



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Decolarea prematură de placentă normal inserată

Protocol clinic național

PCN-282

Chișinău, 2017

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 26 iunie 2017, proces verbal nr. 3
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.568 din 30.06.2017.**

Elaborat de colectivul de autori:

Valentin Friptu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Irina Sagaidac, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Zinaida Sârbu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Constantin Ostrofeș, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Petrov Victor, Laborator științific de obstetrică IMSP Institutul Mamei și Copilului

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Valentin Gudumac, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Gheorghe Ciobanu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Ghenadie Curocichin, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Vladislav Zara, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale

Diana Grosu-Axenti, Compania Națională de Asigurări în Medicină

Maria Cumpănă, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

CUPRINS		
	Abrevierile folosite în document	4
	PREFAȚĂ	5
A	PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1	Definiții	5
A.2	Codul bolii	5
A.3	Utilizatorii	5
A.4	Obiectivele protocolului	6
A.5	Data elaborării protocolului	6
A.6	Data revizuirii	6
A.7	Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	6
A.8	Informație epidemiologică	7
B	PARTEA GENERALĂ	7
B.1	Nivelul de asistență medicală urgentă	7
B.2	Nivelul de asistență medicală de ambulatoriu	7
B.3	Nivelul de asistență medicală spitalicească	8
C.1	ALGORITMI DE CONDUITĂ	10
C.1.1	Algoritmul de conduită și de asistență urgentă a pacienților cu DPPNI la nivel prespitalicesc	10
C.2	DESCRIEREA METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	10
C.2.1.	Clasificarea decolării parțiale a placentei normal inserate (DPPNI)	10
C.2.2	Factorii de risc pentru DPPNI	10
C.2.3.	SCREENING ȘI PROFILAXIE	11
C.2.4	DIAGNOSTICUL DPPNI	11
C.2.4.1	Anamneza pacienților cu DPPNI	11
C.2.4.2	Clinica DPPNI	12
C.2.4.3	Investigațiile de laborator în DPPNI	14
C.2.4.4	Investigațiile paraclinice în DPPNI	14
C.2.5.	CRITERILE DE TRANSPORTARE ȘI SPITALIZARE	15
C.2.6.	TRATAMENTUL DPPNI	15
D	RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	18
E	INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	20
	FIȘA STANDARDIZATĂ PENTRU AUDITUL MEDICAL	21
	GHIDUL PENTRU PACIENȚE	22
	BIBLIOGRAFIE	23
	ANEXĂ. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor	24

Abrevieri

ALT	alaninaminotransferază
AMU	asistență medicală urgentă
AOC	anamneza obstetricală complicată
AP	abruptio placentae
APTT	timpul de trombină parțial activat
AST	aspartataminotransferază
BCF	bătăile cordului fetal
β-HGC	gonadotropina corionică umana
CID	sindromul de coagulare intravasculară diseminată
CMF	centrul medicilor de familie
CTG	cardiotocografie
dl	decilitru
DPPNI	decolare prematură de placentă normal inserată
E	eritrocite
ECG	electrocardiogramă
FCC	frecvența contracțiilor cardiace
Hb	hemoglobină
Ht	hematocrit
IMS	instituție medicală spitalicească
INR	raport nominalizat internațional
mg	miligram
ml	mililitru
mm Hg	milimetri coloană de mercur
mmc	milimetru cub
N	naștere
OG	obstetrică-ginecologie
ONU	Organizația Națiunilor Unite
OR	odds ratio – raportul șanselor
PP	placenta praevia
Ps	puls
Rh	factorul Rhesus
Rs	respirație
S	sarcina
SRTI	secție de reanimare și terapie intensivă
TA	tensiune arterială
T°	temperatura corpului
TT	timpul de trombină
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)
USG	ultrasonografie

PREFAȚĂ

Protocolul clinic național *Decolarea prematură de placentă normal inserată* (DPPNI) este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și cu experiența autorilor lui, acumulată în domeniul dat. Acesta va servi la elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea Ministerului Sănătății, pentru monitorizarea protocoalelor clinice instituționale pot fi utilizate formulare suplimentare, care nu sunt incluse în acest protocol clinic național.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

Exemple de diagnostic clinic până la operația cezariană sau naștere per vias naturalis:

- Sarcină 38 săpt. DPPNI. Sfârșitul primei perioade de naștere. Hipoxie acută progresivă a fătului. S I. NI.
- Sarcină 28 săpt. DPPNI. Hipoxie acută progresivă a fătului. S III. NI. AOC.
- Sarcină 32 săpt. DPPNI. Hipoxie acută progresivă a fătului. S II. NI. AOC.
- Sarcină 27 săpt. DPPNI. Moarte antenatală a fătului. S I. NI.

Exemple de diagnostic clinic după operația cezariană sau naștere per vias naturalis:

- Nașterea I la 38 săpt. DPPNI parțială (S-1/6). Hipoxie acută și progresivă a fătului. Vacuum-extracția fătului.
- Nașterea I prematură prin operație cezariană. DPPNI parțială (S-1/2) Hipoxie acută și progresivă a fătului. Șoc hemoragic gr. II. Anemie posthemoragică.
- Nașterea I prematură prin operație cezariană. DPPNI totală. Moarte antenatală a fătului. Uter Couvelaire. Histerectomie totală fără anexe. Șoc hemoragic gr. IV. CID.

A.1. Definiții

Prin *decolare prematură de placentă normal inserată* sau *apoplexie utero-placentară* se înțelege o dezlipire variabilă ca extindere a placentei normal inserate, după 22 de săptămâni de sarcină sau în timpul travaliului, având ca urmare un hematom placentar și un tablou clinic a cărui gravitate depinde de extinderea dezlipirii [3,4].

A.2. Codul bolii (CIM–10):

O45 Dezlipirea prematură a placentei normal inserate (abruption placentae)

O45.0 Dezlipirea prematură a placentei normal inserate cu dereglări de coagulare

O45.8 Alte forme de dezlipire prematură a placentei normal inserate

O45.9 Dezlipirea prematură a placentei normal inserate de geneză idiopatică

A.3. Utilizatorii:

- Moașe, asistente medicale
- Medici de familie
- Medici obstetricieni-ginecologi
- Medici anesteziologi-reanimatologi
- Medici de la urgență, chirurgie generală care se confruntă cu problematica abordată

Notă. Prezentul protocol va fi utilizat la toate nivelele asistenței medicale, inclusiv de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Scopul acestui protocol este de a standardiza conduita în cazul DPPNI, pentru a reduce morbiditatea și mortalitatea maternă și cea perinatală.
2. Prezentul protocol național este elaborat pentru realizarea următoarelor obiective:
 - creșterea calității acordării serviciilor medicale urgente, care au un mare impact asupra stării ulterioare de sănătate a pacientei;

- reducerea variațiilor în practica medicală (a celor 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;
- prezentarea consensului agreat de specialiști în conduita DPPNI
- protejează practicianul în ceea ce privește malpraxisul;
- asigurarea continuității dintre serviciile oferite de medici și de asistente;
- structurarea documentației medicale;
- oferirea unei baze de informații pentru analize și comparații;
- armonizarea practicii medicale naționale cu principiile medicale internaționale acceptate.

