



**Ministerul Sănătății
Comisia Consultativă de
Obstetrică și Ginecologie**



**Colegiul Medicilor din România
Comisia de Obstetrică
și Ginecologie**



**Societatea de Obstetrică
și Ginecologie din România**



**Institutul pentru Ocrotirea
Mamei
și Copilului "Alfred Rusescu"
București**

Inversiunea uterină

Seria Ghiduri Clinice pentru Obstetrică și Ginecologie

Ghidul 22/Revizia 0
14.12.2012

Publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România

Editor: Gheorghe CRUCIAT

© Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România, 2012

Grupul de Coordonare a procesului de elaborare a ghidurilor încurajează schimbul liber și punerea la dispoziție în comun a informațiilor și dovezilor cuprinse în acest ghid, precum și adaptarea lor la condițiile locale.

Orice parte din acest ghid poate fi copiată, reprodusă sau distribuită, fără permisiunea autorilor sau editorilor, cu respectarea următoarelor condiții: (a) materialul să nu fie copiat, reprodus, distribuit sau adaptat în scopuri comerciale; (b) persoanele sau instituțiile care doresc să copieze, reproducă sau distribuie materialul, să informeze Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România; și (c) Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România să fie menționate ca sursă a acestor informații în toate copiile, reproducerea sau distribuțiile materialului.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății prin Ordinul 1524/2009 cu modificările și completările ulterioare și avizat favorabil de Colegiul Medicilor din România și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Precizări

Ghidurile clinice pentru Obstetrică și Ginecologie sunt elaborate sistematic la nivel național 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 pacientei, precum și resursele, caracteristicile 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 circumstanțelor clinice individuale, 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 reflectă în mod obligatoriu pe cele ale Grupului Coordonator.

Ghidurile clinice 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 pacientei. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientei, 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.

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.sogr.ro sau www.ghiduriclinice.ro.

Tipărit la [TIPOGRAFIE]

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

ISBN

Inversiunea uterina/ coord.: Prof. Dr. Florin STAMATIAN; ed.: Conf. Dr. Gheorghe CRUCIAT

- I. STAMATIAN, Florin (coord)
- II. CRUCIAT, Gheorghe (ed)

Cuprins

1	Introducere	1
2	Scop	1
3	Metodologie de elaborare	2
	3.1 Etapele procesului de elaborare	2
	3.2 Principii	2
	3.3 Data reviziei	2
4	Structură	2
5	Evaluare și diagnostic	3
	5.1 Clasificare	3
	5.2 Factori de risc	3
	5.3 Diagnosticul formelor acute	3
	5.4 Diagnosticul formelor cronice.....	4
6	Conduită	5
	6.1 Profilaxia IU	5
	6.2 Obiectivele tratamentului	5
	6.3 Măsuri generale	5
	6.3.1 <i>Măsuri medicale generale</i>	5
	6.4 Măsuri specifice de tratament a IU acute și subacute.....	6
	6.5 Măsuri ulterioare re poziționării uterine în IU acute.....	7
	6.6 Situații particulare	7
	6.6.1 <i>Inversiunea uterină acută survenită în cursul operației cezariene</i>	7
	6.6.2 <i>Inversiunea uterină acută fără decolarea placentei</i>	7
	6.7 Manevre controversate	7
7	Urmărire și monitorizare	8
8	Aspecte administrative	8
9	Bibliografie	9
10	Anexe	9
	10.1 Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 13 – 15 Decembrie 2012... 10	
	10.2 Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor..... 12	
	10.3 Anexa 3. Conduita în cazul inversiunii acute puerperale	13
	10.4 Anexa 4. Medicația menționată în textul ghidului..... 14	

Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății

Prof. Dr. Szabó BÉLA

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Prof. Dr. Vlad TICA

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Prof. Dr. Florin STAMATIAN

Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" București

Conf. Dr. Nicolae SUCIU

Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii

Dr. Mihai Horga

Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului

Coordonator

Prof. Dr. Florin STAMATIAN

Scriitor

Conf. Dr. Gheorghe CRUCIAT

Membri

Conf. Dr. Daniel MUREȘAN

Dr. Gabriela CARACOSTEA

Dr. Tunde KOVACS

Mulțumiri

Mulțumiri experților care au evaluat ghidul:

Profesor Dr. Decebal HUDIȚĂ

Profesor Dr. Szabó BÉLA

Profesor Dr. Radu VLĂDĂREANU

Mulțumim Dr. Alexandru Epure pentru coordonarea și integrarea activităților de dezvoltare a ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie.

Mulțumiri echipei UMP, Dr. Michaela Nanu, Ec. Valentina Donici, Elena Drăghici, Alexandra Cișmașu din cadrul Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" pentru asistență tehnică în elaborarea ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie.

Abrevieri

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)
ATI	Anestezie terapie intensivă
F	Fiole
Hb	Hemoglobină
HGP 3-4	Hemoragie în periodul 3 sau 4
Ht	Hematocrit
HTAIS	Hipertensiune arterială indusă de sarcină
i.m.	intramuscular
I.O.M.C.	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" București
IOT	Intubație orotraheală
i.v.	intravenos
IU	Inversiunea uterină
Kg	kilogram
KUI	kilounități internaționale
µg	micrograme
mcg	milicentigrame
mg	miligrame
MgSO ₄	Sulfat de magneziu
min	minut
ml	mililitri
mUI	miliunități internaționale
µg	micrograme
OG	Obstetrică Ginecologie
ONU	Organizația Națiunilor Unite
p.e.v.	perfuzie endovenoasă
Pic	picături
p.o.	Per os
Rh	Rhesus
UI	unități internaționale
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)

1 INTRODUCERE

Definiție: IU reprezintă inversiunea parțială sau completă a uterului survenită în perioada de delivrență (inversiunea acută) sau, mult mai rar, în lăuzie (inversiunea subacută și cronică) sau după aceasta (IU cronică).

