

PROTocol

SARCINA MULTIPLĂ

EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

1. Diagnosticul sarcinii multiple

1.1. Diagnostic

- **Medicul** trebuie să stabilească precoce (în Trimestrul I) diagnosticul de sarcină multiplă.
- **Medicul** trebuie să stabilească diagnosticul de sarcină multiplă pe baza:
 - anamnezei;
 - a examenului clinic obstetrical
 - a examenului ecografic obstetrical.
- **Medicul** trebuie să urmărească următoarele elemente în anamneza unei gravide:
 - istoric familial sau personal de sarcină multiplă;
 - tratament pentru sterilitate:
 - stimularea ovulației
sau
 - FIV
 - vârsta crescută;
 - paritate înaltă
- În examinarea unei gravide cu sarcină multiplă în trimestrul II, **medicul** trebuie să obiectiveze următoarele elemente:
 - fundul uterin ascensionat cu mai mult de 5 cm față de cât ar trebui să fie corespunzător vârstei gestaționale și
 - palparea a mai mult de 2 poli fetali și
 - auscultarea a cel puțin 2 focare cardiace fetale independente cu ritm diferit prin cel puțin 10-15 bpm.
- La găsirea unui uter mai mare decât vârsta gestațională calculată, **medicul** trebuie să efectueze diagnosticul diferențial al sarcinii multiple cu:
 - vezica urinară în plenitudine;
 - sarcină cu ultima menstruație datată greșit;
 - hidramnios;
 - mola hidatiformă;
 - fibrom uterin;
 - masă anexială;
 - macrosomie.
- **Medicul** trebuie să indice examenul ecografic obstetrical într-o sarcină multiplă.

1.2. Diagnosticul complicațiilor

- **Medicul** trebuie să efectueze demersurile diagnostice pentru sindromul Vanishing twin (geamănul dispărut) - în cazul apariției în primul trimestru

de sarcină, a unei mici sângerări la o gravidă diagnosticată anterior cu sarcină multiplă.

- **Medicul** trebuie să efectueze demersurile pentru sindromul transfuzat-transfuzor - prin căutarea următoarelor criterii de diagnostic:
 - feți de același sex;
 - placenta monocorială;
 - poli/oligoamnios;
 - diferența în greutatea estimată a celor doi feți > 20%;
 - vezica urinară destinsă a transfuzatului și absentă a donorului (transfuzorului);
 - hidropsul fătului receptor
- **Medicul** trebuie să efectueze demersurile pentru RCIU al unuia din feți, pe baza următorilor parametri:
 - diferența în circumferința abdominală > 20 mm;
 - diferența în greutatea fetală estimată bazată pe DBP și CA sau LF și CA mai mare de 20%.
- **Medicul** trebuie să precizeze diagnosticul de monoamnionicitate pe baza următoarelor criterii ecografice:
 - înnodarea cordoanelor ombilicale;
 - absența membranei despărțitoare;
 - feți de același sex;
 - feți cu mișcări libere în toată cavitatea uterină;
 - lichid amniotic în cantitate corespunzătoare fiecărui făt.
- **Medicul** trebuie să informeze gravida asupra riscurilor materno-fetale crescute față de o sarcină monofetală.

2. CONDUITĂ

2.1. Conduita în amenințarea de naștere prematură

- **Medicul** trebuie:
 - să prevină nașterea prematură;
 - să identifice suferința fetală;
 - să elimine traumatismul fetal la naștere.
- Se recomandă ca **medicul** să nu indice de rutină:
 - repausul la pat în regim de spital;
 - cerclajul cervical profilactic;
 - tratamentul tocolitic profilactic
- În situația unei amenințări sau iminențe de prematură **medicul** trebuie să instituie de urgență următoarele măsuri:
 - repaus la pat;
 - tocoliză.
- Se recomandă ca **medicul** să indice unul sau o asociere din următoarele tocolitice:
 1. Blocantele de calciu - nifedipinum
 2. Beta-mimeticele
 3. Atosibanum B
 4. Magnesii sulfas
 5. Indometacinum
- În amenințarea de naștere prematură, **medicul** trebuie să administreze corticosteroizi în aceeași doză ca în sarcinile cu făt unic:
 - Betamethasonum 2 doze câte 12 mg i.m. la 24 de ore interval sau
 - Dexamethasonum 4 doze a 6 mg i.m. la 12 ore interval

