

Hemoragiile severe în periodul III și IV al nașterii pe cale vaginală

Cuprins

- 1 Introducere**
- 2 Scop**
- 3 Metodologie de elaborare**
 - 3.1 Etapele procesului de elaborare
 - 3.2 Principii
 - 3.3 Data reviziei
- 4 Structură**
- 5 Evaluare și diagnostic**
- 6 Conduită**
 - 6.1 Conduită profilactică
 - 6.1.1 *Dirijarea activă a Periodului III al nașterii*
 - 6.1.1.1 Conduită medicală profilactică - Administrarea de medicamente uterotonice
 - 6.1.1.2 Monitorizarea profilactică a pacientei cu factori de risc pentru hemoragie în Periodul III și IV
 - 6.1.2 *Conduită profilactică în Periodul IV*
 - 6.1.2.1 Conduită obstetricală
 - 6.1.2.1.1 Examinarea placento-membranară
 - 6.1.2.1.2 Masajul uterului
 - 6.2 Conduita profilactică la pacientele cu factori de risc pentru HGP3-4
 - 6.3 Conduită curativă
 - 6.3.1 *Conduita precoce în HGP3-4*
 - 6.3.1.2 Controlul uterin
 - 6.3.2 *Tratamentul cauzelor specifice ale hemoragiei din Periodul III sau IV*
 - 6.3.2.1 Conduita în retenția de placentă încarcerată
 - 6.3.2.2 Conduita în hipotonia uterină
 - 6.3.2.3 Conduita în retenția de fragmente placentare sau membrane
 - 6.3.2.4 Conduita în cazul leziunilor traumatiche ale părților moi materne
 - 6.3.2.5 Conduita în tulburările de coagulare secundare hemoragiei, congenitale sau câștigate
 - 6.3.2.6 Conduita în hemoragiile rezistente la tratamentul specific
 - 6.3.3 *Conduita chirurgicală a HGP3-4*
 - 6.3.4 *Conduita în hemoragia posthisterectomie* ^(2, 6, 13)
- 7 Urmărire și monitorizare**
 - 7.1 Monitorizarea pacientei cu hemoragie în Periodul III sau IV
- 8 Aspecte administrative**
- 9 Bibliografie**
- Anexe**
 - 9.1 Grade de recomandare și nivele ale dovezilor
 - 9.2 Medicația menționată în ghid
 - 9.3 Materiale necesare a se afla în sala de naștere pentru tratamentul HGP3-4

Precizări

Ghidurile clinice pentru Obstetrică și Ginecologie sunt elaborate cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ginecologice și obstetricale. Ele prezintă recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe dovezi publicate, pentru a fi luate în considerare de către medicii obstetricieni/ginecologi și de alte specialități, precum și de celelalte cadre medicale implicate în îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ginecologice și obstetricale.

Deși ghidurile reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi disponibile, ele nu intenționează să înlocuiască raționamentul practicianului în fiecare caz individual. Decizia medicală este un proces integrativ care trebuie să ia în considerare circumstanțele individuale și opțiunea pacientului, precum și resursele, caracterele specifice și limitările instituțiilor de practică medicală. Se așteaptă ca fiecare practician care aplică recomandările în scopul diagnosticării, definirii unui plan terapeutic sau de urmărire, sau al efectuării unei proceduri clinice particulare să utilizeze propriul raționament medical independent în contextul circumstanțial clinic individual, pentru a decide orice îngrijire sau tratament al pacientei în funcție de particularitățile acesteia, opțiunile diagnostice și curative disponibile.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid au depus eforturi pentru ca informația conținută în ghid să fie corectă, redată cu acuratețe și susținută de dovezi. Dată fiind posibilitatea erorii umane și/sau progresele cunoștințelor medicale, ele nu pot și nu garantează că informația conținută în ghid este în totalitate corectă și completă. Recomandările din acest ghid clinic sunt bazate pe un consens al autorilor privitor la abordările terapeutice acceptate în momentul actual. În absența dovezilor publicate, ele sunt bazate pe consensul experților din cadrul specialității. Totuși, ele nu reprezintă în mod necesar punctele de vedere și opiniile tuturor clinicienilor și nu le reflecta în mod obligatoriu pe cele ale Grupului Coordonator.

Ghidurile clinice, spre deosebire de protocoale, nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz, sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a pacientului. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientului, precum și resurselor și limitărilor specifice instituției sau tipului de practică medicală. Acolo unde recomandările acestor ghiduri sunt modificate, abaterile semnificative de la ghiduri trebuie documentate în întregime în protocoale și documente medicale, iar motivele modificărilor trebuie justificate detaliat.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid își declină responsabilitatea legală pentru orice inacuratețe, informație percepută eronat, pentru eficacitatea clinică sau succesul oricărui regim terapeutic detaliat în acest ghid, pentru modalitatea de utilizare sau aplicare sau pentru deciziile finale ale personalului medical rezultate din utilizarea sau aplicarea lor. De asemenea, ele nu își asumă responsabilitatea nici pentru informațiile referitoare la produsele farmaceutice menționate în acest ghid. În fiecare caz specific, utilizatorii ghidurilor trebuie să verifice literatura de specialitate specifică prin intermediul surselor independente și să confirme că informația conținută în recomandări, în special dozele medicamentelor, este corectă.

Orice referire la un produs comercial, proces sau serviciu specific prin utilizarea numelui comercial, al mărcii sau al producătorului, nu constituie sau implică o promovare, recomandare sau favorizare din partea Grupului de Coordonare, a Grupului Tehnic de Elaborare, a coordonatorului sau editorului ghidului față de altele similare care nu sunt menționate în document. Nici o recomandare din acest ghid nu poate fi utilizată în scop publicitar sau în scopul promovării unui produs.

Opiniile susținute în această publicație sunt ale autorilor și nu reprezintă în mod necesar opiniile Fondului ONU pentru Populație sau ale Agenției Elvețiene pentru Cooperare și Dezvoltare.

Toate ghidurile clinice sunt supuse unui proces de revizuire și actualizare continuă. Cea mai recentă versiune a acestui ghid poate fi accesată prin Internet la adresa www.ghiduriclinice.ro.

Ghidurile clinice pentru obstetrică și ginecologie au fost realizate cu sprijinul tehnic și financiar al UNFPA, Fondul ONU pentru Populație și al Agenției Elvețiene pentru Cooperare și Dezvoltare, în cadrul proiectului RoNeoNat.

Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății Publice

Profesor Dr. Gheorghe Peltecu, președinte

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, secretar

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Profesor Dr. Vlad I. Tica, președinte

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor Dr. Florin Stamatian, președinte

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Dr. Roxana Radu, reprezentant

Președinte – Profesor Dr. Florin Stamatian

Co-președinte – Profesor Dr. Gheorghe Peltecu

Secretar – Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului

Coordonator

Profesor Dr. Florin Stamatian

Scriitor

Șef de lucrări Dr. Daniel Mureșan

Membri

Șef de lucrări Dr. Gheorghe Cruciat

Dr. Gabriela Caracostea

Dr. Tunde Kovacs

Integrator

Dr. Alexandru Epure

Evaluatori externi

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

Profesor Dr. Béla Szabó

Abrevieri

HGP3-4	Hemoragiile genitale în periodul III și IV
i.m.	Intra-muscular
i.v.	Intra-venos
ml	Mililitru
mUI	Miliunități internaționale
p.e.v.	Perfuzie endovenoasă
U.I.	Unități internaționale
KIU	Kilounități internaționale

1 INTRODUCERE

Hemoragiile legate de sarcină reprezintă cea mai importantă cauză de deces matern în România. Peste 50% din decesele materne survin în primele 24 de ore după naștere, cele mai multe fiind datorate sângerărilor masive.⁽¹⁾

Epidemiologie:

Hemoragiile în periodul III și IV (HGP3-4) afectează între 5-15% dintre parturiente.^(2, 3)
HGP3-4 pot produce decesul mamei prin șoc hipovolemic și prin tulburări de coagulare.

Definiție

- sângerare în periodul III și IV care depășește 500 ml la o naștere pe cale naturală⁽³⁾

Comentarii

- Evaluarea pierderii de sânge este de obicei imprecisă.
- HGP3-4 se mai poate defini ca o sângerare ce determină o scădere a hematocritului cu mai mult de 10%. Este un diagnostic retrospectiv, dar nu ajută clinicianul în fața unei hemoragii abundente.⁽³⁾
- HGP3-4 se poate defini (Coombs) ca orice sângerare care necesită corecție prin transfuzie. Există variații în funcție de atitudinea medicului și a pacientei față de transfuzii.
- definiția rămâne astfel clinică, subiectivă, fiind reprezentată de orice sângerare masivă în periodul III și IV care amenință stabilitatea hemodinamică a femeii.⁽⁴⁾

Etiologie^(15, 4)

- Periodul III
 - Retenție de placentă
 - Decolată
 - Parțial decolată
 - Aderentă
 - Leziuni traumatice ale filierei pelvi-genitale
- Periodul IV
 - Resturi placentare
 - Hipotonie uterină
 - Leziuni traumatice ale filierei pelvi-genitale
 - Coagulopatii congenitale sau dobândite

Coagulopatiile pot fi primitive sau pot fi secundare uneia din primele 3 cauze (orice sângerare masivă în periodul III și IV poate determina la un moment dat și tulburări de coagulare).

Factori de risc

Există anumiți factori care plasează gravidele în categoria cu risc crescut de hemoragie severă în periodul III și IV.

Gravidele anemice prezintă un risc crescut deoarece ele tolerează greu chiar pierderi minore de sânge.^(5, 4)

În funcție de mecanismul HGP3-4 factorii de risc cei mai frecvenți sunt:⁽³⁾

- Hipotonia uterină:
 - Uter supradestins prin: polihidramnios, sarcini multiple, macrosomie
 - Scăderea rezervelor funcționale a miometrului: travaliu precipitat, travaliu prelungit, multiparitate
 - Corioamniotită: febră, ruptură prematură de membrane
 - Anomalii funcționale și anatomice ale uterului: fibroame, malformații uterine
 - Anestezii de conducere
 - Hipotonia uterină la sarcinile anterioare
 - Mare multiparitate
 - Placenta praevia
 - După travaliu declanșat sau dirijat cu doze mari de oxytocinum
- Retenție de fragmente placentare:
 - placenta cu aderență anormală: accreta, increta, percreta
 - reținere de lobi placentari aberanți
 - chirurgie anterioară pe uter
- Leziuni traumatice ale tractului genital:

- leziuni ale colului, vaginului sau perineului prin: naștere precipitată sau manevre obstetricale
- ruptura uterină: a uterului cicatriceal sau indemn
- inversiune uterină: placentă fundică aderentă, multiparitate
- Tulburări ale coagulării:

Există însă numeroase cazuri în care HGP3-4 apare în lipsa oricărui factor de risc.

2 SCOP

Scopul acestui ghid este de a standardiza metodele de diagnostic în HGP3-4, de a cuantifica riscul și a stabili o conduită clinică adecvată.

Prezentul Ghid clinic pentru conduita în HGP3-4, se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (medicină de familie, medicină de urgență, ATI, neonatologie, chirurgie generală) care se confruntă cu problematica abordată.

Prezentul Ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este elaborat pentru satisfacerea următoarelor deziderate:

- creșterea calității unui serviciu medical, a unei proceduri medicale
- referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific
- reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare)
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice
- aplicarea evidențelor în practica medicală; diseminarea unor noutăți științifice
- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare)
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni
- ghidul protejează practicianul din punctul de vedere al malpraxisului
- ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici și de asistente
- ghidul permite structurarea documentației medicale
- ghidul permite oferirea unei baze de informație pentru analize și comparații
- armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate

Se prevede ca acest ghid sa fie adaptat la nivel local și regional.

3 METODOLOGIE DE ELABORARE

3.1 Etapele procesului de elaborare

Ca urmare a solicitării Ministerului Sănătății Publice de a sprijini procesul de elaborare a ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie, Fondul ONU pentru Populație (UNFPA) a organizat în 8 septembrie 2006 la Casa ONU o întâlnire a instituțiilor implicate în elaborarea ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie.

A fost prezentat contextul general în care se desfășoară procesul de redactare a ghidurilor și implicarea diferitelor instituții. În cadrul întâlnirii s-a decis constituirea Grupului de Coordonare a procesului de elaborare a ghidurilor. A fost de asemenea prezentată metodologia de lucru pentru redactarea ghidurilor, a fost prezentat un plan de lucru și au fost agreate responsabilitățile pentru fiecare instituție implicată. A fost aprobată lista de subiecte ale ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie și pentru fiecare ghid au fost aprobați coordonatorii Grupurilor Tehnice de Elaborare (GTE) pentru fiecare subiect.

În data de 14 octombrie 2006, în cadrul Congresului Societății de Obstetrică și Ginecologie din România a avut loc o sesiune în cadrul căreia au fost prezentate, discutate în plen și agreate principiile, metodologia de elaborare și formatul ghidurilor.

Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componenta Grupului Tehnic de Elaborare, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți externi pentru recenzia ghidului. Pentru facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor a fost contractat un integrator. Toate persoanele implicate în redactarea sau evaluarea ghidurilor au semnat Declarații de Interese.

Scriitorii ghidurilor au fost contractați și instruiți asupra metodologiei redactării ghidurilor, după care au elaborat prima versiune a ghidului, în colaborare cu membrii GTE și sub conducerea coordonatorului ghidului.

