



MINISTERUL SĂNĂȚII

Comisia de obstetrică-ginecologie
Comisia de medicină de familie



SOCIETATEA DE
OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE
DIN ROMANIA



SNMF



Institutul Național pentru Sănătatea
Mamei și Copilului
"Alessandrescu-Rusescu" București

Societatea Națională
de Medicină Familie

Metodologia Efectuării Consultației Prenatale

2021

Document redactat în cadrul proiectului „Dă o șansă vieții !”- Program național de îngrijire a gravidei și copilului COD 120254

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020

Axa prioritară 4: Incluziune socială și combaterea sărăciei

Cod apel: POCU/258/4/9/: Creșterea numărului de persoane care beneficiază de programe de sănătate și de servicii orientate către prevenție, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce pentru principalele patologii

METODOLOGIE DE ELABORARE

Etapele procesului de elaborare

Această metodologie de efectuare a consultației prenatale a fost elaborată de către INSMC în cadrul proiectului „Dă o șansă vieții!” - Program național de îngrijire a gravidei și copilului COD 120254 (Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Capital Uman 2014-2020 Axa prioritară 4: Incluziune socială și combaterea sărăciei
Cod apel: POCU/258/4/9/: Creșterea numărului de persoane care beneficiază de programe de sănătate și de servicii orientate către prevenție, depistare precoce (screening), diagnostic și tratament precoce pentru principalele patologii.

Metodologia de efectuare a consultației prenatale a fost postată pentru transparență, propuneri și comentarii pe site-ul Ministerului Sănătății în anul 2020.

Această versiune a metodologiei efectuării consultației prenatale a fost prezentată, dezbătută și extensiv revizuită în datele de 18.12.2020 și 26.02.2021 într-un grup de lucru comun constituit online și format din membrii reprezentativi din Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății, Comisia de Medicină de Familie a Ministerului Sănătății, Societatea Națională de Medicina Familiei și din Asociația Moașelor Independente din România și INSMC.

Grupul de lucru a agreeat prin consens metodologia, din punct de vedere al conținutului tehnic, recomandărilor și al formulării. Participanții la grupul de lucru comun online se regăsesc în Anexa 6. Cu excepția membrilor INSMC, nici unul din membrii participanți din Anexa 6 nu a avut beneficii financiare din POCU/258/4/9.

Mulțumim Dr. Simona Duta care a asigurat editarea finală a Metodologiei Efectuării Consultației Prenatale și Cărnului Gravidei

Această metodologie a fost aprobată de Ministerul Sănătății

Principii

Metodologia de efectuare a consultației prenatale, a fost concepută astfel încât să fie bazată pe dovezi științifice.

Precizări

Acest material cuprinde descrierea metodologiei efectuării consultației prenatale la sarcina cu risc scăzut și 6 anexe (1 – Analize și investigații; 2 – Factori de risc pentru sarcină; 3 – Memo consultație prenatală; 4 – Recomandări privind vaccinările în sarcină și profilaxia izoimunizării în sistem Rh, rahitismului, anemiei feriprive și a defectelor de tub neural; 5 – Igiena sarcinii; 6 – Participanți la grupul de lucru comun).

Abrevieri utilizate în text

AHC	Antecedente heredocolaterale	Kg	Kilogram
AP	Activitate de protrombină	MAF	Mișcări active fetale
APP	Antecedente personale patologice	MCP	Memo consultație prenatală
APOG	Antecedente patologice obstetricale și ginecologice	MF	Medic de familie
APTT	Timpu de tromboplastină parțial activat	m	Metru
ATI	Anestezie terapie intensivă	m ²	Metru pătrat
AUP	Apoplexie utero-placentară	Nec	Necăsătorit/ă
BCF	Bătăile cordului fetal	OG	Obstetrică-Ginecologie
Căs	Căsătorit/ă	ORL	Otorinolaringologie
Cal	Calorii	Pb	Plumb
CMV	Cytomegalovirus	Rh	Rhesus
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate	ROC	Risc obstetrical crescut
CNCAP VI	Comitetul Național de Coordonare a Activităților privind Vaccinarea	RUA	Reproducere umană asistată
CNP	Cod numeric personal	SA	Săptămâni de amenoree
DPN	Data probabilă a nașterii	Sdr	Sindrom
DPNUM	Data probabilă a nașterii în funcție de ultima menstruație	SGB	Streptococ de grup B
DPP	Decolare prematură de placentă	SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
DTPa	Vaccin Difetro-Tetanic-Pertusis-Acelular	TIS	Test imunologic de sarcină
G	Gram	TGO	Aspartataminotransferază
Hg	Mercur	TGP	Alaninaminotransferază
HCG	Gonadotropina corionică umană	Tr	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) ²	UI	Unități Internaționale
INSMC	Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului	VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
		z	Zile

CONSULTAȚIA PRENATALĂ

Reprezintă metologia adresată medicilor cu specialitatea obstetrică-ginecologie, medicină de familie și moașelor pentru monitorizarea gravidelor și vizează depistarea și limitarea sau reducerea riscului obstetrical.

PRIMA CONSULTAȚIE PRENATALĂ

Prima consultație prenatală este foarte importantă având potențialul de a optimiza îngrijirea prenatală.

Cu această ocazie, medicul (MF/OG) sau moașa poate completa conform **MCP/Memo consultație prenatală**, datele culese în:

- **"Carnetul gravidei"** (instrument de lucru util pentru monitorizarea completă a evoluției sarcinii, având și rolul de a asigura o comunicare obiectivă între diferitele eșaloane medicale).
- **El se va lista în momentul luării în evidență a gravidei. I se vor anexa ecografiile, investigațiile de laborator, consulturile interdisciplinare, scrisorile medicale și biletele de externare.**

Luarea în evidență se efectuează precoce, de către MF sau moașă. În situația în care medicul OG sau moașa stabilește diagnosticul de sarcină, pacienta va fi îndrumată către medicul de familie.