- **Medicul** trebuie să indice în cazul RPPM sau RPcM, profilaxie cu antibiotice în cazul în care apar oricare din următoarele condiții:
 - vârsta gestațională sub 37 săptămâni de amenoree;
 - interval > 12 ore de la ruperea membranelor;
 - febră > 38°C;
 - culturi din vagin pozitive pentru SGB;
 - bacteriurie cu SGB în cursul actualei sarcini;
 - antecedente de nou-născuți cu infecție cu SGB
- În cazul rupturii membranelor amniotice (în condițiile menționate anterior) se recomandă **medicului** să indice profilaxia corioamniotitei cu:
 - Ampicillinum 2g i.v. la 12 ore, timp de 48h
apoi
 - Amoxicillinum 500mg p.o. de 3 ori/zi timp de 5 zile
sau
 - Erythromycinum 250 mg im sau iv la 6 ore

2.2. Conduita în cazul complicațiilor

2.2.1. Sindromul transfuzor-transfuzat

- Se recomandă ca **medicul** să indice una din următoarele variante de tratament cu următoarele șanse de supraviețuire:
 - conservator cu supraveghere ecografică și test non-stress - 0-30%
 - amniocenteză în caz de polihidramnios - 64% ambii; 74% cel puțin unul dintre feți;
 - septostomie - efectuarea unui orificiu de mici dimensiuni la nivelul membranei amniotice despărțitoare - 83% cel puțin unul; fotocoagulare laser a anastomozelor placentare - 73%;
 - diatermia bipolară cu ocluzia cordonului ombilical al fătului donor;
 - nașterea electivă

2.2.2. Moartea fetală in utero

- **Medicul** trebuie să finalizeze sarcina prin operație cezariană de urgență în cazul în care în urma monitorizării fetale sau imediat după moartea primului făt, se constată o suferința fetală la fătul supraviețuitor, în sarcinile monocorionice.

2.2.3. Sarcinile monoamniotice

- În cazul sarcinilor monoamniotice se recomandă **medicului**:
 - să indice internarea gravidei de la 24 de săptămâni de amenoree într-o maternitate de gradul III
și
 - să indice administrarea de corticosteroizi antenatal
și
 - să indice finalizarea sarcinii la 32-33 săptămâni de amenoree, prin operație cezariană electivă.

2.2.4. Geamăn acardiac

- Dacă s-a diagnosticat prezența unui geamăn acardiac, se recomandă ca **medicul** să practice:
 - monitorizare maternofetală;

- nașterea electivă;
sau
- ligaturarea fetoscopică sub ghidaj ecografic a cordonului ombilical.

2.2.5. Nașterea întârziată a geamănului B după avortul geamănului A

- **Medicul** poate realiza nașterea întârziată a geamănului B după avortul geamănului A prin triada:
 - cerclaj cervical;
 - tocoliză;
 - și
 - antibioticoterapie.

2.3. Nașterea

- Se recomandă ca **medicul** să finalizeze sarcina prin operație cezariană în următoarele cazuri:
 - sarcinile monoamniotice;
 - gemenii conjugați;
 - fătul A în prezentație cefalică și fătul B în prezentație non-cefalică, dacă feții au mai puțin de 1500g și / sau sarcina este mai mică de 34 de săptămâni de amenoree;
 - fătul A în prezentație non-cefalică (pelviană sau transversă);
 - mai mult de trei feți;
 - indicațiile valabile și în cazul sarcinii unice.
- În timpul travaliului și mai ales a expulziei există risc crescut de acroșare, coliziune, impacție, compactie și de înnodare a cordoanelor ombilicale.
- Dacă feții au între 1500-4000 g nașterea pe cale vaginală este asociată cu un prognostic fetal mai bun decât în cazul operației cezariene.
- **Medicul** poate să decidă în funcție de condițiile obstetricale și medicale individuale o altă atitudine, decât cea chirurgicală.

2.4. Conduita în cazul nașterii pe cale vaginală

- La debutul travaliului **medicul** trebuie să precizeze un diagnostic al prezentației fiecărui făt și al factorilor de risc materno-fetali.
- În cazul sarcinilor gemelare se recomandă **medicului** alegerea căii vaginale atunci când nu există contraindicații absolute. În aceste cazuri nașterea vaginală este asociată cu un prognostic materno-fetal mai bun decât operația cezariană.
- **Medicul** poate solicita medicului ATI, analgezia peridurală mai ales dacă al doilea făt este în prezentație non-cefalică și există posibilitatea efectuării unei manevre obstetricale.
- **Medicul** poate indica:
 - utilizarea perfuziei ocitocice în cazul hipokineziilor uterine
 - utilizarea unei forme de analgezie în caz de manevre obstetricale.
- În cazul în care ambii feți sunt în prezentație craniană se recomandă **medicului** să scurteze intervalul de naștere între cei doi feți prin amniotomie și indicarea unei augmentări a dinamicii uterine prin perfuzie cu oxytocinum.
- **Recomandare**
 - Se recomandă **medicului**, dacă geamănul B este în prezentație pelviană, a se efectua cât mai rapid nașterea prin augmentarea

perfuziei ocitocice sau operație cezariană în caz de status fetal incert.

