



PROTOCOL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Ediția: I

Revizia: 0

Data implementării:
.....

Exemplar nr. 1

PROTOCOL PRIVIND DIAGNOSTICUL INFECȚIEI CU SPREPTOCOC BETA-HEMOLITIC LA FEMEIA ÎNSĂRCINATĂ

Nr. 20 din 11.01.2021



PROTOCOL: PROTOCOL PRIVIND CONDUITA ÎN CAZUL INFECȚIILOR CERVICO-VAGINALE LA FEMEIA ÎNSĂRCINATĂ, PRIVIND DEPISTAREA PORTAJULUI DE STREPTOCOC BETA-HEMOLITIC LA FEMEIA ÎNSĂRCINATĂ ȘI INVESTIGAREA MICROBIOLOGICĂ ÎN RUPTURA PREMATURĂ DE MEMBRANE

Cod: Pr. D. T-O.G.-Scmvt-01

ECHIPA DE ELABORARE A PROTOCOLULUI:

Conf. Univ. Dr. Veronica Daniela Chiriac

Prof. Univ. Dr. Laurențiu Pirtea

ŞL. Dr. Doru Ciprian Crișan

Prof. Univ. Dr. Ioan Sas

Conf. Univ. Dr. Hegheș Alina
farmacist primar clinician

Conf. Dr. DANIELA CHIRIAC
Obstetrică - ginecologie
cod 0600340
Prof. Univ. Dr. LAURENTIU PIRTEA
Medic Ser Secție
obstetrică - ginecologie
cod C13191
Dr. CRISTIAN D. CIPIRAN
medic ser secție ginecologie
cod 777545
Prof. Dr. SAS IOAN
Obstetrică - ginecologie
Cod 096677

Prezentul protocol medical a fost avizat de Consiliul medical, în cadrul ședinței din data de
11.01.2021 (P.V. nr. 1 din 11.01.2021).

Prezentul document este proprietatea Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara și nu poate fi reprodus, în totalitate sau în parte, decât cu acordul scris al instituției. Orice referire la acest document trebuie făcută cu indicarea sursei și cu menținerea în context a informațiilor.

CUPRINS:

1. LISTA DE DIFUZARE.....Error! Bookmark not defined.
2. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMENTARE).....Error! Bookmark not defined.
3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APLICABILE PROTOCOLULUI.....Error! Bookmark not defined.
4. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....Error! Bookmark not defined.
5. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....Error! Bookmark not defined.
6. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE.....Error! Bookmark not defined.
7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL.....Error! Bookmark not defined.
8. INDICATORI DE EFICIENTĂ ȘI EFICACITATE:.....Error! Bookmark not defined.
9. ANEXE: Nu e cazul.....Error! Bookmark not defined.
10. DIAGRAMA – ALGORITMUL:.....Error! Bookmark not defined.

1. LISTA DE DIFUZARE

Nr. crt.	Scopul difuzării	Microstructura/Persoana	Data difuzării	Semnătura
1.	Aplicare	O.G.		
2.	Informare	S.C.M.U.T.		
3.	Evidență	O.G.		

2. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMENTARE)

- Permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și/sau aptitudinilor medicale în ceea ce privește cancerul de endometru.
- Desfășurarea în condiții optime și sigure a ingrijirilor medicale, creșterea satisfacției pacientului, asigurarea continuității îngrijirilor, garantarea, ameliorarea și evaluarea calității îngrijirilor aferente activității ce privește cancerul de endometru.
- Asigură creșterea eficacității și eficientizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale.
- Asigură crearea unei baze de cercetare pentru eliminarea continuă a incertitudinilor și riscurilor actelor medicale.
- Oferă standarde auditabile, ce pot fi îmbunătățite.
- Reduce semnificativ riscurile asociate procesului privind cancerul de endometru:
 - Agravarea stării de sănătate/ decesul pacientului
 - Apariția de infecții asociate asistenței medicale
 - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

3. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APPLICABILE PROTOCOLULUI

- *Legea nr.95/2006, privind reforma în sănătate;*
- *OMS nr.446/2018,privind aprobarea Standardelor, Procedurii și metodologiei de evaluare și acreditare a spitalelor;*
- *OMS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;*
- *OMS nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire și limitare a infecțiilor asociate asistenței medicale în unitatile sanitare din atribuțiile managerului unității sanitare, a directorului medical, a medicului șef de secție A.T.I. sau secție cu risc, a medicului curant (indiferent de specialitate) după caz, face parte și: „[...] răspunde de derularea activității de screening al pacientilor pentru depistarea colonizarilor/infecțiilor cu germenii multiplurezistenti, în conformitate cu prevederile programului național de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale”;*
- *Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul*

celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare ce prevede

- Cerința "02.03.05.02 - Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității" ce subscrive indicatorii:
 - "02.03.05.02.02 - Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului" aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese;
 - "02.03.05.02.03 - În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații" aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese;
 - "02.03.05.02.05 – În FO este consemnată ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor" aferent L.V. 25 – Aplicarea traseului pacientului.
- Cerința "02.12.04.02 - În practica medicală sunt aplicate și respectate protocolele chirurgicale și anestezice" ce subscrive indicatorii:
 - "02.12.04.02.01 – Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator este completat la zi" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN);
 - "02.12.04.02.02 – La nivelul Consiliului medical există analize periodice ale respectării protocolelor chirurgicale și anestezice" aferent L.V. 07 - Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical).
- Cerința "02.12.04.03 - Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate" ce subscrive indicatorii:
 - "02.12.04.03.01 – Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN), L.V. 60 – Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară.
- Cerința "02.03.03.01 – Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical" ce subscrive indicatorii:
 - "02.03.03.01.02 – Spitalul stabilește criterii de prioritizare a intervențiilor chirurgicale" aferent L.V. 7 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical).
- Cerința "02.11.04.01 - Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală" ce subscrive indicatorii:
 - "02.11.04.01.04 – Infecțiile de plagă operatorie sunt identificate și consemnate în FO de către medicul curant/chirurg operator" aferent L.V. 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese.
- WHO. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012; http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx (3 April 2015, date last accessed).
- Lee NK, Cheung MK, Shin JY, et al. Prognostic factors for uterine cancer in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2007; 109: 655– 662. [PubMed]
- Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală: Registrul Național de Cancer, MSP, București.2004.
- Jemal, A, Siegel, R, Ward, E, et al. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007; 57:43.
- Sherman, ME, Carreon, JD, Lacey, JV Jr, Devesa, SS. Impact of hysterectomy on endometrial carcinoma rates in the United States. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97:1700

- Henderson, BE. The cancer question: An overview of recent epidemiologic and retrospective data. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:1859.
- Potischman, N, Swanson, CA, Siiteri, PK, Hoover, RN. Reversal of relation between body mass and endogenous estrogen concentrations with menopausal status. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88:756.
- Soliman, PT, Oh, JC, Schmeler, KM, et al. Risk factors for young premenopausal women with endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2005; 105:575.
- Barry JA, Azizia MM, Hardiman PJ. Risk of endometrial, ovarian and breast cancer in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2014; 20: 748– 758.
- Brinton LA, Berman ML, Mortel R, et al. Reproductive, menstrual, and medical risk factors for endometrial cancer: results from a case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 1992; 167: 1317–1325.
- Zucchetto A, Serraino D, Polesel J, et al. Hormone-related factors and gynecological conditions in relation to endometrial cancer risk. *Eur J Cancer Prev*. 2009; 18: 316– 321. [PubMed]
- Boronow, RC, Morrow, CP, Creasman, WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 1984; 63:825.
- Creasman, WT, Morrow, CP, Bundy, BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1987; 60:2035.
- Dash, RC, Doud LG. Correlation of pap smear abnormalities in endometrial adenocarcinomas (Abstract). *Acta Cytol* 2001; 45:835.
- Gu, M, Shi, W, Barakat, RR, et al. Pap smears in women with endometrial carcinoma. *Acta Cytol* 2001; 45:555.
- Schorge, JO, Hossein Saboorian, M, Hynan, L, Ashfaq, R. ThinPrep detection of cervical and endometrial adenocarcinoma: a retrospective cohort study. *Cancer* 2002; 96:338.
- Guidos, BJ, Selvaggi, SM. Detection of endometrial adenocarcinoma with the ThinPrep Pap test. *Diagn Cytopathol* 2000; 23:260.
- Burk, JR, Lehman, HF, Wolf, FS. Inadequacy of papanicolaou smears in the detection of endometrial cancer. *N Engl J Med* 1974; 291:191.
- ACOG practice bulletin, clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 65, August 2005: management of endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2005; 106:413.
- Lu, KH, Dinh, M, Kohlmann, W, et al. Gynecologic cancer as a "sentinel cancer" for women with hereditary nonpolyposis colorectal cancer syndrome. *Obstet Gynecol* 2005; 105:569.
- Aarnio, M, Sankila, R, Pukkala, E, et al. Cancer risk in mutation carriers of DNA-mismatch-repair genes. *Int J Cancer* 1999; 81:214.
- Smith, RA, von Eschenbach, AC, Wender, R, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. *CA Cancer J Clin* 2001; 51:38.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine neoplasms.V.I.2008. Available from url: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/uterine.pdf
- Connor, JP, Andrews, JI, Anderson, B, Buller, RE. Computed tomography in endometrial cancer. *Obstet Gynecol* 2000; 95:692.
- Zerbe, MJ, Bristow, R, Grumbine, FC, Montz, FJ. Inability of preoperative computed tomography scans to accurately predict the extent of myometrial invasion and extracorporeal spread in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 78:67.
- Kinkel, K, Kaji, Y, Yu, KK, et al. Radiologic staging in patients with endometrial cancer: a meta-analysis. *Radiology* 1999; 212:711.
- Frei, KA, Kinkel, K. Staging endometrial cancer: role of magnetic resonance imaging. *J Magn Reson Imaging* 2001; 13:850.
- Cunha, TM, Felix, A, Cabral, I. Preoperative assessment of deep myometrial and cervical invasion in endometrial carcinoma: comparison of magnetic resonance imaging and gross visual inspection. *Int J Gynecol Cancer* 2001; 11:130.

- Morrow, CP, Bundy, BN, Kurman, RJ, et al. Relationship between surgical-pathological risk factors and outcome in clinical stage I and II carcinoma of the endometrium: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol* 1991; 40:55.
- Creasman, WT, Odicino, F, Maisonneuve, P, et al. Carcinoma of the corpus uteri. *J Epidemiol Biostat* 2001; 6:45.
- Boronow, RC, Morrow, CP, Creasman, WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol* 1984; 63:825.
- Creasman, WT, Morrow, CP, Bundy, BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer* 1987; 60:2035.
- Chan, JK, Loizzi, V, Youssef, M, et al. Significance of comprehensive surgical staging in noninvasive papillary serous carcinoma of the endometrium. *Gynecol Oncol* 2003; 90:181.
- Gehrig, PA, Groben, PA, Fowler, WC Jr, et al. Noninvasive papillary serous carcinoma of the endometrium. *Obstet Gynecol* 2001; 97:153.
- Franchi, M, Ghezzi, F, Melpignano, M, et al. Clinical value of intraoperative gross examination in endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 76:357.
- Lee, NK, Cheung, MK, Shin, JY, et al. Prognostic factors for uterine cancer in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol* 2007; 109:655.
- Collins R, Scrimgeour, A Yusuf R, Peto R. Reduction in fatal pulmonary embolism and venous thrombosis by perioperative administration of subcutaneous heparin. Overview of results of randomized trials in general, orthopedic and urologic surgery. *N Engl J Med* 1988;318(18:1162-73).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN). Prophylaxis of venous thromboembolism. Edinburgh: SIGN 2002. SIGN Publication no. 62. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/62/index.html>.
- Seria Ghiduri Clinice Pentru Obstetrică și Ginecologie. Ghidul 02/Revizia 0: Profilaxia cu antibiotice în obstetrică-ginecologie.2007;5-6. <http://www.ghiduriclinice.ro/documents/gynecology/GHID%2002%20Profilaxia%20cu%20antibiotice%20in%20obstetrica-ginecologie.pdf>.
- Society of Gynecologic Oncologists (SGO) publication entitled Management of Endometrial Cancer available online at: www.sgo.org/publications/EndoGuidelines.doc.
- Naumann, RW, Coleman, RL. The use of adjuvant radiation therapy in early endometrial cancer by members of the Society of Gynecologic Oncologists in 2005. *Gynecol Oncol* 2007; 105:7.

4. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau dacă este cazul, actul care definește termenul
DEFINIȚII:		
ABREVIERI:		
1.	FOCG	Foaie de observație clinică generală
2.	FSZ	Foaie de spitalizare de zi
3.	I.A.A.M.	Infecții asociate asistenței medicale

5. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

A. Circumstanțele riscului infectios prenatal¹

- Riscul infectios prenatal se definește ca acțiunea directă a agentilor patogeni sau a toxinelor acestora, care pot trece din sângele matern în circulația fetală prin placenta.
- Consecințele bolilor infectioase asupra fatului sunt variate, în funcție de severitatea bolii și de momentul contractării bolii în cursul sarcinii.

¹ "02.11.04.07.01 - La nivelul spitalului sunt stabilite circumstanțele riscului infectios prenatal" aferent LV 40 – Managementul asistenței medicale a gravidei și a lăuzei

- Există boli care pot fi preexistente sarcinii, cum sunt infectia cronica cu Toxoplasma, cu CMV, cu virusul hepatitei B sau C, infectia HIV, sifilisul, iar alte boli care pot să fie contractate în sarcina, ca infectia cu virusului rubeolei, rujeolei, varicelei, herpersvirusul, dar și cele mentionate la început.
- Atunci când infectiile se contractează în primul trimestru, ele pot determina malformatii diverse, moarte intrauterine a fatului, hipotrofie fetală, prematuritate.
- Cand mama vine în contact cu agentii infectiosi în trimestrul al treilea, fatul se poate năște cu semne ale bolii (de exemplu în varicela, infecție herpetică).
- În vederea evaluării riscului infecțios prenatal fiecare gravida care se prezintă în cabinetul de ginecologie la prima consultativă, la 5-6 săptămâni de sarcina, este îndrumată, de către medicul cu specialitatea obstetrică-ginecologie, să-si facă analize pentru depistarea posibilelor infectii:
 - Toxoplazmoza: IgM și IgG (Prezenta IgM înseamnă infectie activă, prezenta doar a IgG înseamnă infectie veche, și nu trebuie tratată)
 - Rubeolă : cu depistarera de IgM și IgG
 - Infectiei cu citomegalovirus (CMV): IgM și IgG
 - Infectie cu herpes simplex tip I și II: IgM și IgG
 - Sifilis: VDRL
 - Infectiei HIV: ELISA
 - Infecțiile cu virusuri hepatice B sau C (AgHBs și Ac anti HBC)

Analizele pentru depistarea sifilisului, infecției cu virus HIV și virusurile hepatice B și C se efectuează în cadrul Laboratorului de analize medicale a Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara.

Restul analizelor se efectuează în alte laboratoare.

Aceste investigații de laborator sunt recomandate la luarea în evidență a gravidei de către medicul cu specialitatea obstetrică-ginecologie sau ori de câte ori este nevoie (suspicione de contact).

B. Conduita în cazul infectiilor cervico-vaginale la femeia insarcinata²:

Importanta cunoașterii infectiilor genitale joase în timpul sarcinii reiese din efectului pe care agentul cauzal al vulvo-vaginitelor îl poate avea asupra fatului și sarcinii dar și în faptul că fatul, în parcurgerea filierei genitale, se poate contamina cu infecția respectivă.

Trebuie pus un diagnostic corect, etiologic al infectiei respective, pentru a putea face sau nu un tratament în consecință.

Tratamentul trebuie facut în funcție de gravitatea afectiunii, având în vedere rasunetul asupra sarcinii și fatului, dar și în funcție de efectul drogurilor asupra fatului.

Cu ocazia primei consultații a gravidei medicul de specialitatea obstetrică-ginecologie face un examen cu valvele al vaginului, când se inspectează aspectul secreției, colul uterin și se recoltează pentru examen bacteriologic al secreției și pentru cultura secreției cervico-vaginală.

Probele recoltate se trimit la laboratorul de analize medicale pentru efectuarea examenului microbiologic și către serviciul de anatomie patologică pentru examinarea citologică.

Dacă se identifică infecție se impune inițierea tratamentului.

Tratamentul trebuie facut în funcție de gravitatea afectiunii, având în vedere rasunetul asupra sarcinii și fatului, dar și în funcție de efectul drogurilor asupra fatului.

Cele mai importante infectii cervico-vaginale la femeia insarcinata sunt:

- **Trichomoniasa genitala** se pune în evidență prin colorația Papanicolau. Infectia poate să dea avort spontan, corioamniotita,ruperea spontană și prematura a membranelor, hemoragii în cursul sarcinii. Tratamentul se face cu metronidazol, dar datorită posibilelor efecte teratogene ale medicamentului în primul trimestru se va amâna începerea tratamentului după 12 săpt de sarcina. Atunci se administrează: Metronidazol ovule, unul seara , 7 zile la rand și se va trata și partenerul cu o doză unică de 2 g de metronidazol per os.
- **Candidoza vulvovaginala:** cel mai frecvent fung implicat este Candida albicans. Se pune în evidență cu colorația Papanicolau. Infectia are rasunet asupra fatului care se

² „02.11.04.07.02 - La nivelul spitalului este stabilită conduita în cazul infectiilor cervico-vaginale la femeia însărcinată” aferent LV 40 – Managementul asistenței medicale a gravidei și a lăuzei

naste prin filiera contaminată cu candida, făcând candidoza oro-faringiana după naștere. Tratamentul se face cu preparate de Imidazol, Clotrimazol sau Miconazol, 7 zile, cate un ovul local înainte de naștere.

- **Infectia cu Chlamydia:** se identifica prin detectarea antigenului sau a ADN-ului de Chlamydia în secreția cervico-vaginală. Poate să dea avort, prematuritate, boli grave ale nou nascutului: conjunctivita, pneumonie, sau infectie în postpartum la lauză. Tratamentul este cu Eritromicina 2 g /zi în 4 prize, 7 zile.
- **Infectiile cu Mycoplasma:** Pot să dea corioamniotita, naștere premature. Tratamentul este cu Eritromicina 2 g pe zi, 7 zile.
- **Infectia cu virusul herptic:** diagnosticul se pune pe tabloul clinic și pe dozarea IgM pentru herpes simplex. Infectia acuta genitala este indicatie de naștere prin operație cezariana, altfel exista risc de primoinfecție la fat, cu posibila afectare neurologica sau oftalmica.
- **Infectia gonococica:** este data de Neisseria gonorrhoeae. Poate să dea avort, naștere prematura. Se pune în evidență prin cultura din secreția cervico-vaginală. Tratamentul este cu Ceftriaxona 500 mg i.m. în doza unică.

C. Depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată³

Prezența Streptococului beta-hemolitic de Grup B în vagin este relevanță în timpul nașterii pentru ca aceasta bacterie este responsabilă de majoritatea infecțiilor neonatale în primele 7 zile de viață ale nou-născutului.

În vederea evaluării portajului de streptococ beta-hemolitic prenatal pentru fiecare gravida care se prezintă în cabinetul de ginecologie la consultatie, în săptămânile de sarcina 35-37, medicul cu specialitate obstetrică-ginecologie recoltează secreție cervico-vaginală pentru examenul bacteriologic.

Streptococul de grup B poate să fie raspunzător de infecții grave la fat, prin trecerea prin filiera genitală, dar și prin transmiterea germenului intrauterin. 1% din copiii născuți din mame purtătoare de streptococ de grup B pot să facă infecții grave ca meningite, afecțiuni acute ale cailor respiratorii superioare, otite, celulite, artrite.

Femeile la care testul este pozitiv sunt purtătoare, adică sunt colonizate cu streptococ de grup B. Rata de colonizare vaginală este de 10-30%, indiferent dacă femeia este însărcinată sau nu. Faptul că pacientele sunt purtătoare ale streptococului nu înseamnă însă că prezintă infecție sau boală. Aceasta colonizare este de obicei asimptomatice sau se poate manifesta sub forma unei vaginite care dispără cu tratament.

O mama are un risc crescut de a năște un copil cu infecție cu streptococ de grup B dacă există următorii factori favorizați:

- Ruptura prematura a membranelor cu 18 ore sau mai mult înaintea nașterii
- Febra în timpul travaliului
- Travaliul prematur – înainte de 37 săptămâni
- Infecție urinară în sarcina cu streptococ de grup B
- Naștere anterioară a unui copil cu infecție cu streptococ de grup B.

D. Investigarea microbiologică în ruptura prematură de membrane⁴

Ruptură prematură de membrane este definită ca ruperea membranelor la o vîrstă gestațională de peste 26 săptămâni de amenoree și sub 37 săptămâni de amenoree complete, cu cel puțin o oră înainte de debutul travaliului. Medicul trebuie să recomande internarea tuturor gravidelor ce se prezintă în serviciul de urgență cu ruptură prematură de membrane.

La examenul clinic efectuat la internarea gravidei, se confirmă ruptură de membrane prin mijloace clinice (surgerea spontană de LA la examenul cu valve, scurgerea provocată de LA prin apăsarea transabdominală a fundului uterin) sau paraclinice (teste rapide de detecție a factorului de creștere insulin-like care leagă proteina-1, evaluarea ecografică a volumului de lichid amniotic).

³ "02.11.04.07.03 - La nivelul spitalului este reglementată depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată" aferent LV 40 – Managementul asistenței medicale a gravidei și a lauzei

⁴ "02.11.04.07.04 - La nivelul spitalului este reglementată investigarea microbiologică în ruptura prematură de membrane" aferent LV 40 – Managementul asistenței medicale a gravidei și a lauzei

Ruptură prematură de membrane este cel mai important factor de risc pentru infecția intraamniotică (corioamniotita). Tuturor gravidelor ce se prezintă cu ruptură prematură de membrane li se vor efectua culturi din secreția cervicală.

La 12 ore după ruptura prematură de membrane medicul va indica inițierea tratamentului antibiotic profilactic cu Ampicilină iv la 6 ore + Eritromicină cp. 250 mg oral la 6 ore timp de 48 ore.

6. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUȚII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE

- **Resurse umane, competențe necesare (echipa operatorie):**
 - Medic cu specialitatea obstetrică-ginecologie
 - Asistent medical instrumentar.
- **Resurse materiale, echipamente medicale:**
 - Instrumentar specific
 - Material de recoltare.

7. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

Deși protocolul reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi științifice disponibile în domeniu, nu trebuie considerat că aceste recomandări includ toate intervențiile potrivite sau exclud pe toate cele nepotrivite pentru situația în cauză. Protocolul nu intenționează să înlocuiască raționamentul medical la fiecare caz în parte. Decizia medicală trebuie să ia în considerare particularitățile individuale și opțiunea pacientului, precum și resursele, caracterele specifice și limitările institutiilor de practica medicală. Fiecare medic care aplică recomandările în scopul stabilirii unui plan terapeutic trebuie să utilizeze propriul raționament medical independent, în funcție de fiecare caz în parte și în funcție de experiența personală în corelație cu dotarea institutiei în care acesta își desfășoară activitatea.

În caz de necesitate clinicienii vor apela la judecata clinică, cunoștințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta în FOCG ținând cont decircumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului.

8. INDICATORI DE EFICIENTĂ ȘI EFICACITATE

- Numărul gravidelor depistate cu infecții cervico-vaginale din totalul gravidelor examinate în perioada evaluată.
- Numărul gravidelor cu infecții cervico-vaginale care au primit tratament în perioada evaluată
- Numărul gravidelor depistate cu streptococ beta-hemolitic din totalul gravidelor testate în perioada evaluată.
- Numărul gravidelor pentru care nu s-a făcut examenul secreției cervico-vaginale din totalul gravidelor avute în evidență în perioada evaluată.
- Numărul gravidelor pentru care nu s-a făcut depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic din totalul gravidelor avute în evidență în perioada evaluată.
- Numărul de evenimente asociate asistenței medicale înregistrate în legătură cu conduită în cazul infectiilor cervico-vaginale la femeia insarcinată.
- Numărul de evenimente asociate asistenței medicale înregistrate în legătură cu depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată.
- Numărul de reclamații din partea pacienților/aparținătorilor înregistrate în legătură cu conduită în cazul infectiilor cervico-vaginale la femeia insarcinata.
- Numărul de reclamații din partea pacienților/aparținătorilor înregistrate în legătură cu depistarea portajului de streptococ beta-hemolitic la femeia însărcinată.

9.ANEXE: nu este cazul

10. DIAGRAMA – ALGORITM:

