare a continuității îngrijirii de la un nivel la altul.

Deși gândit pentru medicii de familie, aceste material poate fi util, integral, sau doar pe anumite componente și altor profesioniști implicați în supravegherea sarcinii: moașelor, asistentelor medicale comunitare, specialiștilor în obstetrică, în medicina de laborator sau altor specialități, în contextul colaborării interdisciplinare.

Documentul poate fi parcurs și de gravide, asociații de pacienți, oferind acestora o mai bună înțelegere a bazei recomandărilor medicale, facilitând în acest mod participarea acestora la decizia informată.

Recomandările acestui ghid pot fi de interes și pentru actorii publici relevanți în dezvoltarea politicilor de sănătate din domeniul mamei și copilului, la nivel local și/sau național, cât și personalului academic implicat în formarea profesioniștilor din sănătate.

1.3. METODOLOGIA DE ELABORARE A GHIDULUI

Ghidul a fost elaborat de către o echipă multidisciplinară de experți în obstetrică-ginecologie, medicină de familie, neonatologie și sănătate publică, specialiști cu experiența în redactarea ghidurilor, protocoalelor și metodologiilor de practică medicală.

Pentru structurarea materialului s-a agreat în consens folosirea metodei ADAPTE,[10] care presupune analiza ghidurilor de practică medicală și a studiilor relevante pe plan național și internațional și adaptarea conținutului acestora la contextul populației și legislației în vigoare din România.

S-a construit un cadru tematic al ghidului și au fost stabilite criteriile de includere în analiza documentației științifice naționale și internaționale.

Din documentația științifică agreată de către echipa de experți, au fost extrase recomandările de practică care au răspuns la întrebările clinice considerate relevante pentru medicii de familie. Recomandările au fost structurate pe capitole conform ghidului OMS[7] și respectând fluxul consultației prenatale.

Recomandările au fost clasificate/reclasificate folosind sistemul/abordările GRADE[11] (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), luând in considerare nivelul dovezilor din documentele sursă analizate. Recomandările formulate sunt grupate în recomandări puternice (1) și recomandări condiționale (2), având ca suport dovezi de calitate înaltă (A), medie (B) şi joasă (C), conform tabelului de mai jos.

Tabel nr. 1 - Sistemul de gradare a recomandărilor conform GRADE[11] (adaptat)

Gradul Recomandării	Claritate risc/ beneficiu	Calitatea dovezilor (pe care se sprijină recomandarea)	Implicații
1A. Recomandare puternică. Dovezi de înaltă calitate	Beneficiile sunt în mod clar mai mari decât riscurile și dezavantajele cumulate: costuri și inconveniente, sau invers.	Dovezi coerente din studii randomizate bine realizate, trialuri controlate sau dovezi incontestabile în altă formă. Este puțin probabil ca cercetări suplimentare să ne schimbe încrederea în legătură cu estimarea beneficiilor și riscurilor.	Recomandare puternică, se poate aplica la majoritatea pacienților, în cele mai multe cazuri, fără rezervă.
1B. Recomandare puternică. Dovezi de o calitate moderată.	Beneficiile depășesc în mod clar riscurile și dezavantajele cumulate: costuri și inconveniente, sau invers.	Dovezi din studii randomizate, controlate cu limitări importante (rezultate inconsistente, probleme de metodologie, indirecte sau imprecise) sau dovezi foarte puternice de alte tipuri. Cercetări suplimentare (dacă s-ar efectua) ar putea avea un impact asupra încrederii noastre în estimarea beneficiilor și riscurilor și ar putea modifica estimarea.	Recomandare puternică, se poate aplica la majoritatea pacienților.
1C. Recomandare puternică. Dovezi de calitate scăzută	Beneficiile par să depășească riscurile și dezavantajele cumulate: costuri și inconveniente, sau invers.	Dovezi din studii observaționale, experiență clinică nesistematică, sau din studii clinice randomizate, controlate, dar cu probleme serioase. Orice estimare a efectului este incertă.	Recomandare relativ puternică; s-ar putea modifica atunci când vor fi disponibile dovezi de mai bună calitate.
2A. Recomandare slabă. Dovezi de înaltă calitate	Beneficiile sunt aproape egale cu riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente sau invers.	Dovezi coerente din studii randomizate bine realizate, controlate sau dovezi incontestabile de alte tipuri. Cercetările suplimentare este puțin probabil că vor schimba încrederea noastră în estimarea beneficiului și a riscurilor.	Recomandare slabă, cea mai bună acțiune poate diferi în funcție de: circumstanțe, sau valorile pacienților sau de valorile sociale.
2B. Recomandare slabă. Dovezi de calitate medie	Beneficiile sunt aproape egale cu riscurile și dezavantajele cumulate - costuri și inconveniente, existând unele incertitudini legate de estimarea beneficiilor, riscurilor și dezavantajelor cumulate.	Dovezi din studii randomizate, controlate cu limitări importante (rezultate inconsistente, defecte metodologice, indirecte sau imprecise) sau dovezi foarte puternice de alt tip. Cercetări suplimentare (dacă se vor efectua) pot avea un impact asupra încrederii noastre în ceea ce privește estimarea beneficiilor și riscurilor și ar putea modifica estimarea.	Recomandare slabă, abordări alternative ar putea fi mai bune pentru unii pacienți în anumite circumstanțe.
2C. Recomandare slabă. Dovezi de calitate scăzută	Incertitudini privind estimarea beneficiilor, riscurilor și dezavantajelor cumulate: costuri și inconveniente; beneficiile pot fi apropiate de riscuri și dezavantajele cumulate.	Dovezi din studii observaționale, experiență clinică nesistematică, sau din trialuri controlate randomizate, dar cu probleme serioase. Orice estimare a efectului este incertă.	Recomandare foarte slabă; alte alternative pot fi la fel de rezonabile.

De reținut că, o recomandare care nu se bazează pe dovezi științifice puternice trebuie analizată cu aceeași

atenție ca și cele de putere înaltă deoarece reflectă, adesea, experiența și gândirea în consens a experților în domeniu.

După elaborare, materialul a fost supus unei analize tip peer-review la care au participat experți externi proiectului, urmate de o decizie în cadrul unei întâlniri de consens la care au participat 40 de experți din domeniul obstetricii - ginecologiei (obstetricieni și moașe), neonatologiei, medicinii de familie și de sănătate publică.

Conținutul materialului care face obiectul prezentului ghid se bazează în principal pe următoarele ghiduri:

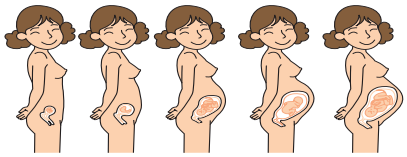
- Recomandările OMS pentru consultația prenatală "WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience";[7]
- Ghidul de îngrijire prenatală: "Antenatal Care", al National Institute for Health and Care Excellence (NICE),[8] din Marea Britanie.
- Ghidul clinic de practică - "Pregnancy Care",[9] al Departament of Health and Aged Care of Australian Government.

Recomandările relevante au fost adaptate la contextul local în conformitate cu metodologia de efectuare a consultației prenatale și postnatale din România - ordinul MS nr.1617/23.08.2021).[12]

Conținutul îngrijirilor prenatale poate suferi schimbări, adăugiri în funcție de context, exemplul recent fiind îndrumările emise de Colegiul American de Obstetricieni și Ginecologi și Societatea pentru Medicină Materno-Fetală cu privire la îngrijirea prenatală în timpul pandemiei de coronavirus 2019 (COVID-19).

CAPITOLUL 2. DEFINIȚIA TERMENILOR

SARCINA CU RISC REDUS (NORMALĂ)



Sarcina este perioada fiziologică din viața unei femei, intervalul dintre concepție și naștere, în care produsul de concepție se dezvoltă la nivelul cavității uterine.

În condiții fiziologice, sarcina aduce schimbări fizice și psihice importante în organismul matern, modificări adaptative menite să asigure dezvoltarea optimă a produsului de concepție și pregătirea nașterii.

SARCINA CU RISC CRESCUT

Sarcina cu risc crescut este sarcina în care probabilitatea apariției unui rezultat advers pentru mamă, copil sau ambii, ca urmare a intervenției unor factori de risc, este mai mare decât în cazul unei

De reținut!

Managmentul sarcinii cu risc crescut este atribuția ce-i revine specialistului obstetrician și /sau echipei interdisciplinare de îngrijire.

ASISTENȚA PRENATALĂ

Îngrijirea prenatală poate fi definită ca totalitatea serviciilor oferite femeii gravide, de profesioniști calificați, pentru a asigura o evoluție optimă a sarcinii.

Asistența prenatală include o serie de intervenții cu scop profilactic și curativ, grupate în trei categorii principale: evaluarea riscului, promovarea și educația pentru sănătate și terapia în bolile asociate.

CAPITOLUL 3. RISCUL ÎN SARCINĂ

Factori din mediul intern și extern, cunoscuți anterior stării de graviditate sau apăruți pe parcursul acesteia, pot întrerupe evoluția normală a unei sarcini și pot avea efecte negative asupra mamei sau fătului.

Factorii potențiali de risc (Anexa 3) se vor trece în revistă de la prima vizită prenatală și, în prezența oricăruia dintre ei, sarcina se va încadra în categoria sarcinii cu risc.[12,13]

În literatura de specialitate nu există un sistem internațional validat pentru încadrarea sarcinii în clasa corespunzătoare de risc. Un astfel de sistem ar facilita activitatea practică, managementul de caz și o mai bună colaborare inter și multidisciplinară.

Este de menționat că, spre deosebire de gravidele sănătoase cu feți sănătoși, care pot fi supravegheate pe parcursul sarcinii de către medicul de familie şi de moașe, gravidele cu risc crescut trebuie urmărite de un specialist OG și la nevoie de o echipă interdisciplinară.

O atenţie prioritară în evaluarea gravidei se va acorda factorilor de risc pentru trombembolismul venos (TEV), având în vedere că în sarcină și perioada postpartum se înregistrează un risc de TEV de aprox. 4 ori mai mare, respectiv de 5 ori mai mare în comparație cu cel al persoanelor de vârstă fertilă care nu sunt însărcinate.[14,15]

Factorii determinanți ai riscului tromboembolic la gravide şi lăuze sunt factori de risc antepartum, factori de risc obstetricali și factori de risc tranzitorii/suplimentari. Este indicată trecerea lor în revistă de la prima evaluare, încadrarea gravidelor în clasele de risc tromboembolic corespunzătoare și trimiterea celor cu risc tromboembolic crescut în servicii specializate adecvate (hematologie/obstetrică-ginecologie) pentru evaluare și tratament profilactic.[14,15] (Anexa 4)

De asemenea, este de subliniat faptul că, gravidele cu risc obstetrical crescut trebuie îndrumate pentru naștere la maternități de nivel II sau III, cu excepția urgențelor sau a cazurilor în care gravida este nedeplasabilă.[14,15]

CAPITOLUL 4. BENEFICIILE ÎNGRIJIRII PRENATALE

Studiile au arătat ca îngrijirea prenatală reduce morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală atât direct, prin depistarea şi tratamentul complicațiilor legate de sarcină, cât şi indirect, prin identificarea femeilor cu risc crescut pentru complicaţii în timpul travaliului şi naşterii si transferul acestora către un nivel adecvat de îngrijire.[16, 17]

Dovezile privind mortalitatea maternă au identificat prezentarea întârziată la îngrijirea prenatală ca un factor de risc semnificativ pentru decesul matern.[16]

De asemenea, prezentarea tardivă comparativ cu prezentarea în primul trimestru la îngrijirea prenatală a fost asociată și cu rate crescute de naștere prematură, greutate mică la naștere și malformații congenitale.[16]

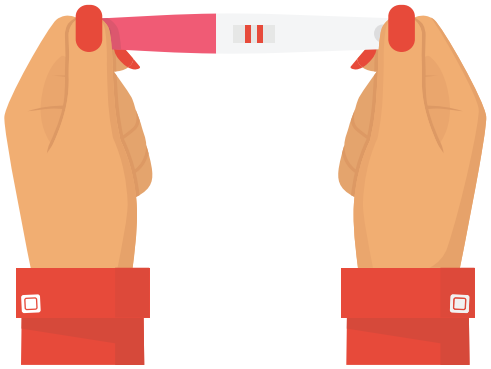
CAPITOLUL 5. DIAGNOSTICUL DE SARCINĂ

Recomandare

Diagnosticul de sarcină se stabilește la prima vizită prenatală, pe baza anamnezei (simptomelor și datei ultimei menstruații - DUM), examenului clinic și a testului de sarcină și va fi rafinat, ori de cate ori este posibil, prin examen ecografic. 1 Consens

Clinic: Simptomele și semnele de sarcină sunt preponderent materne, iar diagnosticul în aceasta fază este de suspiciune.

Analize de laborator



Testele de sarcină pot detecta gonadotrofina corionică umană (HCG) în sânge sau urină. Testele rapide, de tip bandeletă, pentru sânge prezintă o acuratețe similară cu testele rapide urinare.

De reținut!

- Dinamica secreției de HCG placentară, respectiv concentrația HCG în sânge sau urină face ca testele de sarcină să nu poată depista o sarcină înainte de 4-5 săptămâni!
- Eficacitatea diagnostică a testelor de sarcină efectuate la domiciliu este influențată decisiv de modul de folosire.[18]
- Medicul nu poate lua în considerare rezultatul unui test autoadministrat, ci trebuie să solicite un test de sarcină efectuat în laborator sau la cabinet.[19,20]
- Testele de sarcină pot da rezultate fals pozitive sau fals negative.

Teste fals pozitive se pot înregistra în perimenopauză și menopauză, după injecții cu HCG pentru inducerea ovulației, în neoplasme trofo/non-trofoblastice (vezică urinară, uter, plămân, ficat, pancreas, stomac).[20]

Teste fals negative se pot întâlni dacă analiza a fost efectuată prea devreme sau în caz de utilizare incorectă a testului.

Ecografia

Examenul ecografic confirmă sarcina și aduce informații suplimentare pentru diagnosticul sarcinii intrauterine/ extrauterine, gemelarității, stabilirea vârstei gestaționale și a datei precise a nașterii, mai ales dacă anamnestic se menționează menstre neregulate, dată necunoscută a ultimei menstruații sau concepție sub tratament hormonal.

De reținut!

- Ecografia nu este obligatorie pentru diagnosticul sarcinii, dar rafinează diagnosticul și permite o monitorizare de calitate a evoluției sarcinii.
- Ecografia transvaginală poate detecta sarcina cu o săptămână înaintea ecografiei abdominale (la 4-5 săptămâni de sarcină).

CAPITOLUL 6. CONSULTAȚIA PRENATALĂ

Asistența prenatală este furnizată de către medicul de familie sau moașă, în colaborare și complementaritate cu medicul de obstetrică-ginecologie, fiecare dintre aceștia având atribuții bine definite.

ANEXE

MEMO CONSULTAȚIE PRENATALĂ (MCP)

CONSULTAȚIA PRENATALĂ - conținut — Săptămâni de amenoree (SA)

	<8	8-13+6	14-18+6	19-23+6	24-27+6	28-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39	40	41	42
Anamneză - evaluare factori ROC*														
Înălțimea (la Prima consultație prenatală)														
Tensiunea arterială/ Puls, Greutatea, IMC = greutatea (kg)/ înălțime^2 (m^2)														
Confirmarea sarcinii - prin ecografie +/- testare biochimică (HCG)														
Înălțime fund uterin, tonus uterin, MAF din SA 20														
Activitatea cardiacă fetală (Doppler fetal sau/ și BCF clinic din SA 24)														
Starea membranelor (evaluată din SA 24)														
Prezentația fetală (începând cu SA 28)														
Stabilirea Rh-ului, grupei sanguine														
Dozarea anticorpilor Anti D (Rh) *În incompatibilitate de Rh fără izoimunizare, se va repeta dozarea acestora în SA 28 și 36														
Profilaxia izoimunizarii în sistem Rh la SA 28-30														
Hemoleucograma - la luarea în evidență și în trimestrul II și III														
Coagulograma (AP, APTT, Fibrinogen)														
Glicemia a jeun - la luarea în evidență și în trimestrul III														
Screening pentru diabetul gestațional: Test de toleranță la glucoză per os (SA 24-28)														
Uree serică, acid uric seric, creatinină serică, TGO, TGP														
Screening infecție urinară														
- ex. complet de urină - la luarea în evidență, la SA 25-28 și la SA 35-36														
- urocultura (Trimestrul I, II, III)														
Screening cancer col uterin - ex. Babeș-Papanicolaou - la luare în evidență - dacă nu a fost efectuat cu minim 1 an înainte de sarcină														
	<8	8-13+6	14-18+6	19-23+6	24-27+6	28-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39	40	41	42

	<8	8-13+6	14-18+6	19-23+6	24-27+6	28-30	31-32	33-34	35-36	37-38	39	40	41	42
Examen bacteriologic secreție vaginală - la luare în evidență														
Screening infecții - la luarea în evidență - sifilis - RPR/VDRL - HIV - Hepatita B, C - Toxoplasma, Rubeola, CMV														
Culturi pentru SGB (vaginal) (SA34-SA37+6 zile) (NU dacă APP de infecție fetală SGB sau detectare anterioară în urocultură)														
Consilierea cu privire la screening-ul pentru trisomii și defecte de tub neural - **Dublu test 11-13SA+6** zile sau - **Triplu test** la 15-19 SA dacă NU s-a efectuat Dublu test)														
Ecografie morfologie fetală Trim I 11-13 SA+6 zile														
Ecografie morfologie fetală Trim II 19-23 SA														
Ecografie morfologie fetală Trim III 30-35 SA+6 zile														
Ecografie de sarcină- minim 3-4 (incluzând ecografiile morfologice) sau de câte ori consideră medicul OG că este necesară pe parcursul sarcinii														
Măsurarea lungimii colului utilizând ecografia (18-24 SA) - la toate cazurile la care există factori de risc pentru naștere prematură, de la 18SA														
Profilaxia rahitismului cu Vitamina D														
Profilaxia defectelor de tub neural (cu cel puțin 1 luna înainte de sarcină)														
Suplimentare cu preparate de fier - Conform Ghid INSMC- INSP														
Vaccinare antigripală - se efectuează sezonier începând cu luna octombrie, înaintea declanșării epidemiei de gripă														
Vaccinarea DTPa - Trimestrul II și III														
Concediu prenatal (MF/OG) DPNUM -- 63/84z														
Școala Părinților														

Toate intervalele menționate includ SA complete de ex - SA 8-13 înseamnă 8+0 zile - 13+6 zile

MF/ OG **MF/Medic de OG/Moașă** **Medic de OG/ Moașă** **Medic de OG**

*, efectuată de OG /MF/moașă indiferent de momentul în care este luată în evidență și ori de câte ori este nevoie, Examinare fizică generală (MF/OG/moașă), examinare obstetricală *(OG/moașă) la fiecare vizită pe tot parcursul sarcinii* examenul genital se efectuează în situațiile descrise în metodologie

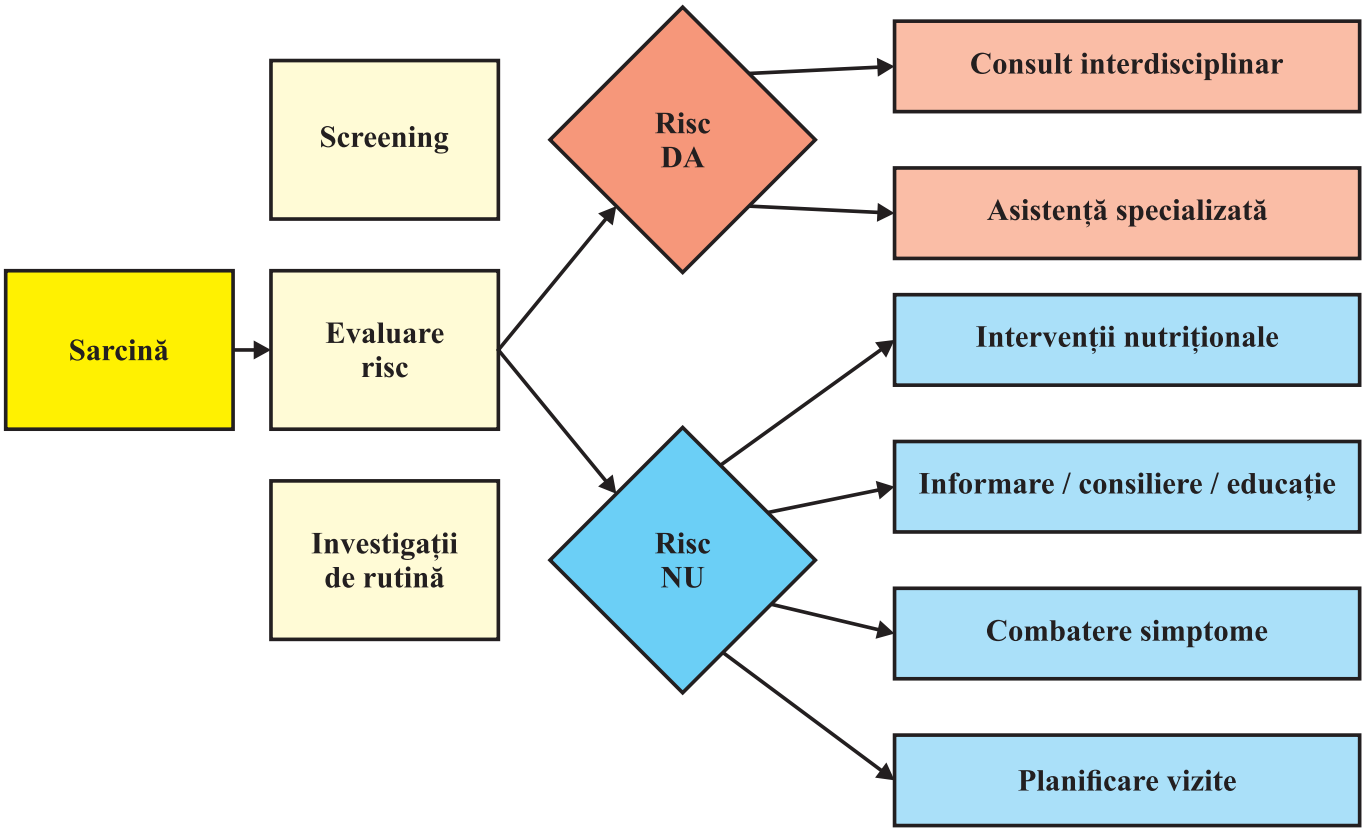
Conținutul detaliat al consultațiilor prenatale se regăsește în Metodologia consultației prenatale, anexa a Ordinului MS nr.1617/23.08.2021.[12]

6.2. ALGORITM ȘI RECOMANDĂRI PRIVIND CONSULTAȚIA PRENATALĂ

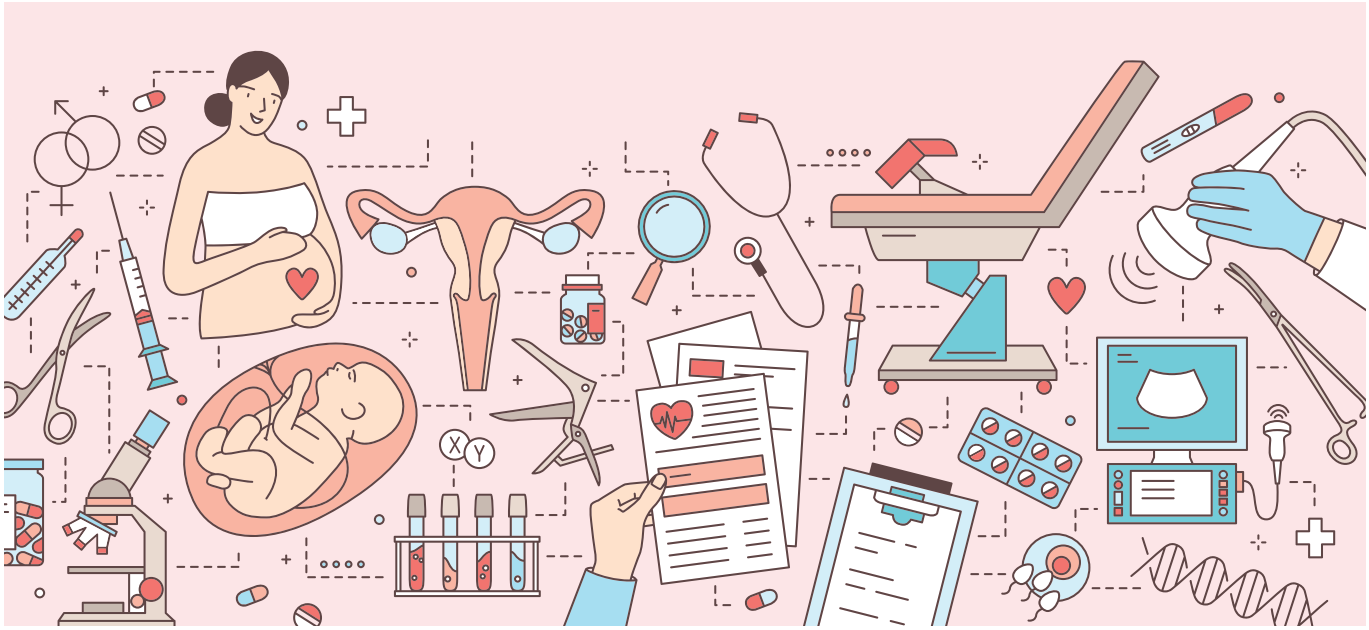
În lucrarea de față, asistența prenatală propune o structură de intervenții conform modelului OMS.[7]

- A. Evaluare maternă şi fetală
- B. Intervenții nutriţionale/stil de viaţă
- C. Măsuri preventive
- D. Intervenții pentru simptomele comune
- E. Intervenții ale sistemului de sănătate pentru îmbunătăţirea utilizării şi calitatea îngrijirilor antenatale.

ALGORITMUL INTERVENȚIILOR



A. EVALUAREA MATERNO-FETALĂ



A 1 . CALENDARUL VIZITELOR

Evaluarea materno-fetală este un proces continuu, planificat, cu obiective de etapă bine definite și cu rezultate măsurabile

Pentru a fi eficace, îngrijirea prenatală trebuie să respecte următoarele principii:

-să fie ușor accesibilă tuturor femeilor însărcinate,

-să țină cont de toate nevoile acestora (să fie adaptată persoanelor vulnerabile etc.),

-să permită femeilor să abordeze subiecte delicate cum ar fi violența domestică, abuzul sexual, problemele psihice, consumul de droguri recreaționale, în atmosferă de strictă confidențialitate,

-să fie planificată, cu un conținut explicit.

Modelul promovat de OMS[7] are dovezi că reduce mortalitatea perinatală și îmbunătățește satisfacția legată de procesul de îngrijire al pacientelor.

Recomandare

Se recomandă un număr de cel puțin 8 vizite prenatale, număr ce va fi adaptat riscului individual. (1 Consens)

Protocolul privind metodologia consultației prenatale și postnatale,[12] publicat în Ordinul MS nr.1617/23.08.2021, stipulează o configurație standard pentru consultațiile prenatale la care au acces toate gravidele, indiferent de statutul de asigurat.

Recomandare

Se recomandă un ritm al consultațiilor prenatale: lunar până la 28 SA, bilunar între 28-36 SA și săptămânal de la 36 SA, cu posibilitatea unor consultații de telemedicină în situația în care gravida nu prezintă complicații. (1 Consens)

Se recomandă ca, minim o consultație pe trimestru să fie realizată de către medicul OG. (1 Consens)

Dovezi multiple susțin beneficiile luării în evidență a gravidei în primul trimestru (Trim. I) de sarcină.[7,8,9]

Recomandare

Se recomandă ca prima vizita prenatală a femeii gravide sa aibă loc în Trim. I de sarcină. (1 Consens)

Consultațiile vor fi înregistrate în fișe dedicate, cu conținut adaptat fiecărei etape. Carnetul gravidei [13] va fi completat la fiecare vizită.

A.2. CONSULTAȚIA CLINICĂ

Consultația clinică se realizează pe parcursul mai multor vizite planificate și respectă standardele semiologice incluzând anamneza, examenul clinic general, respectiv examenul obstetrical.

A.2.1 ANAMNEZA

I Prima vizită prenatală

Obiectivele anamnezei la prima vizită sunt stabilirea diagnosticului de sarcină, estimarea vârstei gestaționale și a datei probabile a nașterii și identificarea factorilor de risc. (Anexa 1,2)

Estimarea vârstei gestaționale (VG) se face în zile sau săptămâni, începând cu prima zi a ultimei menstruații (DUM).