A.5. Data elaborării protocolului: 2017

A.6. Data revizuirii: 2022

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului:

<i>Numele</i>	<i>Funcția</i>
Valentin Friptu	Profesor universitar, dr. hab. șt. med. Catedra de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Irina Sagaidac	Asistent universitar, Catedra de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Zinaida Sârbu	Conferențiar universitar, dr. șt. med., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Constantin Ostrofeț	Conferențiar universitar, dr. șt. med., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Petrov Victor	Conferențiar cercetător, dr. șt. med., șef laborator, Laborator științific de obstetrică IMSP Institutul Mamei și Copilului

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

<i>Denumirea/instituția</i>	<i>Persoana responsabilă – semnătura</i>
Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF	
Comisia republicană științifico-metodică de profil “Obstetrică și ginecologie”	
Asociația medicilor obstetricieni-ginecologi	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătăți	

Informație epidemiologică

În structura hemoragiilor obstetricale, care determină indicatorii înalți de mortalitate maternă, decolarea prematură de placentă normal inserată (DPPNI) ocupă locul doi după hemoragiile atonice și cele hipotonice ale uterului, constituind o pondere de 20-45% [1,10, 17, 21].

Hemoragia dezvoltată în timpul DPPNI are un impact negativ asupra stării mamei și a fătului și este urmată, adesea, de deces fetal, șoc hemoragic, insuficiență renală și respiratorie, anemie posthemoragică, sindromul CID, victimizarea pacientei prin înlăturarea organului reproductiv [2, 6,10,13,21]. Astfel, dezlipirea prematură a placentei este însoțită de trei ori mai frecvent de dezvoltarea șocului hemoragic, de 1,5 ori – de moartea intrauterină a fătului, de 1,6 ori – de asfizia neonatală [10,13]. Prin impactul său nefavorabil asupra morbidității și a mortalității materne și perinatale a nou-născuților, DPPNI constituie o provocare a obstetricii contemporane. Astfel, introducerea în practica obstetrical-ginecologică a criteriilor de diagnoză și de conduită a pacienților cu DPPNI are o mare însemnătate științifico-practică și socială, deoarece ar permite diagnosticarea timpurie, aprecierea momentului oportun de intervenție chirurgicală și modificarea la timp a terapiei medicamentoase.

B. PARTEA GENERALĂ

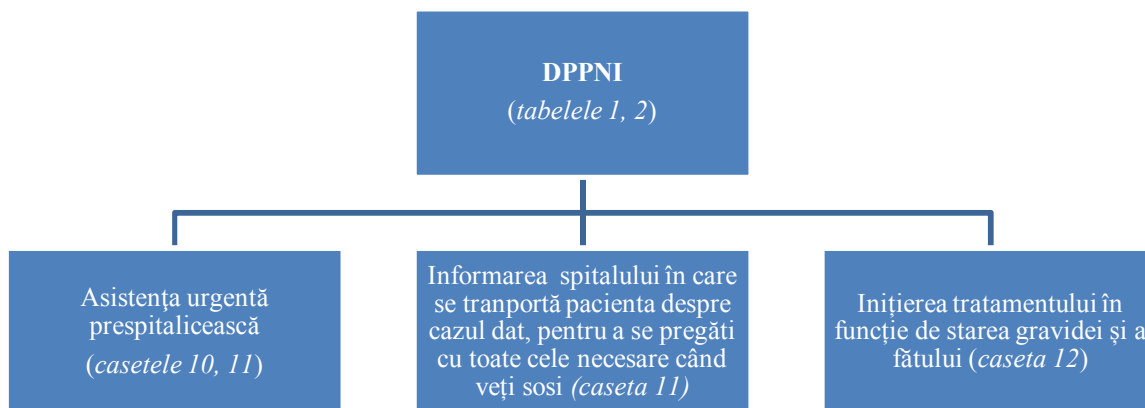
B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă, echipele AMU: 903		
Descriere	Motive	Pași
Suspectarea DPPNI și transportarea gravidei în secții specializate	Urgență majoră, care necesită intervenție chirurgicală, deoarece este pusă în pericol viața mamei și cea a fătului. Transportarea cât mai urgentă reduce riscul apariției complicațiilor, ca decesul antenatal al fătului și decesul matern din cauza hemoragiilor masive [10,21]. <i>Grad de recomandare E</i>	Obligator: 1. Anamneza (<i>caseta 4</i>) 2. Examenul gravidei va permite suspectarea sau aprecierea DPPNI (<i>caseta 5, tab. 1, 2, 3</i>) 3. Transportul gravidei cu AMU (<i>caseta 10</i>) 4. În timpul transportării pacientei se va asigura menținerea indicilor vitali (<i>caseta 11</i>).
B.2. Nivelul de asistență medicală de ambulatoriu		
Descriere	Motive	Pași
B.2.1 Identificarea grupului de risc pentru DPPNI. Evaluarea și monitorizarea femeilor gravide	Identificarea și anihilarea factorilor de risc – profilaxia complicațiilor DPPNI	Obligator: 1. Colectarea anamnezei (<i>casetele 2,3,4</i>) 2. Aprecierea gradului de risc (<i>casetele 2,3</i>) 3. Evidența gravidelor la medicul-ginecolog 4. Aprecierea stării intrauterine a fătului (<i>caseta 6</i>) 5. Tratatamentul patologiei ce poate provoca DPPNI (<i>caseta 2</i>)
B. 2.2 Conduita în caz de apariție a semnelor clinice de DPPNI Algoritmul de conduită C.1.1	Evaluarea riscului DPPNI va reduce complicațiile severe, ca: 1) decesul antenatal al fătului [3]. 2) decesul matern din cauza hemoragiilor masive	Obligator: 1. Colectarea anamnezei (<i>casetele 2,3,4</i>) 2. Aprecierea gradului de risc (<i>casetele 2,3</i>) 3. Examenul clinic al gravidei (<i>tab.2,3; casetele 5,6,7</i>) 1. Aprecierea stării intrauterine a fătului (<i>caseta 6</i>) 2. Stabilirea diagnosticului prezumtiv (<i>caseta 1</i>)

