



„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

GHID DE PREVENȚIE PENTRU MEDICUL DE FAMILIE



INTERVENȚII PREVENTIVE INTEGRATE PENTRU SĂNĂTATEA REPRODUCERII

Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă sănătoasă!

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european” finanțat prin Mecanismul Financiar al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021
Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

Programul „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European”

Proiectul PDP 1 „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

Ghid de prevenție pentru medicul de familie

Intervenții preventive integrate pentru sănătatea reproducerii

Proiectul

Ghidul a fost realizat în cadrul proiectului:

„Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)”

Programul „Provocări în sănătatea publică la nivel european”

Promotor

Institutul Național de Sănătate Publică

Dr. Leonte Anastasievici 1-3, 050463, București

www.insp.gov.ro

Parteneri

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”

Bulevardul Lacul Tei 120, 20382, București

<https://www.insmc.ro/>

Disclaimer

Profesioniștii din domeniul sănătății primare sunt încurajați să ia în considerare recomandările acestui ghid atunci când iau decizii clinice în domeniul prevenției. Prezentele recomandări nu înlocuiesc judecata clinică și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sanitar de a lua decizii adecvate circumstanțelor fiecărui pacient, în consultare cu pacientul și/sau tutorele sau îngrijitorul lor.

Autori:

Dr. Cristina Cornelia ISAR

Dr. Cătălina PANAITESCU

Au colaborat:

Şef Lucrări Dr. Mihaela Daniela BALTĂ

Dr. Mihaela BUCURENCI

Dr. Marius MĂRGINEAN

Conf. Univ. Dr. Andrea Elena NECULAU

PHD Mihai Alexandru VĂCARU

Tehnoredactare: Rafflo Florin Radu

Print: Tipografia București

ISBN 978-606-610292-6

Material realizat în cadrul proiectului PDP 1 „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)” finanțat prin Mecanismul Financiar SEE 2014-2021, în cadrul Programului „Provocări în Sănătatea Publică la nivel European”.

Ianuarie 2023, București

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod necesar poziția oficială a Granturilor SEE 2014-2021. Întreaga răspundere asupra corectitudinii și coerenței informațiilor prezentate revine inițiatorilor.

Pentru informații oficiale privind granturile SEE accesați

<https://www.eeagrants.ro/> și <http://www.ro-sanatate.ms.ro/index.php/ro/>

CUPRINS

1. Capitolul 1. Prescurtări și acronime	02
2. Capitolul 2. Introducere	04
2.1. Contextul și importanța problemei	04
2.2. Obiectivele ghidului și cui i se adresează acesta	04
3. Capitolul 3. Situația sănătății reproductive în România și la nivel global	04
4. Capitolul 4. Principalele consecințe asociate indicatorilor de sănătate reproductivă nefavorabili	05
5. Capitolul 5. Domenii ale sănătății reproductive care pot fi ameliorate prin intervenții la nivelul asistenței medicale primare	05
5.1. Evaluarea riscului, screeningul și consilierea pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS)	06
5.1.1. Algoritm de intervenție pentru identificarea persoanelor la risc pentru ITS	06
5.1.2. Sumarul recomandărilor privind screeningul pentru principalele ITS prevalente în România	06
5.1.3. Consilierea pentru prevenirea ITS	10
5.2. Identificarea și evaluarea riscului de infertilitate, consilierea și îndrumarea către serviciile specializate în abordul infertilității	11
5.2.1. Factori de risc pentru infertilitate și structura consultației pentru evaluarea inițială	11
5.2.2. Consilierea pacienților cu risc de infertilitate și îndrumarea către serviciile specializate în diagnosticul și tratamentul acesteia	12
5.3. Informarea în domeniul planificării familiale și consilierea sau îndrumarea către serviciile specializate	12
5.3.1. Sfatul și consilierea contraceptivă	12
5.4. Evaluarea și consilierea pre- și interconcepțională	21
5.4.1. Discuții privind planul reproductiv	22
5.4.2. Revizuirea istoricului medical - boli cronice, boli genetice, medicație	22
5.4.3. Evaluarea factorilor de risc legați de stilul de viață și expunerea la factori de mediu	26
5.4.4. Screeningul infecțiilor cu posibilă transmitere la făt	28
5.4.5. Imunizări	29
5.4.6. Consilierea specifică pe probleme	30
6. Bibliografie	35
7. Anexe	40

CAPITOLUL 1 PRESCURTĂRI ȘI ACRONIME

AAP	- <i>American Academy of Pediatrics</i>
ACOG	- <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ARV	- <i>anti retroviral therapy</i> - antiretrovirală [terapie]
ASRHA	- <i>Australasian Sexual and Reproductive Health Alliance</i>
ASHM	- <i>Australasian Society for HIV, Viral hepatitis and Sexual Health Medicine</i>
BII	- boală inflamatorie intestinală
BIP	- boală inflamatorie pelvină
BTS	- boală cu transmitere sexuală
CDC	- <i>Centers for Diseases Control and Prevention</i>
CHC	- contracepție hormonală combinată
CHP	- contracepție hormonală doar cu progesteron
CI	- coitus interruptus
COC	- contracepție orală combinată
COP	- contracepție orală doar cu progesteron
CRLA	- contracepție reversibilă cu durată lungă de acțiune
CU	- contracepție de urgență
DIU	- dispozitiv intrauterin
DIU-Cu	- dispozitiv intrauterin cu cupru
CU- DIU	- dispozitiv intrauterin pentru contracepție de urgență
DIU-LNG	- dispozitiv intrauterin cu eliberare de levonorgestrel
DMO	- densitate minerală osoasă
ECDC	- <i>European Center for Disease Prevention and Control</i>
EN-NET	- enantat de noretisteron
E	- estrogeni / estrogenice
FAB	- metode bazate pe conștientizarea perioadei fertile
hCG	- gonadotropină corionică umană
HDL	- lipoproteină cu densitate înaltă
HIV	- Human immunodeficiency virus - virusul imunodeficienței umane
HPV	- Human papillomavirus
HSV	- Herpes simplex virus
IMC	- indice de masă corporală
ISRS / SSRI	- inhibitori selectivi de recaptare ai serotoninei
IVC	- inel vaginal cu eliberare de hormoni combinați
LDL	- lipide cu densitate joasă

LES	- lupus eritematos sistemic
LNG	- levonorgestrel
MAL	- metoda amenoreei de lactație
MB	- metode de barieră
MEC	- <i>Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use</i> - criteriile de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor
MPAD	- acetat medroxyprogesteron depot
NNRTI	- nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor
NRTI	- nucleoside reverse transcriptase inhibitor
OMS	- Organizația Mondială a Sănătății
ONU	- Organizația Națiunilor Unite
P	- progesteron / progesteronice
PCU	- pilule / pastile contraceptive de urgență
SPF	- servicii de planificare familială
SPR	- <i>Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use</i> - recomandări de utilizare selectivă în practica contraceptivă
STER	- sterilizare feminină sau masculină
T-CU	- tablete contraceptive de urgență
TEP	- trombembolism pulmonar
TEV	- tromboembolism venos
TVP	- tromboză venoasă profundă
UE	- Uniunea Europeană
UPA	- ulipristal acetat
USPSTF	- <i>United States Preventive Services Task Force</i>

CAPITOLUL 2. INTRODUCERE

2.1. CONTEXTUL ȘI IMPORTANȚA PROBLEMEI

Sănătatea reproducerii a fost definită pentru prima dată în cadrul Conferinței Internaționale privind Populația și Dezvoltarea, organizată de ONU în 1994, la Cairo, care a marcat o schimbare fundamentală în ceea ce privește abordarea globală a aspectelor legate de populație și dezvoltare, prin mutarea accentului de pe obiectivele demografice asupra bunăstării umane.¹ Ca urmare, documentele adoptate în cadrul conferinței au statuat sănătatea sexuală și reproductivă ca fiind un drept fundamental al omului, prevăzând o serie de obiective și planuri de acțiune pentru promovarea acestora și asigurarea egalității dintre sexe. Demersurile în această direcție sunt importante deoarece termenii de sănătate reproductivă și sănătate sexuală au fost folosiți frecvent în literatura de specialitate în sens superpozabil, conducând la ideea că intervențiile din acest domeniu, adresate sănătății femeilor au ca scop principal asigurarea reproducerii.²

Din acest punct de vedere, OMS consideră că:^{3,4,5,6}

- **sănătatea reproducerii** se adresează sistemului și funcțiilor de reproducere în toate etapele vieții și implică „dreptul fiecărei persoane la o viață sexuală sigură, satisfăcătoare și responsabilă, cu păstrarea capacității de a se reproduce și libertatea de a decide dacă, când și cât de des o va face”;
- **sănătatea sexuală** este parte a sănătății reproductivă și presupune “acea stare de bine din punct de vedere fizic, emoțional, mental și social în relație cu sexualitatea și nu doar absența disfuncțiilor, infirmității sau mortalității”, care implică o atitudine pozitivă și respect în abordarea relațiilor sexuale, cu posibilitatea de a avea experiențe sexuale plăcute și sigure, în absența oricărei constrângeri, discriminări sau violențe.

2.2. OBIECTIVELE GHIDULUI ȘI CUI I SE ADRESEAZĂ ACESTA

Unul dintre Obiectivele Globale menționate în **Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă** elaborată de ONU se referă la asigurarea “accesului universal la serviciile de sănătate reproductivă și sexuală, inclusiv planificare familială, informare și educație”.⁷ Ghidul de față încearcă să faciliteze acest demers prin sensibilizarea profesioniștilor din domeniul asistenței medicale primare cu privire la rolul pe care îl au în acest sens, orientarea cu privire la direcțiile de acțiune și sprijinirea intervențiilor specifice.

Date fiind palierele multiple, diversitatea ghidurilor existente și dinamica elaborării unora noi, **ghidul sintetizează doar acele recomandări de bună practică medicală care pot fi înglobate serviciilor preventive oferite la nivelul asistenței medicale primare în configurația actuală a sistemului de sănătate din România:**

- evaluarea riscului și consilierea pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS);
- identificarea riscului de infertilitate, consilierea și îndrumarea către serviciile specializate în tratamentul acesteia;
- informarea în domeniul planificării familiale și consilierea sau îndrumarea către serviciile specializate;
- evaluarea și consilierea pre- și interconceptională;
- monitorizarea sarcinii și serviciile de îngrijire pre- și postnatală (v. ghidul dedicat).

Recomandările se bazează pe ghidurile elaborate de ECDC,⁸ CDC,⁹ USPSTF,¹⁰ ASHRA¹¹ și ASHM¹² (deoarece majoritatea celorlalte ghiduri publicate de organizațiile și societățile profesionale cuprind referiri la ele) și reflectă obiectivele exprimate în documentele de poziție ale organismelor internaționale și europene.^{7,13} S-a ținut cont, de asemenea, de profilul de prevalența al BTS din țara noastră.

Modul în care datele vor fi utilizate va depinde de cunoștințele, deprinderile și rolul fiecăruia, precum și de locul în care este furnizată îngrijirea.

CAPITOLUL 3. SITUAȚIA SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE ÎN ROMÂNIA ȘI LA NIVEL GLOBAL

Analizele de situație efectuate la nivelul UE relevă următoarele valori ale principalilor indicatori de sănătate reproductivă:¹⁴

- în contextul a 1721 de *nou-născuți proveniți din mame ≤ 15 ani* și 101631 de *nou-născuți cu mame având vârsta între 15 și 19 ani*:
 - 42% din nașterile înregistrate la fete de 10 - 14 ani în UE au fost în România;
 - 1 din 2 născuți vii la adolescentele de 10 - 14 ani din UE, s-au regăsit în România;

- 1 din 5 născuți vii la adolescentele de 15 - 19 ani din UE s-au regăsit în România.
- *avorturile la fete cu vârste cuprinse între 15 și 19 ani* au scăzut la 7,4% față de 15,9% în 2010;
- *mortalitatea maternă prin avort* a scăzut în România cu 82% în anul 2015, comparativ cu anul 2000;
- în 2016, aproximativ 9% din *decesele datorate sarcinii, nașterii și lăuziei* din UE s-au înregistrat în România, cu o scădere a acestora cu 61% în perioada 2010 - 2019;
- referitor la *planificarea familială*, în perioada 2010 - 2020, prevalența folosirii metodelor contraceptive la nivel european a fost de 56,7 - 58%, iar în România a variat între 28,5 și 31,8%;
- analiza datelor legate de *BTS* la nivel mondial în anul 2019 a estimat:
 - circa 376 de milioane de cazuri noi de infecție a tractului sexual anual, dintre care un sfert sunt BTS, cu o prevalență a infecțiilor cu Chlamydia, gonoreei, sifilisului și trichomoniazei;
 - > 500 milioane de persoane infectate cu virusul herpes simplex;
 - 300 de milioane de femei cu infecții cu papilomavirus uman;
 - 240 de persoane diagnosticate cu hepatită cronică cu virus hepatitic de tip B.
- în Europa există aproximativ 2,3 milioane de persoane cu *HIV*, dintre care 16486 înregistrate în România, la finele anului 2019.

CAPITOLUL 4. PRINCIPALELE CONSECINȚE ASOCIATE INDICATORILOR DE SĂNĂTATE REPRODUCTIVĂ NEFAVORABILI

Conform studiilor, complicațiile care apar în cursul sarcinii constituie principala cauză de deces a adolescentelor de 15 - 19 ani. Riscurile cele mai frecvente sunt reprezentate de eclampsie, endometrita puerperală și infecțiile sistemice, a căror prevalență este mai mare decât la femeile din grupa de vârstă 20 - 24 de ani. Se întâlnesc, de asemenea cu o incidență mai mare, nașterile premature, greutatea mică la naștere și diverse patologii neonatale.¹⁵

Din cele aproximativ 5,6 milioane de avorturi înregistrate anual în rândul adolescentelor cu vârsta între 15 și 19 ani, 3,9 milioane sunt avorturi la risc, care contribuie la creșterea morbidității și mortalității materne.¹⁵

ITS sunt determinate de o varietate de agenți patogeni care, în anumite situații, pot declanșa boli cu manifestări clinice diverse și complicații variabile:

- infertilitate, sarcini ectopice, avorturi spontane, naștere prematură, endometrite (infecția cu Chlamydia și gonoreea);
- mortalitate perinatală (sifilis);
- creșterea riscului de infecție cu alți patogeni, naștere prematură;
- infertilitate, uretrită, pielonefrită, greutate scăzută la naștere, naștere prematură, meningită sau infecții respiratorii ale nou-născutului (Mycoplasma);
- avort spontan, malformații, defecte de dezvoltare intrauterină a sistemului nervos central, keratoconjunctivita nou născutului (infecția cu herpes simplex);
- cancer de col uterin (infecția cu HPV, responsabilă pentru mai mult de jumătate de milion de cazuri și peste 300000 de decese anual).¹⁴

CAPITOLUL 5. DOMENII ALE SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE CARE POT FI AMELIORATE PRIN INTERVENȚII LA NIVELUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

În toate documentele de profil ale organismelor internaționale se reiterează direcțiile programului de acțiune adoptat în cadrul Conferinței Internaționale privind Populația și Dezvoltarea, organizată de ONU în 1994, la Cairo, care recomandă asigurarea, la nivelul asistenței medicale primare, de servicii în domeniul următoarelor domenii ale sănătății reproductive:¹

- tratamentul infecțiilor sistemului reproducător;
- informarea și educarea pentru prevenirea bolilor cu transmitere sexuală, precum și tratamentul acestora;
- prevenirea infertilității;
- planificare familială - informare, educare, comunicare și servicii;
- prevenirea avorturilor și managementul consecințelor acestora;
- îngrijiri pre- și postnatale (cu accent pe alimentația la sân), inclusiv nașterea în condiții de siguranță; educație și servicii.

5.1. EVALUAREA RISCULUI, SCREENINGUL ȘI CONSILIEREA PENTRU PREVENIREA INFECȚIILOR CU TRANSMITERE SEXUALĂ (ITS)

Prevenția primară a ITS presupune identificarea componentei de risc și recomandarea screeningului. La acestea se adaugă tratamentul ITS, dacă aceasta a fost diagnosticată (ca măsură de prevenire a dobândirii altor ITS, precum și a răspândirii acestora în comunitate) și consilierea.⁹

5.1.1. Algoritm de intervenție pentru identificarea persoanelor la risc pentru ITS

Evaluarea riscului pentru ITS se va face solicitând pacientului informații despre planul reproductiv, istoricul medical, sănătatea sexuală și statusul vaccinal.¹⁶

Se poate folosi abordarea de tip 5P.⁹ (Tabelul nr. 1)

Tabelul nr. 1 Modelul 5P propus pentru evaluarea gradului de risc pentru ITS și al infecției cu HIV

Domenii de explorat	Exemple de întrebări
Partener(i)	- Aveți în prezent o viață sexuală activă? - Ce sex are partenerul/partenera Dvs.?
Practici sexuale	Pentru a înțelege dacă sunteți la risc de a contacta o ITS trebuie să vă pun câteva întrebări cu privire la practicile sexuale folosite recent: - Ce fel de contact sexual aveți sau ați avut: vaginal, anal, oral?
Protecția folosită	- Ați discutat cu partenerul/partenera Dvs. despre mijloacele de protecție împotriva ITS și a infecției cu HIV? - V-ați gândit să vă testați? - Ce mijloace de protecție folosiți? În ce circumstanțe folosiți prezervativul?
Patologia ITS anterioară	- Ați fost vreodată testat(ă) pentru ITS și HIV? - Ați fost diagnosticat(ă) vreodată cu ITS? - Aveți în prezent, Dvs. sau partenerul/partenera, ITS?

În plus, se mai pot pune întrebări pentru identificarea riscului de hepatită și explorarea suplimentară a riscului de infecție cu HIV (- Ați folosit vreodată, Dvs. sau partenerul, substanțe cu administrare injectabilă?), precum și a Planurilor privind o eventuală sarcină.

5.1.2 Sumarul recomandărilor privind screeningul pentru principalele ITS prevalente în România:

Screeningul ITS (Tabelul nr. 2) se adresează următoarelor categorii de persoane:

- adolescenți activi sexual;
- adulți activi sexual, neimplicați într-o relație monogamă cu un partener neinfectat.

Sunt considerați, de asemenea, factori de risc:

- diagnosticul de ITS la data respectivă sau în anul precedent;
- partenerii multipli
- prevalența mare a ITS în comunitatea respectivă.

Testele vor fi prelevate din regiunile anatomice specifice tipurilor de practică sexuală descrise de pacient (de ex. la bărbați având relații sexuale cu bărbați – uretra, rect, faringe).

În ceea ce privește intervalele recomandate pentru efectuarea screeningului, acolo unde acestea nu sunt menționate, decizia va fi luată în funcție de persistența sau apariția unor noi factori de risc, de la ultimul test negativ.