Estimarea datei probabile a nașterii (DPN) se face prin utilizarea datei ultimei menstruații (DUM), însumând de ex. 280 de zile (sau 40 săptămâni) la data primei zile a ultimei menstruații.

Stabilirea datei probabile a nașterii (DPN) este importanta deopotrivă pentru pacientă și medic, fiind reper pentru programarea și interpretarea anumitor teste antepartum, aprecierea caracterului adecvat al dezvoltării fetale și adoptarea de măsuri adecvate pentru a preveni nașterile premature sau depășite și morbiditățile asociate.

DPN stabilită prin examen ecografic este considerată mai corectă decât cea stabilită pe baza DUM, situație de luat în seamă când discrepanța între cele două date este mai mare de 7 zile în Trim. I și peste 10 zile în Trim. II. Recalcularea DPN, pe baza unor examene ecografice în evoluție sau în sarcina avansată, nu este recomandată.

Identificarea factorilor de risc

În vederea identificării factorilor de risc prezenți, se trec în revistă toți potențialii factori de risc. (Anexele 3, 4)

II Vizitele ulterioare

La vizitele ulterioare, anamneza va urmări obținerea de date referitoare la evoluția sarcinii în intervalul scurs de la vizita precedentă. Se vor urmări modificări ale factorilor externi, de orice natură, apariția și caracterul mișcărilor fetale, apariția de simptome și semne asociate unei sarcini normale sau complicate: dureri abdominale, leucoree, pierderi de sânge, astenie, dispnee severă, tulburări micționale, tulburări de vedere și cefalee etc.

Încadrarea în situația de risc

Evaluarea riscului va fi completată la fiecare vizită ulterioară prin evaluări de etapă:

- Anamneza
- Examen clinic
- Interpretarea rezultatelor măsurătorilor/investigațiilor recomandate în cadrul procesului de monitorizare a sarcinii.

Recomandare

Se recomandă evaluarea prezenței factorilor de risc în sarcină de la prima vizită și continuând la vizitele ulterioare, în conformitate cu planificarea agreată a vizitelor. 1 Consens

Recomandare

Se recomandă luarea tuturor măsurilor necesare pentru influențarea riscurilor modificabile. [7,8] 1A

Recomandare

Se recomandă ca gravidele identificate cu sarcină cu risc crescut să fie monitorizate și îngrijite de specialiști în obstetrică-ginecologie și, după caz, în echipe multidisciplinare.[8] 1 Consens

A2.2. EXAMENUL CLINIC GENERAL ȘI OBSTETRICAL

I Prima vizită prenatală

Prima vizită prenatală are ca obiective evidențierea modificărilor organismului matern asociate sarcinii și a unor eventuale patologii preexistente sarcinii actuale.

Examenul clinic general și obstetrical se vor efectua respectând în totalitate criteriile semiologice. (Anexa 2)

Conținut	
Examen clinic general	- pe aparate și sisteme incluzând - parametrii esențiali în sarcină (G/I/IMC/TA/ IFU/ BCF)
Examen ginecologic	- sâni, abdomen, examen vaginal cu valvele

II Vizitele ulterioare

În cadrul vizitelor prenatale ulterioare se monitorizează evoluția sarcinii prin efectuarea de măsurători antropometrice, a tensiunii arteriale (TA), înălțimii fundului uterin (IFU)[21], palparea abdomenului.

Tabel nr. 1. Parametrii monitorizării prenatale

Tip măsurătoare	Când	Scop
a. Greutatea (G) şi IMC	La fiecare vizită	Riscuri multiple
b. Tensiunea arterială (TA)	La fiecare vizită	Risc preeclampsie
c. Înălțimea fundului uterin (IFU)	La fiecare vizită peste 20 SA	Creșterea fetală
d. Palparea abdomenului	La fiecare vizită peste 36 SA	Prezentație și poziție
e. Auscultarea frecvenței cardiace fetale (BCF)	La fiecare vizită peste 10-12 SA	Viabilitatea fătului
f. Edemele membrelor inferioare	La fiecare vizită	!80% dintre gravide au edeme

a. Greutatea corporală

În conformitate cu recomandările universal acceptate ale Institute of Medicine (IOM),[22] stabilirea obiectivului de creștere totală în greutate a gravidei se face luând ca reper greutatea anterioară a sarcinii:

Tabel nr. 2. Creșterea recomandată în greutate în raport cu greutatea anterioară sarcinii

Greutate anterioară sarcinii (IMC)	Creștere totală în greutate	Rata de creștere în greutate în T2 și T3
Subgreutate (< 18 kg/m²)	12.5-18 kg	0.51 (0.44-0.58) kg/săptămână
Greutate normala (18-24,9 kg/m²)	11.5-16 kg	0.42 (0.35-0.50) kg/săptămână
Supragreutate (25-29,9 kg/m²)	7-11.5 kg	0.28 (0.23-0.33) kg/săptămână
Obezitate (≥ 30.0 kg/m²)	5-9 kg	0.22 (0.17-0.27) kg/săptămână

Ca urmare, se va compara greutatea la prima vizită cu greutatea anterioară sarcinii și se va stabili nivelul optim de creștere în greutate pe parcursul sarcinii actuale.

În mod fiziologic, la gravidele normoponderale, câștigul ponderal este repartizat neuniform pe parcursul sarcinii, fiind minim în Trim. I - de aproximativ 1 kg, de 4-5 kg în Trim. II, ajungând la 5 - 6 kg în Trim. III (0,4-0,5 kg săptămânal).[22]

Modificări semnificative, în plus sau în minus, ale greutății corporale anterioare sarcinii reprezintă un risc pentru evoluția sarcinii.

Astfel, femeile obeze au risc crescut de feți cu greutate mare pentru vârsta gestațională sau feți macrosomi și un risc crescut de diabet gestațional.[8]

Greutatea scăzută anterior sarcinii se corelează pozitiv cu nașterea prematură, făt mic pentru vârsta gestațională, greutate mică la naștere și, uneori, cu risc crescut de avort și dezlipire prematură de placentă. [8]

De asemenea, variații în dinamica ponderală în sarcină, creșterea bruscă și accentuată în greutate (peste 15 - 20 kg) sau creșterea redusă (sub 8 kg) reprezintă factori de risc în sarcină. [8]

Recomandare

Se recomandă măsurarea greutății corporale și calcularea IMC la vizita inițială și la vizitele ulterioare. 1B

Recomandare

Se recomandă consilierea gravidei cu privire la creșterea adecvată în greutate și nevoia de a limita creșterea excesivă în greutate, în raport cu greutatea anterioară sarcinii. 1A

b. Tensiunea arterială

În mod fiziologic, în sarcina normală, tensiunea arterială scade ușor în primul și mai ales în cel de al doilea trimestru și revine spre valorile dinainte de sarcină, spre sfârșitul celui de al treilea trimestru.[9,23]

Creșterea valorilor tensionale în sarcină generează morbiditate si mortalitate maternă, fetală și neonatală. Riscurile pentru mama cu hipertensiune includ dezlipirea de placentă, accidentul vascular cerebral, insuficiența multiplă de organ, coagularea intravasculară diseminată. Fătul prezintă întârziere a creșterii intrauterine (în 25% din cazurile de preeclampsie), prematuritate (în 27% din cazurile de preeclampsie) și deces intrauterin (în 4% din cazurile de preeclampsie).[9]

Hipertensiunea în sarcină include mai multe entități patogenetice.[24] (Anexa 6)

Debutul tulburărilor hipertensive, în oricare dintre categorii, este adeseori asimptomatic, fapt ce crește valoarea măsurării regulate a TA ca metodă de screening precoce a bolii.

Ghidurile[7,8,9] recomandă măsurarea repetată a tensiunii arteriale, în scopul identificării hipertensiunii arteriale cu debut în sarcină.

Recomandare

Se recomandă măsurarea tensiunii arteriale la prima vizită prenatală și ulterior, la fiecare vizită. 1B

c. Creşterea fetală - Determinarea înălțimii fundului uterin (IFU)

Monitorizarea creșterii fetale are ca obiectiv principal identificarea precoce a feților cu greutate mică pentru vârsta gestațională și este importantă în special la femeile subponderale sau obeze (IMC anterior sarcinii modificat)**.**[25]

În literatura științifică există puține dovezi cu privire la cele mai eficiente metode de evaluare și monitorizare a creșterii intrauterine a fătului.[25-27]

În practica clinică, se utilizează pentru evaluarea creșterii fetale măsurarea distanței în centimetri de la simfiza pubiană la fundul uterului [28] și ecografia.

Recomandare

Se recomandă evaluarea înălțimii fundului uterin la fiecare vizită, începând cu săptămâna 24 de sarcină. 1 Consens

Recomandare

Se recomandă monitorizarea ecografică seriată, după 24 de săptămâni de sarcină a gravidelor dacă, la o măsurătoare, IFU este cu > 3 cm sub nivelul așteptat, sau dacă măsurători seriate ale IFU indică creștere lentă sau insuficientă. 1 Consens

Nu există dovezi științifice care să ateste că monitorizarea creșterii fetale prin ecografii efectuate la fiecare vizită prenatală detectează mai multe probleme legate de creșterea fetală, în raport cu examenul clinic al măsurării înălțimii fundului uterin. Din motive practice, (de acces la ecografie și cost) se preferă examenul clinic.

d. Poziția fătului

Poziția fătului se determină clinic prin palpare abdominală, utilizând tehnicile clasice Leopold, Pinard și Budin care evidențiază polul cefalic (formațiune rotundă, regulată, dură, nedepresibilă), polul pelvin (formațiune mai mare, mai moale, neregulată, depresibilă), planul dur convex care unește cei doi poli (spatele fetal) și părțile mici fetale - membrele.

Recomandare

Se recomandă palparea abdomenului, ca metodă de primă alegere pentru determinarea poziției fătului, începând cu săptămâna 36 de sarcină. 1C

În cazul suspiciunii unor anomalii de poziție, pacienta va fi trimisă la evaluare ecografică, la specialistul obstetrician. 1C

e. Mișcările fătului

Femeile gravide devin conștiente de mișcările fătului, de obicei, între 18 și 20 de săptămâni de sarcină**.** [9]

Deși nu este bine definit până în prezent ce înseamnă mișcare fetală „normală”, percepția ‘tiparului propriu’ al mișcărilor fetale, de către mamă, este considerată cel mai bun mijloc de monitorizare a bunăstării fetale.[9] În egală măsură, la femeile cu o sarcină cu risc scăzut studiile menționează o variație considerabilă a mișcărilor fetale (de la 4 la 100 de mișcări pe oră).[7,29]

Tiparul de mișcare se schimbă pe măsură ce copilul se dezvoltă și variază în funcție de ciclurile de veghe/somn și alți factori (de exemplu greutatea maternă și poziția placentei pot modifica percepția femeii asupra mișcărilor).[9]

Dovezile științifice acordă o mai mare valoare percepției de către mamă a “normalului/ obișnuitului” mișcărilor propriului făt, mai ales după 28 săptămâni de gestație, în raport cu “normalul” definit rigid printr-un număr.[9]

Se consideră că reducerea mișcărilor fetale poate indica o sarcină oprită în evoluție, retard de creștere intrauterină sau naștere înainte de termen, chiar și la femeile care au sarcina cu risc scăzut. Pe de altă parte, este de reținut și faptul că, absența mișcărilor fetale nu este un indicator automat de deces intrauterin.[9,29]

Recomandare

Se recomandă consilierea gravidei pentru a acorda atenție tiparului obișnuit de mișcare a fătului. Gravida va contacta medicul/moașa dacă are vreo îngrijorare cu privire la scăderea sau absența mișcărilor fetale. 1 Consens

f. Bătăile cordului fetal

Detectarea bătăilor inimii fetale este un mijloc de confirmare a viabilității fătului, fără a avea o valoare predictivă.[9] Auscultația Doppler are o sensibilitate de 80% la 12 săptămâni și 90% după 13 săptămâni.[9]

Recomandare

Se poate lua în considerare auscultarea cordului fetal cu un Doppler fetal, după 12 săptămâni de sarcină sau utilizând stetoscopul monoauricular Pinard, după 28 de săptămâni de sarcină. 2 Consens

g. Examenul genital

Examenul genital presupune inspecția regiunii vulvo-perineale, examenul cu valve și tactul vaginal.

Va fi efectuat de medicul de specialitate OG sau moașă, numai în cazurile în care gravida prezintă următoarele simptome și semne:

- Leucoree cu semnificație clinică
- Contracții uterine dureroase: se va preciza starea colului uterin (închis, scurtat, deschis)
- Eliminare de lichid amniotic
- Sângerare pe cale vaginală. (Atenție la tactul vaginal - poate fi vorba de placentă jos inserată)

A.2.3 INVESTIGAȚII

Examenul ecografic (Echo)

Dovezile științifice au arătat că introducerea ultrasunetelor în monitorizarea sarcinii reduce morbiditatea și mortalitatea maternă și fetală, atunci când identificarea anomaliilor este urmată de management de caz adecvat.[30]

Examinările ecografice (3-4 în mod obișnuit) au rol în diagnosticul de sarcină, determinarea vârstei gestaționale, viabilității sarcinii, numărului de feți vii, identificarea modificărilor de morfologie fetală atribuite riscului genetic și evidențierea anomaliilor de dezvoltare a fătului și a patologiei de placentă.

Obiective	**Echo 1 (6-11 SA)**	**Echo 2** LCC 45 - 84 mm **(11-13^{+6} SA)**	**Echo 3 (19-23^{+6} SA)**	**Echo 4 (30-35^{+6} SA)**
Confirmare făt viu	x BCF	x BCF	x BCF	x BCF
Determinarea vârstei gestaționale	10-13^{+6} SA		-	-
Determinarea numărului de feți vii (în sarcini multiple determinare corionicitate © și amnionicitate (A)	x C și A	x	x	x

Evaluarea anatomiei sarcinii	x	x	x	x
Evaluare aneuploidii	X TN			
Evaluarea anatomiei materne și anexele sarcinii		x	x	x
Prezentația fetală	-	-	-	x

Prezența sacului gestațional poate fi detectată după ziua 35 de sarcină. Activitatea cardiacă și determinarea "viabilității ecografice" se poate face începând cu ziua 37 de sarcină.[30]

Determinarea vârstei gestaționale se face, de preferință, pentru o mai bună acuratețe, între 10-13+6/7 săptămâni de sarcină, prin măsurarea lungimii cranio-caudale a fătului (LCC / CRL)[8] și utilizarea (implicită) unor hărți.[9,31]

Spre sfârșitul primului trimestru, examenul ecografic oferă și posibilitatea **depistării anomaliilor genetice majore**, prin măsurarea translucenței nucale (TN), măsurătorile optime fiind în intervalul 11-13 săptămâni.[12,30]

Investigația ecografică de morfologie fetală în Trim. 2 şi 3 permite decelarea unor modificări structurale ale fătului.[12,32,33] În această perioadă se pot depista defecte cardiace, defecte grave de tub neural, anomalii cauzate de alcool. [9,12,32,33]

Examinarea ecografică pentru screeningul anomaliilor sarcinii din Trim. II este oportun a fi realizată între 19 - 23 săptămâni, perioada optimă fiind între 20-22 săptămâni.[32]

Examinarea ecografică pentru screeningul anomaliilor sarcinii din Trim. III se realizează între 30 - 35 săptămâni și aduce informații privind dezvoltarea fetală, anomaliile nedecelate în Trim. 2 sau evolutive şi detalii privind patologia și localizarea placentei.[33]

Ecografia pentru identificarea modificărilor morfologice din aneuploidii (translucența nucală, hipoplazia sau lipsa osului nazal etc.) și a celor structurale din Trim. II necesită competențe suplimentare certificate și menținerea lor (având în vedere că erori foarte mici pot conduce la modificări substanțiale ale riscurilor calculate).[12,30]

Se consideră că un număr crescut de ecografii în timpul sarcinii nu aduce beneficii suplimentare pentru mamă și făt, cu excepția situațiilor în care există indicații clinice specifice.[9]

În practica asistentei prenatale, se recomandă 3-4 determinări ecografice la care se adaugă şi alte ecografii, dacă medicul consideră că este necesar.

Recomandare

Se recomandă, atunci când este posibil, realizarea unei ecografii în Trim. I de sarcină între 6-11 săptămâni, pentru confirmarea sarcinii intrauterine și calculul vârstei gestaționale. (Echo 1) 2 Consens

Recomandare

Se recomandă efectuarea ecografiei de morfologie fetală în Trim. I de sarcină, în perioada 11-13+6 săptămâni, pentru detectarea aneuploidiilor (în special a trisomiei 21); ecografia permite și calculul vârstei gestaționale, dacă o ecografie anterioară nu a fost realizată în acest scop. (Echo 2) 1B

Recomandare

Se recomandă efectuarea ecografiei de morfologie fetală în Trim. II de sarcină, între 19-23+6 săptămâni, pentru detectarea anomaliilor structurale. (Echo 3) 1B

Recomandare

Se recomandă efectuarea ecografiei de Trim. III, între 30 - 35+6 săptămâni pentru detectarea/confirmarea unei anomalii de poziție a fătului, a placentei (dacă s-a sugerat această situație în Trim. II) și a tulburărilor de creștere fetală (făt mic pentru vârsta gestațională, restricție de creștere fetală, macrosomie și anomalii fetale). (Echo 4) 1 Consens

Atenție!

Ecografia repetată are indicații specifice și nu trebuie utilizată pentru monitorizarea de rutină. Consens

A.3. SCREENINGURI ȘI TESTĂRI DE RUTINĂ ÎN SARCINĂ

A.3.1 SCREENINGUL ANEMIEI

Conform OMS, anemia în sarcină[9] este definită printr-o concentrație medie a hemoglobinei sub 110 mg/dl, în prima jumătate a sarcinii și sub 105 mg/dl, în a doua jumătate a sarcinii.

Deficitul de fier este considerat cea mai frecventă cauză a anemiei în timpul sarcinii, la nivel mondial.[9] Anemia severă prin deficit de fier (concentrația hemoglobinei <70 mg/dL) poate provoca insuficiență cardiacă și poate reduce toleranța la pierderea de sânge asociată cu nașterea.

În afara de deficitul de fier, în sarcină se mai pot constata deficitul de folat[34] sau vitamina B12, deficiențe care se asociază cu anemia la mamă și defecte ale tubului neural la făt.[35]

Ghidurile recomandă screeningul anemiei prin efectuarea unei hemoleucograme complete.[7-9]

În determinarea anemiei se poate lua în discuție și dozarea hemoglobinei, situație în care trebuie să ținem cont de faptul că în timpul sarcinii, masa eritrocitară maternă și volumul plasmatic cresc, iar concentrația de hemoglobină este redusă.[8] Prin urmare, valoarea hemoglobinei trebuie să fie raportată la pragurile legate de gestație.

În România, determinările de rutină ale hemoglobinei se fac în cadrul determinării hemoleucogramei complete.

Recomandare

Se recomandă efectuarea hemoleucogramei complete pentru screeningul anemiei, indicată tuturor gravidelor, la prima vizită prenatală și la 28 săptămâni de sarcină.[7-9] 1 Consens

Opțiuni

Recomandare

Se recomandă testarea la fața locului (POCT) cu un hemoglobinometru, doar dacă determinarea hemoleucogramei nu este posibilă.[9] 1B

Recomandare

Se recomandă dozarea feritinei la prima vizită prenatală, în zonele cu o prevalență crescută a anemiei feriprive.[9] 1Consens

Recomandare

Se recomandă repetarea testării la 36 de săptămâni, la femeile care au simptome de anemie sau risc pentru anemie sau la cele care trăiesc sau provin dintr-o zonă cu o prevalență crescută a anemiei.[9]1B

În cazul unei hemoglobine scăzute, a unor indici eritrocitari modificați, gravida va fi orientată spre un serviciu de hematologie pentru teste suplimentare și tratament de specialitate.

A.3.2 SCREENINGUL HTA (VEZI CAPITOL 6. CONSULTAȚIE PRENATALĂ ȘI ANEXA 6)

A.3.3 SCREENINGUL PROTEINURIEI

Proteinuria în sarcină se asociază cu naștere prematură,[9] feți mici pentru vârsta gestațională, mortalitate perinatală crescută.[9,36]

Proteinuria semnificativă este definită ca ≥ 300 mg de proteine, într-o probă de urină de 24 de ore.

Înainte de 20 de săptămâni de gestație, proteinuria în sarcină poate indica o infecție urinară sau o afecțiune renală preexistentă; după 20 de săptămâni de gestație, când se asociază cu HTA, indică un risc crescut de preeclampsie.[9]

Următorii factori de risc se asociază cu preeclampsia: vârsta ≥ 40 ani, IMC ≥ 30 kg/m2; nuliparitatea și sarcina multiplă; un interval mai mare de 10 ani între sarcini; istoricul familial de preeclampsie; istoricul de preeclampsie la sarcinile anterioare; istoricul de boli vasculare (ex. HTA), diabet, boli renale, boli autoimune, sdr. antifosfolipidic preexistente sarcinii; o alimentație cu un conținut scăzut de calciu (< 700 mg).[37]

Determinarea proteinuriei din urina colectată timp de 24 de ore este standardul de aur pentru investigarea proteinuriei. Aceasta analiză este dificil de realizat în practică, în regim ambulatoriu și poate fi înlocuită, într-o prima etapă, cu testul rapid.

Testul rapid cu bandeleta urinară are o valoare mai redusă în depistarea proteinuriei semnificative[37] și o rată înaltă de rezultate fals pozitive.[9,38] Pragul pentru un test urinar pozitiv (1+ pe scală) corespunde la aproximativ 300 mg pe 24 de ore, limita care este superioară unei excreții normale de proteine, în condițiile în care volumul de urină pentru acea colectare de 24 de ore este de un litru. Orice rezultat pozitiv la testul cu bandeletă trebuie confirmat fie printr-o determinare de 24 de ore sau prin determinarea raportului proteina/creatinina urinară.[9,39]

Dacă, la prima vizită se evidențiază proteinurie, se vor continua investigațiile pentru precizarea cauzei: o infecție urinară sau afectarea renală preexistentă.[9,40]

Recomandare

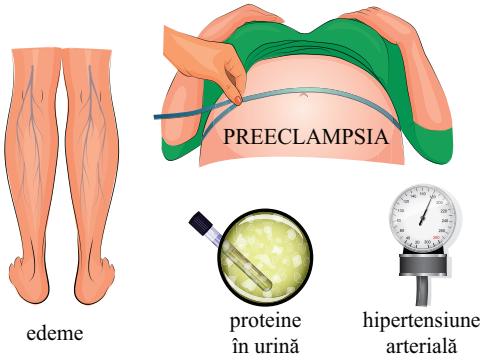
Determinarea proteinuriei este indicată la prima vizită prenatală a femeii gravide, indiferent de vârsta sarcinii. 1 Consens

Screeningul preeclampsiei se face prin măsurarea TA și determinarea proteinuriei la toate femeile însărcinate, după 20 SA, cu atenție specială la cele cu factori de risc pentru preeclampsie. 2C

A.3.4 SCREENINGUL DIABETULUI ZAHARAT

Diagnosticul de diabet zaharat (DZ) în sarcină presupune riscuri crescute atât pentru mamă, cât și pentru făt.

Femeile cu tulburări ale metabolismului glucozei apărute precoce în sarcină au un risc crescut pentru preeclampsie, macrosomie, distocia umerilor, deces perinatal, necesită mai frecvent terapie cu insulină și prezintă un risc crescut de diabet gestațional odată cu evoluția sarcinii.[43]



Există o corelație clară între amplitudinea modificărilor glicemice și efectele negative înregistrate atât pe termen scurt cât și pe termen lung.[43]

Dat fiind numărul crescut de gravide cu DZ nediagnosticat, preexistent sau nou apărut în cursul sarcinii, adeseori asimptomatic, se recomandă evaluarea tuturor gravidelor, încă de la luarea în evidență. În plus, un bun control glicemic al DZ pe parcursul sarcinii reduce rata complicațiilor serioase perinatale.[41,42]

Definiții și încadrare

Conform recomandărilor actuale, femeile care îndeplinesc criteriile standard de tulburare de glicoreglare/ diabet, în *primul trimestru* de sarcină, sunt încadrate cu ***tulburare de glicoreglare/ diabet preexistent sarcinii (sarcina complicată cu diabet).*** În general este vorba de diabet de tip 2 si mai puțin diabet de tip 1 sau monogenic.[43,44] Criteriile standard de diagnostic pentru diabet zaharat în sarcina incipientă sunt cele folosite în populația generală. (vezi Tabel) [43,44]

Daca diabetul a fost identificat pentru prima dată in *trimestrul 2 sau 3 de sarcină,* la o femeie fără diabet (tip 2 sau tip 1) preexistent sarcinii, se va încadra ca ***diabet gestațional*** **(DG).**

Atenție!

Valorile glicemice de încadrare în diabet gestațional sunt diferite (mai scăzute) în raport cu cele considerate standard pentru DZ în afara sarcinii. (vezi Tabel) [43,44]

Certitudinea diagnosticului de diabet gestațional (DG) este dată de normalizarea la 4-12 săptămâni după naștere a TTGO, modificat în cursul sarcinii. Persistenta modificărilor tolerantei la glucoza după aceasta perioadă certifică un DZ clinic manifest, diagnosticat însă, în Trim. II sau III.[43,44]

Tabel nr. 1. Criterii de diagnostic în tulburările de glicoreglare la gravidă [43]

Criterii standard de diagnostic al tulburării de glicoreglare	**Criterii standard de diagnostic al DZ**	**Criterii standard de diagnostic al diabetului zaharat gestaţional (DG) (testare la 24-28 SA)**
Glicemia a jeun **100-125 mg/dl** (5.6 - 6.9 mmol/l)	Glicemia a jeun **≥126 mg/dl** (7 mmol/l)	Glicemia a jeun **≥ 92 mg/dl** (5.1 mmol/l)
TTGO (cu 75 g glucoză) - ***Glicemia la 2-h:*** **140 mg/dL - 199 mg/dL** (7.8 - 11.0 mmol/L)	TTGO (cu 75 g glucoză) - ***Glicemia la 2-h:*** **≥200 mg/dl** (11,1 mmol/l)	TTGO (cu 75 g glucoză)- ***Glicemia la 1 oră:*** **≥180 mg/dl** (10 mmol/l) ***Glicemia la 2 ore:*** **≥153 mg/dl** (8,5 mmol/l)
HbA1c: **5.7-6.4%** (39-47 mmol/mol)	**HbA1c** **≥6,5%** (48 mmol/mol)	----------

TTGO = test de toleranță la glucoză orală, Hb A1c = hemoglobina glicozilată, Glicemia a jeune = glicemie plasmatică în condiții bazale (pe nemâncate >8 ore)

Dacă valoarea glicemiei bazale este echivocă, este nevoie de 2 valori modificate în 2 ocazii diferite.

Recomandare

Se recomandă evaluarea factorilor de risc pentru diabet a tuturor gravidelor, la luarea în evidență (preferabil în primul trimestru), dacă riscul nu a fost evaluat preconcepțional.[43] 1B

Factorii de risc pentru diabet la adulți asimptomatici sunt următorii:[43]

Suprapondere sau obezitate (IMC≥25 kg/m^2) plus unul sau mai mulți dintre:

- Prediabet (A1C ≥ 5.7%, scăderea toleranței la glucoză, glicemie bazală modificată) la o testare anterioară
- Rude de gr. 1 cu DZ
- Rasă/ etnicitate cu risc crescut (e.g., africani, asiatici etc.)
- Istoric de DG
- Istoric de BCV
- HTA >140/90 mm Hg sau în tratament medicamentos
- HDL <35 mg/dL și/sau TG>250 mg/dL
- Sdr. ovar polichistic
- Inactivitate fizică
- Alte condiții clinice asociate cu rezistență la insulină (ex. obezitate severă, acanthosis nigricans).
- Infecția HIV

Recomandare

Se recomandă screeningul gravidelor cu risc crescut pentru diabet, înainte de 15 SA, folosind criteriile standard de diagnostic.[43] 1B

Se poate lua în considerare testarea glicemiei a jeune a tuturor gravidelor, la luarea în evidență, în vederea identificării unui diabet preexistent necunoscut.[43]2C

Gravidele diagnosticate cu diabet vor fi trimise la consult diabetologic.

Recomandare

Se recomandă screeningul diabetului gestațional, la 24-28 de săptămâni de sarcină a tuturor gravidelor fără diabet cunoscut anterior (inclusiv a celor cu valori normale la testul de screening din primul trimestru de sarcină).[9, 43] 1A

Screeningul pentru depistarea DG se va face folosind testul de toleranță la glucoza orală (cu 75 g glucoză anhidra dizolvată în apă, după cel puțin 8 ore de post). Când accesul la TTGO este imposibil de realizat, se va utiliza glicemia a jeune.

