

Consultația prenatală

Consultația prenatală

- sarcina, nașterea și lehozia sunt evenimente fiziologice, ele reprezintă totuși o "aventură a naturii" (P.Sârbu)
- majoritatea sarcinilor
 - evoluează fără complicații
 - susținere, asistență medicală minimă
- grup restrâns
 - risc crescut de afectare a mamei sau a fătului
 - necesită urmărire folosind tot arsenalul de diagnostic și tratament ca în orice specialitate medicală
- Identificarea celor două grupuri - obiectivul principal al consultației prenatale

Objective

- Depistarea și tratarea afecțiunilor materne pre-existente
- Prevenirea, diagnosticul și tratamentul
 - complicațiilor materne ale sarcinii
 - complicațiilor fetale
- Depistarea problemelor congenitale fetale, dacă este cerută de pacient
- Planificarea, împreună cu gravida, a modalității de naștere
 - siguranță maximă pentru mamă și făt
 - satisfacție maternă maximă
- Furnizează educație și sfaturi legate de
 - modul de viață din sarcină
 - problemele „minore” din sarcină.

Importanța consultației prenatale

- unul dintre cele mai utilizate servicii de sănătate în întreaga lume
- femeile se prezintă la consultațiile prenatale deoarece se așteaptă la acestea
- educație - dispensarizarea reprezintă cea mai bună cale pentru îngrijirea sănătății lor și a copilului.
- susținută de toate sursele educaționale
 - cărți medicale
 - reviste pentru femei

Importanța consultației prenatale (2)

- Factori de risc obstetricali / medicali + complicații depistabile prin dispensarizare prenatală
- 15% din totalul nașterilor cu nou născuți vii

Martin, 2002

Factor de risc	%
Hipertensiune gestațională	3.7
Diabet	3.1
Anemie	2.5
Polihidramnios / oligoamnios	1.4
Afecțiuni pulmonare	1.2
Herpes genital	0.8
Hipertensiune cronică	0.8
Imunizare în sistem Rh	0.7
Afecțiuni cardiovasculare	0.5
Afecțiuni renale	0.3
Incompetență cervicală	0.3

Istoric

- Anglia 1920, Janet Campbell
- Serviciu național de clinici prenatale cu un program uniform de vizite și proceduri
 - Schemă de dispensarizare regăsită astăzi în toate serviciile din lume
- 1930 – serviciul clinic de screening obstetrical
- Adăugare în timp a numeroase teste
 - Entuziasm
 - Fără justificare științifică

Istoric – probleme actuale

- Mixtură
 - Clinica tradițională – consultație manuală
 - Pachete de teste complexe, suportate sau nu financiar de autoritatea de sănătate publică
- Viteza aparentă, natura impersonală a consultației din spital
- Timpul de așteptare
- Rolul moașei

Eficiența consultației prenatale

- Obiectiv inițial (începutul anilor 1900)
 - reducerea mortalității materne
- Eficiența remarcabilă
 - reducere dramatică a mortalității materne
 - 690 / 100000 de nașteri în 1920 vs. 8-10 la 100000 de nașteri în prezent.
- Beneficii secundare
- reducerea riscului de naștere prematură (x2) (Herbst, 2003)
- Reducerea riscului de deces fetal (RR ajustat 3.3) (Vintzileos, 2002, 2003).

Organizarea îngrijirii prenatale

- un serviciu de screening în mai multe etape
- începe ideal înainte de concepție și se extinde pe întreaga durată a sarcinii

1.îngrijire preconcepțională

2.diagnostic precoce al sarcinii

3.evaluare prenatală inițială

4.vizite de urmărire prenatale

Organizarea îngrijirii prenatale (2)

- Furnizorii de servicii
 - Specialist obstetrician
 - Medic de familie / generalist
 - Moașă
 - Excelență în îngrijirea sarcinii normale
 - Abordare personalizată
- Stiluri de dispensarizare prenatală - variabil
 - Regional, național, legislație
 - Locul unde va naște gravida (spital, domiciliu)
 - Asistența la naștere (MF, moașă, obstetrician)
- Implicarea gravidei în urmărire
 - Greutate
 - Teste urinare

Stiluri de dispensarizare prenatală

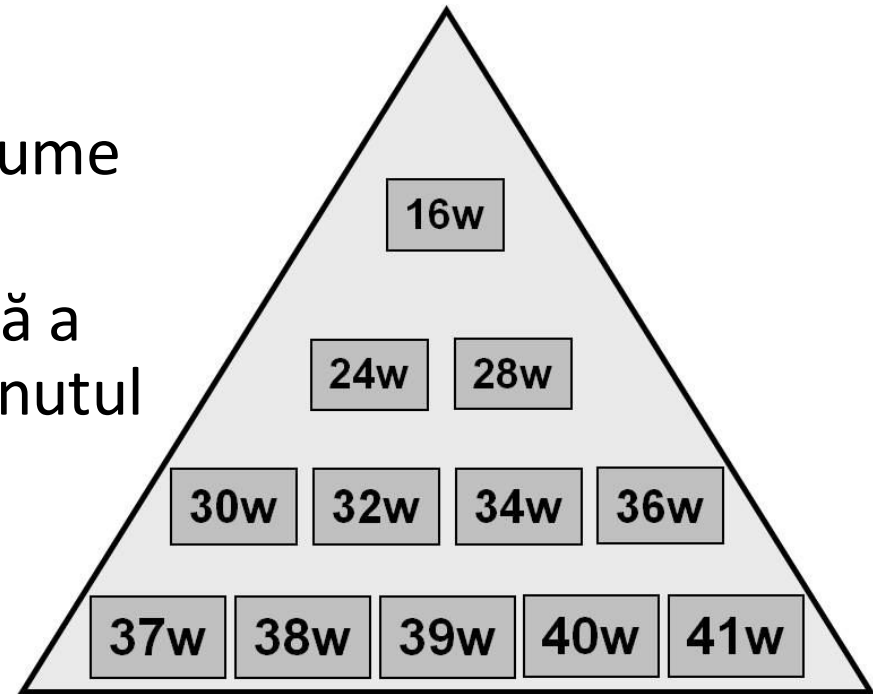
- Evaluarea riscului la luarea în evidență sau imediat după
- Risc crescut – îngrijire intensivă în spital
- Risc intermediar – combinație spital și medic generalist
- Risc redus / sarcină necomplicată
 - combinație medic generalist și moașe
 - implicarea de rutină a OBST la această categorie de gravide nu pare să îmbunătățească rezultatul perinatal vs. Implicare în momentul apariției complicațiilor