Incidența: Este o complicație rară a nașterii: 1/2000-1/20.000 ^(1,2), dar cu potențial letal. Supraviețuirea maternă este de 85% ⁽¹⁾. Cauzele de deces matern sunt șocul și hemoragia.

Clasificare⁽³⁾:

1. În funcție de gravitate IU prezintă mai multe grade:

- inversiunea intrauterină: când fundul uterin rămâne intracavitar, dar în regiunea fundică se palpează un șant
- inversiunea intravaginală: când fundul uterin ajunge în lumenul vaginului
- inversiune totală: fundul uterin prolabează prin fanta vulvară
- inversiunea totală a uterului și a vaginului prin fanta vulvară

2. În funcție de momentul producerii IU poate fi:

- Acută, dacă apare în primele 24 de ore după naștere
- Subacută, dacă se petrece între 24 ore și 4 săptămâni de la naștere
- Cronică, după 4 săptămâni de la naștere

2 SCOP

Obiectivul ghidului „Inversiunea uterină” este acela de a standardiza diagnosticul și conduita în cazurile de inversiune uterină, în special în formele acute care prezintă risc letal pentru parturientă.

Prezentul Ghid clinic pentru conduită în cazurile de inversiune uterină, se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (anestezie terapie intensivă, medici de alte specialități care asistă nașteri: chirurgi generaliști, etc.) ce 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

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Inversiunea uterină”, este conceput pentru aplicare la nivel național. Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Inversiunea uterină”, precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale conduitei particularizate unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivelul secțiilor de obstetrică și ginecologie sub forma unor protocoale. Ghidurile clinice sunt mai rigide decât protocoalele, ele fiind realizate la nivel național de grupuri tehnice de elaborare respectând nivelele de dovezi științifice, tărie a afirmațiilor, grade de recomandare. Protocoalele reprezintă modalitatea de aplicare a ghidurilor clinice naționale în context local și specifică exact într-o situație clinică anume ce anume trebuie făcut, de către cine și când. Ele permit un grad mai mare de flexibilitate și reflectă circumstanțele și variațiile locale datorate diferitelor tipuri de îngrijire clinică la un anumit nivel.

3 METODOLOGIE DE ELABORARE

3.1 Etapele procesului de elaborare

Ca urmare a solicitării Ministerului Sănătății 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 al ghidurilor și implicarea diferitelor instituții. În cadrul întâlnirii, s-a decis constituirea Grupului de Coordonare a procesului de elaborare al 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 Tehnic 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 componența Grupului Tehnic de Elaborare, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți externi pentru recenzia ghidului. Facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor a fost efectuată de 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.

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 evaluarea 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 evaluatorii 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 București în perioada 13 – 15 Decembrie 2012. Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1. Ghidurile au fost dezbătute punct cu punct și au fost agreate 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).

3.2 Principii

Ghidul clinic „Inversiunea uterină” 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.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic se va înțelege medicul de specialitate obstetrică și 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.

3.3 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2014 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

4 STRUCTURĂ

Acest ghid este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

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

5 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

5.1 Clasificare

Standard	Medicul trebuie să cunoscă și să diagnosticheze corect formele de inversiune uterină ⁽¹⁾ : <ul style="list-style-type: none">– acută: la naștere sau în primele 24 de ⁽⁷⁾ore după aceasta– subacută: după 24 ore postpartum, dar în primele 28 de zile după naștere– cronică: peste intervalul de 28 de zile după naștere	E
Argumentare	Frecvența diverselor forme prezentate este următoarea: ⁽²⁾ 83.4% pentru forma acută, 2,62% pentru forma subacută și 13,9% pentru forma cronică. Medicul trebuie să aibă în vedere că cele mai frecvente cazuri de IU sunt cele acute, ele survenind în majoritatea lor în perioada de delivrență.	

5.2 Factori de risc

Standard	Medicul trebuie să evalueze prezența factorilor de risc pentru apariția inversiunii uterine: <ul style="list-style-type: none">– dirijarea incorectă a delivrenței– tracțiunea excesivă pe cordonul ombilical în timpul delivrenței, produsă de către cele ce asistă nașterea ^(2, 3)– manevra Créde (presiune pe fundul uterin)– placenta cu aderență anormală (accreta etc.)– manevre brutale de extracție manuală a placentei– multiparitatea– travalii prelungite– travalii precipitate– utilizarea medicamentelor care au și acțiune miorelaxantă (MgSO₄) în timpul travaliului– tocoliza acută (pentru facilitarea manevrelor obstetricale la naștere)– cordonul ombilical scurt– macrosomia fetală– endometrita cronică în antecedente– slăbiciuni constituționale ale miometrului– factori idiopatici (în aprox. 40% din cazuri) ⁽⁴⁾	E
-----------------	--	----------

