

## Lehuzia patologică

### Cuprins

- 1 Introducere**
- 2 Scop**
- 3 Metodologie de elaborare**
  - 3.1 Etapele procesului de elaborare
  - 3.2 Principii
  - 3.3 Data reviziei
- 4 Structură**
- 5 Evaluare și diagnostic**
  - 5.1 Infecțiile vulvo-vagino-perineale
  - 5.2 Infecțiile plăgilor după operație cezariană
  - 5.3 Infecțiile uterine
  - 5.4 Infecțiile peri și parauterine
  - 5.5 Peritonita puerperală
  - 5.6 Sepsisul și șocul septic în lehuzie
  - 5.7 Infecțiile sânelui
  - 5.8 Depresia postpartum
  - 5.9 Hemoragiile tardive postpartum (hemoragiile uterine în lehuzie)
- 6 Conduită**
  - 6.1 Prevenirea infecției puerperale
    - 6.1.1 *Asepsia și antisepsia*
    - 6.1.2 *Profilaxia cu antibiotice*
    - 6.1.3 *Aspecte de Tehnica chirurgicală*
  - 6.2 Tratamentul curativ al infecțiilor vulvo-vagino-perineale
  - 6.3 Tratamentul curativ al infecțiilor plăgilor parietale după operație cezariană
  - 6.4 Tratamentul curativ al infecțiilor uterine
  - 6.5 Tratamentul curativ al infecțiilor para și periuterine
  - 6.6 Tratamentul curativ al peritonitei puerperale
  - 6.7 Tratamentul curativ al sepsisul și șocului septic în lehuzie
    - 6.7.1 *Suprimarea focarului septic*
    - 6.7.2 *Măsuri de terapie intensivă*
    - 6.7.3 *Terapia cu antibiotice*
    - 6.7.4 *Tratamentul antiinflamator*
    - 6.7.5 *Tratamentul anticoagulant*
  - 6.8 Infecțiile sânelui
  - 6.9 Depresia postpartum
  - 6.10 Hemoragiile tardive postpartum (hemoragiile uterine în lehuzie)
- 7 Urmărire și monitorizare**
  - 7.1 Infecțiile vulvo-vagino-perineale
  - 7.2 Infecțiile plăgilor după operație cezariană
  - 7.3 Infecțiile uterine
  - 7.4 Infecțiile para și periuterine
  - 7.5 Peritonita puerperală
- 8 Aspecte administrative**

## **9 Bibliografie**

### **Urmărire și monitorizare**

#### **Anexe**

- 18.1 Grade de recomandare și nivele ale dovezilor
- 18.2 Medicamente utilizate în leuzia patologică

## Precizări

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

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

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

Ghidurile clinice, spre deosebire de protocoale, nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz, sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a 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.

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

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

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

## **Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor**

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății Publice

Profesor Dr. Gh. Peltecu, președinte

Profesor Dr. R. Vlădăreanu, secretar

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Profesor Dr. V. Tica, președinte

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Profesor Dr. G. Bănceanu, președinte

Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Dr. Roxana Radu, reprezentant

Președinte – Profesor Dr. Florin Stamatian

Co-președinte – Profesor Dr. Gheorghe Peltecu

Secretar – Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

## **Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului**

Coordonator

Profesor Dr. Nicolae Cernea

Scriitor

Dr. Alexandru Comănescu

Membri

Profesor Dr. Liliana Novac

Dr. Ștefania Tudorache

Integrator

Dr. Alexandru Epure

## **Evaluatori externi**

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

Profesor Dr. Florentina Pricop

## Abrevieri

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)
AINS	Antinfamatorii nesteroidiene
APTT	Timp partial de tromboplastină
ATI	Anestezie terapie intensivă
bpm	Bătăi pe minut
cp	Comprimat
CT	Tomografie Computerizată
°C	(grade) Celsius
EKG	Electrocardiogramă
EEG	Electroencefalogramă
f	Fiolă
g	Gram
HTAIS	Hipertensiune indusă de sarcină
i.m.	Intramuscular
i.v.	Intravenos
kg	Kilogram
kgc	Kilogramcorp
mcg	Microgram
mg	Miligram
mil	Milion
min	Minut
ml	Mililitru
mmc	Milimetru cub
OG	Obstetrică - Ginecologie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
pev	Perfuzie endovenoasă
pic	Picătură
Rgf	Radiografie

RMN	Rezonanța Magnetică Nucleară
SDRA	Sindrom de detresă respiratorie a adultului
SGB	Streptococul de grup B
tb	Tabletă
TV	Tușeu vaginal
UE	Uniunea Europeană
UI	Unități internaționale
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)

## 1 INTRODUCERE

Se definește lehuzia fiziologică ca perioada de timp după naștere în care organismul matern își revine la starea morfo-fiziologică premergătoare sarcinii.<sup>(1)</sup>

Au fost stabilite trei etape importante:

- Lehuzia imediată - 24 de ore după periodul IV al nașterii
- Lehuzia propriu-zisă – 7 zile după naștere
- Lehuzia tardivă – de la ziua 7 după naștere până la 6 săptămâni<sup>(1)</sup>

Patologia puerperală cuprinde toate complicațiile consecutive stării de lehuzie și poate fi împărțită în:

1. Patologia infecțioasă – febra puerperală

Definiție:

Febra puerperală este definită prin temperatură de peste 38°C, apărută în primele 10 zile de lehuzie (exceptând primele 24 de ore) și care se menține minim 48 de ore.<sup>(5)</sup>

În România, unde mortalitatea maternă se menține încă ridicată în comparație cu țările din UE, moartea prin infecție puerperală reprezintă a 2-a, a 3-a cauză de moarte maternă.<sup>(5)</sup>

2. Boala tromboembolică în lehuzie (abordată în ghidul 04/2007 “Boala tromboembolică în sarcină și lehuzie”)
3. Situații particulare:
  - 3.1. Depresia postpartum - un sindrom depresiv (cu diferite grade de intensitate) manifestat prin apatie, astenie, anorexie, tristețe, insomnie, plâns facil, sentimente de vinovăție față de nou-născut. Există, de asemenea, tendința de agravare a unei suferințe psihiatrice preexistente.<sup>(2, 3)</sup>
  - 3.2. Hemoragiile uterine în lehuzie (hemoragiile tardive postpartum) pot avea drept cauză o involuție anormală a zonei de inserție a placentei, cu retenție de resturi placentare sau un polip placentar.<sup>(4)</sup>

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Lehuzia patologică”, este conceput pentru aplicare la nivel național.

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Lehuzia patologică”, 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.

Ghidurile clinice pentru obstetrică și ginecologie sunt mai rigide decât protocoalele clinice, ele fiind realizate de grupuri tehnice de elaborare cu respectarea nivelelor de dovezi științifice, de tărie a afirmațiilor, și a gradelor de recomandare.

Protocoalele permit un grad mai mare de flexibilitate.

## 2 SCOP

Prezentul ghid clinic se adresează atât medicilor de obstetrică și ginecologie cât și personalului din secțiile de obstetrică și ginecologie - asistente și moașe - care au un rol important în menținerea unei rate scăzute a infecțiilor puerperale, medicilor ATI, medicilor neonatologi, medicilor de familie, pentru un diagnostic și un tratament corect în cazul patologiei puerperale.

Prezentul hid 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
- scăderea indicelui de mortalitate maternă
- scăderea frecvenței infecțiilor puerperale la un nivel apropiat de standardele UE
- reducerea incidenței infecțiilor postoperatorii prin sublinierea unei profilaxii corecte a acestora
- reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare) - în special în privința tratamentelor antibiotice
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice prin integrarea în practica medicală a rezultatelor unor studii care să asigure un management modern al profilaxiei infecțiilor puerperale
- aplicarea evidențelor în practica medicală; diseminarea unor noutăți științifice
- stabilirea unor principii de tratament care să întrunească acordul obstetricienilor și medicilor ATI în cazurile de sepsis și șoc septic
- stabilirea unei atitudini corecte, atunci când medicul se confruntă cu febre persistente postpartum
- aducerea în discuție a rezultatelor unor studii în privința tratamentului

- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare)
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical
- asigurarea unui sprijin statistic deciziilor medicului/asistentei/moașei
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni
- ghidul protejează practicianul din punctul de vedere al malpraxisului
- ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici și de asistente
- ghidul permite structurarea documentației medicale
- ghidul permite oferirea unei baze de informație pentru analize și comparații
- armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivel local sau regional.

### **3 METODOLOGIE DE ELABORARE**

#### **3.1 Etapele procesului de elaborare**

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

A fost prezentat contextul general în care se desfășoară procesul de redactare a ghidurilor și implicarea diferitelor instituții. În cadrul întâlnirii s-a decis constituirea Grupului de de Coordonare a procesului de elaborare a ghidurilor. A fost de asemenea prezentată metodologia de lucru pentru redactarea ghidurilor, a fost prezentat un plan de lucru și au fost agreate responsabilitățile pentru fiecare instituție implicată. A fost aprobată lista de subiecte ale ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie și pentru fiecare ghid au fost aprobați coordonatorii Grupurilor 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. Pentru facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor a fost contractat un integrator. Toate persoanele implicate în redactarea sau evaluarea ghidurilor au semnat Declarații de Interese.

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

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

După verificarea ei din punctul de vedere al principiilor, structurii și formatului acceptat pentru ghiduri și formatarea ei a rezultat versiunea 2 a ghidului, care a fost trimisă pentru evaluare 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 Sinaia, 27-30 noiembrie 2008. 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). Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății Publice, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiul Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății Publice prin Ordinul 1524 din 4 decembrie 2009 și de Colegiul Medicilor prin documentul nr. 171 din 15 ianuarie 2009 și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România în data de 30 noiembrie 2008.