Este vorba de diagnostic de diabet gestațional dacă se atinge sau se depășește una dintre valorile menționate ca criterii standard de diagnostic după săptămâna 20 de sarcină. (vezi Tabel)

Hemoglobina glicozilată nu va fi utilizată ca instrument de screening după săptămâna 15 de sarcină (se înregistrează valori mai scăzute prin turnover-ul crescut al celulelor roșii din sânge legat de sarcină).[43]

Gravidele diagnosticate cu diabet în sarcină vor fi trimise la consult și luare în evidență la specialistul în diabet și boli de nutriție. Ele vor necesita monitorizare mai intensă și, uneori, intervenții în cursul sarcinii și nașterii și monitorizare ulterioară.[43]

A.3.5. SCREENINGUL VIOLENȚEI PARTENERULUI INTIM (VPI)

În ciuda lipsei de dovezi convingătoare care să susțină un screening universal, de rutină, OMS consideră screeningul violenței partenerului intim ca o arie de intervenție importantă și prioritară. Vizitele prenatale sunt considerate ocazii de a pune întrebări legate de subiect și de a aplica intervenții de sprijin, cum ar fi

consilierea pentru creșterea rezilienței.[7]

Se apreciază că, anumite aspecte clinice evidențiate în cursul vizitelor prenatale pot fi cauzate sau complicate de VPI și ar trebui investigate (mai jos):

- Leziuni traumatice, mai ales dacă sunt repetate și au explicații vagi sau neplauzibile;
- Sarcini repetate nedorite, întreruperi de sarcini repetate, întârziere în prezentarea la vizitele prenatale, ITS repetate;
  - » simptome genito-urinare inexplicabile sau repetate;
  - » simptome de depresie și anxietate;
  - » consumul de alcool și alte substanțe;
  - » autovătămare, tendință la suicid

Recomandare

Se recomandă investigarea clinică cu privire la violența partenerului intim (VPI) în cursul vizitei prenatale, numai în situația în care serviciul de asistență prenatală are capacitatea de a oferi sprijin persoanei afectate. [7] 2C

Pentru punerea în aplicare a acestei recomandări, trebuie ca gravida să se simtă în siguranță (partenerul să nu fie prezent, condițiile de confidențialitate să fie asigurate), iar personalul să fie instruit asupra modului în care sa poarte un dialog pe o temă sensibilă. Se vor respecta intimitatea și confidențialitatea dialogului și se va explica femeii că întrebările adresate fac parte din îngrijirea prenatală de rutină.[7]

A.3.6 SCREENINGUL DEPRESIEI ŞI AL SINDROAMELOR ANXIOASE

Prevalența depresiei este estimată la 10%-15% dintre femeile însărcinate, aceasta fiind complicată cu prematuritatea, greutatea mică la naștere, dezvoltarea neurologică întârziată a copilului, deficiențe de atașament mamă-copil.

NICE recomandă screeningul depresiei la primul contact cu femeia gravidă, la prima vizită și postnatal (*Whooley questions)*.[8] (Anexa 10)

1. În ultima lună, v-ați simțit adesea deprimată sau fără speranță?
2. În ultima lună, ați fost adesea deranjată de lipsa de interes sau plăcerea de a face lucruri?

De asemenea recomandă screeningul anxietății utilizând testul GAD (Generalised Anxiety Disorder) cu 2 întrebări.[8] (Anexa 10)

ACOG recomandă screeningul depresiei și anxietății perinatale cel puțin o dată în timpul perioadei perinatale, folosind un instrument de screening validat, standardizat, fără a fi specific pentru gravidă. [45]

Recomandare

Se recomandă screeningul depresiei la prima vizită prenatală și postnatal la 4-6 săptămâni și 3-4 luni, folosind chestionarul scurt de screening cu 2 întrebări.[6] 1Consens

Persoanele identificate cu depresie sau la risc de depresie trebuie sprijinite în obținerea unui suport/ tratament adecvat (când este indicat) și monitorizare.

A.3.7 SCREENINGUL INCOMPATIBILITĂȚII ÎN SISTEM RH/ABO

Absența antigenelor Rh (D) la suprafața eritrocitelor (fenotipul Rh (D) negativ) este frecvent întâlnită la descendenții europeni și nord-americani (15-17%).

O gravidă Rh D negativ va produce imunoglobuline anti Rh D/ anti D, dacă poartă un făt Rh D pozitiv (moștenire genetică de la tatăl Rh pozitiv) și au existat contexte de întâlnire a sângelui matern cu sângele fetal în diferite situații.[46]

La prima expunere la sângele fetal Rh D pozitiv, gravida Rh D negativă (lipsită de antigene Rh D eritrocitare) va produce tranzitoriu titruri mici de anticorpi IgM care, datorită greutății moleculare mari, nu pot străbate bariera placentară și nu vor afecta fătul.

La o nouă expunere, răspunsul imun este rapid și constă în producerea de anticorpi IgG de dimensiuni reduse, care pot traversa placenta și cauza boala hemolitică a fătului.

Acest proces numit de *izoimunizare* poate fi declanșat de contactul sângelui mamei cu un volum foarte redus de eritrocite fetale Rh D pozitive (0.03 mL).[46]

Evenimentele cu potențial de sensibilizare a gravidei Rh D negative și producerii de anticorpi sunt numeroase, de la avort spontan, sarcină extrauterină, sângerare prenatală și naștere, până la proceduri diagnostice invazive (puncția de vilozități coriale sau amniocenteza) sau terapeutice (chiuretajul uterin, tratamentul chirurgical al sarcinii extrauterine, intervenții terapeutice in utero, transfuzii). Toate, în diverse măsuri, pot duce la expunerea mamei la sângele Rh pozitiv al fătului, la recunoașterea lui ca non-self și la declanșarea unui răspuns imun anti Rh de către organismul matern.

Chiar și în cazul unei prime sarcini există riscul unei izoimunizări anterioare prin avort, sarcină extrauterină, transfuzie, traumatisme abdominale etc.[46]

Ghidurile clinice de obstetrică-ginecologie din Europa, Australia și America de Nord recomandă ca *screeningul pentru anticorpii anti-D eritrocitari* să fie oferit tuturor gravidelor Rh negative cu partener conceptual pozitiv, la prima vizită prenatală (alături de testarea pentru antigenele de grup OAB și Rh a cuplului).[8, 9, 46].

Testul Coombs indirect este considerat metoda cu sensibilitatea cea mai mare determinarea titrului de anticorpi anti D.[46]

Dacă Rh-ul partenerului conceptual este negativ și paternitatea e sigură, nu se mai indică determinări ulterioare ale anticorpilor anti D la gravidă.[46]

Sarcina prin incompatibilitate în sistemul Rh cu izoimunizare este o sarcină cu risc a cărei monitorizare trebuie efectuată de către medicul de specialitate OG.[46]

Recomandare

Se recomandă determinarea grupului sanguin și a Rh-ului la toate gravidele, în cursul primei vizite prenatale. 1B

Recomandare

În cazul unei gravide Rh negative, se recomandă determinarea Rh-ului partenerului conceptual. 1 Consens

Recomandare

La gravida Rh negativă cu partener conceptual Rh pozitiv se recomandă evaluarea probabilității unui sindrom de izoimunizare Rh și dozarea anticorpilor anti D, la prima vizită. 1B

Recomandare

Se recomandă ca gravidele Rh negative cu partener Rh+, neimunizate și cu anticorpi absenți la prima vizită să fie retestate la 20, 28 şi 36 săptămâni de amenoree.[46] 1 Consens

Atenție!

În cazul apariției anticorpilor anti Rh (la o pacientă cu sarcină inițial cu incompatibilitate și fără izoimunizare în sistem Rh), medicul trebuie să aplice conduita din sarcină cu incompatibilitate și izoimunizare în sistem Rh.

CONDUITA ÎN SARCINA CU INCOMPATIBILITATE ȘI IZOIMUNIZARE ÎN SISTEM RH[46]

Sarcina cu izoimunizare prin incompatibilitate în sistemul Rh este o sarcină cu risc care trebuie monitorizată

de către medicul de specialitate OG, în colaborare multidisciplinară.

Sarcinile cu izoimunizare în sistem Rh sunt urmărite prin investigații paraclinice:

Dozarea în dinamică a anticorpilor anti D;
Explorări ecografice pentru evaluarea semnelor directe și indirecte de afectare fetală.

În cazul unui titru pozitiv al anticorpilor anti Rh, medicul obstetrician va urmări dinamica acestora pe tot parcursul sarcinii, luând în considerație valoarea titrului anticorpilor la prima determinare, astfel:

1. Dacă la prima examinare titrul anticorpilor anti D este < 1:32 (15 UI/ml), se va repeta dozarea, din nou, la 20 săptămâni și apoi, din 4 in 4 săptămâni până la 32 săptămâni de amenoree, dacă titrul acestora rămâne constant. După 32 de săptămâni, dacă titrul anticorpilor a rămas constant, se monitorizeaza starea fetală prin profil biofizic și test nonstress.
2. Dacă la prima examinare titrul anticorpilor anti D este >1/32, se va repeta dozarea la un interval de 4 săptămâni, până la 28 săptămâni de sarcină dacă titrul anticorpilor anti Rh în dinamică rămâne constant sau dacă creşte la mai puţin de 4 ori faţă de valoarea iniţială. (De reținut: titrul staționar sau creşterea la mai puţin de 4 ori faţă de titrul iniţial al anticorpilor anti D sugerează posibilitatea unui făt Rh negativ)

Conduita de monitorizare a stării fetale în sarcină și modalitatea de naștere este hotărâtă de o echipă multidisciplinară dintr-o unitate cu compartiment de medicină materno-fetală, fiind dictată de valoarea și dinamica titrului de anticorpi și starea fătului, evidențiată de investigațiile ecografice și alte teste specifice.

Conduita în sarcina cu incompatibilitate și fără izoimunizare în sistem Rh[46]

Toate gravidele Rh negative cu partener Rh pozitiv nesensibilizate, au indicație de profilaxie cu imunoglobulină D.

Recomandare

Toate gravidele Rh negative cu partener Rh pozitiv nesensibilizate, au indicație de profilaxie cu imunoglobulină D.

A.3.8 SCREENING ȘI INVESTIGAȚII ÎN INFECȚII

3.8.1. De rutină

a. Infecția cu Virus hepatitic B - VHB United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recomandă screeningul infecției cu VHB, la toate gravidele, chiar dacă au fost vaccinate sau testate anterior, întrucât intervențiile postnatale sunt eficiente în reducerea riscului de transmitere a infecției de la mama infectată la copil.[47]

Recomandare

Se recomandă screeningul de rutină pentru infecția cu virus hepatitic B, la prima vizită, a tuturor gravidelor. 1A

Retestarea în trimestrul 3 este indicată gravidelor cu risc crescut de infecții cu transmitere sexuală, care utilizează droguri injectabile, care au parteneri HBs pozitivi.

b. Infecția cu Virus hepatitic C - VHC

USPSTF, CDC recomandă screeningul infecției cu VHC la toate gravidele.[48,49]

Ghidul australian recomandă testarea predilectă a gravidelor cu risc crescut de infectare: utilizatoare de droguri iv, cu tatuaje sau piercing, cu istoric de transfuzii de sânge.[9]

Protocolul SROG recomandă screeningul infecției cu VHC la toate gravidele.[12]

Recomandare

Se recomandă screeningul de rutină pentru infecția cu virus hepatitic C, la prima vizită, a tuturor gravidelor. 1B

c. Infecția HIV

Infecția maternă cu HIV este asociată cu riscul de transmitere verticală a infecției, de la mamă la făt, în timpul sarcinii.

Toate ghidurile recomandă testarea HIV a gravidelor, de la prima vizită prenatală, după o prealabilă consiliere.[7-9]

Femeile identificate HIV pozitiv vor fi informate cu privire la: etapele diagnostice ulterioare, intervențiile pentru reducerea transmisiei verticale și potențialele efecte ale medicamentelor antiretrovirale asupra fătului.[9]

Recomandare

Se recomandă efectuarea screeningului de rutină pentru infecția HIV, în primul trimestru de sarcină tuturor gravidelor, după consimțământul informat al acestora. 1B

Recomandare

Se recomandă retestarea, în Trim. III de sarcină, a gravidelor cu risc crescut. 1B

Femeile testate pozitiv pentru infecția HIV vor fi orientate spre un serviciu de infecțioase, pentru confirmarea diagnosticului și tratamentul de specialitate. 1 Consens

d. Sifilisul

Infecția cu spirocheta, în sarcină, provoacă avort spontan, nașterea de copii morți sau moartea copilului la scurt timp după naștere. Aproximativ 40% dintre copiii născuți de femei cu sifilis netratat se nasc morți sau pot muri din cauza infecției. La nou-născuți, infecția cu spirocheta determină sifilis congenital, cu manifestări clinice ce depind de momentul infectării și dacă mama a fost tratată. La rândul lor, nou-născuții cu sifilis congenital pot avea leziuni osoase, anemie severă, hepatosplenomegalie, icter, probleme neurologice grave (orbire, surditate, meningită) sau erupții cutanate.[49]

Recomandare

Se recomandă testarea de rutină pentru sifilis a tuturor gravidelor, încă de la prima vizită. 1A

Recomandare

Se recomandă screening cu un test netreponemic - se va folosi VDRL sau RPR.[49]

Recomandare

Se recomandă trimiterea la specialist a gravidei cu test pozitiv la screening, pentru confirmare diagnostică. 1 Consens

În cazul unui test netreponemic pozitiv (care nu înseamnă neapărat că gravida are sifilis), este necesară efectuarea unui test diagnostic treponemic (TPHA) sau/și trimiterea gravidei la specialistul dermatovenerolog.[49]

Toate gravidele seropozitive pentru sifilis trebuie considerate infectate, cu excepția cazului în care este documentat un tratament adecvat, iar titrurile secvențiale de anticorpi serologici se reduc.

Recomandare

Se recomandă retestarea la 28-32 săptămâni și premergător nașterii a gravidelor cu un risc crescut de infectare sau reinfectare. 1 Consens

Se consideră că au un risc crescut de infecție: femeile însărcinate din comunități cu incidența crescută a sifilisului, femeile care au mai mulți parteneri sexuali, consumă droguri, femeile încarcerate sau fără adăpost, prostituatele.[49]

Recomandare

La pacientele diagnosticate cu sifilis în a doua jumătate a sarcinii, se recomandă ecografia fetală pentru a identifica eventualele modificări de sifilis congenital.[49] 1 Consens

e. Rubeola

Rubeola dobândită în timpul sarcinii expune fătul și nou-născutul unui risc crescut de multiple efecte adverse precum pierderea auzului, deficiențe oftalmologice, cardiace, neurologice (sindromul rubeolic congenital), cu impact pe termen scurt și lung, inclusiv un risc crescut de deces.

Susceptibilitatea la rubeolă se evaluează prin istoricul vaccinal sau prin testare serologică (IgG rubeolă). [7,12]

Recomandare

Se recomandă screening serologic pentru evaluarea susceptibilității la rubeolă, la prima vizită prenatală. 1B

Gravidele identificate ca non-imune la rubeolă trebuie sfătuite să nu se expună infecției și să evite în sarcina contactul cu persoanele cu simptome sugestive pentru rubeolă. Ele vor fi vaccinate postnatal, pentru protecția sarcinilor viitoare.

f. Bacteriuria asimptomatică

Infecțiile urinare asimptomatice, simptomatice și recurente sunt frecvente la femeile gravide și au fost asociate cu nașterea prematură și greutate mică pentru vârsta gestațională, mai ales dacă infecțiile au generat pielonefrită. Pielonefrita se estimează la o prevalență de 2%, cu o rată de recurență de până la 23% în cursul aceleiași sarcini sau imediat după naștere.[7-9, 50]

Screeningul universal este recomandat pe baza unei analize Cochrane care arată că tratamentul cu antibiotice, în comparație cu placebo, este eficace și reduce incidența pielonefritei cu 75%.[9, 51]

Nu există un consens în literatura științifică cu privire la momentul optim de screening pentru bacteriuria asimptomatică și frecvența acestei intervenții. Un studiu prospectiv a arătat că o singură urocultură obținută între săptămâna 12 și 16 de sarcină a identificat 80% dintre femeile care au avut bacteriurie asimptomatică.[9]

Deși majoritatea ghidurilor recomandă o singură testare, există și studii care susțin necesitatea efectuării de uroculturi repetate, în fiecare trimestru de sarcină, pentru a îmbunătăți rata de detecție a bacteriuriei asimptomatice.[52]

Recomandare

Se recomandă testare de rutină pentru bacteriurie asimptomatică a gravidelor, prin efectuarea uroculturii din jetul mijlociu în săptămânile 11-16 de sarcină și tratamentul celor cu urocultură pozitivă. 1A

În caz de acces limitat la serviciile de bacteriologie, se pot folosi bandelete urinare (cu specificitate de 95%), rezultatele pozitive necesitând confirmarea prin urocultură.

În cazul bacteriuriei tratate, se recomandă efectuarea uroculturii la o săptămână după tratament și monitorizarea lunară prin urocultură, până la naștere.

g. Streptococ B Hemolitic

Streptococcus agalactiae - streptococul de grup B (SGB) este o bacterie comună care colonizează tractul gastrointestinal și tractul genital al femeii gravide. SGB poate fi transmis de la mamă la copil înainte sau în timpul nașterii, provocând o infecție neonatală cu debut precoce, la câteva ore/zile de la naștere, cu evoluție ușoară sau severă - cu pneumonie, sepsis și meningită.

Infecția vaginală asimptomatică cu SHB este citată ca una dintre cele mai frecvente cauze de morbiditate și

mortalitate infecțioasă neonatală în SUA.[53]

Recomandare

Se recomandă efectuarea de culturi pentru detectarea SGB prin prelevarea vaginală/rectală, între 35 și 37 SA. 1C

Recomandare

Se recomandă administrare de antibiotice intrapartum, pentru a preveni infecția neonatală precoce cu SGB, în cazul tuturor femeilor cu culturi pozitive de SGB.[9] 1A

Profilaxia intrapartum cu antibiotice se recomandă, de asemenea, gravidelor care au avut urocultură pozitivă cu streptococ grup B, în orice moment al sarcinii.

3.8.2 La persoane cu risc crescut

a. Infecția cu Chlamydia și Gonoreea

Sunt considerate la risc pentru infecția cu Chlamydia și N. gonorrhoeae: persoanele sub 25 de ani, respectiv cele de 25 de ani și peste cu risc crescut de boli cu transmitere sexuală (un partener sexual nou, parteneri sexuali multipli, un partener sexual diagnosticat cu BTS).[49] În plus, gonoreea este mai frecventă la persoanele care trăiesc în comunități cu incidența crescută a gonoreei. În ambele situații, tratamentul mamei previne transmiterea infecției la făt, în cursul nașterii.[49]

În sarcină, infecția cu Chlamydia creste riscul de avort, de naștere prematură, de ruptură prematură de membrane și poate determina tulburări de dezvoltare ale fătului și mortalitate infantilă.[49]

Screeningul prenatal și tratamentul femeilor însărcinate pentru gonoree este cea mai bună metodă de prevenire a infecției cu Neisseria gonorrhoeae în rândul nou-născuților, manifestată ca boală acută, în primele zile după naștere, fie doar ca oftalmie, fie ca meningită sau chiar sepsis.[49]

Recomandare

Se recomandă screeningul pentru gonoree și infecția cu Chlamydia tuturor gravidelor la risc. 1B

Se preferă testele moleculare de amplificare genetică din secrețiile din endocol.

Gravidele testate pozitiv vor fi tratate cu antibiotice, testate post-tratament pentru dovedirea eradicării infecției și retestate la 3 luni, eventual și în Tr 3 dacă se mențin la risc.[49]

b-d. Infecția cu virus herpetic (VHS), cytomegalovirus (CMV) și Toxoplasma

Infecția genitală cu virusuri herpetice, la gravidă, comportă un risc asupra fătului. De aceea gravida și partenerul trebuie întrebați despre antecedentele de herpes genital sau orolabial. Gravidele cu partener pozitiv vor lua în considerare abstinența, folosirea prezervativului, tratamentul antiviral al partenerului; se va evita contactul orogenital dacă partenerul are herpes orolabial.

Parazitul Toxoplasma gondii produce o infecție dobândită, în principal prin ingestia de chisturi tisulare viabile în carnea insuficient pregătită sau prin ingestia accidentală de oochisturi excretate de pisici și care contaminează solul sau apa. Gravidele infectate pot transmite infecția la făt, cu risc de apariție a toxoplasmozei congenitale, manifestate cu leziuni inflamatorii la nivelul creierului sau ochiului.

Infecția cu CMV poate fi luată în considerare în cazul gravidelor cu risc crescut: femei care vin în contact cu un număr mare de copii mici, îngrijitoare în centrele de zi, asistente medicale din secția de terapie intensivă neonatologie, adolescenți cu parteneri multipli sau cu istoric de BTS. Gravidele trebuie educate despre măsurile de prevenire a infecției cu CMV: spălarea frecventă a mâinilor, mai ales după expunerea la saliva sau urina copiilor, purtarea de mănuși de protecție.

Ghiduri internaționale nu recomandă screeningul de rutină la toate gravidele, pentru infecția cu VHS, CMV și toxoplasmă.[9] USPSTF

În România, la momentul elaborării ghidului, Casa Naţională de Asigurări finanțează determinarea profilului de infecție cu toxoplasmă, virus rubeolic și CMV, la gravidele care nu dețin documente medicale care

să ateste antecedente ale acestor infecții în cursul unor evaluări complexe, în regim de spitalizare de zi, în ambulatoriile de specialitate.[54]

În practică, accesul la aceste evaluări este foarte limitat și determinarea profilului TORCH complet (care include și infecția herpetică) nu este susținută de Casa de Asigurări.

Recomandare

Se recomandă screening pentru infecția cu HSV-1 și HSV-2, CMV și Toxoplasma la gravidă, doar la persoanele la risc. 1 Consens

e. Vaginoza asimptomatică

Vaginoza bacteriană în timpul sarcinii constituie un factor de risc pentru naştere prematură.

S-a constatat că identificarea și tratamentul vaginozei bacteriene asimptomatice nu influențează riscul anterior menționat.[8, 9] USPSTF

Recomandare

Se recomandă a nu se efectua screening de rutină pentru vaginoza asimptomatică. 2B

A.3.9 TESTAREA FUNCȚIEI TIROIDIENE

Ghidurile științifice nu recomandă testarea de rutină a funcției tiroidiene decât la gravidele cu risc crescut de disfuncție. [9, 55, 56]

Unele recenzii sistematice mai recente aduc argumente în favoarea unei testări universale, având în vedere beneficiile privind evoluția sarcinii și cele asupra fătului, precum și costurile scăzute ale testării și tratamentului. [57]

Recomandare

Se recomandă dozarea TSH pentru investigarea funcțională a glandei tiroide, la prima vizită. [12]

1 Consens

Gravidele cu disfuncție tiroidiana clinică sau subclinică vor fi îndrumate spre consult endocrinologic.

A.3.10 STATUSUL VITAMINEI D

Vitamina D este importantă pentru metabolismul calciului și al fosforului. 90 % din vitamina D provine de obicei prin acțiunea soarelui la nivelul tegumentelor și doar 10 % din alimentație. Factorii de risc pentru deficit de vitamina D sunt hiperpigmentarea cutanată, obezitatea, expunerea scăzută la soare, prezența unor afecțiuni preexistente sarcinii.

În sarcină, un nivel scăzut de vitamina D ar putea fi asociat cu un risc crescut de diabet gestațional [9,58] și macrosomie, dar nu și cu preeclampsia, nașterea prematură, dezvoltarea intrauterină deficitară și greutatea mică la naștere.[9]

Nu există suficiente dovezi care să recomande testarea de rutină a statusului vitaminei D la toate femeile însărcinate.

Recomandare

Se recomandă testarea statusului vitaminei D doar la femeile gravide cu risc de deficit.

1 Consens

Recomandare

Se va recomanda suplimentare cu vitamina D la gravide numai în cazul în care nivelul seric de

vitamina D, identificat prin testare, este sub 30 ng/ml (deficit). 1 Consens

A.3.11. SCREENINGUL ANOMALIILOR FETALE

În sarcină, se poate determina riscul pentru anumite afecțiuni genetice prin investigații serologice și ecografice, având caracteristici (sensibilitate și specificitate) diferite, în funcție de test și momentul utilizării. Cele mai frecvente anomalii cromosomiale, cu impact major asupra sănătății fătului, depistabile prin screening sunt Trisomia 21 (Sdr. Down), Trisomia 18 (Sdr. Edwards) și Trisomia 13 (Sdr. Patau).

Riscul genetic se prognozează pe baza unui model matematic care integrează markeri serologici materni, aspecte ecografice și date ale gravidei (vârsta maternă, vârsta gestațională, greutate, rasă, status diabetic, statusul de fumător, numărul fetilor, reproducerea asistată).

Asocierea testelor serologice și a ecografiei cu datele mamei oferă o mai mare capacitate de detecție. Astfel:

Analizele de trimestrul I sunt considerate cea mai bună opțiune de investigare a riscului genetic întrucât, pe de o parte, oferă posibilitatea identificării precoce a unui risc de afectare genetică a fătului și, pe de altă parte, permite luarea unor decizii vizând continuarea sarcinii.

În trimestrul I se efectuează testul serologic cunoscut sub denumirea de Dublul Test care include markerii serici - gonadotropina corionică (beta HCG) și proteina plasmatică asociată sarcinii PAPP-A. La Dublu Test se asociază, atunci când se poate, ecografia cu determinarea translucenței nucale și, suplimentar, testarea nivelului α-fetoproteinei serice materne (AFP).

Pentru Trisomia 21, combinația dintre testele serologice și determinarea translucenței nucale conduce la rate de detecție foarte bune - 82-87 %.[59]

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile gravide să beneficieze în trimestru I de calculul riscului genetic (Dublu Test) pentru depistarea trisomiilor 21, 18 și 13. 1Consens

Analizele de trimestrul II vor fi efectuate pentru depistarea aneuploidiilor la gravidele care nu au efectuat testarea (Dublu Test) în primul trimestru sau la cele care sunt supuse unui screening integrat, care asociază rezultatele testării de prim trimestru cu testarea din trimestrul II.

Testarea în trimestrul II implică calcularea riscului genetic prin modele matematice de predicție care asociază testele serologice Triplu Test (markeri serici: AFP, HCG total, Estriol liber) sau Cvadruplu test (AFP, HCG total, Estriol liber, Inhibina A) cu datele gravidei.

În trimestrul II de sarcină se recomandă și efectuarea unei ecografii morfologice pentru identificarea de anomalii structurale ale fătului (Capitolul A2.3. Investigații. Ecografia)

În trim III de sarcină se recomandă efectuarea unei ecografii morfologice pentru depistarea anomaliilor fetale.[33] (Capitolul A2.3. Investigații. Ecografia)

Determinarea ADN-ului fetal liber este testul cu cea mai mare sensibilitate și specificitate pentru depistarea aneuploidiilor fetale frecvente, dar este costisitor și poate da rezultate fals pozitive și negative și de aceea nu poate fi utilizat pentru confirmare diagnostică, în locul testelor invazive.[59]

În contextul efectuării testelor pentru depistarea riscului genetic, femeile gravide trebuie consiliate cu privire la limitele testelor, implicațiile unui test pozitiv, impactul potențial al nașterii unui copil cu sindrom Down, riscurile asociate cu avortul în al doilea trimestru.[59]

Recomandare

Pentru diagnosticarea riscului genetic și consiliere de specialitate cazurile vor fi îndrumate către medicul specialist OG și medicul genetician. 1 Consens

Tabel nr. 1. Strategii screening pentru evaluarea riscului genetic conform ACOG[57]

Tip de screening	Tip test / parametrii	Perioada optimă	Rata detecție T21
Trim. I	**1. Dublu test** (free beta HCG + PAPP-A)	10 - 13^{+6} SA	63%
	2. Echo (TN)	11 - 13^{+6} SA	70%
	3. Combinat - **Echo** (TN) + **Dublu test** (free beta HCG + PAPP-A) +/- AFP	11 - 13^{+6} SA	82-87%
Trim. II	**Triplu test** **HCG + AFP + estriol** neconjugat + vârstă/greutate/rasă/diabet pregestațional	15 - 22^{+6} SA	< teste T1
	Cvadruplu test **HCG + AFP + estriol neconjugat + inhibina A** + vârstă/greutate/rasă/diabet pregestațional	15 - 22^{+6} SA	80%
Screening combinat de Tr I şi Tr II	**Screening integrat** **Tr I** [Echo (TN) + Dublu test (bHCG + PAPP-A) +/- AFP] **ŞI** **Tr II** Cvadruplu test	10 - 13^{+6} SA şi 15 - 22^{+6} SA	96%
ADN fetal liber în sângele matern	AND fetal liber din sângele matern	> 9-10 SA	99%

B. INTERVENȚII PRIVIND STILUL DE VIAȚĂ

B1. INTERVENȚII PRIVIND ALIMENTAȚIA SĂNĂTOASĂ

Efectele alimentației în sarcină

Dovezi recente* au arătat că **femeile gravide au alimentație necorespunzătoare** din punct de vedere **caloric și nutrițional** nu doar în țări sărace, ci și în țări bogate și acest fapt are impact, pe termen lung, asupra sănătății produsului de concepție și a mamei. Adolescentele gravide au mai frecvent decât femeile adulte patternuri alimentare nesănătoase.