Documentare consultație prenatală

- Înregistrări structurate a informațiilor prenatale [A]
- Datele, rezultatele consultațiilor prenatale se află în posesia gravidei și le prezintă la fiecare vizită [A]
- Este necesar un model standardizat, național, cu un minimum de date agreed
 - Ajută la furnizarea fiecărei gravide a unei îngrijiri bazate pe dovezi [Good practice point]

Frecvența consultațiilor prenatale

- Clasic – 1929 Anglia
 - Model utilizat în întreaga lume în prezent
 - Nu există o motivație logică a pentru spațierea sau conținutul clinic al vizitelor
- Concentrarea vizitelor în trimestrul trei
 - Majoritatea complicațiilor apar acum
 - Majoritatea efectelor adverse sunt imprevizibile în T1 sau T2

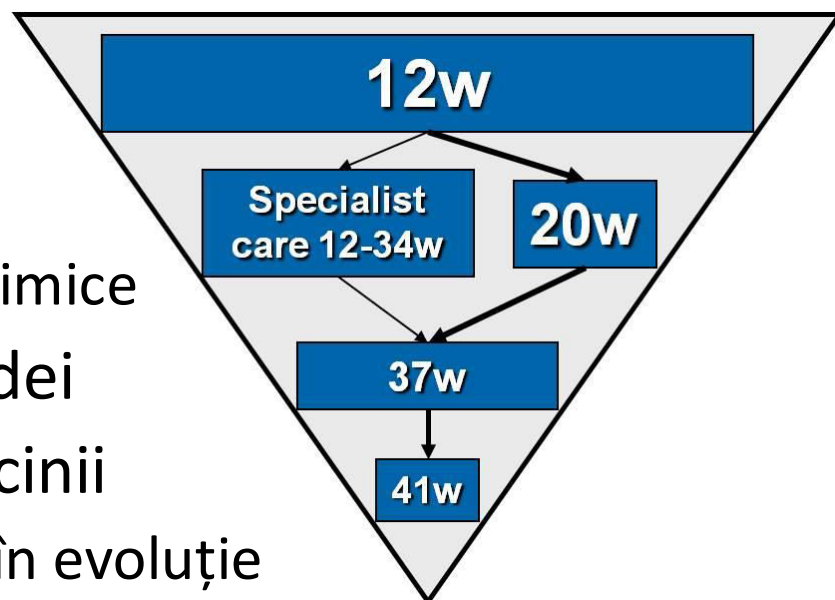


Frecvența consultațiilor prenatale (2)

- Primă consultație la spital la 11-13 săptăm.

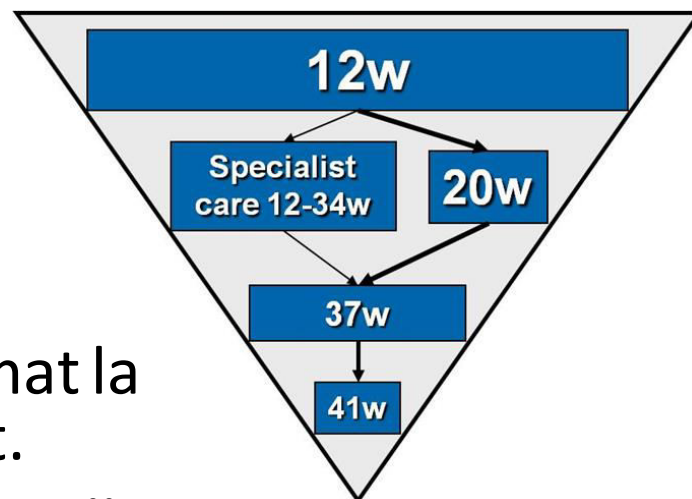
Integrarea datelor:

- Caracteristici materne
 - Istoric personal, familial
 - Teste biofizice (ecografie), biochimice
- Calculează un risc specific gravidei pentru diferite complicații ale sarcinii
 - Avort spontan, oprire spontană în evoluție
 - Preeclampsie
 - Diabet gestațional
 - Naștere prematură
 - Întârziere în creșterea intrauterină
 - Macrosomie



Frecvența consultațiilor prenatale (3)

- Fiecare vizită prenatală
 - Obiectiv predefinit
 - Determinările generează o probabilitate / risc individual
 - Modifică riscul individual estimat la evaluarea inițială la 11-13 săptăm.
 - Reajustarea planului de consultații prenatale
- Abordare științifică
 - Poate reduce mortalitatea și morbiditatea maternă și perinatală
 - în dezvoltare – Nikolaides 2010