Pentru prezentul ghid au fost revizuite Cochrane Library 2006 vol. 4, bazele de date Medline și Ovid între anii 1970-2006, precum și ghidul în vigoare al Societății Britanice de Obstetrică și Ginecologie privind HGP3-4.

Cuvintele cheie utilizate au fost: hemoragie postpartum, atonie uterină.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic(ul) se va înțelege medicul de specialitate Obstetrică - Ginecologie, căruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunțată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilității actului medical.

După verificarea ei din punctul de vedere al principiilor, structurii și formatului acceptat pentru ghiduri și formatarea ei a rezultat versiunea 2 a ghidului, care a fost trimisă pentru revizia externă la experții selectați. Coordonatorul și Grupul Tehnic de Elaborare au luat în considerare și încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de recenzorii externi și au redactat versiunea 3 a ghidului.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției detaliate punct cu punct în cadrul unei Întâlniri de Consens care a avut loc la Mamaia în perioada 11-13 mai 2007, cu sprijinul Agenției pentru Cooperare și Dezvoltare a Guvernului Elvețian (SDC) și a Fondului ONU pentru Populație (UNFPA). Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1. Ghidurile au fost dezbătute punct cu punct și au fost agreeate prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și formulării.

Evaluarea finală a ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul Agree elaborat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății Publice, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății Publice prin Ordinul 1524 din 4 decembrie 2009 și de Colegiul Medicilor prin documentul nr. 3994 din 20 septembrie 2007 și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România în data de 7 august 2007.

3.2 Principii

Ghidul clinic pentru „Hemoragiile severe în periodul III și IV al nașterii pe cale vaginală” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date). Pentru fiecare afirmație a fost precizată alăturat tăria afirmației (Standard, Recomandare sau Opțiune) conform definițiilor din Anexa 2.

3.3 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2009 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

4 STRUCTURĂ

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

- Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic
- Conduită (prevenție și tratament)
- Urmărire și monitorizare
- Aspecte administrative

5 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

Standard	<p>Medicul trebuie să:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cunoască faptul ca o gravida prezintă un volum de sânge total de 75 ml./kg față de 60 de ml./kg la o femeie în afara sarcinii - precizeze diagnosticul de hemoragie în Periodul III sau IV și să - evalueze importanța acesteia⁽¹⁾ 	B
Argumentare	<p>Hemoragia din Periodul III sau IV se manifestă clinic prin sângerare genitală abundentă, rapidă și prin semnele șocului hipovolemic, manifestările acestuia fiind în corelație cu cantitatea de sânge pierdut, astfel:^(1, 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - pierdere de 500-1000 ml de sânge (10-15% din masa circulantă): șocul e compensat: <ul style="list-style-type: none"> - nu apar modificări ale tensiunii arteriale - posibil palpitații, tahicardie - pierdere de 1000-1500 ml de sânge (15-25% din masa circulantă): șoc ușor <ul style="list-style-type: none"> - apare o scădere ușoară a TA, cu maxima de 80-100 mm Hg - pacientă cu: <ul style="list-style-type: none"> - astenie - transpirații - tahicardie - pierdere de 1500-2000 ml sânge (25-35% din masa circulantă): șoc moderat: <ul style="list-style-type: none"> - scădere accentuată a TA, cu maxima de 70-80 mm Hg - pacienta este: <ul style="list-style-type: none"> - agitată - confuză - palidă - polipneică - oligurică - pierdere de 2000-3000 ml (35-45% din masa circulantă): șoc sever: <ul style="list-style-type: none"> - scădere severă a TA, cu maxima de 50-70 mm Hg - pacienta este: <ul style="list-style-type: none"> - în colaps - dispneică - anurică 	IIB
Standard	<p>Medicul trebuie să evalueze fiecare gravidă sau parturientă pentru existența factorilor de risc pentru HGP3-4.⁽²⁾</p>	B
Argumentare	<p>Dacă medicul identifică factori de risc pentru HGP3-4, el trebuie să decidă măsuri suplimentare de evaluare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificarea oricărei anomalii a nașterii și a oricărei patologii asociate care ar putea influența evoluția travaliului și a delivrenței - efectuarea unui bilanț biologic hematologic 	IIB
Standard	<p>Dacă în perioada delivrenței apare o sângerare abundentă medicul trebuie ca simultan cu tratamentul să încerce descoperirea etiologiei hemoragiei prin:⁽³⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> - determinarea imediată a cauzei sângerării prin: <ul style="list-style-type: none"> - verificarea semnelor de decolare a placentei - verificarea integrității părților moi - efectuarea unui bilanț biologic hematologic 	B

Argumentare	Orice sângerare masivă în Periodul III și IV poate determina rapid tulburări de coagulare, mai ales dacă există factori de risc. ⁽³⁾	IIb
>Recomandare	În cazurile de rupturi extensive sau profunde de părți moi materne, se recomandă medicului obstetrician sa solicite medicului ATI să aleagă un tip de analgezie/anestezie cu acțiune rapidă.	
>Argumentare	Pentru a facilita medicului OG inspecția amănunțită a părților moi materne și rezolvarea de către acesta a eventualelor soluții de continuitate.	
>Opțiune	Dacă nu beneficiază de prezența medicului ATI, medicul poate opta pentru administrarea de pethidinum i.v. lent (vezi Anexa 3), în completarea analgeziei locale.	E
>Standard	Medicul trebuie să efectueze controlul uterin manual dacă există suspiciunea unei rupturi comisurale propagate. ^(3, 7)	E
Standard	Dacă în Periodul IV al nașterii apare o sângerare abundentă, medicul trebuie ca simultan cu tratamentul de reechilibrare să încerce descoperirea etiologiei hemoragiei prin evaluarea pacientei, pe masa ginecologică: ^(3, 4) <ul style="list-style-type: none"> – determinarea imediată a cauzei sângerării prin: <ul style="list-style-type: none"> – verificarea prezenței globului de siguranță uterin – verificarea integrității părților moi – verificarea vacuității uterine: – suplimentarea investigațiilor necesare, prin recoltarea unei probe de sânge (vezi mai sus) – refacerea minuțioasă a anamnezei în scopul căutării unei deficiențe de coagulare a pacientei 	B
Argumentare	Diagnosticul etiologic al HGP3-4 permite un tratament adaptat și eficient al acesteia. ^(1, 2, 3)	IIb
>Standard	Medicul trebuie să diagnosticheze placenta parțial decolată și încarcerată în periodul III pe baza criteriilor: ^(3, 5) <ul style="list-style-type: none"> – neefectuarea delivrenței după 30 minute după expulzie – apariția unei hemoragii importante în primele 30 de minute după expulzie – uter ascensionat, relaxat – prezența semnelor de decolare placentară (retenție de placentă) 	E
>Standard	Medicul trebuie să diagnosticheze existența unei placente accreta când la tentativa de a efectua extracția manuală de placentă nu se poate identifica planul de clivaj între aceasta și peretele uterin.	E
>Standard	Medicul trebuie să diagnosticheze hipotonia uterină în Periodul IV pe baza existenței: ⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> – unui uter moale, neretractat și – sângerării continue sau în valuri cu sânge roșu, fluid, coagulabil 	E
>Standard	Medicul trebuie să diagnosticheze retenția de fragmente placentare în Periodul IV pe baza criteriilor: ⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> – placenta prezintă lipsuri – și – sângerare activă (cu sânge roșu fluid) și – uterul prezintă faze alternative de contracție și de relaxare 	E