5.3 Diagnosticul formelor acute

Standard	Medicul trebuie să stabilească rapid diagnosticul inversiunii acute uterine.	E
Argumentare	Un diagnostic rapid permite o intervenție precoce și implicit salvarea vieții sau a integrității uterului parturientei.	
>Recomandare	Se recomandă medicului să stabilească diagnosticul inversiunii uterine acute în special prin mijloace clinice.	E
>>Standard	Medicul trebuie să stabilească diagnosticul de inversiune uterină acută pe baza semnelor considerate clasice apărute în perioadele III sau IV ale nașterii: ^(1, 5) <ul style="list-style-type: none">– hemoragie postpartum– apariția unei mase tumorale la nivel vaginal sau vulvo-perineal– durere pelviană violentă– șoc cardio-vascular de intensitate variabilă– la palparea transabdominală, nu se palpează uterul	B

>>Argumentare	Șocul are ca origine reflexele peritoneale, durerea și pierderea de sânge. Hemoragia este în relație directă cu durata inversiunii uterine și este mai mare dacă s-a produs deja delivrența. ⁽⁶⁾	III
Standard	Medicul trebuie să stabilească diagnosticul de inversiune uterină acută la apariția la nivel cervical, vaginal sau vulvo-perineal a unei mase tumorale polipoide de culoare roșu închis în timpul delivrenței, concomitent sau după apariția placentei.	E
Opțiune	Medicul poate efectua examinarea ultrasonografică transabdominală pentru confirmarea diagnosticului de IU.	B
Argumentare	În secțiune transversă se observă la examinarea ultrasonografică transabdominală a uterului, o masă hiperecogenă localizată în vagin, având o cavitate în formă de „H”, hipoecogenă situată central. ⁽⁸⁾	III
Standard	Medicul trebuie să stabilească pe baza examenului clinic și ecografic severitatea (gradul) inversiunii uterine: <ul style="list-style-type: none"> – gradul I: fundul uterin este inversat dar nu depășește canalul cervical – gradul II: uterul este inversat trecând de col, dar rămâne în vagin – gradul III: uterul inversat este exteriorizat în afara vaginului – gradul IV : vaginul este inversat și exteriorizat împreună cu uterul 	E
Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze următoarele diagnostice diferențiale: <ul style="list-style-type: none"> – prolabarea unei tumori uterine (fibrom) – polipi cervicali voluminoși – boala trofoblastică gestațională – dilacerări vaginale cu hematoame paravaginale – atonie uterină severă – nașterea celui de-al doilea geamăn (sarcina gemelară necunoscută) – corpi străini intravaginali (meșe, tampoane) 	E
Recomandare	Se recomandă medicului a avea în vedere următoarele dificultăți de diagnostic clinic: <ul style="list-style-type: none"> – inversiunea parțială uterină în care fundul uterin nu depășește nivelul colului – obezitatea maternă 	E
Argumentare	În cazul inversiunii parțiale uterine diagnosticul se efectuează la examinarea cu valvele. Obezitatea maternă poate crea probleme în palparea uterului transabdominal. Diagnosticul se precizează coroborând celelalte semne cu examenul ecografic.	
Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze diagnosticul diferențial al IU pe baza examenului clinic și a celui ecografic transabdominal.	B
Argumentare	Vizualizarea ecografică a conturului caracteristic, convex superior al uterului trebuie să excludă diagnosticul de inversiune uterină. ⁽⁸⁾	III
Standard	Medicul trebuie să indice în momentele imediat următoare producerii inversiunii uterine acute determinarea probelor biologice materne: Hb, Ht, probe de coagulare, grup sangvin, Rh.	E
5.4 Diagnosticul formelor cronice		
Recomandare	Se recomandă medicului să aibă în vedere diagnosticul de inversiune uterină cronică la o pacientă care a născut cu mai mult de 28 de zile înainte în prezența următoarelor simptome: <ul style="list-style-type: none"> – sângerare vaginală în cantitate redusă, persistentă – scurgeri vaginale patologice 	E

	<ul style="list-style-type: none"> - presiune perineală - dureri pelvine moderate - subfebrilități 	
Standard	<p>Medicul trebuie să efectueze clinic diagnosticul de inversiune uterină cronică prin următoarele semne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vizualizarea inversiunii uterului și a - lipsei de vizualizare a canalului cervical 	E
Recomandare	Se recomandă ca medicul să utilizeze examinarea ultrasonografică pentru stabilirea diagnosticului de IU cronică.	E

6 CONDUITĂ

6.1 Profilaxia IU

Standard	<p>Medicul trebuie să prevină apariția IU prin următoarele măsuri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evitarea tracțiunii excesive pe cordonul ombilical în timpul delivrenței - evitarea efectuării brutale a manevrei Créde - evitarea manevrelor brutale de extracție manuală a placentei 	E
-----------------	---	----------

6.2 Obiectivele tratamentului

Standard	<p>Pentru tratarea IU medicul trebuie să urmărească rezolvarea următoarelor obiective: ⁽¹⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> - tratamentul șocului - limitarea pierderilor de sânge - refacerea volumului sanguin - în IU acută sau subacută: <ul style="list-style-type: none"> - re poziționarea de urgență a uterului inversat - histerectomia totală de urgență în cazul eșecului mijloacelor conservative - în IU cronică: histerectomia totală 	E
Recomandare	În cazul IU acute sau subacute se recomandă medicului să efectueze procedurile de prevenire a recidivelor de IU, ulterioare re poziționării uterului (vezi cap 6.5 și 6.7).	E
>Standard	<p>Medicul trebuie să indice administrarea de uterotone/ocitocice timp de 24 de ore post re poziționarea IU acute sau subacute.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Methylergometrinum - Oxytocinum - Misoprostolum 	E
>Argumentare	Medicația uterotonă este indicată în scopul prevenirii recidivelor IU.	