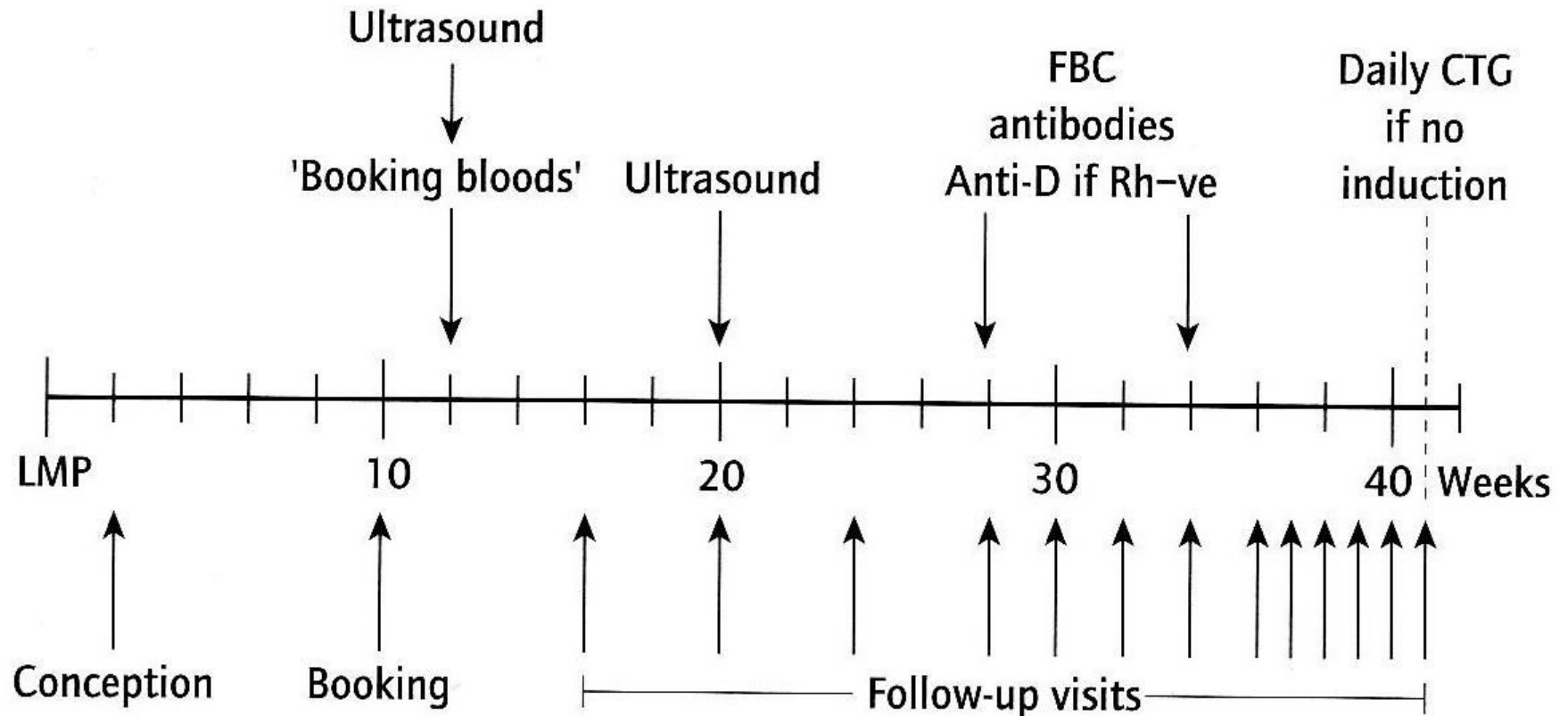


Frecvența consultațiilor prenatale (4)

- Recomandat, pentru sarcinile necomplicate (NICE, UK)
 - 10 consultații la primipare
 - 7 consultații la multipare [B]
- Vizite mai frecvente
 - starea aparentă de sănătate maternă și fetală anterioară
 - probabilitatea apariției complicațiilor / sarcinile cu risc crescut
 - apariția complicațiilor.
- O urmărire mai puțin intensivă este în general puțin acceptată de gravide și de furnizorii de servicii medicale

Frecvența consultațiilor prenatale

Investigations



Primul contact

- test de sarcină pozitiv
- informații specifice asupra
 - Suplimentării cu acid folic
 - Igiena alimentației
 - Reducerea riscului infecțiilor alimentare
 - Modul de viață
 - Oprirea fumatului
 - Consumul de alcool și droguri
 - Testelor de screening prenatal
 - Riscuri, beneficii, limite
- trimitere către sistemul de îngrijire a gravidei

Luarea în evidență

- Ideal până la 10 săptămâni – pot fi 2 vizite
- Se furnizează informații
 - posibilitatea discutării problemelor, gravida pune întrebări
 - informații verbale împreună cu documente
 - Dietă, stil de viață, servicii prenatale disponibile, beneficiile maternității
 - Adekvate pentru o decizie informată asupra testelor de screening
- Obiectiv principal
 - screening al posibilelor complicații în sarcină, travaliu și lehuzie
- Evaluare riscuri
 - Anamneza pacientă + examen clinic + investigații specifice
 - Reevaluare constantă pe măsură ce sarcina evoluează
- Se identifică gravidele ce pot necesita o îngrijire suplimentară
 - se stabilește frecvența consultațiilor prenatale

Istoric / anamneza

- Vârsta
- Evoluția sarcinii curente
- Antecedentele obstetricale
- Antecedentele patologice ginecologice
- Antecedente patologice
- Medicamente
- Antecedente familiale
- Istoric personal / social

Istoric / anamneza

- Vârsta <17 ani sau >35
 - Risc crescut pt. complicații obstetricale, medicale
 - Risc ridicat pt. trisomii la gravide >35 ani
- Evoluția sarcinii curente
 - Verificarea acurateții UM
 - Ajustare după lungimea ciclului menstrual
 - Identificare necesitate ecografie

Istoric / anamneza

- Antecedentele obstetricale
 - Unele probleme obstetricale au un risc mic de recurență
 - Naștere prematură, făt mic pentru vârsta gestațională, deces fetal, hemoragie antepartum sau postpartum, unele anomalii congenitale, izoimunizare RH, diabet gestațional
 - Naștere prematură
 - propunere măsurare eco lungime col sau pt cerclaj al colului
 - Screening infecții vaginale (vaginoză bacteriană)
 - Mod de naștere sarcini anterioare: cezariană

Istoric / anamneza

- Antecedentele patologice ginecologice
 - Istoric de infertilitate
 - Tehnici reproducere asistată: risc sarcini multiple
 - Chirurgie uterină (miomectomie): naștere prin cezariană
 - Rezultate frotiu citodiagnostic
- Antecedente patologice
 - HTA, diabet, boli autoimune, hemoglobinopatii, tromboembolisme, afecțiuni cardiace sau renale
 - Alte afecțiuni serioase
 - Risc crescut de probleme în sarcină
 - Consult de specialitate

Istoric / anamneza

- Medicamente
 - Se discută necesitatea utilizării medicamentelor în sarcină
 - Schimbarea medicamentelor cu risc teratogen
 - Ideal medicația curentă se revede preconceptional
 - În general se evită medicamentele în primul trimestru, dar teratogenitatea este rară.
- Antecedente familiale
 - Diabet gestațional frecvent la gravide cu părinți diabetici
 - HTA, tromboembolism, pre-eclampsie, boli autoimune
- Istoric personal / social
 - Fumat, alcool, droguri

Examen clinic

- Evaluează starea generală de sănătate și nutriția gravidei
- Măsurare talie, greutate, calculare BMI ($\text{greutate}[\text{kg}]/\text{înălțime}[\text{m}]^2$)
 - Complicațiile sarcinii mai frecvente la obeze, cu greutatea >100 kg
- Măsurare și notare TA (atenție la TA diastolică), puls
 - comparație cu valorile ulterioare, dacă apare hipertensiunea gestațională.
 - în cazul hipertensiunii pre-existente sarcinii, există un risc crescut de apariție a preeclampsiei.