Luarea în evidență a gravidelor se recomandă a fi efectuată cât mai precoce în sarcină. Se recomandă ca medicul de familie sau moașa (cu ocazia examinărilor periodice, cu ocazia eliberării certificatului prenuptial, etc.) să consilieze femeile de vârstă fertilă, potențiale viitoare mame, despre importanța prezentării la medic/moașă cât mai repede în momentul când acestea au suspiciunea ca sunt gravide.

OBIECTIVELE ȘI CONȚINUTUL PRIMEI CONSULTAȚII PRENATALE

(până la 13 SA și 6 zile)

Stabilirea diagnosticului de sarcină se face prin anamneză și examen clinic. Se recomandă examen ecografic ginecologic și examene de laborator (TIS, eventual determinarea nivelului beta HCG) pentru evaluarea inițială.

Stabilirea vârstei sarcinii și calcularea DPN

- Se calculează după ultima menstră și/sau datele RUA și poate fi corectată după examinarea ecografică.
- Reperul de evaluare a vârstei gestaționale va fi DPN stabilită și corectată ulterior la prima consultație prenatală **a gravidei**.

Bilanțul stării generale

- Prin examenul complet clinic al tuturor aparatelor și sistemelor
- Analize de laborator și investigații paraclinice uzuale precum și cele recomandate în caz de indicație specială

Dacă anumite examene, analize sau investigații nu pot fi realizate din diverse cauze (în special examinarea cu valvele, recoltarea secreției vaginale pentru examen bacteriologic, examen Babeș-Papanicolaou sau examinarea ecografică pelvină), acest lucru va fi consemnat în Carnetul Gravidei.

Evaluarea factorilor de risc în sarcină- se va efectua conform Anexei 2.

- se completează AHC, APP, APOG în Carnetul gravidei

Evaluarea contextului socio – economic se completează în Carnetul gravidei

Dacă există situații particulare, care nu se regăsesc în Anexa 2, vor fi specificate separat.

ANAMNEZA cuprinde:

- **Date personale:**
 - nume, prenume
 - CNP
 - vârsta
- **adresa de domiciliu**
- **telefon**
- **adresa de e-mail**
- **profesie**
- **loc de muncă**
- Statut marital (Căs-căsătorită, Nec-necăsătorită/Altele)
- Nivel de instruire
- **Date despre partenerul conceptual:** vârstă, stare de sănătate, patologii și AHC (NU/DA- dacă DA, enumerare/detalieri)
- **Antecedente personale fiziologice:** menarha (ani), caracterele ciclului menstrual;
- Condiții de viață, de muncă (noxe, efort deosebit, adicții etc.)
- **Antecedente heredocolaterale gravidă:** NU/DA- dacă DA, enumerare/detalieri
- **Antecedente personale patologice:** NU/DA- dacă DA, enumerare/detalieri
- **Antecedente obstetricale și ginecologice:** număr de nașteri anterioare, durata, patologia sarcinilor anterioare, date despre travaliu, naștere, greutatea fiecărui copil la naștere (în special <2500g și >4000g), scorul Apgar, născuți morți, malformați, starea actuală de sănătate a copilului/copiilor, evoluția perioadei de lăuzie, număr de avorturi anterioare: spontane sub 14 SA sau/și 14-23 SA+6z, efectuate chirurgical sau medicamentos, avorturi cu complicații, sarcini ectopice.

EXAMENUL GENERAL AL GRAVIDEI PE APARATE ȘI SISTEME

- **Înălțimea, greutatea, pulsul, tensiunea arterială,** vor fi urmărite dinamic cu ocazia următoarelor consultații, cu notarea fiecărei modificări și calcularea IMC

EXAMENUL OBSTETRICAL

- *Examenul sânilor*
- *Palparea abdomenului*
- *Inspecția regiunii vulvo-perineale*
- *Examenul cu valve și tușeul vaginal (efectuate de medicul de specialitate OG și moașă)*

ANALIZE ȘI INVESTIGAȚII

La data elaborării actualei metodologii de efectuare a consultației prenatale, pachetele de analize decontate de CNAS conțin următoarele analize (Anexa nr.1)

IERARHIZAREA CAZULUI

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluție de către medicii de MF / OG / moașă, care vor evalua factorii de risc și vor încadra sarcina ca fiind cu risc scăzut sau cu ROC.

Atunci când medicul MF sau moașa nu pot aprecia sau cuantifica factorii de risc, ei trebuie să îndrume gravida către medicul de specialitate OG din ambulator sau spre efectuarea de consulturi interdisciplinare (în funcție de caz) în scopul îndeplinirii acestui deziderat.

Medicul/moașa va stabili și va recomanda, un interval pentru următoarea consultație prenatală.

DISPENSARIZAREA GRAVIDELOR se efectuează de către MF și moașă în colaborare cu medic OG.

RITMUL CONSULTAȚIILOR

Consultația prenatală are ritm lunar până la 28 SA, bilunar între 28-36 SA și săptămânal de la 36 SA

cu posibilitatea oferirii de telemedicină doar când gravida nu prezintă acuze. Dintre aceste consultații se recomandă ca minim o consultație pe trimestru să fie realizată de către medicul OG.

Toate informațiile obținute vor fi notate conform MCP, în "Carnetul Gravidei", documentația medicală având o importanță deosebită.

CONSULTAȚIA PRENATALĂ ÎN TRIMESTRUL AL II-LEA AL SARCINII (14 SA– 27 SA +6 zile)

OBIECTIVELE ȘI CONȚINUTUL CONSULTAȚIILOR

Pentru gravida care se prezintă în Trimestrul II pentru luarea în evidență a sarcinii, consultația prenatală se va efectua ca și în cazul consultației din Trimestrul I.