6.3 Măsuri generale

6.3.1 Măsuri medicale generale

Standard	<p>Medicul trebuie să indice efectuarea următoarelor măsuri în momentele imediat următoare producerii inversiunii uterine acute sau subacute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abord venos multiplu - determinarea probelor biologice (vezi cap. Evaluare și diagnostic) 	E
-----------------	--	----------

	– sondaj vezical	
Standard	Tratamentul șocului trebuie efectuat conform protocoalelor și include: <ul style="list-style-type: none"> – administrare de soluții cristaloide – administrare de sânge, preparate de sânge – administrare de analgetice, sedative etc. 	E
6.4 Măsuri specifice de tratament a IU acute și subacute		
Standard	Medicul trebuie să efectueze de urgență în cazul inversiunii uterine acute sau subacute manoperele de re poziționare ale uterului.	E
Recomandare	Se recomandă medicului să indice administrarea de tocolitice pentru obținerea relaxării uterine: <ul style="list-style-type: none"> – Nitroglicerynum 100μg i.v., la 1-2 minute interval, până la doze totale de 250- 500μg – Terbutalinum 0,100- 0,250mg i.v. lent, în doză unică – MgSO4 4-6g i.v. în 5-10 min., repetat la 20 minute dacă nu s-a realizat re poziționarea uterului – Isofluranum 	B
Argumentare	Administrarea de tocolitice permite la unele cazuri de IU acută sau subacută re poziționarea manuală a uterului fără efectuarea anesteziei generale. ^(1, 11, 12) Adminstrarea de terbutalinum nu se va efectua la pacientele cu hipotensiune marcată sau în stare de șoc. ⁽⁸⁾	III
Recomandare	Se recomandă medicului să indice efectuarea anesteziei generale, în cazul eșecului re poziționării uterului fără aceasta și repetarea manoperelor de re poziționare.	B
Argumentare	Anestezia generală permite o relaxare optimă a uterului și un control mai eficient al funcțiilor vitale ale pacientei. ⁽⁹⁾ Anestezia locală nu este eficientă pentru re poziționarea uterului.	III
Recomandare	Se recomandă medicului să aplice principiul: „ultima parte iese, prima parte repusă” în cadrul tentativei de re poziționare manuală a uterului (manevra Johnson).	E
Standard	Medicul trebuie să efectueze manevrele de re poziționare uterină sub controlul permanent transabdominal al fundului uterului.	E
Argumentare	Pentru a preveni desinserția uterului de pe vagin. Șansele de re poziționare imediată a uterului sunt de 22-43%. ^(7, 8, 9)	
Standard	În cazul eșecului manevrelor de re poziționare manuală uterină în IU acută sau subacută, medicul trebuie să efectueze laparotomia de urgență sub anestezie generală pentru a: <ul style="list-style-type: none"> – re poziționa sau – a efectua histerectomia totală, în funcție de vitalitatea uterului 	E
Argumentare	Procedeul Huntington presupune tracționarea cu ajutorul unor pense Allis a ligamentelor rotunde de la aproximativ 2 cm spre interiorul zonei prolabate după care se re poziționează pensele în același fel și se tracționează în continuare până când pas cu pas se re poziționează uterul ⁽¹⁴⁾ . Procedeul Haultain presupune incizia inițială a inelului de inversiune în partea posterioară a segmentului și apoi re poziționarea după procedeul Huntington ⁽¹⁵⁾	
Standard	În caz de IU acută cu placenta accreta medicul trebuie să efectueze histerectomia totală.	E
Recomandare	Se recomandă medicului să decidă intraoperator pentru conservarea anexelor, în funcție de aspectul acestora.	E

6.5 Măsuri ulterioare re poziționării uterine în IU acute

Standard	În cazul IU acute medicul trebuie să efectueze după re poziționarea uterului și stabilizarea hemodinamică a pacientei, extragerea manuală a placentei (dacă aceasta nu a fost efectuată).	E
Standard	În cazul în care delivrența s-a produs, medicul trebuie să efectueze după re poziționarea uterului și stabilizarea hemodinamică a pacientei, controlul manual uterin.	E
Argumentare	Pentru aprecierea și asigurarea vacuității și integrității uterine.	
Standard	Medicul trebuie să evalueze leziunile de părți moi (examen cu valve și tact vaginal) și să efectueze sutura leziunilor canalului de naștere.	E
Standard	Medicul trebuie să indice administrarea de uterotone/ocitocice timp de 24 de ore post re poziționarea IU acute: – Methylergometrinum – Oxytocinum – Misoprostolum	E
Argumentare	Medicația uterotonă este indicată în scopul prevenirii recidivelor IU acute.	
Standard	Medicul trebuie să indice administrarea de antibiotice cu spectru larg.	E
Argumentare	Pentru profilaxia infecțiilor puerperale (vezi ghidul „Profilaxia antibiotică în obstetrică și ginecologie”)	
Standard	Medicul trebuie să indice ca în continuare reechilibrarea pacientei și monitorizarea ei complexă interdisciplinară să se desfășoare în cadrul secției ATI.	E

6.6 Situații particulare

6.6.1 Inversiunea uterină acută survenită în cursul operației cezariene

Standard	Medicul trebuie să efectueze re poziționarea imediată a uterului, extragerea manuală a placentei, controlul uterin apoi sutura tranșei uterine și administrarea de uterotone.	E
>Standard	Medicul trebuie să efectueze histerectomia totală în cazul în care este vorba de o placentă accreta.	E