Există dovezi (în studii pe modele animale, dar și umane) care sugerează că **alimentația în timpul sarcinii, dar și statusul metabolic în preconcepție** influențează expresia genelor fetal-placentare, structura diferitelor organe, metabolismul și creșterea în perioadele critice de dezvoltare, afectând riscul de boli cardiovasculare, metabolice, respiratorii, imunologice, neuropsihiatrice și alte afecțiuni cronice ale descendenților.[60]

Starea nutrițională deficitară a mamei determină greutate mică la naștere (sub 2500 g), greutate mică pentru vârsta gestațională (sub 10% greutatea la naștere pentru vârsta gestațională) sau creștere fetală restricționată.

Excesul nutrițional al mamei (obezitate, diabet, aport crescut de zahăr și lipide) conduce la macrosomie (peste 4-4,5 kg) și greutate mare pentru vârsta gestațională (peste 90% greutatea la naștere pentru vârsta gestațională). Fiecare dintre acești parametri este asociat cu risc crescut de dezvoltare a bolilor cronice la copii și adulți (de ex. obezitate, steatoza hepatică).[61]

Greutatea anterioară sarcinii este un indicator mai fidel pentru rezultate adverse perinatale și pe termen lung, decât greutatea dobândită pe parcursul sarcinii (atât IMCul scăzut cât și cel crescut), iar câștigul ponderal din primul trimestru este cel mai puternic predictor al rezultatelor adverse.

Pe de altă parte, oferirea de oportunități educaționale și de optimizare a greutății în timpul îngrijirii prenatale ar putea fi intervenții mai fezabile și mai eficace decât intervențiile înainte de sarcină.[62]

Dovezi recente ale USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) susțin că **consilierea și intervențiile comportamentale vizând limitarea creșterii în greutate** în timpul sarcinii au fost asociate cu risc mai mic de diabet gestațional, macrosomie, feți mari pentru vârsta sarcinii sau intervenții cezariene de urgență. [63]

Acest lucru a determinat USPSTF să emită recomandarea pentru clinicieni de a oferi femeilor însărcinate intervenții de consiliere comportamentală menite să promoveze creșterea sănătoasă în greutate și prevenirea creșterii excesive în timpul sarcinii.[64]

Toate aceste dovezi susțin că, inițierea intervențiilor educaționale și de consiliere la începutul sarcinii (dacă nu au fost posibile în perioada preconcepțională) este recomandabilă pentru a preveni complicațiile ulterioare pentru mame și copiii lor.

Nevoile alimentare ale gravidei

Modificările homeostaziei organismului femeii gravide în timpul sarcinii, necesitățile impuse de prezența sarcinii, adaptarea diferitelor aparate, sisteme și metabolisme la starea de gestație și, în special, modificarea intensă și rapidă a aparatului genital cu apariția compartimentului feto-placentar, impun o dietă adecvată.

Creșterea în greutate - optimă, între 9 și 12 kg în funcție de IMCul anterior sarcinii, se poate realiza printr-un aport caloric și nutrițional echilibrat, după cum urmează:[9]

Aportul caloric *mediu suplimentar* recomandat este de aproximativ 300 kcal /zi, astfel asigurându-se acoperirea nevoilor calorice de aproximativ 2.400 kcal/zi, în funcție de vârsta femeii gravide, ocupația sa, modul de viață, dar mai ales în funcție de greutatea anterioară sarcinii (aport caloric mai mare la cele subponderale și diminuat la cele supraponderale). La gravidele cu muncă fizică foarte intensă, alimentația trebuie să asigure un aport caloric zilnic de 2.600-2.800 kcal. Se estimează un necesar suplimentar de 0 kcal în primul trimestru, 340 kcal în al doilea trimestru și aprox 452 kcal în al treilea trimestru, la o femeie cu greutate normală anterior sarcinii.[65]

Macronutrienți

- Proteinele - circa 1,5 g/kgcorp/zi;
- Glucidele - 5-6 g/kgcorp/zi, minimum jumătate să provină din fructe și legume, favorizându-se astfel și aportul concomitent de vitamine și oligoelemente;
- Lipidele - 1 g/kgcorp/zi, în general în proporție de 50% de origine animală.

Mineralele

- Sodiul - sarcina induce o pierdere cronică de sodiu, astfel încât restricția sa alimentară poate fi periculoasă.
- Fierul - necesarul zilnic de aproximativ 800-1000 mg Fe nu este acoperit de aportul alimentar, chiar în condițiile unei absorbții intestinale normale și a mobilizării fierului din rezerve; pentru evitarea apariției anemiei hipocrome este necesară administrarea profilactică de preparate de fier, la indicația medicului.
- Calciul - necesarul zilnic în sarcină este de 1-1,2 g; suplimentarea cu 1-1,5 g de Calciu/zi, la gravidele cu dietă hipocalcemică, reduce riscul de preeclampsie cu 30-50%.
- Iodul - necesarul zilnic este crescut în sarcină, la 250 mcg*. Pentru femeile care locuiesc în zone cu sol sărac în iod (zone gușogene), sau pentru femei care din diferite considerente nu consumă pește, lapte și derivate, ouă, necesarul zilnic de iod va trebui evaluat și suplimentat (de ex. prin aport de sare iodată).[56]

Vitaminele

- Dieta echilibrată și completă asigură necesarul de vitamine pentru gravidă, alte preparate medicamentoase nefiind necesare.

Tipare alimentare

Comparativ cu femeile care urmează o dietă bogată în alimente procesate, carne roșie grasă și alimente și băuturi îndulcite, femeile atente la ce mănâncă înainte și/sau în timpul sarcinii, având o dietă bogată în legume, fructe, cereale integrale, nuci, leguminoase, pește, uleiuri îmbogățite în grăsimi mononesaturate, fibre, au mai puține complicații ale sarcinii și mai puține efecte adverse pentru sănătatea sugarului și a copilului.

Un tipar alimentar bogat în legume, fructe, cereale integrale, nuci, leguminoase, pește și uleiuri vegetale și sărace în carne și cereale rafinate este asociat cu un risc redus de tulburări asociate sarcinii, inclusiv cu un risc redus de preeclampsie, hipertensiune gestațională, diabet gestațional și naștere prematură.[61,64]

Recomandare

Se recomandă încurajarea gravidelor pentru adoptarea unei alimentații bogate în legume, fructe, cereale integrale, nuci, leguminoase, pește și uleiuri vegetale și sărace în carne și cereale rafinate. 1B

Gravidele au nevoie de o dietă echilibrată care include pește de două ori pe săptămână (sursă de acid docosahexaenoic), cereale integrale pentru acid folic, vitamina B12, fier și colina și asigurarea unui aport zilnic de iod de 250 mg/zi.[56]

Femeile însărcinate sau cele care alăptează nu trebuie să consume specii de pește cu conținut crescut de mercur precum: pește spadă, calcan și macrou regal. (Anexa 7)

Recomandare

Se recomandă sprijinirea unui consum crescut de alimente bogate în acid folic și în fier, atât fier înalt absorbabil, din surse precum carnea și peștele, cât și fier non-hem, din cereale integrale, fasole și mazăre gătite, legume cu frunze verzi, ouă. 1A

Recomandare

Se recomandă femeilor gravide și celor care alăptează să consume cel puțin 200 g de pește sau fructe de mare pe săptămână, dintre speciile cu conținut scăzut în mercur. 1A

Necesarul de apă este crescut în sarcină și poate fi calculat pornind de la consumul caloric (1-1,5 ml apă/kcalorie consumată); o gravidă cu un consum caloric mediu suplimentar de 300 kcal/zi, va avea nevoie de un supliment de apă de cel puțin 300 ml/zi.

Recomandare

Se recomandă un aport crescut de apă (1-1,5 ml/kcal de aliment consumat) în sarcină și perioada de lactație. 2B

Consumul crescut de cafea în sarcină este asociat cu risc uşor crescut de avort, greutate mică la naştere și naşterea de feți mici pentru vârsta gestaţională (*small for gestational age* -SGA).[65]

Recomandare

Pentru femeile însărcinate, cu un aport zilnic mare de cofeină (mai mult de 300 mg pe zi), se recomandă scăderea aportului zilnic de cofeină în timpul sarcinii pentru a reduce riscul de pierdere a sarcinii şi de nou-născuţi cu greutate mică la naştere. 1B

Femeile care consumă o dietă adecvată nu au nevoie de suplimentarea cu multivitamine, dar în absența unei evaluări alimentare corecte, de către un dietetician, suplimentarea de rutină este încurajată în Statele Unite.[66]

În țările preocupate de sănătatea gravidelor, reticența în oferirea unei evaluări nutriționale tuturor gravidelor se datorează în parte implicațiilor legate de resursele limitate, pe de altă parte și lipsei unor dovezi solide privind eficacitatea intervențiilor[60] sau ambiguității cu privire la acceptarea tehnicilor actuale de evaluare nutrițională în rândul mamelor însărcinate și a profesioniștilor din sănătate.[67]

Recomandare

Se recomandă evaluarea statusului nutrițional (IMC) și a comportamentului alimentar al tuturor gravidelor (interviu privind tiparul alimentar, sursele de macro/micronutrienți) în vederea identificării eventualelor deficiențe sau excese și remedierii lor, cât mai precoce în sarcină. 1 Consens

Recomandare

Consilierea privind alimentația sănătoasă în timpul sarcinii este recomandată femeilor însărcinate

pentru a rămâne sănătoase și pentru a preveni creșterea excesivă în greutate în timpul sarcinii. 1A

Pe parcursul sarcinii, prepararea adecvată a alimentelor și manipularea acestora în condiţii igienice sunt esenţiale pentru prevenirea eventualelor îmbolnăviri legate de contaminarea alimentelor cu bacterii (*Listeria monocytogenes și Salmonella sp)* sau paraziți *(Toxoplasma gondii)*, foarte dăunători pentru produsul de concepţie (toxiinfecții alimentare).

Laptele nepasteurizat, brânzeturile moi (feta, brie) și cele cu mucegai nepasteurizate, carnea și fructele de mare refrigerate, bune de consum, pot fi surse de infecție cu Listeria monocytogenes, la care femeile însărcinate sunt mai susceptibile, în special în trimestrul 3 de sarcină.[68]

Pentru evitarea toxiinfecțiilor alimentare se recomandă ca gravidele să evite:

- laptele nepasteurizat precum și brânza sau iaurtul din lapte nepasteurizat;
- brânzeturile cu mucegai;
- produsele din carne (hot-dog, mezeluri, paste de carne tartinabile), dacă acestea nu pot fi aduse la fierbere înainte de consum;
- peștele afumat, carnea și mezelurile afumate, preparatele gata de consumat;
- salatele gata asezonate mai ales cu maioneză sau produse lactate nepasteurizate;
- consumul de ouă crude (surse de Salmonela) sau insuficient fierte, inclusiv orice produse care conțin ouă crude: maioneza, sosuri pentru salate preparate în casă.
- nu este nevoie ca gravidele, cu excepția celor cu boli gastrointestinale, să evite mierea.

În sarcină este important ca gravida:

- să spele foarte bine toate ingredientele crude, precum fructele și legumele, înainte de a le consuma;
- să depoziteze carnea crudă separat de cea gătită, și să folosească cuţite, tocătoare și alte ustensile de bucătărie diferite pentru prepararea cărnii crude, pentru a evita contaminarea;
- să fiarbă/ gătească foarte bine mâncarea;
- să verifice ca temperatura în frigider să fie sub 5 grade.
- să utilizeze mănuși pentru grădinărit sau schimbarea litierei pisicii și întotdeauna să spele bine mâinile după aceste activităţi.

Algoritmul intervenției scurte de consiliere pentru o alimentație sănătoasă

Conform recomandărilor privind evaluarea și consilierea pentru schimbarea comportamentelor legate de stilul de viață, sunt recomandate intervențiile structurate având următoarele etape:

1. Screening *(Assess)* - întreabă despre tiparul alimentar; evaluează: alimentele preferate, prezența alimentelor bogat nutritive, prezența alimentelor înalt calorice sau procesate, cantitatea consumată, numărul meselor.

2. Sfătuiește *(Advise)* - oferă exemple de alimente benefice, tipare alimentare benefice (ex. dieta tip mediteranean) pentru gravidă și lăuză.

3. Stabilește obiective *(Agree)* - arată importanța unor obiective mici, fezabile, formulate SMART, pe care gravida să le poată adopta cu ușurință, privind: creșterea adecvată în greutate, introducerea unor alimente înalt nutritive, excluderea unor alimente cu potenţial nutrițional mic sau a unor alimente potenţial periculoase, creșterea sau limitarea cantității zilnice consumate, modificarea orarului meselor. Ajută gravida să-și stabilească un plan de acțiune.

4. Sprijină *(Assist)* - formulează recomandări privind alegeri benefice adaptate situației concrete (preferințe, aversiuni, acces etc.) a gravidei, cu circumstanțele ei.

5. Susține *(Arrange)* - trimite gravida dornică de suport pentru a primi sprijin și consiliere aprofundată, atunci când este nevoie (nutriționist, dietetician, medici de familie certificați etc.), oferă exemple de resurse de suport în comunitate. Stabilește un plan de monitorizare și revino cu întrebări și acțiuni specifice cu ocazia următoarelor vizite.

B2. INTERVENȚII PRIVIND ACTIVITATEA FIZICĂ

Beneficiile activității fizice

Există multiple beneficii dovedite ale activității și exercițiilor fizice, pe parcursul sarcinii [9, 12, 69] privind:

creșterea calității vieții, optimismului, sentimentului de auto-eficacitate și îmbunătățirea percepției corporale; reducerea complicațiilor în sarcină printr-un mai bun control al creșterii în greutate; un mai bun control al problemelor asociate sarcinii, cum ar fi incontinența urinară, hiperglicemia, durerea lombară, somnul, depresia; efectele benefice asupra produsului de concepție, cum ar fi reducerea riscului de macrosomie și o mai bună dezvoltare neurală; posibile efecte benefice asupra nașterii, unele studii raportând un travaliu cu durată mai scurtă, mai bună rezistență la durere și un risc mai mic de ruptură perineală la gravidele active.

În lehuzia fiziologică, activitatea fizică regulată contribuie de asemenea la starea generală de sănătate. Activitatea fizică nu pare să aibă efecte adverse asupra cantității și compoziției laptelui sau asupra creșterii produsului de concepţie. Activitatea fizică ajută lăuzele să ajungă la greutatea normală și să o mențină.[7, 69]

Siguranța

Toate ghidurile și documentele sistematice analizate consemnează că, nu există motive de îngrijorare despre siguranța efectuării de activități şi exerciții fizice la femeia însărcinată la risc scăzut, cu privire la: riscul de avort, mortalitatea perinatală, riscul de naștere prematură, riscul de greutate mică sau mare la naștere, chiar dacă vorbim de exerciții viguroase. Nu există suficiente dovezi care să precizeze dacă exercițiile fizice în decubit dorsal induc riscuri suplimentare.[69]

În ceea ce privește efectele activității fizice profesionale ce implică muncă fizică intensă în sarcină, dovezile sunt neclare. Ridicarea de greutăți (peste 200 kg/zi) ar putea fi asociată cu dureri pelvine mai accentuate, naștere de feți morți la gravidele care au avut și alte pierderi de sarcină în antecedente sau naștere prematură la primipare. Statul prelungit în picioare s-ar putea asocia, într-o oarecare măsură, cu creșterea riscului de avort sau nașterea prematură. În ceea ce privește munca fizică foarte grea, se poate asocia cu ruptura prematură a membranelor şi durere pelvină.[69]

Tipurile de activitate fizică studiate și considerate sigure în sarcină sunt mersul pe jos, utilizarea unei biciclete staționare, exercițiile aerobe, dansul, exercițiile de rezistență (utilizarea de greutăți, benzi elastice), exercițiile de întindere, hidroterapia, exercițiile aerobice în apă.

Activitățile considerate a fi nesigure în timpul sarcinii includ sporturile de contact cu risc crescut de traumatism abdominal și scufundările. [69]

Date fiind dovezile enumerate, **femeile însărcinate trebuie să beneficieze de educație și consiliere privind includerea sistematică a activității fizice de intensitate moderată, intre activitățile zilnice.[70]**

Recomandare

Se recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică a tuturor femeilor însărcinate, ca parte componentă a evaluării stilului de viață, în scopul formulării de recomandări adaptate pentru un stil de viață sănătos, în beneficiul gravidei și produsului de concepție. 1 Consens

Recomandare

Pentru beneficii substanțiale asupra stării de sănătate, activitatea fizică este recomandată tuturor femeilor gravide și lehuzelor care nu prezintă contraindicații. 1B

Recomandare

Se recomandă cel puțin 150 de minute de activitate fizică de tip aerobic, cu intensitate moderată, însumate pe parcursul unei săptămâni (minimum 30 de minute, în 5 zile pe săptămână). Se vor include activități variate, de tip aerobic și pentru întărirea mușchilor, dar exercițiile de întindere ușoară pot fi, de asemenea benefice. 1B

Recomandare

Femeile fizic inactive sau moderat inactive înainte de sarcină, vor începe treptat activitatea fizică, prin includerea de activități de intensitate ușoară și moderată. 1B

Recomandare

Femeile fizic active și care desfășurau activităţi aerobice de intensitate mare anterior sarcinii, pot continua acest tip de activitate și pe perioada gravidității și a lăuziei. 1B

Recomandare

Se recomandă limitarea perioadelor de sedentarism și înlocuirea acestora cu activitate fizică, chiar de intensitate mică. 1C

Algoritmul intervenției scurte de consiliere [70]

Conform recomandărilor privind evaluarea și consilierea pentru schimbarea comportamentelor legate de stilul de viață, sunt recomandate intervențiile structurate având următoarele etape:

1. Screening ***(Asses)*** - întreabă despre tiparul de activitate fizică; evaluează: nivelul, tipul și frecvența activității fizice și a sedentarismului;

2. Sfătuiește ***(Advise)*** - oferă exemple de beneficii ale activității fizice în cazul gravidei și lăuzei.

3. Stabilește obiective ***(Agree)*** - arată importanța unor obiective mici, fezabile, formulate SMART, pe care gravida să le poată adopta cu ușurință, privind: tipul de activitate fizică sau modalități de reducere a sedentarismului, durata (minutele de activitate fizică/zile), intensitatea, momentul zilei. Ajută gravida să-și stabilească un plan de acțiune.

4. Sprijină ***(Assist)*** - formulează recomandări privind activitatea fizică pentru situația concretă a persoanei din fața ta, cu circumstanțele ei.

5. Susține ***(Arrange)*** - trimite către fiziokinetoterapeuți, oferă exemple de resurse de suport în comunitate, stabilește un plan de monitorizare, în funcție de nevoile și dorința gravidei sau lăuzei.

De reținut! preluat din Ghid de activitate fizică INSP 2022[70]

- orice tip de activitate fizică este mai bună decât niciuna;
- atunci când recomandările de mai sus nu pot fi urmate, este indicat ca femeile gravide și lăuzele să se angajeze totuși într-o activitate fizică, acest lucru fiind benefic pentru sănătate;
- pentru reducerea riscului de incontinență urinară, exercițiile de întărire a planșeului pelvin sunt recomandate cu frecvență zilnică;
- recomandări generale: se va evita activitatea fizică în condiții de căldură și umiditate excesivă; se va asigura hidratarea corespunzătoare prin aport adecvat de apă înainte, în timpul și după activitatea fizică; se vor evita activitățile care presupun contact fizic, au risc crescut de cădere sau care pot limita oxigenarea; în primul trimestru se vor evita activitățile în decubit ventral; orice activitate fizică va fi oprită în prezența simptomelor și/sau semnelor de alarmă, asupra cărora femeile gravide vor fi informate; după naștere, reluarea activității fizice se va face gradual și pe baza sfatului medical în cazul nașterilor prin operație cezariană.[70]

B3. INTERVENȚII PRIVIND FUMATUL

Fumatul în timpul sarcinii constituie cel mai mare factor de risc evitabil pentru sănătatea mamei și a copilului. Pentru gravidele fumătoare comparativ cu cele nefumătoare, sunt documentate creșterea riscurilor de complicații obstetricale, de exemplu, rate mai mari de avorturi spontane, sarcini extrauterine, desprindere placentară, placenta praevia, travaliul prematur și nașterea prematură.[71]

Privitor la produsul de concepție, sunt înregistrate creșterea riscului de naștere de fețI morți, cu greutate mică la naștere și mici pentru vârsta gestațională în cazul mamelor fumătoare.[72, 73]

Fumatul matern prenatal este, de asemenea, asociat cu riscul de apariție a morții subite a sugarului.[74]

În România, aproximativ 15% dintre gravide continuă să fumeze în timpul sarcinii. Marea majoritate a femeilor sunt conștiente de efectele negative ale fumatului asupra sănătății și-și doresc o sarcină și naștere normală.

Sarcina oferă o motivație suplimentară pentru a renunța la fumat.[75]

Din aceste motive, serviciile oferite femeii gravide de către toți profesioniștii, cu precădere în asistența primară, ar trebui să sprijine cu prioritate suportul pentru renunțarea la fumat.

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile însărcinate să fie întrebate explicit dacă fumează, utilizează dispozitive alternative cu nicotină (electronice sau cu tutun încălzit) sau sunt expuse fumatului pasiv. 1A

Recomandare

Se recomandă ca toate gravidele fumătoare, utilizatoare de dispozitive alternative sau expuse fumatului pasiv să fie sfătuite să renunțe imediat la fumat/utilizare sau la expunerea pasivă la fum de țigară (sfat minimal). 1A

Se recomandă ca toți profesioniștii din domeniul sănătăţii să sfătuiască femeia însărcinată şi pe cea care alăptează să renunțe la fumat, în cazul în care este fumătoare. 1A

Recomandare

Se recomandă ca medicii să ofere intervenții eficiente pentru renunțarea la fumat încă din primul trimestru de sarcină, dar şi pe parcursul întregii sarcini. Deşi renunțarea la tutun în primele luni are cele mai multe efecte benefice, totuşi abstinența la fumat aduce beneficii oricând s-ar produce pe parcursul sarcinii. 1B

Recomandare

Se recomandă ca, ori de câte ori este posibil, femeia însărcinată care fumează să primească o intervenţie psiho-socială individuală mai importantă decât sfatul minimal. 1A

Recomandare

Utilizarea terapiei de substituție nicotinică poate fi recomandată femeii însărcinate dacă aceasta nu reuşeşte să renunțe singură la tutun. Formele intermitente (gumă, spray) vor fi preferate în dauna plasturilor. 2C

Recomandare

Se recomandă prudență în utilizarea vareniclinei şi bupropionului la femeile însărcinate. 2C

Algoritmul intervenției scurte de consiliere pentru renunțarea la fumat

Conform recomandărilor privind evaluarea și consilierea pentru schimbarea comportamentelor legate de stilul de viață, sunt recomandate intervențiile scurte structurate, având următoarele etape:

1. Screening ***(Asses)*** - întreabă despre consumul de tutun în orice formă (țigara, dispozitive cu tutun încălzit, narghilea etc.) sau despre orice formă de nicotină utilizată (țigara electronică); pentru fumători/utilizatori evaluează: durata consumului (pachete-an), tipul de consum (zilnic, intermitent etc.), numărul zilnic de țigări consumate, dacă au fost perioade de întrerupere sau/și recăderi. Pentru gravidele fumătoare, continuă cu următorii 4 pași.

2. Sfătuiește ***(Advise)*** - oferă sfat minimal privind renunțarea imediată la fumat și exemple de beneficii ale opririi fumatului în cazul gravidei; arată importanța stop fumat în raport cu reducerea numărului de țigări.

3. Stabilește obiective ***(Agree)*** - ajută gravida să-și stabilească un plan de acțiune pentru a opri fumatul, în

funcție de situația specifică (situația in familie, la locul de muncă, tiparul de declanșare a poftei de a fuma etc.)

4. Sprijină *(Assist)* - pentru gravidele care doresc să renunțe, formulează recomandări privind modalități de acțiune în caz de nevoie imperioasă de a fuma, pentru evitarea și contracararea triggerilor, etc. Susține gravida în a participa la un program extins de renunțare la fumat.

5. Susține *(Arrange)* - trimite gravida dornică de a renunța către specialiști în renunțare la fumat (pneumologi, psihoterapeuți, medici de familie certificați), oferă exemple de resurse de suport în comunitate. Stabilește un plan de monitorizare și revino cu întrebări și acțiuni specifice cu ocazia următoarelor vizite.

B4. INTERVENȚII PRIVIND CONSUMUL DE ALCOOL

Aproximativ 16% dintre femeile rezidente în Europa au consumat alcool în timpul sarcinii, cu variații mari între țări.[76]Niciun nivel de consum nu a fost stabilit ca sigur, în niciun moment pe parcursul evoluției sarcinii. Consumul moderat de alcool (5 băuturi/săptămână) în timpul sarcinii poate fi asociat cu risc crescut de naștere de feți morți.[77] Expunerea prenatală a fătului la alcool poate conduce la o gamă largă de defecte congenitale și deficiențe de dezvoltare cunoscute sub numele de *tulburări din spectrul alcoolismului fetal* (*Fetal alcohol spectrum disorder* FASD), principala cauză prevenibilă a malformațiilor congenitale și a dizabilităților de dezvoltare.[78]

Sindromul alcoolic fetal (*Fetal Alcohol Syndrom*) este cea mai severă formă de FASD și se definește în prezența următoarelor patru caracteristici: trăsături dismorfice faciale, deficite de creștere, anomalii ale sistemului nervos central (SNC) și afectare neurocomportamentală.

Alte entități incluse în spectru sunt: sindromul alcoolic fetal parțial, tulburarea de neurodezvoltare legată de alcool (*alcohol-related neurodevelopmental disorder ARND*) și malformațiile congenitale legate de alcool (*and alcohol-related birth defects ARBD*).[79]

Efectele expunerii la alcool asupra dezvoltării fetale apar pe tot parcursul sarcinii (inclusiv înainte de confirmarea sarcinii), fătul în curs de dezvoltare fiind cel mai vulnerabil la deteriorarea structurală în primele trei până la șase săptămâni de gestație.[80]

Efectele variază și în funcție de doza de alcool și de modelul de consum. Cele mai grave dintre rezultatele adverse ale sarcinii apar atunci când femeile însărcinate consumă frecvent niveluri mari de alcool. Dar, chiar și în doze mici, alcoolul poate fi dăunător pentru femeia însărcinată.[81]

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile gravide să fie întrebate explicit dacă au consumat alcool anterior sarcinii și dacă au continuat să consume și la ce nivel, după ce au aflat că sunt însărcinate. 1A

Recomandare

Se recomandă ca toate gravidele să fie informate în legătură cu riscurile alcoolului asupra fătului, viitorului copil și asupra sarcinii. 1A

Recomandare

Se recomandă ca toți profesioniștii din domeniul sănătății să sfătuiască femeia însărcinată și pe cea care alăptează să se abțină de la consumul de alcool pe parcursul sarcinii și lăuziei. 1A

Recomandare

Medicii trebuie să îndrume pentru ajutor specializat femeile care recunosc consum de alcool în sarcină și care solicită sprijin pentru a renunța la consum. 1 Consens

B5. INTERVENȚII PRIVIND CONSUMUL DE MEDICAMENTE

Doar un număr mic de medicamente s-au dovedit sigure în timpul sarcinii și un număr de medicamente despre care inițial se credea că sunt sigure în timpul sarcinii au fost retrase ulterior.[9] Principiile generale de prescriere de substanțe în sarcină se referă la prescrierea exclusivă a medicamentelor bine-cunoscute și testate, în doze cât mai mici și numai atunci când beneficiul pentru femeie depășește riscul pentru făt.[9] (Anexa 9) FDA a stabilit în 1979, cinci categorii de risc notate cu cinci litere - A, B, C, D sau X - pentru a indica potențialul unui medicament de a provoca malformații congenitale, dacă este utilizat în timpul sarcinii. (Anexa 9)

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile gravide să fie întrebate la prima vizită în legătură cu toate medicamentele, produsele farmaceutice pe care le utilizează, cu sau fără prescripție. 1A

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile gravide sau lăuze să fie sfătuite să NU utilizeze niciun medicament sau preparat pe parcursul sarcinii, altele decât cele special recomandate de profesioniști calificați și care sunt la curent cu situația gravidei. 1A

B6. CONSILIERE PRIVIND ALTE SITUAȚII ÎN SARCINĂ

Activitatea sexuală în sarcină

Activitatea sexuală este în general considerată fără riscuri în sarcină. Dovezile disponibile (studii observaționale, cu autoraportare) sugerează că, în sarcinile cu risc scăzut, activitatea sexuală în timpul sarcinii nu este urmată de efecte adverse și este puțin probabil să determine naștere prematură.[9] Cu toate că nu există dovezi clare privind efectele abstinenței sexuale la femeile care prezintă risc de travaliu prematur (cu istoric de naștere prematură spontană anterioară) sau hemoragie antepartum din cauza placentei praevia, există opțiunea ca în această situație gravidele să se abțină de la activitatea sexuală.[83]

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile gravide cu sarcină cu risc scăzut să fie informate în legătură cu faptul că, activitatea sexuală nu este urmată în general de efecte adverse. 1B

De reținut!