#### **3.2 Principii**

Ghidul clinic „Lehuzia patologică” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

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



### **3.3 Data reviziei**

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2011 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 Infecțiile vulvo-vagino-perineale

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să suspecteze o infecție vulvo-vagino-perineală la o lehză care acuză durere perineală, febră, simptomatologie urinară.	<b>C</b>
Argumentare	În caz de retenție purulentă (nedrenarea plăgii) bolnava prezintă frison și febră. <sup>(2)</sup> Datorită durerii perineale bolnava poate prezenta disurie. <sup>(2, 4)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să suspecteze o infecție a plăgii de perineotomie sau epiziotomie dacă plaga prezintă: <ul style="list-style-type: none"> <li>– margini edemațiate, roșii, indurate, foarte dureroase sau/și</li> <li>– dehiscenta plăgii sau/și</li> <li>– prezintă secreție seroasă, sanguinolentă sau purulentă</li> <li>– cu sau fără febră</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	Cea mai simplă formă de infecție locală este dezunirea plăgilor suturate. Marginile plăgii sunt edemațiate, roșii, indurate, foarte dureroase. La exprimarea plăgii se exteriorizează o secreție seroasă sau sanguinolentă sau purulentă. În caz de retenție purulentă (nedrenarea plăgii) bolnava prezintă frison și febră. <sup>(2)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze o fasceită necrozantă când la nivelul plăgii de perineotomie observă: <ul style="list-style-type: none"> <li>– eritem și edem dur cu progresie rapidă, flicte sau necroze evidente ale pielii</li> <li>– din plagă se exteriorizează lichid apos murdar sau fetid</li> <li>– leucocitoză importantă (peste 20.000/mm<sup>3</sup>)</li> <li>– semne de șoc în prezența unei celulite a plăgii</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	Fasceita necrozantă începe de obicei ca infecție, a unei plăgi, care se întinde rapid. Cazurile tipice prezintă eritem și edem dur cu progresie rapidă (se găsesc dincolo de granița normală într-o plagă infectată), ulterior apărând flicte sau necroze evidente ale pielii, leucocitoză importantă. Spontan, la deschiderea sau debridarea plăgii (sub anestezie generală) din plagă se exteriorizează lichid apos murdar uneori brun fetid. Orice pacientă care prezintă șoc septic în prezența unei celulite trebuie considerată ca având fasceită necrozantă. <sup>(2)</sup>	<b>IV</b>
<b>5.2 Infecțiile plăgilor după operație cezariană</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze o infecție a plăgii parietale, după operația cezariană, dacă sunt prezente următoarele semne și simptome în prezența unei involuții uterine normale și a unor lohii de aspect normal: <sup>(2)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>– febră</li> <li>– semne inflamatorii prezente la nivelul plăgii</li> <li>– la exprimarea plăgii postoperatorii - secreție sero-sanguinolentă/purulentă</li> </ul>	<b>B</b>
Argumentare	În absența unei etiologii uterine a febrei după operația cezariană, prezența semnelor menționate orientează diagnosticul spre infecția plăgii de cezariană. <sup>(2)</sup>	<b>III</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice când suspectează o infecție a plăgii postoperatorii: <ul style="list-style-type: none"> <li>– hemoleucogramă</li> <li>– cultură și antibiogramă din secreția plăgii</li> <li>– lohiocultură</li> <li>– examen ecografic</li> </ul>	<b>E</b>
Argumentare	Investigațiile orientează atitudinea terapeutică.	

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze o fasceită necrozantă când la nivelul plăgii de operație cezariană observă: <ul style="list-style-type: none"> <li>– eritem și edem dur cu progresie rapidă, flictene sau necroze evidente ale pielii</li> <li>– din plagă se exteriorizează lichid apos murdar sau fetid</li> <li>– leucocitoză importantă (peste 20.000/mm<sup>3</sup>)</li> <li>– semne de șoc în prezența unei celulite a plăgii postoperatorii</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	Fasceita necrozantă începe de obicei ca infecție a unei plăgi care se întinde rapid. Cazurile tipice prezintă eritem și edem dur cu progresie rapidă (se găsesc dincolo de granița normală într-o plagă infectată), ulterior apărând flictene sau necroze evidente ale pielii, leucocitoză importantă. Spontan sau la deschiderea sau debridarea plăgii (sub anestezie generală), din plagă se exteriorizează lichid apos murdar uneori brun fetid. Orice pacientă prezintă șoc septic în prezența unei celulite trebuie considerată ca având fasceită necrozantă. <sup>(2)</sup>	<b>IV</b>
<b>5.3 Infecțiile uterine</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze o infecție uterină la o lehoză care prezintă: <ul style="list-style-type: none"> <li>– febră, frison, puls accelerat (90-100-120 bpm)</li> <li>– dureri abdominale</li> <li>– uter subinvoluat sensibil/dureros la mobilizare, lohii modificate</li> </ul>	<b>B</b>
Argumentare	Semnele menționate sunt considerate sugestive pentru o infecție uterină în lehoză. <sup>(2)</sup>	<b>III</b>
<b>Standard</b>	În cazul în care se constată modificarea aspectului normal al lohiilor, medicul trebuie să indice recoltarea de lohii, pentru culturi pe mediu aerob și anaerob și să solicite antibiograma.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să recomande efectuarea unei hemoleucograme complete în toate cazurile de febră puerperală.	<b>E</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta în infecțiile uterine pentru efectuarea unei hemoculturi.	<b>C</b>
Argumentare	Hemocultura este pozitivă la pacientele cu infecție uterină în 5 - 24% din cazuri. <sup>(1, 9)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice un examen ecografic în evaluarea unei infecții uterine postpartum.	<b>C</b>
Argumentare	Examinarea ecografică poate pune în evidență un rest placentar fără a avea însă o sensibilitate deosebită. <sup>(13)</sup>	<b>IV</b>
<b>5.4 Infecțiile peri și parauterine</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze o anexită puerperală la o lehoză cu următorul tablou clinic: <ul style="list-style-type: none"> <li>– semne de infecție uterină</li> <li>– dureri în fosele iliace</li> <li>– masă anexială cu contur imprecis</li> <li>– parametre împăstate<sup>(2)</sup></li> </ul>	<b>E</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze un flegmon parametrial sau un abces pelvin dacă febra persistă peste 48 - 72 ore de terapie cu antibiotice i.v.	<b>C</b>
Argumentare	În caz de flegmon parametrial sau de abces pelvin, febra persistă peste 48 - 72 ore de terapie cu antibiotice i.v. și la examenul clinic se decelează o indurare a parametrului sau o masă latero-uterină greu delimitabila. <sup>(4, 10)</sup>	<b>IV</b>

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice hemoleucograma în toate cazurile de infecție peri/para uterină.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice efectuarea examenului ecografic în diagnosticul unei colecții pelvine.	<b>E</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate recomanda examenul CT sau RMN pentru a pune în evidență un flegmon sau un abces pelvin.	<b>C</b>
Argumentare	Explorarea imagistică CT sau RMN poate arăta cauza unei febre puerperale, în special după operația cezariană. <sup>(5, 6)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice cultură și antibiogramă din produsul recoltat dintr-un abces/flegmon pelvin.	<b>E</b>
Argumentare	Cultura și antibiograma sunt utile pentru indicarea unui tratament antibiotic cât mai țintit.	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze pelviperitonita la o lehoză cu următorul tablou clinic: <ul style="list-style-type: none"> <li>– durere vie, iradiată în pelvis</li> <li>– alterarea stării generale</li> <li>– TV: funduri de sac dureroase, uter dureros la mobilizare, mobilitate redusă a uterului, fluctuență a fundului de sac Douglas - în caz de abces pelvian<sup>(2)</sup></li> </ul>	<b>E</b>

### 5.5 Peritonita puerperală

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să suspecteze peritonita puerperală la pacientele cu: <ul style="list-style-type: none"> <li>– febră</li> <li>– durere abdominală</li> <li>– meteorism</li> <li>– apărare musculară</li> <li>– vărsături</li> <li>– tulburări de tranzit intestinal</li> <li>– semne concomitente de infecție uterină<sup>(2)</sup></li> </ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice hemoleucograma în toate cazurile de peritonită puerperală.	<b>E</b>
Argumentare	Hemoleucograma arată mai frecvent leucocitoză dar este de asemenea un marker al capacității de răspuns a organismului.	
<b>Opțiune</b>	Medicul poate recomanda examenul examen ecografic, examen radiografic abdominal "pe gol", CT, RMN dacă suspectează o peritonită puerperală.	<b>E</b>
Argumentare	Explorarea imagistică poate arăta cauza unei peritonite puerperale.	
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice cultură și antibiogramă din lichidul peritoneal recoltat în cazul unei intervenții chirurgicale pentru peritonită puerperală.	<b>E</b>
Argumentare	Cultura și antibiograma sunt utile pentru indicarea unui tratament antibiotic adecvat.	