>Standard	Medicul trebuie să efectueze inspecția canalului de naștere pe masa ginecologică, sub o iluminare bună, utilizând valve, pentru evidențierea optimă a fundurilor de sac vaginale și a colului uterin pe întreaga sa circumferință. ^(5, 2, 3)	B
>Argumentare	Lipsa unei examinări în condițiile prezentate poate duce la nedescoperirea unor leziuni de părți moi. ^(3, 5)	IIb
>Standard	Medicul trebuie să suspecteze o tulburare de coagulare în absența cauzelor de sângerare menționate anterior, dacă sângerarea continuă. ^(3, 5)	E
>>Standard	Medicul trebuie să diagnosticheze HGP3-4, prin tulburări de coagulare pe baza: ^(5, 2) – anamnezei – a antecedentelor pacientei și a – explorării echilibrului fluidocoagulant	E

6 CONDUITĂ

6.1 Conduită profilactică

6.1.1 Dirijarea activă a Periodului III al nașterii

Recomandare	Se recomandă ca medicul să indice la toate nașterile dirijarea activă a Periodului III. ^(4, 5)	A
Argumentare	Pe baza studiilor efectuate, FIGO arată că dirijarea activă a perioadei a III-a a nașterii duce la scăderea frecvenței HGP3-4, la scăderea cantității de sânge pierdut în această perioadă și la scăderea necesității de transfuzii. ^(6, 7, 8, 5)	Ia

6.1.1.1 Conduită medicală profilactică - Administrarea de medicamente uterotonice

>Standard	În situația când se dirijează activ Periodul III, medicul trebuie să recomande unul din protocoalele de administrare a medicamentelor uterotonice, cu eficiență clinică în prevenirea HGP3-4.	A
>Argumentare	Atitudinea activă în Periodul III este superioară atitudinii pasive în ceea ce privește cantitatea de sânge pierdut și celelalte complicații ale delivrenței. ⁽⁵⁾	Ia
>Opțiune	Medicul poate indica administrarea, în momentul degajării umărului anterior la primipare sau la degajarea capului la multipare, de: – oxytocinum iv. (vezi Anexa 3) sau – methylergometrinum iv. (vezi Anexa 3)	A
>Argumentare	Administrarea uterotonicelor determină contracția bruscă a uterului cu accelerarea decolării placentei. ^(2, 8)	Ia
Standard	Medicul nu trebuie să indice niciodată administrarea de methylergometrinum la parturiente și lăuze cu una dintre: – hipertensiune indusă de sarcină – eclampsie – hipertensiune preexistentă sarcinii – angina pectorală – boli vasculare obliterante periferice	A
Argumentare	Există riscul accidentelor vasculare hipertensive induse de methylergometrinum la pacientele cu hipertensiune indusă de sarcină, eclampsie sau boli cardiace sau	Ia

hipertensiune preexistentă sarcinii.^(2, 8)

6.1.1.2 Monitorizarea profilactică a pacientei cu factori de risc pentru hemoragie în Periodul III și IV

Standard	Medicul trebuie să indice urmărirea cantității de sânge pierdut, a TA și a pulsului, precum și a semnelor de decolare a placentei la intervale de 15 minute.	E
Argumentare	<p>Sângele se colectează în recipiente (tăviță renală) pentru a putea fi măsurat. Depistarea unei afectări hemodinamice a parturientei sau lăuzei permite instituirea precoce a măsurilor terapeutice⁽¹⁾ deoarece:</p> <ul style="list-style-type: none"> – modificările valorilor TA pot fi uneori tardive – apariția unei tahicardii > 100 bătăi/minut constituie un semn de alarmă <p>sângerarea persistentă moderată în Periodul IV poate fi la fel de periculoasă ca și o sângerare abundentă bruscă</p>	

6.1.2 Conduită profilactică în Periodul IV

6.1.2.1 Conduită obstetricală

Standard	Medicul trebuie să efectueze următoarele manopere obstetricale după delivrență. ⁽⁹⁾	E
-----------------	--	----------

6.1.2.1.1 Examinarea placento-membranară

>Standard	Medicul trebuie să efectueze verificarea integrității placentei și a membranelor.	E
>Argumentare	Manevra orientează medicul în conduita pe care o va adopta.	

6.1.2.1.2 Masajul uterului

>Recomandare	Se recomandă ca medicul să indice masajul uterului, ^(1, 2) până acesta se contractă și se formează globul de siguranță, apoi în timpul primelor 2 ore post-partum.	A
>Argumentare	Masajul continuu al uterului determină menținerea contractată a acestuia și scade riscul de HGP3-4. ⁽²⁾	Ia

6.2 Conduita profilactică la pacientele cu factori de risc pentru HGP3-4

Standard	Medicul trebuie să indice la pacientele cu factori de risc prezenți pentru o HGP3-4, următoarele măsuri profilactice: ⁽⁷⁾	A
	<ul style="list-style-type: none"> – abordarea unei linii venoase sistematic la toate gravidele de la o dilatație a orificiului uterin > 5 cm, prin branulă cu debit mare (16-18 G) – efectuarea unui bilanț biologic (vezi cap. Evaluare) – pregătirea unei metode de anestezie/analgezie, în caz de anticipare a manoperelor chirurgicale – dirijarea farmacodinamică și/sau obstetricală a delivrenței 	
Argumentare	Existența acestor măsuri profilactice permite o intervenție mai rapidă și mai eficientă în caz de HGP3-4. ⁽⁸⁾	Ia

6.3 Conduită curativă

6.3.1 Conduita precoce în HGP3-4

Standard	Dacă în Periodul III sau în Periodul IV apare o sângerare abundentă, medicul trebuie să indice inițierea imediată a procedurilor de tratament: ⁽¹⁾ <ul style="list-style-type: none"> – abordul de linii intravenoase cu debit mare (dacă acest lucru nu a fost deja efectuat) – recoltarea unei probe de sânge (vezi cap. Evaluare) – administrarea de soluții cristaloide pe liniile venoase: ser fiziologic, soluție Ringer, Dextran, în ritm rapid, pentru a menține stabilă tensiunea arterială a pacientei – administrare de oxigen pe mască – monitorizarea semnelor vitale (vezi cap. Monitorizare) 	E
Standard	Medicul trebuie să indice administrarea de soluții perfuzabile care să înlocuiască cantitatea de sânge pierdut, astfel: <ul style="list-style-type: none"> - până la o pierdere de 1500 ml sânge, se vor administra cristaloizi - de la o pierdere mai mare de 1500 ml de sânge se vor administra cristaloizi și sânge în raport de 3:1 	E