Explicați gravidei că:

- libidoul scade de obicei pe măsură ce sarcina progresează și după naștere, iar la majoritatea femeilor revine treptat în timp.
- sexul nu poate dăuna sarcinii si nu crește riscul de naștere prematură.
- este alegerea femeii dacă este activă sau nu din punct de vedere sexual și are dreptul de a nu consimți.
- nașterea și creșterea copilului pot avea un efect asupra vieții sexuale a unui cuplu.

Călătoriile în timpul sarcinii

Accidentele rutiere, în funcție de severitatea lor, se soldează cu leziuni grave sau mai puțin grave ale mamei și fătului. Astfel de accidente pot declanșa nașterea, iar efectele asupra copilului sunt mai grave dacă nașterea se produce chiar în momentul accidentului. Pare că, efectele sunt mai grave dacă mama nu a purtat centura de siguranță. Activarea airbagurilor nu pare a afecta mama sau copilul.[9]

Deși populația generală este compliantă la utilizarea corectă a centurilor de siguranță, există dovezi că femeile însărcinate nu știu și nu utilizează corect centurile de siguranță. Oferirea de informații privind utilizarea corectă a centurilor de siguranță ar putea îmbunătăți complianța gravidelor. [9]

Călătoriile cu avionul, chiar frecvente și chiar cele pe distanțe mari, nu par a se asocia, în general, cu efecte adverse pentru mamă și făt.[84]

Totuși, există dovezi că zborul cu avionul a gravidelor cu sarcini de 34-37 săptămâni, pe distanțe lungi, se poate asocia mai frecvent cu naștere prematură.[85]

Gravidele sunt mai susceptibile la infecții, în caz de expunere, cu prilejul călătoriilor în anumite regiuni ale lumii. De ex. malaria este mai frecventă la gravidele expuse comparativ cu femeile neînsărcinate și determină avorturi spontane, nașteri premature, naștere de feți morți, infecții congenitale sau chiar decesul mamei.[86]

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile însărcinate să fie informate în legătură cu modul corect de utilizare a centurii de siguranță, respectiv cu centura dedesubtul și deasupra (nu peste) burții. 1B

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile însărcinate să fie informate în legătură cu riscul suplimentar de tromboembolism indus de călătoriile aeriene pe distanțe lungi, mai ales la femeile cu sarcină avansată (peste 34 de săptămâni) și a măsurilor preventive care trebuie luate în general, pentru evitarea acestei complicații. 1C

Recomandare

Se recomandă ca toate femeile însărcinate să fie informate în legătură cu riscul crescut de infecții în caz de expunere, în anumite regiuni ale globului. (ex. malarie) 1C

De reținut

Măsurile preventive recomandate pentru a reduce riscul de tromboză venoasă, în sarcina cu risc scăzut includ[87]

- folosirea ciorapilor de suport și mișcarea periodică a extremităților inferioare;
- evitarea îmbrăcămintii prea fixe;
- efectuarea de plimbări;
- menținerea hidratării (ex. consum de apă, evitarea cofeinei).

B.7 SUPLIMENTELE ALIMENTARE

B.7.1 SUPLIMENTE DE ACID FOLIC ŞI FIER

Suplimentarea cu acid folic

Suplimentarea cu acid folic ≥400 µg pe zi înainte de concepție și în primele 3 luni de sarcină se asociază cu o reducere a riscului de defecte ale tubului neural și este susținută de dovezi de înaltă calitate.[88]

CDC, ACOG, American College of Medical Genetics and Genomics și alte câteva organizații recomandă femeilor cu antecedente de defecte ale tubului neural (DTN) sau alți factori de risc pentru DTN să ia zilnic 4 mg (4000 µg) de acid folic.[89]

Factorii ce implică risc crescut de DTN sunt: o sarcină anterioară cu DTN; afectarea mamei, a tatălui sau a unei rude apropiate; diabetul sau obezitatea mamei; tratamentul mamei cu carbamazepină sau acid folic.[90]

Alte beneficii ale administrării profilactice de acid folic, respectiv reducerea riscului de defecte cardiace congenitale, de tumori ale sistemului nervos sau a riscului de leucemie acută mieloidă la copii sunt ipoteze mai puțin bine susținute de studii.[9]

Recomandare

Se recomandă suplimentarea cu acid folic ≥400 µg pe zi, înainte de concepție și în primele 3 luni de sarcină, pentru prevenirea defectelor de tub neural, la toate femeile însărcinate. 1A

Recomandare

Se recomandă suplimentarea cu 4 mg (4000 µg) de acid folic pe zi, cu 1 lună înainte de concepție și în primele 3 luni de sarcină, pentru prevenirea defectelor de tub neural, la toate femeile însărcinate care au antecedente de defecte ale tubului neural sau risc înalt pentru defecte de tub neural.[8]

Suplimentarea cu fier

Suplimentarea zilnică, orală, cu fier este recomandată femeilor gravide în ţări cu prevalența înaltă a anemiei feriprive, pentru a preveni apariția anemiei feriprive materne cu efectele sale: sepsisul puerperal, greutatea mică la naștere și nașterea prematură. Doza de fier suplimentată se stabilește în funcție de prevalența anemiei în populația respectivă.[7]

Există dovezi că administrarea intermitentă, săptămânală, aduce aceleași beneficii cu posibil mai puține efecte adverse decât administrarea zilnică.[91]

Recomandare

La femeile însărcinate, se recomandă *suplimentarea zilnică* orală cu 30 mg până la 60 mg de fier elemental. 1A

Recomandare

În zonele în care anemia la femeile însărcinate este o problemă gravă de sănătate publică (atunci când cel puțin 40% dintre femeile gravide au un nivel de hemoglobină serică < 11 g/dl) se recomandă o doză zilnică de fier superioară și anume 60 mg de fier elemental. 2B

Opțiune

Recomandare

La femeile însărcinate, se recomandă *suplimentarea orală intermitentă* cu fier și acid folic cu 120 mg de fier elemental și 2800 micrograme (2,8 mg) de acid folic, o dată pe săptămână, în situația în care administrarea zilnică nu este acceptabilă din cauza efectelor secundare și în cazul populațiilor cu o prevalență a anemiei în rândul gravidelor mai mică de 20%. 1B

O femeie diagnosticată cu anemie în timpul sarcinii va fi tratată cu fier elemental până când concentrația de Hb crește și ajunge la normal (Hb 110 g/L sau mai mare). După aceea, este recomandată reluarea profilaxiei cu o doză standard de fier pentru a preveni reapariția anemiei.

B.7.2 SUPLIMENTE DE CALCIU

La gravide, deficitul de calciu crește riscul pentru eclampsie.

Dovezi din recenzii sistematice arată că suplimentarea cu calciu la gravidele cu deficit de calciu, reduce riscul de HTA gestațională și de preeclampsie.[92] În mod fiziologic, aportul de calciu este asigurat prin alimente bogate în calciu.

Recomandare

În cazul femeilor cu un aport redus de calciu alimentar, se recomandă suplimentarea zilnică cu calciu (1,5-2,0 g calciu elemental oral). 1B

B.7.3 SUPLIMENTE CU MICRONUTRIENȚI (ANEXA 7)

Suplimentarea cu micronutrienți nu este recomandată femeilor gravide pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale, excepția fiind în cazul populațiilor cu o prevalență ridicată a deficiențelor nutriționale, situație în care se pot lua în considerare, pentru fiecare caz în parte, beneficiile suplimentelor și a multivitaminelor prenatale. În acest caz, se vor alege spre administrare, suplimente care includ fier și acid folic.[93]

Recomandare

Nu se recomandă femeilor însărcinate suplimente cu micronutrienți multipli pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale, cu excepția unor situații speciale de deficit nutrițional. 1A

B.7.4 SUPLIMENTAREA CU VITAMINELE B, C ŞI E

Datele științifice nu susțin suplimentarea de rutină cu vitamina B6, C sau E la gravide pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale.[94-96]

Recomandare

Suplimentarea cu vitamina B6 (piridoxină) nu este recomandată femeilor însărcinate pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale. 1C

Recomandare

Suplimentarea cu vitamine E și C nu este recomandată femeilor însărcinate pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale. 1A

B.7.5 SUPLIMENTAREA CU VITAMINA D

Cea mai recentă analiză a tuturor recenziilor sistematice publicată până la această dată privind efectele suplimentării cu vitamina D la gravide arată că, suplimentarea nu pare să modifice rezultatele adverse ale sarcinii, deși în unele studii gravidele cu un nivel mai scăzut de vitamina D care au luat vitamina D au avut rezultate mai bune.[97]

Concluzia, susținută și de altă recenzie sistematică, este că un nivel scăzut de vitamina D ar putea fi mai degrabă efectul unei stări de sănătate precare și mai puțin o cauză.[98]

În consecință, administrarea profilactică de vitamina D nu este recomandată tuturor femeilor gravide, pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale, dar poate fi recomandată gravidelor la risc pentru deficit de vitamina D, care nu pot fi testate.[7, 8]

Femeilor gravide, cu deficit documentat de vitamina D evidențiat prin dozarea serică de 25-OH-vitamina D, li se vor administra suplimentele de vitamina D recomandate în tratamentul deficitului de vitamina D.

Femeile gravide trebuie, însă, informate că lumina soarelui este cea mai importantă sursă de vitamina D. Sinteza de vitamina D din piele depinde de multe variabile, cum ar fi mărimea suprafeței expuse, orarul expunerii, latitudinea locației geografice și anotimpul, pigmentarea pielii și utilizarea de protecție solară.

Pentru un aport echilibrat de vitamina D femeile gravide trebuie încurajate să primească o dietă sănătoasă și echilibrată nutrițional şi să facă mișcare în aer liber.

Recomandare

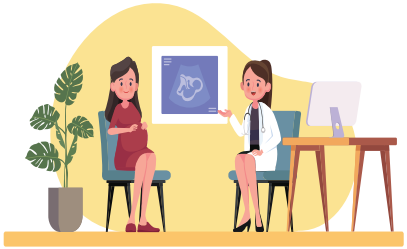
Suplimentarea cu vitamina D nu este recomandată femeilor însărcinate pentru a îmbunătăți rezultatele materne și perinatale. 2 B

Recomandare

În situații de risc, se recomandă dozarea Vitaminei D începând cu primul trimestru de sarcină și suplimentarea în funcție de rezultatul testării. 1B

C. MĂSURI PREVENTIVE

C1. ANTIBIOTERAPIA ÎN BACTERIURIA ASIMPTOMATICĂ (BAS)



Bacteriuria asimptomatică, foarte frecventă în sarcină, este adesea determinată de infecții cu Escherichia coli (80%) sau alte specii de patogeni cum ar fi speciile Klebsiella, Proteus mirabilis și streptococ de grup B (GBS).[7, 51]

Tratamentul cu antibiotice al bacteriuriei asimptomatice la femeile însărcinate poate reduce incidența pielonefritei, a nașterii de fețI cu greutate mică la naștere și posibil nașterea prematură, deși riscul absolut de pielonefrită în sarcină este scăzut (2%).[7, 51]

Durata optimă a terapiei nu este cunoscută, dar Infectious Disease Society of America (IDSA) recomandă un curs de 4-7 zile, la fel ca și tratamentul pentru cistita simptomatică.[51]

Nicio terapie empirică specifică nu s-a dovedit a fi superioară alteia pentru tratamentul BAS în timpul sarcinii. Opțiunile comune includ penicilinele, cefalosporinele sau fosfomicina. Terapia definitivă se face în funcție de microorganismul identificat și de antibiogramă, ținând cont de efectele adverse potențiale ale antibioticelor în diferite momente ale sarcinii.

Recomandare

Se recomandă tratament antibiotic timp de șapte zile pentru toate gravidele cu bacteriurie asimptomatică (BAS) pentru a preveni bacteriuria persistentă, nașterea prematură și greutatea mică la naștere. 1A

Rezoluția infecției trebuie urmărită prin culturi de control.[7, 51]

C2. PROFILAXIA CU IMUNOGLOBULINĂ ANTI-D

Profilaxia cu imunoglobulina anti Rh (D) este dovedit benefică în prevenirea complicațiilor date de hemoragia materno-fetală, în cazul gravidelor Rh negative cu parteneri conceptuali Rh pozitivi.[46, 99] Imunoglobulina anti Rh (D) este un produs din plasmă umană, trecută prin etape succesive de fracționare și purificare, inclusiv filtrarea cu micropori, pentru a elimina și a inactiva virușii.[99]

Organizațiile de profil recomandă scheme profilactice diferite, cu doze și momente de administrare pentru diferite situații, având în vedere, pe de o parte, perioada de înjumătățire scurtă a anticorpilor Rh (timpul mediu de înjumătățire este de 23 de zile în al treilea trimestru), pe de altă parte cantitatea de sânge fetal în contact cu sângele matern și tipul de situație sensibilizantă. Astfel, ghidurile ACOG[99], britanic[100] și australian[101] recomandă fie administrarea unei doze unice de imunoglobuline iv sau im, la 28 de săptămâni de gestație (300 mcg)[99] și a altei doze în primele 72 de ore postpartum în cazul nașterii unui făt Rh pozitiv[99], fie administrarea a 2 doze de câte 100 de mcg la 28 și 34 de săptămâni de sarcină.[100, 101] Astfel de scheme (la 28 și 34 săptămâni de sarcină) răspund temerii că administrarea unică, doar la 28 de săptămâni de gestație, ar putea asigura un titru insuficient de anticorpi la naștere.[102]

Ghidul OMS[7] recomandă administrarea unei doze unice de 300 mcg, cât mai repede în primele 72 de ore postpartum, ca fiind eficientă în prevenirea alloimunizarii Rh în sarcina următoare. În același timp, OMS (2016) recomandă ca administrarea înainte de naștere a imunoglobulinelor anti-D la gravidele Rh-negative neimunizate la 28-34 săptămâni să se facă numai în contextul unei evaluări riguroase.[7]

Administrarea postpartum aduce, pe de o parte, beneficiul administrării țintite, doar la lăuzele Rh negative neimunizate, cu făt dovedit Rh pozitiv. Pe de altă parte, pentru o corectă dozare a cantității necesare de imunoglobulină, se recomandă efectuarea postpartum de proceduri specifice (test Kleihauer de detecție a celulelor fetale în sângele matern) pentru determinarea volumului hemoragiei materno-placentare.

Pe de altă parte, conform unei recenzii Cochrane, femeile Rh negative care primesc anti-D prenatal au o mai mică probabilitate de a înregistra un test Kleihauer pozitiv în timpul sarcinii.[103]

Ghidul Societăţii Române de Obstetrică recomandă administrarea imunoglobulinei anti-D, postpartum.[46]

Toate ghidurile recomandă administrarea profilactică de imunoglobuline și în cazul tuturor situațiilor posibil sensibilizante. (vezi A.3.7)

Recomandare

Se recomandă administrarea imunoglobulinei anti -D, postpartum și în cazul tuturor situațiilor posibil sensibilizante. 1 Consens

D. INTERVENȚII PENTRU SIMPTOMELE FIZIOLOGICE COMUNE ÎN SARCINĂ

D.1 GREȚURI ȘI VĂRSĂTURI

Greața și vărsăturile sunt simptome dominante ale sindromului neurovegetativ de instalare a sarcinii. Formele ușoare sau moderate cedează de obicei spontan, după 13 - 14 SA. Cele severe se încadrează în disgravidia de prim trimestru.

Pentru ameliorarea grețurilor și a vărsăturilor se recomandă un stil de viață sănătos: mișcarea în aer liber și respectarea igienei alimentare: evitarea alimentelor „dificil de digerat" și a mirosurilor neplăcute, mesele mici și dese alcătuite mai ales din alimente fade, cu conținut scăzut de fibre sau uscate, cu gustări și mese bogate în proteine, inclusiv pâine, biscuiți, cereale, ouă, carne slabă, fructe, legume.[104]

Ghimbirul poate fi considerat o opțiune nefarmacologică la femeile cu greață și vărsături ușoare până la moderate în timpul sarcinii.[99] Administrarea de extract de ghimbir, 125-250 mg la fiecare 6 ore, poate ameliora simptomele de greață și vărsături în timpul sarcinii (luați în considerare ceaiul de ghimbir sau băuturile acidulate de ghimbir ca tratament adjuvant).[104-106]

Vitamina B6, 10-25 mg de 3 ori pe zi, singură sau în alte combinații (de ex. cu un antihistaminic aprobat de FDA - doxylamina), este recomandată de unele ghiduri pentru ameliorarea greții in timpul sarcinii.[107]

Recomandare

Pentru ameliorarea greții și vărsăturilor de la începutul sarcinii se recomandă administrarea de ghimbir, vitamina B6 și/sau presopunctura, pe baza preferințelor femeii și a opțiunilor disponibile. 1C

Recomandare

Se recomandă informarea și consilierea gravidei asupra caracterului tranzitoriu al acestor simptome și a faptului că pot dispărea spontan. 1C

Oprirea temporară a preparatelor cu multivitamine poate duce la ameliorarea simptomelor de greață și vărsături.

D.2 PIROZIS

Reducerea peristaltismului tubului digestiv și refluxul de suc gastric în esofag determină apariția pirozisului (în special în trimestrul al III-lea, defavorizat de creșterea uterului și deplasarea stomacului).

Pentru ameliorarea pirozisului la femeile gravide se recomandă adoptarea de măsuri de modificare ale stilului de viață constând în: mese mici frecvente, evitarea meselor târzii sau abundente, a alimentelor picante, prăjelilor, alimentelor care produc gaze (varză, varză de Bruxelles, ceapă). Se va evita decubitul după masă. Se recomandă dormitul cu capul (sau capul patului) ridicat. Utilizarea gumei de mestecat poate ajuta la neutralizarea acidului.[20]

Antiacidele recomandate în sarcină sunt cele conținând aluminiu, magneziu și calciu, de tipul carbonatului de calciu, a hidroxidului de aluminiu/magneziu, cu evitarea trisilicatului de magneziu și a bicarbonatului de sodiu.[108]

Blocantele receptorilor histaminici H2 includ cimetidină, nizatidină, famotidină, ranitidină, sunt categoria B de medicamente în sarcină (Anexa 9) și pot fi folosite în orice trimestru de sarcină, fără risc de anomalii.[108]

Inhibitorii de pompă protonică - esomeprazol, rebeprazol, lansiprazol - sunt în categoria B de medicamente în sarcină și pot fi folosite în orice trimestru de sarcină fără risc de anomalii.[108]

Recomandare

Pentru a preveni și ameliora pirozisul în timpul sarcinii se recomandă oferirea de sfaturi privind alimentația și stilul de viață, cu evitarea alimentelor care provoacă simptome. Preparatele antiacide pot fi recomandate femeilor cu simptome supărătoare, care nu sunt ameliorate prin modificarea stilului de viață. 1C

D.3. CONSTIPAȚIE

Se recomandă activitate fizică și o alimentație mai bogată în legume și fructe (prune, pere, salată verde, varză crudă, morcovi etc.) sau administrarea de substanțe ce scad consistența scaunului (supozitoare cu glicerină 1-2/zi). Tărâțele de grâu sau alte suplimente de fibre alimentare pot fi utilizate pentru a ameliora constipația în timpul sarcinii, dacă afecțiunea nu răspunde la modificarea dietei.[108-109] În situația în care constipația persistă, în ciuda măsurilor deja adoptate, se poate recurge pe termen scurt la administrarea de laxative osmotice/saline (polietilenglicolul 3350, lactuloza, citratul de magneziu) sau stimulatoare (bisacodil, senna şi cascara). (Anexa 9)

Recomandare

Se recomandă oferirea de sfaturi privind alimentația și stilul de viață ca tratament de primă linie a constipației la femeile însărcinate: creșterea conținutului de fibre alimentare, hidratare orală bună, activitate fizică.[104] 1 Consens

Recomandare

Pentru persoanele care nu răspund la modificările stilului de viață, luați în considerare administrarea de adjuvante de creștere a bolusului fecal (psyllium, tărâțe), considerate sigure pentru utilizare pe termen lung în timpul sarcinii sau de agenți de înmuiere a scaunului (docusat de sodiu și docusat de calciu).[103-104] 1 Consens

Recomandare

Pentru pacientele care nu răspund la modificările stilului de viață sau metodele de mai sus, luați în considerare administrarea de laxative osmotice/saline (polietilenglicolul 3350, lactuloza, citratul de magneziu) sau stimulatoare (bisacodil, senna și cascara), doar pe termen scurt.[103-104] 1 Consens

D.4 HEMOROIZI

Hemoroizii sunt accentuați deseori de încetinirea tranzitului.

Scopul principal al tratamentului în timpul sarcinii este ameliorarea simptomelor prin manevre care reduc constipația și împiedică creșterea presiunii abdominale la defecație sau prin manevre care reduc gravitatea și durata episoadelor de sângerare.[108-109]

Modificările comune ale dietei și ale stilului de viață includ un aport adecvat de fibre și lichide, activitatea fizică, evitarea statului prelungit la toaletă și sforțării în timpul defecației, evitarea medicamentelor care provoacă constipație sau diaree.

Manevrele care reduc severitatea sângerărilor includ exercițiile Kegel și poziția culcat pe partea stângă.[110]

Pot fi luate în considerare medicamentele topice sau flebotonicele orale, dar lipsesc dovezi de eficacitate și siguranță în timpul sarcinii.[110]

Administrarea de laxative, deși eficiente în rezolvarea constipației, poate genera efecte secundare, dureri abdominale și diaree.

Recomandare

Se recomandă igiena alimentară cu evitarea creșterii consistenței scaunului și a alimentelor iritante și igienă locală și aplicarea de cremă sau supozitoare antihemoroidale. 1 Consens

D.5. DUREREA PELVINĂ ȘI LOMBARĂ JOASĂ

Durerea la nivelul centurii pelviene este descrisă ca disconfort până la durere în zona pelvisului și lombopelvin și include și durerea musculo-scheletică care iradiază în partea superioară a coapselor și a perineului.

Simptomele apar din cauza relaxării ligamentelor pelviene și a creșterii mobilității articulare în timpul sarcinii și variază ca intensitate de la disconfort ușor până la durere severă care poate împiedica mobilitatea.[9]

Măsurile preventive includ evitarea creșterii excesive în greutate, îmbunătățirea posturii, efectuarea de aplecări cu menținerea spatelui drept, portul de pantofi plați sau cu tocuri joase.

Pentru tratamentul durerilor de spate în timpul sarcinii se poate recurge la exerciții fizice, paracetamol sau fizioterapie.[9, 111]

Recomandare

Se recomandă exerciții fizice regulate pe tot parcursul sarcinii, fizioterapie, echipament de susținere și acupunctură, folosirea încălțămintei adecvate, plimbări scurte, exerciții acvatice, masaje, odihnă și evitarea ortostatismului sau poziției în șezut prelungite. 1C

D.6. POLAKIURIA

Polakiuria apare frecvent din cauza congestiei pelviene și/sau a compresiunii asupra vezicii determinată de uterul gravid.

Nu se tratează, dar impune efectuarea unor investigații pentru diagnosticul diferențial al infecțiilor aparatului urinar.

Reducerea frecvenței urinărilor poate fi influențată de măsuri simple precum reducerea consumului de băuturi cofeinate, a cantității de lichide (dar în niciun caz mai puțin de 1 l pe zi). Incontinența poate fi prevenită prin antrenamentul mușchilor pelvieni - exercițiile Kegel.[112]

Recomandare

Se recomandă reducerea consumului de băuturi cofeinate și, în caz de polachiurie deranjantă, a cantității totale de lichide și antrenamentul mușchilor pelvieni de la începutul sarcinii. 2 Consens

D.7 VARICE (membrelor inferioare și/sau vulvare)

Distensiile venoase la nivelul membrelor pelvine sau vulvei sunt frecvent întâlnite în sarcină (40% dintre gravide) cu debut din primul trimestru. Acestea se datorează pe de o parte creșterii volumului sanguin la începutul sarcinii, urmată de creșterea fătului, creșterea în greutate şi creșterea presiunii intraabdominale, cu potențialul ca presiunea intravenoasă crescută să conducă la insuficiență valvulară și dezvoltarea varicelor.[9]

Având în vedere lipsa generală de dovezi, există un consens în recenziile clinice că femeile trebuie reasigurate și sfătuite să adopte măsuri conservatoare pentru ameliorarea simptomelor date de presiunea intravenoasă crescută: evitarea perioadelor lungi în picioare, utilizarea ciorapilor compresivi și ridicarea picioarelor.[8-9, 113]

Există dovezi de calitate moderată care sugerează că rutozidele par să ajute la ameliorarea simptomelor venelor varicoase la sfârșitul sarcinii, dar datele sunt insuficiente pentru evaluarea siguranței în timpul sarcinii. Reflexologia sau imersia în apă par să ajute la îmbunătățirea simptomelor la femeile cu edeme la picioare, dar observația provine din studii mici.[20, 113]

Recomandare

Opțiunile non-farmacologice, cum ar fi ciorapii compresivi, ridicarea picioarelor și imersia în apă pot fi recomandate pentru gestionarea varicelor și edemului membrelor inferioare în timpul sarcinii, în funcție de preferințele femeilor. 1C

D.8 CRAMPE ALE MEMBRELOR INFERIOARE

Femeile însărcinate prezintă frecvent crampe nocturne ale picioarelor datorate unor contracții bruște, involuntare, dureroase ale mușchilor gambei sau piciorului. În timp ce majoritatea crampelor la picioare sunt idiopatice, unele afecțiuni medicale sau unele medicamente pot provoca astfel de dureri.

Se pot lua în considerare exerciţii de întindere şi masaj: flexia dorsală forțată a piciorului cu genunchiul întins și masajului mușchilor gambei pot ajuta la ameliorarea rapidă a durerii în timpul episodului. Există dovezi inconsistente privind efectele exercițiilor de întindere a mușchilor gambei pentru prevenirea crampelor musculare nocturne, [114, 115] ca de altfel și pentru beneficiile unor tratamente cu magneziu.[116]

Recomandare

Se pot recomanda ca opțiuni pentru prevenirea și tratamentul crampelor membrelor inferioare exercițiile de întindere și masaj și administrarea de magneziu, în funcție de preferințele femeii. 1C

D.9 LEUCOREE

Leucoreea este de obicei fiziologică, prin creșterea formării de mucus de către glandele cervicale, sub acțiunea estrogenilor. Se tratează prin respectarea regulilor de igienă intimă externă.

Recomandare

Se va recomanda examen citobacteriologic al secreției vaginale la femeile însărcinate doar în cazurile în care apar modificări de aspect și miros. 2 Consens

D.10 OBOSEALA ȘI SOMNOLENȚA

Oboseala și somnolența apar cu predilecție în primul trimestru și nu se tratează cu tranchilizante și/sau somnifere decât în cazuri speciale.

Recomandare

Se recomandă plimbări în aer liber, sporturi ușoare, masaj de relaxare etc. 2 Consens

E. INTERVENȚII ALE SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PENTRU ÎMBUNĂTĂȚIREA ȘI ASIGURAREA CALITĂȚII ÎNGRIJIRILOR

Monitorizarea evoluției sarcinii face parte din serviciile medicale profilactice suportate din fondul național unic de asigurări de sănătate, indiferent de statutul de asigurat al femeii.