- Se recomandă **medicului**, dacă geamănul B este în prezentație transversă, a se tenta cât mai rapid nașterea prin:
 - versiune cefalică externă;
 - operație cezariană;
 - versiune internă cu marea extracție pelviană.
- În cazul în care geamănul B este în prezentație cefalică și expulzia sa se prelungește **medicul** poate să efectueze una din următoarele intervenții obstetricale:
 - aplicație de forceps;
 - aplicație de vacuum extractor;
 - operație cezariană.
- **Medicul** trebuie să prevină și să trateze hemoragia din post-partum prin indicarea de oxytocinum sau methylergometrinum în perioada a treia a nașterii.
- În caz de eșec **medicul** poate indica asocierea celor două sau utilizarea misoprostolum sublingual sau intrarectal.

3. URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

3.1. Monitorizarea sarcinii multiple necomplicate

- Consultațiile prenatale **la medic** se recomandă a fi efectuate:
 - până la 20 de săptămâni de amenoree la intervale de câte câte 4 săptămâni
 - după 20 de săptămâni de amenoree la intervale de câte 2 săptămâni
 - după 32 de săptămâni de amenoree, săptămânal
- Cu ocazia primei consultații prenatale se recomandă **medicului** să vizeze următoarele obiective:
 - diagnosticul ecografic al sarcinii multiple
 - efectuarea bilanțului complet conform normelor MSP
- Cu ocazia consultației de la 10-14 săptămâni de amenoree **medicul** trebuie să indice examenul ecografic obstetrical.
- Se recomandă **medicului** să indice efectuarea testului integrat gravidelor cu vârsta mai mare de 32 de ani și celor cu antecedente familiale de maladii genetice, sau cosanguinitate.
- **Medicul** poate să indice amniocenteza în următoarele cazuri:
 - valori ale testului integrat, triplului test sau cvadruplului test ce indică un risc crescut de maladii genetice
 - depistarea la ecografia de morfologie fetală din al doilea trimestru de sarcină, a unor anomalii fetale
 - cosanguinitate
 - vârsta părinților peste 32 de ani
- Între 20 și 24 de săptămâni de amenoree **medicul** trebuie să indice efectuarea examenului ecografic obstetrical pentru aprecierea morfologiei fetale.
- La fiecare consultație prenatală din al treilea trimestru **medicul** trebuie să indice efectuarea examenului ecografic obstetrical cu măsurarea biometriilor fetale și a lungimii colului uterin.

- După 28-30 de săptămâni de amenoree **medicul** poate să indice efectuarea săptămânală a testului non-stress.
- Dacă examinarea ecografică demonstrează o creștere fetală discordantă sau testul non-stress este echivoc sau areactiv, **medicul** trebuie să indice efectuarea unei ecografii Doppler cu velocimetria arterei ombilicale și a arterei cerebrale medii.

3.2. Monitorizarea complicațiilor sarcinii multiple

- Se recomandă **medicului** să urmărească următorii parametri predictivi pentru travaliul prematur:
 - lungimea colului uterin sub 2,5 cm:
 - la 24 săptămâni de amenoree în cazul sarcinilor gemelare și
 - la 20 de săptămâni de amenoree în cazul sarcinilor cu tripleți
- **Medicul** poate indica determinarea nivelului de fibronectina fetală. Nivelul crescut al fibronectinei la 28 săptămâni de amenoree este predictiv pentru travaliul prematur.
- În situația prezenței sindromului transfuzor-transfuzat, RCIU, a geamănului acardiac, a sarcinii monoamniotice, **medicul** trebuie să indice, începând cu împlinirea a 28 săptămâni de amenoree, efectuarea bisăptămânală a unui test non-stress și a velocimetriei Doppler cu măsurarea fluxurilor pe artera ombilicală și artera cerebrală medie.
- În cazul morții in utero a unuia din feți, în cazul sarcinilor dicorionice, se recomandă **medicului**:
 - să indice monitorizarea materno-fetală prin test non-stress și velocimetrie Doppler săptămânal;
 - să urmărească coagulograma maternă săptămânal.