### 5.6 Sepsisul și șocul septic în lehozie

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să suspecteze sepsisul în prezența următorului tablou clinic în postpartum: <ul style="list-style-type: none"> <li>– febră nesistematizată</li> <li>– frisoane</li> </ul>	<b>B</b>
-----------------	---	----------

Argumentare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alterarea stării generale</li> <li>- semnele implicării diferitelor aparate și sisteme în sindromul toxico-septic</li> </ul> <p>Generalizarea sanguină a infecției puerperale prezintă o variabilitate a perioadei de declanșare, de la mai puțin de 24 de ore până la 1-2 săptămâni postpartum și se manifestă prin febră nesistematizată ce poate fi însoțită de frisoane și de alterarea stării generale, eventual de semnele celorlalte organe afectate și urmează de obicei unei endometrite puerperale. <sup>(7)</sup></p>	<b>III</b>
<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să recomande la pacienta cu sepsis sau șoc septic în lehuzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemoleucogramă</li> <li>- hemocultură</li> <li>- lohiocultură</li> <li>- cultură și antibiogramă – de la nivelul abceselor, plăgilor infectate</li> </ul>	<b>E</b>
Argumentare	<p>HLG – poate arăta leucocitoză (cel mai frecvent) dar și leucopenie sau număr normal de leucocite; numărul de trombocite este util în aprecierea riscului de coagulare intravasculară diseminată și în evaluarea acesteia.</p> <p>Hemocultura – recoltată în frison – poate pune în evidență germenii cauzatori ai infecției.</p> <p>Lohiocultura – sursa sepsisului este de obicei o infecție uterină.</p> <p>Cultura și antibiograma pot ajuta la alegerea antibioticului adecvat.</p>	
<b>Recomandare</b>	<p>Se recomandă ca medicul să asigure explorarea sistemelor afectate la lehuzele în sepsis/șoc septic:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reno-urinar: debit urinar, uree, creatinină, examen sumar de urină, urocultură</li> <li>- pulmonar: Rgf pulmonară, gaze sanguine</li> <li>- cord: EKG</li> <li>- digestiv: transaminaze, bilirubină</li> <li>- ionogramă</li> <li>- glicemie</li> <li>- coagulostat (timp Quick, timp Howell, APTT, produși de degradare ai fibrinei) <sup>(7)</sup></li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	<p>Sepsis și șocul septic poate afecta toate organele și sistemele. <sup>(7)</sup></p>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	<p>Medicul poate să recomande împreună cu medicul ATI în completarea explorărilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecografie de cord</li> <li>- Cateterism pulmonar</li> </ul>	<b>E</b>
Argumentare	<p>Pentru evaluarea completă a sistemului cardiovascular în șoc poate fi necesară o echipă interdisciplinară – obstetrician – medic ATI – cardiolog.</p>	
<b>5.7 Infecțiile sânelui</b>		
<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să suspecteze o mastită acută în prezența următorului tablou clinic în postpartum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- frison</li> <li>- febră (peste 38°C)</li> <li>- tahicardie</li> </ul> <p>asociate cu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- durere locală</li> <li>- modificarea tegumentelor (eritematoase, infiltrate, împăstăte, cu ragade areolo-mamelonare)</li> <li>- cu sau fără adenopatie axilară</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	<p>Semnele menționate sunt considerate sugestive pentru o mastită acută. <sup>(3, 8)</sup></p>	<b>IV</b>

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice hemoleucograma completă atunci când suspectează o mastită acută la o lehoză.	<b>E</b>
Argumentare	Hemoleucograma arată cel mai adesea leucocitoză.	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice efectuarea examenului ecografic mamar la o pacientă cu mastită acută, dacă suspectează o evoluție nefavorabilă (abces).	<b>C</b>
Argumentare	Ecografia completează examenul clinic și poate fi utilă și în abordarea unui tratament conservator. <sup>(11, 14, 15)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze un abces mamar atunci când nu se remite febra după 48 -72 ore de terapie cu antibiotice sau se decelează o zonă de fluctuență la o lehoză cu mastită acută. <sup>(16)</sup>	<b>C</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta la o pacientă cu abces mamar, pentru: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultură și antibiogramă din secreția lactată</li> <li>- RMN, CT</li> </ul>	<b>E</b>
Argumentare	Cultura și antibiograma din secreția lactată - orientarea tratamentului antibiotic. RMN, CT - pot furniza informații importante, în special în abcesele cu localizare atipică.	
<b>5.8 Depresia postpartum</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să suspecteze depresia postpartum la o lăuză care prezintă astenie, anorexie, tristețe, insomnie, plâns facil, sentimente de vinovăție față de nou-născut.	<b>C</b>
Argumentare	Majoritatea lehzuzelor prezintă simptomele de mai sus pentru o perioadă mai scurtă sau mai lungă (în formele severe săptămâni - luni). O evaluare atentă permite un diagnostic precoce al formelor severe și o atitudine terapeutică corectă. <sup>(3, 12)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să solicite un consult psihiatric dacă pacientele prezintă un episod depresiv mai lung de 72 de ore, prezintă dezinteres față de copil, halucinații, comportament psihotic.	<b>C</b>
Argumentare	Majoritatea tulburărilor de acest tip sunt cauzate de o boală psihică preexistentă și necesită tratament psihiatric și psihoterapie. <sup>(3, 12)</sup>	<b>IV</b>
<b>5.9 Hemoragiile tardive postpartum (hemoragiile uterine în lehuzie)</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze existența unui rest placentar sau o dehiscentță a tranșei uterine, la o lăuză care pierde sânge pe cale vaginală, la peste 24 de ore de la naștere.	<b>C</b>
Argumentare	Un rest placentar este o cauză obișnuită de apariție a sângerării în lehuzie <sup>(16)</sup> . O sângerare pe cale vaginală la o lăuză după operație cezariană poate fi cauzată de o dehiscentță a tranșei uterine.	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să suspecteze existența unui polip placentar, la o lăuză care pierde sânge pe cale vaginală în lehuzia tardivă <sup>(16)</sup> .	<b>C</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice efectuarea unui examen ecografic în evaluarea unei sângerări uterine postpartum.	<b>C</b>
Argumentare	Examinarea ecografică poate pune în evidență un rest placentar sau un polip placentar fără a avea însă o sensibilitate deosebită. <sup>(13)</sup>	<b>IV</b>

## 6 CONDUITĂ

### 6.1 Prevenirea infecției puerperale

#### 6.1.1 Asepsia și antisepsia

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să respecte asepsia și antisepsia atât la nașterea prin operație cezariană cât și la nașterea pe cale vaginală.	<b>E</b>
Argumentare	Nerespectarea normelor de asepsie și antisepsie reprezintă una din cauzele cele mai importante de infecție puerperală.	

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să consilieze lehuza cu privire la igiena lactației.	<b>E</b>
Argumentare	Educația corectă a mamei privind igiena lactației scade riscul de infecție a sânelui.	

#### 6.1.2 Profilaxia cu antibiotice

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice utilizarea profilaxiei antibiotice preoperatorii la operația cezariană.	<b>A</b>
Argumentare	Profilaxia antibiotică preoperatorie a redus substanțial rata infecțiilor puerperale după operația cezariană (unele studii arată o reducere cu până la 70-80% a endometritei puerperale). S-au observat atât reducerea endometritei cât și a infecțiilor parietale, atât în cezarienele de urgență cât și în cele electivă. <sup>(1, 3, 12)</sup>	<b>Ib</b>

<b>Opțiune</b>	Medicul poate să folosească în profilaxia antibiotică următoarea schema terapeutică: 2 g beta-lactamină - cefalosporină/penicilină cu spectru larg În doză unică preoperator la toate pacientele: <sup>(2)</sup> – Ampicillinum 2 g i.v. – Cefazolinum 2 g i.v. sau – Cefuroxinum 1-2g i.v. – Cefotaxinum 1g i.v.	<b>C</b>
Argumentare	Ampicilinum și cefalosporinele de generația I sunt ideale pentru profilaxia antibiotică, putându-se folosi și cefalosporine de altă generație. <sup>(4, 35)</sup>	<b>IV</b>

<b>Opțiune</b>	La pacientele alergice la beta-lactamine medicul poate opta pentru: – Metronidazolum 500 mg i.v. sau – Clindamycinum (900 mg) cu sau fără Gentamicinum (1,5 mg/kgc) doză unică <sup>(16)</sup>	<b>C</b>
----------------	---	----------

#### 6.1.3 Aspecte de Tehnica chirurgicală

<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta pentru exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală pentru histerorafie, în timpul operației cezariene.	<b>C</b>
Argumentare	Histerorafia după exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală nu influențează frecvența endometritei puerperale. <sup>(2, 5)</sup>	<b>IV</b>

<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta pentru histerorafia într-un strat sau în două straturi.	<b>C</b>
Argumentare	Între histerorafia într-un strat și histerorafia în două straturi nu s-a constatat nicio deosebire în ceea ce privește frecvența infecțiilor puerperale. <sup>(5,6)</sup>	<b>IV</b>

### 6.2 Tratamentul curativ al infecțiilor vulvo-vagino-perineale

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să asigure scoaterea firelor, debridarea, toaleta locală cu	<b>E</b>
--------------------	---	----------