ANAMNEZA, în Trimestrul II va viza:

- i. Starea generală
- ii. Evoluția sarcinii în intervalul scurs de la ultima vizită medicală
- iii. Acomodarea femeii la sarcină
- iv. Respectarea recomandărilor de igienă stabilite
- v. Evaluarea rezultatelor analizelor și a investigațiilor paraclinice efectuate
- vi. Se notează, cu ocazia fiecărei vizite medicale, după 20 SA, prezența, absența și calitatea MAF (mișcări active, mișcări lente/diminuate sau absente)
- vii. Eventuale acuze – dureri abdominale, leucoree cu semnificație clinică, eliminări de sânge, astenie, dispnee de efort, edeme, tulburări micționale – care pot fi expresia unei patologii ce necesită investigații și tratament.

EXAMENUL GENERAL PE APARATE ȘI SISTEME- urmărește în plus față de cele precizate anterior:

- i. Evaluarea adaptării aparatelor și sistemelor la starea de sarcină, prevenirea și depistarea precoce a patologiei gestaționale
- ii. Aspectul tegumentelor extremităților, aspectul membrelor inferioare
- iii. Varice, edeme

EXAMENUL OBSTETRICAL- urmărește în plus față de cele precizate anterior:

- Se notează data apariției primelor mișcări fetale și, cu ocazia fiecărei vizite medicale, se consemnează prezența sau absența mișcărilor active fetale (MAF)

- **Examenul genital** (inspecția regiunii vulvo-perineale, examen cu valve și tact vaginal) va fi efectuat de medicul de specialitate OG sau moașă, doar în cazurile în care gravida prezintă semne ce îl impun:
 - i. leucoree cu semnificație clinică
 - ii. contracții uterine dureroase: se va preciza starea colului uterin (închis, scurtat, deschis)
 - iii. eliminare de lichid amniotic
 - iv. sângerare pe cale vaginală (Atenție la tactul vaginal - Poate fi vorba de placentă jos inserată)

ANALIZE ȘI INVESTIGAȚII

La data elaborării actualei metodologii de efectuare a consultației prenatale, pachetele de analize decontate de CNAS, conțin următoarele analize (Anexa nr.1)

IERARHIZAREA CAZULUI

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluție (vezi prima consultație prenatală).

Medicul / moașa va stabili și va consemna (sub semnătură gravidei de luare la cunoștință) intervalul pentru următoarea consultație prenatală.

CONSULTAȚIA PRENATALĂ ÎN TRIMESTRUL AL III-LEA AL SARCINII

(28 SA - termen)

OBIECTIVELE ȘI CONȚINUTUL CONSULTAȚIILOR

In plus față de obiectivele consultațiilor prenatale din Trimestrul al II-lea al sarcinii:

- i. medicul OG / moașa - Estimează modalitatea nașterii, în raport cu paritatea, prezența, configurația bazinului, existența patologiei supraadăugate
- ii. medicul OG / MF - Reevaluează data concediului prenatal (medic MF sau OG);
- iii. medicul OG / MF / moașa - Recomandă pregătirea fizică și psihică pentru naștere și alăptare;
 - i. cursuri tip Școala Părinților
 - ii. consult cu medicul ATI

ANAMNEZA (cu aceiași parametri ca în Trimestrul II)

EXAMENUL GENERAL PE APARATE ȘI SISTEME (cu aceiași parametri ca în Trimestrul II)

EXAMENUL OBSTETRICAL- urmărește în plus față de cele precizate anterior în Trimestrul II:

- Medicul OG / moașa stabilește prezența și raportul ei față de strâmtoarea superioară;
- Medicul OG / moașa apreciază mărimea fătului și cantitatea de lichid amniotic

ANALIZE ȘI INVESTIGAȚII

La data elaborării actualei metodologii de efectuare a consultației prenatale, pachetele de analize decontate de CNAS, conțin următoarele analize (Anexa nr.1)

IERARHIZAREA CAZULUI

La fiecare consultație prenatală, cazul va fi reevaluat și reierarhizat în funcție de evoluție (vezi prima consultație prenatală).

Medicul sau moașa va stabili și va consemna intervalul pentru următoarea consultație prenatală.

În unitățile de nivel I se recomandă a NU se interna pentru asistența nașterii cazurile care sunt considerate ca având ROC.

Pe parcursul sarcinii medicul trebuie să îndrume gravidele cu risc obstetrical crescut, la o maternitate de nivel II sau III, chiar dacă aceasta se află la distanță
Excepție de la cazurile enumerate mai sus fac urgențele sau cazurile în care gravida e nedeplasabilă din motive medicale sau legate de condițiile meteorologice.

Anexa 1. ANALIZE ȘI INVESTIGAȚII

LISTA ANALIZELOR MEDICALE RECOMANDATE GRAVIDELOR, pentru supravegherea unei sarcini normale

La luarea în evidență, în orice trimestru, preferabil trimestrul I:

- i. Hemoleucogramă completă
- ii. Determinare grup sanguin ABO
- iii. Determinare grup sanguin Rh
- 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
- xiv. Testare HIV
- 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*)
- xvi. Secreție vaginală
- xvii. Examen citologic cervico-vaginal Babeș Papanicolaou (până la SA23+6 zile) (**recomandat o data în sarcină, indiferent de momentul prezentării gravidei pentru luare în evidență**)

Trimestrul al II-lea

- i. Hemoleucogramă completă
- ii. Examen complet de urină (sumar + sediment)
- iii. Urocultură cu antibiogramă (dacă sumarul sugerează infecție urinară)
- iv. Test de toleranță la glucoză per os +/- Hemoglobină glicată (SA24 – SA28+6 zile)

Trimestrul al III-lea

- 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 (dacă sumarul sugerează infecție urinară)
- xii. Detectia Streptococului de grup B (SA34 – SA37+6 zile)

Screening prenatal SA11 - 19+6 zile

Dublu test sau Triplu test (care se recomandă dacă gravida nu a efectuat Dublul test).

