

PROTOCOL

CONDUITA ÎN NAȘTEREA PREMATURĂ

INTRODUCERE

Nașterea prematură este aceea care survine între 26 (vârsta gestațională la care fătul este considerat viabil) și 37 de săptămâni complete de amenoree. Termenul "vârsta viabilității fetale" definește vârsta gestațională la care un făt este capabil să supraviețuiască în afara organismului matern.

Expulzia spontană a fătului în afara organismului matern care are loc înaintea atingerii vârstei viabilității fetale poartă denumirea de avort spontan.

Aproximativ două treimi dintre nașterile premature se produc după instalarea spontană a travaliului prematur, restul de o treime survenind iatrogen (operație cezariană sau inducerea travaliului prematur) pentru indicații materne sau fetale. Cea mai frecventă indicație maternă pentru finalizarea prematură a sarcinii este reprezentată de pre-eclampsie și cea mai frecventă indicație fetală o constituie restricția de creștere intrauterină (IUGR) cu evidențe de suferință fetală.

Nașterea prematură complică 5 – 12 % din sarcini și reprezintă principala cauză de mortalitate și morbiditate perinatală la nivel mondial. Prematurul are un risc letal de 120 de ori mai mare decât nou-născutul la termen. Pe de altă parte, prematurii supraviețuitori au un risc important de morbiditate atât pe termen scurt (sindrom de detresă respiratorie, hemoragie intraventriculară, enterocolită ulcero-necrotică, sepsis, retinopatie de prematuritate), cât și pe termen lung (parapareză spastică, deficit neuromotor, deficit intelectual, retinopatie, sechele respiratorii). Dovezi recente arată de asemenea că prematurii sunt predispuși la alterări metabolice în viața adultă.(16,17,18)

Nașterile premature au fost clasificate în funcție de vârsta gestațională la care se produc în:

* foarte precoce (sub 28 de săptămâni complete de amenoree),

* precoce (28 - 32 de săptămâni complete de amenoree)

și

* tardive (33 – 37 de săptămâni complete de amenoree)

Frecvența cu care apare fiecare subtip a fost estimată la 0,28%, 2,2% și, respectiv, 8,9%.

Nașterea prematură la vârste gestaționale mici (sub 32 săptămâni de amenoree) se asociază cu o rată crescută a mortalității perinatale corelată invers proporțional cu vârsta gestațională. Trebuie însă avut în vedere faptul că prematurii născuți la vârsta gestațională de 33 – 37 de săptămâni de amenoree reprezintă categoria majoritară și prezintă și ei un risc semnificativ crescut pentru morbiditate și mortalitate față de categoria nou-născuților la termen (mortalitatea infantilă este semnificativ mai mare în această categorie față de cea a nou-născuților la termen și, în plus, sindromul morții subite infantile este în parte responsabil de această creștere, ceea ce poate sugera că același proces patologic poate fi responsabil și de inducerea nașterii premature). Implicațiile clinice ale acestor observații sunt acelea că nașterea prematură chiar la vârste gestaționale mai mari trebuie privită ca o problemă importantă de sănătate publică și că intervențiile medicale ce au ca scop prelungirea cursului sarcinii sunt benefice pentru reducerea morbidității și mortalității perinatale.

Definiții:

a) Trăvialiu prematur – apariția contracțiilor uterine regulate după 26 și înainte de 37 săptămâni complete de amenoree împreună cu oricare din următoarele:

* ștergerea și/sau dilatația colului uterin
sau/și

* ruptura prematură a membranelor amniocoriale.

b) Ruptura prematură de membrane – ruptura spontană a membranelor amniocoriale la o vârstă gestațională de peste 26 de săptămâni de amenoree și sub 37 de săptămâni complete de amenoree, cu cel puțin o oră înainte de debutul trăvialului.

c) Ruptura precoce de membrane amniocoriale – ruptura membranelor la o vârstă gestațională de peste 37 de săptămâni complete de amenoree, survenită cu cel puțin o oră înainte de debutul trăvialului.

d) Corioamniotita reprezintă inflamația membranelor amniocoriale, a placentei și deciduei și poate surveni pe membrane intacte sau rupte.

1 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

1.1 Evaluarea inițială a gravidelor cu suspiciune de trăvialiu prematur și precizarea diagnosticului de trăvialiu prematur

Standard

Medicul trebuie să precizeze diagnosticul de trăvialiu prematur la o gravidă cu vârsta gestațională între 26 și 37 săptămâni complete de amenoree, în prezența ambelor condiții enunțate mai jos:

* contracții uterine obiectivate de către medic, cu o durată de cel puțin 30 secunde și care apar de cel puțin 4 ori într-un interval de 20 minute sau de cel puțin 6 ori în 60 de minute.

și

* una dintre următoarele:

* membrane rupte cu modificări de col
sau

* membrane intacte și dilatație peste 2 cm
sau

* membrane intacte și ștergerea colului cu peste 80%
sau

* membrane intacte și modificări de col apărute în timpul perioadei de observație, obiectivate prin examen clinic sau ecografic cu sondă transvaginală

Principala problemă de diagnostic diferențial o pune falsul trăvialiu, care se caracterizează prin apariția contracțiilor uterine care, spre deosebire de cele de trăvialiu, sunt neregulate, nu cresc progresiv în durată, intensitate și frecvență și nu produc modificări de col.

Standard

Medicul trebuie să evalueze grăvida și fătul prin următoarele metode:

* determinarea vârstei gestaționale cât mai exact cu putință

* monitorizare cardiocografică pe o perioadă de cel puțin 30 minute, pentru a exclude suferința fetală

* examen ecografic – biometrie fetală, prezentație, situația placentei, eventuale malformații, index de lichid amniotic

* evaluarea contracțiilor uterine: durată, intensitate, frecvență

* examinare genitală cu valve sau specul steril

* evaluare generală maternă: semne vitale, stare generală, patologie asociată

* bilanț de laborator: numărătoare leucocite, sumar de urină și urocultură

* evaluarea modificărilor de col prin măsurare ecografică (transvaginală atunci când este posibil)

Aprecierea lungimii colului prin măsurare ecografică este superioară celei prin tact vaginal. Beneficiul clinic al măsurării colului prin ecografie transvaginală rezidă în valoarea sa predictivă negativă (când lungimea colului este mai mare de 3 cm), evitându-se astfel măsurile terapeutice necesare.

Standard

Medicul trebuie să utilizeze la consultul obstetrical specul sau valve sterile.

Utilizarea unui specul sau valve sterile este necesar pentru a se evita contaminarea microbiană, care este implicată în scurtarea intervalului dintre momentul RM și declanșarea nașterii.

Examinarea cu specul sau valve este valoroasă pentru diagnostic pozitiv și/sau diferențial și, de cele mai multe ori, suficientă deoarece:

- * leucoreea abundentă poate fi confundată de pacientă cu eliminarea de lichid amniotic
- * se obiectivează colul lung și închis sau scurtat sau șters și/sau dilatat
- * proccidența de cordon ombilical poate fi confirmată sau exclusă
- * riscul infecției amniotice nu este crescut de procedură
- * vizualizarea scurgerii lichidului amniotic prin orificiul cervical va stabili diagnosticul de membrane amniocoriale rupte.

Se recomandă medicului să nu efectueze tușeul vaginal pentru stabilirea diagnosticului de RM.

Tușeul vaginal are o valoare diagnostică redusă și crește riscul infecției amniotice.