Recomandare

Tabelul nr. 2 Sumarul recomandărilor privind screeningul pentru principalele ITS

	Populația la risc	Recomandare
Chlamydia	<ul style="list-style-type: none"> femeile cu vârsta ≤ 24 de ani, active sexual femeile cu vârsta > 25 de ani, active sexual, dacă sunt la risc (de exemplu, mai mulți parteneri sexuali sau un partener sexual cu ITS) 	<ul style="list-style-type: none"> screening anual¹⁷ - Nivel B retestare la 3 luni după tratament
	<ul style="list-style-type: none"> femeile gravide cu vârsta ≤ 24 de ani femeile gravide cu vârsta > 25 de ani, dacă sunt la risc 	<ul style="list-style-type: none"> screening la data luării în evidență pentru sarcină¹⁷ Nivel B în cazul tuturor femeilor gravide < 25 de ani sau al celor aflate la risc, se recomandă repetarea testării în trimestrul al treilea de sarcină în cazul femeilor gravide cu diagnostic pozitiv al infecției cu Chlamydia, testarea se va repeta după o lună de la tratament și apoi încă o dată, în următoarele 3 luni
	<ul style="list-style-type: none"> bărbații 	<ul style="list-style-type: none"> datele actuale sunt considerate insuficiente pentru a recomanda screeningul în rândul bărbaților cu risc scăzut screeningul este recomandat de unele ghiduri pentru a fi efectuat cel puțin anual (chiar la 3 - 6 luni în condiții de risc) în cazul bărbaților care au relații sexuale cu alți bărbați sau atunci când există un cadru instituțional unde prevalența infecției este, de obicei, mare (clinici pentru adolescenți, școli pentru reeducare ș.a.)
	<ul style="list-style-type: none"> persoanele infectate cu HIV, active sexual 	<ul style="list-style-type: none"> screening la data diagnosticului infecției cu HIV și apoi cel puțin anual
Gonoree	<ul style="list-style-type: none"> femeile cu vârsta ≤ 24 de ani, active sexual femeile cu vârsta > 25 de ani, active sexual, dacă sunt la risc (de exemplu, mai mulți parteneri sexuali sau un partener sexual cu ITS) 	<ul style="list-style-type: none"> screening anual – Nivel B retestare la 3 luni după tratament
	<ul style="list-style-type: none"> femeile gravide cu vârsta ≤ 24 de ani femeile gravide cu vârsta > 25 de ani, dacă sunt la risc mare 	<ul style="list-style-type: none"> screening la dată luării în evidență pentru sarcină¹⁷ Nivel B în cazul tuturor femeilor gravide < 25 de ani sau al celor aflate la risc, se recomandă repetarea testării în trimestrul al treilea de sarcină în cazul femeilor gravide cu diagnostic pozitiv de gonoree, testarea se va repeta în următoarele 3 luni
	<ul style="list-style-type: none"> bărbații 	<ul style="list-style-type: none"> datele actuale sunt considerate insuficiente pentru a recomanda screeningului în rândul bărbaților cu risc scăzut. screeningul este recomandat a se face cel puțin anual în cazul bărbaților care au relații sexuale cu alți bărbați (sau chiar la interval de 3 - 6 luni în cazul celor cu risc mare)
	<ul style="list-style-type: none"> persoanele infectate cu HIV, active sexual 	<ul style="list-style-type: none"> screening la data diagnosticului infecției cu HIV și apoi cel puțin anual

	Populația la risc	Recomandare
Sifilis	<ul style="list-style-type: none"> toate persoanele la risc (circumstanțe sau istoric sugestive, bărbați care au relații sexuale cu alți bărbați, parteneri sexuali multipli, consumatori de droguri, instituții corecționale, comunități cu prevalență mare a bolii, sex comercial) 	<ul style="list-style-type: none"> screeningul tuturor persoanelor la risc¹⁸ Nivel A screening adresat bărbaților asimptomatici considerați la risc în funcție de istoric, circumstanțe și vârstă (< 29 de ani), cel puțin anual în cazul bărbaților care au relații sexuale cu alți bărbați
	<ul style="list-style-type: none"> gravidele 	<ul style="list-style-type: none"> screening în primul trimestru de sarcină, la fiecare sarcină și repetare în trimestrul al treilea în cazul femeilor cu expunere sau comportament la risc.¹⁹ Nivel A Femeile care se prezintă direct în travaliu și al căror status pentru sifilis nu este cunoscut vor fi, de asemenea, testate.
	<ul style="list-style-type: none"> persoanele infectate cu HIV, active sexual 	<ul style="list-style-type: none"> screening la prima evaluare pentru HIV și apoi cel puțin anual.

	Populația la risc	Recomandare
Trichomoniaza	<ul style="list-style-type: none"> femeile asimptomatice la risc (parteneri multipli, consum de droguri, istoric sau circumstanțe sugestive) sau femeile diagnosticate cu altă ITS 	<ul style="list-style-type: none"> screening recomandat femeilor din aceste categorii, active sexual, la luarea în evidență și apoi cel puțin anual

	Populația la risc	Recomandare ^{10, 20}
Herpes simplex	<ul style="list-style-type: none"> femeile evaluate pentru o altă ITS (în special în cazul celor cu parteneri sexuali multipli) 	<ul style="list-style-type: none"> se recomandă testarea în vederea determinării tipului serologic
	<ul style="list-style-type: none"> femeile gravide asimptomatice 	<ul style="list-style-type: none"> nu se recomandă testarea de rutină a femeilor gravide pentru HSV-2; aceasta va fi recomandată numai în cazul gravidelor la risc
	<ul style="list-style-type: none"> bărbații 	<ul style="list-style-type: none"> screeningul poate fi luat în considerare la bărbații care se prezintă pentru evaluarea unei alte ITS. în cazul bărbaților care au relații sexuale cu alți bărbați, serotiparea poate fi luată în considerare atunci când există istoric de ITS neinvestigată
	<ul style="list-style-type: none"> persoanele infectate cu HIV, active sexual 	<ul style="list-style-type: none"> serotiparea poate fi luată în considerare în cazul persoanelor care vin pentru evaluarea unei ITS (în special în cazul celor cu parteneri sexuali multipli)

	Populația la risc	Recomandare ²¹
HPV și cancer cervical	<ul style="list-style-type: none"> femeile cu vârsta între 21 - 29 de ani femeile cu vârsta între 30 - 65 de ani 	<ul style="list-style-type: none"> se recomandă efectuarea examenului citologic la fiecare 3 ani²¹ Nivel A se recomandă una din următoarele:²¹ Nivel A <ul style="list-style-type: none"> la fiecare 5 ani testare hrHPV dacă femeia aparține unei clase de risc înalt la fiecare 5 ani examen citologic și testare pentru HPV (cotestare) examen citologic la fiecare 3 ani

Prezența anumitor factori de risc poate impune un interval mai mic între testele de screening sau continuarea acestuia și după vârsta de 65 de ani (de exemplu, infecția cu HIV, istoric de leziune cervicală pre-canceroasă sau cancer cervical ș.a.).

Nu se recomandă screeningul la următoarele categorii de femei:

- vârsta < 21 de ani;
- vârsta > 65 de ani, la care testele de screening anterioare s-au efectuat la timp și au avut rezultate normale, în absența factorilor de risc crescut pentru cancerul cervical;
- femeile cu histerectomie totală.

	Populația la risc	Recomandare ^{22,23}
HIV	<ul style="list-style-type: none"> femeile cu vârsta între 13 - 64 de ani femeile cu grad mare de risc (consum de droguri injectabile, partener consumator de droguri injectabile sau infectat cu HIV) femeile evaluate în cadrul altei ITS 	<ul style="list-style-type: none"> screeningul se efectuează numai cu consimțământul persoanei în cauza și se recomandă a fi făcut de rutină, cel puțin anual în cazul persoanelor cu risc mare
	<ul style="list-style-type: none"> femeile gravide²³ 	<ul style="list-style-type: none"> screeningul se efectuează numai cu consimțământul gravidei și se recomandă a se face la prima vizită prenatală, cu repetare în trimestrul al treilea de sarcină în cazul femeilor cu risc mare (consumatoare de droguri, diagnosticate cu ITS pe parcursul sarcinii, parteneri sexuali multipli, partener sexual nou, partener sexual cu infecție HIV, comunitate cu prevalența mare a infecției cu HIV). în cazul femeilor care vin în travaliu, fără testare anterioară, screeningul se va face la acel moment, în aceleași condiții (acordul gravidei).
	<ul style="list-style-type: none"> bărbații cu vârsta între 13 - 64 de ani bărbații evaluați pentru o ITS bărbații care au relații sexuale cu alți bărbați 	<ul style="list-style-type: none"> screeningul se efectuează numai cu consimțământul persoanei în cauza și va fi efectuat de rutină, cel puțin anual în cazul bărbaților care au relații sexuale cu alți bărbați, în funcție și de circumstanțe (fără testare anterioară, partener sexual nou)

	Populația la risc	Recomandare
Hepatita B	<ul style="list-style-type: none"> femeile cu risc mare (mai mult de un partener sexual în ultimele șase luni, evaluate pentru altă ITS, administrare curentă sau în antecedente de substanțe injectabile, partener cu AgHBs pozitiv) 	<ul style="list-style-type: none"> screening recomandat²⁴ Nivel B
	<ul style="list-style-type: none"> femeile gravide 	<ul style="list-style-type: none"> screening în primul trimestru de sarcina, la fiecare sarcina și repetare în trimestrul al treilea în cazul femeilor cu expunere sau comportament la risc.²⁵ Nivel A Femeile care se prezintă direct în travaliu și al căror status vizavi de hepatită B nu este cunoscut vor fi, de asemenea, testate
	<ul style="list-style-type: none"> bărbații cu risc crescut (mai mult de o partenera sexuală în ultimele șase luni, evaluați pentru altă ITS, administrare curentă sau în antecedente de substanțe injectabile, partenera cu AgHBs pozitiv) 	<ul style="list-style-type: none"> screening recomandat²⁴ Nivel B
	<ul style="list-style-type: none"> bărbații care au relații sexuale cu alți bărbați 	<ul style="list-style-type: none"> testare pentru AgHBs, anti-HBc și anti-HBs
	<ul style="list-style-type: none"> persoanele infectate cu HIV 	<ul style="list-style-type: none"> testare pentru AgHBs, anti-HBc și anti-HBs

	Populația la risc	Recomandare
Hepatita C	<ul style="list-style-type: none"> populația generală cu vârsta > 18 ani, inclusiv femeile gravide 	<ul style="list-style-type: none"> screening recomandat,²⁶ cu excepția comunităților în care prevalența infecției este < 0,1% Nivel B
	<ul style="list-style-type: none"> persoanele infectate cu HIV 	<ul style="list-style-type: none"> testare serologică recomandată la prima evaluare, apoi anual în cazul bărbaților cu infecție HIV care au relații sexuale cu alți bărbați

În toate cazurile cu diagnostic pozitiv confirmat se va iniția tratamentul, inclusiv al partenerului, pentru prevenirea complicațiilor, reinfectării și diseminării infecției în comunitate.

5.1.3 Consilierea pentru prevenirea ITS



Recomandare

Se recomandă consilierea tuturor persoanelor din categoriile la risc sau diagnosticate cu ITS.^{16,27} B

Sunt considerați factori de risc următorii:

- istoric de ITS în ultimele 12 luni;
- inconsecvență în folosirea prezervativelor;
- parteneri sexuali multipli sau cu risc mare de ITS;
- apartenența la o populație cu prevalență mare a ITS: minorități sexuale și de gen, comportament sexual la risc, instituționalizare recentă în unități corecționale ș.a.

Consilierea poate fi acordată de către medicul curant sau în cadrul serviciilor specializate, atunci când

acestea sunt disponibile. Intervențiile de grup cu durată mai mare de 120 de minute și acordate pe parcursul mai multor întâlniri s-au dovedit a avea cea mai mare eficiență în prevenirea ITS. Intervențiile mai scurte de 30 de minute și acordate într-o singură sesiune pot fi și ele eficiente. Pe parcursul lor se recomandă să se furnizeze informații despre ITS cel mai frecvent întâlnite și căile de transmitere; se va oferi sprijin pentru găsirea motivației în a avea practici sexuale sigure, se va explica folosirea corectă a prezervativului și se va discuta pe tema sexului sigur și a diverselor modalități de rezolvare a problemelor.¹⁷

Consilierea va fi făcută fără atitudine critică, cu empatie și într-un mod adaptat vârstei, nivelului de educație și cultură al pacientului și se va adresa profilului de risc individual.^{16,17}

5.2. IDENTIFICAREA ȘI EVALUAREA RISCULUI DE INFERTILITATE, CONSILIEREA ȘI ÎNDRUMAREA CĂTRE SERVICIILE SPECIALIZATE ÎN ABORDUL INFERTILITĂȚII

5.2.1 Factori de risc pentru infertilitate și structura consultației pentru evaluarea inițială

Conform definiției OMS, infertilitatea se referă la incapacitatea de a concepe un copil după o perioadă de 12 luni de contacte sexuale regulate neprotejate.

Principalii factori de risc pentru infertilitate sunt:¹⁶

- la femeie:
 - vârsta maternală. Probabilitatea unei sarcini începe să scadă după 30 de ani, rata de declin accelerându-se între 37 și 38 de ani și diminuând semnificativ după 42 de ani. Ca urmare, în cazul femeilor cu vârsta > 35 de ani, evaluarea cauzelor unei eventuale infertilități va începe după 6 luni de raporturi sexuale regulate neprotejate fără obținerea unui produs de concepție;
 - obstrucția tubară (prin boală inflamatorie pelvină - frecvent consecința ITS cu Chlamydia trachomatis sau Neisseria gonorrhoea, endometrioză, tuberculoză, eventualele aderențe abdominale și pelvine postchirurgicale, sarcina ectopică, polipii și fibroamele uterine);
 - alte patologii: boala celiacă, boală renală, sindromul ovarului polichistic, sindromul Cushing;
 - greutatea în exces (obezitatea) sau deficitul ponderal important.
- la bărbat:
 - vârsta > 40 de ani;
 - diverse patologii: varicocelul, unele infecții, fibroză chistică, anumite boli autoimune, diabetul zaharat, traumatismele testiculare, tumori hipofizare, sindromul Cushing, unele boli genetice s.a.
 - expunerea la anumiți factori fizici (temperaturi ridicate, radiații și câmpuri electromagnetice), chimici (fum de țigară, consum excesiv de alcool, cafeină, marijuana, cocaină) sau de mediu (anumite pesticide, toxice industriale, metale grele).
 - factori ce țin de stilul de viață: stres, alimentație.

Consultația de evaluare inițială se recomandă să acopere următoarele aspecte:¹⁶

- *istoric medical amănunțit* (intervenții chirurgicale, investigații și tratamente anterioare/în curs, patologii anterioare/prezente), inclusiv în ceea ce privește elementele legate de sănătatea sexuală (ITS, comportament sexual, metode de contracepție și sarcini anterioare), antecedentele heredocolaterale semnificative și stilul de viață;
- *examen clinic*:
 - la femeie: înălțime, greutate, indice de masă corporală, examinarea tiroidei, a sânilor și căutarea semnelor sugestive pentru excesul de hormoni androgeni (acnee, pilozitate excesivă etc.), palparea abdomenului (sensibilitate, mase tumorale);
 - la bărbat: localizare meatus uretral, palparea testiculelor, identificarea unor eventuale patologii locale - varicocel etc.

Apreciem că în România, forma de organizare actuală a majorității cabinetelor de medicină de familie și structura consultațiilor nu permit examenul ginecologic de rutină (eventuale anomalii/modificări la nivel vaginal sau uterin) și în fapt nici examinarea organelor genitale externe masculine.

Ca urmare, recomandăm ca pas următor consilierea și orientarea pacienților către serviciile de specialitate, unde oricum aceștia trebuie în final îndrumați pentru examene de laborator/investigații suplimentare. Biletul de trimitere este bine să conțină motivul clar specificat al consultației solicitate și elementele semnificative evidențiate în cursul anamnezei și examenului clinic. Atunci când există, se vor anexa copii ale documentelor medicale relevante existente în fișa pacienților.

5.2.2 Consilierea pacienților cu risc de infertilitate și îndrumarea către serviciile specializate în diagnosticul și tratamentul acesteia



Recomandare

Se recomandă consilierea cuplurilor care se confruntă cu probleme legate de infertilitate în prezența ambilor parteneri. Consens

În situația în care, consultația inițială *nu identifica factori de risc pentru infertilitate* și/sau nu sunt îndeplinite criteriile de diagnostic al acesteia, în cadrul consilierii trebuie comunicată informația că, în general, 80% dintre cupluri reușesc să conceapă în decursul primului an, dacă vârsta maternă este < 40 de ani, nu se folosesc metode contraceptive și există relații sexuale regulate, iar în cazul celorlalte cupluri, aproape jumătate reușesc să conceapă în decursul celui de al doilea an.²⁸ Se vor face, de asemenea, recomandări referitoare la modalități de creștere a ratei de fertilitate (metode sau dispozitive de predicție/ determinare a momentului ovulației, ameliorarea stilului de viață cu evitarea factorilor de risc pentru infertilitate).

Pentru *cuplurile cu probleme de infertilitate*, medicul de familie este bine să ofere consilierea inițială ce vizează recunoașterea problemei, identificarea și schimbarea unor eventuale comportamente la risc, precum și demararea timpurie a demersurilor necesare diagnosticului și tratamentului, urmând ca apoi aceasta să fie asigurată de o persoană specializată în adresarea nevoilor emoționale și educaționale ale persoanelor cu probleme de infertilitate.

5.3. INFORMAREA ÎN DOMENIUL PLANIFICĂRII FAMILIALE ȘI CONSILIEREA SAU ÎNDRUMAREA CĂTRE SERVICIILE SPECIALIZATE

Serviciile de planificare familială (SPF) integrate serviciilor preventive acordate femeilor de vârstă fertilă contribuie, alături de cele de screening pentru cancerul de col uterin sau de sân, la sănătatea și bunăstarea în domeniul reproducerii.

În acest domeniu, nevoile femeilor de vârstă fertilă variază în funcție de vârstă, context, etapa de viață și se referă, în principal, fie la dorința de a avea o viață sexuală sănătoasă, cu evitarea infecțiilor cu transmitere sexuală, fie de a preveni/amâna o sarcină sau, dimpotrivă, de a concepe și/sau a spația sarcinile în conformitate cu un plan reproductiv personal.

O analiza OMS²⁹ din 2018 a serviciilor de sănătate reproductivă și sexuală în asistența primară din Regiunea Europeană OMS a constatat servicii nesatisfăcătoare de contracepție (inclusiv cele privind contracepția de urgență) și de asistare a avortului în condiții de siguranță, în special cele acordate adolescenților; insuficiența serviciilor de educație și consiliere sexuală vizând prevenția, diagnosticul și managementul BTS, a cancerului de col uterin, respectiv pentru prevenirea și depistarea infertilității; lipsa serviciilor de consiliere pentru abordul violenței bazate pe gen și privind sănătatea și bunăstarea sexuală.³⁰

5.3.1. Sfatul și consilierea contraceptivă

România se confruntă cu o realitate îngrijorătoare: o rată crescută de sarcini la minore (locul 2 în ierarhia europeană), un număr mare de sarcini nedorite și un număr important de avorturi.¹⁴

Un raport OMS³¹ din 2019 privind asigurarea serviciilor de sănătatea reproducerii și sexuală în România a evidențiat lipsa unei strategii comprehensive în acest domeniu, servicii de calitate variabilă și cu acces limitat, mai ales pentru categoriile vulnerabile. De exemplu, în domeniul contracepției și educației privind prevenția bolilor cu transmitere sexuală, este evidențiat deficitul în oferirea de servicii prietenoase pentru adolescenți. În paralel, s-a constatat și insuficiența instruire și de abilități în oferirea acestor servicii de către profesioniștii din asistența primară.

Ghidul de față își propune să readucă în atenția profesioniștilor din asistența primară principiile și principalele recomandări ale celor mai relevante organizații internaționale din domeniul contracepției: OMS,³² CDC,³³ UK.³⁴ El nu este un Manual de contracepție pentru medicul de familie, ci doar un instrument de suport bazat pe dovezi, care să-i permită acestuia să ofere sfat informat și consiliere de bază, respectiv trimiteri pentru suport specializat. Considerăm că, oferirea de servicii de consiliere aprofundată, de către MF se poate face doar de către cei instruiți corespunzător, formarea având la bază un curriculum cuprinzător.

Definiții³²

Contracepția înseamnă prevenirea intenționată a sarcinii de către unul sau ambii parteneri sexuali. Con-

tracepția poate fi mecanică, chimică sau chirurgicală și este fie reversibilă, fie ireversibilă. Alegerile contraceptive se fac pe bază de considerații referitoare la acces, cost, eficacitate, siguranță, convingeri personale și încrederea în capacitatea de a utiliza corect metoda selectată.

Consilierea contraceptivă este definită ca un proces care facilitează selecția și utilizarea contraceptivelor de către beneficiari.

Educația contraceptivă este o componentă integrantă a procesului de consiliere contraceptivă care ajută clienții să ia decizii informate și să obțină informațiile de care au nevoie pentru a utiliza corect metodele contraceptive alese.

