

Delivrența

Daniela Stan¹,
Mihai Mitran²

1. moașă licențiată,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie
"Prof. Dr. Panait Sărbu"
București,
șef Comisie Națională
OAMGMAMR,
specialitatea moașe,
vicepreședinte OAMGMAMR -
filiala București
2. medic primar OG,
asistent universitar,
doctor în Științe Medicale,
Spitalul Clinic
de Obstetrică-Ginecologie
"Prof. Dr. Panait Sărbu"
București

Correspondență:
Daniela Stan
e-mail: daniela_stan07@
yahoo.com

Abstract

Immediately after the birth of the child, the third stage of the labor begins when the placenta is eliminated. The delivery or the placental expulsion consists in a sequence of phenomena, which results in the elimination of the placenta and membranes of the genital tracts. The placenta is usually expelled within 5-30 minutes of birth. The extension of this time would signalize a placental pathology and some possible complications. Although, in most cases, it's a common event, without any unwanted difficulties, sometimes complications arising in this phase are powerful. In conclusion, the third period of labor requires special attention and an active management must be applied.

Keywords: delivery, placenta, active management

Rezumat

Imediat după nașterea fătului, începe periodul III al nașterii, în care placenta este eliminată. Delivrența sau expulzia placentei, constă în succesiunea de fenomene care au ca rezultat eliminarea placentei și a membranelor, în afara cailor genitale. Delivrența durează, în mod normal, între 5 minute și 30 de minute. Prolungirea acestui timp trebuie să atragă atenția asupra unei patologii placentare și a unor eventuale complicații. Deși, în majoritatea cazurilor, este un fenomen lipsit de evenimente, uneori complicațiile apărute în această fază sunt redutabile. În concluzie, periodul III al nașterii necesită o atenție deosebită, iar managementul activ al delivrenței trebuie aplicat în locul expectativei.

Cuvinte-cheie: delivrență, placenta, management activ

Delivrența sau expulzia placentei constă în succesiunea de fenomene care au ca rezultat eliminarea placentei și a membranelor în afara căilor genitale. Este considerată perioada a III-a a nașterii.

Delivrența are două faze:

- **decolarea (dezlipirea)** placentei;
- **expulzia** placentei - migrarea acesteia în segmentul inferior și apoi în vagin, urmată de exteriorizare la nivelul vulvei.

Clasificare

După modul de efectuare:

- **delivrență spontană:** placenta și anexele fetale sunt expulzate în întregime sub simplul efect al contracțiilor uterine;
- **delivrență naturală:** placenta migrată în vagin este extrasă printr-o manevră simplă (compresiune transabdominală asupra corpului uterin sau tracțiune pe cordonul ombilical);
- **delivrență dirijată:** administrarea de substanțe ocitocice (scurtează perioada de delivrență și limitează pierderile de sânge);
- **delivrență artificială:** extracția manuală de placenta.

Managementul activ al delivrenței

1. Administrarea de uterotonice imediat după nașterea fătului

- clamparea și secționarea cordonului ombilical imediat după nașterea fătului, urmate de tracțiunea ușoară a cordonului ombilical (tracțiunea controlată);
- masajul abdominal al fundului uterin până acesta devine eficient contractat.

După nașterea fătului se palpează abdomenul pacientei pentru a se exclude prezența altui făt și se administrează oxitocin 10 U i.m. Se preferă oxitocin pentru

eficacitatea sa imediată la 2-3 minute de la injectare, are efecte adverse minime și poate fi folosit la toate pacientele. Dacă nu există oxitocin, se administrează ergometrin 0,2 mg i.m.

ATENȚIE! NU se va administra ergometrin la pacientele cu pre-eclampsie, eclampsie sau HTA, din cauza riscului de convulsii și accidente vasculare cerebrale.

2. Tracțiunea controlată a cordonului ombilical:

- se clampează cordonul ombilical cât mai aproape de perineu și se secționează;
- se menține o ușoară tensiune asupra cordonului și se așteaptă o contracție uterină;
- când uterul devine contractat și globulos, se trage ușor cu o mână de cordon, iar cu cealaltă mână plasată suprapubian se susține și se stabilizează uterul pentru a preveni inversiunea uterină;
- dacă placenta nu începe să se dezlipească în 30-40 de secunde în timpul tracțiunii controlate, NU se va continua procedura până la o nouă contracție uterină.

ATENȚIE! NICIODATĂ NU SE TRAGE de cordonul ombilical fără a se susține cu cealaltă mână (împinge în sens opus) suprapubian uterul.

După eliminarea placentei, se va face inspecția acesteia pentru identificarea eventualelor lipsuri placentare sau membranare.

Dacă se constată inversiunea uterină, uterul va fi re poziționat.

3. Masajul uterin:

- Imediat după delivrență se masează constant uterul până acesta devine eficient contractat.
- Masajul uterin se efectuează minimum 2 ore după naștere.
- Se verifică mereu tonicitatea uterului pentru a evita instalarea atoniei uterine.

Managementul complicațiilor periodului III al nașterii

A. Extragerea manuală a placentei

■ Se indică în cazul în care tracțiunea controlată a cordonului ombilical se dovedește ineficientă (placenta nu se desprinde după 30 de minute) sau apare PPH.

