



Hemoragia postpartum

A. Partea introductivă

A. 1	Diagnosticul	Hemoragia postpartum
A. 2	Codul bolii (CIM 10)	O .72
A. 3	Utilizatorii	Medicii obstetricieni-ginecologi din maternitățile spitalelor raionale, municipale și republicane.
A. 4	Scopul protocolului	Sporirea calității managementului lăuzelor cu hemoragii postpartum.
A. 5	Data elaborării	2013
A. 6	Data revizuirii	2015
A. 7	Definiția	Hemoragia postpartum - sângerarea în perioada postpartum care depășește 500 ml la o naștere pe cale naturală.

B. Partea generală

Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere	Motive	Pași	
B.1. Asistența medicală urgentă			
La locul unde a fost stabilit diagnosticul.	Hemoragia postpartum abundentă, șocul hemoragic.	<ul style="list-style-type: none"> •Asistență medicală urgentă, măsuri de reanimare și terapie intensivă acordate de către echipa mobilă conform C.5. •Transfer în alte secții sau instituții medicale numai după stabilizarea stării pacientei. 	
B. 2. Internarea			
În secția de obstetrică sau ginecologică.	Perioada a 3-a a nașterii, lăuzie precoce (2 ore), lăuzie tardivă (de la 2 ore până la 42 de zile) cu prezența factorilor de risc pentru hemoragia postpartum. C.1	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea pacientei (aprecierea riscului). 	
B. 2. Diagnosticul			
Stabilirea timpurie a diagnosticului și cauzei hemoragiei. C. 2 – C. 4	Aprecierea severității procesului și determinarea tacticii de tratament adecvat.	Investigații clinice: <ul style="list-style-type: none"> • Presiunea arterială și venoasă; • Pulsul; • Diureza/oră. 	Investigații paraclinice: <ul style="list-style-type: none"> • Hematocritul; • Hemoglobina; • Coagulograma; • Test Lee White
B. 3. Tratamentul			
C.5.1 - C.5.2	Inițierea precoce a tratamentului va reduce riscul complicațiilor.	<ul style="list-style-type: none"> • Abordul liniei venoase • Tratamentul etiopatogenic: restabilirea pierderilor hemoragice, infuzional, uterotonic. 	
C. 5.2 – C.5.7	Tratamentul cauzelor specifice.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul medicamentos • Manopere • Tratamentul chirurgical 	

C. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor

C.1	Factorii de risc
	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotonia uterină: <ul style="list-style-type: none"> - uter supraextins prin: polihidramnios, sarcini multiple, macrosomie; - scădere a rezervelor funcționale ale miomerului: travaliu precipitat, travaliu prelungit, multiparitate; - corioamniotită: febră, ruptură prematură de membrane; - anomalii funcționale și anatomice ale uterului: fibroame, malformații uterine; - hipotonie uterină la sarcinile anterioare; - placenta praevia; - după travaliu declanșat sau dirijat cu doze mari de oxitocină. • Retenția de fragmente placentare: <ul style="list-style-type: none"> - reținere de lobi placentari aberanți; - chirurgie anterioară pe uter. • Leziunile traumatiche ale tractului genital: <ul style="list-style-type: none"> - leziuni ale colului, vaginului sau perineului prin: naștere precipitată sau manevre obstetricale;

	<ul style="list-style-type: none"> - ruptură uterină: a uterului cicatriceal sau indemn; - inversiune uterină: placenta fundică aderentă, multiparitate. <p>Tulburările coagulării congenitale sau dobândite.</p>
C.2	Examenul fizic:
	<p>Hemoragia se manifestă clinic prin sângerare genitală abundentă, rapidă și prin semnele șocului hipovolemic, manifestările acestuia fiind în corelație cu cantitatea de sânge pierdut:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pierdere de 500-1000 ml de sânge (10-15% din masa circulantă): șoc compensat - nu apar modificări ale tensiunii arteriale, posibil palpitații, tahicardie; – pierdere de 1000-1500 ml de sânge (15-25% din masa circulantă): șoc ușor - apare o scădere ușoară a TA, cu maximă de 80-100 mm Hg, pacienta cu astenie, transpirații, tahicardie; – pierdere de 1500-2000 ml sânge (25-35% din masa circulantă): șoc moderat - scădere accentuată a TA, cu maxima de 70-80 mm Hg, pacienta este agitată, confuză, palidă, polipneică, oligurică; – pierdere de 2000-3000 ml (35-45% din masa circulantă): șoc sever - scădere severă a TA, cu maxima de 50-70 mm Hg, pacienta este în colaps, dispneică, anurică.
	<p>Simultan cu tratamentul de reechilibrare se încearcă descoperirea etiologiei hemoragiei prin evaluarea pacientei pe masa ginecologică:</p> <ul style="list-style-type: none"> – verificarea prezenței globului de siguranță uterin; – verificarea integrității părților moi; – verificarea vacuității uterine; – suplimentarea investigațiilor necesare, prin recoltarea probelor de sânge; – anamneza minuțioasă a pacientei în scopul căutării unei deficiențe de coagulare.
C. 3	<p>Monitoring-ul: Modificările valorilor TA pot fi uneori tardive. <u>Apariția unei tahicardii > 100 bătăi/minut constituie un semn de alarmă.</u> Cardiomonitoring – FCC, TA, SaO₂, tensiunea venoasă centrală, FR, diureza/oră, t°C corpului, hematocritul, hemoglobina, coagulograma.</p>
C. 4	<p>Diagnosticul cauzei hemoragiei: Hipotoniiei: uter moale, neretractat și sângerări continue sau în valuri cu sânge roșu, fluid, coagulabil; Retenției de fragmente placentare: placenta prezintă lipsuri, sângerare activă (cu sânge roșu fluid), uterul prezintă faze alternative de contracție și de relaxare; Leziunii de părți moi: uter contractat sau moale și sângerări continue sau în valuri cu sânge roșu, fluid, coagulabil. Inspecție a canalului de naștere pe masa ginecologică, sub o iluminare buna, utilizând valve, pentru evidențierea optimă a fundurilor de sac vaginale și a colului uterin pe întreaga sa circumferință; Tulburării de coagulare: în absența cauzelor de sângerare menționate anterior, dacă sângerarea continuă - pe baza anamnezei, a antecedentelor pacientei și a explorării echilibrului fluidocoagulant.</p>
C. 5	Tratamentul hemoragiei postpartum trebuie direcționat spre corecția cauzelor!
C. 5.1	<p>Inițierea imediată a procedurilor de tratament:</p> <ul style="list-style-type: none"> –abordul de linii intravenoase cu debit mare; –recoltarea unei probe de sânge (Hb, Ht, grupa și Rh factor, timpul coagulării, testul Lee White); –administrarea de soluții electrolitice și coloide pe liniile venoase: ser fiziologic, soluție Ringer, Dextran, în ritm rapid, pentru a menține stabilă tensiunea arterială a pacientei; –administrarea de oxigen prin mască; –monitorizarea semnelor vitale. <p>Uterotonice: Oxitocină – 10 UI, i/v lent + 20 UI Oxitocină/ 1000 ml ser fiziologic sau Ringer lactat.</p>
C. 5.2	<p>Terapia de infuzie – se indică administrarea de soluții perfuzabile care să înlocuiască cantitatea de sânge pierdut, astfel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la o pierdere de până la 1500 ml sânge, se vor administra cristalozii (1ml de sânge pierdut/3 ml cristalozii), Hidroxiethylamil; - la o pierdere mai mare de 1500 ml de sânge se vor administra soluții electrolitice, cristalozii și coloide cu preparate substituente de sânge în raport de 3:1.
C. 5.3	<p>Terapia în hipotonia uterină:</p> <ul style="list-style-type: none"> – golirea vezicii urinare cu aprecierea ulterioară a diurezei pe oră; – masajul extern al uterului, punga cu gheață pe regiunea suprapubiană; – informarea serviciului anesteziologic și a medicului consultant; – excluderea leziunilor căilor moi și resturilor placentare, masajul bimanual al uterului; – Uterotonice: Oxitocină – 5 UI i/v lent + 20 UI Oxitocină /1000 ml ser fiziologic sau Ringer lactat, timp de 10 minute, doza de menținere 120 ml/oră; Misoprostol 600 mcg rectal, sau Metilergometrină 0,2 mg i/v, i/m la fiecare 15 min (nu mai mult de 3 doze, contraindicate în preeclampsie, maladii cardiace, astm bronșic); – tratament chirurgical.

C. 5.4	Terapia în retenția de fragmente placentare sau membrane: – control uterin (manual sau instrumental cu o chiuretă boantă (Bumm)) în caz de suspiciune a unor lipsuri placentare sau de membrane (efectuarea controlului uterin în condiții de analgezie/anestezie de scurtă durată); – masaj uterin; – antibioticoprofilaxie (Amoxicilină, Amoxicilină + Acid clavulanic sau Clindamicină).
C. 5.5	Terapia leziunilor traumatice ale tractului genital: – revizia căilor de naștere în valve; – suturarea tuturor leziunilor identificate în condiții de analgezie/anestezie de scurtă durată; – în depistarea hematomului vaginului sau vulvei – evacuarea hematomului cu suturarea țesuturilor; – în leziuni vaginale când nu se poate stopa hemoragia prin suturare – tamponarea dublă a vaginului și rectului cu meșe de tifon (timp de 24-48 ore). În rect se lasă un tub evacuator de gaze; – în cazul suturei rupturilor adânci - antibioticoprofilaxie (Amoxicilină, Amoxicilină + Acid clavulanic sau Clindamicină).
C. 5.6	Terapia coagulopatiilor: – în sindromul CID – se efectuează tratamentul prompt concomitent prin infuzii intravenoase cu completarea factorilor de coagulare consumați ai sistemului de hemostază (PPC, crioprecipitat, masă trombocitară, eritrocite deplasmatizate sau masă eritrocitară); – tratamentul se efectuează în comun cu medicii reanimatologi, hematologi.
C. 5.7	Tratamentul chirurgical În prezența unei hemoragii severe se recurge la tratament chirurgical, care depinde de: posibilitățile tehnice ale unității medicale, experiența chirurgicală a obstetricianului, situația clinică particulară. - în hemoragia 1200 ml, pacienta se ridică în sala de operație, unde adăugător se examinează căile de naștere, se precizează cauza hemoragiei, continuă tratamentul hemostatic. - în hemoragia care continuă și volumul căreia ajunge la 1500 ml imediat se recurge la stoparea chirurgicală a hemoragiei. Intervenția chirurgicală se efectuează prin laparotomie mediană. Manoperele chirurgicale de hemostază: - ligaturarea vaselor uterine și utero-ovariene; - suturarea uterului după B-Lynch; - ligaturarea arterei iliace interne; - histerectomia de hemostază (subtotală sau totală). În mod obligator - bilateral se drenează cavitatea abdominală, la histerectomia totală se drenează și bontul vaginal !!!

Abrevierile folosite în document

SCID	Sindromul coagulării intravasculare diseminate	SaO₂	Saturația cu oxigen
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace	t °C	Temperatura corpului
TA	Tensiunea arterială	i/v	Intravenos
FR	Frecvența respirațiilor	i/m	Intramuscular

Bibliografie:

1. Cunningham F.G. “Cap. 35 Obstetrical Hemorrhage” Williams Obstetrics - 22nd ed., 2005, pag. 809-855
2. Gulmezoglu AM, Forna F., Villar J. “Prostaglandins for prevention of postpartum haemorrhage, CochraneReview Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD000494
3. Mousa HA, Alfirovic Z “Treatment for primary postpartum haemorrhage” Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD003249

Elaborat de:

Cernețchi O., d.h.ș.m., prof.univ., șef catedră Obstetrică-Ginecologie (FECMF), USMF „N.Testemițanu”
Ciobanu Victor, d.ș.m., conf.univ., catedra Obstetrică și Ginecologie (FECMF), USMF „N.Testemițanu”.
Diug Valentina, d.ș.m., conf.univ., catedra Obstetrică și Ginecologie (FECMF), USMF „N.Testemițanu”.

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 60 din 24.01.2013

„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat Hemoragia postpartum”.