6.6.2 Inversiunea uterină acută fără decolarea placentei

Recomandare	Se recomandă medicului re poziționarea uterului urmată de extracție manuală a placentei, în inversiunile uterine de gradul I și II.	B
Argumentare	Re poziționarea uterului înaintea extracției manuale a placentei reduce cantitatea de sânge pierdută. ^(2, 3, 5, 6)	III

6.7 Manevre controversate

Opțiune	În cazul IU acute medicul poate să instileze soluție izotonă caldă în vagin prin intermediul unui tub steril (Metoda O' Sullivan)	E
Argumentare	Presiunea hidrostatică exercitată asupra fundului uterin ajută re poziționarea acestuia.	
Opțiune	Medicul poate să aplice pense Museaux sau fire pe col pentru a preveni repetarea IU	E

	acute sau subacute.	
Argumentare	Pensele Museaux sau firele aplicate pe col pentru 24 de ore, concomitent cu administrarea de ocitocice, previn repetarea IU, până la asigurarea unui uter ferm retractat.	

7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

Standard	Medicul trebuie să indice monitorizarea pacientei cu IU tratată, în serviciul ATI.	E
Standard	<p>Medicul trebuie să indice pacientei cu IU tratată:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitorizarea complexă a parametrilor vitali: <ul style="list-style-type: none"> - puls - temperatură - tensiune arterială - diureză, - saturație în oxigen (pulsximetria) - monitorizarea pierderilor de sânge pe cale vaginală: <ul style="list-style-type: none"> - clinică și - paraclinică (hemograma) 	E

8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

Recomandare	Se recomandă ca fiecare unitate medicală care efectuează tratamentul inversiunii uterine, să își redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
Standard	Medicul trebuie să considere inversiunea uterină o urgență majoră medico – chirurgicală și să acționeze în consecință.	E
Standard	Medicul curânt trebuie să contacteze și să informeze de urgență șeful secției.	E
Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze tratamentul inversiunii uterine acute în sala de operații.	E
Argumentare	Tratamentul are caracter de urgență. Transferul în sala de operații se va efectua în condițiile în care se estimează că timpul necesar pentru mutarea pacientei nu complică starea acesteia.	

9 BIBLIOGRAFIE

Introducere

1. Wendel PJ, Cox SM. Emergent obstetric management of uterine inversion. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22: 261–74.
2. Gerber S. Uterine inversion. *Rev Med Suisse Romande* 1996; 116: 277–83.
3. Turrentine J.E. *Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology*, second edition, The Parthenon Publishing Group, 2003, 350–351.

Evaluare și diagnostic

1. Wendel PJ, Cox SM. Emergent obstetric management of uterine inversion. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22:261–74.
2. Dali SM, Rajbhandari S, Shrestha S. Puerperal inversion of the uterus in Nepal: case reports and review of literature. *J Obstet Gynaecol Res* 1997; 23: 319–25.
3. Hostetler DR, Bosworth MF. Uterine inversion: a life-threatening obstetric emergency. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 120–3.
4. Das P. Inversion of the uterus. *Br J Obstet Gynaecol* 1940;47: 525–47.
5. Lago J. Presentation of acute uterine inversion in the emergency departement. *Am J Emerg Med* 1991; 9: 239–42.
6. Gerber S. Uterine inversion. *Rev Med Suisse Romande* 1996; 116: 277–83.
7. Malposition of the uterus John P O'Grady, MD last update June 05, 2006, www.emedicine.com/med/topic3473.htm
8. Hsieh TT, Lee JD. Sonographic findings in acute puerperal uterine inversion. *J Clin Ultrasound* 1991; 19: 306–9.

Conduită

1. Wendel PJ, Cox SM. Emergency obstetric management of uterine inversion. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22: 261–74.
2. Baskett TF. Acute uterine inversion. Review of 40 cases. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24: 953–956.
3. Turrentine J.E. *Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology*, second edition, The Parthenon Publishing Group, 2003, 350–351.
4. Abouliesh E, Ali V, Joumaa B, Lopez M, Gupta D. Anaesthetic management of acute puerperal uterine inversion. *Br J Anaesth* , 1995; 75: 486±7
5. Momani AW, Hassan A. Treatment of puerperal uterine inversion by the hydrostatic method: reports of five cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 32: 281–5.
6. Kochenour NK. Intrapartum obstetric emergencies. *Crit Care Clin* 1991; 7(4): 8516–4.
7. Platt LD, Druzin ML. Acute puerperal inversion of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 141: 187±90
8. Brar HS, Greenspoon JS, Platt LD, Paul RH. Acute puerperal uterine inversion. *New Approaches to to Management. J Repro Med*1989; 34: 173±7
9. Abouliesh E, Ali V, Joumaa B, Lopez M, Gupta D. Anaesthetic management of acute puerperal uterine inversion. *Br J Anaesth* 1995; 75: 486±7
10. Beringer R. M., Patteril M. Puerperal uterine inversion and shock *British Journal of Anaesthesia* 92 (3): 439±41 (2004)
11. Catanzarite VA, Mofatt KD, Baker ML, Awadalla SG, Argubrich KF, Perkins RP. New approaches to the management of acute puerperal uterine inversion. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 7S±10S
12. Dayan SS, Schwalbe SS. The use of small-dose intravenous nitroglycerine in a case of uterine inversion. *Anesth Analg* 1996; 82: 1091±3.