Un medic de familie din localitatea de reședință a gravidei va înscrie gravida pe lista sa, dacă i se solicită acest lucru de către gravidă sau de către serviciul de asistență medicală comunitară, indiferent de statutul de asigurat al gravidei.

Conform legislației actuale, gravida, asigurată sau nu medical, beneficiază gratuit de următoarele servicii medicale:

- monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei;
- asigurarea urgențelor medico-chirurgicale, inclusiv nașterea.

Lipsa efectuării consultațiilor prenatale de către gravidele asigurate trebuie consemnată de către medicul de familie/ obstetrician/ moașă în documentele medicale ale gravidei.

Îngrijirea mamei și a nou-născutului trebuie să aibă loc în cadrul unei abordări de echipă în care fiecare profesionist implicat își cunoaște rolul, atribuțiile și limitele de competența.

ANEXA 1. ANAMNEZA - ADAPTARE DUPĂ 12, 20

Datele personale	**-** identitate, vârstă, domiciliu, educație, ocupație, stare civilă, religie, etnie, antropometrice - (**I,55 cm, IMC anormal, V <16/>35 ani)**
Motivele prezentării la medic	**-** simptome sugestive pentru sarcină - simptome sugestive pentru infecții care trebuie diagnosticate și tratate
Antecedente heredo-colaterale	- boli cu predispoziție familială (diabet zaharat, hipertensiune arterială, cardio-patii, boli psihice) - defecte congenitale (cardiace, defecte de tub neural) - boli genetice - TB, infecție HIV, sifilis, hepatită cronică cu virus B
Antecedente personale fiziologice	**-** menstră - contracepție - dispozitiv intrauterin - îndepărtare recentă
Antecedente personale patologice	- afecțiuni anterioare: alergii, transfuzii, HTA, DZ, cardiace, renale, pulmonare, hepatice, neurologice, psihice, endocrine, - boli infecțioase - rubeolă, varicelă, toxoplasmoză, HIV - afecțiuni ginecologice etc. - BTS, chirurgicale în sfera genitală, fibroame, chisturi ovariene, sterilitate primară sau secundară și tratamentul urmat, fertilizare în vitro - afecțiuni asociate sarcinilor precedente

Antecedente obstetricale	- numărul de sarcini și data ultimei nașteri;- !**Multiparitate >4** - avorturi spontane, la cerere sau cu indicație medicală - durata gestației și complicații ale sarcinii: disgravidie de prim trimestru, hipertensiune indusă de sarcină, preeclampsie și eclampsie, placenta praevia, decolare prematură de placentă normal inserată, prezentație pelvină sau transversă, ruptură prematură de membrane, tratamente urmate; - izoimunizare în sistemul ABO sau Rh; - tipul nașterii (naturală sau prin cezariană și indicațiile acesteia), asistată/ neasistată; - durata și complicații ale travaliului; - greutatea la naștere a copilului; de notat cazurile cu greutate mai mică de 2500 grame și mai mare de 4500 grame; - mortalitatea perinatală; - malformații fetale; - complicațiile lehuziei; - prezența sau absența secreției lactate în antecedente
Anamneza obstetricală actuală	DUM (data ultimei menstruații)- estimare VG si DPN evoluția sarcinii până în momentul consultației actuale
Evaluare psihosocială	atitudinea viitorilor părinți referitoare la sarcina actuală - sarcina nedorită situații conflictuale în familie și istoric de violență domestică
Condiții de viață și muncă	condițiile de locuit, nivel socio-economic redus consumul de alcool, tutun, cafea și droguri, alimentație condițiile de muncă: noxe prezente, solicitare fizică și stres

12. SOGR, SNMF, INSMC - PROTOCOL din 23 august 2021 privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale documentate în carnetul gravidei - ORDINUL nr. 1.617 din 23 august 2021, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 889 din 16 septembrie 2021 - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/246407

20. Popa I, Bunescu D. et al, „Îngrijiri prenatale în sarcina cu risc scăzut", Ghid CNSMF pentru medicul de familie, *Editura Infomedica*, 2005 şi varianta 2 în format electronic - nepublicată

ANEXA 2. FACTORI DE RISC ÎN SARCINĂ[12]

(Anexa 1 la Protocolul privind metodologia efectuării consultaţiei prenatale şi postnatale documentate în carnetul gravidei)

1.	**Condiţii socio-economice**
1.1.	Sarcina nedorită
1.2.	Domiciliul în zone greu accesibile
1.3.	Nivel socio-economic scăzut (venit redus, alimentație insuficientă, igienă deficitară)
2.	**Factori generali**
2.2.	Vârsta sub 16 ani sau peste 35 de ani (în special la primipare)
2.2.	Înălțimea sub 1,55 m
2.2.	IMC anormal
3.	**Patologie ginecologico-obstetricală anterioară**
3.1.	Multiparitate ≥4
3.2.	Infertilitate - istoric de RUA
3.3.	Uter cicatricial
3.4.	Malformații uterine
3.5.	Tumori utero-ovariene
3.6.	Macrosomie fetală
3.7.	Copii cu nevoi speciale (hipotrofie, malformații, sindroame genetice)
3.8.	Operații plastice în sfera genitală (tulburări de statică, fistule, malformații)
3.9.	Sarcină după tratament pentru infertilitate
3.10.	Boală abortivă
3.11.	Avorturi complicate
3.12.	Nașteri înainte de termen, în special sub 34 SA
3.13.	Sarcini patologice (hemoragii, infecţie, HTA, incompatibilitate în sistem ABO și/sau Rh.)
3.14.	Nașteri cu complicaţii:
3.14.1.	Deces perinatal
3.14.2.	Distocii mecanice
3.14.3.	Distocii de dinamică sau de dilatație
3.14.4.	Distocii prin exces de volum fetal
3.14.5.	Hemoragii în perioadele III-IV
3.14.6.	Intervenții obstetricale
4.	**Patologie obstetricală actuală**
4.1.	Distocie de prezentație

4.2.	Hipertensiune arterială indusă de sarcină
4.3.	Restricţie de creştere intrauterină
4.4.	Hemoragie genitală în a doua jumătate a sarcinii (placenta praevia, DPP, AUP)
4.5.	Polihidramnios, oligoamnios
4.6.	Sarcină gemelară sau multiplă
4.7.	Incompetența cervico-istmică
4.8.	Sarcină la un interval mai mic de 1 an de la naşterea precedentă
4.9.	Diabet gestaţional
5.	**Alte boli asociate ale sarcinii**
5.1.	Alergii şi intoleranțe
5.2.	HTA preexistentă sarcinii
5.3.	Patologie cardiacă
5.4.	Patologie hematologică
5.5.	Patologia aparatului respirator
5.6.	Patologia aparatului digestiv
5.7.	Patologie renală
5.8.	Diabet zaharat
5.9.	Patologie endocrină
5.10.	Patologie hepatică
5.11.	Patologie neuropsihică
5.12.	Patologia sistemului osteo-articular
5.13.	Patologie dermatologică
5.14.	Patologie ORL
5.15.	Boli cu transmitere sexuală
5.16.	Boli infecto-contagioase
5.17.	Intoxicații cronice (Pb, Hg, alcool, tutun, medicamente, adicții)
5.18.	Patologie oftalmologică
5.19.	Patologie autoimună
5.20.	Patologie genetică
5.21.	Patologie psihiatrică

12. SOGR, SNMF, INSMC - PROTOCOL din 23 august 2021 privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale documentate în carnetul gravidei - ORDINUL nr. 1.617 din 23 august 2021, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 889 din 16 septembrie 2021 - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/246407

ANEXA 3. RISCUL TROMBOEMBOLIC ÎN SARCINĂ ȘI LĂUZIE[14,15]

1. Factorii de risc TEV în sarcină și lăuzie - conform Ghidul SOGR - 2007 /2019

(Anexa III Green-top Guideline No. 37a RCOG: Evaluarea riscului de TEV - traducere) [15]

- Dacă scorul total ≥ 4, antenatal, luați în considerare tromboprofilaxia din primul trimestru.
- Dacă scorul total este 3, antenatal, luați în considerare tromboprofilaxia începând cu 28 de săptămâni.
- Dacă scorul total ≥ 2, postnatal, luați în considerare tromboprofilaxia timp de cel puțin 10 zile.
- Dacă este internată în spital, prenatal, luați în considerare tromboprofilaxia.
- Dacă internarea s-a prelungit (≥ 3 zile) / reinternare la spital în perioada puerperiului, luați în considerare tromboprofilaxia.

Pentru pacientele cu risc de sângerare identificat, trebuie discutat despre echilibrul dintre riscurile de sângerare și tromboză, în consult cu un hematolog cu expertiză în tromboză și sângerare în cursul sarcinii

Factori de risc preexistenți	Bifați	Scor
Istoric personal de TEV (cu excepția TEV izolat, în legătură cu un eveniment chirurgical cu risc TE major)		4
TEV anterior, provocat de o intervenție chirurgicală majoră		3
Trombofilii ereditare cu risc major: factorul V Leiden; mutația genei protrombinei G20210A; deficitul de antitrombină III, proteină C și proteină S; sindrom antifosfolipidic (SAFL)		3
Comorbidități medicale: patologie oncologică sau hematologică cu hipervâscozitate; insuficiență cardiacă; protezare valvulară; DZ I cu nefropatie; sindrom nefrotic; lupus eritematos sistemic activ; boală inflamatorie intestinală; poliartrită reumatoidă; administrare curentă de substanţe pe cale intravenoasă; boli mieloproliferative.		3
Istoric familial de TEV neprovocat sau TEV la rudă de gradul I legat de estrogen		1
Trombofilie cunoscută cu risc scăzut (fără TEV)		1
Vârsta (> 35 ani)		1
Obezitatea (IMC ≥ 30 kg/m^2 sau IMC≥ 40 kg/m^2) anterior sau la debutul sarcinii		1 sau 2
Paritate ≥ 3		1
Tabagism		1
Varicozități venoase voluminoase (simptomatice/extinse deasupra genunchiului/asociate cu flebită, edem sau modificări cutanate)		1
Paraplegia		1
Factori de risc obstetricali		
Preeclampsia		1
Sarcina multiplă		1
Tehnologie reproductivă asistată sau IVF		1
Cezariana de urgență în travaliu		2
Cezariana electivă		1
Naştere instrumentală/manevre obstetricale/travaliu prelungit (> 24 ore)		1
Moarte fetală antepartum		1
Naștere prematură <37 S		1
Hemoragie postpartum (> 1l/necesitantă de transfuzii)		1
Factori de risc tranzitori/suplimentari		
Intervenții chirurgicale în sarcină sau postpartum cu excepţia perineorafiei		3
Fracturi osoase operate sau imobilizate, în gips, prelungit		3
Hiperemeză, deshidratare		3
Sindrom de hiperstimulare ovariană în cadrul reproducerii umane asistate - internare/ imobilizare prelungită ≥ 3 zile (în Trim I)		4
Infecţii severe sistemice (cu internare şi terapie iv prelungită)		1
Călătorii/ zboruri pe distanțe lungi (> 4 ore)		1

***2.* Rezumatul recomandărilor pentru tromboprofilaxie la femeile cu TEV anterior și/sau trombofilie - Anexa IV Green-top Guideline No. 37a RCOG - traducere[15]**

Nivel de risc	Factori de risc	Recomandări
Risc foarte ridicat	TEV anterior, în terapie anticoagulantă orală de lungă durată	Se recomandă profilaxie cu HGMM în doze mari, de la începutul sarcinii și cel puţin 6 săptămâni postnatal sau până la revenirea la terapia anticoagulantă orală.
	Deficit de antitrombină Sindrom antifosfolipidic cu TEV anterior	Aceste femei necesită un management specializat - colaborare hematolog/ obstetrician.
Risc ridicat	Orice TEV anterior (cu excepția unui TEV unic legat de o intervenție chirurgicală majoră)	Se recomandă HGMM profilactic de la începutul sarcinii şi până la 6 săptămâni postnatal.
Risc intermediar	Trombofilie asimptomatică cu risc ridicat: factor V Leiden homozigot / heterozigot compus Deficit de proteină C sau S	Se va îndruma în serviciul local de hematologie Luați în considerare profilaxie prenatală cu HGMM Recomandați HGMM profilactic postnatal timp de 6 săptămâni.
	Episod anterior unic de TEV asociat cu o intervenție chirurgicală majoră, fără diagnostic de trombofilie, fără istoric familial sau alți factori de risc	Luați în considerare profilaxie prenatală cu HGMM (nu se va recomanda de rutină) Recomandați HGMM în doze profilactice de la 28 săptămâni de gestație și timp de 6 săptămâni postnatal.
Risc scăzut	Trombofilie asimptomatică cu risc scăzut: mutație a genei protrombinei, factor V Leiden heterozigot	Luați în considerare ca factor de risc și punctați corespunzător. (vezi Anexa III) Recomandați profilaxie HGMM postnatală 10 zile dacă există alt factor de risc postpartum (sau 6 săptămâni postpartum dacă risc familial semnificativ).

Contraindicații/precauții la utilizarea HGMM

Tulburare de sângerare cunoscută (de exemplu, hemofilie, boala von Willebrand sau coagulopatie dobândită)
Sângerare antenatală sau postpartum activă
Femei considerate cu risc crescut de hemoragie majoră (de exemplu, placenta praevia)
Trombocitopenie (număr de trombocite < 75 × 109 /l)
Accident vascular cerebral acut în ultimele 4 săptămâni (hemoragic sau ischemic)
Boală renală severă (rata de filtrare glomerulară [RFG] < 30 ml/minut/1,73 m^2)
Boală hepatică severă (timp de protrombină peste limitele normale sau varice esofag. cunoscute)
HTA necontrolată (tensiune arterială > 200 mmHg sistolică sau > 120 mmHg diastolică)

Pragurile clinice și de laborator sunt preluate din ghidurile Departamentului de Sănătate, pe baza dovezilor de la femeile care nu sunt însărcinate.

14. Vlădăreanu et all Ghid SOGR - Boala tromboembolică în sarcină şi lăuzie.

15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 37a. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium.

3. Algoritm decizional - evaluare și management a TEV în sarcină- Anexa I RCOG Green-top Guideline No. 37a traducere

Evaluare prenatală și management (de la prima vizită și repetată dacă spitalizare)

Orice eveniment TEV cu excepția evenimentelor unice, ocazionate de chirurgie

Internare în spital
Eveniment TEV unic legat de chirurgie majoră Trombofilie cu risc major + fără eveniment TEV
Comorbidități medicale (ex: patologie oncologică/ hematologică cu hipervâscozitate, Ins. cardiacă, protezare valvulară, DZ I cu nefropatie, sindrom nefrotic, LES activ, boală inflamatorie intestinală, PAR, administrare curentă de subst. iv, boli mieloproliferative)
Orice procedură chirurgicală – apendicectomie, sdr. de hiperstimulare ovariană în Tr I

→ **RISC ÎNALT**

Necesită profilaxie prenatală cu HGMM

Trimite la expert în tratamentul trombozei în sarcină /echipă

→ **RISC INTERMEDIAR**

Consideră profilaxie prenatală cu HGMM

Obezitate (IMC >30 kg/m2)
Vârstă >35
Paritate ≥ 3
Fumat
Varice voluminoase
Preeclampsie actuală
Imobilizare, paraplegia, durere dentura pelviană
Ist. familial de TEV neprovocat sau TEV la rudă de gradul I legat de estrogen
Trombofilia cu risc minor
Sarcină multiplă

→ **Patru/mai mulți factori de risc: profilaxie din trimestrul I**

Trei factori de risc: profilaxie din săptămâna 28

Sub trei factori de risc

Transient risk factors
Dehydration/hyperemesis, current systemic infection, long-distance travel

→ **RISC MIC**

Mobilizare și evitarea deshidratării

Evaluare în postpartum și management (la naștere)

Orice eveniment TEV anterior
Oricine a necesitat anticoagulare orală
Trombofilie cu risc major
Trombofilia cu risc minor + F. risc în APP

→ **RISC ÎNALT**

Profilaxie cu HGMM, cel puțin 6 săptămâni postnatal

Cezariana de necesitate în travaliu
IMC ≥ 40 kg/m2
Spitalizare prelungită sau respitalizare în postpartum (≥ 3 days)
Orice intervenție chirurgicală postpartum, cu excepția perineorafiei immediate
Comorbidități medicale (ex: patologie oncologică/ hematologică cu hipervâscozitate, Ins cardiacă, protezare valvulară, DZ I cu nefropatie, sindrom nefrotic, LES activ, boală inflamatorie intestinală, PAR, administrare curentă de subst. IV, boli mieloproliferative

→ RISC INTERMEDIAR

Profilaxie cu HGMM, cel puțin 10 zile postnatal
NB Dacă persista >3 factori de risc consideră extinderea duratei de profilaxie cu HGMM

Vârstă >35 ani
Obezitate (IMC ≥ 30 kg/m^2) Paritate ≥ 3
Fumat
Cezariană electivă
Istoric familial de TEV
Trombofilia cu risc minor
Varice voluminoase
Infecție sistemică curentă
Imobilizare prelungită, paraplegie, călătorii pe distanțe lungi (>4 ore)
Preeclampsie actuală
Sarcină multiplă
Naștere prematură sub 37 săptămâni
Făt mort intrauterin
Naștere instrumentală/ manevre obstetricale Travaliu prelungit (□□24 ore)
Hemoragie postpartum □□1 litru sau transfuzie de sânge

Cel puțin doi factori de risc

Sub doi factori de risc

→ **RISC MIC**

Mobilizare și evitarea deshidratării

Doza profilactică de HGMM
Greutate <50 kg = 20 mg enoxaparin/2500 units dalteparin/ 3500 units tinzaparin zilnic
Greutate 50–90 kg = 40 mg enoxaparin/5000 units dalteparin/4500 units tinzaparin zilnic
Greutate 91–130 kg = 60 mg enoxaparin/7500 units dalteparin/7000 units tinzaparin zilnic
Greutate 131–170 kg = 80 mg enoxaparin/10000 units dalteparin/9000 units tinzaparin zilnic
Greutate >170 kg = 0.6 mg/kg/zi enoxaparin/ 75 u/kg/zi dalteparin/ 75 u/kg/zi tinzapar

ANEXA 4. LISTA ANALIZELOR MEDICALE RECOMANDATE GRAVIDELOR

pentru s*upravegherea unei sarcini normale, conform Protocolului*[12]

Trim I ***La luarea în evidență, în orice trimestru, preferabil trimestrul I:***	**Trim II**	**Trim III**
i. Hemoleucogramă completă ii. Determinare grup sanguin ABO x iii. Determinare grup sanguin Rh x iv. Uree serică v. Acid uric seric vi. Creatinină serică vii. Glicemie viii. TGP ix. TGO x. TSH xi. Examen complet de urină (sumar + sediment) xii. Urocultură cu antibiogramă xiii. VDRL sau RPR x xiv. Testare HIV x xv. Evaluarea gravidei pentru infecții cu risc pentru sarcină: hepatită B și C + rubeolă, toxoplasmoză, infecția CMV, herpes (Complex TORCH, *la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedente a acestor infecții)* x xvi. Secreție vaginală Examen citologic cervico-vaginal Babeș Papanicolaou (până la SA 23^{+6} zile) x *x* ***(recomandat o dată în sarcină,*** *indiferent de momentul prezentării gravidei pentru luare în evidență)*	i. Hemoleucogramă completă ii. Examen complet de urină (sumar + sediment) iii. Urocultură cu antibiogramă iv. Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (SA 24 - SA 28^{+6}zile)	i. Hemoleucogramă completă ii. Uree serică iii. Acid uric seric iv. Creatinină serică v. Glicemie vi. TGP vii. TGO viii. Titrul de anticorpi anti D, în incompatibilitate fără izoimunizare în sistem Rh la 28 și 36 SA ix. Coagulograma: INR, APTT x. Examen complet de urină (sumar + sediment) xi. Urocultură cu antibiogramă xii. Detecția Streptococului de grup B (SA 34 - SA 37^{+6}zile)

12. SOGR, SNMF, INSMC - PROTOCOL din 23 august 2021 privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale documentate în carnetul gravidei - ORDINUL nr. 1.617 din 23 august 2021, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 889 din 16 septembrie 2021 - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/246407

ANEXA 5. SEMNE DE ALARMĂ ÎN SARCINĂ

- Durere de cap severă care nu trece
- Tulburări de vedere -Vedere încețoșată sau estompată
- Durere abdominală puternică, prelungită
- Sângerare vaginală
- Pierderi de lichid clar care sugerează ruptura prematură a membranelor amniotice
- Scurgeri vaginale modificate (aspect, miros)
- Urinare frecventă dureroasă
- Fața, mâinile sau gleznele umflate
- Vărsături importante, dese
- Temperatura de peste 38 de grade C
- Daca nu simțiți mișcările fătului sau percepeți mai puțin mișcările acestuia-mai ales după săptămâna a 28-a de sarcină
- TA > 140/90 mm/Hg
- Anxietate, stări emoționale instabile
- Traumatism abdominal (cădere/ accident)
- Tulburări în respirație- tuse,dispnee,durere toracică
- Amețeli, stări de leșin, palpitații
- Constipație sau diaree severă
- Contact cu persoana bolnavă varicelă/rubeolă/gripă/covid
- Prurit tegumentar persistent

ANEXA 6. HTA ÎN SARCINĂ[117-120]

1.Definiții și clasificarea HTA în sarcină[117-119]

HTA indusă de sarcină	TA*S* ≥ 140 mmHg şi/sau TA*D* ≥ 90 mmHg, apărută pentru prima dată pe parcursul sarcinii, după >20 de săptămâni de amenoree (SA), de obicei aproape de termen, la o pacientă anterior normotensivă - nu este însoţită de proteinurie sau alte semne de preeclampsie - dispare în mai puţin de 42 de zile postpartum
Preeclampsia	TA*S* ≥ 140 mmHg sau TA*D* ≥ 90 mmHg, măsurată de 2 ori la un interval de cel puțin 4 ore, apărută pentru prima dată pe parcursul sarcinii, după > 20 SA, la o pacientă anterior normotensivă **ȘI** - proteinurie ≥0,3 g/24 ore sau - raportul albumină/creatinină urinară ≥ 0,3 sau - bandeleta urinară 1+ (dacă celelalte metode nu sunt disponibile) Proteinuria trebuie evaluată în primul trimestru de sarcină pentru a detecta o afectare renală preexistentă, ulterior după 20 de săptămâni de gestație pentru screening-ul preeclampsiei. Un test calitativ pozitiv (dipstick urinar ≥1+) va fi urmat de efectuarea raportului albumină/creatinină urinară: − un raport <0,3 exclude proteinuria − un raport >0,3 confirmă proteinuria și necesită testare cantitativă prin proteinurie /24 de ore. Însă, trebuie luat în calcul faptul că efectuarea proteinuriei/24 ore amână nejustificat diagnosticul de preeclampsie, astfel un cut-off de 0,3 al raportului albumină/creatinină urinară poate fi utilizat pentru identificarea proteinuriei semnificative.
Eclampsia	− apariția convulsiilor tonico-clonice, focale sau multifocale, la o pacientă cunoscută cu preeclampsie, în absența altor condiții patologice ce asociază crize convulsive, precum: epilepsia, ischemia sau infarctul arterial cerebral, hemoragia intracraniană sau consumul de droguri.
HTA cronică	TA*S* ≥ 140 mm Hg şi/sau TA*D* ≥ 90 mm Hg ce poate fi: − preexistentă sarcinii SAU − diagnosticată pe parcursul sarcinii, dar înainte de 20 SA SAU − diagnosticată după 20 SA, dar care persistă mai mult de 12 săptămâni postpartum.
Preeclampsia suprapusă pe HTA cronică	− apariţia pentru prima dată pe parcursul sarcinii a unei proteinurii > 0,3 g/24 ore la o pacientă cunoscută cu HTA cronică, la vârsta gestaţională >20 SA SAU − creşterea bruscă a TA (TA*S* ≥ 160 mmHg şi/sau TA*D* ≥ 110 mmHg) sau a proteinuriei (>0,3 g/24 ore) sau scăderea trombocitelor ≤100.000/mm^3 la o pacientă cunoscută cu HTA și proteinurie înainte de 20 de săptămâni de amenoree.
Sindromul HELLP	hemoliză + creșterea enzimelor hepatice + trombocitopenie (Criteriile Mississippi) − Hemoliză (cel puțin 2 criterii din 5): Frotiu din sânge periferic (prezența schizocitelor), Bilirubina serică ≥1,2 mg/dL, Haptoglobina serică scăzută, Anemie severă necorelată cu hemoragia, lactat dehidrogenaza (LDH) ≥ decât limita superioară a normalului; − Enzime hepatice crescute: AST sau ALT ≥ de 2 ori decât limita superioară a normalului; − Trombocite < 100.000/ mm^3
HTA neclasificabilă antenatal	− Hipertensiunea arterială diagnosticată prin măsurarea tensiunii pentru prima dată după vârsta de 20 de săptămâni de gestație. Reevaluarea după 42 de zile postpartum stabilește tipul de hipertensiune.