Principii

Principal, oferirea de servicii contraceptive universale/cât mai accesibile și acceptabile este un deziderat subliniat de toate documentele programatice importante.³³

O buna calitate a acestor servicii presupune posibilitatea de a alege dintr-o gamă completă de metode contraceptive eficace și sigure; de a primi informații clare și exacte din punct de vedere medical, inclusiv despre riscurile și beneficiile diverselor metode; de a beneficia de suportul unor profesioniști competenți tehnic, capabili să stabilească relații de calitate cu beneficiarii, preocupați să respecte confidențialitatea, preferințele și nevoile acestora, între care și nevoia de alegere informată.³³

Un alt principiu valorizat în ultimii ani și pus în practică, ca model, în clinicile dedicate, este asigurarea de servicii de contracepție „pe loc”, ținând cont de statisticile care arată, de exemplu, că 30 % dintre femeile din US care doresc să-și implanteze un sterilet într-un al doilea timp, nu pe loc la prima vizită, nu se mai întorc. Desigur că, în contextul românesc, o astfel de abordare ar putea fi realizată mai ușor în cadrul unei practici de grup.

Etape

Sunt câteva etape în cadrul vizitei având ca obiectiv contracepția, al căror parcurs asigură cadrul și premisele pentru alegerea informată a metodei contraceptive potrivite și pentru corecta utilizare ulterioară:

1. *Relaționarea într-un spațiu care oferă siguranță, intimitate, confidențialitate*
2. *Obținerea de informații clinice și sociale relevante*
3. *Selecția metodei contraceptive potrivite – include evaluarea*
4. *Oferirea/prescrierea metodei contraceptive alese*
5. *Verificarea înțelegerii informațiilor privind utilizarea corectă a metodei alese*
6. *Suport pentru monitorizarea utilizării*

1. Relaționarea într-un spațiu care oferă siguranță, intimitate, confidențialitate

Conectarea cu persoana într-un spațiu de siguranță și confidențialitate, ascultarea activă și înțelegerea nevoilor acesteia constituie premise importante pentru alegerea unei metode contraceptive potrivite și utilizarea corectă a metodei alese.

2. Obținerea de informații clinice și sociale relevante

Obținerea de informații clinice și sociale relevante pentru înțelegerea specificității cazului (profilul personal/clinic/social) permit recomandarea contraceptivului celui mai eficace și mai sigur din punct de vedere medical.

OMS,³² CDC,³³ UK³⁴ au elaborat criteriile de eligibilitate pentru utilizarea contraceptivelor (*Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use - MEC*) care indică 4 categorii de profile de siguranță bazate pe dovezi (gradata conform GRADE), ale diferitelor contraceptive.

Tabelul nr. 3 Profile de siguranță ale diverselor metode contraceptive

Nivel	Profile de siguranță ale diverselor metode contraceptive
1	O condiție pentru care nu există nicio restricție de utilizare a metodei contraceptive
2	O condiție în care avantajele utilizării metodei contraceptive depășesc în general riscurile teoretice sau dovedite
3	O condiție în care riscurile teoretice sau dovedite, de obicei, depășesc avantajele utilizării metodei contraceptive
4	Situația în care utilizarea metodei contraceptive reprezintă un risc inacceptabil

Vârsta, intervalul scurs de la naștere, dacă femeia alăptează sau nu, un istoric de avort recent sau de sarcină extrauterină, statusul de fumător, obezitatea pot influența siguranța în alegerea diferitelor metode contraceptive.

În egală măsură, prezența unor condiții sau afecțiuni, chiar gradele diferite de severitate ale diverselor afecțiuni, permit adoptarea de recomandări cu mai mare (categoria MEC 1) sau mai mica larghețe (MEC 2), sau dimpotrivă, pot restricționa recomandarea unor metode cu risc acceptabil doar ocazional (MEC 3), respectiv cu risc inacceptabil (MEC 4). (Vezi Anexa 3)

Culegerea de informații referitoare la toate aceste aspecte este esențială pentru corecta informare și recomandare a diverselor metode contraceptive.

În consecință, se vor obține informații legate de următoarele aspecte:¹⁶

- **vârsta;**
- **planul reproductiv** – obiective: dacă dorește o sarcină, când, câte, la ce interval;
- **momentul în care se află beneficiarul:** în relație (tip de relație); alăptare, postpartum, postabortum, sarcină ectopică; după un act sexual recent neprotejat, având risc de BTS etc;
- **statusul de fumător/alte substanțe utilizate;**
- **istoricul medical:**
 - menstrual (inclusiv DUM, frecvența și durata ciclurilor menstruale, nivelul sângerării);
 - antecedente ginecologice și obstetricale - nulipară/primipară etc, afecțiuni;
 - orice afecțiune care ar putea influența alegerea metodei, efectul contraceptivelor alese sau al căror tratament ar putea fi influențat de contraceptivele alese (de ex în cazul epilepsiei și a contraceptivelor hormonale);
 - alergii, stări infecțioase;
- **istoricul privind utilizarea contraceptivelor:** ce metode, ce experiențe, pe ce durată etc, ce dificultăți au avut, ce efecte secundare;
- **istoricul sexual:** practici sexuale, parteneri (număr, sex, posibilitatea unor practici sexuale concurente), poziția partenerilor în raport cu practicile contraceptive;
- **istoricul de BTS,** metode de prevenire ale BTS.

În egală măsură este importantă înțelegerea preferințelor femeilor legate de diverse aspecte: contraceptivul „preferat” este cu durată lungă sau scurtă de acțiune, cu efect reversibil sau ireversibil/sterilizant, cu utilizare cât mai rară sau cu posibilă administrare zilnică sau la nevoie; există nevoia de prevenție concomitentă a BTS, dorința de „a nu lua hormoni”, de a păstra în control propriu momentul întreruperii sau reluării metodei; nevoia de păstra secret faptul că utilizează o metodă contraceptivă etc. Toate acestea vor influența decisiv alegerea metodei preferate.

3. *Selecția metodei contraceptive potrivite*

Metoda contraceptivă cea mai potrivită este metoda dorită, dintre cele mai sigure medical pentru profilul persoanei, cu eficacitatea practică cea mai bună (eficacitatea în contextul unui anumit mod de utilizare), având efecte adverse și un mod de utilizare acceptabile. (Vezi Algoritm Anexa 1 și Metode contraceptive Anexa 2)



Recomandare

Se recomandă ca profesioniștii să-și informeze beneficiarele despre o paletă cât mai largă de metode contraceptive, preferabil începând cu metodele cele mai sigure și eficiente, cu sublinierea potențialelor efecte adverse și a barierelor în utilizare. Consens

Factori socio-comportamentali ar putea influența probabilitatea utilizării corecte și consecvența a metodei alese. Frecvența și comoditatea utilizării, încrederea în capacitatea de a putea folosi metoda în mod corect și consecvent sunt aspecte pe care utilizatorii ar trebui să o ia în considerare.

Părerea partenerului sexual, existența de tensiuni, posibilitatea violenței domestice și a violenței sexuale ar putea împiedica utilizarea corectă și consecvența a metodei contraceptive și trebuie luate în considerare în alegerea ei.^{35,36,37} De exemplu, un DIU sau un implant ar putea fi preferate, pentru că nu necesită acordul și participarea partenerului.

Prezența de tulburări în sfera sănătății mentale și comportamentele de consum sau abuz de substanțe pot influența motivația sau capacitatea de a fi consecvenți în utilizarea anumitor metode.^{35,38}



Recomandare

Se recomandă informarea beneficiarelor cu prioritate despre faptul că majoritatea metodelor contraceptive sigure și eficiente nu asigură protecția împotriva infecțiilor cu transmitere sexuală și probabilitatea apariției acestora trebuie luată, de asemenea, în considerație. Consens

Este de așteptat ca utilizatorii să dețină informații limitate, unele eronate.



Recomandare

Se recomandă oferirea de informații bazate pe dovezi cu privire la eficacitate, efectele secundare și limitele metodelor contraceptive; se recomandă a le oferi într-o manieră clară, concisă, nepărtinitoare, prietenoasă și adoptând o atitudine non-critică. (Vezi Tabelul 4) Consens

Tabelul nr. 4 Recomandări – traducere WHO MEC 2015

Subiect	RECOMANDARE (Categoria MEC 1-4)	GRADE Tăria dovezii (dovezi de calitate)
1. Recomandări pentru Contracepție Hormonală Combinată (CHC) pe grupe de vârstă		
CHC include – combinații orale (COC), injectabile (CIC), plasturi (PC) și inel vaginal (IVC) cu eliberare de CHC		
< 40 ani	Femeile fertile, de la menarhă la 40 ani pot folosi CHC fără restricții. (MEC 1)	Interval: joasă spre foarte joasă
≥ 40 ani	Femeile de 40 ani și peste pot, în general, utiliza CHC. (MEC 2)	
2. Recomandări pentru CHC la femeile care alăptează		
< 6 săpt. post-partum	Femeile care alăptează, în perioada < 6 săpt. post-partum nu trebuie să utilizeze CHC. (MEC 4)	Interval: joasă spre foarte joasă
≥ 6 săpt.- <6 luni post-partum	Femeile care alăptează, în perioada ≥ 6 săpt.- <6 luni post-partum (alăptare ca metodă unică/principală de nutriție a n.n. nu ar trebui, în general, să utilizeze CHC. (MEC 3)	
≥ 6 luni post-partum	Femeile care alăptează, în perioada ≥ 6 luni post-partum pot, în general, utiliza CHC. (MEC 2)	

3. Recomandări pentru CHC la femeile în post-partum		
< 21 zile post-partum fără alți factori de risc pt. tromboembolism venos (TEV)	Femeile sub < 21 de zile post-partum, chiar dacă nu au alți factori de risc pentru TEV, în general, nu trebuie să utilizeze CHC. (MEC 3)	Interval: joasă spre foarte joasă
< 21 zile post-partum cu alți factori de risc pt. tromboembolism venos (TEV)	Femeile sub < 21 de zile post-partum, dacă au alți factori de risc pentru TEV, nu trebuie să utilizeze CHC. (MEC 4)	
≥ 21 de zile și 42 de zile post-partum, fără alți factori de risc pentru TEV	Femeile între ≥ 21 de zile și 42 de zile post-partum, fără alți factori de risc pentru TEV pot, în general, utiliza CHC. (MEC 2)	
≥ 21 de zile și 42 de zile post-partum, cu alți factori de risc pentru TEV	Femeile între ≥ 21 de zile și 42 de zile post-partum, cu alți factori de risc pentru TEV nu pot, în general, utiliza CHC. (MEC 3)	
> 42 de zile post-partum	Femeile > 42 de zile post-partum pot utiliza CHC fără restricție. (MEC 1)	
4. Recomandări pentru CHC la femeile cu boală venoasă		
Varice venoase	Femeile cu varice hidrostatice pot utiliza CHC fără restricție. (MEC 1)	Foarte joasă
Tromboză venoasă superficială (TVS)	Femeile cu TVS pot, în general, utiliza CHC. (MEC 2)	
5. Recomandări pentru CHC la femeile cu dislipidemie cunoscută		
Dislipidemie cunoscută fără alți factori de risc cardiovascular (FRCV)	Femeile cu dislipidemie cunoscută, fără alți factori de risc cardiovascular pot, în general, utiliza CHC. (MEC 2)	Foarte joasă
6. Recomandări pentru contraceptive numai cu progestogen (CP) și DIU –LNG la femeile care alăptează		
6a. CP la femeile care alăptează include: pilule (POP), implante (CImP) și injectabile (CIP) cu progesteron		
< 6 săpt. post-partum	Femeile care alăptează, în perioada < 6 săpt. post-partum pot, în general, să utilizeze pilule orale cu progesteron (<i>progestogen-only pills</i> POP) și implante cu levonorgestrel (CImP-LNG) și etonogestrel (CImP - ETG). (MEC 2) Femeile care alăptează, în perioada < 6 săpt. post-partum nu ar trebui, în general, să utilizeze injectabile cu progesteron (CIP) (MPAD or EN-NET). (MEC 3)	Interval: joasă spre foarte joasă
≥ 6 săpt.- <6 luni post-partum	Femeile care alăptează, în perioada ≥ 6 săpt.- <6 luni post-partum pot utiliza fără restricție POPs, CIP și CImP-LNG and CImP - ETG. (MEC 1)	
≥ 6 luni post-partum	Femeile care alăptează, în perioada ≥ 6 luni post-partum pot utiliza fără restricție POP, CIP, și CImP-LNG and CImP - ETG. (MEC 1)	

6b. DIU-LNG la femeile care alăptează		
< 48 ore post-partum	Femeile care alăptează, în perioada < 48 ore post-partum pot, în general, utiliza DIU-LNG. (MEC 2)	Foarte joasă
≥ 48 ore la < 4 săpt. post-partum	Femeilor care alăptează, în perioada ≥ 48 ore la < 4 săpt. post-partum nu ar trebui, în general, să li se insereze un DIU-LNG. (MEC 3)	
≥ 4 săpt. post-partum	Femeile care alăptează, în perioada ≥ 4 săpt. post-partum pot utiliza fără restricție un DIU-LNG. (MEC 1)	
Sepsis puerperal	Femeile cu sepsis puerperal au contraindicație la inserarea unui DIU-LNG. (MEC 4)	
7. Recomandări pentru utilizarea subcutanată a medroxiprogesteron acetat depot (MPAD-SC)		
Toate recomandările	Recomandările sunt similare cu cele pentru administrarea intramusculară MPAD-IM (intramuscular).	Foarte joasă
8. Recomandări pentru Sino-implant (II)		
Toate recomandările	Recomandările pentru Sino-implant (II) sunt similare cu cele pentru implantele cu LNG.	Interval: Moderat la foarte joasă
9. Recomandări pentru contracepție de urgență: pilule contraceptive de urgență (PCU) , ulipristal acetat (UPA)		
Sarcină	Nu se aplică	Foarte joasă
Alăptare	Femeile care alăptează pot utiliza, fără restricție, contraceptive orale combinate (COC) sau LNG ca pastile contraceptive de urgență (PCU). (MEC 1) Femeile care alăptează pot, în general, utiliza UPA ca metodă contraceptivă de urgență. (MEC 2)	
După sarcină ectopică	Femeile care au avut sarcini ectopice pot utiliza COC, LNG sau UPA ca PCU, fără restricții. (MEC 1)	
Istoric de boală cardiovasculară severă	Femeile cu istoric de boală cardiovasculară severă, inclusiv cele cu boală coronariană ischemică, AVC, alte condiții tromboemboligene, pot, în general, utiliza COC, LNG sau UPA ca PCU. (MEC 2)	
Migrene	Femeile cu migrene pot, în general, utiliza COC, LNG sau UPA ca PCU. (MEC 2)	
Afecțiuni hepatice severe	Femeile cu afecțiuni hepatice severe, inclusiv cele cu icter, pot, în general, utiliza COC, LNG sau UPA ca PCU. (MEC 2)	
Utilizare de inducatori de CYP3A4	Femeile care utilizează inducatori de CYP3A4 pot utiliza, fără restricții, COC, LNG sau UPA ca PCU. (MEC 1)	
Utilizarea repetată de PCU	Nu sunt restricții la utilizarea repetată de COC, LNG sau UPA ca PCU. (MEC 1)	
Viol	Nu sunt restricții la utilizarea COC, LNG sau UPA ca PCU. (MEC 1)	
Obezitate	Femeile cu obezitate pot utiliza COC, LNG sau UPA ca PCU. (MEC 1)	

10. Recomandări de dispozitive intrauterine (DIU) pentru femeile cu risc crescut de boli cu transmitere sexuală (BTS)		
DIU inițiere	Multe femei cu risc crescut de BTS pot primi recomandarea de a iniția inserția unui DIU cu cupru (DIU-Cu) sau DIU-LNG. (MEC 2) Unele femei la risc crescut (având probabilitate individuală foarte înaltă de BTS) vor primi recomandarea de a temporiza inserția unui DIU până după testare și, la nevoie, după tratamentul BTS diagnosticate. (MEC 3)	Fără noi dovezi
DIU continuare	Femeile cu risc crescut de BTS pot în general continua utilizarea unui DIU - Cu sau DIU-LNG. (MEC 2)	
11. Recomandări pentru utilizarea inelelor intravaginale cu eliberare de progesteron (IVP) – meto- dă nouă		
Alăptare și la peste ≥ 4 săpt. post-par- tum	Femeile care alăptează activ/ca metodă principală și sunt la peste 4 săpt. post-partum pot utiliza IVP fără restricție. (MEC 1)	Joasă
12. Recomandări pentru utilizarea contracepției hormonale la femei cu risc înalt pentru infecție HIV, având infecție HIV și având infecție HIV în tratament cu antiretrovirale (TAR)		
12a. Femei la risc înalt pentru infec- ție HIV	Femeile cu risc crescut de a contracta HIV pot folosi fără restricții următoarele metode contraceptive hormonale: COC, contraceptive injectabile combinate (CIC), plasturi și inele contraceptive combinate, POP, POI (DMPA și NET-EN) și implanturi LNG și ETG. (MEC 1) Femeile cu risc crescut de a dobândi HIV pot folosi, în general, DIU-LNG. (MEC 2)	Interval: Mode- rată spre foarte joasă
12b. Femei cu infecție HIV asim- ptomatică sau cu formă clinică ușoa- ră (stadiu 1 - 2 OMS)	Femeile cu infecție HIV asimptomatică sau cu formă clinică ușoară (stadiu 1 - 2 OMS) pot utiliza, fără restricții, următoarele metode de contracepție hormonală: COC, CIC, plasturi și inele vaginale combinate; POP, CIP (MPAD și EN-NET) și implanturi CImP-LNG, CImP – ETG. (MEC 1) Femeile cu infecție HIV asimptomatică sau cu formă clinică ușoară (stadiu 1 - 2 OMS) pot utiliza, în general, DIU-LNG. (MEC 2)	
12c. Femei cu in- fecție HIV formă clinică severă sau avansată (stadiu 3 - 4 OMS)	Femeile cu infecție HIV formă clinică severă sau avansată (stadiu 3 - 4 OMS) pot utiliza, fără restricții, următoarele metode de contracepție hormonală: COC, CIC, plasturi și inele vaginale combinate; POP, CIP (MPAD și EN-NET) și implanturi CImP-LNG, CImP – ETG. (MEC 1) Femeile cu infecție HIV formă clinică severă sau avansată (stadiu 3 - 4 OMS) în general, nu pot iniția DIU-LNG, până când situația clinică nu s-a îmbunătățit, ajungând în stadiul 1 - 2 OMS. (MEC 3) Femeile care au un DIU –LNG implantat și care dezvoltă infecție HIV severă sau avansată, nu necesită îndepărtarea DIU. (MEC 2 pt continuare)	Interval: Mode- rată spre foarte joasă
12d. Femei cu in- fecție HIV în trata- ment antiretriviral (TAR)	Recomandările exced interesul/competența MF	

a Evaluarea GRADE include 4 categorii de calitate: foarte scăzută, scăzută, moderată și înaltă. Atunci când este prezentat un interval, intervalul reflectă evaluarea calității GRADE pentru rezultatele (*outcomes*) importante și/sau pentru o serie de metode contraceptive

Alegerea, încrederea în metodă și utilizarea ei corectă și consecventă depind și de încrederea în profesionistul care o recomandă, la rândul ei încrederea fiind influențată de calitatea raportului și interacțiunii cu beneficiarul.¹⁶

Evaluarea clinică și alegerea metodei

De principiu, majoritatea persoanelor nu necesită o evaluare clinică specială ca o precondiție în selecția metodei contraceptive și temporizarea oferirii de servicii contraceptive sub acest motiv nu este recomandată.



Recomandare

Se recomandă a nu limita oferirea de consiliere și servicii contraceptive necesare (cu atât mai mult în cazul femeilor cu venituri mici sau adolescentelor), sub pretextul imposibilității efectuării unor examene fizice sau de laborator, întrucât majoritatea femeilor nu vor avea nevoie deloc sau au nevoie de puține examinări sau teste de laborator înainte de a începe o metodă contraceptivă. Consens

În general, pentru multe dintre metodele recomandate, sunt necesare doar: măsurarea tensiunii arteriale, a greutateii și estimarea, cu acuratețe rezonabilă a probabilității de sarcină. (vezi Tabelul 5)

Măsurarea tensiunii arteriale anterior inițierii contracepției hormonale combinate este importantă.

Măsurarea greutateii corporale nu limitează tipul de contraceptiv ales, dar înregistrarea greutateii de bază poate permite monitorizarea ulterioară și consilierea legată de posibila creștere în greutate în relație cu anumite metode contraceptive.

Anamneza e de cele mai multe ori suficientă pentru a stabili probabilitatea de a fi însărcinată,³⁹ în caz de dubiu se aplică un *test de sarcină* anterior inițierii unei metode contraceptive.

În cazul majorității adolescentelor sau femeilor adulte, nu este nevoie de examen genital (cu excepția situației când se alege inserția DIU), PAP test, examenul sânilor, screening de BTS, determinări de laborator: glicemie, profil lipidic, enzime hepatice, hemoleucogramă, screening de trombofilie, ca teste obligatorii anterior alegerii metodei contraceptive. (vezi Tabelul 5)

Niciun test sau examinare nu sunt necesare în cazul contracepției de urgență.

Tabelul nr. 5 Conținutul evaluării inițiale în cazul alegerii unei metode contraceptive pt femei

Evaluare la inițierea unei metode contraceptive pentru femei								
	IUD Cu-IUD LNG-IUD	Implant (progesteronic)	CHC: Injectabil	CHC: COC Plasture Inel vaginal	C numai cu progesteron Pilula Injectabil	Prezervative Femei Bărbați	Diafragma sau cupa cervicala	Spermicide
Examinare								
TA	C	‡	‡	‡	‡	C	C	C
G și IMC	—†	—†	—†	—†	—†	C	C	C
Ex. sânilor	C	C	C	C	C	C	C	C
Ex. gineco bi-manual	A	C	C	C	C	C	A	C
Teste laborator								
Glucoza	C	C	C	C	C	C	C	C
Lipide	C	C	C	C	C	C	C	C
Enzime hepatice	C	C	C	C	C	C	C	C

HLG (Hb)	B	C	C	C	C	C	C	C
Trombofilie	C	C	C	C	C	C	C	C
PAP Test	C	C	C	C	C	C	C	C
Screening ITS	A**	C	C	C	C	C	C	C
Screening HIV	B**	C	C	C	C	C	C	C

Sursa: CDC. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use 2013. [MMWR 2013;62\(No. RR-5\)](#).

Actualizare date conform Manual WHO - 2022

* Include plasture și inel vaginal combinat.

** Dacă o femeie are o probabilitate individuală foarte mare de expunere la ITS, în general nu ar trebui să aibă un DIU introdus, cu excepția cazului în care alte metode nu sunt disponibile sau nu sunt acceptabile. Dacă are o cervicită purulentă (inf. cu Chlamydia/gonoree) utilizarea DIU nu se face decât după rezolvarea problemei

† Femeile cu risc crescut de infectare cu HIV nu trebuie să utilizeze spermicide. Utilizarea de spermicide singure sau de diafragme cu spermicide nu sunt de obicei recomandate femeilor cu HIV, cu excepția cazului în care alte metode mai adecvate nu sunt disponibile sau acceptabile.

‡ De dorit, dar în situații în care riscurile de sarcină sunt mari, iar metodele hormonale sunt printre puținele metode disponibile pe scară largă, femeilor nu ar trebui să li se refuze utilizarea exclusivă a metodelor hormonale când tensiunea lor arterială nu poate fi măsurată.

-† De dorit pentru beneficii și sustenabilitate pe termen lung

4. Oferirea/prescrierea metodei contraceptive alese

Oferirea, prescrierea sau trimiterea la un serviciu dedicat pentru obținerea unei metode contraceptive potrivite depinde de profilul de servicii al cabinetului.

Dupa caz, medicul va oferi informații de bază sau extinse privind modalitatea corectă de utilizare a metodei alese.

În situația în care vizita se soldează cu oferirea sau prescrierea unei metode, medicul va încuraja beneficiara/ul să-și stabilească un plan care să permită utilizarea corectă și consecventă a metodei, anticipând eventuale bariere și metode pentru a le depăși. De exemplu, înțelegând că eventualele efecte secundare (de ex sângerarea vaginală neregulată) pot fi adesea motiv de întrerupere,⁴¹ beneficiarele vor fi educate în legătură cu modalități de a le face față și de a continua utilizarea.³⁹

În situația ideală a inițierii pe loc a unei metode contraceptive, medicul se va asigura că beneficiara nu este însărcinată.³⁹

Se poate considera că o femeie nu este însărcinată dacă nu are simptome sau semne de sarcină și îndeplinește oricare dintre următoarele criterii:⁴²

- este la ≤ 7 zile de la începerea menstruației normale,
- nu a avut relații sexuale de la începutul ultimei menstruații,
- a folosit o metodă contraceptivă eficientă, corect și consecvent,
- este la ≤ 7 zile după un avort spontan sau indus,
- este la mai puțin de 4 săptămâni de la naștere,
- alăptează complet sau aproape complet (alăptarea exclusivă sau în mare majoritate [$\geq 85\%$]), este amenoreică și la mai puțin de 6 luni postpartum;



Recomandare

Se recomandă administrarea cât mai rapidă a anticoncepționalului ales și nu amânarea administrării la următorul ciclu menstrual, cu condiția ca furnizorul să fie încredințat că beneficiara nu este însărcinată (la sub 7 zile de la începutul menstruației, după un avort sau la sub 1 lună de la naștere; dacă nu a avut contact sexual de la debutul ultimei menstrue; dacă are amenoree, este la sub 6 luni de la naștere și alăptează). Consens

5. Verificarea înțelegerii informațiilor privind utilizarea corectă a metodei alese

La sfârșitul vizitei, medicul se va asigura că explicațiile au fost corect înțelese.

Se consideră potrivită metoda - invitația ca beneficiarii să repete informațiile legate de – modalitatea de utilizare corectă a contraceptivului ales, cum se face protecția contra ITS, semnale de alertă în cazul unor efecte adverse rare și cum trebuie să reacționeze.

6. Suport pentru monitorizarea utilizării

Se stabilește de comun acord modalitatea de contactare și se programează un contact/vizită de monitorizare având ca obiectiv verificarea modului de utilizare, stabilirea consecvenței în utilizare, identificarea problemelor/efectelor adverse apărute și modalitățile de reacție, dacă acestea au cauzat întreruperi în utilizarea metodei, dacă eficacitatea a fost pusă în pericol, dacă se consideră necesară înlocuirea metodei cu alta mai potrivită. În funcție de situație, se continuă sau se reia procesul.

5.4. EVALUAREA ȘI CONSILIEREA PRE ȘI INTERCONCEPȚIONALĂ

Starea de sănătate din perioada concepției și de la începutul sarcinii afectează atât sănătatea femeilor pe termen lung, cât și sănătatea viitorilor copii.

Definiție și încadrare

Îngrijirea preconcepțională este definită ca „un set de intervenții preventive și de management care urmăresc să identifice și să modifice riscurile biomedicale, comportamentale și sociale cu efect pentru sănătatea unei femei sau a produsului de concepție”.^{43,44}

Teoretic, îngrijirea preconcepțională reprezintă un *continuum de îngrijire* de-a lungul întregii perioade fertile, conceput cu scopul de a reduce influența diversilor factori asupra sănătății mamei, fătului și nou-născutului, în cazul unei potențiale sarcini.⁴⁵

Practic, îngrijirea preconcepțională implică conștientizarea nevoii unui plan reproductiv, educația pentru optimizarea sănătății în pregătirea unei sarcini, screeningul factorilor de risc și intervenții de modificare a riscului oferite atât înainte de prima sarcină cât și între sarcini (îngrijire interconcepțională).⁴⁶

Efecte

Factorii de risc legați de stilul de viață și mediu și sănătatea precară înainte de sarcină cresc riscul de efecte nedorite și de complicații pentru mamă și făt, iar intervențiile de conștientizare, adoptarea unui stil de viață sănătos, respectiv controlul riguros al unor eventuale boli cronice prezente înainte de sarcină sunt dovedit benefice atât pentru sănătatea mamei, cât și a copilului.⁴⁷

Intensitatea și conținutul intervențiilor preconcepționale diferă la primipare față de femeile cu mai multe sarcini în antecedente, respectiv la femeile sănătoase în raport cu cele cu istoric de diverse afecțiuni. Practic, intervențiile trebuie adaptate nevoilor fiecărei femei în parte.⁴³

Domenii de intervenție

Academia Americană de Pediatrie (AAP) și Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie (ACOG) au clasificat principalele componente ale îngrijirii preconcepționale în patru categorii de intervenții: evaluare fizică, screeningul factorilor de risc, vaccinare și consiliere.⁴⁸

Conform Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie (ACOG) și Societății Americane pentru Medicina Reproducerii (ASRM),⁴⁶ îngrijirea precocepțională ar trebui să includă următoarele domenii:

(vezi Anexa 4 Fișa de evaluare preconcepțională)

1. Discuții privind planul reproductiv
2. Revizuirea istoricului medical
3. Evaluarea factorilor de risc legați de stilul de viață și expunerea la factori de mediu
4. Screeningul infecțiilor
5. Imunizări
6. Consilierea specifică pe probleme

5.4.1. Discuții privind planul reproductiv

Țările cu o rată crescută a sarcinilor neplanificate (SUA - 45 % sarcini neplanificate) au o mortalitate maternă și infantilă semnificativ mai mare decât cele cu o rată scăzută (Olanda - sub 20% sarcini neplanificate).

De aceea, toate persoanele de vârstă fertilă trebuie încurajate să se gândească la un plan reproductiv, iar discuțiile privind acest aspect trebuie purtate repetat, având în vedere că aceste planuri se modifică în timp.

Indiferent dacă se planifică sau nu o sarcină în viitorul apropiat, consilierea preconcepțională este importantă în măsura în care **atrage atenția asupra unor factori de risc** necesar a fi modificați. Dacă nu se dorește o sarcină sau se temporizează, se discută despre contracepție.

În egală măsură este important să se ofere informații privind **efectul vârstei asupra fertilității** și planificarea dimensiunii familiei.¹⁶ Efectul vârstei este mai pronunțat la femei: la sfârșitul decadei a 3-a de viață fertilitatea femeilor scade cu 50% comparativ cu decada a 2-a, iar după 35 de ani, șansa de concepție scade semnificativ.⁴⁹

Femeile/cuplurile vor fi informate asupra intervalelor optime dintre sarcini.^{45, 46}

Un interval optim între sarcini este de 18-23 de luni. Există dovezi că în raport cu optimul, intervalul dintre sarcini sub 18 luni sau peste 59 de luni se asociază cu risc crescut de naștere prematură.⁵⁰



Recomandare

Femeile vor fi sfătuite să-și planifice sarcinile astfel încât să evite sarcini consecutive la mai puțin de 6 luni, respectiv sarcini repetate la mai puțin de 18 luni. Consens

5.4.2. Revizuirea istoricului medical - boli cronice, boli genetice, medicație

Unele boli cronice precum diabetul zaharat, hipertensiunea, obezitatea, afecțiunile tiroidiene sau problemele de sănătate mentală pot afecta evoluția unei sarcini și de aceea managementul lor trebuie optimizat înainte de sarcină.

a. Diabetul zaharat preexistent sarcinii⁴⁶

Controlul glicemic slab la începutul sarcinii este asociat cu complicații la mamă (inclusiv preeclampsie, naștere prematură, cezariană și deces) și făt (malformații congenitale, deces perinatal și macrosomie). Prevalența malformațiilor congenitale în rândul sugarilor din mame cu control glicemic slab este de 3 ori mai mare.

Intervențiile pentru un control adecvat al diabetului zaharat reduc substanțial aceste riscuri.⁵¹



Recomandare

Se recomandă ca toate persoanele cu diabet preexistent să fie informate, educate, sfătuite în legătură cu modul în care diabetul influențează sarcina, respectiv modul în care sarcina afectează diabetul. Consens

Informațiile primite pot motiva și sprijini femeia cu diabet să adere mai bine la intervențiile care vizează controlul greutății și optimizarea controlului glicemic, în paralel cu temporizarea unei sarcini (sub contracepție), în scopul diminuării riscului de complicații.

Îngrijirea preconcepțională a persoanelor cu diabet presupune monitorizarea și controlul atent al tuturor parametrilor: hemoglobina glicozilată (HbA1C), proteinuria/24 de ore, profilul lipidic complet, examenul cardiologic și oftalmologic. Ținta este o HbA1C sub 6,5%.⁵¹

Va fi reevaluată schema terapeutică (și se va trece de la ADO la insulină) vizând optimizarea controlului glicemic, acordând atenție minimalizării riscului de hipoglicemie.^{46,51}

b. Hipertensiunea arterială cronică⁴⁶

Hipertensiunea cronică necontrolată se asociază cu preeclampsie și creștere fetală restricționată.^{52,53}

Având în vedere riscul teratogen al inhibitorilor enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) și al blocaților receptorilor de angiotensină (BRA), aceștia sunt contraindicați în timpul sarcinii și vor fi înlocuiți

înainte ca pacienta să rămână însărcinată.⁵⁴

Diureticele tiazidice și tiazid-like determină un risc sporit de malformații congenitale la gravide, motiv pentru care, la femeile care plănuiesc o sarcină, vor fi înlocuite.

Medicamentele de elecție, în ordinea preferată, sunt labetalolul, nifedipina și metildopa, niciunul dintre ele neavând risc teratogen.⁵⁵

O evaluare oftalmologică preconcepțională este necesară pentru evidențierea eventualelor complicații date de hipertensiunea cronică.

Persoana cu hipertensiune cronică ce plănuiește o sarcină va intra, de preferință, în grija unui cardiolog experimentat în abordul hipertensiunii în sarcină. Ținta tratamentului farmacologic este o tensiune arterială cu valori sub 135/95 mm Hg, cu evitarea TA sub 110/70 mm Hg și a hipotensiunii ortostatice.⁵⁵

Este important de reținut că, în primele săptămâni de sarcină valoarea TA scade, de aceea nevoia unei monitorizări tensionale atente și ajustării dozelor de medicamente.⁵⁴

c. Hipotiroidismul netratat

Femeile cu istoric familial de hipotiroidism și alte boli autoimune sau istoric personal de tiroidită autoimună, hemitiroidectomie sau tratament cu iod radioactiv au risc de a dezvolta hipotiroidism în timpul sarcinii.⁵⁶

Hipotiroidismul netratat în timpul sarcinii este asociat cu risc crescut⁵⁶ de avort spontan, preeclampsie și desprindere de placentă, respectiv de naștere prematură și deces al nou-născutului.

Nu există suficiente dovezi care să susțină un screening universal pentru hipotiroidism la gravide, dar există recomandări de screening preconcepțional și repetat în sarcină, la femeile la risc (TSH seric).⁵⁶

Nivelul normal de TSH seric variază la femeia însărcinată comparativ cu absența sarcinii și pe parcursul sarcinii. Dozele de hormoni tiroidieni necesare pentru tratamentul hipotiroidismului cresc la începutul sarcinii cu aproximativ 25-30%/zi.⁵⁶



Recomandare

Se recomandă tratamentul cu levotiroxină (LT4) a tuturor femeilor identificate cu hipotiroidism. 1B

Se recomandă evaluarea preconcepțională și pe parcursul sarcinii a funcției tiroidiene (TSH) și ajustarea adecvată a dozei de LT4, de la începutul sarcinii, pentru buna dezvoltare neurologică a fătului.

d. Obezitatea

Obezitatea femeilor de vârstă fertilă se asociază cu risc crescut de infertilitate, diabet, hipertensiune, boală cardiovasculară, dar și cu complicații ale sarcinii și nașterii (diabet gestațional, naștere prematură, cezariană), respectiv efecte asupra fătului, nou născutului (defecte ale tubului neural, feți macrosomi, tulburări metabolice) sau copilului, pe termen lung (obezitate, diabet).⁵⁷

Pierderea în greutate înainte de sarcină reduce aceste riscuri.

Recomandări⁵⁷



Recomandare

În scopul reducerii complicațiilor obezității în sarcină, se recomandă a oferi sfaturi privind scăderea în greutate, cu ocazia examinărilor preventive, consilierii preconceptionale și a consultațiilor contraceptive din asistența primară. 2C



Recomandare

Se recomandă ca femeile de vârstă fertilă cu obezitate să fie informate despre riscul infertilității precum și despre riscurile obezității în timpul sarcinii și nașterii. 2B



Recomandare

Se recomandă ca femeile de vârstă fertilă cu obezitate să fie evaluate preconceptional cu privire la

apneea în somn și alte afecțiuni ale sistemului cardiac, pulmonar, renal, endocrin care ar putea afecta sănătatea în timpul sarcinii. 2C



Recomandare

Preconcepțional, pentru reducerea riscurilor asociate obezității în sarcină, se recomandă monitorizare periodică, încurajarea adoptării de modificări ale comportamentului alimentar și de mișcare precum și adoptarea de alte metode medicale sau chirurgicale, ca strategii de pierdere în greutate. 2C



Recomandare

Femeile cu un IMC ≥ 30 care doresc să rămână însărcinate trebuie sfătuite să ia un supliment de 5 mg acid folic zilnic, începând cu cel puțin 1-3 luni înainte de concepție și continuând în primul trimestru de sarcină, deoarece obezitatea este un factor de risc pentru defectele tubului neural. 1B

e. Chirurgia bariatrică a obezității⁴⁶

Perioada de 1-2 ani de scădere ponderală rapidă, consecutiv chirurgiei bariatrice, poate afecta creșterea fetală și, de aceea, nu este optimă pentru o sarcină.

Femeile trebuie sfătuite să recurgă la anticoncepționale, temporizând sarcina. De remarcat că, anticoncepționalele orale nu pot fi o opțiune, având în vedere malabsorbția.

f. Tulburările din sfera sănătății mentale⁴⁶

Tulburările de dispoziție în timpul sarcinii pot fi soldate cu risc de autovătămare maternă sau neglijare, dar și cu afectarea legăturii emoționale cu copilul.

Antidepresivele și medicamentele antipsihotice cresc anovulația și scad fecundabilitatea.

Pacientele cu depresie sau anxietate stabilită ar trebui să fie consiliate în legătură cu riscurile acestor afecțiuni în sarcină, respectiv în legătură cu riscurile și beneficiile tratamentului.

g. Trombofilia⁴⁶

Trombofilia este o anomalie a coagulării sângelui asociată, în timpul sarcinii, cu un risc sporit de tromboembolism venos (TEV) (vezi Ghid de sarcină INSP). Se produce tromboza uteroplacentară ceea ce poate duce la pierderea fătului, la preeclampsie, restricția creșterii fetale și dezlipirea de placentă.

Cele mai frecvente mutații genetice asociate cu risc înalt de TEV sunt cele de tip homozigot ale Fact V Leiden sau Factorului II (protrombină), mutațiile heterozigote ale Fact V și II și deficitul de antitrombină. Anticorpii antifosfolipidici sunt asociați cu avort precoce recurent și cu alte complicații ale sarcinii.



Recomandare

Se recomandă a se oferi consiliere cu privire la riscul de recidivă potențialelor gravide cu istoric de complicații trombotice în sarcinile anterioare.⁴⁶ Consens

Evaluarea preconcepțională are în vedere, pe de altă parte și înlocuirea antivitaminelor K cu heparine cu greutate moleculară mică, dat fiind că antivitaminele K traversează bariera placentară și pot provoca malformații sau sângerări fetale.

h. Infecția HIV^{45,46}

Infecția HIV a mamei poate fi asociată cu riscul de transmitere verticală în timpul sarcinii.



Recomandare

Se recomandă oferirea de consiliere preconcepțională femeilor HIV pozitive pentru reducerea transmiterii verticale (inclusiv tratamente medicamentoase) pe parcursul sarcinii; femeile vor fi informate despre potențialele efecte fetale ale antiretroviralelor cât și despre metodele de optimizare a sănătății pe termen lung. 1B

i. Revizuirea istoricului de boli genetice⁴⁶

Preconcepțional, va fi revizuit istoricul genetic și familial al ambilor parteneri,⁴⁵ istoricul de: boli genetice, defecte congenitale, afecțiuni mentale și chiar de neoplazii (mamar, ovarian, uterin, colon).



Recomandare

Se recomandă ca persoanelor cu istoric de boli genetice să li se ofere screening preconcepțional pentru aceleași afecțiuni genetice ca cele recomandate gravidelor. Consens

Beneficiile screeningului preconcepțional constau în identificarea cuplurilor cu risc de a avea copii cu boli genetice, testarea acestora și posibilitatea de a le oferi consiliere adecvată cu privire la riscul de transmitere, cursul bolii și eventuale intervenții cum ar fi screeningul genetic preimplantare.

j. Revizuirea medicației curente⁴⁶

Este important ca toate medicamentele, cu și fără prescripție, suplimentele alimentare și produsele pe bază de plante, să fie aduse în discuție și analizate în timpul consilierii preconceptionale.