Examen clinic

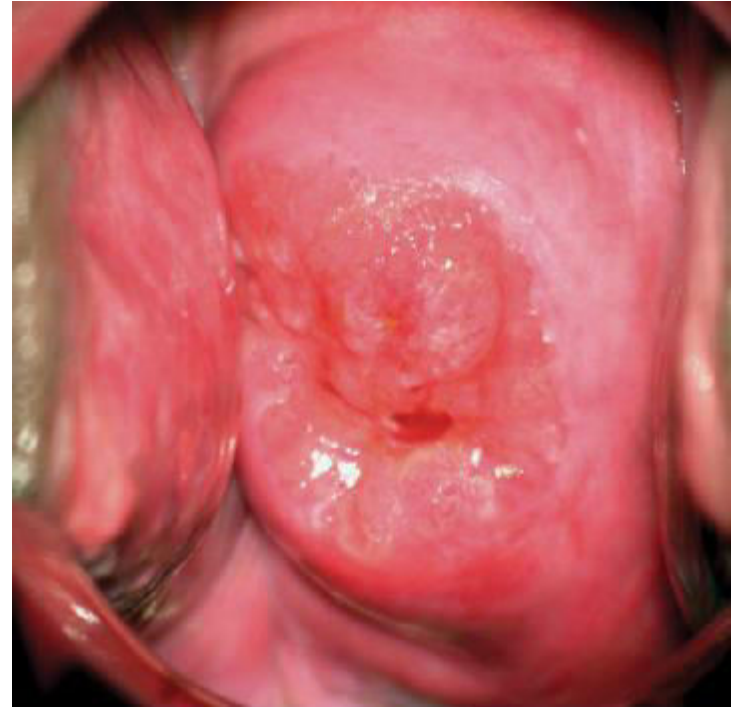
- Examen fizic general, pe aparate și sisteme
 - depistează unele afecțiuni sporadice (ex. neoplasmul mamar).
 - dacă este necesar, repetare la consultațiile ulterioare, considerându-se modificările induse de sarcină.
- Examenul abdominal al sarcinii înainte de al treilea trimestru este limitat
 - prezența uterului palpabil deasupra simfizei înainte de 12 săptămâni poate sugera sarcină multiplă.

Examen ginecologic

- Examinarea vaginală de rutină și evaluarea clinică a capacității pelvisului matern nu sunt recomandate la luarea în evidență
- Identificarea situațiilor de mutilare genitală

Examen vaginal valve

- Aspect leucoree
- Vizualizare colul
 - specul lubrefiat cu apă caldă sau gel lubrefiant
 - aspect voilaceu, hiperemic
 - glande cervicale dilatate ce proemină sub mucoasa exocervicală – chisturi naboth
 - colul nu este normal dilatat, cu excepția orificiului extern



Examen ginecologic

- Test Papanicolau - identificarea anomaliilor citologice
 - dacă nu a fost realizat în ultimii 3 ani
 - se realizează de obicei la 3 luni postpartum
- Gravide <25 ani, prevalență crescută a infecției cu Chlamidia
 - Identificarea Chlamidia trachomatis și Neisseria gonorrhoeae în secreția cervicală

Luarea în evidență

- Identificare factori de risc pentru preeclampsie și diabet gestațional
- Informații afecțiuni psihice severe sau tratament psihiatric actuale sau în trecut
- Evaluarea dispoziției gravidei pentru identificarea unei posibile depresii
- Identificarea factorilor de risc la locul de muncă al gravidei

Luarea în evidență

- Informații specifice asupra
 - Dezvoltării fătului în sarcină
 - Nutriție, dietă, suplimentare cu vitamina D
 - Exerciții fizice, inclusiv ale planșeului pelvin
 - Screening prenatal, riscuri și beneficii
 - Planificarea locului de naștere
 - Alimentația la sân, grupuri de sprijin
 - Cursuri prenatale
 - Beneficiile maternității

Analize

- Determinare grup sânge, Rh
- Hemoleucograma
 - Anemie, trombocitopenie maternă.
- Screening hemoglobinopatii
 - Origine mediteraniană, istoric familial semnificativ
- Anticorpi serici anti-D / red cell alloantibodies
 - Rh negativ, pacientele cu risc de izoimunizare intrauterină.
- Glicemie
 - în special a jeune și post-prandial
 - identificarea unui diabet gestațional pre-existent.
- Uree, creatinină, teste funcționale hepatice (TGP)

Analize

- Screening pentru
 - susceptibilitate la rubeolă
 - Infecții HVB, HIV, sifilis
- Sumarul de urină și urocultura
 - determinarea glucozei, proteinelor și nitriților în urină realizează un screening pentru diabet, afecțiuni renale sau infecții
 - screeningul bacteriuriei asimptomatice
 - în sarcină frecvent (20%) conduce la pielonefrită.

Investigații

- Se oferă screening pentru sdr Down
 - Translucența nucală (11s0z – 13s6z) + dublu test (free hCG + PAPPA)
 - Sau triplu test (AFP, hCG, estriol) la 15s0z – 20z0z
- Se oferă ecografie pentru evaluarea vârstei gestaționale
- Se oferă screening ecografic al anomaliilor structurale fetale (18s0z – 20s6z)
- Programarea investigațiilor și testelor dorite

Evaluarea vârstei gestaționale

- Ecografie precoce între 10s0z - 13s6z
 - Evaluarea vârstei gestaționale
 - Diagnosticul sarcinilor multiple
- Asigură coerența evaluării vârstei gestaționale
- Reduc incidența inducțiilor pentru sarcina prelungită
- Se utilizează CRL
 - CRL >84 mm – se folosește DBP

Următoarele vizite prenatale

- Plan de urmărire
 - Clasic – 14 consultații
 - la intervale de 4 săptămâni până la 28 de săptămâni
 - la 2 săptămâni până la 36 de săptămâni
 - săptămânal până la naștere
 - Recomandări actuale (NICE, 2008)
 - Primipare – 10 consultații
 - Multipare – 7 consultații
 - Minimalist – 5 consultații
- Gravidele cu factori de risc / complicații
 - Urmărire suplimentară, consultații mai frecvente – la 1-2 săptămâni
- Sarcini multiple (gemelare)
 - Vizitele la 2 săptămâni – îmbunătățesc rezultatul final

Calendar consultații – sarcina normală

NICE 2008

- 10 săpt. – luare în evidență
- 16 săpt.
- 24-**25** săpt. (primipare)
- 28 săpt.
- **31**-32 săpt. (primipare)
- 34 săpt.
- 36 săpt.
- 38 săpt.
- 40 săpt. – primipare
- 41 săpt.

Program minimalist

- 10 săpt. luare în evidență
– Gravide fără complicații anticipate (80%)
- 26 săpt.
- 32 săpt.
- 38 săpt.
- 40 săpt.

