

# **Prematuritatea ca problemă medico-socială**

**Nașterea prematură:  
asistența medicală în sarcină și  
naștere.**

# PLANUL PRELEGERII

- Introducere
- Definiția NP. Unele date epidemiologice . Frecvența. Clasificarea NP.
- Etiologia NP.
- Diagnosticul iminenței de naștere prematură.
- Diagnosticul nașterii premature declanșate.
- Conduita în iminența de naștere prematură.
- Conduita în NP declanșată.
- Conduita nașterilor premature în caz de rupere prematură a membranelor amniotice.
- Nou-născutul prematur. Date antropometrice, clinice, fiziopatologice. Îngrijirea prematurului.
- Prognosticul nașterilor premature.
- Profilaxia nașterilor premature

# Definiție

NP reprezintă nașterea care se produce de la 22 săptămâni pînă la 37 săptămâni de gestație în rezultatul căreia se naște un copil prematur cu semne de imaturitate.

Definiția dată este în concordanță cu recomandarea **Organizației Mondiale a Sănătății** în **The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**, care pune limita inferioară de vîrstă a nașterilor premature 22 săptămâni de amenoree și 500gr pentru greutatea

# Incidența

- Variaza în lume între 4% și 12% (media 8-10%), dar poate ajunge până la 22% în funcție de calitatea asistenței obstetricale, a identificării gravidelor cu risc și a posibilităților de tratament a iminenței de naștere prematură, în RM NP variaza 4 - 4,5%.

# Clasificarea nașterilor premature:

1. Naștere prematură spontană
2. Naștere prematură provocată – impusă de anumite condiții materne sau fetale
3. Naștere prematură prin calcularea eronată a vârstei gestaționale

# **Clasificarea nașterilor premature în raport cu prognosticul obstetrical al femeilor cu nașteri premature în antecedente:**

- a. NP accidentală – survenită la paciente care au avut una sau mai multe nașteri la termen în antecedente
- b. NP recidivantă - survenită la femei, care au mai avut în antecedente atât NP, cât și nașteri la termen
- c. NP în repetiție – în cazul pacientelor la care nașterea are loc întotdeauna prematur.

# Etiologie. Cauze materne.

## CAUZE GENERALE

- boli infecțioase (gripă, rubeolă, listerioză, toxoplazmoză, salmoneloze)
- infecțiile tractului urinar
- infecțiile cervico-vaginale (cu streptococul beta-hemolitic, trichomonas vaginalis, gonococ)
- hipertensiunea arterială preexistentă sarcinii sau cea indusă de sarcină
- izoimunizarea Rh
- boli cronice cardiace și pulmonare
- icterul de sarcină
- patologii endocrine (diabet zaharat, sindrom adrenogenital, hipertireoza, hipotireoza, sindromul ovarelor polichistice).
- anemiile

# **Etiologie. Cauze materne.**

## **CAUZE LOCO-REGIONALE**

- malformații uterine congenitale (uter septat, uter bicorn, hipoplazia uterină)
- malformații uterine dobândite (sinechiile corporale)
- incompetența cervico-istmică
- fibroame uterine submucoase sau cavitare
- microtraumatisme locale: raporturi sexuale, transport, explorări genitale.



# **Etiologie. Cauze materne.**

## **CAUZE FAVORIZANTE SOCIO-ECONOMICE**

- mame necăsătorite
- sarcini nedorite
- vârsta sub 18 ani sau mai mare de 35 ani
- nivel cultural scăzut
- prezența unui copil mic la domiciliu
- absența sau insuficiența unui control medical
- eforturi fizice mari la serviciu
- intoxicațiile cronice, fumatul, alcoolismul.

# Etiologie. Cauze materne.

## ANTECEDENTE OBSTETRICALE

- NP și/sau avorturi spontane;
- numeroase întreruperi voluntare de sarcină;
- sarcini succedate la intervale prea apropiate.

# Cauze ovulare

- Malformațiile fetale
- sarcinile gemelare
- hipotrofia fetală
- hidramniosul
- anomaliile în morfologia, inserția și funcționarea placentei (placenta praevia, hematomul retroplacentar, insuficiența placentară)
- infecția ovulară

# Coeficientul de risc de naștere prematură (CRNP) propus de Papiernik

< 5p – nu este risc de NP;

5-10 puncte – risc potențial de NP;

> 10p risc cert de NP.

1	Condiții socio-economice mediocre. 2 copii sau mai mulți fără ajutor familial	1 chiuretaj . Interval scurt după nașterea precedentă (1 an între naștere și concepție).	Munca în exterior	Oboseală neobișnuită. Creșterea excesivă în greutate.
2	Sarcină nelegitimă. Vârsta <20 ani sau > 40 ani	2 chiuretaje	Mai mult de 10 țigări/zi. Urcarea a mai mult de 3 etaje fără ascensor.	Sub 5 kg creștere în greutate, albuminurie, TA sist>130mm/Hg TA d>80mmHg
3	Condiții socio-economice total nefavorabile. Talia<150cm, greutatea sub 45kg	3 chiuretaje	Efort fizic excesiv. Serviciu obositor. Călătorii la distanțe mari	Scădere în greutate în luna precedentă. Partea prezentată coboară. Prezența pelviană în luna a 7-a.
4	Vârsta sub 18 ani	Pielonefrită		Metroragii în al II-lea trimestru. Col scurtat. Col permeabil. Contractilitate uterină intempestivă.
5		Malformații uterine. 1 avort spontan tardiv. 1 naștere prematură în anamneză.		Sarcină gemelară. Placenta praevia. Hidramnios.

# Stadiile clinice ale NP

- iminența de naștere prematură (INP)
- travaliu prematur declanșat

# Diagnostic NP

## Simptomele premonitorii

- contractilitate uterină excesivă ;
- crampe suprasimfizare asemănătoare celor menstruale;
- crampe abdominale;
- dureri lombare constante sau cu caracter colicativ;
- senzație de presiune perineală;
- secreție vaginală abundentă;
- poliurie

# Diagnosticul iminenței NP

## SEMNE FUNCȚIONALE

- contracții uterine anormale, dureroase și frecvente, mai mult sau mai puțin regulate, cu discretă creștere a tonusului uterin;
- dureri lombare, abdominale ce pot fi însoțite de senzație de presiune abdominală;
- eliminarea dopului gelatinos;
- scurgere sanguinolentă (uneori). Examenul cu speculul va preciza originea;
- existența unor semne funcționale urinare;

# Diagnosticul iminenței NP

## EXAMENUL OBSTETRICAL

- palparea uterină este utilă pentru:
  - a constata contracțiile uterine
  - a măsura înălțimea fundului uterin
  - a preciza prezentația fetală
- examenul în valve poate pune în evidență:
  - existența unei hemoragii
  - scurgerea lichidului amniotic
  - leucoree (se va preleva o probă pentru examenul bacteriologic)
  - eliminarea dopului gelatinos.
- tușeul vaginal precizează:
  - starea colului uterin (închis, de lungime normală > 25mm.), testul la fibronectina este negativ și a fost exclusă RPMA.



# Sistem de scor pentru evaluarea gravidei cu risc de travaliu prematur sau în travaliu prematur

(după Fernando Arias, 1984)

**> 6 puncte – modificări cervicale importante**

	0	1	2
Segment inferior	Nedezvoltat	Începutul dezvoltării	Protuberant sau craniul angajat
Lungimea colului	> 1 cm	0,5-1 cm	< 0,5 cm
Starea orificiului uterin	Orificiul extern închis	Orificiul extern deschis. Orificiul intern închis	Ambele orificii deschise, permițând un deget
Poziția colului	Posterior	Poziția intermediară	Anterior
Consistența colului	Dură	Moale	Foarte moale

# Examinări complementare

- examen ecografic pentru determinarea lungimii colului uterin(>2,5cm.si canalul cervical inchis) cu biometrie fetală, care precizează cantitatea de lichid amniotic, localizarea placentei, absența malformațiilor fetale, greutatea fătului
- Înregistrare cardiotocografică care permite supravegherea ritmului cardiac fetal, frecvenței contracțiilor uterine.
- investigații pentru depistarea etiologiei infecțioase:
  - tabloul hematologic complet, proteina C-reactivă
  - amniocenteza urmată de culturi a LA în caz de suspiciune de corioamniotită
  - examenul cito-bacteriologic al urinei
  - bacteriologie vaginală.

# Examinări complementare

- teste pentru diagnosticul RPM
- testarea maturității pulmonare:
  - raportul lecitină /sfingomielină ( $N \geq 2,0$ )
  - dozarea fosfatidilglicerolului
  - măsurarea concentrației lecitinei în surfactant (normal  $\geq 3,5\text{mg}/100\text{ml}$ ).
- prezența fibronectinei fetale în secreția vaginală este limitată în aprecierea INP, faptul că această fibronectină lipsește este mult mai semnificativ în a interpreta că acest risc al NP este absent.