Standard

Medicul trebuie să evalueze existența factorilor de risc pentru nașterea prematură și ruptura prematură a membranelor amniocoriale:

- * anomalii uterine (de exemplu sept uterin, uter hipoplazic, fibroame)
- * polihidramniosul
- * sarcina multiplă
- * incompetența cervicală
- * preeclampsia
- * fumatul în timpul sarcinii actuale
- * consumul de cocaină în timpul sarcinii actuale
- * nașterea prematură în antecedente
- * infecțiile materne (de exemplu pneumonia, pielonefrita)
- * infecțiile tractului genitourinar matern

Următoarele entități au fost implicate în etiologia nașterii premature:

- * infecția/inflamația
- * ischemia uteroplacentară
- * supradistensia uterină
- * recunoașterea allogenică anormală
- * patologia cervicală
- * anomalii endocrine

Se recomandă medicului să investigheze etiologia travaliului prematur și a rupturii premature a membranelor amniocoriale.

În majoritatea cazurilor cauza rămâne neprecizată, însă tot mai multe dovezi clinice indică infecția membranelor amniocoriale, a placentei și a lichidului amniotic drept cea mai frecventă și importantă cauză a travaliului prematur și a rupturii premature a membranelor. Corioamniotita determină eliberarea de prostaglandine din deciduă care, la rândul lor, stimulează contracțiile uterine, determinând instalarea travaliului; în plus, inflamația membranelor amniocoriale duce la fragilizarea acestora, favorizând ruptura. Dacă membranele amniocoriale se rup ca urmare a altor factori (de exemplu polihidramnios), atunci bacteriile din vagin pot coloniza direct lichidul amniotic. Riscul apariției corioamniotitei crește direct proporțional cu timpul scurs de la ruperea membranelor amniocoriale și cu numărul de tacte vaginale efectuate după aceea.

Standard

Medicul trebuie să evalueze existența corioamniotitei în toate situațiile de travaliu prematur și de ruptură prematură a membranelor amniocoriale.

Corioamniotita este frecvent asimptomatică până la ruperea spontană a membranelor amniocoriale sau până la declanșarea travaliului prematur. Majoritatea pacientelor la care s-a diagnosticat ulterior corioamniotita (prin examen histopatologic sau culturi pozitive) nu au prezentat niciun semn în afara travaliului prematur (febră, durere abdominală, hiperleucocitoză, tahicardie fetală).

Se recomandă medicului să indice recoltarea de produs biologic din fundul de sac vaginal posterior pentru determinarea fibronectinei fetale la gravidele cu VG între 26 și 34 SA și suspiciune de travaliu prematur.

Fibronectina fetală este o glicoproteină produsă de membranele amniocoriale, având rol de moleculă de adeziune a acestora cu decidua maternă; deși prezentă în mod normal în secrețiile cervico-vaginale înainte de 22 săptămâni de amenoree, în fereastra 24 – 34 de săptămâni de amenoree este practic absentă. Apariția acesteia în secrețiile cervico-vaginale în fereastra menționată se asociază puternic cu travaliul prematur (test pozitiv la concentrație > 50 ng/ml). Pot apărea teste fals pozitive dacă s-a efectuat tact vaginal înainte, dacă există sânge sau LA în secreții sau dacă pacienta a avut contact sexual cu mai puțin de 24 ore înainte). Absența fibronectinei fetale în secrețiile cervico-vaginale are o foarte bună valoare predictivă negativă, permițând abținerea de la terapie atunci când testul este negativ.

În cazul gravidelor cu travaliu prematur și membrane amniocoriale intacte se recomandă medicului să indice recoltarea de culturi pentru examene bacteriologice din fundurile de sac vaginal și din canalul cervical.

Microorganismele din vagin ascensionează mai întâi în spațiul corio-decidual și, în unele cazuri, traversează membranele amniocoriale intacte, putând infecta în final fătul. Această cale a fost demonstrată în cadrul studiului a 609 femei care au născut prin cezariană având membrane intacte. Pacientele cu travaliu prematur și culturi pozitive prezintă un risc mai mare de ruptură prematură de membrane, răspund mai slab la tocoliză și prezintă în medie un interval de timp mai scurt între prezentare și naștere. În plus, prezența streptococului de grup B poate induce o patologie fetală infecțioasă severă și impune conduită specifică.

1.2 Precizarea diagnosticului și evaluarea gravidelor cu travaliu prematur și membrane rupte

Standard

Medicul trebuie să precizeze diagnosticul de RM pe baza:

- * anamnezei
- * examenului clinic

Medicul poate să precizeze diagnosticul de RM pe baza examinărilor paraclinice și de laborator.

Standard

Medicul trebuie să încerce să evidențieze la examenul cu valve prezența de LA și eventualele lui modificări.

Diagnosticul clinic care constă în vizualizarea LA clar sau modificat duce la punerea diagnosticului în 90% din cazuri.

Standard

Medicul trebuie să stabilească prin examenul cu valve dacă există procidență a cordonului ombilical.

Procidența sau prolabarea cordonului ombilical impune extragerea fătului viu prin operație cezariană, intervenția având caracter de urgență.

Standard

Medicul trebuie să efectueze următoarele manevre în cazul în care pierderea de lichid nu se produce spontan:

- * apăsarea transabdominală pe fundul uterin
- * să solicite pacientei să efectueze manevra Valsalva

Se recomandă medicului, în cazurile de dubiu asupra diagnosticului de RM, să indice aplicarea unui torșon vulvar steril.

Torșon vulvar steril trebuie schimbat periodic pentru a se observa îmbibarea cu LA.

Medicul poate să efectueze examinarea ecografică obstetricală transabdominală în cazurile cu suspiciune de RM.

Examinarea ultrasonografică obstetricală transabdominală este o metodă care orientează diagnosticul de RM prin vizualizarea oligoamniosului.

Standard

În cazul efectuării examinării ecografice obstetricale transabdominale medicul trebuie să precizeze următoarele date:

- * cantitatea de LA prin realizarea indexului amniotic
- * stabilirea vârstei gestaționale
- * stabilirea dezvoltării fetale (biometria fetală)
- * viabilitatea fetală
- * stabilirea prezentației
- * localizarea placentei
- * anomalii fetale, anexiale sau uterine

Se recomandă medicului să verifice pH-ul vaginal pentru diagnosticul RM.

Medicul poate indica efectuarea testului la Nitrazine pentru diagnosticul RM.

Determinarea pH-ului vaginal asociată cu testul la Nitrazine are o sensibilitate de 90% și 17% rată fals pozitivă.

Standard

Atunci când diagnosticul de ruptură prematură de membrane amniocoriale a fost stabilit, medicul trebuie:

- * să determine viabilitatea fătului
- * să determine vârsta gestațională cu o cât mai mare exactitate
- * să excludă suferința fetală prin monitorizare cardiotocografică pe o durată de cel puțin 30 de minute
- * să recolteze o probă din lichidul amniotic pentru examen bacteriologic și antibiogramă

1.3 Precizarea diagnosticului și evaluarea gravidelor cu travaliu prematur și suspiciune de corioamniotită

Standard

În caz de membrane amniocoriale rupte prematur, medicul trebuie să caute semnele clinice de corioamniotită.

Se recomandă ca medicul să caute existența factorilor predispozanți ai corioamniotitei:

- * ruptura membranelor amniocoriale
- * expunerea membranelor amniocoriale la flora vaginală consecutiv dilatației colului
- * infecțiile cervicovaginale
- * pacientele cu imunosupresie prin patologie asociată sarcinii
- * tacte vaginale repetate efectuate după ruperea membranelor amniocoriale

De exemplu, pacientele HIV pozitive cu imunosupresie clinică (infecție specifică SIDA) sau limfopenie severă (sub 200 Lf T4 / mm³) prezintă risc crescut pentru corioamniotită și pentru transmiterea verticală a HIV la făt.