Argumentare	soluții antiseptice în infecțiile plăgii de epiziotomie, urmată de refacerea perineului când condițiile locale o permit. Asigurarea unei îngrijiri locale corecte este esențială pentru o evoluție favorabilă.	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice terapie cu antibiotice cu spectru larg.	<b>C</b>
Argumentare	Terapia cu antibiotice cu spectru larg s-a dovedit utilă în refacerea precoce a perineului, iar în unele forme nesupurative s-a dovedit suficientă. <sup>(2)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să efectueze refacerea perineului după dispariția semnelor de infecție.	<b>B</b>
Argumentare	Refacerea precoce are rezultate la fel de bune pe termen pe lung. <sup>(7,8,9)</sup>	<b>III</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca în fasceita necrozantă medicul să efectueze tratamentul chirurgical cât mai precoce sub:	<b>B</b>
	– protecție antibiotică iar în rupturile perineale de gradul 4 și	
	– pregătirea tubului digestiv	
Argumentare	Mortalitatea a fost mult mai mare în cazurile unde intervenția a întârziat mai mult de 48 de ore. <sup>(10,11)</sup>	<b>IIa</b>
<b>6.3 Tratamentul curativ al infecțiilor plăgilor parietale după operație cezariană</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să practice deschiderea plăgii parietale cu debridarea și asigurarea unui drenaj chirurgical corect sub protecția unui antibiotic cu spectru larg.	<b>E</b>
Argumentare	Asigurarea unei îngrijiri locale corecte este esențială pentru o evoluție favorabilă.	
<b>Recomandare</b>	În caz de fasceită necrozantă se recomandă medicului să practice tratamentul chirurgical.	<b>B</b>
Argumentare	Esențial în succesul tratamentului fasceitei necrozante este diagnosticul precoce, tratamentul chirurgical agresiv cu debridarea plăgii, terapia cu antibiotice și suportul terapiei intensive. <sup>(10,11)</sup>	<b>IIa</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta în cazul în care se suspectează sau se stabilește diagnosticul de fasceită necrozantă, pentru asocierea de Clindamycinum și beta-lactamine.	<b>C</b>
Argumentare	Un studiu retrospectiv pe 14 ani arată ca pacientele care au primit această combinație de antibiotice au avut o evoluție mai bună. <sup>(13)</sup>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta în caz de fasceită necrozantă pentru asocierea aminoglicozide-gentamicinum sau cefalosporine de generația III-a și metronidazolom. <sup>(14)</sup>	<b>C</b>
Argumentare	Combinația aminoglicozide-gentamicinum sau cefalosporine de generația III-a și metronidazolom poate fi recomandată în caz de fasceită necrozantă.	<b>IV</b>
<b>6.4 Tratamentul curativ al infecțiilor uterine</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice tratament antibiotic în toate cazurile suspectate sau confirmate de infecție uterină.	<b>C</b>
Argumentare	Ameliorarea apare în cazurile de infecție uterină la 48-72 ore după instituirea tratamentului antibiotic. <sup>(2)</sup>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate să indice în cazurile de infecții uterine:	<b>E</b>
	– Antiinflamatorii <sup>(30)</sup>	
	– Anticoagulante parenterale	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- antipiretice<sup>(30)</sup></li> <li>- efectuarea toaletei vulvo-vaginale<sup>(30)</sup>,</li> <li>- tratament de susținere (echilibrare hidro-electrolitică, nutrițională) acolo unde este cazul.<sup>(30)</sup></li> <li>- ocitocice<sup>(30)</sup></li> </ul>	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice una din următoarele scheme de tratament antibiotic în infecțiile uterine, până la obținerea antibiografei care permite tratamentul țintit etiologic: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ampicillinum + Gentamicinum</li> <li>- Clindamycinum + Gentamicinum</li> <li>- Clindamycinum + Gentamicinum + Ampicillinum</li> <li>- Clindamycinum + Aztreonamum</li> <li>- Penicilină cu spectru larg</li> <li>- Cefalosporine</li> <li>- Imipenemum + Cilastatinum</li> </ul>	<b>B</b>
Argumentare	90% din infecțiile uterine consecutive unei nașteri pe cale vaginală vor răspunde la Ampicillinum + Gentamicinum. <sup>(2)</sup> În infecțiile uterine după operație cezariană este necesară folosirea și a unui antibiotic cu acțiune pe anaerobi. <sup>(2)</sup> Regimurile ce includ un antibiotic cu acțiune pe anaerobi penicilinorezistenți sunt mai bune decât cele care nu includ un asemenea antibiotic. <sup>(19)</sup> S-a demonstrat că asocierea Clindamycinum + Gentamicinum, asigură cel mai mare procent de succese. Regimurile ce includ un antibiotic cu acțiune pe anaerobi penicilinorezistenți sunt mai bune decât cele care nu includ un asemenea antibiotic. <sup>(19)</sup>	<b>IIb</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate să indice întreaga doză de Gentamicinum într-o singură administrare pe zi.	<b>B</b>
Argumentare	Gentamicinum are aceeași eficiență într-o singură administrare pe zi. <sup>(17,18)</sup>	<b>III</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze controlul instrumental uterin pentru evacuarea de resturi membranare/placentare doar după dispariția febrei.	<b>C</b>
Argumentare	Golirea cavității uterine de resturi placentare și/sau membranare este indicată numai după ameliorarea fenomenelor inflamatorii, precedată de antibioterapie i.v. <sup>(30)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice profilaxia antibiotică sau continuarea tratamentului antibiotic deja indicat în cazul controlului instrumental uterin practicat în postpartum.	<b>E</b>
Argumentare	Controlul instrumental postpartum este o manevră invazivă la o lehză care prezintă infecție uterină și necesită protecție antibiotică.	
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze histerectomia în caz de abcese uterine, endometrițe parenchimotoase rebele la tratament, gangrenă uterină, infecție uterină cu dehiscenta tranșei de cezariană, într-o unitate de nivel II sau III.	<b>C</b>
Argumentare	Medicul trebuie să efectueze histerectomia în aceste situații întrucât tratamentul medical este considerat insuficient iar controlul instrumental poate complica boala. <sup>(2,30)</sup>	<b>IV</b>
<b>6.5 Tratamentul curativ al infecțiilor para și periuterine</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să instituie tratament antibiotic și heparinoterapie în toate cazurile de infecție peri/para uterină.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	În cazul unui abces pelvin, pe lângă terapia cu antibiotice, medicul trebuie să efectueze evacuarea abcesului prin:	<b>E</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- colpotomie</li> <li>sau</li> <li>- intervenție chirurgicală cu drenaj larg<sup>(2, 40)</sup></li> </ul>	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca în formele nesupurative de infecții para și periuterine, medicul să indice inițial un tratament conservator (antibiotic, AINS).	<b>B</b>
Argumentare	În majoritatea formelor nesupurative de infecții para și periuterine (de ex. forma edematoasă a flegmonului) tratamentul antibiotic, heparinoterapie, AINS, sunt suficiente pentru a îi asigura remisia. <sup>(30)</sup>	<b>III</b>
<b>Standard</b>	<p>Medicul trebuie să indice în pelvipertonite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tratament antibiotic</li> </ul> <p>și</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tratament de susținere și reechilibrare hidro-electrolitică</li> </ul> <p>iar în plus în formele abcedate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervenția chirurgicală cu drenaj larg<sup>(30)</sup></li> </ul>	<b>C</b>
<b>6.6 Tratamentul curativ al peritonitei puerperale</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să intervină chirurgical imediat ce peritonita a fost diagnosticată și să practice: <ul style="list-style-type: none"> <li>- extirparea sursei de infecție</li> <li>- aspirația/evacuarea lichidului peritoneal infectat;</li> <li>- drenaj al cavității abdominale.</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	Excluderea focarului infecțios este un principiu de bază al chirurgiei peritonitelor generalizate. Din lichidul aspirat se va efectua cultură și antibiogramă. <sup>(30)</sup>	<b>IV</b>
<b>6.7 Tratamentul curativ al sepsisul și șocului septic în lehuzie</b>		
<b>6.7.1 Suprimarea focarului septic</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să asigure suprimarea focarului septic.	<b>E</b>
Argumentare	Considerăm că suprimarea focarului septic va asigura o evoluție mai bună a pacienților prin excluderea sursei de septicemie.	
<b>6.7.2 Măsuri de terapie intensivă</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să colaboreze cu medicul ATI - în sepsisul sever, pentru instituirea măsurilor de terapie intensivă.	<b>E</b>
<b>6.7.3 Terapia cu antibiotice</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice tratamentul antibiotic conform antibiogramei sau cu spectru larg (până la obținerea antibiogramei).	<b>E</b>
<b>6.7.4 Tratamentul antiinflamator</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să nu instituie tratament antiinflamator în sepsis.	<b>A</b>
Argumentare	Nu a fost demonstrat nici un beneficiu al tratamentului antiinflamator în sepsis. <sup>(20,21,22)</sup>	<b>Ib</b>