■ Se administrează petidin sau diazepam i.v. în perfuzie lentă pentru controlul durerii.

■ Se administrează profilactic o singură doză de antibiotic profilactic, ampicilină 2 gr. i.v.

■ Cu o mână se tracționează ușor cordonul ombilical, iar cealaltă mână se introduce în vagin și ulterior în cavitatea uterină.

■ Cu o mână se decolează placenta din patul său de inserție uterin, iar cu cealaltă se susține suprapubian uterul pentru a preveni inversiunea uterină.

■ Dacă placenta nu se decolează, se consideră posibilitatea existenței placentei accreta și se va lua în calcul laparotomia sau histerectomia.

■ După dezlipirea placentei, aceasta va fi extrasă menținând contra-presiunea pe fundul uterului.

■ Se va controla retenția unor eventuale resturi placentare sau membranare.

■ Se va administra oxitocin 20 U în 1 l de ser fiziologic timp de 60 de minute.

■ Se continuă masajul uterin.

B. Inversiunea uterină

■ În timpul manevrelor de extragere a placentei, în cazul când aceasta este aderentă de fundul uterin, poate apărea inversiunea uterină.

■ Repoziționarea uterului trebuie făcută cât mai rapid.

■ Se iau măsurile generale de combatere a șocului algic.

■ Se administrează antibiotic profilactic.

■ Sub anestezie generală, de preferat, se repoziționează fundul uterin prin împingerea acestuia cu o mână prin cervix (taxis). Dacă placenta nu a fost evacuată, se face extragerea manuală a acesteia după corectarea inversiunii uterului.

■ Dacă reducerea inversiunii nu se menține, se impune intervenție chirurgicală de urgență.

C. Retenția de resturi tisulare

■ Fragmentele tisulare restante se evacuează cu mâna - control manual, sau cu ajutorul unei curete boante BOOM - control instrumental.

Fragmentele tisulare foarte aderente sugerează placentă accreta. Efortul de extragere al lor poate duce la o masivă hemoragie și/sau perforație uterină. Dacă sângerarea continuă în condițiile unui uter ferm retractat, se consideră problema unei coagulopatii.

În perioada a III-a (delivrența) și a IV-a (post-partumul imediat) se urmăresc:

a) decolarea și coborârea placentei la orificiul vulvar:

■ descensul cordonului ombilical la nivelul introitului vulvar ca urmare a decolării și coborârii placentei;

■ manevra Küstner - la apăsarea suprapubiană, cordonul ombilical nu mai ascensionează odată cu uterul dacă placenta este decolată;

■ în mod normal, decolarea completă a placentei se produce în 10-20 min.;

b) sângerarea din cavitatea uterină;

c) starea mamei (puls, TA);

d) integritatea părților moi materne (vulvă, vagin, col).

În perioada a III-a a nașterii urmărim:

■ descensul cordonului ombilical la nivelul introitului vulvar;

■ sângerarea;

■ să intervenim prin extragerea manuală a placentei în caz de sângerare abundentă sau în cazul în care placenta nu s-a decolat în 30-45 min.;

■ să controlăm integritatea placentei după expulzie și să se efectueze controlul manual al cavității uterine cu extragerea resturilor de membrane și/sau cotiledoane în cazul în care placenta prezintă lipsuri de substanță;

■ să efectuăm controlul manual al cavității uterine și în caz de sângerare importantă post-partum, nașteri gemelare, nașteri premature, uter cicatriceal, naștere cu manevre obstetricale;

■ să constatăm și să suturăm toate soluțiile de continuitate de la nivelul filierei pelvi-genitale materne și să suturăm transa de epiziotomie sau perineotomie astfel:

✓ sutura transei vaginale cu fire separate resorbabile;

✓ sutura stratului muscular profund (ridicătorii anali) cu fire separate resorbabile;

✓ sutura stratului muscular superficial cu fire resorbabile subțiri;

✓ sutura tegumentelor cu fire resorbabile sau nere-sorbabile (nylon);

■ executăm toaleta regiunii vulvo-perineale;

■ executăm sondajul vezical și golirea vezicii urinare;

■ aplicăm pansament steril la nivelul plăgii perineale;

■ urmărim starea lăuzei în post-partumul imediat (primele două ore), puls, TA, sângerarea vaginală, ce trebuie să fie redusă și cu sânge roșu închis;

■ prezența "globului de siguranță" al lui Pinard și menținerea acestuia cu ajutorul masajului extern;

■ verificăm transa de epiziotomie și eventualele soluții de continuitate ale vaginului, pentru că la acest nivel se pot dezvolta hematoame.

Concluzii

■ Periodul III al nașterii necesită o atenție deosebită, nefiind lipsit de riscuri și complicații.

■ Rolul moașei a fost întotdeauna capital în ceea ce privește aspectele practice amintite anterior în delivrența normală. ■

Bibliografie

1. Nanu D., Marinescu B., Moga M. Obstetrică, Ed. Universitară "Carol Davila", 2005.
2. Vlădăreanu R. Obstetrică și ginecologie clinică pentru studenți și rezidenți. Ed. Universitară "Carol Davila", 2006.