4. ASPECTE ADMINISTRATIVE

- Se recomandă ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul sarcinii multiple, să își redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.
- Sarcina multiplă trebuie dispensarizată de **medicul de specialitate obstetrică-ginecologie** și nu de către medicul de familie.
- **Medicul** trebuie să informeze medicul ATI și medicul neonatolog despre existența unei parturientă cu sarcina multiplă.
- În momentul nașterii, în sala de nașteri trebuie să existe:
 - doi medici obstetricieni, din care cel puțin unul antrenat în efectuarea manevrelor obstetricale;
 - minim un medic neonatolog și
 - un medic ATI;
 - o moașă;
 - o asistentă ATI;
 - o asistentă a secției de neonatologie;
 - o infirmieră.

Anexă:
Medicamente menționate în ghid și utilizate în cazul sarcinii multiple

Numele medicamentului		NIFEDIPINUM
Indicații	Dihidropiridină, blocant al canalelor de calciu, vasodilatator arteriolar puternic, indicat ca tocolitic și în tratamentul hipertensiunii induse de sarcină, reduce volumul și masa VS, crește FE(fracția de ejecție), întârzie necesitatea înlocuirii valvei Ao, în RAo severe cu funcție normală a VS; cps 10mg, cp 10mg; Nifedipinum retard cp 20mg; cp30mg	
Doza pentru adulți	Terapia vasodilatatoare: inițial cps 10mg x 3/zi sau cp 30mg/zi sau cp 20mg x 2/zi apoi necesită ajustarea dozelor la scăderea TA. Doza maximă 120-180mg/zi. Doza în tocoliză: 20mg nifedipinum per os; dacă persistă contracțiile sau modificările de col progresează medicul trebuie să mai administreze o doză de 20mg la 30 de minute, urmată de câte 20mg la 3-8 ore timp de 48-72 de ore, maxim 160 mg pe zi. După 72 de ore se trece la doza de întreținere de 30-60 mg pe zi.	
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată la nifedipinum, șoc cardiogenic, infarct acut de miocard.	
Interacțiuni	Betablocante, opioide; alcoolul și blocanții H2 (Cimetidinum, Ranitidinum) le cresc biodisponibilitatea și efectul; efect aditiv cu alte anti-HTA; poate crește digoxin-emia și scădea quinidin-emia; Phenobarbitalum, Fenytoinum și Rifampicinum îi scad efectul.	
Sarcină și alăptare	Categorica C - siguranță incertă a utilizării în sarcină; compatibil cu alăptarea	
Atenție!	Cp de 10mg poate determina hipotensiune severă maternă, cu posibila suferință fetală; poate favoriza apariția edemelor membrelor inferioare, alterarea funcției hepatice sau renale; rar hepatită alergică. De evitat în sarcinile cu RCIU severă.	
Numele medicamentului		ATOSIBANUM
Indicații	Atosibanum-ul este indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele cu: - contracții uterine regulate, cu durata de cel puțin 30 secunde, cu o frecvență de ≥ 4 în 30 minute - dilatație cervicală de 1 până la 3 cm (0-3 cm la nuli-pare) și ștergere a colului uterin de $\geq 50\%$	

- vârsta ≥ 18 ani
- vârsta sarcinii cuprinsă între 24 și 33 de săptămâni de amenoree complete
- frecvență normală a bătăilor cardiace fetale

Doza pentru adulți | Atosibanum-ul se administrează intravenos în trei etape succesive: o doză inițială (6,75mg) în bolus utilizând 7,5mg/ml soluție injectabilă, urmată imediat de perfuzie continuă cu doze mari (perfuzie de încărcare cu viteza de 300 micrograme/minut) de Atosibanum 7,5 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă cu durata de trei ore, apoi de doze mai mici de Atosibanum 7,5 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă (perfuzii ulterioare cu viteza de 100 micrograme/minut) până la 45 ore. Durata tratamentului nu trebuie să depășească 48 ore. Doza totală de Atosibanum administrată în decursul unui ciclu terapeutic complet nu trebuie să depășească 330 mg substanță activă.