În cursul administrării de medicamente cu efect teratogen, femeile vor fi informate și sfătuite să recurgă la metode contraceptive eficiente.

În cazul planificării unei sarcini, medicamentele cu potențial teratogen ar trebui înlocuite. Femeile vor fi informate în legătură cu alternativele și riscurile. Modificarea schemelor terapeutice trebuie să se facă înainte de a întrerupe contracepția.

De principiu, în cazul femeilor care planifică o sarcină, dozele cele mai mici eficiente din cele mai sigure medicamente trebuie utilizate ori de câte ori este rezonabil din punct de vedere medical.

Exemple:

- **Medicația antiepileptică**

Unele antiepileptice sunt teratogene cunoscute (de exemplu acidul valproic) și au efect asupra dezvoltării neurologice pe termen lung.⁵⁸



Recomandare

Femeile în tratament cu antiepileptice, care intenționează să rămână însărcinate, trebuie reevaluate preconcepțional de către specialistul neurolog. După caz, medicația va fi schimbată sau se va prescrie o doză mai mică din aceste medicamente, iar familia va fi informată despre efectele neurologice pe termen lung ale diferitelor categorii de medicamente. Consens



Recomandare

Se recomandă administrarea de 5 mg de acid folic preconcepțional și cel puțin până la sfârșitul primului trimestru pentru prevenirea tulburărilor cognitive asociate tratamentului cu anumite antiepileptice. 1C

- **Izotretinoizii**

Utilizarea lor pentru tratamentul acneei în timpul sarcinii poate duce la avort spontan și la defecte congenitale.⁴⁵



Recomandare

Pentru a evita sarcinile neintenționate în rândul femeilor cu potențial fertil care utilizează izotretinoizi se vor recomanda metode eficiente de prevenire a sarcinii.

- **Anticoagulante orale**

Antivitaminele K sunt teratogene.^{44,59} (Vezi Anexe Ghidul – Îngrijirea prenatală)⁶⁰



Recomandare

Femeile în tratament cu antivitamine K, ce intenționează să rămână însărcinate, trebuie reevaluate preconcepțional. Pentru a evita expunerea în timpul sarcinii timpurii, antivitaminele K vor fi înlocuite cu un anticoagulant adecvat înainte de debutul sarcinii.

5.4.3. Evaluarea factorilor de risc legați de stilul de viață și expunerea la factori de mediu

Factorii de risc legați de stilul de viață

Următorii factori de risc legați de stilul de viață necesită evaluare preconcepțională și intervenții adaptate, întrucât determină efecte adverse asupra evoluției sarcinii:

- **Tiparul alimentar**

Dovezile sugerează că *statusul metabolic în perioada preconcepțională* influențează expresia genelor fetal-placentare, structura diferitelor organe, metabolismul și creșterea în perioadele critice de dezvoltare, afectând riscul de boli cardiovasculare, metabolice, respiratorii, imunologice, neuropsihiatrice și alte afecțiuni cronice ale descendenților.⁶¹

Greutatea anterioară sarcinii este un indicator mai fidel pentru rezultate adverse perinatale și pe termen lung, decât greutatea dobândită pe parcursul sarcinii (atât IMCul scăzut cât și cel crescut), iar câștigul ponderal din primul trimestru este cel mai puternic predictor al rezultatelor adverse perinatale.



Recomandare

Inițierea intervențiilor educaționale și de consiliere în perioada preconcepțională (sau cel puțin la începutul sarcinii) este recomandabilă pentru a preveni complicațiile ulterioare pentru mame și copiii lor. (Cap 5.4.6)

- **Nivelul de activitate fizică**

Există multiple beneficii dovedite ale activității și exercițiilor fizice înainte de sarcină și pe parcursul sarcinii,^{62,63} privind: creșterea calității vieții, optimismului, îmbunătățirea percepției corporale; reducerea complicațiilor în sarcină printr-un mai bun control al creșterii în greutate; un mai bun control al problemelor asociate sarcinii cum ar fi hiperglicemia, durerea lombară, somnul, depresia; efectele benefice asupra produsului de concepție, cum ar fi reducerea riscului de macrosomie și o mai bună dezvoltare neurală; posibile efecte benefice asupra nașterii, unele studii raportând un travaliu cu durată mai scurtă, mai bună rezistență la durere și un risc mai mic de ruptură perineală la gravidele active.



Recomandare

Se recomandă evaluarea nivelului de activitate fizică a tuturor femeilor care planifică o sarcină, ca parte componentă a evaluării stilului de viață, în scopul formulării de recomandări pentru un stil de viață sănătos, în beneficiul viitoarei gravide și a produsului de concepție. 1 Consens



Recomandare

Femeile care planifică o sarcină trebuie să beneficieze de educație și consiliere privind includerea sistematică a activității fizice de intensitate moderată, între activitățile zilnice.⁶⁴



Recomandare

Se recomandă exerciții fizice moderate ≥ 30 minute/zi, 5 zile/săptămână, timp de ≥ 150 minute/zi tuturor femeilor care planifică o sarcină.

- **Abuzul de alcool**

Nici o cantitate de alcool nu poate fi consumată în siguranță, în niciun moment al sarcinii. Un consum abuziv, înainte ca o femeie să-și dea seama că este sau ar putea fi însărcinată, poate conduce la tulburări

complexe din spectrul sindromului alcoolic fetal.⁶⁵



Recomandare

Se recomandă ca toate viitoarele gravide să fie informate în legătură cu riscurile alcoolului asupra fătului, viitorului copil și asupra sarcinii. 1A



Recomandare

Se recomandă ca femeile să fie sfătuite să înceteze consumul de alcool înainte de concepție. 1A

- *Fumatul*

Nașterea prematură, greutatea mică la naștere și alte efecte negative asociate cu fumatul matern în timpul sarcinii pot fi prevenite dacă femeile renunță la fumat înainte sau în timpul sarcinii. Doar 20% dintre femei renunță cu succes la tutun în timpul sarcinii.^{66,67,68}



Recomandare

Se recomandă ca toate femeile de vârstă fertilă sau care planifică o sarcină să fie informate în legătură cu riscurile fumatului asupra fătului, viitorului copil și asupra sarcinii. 1A



Recomandare

Se recomandă ca toate femeile fumătoare care planifică o sarcină să fie sfătuite să renunțe la fumat. 1A

- *Deficitul de acid folic*

Utilizarea zilnică a suplimentelor care conțin acid folic reduce apariția defectelor tubului neural cu două treimi.^{45,69}



Recomandare

Se recomandă suplimentarea cu acid folic ≥ 400 μg pe zi, înainte de concepție și în primele 3 luni de sarcină, pentru prevenirea defectelor de tub neural, la toate femeile însărcinate. 1A



Recomandare

Se recomandă suplimentarea cu 4 mg (4000 μg) de acid folic pe zi, cu 1 lună înainte de concepție și în primele 3 luni de sarcină, pentru prevenirea defectelor de tub neural, la toate femeile însărcinate care au antecedente de defecte ale tubului neural sau risc înalt pentru defecte de tub neural.

Expunerea la compuși toxici



Recomandare

Se recomandă *evaluarea expunerii* la compuși toxici din mediul general, profesional, familial sau recreațional ce afectează fertilitatea, dezvoltarea intrauterină, sănătatea după naștere și *consilierea* în scopul diminuării riscurilor.⁷⁰

Tabelul Nr. 6 Reducerea expunerii prenatale la agenți toxici din mediu – traducere și adaptare ACOG

Substanțe chimice sau poluante cu efecte negative asociate, dovedite		
1	Medicamente antineoplazice, bisfenol A (BPA), fum de țigară, oxidul de etilenă, formaldehida, ignifuge conținând eter difenil polibrominat (PBDE), solvenți	Infertilitate și avort
2	Poluanți din aer ambiental, medicamente antineoplazice, bisfenol A (BPA), fum de țigară, oxidul de etilenă, formaldehida, perfluoroalkili (PFAS), pesticide, ftalați, PBDE, toluen	Naștere prematură și greutate mică la naștere
3	Poluanți din aer ambiental, bisfenol A (BPA), plumb, mercur, pesticide, ftalați, ignifuge cu PBDE, compuși cu PCB (bifenilpoliclorurați)	Tulburare de neurodezvoltare – inclusiv tlb de învățare, ADHD, autism, retard motor și intelectual

Compușii chimici din categoria celor care mimează sau interferează cu căile neuroendocrine, așa-numiții **perturbatori endocrini** afectează dezvoltarea, sistemul reproducător, sistemul imunitar și activitatea cerebrală.

Perturbatorii endocrini se găsesc în multe produse de gospodărie, detergenți, produse cosmetice, ambalaje, alimente, ignifuge, pesticide. Întrucât unele dintre aceste substanțe se descompun încet în mediu, sunt potențial periculoase în timp.⁶⁵

Expunerile la toxicele de la locul de muncă

Se consideră la risc femeile care lucrează în contact cu substanțe toxice potențial periculoase din diverse medii: agricultură (pesticide), producție (solvenți organici și metale grele), curățatorii chimice (solvenți), servicii de curățenie (solvenți organici), saloane de înfrumusețare (solvenți și ftalați), îngrijirea sănătății (produse biologice și radiații) etc.⁴⁶

Expunerea la toxice din produsele de igienă și îngrijire personală

Nu există suficiente dovezi pentru a afirma cu siguranță legătura dintre aceste toxice și evenimentele obstetricale.

Pentru siguranță însă, se recomandă să sfătuim persoanele care planifică o sarcină și femeile gravide să evite cosmeticele cu ftalați, parabeni, oxibenzonă și triclosanul.

Nu există dovezi că utilizarea vopselelor de păr în sarcină conduce la efecte obstetricale adverse.⁷¹

Expunerea la toxice alimentare

Încă de la vizitele preconcepționale, sau parte a vizitelor preventive în general, se va atrage atenția tuturor persoanelor asupra riscului expunerii la disruptori endocrini prin încălzirea alimentelor în containere de plastic, evitarea produselor de fast-food și preferința pentru alimente organice.⁶⁵

5.4.4. Screeningul infecțiilor cu posibilă transmitere la făt

Screeningul infecțiilor cu transmitere sexuală la femeile de vârstă fertilă /și care planifică o sarcină, în cursul vizitelor preconcepționale, permite un tratament adecvat și la timp, împiedică apariția infecțiilor la femeia însărcinată și a complicațiilor sarcinii și transmiterea verticală a acestora și apariția sindroamelor congenitale infecțioase.

- **Hepatita B**

Prevenirea infecției cu VHB la femeile aflate la vârsta fertilă previne transmiterea infecției la sugari și elimină riscul de infecție cu VHB și complicațiile acesteia pentru mamă, inclusiv insuficiența hepatică, carcinomul hepatic, ciroza și decesul. (Cap 5.1.2)

- **HIV/SIDA.**

Dacă infecția HIV este identificată înainte de concepție, se poate administra un tratament antiretroviral în timp util, iar femeilor (sau cuplurilor) li se pot oferi informații suplimentare care pot ajuta la prevenirea transmiterii de la mamă la copil. (Cap 5.1.2)

- ***Infecția cu Chlamydia trachomatis și Neisseria gonorrhoeae***

Chlamydia trachomatis și Neisseria gonorrhoeae au fost puternic asociate cu sarcina ectopică, infertilitatea și durerea pelvină cronică.

Infecția în timpul sarcinii poate duce la moartea fătului sau dizabilități fizice și de dezvoltare substanțiale, inclusiv retard mental și orbire. Screeningul și tratamentul precoce previn aceste rezultate adverse. (Cap 5.1.2)

- ***Sifilisul***

Se consideră că au un risc crescut de infecție: femeile însărcinate din comunități cu incidență crescută a sifilisului, femeile care au mai mulți parteneri sexuali, care consumă droguri, femeile încarcerate sau fără adăpost, prostituatele.

Se recomandă testarea tuturor femeilor la risc cu ocazia vizitelor preconcepționale. (Cap 5.1.2)

- ***Susceptibilitatea la rubeolă (IgG virus rubeolă)***

Rubeola dobândită în timpul sarcinii implică un risc crescut de sindrom rubeolic congenital al fătului, cu impact pe termen scurt și lung, inclusiv cu un risc crescut de deces.

Susceptibilitatea la rubeolă se evaluează prin istoricul de boală, vaccinal sau prin testare serologică (IgG la rubeolă).^{60,72}



Recomandare

Se recomandă screening serologic pentru evaluarea susceptibilității la rubeolă, la vizita preconcepțională sau la prima vizita prenatală. 1B

Vaccinarea împotriva rubeolei asigură seropozitivitate protectoare și previne sindromul rubeolic congenital.

- ***Susceptibilitatea la varicelă***

Infecția mamei cu virus varicelo-zosterian, în prima jumătate a sarcinii, se asociază cu sindromul de varicelă congenitală. Totodată, infecțiile cu varicelă în timpul sarcinii pot duce la rate mai mari de complicații prin pneumonie sau chiar la deces.



Recomandare

Se recomandă screening serologic pentru evaluarea susceptibilității la varicelă, la vizita preconcepțională.

Susceptibilitatea la varicelă se evaluează prin istoricul de boală, vaccinal sau prin testare serologică (IgG la varicelă).

5.4.5. Imunizări⁷³

Orice vizită preconcepțională presupune trecerea în revisă a statusului vaccinal legat de anumite boli infecțioase cu importanță specială pentru femeia gravidă și produsul de concepție:

- vaccinarea anti Hep B
- ROR
- antivarielă
- diftero-tetano-pertusis (dTpa – pentru protecția nou născutului de infecția cu pertusis)
- antigripală
- HPV

Femeile cu serologie negativă (cu susceptibilitate la rubeolă sau varicelă) care planifică o sarcină trebuie sfătuite să se vaccineze de urgență și să prevină o sarcină pentru cel puțin o lună după administrarea vaccinului, având în vedere că cele două vaccinuri conțin virusuri vii atenuate.

În egală măsură, adolescentele/femeile de vârstă fertilă care solicită vaccinare, trebuie chestionate în legătură cu posibilitatea de a fi sau nu însărcinate, pentru alegerea adecvată a tipului de vaccin potrivit.

5.4.6. Consilierea specifică pe probleme

Perioada preconcepțională (înainte sau între sarcini) este un interval propice pentru o serie de vizite integrabile în structura serviciilor de prevenție primară oferită de cabinetele din medicina familiei femeilor/cuplurilor de vârstă fertilă.

Conștientizarea importanței consilierii preconceptionale

Conștientizarea importanței îngrijirii preconceptionale și abordarea acesteia ca un pachet integrat de intervenții oferite pe întreaga perioadă de vârstă fertilă a femeii/cuplului este de mare valoare atât din perspectiva specialiștilor în sănătate și educație cât și din perspectiva populației țintă.⁷⁴

În absența mesajelor sistematice de conștientizare activă, femeile/cuplurile își construiesc o percepție incorectă privind riscurile prezente și pot avea sentimentul că dețin cunoștințe suficiente privind îngrijirea preconcepțională sau că nu a sosit momentul să le dobândească.⁷⁵

Transmiterea la timp, repetată, a acestor mesaje este una din căile de influențare a comportamentelor de planificare a sarcinilor și a modului de raportare la serviciile de îngrijire prenatală. CDC atenționează în 2015⁷⁶ populația americană că jumătate din sarcini sunt neplanificate și că majoritatea femeilor se prezintă pentru luarea în evidență și îngrijiri prenatale după multe săptămâni de sarcină, deși vulnerabilitatea fetală maximă este între 17 și 56 de zile după concepție.

Oferirea de îngrijiri preconceptionale poate crește rata sarcinilor planificate, aspect relevant cu impact pe sănătatea mamei și copilului,^{77,78} în raport cu sarcinile neplanificate.

Efectele consilierii

Intervențiile educaționale *scurte și intensive* de promovare și susținere a schimbărilor comportamentale privind elementele stilului de viață, oferite la nivelul asistenței primare indiferent de intenția de sarcină, sunt eficiente în îmbunătățirea cunoștințelor privind sănătatea și în reducerea factorilor de risc preconceptionali la femei.^{79,80}

Educația și consilierea preconcepțională a bărbaților sunt importante pentru îmbunătățirea planificării familiale, a sănătății reproductive și a comportamentelor de sănătate ale partenerelor lor, pentru pregătirea bărbaților pentru paternitate, prevenirea bolilor și promovarea sănătății la bărbați. Totodată acestea reprezintă punctul de acces pentru promovarea evaluărilor preventive ale bărbaților la diverse vârste.⁸¹

Educația și *intervențiile scurte* de consiliere ale mamelor vizând planificarea familială, renunțarea la fumat, utilizarea de vitamine, recunoașterea semnelor depresiei, cu ocazia vizitelor preventive ale copiilor la vârstele jalon, sunt recomandate pentru reducerea riscurilor materne legate de eventuale sarcini.⁸²

Mesajele educaționale au efect dacă sunt adaptate nevoilor și contextului fiecărei persoane/ familii. Livrarea mesajelor trebuie urmată de verificarea înțelegerii și de documentarea progreselor înregistrate.

Educația și consilierea față în față pot fi dublate de instrumente ajutoare, oferite de sisteme inteligente de educație online.⁸³

În cursul evaluării preconceptionale (vezi Anexa 4), sunt evidențiate principalele subiecte recomandate de educație și consiliere, în funcție de specificul fiecărei situații (vezi Tabelul Nr 7).

