

PRACTICĂ MEDICALĂ

Management

10 repere în monitorizarea sarcinii

Dr. Ileana Brînză^{1,4}, Dr. Claudia-Felicia Pop^{1,2,4}, Farmacist Smărăndița Tașcă-Ștefan^{3,5}

¹Asociația Română pentru Educație Pediatrică în Medicina de Familie, București, România, ²Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca, România, ³Institutul de Dezvoltare și Cercetare Medico-militară „Cantacuzino”, București, România, ⁴Medicină de familie, ⁵Farmacie

Primit: 15.11.2024 • Acceptat pentru publicare: 15.12.2024

Rezumat

Îngrijirile prenatale reprezintă o varietate de servicii profilactice, de monitorizare și curative acordate gravidei. Diversitatea acestor servicii medicale impune respectarea unor repere importante începând cu anamneza, continuând cu măsurarea greutății, a tensiunii arteriale, cu efectuarea analizelor medicale și ecografiilor.

Consiliere pe probleme de dietă, vaccinare sau administrarea unor medicamente sunt alte subiecte discutate în cadrul consultației la medicul de familie. La final vom puncta screening-urile și testările de rutină din perioada prenatală.

Cuvinte cheie: *repere, monitorizarea sarcinii, medic de familie*

MEDICAL PRACTICE

Management

10 milestones in monitoring pregnancy

Abstract

Prenatal care represents a variety of prophylactic, monitoring and curative services provided to the pregnant woman. The diversity of these medical services requires compliance with important milestones starting with the anamnesis, continuing with the measurement of weight, blood pressure, with the performance of medical tests and ultrasounds.

Counselling on dietary issues, vaccination or the administration of medications are other topics discussed during the consultation with the family doctor. Finally, we will highlight the screenings and routine tests during the prenatal period.

Keywords: *milestones, pregnancy monitoring, family doctor*

Introduction

În practica curentă ca medic de familie, indiferent unde ne desfășurăm activitatea, este nevoie să urmăm pașii necesari pentru o bună supraveghere a gravidei.

Îngrijirea prenatală reprezintă totalitatea serviciilor profilactice, de monitorizare și curative oferite femeii gravide, de echipa de profesioniști din domeniul sănătății, pentru a asigura o evoluție optimă a produsului de concepție.

Monitorizarea sarcinii presupune, indiferent de momentul în care luăm în evidență gravida, respectarea reperelor medicale utile și relevante pentru starea de sănătate a viitoarei mămici.

1. Anamneza, făcută la luarea în evidență a gravidei, permite înregistrarea tuturor datelor de interes permițând înregistrarea modificărilor organismului matern asociate sarcinii (1,2,3). Prima vizită prenatală include și examenul clinic general, pe aparate și sisteme; astfel pot fi identificate eventuale patologii preexistente sarcinii actuale.

a) Datele personale

b) Date antropometrice

c) Motivele prezentării la medic

- simptome sugestive pentru sarcină;
- simptome sugestive pentru infecții care trebuie diagnosticate și tratate.

d) Antecedente heredo-colaterale

- boli cu predispoziție familială (DZ, HTA, cardiopatii, boli psihice);
- defecte congenitale (cardiace, defecte de tub neural);
- boli genetice;
- TB, infecție HIV, sifilis, hepatită cronică cu virus B.

e) Antecedente personale fiziologice

- menstră;
- contracepție;
- dispozitiv intrauterin – îndepărtare recentă.

f) Antecedente personale patologice

- afecțiuni anterioare sarcini: alergii, transfuzii, HTA, DZ, cardiace, renale, pulmonare, hepatice, neurologice, psihice, endocrine;
- boli infecțioase: rubeolă, varicelă, toxoplasmoză, HIV;
- afecțiuni ginecologice: BTS, chirurgicale în sfera genitală, fibroame, chisturi ovariene, sterilitate primară sau secundară și tratamentul urmat, fertilizare in vitro;
- afecțiuni asociate sarcinilor precedente.

g) Antecedente obstetricale

- numărul de sarcini și data ultimei nașteri (Multiparitate >4);
- avorturi: spontane, la cerere sau cu indicație medicală;
- durata gestației;
- complicațiile sarcinii: disgravidie de prim trimestru, hipertensiune indusă de sarcină, preeclampsie și eclampsie, placenta praevia, decolare prematură de placenta normal inserată, prezentație pelvină sau transversă, ruptură prematură de membrane;
- tratamentele urmate;
- izoimunizare în sistemul ABO sau Rh;
- tipul nașterii: naturală – asistată/neasistată, cezariană - indicațiile acesteia;