EVALUĂRILE ECOGRAFICE RECOMANDATE GRAVIDELOR, pentru supravegherea unei sarcini normale

- i. **Examen ecografic pentru confirmare sarcină și datare (6-11 SA)**
- ii. **Examen ecografic pentru depistarea anomaliilor fetale în trim I (11+0zile - 13+6 zile SA)** (conform Ghidului nr. 22 al SOGR, din 09.08.2019/Ghid privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 1)
- iii. **Examen ecografic pentru depistarea anomaliilor fetale în trim II (19- 23 SA)** (conform Ghidului nr. 23 al SOGR, din 09.08.2019/Ghid privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 2)
- iv. **Examen ecografic pentru depistarea anomaliilor fetale în trim III (30- 35+6z SA)** (conform Ghidului nr. 36 al SOGR, din 2020/Ghid privind examinarea ecografică de screening pentru anomalii de sarcină în trimestrul 3)

Anexa 2 . FACTORI DE RISC ÎN SARCINĂ

1. Condiții 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	
1.1. Vârsta sub 16 ani sau peste 35 de ani (în special la primipare)	
1.2. Înălțimea sub 1,55 m	
1.3. IMC anormal	
3. Patologie ginecologico-obstetricală anterioară	
1.1. Multiparitate ≥ 4	
1.2. Infertilitate – istoric de RUA	
1.3. Uter cicatricial	
1.4. Malformații uterine	
1.5. Tumori utero-ovariene	
1.6. Macrosomie fetală	
1.7. Copii cu nevoi speciale (hipotrofie, malformații, sindroame genetice)	
1.8. Operații plastice în sfera genitală (tulburări de statică, fistule, malformații)	
1.9. Sarcină după tratament pentru infertilitate	
1.10. Boală abortivă	
1.11. Avorturi complicate	
1.12. Nașteri înainte de termen, în special sub 34 SA	
1.13. Sarcini patologice (hemoragii, infecție, HTA, incompatibilitate în sistem ABO și/sau Rh.)	
1.14. Nașteri cu complicații:	
1.1.1. Deces perinatal	
1.1.2. Distocii mecanice	
1.1.3. Distocii de dinamică sau de dilatație	
1.1.4. Distocii prin exces de volum fetal	
1.1.5. Hemoragii în perioadele III-IV	
1.1.6. Intervenții obstetricale	
4. Patologie obstetricală actuală	
1.1. Distocie de prezentație	

1.2.	Hipertensiune arterială indusă de sarcină	
1.3.	Restricție de creștere intrauterină	
1.4.	Hemoragie genitală în a doua jumătate a sarcinii (placenta praevia, DPP, AUP)	
1.5.	Polihidramnios, oligoamnios	
1.6.	Sarcină gemelară sau multiplă	
1.7.	Incompetența cervico-istmică	
1.8.	Sarcină la un interval mai mic de 1 an de la nașterea precedentă	
1.9.	Diabet gestațional	
5.	Alte boli asociate ale sarcinii	
1.1.	Alergii și intoleranțe	
1.2.	HTA preexistentă sarcinii	
1.3.	Patologie cardiacă	
1.4.	Patologie hematologică	
1.5.	Patologia aparatului respirator	
1.6.	Patologia aparatului digestiv	
1.7.	Patologie renală	
1.8.	Diabet zaharat	
1.9.	Patologie endocrină	
1.10.	Patologie hepatică	
1.11.	Patologie neuropsihică	
1.12.	Patologia sistemului osteo-articular	
1.13.	Patologie dermatologică	
1.14.	Patologie ORL	
1.15.	Boli cu transmitere sexuală	
1.16.	Boli infecto-contagioase	
1.17.	Intoxicații cronice (Pb, Hg, alcool, tutun, medicamente, adicții)	
1.18.	Patologie oftalmologică	
1.19.	Patologie autoimună	
1.20.	Patologie genetică	
1.21.	Patologie psihiatrică	

Anexa 3. MEMO CONSULTAȚIE PRENATALĂ (MCP)

Anamneză, evaluare factori ROC, 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 efectueaza in situatiile descrise in metodologie

Înălțimea(la Prima consultație prenatală)

Tensiunea arterială/Puls, Greutatea, IMC- greutatea(kg)/ înălțime(m)²

Confirmarea sarcinii prin ecografie +/- testare biochimică (HCG)

Înălțime fund uter, tonus uterin, MAF din SA 20

Activitatea cardiacă fetală (Doppler fetal sau/ și BCF clinic din SA 24)

Starea membranelor (evaluată din SA 24)

Prezența fetală (începând cu 28 SA)

Stabilirea Rh-ului, grupei sanguine

Dozarea anticorpilor Anti D (Rh) *În incompatibilitate Rh fără izoimunizare, se va repeta dozarea acestora în SA 28 și 36

Profilaxia izoimunizării în sistem Rh la 28-30 SA

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 +/- hemoglobină glicată (24-28 SA)