Tabel Nr 7 Subiecte recomandate de consiliere preconcepțională

Domeniu	Categoriile clinice	Conținut
Plan reproductiv <i>Te gândești la o sarcină în următorul an?</i>	Consiliere adaptată 1. Încă NU	<p>Sfat stil de viață sănătos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dietă Mediteraneană/DASH/Plante • Activ fizic – 150 min/săpt moderat • Nivel optim de greutate <p>Suplimentare cu acid folic Substanțe: fără fumat, alcool cât mai puțin Limitarea expunerii la subst. chimice nocive Imunizări la zi Sex protejat – evitare ITS Contraceptiv potrivit – utilizare consecventă/corectă, minim inconveniente</p>
	2. Mai târziu, poate	<p>Nivel de pregătire pt o sarcină - fizică, emoțională, mentală, financiară Sfat stil de viață sănătos – ca mai sus Sex protejat Contraceptiv potrivit Controale medicale preventive periodice Conștientizare risc infertilitate</p>
	3. Planific o sarcină	<p>Sfat stil de viață sănătos</p> <ul style="list-style-type: none"> • alegeri alimentare sănătoase • activitate fizică – peste 150 min/săpt, AF moderată • greutate cât mai aproape de nivel optim • evită fumat, alcool, alte substanțe <p>Verifică medicamente – doar cele recomandate și fără risc în sarcină Evaluare fizică, stare mentală Control boli cronice, teste laborator Verifică status vaccinal/vaccinare ROR-varicelă Evaluare risc genetic Evaluare nivel de suport /risc de violență domestică Consiliere pt pregătire - consiliere participare cursuri</p>
	4 Planific o nouă sarcină	<p>Conștientizarea importanței spațierii (18-24 luni și max 5 ani) Toate – Planific o sarcină</p>
Istoric reproductiv	Avorturi spontane repetate	<p>Info despre cauze Sfat/Trimitere pt evaluare cauze Sfat/Sprijin emoțional</p>
	Cezariană	Info – posibilitate naștere naturală după cezariană
	Spațiere sarcini	Info – beneficiile spațierii sarcinilor (min 18 luni – max 5 ani) pentru un risc redus
Sănătatea reproductivă	ITS	<p>Info – cine este la risc pentru ITS Consiliere pt. screening ITS la persoane la risc – Chlamydia, Gonoree, Sifilis, HVB, HIV, Herpes genital</p>

Imunizarea		Info – importanța imunizării antirubeola, varicelă etc anterior concepției
Boli genetice		<p>Info – afecțiuni familiale indicatoare pentru risc genetic</p> <ul style="list-style-type: none"> • malformații congenitale, defecte la naștere • întârzieri în dezvoltare, tulburări de învățare • etnia ca indicativ pt posibile boli genetice • consangvinitatea ca indicativ pt posibile boli genetice • decese ale copiilor la vârste mici- tlb. metabolice • morți subite • avorturi multiple (peste 3 /sau toți copiii de sex masculin) <p>Sfat – adm. acid folic 5 mg/zi, 1 L înainte, 3 L după concepție, în cazul istoricului de defecte de tub neural</p>
Boli cronice		<p>Info- pentru limitarea riscurilor unei sarcini, toate afecțiunile cronice trebuie bine controlate înainte de concepție</p> <p>Info/consiliere/suport managementul afecțiunilor cr.:</p> <p>Astm - întârzie concepția până la control bun al bolii</p> <p>Afecțiuni tiroidiene – hipo/hipertiroidism – importanța controlului înainte de sarcină și monitorizare control în sarcină</p> <p>Boală Crohn – temporizează concepția până la remisiune</p> <p>Boală renală cronică- importanța controlului</p> <p>Boli autoimune - întârzie concepția până la control bun al bolii; de evitat © cu estrogeni n LES, sdr. Fosfolipidic.</p> <p>Cancer - efecte potențiale ale trat asupra fertilității, metode de prezervare a fertilității, trimitere consult</p> <p>Diabet - contracepție © până la control glicemic.</p> <ul style="list-style-type: none"> • de preferat © fără estrogeni pt DZ vechi/cu AOT • acid folic 5 mg/zi, 1 L înainte, 3 L după concepție <p>Epilepsia - asupra riscurilor, inclusiv risc medicație.</p> <ul style="list-style-type: none"> • acid folic 5 mg/zi, 1 L înainte, 3 L după concepție • trimitere la specialistul neurolog pentru modificarea medicației – excludere teratogene <p>HIV - risc transmitere la făt aprox 2% sub tratament ARV - ARV poate interfera cu selecția ©</p> <p>HTA - evaluarea AOT și bun control înainte de concepție - de preferat © fără estrogeni pt. femei cu TA mari</p> <p>Tromboembolism - info legat de riscul crescut de TEP în sarcină și lăuzie</p>
Medicație		<p>Înlocuirea medicației de fond periculoase în sarcină</p> <ul style="list-style-type: none"> • HTA - IECA, diuretice tiazidice • Dislipidemie - Statine • Epilepsie - Ac valproic, carbamazepină • Diabet – IECA, statine • Boli autoimune – Metotrexat, cyclofosamidă, leflunomid <p>Consilierea privind atenția sporită pentru administrarea oricărui medicament/supliment alimentar.</p>
Sănătate mentală	Afecțiuni	<p>Info – afecțiuni /stări care pot afecta sarcina și legătura mamei cu copilul (anxietatea, depresia, psihoze, adicții alte)</p> <p>Consiliere – igiena somnului, abordul stresului, echilibrul muncă-timp liber, importanța rețelelor de suport</p>

	Tipare relaționale	Info - efectele negative și importanța identificării și adresării de către specialiști a traumelor. Sfat adresare aspecte legate de violența domestică, viol, parteneri sexuali multipli
Stil de viață	Fumat	Info - efectele negative ale fumatului asupra sarcinii, fătului și viitorului copil; Sfat minimal ⁸⁴ – ajuta sa înțeleagă <ul style="list-style-type: none"> • beneficiile renunțării la fumat. • nivelul recomandat – STOP fumat • aleagă metode suport: farmacologice + consiliere +/- Bilet trimite-re pt specialități ce oferă suport renunțare la fumat (psiholog, pneumolog, MF cu competență stil de viață)
	Consum de alcool	Info - efectele negative ale alcoolului asupra sarcinii, fătului și viitorului copil Sfat minimal ⁸⁵ – ajuta sa înțeleagă <ul style="list-style-type: none"> • beneficiile abstenenței la alcool în sarcina timpurie și pe tot parcursul sarcinii. • nivelul recomandat – abstenența • identifice/aplice metode/instrumente de suport pentru abstenență în sarcină
	Greutatea corporală	Info – importanța unei greutate normale înainte de concepție (IMC= 18,5-24.9); circumferința abdominală optimă (F 88 cm, B 102 cm)
	Alimentație	Info – importanța unei greutate normale înainte de concepție; importanța evitării toxicelor alimentare (pesticide, metale grele ex din pește) Sfat minimal ⁸⁰ – ajuta sa înțeleagă <ul style="list-style-type: none"> • beneficiile tiparelor alimentare considerate sănătoase (tip dieta mediteraneană, bazată pe plante, surse de nutrienți); • nivel recomandat – porții adaptate nevoilor, funcție de nivelul de activitate fizică și greutatea inițială • identifice/aplice un model alimentar care să susțină obiectivul personal privind greutatea
	Activitate fizică	Sfat minimal ⁶⁴ – ajuta sa înțeleagă <ul style="list-style-type: none"> • beneficiile mișcării • nivel recomandat - AF moderată - 30 min x5 /sapt • identifice/aplice activitatea fizică potrivită care să susțină obiectivul personal privind greutatea
	Somn	Sfat minimal – ajuta sa înțeleagă <ul style="list-style-type: none"> • beneficiile somnului normal pentru sănătatea întregului organism • nivel recomandat – 7-8 ore • identifice/aplice regulile de igiena somnului
	Stres	Info – modul în care percepem stresul este determinant asupra sănătății; importanța rezilienței Sfat minimal – ajută sa înțeleagă <ul style="list-style-type: none"> • importanța rețelelor de suport • identifice/aplice strategii pentru reducerea stresului și soluții pentru echilibrul muncă-timp liber

	Toxicele din mediul extern	Info - efectele negative ale expunerii la diferite toxice precum: solvenți, metale (plumb, mercur), pesticide, tratamente cu efecte teratogene și gonadotoxice (chimioterapie, radioterapie), plastice, radiații etc - metode de reducere a expunerii la toxice în mediul domestic având ca surse: praful de casă, detergenți și produse de curățenie, vopseluri, plasticurile.
--	-----------------------------------	---

CAPITOLUL 6

BIBLIOGRAFIE

1. United Nations Population Fund. “Programme of action of the International Conference on Population and Development.” (1996)
2. Ford, Jessie V., et al. “Sexual health training and education in the US.” *Public Health Reports* 128.2_suppl1 (2013): 96-101
3. World Health Organization. “Sexual and Reproductive Health and Research (SRH).” (2021)
4. World Health Organization. “Action plan for sexual and reproductive health.” *Towards achieving the 2030* (2016)
5. World Health Organization, Sexual Health, https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
6. USC University of Southern California, Department of Nursing, Reproductive and Sexual Health: What’s the Difference, <https://nursing.usc.edu/blog/reproductive-sexual-health-difference/>
7. Organizația Națiunilor Unite, Agenda 2030 pentru dezvoltare durabilă, http://dezvoltaredurabila.gov.ro/web/wp-content/uploads/2020/08/Agenda-2030_RO.pdf
8. European Centre for Disease Prevention and Control, Sexually transmitted infections, <https://www.ecdc.europa.eu/en/sexually-transmitted-infections>
9. Centers for Disease Control and Prevention. “Screening recommendations and considerations referenced in treatment guidelines and original sources.” 2015 sexually transmitted diseases treatment guidelines. CDC, Atlanta (GA), 2015
10. Lee, Karen C., et al. “Sexually transmitted infections: recommendations from the US Preventive Services Task Force.” *American family physician* 94.11 (2016): 907-915
11. American Sexual Health Organization, STD’s A to Z, https://www.ashasexualhealth.org/stds_a_to_z/
12. Australasian Sexual Health Alliance (ASHA). “Australian STI management guidelines for use in primary care.” (2017)
13. European Parliament resolution of 24 June 2021 on the situation of sexual and reproductive health and rights in the EU, in the frame of women’s health, https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_EN.html
14. Direcția de Sănătate Publică Brașov, FEBRUARIE 2021 Campania “Sănătatea reproducerii – tu decizi ce este mai bine pentru tine!”, https://dspbv.ro/pdf/prosan/repro/Analiza_situatie_SR_2021.pdf
15. World Health Organization, Key Facts, Adolescent pregnancy, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
16. Gavin, Loretta, et al. “Providing quality family planning services: recommendations of CDC and the US Office of Population Affairs.” *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports* 63.4 (2014): 1-54
17. Cantor, Amy et al. “Screening for Chlamydial and Gonococcal Infections: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.” *JAMA* vol. 326,10 (2021): 957-966. doi:10.1001/jama.2021.10577
18. US Preventive Services Task Force et al. “Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation

- Statement.” JAMA vol. 328,12 (2022): 1243-1249. doi:10.1001/jama.2022.15322
19. US Preventive Services Task Force et al. “Screening for Syphilis Infection in Pregnant Women: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement.” JAMA vol. 320,9 (2018): 911-917. doi:10.1001/jama.2018.11785
 20. US Preventive Services Task Force Serological Screening for Genital Herpes: A Reaffirmation Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force, AHRQ Publication No. 22-05296-EF-1, August 2022,
 21. US Preventive Services Task Force et al. “Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.” JAMA vol. 320,7 (2018): 674-686. doi:10.1001/jama.2018.10897
 22. Chou, Roger, et al. Screening for HIV Infection in Asymptomatic, Nonpregnant Adolescents and Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US), June 2019
 23. Selph, Shelley S., et al. Screening for HIV Infection in Pregnant Women: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality (US), June 2019.
 24. Chou, Roger et al. “Screening for Hepatitis B Virus Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.” JAMA vol. 324,23 (2020): 2423-2436. doi:10.1001/jama.2020.19750
 25. US Preventive Services Task Force et al. “Screening for Hepatitis B Virus Infection in Pregnant Women: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement.” JAMA vol. 322,4 (2019): 349-354. doi:10.1001/jama.2019.9365
 26. US Preventive Services Task Force et al. “Screening for Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.” JAMA vol. 323,10 (2020): 970-975. doi:10.1001/jama.2020.1123
 27. Henderson, Jillian T et al. “Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.” JAMA vol. 324,7 (2020): 682-699. doi:10.1001/jama.2020.10371
 28. National Institute for Health and Care Excellence, Fertility problems: assessment and treatment, Clinical guidelines, updated 2017, <https://www.guidelines.co.uk/sexual-health/nice-fertility-problems-guideline/454859.article>
 29. Interim Report from the WHO European Region, “From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future”
 30. Howitt, Peter et al. “Technologies for global health.” Lancet (London, England) vol. 380,9840 (2012): 507-35. doi:10.1016/S0140-6736(12)61127-1
 31. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020); “Assessment of sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of universal health coverage in Romania”. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330458>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
 32. WHO Medical eligibility criteria for contraceptive use 2015, ediția a 5 a
 33. CDC, US Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use, 2016
 34. UK Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (UKMEC), 2016
 35. Jaccard J. et al “Unlocking the contraceptive conundrum.” Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; 2009.
 36. Pallitto, Christina C et al. “Is intimate partner violence associated with unintended

pregnancy? A review of the literature.” *Trauma, violence & abuse* vol. 6,3 (2005): 217-35.
doi:10.1177/1524838005277441

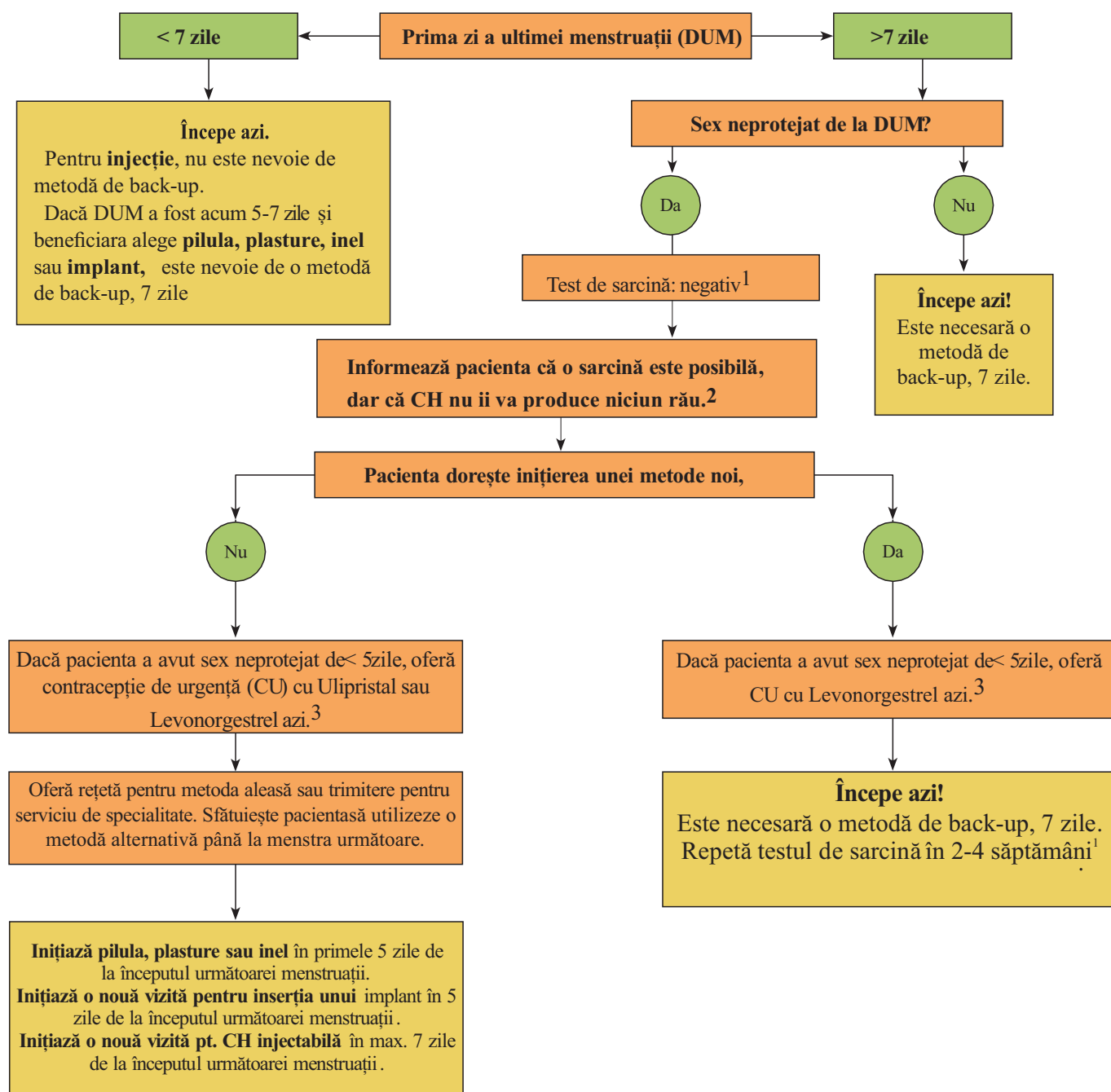
37. Paterno, Mary T, and Elizabeth T Jordan. “A review of factors associated with unprotected sex among adult women in the United States.” *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* : JOGNN vol. 41,2 (2012): 258-274. doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01334.x
38. Rehm J, Shield KD, Joharchi N, Shuper PA. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction* 2012;107:51–9.
39. Curtis, Kathryn M et al. “U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016.” *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports* vol. 65,4 1-66. 29 Jul. 2016, doi:10.15585/mmwr.rr6504a1
40. World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/ SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS. *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (2022 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022. <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>
41. Huber L, Hogue C, Stein A, et al. Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation and choice study. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1290–5.
42. CDC. U.S. Selected practice recommendations for contraceptive use 2013. *MMWR* 2013;62(No. RR-5).
43. Posner SF, Johnson K, Parker C, Atrash H, Biermann J. The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations. *Maternal and Child Health Journal*. 2006 Sep;10(5 Suppl):S197-205. DOI: 10.1007/s10995-006-0107-x. PMID: 16773451; PMCID: PMC1592248
44. World Health Organization. (2013). Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: policy brief. World Health Organization <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340533>
45. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for improving preconception and health care. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006.
46. American Society for Reproductive Medicine (ASRM) and American College of Obstetricians and Gynecologists’ (ACOG) Committee on Gynecologic Practice. Prepregnancy counseling: Committee Opinion No. 762. *Fertil Steril*. 2019 Jan;111(1):32-42
47. Wilkes, Jennifer. “AAFP Releases Position Paper on Preconception care.” *American family physician* vol. 94,6 (2016): 508-10.
48. ACOG Committee Opinion No. 762: Prepregnancy Counseling. *Obstetrics & Gynecology*: January 2019 - Volume 133 - Issue 1 - p e78-e89 doi: 10.1097/AOG.0000000000003013
49. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society for Reproductive Endocrinology and Infertility. “Optimizing natural fertility: a committee opinion.” *Fertility and sterility* vol. 107,1 (2017): 52-58. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.09.029
50. Conde-Agudelo, Agustin et al. “Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis.” *JAMA* vol. 295,15 (2006): 1809-23. doi:10.1001/jama.295.15.1809
51. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (UK). *Diabetes in Pregnancy: Management of Diabetes and Its Complications from Preconception to the Postnatal Period*. National Institute for Health and Care Excellence (UK), February 2015.
52. Battarbee, Ashley N et al. “Chronic hypertension in pregnancy.” *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 222,6 (2020): 532-541. doi:10.1016/j.ajog.2019.11.1243

53. Lu, Yao et al. "The management of hypertension in women planning for pregnancy." *British medical bulletin* vol. 128,1 (2018): 75-84. doi:10.1093/bmb/ldy035
54. Webster, Katie et al. "Diagnosis and management of hypertension in pregnancy: summary of updated NICE guidance." *BMJ (Clinical research ed.)* vol. 366 15119. 9 Sep. 2019, doi:10.1136/bmj.15119
55. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 25 June 2019.
56. Alexander, Erik K et al. "2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum." *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association* vol. 27,3 (2017): 315-389. doi:10.1089/thy.2016.0457
57. McAuliffe, Fionnuala M et al. "Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: A FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline." *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* vol. 151 Suppl 1,Suppl 1 (2020): 16-36. doi:10.1002/ijgo.13334
58. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists "Epilepsy in Pregnancy (Green-top Guideline No. 68)" <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/epilepsy-in-pregnancy-green-top-guideline-no-68/>
59. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. "ACOG Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in Pregnancy." *Obstetrics and gynecology* vol. 132,1 (2018): e1-e17. doi:10.1097/AOG.0000000000002706
60. Nanu, Michaela et al., INSP – INSMC Ghid de prevenție pentru medicul de familie – Asistența prenatală în sarcina normală. 2023
61. Marshall, Nicole E et al., The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences, *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 226,5 (2022): 607-632. doi:10.1016/j.ajog.2021.12.035 42
62. Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. 2020 Edition. Last updated: 5 February 2021, Canberra: Australian Government Department of Health
63. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period, *Obstetrics and gynecology* vol. 126,6 [2015]: e135-e142. doi:10.1097/AOG.0000000000001214
64. Panaitescu, Cătălina et al., INSP - Ghid de prevenție pentru medicul de familie – Intervențiile preventive integrate adresate stilului de viață. Activitatea fizică. 2023
65. Behnke, Marylou, et al., Prenatal substance abuse: short-and long-term effects on the exposed fetus, *Pediatrics* 131.3 [2013]: e1009-e1024
66. Zhou, Sherry et al, Physical, behavioral, and cognitive effects of prenatal tobacco and postnatal secondhand smoke exposure, *Current problems in pediatric and adolescent health care* vol. 44,8 (2014): 219-41. doi:10.1016/j.cppeds.2014.03.0074.
67. Marufu, T.C., Ahankari, A., Coleman, T. et al. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 15, 239 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1552-5>
68. Zhang, Kui, and Xianmin Wang, Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis, *Legal medicine (Tokyo, Japan)* vol. 15,3 (2013): 115-21. doi:10.1016/j.legalmed.2012.10.007
69. De-Regil, Luz Maria et al, Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for

preventing birth defects, The Cochrane database of systematic reviews vol. 2015,12 CD007950. 14 Dec. 2015, doi:10.1002/14651858.CD007950.pub3

70. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. "Reducing Prenatal Exposure to Toxic Environmental Agents: ACOG Committee Opinion, Number 832." *Obstetrics and gynecology* vol. 138,1 (2021): e40-e54. doi:10.1097/AOG.0000000000004449
71. Harley KG et al. "Reducing phthalate, paraben, and phenol exposure from personal care products in adolescent girls: findings from the HERMOSA Intervention Study". *Environ Health Perspect* 2016;124:1600–7.
72. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. I. World Health Organization. ISBN 978 92 4 154991 2; © World Health Organization 2016
73. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. Revised 2021
74. Lassi, Z.S. et al. "Preconception care: delivery strategies and packages for care.". *Reprod Health* 11 (Suppl 3), S7 (2014). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S7>
75. van der Zee, Boukje et al. "Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study." *Family practice* vol. 30,3 (2013): 341-6. doi:10.1093/fampra/cms074
76. Centers for Disease Control and Prevention (2015). Preconception Health and Healthcare: Information for Health Professionals. Retrieved from <http://www.cdc.gov/preconception/hcp/>
77. Ugwu E, et al. "Impact of short inter-pregnancy interval on pregnancy outcome in a low-income country." Abstracts of the Global Evidence Summit, Cape Town, South Africa. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017;(9 Suppl 1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD201702>.
78. Hutcheon, Jennifer A et al. "Short interpregnancy intervals and adverse maternal outcomes in high-resource settings: An updated systematic review." *Paediatric and perinatal epidemiology* vol. 33,1 (2019): O48-O59. doi:10.1111/ppe.12518
79. Withanage, Nishadi N et al. "Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review." *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners* vol. 72,725 e865-e872. 24 Nov. 2022, doi:10.3399/BJGP.2022.0040
80. Isar, Cristina C et al., INSP - Ghid de prevenție pentru medicul de familie – Intervențiile preventive integrate adresate stilului de viață. *Alimentația*. 2023
81. Frey, Keith A et al. "The clinical content of preconception care: preconception care for men." *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 199,6 Suppl 2 (2008): S389-95. doi:10.1016/j.ajog.2008.10.024
82. Frayne, Daniel et al. "Interconception Care for Mothers at Well Child Visits After Implementation of the IMPLICIT Model." *Maternal and child health journal* vol. 25,8 (2021): 1193-1199. doi:10.1007/s10995-021-03137-z
83. Gardiner, Paula et al. "Reaching women through health information technology: the Gabby preconception care system." *American journal of health promotion: AJHP* vol. 27,3 Suppl (2013): eS11-20. doi:10.4278/ajhp.1200113-QUAN-18
84. Panaitescu, Cătălina et al., INSP - Ghid de prevenție pentru medicul de familie – Intervențiile preventive integrate adresate stilului de viață. *Fumatul*. 2023
85. Isar, Cristina C et al., INSP - Ghid de prevenție pentru medicul de familie – Intervențiile preventive integrate adresate stilului de viață. *Consumul de alcool*. 2023

Pilula, Plasture, Inel vaginal, Injecție, Implant



Pacienți care solicită o nouă metodă contraceptivă:

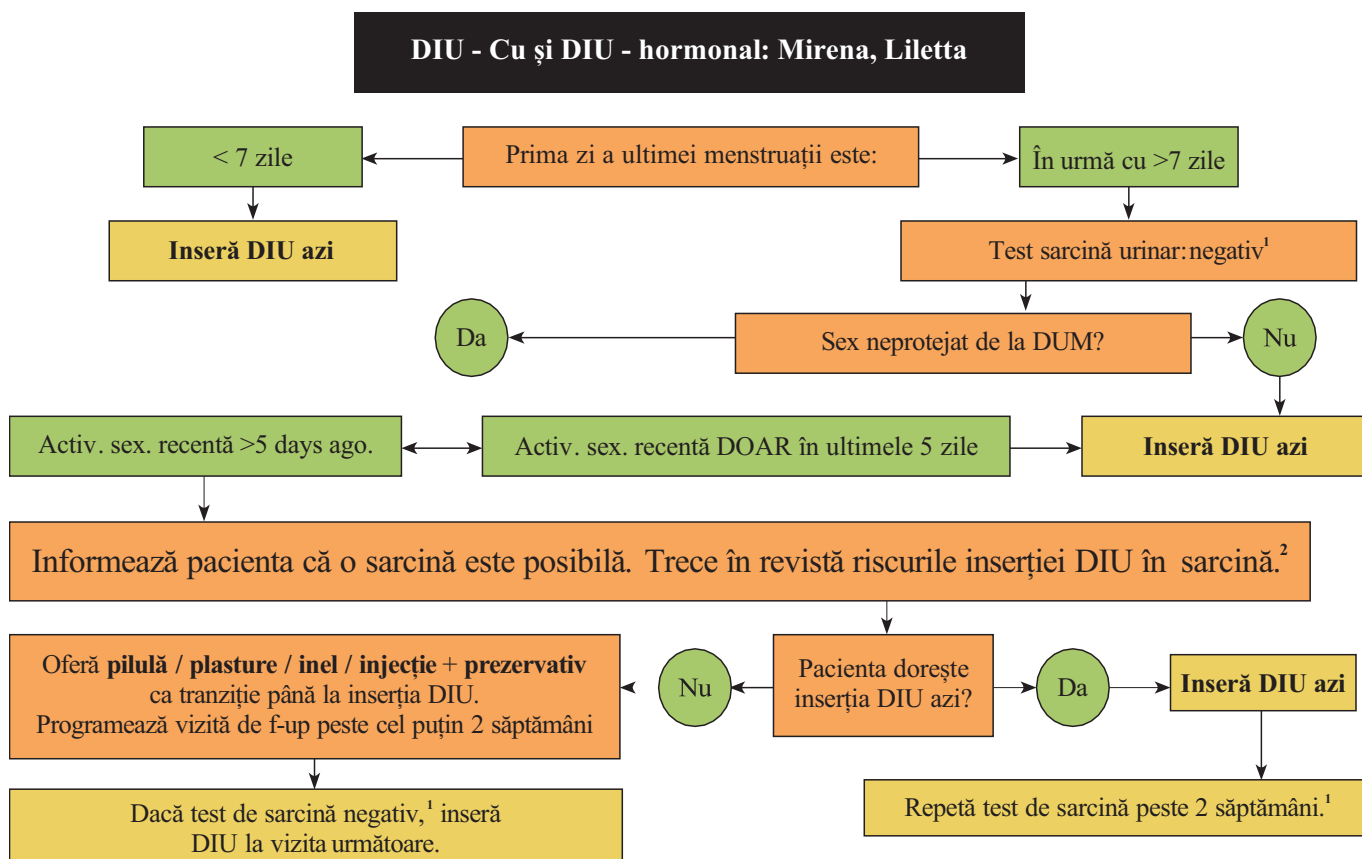
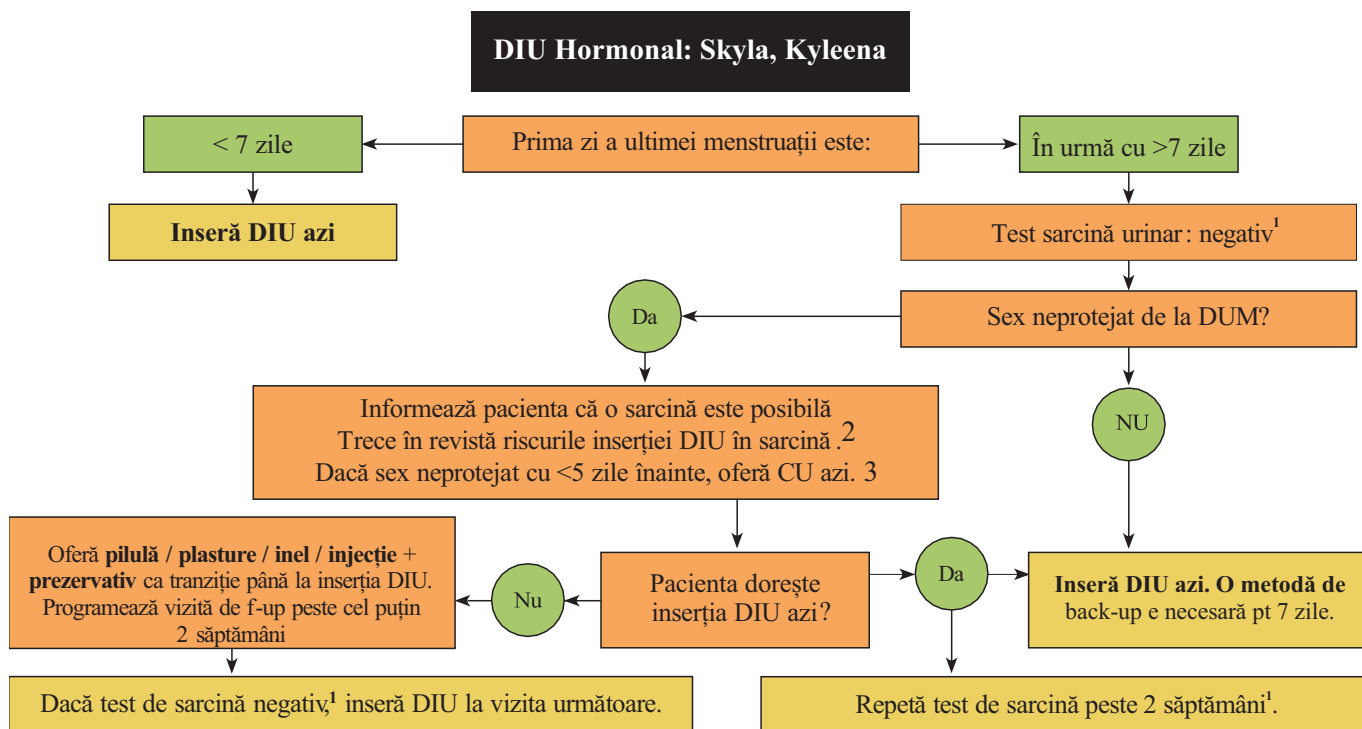
1 Dacă testul de sarcină este pozitiv, oferă consiliere.

2 Pe baza Recomandărilor Ghidurilor – Când beneficiul contracepției excede riscul administrării la o sarcină în lună mică.

3 Dacă IMC peste 25, CU cu levonorgestrel (LNG) este superioară adm. de placebo. CU cu Ulipristal este superioară CU cu LNG pentru femeile cu sex neprotejat înainte cu 3-5 zile. Întrucât CH pot reduce eficiența ulipristal, noua metodă trebuie inițiată nu mai repede de 5 zile după adm de ulipristal. Consideră adm. Inj/DIU/implant mai repede dacă beneficiile depășesc riscurile.

Anexa 1 Algoritm de inițiere rapidă a contracepției hormonale

Dispozitive intrauterine²



1 Dacă testul de sarcină este pozitiv, oferă consiliere

2 CDC sfătuiește excluderea dg. de sarcină anterior DIU. Clinicienii vor prezenta riscurile și beneficiile inserției DIU în cazul lipsei certitudinii excluderii sarcinii.

3 Dacă IMC peste 25, CU cu levonorgestrel (LNG) este superioară adm. de placebo. CU cu Ulipristal este superioară CU cu LNG pentru femeile care au avut sex neprotejat înainte cu 3-5 zile. Întrucât CH pot reduce eficacitatea ulipristal, noua metodă trebuie inițiată nu mai repede de 5 zile după adm de ulipristal. Consideră adm. Inj/DIU/implant mai repede dacă beneficiile depășesc riscurile.

Anexa 2 Tipuri de contraceptive și principalele caracteristici

Traducere și adaptare după Reproductive Health National Training Center, UK

– Instrument de suport pentru discuții cu pacienții

Documentul sumarizează principalele categorii de metode contraceptive și caracteristicile acestora și poate servi ca document de suport pentru profesioniști, în dialogul lor educațional cu beneficiarii

METODA	Risc de sarcină	Mec. acțiune	Frecvența utilizării	Efecte asupra menstrei	Alte efecte secundare	Alte aspecte
STERILIZA-RE FEMEI	0,5%	Procedură chirurgicală	O singură dată	Fără efecte secundare	Durere, sângerare, risc de infecție	Efect permanent
STERILIZA-RE BĂRBAȚI	0,15%	Procedură chirurgicală	O singură dată	Fără efecte secundare	Durere, sângerare, risc de infecție	Efect permanent
DIU-LNG	0,2%	Poziționare intrauterină	La sub 7 ani	Pătare, menstre scurte sau absente	Disconfort la aplicare	Fără estrogeni. Poate reduce crampele abdominale.
DIU-Cu	0,8%	Poziționare intrauterină	La sub 10 ani	Menstre mai abundente sau mai lungi	Disconfort la aplicare	Fără hormoni. Poate induce crampe abdominale.
IMPLANT	0,05%	Poziționare fața internă a brațului	La sub 3 ani	Pătare, menstre scurte sau absente	Disconfort la aplicare	Fără estrogeni. Poate reduce crampele abdominale.
INJECTABILE	4%	Inj în braț, coapsă sau subcutanat	La 3 luni	Pătare, menstre scurte sau absente	Creștere în greutate	Fără estrogeni. Poate reduce crampele abdominale
PILULE COMBIMATE	8 %	Pe gură	Zilnic la aceeași oră	Poate produce țărâreț în primele luni	Greață Sâni dureroși	Poate ameliora acneea Poate reduce crampele abdominale
PLASTURI COMBINAȚI	9 %	Pe piele	Săptămânal			
INELE VAGINALE	9 %	În vagin	Lunar			
DIAFRAGMA	12 %	În vagin cu spermicid	De fiecare dată înainte de act sexual	Fără efecte asupra menstrei	Reacție alergică, iritație	Non hormonală

METODA	Risc de sarcină	Mec. acțiune	Frecvența utilizării	Efecte asupra menstrui	Alte efecte secundare	Alte aspecte
PREZERVATIV EXTERN	13 %	Îmbracă penis	De fiecare dată înainte de act sexual	Nu afectează menstruația	Reacție alergică, iritație	Non hormonală
GEL VAGINAL	14 %	În vagin	De fiecare dată înainte de act sexual		Reacție alergică, iritație	Non hormonală
METODA RETRAGERII	20 %	Retragerea înaintea ejaculării	De fiecare dată înainte de act sexual		Fără efecte	Non hormonală
PREZERVATIV INTERN	21 %	În vagin	De fiecare dată înainte de act sexual		Reacție alergică, iritație	Non hormonală
BURETE	24 %	În vagin	De fiecare dată înainte de act sexual		Reacție alergică, iritație	Non hormonală
METODE BAZATE PE CALENDARUL FERTILITĂȚII	24 %	Monitorizarea semnelor de fertilitate, abținerea și utilizarea prezervativ în zilele fertile	Zilnic	Nu afectează menstruația	Fără efecte	Non hormonală Conștientizarea semnelor de fertilitate
SPERMICIDE	28 %	În vagin	De fiecare dată înainte de act sexual		Reacție alergică, iritație	Non hormonală

Anexa 3 Tabel Sumar - Criterii medicale pentru alegerea contraceptivelor conform US MEC – CDC - Traducere

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Im-plant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Vârsta		Menarhă la <20 ani:2	Menarhă la <20 ani:2	Menarhă la <18 ani:1	Menarhă la <18 ani:2	Menarhă la <18 ani:1	Menarhă la <40 ani:1						
		≥20 ani:1	≥20 ani:1	18-45 ani:1	18-45 ani:1	18-45 ani:1	18-45 ani:1	18-45 ani:1	18-45 ani:1	18-45 ani:1	18-45 ani:1	≥40 ani:2	
				>45 ani:1	>45 ani:2	>45 ani:1							
Anomalii anatomice	a) Cavitate uterină anfractuoașă	4	4										
	b) Alte anomalii	2	2										
Anemii	a) Talasemia	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b) Sickle cell disease [‡]	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	c) Deficit de fier	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Benignă – tumoră ovariană	(inclusiv chiste)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Afecțiuni mamare	a) Formațiuni tumorale nediate diagnosticate	1	2	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*
	b) Formațiuni mamare benigne	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	c) Istoric de cancer mamar familial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	d) Cancer mamar [‡]												
	i) Curent	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	ii) În istoric- fără semne de afectare în ultimii 5 ani	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Alăptare	a) <21 zile post-partum					2*	2*	2*	2*	2*	2*	4*	4*
	b) 21 la <30 zile post-partum												
	i) În prezența altor FR pentru TEV					2*	2*	2*	2*	2*	2*	3*	3*
	ii) Fără alți FR pentru TEV					2*	2*	2*	2*	2*	2*	3*	3*
	c) 30-42 zile postpartum												
	i) În prezența altor FR pentru TEV					1*	1*	1*	1*	1*	1*	3*	3*
	ii) Fără alți FR pentru TEV					1*	1*	1*	1*	1*	1*	2*	2*
	d) >42 zile post-partum					1*	1*	1*	1*	1*	1*	2*	2*
Cancer col uterin	În așteptarea tratamentului	4	2	4	2	2	2	2	2	1	1	2	2

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Im-plant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Ciroză	a) Ușoară (<i>compensată</i>)	1		1		1		1		1		1	
	b) Severă [‡] (<i>decompensată</i>)	1		3		3		3		3		4	
Fibroză chistică [‡]		1*		1*		1*		2*		1*		1*	
Tromboză venoasă profundă (TVP) /Tromboembolism pulmonar (TEP)	a) Istoric de TVP/TEP, fără trat. anticoagulant												
	i) Cu risc înalt de recurență TVP/TEP	1		2		2		2		2		4	
	ii) Cu risc scăzut de recurență TVP/TEP	1		2		2		2		2		3	
	b) TVP/TEP acut	2		2		2		2		2		4	
	c) TVP/TEP în trat. anticoagulant pentru cel puțin 3 luni												
	i) Cu risc înalt de recurență TVP/TEP	2		2		2		2		2		4*	
	ii) Cu risc scăzut de recurență TVP/TEP	2		2		2		2		2		3*	
	d) Istoric familial (<i>rude grad. I</i>)	1		1		1		1		1		2	
	e) Chirurgie majoră												
	i) Cu imobilizare prelungită	1		2		2		2		2		4	
	ii) Fără imobilizare prelungită	1		1		1		1		1		2	
	f) Chirurgie minoră fără imobilizare	1		1		1		1		1		1	
Depresie		1*		1*		1*		1*		1*		1*	

Indicații cheie:	
1 Fără restricții (metoda poate fi utilizată)	3 Riscurile teoretice sau dovedite în general depășesc avantajele
2 Avantajele în general depășesc riscurile teoretice / dovedite	4 Riscuri inacceptabile (metoda nu va fi utilizată)

Abrevieri: ARV = trat. antiretroviral; C=continuă metoda contraceptivă; CHC= contracepție hormonală combinată (pilulă, pasture, inel); COC= contracepție orală combinată; Cu- IUD = dispozitiv intrauterin cu cupru; DMPA = depot medroxyprogesterone acetat; I=inițierea metodei contraceptive; LNG-IUD= dispozitiv intrauterin cu eliberare de levonorgestrel; NA= nu se aplică; POP= pilulă numai cu progesteron; P/R=plăsture/inel; SSRI= inhibitori selectivi de recaptare ai serotoninei; ‡ Afecțiune ce expune femeia însărcinată unui risc suplimentar important.

*Pentru detalii și clarificări consultați: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm.