WHO, Villar, 2001

Următoarele vizite prenatale

- La fiecare vizită prenatală
 - sunt revăzute pe scurt istoricul și evoluția sarcinii
 - se evaluează starea de bine a mamei și fătului
 - riscurile în sarcină dacă este cazul

Evaluare făt

- Frecvența cardiacă fetală – ascultația reasigură mama asupra evoluției sarcinii
- Dimensiunile fetale – actuale și viteza de variație (evaluarea vârstei gestaționale)
 - IFU
 - Ecografic
- Volumul lichidului amniotic
- Prezența (în apropierea nașterii)
- Activitatea fetală. Pacienta relatează caracterul mișcărilor fetale

Evaluare maternă

- Întrebări despre starea ei de sănătate fizică și psihică
 - Pacienta ocazia să pună întrebări
- Tensiunea arterială / Greutatea maternă
- Examen abdominal
- Examenul sânilor / Examen ginecologic
- Observare semne violență domestică
- Screening psihiatric
- Analize paraclinice / teste de laborator

Evaluare maternă (2)

- TA – actuală și variația acesteia
 - Diagnostic HTA
- Greutatea
 - Actuală / BMI
 - Creșterea în greutate în sarcină
 - Măsurarea repetată a greutății materne
 - Poate produce anxietate, are utilizare redusă
 - realizată în situații în care este probabil să influențeze conduita clinică, ex. probleme de nutriție sau edeme (NICE 2008 [C])

Evaluare maternă (3)

- Prezența unor simptome: cefalee, tulburări de vedere, durere abdominală, grețuri , vărsături, sângerare, scurgeri vaginale, disurie
- Examenul abdomenului
 - realizat normal + IFU
 - prezentația variabilă - nu este importantă până la 36 de săptămâni
- Examinarea sânilor
 - De rutină / repetată în cursul consultațiilor prenatale, în scopul promovării alăptării după naștere, nu este recomandată (NICE 2008 [A]).

Examen pelvin

- **În sarcină**
- Recunoaștere anomalii anatomice
 - Mutilare genitală
- Identificare BTS
- Evaluare dimensiuni pelvis (pelvimetrie)
 - Utilizat în predicția necesității nașterii prin cezariană la femeia gravidă
- Evaluare col uterin
 - Depistarea incompetenței cervicale (asociată cu avort recurent în trimestrul doi)
 - Predicția nașterii premature

Examen pelvin (2)

- Examenul ginecologic de rutina în cursul sarcinii
 - Nu evaluează corect vârsta sarcinii
 - Nu prezice cu acuratețe nașterea prematură
 - Creștere de x3 a incidenței RSM premature la grupul cu EVD de rutină în sarcină (Lenihan JP, 1984)
 - Nu prezice cu acuratețe disproporția făt-bazin
 - Crește incidența cezarienelor (Pattinson RE, 2001)
 - Nu identifică cu precizie anomaliiile pelvine (ex. chisturi) (O'Donovan P, 1988)
- NU este recomandat (NICE 2008 [B]).

Examen pelvin (3)

- În ultima lună de sarcină
 - furnizează informații valoroase
- Confirmarea prezentației și poziția acesteia în pleviș
 - station
- Evaluarea clinică a capacității pelvisului și a configurației sale generale
 - diametre, strâmtori
- Consistența, ștergerea și dilatarea colului
 - Scorul Bishop

Violența domestică (1)

- Violența împotriva femeilor adolescente sau adulte în context familial sau a unor relații intime
- Gravidele afectate de violența domestică au un risc crescut pentru:
 - Vătămare corporală sau deces
 - Probleme psihice, emoționale, sociale
 - Afectarea directă a sarcinii
 - Naștere prematură, ICU, hemoragie antepartum, deces perinatal
 - Acces limitat / restricționat la îngrijire medicală

Violența domestică (2)

- Prevalența pe termen lung (de-a lungul vieții) a violenței domestice: 25-30%
- Prevalența anuală: 2-12%, necunoscută în RO
- Observarea activă a semnelor / simptomelor violenței domestice
- Metode de screening pentru violența domestică
 - o dată pe trimestru și postpartum
- Condiții de relatare a violenței domestice într-un mediu în care se simt în siguranță [D]

Screening psihiatric

- Depresia în perioada sarcinii și leuziei
 - Problemă recunoscută
 - Efecte asupra dezvoltării comportamentului și dezvoltării cognitive
- În toate trimerile trebuie incluse informații asupra oricărui antecedent semnificativ de afecțiune psihică
- La primul contact cu serviciile medicale, antenatal și postnatal se vor urmări
 - Afecțiuni psihice prezente sau trecute, inclusiv schizofrenia, afecțiune bipolară, psihoze sau depresie severă
 - Tratamente anterioare psihiatrice
 - Antecedente familiale sau perinatale de afecțiuni mentale

Screening psihiatric

- Screening recomandat
 - prima vizită prenatală (4-6 săpt.), la luarea în evidență
 - cel puțin o dată în fiecare trimestru
 - postnatal
 - crește probabilitatea identificării problemelor importante și reducerea evoluțiilor nefavorabile ale sarcinii.
- Toți furnizorii de servicii medicale (moașe, obstetricieni, MF)
 - În ultima lună, cât de des v-ați simțit tristă, deprimată, neajutorată
 - În ultima lună, cât de des ați avut puțin interes sau plăcere în a face diferite lucruri?
 - Dacă există un răspuns DA anterior
 - Există ceva care dvs. considerați, aveți nevoie sau doriți să vă ajute?
- În caz de identificare a unei probleme psihice – evaluare de specialitate

Teste de laborator

- Dacă rezultatele inițiale (la luarea în evidență) sunt normale, majoritatea testelor nu trebuie să fie repetate (tabel)
- La fiecare consultație prenatală
 - TA
 - Sumar urină (screening proteinurie)

	booking	15-20	24-28	29-41
Hematocrit, hemoglobină	x		x	
Grup sanguin, Rh	x			
Anticorpi anti Rh, screening (dacă este indicat)	x		28s	
Papanicolau	x			
TTGO, 75 g glucoză			x	
Fibroză chistică, screening	oferit		oferit	
Sumar urină	x	x	x	x
Urocultură	x			
Serologie rubeolă	x			
Serologie sifilis	x			Risc ↑
Gonococ	Risc ↑			Risc ↑
Chlamidia	x			Risc ↑
Serologie HIV	x			
Serologie hepatită B	x			
Streptococ grup B, cultură				35-37s

Screening afecțiuni hematologice

- Anemie
- Grupe sanguine și anticorpi anti eritrocitari
- Hemoglobinopatii

Anemie

- Ht și Hb
- Precoce în sarcină (la luarea în evidență)
 - Prag Hb – 11 g/dl
- La 28 săpt.
 - Prag Hb – 10.5 g/dl
- Valorile anormale trebuie investigate și indicată suplimentarea cu Fe

Grup sânge și anticorpi anti-Rh

- Grup sânge și Rh precoce în sarcină
 - la luarea în evidență
- Profilaxia de rutină, antenatală, anti-D la toate gravidele nesensibilizate, Rh negative (NICE 2002)
- Screening pentru allo-anticorpi atipici pentru hematii în sarcina precoce și la 28 săptăm, indiferent de statusul Rh
- Gravidă Rh negativă – testare partener pentru evaluare utilitate profilaxie