	6.7.5 <u>Tratamentul anticoagulant</u>	
<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta pentru administrarea heparinoterapiei la pacientele cu tulburări de coagulare sepsis/șoc septic numai după consultarea cu medicul de terapie intensivă.	<b>E</b>
	<b>6.8 Infecțiile sânelui</b>	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice un antibiotic ce acționează pe stafilococ sau impus de antibiogramă.	<b>C</b>
Argumentare	Stafilococul este cel mai frecvent sursa infecției. <sup>(32)</sup>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta în infecțiile sânelui pentru: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Oxacilinum</li> <li>– Benzylpenicillinum</li> <li>– Erytromycinum</li> <li>– Cefalosporină</li> </ul> iar în caz de rezistență: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Vancomycinum</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	Oxacilinum, Benzylpenicillinum, Erytromycinum, cefalosporinele acționează eficient pe flora obișnuită întâlnită în infecțiile sânelui. În caz de rezistență se recomandă Vancomycinum. <sup>(28, 32)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să practice tratamentul chirurgical al abcesului mamar diagnosticat.	<b>C</b>
Argumentare	Tratamentul chirurgical (incizie în zona de maximă fluctuență, debridare, drenaj) este recomandat pentru o evoluție favorabilă. <sup>(23,32)</sup>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate opta în cazul abcesului mamar pentru puncție evacuatorie ghidată ecografic, sub anestezie locală.	<b>B</b>
Argumentare	Eficiența de 80-90 % îl recomandă în aceeași măsură ca tratamentul chirurgical. <sup>(24,25,26)</sup>	<b>III</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate să indice alăptarea la ambii sâni în formele nesupurative de mastită.	<b>B</b>
Argumentare	Antibioticoterapia precoce și continuarea alăptării este suficientă pentru prevenirea abceselor mamare. <sup>(31)</sup>	<b>III</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca în formele nesupurative de mastită acută, atunci când alăptarea este imposibilă la sânul afectat, medicul să indice alăptarea numai la sânul neafectat, iar sânul afectat să fie golit mecanic (mulgere, pompă).	<b>C</b>
Argumentare	Evacuarea sânelui este importantă pentru o evoluție favorabilă a mastitei. <sup>(23)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice ablactarea pacientelor cu abces mamar.	<b>E</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate să opteze în ablactarea pacientelor cu mastită acută sau abces mamar pentru: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bromcriptinum</li> <li>sau</li> <li>– Cabergolinum</li> </ul>	<b>E</b>
Argumentare	Bromcriptinum și Cabergolinum asigură în aceeași măsură întreruperea lactației, dar în intervale de timp diferite.	

**6.9 Depresia postpartum**

<b>Recomandare</b>	Se recomande ca în formele ușoare de depresie, medicul să asigure: <ul style="list-style-type: none"> <li>– educarea pacientei cu privire la îngrijirea copilului</li> <li>– solicitarea sprijinului familial</li> <li>– psihoterapie</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	Majoritatea pacientelor nu au nevoie de evaluare psihiatrică, ci doar de sprijin psihologic și de educație în privința îngrijirii copilului. <sup>(33,34)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca în depresiile medii și severe medicul obstetrician să indice efectuarea unui consult psihiatric.	<b>C</b>
Argumentare	O parte din depresiile medii și severe sunt secundare unei afecțiuni psihice preexistente, făcând necesară evaluarea și tratamentul psihiatric. <sup>(33,34)</sup>	<b>IV</b>

**6.10 Hemoragiile tardive postpartum (hemoragiile uterine în lehozie)**

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să indice tratament medical cu oxytocinum, methylergometrinum sau prostaglandine.	<b>C</b>
Argumentare	Tratamentul medical este eficient la o parte din cazuri. <sup>(23)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să nu indice administrarea de methylergometrinum la lăuzele care prezintă: <ul style="list-style-type: none"> <li>– hipertensiune indusă de sarcină</li> <li>– eclampsie</li> <li>– hipertensiune preexistentă sarcinii</li> <li>– angina pectorală</li> <li>– boli vasculare obliterante periferice</li> </ul>	<b>C</b>
Argumentare	Există riscul accidentelor vasculare hipertensive induse de methylergometrinum la pacientele cu hipertensiune indusă de sarcină, eclampsie sau boli cardiace sau hipertensiune preexistentă sarcinii. <sup>(36)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze controlul uterin instrumental dacă hemoragia este abundentă, tratamentul medical este ineficient sau dacă evaluarea clinică și ecografică arată prezența de resturi placentare sau polip placentar.	<b>C</b>
Argumentare	Controlul instrumental oprește o hemoragie abundentă și evacuează resturile placentare sau un polip placentar ce pot întreține sângerarea. <sup>(23)</sup>	<b>IV</b>

**7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE****7.1 Infecțiile vulvo-vagino-perineale**

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze evaluarea zilnică a plăgii de perineotomie/epiziotomie.	<b>E</b>
Argumentare	Monitorizarea evoluției plăgii are rolul de a sesiza o evoluție nefavorabilă.	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să indice efectuarea toaletei locale zilnice la lehuzele cu perineotomie/epiziotomie (minim de 2 ori pe zi și de câte ori este nevoie). <sup>(1)</sup>	<b>C</b>
Argumentare	Îngrijirea locală corectă este importantă pentru o evoluție favorabilă. <sup>(1)</sup>	<b>IV</b>

**7.2 Infecțiile plăgilor după operație cezariană**

<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să: <ul style="list-style-type: none"> <li>– efectueze evaluarea zilnică a plăgii parietale</li> </ul>	<b>E</b>
--------------------	---	----------

Argumentare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indice până la externare, efectuarea toaletei locale a plăgii</li> </ul> <p>Monitorizarea evoluției plăgii pentru a sesiza o evoluție nefavorabilă. Îngrijirea locală corectă este importantă pentru o evoluție favorabilă.</p>	
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să:	<b>E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indice monitorizarea pulsului și a curbei febrei a lăuzei</li> <li>- reevalueze oportunitatea administrării antibioticului după obținerea antibiogrammei</li> </ul>	
Argumentare	Pentru a asigura o terapie cu antibiotice corectă.	
<b>7.3 Infecțiile uterine</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să nu indice continuarea terapiei cu antibiotice pe cale orală după remiterea simptomelor și semnelor clinice prin terapia parenterală.	<b>A</b>
Argumentare	Absența complicațiilor la pacientele cu risc crescut la care nu s-a suplimentat tratamentul (cu antibiotice pe cale orală) după succesul terapiei cu antibiotice i.v. arată că utilizarea acestuia nu este necesară. <sup>(2)</sup>	<b>Ib</b>
<b>Recomandare</b>	În cazul persistenței febrei după 48-72 ore de terapie cu antibiotice, se recomandă ca medicul să suspecteze o complicație a infecției uterine.	<b>C</b>
Argumentare	În 90% din cazuri febra scade după 48-72 ore de terapie cu antibiotice. <sup>(1)</sup>	<b>IV</b>
<b>7.4 Infecțiile para și periuterine</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să indice asigurarea unei monitorizări corecte a curbelor biologice și a drenajului postoperator (în situațiile în care s-a intervenit chirurgical).	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să reevalueze oportunitatea antibioticului după obținerea antibiogrammei.	<b>E</b>
<b>7.5 Peritonita puerperală</b>		
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să asigure postoperator în colaborare cu medicul ATI, în peritonita puerperală:	<b>E</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- profilaxia și tratamentul ileusului postoperator</li> <li>- restaurarea echilibrului fluido-coagulant</li> <li>- menținerea aportului de oxigen</li> <li>- menținerea unei diureze convenabile</li> <li>- terapia cu antibiotice<sup>(3)</sup></li> </ul>	
<b>8 ASPECTE ADMINISTRATIVE</b>		
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul infecției puerperale să își redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să trateze cazurile de infecție puerperală gravă în spitale de nivel II sau III.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	În cazul șocului septic în lehoz, medicul trebuie să decidă conduita în colaborare cu medicul de anestezie terapie intensivă și echipă interdisciplinară.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să practice intervențiile chirurgicale la pacientele cu infecție puerperală numai cu avizul medicului șef de secție OG.	<b>E</b>

<b>Standard</b>	Toate infecțiile nosocomiale trebuie înregistrate pe formulare standard (existente în spitale) de către medic, și comunicate lunar către Autoritatea de Sănătate Publică de către personalul desemnat.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	În cazurile de endometrită post-partum, practicarea controlului instrumental uterin trebuie efectuată cu aprobarea șefului de secție.	<b>E</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca secțiile de obstetrică ginecologie să asigure accesul lehzurilor la un psihoterapeut pentru consilierea celor cu depresie post partum.	<b>E</b>

## 9 BIBLIOGRAFIE

### Introducere

1. Răcă N.: Lehuzia fiziologică: Tratat de obstetrică (sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu); Editura Academiei Române; 2000; 405:414
2. Tiu C.: Bolile neurologice și sarcina – Afecțiunile medicale asociate sarcinii Ediția a II-a sub redacția Radu Vlădăreanu, Editura Infomedica, 2003, 349:374
3. Farrington FP., Ward K.: Normal Labor, Delivery and Puerperium-Danforth's Obstetrics and Gynecology, 8<sup>th</sup> edition, Lippincot Williams and Wilkins, 1999, 91:109
4. Cunningham FG.: The Puerperium; Williams Obstetrics, 22<sup>nd</sup> edition, Mc Graw Hill, 2005; 695:710
5. Luca V.: Infecția puerperală: Tratat de obstetrică (sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu); Editura Academiei Române; 2000; 686:734