6.3.1.2 Controlul uterin

>Standard	Medicul trebuie să indice și sau să efectueze control uterin (manual sau instrumental) în caz de suspiciune a unor lipsuri placentare sau de membrane.	E
>>Recomandare	Se recomandă medicului să indice efectuarea controlului uterin în condiții de analgezie/anestezie de scurtă durată. ^(1,3)	B
>>Argumentare	Existența unei analgezie/anestezii permite: ⁽³⁾ <ul style="list-style-type: none"> – prevenirea șocului dureros – relaxarea orificiului uterin – efectuarea manevrei în condiții mai bune tehnice, cu pacienta relaxată și oferă timpul necesar manevrei 	IIb

6.3.2 Tratamentul cauzelor specifice ale hemoragiei din Periodul III sau IV

6.3.2.1 Conduita în retenția de placentă încarcerată

Standard	Medicul trebuie să indice în cazul placentei încarcerate cu hemoragie în Periodul III al nașterii: ^(2,3) <ul style="list-style-type: none"> – expresia placentară prin apăsarea fundului uterin dacă există semnele clinice ale decolării placentei – extracția manuală de placentă – control uterin 	E
-----------------	--	----------

6.3.2.2 Conduita în hipotonia uterină

Standard	Medicul trebuie să indice tratamentul hipotoniei prin: <ul style="list-style-type: none"> – Conduită obstetricală: masajul uterin (vezi 6.1.2.1.2.) asociat cu – Conduită medicală: administrarea de substanțe uterotonice ^(11,4) 	B
Argumentare	Realizarea contracției uterine realizează hemostaza și oprirea HGP3-4 prin hipotonie. ^(1,4)	IIb

>Standard	Medicul trebuie să indice administrarea în caz de hipotonie de oxytocinum în p.e.v. continuă. (vezi Anexa 3) ^(3, 4, 6)	A
>Argumentare	Administrarea în perfuzie permite menținerea unui nivel seric permanent ridicat și eficient, concomitent cu un aport volemic. ⁽⁶⁾	Ia
>Standard	În colaps circulator, medicul trebuie să indice administrarea de oxytocinum i.m. și methylergometrinum i.m. (vezi Anexa 3).	B
>Argumentare	În colaps circulator nu poate fi abordat sistemul venos periferic. ^(3, 4, 6)	III
Standard	Medicul trebuie să indice administrarea de methylergometrinum dacă utilizarea oxytocinului singur nu este eficientă. (vezi Anexa 3) ^(3, 4, 8, 5)	B
Argumentare	Administrarea asociată de methylergometrinum și oxytocinum este mai eficientă în combaterea HGP3-4 ^(2, 9, 7) decât administrarea lor separată.	IIb
Opțiune	Medicul poate să indice în caz de colaps vascular administrarea de methylergometrinum intracervical. ^(2, 6)	A
Argumentare	Evită efectele secundare sistemice și poate fi utilizată și în caz de colaps vascular. ^(3, 4, 6)	Ia
Opțiune	Medicul poate să indice administrarea de misoprostolum sublingual sau intrarectal.	A
Argumentare	Se poate utiliza în caz de HGP3-4 severe prin hipotonie uterină, pentru că în doze mari determină contracția tetanică a uterului și permite obținerea unui efect rapid. ^(11, 9, 12) (vezi Anexa 3)	Ia

6.3.2.3 Conduita în retenția de fragmente placentare sau membrane

Standard	Medicul trebuie să indice tratamentul retenției de fragmente placentare sau membrane prin: ⁽³⁾	E
	<ul style="list-style-type: none"> – Conduita obstetricală: evacuarea uterului prin: <ul style="list-style-type: none"> – controlul cavității uterine <ul style="list-style-type: none"> – manual sau – instrumental cu o chiuretă boantă (Bumm) + – masaj uterin și – Conduita medicală: administrarea de uterotonice 	

6.3.2.4 Conduita în cazul leziunilor traumatiche ale părților moi materne

Standard	Medicul trebuie să efectueze sutura tuturor leziunilor identificate. ^(2, 1, 3)	E
>Argumentare	Nedepistarea și nerezolvarea unor soluții de continuitate poate determina sângerări persistente în postpartum.	
>Recomandare	Dacă leziunile părților moi sunt extinse sau sunt propagate la fundurile de sac vaginale se recomandă medicului să indice efectuarea intervenției în blocul operator, cu pacienta anesteziată.	B
Argumentare	Leziunile complexe necesită condiții de expunere și anestezie corecte pentru a putea fi rezolvate. ^(3, 11, 6)	IIb

Standard	Medicul trebuie să încerce să efectueze sutura leziunilor vaginale începând de la unghiul superior al leziunilor și continuând distal. ^(2, 3)	E
>Recomandare	Dacă nu poate aborda unghiul superior al leziunilor, se recomandă medicului să înceapă sutura din cel mai sus accesibil punct, urmând ca primele fire puse să servească ca fire tractoare, care să faciliteze apoi abordarea unghiului superior.	E
Standard	Medicul trebuie să trateze hematoamele vaginale prin evacuare și realizarea hemostazei chirurgicale. ^(2, 3, 6)	B
Opțiune	După efectuarea manevrelor de hemostază, medicul poate opta pentru meșaj intravaginal strâns.	
Standard	Dacă se suspectează existența unei rupturi uterine, medicul trebuie să indice demersurile medicale și administrative pentru efectuarea unei laparotomii de urgență. (vezi Ghidul „Ruptura uterină”)	E
Argumentare	Lipsa intervenției adaptate situației obstetricale determină pierderea de timp prețios și pune în pericol viața pacientei.	

6.3.2.5 Conduita în tulburările de coagulare secundare hemoragiei, congenitale sau câștigate

Standard	Medicul trebuie să indice efectuarea în succesiune rapidă a măsurilor de tratament ale: ^(1, 3) <ul style="list-style-type: none"> – hipotoniei – retenției de fragmente placentare – leziunilor de părți moi urmate de: <ul style="list-style-type: none"> – tratamentul specific al coagulopatiei 	E
Recomandare	Se recomandă medicului OG și ATI să inițieze cât mai curând posibil consultul medicului hematolog, în scopul diagnosticării și tratamentului coagulopatiei.	
Standard	Concomitent cu măsurile de hemostaza și reechilibrare volemică, medicul trebuie să indice tratamentul specific al coagulopatiei în colaborare cu medicul ATI prin administrare de: <ul style="list-style-type: none"> – factori de coagulare în funcție de deficitul specific (dacă este posibil) – și/sau – plasmă – și/sau – masă eritrocitară – și/sau – masă trombocitară 	E
Opțiune	Medicul poate să indice folosirea de factor VII activat (vezi Anexa 3), sau anticoagulante.	