Hemoglobinopatii

- Siclemie, talasemii
- Screening de purtător
 - În sarcina precoce, ideal la 10 săpt.
 - Preferabil cu cromatografie de înaltă rezoluție în mediu lichid
- Prevalență locală
 - Ridicată (>1.5 cazuri/10000 sarcini) – screening la toate gravidele
 - Redusă (<1.5 cazuri/10000 sarcini) – screening pe baza chestionarelor de origine familială
 - Risc crescut
 - Hemoglobină corpusculară medie <28 pg
- Gravidă purtător pentru o hemoglobinopatie semnificativă clinic – consiliere pentru screening partener sau făt

Screening anomalii fetale

- Anomalii structurale
 - Oferit de rutină, la toate gravidele
 - informații furnizate la prima vizită prenatală
 - 18s0z – **20s6z**
- Sindrom Down și aneuploidii
 - Oferit la toate gravidele
 - 11s0z – 13s6z
 - Ecografie transluență nucală
 - Dublu test (beta-HCG + PAPP-A)
 - 15s0z – 20s0z
 - Triplu test (AFP, HCG, estradiol)
 - Nu se recomandă utilizarea markerilor minori ecografici de la ecografia 18-20s pentru screening

Screening infecții

- Bacteriurie asimptomatică
- Vaginoză bacteriană asimptomatică
- Chlamidia trachomatis
- Gonococ
- Cytomegalovirus
- Hepatită virală B
- Hepatită virală C
- HIV
- Streptococ grup B
- Sifilis
- Toxoplasmoză

Bacteriurie asimptomatică

- Se recomandă oferirea screening de rutină
- Urocultură
- Precoce în sarcină
- Identificarea și tratamentul bacteriuriei asimptomatice reduce riscul de pielonefrită

Vaginoză bacteriană asimptomatică

- Nu se recomandă screeningul gravidelor
- Identificarea și tratamentul vaginozei bacteriene asimptomatice nu reduce riscul nașterilor premature sau alte rezultate negative ale sarcinii

Chlamidia trachomatis

- La luarea în evidență
- Gravide <25 ani – prevalență crescută chlamidia în acest grup de vârstă
 - Screening în primul trimestru și la începutul trimestrului 3
- Screeningul nu se oferă de rutină în sarcină

Infecție gonococică

- Factorii de risc pentru N. Gonorrea sunt similari cu cei pentru Chlamidia
- Gravide cu risc crescut sau simptomatologie
 - Testare în primul trimestru și la începutul trimestrului 3
- Tratament comun pentru gonoree și chlamidia

Citomegalovirus

- Dovezile curente nu susțin screeningul de rutină al infecției cu citomegalovirus la gravide

Hepatite virale

- HVB
 - Screening serologic trebuie oferit la toate gravidele
 - Tratament eficient poate fi oferit pacientelor infectate și nou-născuților pentru a reduce riscul transmiterii materno-fetale [A]
- HVC
 - Nu se recomandă screening
 - Nu există dovezi asupra eficienței din punct de vedere al conduitei și costurilor

HIV

- Tuturor gravidelor se oferă screeningul infecției HIV
 - Există tratament / conduită adecvată prenatală, intrapartum, postnatală pentru reducerea transmiterii materno-fetale
- Se dezvoltă un sistem clar de trimitere în fiecare secție pentru ca femeile infectate HIV să fie urmărite și tratate de echipe de specialiști

Rubeola

- Screeningul susceptibilității la rubeolă se oferă la toate gravidele
- Precoce în sarcină
- Identifică gravidele cu risc de infecție rubeolică
- Permite vaccinarea postpartum pentru protecția sarcinilor viitoare

Streptococ grup B

- Culturi vaginale și rectale la toate gravidele, între 35-37 săptămâni
- Profilaxie antibiotică intrapartum – culturi pozitive
- Bacteriurie cu SGB sau copil cu infecție invazivă în antecedente
 - Profilaxie empirică intrapartum
- Unele ghiduri naționale (NICE, 2008)
 - Nu recomandă screening SGB – eficiență incertă din punct de vedere al conduitei clinice și a costurilor

Sifilis

- Screening oferit tuturor gravidelor
- Precoce în sarcină
 - Tratatamentul sifilisului este benefic mamei și fătului
- La începutul trimestrului trei
 - Dacă prevalența crescută în populație
 - Grup risc crescut
- Prevalență redusă - un rezultat pozitiv nu înseamnă în mod necesar o infecție cu sifilis
 - Sistem clar de trimitere și conduită

Toxoplasma

- Screening de rutină pentru infecția cu toxoplasma nu este recomandat
 - Riscurile screeningului depășesc beneficiile [B]
- Informarea gravidelor asupra măsurilor de prevenție primară
 - Spălatul mâinilor înainte de manipularea alimentelor
 - Spălarea abundentă, înainte de consum, a fructelor și legumelor, inclusiv salate gata preparate
 - Carnea crudă sau congelată trebuie bine gătită
 - Purtatul mănușilor și spălarea atentă a mâinilor după activități cu pământ sau grădinărit
 - Evită dejecțiile pisicilor din culcuș sau sol

Screening afecțiuni clinice specifice

- Diabet gestațional
- Preeclampsie
- Naștere prematură
- Preeclampsie

Diabet gestațional (DG)

- În populația generală se recomandă screeningul DG prin factori de risc
 - BMI >30
 - Copil macrosom cu greutate $\geq 4500\text{g}$
 - Antecedente de diabet gestațional
 - Antecedente familiale de diabet (rude de gradul I)
 - Origine familială din zone cu prevalență ridicată a diabetului
 - Asia de Sud – India, Pakistan, Bangladesh
 - Caraibe – persoană de culoare
 - Orientul Mijlociu (Arabia Saudită, Emirate, Irak, Iordania, Siria, Oman, Kuvei, Liban, Egipt)

Diabet gestațional (2)

- 1 factor de risc prezent – screening
- La 24-28 săptăm.
- 75g glucoză
 - Glicemia a jeune
 - 1h
 - 2h

Preeclampsie

- Factori de risc la luarea în evidență
 - Vârsta ≥ 40 ani
 - Prima sarcină
 - Sarcină la un interval >10 ani
 - Istoric familial de preeclampsie
 - Antecedente personale de preeclampsie
 - BMI ≥ 30
 - Afectare vasculară preexistentă, ex. hipertensiune
 - Afecțiuni renală preexistentă
 - Sarcină multiplă

Preeclampsie (2)