# Diagnosticul travaliu prematur declanșat

**Depistarea contractiilor uterine** regulate (1cntracție în 10 min.) care se face pe baza :

- - anamnezei (senzația de întărire a uterului, care atinge pragul dureros);
- - palpării care găsește un uter cu tonusul periodic crescut : contractii uterine ritmice și dureroase, cu frecvența, durata și intensitatea crescând progresiv
- - înregistrării tocografice, determinând intensitatea și frecvența contractiilor.

# Diagnosticul nașterii premature declanșate

**Modificări locale** apreciate prin tușeul vaginal :

- modificări cervicale (ștergere > 80%, dilatare >2cm) ***concomitent*** cu o contractilitate uterină susținută și sistematică
- ruptura de membrane

# Profilaxia NP

- Supraveghere perinatală cu monitorizarea pacientelor cu risc crescut de NP
- Indepărtarea factorilor care au un rol in declanșarea prematura a nașterii, înainte de apariția unei noi sarcini.
- Programele specifice de educatie ale femeilor gravide
- Evitarea actului sexual între săptămânile 20-36 de sarcină la gravidele cu risc crescut pentru NP.
- repaus prelungit la pat și evitarea eforturilor fizice.
- Cerclaj profilactic, aplicat între 14 și 18 săptămâni de sarcină, sub tratament antispastic sustinut.
- Tratarea infectiilor cervico-vaginale
- Amniocenteză terapeutică cu evacuarea a aprox.500ml LA, dacă hidramniosul cauzează supradistensie și contracții uterine
- Corectarea deficiențelor nutriționale

# Conduita nașterilor premature depinde de:

- Integritatea pungii amniotice
- Starea intrauterină a fătului
- Starea generală a mamei
- Vârsta de gestație
- Prezența sau absența semnelor de infecție
- Prezența hemoragiei și caracterul ei.

# Conduita în iminența de naștere prematură

- Repaus la pat , se indica numai progesteron.
- Progesteron natural (Utrogestan, Duphaston) si sedarea gravidei cu (valeriana,crotegiu,leonuri).
- Circlajul colului uterin(14-18 săptămîni)
- Administrarea sulfatului de magneziu ca neeroprotector
- **Tratamentul tocolitic** este indicat in debutul travaliu prematur pina la delatarea colului uterin de 5 cm.
- Agenți tocolitici:
  - $\beta$ -adrenomimetice (Partusisten, Terbutalină, Gynipral)
- Blocante a canalelor de Ca (Nifedipina) și Inhibitori de prostaglandin-sintetază (Indometacin)-preparate de prima linie.
- Atosiban
- Terapia antibacteriană este indicată obligator în travaliu prematur ,în caz de RPMA, horionamnionită și infecții acute la mamă (Ampicilina, Penicilina G ș.a).



# Protocol de administrare a corticosteroizilor

Între 24-33 săptămîni si 6 zile de gestație se vor administra corticoizi pentru accelerarea maturizării plămînilor fetali:

- dexametazonă**: 6mg la fiecare 12 ore-4 doze
- betametazonă**: 12 mg. la fiecare 24 ore-2 doze

Se admite administrarea repetată a corticosteroizilor peste 7 zile.

Administrarea multiplă a corticosteroizilor este contraindicată.

# Conduita în NP declanșată

- Alegerea căii de naștere

## Indicații pentru operația cezariană în NP

- Prezența distocicelor: craniene deflectate, transversă
- Prezența pelviană
- Suferința fetală documentată CTG.
- Nedeclanșarea medicamentoasă a travaliului.
- Condiții obstetricale - placenta praevia, vicii de bazin.

# Conduita în travaliu și expulsie :

1. Conducerea travaliului și asistența la naștere vor fi asigurate doar de către medicul obstetrician.
2. Prezența neonatologului la naștere este obligatorie.
3. Supravegherea cardiotocografică continuă: apariția alterărilor BCF indică operația cezariană.
4. Decubitul lateral stâng pe tot timpul travaliului.
5. Supraveghere acido-bazică fetală prin microanalize ale sângelui recoltat din scalpul
7. Analgezie (anestezia peridurală).