	[1,3,18]. <i>Grad de recomandare E</i>	3. Referire la nivelul de asistență medicală spitalicească prin intermediul Serviciului de AMU (<i>caseta 10</i>)
B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească		
<i>Descriere</i>	<i>Motive</i>	<i>Pași</i>
	Determinarea la timp a DPPNI permite micșorarea riscului complicațiilor severe posibile: decesul antenatal al fătului și decesul matern din cauza hemoragiilor masive [10,13]. <i>Grad de recomandare E</i>	Obligator: 1. Colectarea anamnezei (<i>casetele 2,3,4</i>) 2. Aprecierea gradului de risc (<i>casetele 2,3</i>) 3. Examenle clinic, de laborator și paraclinic ale gravidei (<i>tab.2,3;casetele 5,6,7</i>) 4. Aprecierea stării intrauterine a fătului (<i>caseta 6</i>) 5. Stabilirea diagnosticului (<i>caseta 1</i>) 6. Tratamentul complex în funcție de diagnosticul stabilit (<i>caseta 12</i>)
Nivelul I Spitalizarea pacientelor Tratament complex în funcție de diagnosticul stabilit	Spitalizarea pacientelor cu DPPNI va permite acordarea ajutorului medical urgent specializat și reducerea considerabilă a complicațiilor. <i>Grad de recomandare E</i> Dacă starea gravidei este stabilă, se recomandă medicului transferul la nivelul II sau III, pentru micșorarea riscului complicațiilor severe posibile: decesul antenatal al fătului și decesul matern din cauza hemoragiilor masive [1,3]. <i>Grad de recomandare E</i>	1. Determinarea gradului de urgență (<i>tab. 1,3</i>) 2. Colectarea anamnezei (<i>casetele 2,3,4</i>) 3. Aprecierea gradului de risc (<i>casetele 2,3</i>) 4. Examenle clinic, de laborator și paraclinic ale gravidei (<i>tab.2,3;casetele 5,6,7</i>) 5. Aprecierea stării intrauterine a fătului (<i>caseta 6</i>) 6. Dacă starea pacientei este compensată, se efectuează transportul gravidei cu AMU la un nivel mai superior de asistență medicală (Centru perinatal de nivelul II sau III) (<i>casetele 10,11</i>) <i>Grad de recomandare E</i> 7. Dacă pacienta este netransportabilă, se inițiază tratamentul și se cheamă cei mai apropiați specialiști și aviația sanitară, cu tot echipamentul de resuscitare, și echipa de chirurgi, anesteziologi-reanimatologi, transfuzolog, cu monitorizarea și tratamentul complex inițiat conform <i>casetei 12</i> . 8. Rezolvarea cazului (<i>casetele 12,13</i>) 9. Extras: evidența în MF la locul de trai
Nivelul II Spitalizarea pacientelor Tratament complex în funcție de diagnosticul stabilit	Spitalizarea pacientelor cu DPPNI va permite acordarea ajutorului medical specializat și reducerea considerabilă a complicațiilor. <i>Grad de recomandare E</i>	1. Determinarea gradului de urgență (<i>tab. 1,3,4,5</i>) 2. Internarea în sala de naștere în formele ușoară și medie; în caz de formă gravă se transferă direct în sala de operație. 3. Examenle clinic, de laborator și paraclinic ale gravidei (<i>tab.2,3;casetele 5-9</i>) 4. Aprecierea stării intrauterine a fătului (<i>tab.4, caseta 6</i>) 5. Confirmarea diagnosticului 6. Rezolvarea cazului (<i>casetele 12,13</i>) 7. Extras: evidența în CMF la locul de trai
Nivelul III Spitalizarea pacientelor Tratament complex în funcție de diagnosticul stabilit	Spitalizarea pacientelor cu DPPNI va permite acordarea ajutorului medical specializat și reducerea considerabilă a complicațiilor. <i>Grad de recomandare E</i>	1. Determinarea gradului de urgență (<i>tab. 1,3,4,5</i>) 2. Internarea în sala de naștere în formele ușoară și medie; în caz de formă gravă se transferă direct în sala de operație. 3. Examenle clinic, de laborator și paraclinic ale gravidei (<i>tab.2,3; casetele 5-9</i>) 4. Aprecierea stării intrauterine a fătului (<i>tab.4, caseta 6</i>)

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Confirmarea diagnosticului 6. Rezolvarea cazului (<i>casetele 12,13</i>) 7. Extras: evidența în CMF la locul de trai
<i>La nivelul spitalicesc tratamentul DPPNI va fi în funcție de formă</i>		
DPPNI forma severă (decolarea afectează mai mult de ½ din suprafața placentei)	Deoarece decolarea afectează peste 1/2 din suprafața placentară, este necesară intervenția chirurgicală urgentă, astfel se mărește considerabil speranța la viață a nou-născutului și se reduc complicațiile tardive la mamă [4,7,8,18].	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se va efectua operația cezariană urgentă pentru extragerea fătului și a placentei dezlipite parțial sau total (<i>casetele 13,14</i>). 2. În timpul laparotomiei și operației cezariene se va aprecia starea uterului. 3. În caz de uter Couvelaire – histerectomie totală. Drenarea cavității micului bazin în caz de hemoragii masive (<i>casete 12</i>). 4. Concomitent se prelungesc măsurile de stabilizare a stării pacientei conform Protocolului clinic național PCN 254 – Managementul transfuzional și de resuscitare volemică a hemoragiilor obstetricale masive [19]. 5. Extras: evidența în CMF la locul de trai.
DPPNI forma moderată, decolarea afectează 1/4–1/2 din suprafața placentară	Intervenția terapeutică timpurie, în primele ore de la debutul bolii, a medicului care a suspectat DPPNI [7,18,19]. <i>Grad de recomandare 1B</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rezolvarea cazului (<i>casetele 12,13</i>): examinarea în consiliu compus din anesteziologi-reanimatologi și obstetricieni-ginecologi. <i>Grad de recomandare 1A</i> 2. Laparotomie și operație cezariană, în cadrul căreia se va aprecia starea uterului și necesitatea drenării cavității micului bazin (<i>casete 12</i>). 3. Concomitent se prelungesc măsurile de stabilizare a stării pacientei conform Protocolului clinic național PCN 254 – Managementul transfuzional și de resuscitare volemică a hemoragiilor obstetricale masive [17,19]. 4. Extras: evidența la medicul-specialist din CMF la locul de trai.
DPPNI forma ușoară, decolarea afectează sub 1/4 din suprafața placentară.	Intervenția terapeutică timpurie, în primele ore de la debutul bolii, a medicului care a suspectat DPPNI [7,18,19]. <i>Grad de recomandare 1B</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rezolvarea cazului (<i>casetele 12,13</i>): examinarea în consiliu compus din anesteziologi-reanimatologi și obstetricieni-ginecologi. <i>Grad de recomandare 1A</i> 2. Supravegherea strictă a stării generale a mamei și a fătului (<i>tab.1–5; casetele 6–9</i>)
NB! În termenele de sarcină de la 26 până la 30 de săptămâni.	În caz dacă se constată detresa fetală sau se presupune că fătul nu va tolera travaliul, sau dacă există alte indicații obstetricale [19].	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examinarea în consiliu compus din obstetricieni-ginecologi, anesteziologi-reanimatologi și specialiști în USG <i>Grad de recomandare 1A</i> 2. Supravegherea strictă a stării generale a mamei și a fătului (<i>tab.1–5; casetele 6–9</i>) 3. Se indică operația cezariană urgentă cu anestezie generală (<i>grad E</i>).

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul de conduită și de asistență urgentă a pacientelor cu DPPNI la nivel prespitalicesc



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea decolării parțiale a placentei normal inserate(DPPNI)

Caseta 1. Clasificarea DPPNI în funcție de suprafața decolată:

- Decolarea totală a placentei normal înserate.
- Decolarea parțială, care poate fi *marginală* (când se decolează marginea placentei) sau *centrală* (când placenta se dezlipște din centrul său).
- În funcție de suprafața decolării placentei, care se apreciază retrospectiv în timpul operației cezariene, deosebim gradele: *ușor*, când decolarea afectează sub $<1/4$ din placentă; *mediu*, când decolarea afectează $>1/4 - <1/2$ din placentă; decolare *gravă*, când aceasta afectează $>1/2$ din placentă.