### Evaluare și diagnostic

1. Kankuri E., Kurki T., Carlson P., et al: Incidence, treatment and outcome of peripartum sepsis. Acta obstet Gynecol Scand 82:730, 2003
2. Luca V.: Infecția puerperală: Tratat de obstetrică (sub redacția prof.dr. Ioan Munteanu); Editura Academiei Române; 2000; 686:734
3. Farrington FP., Ward K.: Normal Labor, Delivery and Puerperium-Danforth's Obstetrics and Gynecology, 8<sup>th</sup> edition, Lippincot Williams and Wilkins, 1999, 91:109
4. Cunningham FG.: Puerperal Infection; Williams Obstetrics, 22<sup>nd</sup> edition, Mc Graw Hill, 2005; 711:724
5. Brown CEL., Dunn DH., Harrell R., Setiawan H., Cunningham FG.: Computed tomography for evaluation of puerperal infection. Surg Gynecol Obstet 172:2, 1991
6. Maldjian C., Adam R., Maldjian J., Smith R.: MRI appearance of the pelvis in the post cesarean-section patient. Magn Reson Imaging 17:223, 1999
7. Schenker JG: Șocul septic; Tratat de obstetrică (sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu); Editura Academiei Române; 2000; 735:766
8. Pricop F., Crauciuc E.: Infecțiile sânelui: Tratat de obstetrică (sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu); Editura Academiei Române; 2000; 767:782
9. Cunningham FG., Hauth JC., Strong JD., et al: Infectious morbidity following cesarean section: comparison of two regimens. Obstet Gynecol. 52:656, 1978
10. DePalma RT., Cunningham FG., Levono KJ., et al: Continuing investigation of women at high risk for infection following cesarean delivery; Obstet Gynecol 60:63; 1982
11. Crișan N.: Examenul ecografic al sânelor – Ecografie obstetricală și ginecologică, Ed. Știință și tehnică S.A. 1998; 152:160
12. Tiu C.: Bolile neurologice și sarcina – Afecțiunile medicale asociate sarcinii Ediția a II-a sub redacția Radu Vlădăreanu, Editura Infomedica, 2003, 349:374
13. Richenberg J., Coopenberg P.: Ultrasund of the Uterus – Ultrasonographz in Obstetrics and Gynecology, 4th ed., Saunders 2000, 814:846
14. Karstrup S., Solvin J., Nolsoe CP., Nilsson P., Khattar S., Loren I., Nilsson A., Court-Payen M.: Acute puerperal breast abscesses. US-guided drainage. Radiology 188:807, 1993
15. O'Hara RJ., Dexter SPL., Fox JN.: Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. Br J Surg 83:1413, 1996
16. Cunningham FG.:The Puerperium; Williams Obstetrics, 22<sup>nd</sup> edition, Mc Graw Hill, 2005; 695:710

### Conduită

1. Chelmov D., Ruehli MS., Huang E.: Prophylactic use of antibiotics for non laboring patients undergoing cesarean delivery with intact membranes: A meta-analysis Am J Obstet Gynecol 184:656, 2001
2. Cunningham FG.: Puerperal Infection; Williams Obstetrics, 22<sup>nd</sup> edition, Mc Graw Hill, 2005; 711:724
3. Smaill F., Hofmeyr GJ.: Antibiotic prophylaxis for cesarean section Cochrane Library, Chichester , Wiley Issue 1, 2003
4. Hopkis L., Smaill F.: Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section Cochrane Library, Chichester , Wiley Issue 1, 2003
5. Enkin MW., Wilkinson C.: Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at cesarean section. Cochrane Library, Chichester , Wiley Issue 1, 2002
6. Hauth JC., Owen J., Davis RO.: Transverse uterine incision closure: one versus two layers. Am J Obstet Gynecol, 167:1108, 1992

7. Hauth JC., Gilstrap LC. III, Ward SC., Hankins GDV.: Early repair of an external sphincter ani muscle and rectal mucosal dehiscence. *Obstet Gynecol* 67:806, 1986
8. Hankins GDV., Hauth JC., Gilstrap LC., Hammond TL., Yeomans ER., Snyder RR.: Early repair of episiotomy dehiscence. *Obstet Gynecol* 75:48, 1990
9. Ramin SM., Ramus R., Little B., Gilstrap LC.: Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol* 167:1104, 1992
10. Gallup DG., Meguiar RV.: Coping with necrotizing fasciitis. *Contemp Ob/Gyn* 49:38, 2004
11. Urschel JD.: Necrotizing soft tissue infections. *Postgrad Med J* 75:645, 1999
12. Andrews WW., Hauth JC., Cliver SP., et al: Randomized clinical trial of extended spectrum antibiotic prophylaxis with coverage for *Ureaplasma urealyticum* to reduce post cesarean delivery endometritis. *Obstet Gynecol* 101:1183, 2003
13. Zimelman J., Palmer A., Todd J.: Improved outcome of clindamycin compared with beta-lactam antibiotic treatment for invasive *Streptococcus pyogenes* infections. *Pediatr Infect Dis J* 18:1096, 1999
14. Caruntu AF.: Infecțiile bacteriene necrozante extensive ale țesuturilor moi, *Medicina modernă* I/6 1994, 335:336
15. American College of Obstetricians and Gynecologists: Prophylactic antibiotics in labor and delivery, *Practice Bulletin* No. 47, October 2003
16. Duff P.: *Puerperal Endometritis*; *Gabbe Obstetrics – Normal and Problem Pregnancies*, 4th ed.; Churchill Livingstone Inc. 2002; 1303:1305
17. Liu C., Abate B., Reyes M., Gonik B.: Single daily dosing of gentamicin: Pharmacokinetic comparison of two dosing methodologies for postpartum endometritis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 7:133, 1999
18. Livingston JC., Liata E., Rinehart E., et al: Gentamicin and clindamycin therapy in postpartum endometritis. The efficacy of daily dosing versus every dosing 8 hours. *Am J Obstet Gynecol* 188:149, 2003
19. French LM., Smaill FM.: Antibiotic regimens for endometritis after delivery *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4
20. Sam S., Corbridge TC., Mokhlesi B.: Cortisol levels and mortality in sepsis. *Clin Endocrinol (Oxf)* 60:29, 2004
21. Bernard GR., Wheeler AP., Russell JA., Schein R., Sumner WR., Steinberg KP., Fulkerson WJ., Wright PE., Christman BW., Dupont WD., Higgins SB., Swindell BB.: The effects of ibuprofen on the physiology and survival of patients with sepsis. *N Engl J Med* 336:912, 1997
22. Cronin L., Cook DJ., Carlet J., et al: Corticosteroid treatment for sepsis: a critical appraisal and meta-analysis of the literature. *Crit Care Med* 23:1430, 1995
23. Cunningham FG.: *The Puerperium*; *Williams Obstetrics*, 22<sup>nd</sup> edition, Mc Graw Hill, 2005; 695:710
24. Karstrup S., Solvin J., Nolsoe CP., Nilsson P., Khatrar S., Loren I., Nilsson A., Court-Payen M.: Acute puerperal breast abscesses. US-guided drainage. *Radiology* 188:807, 1993
25. O'Hara RJ., Dexter SPL., Fox JN.: Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. *Br J Surg* 83: 1413, 1996
26. Schwarz RJ., Shrestha R.: Needle aspiration of breast abscesses. *Am J Surg* 182:117, 2001
27. Corey JC., Klebanoff MA., Hauth JC., et al: Metronidazole 180p revent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis *N engl J Med*, 342:534, 2000
28. American College of Obstetricians and Gynecologists *Breast feeding: Maternal and infants aspects*, *Practice Bulletin* No. 258, July 2000
29. Schenker JG.: Șocul septic; *Tratat de obstetrică (sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu)*; Editura Academiei Române; 2000; 735:766
30. Luca V.: Infecția puerperală; *Tratat de obstetrică (sub redacția prof.dr. Ioan Munteanu)*; Editura Academiei Române; 2000; 686:734
31. Nyebil JR., Spence MR., Parmley TH.: Sporadic (nonepidemic) puerperal mastitis *J Reprod Med* 20:97, 1978
32. Pricop F., Crauciuc E.: Infecțiile sânelui; *Tratat de obstetrică (sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu)*; Editura Academiei Române; 2000; 767:782
33. Farrington FP., Ward K.: *Normal Labor, Delivery and Puerperium-Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 8<sup>th</sup> edition, Lippincot Williams and Wilkins, 1999, 91:109
34. Tiu C.: Bolile neurologice și sarcina – Afeecțiunile medicale asociate sarcinii, Ediția a II-a sub redacția Radu Vlădăreanu, Editura Infomedica, 2003, 349:374
35. Scott JR.: *Cesarean Delivery, Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 8<sup>th</sup> edition, Lippincot Williams and Wilkins, 1999, 457 – 470
36. Allan J. Jacobs "Causes and treatment of postpartum hemorrhage", 2006 UpToDate, pag. 1-13

#### Urmărire și monitorizare

1. Cunningham FG.: *Puerperal Infection*; *Williams Obstetrics*, 22<sup>nd</sup> edition, Mc Graw Hill, 2005; 711:724
2. Dinsmoor MJ., Newton ER., Gibbs RS.: A randomized, double-blind placebo-controlled trial of oral antibiotic therapy following intravenous antibiotic therapy for postpartum endometritis. *Obstet Gynecol* 77:60, 1991
3. Luca V.: Infecția puerperală; *Tratat de obstetrică (sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu)*; Editura Academiei Române; 2000; 686:734



