

# OBEZITATEA GRAVIDEI ȘI CONSECINȚELE EI ASUPRA MAMEI ȘI FĂTULUI: CUM PREVENIM ȘI CUM TRATĂM ÎN MEDICINA PRIMARĂ?

---

**ADORATA ELENA COMAN, MD, PHD, LECTURER**

**MIHAELA BOANCA, ANA MARIA SLANINA, AGNES BACUSCA, MONICA UNGUREANU, ELENA POPA**

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ SI FARMACIE "GR. T. POPA " IAȘI – DISCIPLINA DE MEDICINA FAMILIEI**

**PEDIPRACTIC OCT. 2020**

# EPIDEMIOLOGIE

---

- World Health Organization (WHO) definește supraponderea ca IMC (BMI) de cel puțin **25 kg/m<sup>2</sup>** și obezitatea, de cel puțin **30 kg/mp**.
- Riscul de afectare a stării de sănătate apare la creșteri ponderale de peste **20-22 kg/mp** în populația generală.
  - *World Health Organ Tech Rep Ser 2010.*

# EPIDEMIOLOGIE

---

- Peste **1.1 milrd.** se estimează că sunt supraponderali,
- Din care, **320 mil.** prezintă obezitate (estimare actuală),
- **1.7 milrd.** ar putea fi expuși la risc de boală,
- peste **2.5 mil.** de morți pe an atribuite unui BMI crescut,
- Această cifră se așteaptă să **se dubleze** până în 2030.

(International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas, 2017*)

# IMPORTANȚA OBEZITĂȚII CA BOALA

---

- Afectarea **duratei și calității vieții**;
  - Favorizarea **patologiei** cardiovasculare, respiratorii, reumatologice, endocrino-metabolice, oncologice (morbimortalitatea de 1,5 - 4 ori mai mare decât la normoponderali);
  - Creșterea **riscului operator**;
  - Consecințele **psiho-sociale**.
- Afectarea **epigenetica**; anomalii genetice transmise generațiilor viitoare (DZ, SM, unele neoplazii).
- Afectarea directă/concomitentă: **gravida obeza**.

# VIZEAZĂ ETAPELE FIERBINȚI ANTROPOGENETICE:

---

- **Nou-născut- greutate mică la naștere, macrosom,**
- Copilărie,
- Adolescență,
- **Maternitate,**
- Meno-andropauză,
- Circumstanțial, etc.

# AGENDA

---

- Obezitatea gravidei - definire.
- Riscurile gravidei obeze.
- Riscurile fatului la gravida obeza.
- Preventia si tratamentul – provocare in medicina de familie.

# SURSE

---

- **American College of Obstetricians and Gynecologists - ACOG**  
<https://www.acog.org/en/Patient%20Resources/FAQs/Pregnancy/Obesity%20and%20Pregnancy>
- **American Family Physician – AAFP**  
<https://www.aafp.org/afp/2018/0501/p559.html>
- <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy-and-obesity/art-20044409>

# DEFINIRE

---

- **Supraponderal –indice de masa corporala(IMC)=25–29.9kg/mp.**
- **Obesitate IMC peste 30 kg/mp.**
  - Lowest risk is a BMI of 30–34.9 kg/mp.
  - Medium risk is a BMI of 35.0–39.9kg/mp.
  - Highest risk is a BMI of 40kg/mp or greater.
  - [http://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose\\_wt/BMI/bmicalc.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/BMI/bmicalc.htm)



# FIIND GRAVIDA OBEZA RISC?

---

- Diabet gestational, nastere prin cezariana/  
travaliu dificil;
- Preeclamsia, eclampsia, AVC;
- HTA de sarcina, agravata in sarcina;
- Apneea de somn.

# FIIND GRAVIDA OBEZA, CE RISCA FATUL MEU?

---

- Pierderea sarcinii
- Malformatii fetale: malformatii cardiace, anomalii tub neural;
- Urmarea ecografica morfologica a fatului, monitorizarea cardiaca in timpul travaliului;
- Macrosomia (4500g), accidente de travaliu (distocie umar)- copil obez mai tarziu;
- Prematuritate voita sau nevoita (37sapt.), cu repercursiuni asupra sanatatii de scurta si lunga durata (obezitate, astm);
- Stillbirth, fat mort la nastere.

# DOVEZI

<b>BMI (KG PER M<sup>2</sup>)</b>	<b>MACROSOMIA*</b>	<b>SHOULDER DYSTOCIA</b>	<b>STILLBIRTH</b>	<b>IN-HOSPITAL NEWBORN MORTALITY</b>	<b>PREECLAMPSIA</b>	<b>GESTATIONAL DIABETES MELLITUS</b>	<b>PRETERM BIRTH†</b>	<b>CESAREAN DELIVERY</b>
25	1.9	3.8	0.3	0.4	8.0	6.9	1.8	35.8
30	2.7	4.0	0.4	0.5	13.1	11.0	2.3	42.6
35	3.5	4.1	0.4	0.6	17.2	13.9	2.8	48.2
40	4.3	4.2	0.5	0.6	21.4	16.9	3.4	53.5

## **Adjusted Predicted Absolute Risk (%) of Selected Adverse Fetal and Maternal Outcomes According to Maternal Prepregnancy BMI**

Schummers L, Hutcheon JA, Bodnar LM, Lieberman E, Himes KP. Risk of adverse pregnancy outcomes by prepregnancy body mass index: a population-based study to inform prepregnancy weight loss counseling. *Obstet Gynecol.* 2015;125(1):133–143.

# PROVOCĂRI ÎN TERAPIA OBEZITĂȚII GRAVIDEI

---

1. Cui ne adresăm?
2. Care sunt țintele terapeutice?
3. Abordare globală vs diferențiată (insulinorezistență vs elemente ale MetS).
4. Ce ghiduri urmărim?
5. Prevenție, terapie, recuperare...
6. Metode ne-farmacologice vs farmacologice?

# RASPUNSURI LA PROVOCARI

---

1. Femeii inainte de conceptie dar si gravidei;
  2. Scadere ponderala **moderata** 5-7% sau 5-10 kg inainte; crestere ponderala adaptata in sarcina (5-7kg sarcina unica, 7-11kg sarcina multipla);
  3. Abordare **individualizata**; Ghiduri de interventie primara;
  4. Metode **ne-farmacologice** pentru gravide; Educatie terapeutica, lifestyle intervention;
  5. Metode **farmacologice** presarcina, daca IMC peste 30 sau 27 si comorbiditati;
- Chirurgie bariatrica-obezitatea morbida dar se amana sarcina cu 12-24 luni!

# INTERVENȚIA PRIMARĂ (IDF)

---

- **Promovarea stilului de viață sănătos:**
  - Restricție moderată de **calorii** (scădere ponderală cu 5–10 % din BMI).
  - Creștere moderată a **efortului fizic**.
  - Modificarea **compoziției dietei**.

IDF 2015 Consensus

**(Lindström J, The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS))**

# TERAPIE DIETETICĂ

---

Ideală este abordarea **interdisciplinară**, în echipă:

- Medic specialist;
- **Medic de familie, rețeaua primară;**
- Dietetician/ ([www.choosemyplate.gov/moms-pregnancy-breastfeeding](http://www.choosemyplate.gov/moms-pregnancy-breastfeeding));
- Asistentă instruită/moasa.

# LIFESTYLE INTERVENTION ...MORE

---

- *Reducere calorică moderată*, sem. II și III 300cal/zi în plus!  
Dacă se constată modificări în curba de creștere fetală se poate reveni. Calitativ: low carb și mediteraneană.
- *Efort fizic moderat*/ e timpul să începi: 5min/zi, încă 5min/sapt. Până la 30 min zilnic!
- *Educație terapeutică*.



# MONITORIZAREA

---

- Urmărirea gravidei:
  - Curba ponderala este Individuala, dincolo de reperele de ghid;
  - Precoce: glicemie, U24 proteinurie, TA, creatinina, apneea de somn;
  - Peripartum: consult preanestezic;
  - Pospartum risc thromboembolic si sepsis;
- Dezvoltarea fatului, morfologie ecografica, ecocardiografie fat;
- *Medicul ginecolog vs Medicul de familie – educației, schimbarea stilului de viață si urmareste rezultatele.*

# EVALUAREA

---

- Scaderii ponderale.
- Cunostintelor de modificarea stilului de viata.
- Riscurilor asociate obezitatii, mama/fat, semne precoce si atitudine de urgenta- cui se adreseaza.
- ***Cuantificarea adecvata a sfatului nutritional alaturi de urmarirea gravidei, la nivelul medicinei de familie!!!***

# GHIDUL EUROPEAN DE PREVENȚIE ESC-EASD 2019

---

- Educația ghidată, structurată și **individualizată a pacienților** îmbunătățește metabolismul glucidic și HTA – recomandări clasă I, nivel A.
- Terapia **non-farmacologică** – stil de viață îmbunătățește controlul metabolic - recomandări **clasă I, nivel A.**

# CE PASI TREBUIE URMATI PENTRU O SARCINA SANATOASA

---

1. Stabileste un consult de specialitate (preconceptie);
2. Urmeaza cu regularitate consulturile prenatale;
3. Mananca sanatos;
4. Fii fizic active, sarcina nu este o boala;
5. Evita substante toxice, alcool, fumat...

# MESAJ DE LUAT ACASA

---

- Gravida obeza este expusa **riscului** deopotriva cu fatul;
- Ideal de **anticipat sarcina** cu scaderea ponderala;
- Daca nu: atentie la eventualele **complicatii**;
- **Educatia terapeutica** structurata/individualizata furnizata de mai multe surse;
- **Medicul de familie** are obiectiv de urmarire cresterea ponderala excesiva a gravidei, cu instrumente motivationale reciproce!