2. Măsurarea corectă a TA depinde de o serie de condiții legate de pacient, ambient, aparat și personalul medical.[117-119]

Măsurarea corectă a TA la gravidă
Poziția pacientei: în decubit dorsal la 45° sau șezând, astfel încât manșeta tensiometrului să se găsească în dreptul inimii (în clinostatism valoarea TA este modificată prin presiunea exercitată de uterul gravid asupra venei cave inferioare, cu reducerea întoarcerii venoase). Ia **Determinarea TA** se efectuează de 3 ori la interval de 10 minute, după ce pacienta s-a odihnit o perioadă (aproximativ 10 min.) Sau două determinări ale TA la interval de 4 ore (A) deoarece există un număr semnificativ de paciente care dezvoltă TA datorită emotivității crescute față de medic («sindromul halatului alb»). Ia **Manșeta tensiometrului** să fie suficient de lungă (1,5 x circumferința brațului) (A), deoarece o manșetă a tensiometrului prea scurtă va supraestima valoarea TA, iar o manșetă prea lungă este posibil să subestimeze valoarea TA. Ia **Cadrelor medicale** li se recomandă folosirea tensiometrelor manuale în detrimentul celor automate, cele din urmă subestimând, în majoritatea cazurilor, valoarea TA. E

Nerespectarea condițiilor legate de măsurarea TA poate duce la valori mai mari sau mai mici, conform situațiilor din următorul tabel.[120]

Situaţie	Sistola mmHg
Manșeta prea mică	10 la 40 mmHg ↑
Manșeta peste îmbrăcăminte	10 la 40 mmHg ↑↓
Spate/picioare nesprijinite	5 la 15 mmHg ↑
Picioare încrucișate	5 la 8 mmHg ↑
Lipsa repausului 3-5 min	10 - 20 mmHg ↑
Pacientul vorbeşte	10 la 15 mmHg ↑
Durerea	10 - 30 mmHg ↑

117. Williams, Bryan et al, 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, *European heart journal* vol. 39,33 (2018): 3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339

118. Suciu, N, Brătilă, E et al SOGR; CMR, 2019, Hipertensiunea asociată sarcinii, https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/05/12.-Hipertensiunea-asociat%C4%83-sarcinii.pdf

119. NICE Guidelines 2019, Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133)

120. Pickering, T G, Blood pressure measurement and detection of hypertension, *Lancet* (London, England) vol. 344,8914 (1994): 31-5. doi:10.1016/s0140-6736(94)91053-7

ANEXA 7. ALIMENTE RECOMANDATE/ NERECOMANDATE GRAVIDEI

1. ALIMENTE RECOMANDATE GRAVIDELOR [8]

Grupe alimentare	Dimensiune porție	Număr porții			
		Gravidă		Alăptare	
		<19 ani	19-50 ani	<19 ani	19-50 ani
Legume de diferite tipuri și culori și leguminoase/fasole	½ cană legume verzi sau portocalii fierte; ½ cană leguminoase; **1** cană legume crude cu frunze verzi; ½ cartof mediu (sau cartof dulce, taro sau manioc); ½ cană de porumb dulce; **1** roșie medie	**5**	**5**	**5,5**	**7,5**
Fructe	**1** măr mediu, banană, pară portocală; **2** caise mici, kiwi sau prune; **1** cană fructe tăiate cubulețe sau conserve (fără zahăr), **30 g** fructe uscate (doar ocazional)	**2**	**2**	**2**	**2**
Cereale integrale și/ sau soiuri bogate în fibre de cereale, cum ar fi pâine, cereale, orez, paste, fidea, mămăligă, cușcuș, ovăz, quinoa și orz	**1** felie de pâine; ½ rulou mediu sau pâine; ½ cană de orez fiert, paste, fidea, mămăligă sau quinoa; ½ cană terci; **2/3** cană fulgi de cereale de grâu; ¼ cană musli; 3 felii de pesmet	**8**	**8,5**	**9**	**9**
Carne slabă și păsări de curte, pește, ouă, tofu, nuci* și semințe și leguminoase/ fasole	**65 g** carne roșie slabă fiartă; **80 g** pui fiert; **100 g** file de pește fiert; **2** ouă mari; **1** cană linte fiartă sau fasole conservată; **170 g** tofu; **30 g** nuci, seminţe, unt de arahide sau migdale sau tahini	**3,5**	**3,5**	**2,5**	**2,5**
Lapte, iaurt, brânză și/alternativele acestora (în mare parte cu grăsimi reduse)	**1** cană lapte; **200 g** iaurt; **40 g** brânză tare; ½ cană de brânză ricotta; **1** cană de soia, orez sau altă băutură din cereale cu adaos de calciu	**3,5**	**2,5**	**4**	**2,5**
Număr aproximativ de porții suplimentare din cele cinci grupe de alimente opțiuni discreționare		**0-3**	**0-2,5**	**0-3**	**0-2,5**

***** Nucile trebuie evitate doar dacă femeia este alergică la ele.

2. Alimente care trebuie consumate cu prudență în timpul sarcinii [8,121]

Alimente	Risc
Lactate și produse lactate nepasteurizate (lapte crud, brânză feta, Brie, Camembert, alte brânzeturi coapte la suprafață, …) **Carne crudă sau slab preparată termic** (tartar, carpaccio, salamul, șunca din carne crudă, peștele afumat, pateul, …) **Legume și fructe** insuficient spălate, sucuri nepasteurizate **Fructe de mare crude**	Listerioză 1A
Ouă crude și preparatele care le conțin (ex: maioneza, sosurile, …), ouă fierte moi	Salmoneloză
Pește (anumite specii: rechin, pește spadă, somn, ton mare, macrou uriaș, marlin)	Intoxicația cu Mercur
Băuturile îndulcite cu zahăr	Afecțiuni dentare: carii
Cofeină max. 200mg/zi - cafea (145 mg/50 ml espresso; 80 mg/250 ml cafea instant), - ceai (50 mg/220 ml), - cola (36 mg/375 ml), - băuturi energizante (80 mg/250ml) - ciocolată (10 mg/50g).	*Studii observaționale sugerează un risc de naștere prematură sau greutate mică la naștere.*

Alcool - abstinența [121, 122]: cea mai sigură opțiune în timpul sarcini. 1A

3. Suplimentarea dietei în perioada de sarcină și alăptare

Supliment	Argument
Ac. Folic 1A (Vit.B9)	administrat cu cel puțin o lună înaintea concepției și în primele 2-3 luni, ajută la dezvoltarea tubului neural. *Există dovezi din recenzii sistematice ale studiilor observaționale că suplimentarea cu acid folic în timpul sarcinii poate reduce riscul de leucemie mieloidă acută, tumori cerebrale și ale măduvei spinării la copil și tulburări din spectrul autismului.*
Fier 1B	reduce riscul de greutate mică la naștere, de anemie maternă și de deficit de fier. administrare: între mese
Vit. D3 2C	reduce riscul de preeclampsie, diabet gestațional, naștere prematură, copii mici pentru vârsta gestațională, rahitismul sugarilor, disfuncții imunitare, tulburări de implantare a placentei, hipertensiunea gestațională
Calciu 1A	reduce riscul de parestezii, crampe musculare, greutate mică la naștere, mineralizare osoasă scăzută, previne preeclampsia. administrare: în timpul mesei
Iod 2B	Necesarul de iod la femeia însărcinată și care alăptează crește, OMS recomandă 250 µg/zi.
Vit. B6, B12, C, E, A, Zinc, alte oligoelemente, acizi grași omega3 și probiotice - sunt necesare cercetări suplimentare pentru a clarifica posibilul rol al acestora. [8]	

8. NICE-guideline-NG201, Antenatal-Care, Evidence-reviews underpinning recommendations 1.1.1 to-1.1.3, August 2021, ISBN: 978-1-4731-4227-5

121. CNSMF INSP Ghid de prevenție vol. 3 - Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Capitol 1.5. Alimentația femeilor în perioada de sarcină și alăptare. Programul RO19 „Inițiative în Sănătatea Publică" Proiectul RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

122. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, Houalla, Nahla, Al-Jawaldeh, Ayoub Eid, Bagchi, Kunal, Hachem, Fatima. et al. (2012). Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide. https://apps.who.int/iris/handle/10665/119951

ANEXA 8. SURSE ALIMENTARE CU ACID FOLIC [123-128, 132]

Aliment	Cantitate aliment	Cantitate de vit.B9
Legume		
Spanac verde	100 g	194 µg
Sparanghel* *(Vit.B1, K, Cu, Se)*	100 g	149 µg
Salată verde	100 g	136 µg
Broccoli* *(Vit.C, Ca, Fe, fibre)*	100 g	108 µg
Anghinare*	100 g	96 µg
Varză de Bruxelles* *(Vit.K, C)*	100 g	133 µg
Andive crude	100 g	95 µg
Fructe		
Suc de portocale	100 ml	39 µg
Mango	100 g	43 µg
Avocado	½ fruct	81 µg
Papaya	½ fruct	56 µg
Banană	Medie	44 µg
Cereale		
Paste fortificate	100 g	138 µg
Pâine integrală	1 felie	86 µg
Pâine albă	1 felie	64 µg
Pâine integrală din grâu	1 felie	11 µg
Cereale instant fortificate cu 25% B9	100 g	100 µg
Carne		
Ficat de vită/porc gătit	100 g	195 µg
Ficat de miel/vițel gătit	100 g	300 µg
Ficat de pui/curcan gătit	100 g	410 µg
Leguminoase		
Mazăre gătită	100 g	63 µg
Linte gătită	100 g	181 µg
Fasole gătită	100 g	208 µg
Ou *(Vit.B2, B12, Se)*	1 buc.	22 µg

Sursa: National Institute of Health[128]]

* legumele menționate se recomandă să fie gătite la aburi deoarece acidul folic este o vitamină hidrosolubilă și prin fierbere se pierde o cantitate mai mare.

Acidul folic, vit. B9 în formă sintetică, este utilizat în suplimente și adăugat în alimentele procesate pentru fortificare.[128, 129]

Doza zilnică recomandată de acid folic/folați în funcție de vârstă depinde de biodisponibilitate[129, 130]

- folatul din alimente = 50-60%,
- acidul folic sau a fortificanți alimentari = 85%.

Biodisponibilitatea diferită a făcut ca în practică să fie nevoie de definirea echivalentului de folat alimentar (DFE):

1 µg DFE = 1 µg folat alimentar;

1 µg DFE = 0,6 µg acid folic din alimente fortificate sau suplimente consumate concomitent cu alimente bogate în folați;

1 µg DFE = 0,5 µg acid folic din suplimente luate pe stomacul gol.

Vârsta	Doza zilnică recomandată de folați alimentari	Doza maximă admisă de acid folic din alimente fortificate sau suplimente
0-6 luni	65 µg/zi	*
7-12 luni	80 µg/zi	*
1-3 ani	150 µg/zi	300 DFE/zi
4-8 ani	200 µg/zi	400 DFE/zi
9-13 ani	300 µg/zi	600 DFE/zi
14-18 ani	400 µg/zi	800 DFE/zi

Sursa: Nutrient Reference Values, Australian Government

*nu se poate stabili pentru suplimentele de acid folic - sursele de acid folic trebuie să fie laptele, formula de lapte și alimentele.[123, 128, 129, 130]

Rolul acidului folic

- în sinteza AND și ARN,
- participă la sinteza hemului (alături de vit.B12),
- prevenirea unor malformații congenitale neurologice și cardiace.[124]

Absorbția folaților este:

Favorizată de: vit.B12, vit.C, Zn, consumul de alimente bogate în folat împreună cu alimente fortificate cu acid folic.

Redusă de: ceai, cacao, unele lactate tratate termic, alcool, medicamente (aspirina, ibuprofenul, anticonvulsivantele)[131]

123. Folate, Nutrient Reference Values, Australian Government, https://www.nrv.gov.au/nutrients/folate

124. Vitamin B9 (folic acid), http://umm.edu/health/medical/altmed/supplement/vitamin-b9-folic-acid

125. Graur M et al, Societatea de Nutriţie din România, Ghid pentru Alimentație Sănătoasă, România, 2006; http://old.ms.ro/documente/Ghid1_8318_6022.pdf

126. Center for Disease Control and Prevention, Facts about Folic acid, https://www.cdc.gov/ ncbddd/folicacid/about.html

127. Mayo Clinic, Folate, https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements-folate/art-20364625

128. Folate, National Institutes of Health, https://ods.od.nih.gov/factsheets/Folate-HealthProfessional/

129. Folic acid vs. Folate - What's the Difference?, https://authoritynutrition.com/folic-acid-vs-folate/

130. Bioavailability of food folates is 80% of that of folic acid, link: http://ajcn.nutrition.org/content/85/2/465.full

131. Folate, Micronutrient Information Center, http://lpi.oregonstate.edu/mic/vitamins/folate

132. Dieteticians of Canada, Information about Folate, https://www.dietitians.ca/Your-Health/Nutrition-A-Z/Vitamins/Food-Sources-of-Folate.aspx

ANEXA 9. MEDICAȚIA ÎN SARCINĂ ȘI ALĂPTARE [133-136]

Conform datelor actuale există o singură categorie de medicamente care sunt considerate sigure pentru mamă și făt - medicamentele din categoria A. Medicamentele din categoriile B,C,D și X, fie au riscuri fetale mari, fie nu există studii efectuate pe pacienți umani care să confirme sau infirme riscurile acestora asupra fătului. Începând cu 2014 categorizarea pe litere a fost desființată, utilizându-se categoriile medicaţie în sarcină, în lactație, pentru bărbaţi şi femei de vârstă reproductivă.

Consecințele administrării medicamentelor interzise:

- înainte de ziua 20 post concepţie - efect de "tot sau nimic": fie omoară embrionul, fie nu îl afectează deloc;
- în săptămânile 3-8 post concepţie - pot duce la avort, malformații fetale, defecte metabolice sau funcționale, care se vor manifesta ulterior în viață;
- în trimestrul 2 și 3 - nu mai pot apare malformații congenitale, dar poate fi afectată creșterea și funcționarea organelor fetale.

Tabel 1. Categorii de medicamente utilizate în sarcină [133-136]

Categoria A: Sigure	**1.** vitamine (B6, acid folic) doar dozele recomandate de medic (vitamina A în exces a fost asociată cu malformații fetale) **2.** medicamente antianemice (preparate de fier) **3.** medicamentele pentru glanda tiroidă.
Categoria B: relativ sigură dar pot apărea probleme necunoscute	**1.** paracetamolul, **2.** insulina, **3.** antibioticele/sulfamidele - penicilinele, cefalosporinele, nistatinul în aplicare locală, **4.** metoclopramidul, **5.** ranitidina, famotidina, **6.** aspartam, **7.** glucocorticoid (cortizon), **8.** ibuprofen înainte de trimestrul trei.
Categoria C: efect nociv pentru făt	**1.** ciprofloxacinul, norfloxacinul - asociat cu defecte scheletice, decolorarea danturii, spina bifidă, malformații ale membrelor **2.** omeprazolul - asocieri cu anencefalia pentru utilizarea în prima jumătate a sarcinii **3.** ketoconazolul, fluconazol: asocieri cu malformaţii ale membrelor, craniofaciale, omfalocel, surditate **4.** pseudoefedrina, sumatriptan, izoniazida **5.** dexametazona - se asociază cu creşterea incidenței naşterilor premature şi a greutății mici la naştere **6.** acid nalidixic produce artropatie la animalele testate **7.** clorzoxazona, digoxin, furosemid, gentamicina-ototoxic fetal **8.** hidrocortizon - asociere cu despicătura palatină, omfalocel şi întârzierea creșterii pentru utilizare prelungită

Categoria D: beneficiile trat. pot depăşi riscul potenţial	**1.** tetraciclina, doxiciclina - (efecte asupra oaselor şi danturii fetale, asociere cu cataractă congenitală) **2.** kanamicina **3.** diazepamul - posibilă asociere cu despicăturile labio-palatine, spina bifidă, defecte ale membrelor, malformații: craniofaciale, renale, retard mental şi psihomotor, bradicardie fetală, diminuare a mișcărilor fetale, hipotermie neonatală **4.** fenobarbitalul - asociat cu microcefalie fetală, retard mental, sindromul Down şi anomalii cardiovasculare **5.** aspirina- este riscantă în ultimul trimestru, poate influența creşterea fătului; este o anti-prostaglandină care intervine în mecanismul travaliului şi poate prelungi atât sarcina cât şi travaliul, poate provoca sângerare excesivă înainte şi după expulzie. • în doze mici, administrată sub supraveghere medicală, este utilă pentru a trata boli imunologice, ca lupusul, a opri travaliul prematur sau a preveni preeclampsia sau întârzierea creșterii fetale. **6.** penicilamina **7.** chinina a fost asociată şi ea cu apariția unor defecte din naștere (inclusiv surditatea permanentă) şi cu nașterea unor feți morți, dar riscul pentru făt trebuie evaluat în raport cu pericolul malariei, care poate avea efecte fatale, mai ales în cursul sarcinii **8.** streptomicina - în cursul sarcinii provoacă surditatea copilului **9.** citostaticele pot determina pierderea sarcinii în primul trimestru sau alterări ale ADN-ului bebelușului, rezultând malformații **10.** litiu poate produce naştere prematură, modificări ale ritmului cardiac fetal.
Categoria X: strict interzise	**1.** thalidomida - determină: focomelie, tetrafocomelie, hemangiom al feței **2.** alprazolam - produce malformații cardiace şi ale membrelor **3.** clomifen, iod radioactiv, isotretinoin- produc malformații cardiace, cranio-faciale. **4.** hormonii estrogeni - produc feminizarea fătului masculin, malformații uterine, malformații ale tractului genitourinar la feții de sex masculin **5.** steroizi androgeni şi anabolizanţi produc masculinizarea fătului feminin

Tabel 2. Medicaţie antimicrobiană în sarcină[133-134, 137]

Antibiotic		Trim. I	Trim. II	Trim. III
Peniciline		+	+	+
Cefalosporine		+	+	+
Macrolide	excepție claritromicina	+	+	+
Polipeptide		+	+	+
Tetracicline	risc mai mare decât beneficiu	-	-	-
Aminoglicozide		-	-	-
Fenicoli		-	-	-
Sulfonamide		-	-	-
Quinolone		-	-	-
Rifampicina		-	+	+
Nitrofurantoin		-	+	-
Imidazoli		-	+	+
Acyclovir		+	+	+

Tabel 3. Afecțiuni și grupe de medicamente folosite[138]

Afecțiune	Medicamente
Alergie	antimahistaminice - Claritine, Clorpheniramine, Clemastine, Doxylamine
Răceală şi gripă	Acetaminofen sau combinaţie Acetaminofen cu Dextrometorfan şi Pseudoefedrina, gargară cu lichide sau soluții uşor saline; Spray sau dropsuri saline
Decongestionante nazale	Pseudoefedrin clorhidrat sau combinaţie a acesteia cu Triprolidina
Antitusive	combinaţie Dextrometorfan şi Guaifenesin, Metoxifenoxil, sirop pe bază de mentol şi eucalipt. A nu se depăşi dozele permise, a nu se administra prea multe dintre aceste medicamente.
Constipație	Laxative pe bază de fibre şi metilceluloză, Psyllium, Săruri de magneziu
Diaree	- se administrează numai timp de 24 de ore, la femei peste 12 săptămâni de sarcină: Subsalicilat de bismuth, Loperamid
Dezinfectante locale	Bacitracin, Neosporin
Cefalee	Acetaminofen, Sumatriptan
Antiinflamatoarele nesteroidiene	- de tipul indometacinului şi ibuprofenului sunt recomandate dar numai până la 32 săptămâni de sarcină; după această vârstă aceste medicamente pot produce o constricţie a ductului venos astfel încât nu mai sunt recomandate.
Anticoagulante	- sunt acceptate heparina cu greutate moleculară mică (Enoxaparina, Deltaparina, Fraxiparina). Anticoagulantele de tipul Warfarinei sunt interzise în sarcină.
Durere de stomac (dispepsie gastrică)	Famoditida, Cimetidina, Ranitidina, Nizatidina - se pot utiliza în caz de pirozis sau arsuri gastrice. Metroclopramidul se poate indica în caz de vărsături. Hidroxid de magneziu, Hidroxid de aluminiu +/- Simeticona, Carbonat de calciu; Magaldrat asociat cu Simeticona, Hidroxid de aluminiu+bicarbonat de sodiu+alginat de sodiu+acid alginic
Prurit	Acid ursodezoxicolic, Colestiramina
Hemoroizi	Fenilefrin/Pramoxin/Hidrocortizon (crema), Ficat de rechin, extract de drojdie de bere, ulei mineral/Pramoxin/Oxid de zinc Extract de Hamamelis (remediu homeopat)
Greaţă şi vărsături	Vitamina B6 100mg, fructoza/dextroza/acid fosforic (la pacientele nediabetice), Emetrex, Banda compresivă antiemetică
Urticarie	unguente pe bază de hidrocortizon, Hidroclorid de difenhidramina, Camfor / Pramoxin/Zinc
Infecţie micotică	Miconazol, Terconazol

Tabel 4. Vaccinarea gravidei şi lăuzei [139-141]

Vaccin	Înainte de sarcină	În timpul sarcinii	În timpul alăptări	Tip de vaccin
Gripă	**DA**	**DA**	**DA**	Inactivat
DTaP	**DA,** dacă au trecut peste 10 ani de la ultima administrare	**DA,** dacă au trecut peste 10 ani de la ultima administrare	**DA,** dacă au trecut peste 10 ani de la ultima administrare	Anatoxine Vaccin acelular
HPV	Da (între 9-26 ani)	Nu, nu există studii	Da (între 9-26 ani)	Inactivat
Hep. A	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Inactivat
Hep. B (inactivat)	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Inactivat
Meningococic	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Nu sunt studii	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Inactivat
Pneumococic	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Nu sunt studii	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Inactivat
Poliomielitic VPI	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Inactivat
ROR	Poate fi recomandat Se va evita sarcina minim 4 săptămâni	**NU**	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Viu atenuat
Varicelă	Da, cu evitarea sarcinii 1 lună	**NU**	Da, dacă există risc de îmbolnăvire	Viu atenuat
Rabie	Da, pentru profilaxia plăgii rabigene	Da, pentru profilaxia plăgii rabigene	Da, pentru profilaxia plăgii rabigene	Inactivat
Febra galbenă	Da, dacă va călători în zone cu risc. Se evită sarcina min. 4 săptamâni	**NU** (doar dacă va călători în zonă cu risc endemic)	**NU** (doar dacă va călători în zonă cu risc endemic)	Viu atenuat
Anti-COVID 19	Da, se va efectua în conformitate cu pozițiile Societății de Obstetrică și Ginecologie din România față de vaccinarea COVID-19 a femeii gravide și care alăptează.			

133. Medicine and Pregnancy https://www.fda.gov/consumers/free-publications-women/medicine-and-pregnancy

134. Medicine and Pregnancy, https://www.cdc.gov/pregnancy/meds/treatingfortwo/index.html

135. Over-the-Counter Medications in Pregnancy https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2003/ 0615/p2517.html

136. Medicine use during Pregnancy or Breastfeeding https://www.drugs.com/pregnancy/

137. Benea O, Gavriliu L, Popescu C, Popescu G, Ghidul Angelescu Terapia antimicrobiană 2018, *Editura Bucureşti,* 2018

138. Medicine Guidelines During Pregnancy https://my.clevelandclinic.org/health/drugs/4396-medicine-guidelines-during-pregnancy

139.Vaccines During Pregnancy, FAQs https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/vaccines-during-pregnancy.html

140. CDC Maternal vaccination. Last update December 2018 https://www.cdc.gov/vaccines/ pregnancy/ downloads/immunizations-preg-chart.pdf

141. Herdea et al, Îndreptar de vaccinare în cabinetul medicului de familie, *Ed Amalteea* 2018

ANEXA 10. CHESTIONAR DEPRESIE ȘI ANXIETATE NICE [8]

1. În ultima lună, v-ați simțit adesea deprimat sau fără speranță?

2. În ultima lună, ați fost adesea deranjat de lipsa de interes sau plăcerea de a face lucruri?

Pentru orice răspuns pozitiv la oricare dintre primele două întrebări, o a treia întrebare ar trebui luată în considerare şi anume: Este ceva cu care simțiți că aveți nevoie sau doriți ajutor?

De asemenea se recomandă (condiționat) **screening-ul pentru anxietate** folosind scala GAD (anxietate generalizată) cu 2 întrebări:

1. În ultima lună, v-ați simțit nervoasă, anxioasă?

2. În ultima lună ați avut dificultăți în a va controla îngrijorarea?

În cazul unui răspuns pozitiv, este necesară o evaluare aprofundată pentru diagnosticul de depresie/anxietate şi trimiterea la un medic psihiatru sau şi la tratament psihoterapic.

8. NICE-guideline-NG201, Antenatal-Care, Evidence-reviews underpinning recommendations 1.1.1 to-1.1.3, August 2021, ISBN: 978-1-4731-4227-5

ANEXA 11. RECOMANDĂRI CHEIE

Capitol / subcapitol	Recomandare	Gradul recomandării
Diagnosticul de sarcină		
Diagnosticul de sarcină se stabilește la prima vizită prenatală, pe baza anamnezei (simptomelor și datei ultimei menstruații - DUM), examenului clinic și a testului de sarcină și va fi rafinat, ori de câte ori este posibil, prin examen ecografic.		**1 Consens**
Consultația prenatală		
Calendarul vizitelor	Se recomandă un ritm al consultaților prenatale: lunar până la 28 SA, bilunar între 28-36 SA și săptămânal de la 36 SA, cu posibilitatea unor consultații de telemedicină în situația în care gravida nu prezintă complicații.	**1 Consens**
Consultația clinică	Se recomandă ca prima vizită prenatală a femeii gravide să aibă loc cat mai repede în Trim. I de sarcină, astfel încât evaluarea prezenței factorilor de risc în sarcină să permită adoptarea cat mai precoce a tuturor măsurilor de influențare a riscurilor modificabile.	**1 Consens**
Măsurători clinice	Se recomandă evaluări clinice structurate, adaptate vârstei gestaționale, care includ: • măsurarea G corporale și calcularea IMC la vizita inițială și la vizitele ulterioare. • măsurarea TA la prima vizită prenatală și ulterior, la fiecare vizită. • auscultarea cordului fetal cu un Doppler fetal, după 12 săptămâni de sarcină • evaluarea înălțimii fundului uterin la fiecare vizită, începând cu săptămâna 24 de sarcină • palparea abdomenului, ca metodă de primă alegere pentru determinarea poziției fătului, începând cu săptămâna 36 de sarcină.	**1B** **1B** **2C** **1 Consens** **1C**
Investigații (Echo)	Se recomandă 3-4 ecografii in sarcina pentru majoritatea gravidelor: • între 6-11 SA (Trim II) - confirmarea sarcinii intrauterine și calculul vârstei gestaționale. (Echo 1) • între 11-13+6 SA (Trim I) - detectarea aneuploidiilor (în special a trisomiei 21); ecografia permite și calculul vârstei gestaționale, dacă o ecografie anterioară nu a fost realizată în acest scop. (Echo 2). • între 19-23^{+6} SA (Trim II) - detectarea anomaliilor structurale. (Echo 3). • între 30-35^{+6} SA (Trim III) - detectarea/ confirmarea unei anomalii de poziție a fătului, a placentei și a tulburărilor de creștere fetală. (Echo 4).	**2 Consens** **1B** **1B** **1 Consens**

Screeninguri și testări de rutină în sarcină		
Se recomandă următoarele screeninguri şi testări de rutină, la toate gravidele: • efectuarea HLG complete la prima vizită prenatală și la 28 SA cu repetarea testării la gravidele cu anemie/risc pentru anemie, la 36 SA. • grupului sanguin şi a Rh-ului la toate gravidele şi partenerii, în cursul primei vizite prenatale. **La gravida Rh negativă cu partener conceptual Rh pozitiv se recomandă evaluarea probabilității unui sindrom de izoimunizare Rh și dozarea anticorpilor anti D, la prima vizită.** • **proteinuriei este indicată la prima vizită prenatală a femeii gravide, indiferent de vârsta sarcinii.** • ***HTA* prin TA la prima vizită prenatală şi ulterior, la fiecare vizită. 1B** • ***preeclampsiei* prin determinarea proteinuriei şi măsurarea TA la toate femeile însărcinate, după 20 SA, cu atenție specială la cele cu factori de risc pentru preeclampsie.** • ***bacteriurie asimptomatică* prin urocultură în săptămânile 11-16 SA şi tratamentul ATB al gravidelor cu culturi pozitive** • ***diabetului zaharat* la luarea în evidență, dacă riscul nu a fost evaluat preconcepțional, prin evaluarea factorilor de risc pentru diabet a tuturor gravidelor şi screeningul gravidelor cu risc crescut pentru diabet, înainte de 15 SA, folosind criteriile standard de diagnostic.** • ***diabetului gestațional,* la 24-28 SA a tuturor gravidelor fără diabet cunoscut anterior / test normal în Trim I, prin testul de toleranță la glucoză administrată oral.** • ***depresiei* la prima vizită prenatală și postnatal la 4-6 săptămâni și 3-4 luni, folosind chestionarul scurt de screening cu 2 întrebări.** • ***infecția cu virus hepatitic B,* la prima vizită** • ***infecția cu virus hepatitic C,* la prima vizită** • ***infecția HIV,* la prima vizită, în Trim I de sarcină** • ***sifilis,* la prima vizită** • ***susceptibilității la rubeolă,* la prima vizită** • **infecției cu streptococ grup B prin prelevarea vaginală/rectală, la 35-37 SA şi tratamentul ATB al gravidelor cu culturi pozitive** • ***funcției tiroidiene* prin determinarea TSH, la prima vizită** • **calculul riscului genetic (*Dublu Test*) pentru depistarea trisomiilor 21, 18 și 13.**		**1 Consens** **/1B** **1B** **1B** **1 Consens** **1B** **1C** **1A/1A** **1B/1B** **1A** **1 Consens** **1A** **1B** **1B** **1A** **1 B** **1C/1A** **1 Consens** **1C**
Intervenții privind stilul de viață		
Alimentația sănătoasă	Se recomandă evaluarea minimală a tiparului alimentar şi încurajarea gravidelor pentru adoptarea unei alimentații sănătoase, cu aport crescut de acid folic şi fier, crescut de apă, redus în cofeină şi cu evitarea absolută a alcoolului.	**1B/** **1A** **2B** **1B** **1A**
Activitatea fizică	Se recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică a tuturor femeilor însărcinate şi sfat minimal pentru un nivel de activitate fizică de tip aerobic, de intensitate moderată, de cel puțin 150 min/zi, introdusă gradual şi adaptată stilului şi dorințelor gravidei.	**1Consens/** **1B**

Consumul de tutun	Se recomandă ca toate femeile însărcinate să fie întrebate explicit dacă fumează, utilizează dispozitive alternative cu nicotină (electronice sau cu tutun încălzit) sau sunt expuse fumatului pasiv.	**1A**
	Se recomandă ca toate gravidele fumătoare, utilizatoare de dispozitive alternative sau expuse fumatului pasiv să fie sfătuite să renunțe imediat la fumat/utilizare sau la expunerea pasivă la fum de țigară (sfat minimal).	**1A**
Consumul de alcool	Se recomandă ca toate femeile gravide să fie întrebate explicit dacă au consumat alcool anterior sarcinii și dacă au continuat să consume și la ce nivel, după ce au aflat că sunt însărcinate.	**1A**
	Se recomandă ca toate gravidele să fie informate în legătură cu riscurile alcoolului asupra fătului, viitorului copil și asupra sarcinii si sfătuite sa renunțe total la orice consum de alcool.	**1A**
Consumul de medicamente	Se recomandă ca toate femeile gravide să fie întrebate la prima vizită în legătură cu toate medicamentele, produsele farmaceutice pe care le utilizează, cu sau fără prescripție și să fie sfătuite să NU utilizeze niciun medicament sau preparat pe parcursul sarcinii, altele decât cele special recomandate de profesioniști calificați și care sunt la curent cu situația gravidei.	**1A**
Suplimentele alimentare		
Suplimente de acid folic și fier	Se recomandă suplimentarea zilnică cu acid folic • ≥400 µg pe zi, cu 1 lună înainte de concepție și în primele 3 luni de sarcină, pentru prevenirea defectelor de tub neural, la toate femeile însărcinate. • 4 mg (4000 µg) de acid folic pe zi, la toate femeile însărcinate care au antecedente de defecte ale tubului neural sau risc înalt pentru defecte de tub neural.	**1A**
	Se recomandă suplimentarea zilnică orală cu 30 - 60 mg de fier elemental, la toate femeile însărcinate (dacă nu au fost testate); dacă gravidele trăiesc într-o zonă cu prevalență mare a anemiei (peste 40% dintre gravide au Hb < 11 g/dl) se recomandă 60 mg de fier elemental	**1A/2B**
	Opţiune • se recomandă suplimentarea orală intermitentă cu fier și acid folic cu 120 mg de fier elemental și 2800 micrograme (2,8 mg) de acid folic, o dată pe săptămână, în situația în care administrarea zilnică nu este acceptabilă din cauza efectelor secundare şi în cazul populațiilor cu o prevalență a anemiei în rândul gravidelor mai mică de 20%.	**1B**
Suplimente de calciu	Se recomandă suplimentarea zilnică cu calciu (1,5-2,0 g calciu elemental oral), doar în cazul gravidelor cu un aport redus de calciu alimentar.	**1B**

Suplimente cu micronutrienți, vitamine	Nu se recomandă femeilor însărcinate administrarea de rutină de: • suplimente cu micronutrienți multipli pentru a îmbunătăți rezultatele materne şi perinatale, cu excepția unor situații speciale de deficit nutrițional. • de vitamina B6, (piridoxină) E, C • de vitamina D pentru a îmbunătăţi rezultatele materne şi perinatale, dar se evaluează riscul de deficit de vitamina D şi se testează gravidele la risc, începând cu Trim. I. Se suplimentează în funcție de rezultatul testării.	**1A** **1C/ 1A** **2B**
Măsuri preventive		
Antibioterapia în bacteriuria asimptomatică (BAS)	Se recomandă un regim de antibiotice timp de şapte zile pentru toate gravidele cu bacteriurie asimptomatică (BAS) pentru a preveni bacteriuria persistentă, naşterea prematură şi greutatea mică la naştere.	**1A**
Profilaxia cu imunoglobulină anti-D	Se recomandă administrarea imunoglobulinei anti -D, postpartum şi în cazul tuturor situațiilor posibil sensibilizante.	**1Consens**
Vaccinurile în sarcină	Se recomandă administrarea de rutină în timpul sarcinii a următoarelor vaccinuri • antigripal - inactivat • DTaP - dacă au trecut peste 10 ani de la ultima administrare Se recomandă administrarea în sarcină, doar dacă există risc de îmbolnăvire a următoarelor vaccinuri • anti Hepatita A şi B (inactivat), anti Polio VPI şi anti Rabic.	

BIBLIOGRAFIE

1. Cucu, A et al, Raport Național privind Starea de Sănătate a Populației României 2020, MS, INSP, CNEPSS, CNSIS;. Bucureşti 2021; ISSN2559-2610

2. Neculau. A, Negut. C, Vacaru M, Vladu C., Cadrul de politici pentru prevenirea sarcinilor și a consecințelor acestora la adolescenți, UNICEF 2022, https://www.unicef.org/romania/media/ 8336/file/CADRUL%20DE%20POLITICI%20pentru%20prevenirea%20sarcinilor%20%C8%99i%20a%20consecin%C8%9Belor%20acestora%20la%20adolescen%C8%9Bi.pdf

3. Nanu M., Stativă E., Vâlceanu D., Oțelea R., Pregnancy in adolescents, a cyclical phenomenon that is repeated from one generation to another in the same families., UNICEF, 08 January 202

4. Stativă, E., Rus Adrian V, Suciu N, Pennings J. S, et al., Characteristics and prenatal care utilisation of Romanian pregnant women., *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 19, no. 3* (2014): 220-226.

5. Suciu N, Nanu M, Stativă E, Novak c, Mihailescu G., Studiul Sănătății Reproducerii: - România, 2016, Institutul pentru Sănătatea Mamei și a Copilului Alessandrescu-Rusescu, București 2019, *Editura Oscar Print* ISBN 978-973-668-504-0

6. Ministerul Sănătăţii, INSP, CNSISP, Mortalitatea maternă în România, 2020

7. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 154991 2; © World Health Organization 2016

8. NICE-guideline-NG201, Antenatal-Care, Evidence-reviews underpinning recommendations 1.1.1 to-1.1.3, August 2021, ISBN: 978-1-4731-4227-5

9. Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. 2020 Edition. Last updated: 5 February 2021, Canberra: Australian Government Department of Health

10. Guidelines International Network ADAPTE Collaboration (2009). The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0

11. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (http://gradeworkinggroup.org/, accesat în 06.05.2022].

12. SOGR, SNMF, INSMC - PROTOCOL din 23 august 2021 privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale documentate în carnetul gravidei - ORDINUL nr. 1.617 din 23 august 2021, publicat în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 889 din 16 septembrie 2021 - https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/246407

13. SOGR, SNMF, INSMC - Carnetul gravidei., https://legislatie.just.ro/Public/FormaPrintabila/00000G001OTCDPIJ8PB1TUJJYI6WPMLT

14. Vlădăreanu et all Ghid SOGR - Boala tromboembolică în sarcină şi lăuzie.

15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Green-top Guideline No. 37a. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium.

16. Popovici C., Armean P., Kozma A. The Evolution of Maternal Mortality in Romania, Trends and Challenges. *Archives of the Balkan Medical Union*; vol. 56, no. 3, pp. 342-348 ; September 2021 ; ISSN 1584-9244, ISSN-L 1584-9244 ; ISSN online: ISSN 2558-815X; ISSN-L 1584-9244; https://doi.org/10.31688/ABMU.2021.56.3.08

17. Cucu A., Domnariu C.D., Galan A., Chiriţă C., Toader O. Tendinţa deceselor evitabile în România, *AMT, vol. II, nr. 2, 2014*, pag. 4-8.

18. Bastian LA, Nanda K, Hasselblad V, Simel DL. Diagnostic efficiency of home pregnancy test kits. A meta-analysis. *Arch Fam Med 1998* Sep- Oct;7(5):465-9 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67536/ Devine 16

19. Bastian LA, Piscitelli JT. Is this patient pregnant? Can you reliably rule in or rule out early pregnancy by clinical examination? *JAMA 1997* Aug 20; 278(7):586-91 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9268281/

20. Popa I, Bunescu D. et al, "Îngrijiri prenatale în sarcina cu risc scăzut", Ghid CNSMF pentru medicul de familie, *Editura Infomedica*, 2005

21. Robert Peter, Japaraj et al. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2015,9 CD008136. 8 Sep. 2015, doi:10.1002/14651858.CD008136.pub3

22. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Edited by Kathleen M Rasmussen et. al., National Academies Press (US), 2009. doi:10.17226/12584

23. Lowe, Sandra A et al., SOMANZ guidelines for the management of hypertensive disorders of pregnancy 2014., *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* vol. 55,5 (2015): e1-29. doi:10.1111/ajo.1239924.

24. Ghidul ESC de management al bolilor cardiovasculare în timpul sarcinii, *Romanian Journal of Cardiology*, Vol. 23, No. 1, 2013, Capitol 9. Afecţiunile hypertensive /Vol.31, No.2, 2021, 395

25. Robert Peter, Japaraj et al., Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth, *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2015,9 CD008136. 8 Sep. 2015, doi:10.1002/14651858.CD008136.pub3

26. Bais, Joke M J et al., Effectiveness of detection of intrauterine growth retardation by abdominal palpation as screening test in a low risk population: an observational study, *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* vol. 116,2 (2004): 164-9. doi:10.1016/j.ejogrb.2004.01.037

27. Neilson, J P., Symphysis-fundal height measurement in pregnancy., *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 1998,2 (2000): CD000944. doi:10.1002/14651858.CD000944

28. Gardosi J, Francis A. Controlled trial of fundal height measurement plotted on customized antenatal growth charts. *Br J Obstet Gynaecol* 1999 Apr; 106(4): 309- 17

29. Mangesi, Lindeka et al., Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing, *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2015,10 CD004909. 15 Oct. 2015, doi:10.1002/14651858.CD004909.pub3

30. Pelinescu Onciul et al, Ghidul privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 1, din 09.08.2019, *Monitorul Oficial*, Partea I nr. 738bis din 10 septembrie 2019. https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/11/22.1.-Ghid-de-examinare-ecografic%C4%83-de-screening-pentru-anomalii-de-sarcin%C4%83-%C3%AEn-trimestrul-1.docx.pdf

31. Verburg, B O et al., New charts for ultrasound dating of pregnancy and assessment of fetal growth: longitudinal data from a population-based cohort study., *Ultrasound in obstetrics & gynecology* vol. 31,4 (2008): 388-96. doi:10.1002/uog.5225

32. Pelinescu Onciul et al, Ghidul privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 2, din 09.08.2019, *Monitorul Oficial*, Partea I nr. 738bis din 10 septembrie 2019. https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/06/23.-Ghid-de-examinare-ecografic%C4%83-de-screening-pentru-anomalii-de-sarcin%C4%83-%C3%AEn-trimestrul-2.docx.pdf

33. SOGR; SUOGR, CMR, 2020. Ghid de examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 3

34. De-Regil, Luz Maria et al., Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects, *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2015,12 CD007950. 14 Dec. 2015, doi:10.1002/14651858.CD007950.pub3

35. Anemia in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 233, *Obstetrics and gynecology* vol. 138,2 (2021): 317-319. doi:10.1097/AOG.0000000000004478

36. Bramham K, Briley AL, Seed PT et al (2011), Pregnancy outcome in women with chronic kidney disease: a prospective cohort study. *Reprod Sci online* 1 Feb 2011 rsx.sagepub.com/content/early/2011/01/27/1933719110395403.

37. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 222. *Obstet Gynecol. 2020* Jun; 135(6):e237-60 PMID: 32443079, DOI: 10.1097/AOG.0000000000003891, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32443079/

38. Waugh JJ, Clark TJ, Divakaran TG et al (2004) Accuracy of urinalysis dipstick techniques in predicting significant proteinuria in pregnancy. *Obstet Gynecol* 103(4): 769-77.

39. Rodriguez-Thompson, D, and E S Lieberman, Use of a random urinary protein-to-creatinine ratio for the diagnosis of significant proteinuria during pregnancy, *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 185,4 (2001): 808-11. doi:10.1067/mob.2001.117349

40. Murray N, Homer CSE, Davis GK, Curtis J, Mangos G, Brown MA. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy: a prospective study *MJA* 2002 177 [9]: 477-480

41. Sacks DA, Chen W, Wolde-Tsadik G, Buchanan TA. Fasting plasma glucose test at the first prenatal visit as a screen for gestational diabetes. *Obstet Gynecol. 2003* Jun;101(6):1197-203. DOI: 3210.1016/S0029-7844(03)00049-8

42. Shushan A, Samueloff A. Correlation between fasting glucose in the first trimester and glucose challenge test in the second. *Obstet Gynecol*. 1998 Apr;91(4):596-9. DOI: 10.1016/s0029-7844(98)00042-8 33, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9540948/

43. ADA 2022, Standards of Medical Care in Diabetes—2022, *Diabetes Care* 2022;45(Supplement_1):S1-S2,https://doi.org/10.2337/dc22-Sint

44. Diabetul zaharat gestațional - Ghid clinic, SRDNBM, 2013, http://www.societate-diabet.ro/pdf/Ghid%20Diabet%20gestational.RSDNMD.pdf

45. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression, *Obstetrics and gynecology* vol. 132,5 (2018): e208-e212. doi:10.1097/AOG.0000000000002927

46. Ministerul Sănătății, GHID privind conduita în sarcina cu incompatibilitate în sistem Rh, 9 august 2019, Publicat în *MONITORUL OFICIAL* nr. 738 bis din 10 septembrie 2019

47. Henderson, Jillian T et al., Screening for Hepatitis B Infection in Pregnant Women: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force, *JAMA* vol. 322,4 (2019): 360-362. doi:10.1001/jama.2019.1655

48. US Preventive Services Task Force et al., Screening for Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement, *JAMA* vol. 323,10 (2020): 970-975. doi:10.1001/jama.2020.1123

49. Workowski, Kimberly A et al., Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021., *MMWR. Recommendations and reports*: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports vol. 70,4 1-187. 23 Jul. 2021, doi:10.15585/mmwr.rr7004a1

50. American pregnancy association, Urinary Tract Infection During Pregnancy, https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/pregnancy-complications/urinary-tract-infections-during-pregnancy/

51. Nicolle, Lindsay E et al., Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America., *Clinical infectious diseases Journal* vol. 68,10 (2019): e83-e110. doi:10.1093/cid/ciy1121

52. McIsaac, Warren et al. "Screening for asymptomatic bacteriuria in pregnancy, *Journal of obstetrics*

and gynaecology Canada vol. 27,1 (2005): 20-4. doi:10.1016/s1701-2163(16)30167-0

53. Ohlsson, Arne, and Vibhuti S Shah. "Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization, *The Cochrane database of systematic reviews* ,1 CD007467. 31 Jan. 2013, doi:10.1002/14651858.CD007467.pub3

54. Ordinul nr. 1068/627/2021 din 29 iunie 2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii şi a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale, a medicamentelor şi a dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021 - 2022

55. Practice Bulletin No. 148: Thyroid disease in pregnancy, *Obstetrics and gynecology* vol. 125,4 (2015): 996-1005. doi:10.1097/01.AOG.0000462945.27539.93

56. Anagnostis, Panagiotis et al. "Re: „Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum" by Alexander et al. (Thyroid 2017;27:315-389)." *Thyroid*: official journal of the American Thyroid Association vol. 27,9 (2017): 1209-1210. doi:10.1089/thy.2017.0155

57. Ferreira, Joana Lima et al, Controversial Screening for Thyroid Dysfunction in Preconception and Pregnancy: An Evidence-Based Review, *Journal of family & reproductive health* vol. 14,4 (2020): 209-220. doi:10.18502/jfrh.v14i4.5204

58. Burris, Heather H et al., Vitamin D deficiency in pregnancy and gestational diabetes mellitus, *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 207,3 (2012): 182.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2012.05.022

59. ACOG Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities: *ACOG Practice Bulletin*, Number 226, *Obstetrics and gynecology* vol. 136,4 (2020): e48-e69. doi:10.1097/AOG.0000000000004084

60. Marshall, Nicole E et al., The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences, *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 226,5 (2022): 607-632. doi:10.1016/j.ajog.2021.12.035 42

61. Stoody EE, Spahn JM, Casavale KO. The Pregnancy and Birth to 24 Months Project: a series of systematic reviews on diet and health. *Am J Clin Nutr*. 2019 Mar 1;109 (Suppl_7): 685S-697S. doi: 10.1093/ajcn/nqy372. Erratum in: Am J Clin Nutr. 2019 Oct 1;110(4):1041. PMID: 30982878. 43

62. Kominiarek MA, Peaceman AM. Gestational weight gain. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 217:642-51

63. Cantor AG, Jungbauer RM, McDonagh M, et al, Counseling and behavioral interventions for healthy weight and weight gain in pregnancy: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021;325:2094-109.

64. Raghavan R, Dreibelbis C, Kingshipp BL, et al. Dietary patterns before and during pregnancy and maternal outcomes: a systematic review. *Am J Clin Nutr* 2019;109:705-728S.60

65. Bardosono S, Morin C, Guelinckx I, Pohan R: Pregnant and Breastfeeding Women: Drinking for Two? *Ann Nutr Metab* 2017;70(suppl 1):13-17. doi: 10.1159/000462998 63

66. Institute of Medicine (US) Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. Nutrition during pregnancy: part I weight gain: part II nutrient supplements. Washington, DC: *National Academies Press* (US); 1990.65

67. Widen E, Siega-Riz AM. Prenatal nutrition: a practical guide for assessment and counseling. *J Midwifery Womens Health* 2010;55: 540-9. 67

68. Tam, Carolyn et al, Food-borne illnesses during pregnancy: prevention and treatment, *Canadian family physician* vol. 56,4 (2010): 341-3. 68

69. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and

the Postpartum Period, *Obstetrics and gynecology* vol. 126,6 [2015]: e135-e142. doi:10.1097/AOG.0000000000001214

70. Panaitescu et al, INSP- Ghid de prevenție - Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Ghid de activitate fizică - în curs de editare 2023

71. Rogers, John M, Tobacco and pregnancy, *Reproductive toxicology* (Elmsford, N.Y.) vol.28,2 (2009): 152-60. doi:10.1016/j.reprotox.2009.03.012

72. Zhou, Sherry et al, Physical, behavioral, and cognitive effects of prenatal tobacco and postnatal secondhand smoke exposure, *Current problems in pediatric and adolescent health care* vol. 44,8 (2014): 219-41. doi:10.1016/j.cppeds.2014.03.0074.

73. Marufu, T.C., Ahankari, A., Coleman, T. et al. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 15, 239 (2015). https://doi.org/10.1186/s12889-015-1552-5

74. Zhang, Kui, and Xianmin Wang, Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis, *Legal medicine* (Tokyo, Japan) vol. 15,3 (2013): 115-21. doi:10.1016/j.legalmed.2012.10.007

75. Lange S, Probst C, Rehm J, & Popova S (2018). National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 6(7), e769-e776. 10.1016/S2214-109X(18)30223-7

76. Mårdby, Ann-Charlotte et al, Consumption of alcohol during pregnancy-A multinational European study, *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* vol. 30,4 [2017]: e207-e213. doi:10.1016/j.wombi.2017.01.003

77. Kesmodel, Ulrik et al, Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life, *American journal of epidemiology* vol. 155,4 [2002]: 305-12. doi:10.1093/aje/155.4.305

78. Behnke, Marylou, et al, Prenatal substance abuse: short-and long-term effects on the exposed fetus, *Pediatrics* 131.3 [2013]: e1009-e1024.

79. Hoyme, H Eugene et al, Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders, *Pediatrics* vol. 138,2 [2016]: e20154256. doi:10.1542/peds.2015-4256

80. O'Leary, C M, Fetal alcohol syndrome: diagnosis, epidemiology, and developmental outcomes, *Journal of paediatrics and child health* vol. 40,1-2 [2004]: 2-7. doi:10.1111/j.1440-1754.2004.00280.[11]

81. Flak, Audrey L et al, The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis, *Alcoholism, clinical and experimental research* vol. 38,1 [2014]: 214-26. doi:10.1111/acer.12214

82. FDA, FDA/CDER, SBIA Chronicles. Drugs in Pregnancy and Lactation: Improved Benefit-Risk Information. Accessed August 1, 2019 at https://www.fda.gov/files/drugs/published/%22Drugs-in-Pregnancy-and-Lactation--Improved-Benefit-Risk-Information%22-January-22--2015-Issue.pdf

83. Jones, Claire et al, Sex in pregnancy, *CMAJ: Canadian Medical Association journal* vol. 183,7 [2011]: 815-8. doi:10.1503/cmaj.091580

84. dos Santos Silva, Isabel et al, Reproductive history and adverse pregnancy outcomes in commercial flight crew and air traffic control officers in the United kingdom, *Journal of occupational and environmental medicine* vol. 51,11 [2009]: 1298-305. doi:10.1097/JOM.0b013e3181b9ae2f

85. Magann, Everett F et al, Air travel and pregnancy outcomes: a review of pregnancy regulations and outcomes for passengers, flight attendants, and aviators, *Obstetrical & gynecological*

survey vol. 65,6 (2010): 396-402. doi:10.1097/OGX.0b013e3181e572ae

86. Lagerberg, Ruth E, Malaria in pregnancy: a literature review." *Journal of midwifery & women's health* vol. 53,3 (2008): 209-215. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.02.012

87. ACOG Committee Opinion No. 443: Air travel during pregnancy, *Obstetrics and gynecology* vol. 114,4 [2009]: 954. doi:10.1097/AOG.0b013e3181bd1325

88. De-Regil, Luz Maria et al, Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects, *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2015,12 CD007950. 14 Dec. 2015, doi:10.1002/14651858.CD007950.pub3

89. Viswanathan, Meera, et al. Folic Acid Supplementation: *An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for Healthcare Research and Quality (US), January 2017.

90. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG practice bulletin*. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 44, July 2003. (Replaces Committee Opinion Number 252, March 2001). Obstet Gynecol. 2003 Jul;102(1):203-13.

91. Peña-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 22;(7):CD004736

92. Sun, Xiaotong et al, The association between calcium supplement and preeclampsia and gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized trials, *Hypertension in pregnancy* vol. 38,2 (2019): 129-139. doi:10.1080/10641955.2019.1593445

93. Keats, Emily C et al, Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy, *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 3,3 CD004905. 14 Mar. 2019, doi:10.1002/14651858.CD004905.pub6

94. Rumbold, Alice et al, Vitamin C supplementation in pregnancy, *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2015,9 CD004072. 29 Sep. 2015, doi:10.1002/14651858.CD004072.pub3

95. Salam, Rehana A et al, Pyridoxine (vitamin B6) supplementation during pregnancy or labour for maternal and neonatal outcomes, *The Cochrane database of systematic reviews* ,6 CD000179. 3 Jun. 2015, doi:10.1002/14651858.CD000179.pub3

96. Rumbold, Alice et al, Vitamin E supplementation in pregnancy, *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 2015,9 CD004069. 7 Sep. 2015, doi:10.1002/14651858.CD004069.pub3

97. Bialy, Liza et al, Vitamin D supplementation to improve pregnancy and perinatal outcomes: an overview of 42 systematic reviews, *BMJ* open vol. 10,1 e032626. 20 Jan. 2020, doi:10.1136/bmjopen-2019-032626

98. Autier, Philippe et al, Effect of vitamin D supplementation on non-skeletal disorders: a systematic review of meta-analyses and randomised trials, *The Lancet. Diabetes & endocrinology* vol. 5,12 (2017): 986-1004. doi:10.1016/S2213-8587(17)30357-1

99. Practice Bulletin No. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization, *Obstetrics and gynecology* vol. 130,2 (2017): e57-e70. doi:10.1097/AOG.0000000000002232

100. Qureshi, H et al, BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn, *Transfusion medicine* (Oxford, England) vol. 24,1 (2014): 8-20. doi:10.1111/tme.12091

101. National Blood Authority, 2021. Guideline for the Prophylactic use of Rh D immunoglobu lin in pregnancy care, https://www.blood.gov.au/anti-d-0

102. Tiblad E, Wikman A, Rane A, Jansson Y, Westgren M. Pharmacokinetics of 250 mug anti-D IgG in the third trimester of pregnancy: an observational study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:587-92. (Level III) ^

103. Crowther, Caroline A et al, Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus

alloimmunisation, *The Cochrane database of systematic reviews* ,2 CD000020. 28 Feb. 2013, doi:10.1002/14651858.CD000020.pub2

104. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy." Obstetrics and gynecology vol. 131,1 (2018): e15-e30. doi:10.1097/AOG.0000000000002456

105. Tsakiridis, Ioannis et al, The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy: Synthesis of National Guidelines, Obstetrical & gynecological survey vol. 74,3 (2019): 161-169. doi:10.1097/OGX.0000000000000654.

106. Matthews, Anne et al, Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy, The Cochrane database of systematic reviews vol. 2015,9 CD007575. 8 Sep. 2015, doi:10.1002/14651858.CD007575.pub4

107. Vutyavanich, T et al, Pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, American journal of obstetrics and gynecology vol. 173,3 Pt 1 (1995): 881-4. doi:10.1016/0002-9378(95)90359-3

108. Servey, Jessica, and Jennifer Chang, Over-the-Counter Medications in Pregnancy, American family physician vol. 90,8 (2014): 548-55.

109. Trottier, Magan et al, Treating constipation during pregnancy, Canadian family physician vol. 58,8 (2012): 836-8.

110. Lohsiriwat, Varut, Treatment of hemorrhoids: A coloproctologist's view, World journal of gastroenterology vol. 21,31 (2015): 9245-52. doi:10.3748/wjg.v21.i31.9245

111. Han, In-Ho, Pregnancy and spinal problems, Current opinion in obstetrics & gynecology vol. 22,6 (2010): 477-81. doi:10.1097/GCO.0b013e3283404ea1

112. Newman, Diane K et al, Preventing urinary incontinence in women, Current opinion in obstetrics & gynecology vol. 25,5 (2013): 388-94. doi:10.1097/GCO.0b013e328364a35d

113. Smyth, Rebecca M D et al, Interventions for varicose veins and leg oedema in pregnancy, The Cochrane database of systematic reviews vol. 2015,10 CD001066. 19 Oct. 2015, doi:10.1002/14651858.CD001066.pub3

114. Allen, Richard E, and Karl A Kirby, Nocturnal leg cramps, American family physician vol. 86,4 (2012): 350-5.

115. Luo, Li et al, Interventions for leg cramps in pregnancy, The Cochrane database of systematic reviews vol. 12,12 CD010655. 4 Dec. 2020, doi:10.1002/14651858.CD010655.pub3

116. Garrison, Scott R et al, Magnesium for skeletal muscle cramps, The Cochrane database of systematic reviews vol. 9,9 CD009402. 21 Sep. 2020, doi:10.1002/14651858.CD009402.pub3

Bibliografie suplimentară ANEXE

117. Williams, Bryan et al, 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension, *European heart journal* vol. 39,33 (2018): 3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339

118. Suciu, N, Brătilă, E et al SOGR; CMR, 2019, Hipertensiunea asociată sarcinii, https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/05/12.-Hipertensiunea-asociat%C4%83-sarcinii.pdf

119. NICE Guidelines 2019, Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133)

120. Pickering, T G, Blood pressure measurement and detection of hypertension, *Lancet* (London, England) vol. 344,8914 (1994): 31-5. doi:10.1016/s0140-6736(94)91053-7

121. CNSMF INSP Ghid de prevenție vol. 3 - Stilul de viață sănătos și alte intervenții preventive prioritare pentru boli netransmisibile, în asistența medicală primară. Capitol 1.5. Alimentația femeilor în perioada de sarcină și alăptare. Programul RO19 „Inițiative în Sănătatea Publică" Proiectul RO19.04 „Intervenții la mai multe niveluri pentru prevenția bolilor netransmisibile (BNT) asociate stilului de viață în România"

122. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, Houalla, Nahla, Al-Jawaldeh, Ayoub Eid, Bagchi, Kunal, Hachem, Fatima. et al. (2012). Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide. https://apps.who.int/iris/handle/10665/119951

123. Folate, Nutrient Reference Values, Australian Government, https://www.nrv.gov.au/nutrients/folate

124. Vitamin B9 (folic acid), http://umm.edu/health/medical/altmed/supplement/vitamin-b9-folic-acid

125. Graur M et al, Societatea de Nutriţie din România, Ghid pentru Alimentație Sănătoasă, România, 2006; http://old.ms.ro/documente/Ghid1_8318_6022.pdf

126. Center for Disease Control and Prevention, Facts about Folic acid, https://www.cdc.gov/ ncbddd/folicacid/about.html

127. Mayo Clinic, Folate, https://www.mayoclinic.org/drugs-supplements-folate/art-20364625

128. Folate, National Institutes of Health, https://ods.od.nih.gov/factsheets/Folate-HealthProfessional/

129. Folic acid vs. Folate - What's the Difference?, https://authoritynutrition.com/folic-acid-vs-folate/

130. Bioavailability of food folates is 80% of that of folic acid, link: http://ajcn.nutrition.org/content/85/2/465.full

131. Folate, Micronutrient Information Center, http://lpi.oregonstate.edu/mic/vitamins/folate

132. Dieteticians of Canada, Information about Folate, https://www.dietitians.ca/Your-Health/Nutrition-A-Z/Vitamins/Food-Sources-of-Folate.aspx

133. Medicine and Pregnancy https://www.fda.gov/consumers/free-publications-women/medicine-and-pregnancy

134. Medicine and Pregnancy, https://www.cdc.gov/pregnancy/meds/treatingfortwo/index.html

135. Over-the-Counter Medications in Pregnancy https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2003/ 0615/p2517.html

136. Medicine use during Pregnancy or Breastfeeding https://www.drugs.com/pregnancy/

137. Benea O, Gavriliu L, Popescu C, Popescu G, Ghidul Angelescu Terapia antimicrobiană 2018, *Editura București,* 2018

138. Medicine Guidelines During Pregnancy https://my.clevelandclinic.org/health/drugs/4396-medicine-guidelines-during-pregnancy

139. Vaccines During Pregnancy, FAQs https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/vaccines-during-

pregnancy.html

140. CDC Maternal vaccination. Last update December 2018 https://www.cdc.gov/vaccines/ pregnancy/ downloads/immunizations-preg-chart.pdf

141. Herdea et al, Îndreptar de vaccinare în cabinetul medicului de familie, *Ed Amalteea* 2018