- travaliu: durată, +/- complicații;
- greutatea la naștere a copilului (sub 2500 grame și peste 4500 grame);
- mortalitatea perinatală;
- malformații fetale;
- complicațiile lehoziei;
- secreția lactată: prezentă/absentă în antecedente.

h) Anamneza obstetricală actuală

- DUM (data ultimei menstruații);
- estimare VG (vârstă gestațională) și DPN (data probabilă a nașteri);
- evoluția sarcinii până la momentul consultației.

i) Evaluare psiho-socio-economică, condiții de viață și muncă

- atitudinea viitorilor părinți referitoare la sarcina actuală, situații conflictuale în familie/istoric de violență domestică;
- condițiile de locuit (accesul la servicii medicale), venit, alimentație, igienă;
- adicții: alcool, tutun, cafea și droguri;
- condițiile de muncă: noxe profesionale, efort fizic intens, stres.

2. Greutatea anterioară sarcini este reper pentru a monitoriza creșterea în greutate (tabel 1) în cele nouă luni, conform cu recomandările Institute of Medicine (IOM) (1,2,3). Variații semnificative, în plus sau în minus, în dinamica ponderală în sarcină, reprezintă factori de risc în sarcină.

La prima vizită se poate stabili nivelul optim de creștere în greutate pe parcursul sarcinii actuale.

Tabel 1. Creșterea recomandată în greutate în raport cu greutatea anterioară sarcinii (adaptat după 1)

Greutate anterioară sarcinii (IMC)	Creștere totală în greutate	Rata de creștere în greutate în T2 și T3	Factor de risc pentru
Subgreutate (< 18 kg/m ²)	12,5-18 kg	0,50 kg/săptămână	-nașterea prematură -făt mic pentru vârsta gestațională -greutate mică la naștere -avort -dezlipire prematură de placenta
Greutate normală (18-24,9 kg/m ²)	11,5-16 kg	0,40 kg/săptămână	
Supragreutate (25-29,9 kg/m ²)	7-11,5 kg	0,30 kg/săptămână	
Obezitate (≥ 30 kg/m ²)	5-9 kg	0,20 kg/săptămână	-feți cu greutate mare pentru vârsta gestațională -feți macrosomi -diabet gestațional

Monitorizarea greutății și a IMC se face la fiecare vizită prenatală deoarece obezitatea reprezintă riscuri multiple.

3. Tensiunea Arterială se monitorizează la fiecare vizită deoarece există risc de apariție a HTA și de pre-eclampsie (1,2,3,4,5,6).

Măsurarea corectă a TA se face respectând următoarele elemente:

- **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).

- **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 (există un număr semnificativ de paciente care dezvoltă TA datorită emotivității crescute față de medic, "sindromul halatului alb").

- **Manșeta tensiometrului** să fie suficient de lungă (1,5 x circumferința brațului): manșeta prea scurtă va supraestima valoarea TA, manșeta prea lungă este posibil să subestimeze valoarea TA.

Nerespectarea condițiilor legate de măsurarea TA poate duce la valori mai mari sau mai mici ale tensiunii arteriale sistolice conform următoarelor situații:

- Manșeta prea mică ↑ TAS cu 10-40 mmHg;
- Manșeta peste înbrăcăminte ↑↓ TAS cu 10-40 mmHg;
- Spate/picioare nesprrijinite ↑ TAS cu 5-15 mmHg;
- Picioare încrucișate ↑ TAS cu 5-8 mmHg;
- Lipsa repausului 3-5 min ↑ TAS cu 10-20 mmHg;
- Pacientul vorbește ↑ TAS cu 10-15 mmHg;
- Durerea ↑ TAS cu 10-30 mmHg.

4. Ecografie (1,2,3)

Examinările ecografice evidențiază:

- diagnosticul de sarcină;
- vârsta gestațională (sacul gestațional poate fi detectat după ziua 35 de sarcină);
- viabilitatea sarcinii (din ziua 37 de sarcină; la fel ca și activitatea cardiacă);
- numărul de feți vii;
- modificările de morfologie fetală atribuite riscului genetic;
- anomalii de dezvoltare a fătului;
- patologia placentei.