## **ANEXE**

18.1. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

18.2. Medicamentele folosite în lehuzia patologică

**18.1 Grade de recomandare și nivele ale dovezilor****Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare**

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

**Tabel 2. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare**

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

**Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi**

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

**18.2 Medicamente utilizate în lehzuzia patologică**

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Cabergolinum</b>
Indicații	Prevenirea sau suprimarea lactației. tb de 500 mg
Doza pentru adulți	Prevenirea lactației: Doză unică (2 tablete în prima zi după naștere). Suprimarea lactației: 1/2 tabletă la fiecare 12 ore timp de 2 zile.
Contraindicații	Cabergolinum nu va fi administrat la persoane care au prezentat reacții neobișnuite sau alergice la cabergolinum sau orice alt derivat alcaloid de ergot. Este contraindicat la pacientele cu insuficiență hepatică și cu sarcină toxică. Nu se va administra cabergolinum în același timp cu medicamente antipsihotice sau la femei cu psihoză post-partum.
Interacțiuni	Există medicamente (ca antiemetice, antihipertensive, psihotrope și antibiotice macrolide, cum este eritromycinum) care pot afecta activitatea și tolerabilitatea cabergolinum-ului.
Sarcină	Categoria C – nu există studii pe animale sau subiecți umani care să arate efectele negative ale medicamentului. Deoarece medicamentul are un timp de înjumătățire lung, odată ce s-au obținut cicluri ovulatorii regulate, se recomandă ca pacientele ce doresc să rămână însărcinate, să întrerupă tratamentul cu o lună înainte de concepție pentru a preveni expunerea fetală la medicament.
Atenție	În caz de administrare accidentală a unei doze foarte mari, pot apărea reacții adverse intense cum ar fi: greața, voma, tulburări gastrice, hipotensiune sau confuzie, psihoză sau halucinații.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Bromocriptinum</b>
Indicații	Inhibiția lactației - prevenirea sau suprimarea lactației postpartum din motive medicale; prevenirea lactației postabortum; congestia sânilor postpartum; mastita post-partum incipientă. Cp de 2,5 mg
Doza pentru adulți	Inhibiția lactației: 2,5 mg de două ori pe zi la micul dejun și la cină, timp de 14 zile. Congestia sânilor post-partum: Doză unică de 2,5 mg; poate fi repetată după 6-12 ore fără riscul de a produce suprimarea nedorită a lactației. Mastită puerperală incipientă: Aceleași doze ca și pentru inhibarea lactației.
Contraindicații	Hipersensibilitate la bromocriptină sau la alți alcaloizi ai ergotului. Hipertensiune în timpul sarcinii sau perinatal Bromocriptinum nu trebuie administrat postpartum femeilor cu hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică sau cu manifestări și/sau antecedente de tulburare psihotică majoră.
Interacțiuni	Administrarea concomitentă de eritromycinum sau josamicinum poate crește concentrația plasmatică a bromocriptinei.
Sarcină	Categoria C – nu există studii pe animale sau subiecți umani care să arate efectele negative ale medicamentului.
Atenție	În cazuri rare (aproximativ o femeie din 100.000 tratate postpartum cu Bromocriptinum pentru prevenirea lactației) au fost descrise reacții adverse severe între care hipertensiune, infarct miocardic, convulsii, accidente vasculare cerebrale și tulburări psihotice. La unele paciente, criza convulsivă sau accidentul vascular cerebral au fost precedate de cefalee severă și/sau tulburări tranzitorii de vedere.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Benzylpenicillinum</b>
Indicații	Infecții cu coci gram-pozitivi și gram-negativi, bacili gram pozitivi, spirochete și leptospire
Doza pentru adulți	Injectabil intramuscular 1,2-2,4mil. UI/zi Perfuzie 6 mil. UI/6 ore (corioamniotită)
Contraindicații	Reacții alergice anterioare (urticarie, edem angioneurotic, inflamații articulare, șoc anafilactic)
Interacțiuni	Probenecidum-ul îi poate crește efectele
Sarcină	Categoria B– De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile Traversează cu ușurință bariera fetoplacentară
Atenție	Prudență în cazul disfuncțiilor renale Administrarea i.v. poate dezvolta tromboflebită

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Vancomycinum</b>
Indicații	Antibioticul de elecție pentru pacientele alergice la Benzylpenicillinum Endocardita streptococică Endocardita bacteriană stafilococică rezistentă la meticilinum Infecții cu gram-pozitivi rezistenți la betalactam
Doza pentru adulți	30mg/kg i.v./zi în 4 doze A nu se depăși 2g/zi decât dacă nivelul seric este monitorizat și doza este ajustată pentru atingerea nivelului maxim de 30-45mcg/ml după 1 oră de la terminarea perfuziei
Contraindicații	Hipersensibilitate dovedită
Interacțiuni	Eritem și reacții anafilactice pot apărea atunci când se administrează cu agenți anestezici Administrată simultan cu aminoglicozide, poate crește riscul de toxicitate renală
Sarcină	Categoria C - nu există studii pe animale sau subiecți umani care să arate efectele negative ale medicamentului.
Atenție	Precauție în disfuncțiile renale și neutropenie Hipotensiune la administrarea rapidă Doza trebuie administrată în decurs de 2 ore în pev.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Gentamicinum</b>
Indicații	Infecții grave cu germeni rezistenți la alte antibiotice (meningite, endocardite, urinare) produse în special de piocianic, stafilococ, proteus, E. coli
Doza pentru adulți	1,5mg/kg (calculat pe baza greutății ideale) i. v.
Contraindicații	Hipersensibilitate dovedită; insuficiența renală
Interacțiuni	Administrarea cu alte aminoglicozide, cefalosporine, peniciline, și amfotericinum B poate crește toxicitatea renală Aminoglicozidele măresc efectele agenților blocați muscular Co-administrarea cu diuretice poate crește ototoxicitatea aminoglicozidelor; pot apărea pierderi ireversibile ale auzului, de diverse grade (trebuie monitorizat regulat)
Sarcină	Categoria C – nu există studii pe animale sau subiecți umani care să arate efectul negativ al medicamentului
Atenție	Nu este indicată pentru terapie pe termen lung. Precauție în disfuncțiile renale, miastenia gravis, hipocalcemie și condiții care scad transmisia neuro-musculară. Nivelul maxim admis este de 10mcg/ml. Administrarea în doza unică zilnică nu este recomandată; dozele trebuie calculate pe baza greutății corporale ideale, nu pe baza greutății reale a pacienților obeze.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Ampicillinum</b>
Indicații	Infecții genito-urinare (infecții gonococice, endometrite) Preoperator în profilaxia infecției Endocardita bacteriană
Doza pentru adulți	2g i.v./zi (500mg/6 ore)
Contraindicații	Hipersensibilitate cunoscută
Interacțiuni	Poate diminua efectele contraceptivelor orale
Sarcină	Categoria B– De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Doza trebuie ajustată în cazul disfuncțiilor renale

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Cefazolinum – cefalosporina de generația I</b>
Indicații	Infecții obstetricale și ginecologice, gonoree, septicemie, profilaxia infecțiilor chirurgicale
Doza pentru adulți	2g i.v.
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată
Interacțiuni	Probenecidum-ul îi prelungeste efectele Co-administrarea cu aminoglicozide poate crește toxicitatea renală Poate produce rezultate pozitive false pentru testul glucozei urinare
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Doza trebuie ajustată în cazul insuficienței renale Pot apărea suprainfecții și rezistența bacteriană în cazul tratamentului prelungit sau repetat

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Cefuroxim – cefalosporina de generația a- II-a</b>
Indicații	Infecții obstetricale și ginecologice, gonoree, septicemie, profilaxia infecțiilor chirurgicale
Doza pentru adulți	0,75-1,5g i.m./i.v. la interval de 6-8 ore
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată la cefalosporine
Interacțiuni	Atenție în cazul asocierii cu antiacide, blocante H1, antibiotice bacteriostatice, antibiotice aminoglicozidice, diuretice cu acțiune intensă
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Co-administrarea de aminoglicozide sau diuretice poate crește toxicitatea renală

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Cefotaxim - cefalosporină de generația a- III-a</b>
Indicații	Infecții obstetricale și ginecologice, gonoree, septicemie, profilaxia infecțiilor chirurgicale
Doza pentru adulți	1-2g i.m./i.v. la interval de 8 ore
Contraindicații	Hipersensibilitate documentată la cefalosporine
Interacțiuni	Nu se va asocia cu alte medicamente nefrotoxice
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Precauție la pacientele cu hipersensibilitate la betalactamine, insuficiență renală, colită pseudomembranoasă.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Clindamicin</b>
Indicații	Inhibă majoritatea bacteriilor gram-pozitiv și bacteriile anaerobe Acțiune bactericidă pe tulpini de Bacteroides și alți germeni anaerobi Acțiune intensă pe stafilococi
Doza pentru adulți	600-900mg i.v. la 8 ore
Contraindicații	Hipersensibilitate cunoscută Colită ulceroasă Insuficiență hepatică
Interacțiuni	Precauție în cazul asocierii cu blocante neuromusculare (accentuează efectul) Poate determina colită pseudo-membranoasă
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Poate determina colită pseudo-membranoasă Poate determina selecția de colonii rezistente (Clostridium difficile) Se recomandă doze mai mici la pacientele cu disfuncție hepatică

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Metronidazol</b>
Indicații	Stări septice grave datorate anaerobilor, cu sau fără asocierea altor germeni (septicemii postabortum, abces cerebral, pneumonie necrozantă, osteomielită, abces pelvin, peritonită, infecții postintervenții chirurgicale etc.). Profilactic: în profilaxia preoperatorie la pacienții cu risc crescut de infecție cu germeni anaerobi.
Doza pentru adulți	500mg i.v. la 6 ore
Contraindicații	Hipersensibilitate dovedită
Interacțiuni	Consumul concomitent de alcool poate genera reacții tip disulfiram Poate accentua efectul anticoagulantelor, litiului, phenytoinum
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Prudență la pacientele cu insuficiență hepatică Poate determina convulsii, neuropatii periferice