# Conduita în travaliu și expulsie :

8. Antibioticoterapia se administrează în travaliu (și în cazul membranelor rupte). Ampicilina 2gr i/v la fiecare 6 ore.
9. Membranele vor fi menținute intacte cât mai mult posibil.
11. Se preferă nașterea spontană aplicației de forceps în expulsie.
12. Pensarea cordonului se efectuează după un interval de 60 sec. după expulsie, permițând astfel trecerea unei cantități suplimentare de sânge dinspre placentă spre făt.
13. Acordarea primelor îngrijiri și practicarea corectă a măsurilor de reanimare a nou-născutului de către echipa de medici obstetrician-neonatolog-reanimatolog

# Conduita nașterilor premature în caz de RPM

- Dacă sarcina are **peste 34 săpt.** = declanșarea travaliului
- Dacă sarcina este **mai mică de 34 săpt.** - după excluderea semnelor de suferință fetală sau infecție, tactica de conduită include următoarele:
  - Spitalizarea urgentă în secția de patologie;
  - Regim strict la pat;
  - Folosirea scutecelor sterile;
  - Alimentația rațională bogată în vitamine, proteine, glucide

# Conduita nașterilor premature în caz de RPM

- Monitorizarea strictă a stării gravidei:
  - Acuze
  - T corpului, puls, TA
  - IFU și CA
  - Leucocitoza la fiecare 12 ore, formula leucocitară
  - Recoltări repetate pentru bacteriologie a conținutului canalului cervical
  - Proteina C-reactivă
  - Monitorizarea cardiotocografică
  - Monitorizarea ecografică a fătului
  - Eco-Doppler în artera ombilicală.
- Examenenele vaginale repetate vor fi evitate
- Terapia tocolitică se indică pentru 2-3 zile pentru a se efectua profilaxia detresei respiratorii la nou-născut.
- Profilaxia antibacteriana se efectueaza cu macrolide enteral 10-15 zile(eritromicina 500mg.-4 ori pe zi peros).

# Nou-născutul prematur

## Definiție

OMS recomandă noțiunea de prematur pentru toți nou-născuții vii cu o greutate la naștere 500 gr și mai mult, dacă vârsta gestațională este mai mică de 37săpt.

# Clasificarea prematurilor

**Există 4 categorii de prematuri:**

*Dupa criteriul virstei gestationale la nastere*

*-prematunitate extrema(<28s.g.) – mai puțin de 1000gr.*

*-prematunitate severa(28-31s.g) – 1500-1000gr*

*-prematunitate moderata(32-33s.g) - 2000 –1500gr*

*-prematunitate aproape de termen(34-37s.g) - 2500-  
2000gr*



# Diagnosticul de prematuritate nou-nascutului.

## Semne morfologice.

- Structura tegumentelor (subțiri, gelatinoase, catifelate)
- Tegumente roșii, acoperite de lanugo
- Corp neproportional, extremități scurte
- Fața mică, triunghiulară, cu riduri, gura mare și bărbia ascuțită
- Pavilioanele auriculare moi, deformate
- Oasele bolții slab osificate, suturi și fontanele larg deschise
- Ochii prezintă uneori **vestigii** ale membranei pupilare
- Gâtul prematurului este subțire și toracele îngust
- Unghii subțiri
- Țesut adipos foarte redus sau absent
- Cordonul ombilical inserat în etajul inferior al abdomenului
- La nivelul organelor genitale: la băieți testiculele nu sunt coborâte în scrot, iar la fete labiile mari nu le acoperă pe cele mici.

# Îngrijirea prematurului

## În sala de naștere:

- Nașterea are loc în prezența medicului obstetrician și neonatolog.
- Resuscitarea și echilibrarea nou-născutului prematur necesită intervenție imediată.

## Principalele măsuri postnatale imediate:

- Aport adecvat de O<sub>2</sub> la naștere
- aspirarea secrețiilor nazofaringiene
- menținerea unei temperaturi constante

# Îngrijirea prematurului în secția de nou-născuți

- Menținerea unei temperaturi constante, prin asigurarea neutralității termice în timpul perioadei de adaptare la viața extrauterină, ținând copilul în incubator la  $t_0$  35,50C
- Monitorizarea temperaturii nou-născutului prematur în scopul evitării hiper- sau hipotermiei
- Adaptarea O<sub>2</sub> la necesitățile prematurului
- Evitarea traumatismelor
- Supravegherea atentă a prematurului în primele zile, pentru depistarea sindromului de detresă respiratorie
- Echilibrare hidroelectrolitică
- Alimentația precoce la 4-8 ore de la naștere scade riscul de hipoglicemie, hiperbilirubinemie și catabolism excesiv. Prematurii cu greutatea > 2250gr, care nu au dificultăți respiratorii, se pot alimenta la sân. Uneori poate fi necesar gavajul sau alimentația parenterală.
- În caz de suspiciune la infecție, se administrează antibiotice cu spectru larg de acțiune.