Contraindicații | vârsta gestațională mai mică de 24 sau mai mare de 33 de săptămâni de amenoree complete
 ruptură prematură de membrane la > 30 săptămâni de amenoree
 întârzierea creșterii intrauterine și frecvență anormală a bătăilor cardiace fetale
 hemoragie uterină antepartum, care impune naștere imediată
 eclampsie sau preeclampsie severă, care impune naștere imediată
 moarte fetală intrauterină
 suspiciune de infecție intrauterină
 placentă praevia
 dezlipire de placentă
 orice altă afecțiune a mamei sau fătului, în condițiile căreia menținerea sarcinii prezintă risc crescut
 hipersensibilitate cunoscută la substanța activă sau la oricare dintre excipienți

Interacțiuni | Nu au fost observate interacțiuni relevante clinic între Atosibanum și betamethazonum și labetalolum. Nu s-au efectuat studii privind interacțiunile cu antibiotice, alcaloizii din ergot și alte antihipertensive decât labetalolum.

Sarcina și alăptare | Nu există date privind clasificarea medicamentului - Totuși în studiile clinice efectuate cu Atosibanum nu au fost observate efecte asupra lactației. S-a dovedit faptul că mici cantități de Atosibanum trec din plasmă în laptele femeilor care alăptează. Studiile de embriotoxicitate nu au evidențiat efecte toxice ale Atosibanum-ului.

Atenție! | Atosibanum-ul trebuie utilizat numai când nașterea prematură a fost diagnosticată la o vârstă gestațională cuprinsă între 24 și 33 săptămâni de amenoree complete.

Numele medicamentului HEXOPRENALINUM	
Indicații	Iminența de avort și de naștere prematură.
Doza pentru adulți	10mg hexoprenalinum în bolus i.v. lent urmat de pev. (6 fiole hexoprenalinum i în 500ml ser fiziologic - 10 pic./min și se crește ritmul cu 5 pic. la fiecare 10 minute) până când simptomatologia încetează sau alura ventriculară maternă ajunge la 120 bpm.
Contraindicații	Hexoprenalinum nu se administrează în caz de: hiper- funcție tiroidiană, boli cardiace, mai ales inflamatorii ale miocardului, disfuncții cardiace cu frecvență cardiacă mare și anumite valvulopatii; boli severe hepa- tice și renale, glaucom, hemoragii uterine severe (dez- lipire prematură de placentă), infecții uterine.
Interacțiuni	Hexoprenalinum poate interacționa cu unele medicamente. Unele preparate antihipertensive ca beta-blocantele reduc sau anulează efectul. Acțiunea medicamentelor antidiabetice este redusă. Hexoprenalinum nu se folosește împreună cu alcaloizi ergotaminici.
Sarcină și alăptare	Categoria B Medicamentul nu se va folosi în timpul peri- oadei de alăptare.
Atenție!	Se recomandă monitorizarea frecvenței cardiace și a ten- siunii arteriale a mamei și alura ventriculară a fătului în timpul folosirii de Hexoprenalinum. La pacienții care prezintă o creștere marcată a frecvenței cardiace (mai mult de 130/minut) și în cazuri cu o scădere importantă a tensiunii arteriale, dozarea trebuie redusă, iar în cazurile care prezintă acuze majore, ca dispnee, angină pectorală, senzație de presiune toracică sau semne de insuficiență cardiacă, trebuie imediat întrerupt. La gravide cu diabet zaharat se recomandă controlul metabo- lismului glucidic, deoarece Hexoprenalinum poate produce creșteri individuale variabile ale glicemiei. În timpul tratamentului cu Hexoprenalinum diureza este redusă și trebuie avută în vedere posibilitatea formării de edeme. A se preveni orice aport excesiv de lichid, doza medie zilnică nu trebuie să depășească 1500 ml. A se reduce aportul de sare. Se impune oprirea folosirii de Hexoprenalinum înainte de începerea anesteziei cu halothanum. În cazuri ce prezintă o ruptură a membrane- lor fetale și o dilatare a colului uterin mai mult de 2 - 3 cm, șansele pentru folosirea cu succes a tratamen- tului tocolitic sunt mici.
Numele medicamentului MAGNESII SULFAS	
Indicații	Criza eclamptică