Uree serică, acid uric seric, creatinină serică, TGO, TGP

Examen complet de urină - la luarea în evidență, la 25-28 și la 35-36 SA

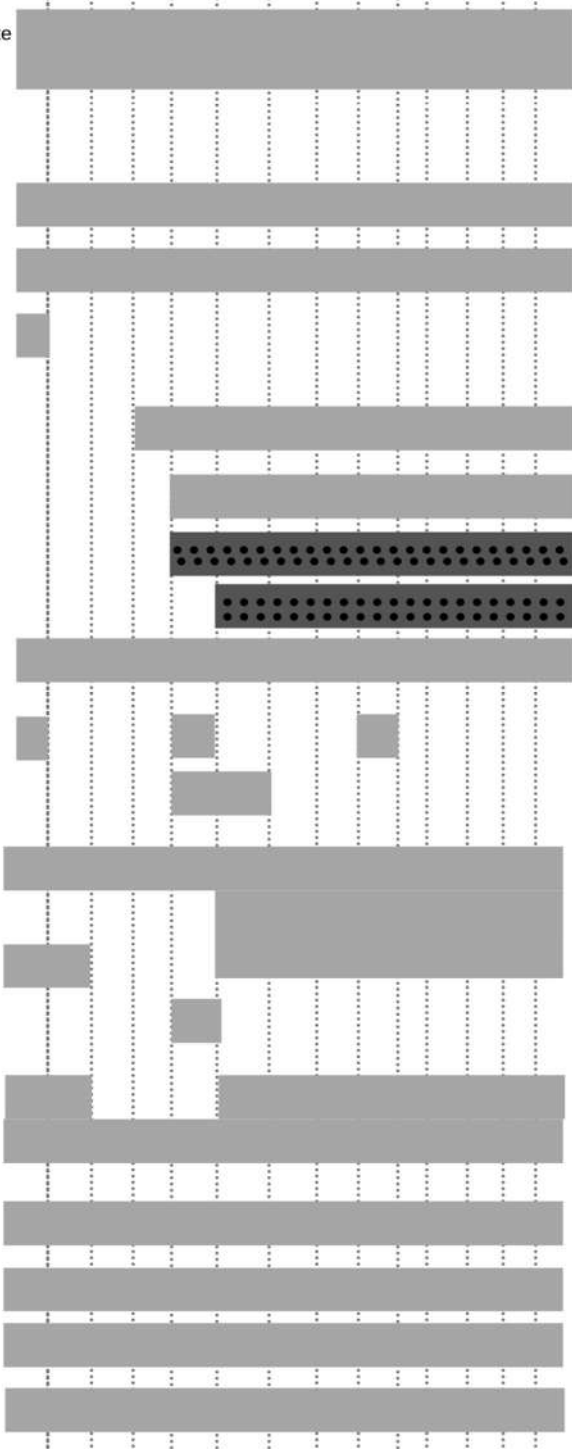
Urocultura (Trimestrul I, II, III - dacă sumarul sugerează infecție urinară)

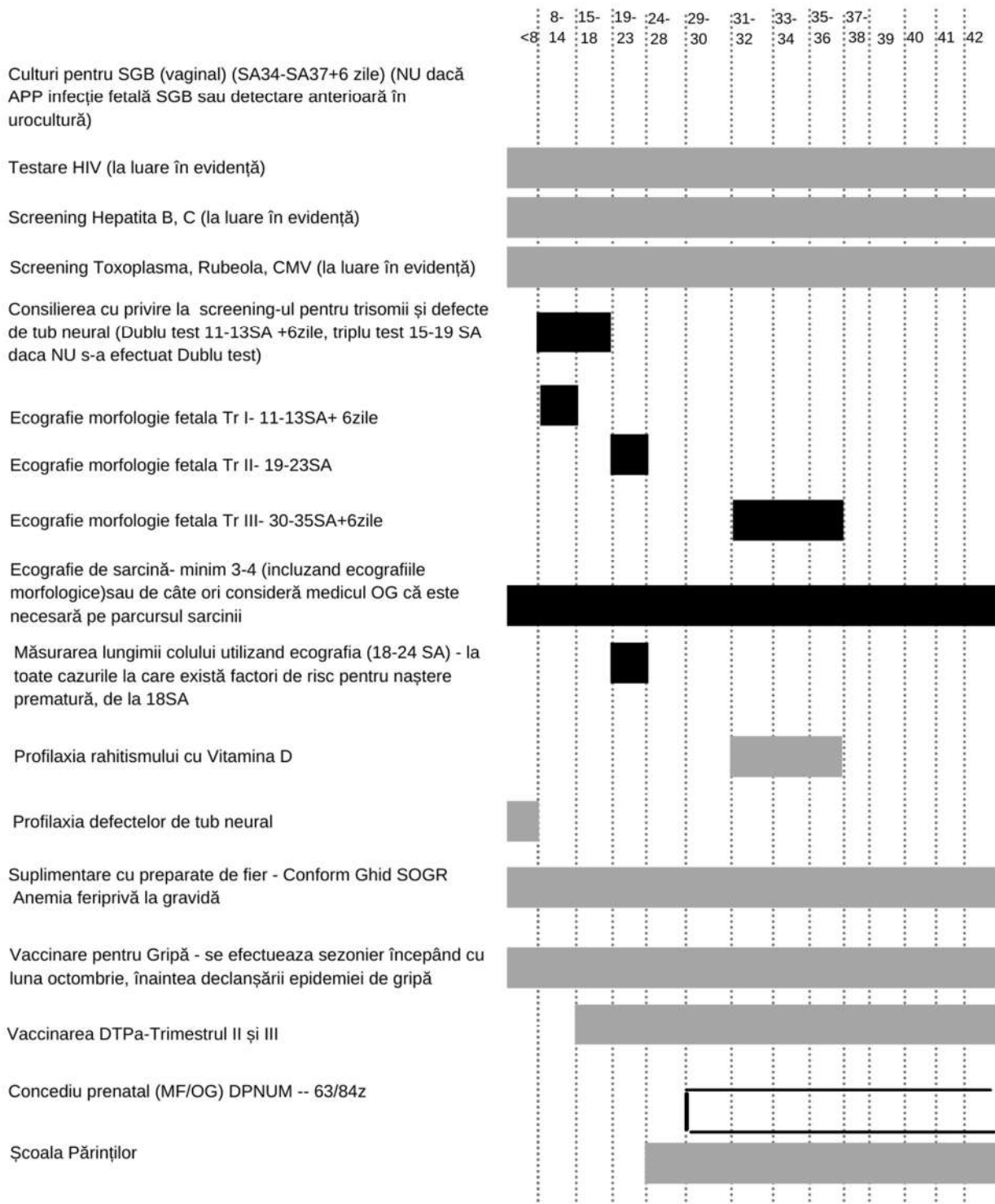
Examen Babeș-Papanicolaou (dacă nu a fost efectuat cu minim 1 an înainte de sarcina)