În mod curent, în asistența prenatală, se recomandă 3-4 ecografii. La nevoie, medicul poate recomanda și alte ecografii, dacă consideră că este necesar:

- **Echo 1** (6-11 SA) (confirmarea sarcinii intrauterine și calculul vârstei gestaționale);
- **Echo 2** (11-13+6 SA) (LCC 45 - 84 mm, aneuploidii - în special Trisomia 21);
- **Echo 3** (19-23+6 SA) (anomalii structurale);
- **Echo 4** (30-35+6 SA) (prezența fetală, anomalii de poziție a fătului/placentei, tulburări de creștere fetală).

5. Analize laborator (1,2,3)

Lista analizelor medicale pentru supravegherea unei sarcini normale este conform PROTOCOLULUI privind metodologia efectuării consultației prenatale și postnatale, documentate în carnetul gravidei – O.M.S. 1617/23.08.2021, publicat în MO, Partea I, nr.889/16.09.2021 <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDo-cument/246407>.

Trimestrul I la luarea în evidență, în orice trimestru, preferabil trimestrul I, se efectuează:

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 + rușeolă, toxo-plasmoză, infecția CMV, herpes (Complex TORCH, la gravida care nu deține documente medicale care să ateste existența în antecedente a acestor infecții) * xvi. Secreție vaginală, examen citologic cervico-vaginal Babeș Papanicolaou (până la SA 23+6 zile) *

* (recomandat o dată în sarcină, indiferent de momentul prezentării gravidei pentru luare în evidență)

Trimestrul II:

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+6zile)

Trimestrul III:

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+6zile)

6. Semnele de alarmă în sarcină este bine să fie cunoscute și de viitoarea mămică, astfel încât să nu temporizeze prezentarea la medic dacă apar (1,2,3):

•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 gleznelor umflate (*edemele membrelor inferioare trebuie evaluate la fiecare vizită, 80% dintre gravide au edeme*); •Vărsături importante, dese; •Temperatura de peste 38 de grade C; •Dacă nu simțiți mișcările fătului sau percepeți mai puțin mișcările acestuia - mai ales după săptămâna a 28-a de sarcină [*Mama începe să le perceapă, de obicei, între 18 și 20 SA. Mișcările fetale pot varia de la 4 la 100 mișcări pe oră. Tiparul mișcărilor fetale - se schimbă pe măsură ce copilul se dezvoltă, variază în funcție de ciclurile de veghe/somn, dar și în funcție de alți factori (greutatea mamei, poziția placentei), este perceput de către mamă și este un mijloc de monitorizare a bunăstării fetale. Se recomandă consilierea gravidei pentru a acorda atenție tiparului propriu de mișcare a fătului, iar dacă apar modificări să se adreseze medicului*]; •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 persoană bolnavă de varicelă/rușeolă/gripă/covid; •Prurit tegumentar persistent.

7. Medicația în sarcină și alăptare (1,2,3)

a) Clasificare medicamente

- Categoria A: Sigur

1. vitamine, vitamina B6 și acidul folic doar în dozele recomandate de medic, vitamina A în exces a fost asociată cu malformații fetale;

2. medicamente antianemice;

3. medicamentele pentru glanda tiroidă.

- *Categoria B: relativ sigură* dar pot apare probleme necunoscute

1. paracetamolul, 2. insulina, 3. antibioticele/sulfamidele - penicilinele, cefalosporinele, nistatinul în aplicare locală, 4. metoclopramidul, 5. ranitidina, famotidina, 6. aspartam, 7. glucocorticoid, 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 dacă este utilizat în prima jumătate a sarcinii; 3. ketoconazolul, fluconazol: asocieri cu malformații ale membrelor, craniofaciale, omfalocel, surditate; 4. pseudoefedrina - potențial scăzut pentru defecte congenitale precum: gastroschizis, atrezie intestinală sau microsomie hemifacială; în alăptare, foarte rar s-a raportat o stare de irascibilitate a bebelușului; sumatriptan - risc scăzut de malformații majore, pe perioada alăptării pacienta poate avea dureri și senzație de arsură la nivelul mamelonului, iar alăptarea trebuie evitată timp de 12 ore după administrarea unei doze de sumatriptan, perioadă în care laptele matern secretat trebuie aruncat; izoniazida - nu este asociată cu malformații fetale, în timpul alăptării se recomandă administrarea dozei înainte de perioada cea mai lungă de somn a sugarului.