	<p>Preeclampsie severă Edem cerebral Tulburări de irigație cerebrală Iminentă de avort și de naștere prematură Dezlipire de placentă normal inserată</p>
Doza pentru adulți	<p>Se administrează 2-4g i.v. în bolus sau perfuzie rapidă, 0,5-1g/minut în 20 de minute; apoi perfuzie lentă 1-2g/ora timp de 48-72 de ore.</p> <p>Protocol Pritchard: Doza inițială de încărcare: 4 g (20 ml soluție 20%) i.v. lent, în timp de 4 minute, urmată de: câte 5 g (10 ml soluție 50%) injectabil intramuscular profund, în fiecare fesă. În cazul în care convulsiile persistă, după 15 min. de la administrarea dozei de încărcare se administrează din nou o doză de 2 g în decurs de 2 min. Doza de întreținere: 5 g (10 ml soluție 50%) i.m. la interval de 4 ore, alternativ.</p> <p>Protocol Sibai: Doza de încărcare: 6 g i.v. (60 ml soluție 20%) în decurs de 20 minute. Doza de întreținere: 2-3 g/oră i.v. În cazul reapariției convulsiilor se administrează 2-4g bolus i.v. în decurs de 5 min. Timp de 24 ore de la ultima criză convulsivă: p.e.v. cu Magnesii sulfas 20% în ritmul 1-2g/oră, timp de 24 ore de la ultima criză convulsivă sau câte 5g injectabil intramuscular profund, în fiecare fesă urmată de o doză de întreținere de 5g intramuscular, la 4 ore. Recurențe ale convulsiilor în timp ce pacienta se află sub tratament cu Magnesii sulfas: se recomandă administrarea unui nou bolus de Magnesii sulfas 20%, 2 g /15-20 minute i.v.</p>
Contraindicații	<p>Reacții alergice anterioare Boala Addison Hepatită Miastenia gravis</p>
Interacțiuni	<p>Administrat împreună cu Nifedipinum accentuează blocada neuromusculară. Potențează efectele hipnoticelor și sedativelor. Accentuează efectul toxic al Ritodrinum-ului.</p>
Sarcină	<p>Categoria A- Traversează cu ușurință bariera fetoplacentară.</p>
Atenție!	<p>Prudență în cazul disfuncțiilor renale. Condiții de administrare: reflex patelar prezent, respirații > 12/min, diureză > 100 ml/4 ore. Reacții adverse: transpirație, roșeață, căldură, scăderea TA, grețuri, vărsături, cefalee, tulburări vizuale,</p>

	palpitații, slăbiciune musculară. Toxicitatea Mg: 8 - 10mEq/l: dispariția reflexelor osteotendinoase, 10 - 15mEq/l: paralizie respiratorie, 20 - 25mEq/l: stop cardiac.
Numele medicamentului	INDOMETACINUM
Indicații	Este un inhibitor puternic al sintezei prostaglandinelor, principalii mediatori ai inflamației. Acțiunea lui se explică prin scăderea concentrației de prostaglandine la nivel periferic. Se administrează în iminența de avort și de naștere prematură și mai ales în hidramnios, unde este de elecție.
Doze	100mg inițial, apoi 50mg la 6 ore, maxim 8 doze
Contraindicații	Alergie la indometacin. Rectită și hemoragie rectală recentă. Insuficiență renală sau hepatică gravă. Sarcină peste 32 de săptămâni de amenoree.
Interacțiuni	Anticoagulante: poate accentua efectul anticoagulantelor orale și pe cel al heparinei (creșterea riscului hemoragic prin inhibarea funcției plachetare). Când asocierea cu antivitaminile K este necesară, trebuie urmărit indicele de protrombină. Sulfamide hipoglicemizante: poate antrena o creștere a efectului hipoglicemiant al sulfamidelor (deplasarea legării lor de proteinele plasmatiche). Diuretice: poate diminua activitatea diureticelor (efectul antidiuretic și antihipertensiv).
Sarcina și alăptare	Categoria C Contraindicat în sarcină și alăptare.
Atenție!	S-au constatat reacții adverse: oligoamnios, moarte in utero sau închiderea prematură a canalului arterial, de aceea nu se administrează pe o durată mai lungă de 72 de ore sau după 32 de săptămâni de amenoree.
Numele medicamentului	OXYTOCINUM
Indicații	Produce contracții ritmice ale uterului gravid, cu efect progresiv pe măsura creșterii vârstei gestaționale și a apariției de receptori ocitocici la nivelul uterului. În doze mici determină creșterea frecvenței și intensității contracțiilor uterine; în doze mari determină contractura tetanică a uterului; vasopresor și antidiuretic. f de 2ml/2 UI sau 1ml/5 UI
Doze	Inițial p.e.v. 1-2mUI/min, se crește cu 1-2mUI/min la fiecare 30 min până la contractilitate uterină adecvată sau maxim 20mUI/min (10 UI la 1000ml soluție cristaloidă); administrare în travaliu doar în p.e.v.!