- La fiecare vizită prenatală
 - Determinarea TA – ATENȚIE la tehnica de măsurare
 - Sumar de urină (proteine, glucoză, leucocite, nitriți)
 - urocultura dacă este necesar
- Determinări mai frecvente ale TA în condițiile unui / unor factori de risc prezenți
- Creșterea urmării
 - TA diastolică >110 mmHg
 - două măsurători consecutive >90 mmHg la cel puțin 4 ore interval
 - și / sau proteinurie semnificativă (+1)

Preeclampsie (3)

- Tratament
 - TA sistolică >160 mmHg la 2 măsurători consecutive la 4 ore interval
- Simptome de alarmă ce impun consult imediat
 - Cefalee severă
 - Probleme de vedere (în ceață, străluciri)
 - Durere severă subcostală
 - Vărsături
 - Edeme bruște ale feței, mâinilor și picioarelor

Naștere prematură

- Metode screening în studiu
 - Istoric
 - Examen vaginal digital
 - Valori fibronectina cervico-vaginală
 - Valori IL6, IL8 cervico-vaginală
 - Valori serice AFP materne
 - Valori serice HCG
 - Proteina C reactivă serică
 - Bacteriuria asimptomatică
 - Diagnostic / tratament vaginoză bacteriană
 - Eco TV – lungime col până la 22 săptăm sau funelling
 - Igienă dentară / orală
- Dovezile actuale nu justifică screeningul de rutină a pacientelor cu risc scăzut pentru nașterea prematură

Naștere prematură (2)

- Nu se justifică screeningul prin examen clinic, bacteriurie asimptomatică, identificarea vaginozei și evaluarea ecografică a modificărilor cervicale. Dovezile arată o specificitate posibilă, moderată, dar o sensibilitate foarte proastă
- Sunt necesare studii asupra acurateții diagnostice și eficiența costurilor pentru
 - HCG seric
 - fibronectina cervico-vaginală
 - proteina C reactivă
 - evaluarea TV a lungimii colului și tunelizării acestuia
- Nu se oferă de rutină screeningul nașterii premature

Placenta previa

- Gravidele a căror placentă depășește OI
 - Evaluare ecografică la 32 de săptămâni (după alții la 35 săpt)
 - Transabdominal sau dacă este neconcludentă, transvaginal
- Majoritatea placentelor jos inserate depistate al morfologia fetală se rezolvă spontan până la naștere

Sarcini cu risc crescut

- Identificate la luarea în evidență
 - Antecedente medicale
 - Antecedente obstetricale
 - Analize de laborator
- Factori de risc identificați la următoarele controale prenatale
 - Medicali
 - Obstetricali
 - Analize de laborator
- Necesită
 - Urmărire suplimentară
 - Implicare specialist de medicină materno-fetală, genetician, pediatru

Sarcini cu risc crescut - antecedente

- Afecțiuni cardiace, inclusiv hipertensiune
- Afecțiuni renale
- Embolism pulmonar sau tromboză venoasă profundă
- Afecțiuni pulmonare (obstructive, restrictive)
- Astm sever
- Afecțiuni endocrine sau diabet tip 1
- Afecțiuni hematologice (hemoglobinopatii)
- Boil autoimune
- Afecțiuni ce necesită tratament anticoagulant prelungit
- Epilepsie cu tratament anticonvulsivant
- Neoplazii

Sarcini cu risc crescut – antecedente (2)

- Afecțiuni psihiatrice (cu tratament medical)
- Boli genetice (Tay-Sachs, fenilketonurie)
- Afecțiuni sistemice severe
- Consumatoare de droguri: heroină, cocaină, ecstasy
- Obezitate ($\text{BMI} \geq 30$) sau subnutriție ($\text{BMI} \leq 18$)
- Risc crescut de complicații (ex. vârstă ≥ 40 ani, fumătoare)
- Grupuri vulnerabile (adolescente) sau cu suport social redus
- HIV, HVB
- Condiloame vulvare inițiale (ce acoperă vulva sau deschiderea vaginală, extensive)

Sarcini cu risc crescut – antecedente obstetricale

- Avorturi recurente / boală abortivă
- Naștere prematură sau ruperea prematură a membranelor / Col incompetent
- Preeclampsie severă, sdr HELLP sau eclampsie
- Izoimunizare Rh sau alte grupe semnificative de sânge (excluse ABO, Lewis)
- Chirurgie uterină: cezariană (incizie verticală sau clasică), miomectomie, conizație
- Hemoragie antepartum sau postpartum (≥ 2 episoade)

Sarcini cu risc crescut – antecedente obstetricale (2)

- Psihoză puerperală
- Mare multiparitate (≥ 4)
- Deces fetal sau neonatal
- Nou născut mic pentru vârsta gestațională (sub percentila 5)
- Nou născut mare pentru vârsta gestațională (peste percentila 95)
- Nou născut sub 2.5 kg sau peste 4.5 kg
- Anomalii congenitale anterioare (structurale sau cromozomiale)
- Fibroame / malformații uterine

Sarcini cu risc crescut – factori medicali

- Consum de alcool, droguri
- Proteinurie (>2 pe probă cateterizată, neexplicată de infecția urinară)
- Pielonefrită
- Afecțiuni sistemică severă ce afectează negativ sarcina

Sarcini cu risc crescut – factori obstetricali

- Tensiune arterială crescută (diastolică >90), cu/fără proteinurie
- Herpes, leziune activă la 36 de săptămâni
- Condiloame vulvare (extensive, ce acoperă labiile și deschiderea vaginală)
- Disgravidie emetizantă persistentă după primul trimestru
- Sarcină multiplă
- Suspiciune de ICU
- Suspiciune ecografică de anomalie fetală
- Polihidramnios sau oligoamnios ecografic
- Deces fetal
- Sângerare vaginală >14 săptămâni
- Iminență de naștere prematură
- Ruperea prematură a membranelor
- Vârstă gestațională 41 săptămâni

Sarcini cu risc crescut – analize paraclinice consult prenatal

- AFP maternă ridicată sau redusă
- PAP sau FCB anormal
- Anemie ($Ht < 28$, ce nu răspunde la tratament)
- HIV
- Izoimunizare în sistem Rh sau alte grupe sanguine (fără ABO, Lewis)
 - Evoluție

Calendar consultații – sarcina normală

NICE 2008

- 10 săpt. – luare în evidență
- 16 săpt.
- 24-**25** săpt. (primipare)
- 28 săpt.
- **31**-32 săpt. (primipare)
- 34 săpt.
- 36 săpt.
- 38 săpt.
- 40 săpt. – primipare
- 41 săpt.

Program minimalist

- 10 săpt. luare în evidență
– Gravide fără complicații anticipate (80%)
- 26 săpt.
- 32 săpt.
- 38 săpt.
- 40 săpt.