5. dexametazona - se asociază cu creșterea incidenței nașterilor premature și a greutății mici la naștere; 6. acid nalidixic produce artropatie la animalele testate; 7. cloroxazona, digoxin, furosemid, gentamicina - ototoxicitate fetală; 8. hidrocortizon - asociere cu despicătura palatină, omfalocel și întârzierea creșterii pentru utilizare prelungită.

- *Categoria D: beneficiile tratamentului pot depăși riscul potențial*

1. tetraciclina, doxiciclina – efecte asupra oaselor și danturii fetale, asociere cu cataractă congenitală; 2. kanamicina – ototoxicitate fetală, administrată în timpul alăptării poate duce la sugar la reacții adverse digestive: diaree, candidoză (afte, erupție cutanată de scutece), foarte rar sânge în scaun indicând o posibilă colită asociată antibioticelor; 3. diazepamul – posibilă asociere cu despicăturile labio-palatine, spina bifidă, defecte ale membrelor, malformații: craniofaciale, renale, retard mental și psihomotor, bradicardie fetală, diminuare a mișcărilor fetale, hipotermie neonatală; 4. fenobarbitalul - asociat cu microcefalie fetală, retard mental, sindromul Down și anomalii cardiovasculare; 5. aspirina - este riscantă în ultimul trimestru, poate influența creșterea fătului; este o anti-prostaglandină care intervine în mecanismul travaliului și poate prelungi atât sarcina cât și travaliul, poate provoca sângerare

excesivă înainte și 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 - cutis laxa (piele laxă), la sugarii alăptați se recomandă ca pe perioada administrării să fie urmărite posibile reacții adverse precum somnolență crescută, hrănire deficitară, erupții cutanate și diaree; 7. chinina a fost asociată și ea cu apariția unor defecte din naștere (inclusiv surditatea permanentă) și 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. streptomina – ototoxicitate, provoacă surditatea copilului; 9. citostaticele pot determina pierderea sarcinii în primul trimestru sau alterări ale ADN-ului bebelușului, rezultând malformații; 10. litiu poate produce naștere prematură, modificări ale ritmului cardiac fetal.

- Categoria X: strict interzise

1. thalidomida – determină: focomelie, tetrafocomelie, hemangiom al feței; 2. alprazolam – produce malformații cardiace și 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 și anabolizanți produc masculinizarea fătului feminin.

b) Simptomatice

Alergie Antimahistaminice - Claritine, Clorpheniramine, Clemastine, Doxylamine

Răceală și gripă Acetaminofen sau combinație Acetaminofen cu Dextrometorfan și Pseudoefedrina, gargară cu lichide sau soluții ușor saline; Spray sau dropsuri saline

Decongestionante nazale Pseudoefedrin clorhidrat sau combinație a acestora cu Triprolidina

Antitusive combinație Dextrometorfan și Guaifenesin, Metoxifenoxil, sirop pe bază de mentol și eucalipt. A nu se depăși dozele permise, a nu se administra prea multe dintre aceste medicamente.

Diaree - se administrează numai timp de 24 de ore, la femei peste 12 săptămâni de sarcină: Subsalicilat de bismuth, Loperamid

Grețuri și vărsături Vitamina B6 100mg, fructoza/dextroza/acid fosforic (la pacientele nediatectice), Emetrex

Urticarie unguente pe bază de hidrocortizon, Hidroclorid de difenhidramina, Camfor /Pramoxin/Zinc

AINS - de tipul indometacinului și ibuprofenului sunt recomandate, dar numai până la 32 săptămâni de sarcină; după constricție a ductului venos.

c) Medicamente folosite pentru simptomele fiziologice comune în sarcină

Grețuri, vărsături: Ghimbirul (opțiune nefarmacologică) 125-250 mg la fiecare 6 ore sau ceaiul de ghimbir sau băuturile acidulate de ghimbir.

Vitamina B6, 10-25 mg x 3/zi, singură sau în alte combinații (de ex. cu un antihistaminic aprobat de FDA – doxylamina).

Pirozis: antiacide (Al, Mg, Ca); blocante receptori histaminici H2, IPP

Constipație: laxative osmotice/saline (polietilenglicolul 3350, lactuloza, citratul de magneziu) sau stimulatoare (bisacodil, senna și cascara sagrada).