Examen bacteriologic secreție vaginală - la luare în evidență

RPR/VDRL- la luarea în evidență

<8 8- 15- 19- 24- 29- 31- 33- 35- 37- 39 40 41 42
14 18 23 28 30 32 34 36 38





MF/ OG

MF/OG/Moașă

OG/ Moașă

OG

Anexa 4. RECOMANDĂRI PRIVIND VACCINĂRILE ÎN SARCINĂ ȘI PROFILAXIA IZOIMUNIZĂRII ÎN SISTEM RH, A RAHITISMULUI, A ANEMIEI FERIPRIVE ȘI A DEFECTELOR DE TUB NEURAL

VACCINĂRILE

VACCINAREA DTPa

Imunizarea activă împotriva tetanosului, difteriei și tusei convulsive, ca rapel după schema de vaccinare primară, poate fi recomandată la gravide, de către medicul MF cu DTPa - Vaccin difteric, tetanic și pertussis acelar (adsorbit, cu conținut redus de antigene) în tot timpul sarcinii, optim pe parcursul celui de-al doilea sau al treilea trimestru de sarcină, pentru a oferi protecție pasivă sugarilor împotriva tusei convulsive.

- Vaccinarea DTPa trebuie să fie făcută la fiecare sarcină, indiferent de intervalul dintre sarcini, pentru a asigura un titru cât mai eficient de anticorpi sugarului până la primirea primei doze de vaccin de către acesta
- Conform Programului Național de Imunizare, vaccinarea împotriva difteriei, tetanosului și a tusei convulsive este obligatorie la vârsta de 2,4,11 luni, cu primul rapel la vârsta de 6 ani și al doilea la vârsta de 14 ani;
- Uniunea Europeană recomandă vaccinarea de rapel a adulților la fiecare 10 – 20 ani.

VACCINAREA ANTIGRIPALĂ

- Se recomandă ca administrarea de vaccin antigripal inactivat să se efectueze sezonier începând cu luna octombrie.

VACCINAREA ANTI VHB

- Se recomandă gravidelor cu risc de contactare a virusului hepatitei B

VACCINAREA COVID 19

- Se va efectua în conformitate cu Instrucțiunile COMITETULUI NAȚIONAL DE COORDONARE A ACTIVITĂȚILOR PRIVIND VACCINAREA ÎMPOTRIVA SARS-CoV-2 și pozițiile Societății de Obstetrică și Ginecologie din România față de vaccinarea COVID-19 a femeii gravide și care alăptează.

PROFILAXIA IZOIMUNIZĂRII ÎN SISTEM RH

- Va fi efectuată în conformitate cu Ghidul Clinic pentru Obstetrică și Ginecologie nr.14/2019, „Conduita în sarcină cu incompatibilitate în sistem Rh”

PROFILAXIA RAHITISMULUI:

- Va fi efectuată în conformitate cu ORDINUL MS 1240/09.08.2018 pentru aprobarea Ghidului privind evaluarea și terapia deficitului de vitamină D la gravidă, nou-născut și copil și a Ghidului privind evaluarea statusului vitaminei D la adulți

PROFILAXIA ANEMIEI FERIPRIVE

- Va fi efectuată în conformitate cu Ghidul Clinic pentru Obstetrică și Ginecologie nr.15/2019, „Anemia feriprivă la gravidă” capitolul 6.1 “Profilaxia anemiei”.

PROFILAXIA DEFECTELOR TUB NEURAL

- Se va efectua cu Acid folic și cu derivați.

Anexa 5. IGIENA SARCINII

Se recomandă ca medicul de familie / moașa (cu ocazia examinărilor periodice, cu ocazia eliberării certificatului prenuptial, etc.) să consilieze grupul femeilor de vârstă fertilă, potențiale viitoare mame, despre importanța prezentării la medic, în sarcină.

Medicul de familie / obstetrician / moașa trebuie să ofere gravidei consiliere bazată pe evidențe privitoare la:

- Evoluția sarcinii, ca proces normal fiziologic
- Modalitatea de evaluare medicală și oferta de intervenții cu beneficii cunoscute de către gravide
- Drepturile și obligațiile unei femei gravide

ASPECTE GENERALE:

- Sarcina și nașterea sunt fenomene fiziologice
- Stilul de viață trebuie să fie asemănător celui dinaintea sarcinii, cel puțin până în ultimul trimestru
- Munca fizică se va continua până la intrarea în concediul prenatal (conform legislației). Schimbarea locului de muncă se efectuează cu avizul medicului de medicina muncii.
- Gravida este o femeie sănătoasă, aflată într-o stare deosebită, care necesită menajamente și un regim de viață protector.
- Este foarte important ca gravida să fie supravegheată medical periodic, după cum urmează:
 - Prezentarea pentru prima consultație să aibă loc în primele trei luni de sarcină, optim în primele 8 săptămâni de lipsă a menstrei
 - Consultațiile prenatale se recomandă a fi efectuate o dată pe lună până la 28 de săptămâni, o dată la două săptămâni între 29-36 de săptămâni și apoi săptămânal
 - Dintre acestea cel puțin o consultație pe trimestru, să fie la medicul obstetrician
- Alimentația trebuie să fie echilibrată; aceasta asigură menținerea sănătății, nevoile de creștere ale fătului, forța fizică și vitalitatea în travaliu.
- Cântărirea gravidei trebuie efectuată în mod regulat – câștigul ponderal în sarcină optim este de aproximativ 9-12 kg în funcție de IMC.
- Consumul de alcool, fumatul, vitamina A și drogurile reprezintă un pericol pentru făt și nou-născut.

