Referinţă

la foaia de observaţie obstetricală Nr. 1981, a pacientei Berari Diana Ion, 37 ani, domiciliată în or. Chişinău, strada Drumul Viilor 43, bloc 1, ap.2.

Au fost prezentate spre examinare următoarele documente:
1. Fişa personală a gravidei (formular 111/e).
2. Fişa de observaţie obstetricală nr 1981.

In rezultatul examinării fişelor sus menţionate sa constatat că pacienta Berari Diana a fost internată pe 25.07. 2012 la ora 01.30 în Spitalul Medpark, secţia maternitate cu diagnosticul: Sarcină 40-41 săpt., S III, N II. AOC (1 a/m) Perioada de dilatare a colului uterin.

Conduita sarcinii: etapa primară.

Este prezentată fişa personală a gravidei (formular 111/e).

Conform fişei, pacienta a fost luată la evidenţa medicului ginecolog în termen de 12 saptămîni. La termenul de 7 - 8 săptămîni pacienta sa adresat în mod urgent la medicul ginecolog cu acuze la eliminări sanguinolente vaginale. A fost stabilit diagnosticul:

O209 - Hemoragia de debut a sarcinii - recomandat tratament de păstrare a sarcinii cu Duphaston 10 mg x 2 ori zi, cu dinamică pozitivă în urma tratamentului administrat.

Ulterior, sarcina a decurs fără careva particularităţi, monitorizată continuu conform unui plan individualizat, în cazul prezenţei unor factori agravanţi: vîrsta mamei mai mare de 35 ani (II, B). Au fost efectuate şi documentate 7 vizite antenatale. (Ghidul B Naţional de Perinatologie, ediţia a doua, pag 48 -49).

Concluzie: La etapa de asistenţă primară conduita sarcinii - conform prevederilor grupului de lucru menţionat în Ghidul A Naţional de Perinatologie, pag 46 – 47.

Conduita naşterii:

Gravida a fost spitalizată prin act de autoadresare în legătură cu debutul travaliului şi în conformitate cu diagnosticul: Sarcină 40 - 41 saptămîni. S III. Naştere II. AOC (1 a/m) Perioada de dilatare a colului uterin.

La momentul internării , ora 01.30 25.07.2013 pacienta acuza contracţii uterine regulate peste fiecare 5 minute cu durata 35 secunde; fiind examinată de către personalul medical de gardă a maternităţii (Ghidul A Naţional de Perinatologie, editia a doua, pag 82) care constată: Colul uterin permeabil pentru 4 cm. Punga amniotică intactă. Cardiomonitor fetal normal.?

La orele 02.30 25.07.2012 pacienta acuză la scurgerea lichidului amniotic, examinată imediat de către medicul de gardă (02.38) (Ghidul A Naţional de Perinatologie, ediţia a doua, pag 82; Ghidul C Naţional de Perinatologie, pag.109), care constată dilatare 7 - 8 cm, contracţii uterine fiecare peste 2 minute, BCF – 80 b/minut, prolabarea anselor cordonului ombilical. Pacienta repoziţionată cu bazinul ridicat, cordonul ombilical protejat de compresia căpşorului. A fost informată echipa de gardă, iar pacienta transferată în sala de operaţie cu mâna în vagin - protejînd cordonul ombilical de compresia căpşorului. (Ghidul C Naţional de Perinatologie, pag.110)

La orele 02.45 25.07.2013 pacienta este admisă în sala de operaţie (date obiectivizate în formularul de primire a pacientei în sala de operaţie)

La orele 03.02 a fost extras un făt viu, gen feminin cu scor Apgar 0/1/4/5 puncte, transferat în secţia de reanimare a nou născutului.

Concluzie: La etapa spitalicească conduita naşterii este în conformitate cu prevederile Ghidului C Naţional de Perinatologie, capitolul: Prolabarea anselor cordonului ombilical, pag 109 – 111.