WHO, Villar, 2001

16 săptămâni

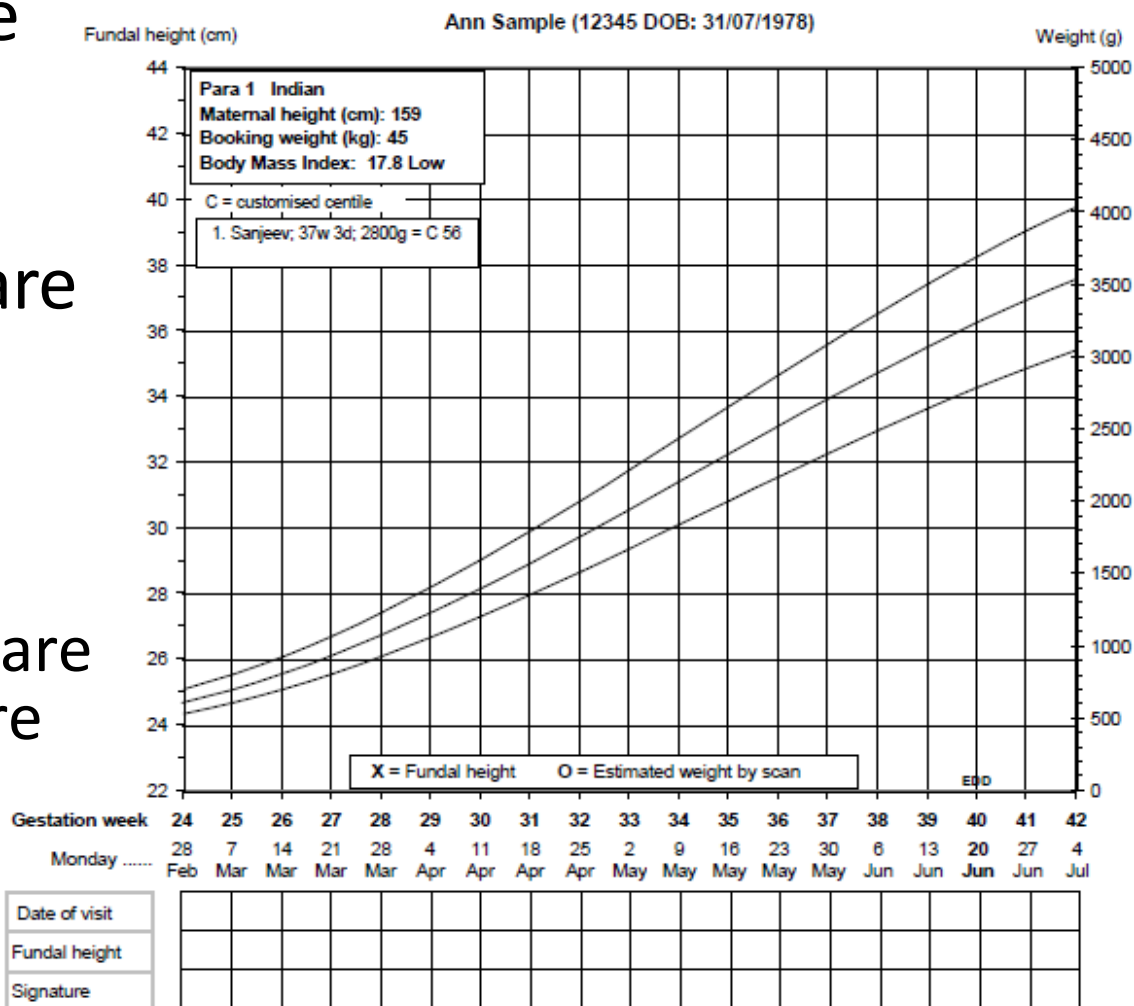
- Verificare / discuție rezultatele testelor de screening
- TA și sumar de urină pentru proteinurie
- $Hb < 10$ g/dl se consideră suplimentare cu Fe
- Informații specifice asupra screening-ului ecografic al anomaliilor structurale fetale de la 18-20 săpt.

Morfologia fetală (18-20 săpt.)

- Detectia anomaliilor structurale
 - 18s0z – 20s6z
- Placenta jos inserată, ce acoperă OI
 - ecografie la 32 săpt.

25 săptămâni

- Pentru primipare
- Determinare TA, test proteinurie
- Măsurare și notare IFU
 - identificarea fetușilor mici pentru vârsta gestațională și care necesită evaluare ecografică



28 săptămâni

- Determinare TA, test proteinurie
- Hb <10.5 g/dl – suplimentare Fe
- Screening-ul anemiei fetale și anticorpilor anti Rh (dacă este cazul)
- Măsurare IFU
- Test de toleranță la glucoză (24-28 săpt)

31 săptămâni

- Pentru primipare
- Re-evaluare, discuție și înregistrarea rezultatelor testelor de screening realizate la 28 de săptămâni
- Determinare TA, test proteinurie
- Greutate, creștere în greutate
- Măsurare IFU
- Identificare grup risc pentru ICU

34 săptămâni

- Re-evaluare, discuție și înregistrarea rezultatelor testelor de screening realizate la 28 de săptămâni
- Determinare TA, test proteinurie
- Măsurare IFU
- Informații specifice asupra
 - Pregătirii pentru naștere
 - Mod de naștere
 - Recunoașterea declanșării travaliului
 - Metode de analgezie la naștere

36 săptămâni

- Determinare TA, test proteinurie
- Măsurare IFU
- Evaluarea poziției fătului
 - Pelvină, se oferă versiunea externă
- Greutate, creștere în greutate
- Informații specifice asupra
 - Tehnici de alăptare la sân
 - Îngrijirea nou-născutului, profilaxia cu vitamină K și teste de screening la nou-născut
 - Auto-îngrijirea post natală, avizare asupra "baby blue" și a depresiei post-natale

38 săptămâni

- Determinare TA, test proteinurie
- Măsurare IFU
- Discuții asupra conduitei în sarcina prelungită

40 săptămâni

- Pentru primipare
- Determinare TA, test proteinurie
- Măsurare IFU
- Discuții asupra conduitei în sarcina prelungită

41 săptămâni

- Gravide care nu au născut până în acest moment
- Se oferă
 - decolarea membranelor
 - Inducția nașterii
- Determinare TA, test proteinurie
- Măsurare IFU
- De la 42 de săptămâni, pacientele care refuză inducerea travaliului
 - Monitorizare fetală, cel puțin de 2 x săpt
 - Cardiotocografie
 - Măsurare ecografică a volumului LA

Vă mulțumesc!