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Diabet	a) Istoric de diabet gestațional	1		1		1		1		1		1	
	b) Fără complicații cardiovasculare												
	i) Non-insulin dependent	1		2		2		2		2		2	
	ii) Insulin dependent	1		2		2		2		2		2	
	c) Nefropatie / retinopatie / neuropatie‡	1		2		2		3		2		3/4*	
	d) Cu altă afectare vasculară sau diabet de >20 ani vechime‡	1		2		2		3		2		3/4*	
Dismenoree	Severă	2		1		1		1		1		1	
Cancer endometrial‡		4	2	4	2	1		1		1		1	
Hiperplazie de endometru		1		1		1		1		1		1	
Endometrioză		2		1		1		1		1		1	
Epilepsie‡	(see also Drug Interactions)	1		1		1*		1*		1*		1*	
Afecțiunile vezicii biliare	a) Simptomatice												
	i) Colectomie	1		2		2		2		2		2	
	ii) Tratament medical conservator	1		2		2		2		2		3	
	iii) Curent	1		2		2		2		2		3	
	b) Asimptomatice	1		2		2		2		2		2	
Boala trofoblastică gestațională (BTG)‡	a) Suspiciunea de BTG (imediat după evacuare)												
	i) Mărimea uterului - de trimestru I	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	ii) Mărimea uterului - de trimestrul II	2*		2*		1*		1*		1*		1*	
	b) BTG confirmată												
	i) Cu nivele β-hCG / nedetectabile care nu sugerează sarcina	1*	1*	1*	1*	1*		1*		1*		1*	
	ii) Cu nivele β-hCG descrescătoare	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
	iii) Cu nivele β-hCG persistent crescute sau sugerând malignitate, fără dovezi sau suspiciune de modificări intrauterine	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
	iv) Cu nivele β-hCG persistent crescute sau sugerând malignitate, cu dovezi sau suspiciune de modificări intrauterine	4*	2*	4*	2*	1*		1*		1*		1*	

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Cefalee	a) Nonmigrenoasă (ușoară sau severă)	1		1		1		1		1		1	1*
	b) Migrenă												
	i) Fără aură (incl. migrena menstruală)	1		1		1		1		1		1	2*
	ii) Cu aură	1		1		1		1		1		1	4*
Istoric de chirurgie bariatrică ‡	a) Proceduri restrictive	1		1		1		1		1		1	1
	b) Proceduri care afectează absorbția	1		1		1		1		3		COCs: 3	
Istoric de coleastă	a) Legată de sarcină	1		1		1		1		1		1	2
	b) Legată de utilizare de COC	1		2		2		2		2		2	3
Istoric de HTA în sarcină		1		1		1		1		1		1	2
Istoric de chirurgie pelviană		1		1		1		1		1		1	1
HIV	a) Risc înalt pentru HIV	1*	1*	1*	1*	1		1		1		1	1
	b) Infecție HIV					1*		1*		1*		1*	1*
	i) Clinic bine, sub terapie ARV	1	1	1	1	Dacă sub tratament, vezi interacțiuni							
	ii) Clinic bine, fără terapie ARV ‡	2	1	2	1	Dacă sub tratament, vezi interacțiuni							

Indicații cheie:

1 Fără restricții (metoda poate fi utilizată)	3 Riscurile teoretice sau dovedite în general depășesc avantajele
2 Avantajele în general depășesc riscurile teoretice / dovedite	4 Riscuri inacceptabile (metoda nu va fi utilizată)

Abrevieri: ARV = trat. antiretroviral; C=continuă metoda contraceptivă; CHC= contracepție hormonală combinată (pilulă, plasture, inel); COC= contracepție orală combinată; Cu- IUD = dispozitiv intrauterin cu cupru; DMPA = depot medroxyprogesterone acetat; I=inițierea metodei contraceptive; LNG-IUD= dispozitiv intrauterin cu eliberare de levonorgestrel; NA= nu se aplică; POP= pilulă numai cu progesteron; P/R=plasture/inel; SSRI= inhibitori selectivi de recaptare ai serotoninei; ‡ Afecțiune ce expune femeia însărcinată unui risc suplimentar important.

*Pentru detalii și clarificări consultați: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm.

Anexa 3 Tabel Sumar - Criterii medicale pentru alegerea contraceptivelor conform US MEC – CDC - Traducere

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
HTA	a) HTA controlată adecvat	1*		1*		1*		2*		1*		3*	
	b) HTA cu valori TA crescute la măsurătoare corectă												
	i) TAS 140-159 sau TAD 90-99 mm Hg	1*		1*		1*		2*		1*		3*	
	ii) TAS ≥ 160 sau TAD ≥ 100 ‡ mm Hg	1*		2*		2*		3*		2*		4*	
	c) Afectare vasculară	1*		2*		2*		3*		2*		4*	
Boală inflamatorie intestinală	(Colită ulcerativă, boală Crohn)	1		1		1		2		2		2/3	
Boală coronariană ischemică ‡	Curentă sau istoric	1		2	3	2	3	3		2	3	4	
Mutații genetice trombogenetice cunoscute ‡		1*		2*		2*		2*		2*		4*	
Tumoriă hepatică	a) Benignă												
	i) Hiperplazia focală nodulară	1		2		2		2		2		2	
	ii) Adenom hepatocelular ‡	1		3		3		3		3		4	
	b) Malignă ‡ (hepatom)	1		3		3		3		3		4	
Malaria		1		1		1		1		1		1	
Multipli FR pt boală cardiovasculară aterosclerotică	(ex vârstnici, fumat, DZ, HTA, HDL mic, LDL mare, sau TG mari)	1		2		2*		3*		2*		3/4*	
Scleroză multiplă	a) Cu imobilizare prelungită	1		1		1		2		1		3	
	b) Fără imobilizare prelungită	1		1		1		2		1		1	
Obezitate	a) IMC ≥ 30 kg/m ²	1		1		1		1		1		2	
	b) Menarha la <18 ani și IMC ≥ 30 kg/m ²	1		1		1		2		1		2	
Cancer ovarian ‡		1		1		1		1		1		1	
Paritate	a) Nulipară	2		2		1		1		1		1	
	b) Pară	1		1		1		1		1		1	

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Istoric de sarcină ectopică		1		1		1		1		2		1	
Boală inflamatorie pelvină	a) Istoric												
	i) Urmată de sarcină	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	ii) Neurmată de sarcină	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	b) Curentă	4	2*	4	2*	1	1	1	1	1	1	1	1
Cardiomiopatie perinatală‡	a) Funcție cardiacă normală sau ușor afectată												
	i) <6 luni	2		2		1	1	1	1	1	1	4	
	ii) ≥6 luni	2		2		1	1	1	1	1	1	3	
	b) Funcție cardiacă moderat sau sever afectată	2		2		2	2	2	2	2	2	4	
Postavort	a) În trimestrul I	1*		1*		1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
	b) În trimestrul II	2*		2*		1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
	c) Imediat după avort septic	4		4		1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
Postpartum (femeie care nu alăptează)	a) <21 zile					1	1	1	1	1	1	4	
	b) 21 - 42 zile												
	i) Cu alți factori de risc pt TEV					1	1	1	1	1	1	3*	
	ii) Fără alți factori de risc pt TEV					1	1	1	1	1	1	2	
	c) >42 zile					1	1	1	1	1	1	1	
Postpartum (la femei care alăptează sau nu alăptează, inclusiv post cezariană)	a) <10 min. după expulzia placentei												
	i) Care alăptează	1*		2*									
	ii) Care nu alăptează	1*		1*									
	b) 10 min. după expulzia placentei până la 4 săptămâni după expulzie	2*		2*									
	c) ≥4 săptămâni	1*		1*									
	d) Sepsis postpartum	4		4									

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Sarcină		4*		4*		NA*		NA*		NA*		NA*	
Artrită reumatoidă	a) Cu terapie biologică	2	1	2	1	1		2/3*		1		2	
	b) Fără terapie biologică	1		1		1		2		1		2	
Infecții cu transmitere sexuală (BTS)	a) Cervicită purulentă sau inf. cu Chlamydia sau gonococică	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
	b) Vaginită (incl. cu Trichomonas vaginalis și vaginoză bacteriană)	2	2	2	2	1		1		1		1	
	c) Alte situații	2*	2	2*	2	1		1		1		1	
Fumat	a) Vârsta <35	1		1		1		1		1		2	
	b) Vârsta ≥35, <15 țigări/zi	1		1		1		1		1		3	
	c) Vârsta ≥35, ≥15 țigări / zi	1		1		1		1		1		4	
Transplant de organ solid‡	a) Complicat	3	2	3	2	2		2		2		4	
	b) Necomplicat	2		2		2		2		2		2*	
AVC‡	Istoric de AVC	1		2		2	3	3		2	3	4	
Boală venoasă superficială	a) Varice hidrostatice	1		1		1		1		1		1	
	b) Tromboză venoasă superficială (acută sau istoric)	1		1		1		1		1		3*	
Lupus eritematos sistemic‡	a) Cu anticorpi antifosfolipidici pozitivi (sau nedeterminați)	1*	1*	3*		3*		3*	3*	3*		4*	
	b) Trombocitopenie severă	3*	2*	2*		2*		3*	2*	2*		2*	
	c) Terapie imunosupresoare	2*	1*	2*		2*		2*	2*	2*		2*	
	d) Niciuna de mai sus	1*	1*	2*		2*		2*	2*	2*		2*	
Afectare tiroidiană	Gușă simplă/ hiper-hipotiroidism	1		1		1		1		1		1	
Tuberculoză‡ (see also Drug Interactions)	a) Nonpelviană	1	1	1	1	1*		1*		1*		1*	
	b) Pelviană	4	3	4	3	1*		1*		1*		1*	
Sângerare vaginală neexplicată	(suspiciune de afectare severă, anterior evaluării)	4*	2*	4*	2*	3*		3*		2*		2*	
Fibroame uterine		2		2		1		1		1		1	
Boală valvulară cardiacă	a) Necomplicată	1		1		1		1		1		2	
	b) Complicată‡	1		1		1		1		1		4	

Condiție	Particularități	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Hepatitis virală	a) Acută	1		1		1		1		1		3/4*	2
	b) Purtător/Cronică	1		1		1		1		1		1	1
Interacțiuni medicamentoase													
Antiretrovirale (ARV) utilizate pentru prevenția sau tratamentul HIV	Fosamprenavir (FPV) Toate medicam. ARV implică metode contraceptive fără restricție -1 /cu beneficii superioare riscurilor	1/2*	1*	1/2*	1*	2*		2*		2*		3*	
Trat. anticonvulsivant	a) Anumite anticonvulsivante (fenitoină, carbamazepină, barbiturice, primidonă, topiramet, ox-carbazepină)	1		1		2*		1*		3*		3*	
	b) Lamotrigină	1		1		1		1		1		3*	
Antibiototerapie	a) Antibiotice cu spectru larg	1		1		1		1		1		1	
	b) Antifungice	1		1		1		1		1		1	
	c) Antiparazitare	1		1		1		1		1		1	
	d) Trat. cu rifampicină sau Rifabutină	1		1		2*		1*		3*		3*	
SSRIs		1		1		1		1		1		1	
Sunătoare		1		1		2		1		2		2	

Actualizat în 2020. Tabelul conține sumarul recomandărilor US MEC. Pentru conținutul detaliat consultați: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm. Majoritatea contraceptivelor nu asigură protecția împotriva ITS. Utilizarea corectă și regulată a prezervativului de latex de către bărbați reduce riscul de ITS și HIV.

CS314239-A

Anexa 4 FIȘA DE EVALUARE – SUPTOR CONSILIERE PRECONCEPȚIONALĂ

Istoric				
Istoricul medical - educație și consiliere				
Medicația curentă	Medicamente cu și fără prescripție, inclusiv suplimente pe bază de plante	Încercuțiți, completați TOATE medicamentele/remediile pe care le folosiți în prezent La indicația medicului Pt acnee: Roaccutane Anticoagulante: Eliquis, Pradaxa, Xarelto, Sintrom Pt hipertensiune: IECA (Captopril, Perindopril, Enalapril etc), diuretice (Nefrix, Tertensif) Pt diabet: Metformin, alte Pt anxietate/depresie: Pt durere: Pt epilepsie: Acid valproic Pt tiroida: Pt colesterol: statine Fără indicația medicului Ibuprofen, Paracetamol, Aspirina, Claritine, Motilium Suplimente alimentare, remedii din plante..... Solicitați de la medicul de familie (MF) sfat privind schimbările în tratamentul medicamentos, dacă doriți planificarea unei sarcini!		
Istoric ginecologic și obstetrical	Terapia/ intervenția chirurgicală a colului uterin, ovare, uter sau trompe	Specificați, dacă ați avut, tipul de tratament chirurgical, la nivelul organelor genitale:		
	Sarcini anterioare – normale sau problematice	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Specificați Nr avorturi - spontane - la cerere Nr nașteri - Nr N la termen - Nr N premature Nr sarcini = tehn. reprod. asist </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Complicații sarcină/naștere: - DZ gestațional - Preeclampsia - Cezariană Nou-născuți cu: - anomalii congenitale - G mică la naștere - G mare la naștere Data ultimei nașteri </td> </tr> </table>	Specificați Nr avorturi - spontane - la cerere Nr nașteri - Nr N la termen - Nr N premature Nr sarcini = tehn. reprod. asist	Complicații sarcină/naștere: - DZ gestațional - Preeclampsia - Cezariană Nou-născuți cu: - anomalii congenitale - G mică la naștere - G mare la naștere Data ultimei nașteri
	Specificați Nr avorturi - spontane - la cerere Nr nașteri - Nr N la termen - Nr N premature Nr sarcini = tehn. reprod. asist	Complicații sarcină/naștere: - DZ gestațional - Preeclampsia - Cezariană Nou-născuți cu: - anomalii congenitale - G mică la naștere - G mare la naștere Data ultimei nașteri		
	Istoric/etiologia unor sarcini pierdute neplanificat	Specificați Nr sarcini pierdute neplanificat Vârsta la care s-a pierdut sarcina Cauze de pierdere a sarcinilor		
Istoric de infertilitate	Specificați Ați avut vreodată dificultate în a rămâne însărcinată? Da / Nu / Nu știu Ați fost testată/tratată pentru probleme de infertilitate? Da / Nu / Nu știu Solicitați de la MF info / sfat privind scăderea fertilității cu vârsta			

Istoric ginecologic și obstetrical	Contraceptivele folosite anterior	Specificați tipul de contraceptiv utilizat - Încercuiți Dispozitiv intrauterin/sterilet: IUD-Cu IUD-LNG Pilula combinată: Pilula cu progesteron: Contraceptive injectabile Inel vaginal Plasture Implant Alte metode: prezervativ, diafragma, cupă cervicală, burete cervical, etc. Solicitați de la MF sfat privind planificarea unei sarcini!	
	Istoric de infecții cu transmitere sexuala (ITS)	Ați fost vreodată diagnosticată cu ITS? Completați cu Da / Nu / Nu știu Infecții cu papilomavirusuri (HPV), veruci genitale, Sifilis, Hepatită B, Chlamydia Gonoree HIV Specificați ultima dată la care ați fost testată pentru infecția HIV!	
	Teste Papanicolau	Data ultimului test Papanicolau	
	Ciclul menstrual	Specificați dacă aveți probleme legate de ciclul menstrual Da/Nu Explicați	
Istoric familial de boli genetice	Specificați dacă cineva din familia Dvs. sau a soțului a avut: Completați cu Da / Nu / Nu știu	- Hemofilie - Talasemie - Distrofie musculară - Sdr Down, sdr Edwards etc	- Defecte congenitale la naștere - Fibroza chistica - Alte b. genetice
Istoricul bolilor cronice	Specificați dacă aveți un diagnostic de: Completați cu Da / Nu / Nu știu	- Afecțiuni psihice - Afecțiuni tiroidiene - Anemie - Astm bronșic - Diabet zaharat - Depresie - Epilepsie	- Hepatită cu VHB, VHC - HIV - Hipertensiune arterială - Insuficiență cardiacă - Interv. chirurgicale..... - Lupus / Scerodermie - Tuberculoză
		Solicitați de la MF sfat privind controlul bolilor cronice, dacă doriți planificarea unei sarcini!	
Istoricul imunizărilor	Specificați dacă ați fost vaccinat împotriva: Completați cu Da / Nu / Nu știu	Rujeolă / oreion / rubeolă – ROR Tetanos / difterie / tuse convulsivă - TdaP Varicelă Hepatită B HPV Gripă Solicitați de la MF sfat privind vaccinurile necesare, dacă doriți planificarea unei sarcini!	

Istoricul bolilor infecțioase	Specificați dacă ați fost diagnosticat cu: Completați cu Da / Nu / Nu știu	Sifilis HIV HVB, HVC Rubeolă Varicelă
Istoric de abuz	Abuz fizic, sexual, emoțional	Solicitați de la MF sfat privind suportul de specialitate!
Evaluarea riscurilor, Consiliere și educație		
		Greutate: Înălțime: Circumferință abdominală:
Stilul de viață	Alimentația	<p>Aveți mese regulate? Da/Nu Câte mese aveți zilnic? Nr..... Câte gustări? Nr..... Urmați un tip special de dietă? (vegetariană, vegană, etc) Specificați Consumați suficiente legume și fructe zilnic? (cel puțin 3 legume și 2 fructe?) De câte ori consumați semipreparate/mezeluri/săpt. Nr..... De câte ori consumați pește/săpt. Nr..... Ce fel de pește?</p> <p>Câte pahare consumați zilnic din următoarele băuturi? Specificați Cafea Nr..... Ceai Nr..... Tip cola/pepsi Nr..... Alte băuturi (carbogazoase) dulci Nr.... Suc natural din fructe Nr pahare..... Apă Nr..... Lapte/iaurt Nr.....</p> <p>Consumați alimente crude? (carne, lactate etc) Specificați Consumați alimente bogate în sare? Consumați alimente bogate în zahăr? Solicitați de la medicul de familie: - chestionarul REAPS - sfat pentru o alimentație adecvată și controlul greutateii</p>
	Activitatea fizică	<p>Aveți activitate fizică de birou? Mergeți zilnic pe jos? Aveți vre-un tip de activitate fizică în timpul liber? Solicitați de la medicul de familie: - chestionarul GPPAQ! - sfat pentru activitate fizică adecvată și controlul greutateii</p>
	Fumat	<p>Fumați în prezent? Da/Nu Ce fel de produse de tutun utilizați? Țigarete Nr/zi Dispozitive cu tutun încălzit Nr/zi Țigări electronice cu arome..... De câți ani fumați? Dacă fumați, solicitați MF să vă ajute să renunțați la fumat!</p>
	Consum de alcool	<p>Consumați băuturi alcoolice? De câte ori pe săptămână consumați băuturi alcoolice? Câte unități de alcool consumați /săptămână în total? (1 UI de alcool pur = 125 ml vin, 330 ml bere, 30 ml de țarie) Solicitați de la medicul de familie: - chestionarul AUDIT! - sfat privind consumul de alcool</p>

	Consum de alte substanțe	Consumați substanțe stimulante etc? Dacă da, descrieți
	Suplimente alimentare	Folosiți în mod curent suplimente cu (Specificați Da/ Nu/Doza) - acid folic - vitamina D - fier Solicitați de la MF sfat privind administrarea preventivă de suplimente alimentare, dacă planificați o sarcină!
Riscuri din mediul familial	Specificați dacă Completați cu Da / Nu / Nu știu	Sunteți într-o relație stabilă? Vă simțiți în siguranță acasă? Vă simțiți susținută emoțional acasă? Aveți ajutor din partea familiei, rudelor, prietenilor? Situția financiară vă permite condiții bune de trai? Aveți animale de casă, de ex pisici? Intrați în contact cu dejecțiile lor? Există riscul expunerii la toxice în mediul familial? Solicitați de la MF sfat privind riscurile din mediul familial!
	Violența domestică	Ați fost vreodată amenințat/forțat/abuzat? Fizic Emoțional Sexual Solicitați de la MF sfat privind riscurile din mediul familial!
Riscuri din mediul extern și ocupațional	Expunere la	Metale grele Solvenți Plastice Pesticide Gaze Radiații Solicitați de la MF sfat privind riscurile din mediul ocupațional!
	Efort fizic excesiv	Ridicare de greutate Muncă fizică în picioare Muncă în schimb de noapte Solicitați de la MF sfat privind riscurile din mediul ocupațional! Solicitați informații privind legislația muncii și sarcina.
Planificarea familială și spațierea nașterilor		Discutați cu MF planul reproductiv pe care îl aveți și eventualele nevoi contraceptive

Domenii de evaluare conform recomandărilor principalelor ghiduri:

ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists, “*Guidelines for Perinatal Care*”

AAFP Stephanie Brundage, M.D., “*Preconception Health Care*” in American Family Physician, a peer-reviewed journal of the American Academy of Family Physicians, 06/15/07. Updated 08/01/07 by Michael Lu based on CDC Guidelines.

Mayo Keith Frey, M.D., “*Preconception Care by the Non-obstetrical Provider*” in Mayo Clinic Proceedings

ICSI Institute for Clinical Systems Improvement, “*Routine Prenatal Care*”

MOD March of Dimes, “*Preconception Health Promotion: A Focus For Women’s Wellness*” 2003