Standard

Medicul trebuie să suspecteze diagnosticul de corioamniotită în prezența unuia dintre următoarele semne sau/și modificări paraclinice:

- * tahicardie fetală neexplicată de alte condiții asociate
- * febră (peste 37,8°C) neexplicată de alte condiții asociate, prezentă la două examinări succesive la interval de 4-6 ore
- * tahicardie maternă (peste 100 bpm) neexplicată de alte condiții asociate, prezentă la două examinări succesive la interval de 4-6 ore
- * scurgeri vaginale modificate (atunci când membranele amniocoriale sunt intacte) sau LA mirositor (atunci când membranele amniocoriale sunt rupte)
- * hiperleucocitoză maternă (peste 15.000 leucocite/mm³)

Standard

Medicul trebuie să stabilească diagnosticul de corioamniotită dacă la semnele menționate anterior se asociază:

- * scurgeri vaginale purulent-fetide
și/sau
- * sensibilitate uterină crescută la palpare

Standard

Medicul trebuie să indice recoltarea următoarelor probe biologice pentru susținerea diagnosticului clinic de corioamniotită:

- * hemoleucograma
- * examinarea microscopică a frotiurilor colorate Gram din lichidul amniotic necentrifugat în caz de membrane amniocoriale rupte
- * culturi din lichidul amniotic în caz de membrane amniocoriale rupte

Valoarea analizelor necesare în diagnosticul corioamniotitei este următoarea:

* Leucocitoza peste 15.000/mm³ semnaleză riscul CA histologice (OR=14,2; p<0,05, sensibilitate 65%) și riscul de naștere în perioada imediat următoare.

* Culturile din LA demonstrează germenii implicați în producerea infecției și sensibilitatea lor la antibiotice. Cel mai frecvent sunt regăsiți următorii germeni: Streptococul de grup B, Eserichia coli, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis și Chlamydia trachomatis.

- Examinarea microscopică a frotiurilor colorate Gram permite o orientare inițială privind tipul de germeni implicați. Aceasta este necesară pentru instituirea cât mai rapidă a unui tratament antibiotic etiologic.

Se recomandă medicului să indice determinarea proteinei C reactive pentru susținerea diagnosticului clinic de corioamniotită.

Proteina C reactivă este considerată patologică în cursul sarcinii atunci când are valori între 7-20 mg/l. O valoare peste 7 mg/l se asociază cu un risc crescut de CA (OR = 8,4; p < 0,05; sensibilitate: 81%) și pentru naștere prematură.

Se recomandă medicului să nu indice determinarea seriată a numărului de leucocite pentru susținerea diagnosticului clinic de corioamniotită.

Medicul poate confirma diagnosticul de corioamniotită după naștere prin următoarele criterii:

* miros fetid al fătului și a placentei

* membrane amniocoriale opace

- infiltratul inflamator prezent la nivelul membranelor amniocoriale și al placentei la examenul histopatologic

2 CONDUITA

2.1 Conduita profilactică

2.1.1 Măsuri profilactice preconcepționale

Standard

La consultația preconcepțională medicul trebuie să informeze pacienta cu privire la oportunitatea corectării chirurgicale a următoarelor anomalii uterine: septul uterin, fibroamele endocavitare indiferent de mărimea lor și fibroamele intramurale sau subseroase mari.

Standard

La consultația preconcepțională medicul trebuie să consilieze pacienta cu privire la riscurile reprezentate de fumat și de consumul de droguri în timpul sarcinii.

2.1.2 Măsuri profilactice prenatale

La consultația prenatală se recomandă medicului identificarea pacientelor cu risc de naștere prematură (vezi factorii de risc pentru nașterea prematură și ruptura prematură a membranelor amniocoriale enumerați anterior).

Se recomandă medicului să indice efectuarea screeningului și a tratamentului vaginozei bacteriene la toate gravidele cu vârstă gestațională sub 20 de săptămâni de amenoree, pentru reducerea riscului de naștere prematură.

Se recomandă medicului să indice efectuarea screeningului și tratamentului pentru bacteriuria asimptomatică.

Se recomandă medicului să nu utilizeze măsurarea lungimii colului prin ecografie transvaginală ca test de screening.

În prezența antecedentelor de naștere prematură se recomandă medicului măsurarea ecografică a lungimii colului.

Studiile lui Owen și colaboratorii din cadrul Maternal Fetal Medicine Units Network au demonstrat că gravidele cu o lungime a colului sub 25 mm în intervalul 16 – 24 săptămâni de amenoree au prezentat un risc relativ de naștere prematură sub 35 SA de 4,5%, cu o sensibilitate de 69%, specificitate de 80%, valoare predictivă pozitivă de 55% și valoare predictivă negativă de 88%. Într-un alt studiu prospectiv 20% dintre pacientele cu antecedente de naștere prematură au prezentat col sub 25 mm la măsurarea ecografică efectuată la 22 – 25 de săptămâni de amenoree; 37,5% dintre acestea au născut prematur la mai puțin de 35 de săptămâni de amenoree comparativ cu doar 10,6% dintre pacientele cu o lungime a colului de peste 25 mm.

Medicul poate să indice cerclajul profilactic în insuficiența cervicală evidențiată clinic și ecografic sau sugerată de alte situații particulare.

Se recomandă medicului să indice cerclajul profilactic în următoarele situații:

- * cel puțin 3 avorturi de trimestru II sau nașteri premature în antecedente
- * 2 avorturi de trimestru II sau nașteri premature în antecedente pentru care nu a putut fi identificată altă cauză în afara insuficienței cervicale
- un avort de trimestru II sau o naștere prematură în antecedente în cazul gravidelor la care examinarea ecografică transvaginală evidențiază o scurtare a colului sub 25 mm.

Medicul poate indica administrarea de progesteron injectabil intramuscular (sau intravaginal), în cazul gravidelor cu antecedente de naștere prematură.

Medicul poate indica teste pentru depistarea ureaplasma urealyticum și mycoplasma hominis la gravidele cu antecedente de naștere prematură.

Se recomandă medicului ca în cursul consultațiilor prenatale să instruiască toate gravidele cu privire la recunoașterea semnelor travaliului prematur și să le consilieze să solicite asistență medicală specializată imediat ce aceste semne apar.

Semnele precoce sugestive sunt reprezentate de:

- * dureri sau crampe în abdomenul inferior
- * senzația de presiune pelvină
- * dureri sacro-lombare
- * creșterea cantității și/sau modificări de consistență ale secreției vaginale
- * spotting
- * sângerare vaginală

Aceste semne preced de multe ori instalarea travaliului prematur și prezentarea precoce la medic favorizează adoptarea unor măsuri profilactice eficiente.

2.2 Etapizarea conduitei în cazul gravidelor internate cu travaliu prematur și membrane intacte

Standard

Medicul trebuie să trieze cazurile în care se indică prelungirea sarcinii și a celor în care se indică finalizarea sarcinii.

2.2.1 PASUL 1 – Selectarea cazurilor în care se indică finalizarea sarcinii și a celor la care se indică instituirea tocolizei

Standard

Medicul trebuie să finalizeze sarcina cât mai curând cu putință dacă:

* este prezentă suferința fetală

și

* fătul este considerat viabil (vârstă gestațională de cel puțin 26 săptămâni complete de amenoree).

Dacă este prezentă suferința fetală și fătul este viabil, nașterea trebuie finalizată cât mai curând deoarece riscul de moarte fetală este iminent. Dacă fătul nu este considerat viabil (are vârsta gestațională sub 26 SA sau prezintă malformații incompatibile cu viața extrauterină), finalizarea sarcinii în interes fetal nu mai are caracter de urgență.

În cazurile din standardul precedent se recomandă medicului să decidă modalitatea de finalizare a sarcinii în funcție de circumstanțele obstetricale.

Dacă fătul nu este considerat viabil (are vârsta gestațională sub 26 SA sau prezintă malformații incompatibile cu viața extrauterină) se recomandă medicului finalizarea sarcinii pe cale vaginală.

La gravidele cu travaliu prematur, MI și VG între 34 și 37 săptămâni complete de amenoree, se recomandă ca medicul să indice administrarea de preparate tocolitice.