Varice: măsuri conservatoare

Crampe musculare: masaj +/-Mg

d) Medicația antimicrobiană trebuie să țină cont atât de beneficiile materne cât și riscul de toxicitate făt/sugar (tabelul 2).

Tabel 2. Medicația antimicrobiană în sarcină

Antibiotic	Trim. I	Trim. II	Trim. III
Peniciline	+	+	+
Cefalosporine	+	+	+
Macrolide (Excepție Clarithromicina)	+	+	+
Polipeptide	+	+	+
Tetraciline	-	-	-
Aminoglicozide	-	-	-
Fenicoli	-	-	-
Sulfonamide	-	-	-
Quinolone	-	-	-
Rifampicina	-	+	+
Nitrofurantoin	-	+	-
Imidazoli	-	+	+
Aciclovir	+	+	+

Gradul de transfer transplacentar al antibioticelor este diferit și este determinat de mai mulți factori (gradul de ionizare, greutatea moleculară, capacitatea de legare la proteine, maturarea placentei, fluxul sanguin) care duc la diferențe între concentrația maternă și cea fetală, funcție de antibiotic.

Concentrații fetale asemănătoare cu cele materne sunt în cazul următoarelor antibiotice: Penicilina G, Amoxicilina, Ampicilina, Sulfonamide, Trimetoprim, Tetraciline.

Concentrația în serul fetal este 20-50% din cel matern în cazul Aminoglicozidelor.

Concentrația în serul fetal este 10-30% din cel matern pentru Cefalosporine, Carbapeneme, Oxacilina, Clindamicina, Vancomicina.

Concentrația în serul fetal este sub 10% din cel matern pentru Eritromicină și Azitromicină.

Mamei care alăptează i se pot administra în siguranță: Aminoglicozide, Beta-lactamine, Ciprofloxacina, Clindamicina, Macrolide, Fluconazol, Antituberculoase pentru că expunerea nou-născutului alăptat la antimicrobiene este minimă.

8. Vaccinarea (1,2)

De rutină, în sarcină, se fac următoarele vaccinări:

- antigripal - inactivat;

- DTaP - se administrează la fiecare sarcină, pentru asigurarea protecției nou-născutului.

Dacă există risc de îmbolnavire, se recomandă administrarea următoarelor vaccinuri: anti Hepatita A și B (inactivat), anti Polio VPI, anti Rabic;

Pentru protecția nou-născutului și a sugarului până la 6 luni de infecțiile respiratorii cu virusul sincițial respirator, se recomandă vaccinarea gravidelor în săptămâna 24-36 de gestație, cu vaccin împotriva virusului sincițial respirator (VSRpreF), bivalent, recombinant.

Pe 19.11.2024 a fost semnat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România (SOGR) și Asociația Română pentru Educație în Medicina de Familie (AREPMF) documentul de poziție în sprijinul sănătății mamei și copilului cu privire la vaccinarea maternă.

9. Dietă (1,2)

a) Suplimentarea dietei în perioada de sarcină și alăptare

Ac. Folic (Vit.B9) - administrat cu cel puțin o lună înaintea concepției și în primele 2-3 luni, ajută la dezvoltarea tubului neural, poate reduce riscul de leucemie mieloidă acută, tumori cerebrale și ale măduvei spinării la copil și tulburări din spectrul autismului.

Fierul - reduce riscul de greutate mică la naștere, de anemie maternă și de deficit de fier, se administrează între mese.

Vitamina D - reduce riscul de preeclampsie, hipertensiune gestațională, diabet gestațional, naștere prematură, copii mici pentru vârsta gestațională, rahitismul sugarilor, disfuncții imunitare, tulburări de implantare a placentei.

Calciul - reduce riscul de parestezii, crampe musculare, greutate mică la naștere, mineralizare osoasă scăzută, previne pre-eclampsia; se administrează în timpul mesei.

Iodul – conform datelor OMS se 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.

b) Alimente care trebuie consumate cu prudență în timpul sarcinii

Risc de Listerioză:

- Lactate și produse lactate nepasteurizate (lapte crud, brânză feta, Brie, Camembert, alte brânzeturi coapte la suprafață, etc.);

- Carne crudă sau slab preparată termic (tartar, carpaccio, salamul, șunca din carne crudă, peștele afumat, pateul, etc.);

- Legume și fructe insuficient spălate, sucuri nepasteurizate;

- Fructe de mare crude.