Decolarea parțială a placentei normal înserate mai poate fi:

- progresivă
- neprogresivă

C.2.2. Factorii de risc pentru DPPNI

Caseta 2. Factorii de risc pentru decolarea prematură de placentă normal inserată

Factori de risc	Raport de probabilitate (RP)	95,0% ÎÎ, p	FA, %	Nivel de risc
Hipertensiune gestațională	29.360	10.6468-80.9640 p<0.0001	96.6	Risc mare
Moarte antenatală a fătului	23.138	3.1068-172.3297 p=0.0022	97.2	Risc mare
Dezlipire de placentă în sarcinile precedente	19,494	1,1302-336,2298 p=0.0409	94.9	Risc mare
HTA esențială	18.089	4.3060-75.9865 p=0.0001	94.5	Risc mare
Moarte antenatală a fătului în anamneză	10.261	1.3065-80.5875 p=0.0268	90.3	Risc mare
Sindrom antifosfolipidic	10.261	1.3065-80.5875	90.3	Risc mare

		p=0.0268		
Iminență de întrerupere a sarcinii prezente	6.712	3.9548-11.3905 p<0.0001	85.1	Risc mare
Obezitate	6.635	1.9455-22.6274 p=0.0025	84.9	Risc mare
Preeclampsie	6.462	2.4772-16.8542 p=0.0001	84.5	Risc mare
Naștere prematură în anamneză	5.116	1.1128-23.5189 p=0.0360	80.5	Risc mare
Malformații uterine	4.625	1.7312-12.3539 p=0.0023	78.4	Risc mare
Sângerări vaginale pe parcursul sarcinii prezente	3.473	1.3776-8.7537 p=0.0083	71.2	Risc mare
Restricție de dezvoltare intrauterină a fătului	3.126	1.3115-7.4496 p=0.0101	68.0	Risc mare
Polihidramnios	2.663	1.2145 -5.8403 p=0.0145	62.4	Risc mare
Avort spontan în anamneză	2.403	1.5937-3,6233 p<0.0001	58.4	Risc moderat
Anemie	1.983	1.0977-3.5825 p=0.0233	49.6	Risc moderat

O serie de factori precum tabagismul, utilizarea drogurilor, traumatismele nu au fost identificați drept factori de risc major pentru DPPNI.

N.B. Factorii de risc prezentați sunt rezultatul studiului efectuat în Republica Moldova.

Sagaidac Irina, Friptu Valentin, Sârbu Zinaida. *Factori de risc în decolarea prematură de placenta normal inserată*. În: Moldovan Journal of Health Sciences. Vol. 10. Revista de Științe ale Sănătății din Moldova. 2016, nr.4, p. 15-21. ISSN 2345-1467 [17].

C.2.3. Screening și profilaxie

Caseta 3

Măsurile de profilaxie sunt acțiunile pe care trebuie să le întreprindă medicul de familie luând evidență gravidele, etapa esențială în care se pot aprecia factorii de risc (*caseta 2*), atribuind gravidele cu factori de risc pentru evidență medicilor-ginecologi, care au competențe în tratamentul patologiei ce provoacă DPPNI, astfel mărind șansele de prevenire a patologiei, cu evitarea mortalității mamei și a fătului:

- Identificarea factorilor de risc de către medicul de familie la prima vizită (*caseta 2*).
- La prezența a mai mult de 2 factori cu risc mare de DPPNI, gravida este trecută în evidența medicului-ginecolog.
- Medicul-ginecolog inițiază tratamentul – ambulatoriu sau în staționar – al patologiei care poate provoca DPPNI.
- Informarea gravidei privind riscurile și semnele clinice care trebuie să o determine să apeleze la AMU, inclusiv numărul de telefon.

C.2.4. Diagnosticul DPPNI

C.2.4.1. Anamneza pacientelor cu DPPNI

Caseta 4. Recomandări pentru culegerea anamnezei

- Dacă pacienta este inconștientă, este obligatorie interogarea detaliată a persoanelor care au cerut ajutor medical (vecin, concubin, soț, părinți etc.) despre faptul în ce stare au găsit

pacienta și de ce au cerut ajutorul serviciului de urgență.

- Verificarea datelor din buletinul de identitate.
- Determinarea stării sociale a pacientei.
- Anamneza vieții și a bolii (de la rude, prieteni, cunoscuți).
- Aprecierea factorilor de risc (*caseta 2*).

C.2.4.2. Clinica DPPNI

Caseta 5. Semnele clinice ale DPPNI

Prezența următoarelor semne clinice impune suspectarea DPPNI (grad A):

- sângerare din căile vaginale;
- durere abdominală, cu specificarea unui punct unde durerea este mai mare;
- dureri lombare cu localizări posterioare în placentă;
- contracții uterine dureroase (hipertonie/hiperkinezie);
- tonus uterin crescut (până la tetanie uterină, „uter de lemn”);
- modificări ale stării generale materne (semne clinice de șoc hemoragic);
- traseu cardiotocografic (CTG) de alarmă (grad E)

N.B. Standard. În lipsa sângerării din hematomul retroplacentar neexteriorizat pe cale vaginală și în prezența tonusului sporit cu suferință fetală, medicul trebuie să excludă DPPNI (nivelul de dovezi Ia).

N.B. Nu efectuați tușeul vaginal și explorarea digitală intracervicală, deoarece se poate mări considerabil volumul hemoragiei! Este necesare de exclus diagnosticul de placenta praevia. (Grad A)

Tabelul 1

Diagnosticul clinic al DPPNI (grad A)

<i> criterii</i>	<i> DPPNI marginală</i>	<i> DPPNI centrală</i>
Sângerarea vaginală cu sânge de culoare închisă, frecvent necoagulabil, în cantitate redusă (rar moderată)	+	+
Hemoragia se dezvoltă devreme	+	-
Durere neînsemnată	+	-
Durere violentă	-	+
Hemoragia externă lipsește	+	-/+
Hematomul prezent	-	+
Hipertonus uterin	Puțin sporit	Marcat, uter „de lemn”, nu se relaxează
Starea generală a pacientei	TA nemodificată, Ps<100; R<20	Semne de șoc hemoragic
BCF	Norma 120-160 b/m, sau tahicardie> 160	Tahicardie, bradicardie (<i>tab.4</i>).
Diagnosticul DPPNI este în principal un diagnostic clinic determinat de existența tabloului clinic descris mai sus și confirmat de evidențierea postpartum a hematomului retroplacentar.		Grad de argumentare a recomandărilor de mai sus.

Tabelul 2

Semnele clinice în funcție de suprafața DPPNI

Manifestarea clinică	Ușoară	Medie	Gravă
Volumul hemoragiei	<500ml	500-1000ml	>1500ml
Suprafața dezlipită a placentei	<1/4	>1/4<1/2	>1/2
Durerea abdominală	Sensibilitate, durere nepronunțată	Durere puternică	Durere foarte pronunțată
Tonusul uterin	Relaxare incompletă	Contractat permanent	"Uter de lemn"
Detresa fetală	Absentă	Moderată	Severă sau deces
Coagulopatia	Teste modificate	Semne timpurii de coagulopatie de consum	Șoc,oligurie, coagulopatie manifestă

Tabelul 3

Manifestările clinice ale șocului hemoragic (grad A)

Semne clinice	Hemoragie gr. I	Hemoragie gr. II	Hemoragie gr. III	Hemoragie gr. IV
Pierdere de sânge, % /volum	<15%/750 ml	<30%/800-1500ml	<40%/1500-2000 ml	>40%/>2000 ml
TAs	nemodificată	Norma/scade în poziție verticală	mai mică de 80 mmHg	mai mică de 60 mmHg
TAd	nemodificată	Norma/crescută	micșorată	foarte mică/ nedetectabilă
Frecvență cardiacă (b/min)	>90/min, <100	>100/ min., <120	120 slab	>120 filiform
Reumplere capilară	< 2 sec	Întârziată>2 sec	Întârziată>2 sec	nu se restabilește
Frecvență respiratorie	<20/min	<20/min	>20/min	>20/min
Debit urinar	>30 ml	20-30ml	10-20ml	0-10ml
Extremități – culoare	normale	palide	palide	palide și reci
Stare de conștiință	alertă	anxietate	anxietate/ obnubilare	obnubilare/confuzie/c omă

Tabelul 4

Evaluarea datelor CTG

Parametru	Normal	Suspect	Patologic
Ritm bazal, b/min	110-160	<110 >160	<100 >180
Amplitudinea oscilațiilor, b/min	5-25	<5/ <40 min >25 (>10 min)	<5 /90 min CTG sinusoidală > 10 min
Accelerații	Mai mari de 2/20 min	Absente (40 min)	
Decelerații	absente	Sporadice de orice tip (cu excepția celor severe). Decelerații prelungite unice < 3 min.	Periodice sporadice sau variabile severe. Decelerații tardive pe o perioadă de 30 min. Decelerații prelungite >3 min.

Diagnosticul diferențiat al DPPNI

Criteriul obiectiv	Norma	DPPNI	PP
Sângerare vaginală	lipsește	Prezența hemoragiei	Prezența hemoragiei
Dureri abdominale	lipseesc	De la suportabile până la foarte violente	lipseesc
Dureri lombare cu localizări posterioare în placentă	lipseesc	De la suportabile până la foarte violente	lipseesc
Contracții uterine dureroase (hipertonie/hiperkinezie)	lipseesc	De la suportabile până la foarte violente	lipseesc
Tonus uterin crescut (tetanie uterină, „uter de lemn”)	lipsește	prezent	lipsește
Frecvența Ps și FCC	< 90/min.	>90/min	>110/min
Tensiunea arterială sistolică	< 90 mmHg	mai mică de 90 mmHg, scădere cu 40-50 mmHg față de valoarea de bază	mai mică de 90 mmHg, scădere cu 40-50 mmHg față de valoarea de bază
Modificări ale stării generale materne (semne clinice de șoc hemoragic – tab. 3)	lipseesc	prezente	prezente
Traseu cardiocografic de alarmă	lipsește	prezent	prezent

Caseta 6. Aprecierea stării intrauterine a fătului (grad E) se efectuează prin:

- examen clinic – auscultarea BCF (tab. 4);
- examen cardiocografic (tab. 4);
- examen ecografic obstetrical [9] (caseta 9).

C.2.4.3. Investigațiile de laborator în DPPNI**Caseta 7. Investigațiile de laborator obligatorii în DPPNI**

1. Grupa de sânge și factorul Rhesus (Rh)[14].
2. Hemograma, Coagulograma: Tr, timpul și durata coagulării, Lee-White, fibrinogenul, protrombina
3. La indicațiile reanimatologului: INR (raportul nominalizat internațional), APTT (timpul de trombină parțial activat) sec., TT (timpul de trombină), D dimeri, ionograma.
4. Biochimia sângelui: ureea, creatinina, glucoza, bilirubina, ALT, AST, proteina totală și lactatul seric.
5. Urograma

C.2.4.4. Investigații paraclinice în DPPNI (grad A)**Caseta 8. Examenul instrumental:**

1. ECG
2. USG
3. Radiografia pulmonară sau abdominală la indicația specialistului
4. Tomografia computerizată la indicația specialistului
5. Rezonanța magnetică la indicația specialistului

Caseta 9. Examenul ecografic (Ia)

USG permite vizualizarea hematomului care se formează între peretele uterin și placenta și diagnosticul diferențiat de PP: În DPPNI, ultrasonografic se constată o zonă transsonică sau eterogenă în spațiul utero-placentar, cel mai frecvent marginile ce reprezintă zona de decolare. În unele cazuri nu se vizualizează hematumul propriu-zis, dar observăm zona de dezlipire marginală a placentei normal inserate, cu flotarea segmentului decolat. În cazurile în care sângele nu se reține în spațiul retroplacentar, dar colecția se drenează în exterior, este dificil de stabilit diagnosticul de DPPNI. Totodată, în cazul DPPNI se poate observa o modificare a structurii placentare, care devine în unele cazuri mai hiperecogenă și la care se alătură semne de edem placentar [9]. Totodată ultrasonografia are o sensibilitate limitată în identificarea hemoragiei retroplacentare [15].

N.B. Nedepistarea ecografică a hematomului nu exclude diagnosticul de AP.

N.B. Nu efectuați tușeul vaginal și explorarea digitală intracervicală, deoarece se poate mări considerabil volumul hemoragiei! Este necesare de exclus diagnosticul de placenta praevia. (Grad A)

C.2.5. Criteriile de transportare și spitalizare

Caseta 10. Criteriile de transportare și spitalizare a pacienților

Gravidele cu suspiciune la DPPNI (caseta 5) vor fi transportate urgent și internate la cel mai apropiat spital cu sală de operație și medic-anesteziolog (nivelul I, II sau III).

La pacienta cu DPPNI forma gravă se va iniția tratamentul de perfuzie, transportând-o urgent la cel mai apropiat spital unde pot fi efectuate intervenția chirurgicală și reanimarea pacientei.

N.B. Este obligatoriu de informat instituția spre care o îndreptați despre starea gravă a pacientei transportate, pentru ca să fie pregătite sala de operație, camera de transfuzie a sângelui, să fie chemat în ajutor cel mai apropiat specialist care posedă tehnica operatorie, și la necesitate apelați la AVIASAN pentru pacientă.

Caseta 11. Îngrijirea pacienților cu DPPNI de către medicii care transportă gravida

1. Stabilizarea funcțiilor vitale (ABC) în corespundere cu necesitățile clinice ale pacientei,
2. Poziționarea gravidei în decubit lateral stâng 15-30° pentru a preîntâmpina comprimarea circulației totale prin compresia venei cave de uter (grad E).
3. Pulsoximetria și asigurarea unei oxigenări și menținere a saturației SpO₂ = 95-98%
4. Asigurarea abordului venos prin obținerea a 2 căi venoase periferice (recomandabil 18G) sau a unei căi venoase centrale și administrarea sol. Natrii chloridum 0,9% (sau alt tip de cristaloid), pentru a menține o tensiune arterială sistolică 90-100mmHg.
5. Încălzirea pacientei, plăpumi etc.
6. Cateterizarea vezicii urinare.
7. Transportarea cât mai urgentă a pacientei la cel mai apropiat spital de nivelul II sau III. Anunțul obligatoriu al spitalului care recepționează pacienta pentru pregătirea sălii de operație, echipei de intervenție și timpul aproximativ al sosirii.

C.2.6. Tratamentul DPPNI**Caseta 12. Principiile generale de tratament al DPPNI**

Managementul DPPNI conform termenului de gestație	Recomandări
<p>I. Managementul în sarcina pretermen avansat (până la 34 săpt. sarcină)</p> <p>1. Poate fi adoptată o conduită expectativă în cazurile în care diagnosticul nu este definitiv (până la precizarea lui) sau dacă DPPNI este însoțită de simptome clinice minore.</p> <p>2. Tocoliza trebuie indicată numai în termeni precoce de gestație, doar când DPPNI este provocată de o cauză ce nu se va repeta sau poate fi înlăturată (traumatism, utilizare de droguri), la o femeie cu hemodinamică stabilă și fără semne de coagulopatie [19,20].</p> <p>NB! Tocoliza nu se recomandă cu scopul prelungirii sarcinii la o pacientă hemodinamic instabilă, în caz de suferință fetală sau DPPNI progresivă [15].</p>	<p>Tratamentul constă în:</p> <ul style="list-style-type: none"> • regim la pat; • tocoliza cu Magnesii sulfas, care este mai bine tolerat și nu provoacă reacții adverse descrise, totodată mai are un efect neuroprotector pentru creierul prematur al fătului.
<p>3. Decizia de a prelungi sarcina depinde de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • termenul de gestație; • starea fătului și a mamei; • evoluția ulterioară a sarcinii. 	
<p>4. Profilaxia detresei respiratorii a fătului numai în cazurile compensate.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dexamethasonum 6 mg i/m fiecare 12 ore conform PCN 185 <i>Nasterea prematură (2013)</i>.
<p>5. Pentru a încerca stoparea hemoragiei se recomandă administrarea de Acidum tranexamicum [5,12].</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sol. Acidum tranexamicum 1000 mg i/v în 10 min., urmat de 1000 mg în următoarele 8 ore (2B), conform Protocolului clinic național PCN 254 <i>Managementul transfuzional și de resuscitare volemică a hemoragiilor obstetricale masive [21]</i>.
<p>6. Supravegherea strictă după:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starea gravidei (hemodinamica centrală: TA și pulsul matern cu valori normale) • Volumul sângerării vaginale: sângerarea trebuie să lipsească sau să fie în cantitate redusă (mai mare de 5ml, dar nu mai mult de 200 ml sumar). • Tonus uterin și starea intrauterină a fătului: tonus uterin normal sau moderat crescut conform CTG, fără semne ecografice de progresare a hematomului și un traseu CTG normal sau de alarma. • sistemul de hemostaza și coagulare: absența coagulopatiei, monitorizată prin modificarea în dinamică a parametrilor de Hb, protrombin, fibrinogen, etc. 	
<p>7. Dacă DPPNI progresează, este necesară intervenția chirurgicală:</p> <ul style="list-style-type: none"> • în cazul unui făt viabil și traseu CTG de alarmă; • cu apariția hemoragiei materne abundente 	<ul style="list-style-type: none"> • operația cezariană (grad E) <p>Conform Protocolului clinic național PCN 254 <i>Managementul transfuzional și de resuscitare</i></p>

<p>(statut hemodinamic instabil)</p> <ul style="list-style-type: none"> • sau apariția semnelor de CID. <p>Cu scop de profilaxie a hemoragiilor masive, înainte de operația cezariană se recomandă administrarea de Acidum tranexamicum.</p>	<p><i>volemică a hemoragiilor obstetricale masive</i> [21]</p>
<p>II. Managementul în sarcina matură sau aproape de termen</p> <p>1. Dacă DPPNI s-a produs în I perioadă a nașterii, se recomandă:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • obligatoriu amniotomia timpurie care, prin scăderea presiunii intrauterine, reduce probabilitatea difuziunii în circuitul sistemic a tromboplastinei tisulare din zona de decolare (grad E); • CTG continuă, în special în caz de restricție intrauterină a fătului (starea fătului se poate agrava în orice moment) (grad D) [15]; • monitorizarea stării mamei: E, Hb, Ht, Tr, cantitatea de fibrinogen, diureza.
<p>2. Dacă DPPNI a apărut pe fundal de distocie dinamică și se constată detresa fetală, dacă nu este deschidere completă și chiar dacă lipsește disproporția fetopelviană</p>	<ul style="list-style-type: none"> • se indică operația cezariană urgentă cu anestezie generală (grad E) [15].
<p>3. Dacă DPPNI manifestată prin hemoragia se dezvoltă în perioada de expulzie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • se aplică forcepsul (grad E) sau vacuum-extracția (grad E).
<p>4. Dacă DPPNI progresează, este necesară intervenția chirurgicală:</p> <ul style="list-style-type: none"> • în cazul unui făt viabil și traseu CTG de alarmă; • cu apariția hemoragiei materne abundente (statut hemodinamic instabil) • sau apariția semnelor de CID. <p>Cu scop de profilaxie a hemoragiilor masive, înainte de operația cezariană se recomandă administrarea de Acidum tranexamicum.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • operația cezariană (grad E) • Conform Protocolului clinic național PCN 254 <i>Managementul transfuzional și de resuscitare volemică a hemoragiilor obstetricale masive</i> [21]
<p>5. Dacă DPPNI se combină cu făt mort și există pericol pentru viața mamei, în lipsa condițiilor pentru finalizarea urgentă a travaliului per vias naturalis</p> <ul style="list-style-type: none"> • hemoragie severă necontrolabilă prin tratament adecvat (transfuzie); • CID moderată sau severă; • uter cicatricial cu iminență de ruptură uterină; <p>Cu scop de profilaxie a hemoragiilor masive înainte de operația cezariană se recomandă acidum tranexamicum.</p> <p>Acidum tranexamicum se recomandă și în cazul:</p> <ul style="list-style-type: none"> • refuzul gravidei de a accepta administrarea preparatelor de sânge; • risc crescut hemoragic prin travaliu prelungit. 	<ul style="list-style-type: none"> • se recomandă operația cezariană urgentă cu anestezie generală (grad E). • se recomandă administrarea de sol. Acidum tranexamicum 1000 mg i/v în 10 min., urmat de 1000 mg în următoarele 8 ore (2C), conform Protocolului clinic național PCN 254 <i>Managementul transfuzional și de resuscitare volemică a hemoragiilor obstetricale masive</i> [21].
<p>6. În cazul formelor severe de DPPNI, imposibilitatea asigurării hemostazei intraoperatorii impune:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ligatura arterelor uterine (grad E); • ligatura arterelor iliace interne (grad E); • histerectomia la necesitate (grad E).
<p>În circa 8% din numărul total de operații cezariene efectuate pacienților cu DPPNI se determină extravazarea masivă a sângelui în mușchiul uterin – uterul Couvelaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • după operația cezariană urgentă cu anestezie generală, se recomandă histerectomia totală.

N.B. Concomitent cu operația cezariană, cu sau fără ligatura arterelor uterine, a arterelor iliace interne sau histerectomia totală, ce vor asigura hemostaza, echipa de medici (reanimatolog, transfuzolog etc.) va efectua managementul complicațiilor hemoragiilor masive: corecția volemică și a tulburărilor de coagulare etc. conform Protocolului clinic național PCN 254 *Managementul transfuzional și de resuscitare volemică a hemoragiilor obstetricale masive* [21].

Caseta 13. Criteriile de eficiență a terapiei DPPNI

- Stoparea hemoragiei
- Fibrinogenul mai mare de 2 g/l
- Temperatura corpului mai mare de 36°C
- Hemoglobina mai mult de 80 g/l
- Urină mai mult de 25 ml/oră
- Respirație de sine stătătoare sau menținerea saturației mai mult de 95%
- Puls mai mic de 100 b/min
- TAs mai mare de 80 mmHg
- TAd mai mare de 60 mmHg

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D1. AMU	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamente pentru resuscitarea pacientelor • Trusă pentru acordarea asistenței medicale în caz de șoc hemoragic - Trusă pentru cateterizarea venelor centrale și periferice - Trusă pentru perfuzii - Trusă pentru cateterizarea vezicii urinare
D2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală ambulatorie	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistente medicale • moașe • medic obstetrician-ginecolog • medic de laborator • medic funcționist • medic imagist-ecografist <p>Consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trusă de medicamente pentru resuscitarea pacientelor • Trusă pentru acordarea asistenței medicale în caz de șoc hemoragic: - Trusă cateterizarea venelor centrale și periferice - Trusă perfuzii - Trusă cateterizarea vezicii urinare • Seturi ginecologice: oglinzi, mănuși, spirt, iodonat, tifon de bumbac, emplastru, instrumentar steril <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic • cardiomonitor • cabinet pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal • laborator clinic standardizat pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocite, Ht, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (bilirubină generală, uree,

	ALT, AST, glucoza sângelui), indicilor coagulogramei – protrombina fibrinogen.
D.3. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească (IMS raionale, municipale, republicane)	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obstetricieni-ginecologi; • anesteziologi-reanimatori; • asistentă de operație; • asistentă a anesteziologului; • medic de laborator; • laboranți cu studii medii. <p>La necesitate – alți specialiști.</p>
	<p>Departamente / secții specializate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Departament de terapie intensivă și reanimare și obstetrică-ginecologie • Secție de obstetrică și ginecologie operativă • Anestezie și terapie intensivă • Bloc chirurgical • Laborator clinic
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cristaloide • Plasmă proaspăt congelată • Masă eritocitară • Acidum tranexamicum • Magnesii Sulfas 25% • Dexamethasonum • Heparini natrium • Oxytocini
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic • cardiomonitor (Ps, ECG, TA, pulsoximetru) • cardiotocograf • Aparat USG • laborator clinic standardizat pentru determinarea: Grupa de sînge și Rh factor, analiza generală a sângelui + trombocite, Ht, analiza generală a urinei, biochimia sângelui (ALT, AST, glucoza sângelui, creatinina, ureea, ionograma), indicii coagulogramei – protrombina, fibrinogen, INR, TTPA, proba Lee-White)

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr./o.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul al indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Reducerea mortalității materne	Ponderea DPPNI și a șocului hemoragic, complicat cu CID, ce provoacă mortalitatea maternă	Numărul de mortalități materne	1000 de nașteri.
2.	Creșterea calității serviciului medical în caz de DPPNI	Rata pacientelor care au beneficiat de îngrijiri conform recomandărilor protocolului	Numărul pacientelor care au beneficiat de îngrijiri conform recomandărilor protocolului X 100	Numărul de nașteri.
3.	Creșterea calității serviciului medical în caz de DPPNI	Rata operațiilor cezariene din cauza DPPNI	Numărul total de nașteri per vias naturalis	Numărul de operații cezariene din cauza DPPNI
4.	Creșterea calității serviciului medical în caz de DPPNI	Rata DPPNI cu hemoragii masive	Numărul de DPPNI cu hemoragii masive	Numărul total de DPPNI
5.	Creșterea calității serviciului medical în caz de DPPNI	Rata histerectomiilor din cauza DPPNI cu uter Couvelaire	Numărul histerectomiilor din cauza DPPNI cu uter Couvelaire	Numărul total de operații cu indicații DPPNI

1. Fiecare unitate medicală care efectuează tratamentul DPPNI își va redacta protocoale instituționale, reieșind din prevederile prezentului protocol clinic național.
2. Unitățile medicale trebuie să aibă la dispoziție protocoale de tratament și de monitorizare după tratament.
3. DPPNI trebuie considerată ca fiind o urgență medico-chirurgicală.
4. Se recomandă ca medicul, împreună cu șeful de secție, medicul curant, să elaboreze un plan de conduită, determinat de starea gravidei.
5. Medicul trebuie să consilieze pacienta referitor la monitorizarea tratamentului, prognosticul, riscurile, beneficiile fiecăreia dintre posibilitățile terapeutice.
6. Medicul trebuie să consemneze opțiunea pacientei/a rudelor în documentele medicale (foaia de observație, registrul de consultații), sub semnătura acesteia/acestora.
7. Medicul trebuie să obțină consimțământul informat al pacientei înaintea elaborării planului de tratament.

Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru Decolarea prematură de placentă normal inserată

	Domeniul Prompt	Definiții și note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
4	Data de naștere a pacientei	
5	Mediul de reședință	
6	Vârsta pacientei	
7	Numele medicului curant	
Nivelul de asistență medicală specializată		
8	Stabilirea factorilor de risc și atribuirea gravidei în grupul de risc avansat pentru DPPNI	Da=1, nu =0, nu se știe =9
9	Declanșarea DPPNI în afara staționarului obstetrical	Da=1, nu =0, nu se știe =9
10	Declanșarea DPPNI în staționarul obstetrical	Da=1, nu =0, nu se știe =9
11	Spitalizată cu travaliul activ	Da=1, nu =0, nu se știe =9
12	Spitalizată cu urgență obstetricală majoră	Da=1, nu =0, nu se știe =9
13	Efectuarea examenului de laborator obligator	Da=1, nu =0, nu se știe =9
14	Aprecierea indicilor hemodinamici (Ps, TA)	Da=1, nu =0, nu se știe =9
15	Stabilirea diagnosticului de DPPNI în baza semnelor clinice	Da=1, nu =0, nu se știe =9
16	Aprecierea volumului hemoragiei în DPPNI	Da=1, nu =0, nu se știe =9
17	Evaluarea stării fătului prin aprecierea BCF	Da=1, nu =0, nu se știe =9
18	Diagnosticarea suferinței fetale	Da=1, nu =0, nu se știe =9
19	Stabilirea planului de naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9
20	Finisarea nașterii per vias naturalis	Da=1, nu =0, nu se știe =9
21	Naștere asistată (ventuză obstetricală, forceps)	Da=1, nu =0, nu se știe =9
22	Finisarea nașterii prin OC	Da=1, nu =0, nu se știe =9
23	A avut loc inducerea nașterii (amniotomie, etc.)	Da=1, nu =0, nu se știe =9
24	Stimularea travaliului cu prostaglandine	Da=1, nu =0, nu se știe =9
25	Utilizare uterotonicelor în naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9

GHIDUL PENTRU PACIENTE

Conform Centrului American de Prevenție și Control al Afecțiunilor, în urma unui studiu pe parcursul a 24 de ani, s-a ajuns la concluzia că educația pacientelor ar putea scădea hemoragiile perinatale (În: The Lancet, 16 noiembrie 2012).

Rezultatele analizei cazurilor de mortalitate maternă din Republica Moldova, pe perioada ultimilor cinci ani, în care cauza decesului a fost șocul hemoragic, au demonstrat că letalitatea este mare din următoarele motive: diagnosticul DPPNI este stabilit cu întârziere, ca urmare a operației cezariene efectuate tardiv; terapia intensivă nu este adecvată și oportună; lipsa metodelor de supraveghere a eficacității tratamentului; tratamentul chirurgical, histerectomia totală în cazurile în care nu se obține hemostază este efectuată cu întârziere.

Astfel, implementarea criteriilor de diagnoză pentru pacientele cu DPPNI permite aplicarea timpurie a măsurilor organizatorice, cu aprecierea nivelului la care va fi internată pacienta și determinarea managementului ulterior.

Așadar, toate pacientele care au antecedente de DPPNI, la prezența următoarelor semne clinice (*vezi tabelul*) trebuie să solicite ajutorul medicului.

Când și unde trebuie să se adreseze gravidele, indiferent de termenul de sarcină, în caz de eliminări de sânge din căile de naștere

<i>Semne clinice</i>	<i>AMU, 903</i>	<i>Sector primar</i>	<i>Secția urgență/adresare desinestător</i>
1. Sângerare vaginală neînsemnate	La prezența semnelor clinice	La prezența semnelor clinice	La prezența semnelor clinice
2. Sângerare vaginale abundente			
3. Durere lombare permanente	1+3+5+6	1	1+3+5+6
4. Durere abdominale persistente sau,	sau 2+4+5+6		sau 2+4+5+6
5. Conracții uterine dureroase cu tonus uterin crescut („uter de lemn”)	sau 2+3+5	sau 1+3	sau 2+3+5
6. Modificări ale stării generale materne (amețeli, pierderi ușoare de cunoștință, sudoare rece)	sau 2+3+6		sau 2+3+6

Medicii de la serviciul AMU și cei de la sectorul primar vor transporta pacientele la nivelul I, II sau III.

Vă recomandăm să luați cunoștință cu atenție de recomandările pentru gravide, în special de simptomele de alertă prezentate în **Carnetul perinatal al gravidei**.

BIBLIOGRAFIE

1. Ananth C.V., Oyelese Y., Yeo L., et al. Placental abruption in the United States, 1979 through 2001: temporal trends and potential determinants. In: *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2005; nr. 192, p. 191.
2. Ananth C.V., Savitz D.A., Williams M.A. Placental abruption and its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: a methodological review and meta-analysis. In: *Obstet. Gynecol.*, 1996; nr. 88, p. 309.
3. Clark S.L. Placentae Previa and Abruptio Placentae. In: *Maternal Fetal Medicine*, 4th ed., Creasy R.K., Resnik R. (Eds), WB Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 1999, p.624.
4. Chamberlain G., Steer P. ABC of labor care. Obstetric emergencies. In: *BMJ*, 1999; nr. 318, p. 1342-1345.
5. Ducloy-Bouthors A.S., Jude B., Duhamel A., et al. Hit-dose tranexamic acid reduces blood loss in postpartum hemorrhage. In: *Crit. Care*, 2011; nr. 15, p. 117.
6. Feinstein D.I. Treatment of disseminated intravascular coagulation. In: *Semin. Thromb. Hemost.*, 1988; nr. 14, p. 351.
7. Hurd W.W., Miodovnik M., Hertzberg V., Lavin J.P. Selective management of abruptio placentae: a prospective study. In: *Obstet. Gynecol.*, 1983; nr. 61, p. 467.
8. Neilson J.P. Interventions for treating placental abruption (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2006, Issue 3.
9. Nyberg D.A., Cyr D.R., Mack L.A., et al. Sonographic spectrum of placental abruption. In: *Am. J. Roentgenol.*, 1987; nr. 148, p. 161.
10. Paladi Gh., Cernețchi Olga. Hemoragiile obstetricale. In: *Obstetrica patologică, Ch.: CEP"Medicina"2007*, p 382-476.
11. Paladi Gh., Cernețchi O., Pavlenco A., Petrov V. Protocol clinic național – 185 „Nașterea prematură”, 2013.
12. Peitsidis P., Kadir R.A. Antifibrinolytic therapy with tranexamic acid in pregnancy and postpartum. In: *Expert Opin. Pharmacother.*, 2011; nr. 12, p. 503-516.
13. Rasmussen S., Irgens L.M., Albrechtsen S., Dalaker K. Women with a history of placental abruption: when in a subsequent pregnancy should special surveillance for a recurrent placental abruption be initiated? In: *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2001; nr. 80, p. 708.
14. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Use of Anti-D Immunoglobulin for Rh Prophylaxis. Green Top Guideline no. 22. London: RCOG; 2002.
15. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Antepartum haemorrhage. Green Top Guideline no. 63. London: RCOG; 2011.
16. Royal College of Obstetricians. Blood Transfusion in Obstetrics, Green Top Guidelines no. 47, May 2015.
17. Sagaidac Irina, Friptu Valentin, Sârbu Zinaida. Factori de risc în decolarea prematură de placentă normal inserată. În: *Moldovan Journal of Health Sciences*, vol. 10. Revista de Științe ale Sănătății din Moldova, 2016, nr.4, p. 15-21. ISSN 2345-1467.
18. Sher G. A rational basis for the management of abruptio placentae. In: *J. Reprod. Med.*, 1978; nr. 21, p. 123 3.
19. Sholl J.S. Abruptio placentae: clinical management in non-acute cases. In: *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1987; nr. 156, p. 40.
20. Sarris I., Bewley S., Agnihorti S. Training in Obstetrics and Gynecology the essential curriculum. OST. Cover image© Meddicimage, Oxford university press, 2009, p. 194-195. ISBN 978-0-19-921847-9.
21. Șandru S., Cardaniuc C., Cebotari S., Chesov I. Protocolul clinic național PCN 254 Managementul transfuzional și de resuscitare volemică a hemoragiilor obstetricale masive. Chișinău: Tipografia Sirius, SRL, 2016, p. 55-106.

ANEXĂ. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Tabelul 1

Clasificarea puterii aplicative a gradelor de recomandare

<i>Puterea aplicată</i>	<i>Cerințe</i>
Standard	Standardele sunt norme care trebuie să fie aplicate strict 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 punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că sunt posibile mai multe tipuri de intervenții și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabelul 2

Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

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

Tabelul 3

Clasificarea nivelelor de dovezi

<i>Nivel de dovezi</i>	<i>Cerințe pentru corespondere</i>
Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza 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 cvasi experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți.
Nivel V	Serii de cazuri, studii necontrolate și opinii ale experților.