Pentru pacriate

Prolabarea anselor cordonului ombilical se înregistrează în 1% din toate naşterile, pronosticul fetal este grav, mortalitatea ajungînd la 50 % (Gidul C Naţional de Perinatologie, pag.109). Asfixia rezultată în urma prolabării cordonului ombilical cauzată de compresia cordonului precum şi vasospasmul arterial şi venos conduce la dereglări grave hypoxic – ischemice la făt/nou-născut (encefalopatie şi paralizie cerebrală) (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Green-top Guideline No 50, april 2008).

In lipsa factorilor de risc (multiparitate, polyhidramnioză, poziţie transversală a fătului, prezentaţia pelvină, prematuritate, sarcina multiplă) complicaţia dată nu poate fi prevenită în travaliu.

Autori britanici susţin faptul că unele anomalii ale cordonului ombilical (nod veridic, insuficienţa jeleului Wharton), acidoza hipoxică fetală - pot altera turgiditatea cordonului şi facilita prolabarea lui (nivel de evidenta 2 ++, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Green-top Guideline No 50) – anomalii care nu pot fi diagnosticate antenatal sau în travaliu. Unele manipulaţii obstericale în travaliu (amniotomia, rotaţia externă a fătului) în 50 % cazuri pot facilita prolabarea anselor cordonului ombelical (Ghidul C Naţional de Perinatologie, pag 109),(nivel de evidenţă 3, RCOG, Green-top Guidelline No50).

Managmentul naşterii: In cazul suspectării prolabării anselor cordonului ombilical pînă dilatare completă – naşterea se va finisa prin operaţie cezariană în mod urgent (Ghidul C Naţional de Perinatologie, pag 110) – cea ce sa efectuat.

In studii randomizate efectuate despre interdependenţa rezultatelor neonatale şi intervalul de timp între decizie şi naşterea copilului sa stabilit o corelaţia slabă, intervalul de timp în mediu a constituit 30 minute (nivel de evidenţă 2 ++, RCOG, Green-top Guideline No50).

Aşa dar, conduita sarcinii a fost una corecta, la etapa primară nu au existat factori de risc care ar fi putut condiţiona prolabarea anselor cordonului ombilical în travaliu şi modifica conduita naşterii în favoarea operaţiei cezariene elective. In staţionar a fost respectată procedura de internare a gravidelor în maternitate (Ghidul A Naţional de Perinatologie, pag 82, perioada de dilatare).

La momentul ruperii pungii amniotice, pacienta imediat este examinată de către medicul de gardă care stabileşte diagnosticul şi conduita naşterii (Ghidul A Naţionatl de Perinatologie, pag 82; Ghidul C Naţional de Perinatologie, capitolul: Prolabarea anselor cordonului ombilical, pag 109).

Astfel, luând în consideraţie că din momentul depistării prolabării anselor cordonului ombilical (02.38) până în momentul admiterii în blocul de operaţie (02.45) au decurs 7 minute, ulterior perioada de timp decursă din momentul admiterii în sala de operaţie (02.49) şi extragerea fătului 03.02 nu a depăşit 13 minute (per total 24 minute), se impune concluzia despre extragerea oportună a fătului din uter. Depăşirea acestui interval de timp mai mult de 0,5 oră ar fi condus la decesu intranatal al fătului. Asfixia gravă a fătului a condus la dezvoltarea sechelelor postnatale hipoxico-ischemice.

De menţionat,că documentaţia medicală este îndeplinită suboptimal: au fost efectuate multiple corecţii în fişa pacientei – ceea ce este inadmisibil. Totodată a fost prezentată nota explicativă despre aceste corijări, luînd în consideraţie urgenţa majoră a cazului şi condiţiile în care a fost îndeplinită fişa.

Şef Catedră
Obstetrică Ginecologie FEMCMF
profesor universitar Olga Cernețchi