RECOMANDĂRI GENERALE:

- Administrarea de medicamente și examinările radiologice să fie efectuate cu recomandarea medicului atunci când beneficiile depășesc riscurile, după consiliere prealabilă, în funcție de vârsta gestațională, categoria medicamentului și doza de iradiere.
- Călătoriile solicitante și ortostatismul prelungit trebuie să fie evitate (risc de tromboză venoasă). Utilizarea ciorapilor compresivi poate reduce acest risc.
- Centurile auto de siguranță să fie utilizate corect, în 3 puncte, deasupra și dedesubtul uterului gravid, nu transversal pe acesta.
- Sporturile practicate să fie autorizate de către medic și anume, acelea care nu solicită excesiv capacitatea fizică, de obicei până în luna a VI-a (alergarea ușoară, jocuri ușoare cu mingea, tenisul, înotul). Gimnastica ocupă un loc aparte, fiind recomandate exercițiile fizice care să antreneze musculatura respiratorie și pe cea abdominală.
Activitatea fizică se contraindică în sarcinile cu risc obstetrical crescut sau dacă apar complicații.
- Psihoprofilaxia privind nașterea să implice în discuție ambii parteneri (Școala Părinților).
- Pregătirea pentru alăptare trebuie să fie efectuată încă din timpul sarcinii.

REGULI DE IGIENĂ:

- Mișcarea în aer liber să fie efectuată zilnic cel puțin 30 minute pe zi.
- Somnul și odihna să fie suficiente și realizate zilnic într-un mod natural, fără somnifere

- Igiena corporală să fie realizată zilnic cu apă călduță și un săpun neiritant, baia și dușul fiind recomandate în timpul sarcinii; în ultimele două luni de sarcină baia generală să fie evitată recomandându-se de obicei dușul (abdomenul mărit de volum poate predispuce la accidente).
- Spălăturile vaginale sunt recomandate doar la indicația medicului.
- Igiena orală trebuie respectată, iar controalele și tratamentele stomatologice sunt recomandate, cunoscut fiind faptul că sarcina favorizează apariția sau agravarea cariilor.
- Îngrijirea sânilor și a abdomenului trebuie să primească o atenție deosebită (mai ales la primipare și la femeile cu mameloane invaginate). Gimnastica și masajul (în primele 4 – 5 luni) sunt utile, însă folosirea diverselor creme și a substanțelor emoliente nu evită apariția vergeturilor.
- Îmbrăcămintea să fie adaptată condițiilor de anotimp și de temperatură, să fie comodă, largă mai ales pe abdomen iar încălțăminte să fie cu tocuri joase și late, ținând cont de modificările de echilibru și ale centrului de greutate, cu solicitarea coloanei lombare prin accentuarea lordozei lombare.
- Relațiile sexuale sunt permise în timpul sarcinii, dacă nu există motive medicale care să le contraindige.

GRAVIDEI I SE RECOMANDĂ SĂ EVITE:

- Camerele în care se fumează
- Alimentele excesiv sărate și conservele
- Consumul de fructe și legume nespălate, consumul de carne și ouă insuficient preparate termic sau de lactate nepasteurizate
- Substanțe excitante: cola, cannabis
- Consumul excesiv de cafeină
- Contactul cu persoane afectate de boli infecțioase: COVID 19, gripă, hepatită virală tip A, varicelă, rubeolă, etc
- Contactul cu produse toxice
- Folosirea de dizolvanți, vopsele, aerosoli, insecticide
- Condițiile grele de muncă: mediu zgomotos sau lucrul la temperaturi înalte, ortostatismul prelungit, ridicarea de greutăți, trepidații, orarul de lucru prelungit
- Muncile casnice solicitante
- Contactul cu animale necunoscute
- Călătoriile cu avionul după luna a 7-a de sarcină

GRAVIDEI I SE RECOMANDĂ SĂ CONSULTE MEDICUL/MOAȘA ÎN URMĂTOARELE SITUAȚII:

- Febră (temperatură mai mare de 38°C)
- Vărsături frecvente
- Dureri abdominale
- TA > 140/90 mmHg la 2 determinări consecutive
- Tulburări urinare (usturime, senzație de urinare frecventă)
- Creștere bruscă în greutate (în numai câteva zile)
- Edeme / creșterea în volum a picioarelor și mâinilor
- Cefalee, vertij, tulburări de vedere
- Violență domestică
- Abuz sexual
- Consum de droguri

CONSILIEREA GRAVIDEI DUPĂ 24 SA:

- Oferirea de informații despre semnele travaliului
- Stabilirea prognosticului nașterii, în raport cu paritatea, prezența fătului și starea acestuia, conformația bazinului și existența patologiei supraadăugate
- Stabilirea datei de intrare în concediul prenatal (legislația în vigoare permite 63/84 zile de concediu înaintea datei probabile a nașterii și de 63/42 de zile pentru concediul postnatal)

GRAVIDEI I SE RECOMANDĂ SĂ SE PREZINTE LA MATERNITATE ÎN URMĂTOARELE SITUAȚII:

- Contractții uterine (uneori dureroase) prezente ce se resimt la nivelul părții inferioare a abdomenului sau a spatelui. Aceste contractții trebuie să fie regulate și să se repete la un interval mai mic de 20 minute
- Sângerare pe cale vaginală, chiar și în cantitate minimă
- Eliminarea a dopului gelatinos (mucus sanghinolent) înainte de 37 SA
- Pierdere de lichid amniotic
- Depășirea datei probabile a nașterii
- Lipsa mișcărilor active fetale sau scăderea frecvenței acestora / impresia subiectivă că a scăzut intensitatea / amplitudinea lor

ASPECTE ADMINISTRATIVE

- 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
- Se recomandă gravidei luarea în evidență de către medicul de familie sau înscrierea acesteia pe lista de pacienți a unui medic de familie
Un medic de familie din localitatea de reședință a gravidei trebuie să înscrie gravida pe lista sa, dacă i se solicită acest lucru de către gravidă sau de către serviciul de asistență medicală comunitară
- Gravida, asigurată sau nu medical, beneficiază gratuit de următoarele servicii medicale:
 - monitorizarea evoluției sarcinii și a leuziei;
 - asigurarea urgențelor medico-chirurgicale, inclusiv nașterea.
- Lipsa de efectuare a consultațiilor prenatale de către gravidele asigurate, trebuie consemnată de către medicul de familie/ obstetrician/ moașă în carnetul gravidei

ALIMENTAȚIA 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 este între 9 și 12 kg în funcție de IMC.