	<p>2 UI i.v. = doza administrată pentru dirijarea Periodului III</p> <p>2 UI i.v. = doza administrată profilactic pacientei cu antecedente de hemoragie în delivrență sau cu factori de risc pentru hemoragie în Periodul III sau IV sau HGP3-4, dacă se efectuează control uterin</p> <p>2 UI i.v. = doza administrată în Periodul IV</p> <p>10 UI (5 f de 2 U.I. sau 2 f de 5 U.I.) în p.e.v. 1000ml glucoza 5% în ritm de 10-15 pic/min timp de 4 ore dacă există un risc major de hemoragie în postpartum</p> <p>10 UI în p.e.v. 500ml ser fiziologic în ritm de 10-20 pic/min timp de 4 ore dacă există atonie uterină</p> <p>10 UI i.m. = doza în postpartum în caz de atonie uterină și colaps circulator</p>
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată, HTAIS severă, hiperdi- namică uterină, prezentații distocice, travalii în care nașterea pe cale vaginală trebuie evitată (neoplasm cer- vical, prolabare de cordon, placenta praevia totală, vase praevia).
Interacțiuni	Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticilor.
Sarcină și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină; precauție în alăptare.
Atenție!	Risc de hipotensiune, aritmii, stop cardiac la injectare bolus; intoxicație cu apă la aport oral hidric; monito- rizare fetală.
Numele medicamentului	METHYLERGOMETRINUM
Indicații	Alcaloid care produce contracția tetanică a uterului; fiole de 1ml/0.2mg.
Doza pentru adulți	0.2ml i.v. = doza administrată pentru dirijarea Periodului III
	0.2ml i.m. = doza administrată în primul minut în postpartum
	În hipotonia uterină: 0.2ml i.v. lent (efectul apare în 10 secunde), repetabilă la 30 min, sau 0.2ml diluat în 500ml ser fiziologic și administrat în debitul necesar efectului uterotonic, sau 0.2ml i.m. (efectul apare în 7 min)
	0.2ml intracervical în caz de atonie uterină și colaps circulator
Contraindicații	Nu se administrează în hipertensiune indusă de sarcină, hipertensiune preexistentă sarcinii, eclampsie, angină pectorală, boli vasculare obliterante periferice.
Interacțiuni	Nu se asociază cu vasoconstrictoarele.

Sarcină și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină și travaliu până la degajarea umărului.
Atenție!	Efecte secundare: dozele mari pot provoca greață, vomă, dureri pelviene, hipertensiune arterială trecătoare; injectarea intravenoasă rapidă (în mai puțin de 1 minut) poate fi cauză de hipertensiune arterială bruscă (chiar de accidente cerebro-vasculare), paretezii, amețeli, cefalee, tinitus, palpitații, dureri precordiale, dispnee, sudorație; rareori erupții cutanate.
Numele medicamentului	MISOPROSTOLUM
Indicații	HGP 3-4 severe; determina contracția tetanică a uterului la doze mari; tablete de 200mcg.
Doza pentru adulți	În HGP 3-4 severe = doze de 200mcg p.o. și 400mcg sublingual, sau 800-1000mcg intrarectal, pentru a obține efect rapid. 400-600 micrograme p.o. în primul minut în postpartum
Contraindicații	Sarcină, paciente cu intoleranță la prostaglandine.
Interacțiuni	Poate crește efectul oxytocinului (trebuie așteptat 6-12 ore după administrarea misoprostolului pentru a se administra oxytocinul), fără interacțiuni cu anti-inflamatoriile nesteroidiene.
Sarcină și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină.
Atenție!	Determină contracția tetanică a uterului la doze mari; efecte secundare: grețuri, vărsături, cefalee, bronho-spasm, diaree, hipertermie și hipertensiune, bradicardie.
Numele medicamentului	AMPICILLINUM
Indicații	Endocardita bacteriană; preoperator; cps 250 sau 500mg, fl de 125, 250, 500, 1000mg
Doza pentru adulți	2g i.v./zi (500mg/6 ore); maxim 12g/zi în 6 doze
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată
Interacțiuni	Poate diminua efectele contraceptivelor orale; probenecidul și disulfiramul îi crește nivelul plasmatic, allopurinolul îi scade efectul.
Sarcină și alăptare	Categoria B - de obicei sigur, dar beneficiile trebuie să depășească riscurile, compatibil cu alăptarea.
Atenție!	Doza trebuie ajustată în cazul disfuncțiilor renale; posibil eritem ce trebuie diferențiat de hiper-

	sensibilizare. Durata tratamentului (săptămâni): 4 în EI penicilin-sensibilă și 4-6 în caz de EI enterococică, stafilococică sau GVPM.
Numele medicamentului	AMOXICILLINUM
Indicații	Spectru: similar ampicilinei, pe germeni gram pozitivi și negativi (mai ales); mai larg decât al penicilinei; tulpinile penicilin rezistente sunt rezistente și la amoxicilină; cps 250 sau 500mg, fl de 100mg/ml sau 125, 250, 375mg/5ml
Doza pentru adulți	500-1000mg p.o./i.v. la 8 ore
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată
Interacțiuni	Poate diminua efectele contraceptivelor orale.
Sarcină și alăptare	Categoria B - de obicei sigur, dar beneficiile trebuie să depășească riscurile, compatibil cu alăptarea.
Atenție!	Doza trebuie ajustată în cazul disfuncțiilor renale.
Numele medicamentului	BETAMETHASONUM
Indicații	Glucocorticoid ce ajută maturarea pulmonară fetală, prin administrare la gravidă; f de 1ml cu 4mg/ml, 7mg/ml
Doza pentru adulți	Maturare pulmonară fetală: doua doze i.m. de câte 12mg, la interval de 12 ore
Contraindicații	> 37 s.a., sângerare vaginală continuă sau abundentă, hipersensibilitate documentată, infecții fungice sistemice
Interacțiuni	Acidum barbituricum, phenytoinum, rifampicinum le scad efectul. Scade efectul salicilaților și vaccinurilor.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină; precauție în alăptare
Atenție!	Crește riscul infecțios; hiperglicemie, hipokaliemie, edeme, euforie, fenomene psihotice.
Numele medicamentului	DEXAMETHASONUM
Indicații	Glucocorticoid ce ajută maturarea pulmonară fetală, prin administrare la gravidă; f 2ml cu 4mg/ml

Doza pentru adulți	Maturare pulmonară fetală: patru doze injectabile i.m. de câte 6mg la interval de 12 ore
Contraindicații	> 37 s.a., sângerare vaginală continuă sau abundentă, hipersensibilitate documentată, infecții bacteriene sau fungice sistemice
Interacțiuni	Acidum barbituricum, phenytoinum, rifampicinum le scad efectul. Scade efectul salicilaților și vaccinurilor.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină; nu sunt date despre alăptare.
Atenție!	Crește riscul infecțios; hiperglicemie, hipokaliemie, edeme, euforie, fenomene psihotice.

Testul non-stress

Criteriile cardiotocogramei normale in perioada antenatală:

- ritmul bazal în limitele 120-160 bătăi/minut;
- amplitudinea variabilității ritmului bazal (amplitudinea oscilațiilor) - 10-25 bătăi/minut;
- decelerațiile lipsesc sau se observă sporadic, de mică amplitudine și foarte scurte;
- se înregistrează 2 accelerații și mai multe pe parcurs a 20 de minute de investigare
- dacă astfel de cardiotocogramă a fost determinată chiar și pe o perioadă scurtă de investigare, atunci înregistrarea poate fi întreruptă.

Pentru cardiotocograma suspectă este caracteristic:

- ritmul bazal în limitele de la 120 până la 110 bătăi/minut sau de la 160 până la 170 bătăi/minut;
- amplitudinea variabilității ritmului bazal - mai puțin de 10 bătăi/min. sau mai mult de 25 bătăi/minut, timp de 40 minute de investigare;
- lipsa accelerației timp de 40 minute de înregistrare;
- decelerații sporadice de orice tip, excluzând cele grave

La tipul patologic al cardiotocogramelor se referă următoarele fenomene:

- ritmul bazal mai puțin de 110 sau mai mult de 170 bătăi/minut;
- variabilitatea ritmului bazal mai puțin de 5 bătăi/min., observată pe parcursul a mai mult de 40 minute de înregistrare;
- decelerații variabile manifeste sau decelerații precoce repetate manifeste;
- decelerații tardive de orice tip;
- decelerații prelungite;
- tip sinusoid, ale cărui caracteristice sunt prezența curbelor de tip sinusoidal, cu amplitudini mai mari de 25 de bătăi pe minut și absența unui ritm de bază.