10 ANEXE

Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 13 – 15 Decembrie 2012

Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Anexa 3. Conduita în cazul inversiunii acute puerperale

Anexa 4. Medicația menționată în textul ghidului

10.1 Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 13-15 Decembrie 2012

- Prof. Dr. Virgil Ancăr, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București
- Dr. Teodor Amza, Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Râmnicul Vâlcea
- Dr. Stelian Bafani, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța
- Prof. Dr. Gabriel Bănceanu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Metin Beghim, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța
- Conf. Dr. Elena Iolanda Blidaru, Clinica Obstetrică-Ginecologie IV, Maternitatea "Cuza Voda" Iași
- Dr. Mihaela Bot, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București
- Prof. Dr. Ștefan Buțureanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie III, Maternitatea „Elena-Doamna” Iași
- Dr. Gabriela Caracostea, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca
- Dr. Maxim Călărăși, FECMF „Nicolae Testemitanu”- Chișinău Rep. Moldova
- Dr. Bogdan Călinescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Șef de lucrări Dr. Iuliana Ceaușu, Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”, Clinica Obstetrică-Ginecologie, București
- Prof. Dr. Petru Chitulea, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Oradea
- Dr. Adriana Ciuvică, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Dorina Codreanu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București
- Conf. Dr. Nadejda Codreanu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemiteanu” Chișinău
- Dr. Ileana-Maria Conea, Spitalul Clinic „Sf. Ioan”- Maternitatea Bucur, București
- Dr. Anca Teodora Constantin, Ministerul Sănătății
- Conf. Dr. Marius Crainea, UMF „V. Babeș” Timișoara, Clinica de Obstetrică-Ginecologie
- Prof. Dr. Ioan Doru Crăiuț, Spitalul Jud. Oradea Clinica Obstetrică-Ginecologie
- SL Dr. Gheorghe Cruciat, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca
- Ana Derumeaux, UNFPA
- Conf. Dr. Valentina Diug, FECMF „Nicolae Testemiteanu”- Chișinău Rep. Moldova
- Dr. Mihai Dimitriu, Spitalul Clinic „Sf. Pantelimon”, București
- Dr. Gabriela Dumitru, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Alexandru Epure, IOMC- Maternitatea „Polizu”, București
- Dr. Ion Eremia, Spitalul Județean de Urgență Slatina- jud. Olt
- Prof. Dr. Mihai Georgescu Brăila, Clinica Obstetrică Ginecologie II, Spitalul Universitar Craiova
- Conf. Dr. Dorin Grigoraș, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Dr. Dumitru Popescu" Timișoara
- Dr. Mihai Horga, Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii
- Prof. Dr. Vasile Valerică Horhoianu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar București
- Prof. Dr. Decebal Hudiță, Coordonator Ghid 14 și Ghid 41/ Expert Ghid 22 și Ghid 24/ Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”
- Dr. Raluca Ioan, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Constantin Laurian Ioniță, Spitalul Județean de Urgență Călărăși
- Dr. Cristian Anton Irimie, Ministerul Sănătății
- Alexandru Costin Ispas, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București
- Prof. Dr. Bogdan Marinescu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București
- Dr. Claudia Mehedințu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București
- Dr. Doina Mihăilescu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București
- Dr. Vasile Munteanu, Spitalul Județean de Urgență Pirești, jud. Argeș
- Prof. Dr. Dimitrie Nanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București
- Dr. Șerban Nastasia, Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”, Clinica Obstetrică-Ginecologie, București
- Conf. Dr. Cristina Neagu, Spitalul Clinic „Panait Sârbu”, București
- Dr. Dorin Neacșu, Spitalul Județean de Urgență Buzău
- Prof. Dr. Liliana Novac, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova

Dr. Horia Olah, Spitalul Județean Clinic Oradea
Conf. Dr. Anca Pătrașcu, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova
Dr. Mihai Popescu, Spitalul de Obstetrică-ginecologie Ploiești
Dr. Mircea Gabriel Preda, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București
Prof. Dr. Zenovia Florentina Pricop, Clinica Obstetrică-Ginecologie III „Elena-Doamna” Iași
Conf. Dr. Lucian Pușcașiu, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș
Conf. Dr. Manuela Cristina Russu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul "Dr. I. Cantacuzino" București
Dr. Maria Stamate, Spitalul Județean de Urgență Giurgiu
Prof. Dr. Florin Stamatian, Societatea de OG România/ Coordonator ghid 22 și Ghid 24/ Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca
Conf. Dr. Anca Stănescu, Maternitatea "Bucur", Spitalul Clinic de Urgență „Sf Ioan” București
Dr. Gheorghe Marian Stoica, Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Râmnicul Vâlcea
Prof. Dr. Maria Stoicescu, Spitalul IOMC, București

Prof. Dr. Silvia Stoicescu, Coordonator Ghid 30/ Expert Ghid 41/ IOMC, Maternitatea "Polizu" București
Conf. Dr. Nicolae Suciu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
Prof. Dr. Béla Szabó, Comisia de OG din Ministerul Sănătății/ Expert Ghid 22 și Ghid 24/ Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș
Dr. Elisabeta Șerban, Spitalul Județean de Urgență Galați-OG II
Dr. Alma Ștefănescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
Dr. Roxana Șucu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București
Prof. Dr. Vlad Tica, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța
Dr. Oana Toader, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
Dr. Corina Iliadi-Tulbure, FECMF „Nicolae Testemitanu”- Chișinău Rep. Moldova
Dr. Kovacs Tunde, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca, Clinica Obstetrică-Ginecologie I
Dr. Georgeta Vintea, Spitalul Județean de Urgență Piatra Neamț
Dr. Andreea Vultur, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București