Aportul caloric este de aproximativ 300 cal suplimentare zilnic, asigurându-se consumul caloric de aproximativ 2.400 cal/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 cele cu muncă fizică foarte intensă, alimentația trebuie să permită un aport caloric zilnic de 2.600-2.800 cal.

- 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 dieta hipocalcemică reduce riscul de preeclampsie cu 30-50%

Vitaminele

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

TRATAMENTUL SIMPTOMELOR MINORE ÎN SARCINĂ

Grețurile și vărsăturile

- Sunt simptome dominante ale sindromului neurovegetativ de instalare a sarcinii. Formele ușoare sau moderate (cele severe încadrându-se în disgravidia de prim trimestru) cedează de obicei presopunctura: spontan după 13 – 14 SA
- Ameliorarea simptomatologiei poate fi realizată ușor printr-un stil de viață sănătos: mișcarea în aer liber, respectarea igienei alimentare, evitarea alimentelor "difícil de digerat" și a mirosurilor neplăcute, mesele mici și dese alcătuite mai ales din fructe și legume. Printre mijloacele non farmacologice utile se numără: ghimbirul

Pirozizul

- Reducerea peristaltismului tubului digestiv, cu reflux de suc gastric în esofag determină apariția pirozizului (în special în trimestrul al III-lea defavorizat de creșterea uterului și deplasarea stomacului)
- Se recomandă modificarea dietei, preparate antiacide și pansamente gastrice prescrise de medic

Constipația

- Cauzele constipației sunt aceleași ca și ale pirozizului
- Se recomandă activitate fizică și o alimentație mai bogată în vegetale cu reziduuri chitineice (prune, pere, salată verde, varză crudă, morcovi etc.) sau substanțe ce scad consistența scaunului (supozitoare cu glicerină 1-2/zi)

Hemoroizii

- Sunt accentuați deseori de încetinirea tranzitului
- Se recomandă igiena alimentară cu evitarea alimentelor iritante, scăderea consistenței scaunului, igienă locală, crema/supozitoare antihemoroidale

Durerea lombară

- Cauzată de suprasolicitarea coloanei lombare prin schimbarea centrului de greutate determinată de mărirea de volum a abdomenului
- Se recomandă folosirea încălțăminte adecvate, plimbări scurte, exerciții acvatice, masaj, odihnă și evitarea ortostatismului sau poziției în șezut prelungite

Polakiuria

- Apare frecvent din cauza congestiei pelviene și/sau compresiunii asupra vezicii determinată de uterul gravid
- Nu se tratează, dar impune investigarea infecțiilor aparatului urinar

Varicele (membrele inferioare și/sau vulvare)

- Apar în special la multipare
- Se recomandă purtarea ciorapilor elastici, ridicarea membrele inferioare deasupra planului orizontal și evitarea ortostatismului sau poziției în șezut prelungite

Leucoreea

- Este de obicei fiziologică, prin creșterea formării de mucus de către glandele cervicale sub acțiunea estrogenilor
- Nu se tratează decât prin respectarea regulilor de igienă intimă externă
- Se recomandă examen citobacteriologic al secreției vaginale doar în cazurile în care e prezentă leucoreea cu semnificație clinică

Oboseala și somnolența

- Apar cu predilecție în primul trimestru
- Insomnia nu se tratează cu tranchilizante și/sau somnifere decât în cazuri selecționate
- Se recomandă plimbări în aer liber, sporturi ușoare, masaj de relaxare etc.

Anexa 6- Participanți la grupul de lucru comun

SOCIETATEA DE OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE DIN ROMÂNIA ȘI COMISIA OG A MS

Prof. Univ. Dr. Vlădăreanu Radu

Prof. Univ. Dr. Bratilă Elvira

Prof. Univ. Dr. Mureșan Daniel

Prof. Univ. Dr. Grigore Mihaela

Prof. Univ. Dr. Mărginean Claudiu

Prof. Univ. Dr. Mehedințu Claudia

Prof. Univ. Dr. Onofriescu Mircea

Prof. Univ. Dr. Pleș Liana

Prof. Univ. Dr. Socolov Răzvan

Prof. Univ. Dr. Tica Vlad

Conf. Univ. Dr. Iliescu Dominic

Conf. Univ. Dr. Tudorache Ștefania

Conf. Univ. Dr. Furău Gheorghe

Conf. Univ. Dr. Herghelegiu Doru

Dr. Maier Traian

Dr. Duță Simona

INSTITUTUL NAȚIONAL PENTRU SĂNĂTATEA MAMEI ȘI COPILULUI (INSMC)

Prof. Univ. Dr. Suciu Nicolae

Conf. Univ. Dr. Toader Oana

Dr. Epure Alexandru

Dr. Eșanu Sorin

**SOCIETATEA NAȚIONALĂ DE MEDICINĂ DE FAMILIE ȘI COMISIA DE
MEDICINĂ DE FAMILIE A MS**

Conf. Univ. Dr. Neculau Andreea

Șef Lucrări Dr. Balan Anca

Șef Lucrări Dr. Iancu Adela

Șef Lucrări Dr. Dogaru Carmen Adriana

ASOCIAȚIA MOAȘELOR INDEPENDENTE

Moașă Mateescu Irina