Risc de Salmoneloză:

- Ouă crude și preparatele care le conțin (ex: maioneza, sosurile, etc.), ouă fierte moi.

Risc de intoxicație cu mercur:

- Pește (anumite specii: rechin, pește spadă, somn, ton mare, macrou uriaș).

Risc de carii dentare:

- băuturi îndulcite cu zahăr.

Risc de naștere prematură sau greutate mică la naștere:

- 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).

c) *Alimentele recomandate gravidelor* pe Grupe alimentare, informații despre Dimensiunea porție și Numărul acestora, funcție de vârsta gravidei sau a mamei care alăptează sunt alte subiecte de punctat în timpul consultațiilor de monitorizare pe perioada sarcinii. Referințe despre alimentele bogate în acid folic, calciu, fier și vitamina D sunt de asemenea de discutat cu fiecare viitoare mămică.

10. Măsurători (1)

a) Înălțimea fundului uterin (IFU)

La fiecare vizită peste 20 SA, evidențiază creșterea fetală.

b) Palparea abdomenului

La fiecare vizită peste 36 SA, ne arată prezența și poziția fătului (manevrele 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.

c) Auscultarea frecvenței cardiace fetale (BCF)

La fiecare vizită peste 10-12 SA, arată viabilitatea fătului (Doppler fetal, după 12 săptămâni de sarcină sau stetoscopul monoauricular Pinard, după 28 de săptămâni de sarcină).

Nu putem încheia această prezentare fără a puncta și:

Screeningurile și testările de rutină din perioada prenatală (1)

HLG

- prima vizită prenatală;
- 28 SA;
- 36 SA repetarea testării la gravidele cu anemie/risc pentru anemie.

Grup sanguin/RH

- toate gravidele și 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.

Proteinurie

- la prima vizită prenatală a femeii gravide, indiferent de vârsta sarcinii.

Bacteriurie asimptomatică

- urocultura în săptămânile 11-16 SA (tratamentul ATB al gravidelor cu culturi pozitive).

Depresie

- la prima vizită prenatală;
- postnatal la 4-6 săptămâni și 3-4 luni,

Diabetul zaharat

- prima vizită, dacă riscul nu a fost evaluat preconcepțional, înainte de 15 SA;
- 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.

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;

Infecția cu streptococ grup B - prin prelevarea vaginală/rectală, la 35-37 SA și tratamentul ATB al gravidelor cu culturi pozitive.

Funcția tiroidiană - TSH la prima vizită;

Riscul genetic (Dublu Test)

- pentru depistarea trisomiilor 21, 18 și 13.

Concluzii

Monitorizarea gravidei, după complexitatea celor zece repere menționate, ne duce cu gândul la un maraton!

De aceea avem nevoie și de o bună comunicare cu viitoarea mămică pentru a putea acoperi necesarul de servicii medicale specifice acestei perioade.

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Conflict de interese: nu există

Bibliografie

1. Institutul Național de Sănătate Publică și Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”. *Ghid de prevenție pentru medicul de familie. Asistența prenatală în sarcina normală*. Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.insm.c.ro/wp-content/uploads/2021/02/6537-Ghid-Prenatal-6537-V24.0_ISBN_coperta.pdf. [Accessed 5th November 2024].
2. Editura Almatea. Ulmeanu C sub red. *Algoritmi de practică pentru medicul de familie Vol.2*. Available from: https://view.publitas.com/amaltea/algoritmi-mf-vol-2-selectie-pagini/page/10 [Accessed 5th November 2024].
3. Monitorul oficial. *ORDINUL nr. 1.617 din 23 august 2021*. Available from: https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/246407[Accessed 5th November 2024].
4. Carson MP. *Hypertension and Pregnancy*. Available from: https://emedicine.medscape.com/article/261435-overview#a4 [Accessed 19th November 2024].
5. Societatea de obstetrica si ginecologie din Romania. *Hipertensiunea asociată sarcinii*. Available from: https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/06/12.-Hipertensiunea-asociat%C4%83-sarcinii.pdf [Accessed 19th November 2024].
6. Societatea Romana de Cardiologie. *Compendiu de ghiduri ESC prescurtate 2019*. Available from: https://www.cardiportal.ro/wp-content/uploads/2020/05/comp-ESC-2019_low-res.pdf [Accessed 19th November 2024].