10.2 Anexa 2. 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.

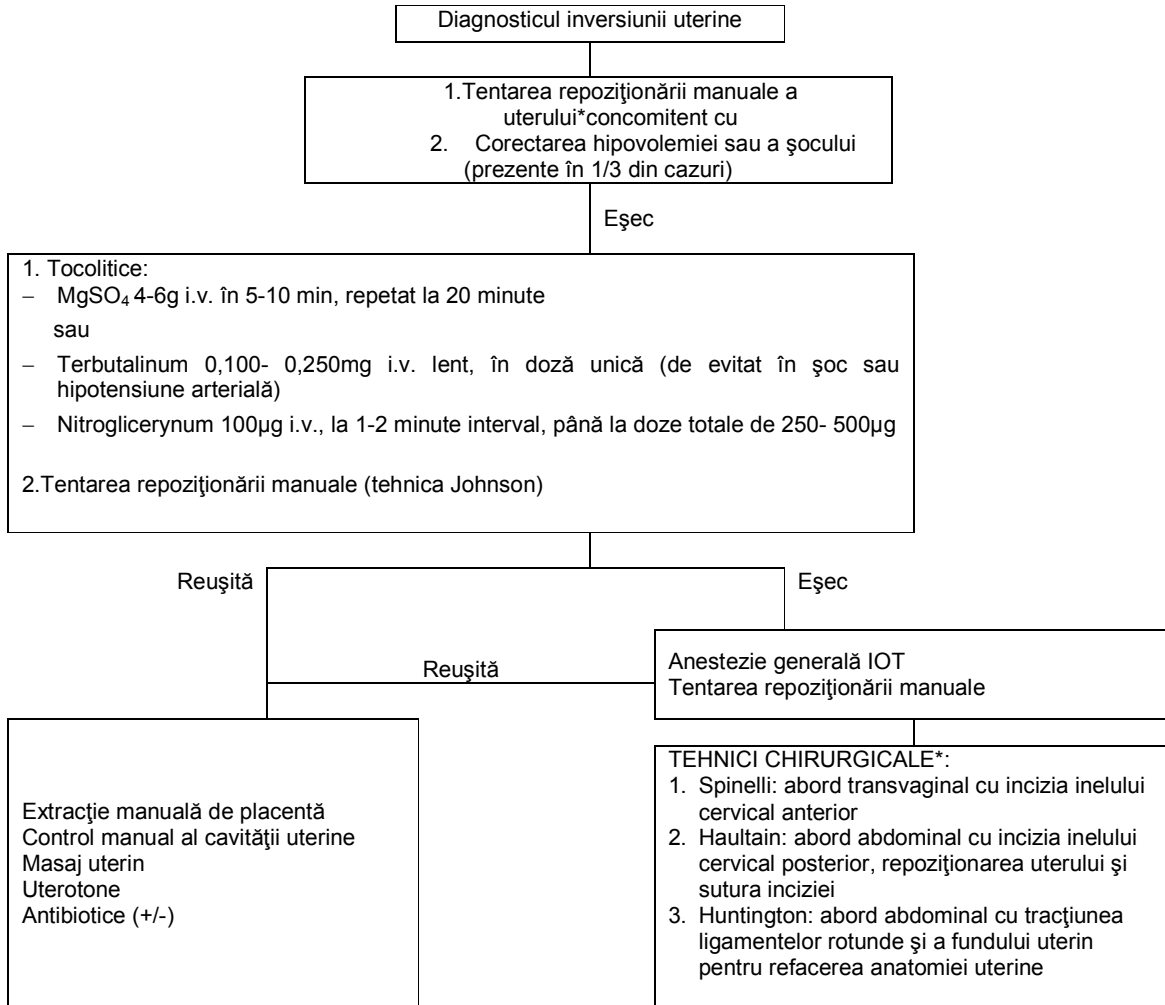
Tabel 2. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

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.

10.3 Anexa 3. Conduita în cazul inversiunii acute puerperale



*Se va încerca de primă intenție tehnica Huntington; în caz de eșec se va aplica tehnica Haultain.