Standard

Dacă vârsta gestațională este între 26 și 34 săptămâni complete de amenoree, medicul trebuie să indice instituirea tocolizei după excluderea altor contraindicații ale suprimării travaliului prematur (vezi contraindicațiile tocolizei).

2.2.2 PASUL 2 – Instituirea tocolizei în cazurile selectate

Standard

În momentul începerii terapiei tocolitice medicul trebuie să excludă următoarele două situații:

* mascarea unei patologii subiacente, cum ar fi infecția

* supra-diagnosticarea travaliului prematur

Standard

Înainte de inițierea tocolizei medicul trebuie să evalueze următoarele contraindicații ale acesteia:

Contraindicații absolute:

* HTA indusă de sarcină, formă severă (preeclampsie, eclampsie, sindrom HELLP)

* moarte fetală in utero

* corioamniotită

* decolare de placentă

* malformații fetale incompatibile cu viața extrauterină

* metroragie importantă

* suferință fetală acută diagnosticată ecografic sau prin monitorizare cardiotocografică

- * sarcină peste 37 săptămâni complete de amenoree
- * alergie cunoscută la tocoliticul ales

Contraindicații relative:

- * travaliu avansat (col șters; dilatația orificiului uterin peste 5 cm)(32)
- * următoarele boli materne:
 - * HTA maternă formă medie
 - * boală cardiacă maternă
 - * hipertiroidism matern
 - * diabet zaharat dezechilibrat

Standard

Medicul trebuie să respecte contraindicațiile absolute ale tocolizei enumerate anterior.

Se recomandă ca medicul să indice una dintre următoarele categorii de tocolitice:

- * β 2-simpatomimetice
- * blocați ai canalelor de calciu
- * antagoniști ai receptorilor de oxitocină
- * sulfat de magneziu
- * inhibitori ai sintezei de prostaglandine
- * donori de oxid nitric

Standard

În cazul în care optează pentru administrarea blocanților de calciu per os, medicul trebuie să le indice sub formă de nifedipinum, comprimate de 10 mg, conform protocoalelor detaliate în Anexa 3.

Blocanții canalelor de calciu au mai puține efecte adverse decât β 2-simpatomimeticele și, după ultimele studii, aceeași potență terapeutică cu acestea, fiind în ultimul timp tot mai mult preferate.

Standard

În cazul în care optează pentru administrarea β 2-simpatomimeticele medicul trebuie să le indice conform protocoalelor detaliate în Anexa 3.

Simpatomimeticele (hexoprenalinum, terbutalinum, ritodrinum, salbutamolum) sunt eficiente în prelungirea sarcinii cu 48 ore, în acest fel fiind de folos în obținerea timpului necesar pentru exercitarea efectului de maturare pulmonară fetală al corticosteroizilor administrați la mamă.

Standard

Medicul trebuie să prevină pacienta despre apariția efectelor adverse ale β 2-simpatomimeticele, mai ales a palpitațiilor.

Efectele adverse ale β 2-simpatomimeticele comparativ cu lipsa tratamentului sau placebo includ palpitații (48% la β -agoniști versus 5% la cazurile control), tremor (39% versus 4%), greață (20% versus 12%), cefalee (23% versus 6%) și dureri precordiale (10% versus 1%) Au fost raportate și efecte adverse severe (un număr mic de decese materne la pacientele care urmau acest tratament). Edemul pulmonar reprezintă de asemenea o complicație severă, asociat de obicei cu o hidratare intensivă. A fost raportat în cadrul unui studiu clinic un singur caz de edem pulmonar la 852 de paciente intrate în studiu.

Standard

În cazul în care optează pentru administrarea antagoniștilor de oxitocină (Atosiban), medicul trebuie să îl indice conform protocoalelor detaliate în Anexa 3:

Argumentare

Antagoniștii de oxitocinum au foarte puține efecte adverse comparativ cu β 2-simpatomimeticele. Pentru atosiban, singurul efect advers documentat este greața (11% față de 5% pentru placebo).

Se recomandă medicului să indice administrarea de inhibitori ai sintezei prostaglandinelor sub formă de indometacinum, supozitoare, ca terapie tocolitică alternativă, conform protocoalelor din Anexa 3.

Inhibitorii sintezei PG sunt eficienți în realizarea tocolizei, având puține efecte adverse materne.

Standard

Medicul trebuie să nu indice administrarea inhibitorilor sintezei PG la vârste gestaționale de la și peste 32 săptămâni de amenoree.

Este strict contraindicat pentru că determină închiderea prematură a canalului arterial la făt.

I se recomandă medicului să nu indice de rutină utilizarea de magnezii sulfas, în scop tocolitic.

Medicul poate indica donorii de oxid nitric (nitroglicerinium – gliceril-trinitrat, isosorbid) ca agenți tocolitici.

Uzul lor este limitat de complianța redusă a pacientelor datorită efectelor adverse (cefalee, hipotensiune), iar la ora actuală nu există suficiente studii care să susțină utilizarea acestora.

2.2.3 PASUL 3 – Terapia cortizonică

Standard

Medicul trebuie să instituie terapia cortizonică în toate cazurile cu VG între 26 și 34 săptămâni complete de amenoree atunci când nașterea nu este iminentă.

Corticosteroidii administrați parenteral la mamă traversează placentă și determină accelerarea maturării pulmonare fetale. Metaanaliza a 21 de studii randomizate a demonstrat o scădere a ratelor de deces neonatal, detresă respiratorie a nou-născutului, hemoragie intraventriculară, enterocolită ulcero-necrotică și de sepsis neonatal, fără o creștere a riscului de deces, corioamniotită sau sepsis puerperal pentru mamă.

Standard

Medicul trebuie să folosească de elecție betamethasonum după următoarea schemă:
* o doză unică de 24 mg fracționată în 2 prize a câte 12 mg injectabil intramuscular la 24 ore interval

Administrarea de betamethasonum se asociază cu o reducere mai mare a riscului de deces neonatal și prezintă mai puține efecte adverse fetale decât dexamethasonum.

Standard

Medicul trebuie să indice administrarea de dexamethasonum atunci când betamethasonum nu este disponibil, după următoarea schemă:

* 4 doze de 6 mg administrate intramuscular la 12 ore interval

Se recomandă medicului să nu indice repetarea dozei de corticoid dacă nașterea nu s-a produs după mai mult de 7 zile de la administrarea corticosteroidului și riscul travaliului prematur se menține.

Se recomandă medicului să nu indice depășirea următoarelor doze maxime admise:

* 24 mg betamethasonum

* 24 mg dexamethasonum

Există dovezi că dozele mari de corticosteroizi administrate antenatal afectează prognosticul intelectual al copiilor tratați in utero.

Se recomandă medicului să nu indice administrarea corticosteroizilor pentru accelerarea maturării pulmonare fetale înainte de 24 și după 34 săptămâni complete de amenoree.

În cazurile cu vârsta gestațională mai mare de 34 săptămâni și imaturitate pulmonară demonstrată prin analizarea lichidului amniotic medicul poate opta pentru administrarea corticosteroizilor.

2.2.4 PASUL 4 Terapia cu antibiotice

Recomandare

Se recomandă medicului să indice profilaxia cu antibiotice în următoarele situații:

* culturi din col pozitive pentru streptococul de grup B

* prezența sau absența streptococului de grup B nu este documentată.

Standard

Medicul trebuie să nu indice antibioprofilaxia gravidelor cu membrane intacte și fără semne de infecție.

Recomandare

Se recomandă medicului să nu indice de rutină profilaxia cu antibiotice în toate cazurile de travaliu prematur cu membrane intacte.

Recomandare

În cazul administrării profilactice, se recomandă medicului să indice următoarele preparate:

* benzylpenicillinum 5 milioane UI i.v. sau i.m. la 6 ore

sau

* ampicillinum 2 g i.m. sau i.v. la 12 ore

sau

* erythromycinum 250 mg i.m. sau i.v. la 6 ore

2.2.5 PASUL 5 – Managementul cazurilor în care s-a reușit suprimarea travaliului prematur

Recomandare

Se recomandă medicului să nu indice efectuarea tocolizei profilactice după suprimarea cu succes a travaliului prematur.