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Erytromicin</b>
Indicații	Spectrul antimicrobian este asemănător celui al Benzylpenicillinum, cuprinzând și stafilococul secretor de penicilază.
Doza pentru adulți	Doza terapeutică uzuală este de 250 mg la 6 ore.
Contraindicații	Hipersensibilitate la Eritromicinum. Afecțiuni hepatice. Infecții cu germeni rezistenți la macrolide.
Interacțiuni	Se recomandă prudență sau se evită, după caz, administrarea concomitentă cu: terfenadină, probenecidum, lincomycinum și clindamicinum în infecții cu germeni rezistenți la eritromicinum, teofilinum, digoxinum, anticoagulante

	orale, dihidroergotamine, triazolamum și midazolamum, medicamente metabolizate de către sistemul citocrom P-450.
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Deoarece eritromicinum este excretată în principal la nivelul ficatului, se recomandă precauție în administrarea antibioticului la pacienții cu tulburări hepatice.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Oxacillinum</b>
Indicații	Infecții cu stafilococi penicilinorezistenți. Infecții mixte cu stafilococi rezistenți și cu alți germeni penicilinosensibili.
Doza pentru adulți	250 mg-500 mg la fiecare 4-6 ore
Contraindicații	La bolnavi cu antecedente de alergie la alte peniciline.
Interacțiuni	Cu antiacide per os și cărbune activat: scade absorbția digestivă, cu scăderea efectului antibioticului. Trebuie respectat un interval de minim 2 ore între priza celor două medicamente. Cu macrolide, cloramfenicolum, tetracyclinum, sulfamide antiinfecțioase: există un antagonism între acțiunea bacteriostatică a primelor, care oprește diviziunea bacteriană și cea bactericidă a oxacilinei, care acționează bactericid doar asupra germenilor în diviziune. Această asociere trebuie evitată.
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile Oxacilina traversează placenta și trece în laptele matern. Se va administra cu prudență și doar în caz de strictă necesitate la femeia însărcinată, deși studiile de reproducere la animale nu au demonstrat risc fetal sau teratogenic.
Atenție	Utilizarea prelungită a penicilinei, ca și a altor antibiotice, poate duce la dezvoltarea microorganismelor nesusceptibile, incluzând fungi, ceea ce necesită măsuri terapeutice imediate.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Aztreonamum</b>
Indicații	Infecții obstetricale și ginecologice, gonoree
Doza pentru adulți	0,5-2g i.v./i.m. la intervale de 8-12 ore, maxim 8g/24 ore.
Contraindicații	Hipersensibilitate dovedită
Interacțiuni	Nu sunt menționate
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Precauție la pacientele cu insuficiență renală

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Clorhexidinum</b>
Indicații	Soluție de detergent de culoare roșie, conținând 4% clorhexidinum gluconat preparat antimicrobian pentru dezinfectia pre-operatorie a mâinilor în serviciile de chirurgie, pentru spălarea mâinilor în cabinetele și oficiile medicale și pentru dezinfectia pre- și post-operatorie a tegumentelor pacienților în cazul intervențiilor chirurgicale.
Doza pentru adulți	25 ml (cantitatea medie)
Contraindicații	Antecedente reacții de hipersensibilitate la clorhexidinum
Interacțiuni	Nu sunt menționate.
Sarcină	Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile
Atenție	Indicat numai pentru uz extern. Se vor feri ochii. Dacă soluția de clorhexidinum vine în contact cu globul ocular, acesta trebuie spălat cu apă din abundență cât mai rapid.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Polyvidonum</b>
Indicații	Dezinfectia pielii și mucoaselor înainte de injecții, puncții, biopsii, transfuzii, perfuzii; dezinfectia preoperatorie a pielii și mucoaselor; tratamentul plăgilor aseptice; tratamentul infecțiilor cutanate bacteriene și fungice; dezinfectia preoperatorie corporală totală sau parțială (băi dezinfectante).
Doza pentru adulți	Soluția poate fi folosită ca atare, nediluată, sau în diluție 1/10 în funcție de aplicație; (în forma nediluată când se urmărește o aseptie perfectă, cu o expunere de 1-2 minute). Pentru tratamentul rănilor, arsurilor, infecțiilor cutanate și ale mucoaselor, în diluție 1/10; pentru băile preoperatorii în diluție 1/100 (expunere uniformă timp de cel puțin 2 minute, apoi spălare cu apă caldă).
Contraindicații	Sensibilitatea la iod; patologia tiroidiană, dermatită herpetiformă, înainte de

	tratamente cu iod radioactiv; insuficiența renală gravă; tratamentul copiilor prematuri și al nou născuților, gravidelor după a treia lună de sarcină și în timpul lactației (eventual numai după o evaluare medicală individuală și sub control continuu).
Interacțiuni	Este contraindicată folosirea concomitentă a dezinfectantelor pe bază de mercur.
Sarcină	Categoria <b>X</b> - contraindicat după a treia lună de sarcină și în timpul lactației (eventual numai după o evaluare medicală individuală și sub control continuu).
Atenție	Datorită anumitor cazuri de sensibilitate, se recomandă testarea produsului înainte.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Imipenem + cilastatinum</b>
Indicații	Activitatea împotriva unui spectru neobișnuit de larg de patogeni îl face deosebit de util în tratamentul infecțiilor polimicrobiene și mixte cu agenți aerobi/anaerobi, precum și în tratamentul inițial, înainte de identificarea agenților etiologici microbieni. Este indicat pentru tratamentul următoarelor infecții cauzate de microorganisme sensibile: infecții abdominale, infecții ale căilor respiratorii inferioare; infecții ginecologice, septicemii; infecții ale tractului genitourinar; infecții ale oaselor și articulațiilor; infecții ale pielii și țesuturilor moi; endocardite. Imipenem + cilastatinum este indicat pentru tratamentul infecțiilor mixte cauzate de tipuri sensibile de bacterii aerobe și anaerobe. Majoritatea acestor infecții sunt legate de contaminarea cu floră fecală, floră vaginală, floră cutanată sau floră bucală. Este de asemenea indicat pentru prevenirea anumitor infecții postoperatorii la pacienții supuși unor proceduri chirurgicale cu timp septic sau cu potențial de contaminare (septic) sau atunci când apariția unor infecții postoperatorii ar fi foarte gravă.  Cutii cu 5 flacoane, fiecare flacon conținând 500 mg imipenem și 500 mg cilastatin sodic.
Doza pentru adulți	Doza zilnică de trebuie stabilită pe baza tipului și/sau gravității infecției și se va administra în doze egale, luându-se în considerare gradul sensibilității germenului(ilor) patogen(i), funcția renală și greutatea corporală. Majoritatea infecțiilor răspund la o doză zilnică de 1-2 g, administrată i.v. divizat în 3-4 doze. Pentru tratamentul infecțiilor de gravitate medie se poate folosi de asemenea un regim de administrare de 1 g de două ori pe zi. În infecții datorate unor germeni mai puțin sensibili, doza zilnică poate fi crescută până la maximum 4 g/zi sau 50 mg/kg/zi, alegând valoarea mai mică. Fiecare doză mai mică sau egală cu 500 mg trebuie administrată în perfuzie intravenoasă cu durata de 20 până la 30 de minute. Fiecare doză mai mare de 500 mg trebuie administrată în perfuzie cu durata de 40 până la 60 de minute. La pacientele la care apare greață în timpul administrării, debitul perfuziei poate fi redus.
Contraindicații	Hipersensibilitate la oricare dintre componentele acestui produs.
Interacțiuni	La asocierea cu ganciclovirum au fost raportate crize de convulsii generalizate. Aceste medicamente nu vor fi administrate concomitent decât dacă beneficiile terapiei depășesc riscurile asocierii.
Sarcină	Categoria C - Utilizarea în sarcină: Nu există studii adecvate, bine controlate, despre utilizarea la femeile gravide. Imipenem + cilastatinum trebuie folosit în sarcină numai dacă beneficiile terapiei justifică riscul afectării potențiale a fătului. Mame care alăptează: imipenem a fost pus în evidență în laptele matern. Dacă utilizarea este considerată esențială, pacienta trebuie să întrerupă alăptarea.
Atenție	Există unele date clinice și de laborator care susțin o hipersensibilitate încrucișată parțială între imipenem + cilastatinum și alte antibiotice - lactamice: peniciline și cefalosporine. Pentru majoritatea antibioticelor - lactamice au fost raportate reacții severe (inclusiv șoc anafilactic). Dozele trebuie reajustate la pacientele cu insuficiență renală.

<b>Numele medicamentului</b>	<b>Oxytocinum</b>
Indicații	Produce contracții ritmice ale uterului gravid, cu efect progresiv pe măsură creșterii vârstei gestaționale și a apariției de receptori ocitocici la nivelul uterului. În doze mici determină creșterea frecvenței și intensității contracțiilor uterine; în doze mari determină contractura tetanică a uterului; vasopresor și antidiuretic. f de 2 ml/2 UI sau 1 ml/ 5 UI

Doza pentru adulți	Inițial p.e.v. 1-2 mUI/min, se crește cu 1-2 mUI/min la fiecare 30 min până la contractilitate uterină adecvată sau maxim 20 mUI/min (10 UI la 1000 ml soluție cristaloidă); administrare în travaliu doar în p.e.v.! 2 UI i.v. = doza administrată pentru dirijarea periodului III 2 UI i.v. = doza administrată profilactic pacientei cu antecedente de hemoragie în delivrență sau cu factori de risc pentru hemoragie în Periodul III sau IV sau HGP3 - 4, dacă se efectuează control uterin 2 UI i.v. = doza administrată în periodul IV 10 UI (5 f de 2 U.I. sau 2 f de 5 U.I.) în p.e.v. 1000 ml glucoză 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, prolabare de cordon, placenta praevia totală, vase praevia).
Interacțiuni	Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticilor.
Sarcină	Categoria <b>X</b> - 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.

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