6.3.2.6 Conduita în hemoragiile rezistente la tratamentul specific

Standard	Medicul trebuie să nu indice/efectueze mesajul intrauterin în scop hemostatic.	E
>>Opțiune	Medicul poate să indice în situația hemoragiilor rezistente la tratamentul specific, efectuarea embolizării angiografice a arterelor uterine, dacă pacienta poate fi stabilizată până la efectuarea metodei și dacă există posibilitatea tehnică a efectuării acesteia.	B
>>Argumentare	Embolizarea angiografică a arterelor uterine permite realizarea hemostazei și conservarea uterului, dar necesită condiții de dotare tehnică și de personal complexe. ⁽¹³⁾	III

6.3.3 Conduita chirurgicală a HGP3-4

Standard	Dacă hemoragia nu se oprește în ciuda efectuării corecte a tuturor intervențiilor expuse anterior, iar pacienta prezintă afectare hemodinamică, medicul trebuie să inițieze alte metode chirurgicale de hemostază. ⁽¹³⁾	A
Argumentare	Hemoragia din Periodul III sau IV care nu răspunde la tratament medical rămâne una din cauzele majore ale mortalității materne. ⁽³⁾	Ib
Standard	În prezența unei hemoragii severe din Periodul III sau IV, medicul trebuie să indice o atitudine și o tehnică chirurgicală care depinde de: <ul style="list-style-type: none"> – de posibilitățile tehnice ale unității medicale – de experiența chirurgicală a obstetricianului – situația clinică particulară 	E
Standard	Medicul trebuie să efectueze intervențiile chirurgicale de corectare a sângerării de cauză uterină, prin laparotomie mediană.	A
Argumentare	Laparotomia mediană asigură un câmp operator mai mare și permite cea mai rapidă cale de soluționare chirurgicală a hemoragiei care nu răspunde la tratament medical (una din cauzele majore ale mortalității materne). ⁽⁹⁾	Ia
Recomandare	În aceste situații se recomandă medicului să efectueze, în funcție de condițiile clinice și în funcție de experiență, una sau mai multe din următoarele manopere chirurgicale de hemostază: <ul style="list-style-type: none"> – Ligatura vaselor uterine și utero-ovariene – Ligatura arterei iliace interne – Histerectomia de hemostază 	E

6.3.4 Conduita în hemoragia posthisterectomie^(2, 6, 13)

Recomandare	Se recomandă medicului ca decizia de reintervenție în scop hemostatic să fie individualizată.	E
Argumentare	Deoarece hemoragia poate continua sau reapare, după intervențiile chirurgicale efectuate în scop hemostatic, decizia de reintervenție în scop hemostatic reprezintă un act de maturitate profesională și va fi adoptată în urma unui consult interdisciplinar într-o unitate medicală cu posibilități adecvate de terapie intensivă.	
Standard	Medicul trebuie să indice în hemoragia posthisterectomie efectuarea hemostazei de tip Miculitz a pelvisului.	B
Argumentare	Poate exista o sângerare abundentă posthisterectomie prin anomalii de coagulare asociate cu sângerări din vase mici care se retractă în spațiul retroperitoneal și cărora nu li se poate efectua izolare și hemostază chirurgicală (ligatură sau coagulare). ⁽¹⁰⁾	Iib
Opțiune	Medicul poate utiliza pelicule hemostatice locale înainte de efectuarea hemostazei de tip Miculitz a pelvisului.	

Opțiune	Medicul poate indica asociat metodelor chirurgicale administrarea de factor VIIa recombinat activat i.v.	E
Argumentare	Administrarea de factor VIIa recombinant activat i.v., are o bună eficiență în stoparea HGP3-4 posthisterectomie.	

7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

7.1 Monitorizarea pacientei cu hemoragie în Periodul III sau IV

Standard	Medicul trebuie să indice: – monitorizarea semnelor vitale: TA, puls, respirații, semne de conștiență, diureză ⁽²⁾	E
Opțiune	Medicul poate să indice urmărirea stării pacientei și prin: – montarea unui pulsoximetru pentru a analiza în permanență saturația în oxigen a lăuzei – utilizarea unui monitor multifuncțional de terapie intensivă: EKG, TA invazivă, presiune venoasă centrală	E
Argumentare	Evaluarea complexă, permanentă a pacientei cu HGP3-4 permite ameliorarea atitudinii terapeutice.	
Standard	Pentru a urmări dinamica evoluției unei anomalii de coagulare, medicul trebuie să indice efectuarea rapidă a testelor de coagulare. (vezi cap. Evaluare și diagnostic)	E
Standard	După delivrență medicul trebuie să indice ^(1, 2) supravegherea lăuzei în sala de naștere în primele 2 ore post-partum.	E
Argumentare	Riscul apariției HGP3-4 este prezent în această perioadă și necesită o urmărire atentă a lăuzei	

8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

Recomandare	Se recomandă ca fiecare unitate medicală care efectuează tratamentul unei HGP3-4 să redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
Standard	Medicii din unitățile de nivel I care identifică gravide cu factori de risc pentru HGP3-4, trebuie să le trimită înaintea travaliului în unități de nivel II sau III.	E
Standard	Medicul dintr-o unitate medicală care are o pacientă cu HGP3-4, care nu răspunde la tratamentul specific, trebuie să indice transferul pacientei cu ambulanța într-o unitate de nivel III, cu anunțarea prealabilă telefonică a acesteia.	E
Standard	În cazul hemoragiilor rezistente la tratamentul specific medicul trebuie să indice, efectuarea rapidă a următoarelor proceduri administrative: – formarea unei echipe medicale interdisciplinare – anunțarea medicului șef de secție	E
Standard	Medicul trebuie să scadă mortalitatea și morbiditatea corelată cu HGP3-4, prin: ⁽¹⁾ – profilaxie – diagnostic precoce – intervenție terapeutică rapidă, adecvată, sincronizată, etapizată	B
Argumentare	Deoarece HGP3-4 e responsabilă de 25-30% din mortalitatea maternă. ⁽²⁾	IIb

9 BIBLIOGRAFIE

Introducere

1. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", Vital statistics – an overview Dapiens Publishing, 2006, pag. 11-17, 17-35, 55-58
2. JOGC, November 2003, nr. 136. "Management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage", pag. 1-3
3. Schurmans Nan, MacKinnon Catherine "Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage", SOGC Clinical Practice Guidelines, no. 88, April 2000, pag. 1-11
4. Cunningham F.G. "Cap. 35 Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, pag. 809-855
5. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, pag. 1-13

Evaluare și diagnostic

1. Schurmans Nan, MacKinnon Catherine "Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage", SOGC Clinical Practice Guidelines, no. 88, April 2000, pag. 1-11
2. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", Vital statistics – an overview Dapiens Publishing, 2006, pag. 11-17, 17-35, 62-98
3. Cunningham F.G. "Cap. 35 Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, pag. 809-855
4. JOGC December 2004, nr. 152, "FIGO/ICM Global Initiative to Prevent Post-Partum Hemorrhage", pag. 1100-1102
5. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, pag. 1-13

Conduită

1. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", Vital statistics – an overview Dapiens Publishing, 2006, pag. 98-156, 194-326
2. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, pag. 1-13
3. Cunningham F.G. "Cap. 35 Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, pag. 809-855
4. JOGC December 2004, nr. 152, " FIGO/ICM Global Initiative to Prevent Post-Partum Hemorrhage", pag. 1100-1102
5. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. "Active versus expectant management in the third stage of labour" Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD000007
6. Schurmans Nan, MacKinnon Catherine "Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage", SOGC Clinical Practice Guidelines, no. 88, April 2000, pag. 1-11
7. ACOG Practice Bulletin „Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists – Postpartum Hemorrhage” vol. 108, no.4, oct.2006, pag 1039-1047
8. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S „Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour”_Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD001808
9. Mousa HA, Alfirevic Z "Treatment for primary postpartum haemorrhage" Cochrane Library 2006, vol. 4
10. John E. Turrentine, Martin Aviles, Joseph S.Novak „Clinical Protocols in obstetrics and Gynecology: the TAN book", The Partenon Publishing Group, 2000
11. Gulmezoglu AM, Forna F., Villar J. "Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage, Cochrane Review Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000494
12. Hofmeyr GJ, Walraven G, Gulmezoglu AM, Maholwana B, Alfirevic Z, Villar J „Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review" BJOG, 2005 May;112(5):547-53
13. Sergent F., Resch B., "Hemorragies graves de la delivrance: ligatures vasculaires, hysterectomie ou embolisation?" EMC –Gynecologie Obstetrique 2 (2005), pag. 125-136

Urmărire și Monitorizare

1. Schurmans Nan, MacKinnon Catherine "Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage", SOGC Clinical Practice Guidelines, no. 88, April 2000, pag. 1-11
2. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, pag. 1-13

Aspecte administrative

1. Cunningham F.G. "Cap. 35 Obstetrical Hemorrhage" Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, pag. 809-855
2. Christopher L. "A Textbook of Postpartum Hemorrhage", Vital statistics – an overview Dapiens Publishing, 2006, pag. 98-156, 194-326

ANEXE

- 10.1. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor
- 10.2. Medicația menționată în ghid
- 10.3. Materiale necesare a se afla în sala de naștere pentru tratamentul HGP3-4

9.1 Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiuni	Opțiunile sunt neutre din punct de vedere a alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări. (nivele de dovezi Ia sau Ib)
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări. (nivele de dovezi IIa, IIb sau III)
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu. (nivele de dovezi IV) Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E	Recomandări de bună practică bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.

Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din meta-analiza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu quasi-experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

9.2 **Medicația menționată în ghid**

Numele medicamentului	Oxytocinum
Indicații	Produce contracții ritmice ale uterului gravid, cu efect progresiv pe măsura creșterii vârstei gestaționale și a apariției de receptori ocitocici la nivelul uterului. În doze mici determină creșterea frecvenței și intensității contracțiilor uterine; în doze mari determină contractura tetanică a uterului; vasopresor și anti-diuretic. f de 2 ml/2 UI sau 1 ml/ 5 UI
Doze	Inițial p.e.v. 1-2 mUI/min, se crește cu 1-2 mUI/min la fiecare 30 min până la contractilitate uterină adecvată sau maxim 20 mUI/min (10 UI la 1000 ml soluție cristaloidă); administrare în travaliu doar în p.e.v.! 2 UI i.v. = doza administrată pentru dirijarea Periodului III 2 UI i.v. = doza administrată profilactic pacientei cu antecedente de hemoragie în delivrență sau cu factori de risc pentru hemoragie în Periodul III sau IV sau HGP3-4, dacă se efectuează control uterin 2 UI i.v. = doza administrată în Periodul IV 10 UI (5 f de 2 U.I. sau 2 f de 5 U.I.) în p.e.v. 1000 ml glucoza 5% în ritm de 10-15 pic/min timp de 4 ore dacă există un risc major de hemoragie în postpartum 10 UI în p.e.v. 500 ml ser fiziologic în ritm de 10-20 pic/min timp de 4 ore dacă există atonie uterină 10 UI i.m. = doza în postpartum în caz de atonie uterină și colaps circulator
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată, HTAIS severă, hiperdinamică uterină, prezența distocie, travaliu în care nașterea pe cale vaginală trebuie evitată (neoplasm cervical, prolaps de cordon, placenta praevia totală, vase praevia).
Interacțiuni	Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticilor.
Sarcină și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină; precauție în alăptare
Atenție!	Risc de hipotensiune, aritmii, stop cardiac la injectare bolus; intoxicație cu apă la aport oral hidric; monitorizare fetală.

Numele medicamentului	Methylegometrinum
Indicații	Alcaloid care produce contracția tetanică a uterului; fiole de 1 ml/ 0.2 mg.
Doza pentru adulți	0.2 ml i.v. = doza administrată pentru dirijarea Periodului III 0.2 ml i.m. = doza administrată în primul minut în postpartum În hipotonia uterină: 0.2 ml i.v. lent (efectul apare în 10 secunde), repetabilă la 30 min, sau 0.2 ml diluat în 500 ml ser fiziologic și administrat în debitul necesar efectului uterotonic, sau 0.2 ml i.m. (efectul apare în 7 min) 0.2 ml intracervical în caz de atonie uterină și colaps circulator
Contraindicații	Vezi 6.1.1.1.
Interacțiuni	Nu se asociază cu vasoconstrictoarele.
Sarcină și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină și travaliu până la degajarea umărului
Atenție!	Efecte secundare: dozele mari pot provoca greață, vomă, dureri pelviene, hipertensiune arterială trecătoare; injectarea intravenoasă rapidă (în mai puțin de 1 minut) poate fi cauză de hipertensiune arterială bruscă (chiar de accidente cerebro-vasculare), parestezii, amețeli, cefalee, tinitus, palpitații, dureri precordiale, dispnee, sudorație; rareori erupții cutanate.

Numele medicamentului	Misoprostolum
Indicații	HGP3-4 severe; determina contracția tetanică a uterului la doze mari; tablete de 200 mcg.
Doza pentru adulți	În HGP3-4 severe = doze de 200 mcg p.o. și 400 mcg sublingual, sau 800-1000 mcg intrarectal, pentru a obține efect rapid. 400-600 micrograme p.o. în primul minut în postpartum
Contraindicații	Sarcina, paciente cu intoleranță la prostaglandine.
Interacțiuni	Poate crește efectul oxytocinum-ului (trebuie așteptat 6-12 ore după administrarea misoprostolului pentru a se administra oxytocinum), fără interacțiuni cu antiinflamatoriile nesteroidiene.

Sarcină și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină
Atenție!	Determină contracția tetanică a uterului la doze mari; efecte secundare: grețuri, vărsături, cefalee, bronhospasm, diaree, hipertermie și hipertensiune, bradicardie.

Numele medicamentului	Factor de coagulare VIIa recombinant
Indicații	Tratamentul sângerărilor serioase. Prevenirea sângerărilor excesive legate de intervențiile chirurgicale. Acționează prin activarea sistemului de coagulare la locul sângerări determinate de dezvoltarea inhibitorilor împotriva factorilor de coagulare VIII sau IX.
Doza pentru adulți	După reconstituire medicamentul trebuie injectat intravenos pe o durată de 2-5 minute (injecție bolus). Doze: 3-6 KIU (60-120 mcg) per kg corp pe o singură doză. Doza inițială este în mod obișnuit de 4,5 KIU (90 mcg) pe Kg/corp.
Contraindicații	Nu trebuie administrat în perfuzie sau amestecat cu soluții perfuzabile.
Interacțiuni	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină Trebuie evitată asocierea cu produse protrombinice; experiență limitată referitor la asocierea cu antifibrinolitice.
Sarcină și alăptare	Prudență în perioada de alăptare (nu se cunoaște dacă trece în laptele matern).
Atenție!	Rareori se observă efecte secundare serioase. În rare ocazii pot apărea reacții ca urticarie, prurit, febră, greață, cefalee, disconfort general sau modificări ale tensiunii arteriale. Au fost raportate efecte adverse majore, posibil legate de tratamentul cu Factor de coagulare VIIa recombinant în șapte cazuri (insuficiența renală, ataxie, tulburări cerebro-vasculare, angină pectorală, aritmie atrială și șoc circulator).

Numele medicamentului	Pethidinum
Indicații	Dureri puternice în colici (asociat cu antispastice), infarct miocardic acut, cancer, dureri postoperatorii, pregătirea anesteziei generale și a intervențiilor chirurgicale, analgezia obstetricală (în special în prezența contracțiilor uterine); poate fi util în edemul pulmonar acut. Fiole 0,100 g.
Doza pentru adulți	Analgezic: adulți: s.c. sau i.m. 25-100 mg sau 25-50 mg în injecție i.v. lentă. Analgezie în obstetrică: 50-100 mg i.m. sau s.c. (odată cu apariția contracțiilor uterine la intervale regulate). Această doză se poate repeta după 1-3 ore, dacă este necesar. Medicație preoperatorie: 50-100 mg i.m. sau s.c. cu aproximativ 1 oră înainte de operație; Ca adjuvant în anestezia generală IOT: 10-25 mg în injecție i.v. lentă. Dozele recomandate sunt 100 mg pentru o dată și 300 mg pentru 1 zi.
Contraindicații	Hipersensibilitate la produs sau la oricare dintre excipienții săi. Insuficiență hepatocelulară gravă. Traumatisme craniene și hipertensiune intracraniană. Stări convulsive. Intoxicație alcoolică acută și delirium tremens. Tratament concomitent cu inhibitori de monoaminoxidază (IMAO), agoniști – antagoniști morfinici. Alăptare. Insuficiență respiratorie. Sindrom abdominal acut de etiologie necunoscută. Conducerea vehiculelor sau folosirea utilajelor.
Interacțiuni	Nu se asociază cu IMAO și neuroleptice fenotiazinice (risc mare de reacții toxice).
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină Nu există suficiente date pentru a evalua eventualele malformații fetale determinate de administrarea de pethidinum în timpul sarcinii. Deoarece străbate bariera fetoplacentară, administrarea sa în timpul travaliului determină la făt scăderea semnificativă a frecvenței cardiace, iar la nou născut poate determina deprimare respiratorie și dificultate la supt. În plus, metabolitul activ al pethidinum-ului (norpetidina), se acumulează la făt datorită timpului crescut de înjumătățire plasmatică. Acumularea depinde de doza totală administrată în timpul travaliului și de intervalul dintre administrări și poate determina influențarea funcțiilor

	<p>neurocomportamentale ale nou-născutului.</p> <p>De aceea:</p> <ul style="list-style-type: none">- în primul trimestru de sarcină nu se recomandă administrarea de pethidinum 100 mg/2 ml.- în al doilea și al treilea trimestru de sarcină administrarea de pethidinum 100 mg/2 ml (înainte de travaliu) trebuie făcută cu prudență și numai dacă potențialul beneficiu matern depășește riscul potențial fetal. <p>Pethidinum 100 mg/2 ml este contraindicat femeilor care alăptează, deoarece se elimină în laptele matern. S-au raportat cazuri de hipotonie musculară și pauze respiratorii la sugarii alimentați la sân, ai căror mame au utilizat derivați morfinci în doze mai mari decât dozele terapeutice recomandate.</p>
Atenție!	<p>Pethidinum este un stupefiant care poate determina toxicomanie: dependență fizică și psihică, precum și toleranță în cazul administrării de doze repetate.</p> <p>Tratamentul cu pethidinum se va face sub strictă supraveghere medicală, avându-se în vedere în situații de urgență, utilizarea anticonvulsivantelor și a unui antagonist (naloxonum).</p> <p>Pethidinum nu trebuie administrat timp îndelungat datorită toxicității metabolitului său activ, norpetidina.</p> <p>Întreruperea bruscă a tratamentului cu pethidinum după o administrare îndelungată, poate determina sindrom de sevraj.</p> <p>În cazul administrării subcutanate există riscul de necroză tisulară.</p> <p>Atenție! Depășirea dozei de 200 mg pe zi poate determina fenomene de excitație centrală.</p>

9.3 Materiale necesare a se afla în sala de naștere pentru tratamentul HGP3-4

Materiale de acces/expunere	Valve late, pense port-tampon, port-ace lungi Tampoane de vată și tifon de diferite dimensiuni
Material de sutură	Fire cu ace curbe de 35-40 mm și ace drepte Fire de sutură: acid poliglicolic nr. 1, acid poliglicolic rapid, catgut cromat 0,1,2
Material de tamponament utero-vaginal	Meșe lungi tip Mickulitz
Diagrame	Diagrame cu: – protocoalele de tratament – ligatură de uterină și hipogastrică
Substanțe perfuzabile	– ser fiziologic, glucoză 5%, Dextran, plasmă – truse de perfuzie cu branule cu debit mare
Medicamente	– oxytocinum – methylegometrinum – calcii gluconas – pethidinum – misoprostolum