2.2.6 PASUL 6: Managementul cazurilor în care nu s-a reușit suprimarea travaliului prematur

Standard

În alegerea modalității de naștere medicul trebuie să ia în considerare următorii factori:

* condițiile obstetricale

și

* starea fătului

Recomandare

În cazul feților aflați în prezentație craniană, se recomandă ca în absența indicațiilor materne sau fetale pentru operație cezariană, medicul să practice nașterea pe cale vaginală cu:

* menajarea membranelor amniocoriale până la dilatație completă

și

- epiziotomie profilactică

Standard

Dacă membranele amniocoriale se rup spontan, medicul trebuie să examineze genital pacienta cât mai curând posibil.

Examenul clinic este util pentru a exclude un eventual prolaps de cordon ombilical.

Recomandare

Se recomandă medicului să nu efectueze aplicația de forceps de rutină la nașterea fătului în prezentație craniană.

Se recomandă medicului ca în cazurile cu factori de risc suplimentari materni sau fetali (de exemplu preeclampsie, sângerare vaginală, traseu cardiotocografic fetal de alarmă) să indice efectuarea nașterii prematurului prin operație cezariană.

2.3 Etapizarea conduitei în cazul gravidelor cu travaliu prematur și membrane rupte

2.3.1 PASUL 1 – Selectarea cazurilor în care se indică finalizarea nașterii și a celor la care se indică instituirea tocolizei

Standard

Medicul trebuie să trieze cazurile în care se indică prelungirea sarcinii și a celor în care se indică finalizarea nașterii.

Standard

Medicul trebuie să indice finalizarea nașterii în toate cazurile în care există contraindicații absolute pentru efectuarea tocolizei (vezi contraindicațiile tocolizei cu argumentările aferente de la capitolul PASUL 2 – Instituirea tocolizei în cazurile selectate).

2.3.2 PASUL 2 – Instituirea tocolizei în cazurile selectate

Recomandare

Se recomandă ca medicul să indice tocoliza în caz de:

* sarcină cu VG între 26 și 34 săptămâni de amenoree

* absența contraindicațiilor tocolizei enumerate anterior

Standard

Medicul trebuie să adopte aceeași conduită ca cea descrisă la capitolul 2.2.2.

2.3.3 PASUL 3 – Terapia cortizonică

Standard

Medicul trebuie să adopte aceeași conduită ca cea descrisă la capitolul 2.2.3. PASUL 3 – Terapia cortizonică

E

2.3.4 PASUL 4 – Terapia cu antibiotice

Standard

Medicul trebuie să indice administrarea profilactică de antibiotice dacă nașterea nu s-a produs în intervalul de 12 ore de la ruperea membranelor amniocoriale.

Recomandare

Medicului i se recomandă să folosească antibioticele în cazurile cu membrane amniocoriale rupte la care s-a decis instituirea tocolizei.

Administrarea antibioticelor la gravidele cu membrane rupte prematur se asociază cu întârzierea nașterii și reducerea morbidității neonatale. Succesul tocolizei este mai probabil atunci când se asociază terapia antibiotică (ampicilinum + metronidazolum) în cazurile cu membrane amniocoriale rupte.

Standard

Dacă este prezent un fir de cerclaj al colului, medicul trebuie să îl îndepărteze imediat după evidențierea sa și să îl trimită la laborator pentru culturi și antibiogramă.

Recomandare

Se recomandă ca medicul să indice antibioprofilaxia infecției cu streptococ de grup B la toate gravidele cu membrane rupte care nu prezintă culturi negative pentru acest germene efectuate recent.

Antibioticele active pe streptococul de grup B au rolul de a reduce riscul de sepsis neonatal.

Recomandare

Se recomandă medicului ca până la obținerea unor rezultate ale culturilor să indice administrarea profilactică a următoarelor preparate:

* benzylpenicillinum 5 milioane UI i.v. sau i.m. la 6 ore

sau

* ampicillinum 2 g i.m. sau i.v. la 12 ore

sau

* erythromycinum 250 mg i.m. sau i.v. la 6 ore

Utilizarea antibioticelor enumerate este asociată cu scăderea semnificativă a riscului de corioamniotită și de infecție neonatală. Acestea s-au dovedit sigure pentru nou-născut, spre deosebire de asocierea amoxicilină-acid clavulanic care a dus la creșterea riscului de enterocolită ulcero-necrotică .

2.3.5 PASUL 5 – Managementul cazurilor în care s-a reușit suprimarea travaliului prematur

Recomandare

Se recomandă medicului să indice un examen ecografic obstetrical.

Examenul ecografic este indicat pentru evaluarea stării de bine și a creșterii fătului, precum și pentru determinarea indexului de LA.

Opțiuni

Medicul poate opta pentru realizarea amniotinfuziei în cazurile cu oligoamnios sever (AFI sub 2 cm).

Oligoamniosul (index < 2 cm) se asociază cu scurtarea fazei de latență și risc crescut de corioamniotită dar și de moarte fetală în utero. Metoda a fost propusă pentru scăderea riscului de suferință fetală prin compresia cordonului ombilical, precum și pentru scăderea riscului de hipoplazie pulmonară și de sindrom postural în cazurile cu prematuritate extremă.

Amniotinfuzia nu și-a dovedit însă eficiența în scăderea mortalității și morbidității neonatale.

Se recomandă medicului să efectueze demersuri pentru ca sarcina să evolueze spre termen în rarele cazuri în care sunt îndeplinite simultan următoarele condiții:

* eliminarea de lichid amniotic încetează complet după un timp

și

* ecografia indică prezența lichidului amniotic în cantitate normală

și

* nu sunt prezente semne de corioamniotită.

Indiferent de viabilitatea fetală se recomandă medicului să situeze pe prim plan starea maternă.

Standard

În cazurile cu membrane rupte la care s-a reușit suprimarea travaliului prematur medicul trebuie să adopte conduita descrisă în ghidul "Ruptura prematură și precoce de membrane".

2.3.6 PASUL 6 – Managementul cazurilor în care nu s-a reușit suprimarea travaliului prematur

Standard

În cazurile cu membrane rupte la care nu s-a reușit suprimarea travaliului prematur medicul trebuie să adopte conduita descrisă în capitolul 2.2.6. PASUL 6: Managementul cazurilor în care nu s-a reușit suprimarea travaliului prematur

3. URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

3.1 Monitorizarea fetală

Standard

La gravidele la care nu s-a reușit suprimarea travaliului prematur medicul trebuie să indice monitorizare fetală continuă, clinică și / sau CTG.

Fătul prematur tolerează mai greu travaliul comparativ cu cel la termen. Monitorizarea cardiotocografică continuă a prematurului în travaliu a fost asociată cu

o rată mai mică a mortalității și morbidității neonatale deoarece permite surprinderea precoce a suferinței fetale în travaliu și adoptarea unei conduite corespunzătoare. Atunci când traseul cardiotocografic înregistrat este normal riscul de deces neonatal este redus și nașterea se poate efectua în bune condiții pe cale vaginală, în timp ce decelerațiile tardive și variabilitatea redusă a ritmului cardiac fetal bazal se asociază cu creșterea morbidității și mortalității neonatale dacă travaliul este lăsat să continue.

Standard

La gravidele la care s-a reușit suprimarea travaliului prematur medicul trebuie să monitorizeze starea fătului pe toată perioada internării prin:

- * auscultarea cordului fetal

sau

- * monitorizare cardiotocografică
- * test non-stres (începând de la 32 SA)

La gravidele cu MR la care s-a reușit suprimarea travaliului prematur medicul poate să utilizeze profilul biofizic fetal și examinarea Doppler a arterelor ombilicale pentru supravegherea stării de bine a fătului. intraamniotice.

Se recomandă medicului, în cazurile cu MR și prezentație pelviană sau transversă, mai ales dacă este prezentă dilatația colului, monitorizarea continuă cardiotocografică a cordului fetal.

Aceasta este utilă pentru a putea surprinde precoce un eventual prolaps de cordon ombilical.

3.2 Monitorizarea maternă

Standard

Medicul trebuie să urmărească starea maternă atât în cazurile cu membrane rupte, cât și în cazurile cu membrane intacte, indicând să se efectueze următoarele:

- * termometrizare
- * determinarea pulsului matern
- * urmărirea caracterului scurgerilor vaginale
- * urmărirea frecvenței și caracterului durerilor abdominale

Se recomandă medicului, în cazurile de RPmM, să indice aplicarea unui torșon vulvar steril, acesta fiind schimbat periodic pentru a se observa îmbibarea cu LA și caracterul acestuia.

Standard

În cazurile cu membrane rupte tratate conservator medicul trebuie să indice periodic însămânțarea de culturi din lichidul amniotic.

Standard

În cazurile selectate pentru inițierea terapiei tocolitice medicul trebuie să monitorizeze cu atenție atât gravida cât și fătul pe tot parcursul administrării tocoliticului:

- * monitorizare clinică și cardiotocografică până la amendarea contracțiilor
- * termometrizare de 4 ori pe zi
- * TA, AV și CU după cum urmează:
- * la interval de 30 min (primele 2-4 ore), apoi
- * la interval de 2 ore (primele 24 ore), apoi
- * la interval de 6 ore

Standard

În funcție de tocoliticul ales medicul trebuie să monitorizeze atent apariția și agravarea efectelor adverse specifice fiecărui preparat farmaceutic în parte (vezi Anexa 3 și ghidul Tocoliza)

Opțiuni

Dacă episodul amenințării de naștere prematură a fost depășit și dacă pacienta tolerează deplasarea, medicul poate să aibă în vedere externarea în următoarele condiții:

- * col scurtat
- * sarcină unică
- * acces facil la spital
- * suport social la domiciliu (transport la orice oră, telefon)
- * activitate zilnică limitată
- * complianță bună

4 ASPECTE ADMINISTRATIVE

Standard

Medicul trebuie să urmărească și să trateze cazurile cu travaliu prematur și VG sub 34 SA în unități de obstetrică de nivel II sau III, care au condiții de îngrijire a nou-născutului prematur.

Standard

Medicul neonatolog și cel obstetrician trebuie să efectueze demersurile pentru ca transferul nou-născutului prematur și al lăuzei să fie efectuat cu ambulanțe dotate corespunzător.

Standard

Pentru feții cu prognostic extrem de rezervat (de exemplu malformații compatibile cu viața dar cu risc vital neonatal mare sau restricție severă de creștere intrauterină și vârstă gestațională sub 28 SA) medicul trebuie să informeze pacienta cu privire la:

- * șansele reduse de supraviețuire neonatală
- * posibilele sechele ulterioare ale nou-născutului
- * riscurile materne datorate operației cezariene

Operația cezariană prezintă riscuri mai mari pentru hemoragie, endometrită și infecții severe în postpartum comparativ cu nașterea vaginală.

Standard

În cazurile cu MR și cu VG peste 34 SA medicul trebuie să discute cu pacienta, familia acesteia și cu medicul neonatolog riscurile și beneficiile potențiale ale prelungirii cursului sarcinii.

Standard

În cazurile cu VG peste 34 SA și MR, medicul trebuie să adopte conduita conservatoare (prelungirea cursului sarcinii) numai după obținerea și documentarea consimțământului informat al gravidei.

Standard

Medicul trebuie să interneze gravidele cu amenințare de naștere prematură și VG cuprinsă între 32 și 36 săptămâni de amenoree în maternități de grad II sau III cu secție de terapie intensivă neonatală.(1)

Standard

Medicul trebuie să îngrijească gravidele cu amenințare de naștere prematură și VG cuprinsă între 26 și 32 SA sau cele care prezintă și alte morbidități asociate care întunecă prognosticul fetal (de exemplu prematuritate + restricție severă de creștere intrauterină, preeclampsie, etc.) doar în maternități de grad III.

Standard

Înainte internării gravidei cu travaliu prematur sau/și RPmM medicul obstetrician trebuie să anunțe medicul neonatolog și să obțină acordul acestuia pentru internare.

Standard

Cel puțin 2 persoane antrenate în tehnicile de resuscitare neonatală trebuie să fie prezente la nașterea unui prematur cu VG sub 34 SA (dintre care cel puțin un medic de specialitate neonatologie).

5. Medicația utilizată în textul ghidului

ATOSIBAN - nu are DCI (Tractocile, Antocin)

Indicații

Flacon 37.5 mg/5ml sau 6.75 mg/0.9 ml

Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte 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 nulipare) și ștergere a colului uterin de $\geq 50\%$
- vârsta ≥ 18 ani
- vârsta sarcinii cuprinsă între 24 și 33 de săptămâni complete de amenoree
- frecvență normală a bătăilor cardiace fetale

Doza pentru adulți

- 6.75 mg atosiban în bolus i.v. administrat în bolus în interval de 1 minut, apoi
- perfuzie de încărcare cu un ritm de 18 mg/oră(300 mcg atosiban/ min) timp de 3 ore, apoi
- perfuzie de întreținere cu un ritm de 6 mg/ oră (100 mcg atosiban/ min) până la 48 ore

Doza totală administrată în decursul unui ciclu terapeutic complet nu trebuie să depășească 330,75 mg.

Cel mult 3 repetari ale ciclului terapeutic

Contraindicații

- * vârsta gestațională mai mică de 24 sau mai mare de 33 de săptămâni complete de amenoree
- * ruptură prematură de membrane la > 30 săptămâni de amenoree
- * frecvență anormală a bătăilor cardiace fetale
- * hemoragie uterină ante-partum, 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

Sarcină și alăptare

date insuficiente

Atenție!

Efecte adverse

- greață
- cefalee
- amețeli
- tahicardie
- posibila hemoragie în postpartum

Necesită cardiocografie în timpul administrării

Precauție la insuficiența hepatică și renală

Cântărire beneficiu tocoliza versus risc corioamniotită la suspiciunea de membrane rupte.

NIFEDIPINUM

Indicații

Tablete de 10mg, 20mg

Capsule de 10mg, 20mg

Tablete 20mg retard

Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte

Doza pentru adulți

Tocoliza acută1:

- Inițial sublingual: 10 mg la fiecare 15 min în prima oră, până la oprirea contracțiilor

Tocoliza de întreținere1:

- 60-160 mg/zi nifedipinum cu eliberare lentă în funcție de prezența și intensitatea contracțiilor uterine

Contraindicații

- alergie la Nifedipinum
- cardiopatii severe (HTP, tahiaritmie)
- puls peste 120bpm
- TA < 90mmHg sistolica
- frecvență respiratorie > 30/min
- frecvență cardiacă > 170/min
- cefalee agravată
- vomă persistentă
- durere precordială/ dispnee
- concomitența folosirii:
 - * salbutamolului, mai ales i.v.
 - * MgSO4
 - * antihipertensivelor
 - * nitraților

Interacțiuni

- efectul hipotensor poate fi potențat de alte antihipertensive
- administrarea simultană a digoxinum poate crește nivelul plasmatic al acesteia
- cimetidinum crește nivelul plasmatic al nifedipinumului
- rifampicinum crește eficacitatea nifedipinumului
- suc de grapefruit administrat concomitent inhibă metabolismul nifedipinumului determinând concentrații crescute ale acesteia

Sarcină și alăptare

categoria C

Atenție!

Efecte adverse:

- tahicardie, palpitații, hiperemie facială

- cefalee, amețeli
- greață, vărsături

Atenție la:

- * AV > 120/min
- * TA sistolică < 90 mmHg
- * Respirații > 30/ min
- * Senzație de lipsă de aer
- * Cefalee progresivă
- * Vomă persistentă
- * Precordialgii
- * Progresia travaliului

HEXOPRENALINUM (GYNIPRAL)

Indicatii

Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte

Fiolă de 5 ml soluție injectabilă concentrată conținând 0.025 mg sulfat de hexoprenalinum

Doza pentru adulți

* Tocoliza acută: 10 mcg diluat cu ser fiziologic sau soluție glucozată până la 10 ml se administrează i.v. timp de 5-10 min. În continuare, dacă este necesar, se administrează prin perfuzie 0.3 mcg/min.

* Tocoliza masivă: se va începe tratamentul cu 10 mcg ca doză de atac, i.v. lent, urmată de o perfuzie de 0.3 mcg/min. O altă alternativă este administrarea unei perfuzii de 0.3 mcg/min de fără o injectare prealabilă a dozei de atac. Administrarea ca perfuzie (20 picături = 1 ml, calculat pentru trusele de perfuzie obișnuite). Concentrat pentru prepararea perfuziei (în 500 ml ser fiziologic sau soluție glucoză 5%). Doza: 0.3 mcg/min

Nr. Fiole Nr. Picături

1 (25 mcg) 120 pic/ min

2 (50 mcg) 60 pic/ min

3 (75 mcg) 40 pic/ min

4 (100 mcg) 30 pic/ min

* Tocoliza pe termen lung: doza recomandată este de 0.075 mcg/ min. Concentrat pentru prepararea de perfuzie (în 500 ml ser fiziologic izoton cu sângele sau soluție 5% glucoză; doza: 0.075 mcg/ min

Nr. Fiole Nr. Picături

1 (25 mcg) 30 pic/ min

2 (50 mcg) 15 pic/ min

Observație: dozele menționate mai sus sunt doar instrucțiuni generale, tocoliza necesitănd o adaptare individuală pentru fiecare pacientă tratată.

Contraindicații

Aceleași ca pentru nifedipinum

Contraindicații speciale:

- * hipertiroidism
- * afecțiuni cardiace (aritmii tahicardice, miocardite, stenoză aortică subvalvulară hipertrofică, defecte de valvă mitrală)
- * afecțiuni severe hepatice și renale
- * glaucomul cu unghi închis

Doza pentru adulți

- * bocanții receptorilor beta neselectivi reduc sau anulează acțiunea Gynipralum-ului
- * metilxantinele ca teofilina intensifică acțiunea Gynipralum-ului
- * efectul hipoglicemiant al medicamentelor antidiabetice este redus de Gynipralum

- * administrarea concomitentă a altor medicamente cu activitate simpatomimetică cum sunt anumite medicamente pentru circulație sau agenți antiasmatici trebuie evitată deoarece aceasta poate produce efecte de supradozare
- * nu trebuie folosit concomitent cu alcaloizii ergotaminici
- * nu trebuie administrat concomitent cu preparate care conțin calciu sau vitamina D, cu dihidrotahisterol sau cu mineralocorticoizi

Sarcină și alăptare

Categoria ? (neclasificat de FDA)

Atenție!

Efecte adverse

- * edem pulmonar
- * durere precordială
- * ischemie miocardică
- * hipotensiune
- * aritmii
- * insuficiență cardiacă
- * hipopotasemie
- * hiperglicemie
- * dispnee
- * greață, vărsături
- * febră
- * moarte fetală/ maternă
- * tahicardie fetală
- * hipotensiune fetală
- * hiperinsulinemie fetală

TERBUTALINUM

Indicații

Aceleași ca și pentru hexoprenalinum

Fiolă de 1 ml soluție injectabilă conținând 1 mg de terbutalinum

Doza pentru adulți

- * 5 fiole în 500 ml soluție glucozată 5%, 10 picături/ min
- * se crește doza cu câte 10 picături/ min la fiecare 20min până la 80 picături/ min sau până la amendarea contracțiilor
- * se menține doza eficace timp de 12-24 ore după care se reduce gradual cu câte 10 picături/ minut până la suprimare

Contraindicații

Aceleași ca și pentru hexoprenalinum

Interacțiuni

Aceleași ca și pentru hexoprenalinum

Sarcină și alăptare

Categoria B

Atenție

Aceleași ca și pentru hexoprenalinum

RITODRINUM

Indicații

Aceleași ca și pentru hexoprenalinum

Doza pentru adulți

- * 150 mg ritodrinum în 500 ml soluție glucozată 5% (0.3 mg/ml)
- * doza de start: 50 mcg/ min; se crește doza cu 50 mcg/ min la fiecare 10 minute până la încetarea contracțiilor, până la apariția efectelor adverse sau până la doza maximă de 350 mcg/ min
- * după încetarea contracțiilor se scade doza cu 50 mcg la fiecare 30 min până la obținerea celei mai mici doze eficiente

Contraindicații
Aceleași ca și pentru hexoprenalinum
Interacțiuni
Aceleași ca și pentru hexoprenalinum
Sarcina și alăptare
Categorია B
Atenție
Aceleași ca și pentru hexoprenalinum

SALBUTAMOLUM

Indicații
Aceleași ca și pentru hexoprenalinum
Fiolă de 5ml ce conține 5mg de salbutamol
Doza pentru adulți
* 5mg de salbutamol se adaugă în 100ml de soluție de clorură de sodiu 0.9% pentru a obține o soluție de 50 mcg/ ml
* se utilizează administrarea cu ajutorul injectomatului: salbutamol 50 mcg/ ml la o rată de perfuzie de 12 ml/ oră (=10 mcg/ min) și se crește doza cu 4 ml/ oră (= 3.3 mcg/ min) la fiecare 30 min până la încetarea contracțiilor, sau până când pulsul matern atinge 120 bpm, sau până la un maxim de 36 ml/ oră (30 mcg/ min)
Contraindicații
Aceleași ca și pentru hexoprenalinum
Interacțiuni
Aceleași ca și pentru hexoprenalinum
Sarcină și alăptare
Categorია C
Atenție
Aceleași ca și pentru hexoprenalinum

INDOMETACINUM

Indicații
Supozitoare conținând 50 mg
Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte
Doza pentru adulți
* 100 mg intrarectal la 12 ore
* 4 supozitoare sunt de obicei suficiente
* doza maximă admisă este de 400 mg într-un interval de 48 de ore
Contraindicații
Materne:
* leziuni preexistente gastrointestinal
* alergie cunoscută la aspirină sau alte antiinflamatoare nesteroidiene
* tulburări de coagulare sau terapie trombolitică
* disfuncție hepatică sau renală
Fetale:
* vârstă gestațională peste 32 de săptămâni de amenoree
* oligohidramnios preexistent
Interacțiuni
Indometacinum-ul accentuează efectele anticoagulantelor cumarinice (interacțiuni de deplasare); diminuează efectele anticonvulsivantelor, antiparkinsonienelor, efectul antihipertensiv al beta-adrenoliticelor, captoprilului, furosemidei, tiazidelor, prazosinului. Probenecidul accentuează și prelungeste efectul indometacinumului; asocierea cu litiu determina creșterea litemiei și a efectelor toxice determinate de aceasta; cu amine simpatomimetice dă hipertensiune severă.
Sarcină și alăptare
Categorია C

Atenție!

Efecte adverse:

- * cefalee (relativ frecvent)
- * amețeli
- * anorexie
- * iritație rectală și reacții alergice
- * cazuri izolate de hepatită, glomerulonefrită și reacții hematologice

MAGNESII SULFAS (SULFATUL DE MAGNEZIU)

Indicații

Fiole conținând 2 g sulfat de magneziu/ 2 ml

Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte

Doza pentru adulți

- * doza de încărcare: 4g sulfat de Mg în 100 ml sol Ringer lactat pe parcursul a 20 min
- * ulterior se cresc dozele cu 0.5g la fiecare 15 min până la o doză maximă de 4g/oră până când pacienta mai prezintă maxim 1 contracție la 10 min sau se atinge doza maximă
- * doza maximă (4g/ oră) se poate menține până la 48 ore
- * doza terapeutică în sânge este de 2-3 mmol/ L sau 4-6 mEq/ L

Contraindicații

Contraindicații:

- * reacție alergică
- * boala Addison
- * hepatită
- * miastenia gravis
- * insuficiență renală severă
- * deprimare respiratorie
- * bloc atrio-ventricular
- * leziuni miocardice, hipotensiune arterială

Interacțiuni

- * potențează efectul curarizantelor
- * prudență în asocierea cu barbiturice și alte hipnotice sau anestezice generale (risc crescut de deprimare centrală)

Sarcină și alăptare

Categoria B

Atenție!

Precauții/ Interacțiuni:

- * toxicitate potențată în caz de disfuncție renală
- * precauție la pacienți digitalizați
- * frecvent scade alura ventriculară
- * poate fi potențat de nifedipinum, iar administrate împreună accentuează blocada neuromusculară
- * potențează efectele hipnoticelor și sedativelor
- * accentuează efectul toxic al β -mimeticilor

Semnele de intoxicație:

- * scăderea reflexelor osteotendinoase
- * sedare, stare confuzională
- * dispnee
- * hiperemie facială, transpirații
- * hipotensiune
- * colaps cardio-circulator
- * stop cardiac

Se anunță medicul de urgență dacă apar:

- * respirații < 16/min
- * diureză < 30 ml/oră
- * trombocitopenie
- * traseu BCF anormal

TRINITRATUL DE GLICERINĂ (NITROGLICERINUM)

Indicații

Sistem transdermic cu eliberare 0.4 mg/ oră

Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte

Doza pentru adulți

- * se administrează înainte 500 ml soluție Ringer timp de 30-60 min pentru a preveni eventualul efect hipotensor masiv
- * plasture de 10mg trinitrat de glicerină aplicat transdermic cu repetarea dozei la 1 oră dacă persistă contracțiile (doza maximă: 20mg în 24 ore) 2

Contraindicații

- * insuficiență cardiacă
- * glaucom
- * tromboză coronariană acută
- * hipotensiune posturală
- * hipertensiune intracraniană
- * idiosincrazie la Nitroglicerină
- * stări de șoc și colaps
- * anemii grave.

Interacțiuni

- * nu sunt citate interacțiuni cu alte medicamente

Sarcină și alăptare

Categoria C

Atentie!

Efecte adverse

- * cefalee
- * hipotensiune accentuată
- * congestia feței, bufeuri de căldură
- * senzație de sufocare
- * uneori greață, vărsături
- * sudorație
- * slăbiciune, amețeli

BETAMETHASONUM

Indicații

Fiole conținând 4 mg betamethasonum / 1 ml

Pentru administrare la gravidele cu sarcină 24 – 34 SA în scopul accelerării maturării pulmonare fetale – prevenirea sindromului de detresă respiratorie a prematurului. (3,4,5,6,7)

Doza pentru adulți

O doză unică de 24 mg fracționată în 2 prize a câte 12 mg injectabil intramuscular la 24 ore interval.(3,4,5,6,7)

Contraindicații

- * hipersensibilitate la corticosteroizi
- * mai puțin de 24 sau mai mult de 34 SA
- * infecții fungice sistemice
- * trombocitopenie
- * infecție HIV
- * tuberculoză
- * glomerulonefrită acută

Interacțiuni

Medicamente ce scad eficacitatea betamethasonum – barbituricele, rifampicinum, fenitoinum

Betamethasonum scade eficacitatea următoarelor medicamente: anticoagulante, antidiabetice, insulina, izoniazida, vaccinuri, salicilați.

Sarcină și alăptare

Categoria C

Atenție!

Efecte adverse:

- * SNC: depresie, flush, transpirații, cefalee, echimoze, modificări ale dispoziției
- * CV: hipertensiune, colaps circulator, tromboflebite, accidente trombotice
- * GI: diaree, distensie abdominală, hemoragie GI, creșterea apetitului

DEXAMETHASONUM

Indicații

Pentru administrare la gravidele cu sarcină 24 – 34 SA în scopul accelerării maturării pulmonare fetale – prevenirea sindromului de detresă respiratorie a prematurului. (3,4,5,6,7)

Doza pentru adulți

Fiole conținând 8 mg dexamethasonum / 2 ml

Doză unică de 24 de mg fracționată în 4 prize a câte 6 mg, administrate intramuscular la 12 ore interval.(3,4,5,6,7)

Contraindicații

- * hipersensibilitate la corticosteroizi
- * mai puțin de 24 sau mai mult de 34 SA
- * infecții fungice sistemice
- * infecție HIV
- * tuberculoză

Interacțiuni

Scad acțiunea dexamethasonum: colestiraminum, barbituricele, rifampicinum, efedrinum, fenitoinum, teofilinum, antiacidele.

Dexamethasonum scade efectele: anticoagulantelor, anticonvulsivantelor, antidiabeticilor, neostigminei, vaccinurilor.

Asocierea cu următoarele determină potențarea efectelor adverse: alcool, salicilați, indometacin, amfotericină B, digitalice, ciclosporină, diuretice.

Cresc acțiunea dexamethasonum: salicilații, estrogenii, indometacinum, antibioticele macrolide.

Sarcină și alăptare

Categoria C

Atenție!

Efecte adverse:

- * SNC: depresie, cefalee, transpirații, schimbării de dispoziție, euforie, convulsii, insomnie
- * CV: hipertensiune, colaps circulator, tromboflebită, embolism, tahicardie, edeme
- * GI: diaree, distensie abdominală, hemoragie GI, creșterea apetitului

10.4 Anexa 4. Scorul Bishop

Col

0

1

3

4

Poziție

posterior

intermediar
anterior

-

Consistența
ferm
intermediar
moale

-

Scurtare (%)

0-30%

40-50%

50-60%

> 80%

Dilatare (cm)

închis

1-2

3-4

> 5

Nivelul prezentației (cm față de planul strâmtorii mijlocii)

- 3

- 2

- 1

+ 1, +2

Modificarea scorului:

Se va adăuga un punct pentru:

* preeclampsie

* câte un punct pentru fiecare naștere vaginală din antecedente

Se va scădea un punct pentru:

* sarcina suprapurtată

* prematuritate

* ruperea prematură a membranelor amniocoriale

* nuliparitate

Interpretarea scorului:

Indicație pentru maturarea colului cu prostaglandine:

* scor Bishop sub 5

* membrane amniocoriale intacte

* contracții uterine neregulate

Indicație pentru inducerea travaliului cu ocitocină:

* scor Bishop peste 5

* membrane amniocoriale rupte

6. Profilul biofizic fetal (3)

Parametru

Normal (scor = 2 puncte)

Anormal (scor = 0 puncte)
TNS

Mișcări respiratorii fetale

Cel puțin 2 episoade de mișcări respiratorii fetale, cu o durată de cel puțin 30 secunde, în 30 min

Sub 2 episoade de mișcări respiratorii fetale, cu o durată de cel puțin 30 secunde, în 30 min

Mișcări active fetale

3 episoade de MAF în 30 min

2 sau mai puține episoade de MAF în 30

Tonus fetal

Cel puțin un episod de flexie – extensie rapidă a unui membru sau deschidere – închidere pumn.

Mișcări absente sau mișcare lentă și incompletă de flexie – extensie

Volumul LA

Cel puțin un buzunar de LA măsurând cel puțin 2 cm în 2 planuri perpendiculare

Cel mai mare buzunar de LA sub 2 cm în 2 planuri perpendiculare