10.4 Anexa 4. Medicația menționată în textul ghidului

OXITOCICE

Numele medicamentului	OXYTOCINUM
Indicații	Produce contracții ritmice ale uterului gravid, cu efect progresiv pe măsura creșterii vârstei gestaționale și a apariției de receptori oitocici la nivelul uterului; În doze mici determină creșterea frecvenței și intensității contracțiilor uterine, în doze mari determină contractura tetanică a uterului; vasopresor și antidiuretic; f de 2ml/2 UI sau 1ml/ 5 UI
Doza pentru adulți	Inițial pev 1-2mUI/min, se crește cu 1-2mUI/min la fiecare 30 min până la contractilitate uterină adecvată sau maxim 20 mUI/min (10 UI la 1000ml soluție cristaloidă); administrare în travaliu doar în pev! 2 UI i.v. = doza administrată pentru dirijarea Perioadei III 2 UI i.v. = doza administrată profilactic pacientei cu antecedente de hemoragie în delivrența sau cu factori de risc pentru hemoragie în Perioada III sau IV sau HGP3-4, dacă se efectuează control uterin 2 UI i.v. = doza administrată în Perioada IV 10 UI (5 f de 2 U.I. sau 2 f de 5 U.I.) în p.e.v. 1000ml 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 distocice, travaliu în care nașterea pe cale vaginală trebuie evitată (neoplasm cervical, prolaps de cordon, placenta praevia totală, vase praevia)
Interacțiuni	Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticelor
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	METHYLERGOMETRINUM
Indicații	Alcaloid care produce contracția tetanică a uterului; fiole de 1ml/0.2mg
Doza pentru adulți	0.2ml i.v. = doza administrată pentru dirijarea Periodului III 0.2ml i.m. = doza administrată în primul minut în postpartum În atonia uterină: 0.2ml i.v. lent (efectul apare în 10 secunde), repetabilă la 30 min, sau 0.2ml diluat în 500ml ser fiziologic și administrat în debitul necesar efectului uteroton, sau 0.2ml i.m. (efectul apare în 7 minute) 0.2ml intracervical în caz de atonie uterină și colaps circulator
Contraindicații	Medicul nu trebuie să indice niciodată administrarea de methylergometrinum la parturiente și lăuze cu: - hipertensiune indusă de sarcină - eclampsie - hipertensiune preexistentă sarcinii - angina pectorală - boli vasculare obliterante periferice
Interacțiuni	Nu se asociază cu vasoconstrictoarele
Sarcină și alăptare	Categoria X - contraindicat în sarcină și travaliu până la degajarea umărului
Atenție!	Efecte secundare: grețuri, vărsături

Numele medicamentului	MISOPROSTOLUM
Indicații	HGP3-4 severe; determina contractia tetanica a uterului la doze mari; tablete de 200mcg
Doza pentru adulți	În HGP3-4 severe = doze de 200mcg p.o. și 400mcg sublingual, sau 800-1000mcg 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 oxytocinului (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

Numele medicamentului	MAGNESII SULFAS
Indicații	Sulfatul de magneziu are acțiune spasmolitică, antianafilactică, anticonvulsivantă și sedativă (de scurtă durată). Are acțiune spasmolitică asupra tetaniei uterului. Acționează asupra musculaturii bronșice. Exerciță în același timp acțiune antiemetizantă și antișoc
Doza pentru adulți	Adulți: 1-3 fiole zilnic, în injecții intravenoase (lente), în cazuri grave (eclampsie, tetanos), 0,2ml/kg corp la 3-4 ore 4-6g i.v. în 5-10 min, repetat la 20 minute pentru tocoliză acută
Contraindicații	Boala Addison, intoxicații cu barbiturice, insuficiență renală
Interacțiuni	Potențarea efectului său de către nifedipinum. Toxicitatea sa este crescută de aminoglicozide. Depresia sistemului nervos central este crescută la asocierea de sedative. Cardiotoxicitatea sa este crescută de ritodrinum. Asocierea cu betamethasonum poate duce la edem pulmonar acut.
Sarcină și alăptare	Categoria B - de obicei sigur, dar beneficiile trebuie să depășească riscurile
Atenție!	Monitorizarea tensiunii arteriale; magnezemia trebuie monitorizată pentru evitarea supradozării; diaree, aritmii, hipotensiune, depresie respiratorie și nervoasă la administrare rapidă i.v.

Numele medicamentului	TERBUTALINUM
Indicații	Astm bronșic. Bronșita cronică, emfizem sau alte afecțiuni pulmonare în care bronhospasmul constituie un factor agravant. Relaxant al musculaturii netede uterine.
Doza pentru adulți	0,100-0,250mg iv lent, în doză unică
Contraindicații	Hipersensibilitate la oricare dintre ingrediente
Interacțiuni	Blocantele receptorilor beta și în special cele neselective pot inhiba total sau parțial acțiunea beta-agoniștilor
Sarcină și alăptare	Categoria B - de obicei sigur, dar beneficiile trebuie să depășească riscurile Nu s-au observat efecte teratogene la oameni sau la animale. Totuși, se recomandă administrarea atentă în primul trimestru de sarcină. Terbutalinum trece în laptele matern, însă influența asupra copilului este improbabilă în limitele dozelor terapeutice.
Atenție!	Risc de edem pulmonar acut, la hiperhidratare concomitentă

Numele medicamentului	NITROGLICERYNUM
Indicații	Tratamentul crizelor de angină pectorală, tratamentul preventiv pe termen foarte scurt (sau precritic) al crizelor anginoase. Relaxant al musculaturii netede uterine.
Doza pentru adulți	100μg i.v., la 1-2 minute interval, până la doza totală de 250- 500μg
Contraindicații	Insuficiență cardiacă, glaucom, tromboză coronariană acută, ramolismnt cerebral, hipotensiune posturală, hipertensiune intracraniană, idiosincrazie; stări de șoc și colaps, anemii grave.

Interacțiuni	Asocierea cu derivații de ergot poate duce la hipertensiune, de evitat. Administrarea la mai puțin de o ora de la ingestia de etanol poate cauza hipotensiune. Poate diminua efectul heparinului.
Sarcină și alăptare	Categoria C - siguranță incertă a utilizării în sarcină. Nu s-au observat efecte teratogene la oameni sau la animale. Totuși, se recomandă administrarea atentă în primul trimestru de sarcină.
Atenție!	Monitorizarea tensiunii arteriale și a pulsului

SERIA GHIDURI CLINICE PENTRU OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE