



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

# Îngrijiri postnatale pentru o experiență pozitivă în perioada de lăuzie

Protocol clinic standardizat

Chișinău, 2025

**Aprobat în ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății  
din 23.12.2024, proces-verbal nr. 4  
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 635 din 17.07.2025  
cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Îngrijiri postnatale pentru o  
experiență pozitivă în perioada de lăuzie”**

**CUPRINS**

ABREVIERILE UTILIZATE .....	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR .....	4
PREFAȚĂ .....	5
PARTEA INTRODUCȚIVĂ .....	5
A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic. ....	5
A.2 Utilizatorii.....	5
A.3 Scopul protocolului .....	6
A.4 Obiectivele protocolului .....	6
A.5 Elaborat: 2025.....	6
A.6 revizuire: 2030 .....	6
A.7 Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului: .....	6
A.8 Definițiile folosite în document .....	8
A.9 Informația epidemiologică.....	8
CAPITOLUL I. MODIFICĂRILE ORGANISMULUI MATERN ÎN LĂUZIE .....	10
CAPITOLUL II. CONDUITA ÎN PERIOADA DE LĂUZIE FIZIOLOGICĂ .....	11
2.1 Îngrijiri în perioada post-partum și recomandările standard.....	11
2.2 Externarea din Centrul perinatal .....	13
2.3 Semnele de alarmă privind starea mamei .....	13
2.4 Contracepția post-partum .....	14
2.5 Îngrijirea nou-născutului sănătos .....	14
CAPITOLUL III. ÎNGRIJIRI OFERITE LĂUZELOR ÎN SITUAȚII CLINICE SPECIFICE .....	16
3.1. Îngrijiri oferite lăuzelor după operația cezariană (OC).....	16
3.2. Îngrijiri oferite lăuzelor cu hemoragie post-partum (HPP) .....	17
3.3. Îngrijiri oferite lăuzelor cu stări hipertensive în sarcină .....	17
3.4. Îngrijiri oferite lăuzelor cu complicații ale tractului urinar .....	17
3.5. Îngrijiri oferite lăuzelor cu Hepatite virale.....	17
3.6. Îngrijiri oferite lăuzelor cu statut HIV .....	18
3.7. Alte stări patologice ale lăuziei .....	19
Îngrijiri oferite lăuzelor cu lactostază.....	19
Îngrijiri oferite lăuzelor cu modificări psiho-emoționale.....	19
Îngrijiri oferite lăuzelor cu stare de hipertermie.....	20
3.8. Afecțiunile septico-purulente în perioada post-partum.....	20
3.9. Îngrijiri acordate lăuzelor care au născut copii prematuri (inclusiv profund prematuri)/bolnavi/transferăți la un alt nivel de îngrijire/cu risc crescut de deces .....	21
ANEXA 1. GRADE DE RECOMANDARE ȘI NIVELE ALE DOVEZILOR .....	22
ANEXA 2. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT PENTRU EVALUAREA IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI CLINIC STANDARDIZAT „ÎNGRIJIRI POSTNATALE PENTRU O EXPERIENȚĂ POZITIVĂ ÎN PERIOADA DE LĂUZIE” .....	23
BIBLIOGRAFIE: .....	24

## ABREVIERILE UTILIZATE

<b>AL</b>	Amenoreea de lactație
<b>AMP</b>	Asistența medicală primară
<b>AMSA</b>	Asistența medicală specializată de ambulator
<b>AMS</b>	Asistența medicală spitalicească
<b>DIU-Cu</b>	Dispozitiv intrauterin cu cupru
<b>DIU-LNG</b>	Dispozitiv intrauterin cu levonorgestrel
<b>Hb</b>	Hemoglobina
<b>HPP</b>	Hemoragia post-partum
<b>Ht</b>	Hematocritul
<b>ITS</b>	Infecțiile cu transmitere sexuală
<b>MM</b>	Mortalitatea maternă
<b>MS</b>	Ministerul Sănătății
<b>OC</b>	Operația cezariană
<b>ODD</b>	Obiectivele de Dezvoltare Durabilă
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>PCN</b>	Protocolul Clinic Național
<b>PCS</b>	Protocolul Clinic Standardizat
<b>Ps</b>	Pulsul
<b>TA</b>	Tensiunea arterială
<b>TARV</b>	Terapia antiretrovirală
<b>USMF</b>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
<b>VSH</b>	Viteza de sedimentare a hematiilor
<b>AND-VHB</b>	test automatizat de diagnostic pentru virusul hepatitei B;
<b>HBs Ag</b>	antigenul de suprafață (s) al virusului hepatitei B
<b>DTF</b>	Tenofovir Disoproxil Fumarat
<b>FDA</b>	Administrația pentru Alimente și Medicamente
<b>HBV</b>	Virusul hepatitei B
<b>Ig HB</b>	Imunoglobulină specifică anti-hepatită B
<b>AN</b>	Analog Nucleozidic
<b>AND HBV</b>	ADN-ul virusului hepatitei B
<b>DAA<sub>s</sub></b>	antivirale cu acțiune directă
<b>VHC</b>	Virusul hepatitei C
<b>HIV</b>	Virusul imunodeficienței umane
<b>ARN HIV</b>	Material genetic HIV
<b>ARV</b>	Antiretroviral
<b>TARV</b>	Tratament antiretroviral

## SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- **Mentținerea stării de bine fizică și psiho-emoțională a lăuzei și a nou-născutului** prin:
  - monitorizarea stării mamei/a nou-născutului într-o instituție medicală cel puțin în primele 24 de ore după naștere;
  - asigurarea îngrijirilor postnatale (igienă, alimentație, încurajare a alăptării);
  - depistarea precoce și managementul posibilelor complicații;
  - externarea timpurie la domiciliu din Centrul perinatal cu recomandări adecvate, inclusiv programarea vizitelor în perioada post-partum (în primele 6 săptămâni după naștere, se recomandă cel puțin trei consulturi postnatale, care să asigure asistență clinică eficientă, informații la timp și suport psiho-emoțional oferit de personal medical calificat).
- **Consilierea nutrițională** (II-2A), inclusiv optimizarea masei corporale pentru femeile subponderale ( $IMC \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) și cele supraponderale ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) (II-B1).
- **Prevenirea anemiei la mamă și nou-născut** prin:
  - consilierea despre alimentația sănătoasă (II-A);
  - suplینirea cu preparate de fier, microelemente și vitamine în perioada postnatală (II-2A);
  - consilierea despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în iod (II-A).
- **Reducerea complicațiilor puerperal-septice** prin:
  - testarea la infecții cu transmitere sexuală (ITS), HIV (II-2A) și la vaginoza bacteriană (III-B);
  - efectuarea screening-ului ITS (II-2A),
  - stabilirea diagnosticului și efectuarea tratamentului ITS al partenerului (III-A)
  - analiza generală de urină și urocultură.
- Oferirea suportului pentru **a dezvolta și a utiliza abilitățile de alăptare și îngrijire a nou-născutului** (II-2A).
- **Prevenirea lipsei /înteruperii alăptării la scurt timp** prin aplicarea nou-născutului la sân în primele 30 minute după naștere (cu excepția indicațiilor medicale).
- **Prevenirea unei sarcini nedorite** prin informarea și consilierea în planificarea familiei (consiliere în contracepție) (III-B), inclusiv utilizarea prezervativului în caz de ITS la unul dintre parteneri (III-A).
- **Prevenirea traumatismului psiho-emoțional și a depresiei post-partum a mamei** prin:
  - evaluarea riscului și referirea pentru suport psiho-social și corecția psiho-terapeutică corespunzătoare la necesitate;
  - comunicarea respectuoasă/prietenoasă;
  - oferirea suportului emoțional (II-3A);
  - prezența persoanei de suport (II-2A), inclusiv în perioada crizelor/urgențelor de sănătate publică, dezastrelor sociale (III-B);
  - implicarea beneficiarelor în luarea deciziilor referitor la conduită.

## PREFATĂ

Acest Protocol clinic standardizat (PCS) este elaborat de către grupul de autori în baza Recomandărilor OMS privind îngrijirile postnatale pentru o experiență pozitivă în perioada de lăuzie.

Deoarece mortalitatea și morbiditatea maternă și neonatală sunt încă ridicate în perioada postnatală, măsurile de îmbunătățire a stării mamei și a susținerii îngrijirii nou-născuților în această fază sunt de o importanță majoră. Accesul la servicii postnatale de calitate este esențial inclusiv pentru realizarea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă legate de sănătatea sexuală și reproductivă, contribuind la bunăstarea pe termen lung a mamei și copilului.

Asistența post-partum are un rol crucial în reducerea deceselor materne, permițând prevenirea și tratamentul celor mai comune complicații prin măsuri accesibile și simple de aplicat. Studiile demonstrează că, rata mortalității materne scade atunci când comunitățile sunt informate cu privire la simptomele și semnele de urgență, iar serviciile de sănătate sunt accesibile și de calitate. O componentă esențială în buna organizare a serviciilor perinatale o constituie sistemul eficient de referire a pacienților cu complicații, cu transport dotat adecvat, către nivelurile superioare de îngrijire, asigurând intervenții rapide și specializate atunci când este necesar.

Modelul de îngrijire postnatală promovat de către OMS pune accent pe îngrijirea diadei mamă/nou-născut, subliniind importanța primelor două săptămâni post-partum. Această perioadă este vitală pentru consolidarea sănătății, detectarea timpurie a problemelor de sănătate și susținerea revenirii treptate la activitățile cotidiene, aspecte esențiale pentru bunăstarea mamei, cuplului și copilului.

PCS „Îngrijiri postnatale pentru o experiență pozitivă în perioada de lăuzie” urmărește îmbunătățirea calității îngrijirii de bază pentru mame, cupluri și nou-născuți, având ca scop final ameliorarea sănătății și oferirea unei „experiențe postnatale pozitive” atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Aceasta implică ca mamele, cuplurile, nou-născuții, părinții și îngrijitorii să beneficieze de informații și sprijin continuu din partea prestatorilor de servicii medicale dedicați, care respectă nevoile și contextul cultural al beneficiarilor, în cadrul unui sistem de sănătate funcțional.

Serviciile de îngrijire post-partum trebuie centrate pe nevoile speciale ale lăuzei și/sau nou-născutului, acoperind toate elementele esențiale pentru sănătatea mamei și a copilului, într-un mod integrat. O îngrijire profesională adecvată și identificarea precoce a problemelor pot reduce semnificativ incidența deceselor și nivelul de morbiditate în perioada postnatală.

## PARTEA INTRODUCATIVĂ

### A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic.

1. Nașterea 1 la termen. Perioada puerperală fiziologică a 3-a zi.
2. Nașterea 3 la termen. Duplex. Stare după operația cezariană electivă. Perioada post-partum a 2-a zi.

### A.2 Utilizatorii

- Prestatorii de servicii de AMS/Centrele Perinatale de nivelul I, II, III (medici obstetricieni-ginecologi, moașe și medici neonatologi);
  - Prestatorii de servicii de AMP (medici de familie, asistenți medicali de familie, asistenți comunitari, medici obstetricieni-ginecologi și medici pediatri);
  - Prestatorii de servicii de AMSA (medici obstetricieni-ginecologi, medici neonatologi și medici pediatri);
  - Consilierii în alăptare;
  - Instituțiile de învățământ medical (USMF „Nicolae Testemițanu”, CEMF „Raisa Pacalo”, colegiile de medicină și farmacie / cadre didactice, studenți, medici rezidenți);
- Notă:** Protocolul poate fi utilizat și de către alți specialiști, în funcție de situație.

### A.3 Scopul protocolului

Reglementarea măsurilor de prevenire și reducere a riscurilor materne și perinatale în perioada post-partum, precum și nivelului mortalității și morbidității materne și perinatale atât prin informarea și consilierea adecvată, cât și furnizarea de servicii de înaltă calificare în perioada lăuziei.

### A.4 Obiectivele protocolului

- Informarea prestatorilor de servicii medicale de nivel prespitalicesc și spitalicesc despre particularitățile evoluției perioadei post-partum;
- Profilaxia posibilelor complicații post-partum și prevenirea acestora prin evidențierea lauzelor cu factori de risc materni, fetal și/sau placentari;
- Ameliorarea indicatorilor perinatali prin prevenirea complicațiilor materne și /sau fetale;
- Îmbunătățirea calității managementului clinic și decizional în perioada post-partum;
- Sporirea aderenței mamelor la serviciile de asistentă postnatală;
- Ameliorarea rezultatelor de sănătate fizică, psiho-emoțională a femeilor în perioada de lăuzie.

### A.5 Elaborat: 2025

### A.6 revizuire: 2030

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

Prenumele, numele	Funcția
<i>Olga Cernețchi</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., șef, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Iurie Dondiuc</i>	dr. hab. șt. med., conf. univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Liudmila Stavinskaia</i>	dr. șt. med., asist.univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Uliana Tabuica</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Corina Iliadi-Tulbure</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Irina Sagaidac</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Zinaida Sârbu</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Angela Marian-Pavlenco</i>	dr. șt. med., conf. Univ., Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Virginia Șalaru</i>	dr. șt. med., conf. univ., Catedra Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Maria Cemortan</i>	dr. șt. med., asist. univ. Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### Recenzenți:

*Rodica Catrinici* – dr. șt. med, conf. univ., Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;

*Liliana Profire* – dr. șt. med, conf. univ., Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”.

**Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:**

<b>Structura/instituția</b>	<b>Prenume, nume</b>
Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<b>Olga Cernetchi</b> , dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Departament
Comisia științifico-metodică de profil Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”	<b>Valentin Friptu</b> , dr. hab. șt. med., prof. univ., vicepreședinte
Catedra de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<b>Ghenadie Curocichin</b> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<b>Bacinschi Nicolae</b> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Catedra de Medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<b>Anatolie Vișnevschi</b> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<b>Dragoș Guțu</b> , director general
Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în HIV/SIDA	<b>Iurie Climașevschi</b> , președinte
Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în dermatovenerologie	<b>Mircea Bețiu</b> , președinte
Comisia științifico-metodică de profil „Medicină comunitară”, USMF „Nicolae Testemițanu”	<b>Gheorghe Plăcintă</b> , președinte
Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în neonatologie	<b>Larisa Crivcianscaia</b> , președinte
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<b>Ion Dodon</b> , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	<b>Valentin Mustea</b> , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<b>Aurel Grosu</b> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

## A.8 Definițiile folosite în document

Lăuzia, cunoscută și sub denumirile de perioada post-partum, postnatală sau puerperală, este definită ca o etapă în care se produce involuția modificărilor generale și locale cauzate de sarcină, revenind, astfel, la starea morfofiziologică anterioară, cu excepția glandei mamare. Această perioadă durează aproximativ 6 săptămâni, respectiv 42 de zile.

Lăuzia se împarte în trei etape importante:

- A. Lăuzia imediată** – cuprinde primele 24 de ore după naștere și se caracterizează prin simptome precum astenie, oboseală, adinamie, transpirații, somnolență, bradicardie și hipertermie fiziologică. În această perioadă, riscul de complicații hemoragice este crescut.
- B. Lăuzia propriu-zisă (precoce)** – se desfășoară în intervalul primelor 2 până la 12 zile zile după naștere și se caracterizează prin fenomene involutive rapide ale uterului, care revine la statutul de organ pelvin, împreună cu epitelizarea patului placentar și modificarea caracterului lohiilor. Este esențial ca în această perioadă să se acorde o atenție deosebită prevenirii și evaluării complicațiilor septică și tromboembolice.
- C. Lăuzia tardivă** – cuprinde zilele 13 - 42 după naștere și se caracterizează prin modificări lente ale organismului matern, care revine la starea morfofuncțională pregestațională. În această perioadă, are loc refacerea endometriului, iar menstruația re apare la 6 - 8 săptămâni după naștere la femeile care nu alăptează.

## A.9 Informația epidemiologică

Perioada postnatală, care începe imediat după nașterea copilului și se desfășoară pe parcursul a șase săptămâni (42 de zile), reprezintă o etapă critică atât pentru femei, cât și pentru nou-născuți, parteneri, părinți, îngrijitori și familii. În acest interval, povara mortalității și a morbidității materne și neonatale rămâne inacceptabil de ridicată, iar oportunitățile de a îmbunătăți bunăstarea mamei și de a sprijini îngrijirea nou-născuților nu sunt exploatate la maximum.

În Republica Moldova 99,4% din toate nașterile au loc în Centrele Perinatale.

Mortalitatea maternă (MM) este unul dintre principalii indicatori ai sănătății reproductive, iar nivelul acestui indicator reflectă atât calitatea sistemului de ocrotire a sănătății, cât și gradul de orientare al acestuia către necesitățile mamei și copilului.

Prima încercare globală de reducere a deceselor materne de către comunitatea mondială a fost întreprinsă în cadrul Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului, fiind asigurată continuitatea prin Obiectivele de Dezvoltare Durabilă (ODD) (17 la număr), numite „Agenda 2030”, concepută pentru „Un viitor mai bun și mai durabil pentru toți”.

În cadrul ODD, Ținta 3.1, sarcina pentru fiecare țară, către anul 2030, este reducerea coeficientului mortalității materne cu 2/3 de la nivelul existent în anul 2010. Angajamentul Republicii Moldova în cadrul ODD, Obiectivul 3 „Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă”, Ținta 3.1, este de a reduce rata mortalității materne mai puțin de 13 la 100.000 de născuți-vii până în anul 2030.

După anul 2015, deja în cadrul realizării ODD, în RM s-a reușit stabilizarea coeficientului MM sub 20, fiind considerat un indicator bun de către specialiștii în domeniu.

În primii 5 ani (2016-2020) de derulare a inițiativei globale ONU „Agenda 2030” în RM au avut loc 175 088 de nașteri, s-au înregistrat 176 410 de copii născuți vii și au avut loc 28 de cazuri de decese materne.



## Numărul de nașteri și mortalitatea maternă în Republica Moldova, anii 2016- 2020

(cazuri absolute)

Indicatorii	2016	2017	2018	2019	2020	Total 2016 - 2020
<b>Nașteri</b>	39967	36775	34772	32591	30983	<b>175088</b>
<b>Născuții vii</b>	40263	37011	35027	32894	31215	<b>176410</b>
<b>Femei decedate</b>	7	6	5	5	5	<b>28</b>
<b>Mortalitatea maternal (la 100000 născuți vii)</b>	18,7	17,6	15,3	15,4	16,3	<b>15,8</b>

Astfel, coeficientul MM în acești 5 ani a constituit 15,8 la 100.000 născuți vii.

Analiza cazurilor de deces matern (28), înregistrată în perioadă anilor 2016-2020 a stabilit că:

- vârsta medie a femeilor decedate este de 27 + 1,2 ani;
- repartizarea după locul de trai (15 femei – 53% din localități rurale și 13 femei – 47% din localități urbane) denotă că, fenomenul observat în rm în anii precedenți, când decesele materne aveau loc preponderent în rândul femeilor din sate, nu se mai constată în ultima perioadă, iar diferența dintre numărul mamei decedate din localitățile rurale și urbane, în perioada 2016-2020 nu este considerabilă;
- din numărul total de femei decedate, 15 (53%) au murit pe parcursul sarcinii și 13 (47%) în perioada de lăuzie;
- din cauze obstetricale directe au murit 10 femei (36%) și 18 (64%) din cauze indirecte, extragenitale;
- în structura deceselor materne din cauze obstetricale directe (10 femei) predomină hemoragiile (4), urmate de preeclampsie/ eclampsie (3) și sepsisul obstetrical (3).

# CAPITOLUL I. MODIFICĂRILE ORGANISMULUI MATERN ÎN LĂUZIE

## Modificările fiziologice post-partum

În perioada de lăuzie se produce involuția modificărilor generale și locale cauzate de sarcină la nivelul mai multor organe și sisteme.

- **Organele genitale externe** – refacerea și cicatrizarea leziunilor traumatice din timpul nașterii.
- **Organele genitale interne** – imediat după naștere uterul poate fi situat la nivelul ombilicului, zilnic înălțimea fundului uterin (ÎFU) coboară cu 1,0-1,5 cm, fiind situat sub simfiza pubiană la a 7-a zi după naștere. Pentru o evaluare corectă, măsurarea înălțimii fundului uterin (ÎFU) trebuie realizată după golirea vezicii urinare, întrucât o vezică plină poate crea impresia unei subinvoluții false. Subinvoluția uterină poate apărea în mod fiziologic în situații precum nașterea unui făt macrosom, sarcina multiplă sau după o operație cezariană (OC). *Orificiul intern* al colului uterin se închide în aproximativ 5-6 zile, iar *orificiul extern* se reface complet după 10 zile. În primele 7-10 zile post-partum, *canalul cervical* rămâne permeabil până la 1 cm, însă după 14 zile acesta devine practic închis.
- **Sistemul cardiovascular** – pulsul (Ps) și tensiunea arterială (TA) revin la valorile normale în primele 2-3 zile.
- **Sistemul digestiv** – apetitul este satisfăcător, iar senzația de sete poate fi crescută. *Constipația* poate avea o durată diferită și va depinde de modul de alimentare a femeii. Din acest considerent se recomandă de folosit lichide, fructe, legume, pâine din făină integrală și cereale. *Hemoroizii* din timpul gravidității ar putea persista o perioadă. De obicei, constipația și hemoroizii diminuează treptat în prima săptămână.
- **Sistemul urinar** – în primele zile se manifestă urinarea frecventă și poliuria, care se ameliorează în decurs de 4 săptămâni. *Disconfortul în timpul urinării*, de obicei, are loc timp de câteva zile după naștere.
- **Sistemul hematic** – nivelul de hemoglobină (Hb) și hematocritul (Ht) scad, leucocitoza din sarcină se poate menține sau majora. Fibrinogenul și viteza de sedimentare a hematiilor (VSH-ul) sunt ușor crescute.
- **Sistemul nervos central** – persistă o labilitate psiho-emoțională ușoară, cu risc crescut de depresie post-partum.
- **Temperatura** - se menține  $< 37^{\circ}\text{C}$ . O manifestare fiziologică este *frisonul* în lăuzia imediată, ca și subfebrilitatea din prima zi după OC, care poate fi până la  $38^{\circ}\text{C}$ , durează sub 24 ore și dispare spontan. Prezența febrei se atestă și în zilele a 3-4-a după naștere și coincide cu instalarea procesului de lactație (furia laptelui). Febra  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , care persistă mai mult de 24 de ore, impune suspiciunea unui proces inflamator-infecțios și necesită identificarea cauzei.
- **Lohiile** – au o evoluție specifică în perioada post-partum. În primele 1-3 zile, lohiile sunt de tip sangvinolent (lohia sangvinolentă), apoi devin sero-sangvinolente (în zilele 4-5), seroase (în zilele 6-10), gălbui (între zilele 10-21) și alb-lăptoase (în zilele 22-42). În mod normal, lohiile au un miros specific. În cazul apariției unui miros fetid, se suspectează o infecție. Cantitatea inițială depășește 50 ml pe zi, reducându-se treptat la aproximativ 10-15 ml pe zi. Uneori, între zilele 20-25 de lăuzie poate apărea o mică hemoragie de scurtă durată („mica menstruație”), care durează 1-3 zile. În această perioadă se recomandă o igienă minuțioasă, utilizând apă fiartă și răcită și săpun, precum și absorbante igienice.

### 1.2 Semnele perioadei post-partum cu evoluție fiziologică includ:

- starea satisfăcătoare a mamei;
- culoarea roz-pală a tegumentelor;
- hemoragia în naștere de sub 500 ml;
- pulsul, tensiunea arterială și temperatura corpului în limitele normei;
- uterul contractat satisfăcător;
- absența semnelor patologice (durere, dereglări de micțiune, angorjarea glandelor mamare, edem în regiunea perineului etc.);
- instalarea procesului fiziologic de alăptare.

## CAPITOLUL II. CONDUITA ÎN PERIOADA DE LĂUZIE FIZIOLOGICĂ

### 2.1 Îngrijiri în perioada post-partum și recomandările standard

#### ➤ *Primele 2 ore după naștere:*

Mama va fi plasată împreună cu nou-născutul în aceeași odaie (sală de naștere sau secție obstetricală) în absența necesității de îngrijire specifică pentru nou-născut. În prima oră după naștere, mama va fi supravegheată la fiecare 15 minute, monitorizându-se pulsul, tensiunea arterială și volumul eliminărilor din căile genitale, va fi efectuată palpația uterului, cu notarea datelor în fișa medicală. În a doua oră post-partum, supravegherea va continua la fiecare 30 de minute. Este recomandată eliberarea vezicii urinare. Micțiunea va trebui documentată în termen de 6 ore.

#### ➤ *2 - 6 ore după naștere:*

Mama și nou-născutul vor fi transferați în salonul mamă-copil pe toată durata spitalizării, inclusiv în timpul nopților, având grijă că temperatura din cameră să nu scadă sub 25°C. Această măsură contribuie la diminuarea riscului de infecții la nou-născuți și îmbunătățește succesul alăptării.

La transferul din sala de naștere, se va evalua starea generală a mamei și a nou-născutului, incluzând monitorizarea:

- pulsului,
- tensiunii arteriale și
- a volumului eliminărilor sangvinolente.

Mama și/sau persoana de suport vor fi informate despre alimentația adecvată, consumul de lichide, igiena zilnică, regimul de odihnă, precum și despre îngrijirea nou-născutului. De asemenea, li se va recomanda să solicite imediat ajutor în caz de apariție a durerii, hemoragiei, vertijului, cefaleei sau dereglărilor de vedere.

**NB! Starea generală a femeii, pulsul, tensiunea arterială și volumul eliminărilor din căile genitale vor fi evaluate la fiecare oră!**

#### ➤ *6 - 24 ore după naștere:*

Mama va fi supravegheată fiecare 3-6 ore, fiind apreciată starea generală, Ps, TA, volumul eliminărilor din căile genitale.

În caz de incompatibilitate după factorul Rh, va fi administrată imunoglobulina anti-D Rh în primele 24-72 ore după naștere.

În caz de risc trombotic va fi inițiată profilaxia tromboemboliei venoase conform **PCN „Tromboprofilaxia în timpul sarcinii, nașterii și în perioada de lăuzie”**.

În primele **1-7 zile după naștere**, vor fi evaluate zilnic:

- înălțimea fundului uterului (ÎFU) și sensibilitatea acestuia,
- volumul și calitatea lohiilor,
- starea cicatricei perineale sau după operația cezariană,
- funcția vezicii urinare și a intestinului,
- precum și starea generală a mamei, inclusiv pulsul, tensiunea arterială și temperatura.

Durata spitalizării post-partum variază în funcție de starea mamei și a nou-născutului, fiind practică externarea timpurie la domiciliu, de obicei în zilele a 2-3-a de viață ale copilului (I,A). Formularul de externare din Centrul Perinatal este **Carnetul Medical Perinatal**, în care se va detalia starea mamei, incluzând parametrii vitali (puls, tensiune arterială, temperatură), ÎFU și sensibilitatea acestuia, volumul și calitatea eliminărilor din căile genitale, precum și starea cicatricei perineale sau post-operatorie în cazul nașterii prin cezariană.

Lăuza va primi consiliere referitor la alimentația din perioada de lactație, igiena personală și recunoașterea semnelor de urgență, care pot apărea în perioada post-partum, fiind încurajată să solicite imediat ajutorul prin intermediul Serviciului 112 pentru asistență calificată. Vor fi oferite recomandări privind alimentarea și îngrijirea nou-născutului, precum și informații despre semnele de pericol la nou-născut, subliniind importanța adresării după ajutor în caz de necesitate. În cazul apariției complicațiilor în perioada de lăuzie spitalizarea va fi prelungită, fiind asigurat un management spitalicesc individualizat.

**Prima vizită la domiciliu** va fi în primele 3 zile după externare din Centrul Perinatal, apoi la a 14-a zi de la naștere, iar la o lună după naștere lăuza va vizita medicul de familie.

**Ulterior vizitele** la medicul de familie vor fi o dată pe lună. Consultul postnatal de rutină presupune aprecierea stării generale materne la 6-8 săptămâni după naștere. Consultul postnatal poate fi efectuat de către medicul obstetrician-ginecolog, medicul de familie, moașă sau asistentul medical de familie. Este importantă respectarea unui program în evaluarea post-partum a stării lăuzei și a nou-născutului, cu toate acestea programul este flexibil, fiind posibilă adresarea către instituțiile medicale și obținerea serviciilor medicale de calitate, la necesitate, în funcție de nevoile mamei și /sau ale copilului.

**Igiena post-partum** prevede igiena mâinilor, glandelor mamare și a perineului. Scutecele vor fi schimbate la fiecare 4-6 ore, la necesitate și mai frecvent.

**Toaleta vulvo-perineală** se va efectua zilnic. Perineul și vulva vor fi examinate regulat; plaga se prelucrează zilnic, iar suturile se extrag după indicații. Pentru ameliorarea durerii acute cauzate de leziunea perineală, în funcție de preferințele femeii și de opțiunile disponibile, se aplica local gheață (pungi, pachete etc) și/sau se administrează Paracetamol 500 mg – până la 4 ori pe zi sau alte antiinflamatoare nesteroidiene.

**Antibioprofilaxia nu se recomandă** pentru prevenirea infecțiilor puerperal-septice, în special după nașterea vaginală necomplicată.

**Mobilizarea precoce**, în lipsa contraindicațiilor, va fi recomandă în primele 12 ore după naștere. Lăuza va coborî din pat în prima zi, uneori chiar în sala de naștere. Activitatea fizică regulată va fi păstrată pe tot parcursul perioadei postnatale.

**Alimentația în perioada post-partum.** Femeile care alăptează au nevoie de un surplus de energie de circa 10-20% comparativ de acele care nu alăptează, inclusiv în funcție de activitatea fizică ce o efectuează. Este importantă asigurarea zilnică a necesităților nutriționale atât pentru menținerea lactației, cât și pentru efortul fizic efectuat. Se va recomanda utilizarea produselor proaspete, carne, pește, legume, terciuri, lactate etc. Se interzice consumul de alcool deoarece acesta pătrunde în lapte. Fumatul diminuează producerea laptelui și conținutul de vitamina C în lapte. Se recomandă de a evita cafeaua, ceaiurile și băuturile carbogazoase, deoarece cauzează o excitabilitate crescută și un somn superficial la copil. Suplimentarea medicamentoasă cu preparate de fier, administrată fie singur, fie împreună cu Acidul folic, se recomandă postnatal pentru o perioadă de 6-12 săptămâni. Aceasta are rolul de a reduce riscul de anemie sau de a trata anemia deja existentă.

**Ciclul menstrual.** Menstruația poate reveni în jurul celei de-a patra săptămâni după naștere. În cazul femeilor care alăptează poate întârzia apariția menstruației.

**Activitatea sexuală** poate reîncepe după cicatrizarea leziunilor perineale, vaginale, ale colului uterin, de obicei, peste aproximativ 2 luni. În lipsa lacerățiilor obstetricale și după OC, se recomandă reînceperea actului sexual nu mai devreme de o lună. Lăuzele pot avea o dorință sexuală scăzută, cauzată de modificările psiho-emoționale post-partum, disconfortul fizic și/sau grija continuă pentru nou-născut. Cu timpul, aceste dificultăți se diminuează, iar situația revine treptat la normal, similară cu perioada anterioară sarcinii.

**Consilierea psihologică** și intervenția specializată la necesitate, sunt recomandate pentru a preveni depresia și anxietatea post-partum.

Oportunitatea pentru **imunizare** nu trebuie neglijată (I, A).

### **Evaluarea ecografică în perioada post-partum**

Cele mai recente recomandări ale OMS privind îngrijirea postnatală sunt orientate pe asigurarea îngrijirii de calitate atât pentru mame, cât și pentru nou-născuți, care presupun utilizarea minimă a intervențiilor suplimentare. Ecografia **nu este recomandată** în mod obișnuit ca parte standard a îngrijirii materne postnatale pentru o experiență pozitivă după naștere. Aspectele obligatorii în această perioadă fiind monitorizarea sănătății fizice și psiho-emoționale a mamei după naștere, inclusiv oferirea de sprijin pentru alăptare, îngrijirea nou-născutului și recuperarea după naștere.

Totuși, în anumite situații, ecografia poate fi recomandată ca parte a îngrijirii postnatale, inclusiv pentru:

- **Evaluarea complicațiilor post-partum:** sângerare excesivă, anomalii de dezvoltare ale uterului, resturi de cheaguri și/sau fragmente ale complexului placentar etc.
- **Evaluarea organelor bazinului mic după o intervenție chirurgicală complicată:** OC cu histerectomie, probleme de asigurare a hemostazei, identificare a anumitor particularități intraoperatorii ce ar necesita monitorizare minuțioasă.
- **Evaluarea stării organelor reproductive:** suspectare a unor anomalii de dezvoltare ale uterului, durere pelvină post-partum.
- **Evaluarea stării glandelor mamare,** în special dacă lăuza prezintă simptome precum durere locală, prezența unor noduli sau probleme de alăptare.

Necesitatea utilizării ecografiei, ca parte a îngrijirii postnatale, depinde de circumstanțele individuale și preocupările sau complicațiile specifice care pot apărea, fiind necesară evaluarea nevoilor lăuzei.

## 2.2 Externarea din Centrul perinatal

La momentul externării, lăuza trebuie să fie informată și consiliată despre următoarele aspecte:

- **Asistența postpartum:** importanța igienei și alimentației adecvate în perioada de lăuzie.
- **Suplimentarea cu preparate de fier:** necesitatea continuării suplimentării cu preparate de fier în următoarele 3 luni pentru a preveni anemia.
- **În caz de necesitate, tratamentul patologiei existente:** importanța continuării tratamentului pentru orice afecțiune medicală existentă.
- **Semnele de alarmă:** situațiile când trebuie să apeleze la ajutor medical, cum ar fi hemoragia, eliminările patologice sau durerea.
- **Planificarea familială:** importanța spațierii nașterilor și metodele de contracepție disponibile.
- **Îngrijirea nou-născutului:** practicile corecte de îngrijire și alăptare a nou-născutului.

De asemenea, se discută despre practicile ineficiente și/sau dăunătoare în alăptare, cum ar fi utilizarea de rutină a preparatelor uterotonice pe cale orală și limitarea timpului de supt la 10 minute. Este recomandată implicarea și sprijinul partenerului, precum și comunicarea deschisă și eficientă între prestatorii de servicii și beneficiari (lăuză, partener, cuplu, familie, persoana de suport etc.).

## 2.3 Semnele de alarmă privind starea mamei

Lăuza trebuie informată și consiliată să se adreseze imediat la medicul de familie, Centrul Perinatal sau orice instituție medicală din apropiere, sau să apeleze Serviciul 112, indiferent de oră sau perioada zilei, fără a aștepta, dacă se confruntă cu oricare dintre următoarele simptome și/sau semne:

- stare de rău general
- hemoragie vaginală abundentă, care necesită utilizarea a aproximativ 2-3 absorbante igienice îmbibate timp de 20-30 de minute sau dacă hemoragia continuă/se intensifică
- convulsii
- tensiune arterială > 160/110 mm hg
- dispnee sau dificultăți în respirație
- febră și/sau slăbiciune pronunțată
- durere abdominală
- durere și/sau senzație de usturime în timpul micțiunii
- durere în regiunea perineului
- durere pronunțată în regiunea anusului, mai ales în timpul defecației
- dureri acute sau inflamație a hemoroizilor
- tumefiere, hiperemie sau durere la nivelul glandelor mamare sau areola inflamată
- semne de infectare a plăgii (prezența puroiului) în regiunea perineului sau a plăgii după operația cezariană
- lohii cu culoare și/sau miros neplăcut
- stare de melancolie și/sau depresie post-natală.

## 2.4 Contracepția post-partum

Este important să se ofere lăuzelor informații despre metodele de contracepție disponibile, pentru a le ajuta să facă alegeri informate în privința planificării familiale. Se discută despre importanța alăptării la sân, subliniind trei condiții esențiale în care **metoda amenoreei de lactație** (II, B) poate fi eficientă:

- menstruația mamei nu a revenit,
- copilul este alăptat integral sau aproape integral, frecvent la sân atât ziua, cât și noaptea,
- copilul are vârsta sub 6 luni.

*Alăptarea integrală* se referă la două forme principale: alăptarea exclusivă, în care copilul nu primește niciun alt lichid sau aliment, nici măcar apă, pe lângă laptele matern, și alăptarea aproape exclusivă, în care copilul primește ocazional vitamine, apă, suc natural sau alți nutrienți în completarea laptelui matern.

*Alăptarea aproape integrală* se caracterizează prin faptul că sugarul primește o cantitate de lichid sau hrană în completarea laptelui matern, dar majoritatea meselor (peste  $\frac{3}{4}$ ) constau din lapte matern. În cazul în care menstruația revine după 8 săptămâni (indică semne de fertilitate), se recomandă ca lăuza să completeze metoda amenoreei de lactație cu alte metode contraceptive.

Se pot recomanda **metodele de barieră**, care au capacitatea de a preveni infecțiile transmisibile sexual (ITS), precum și introducerea **dispozitivului intrauterin (DIU)**. Conform recomandărilor OMS, DIU cu cupru (DIU-Cu) poate fi introdus în perioada post-partum imediată, în primele 48 de ore după naștere sau la 4-6 săptămâni după naștere, dacă aceasta este metoda preferată de către femei sau cuplu. DIU hormonal cu levonorgestrel (DIU-LNG) poate fi introdus la 4-6 săptămâni după naștere [9,10].

Utilizarea **metodelor de contracepție hormonală cu progestogen** poate începe imediat după naștere, inclusiv la femeile care alăptează, deoarece studiile au demonstrat că aceste metode nu influențează procesul de alăptare, dezvoltarea sau starea de sănătate a copilului în această perioadă [12, 14].

**Anticoncepționalele orale combinate (COC)** pot fi utilizate de la 6 luni după naștere sau atunci când laptele matern nu mai constituie principalul aliment al sugarului, deoarece această metodă este asociată cu descreșterea lactației și diminuarea alimentației la sân. În cazul în care femeia nu alăptează sau decide să oprească alăptarea, utilizarea COC poate începe oricând între zilele 21-28 după naștere. Totuși, dacă există un risc suplimentar de tromboembolism venos (TEV), este recomandat să se aștepte 6 săptămâni înainte de a începe utilizarea acestora [16].

**Sterilizarea chirurgicală**, atât pentru femei, cât și pentru bărbați, reprezintă o opțiune medicală convenabilă ce poate fi solicitată în perioada de lăuzie. Este esențial ca alegerea femeii sau cuplului să fie informată și benevolă, însoțită de o consiliere minuțioasă care să asigure siguranța acestora. Sterilizarea feminină poate fi efectuată în primele 7 zile sau după 42 de zile de la naștere; în cazul femeilor care nu alăptează, aceasta poate fi realizată la 3 săptămâni după naștere [15].

## 2.5 Îngrijirea nou-născutului sănătos

În scopul asigurării stării de bine a nou-născutului, următoarele recomandări trebuie respectate:

1. Prima baie a nou-născutului sănătos și la termen trebuie amânată cu cel puțin 24 de ore după naștere.
2. Se recomandă menținerea cordonului ombilical curat și uscat.
3. În timpul somnului în primul an de viață, copilul trebuie poziționat în decubit dorsal pentru a preveni sindromul morții subite a sugarului.
4. Imunizarea nou-născuților trebuie să fie conformă cu prevederile Calendarului național de vaccinare.
5. Screeningul audiologic la nou-născuți trebuie realizat conform Standardului național.
6. Screening-ul pentru anomalii oculare.
7. La externare, se recomandă screening-ul pentru hiperbilirubinemie neonatală prin bilirubinometrie transcutanată.
8. Masajul delicat al întregului corp poate fi considerat pentru nou-născuții sănătoși la termen, având posibile beneficii asupra creșterii și dezvoltării.

9. Toți nou-născuții trebuie alăptați exclusiv la sân de la naștere până la 6 luni. Astfel, mamele trebuie să primească consiliere și sprijin pentru alăptarea exclusivă la fiecare consult postnatal.
10. Intervențiile psihosociale pentru sprijinirea sănătății mentale materne trebuie integrate în serviciile de sănătate.
11. Toți copiii trebuie să primească îngrijire receptivă și învățare timpurie între 0 și 3 ani, iar părinții și persoanele care oferă îngrijire trebuie să fie informați și sprijiniți în acest context.
12. Nou-născutul trebuie evaluat suplimentar dacă prezintă unul dintre următoarele semne:
  - alimentare deficitară,
  - antecedente de convulsii,
  - respirație rapidă sau dificilă (ritm respirator > 60 respirații/minut),
  - lipsă a mișcărilor spontane,
  - febră > 37,5°C sau temperatură corporală < 35,5°C,
  - icter în primele 24 de ore după naștere sau icter care afectează palmele și tălpile la orice vârstă.

**NB! Părinții și/sau familia trebuie să fie încurajați să solicite îngrijiri medicale în cazul în care identifică oricare dintre aceste semne!**

## **2.6 Recomandări privind recuperarea fizică postnatală**

Femeile aflate în perioada postpartum, în absența contraindicațiilor medicale, vor fi încurajate să reducă timpul petrecut în stare sedentară, prin înlocuirea acestuia cu activitate fizică sistematică, de orice intensitate – pornind de la ușoară.

Se recomandă efectuarea a cel puțin 150 de minute de activitate fizică de intensitate moderată pe săptămână (echivalentul a aproximativ 20–25 de minute de mers pe jos zilnic), în asocieră cu exerciții pentru tonusul muscular, întindere și relaxare.

Activitățile fizice pot fi integrate în rutina zilnică sub diverse forme:

- recreere și petrecere a timpului liber (ex: jocuri, sporturi de agrement, exerciții planificate),
- deplasare activă (ex: mersul pe jos),
- activități casnice,
- activități legate de muncă sau educație, în contextul vieții personale și comunitare.

Practicarea constantă a acestor activități contribuie semnificativ la îmbunătățirea stării generale de sănătate, recuperarea fizică eficientă, reducerea riscului de depresie post-partum și sprijinirea adaptării la noile cerințe ale maternității.

## **CAPITOLUL III. ÎNGRIJIRI OFERITE LĂUZELOR ÎN SITUAȚII CLINICE SPECIFICE**

### **3.1. Îngrijiri oferite lăuzelor după operația cezariană (OC)**

Mama se asigură cu posibilitate de a alăpta copilul în sala de operație și/sau în salonul post-operator. Partenerul se va încuraja să țină copilul, să-l însoțească în salonul postpartum și să petreacă timp cu nou-născutul până când acesta va fi plasat alături de mamă.

Se va opta pentru reunirea cât mai rapidă a copilului cu mama, după evaluarea stării ambelor. Mama și partenerul vor fi instruiți în îngrijirea și hrănirea copilului, iar asistența suplimentară pentru alăptare va fi oferită, în special în primele zile.

Dacă nou-născutul este internat în secția de reanimare și terapie intensivă, mama și tatăl vor avea acces la el ori de câte ori este posibil. Se va explica femeii și partenerului cum decurge perioada de recuperare, subliniind importanța repausului, hidratării și regimului alimentar adecvat pentru o recuperare optimă [2].

#### ***Alimentația lăuzelor după operația cezariană***

Se recomandă o alimentație obișnuită după 2 ore de la operația cezariană (1,A) [5].Există numeroase studii randomizate referitoare la alimentația precoce după cezariană. Aceasta este definită variabil, ca alimentația care începe între 30 de minute și 8 ore după naștere. Descrierea dietelor postoperatorii diferă, însă dieta postoperatorie ar trebui să conțină o proporție mai mare de lapte, fructe, legume și calorii pentru a susține alăptarea, precum și suficiente fibre alimentare pentru a preveni constipația [2]. Preparatele antiemetice s-au dovedit a fi eficiente în profilaxia grețurilor și vomiei postoperatorii, iar eficacitatea terapiei combinate trebuie luată în considerare (1, B) [2, 5].

#### ***Mobilizarea precoce***

Se recomandă mobilizarea precoce a lăuzelor și, după caz, administrarea de analgezice pentru controlul durerii [2]. Mobilizarea precoce a lăuzelor după nașterea prin cezariană este, de asemenea, recomandată (C). Mobilizarea precoce poate îmbunătăți teoretic rezultatele pe termen scurt, inclusiv accelerarea activității intestinale, reducerea riscului de tromboză și scurtarea duratei spitalizării.

#### ***Analgezia postoperatorie***

Analgezia multimodală postoperatorie, care include AINS (antiinflamatoare nesteroidiene) și Paracetamolul, este recomandată pentru o recuperare eficientă după cezariană (1, B). Aceasta reprezintă o componentă-cheie în gestionarea durerii postoperatorii, fiind asociată cu mai puține efecte secundare și o recuperare mai rapidă. Analgezia postcezariană poate fi îmbunătățită prin diverse intervenții intraoperatorii. Administrarea perioperatorie a AINS este indicată pentru a reduce durerea postoperatorie. O analiză sistematică a studiilor a demonstrat că combinația în doze standard, de AINS și Paracetamolul oferă un efect sinergic asupra durerii postoperatorii. Această combinație este eficientă, ușor de administrat și reduce necesitatea utilizării opioidelor, ceea ce duce la mai puține reacții adverse [2, 5].

#### ***Tromboprofilaxia***

Gravidele și lăuzele prezintă un risc crescut de tromboembolism venos. Există mai multe metode disponibile pentru reducerea riscului trombotic postcezarian, incluzând metode mecanice (ciorapi de compresie gradată, compresie pneumatică intermitentă) și metode farmacologice (heparina nefracționată și heparina cu masă moleculară mică). Ciorapii de compresie pneumatică sunt recomandați pentru nașterile prin cezariană ca profilaxie împotriva patologiei tromboembolice (C). În cazul în care există un risc trombotic, se va iniția profilaxia tromboemboliei venoase conform PCN „*Tromboprofilaxia în timpul sarcinii, nașterii și în perioada de lăuzie.*”

#### ***Drenajul urinar după operația cezariană***

Utilizarea cateterelor urinare poate crește incidența infecțiilor urinare, durerea uretrală și dificultățile în micțiune, ceea ce, la rândul său, poate duce la un număr mai mare de zile de spitalizare



și la creșterea costurilor. O analiză sistematică complexă a concluzionat că, utilizarea cateterului urinar este asociată cu un risc crescut de infecție a tractului urinar și nu contribuie la reducerea retenției urinare sau la diminuarea dificultăților tehnice chirurgicale [2].

În cazul pacientelor care nu necesită o monitorizare strictă a diurezei, se recomandă extragerea imediată a cateterului urinar după intervenția chirurgicală, dacă acesta a fost instalat preoperator (C).

### 3.2. Îngrijiri oferite lăuzelor cu hemoragie post-partum (HPP)

În primele ore după naștere, medicul trebuie să verifice dacă uterul este bine contractat și să se asigure că nu există pierderi masive de sânge. Se stabilește cauza hemoragiei post-partum (HPP) conform regulii celor 4T:

- tonus,
- resturi de țesut placentar,
- traumatism și
- trombină (dereglări de coagulare).

Managementul clinic al cazului se va realiza conform *PCS „Hemoragia post-partum”*. Dacă lăuza este internată în Centrul Perinatal de nivelul I-II și starea sa permite transportarea, aceasta va fi transferată la nivelul III de asistență medicală perinatală (III, C).

### 3.3. Îngrijiri oferite lăuzelor cu stări hipertensive în sarcină

În caz de preeclampsie și/sau eclampsie, lăuza va fi supravegheată și monitorizată în secția de reanimare (I, A).

Dacă lăuza este internată în Centrul Perinatal de nivel I-II și starea sa permite transportarea, aceasta va fi transferată la nivelul III de asistență medicală perinatală (III, C).

Toate lăuzele cu preeclampsie (1 - 42 zile după naștere) se internează în Centrul Perinatal de nivel II și III, iar managementul clinic al cazului este similar cu cel al gravidelor, conform *PCN-202 „Stările hipertensive în timpul sarcinii”*.

### 3.4. Îngrijiri oferite lăuzelor cu complicații ale tractului urinar

**Retenția de urină** poate apărea în primele 24 de ore după naștere din cauza edemației țesuturilor. Aceasta se manifestă prin dureri în hipogastriu și pierderi inconștiente de urină în porții mici. Tratamentul constă în cateterizarea vezicii urinare, care poate fi necesară și în mod repetat. Femeia este încurajată să inițieze urinarea de sine stătător, încercând să urineze în poziție șezândă.

**Incontinența urinară** poate apărea în perioada postpartum și poate fi rezultatul formării unei fistule vezico-vaginale, care poate surveni în urma unui travaliu dificil, compresiei prelungite a capului fetal sau urmare a nașterii instrumentale. Aceasta reprezintă o complicație gravă ce necesită tratament specializat.

**Infecția tractului urinar** se dezvoltă mai frecvent în zilele 5-14 postnatal, în special la lăuzele cu bacteriurie din timpul sarcinii, pielonefrite gestaționale sau cronice, cu acutizare în timpul sarcinii, în special după nașteri instrumentale, travaliu indus sau operații cezariene. Manifestările includ febră  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , durere sau arsuri la urinare, dizurie, hematurie și dureri în regiunea suprapubiană. Se recomandă internarea în spital pentru tratament complex, inclusiv antibioterapie.

### 3.5. Îngrijiri oferite lăuzelor cu Hepatite virale

#### **Recomandări în caz de infecție cu virusul hepatitei B**

La toate femeile gravide cu AND-VHB  $> 200000$  UI/ml sau HBsAg  $> 4 \log_{10}$  UI/ml ( $> 10000$  UI/ml), profilaxia antivirală cu TDF ar trebui să înceapă în săptămâna 24-28 de gestație și să continue până la 12 săptămâni după naștere.

Lamivudinum, Adefovirum și Entecavirum sunt clasificate de FDA ca medicamente în timpul sarcinii de categoria C, iar Tenofovirum și Telbivudinum – în categoria B. Tenofovirum trebuie

considerat de primă intenție, pentru că are un profil mai bun de rezistență și mai multe date de siguranță la paciente însărcinate HBV-pozitive (1, B).

Prevenirea transmiterii perinatale a HBV, care se consideră că are loc, mai ales, la naștere, este bazată, de obicei, pe o combinație de imunizare activă și pasivă cu imunoglobulina anti-hepatita B (HBIG) și vaccinarea VHB. Totuși, această strategie poate fi inefficientă la o proporție de nou-născuți de la mame cu viremie înaltă (ADN-HBV seric > 10<sup>6</sup>-7 UI/mL ) și frecvent AgHBe-pozitive, care prezintă un risc >10% de transmitere verticală, în pofida profilaxiei cu IgHB și a vaccinării. Mamele cu aceste concentrații de ADN-HBV trebuie informate că utilizarea unui analog ucleozidic (AN), pentru a reduce viremia, poate crește eficacitatea HBIG și a vaccinării (1, A).

Telbivudinum (FDA: B), Lamivudinum (FDA: C) și Tenofovirum (ca agent potent din categoria B a FDA) pot fi folosite pentru prevenirea transmiterii perinatale și intrauterine a HBV, în ultimul trimestru de sarcină, la pacientele AgHBs-pozitive cu nivel înalt de viremie (ANDHBV seric > 200000 UI / ml) (grad de recomandare 1). Dacă AN este administrat numai pentru prevenirea transmiterii perinatale, tratamentul poate fi întrerupt în timpul primelor 3 luni după naștere (1).

AgHBs poate fi detectat în laptele matern, dar alăptarea nu poate fi contraindicată pentru mamele AgHBs pozitive. Tenofovirum este detectabil în lapte, dar biodisponibilitatea orală este redusă, deci sugarii sunt expuși la concentrații mici (22).

### ***Recomandări în caz de infecție cu virusul hepatitei C (VHC)***

Toate femeile însărcinate trebuie testate pentru infecția cu VHC în mod ideal la inițierea îngrijirii prenatale - testare de anticorpii anti-VHC. (Iib, C).

Pentru femeile de vârstă reproductivă cu infecție cu VHC cunoscută, se recomandă tratamentul antiviral înainte de a lua în considerare sarcina, ori de câte ori este posibil, pentru a reduce riscul de transmitere a VHC către viitorii descendenți. (II, B). Tratamentul în timpul sarcinii nu este recomandat din cauza lipsei datelor privind siguranța și eficacitatea. (Iib, C)

Alăptarea la sân trebuie încurajată pentru sănătatea copiilor, cu excepția cazurilor în care mama a sângerat sau are coinfecție cu virusul imunodeficienței umane. Virusul hepatic C nu este răspândit prin lapte matern (I, B). Femeile care alăptează nu trebuie tratate cu DAAs (antivirale cu acțiune directă).

Femeile cu infecție cu VHC ar trebui să aibă reevaluarea ARN-ului VHC după naștere pentru a estima clearance-ul spontan. (I, B) [23].

### **3.6. Îngrijiri oferite lăuzelor cu statut HIV**

Dacă lăuza cu statut HIV necunoscut, este internată în primele 48-72 ore de la nașterea la domiciliu (extraspitalicească), se recomandă de efectuat testul rapid de diagnostic al infecției HIV.

Dacă testul este pozitiv, se informează/consiliază despre stabilirea infecției și terapia antiretrovirală (TARV) necesară, precum și despre măsurile de prevenție.

Lăuza care a administrat TARV intrapartum, va continua administrarea după naștere, iar după externare, va fi direcționată către medicul specialist pentru stabilirea conduitei ulterioare.

Lăuza care a administrat TARV în timpul sarcinii, va continua schema respectivă și va fi consiliată privind importanța aderenței în continuare atât pentru propria sănătate, cât și pentru reducerea riscului de transmitere a infecției copilului, în special dacă insistă să alimenteze natural.

În RM se recomandă alimentarea artificială a nou-născuților de către mamele cu statut HIV, studiile demonstrând că alimentarea la sân poate duce la infecția nou-născuților în 14% cazuri. În acest context, lăuzele care nu alăptează vor fi consiliate privind alimentarea artificială a copilului (importanța, pregătirea etc.) fiind asigurat accesul neîntrerupt al acestora la substituenții de lapte. Totodată, se va ține cont de faptul că, riscul bolilor diareice sau a malnutriției datorită pregătirii neadecvate a laptelui artificial depășește riscul infectării cu HIV prin alăptare. Lăuzelor care alimentează artificial, li se va prescrie terapie medicamentoasă pentru stoparea lactației.

Dacă mama, din diverse motive alege să alăpteze copilul, ea este consiliată repetat și dacă alegerea este informată și responsabilă, ea va fi familiarizată cu regulile de siguranță conform **PCN - 316 „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”**.

De asemenea, lăuzele vor fi consiliate cu privire la sănătatea reproductivă ulterioară (contracepție, sarcini etc.).

Serviciile perinatale trebuie să asigure întreprinderea măsurilor necesare pentru a proteja lucrătorii și mamele de infectare: precauții la contactul cu sângele contaminat, poziționarea și manevrarea atentă cu instrumentele ascuțite intraoperator și/sau în timpul manoprelor, purtarea costumelor de protecție etc.

Astfel, conduita lăuzei cu statut HIV include:

- supravegherea respectării regimului de TARV al mamei și /sau copilului
- consilierea și instruirea mamei despre modalitatea de îngrijire a copilului
- consilierea și instruirea privind alimentația artificială. Asigurarea accesului și eliberarea gratuită de amestecuri adaptate pentru copiii născuți de mame cu statut HIV
- supravegherea dezvoltării și imunizării copilului, informarea mamei despre planul de dispensarizare a copilului (efectuarea ARN HIV la vârsta de 6-12 săptămâni și anti-HIV (ELISA) la vârsta de 18-19 luni
- informarea mamei despre simptomele, apariția cărora trebuie declarată urgent medicului de familie
- coordonarea activităților de îngrijire a copilului cu medicul infecționist responsabil de supravegherea medicală și tratamentul persoanelor infectate cu HIV din teritoriul respectiv
- direcționarea lăuzei către serviciul de planificare a familiei pentru informare/consiliere privind metodele de contracepție.

### 3.7. Alte stări patologice ale lăuziei

#### ***Îngrijiri oferite lăuzelor cu lactostază***

Dacă copilul poate suge se recomandă alăptarea frecventă, aplicarea de comprese calde și masaj relaxant înainte de alăptare, purtarea unui sutien de susținere, aplicarea de comprese reci între alăptări și, la nevoie, administrarea de Paracetamol 500 mg, de două ori pe zi, timp de cel puțin 3 zile, pentru a ameliora disconfortul cauzat de lactostază.

Dacă copilul nu poate suge se recomandă stoarcerea glandei mamare fie manual, fie cu ajutorul unei pompe.

Dacă femeia nu alăptează este necesar să poarte un sutien de susținere, să aplice periodic comprese reci pe glandele mamare, evitând masajul, compresele calde sau stimularea mameloanelor; în caz de necesitate, se poate utiliza Paracetamol 500 mg, de două ori pe zi, recomandându-se continuarea acestor măsuri timp de cel puțin 3 zile, pentru a consolida rezultatele.

Dacă există contraindicații medicale pentru stoparea lactației, în secția de lăuzie se va administra *Bromcriptinum* 2,5 mg sau *Cabergolinum* 500 mg pe parcursul a 24 de ore, având în vedere toate reacțiile adverse posibile ale acestor preparate.

#### ***Îngrijiri oferite lăuzelor cu modificări psiho-emoționale***

După naștere, femeia poate avea o labilitate emoțională, care, în funcție de gradul de severitate, poate fi de trei tipuri: stare ipohondrică, depresie postpartum și psihoză postpartum.

***Starea ipohondrică*** este frecvent întâlnită la 3-4 zile după naștere și poate apărea și dispărea brusc. Clinic, aceasta se manifestă prin plâns fără motiv aparent, teama de a nu dezvolta sentimente materne față de copil, frica de a face față rolului de părinte, oboseală și iritabilitate.

***Depresia postpartum*** apare frecvent între a 4-a și a 8-a săptămână după naștere, când lăuza este deja externată la domiciliu. Semnele acesteia includ: tendință de plâns, deprimare profundă, iritabilitate, dificultăți de concentrare și memorie, pierderea noțiunii timpului, sentimentul de inadecvare, insomnie, senzație de irealitate, frică, agitație constantă, dureri fizice, pierderea interesului sexual și indiferență sau neglijare față de copil. Pentru identificarea precoce a depresiei postpartum, se recomandă utilizarea Scalei Edinburgh. Este important ca lăuza să fie consiliată, să se odihnească mai mult, să doarmă când doarme copilul, să implice partenerul/familia în îngrijirea nou-născutului, să petreacă timp cu cei dragi și să desfășoare activități din afara gospodăriei. La nevoie, se recomandă consultarea unui psiholog sau psihoterapeut (V, D).

### ***Îngrijiri oferite lăuzelor cu stare de hipertermie***

Temperatura de până la 38°C în primele 24 de ore după naștere este considerată admisibilă.

#### ***Hidratarea***

Hipertermia este cea mai frecventă cauză a deshidratării, motiv pentru care se recomandă administrarea a 2,0-3,0 litri de lichide în acest interval, iar terapia de infuzie trebuie aplicată după indicații. Administrarea terapiei antibacteriene nu este necesară

*Transferul într-un salon separat timp de 24 de ore.*

Lăuzele:

- cu factori de risc (precum corioamnionita în timpul nașterii, operația cezariană, în special cea de urgență, perioadă prelungită fără lichid amniotic  $\geq 18$  ore în cazul sarcinii mature, examinări vaginale multiple în timpul nașterii ( $>7$ ), naștere prelungită ce a necesitat stimulare, traumatisme în timpul nașterii, retenția de țesut placentar sau defecte de membrane) și
- care prezintă simptome precum temperatură  $\geq 38^\circ\text{C}$ , uter dureros la palpare, eliminări fetide din căile genitale, sângerare moderată din căile genitale sau tumefierea glandelor mamare, vor fi transferate într-un salon separat timp de 24 de ore.

#### ***Monitorizarea***

Monitorizarea se va efectua la fiecare 4 ore, incluzând măsurarea temperaturii, pulsului, tensiunii arteriale și diurezei, iar tratamentul complex va fi administrat cu introducerea datelor în documentația medicală.

*Principiile de bază ale conduitei în caz de hipertermie includ:*

- repaus la pat,
- hidratare adecvată (orală sau parenterală),
- scădere a temperaturii prin metode fizice (ventilator, comprese reci etc.),
- administrare de medicamente (Paracetamol 500 mg, de două ori pe zi) și antibioprofilaxie conform protocolului *PCS „Antibioticoprofilaxia în obstetrică și ginecologie”*.

În caz de subfebrilitate de până la 37,5°C, timp de 24 de ore, începând cu a doua zi de lăuzie, și în absența semnelor clinice de endometrită, se va monitoriza temperatura la fiecare 3 ore.

Se recomandă efectuarea analizei bacteriologice a eliminărilor uterine și diagnosticul diferențial pentru endometrită, abces pelvin, peritonită, infectarea plăgii perineale sau a peretelui abdominal anterior și lactostază.

### **3.8. Afecțiunile septico-purulente în perioada post-partum**

Dacă starea lăuzei nu se ameliorează clinic și paraclinic, se suspectează una dintre patologiiile descrise mai jos, iar aceasta va fi transferată în secția de ginecologie septică pentru tratament specific.

***Endometrita*** va fi suspectată în prezența a cel puțin două semne clinice: temperatură  $\geq 38^\circ\text{C}$ , uter dureros la palpare, eliminări fetide din căile genitale, sângerare moderată din căile genitale și leucocitoză, care însă nu constituie un indiciu cert al infecției.

***Abcesul în bazinul mic*** este evaluat prin palpare pentru a verifica fluctuația acestuia în spațiul Douglas, iar dacă este confirmat, se impune drenarea acestuia și administrarea de antibioterapie până la dispariția febrei pentru o perioadă de 48 de ore consecutive.

În situația apariției ***peritonitei***, se intervine prin laparotomie, urmată de drenarea cavității abdominale pentru lavaj peritoneal (dializă peritoneală). Dacă se constată prezența unui uter septic sau necrotic, este necesară efectuarea histerectomiei pentru a elimina focarul septic și a preveni complicațiile suplimentare.

În cazul ***infectării plăgii perineale sau a peretelui abdominal anterior***, se impune deschiderea și drenarea acesteia, urmată de îndepărtarea suturilor infectate. Plaga va fi tratată cu soluții antiseptice, precum Hydrogenii peroxidum 3%, Nitrofurium și Dioxydinum (0,5% sau 1%, 10 ml). Se va aplica un pansament aseptice îmbibat cu soluție hipertonică de natriu clorid (10% NaCl), care va fi schimbat la fiecare 24 de ore sau mai des, în funcție de necesitățile individuale ale pacientei.

***Tromboflebita pelvină septică*** se manifestă prin dureri în regiunea inghinală, greață, vomă și, uneori, febră. La examenul fizic se pot observa febră, tahicardie, uneori tahipnee, edem local și

eritem, însoțite de durere. Tratatamentul infecțiilor puerperale va fi efectuat într-o secție specializată. În caz de complicații precum sepsisul sau șocul septic, conduita terapeutică se va desfășura conform *PCN - 263 „Sepsisul și șocul septic în obstetrică și ginecologie”*.

### **3.9. Îngrijiri acordate lăuzelor care au născut copii prematuri (inclusiv profund prematuri)/bolnavi/transferăți la un alt nivel de îngrijire/cu risc crescut de deces**

Nou-născuții prematuri prezintă mai multe riscuri în perioada neonatală, printre care icter prelungit, infecții, hipoglicemie și boală hemoragică. Aceștia necesită îngrijiri specializate în secția de terapie intensivă și reanimare, în funcție de gradul de prematuritate și de patologiile asociate.

Mamei, cuplului sau familiei li se va oferi asistență, iar aceștia vor fi informați clar despre beneficiile și riscurile unei proceduri medicale și/sau intervenției, dacă aceasta este necesară, precum și despre incertitudinea rezultatelor unor tratamente aplicate, folosind un limbaj clar și explicit. Familiilor care au suferit o pierdere li se vor oferi servicii interdisciplinare, cu implicarea consilierilor, asistenților sociali, asistenților medicali (din spital sau comunitate), moașelor, medicilor, psihologilor și a părinților care au trecut prin experiențe similare.

Se va asigura respectarea drepturilor pacientei, inclusiv la intimitate, și se va ține cont de faptul că nu este indicat ca o mamă care a pierdut copilul să fie în același salon cu o mamă cu copil viu. Părinților li se vor oferi informații referitoare la, înmormântare și autopsie, precum și asistență în luarea deciziilor și completarea documentației necesare.

## Anexa 1. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

**Tabelul 1. Clasificarea gradelor de recomandare**

Puterea aplicativă	Cerințe
<b>Standard</b>	Standardele sunt norme care trebuie să fie aplicate strict și trebuie urmate în totalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
<b>Recomandare</b>	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.
<b>Opțiune</b>	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că un număr posibil mai mare de tipuri de intervenții și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

**Tabelul 2. Clasificarea științifică a gradelor de recomandare**

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

**Tabelul 3. Clasificarea nivelelor de dovezi**

Nivel de dovezi	Cerințe pentru corespondere
<b>Nivel Ia</b>	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
<b>Nivel Ib</b>	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
<b>Nivel IIa</b>	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
<b>Nivel IIb</b>	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasi experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
<b>Nivel III</b>	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute.
<b>Nivel IV</b>	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți.

**Anexa 2. Fișa standardizată de audit pentru evaluarea implementării Protocolului clinic standardizat „Îngrijiri postnatale pentru o experiență pozitivă în perioada de lăuzie”**

Nr	Domenii/parametri evaluați	Codificare
1.	<b>Denumirea IMSP</b>	denumirea oficială
2.	<b>Persoana responsabilă de completarea fișei</b>	nume, prenume, telefon de contact
3.	<b>Ziua, luna, anul de naștere a pacientei</b>	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = <b>9</b>
4.	<b>Mediul de reședință</b>	urban = <b>1</b> ; rural = <b>2</b>
5.	<b>Consilierii lăuzei cu privire la subiectele menționate</b>	nu = <b>0</b> ; da = <b>1</b> ; necunoscut = <b>9</b> ; suplimentarea cu <b>Fe</b> cu sau fără <b>Ac folic</b> (6-12 săptăm.) = <b>2</b> ; alimentația adecvată = <b>3</b> ; consumul de lichide = <b>4</b> ; igiena zilnică = <b>5</b> ; regimul de odihnă = <b>6</b> ; alimentarea și îngrijirea nou-născutului = <b>7</b> ; recunoașterea semnelor de urgență = <b>8</b> ; semnele de pericol la nou-născut = <b>9</b> ; activitatea sexuală și metodele de contracepție = <b>10</b> ; prevenirea depresiei și anxietății = <b>11</b> ; imunizarea = <b>12</b> ; reabilitarea fizică = <b>13</b> ; implicarea și sprijinul partenerului = <b>14</b> ;
6.	<b>Îngrijiri în perioada post-partum:</b> <i>Primele 2 ore după naștere</i>	plasarea mamei împreună cu nou-născutul în aceeași odaie = <b>1</b> ; supravegherea la fiecare 15 min. ( <b>prima oră</b> ): monitorizarea: Ps = <b>2</b> ; TA = <b>3</b> ; volumul eliminărilor din căile genitale = <b>4</b> ; palpația uterului = <b>5</b> ; supravegherea la fiecare 30 min. ( <b>a doua oră</b> ): eliberarea vezicii urinare = <b>6</b> ; micțiunea (în termen de 6 ore) = <b>7</b> ; mobilizarea precoce (primele 12 h) = <b>8</b> ;
6.1	<i>Două - șase ore după naștere</i>	la transferul din sala de naștere ( <b>la fiecare oră</b> ): monitorizarea stării generale a mamei = <b>1</b> ; stării generale a nou-născutului = <b>2</b> ; Ps = <b>3</b> ; TA = <b>4</b> ; volumul eliminărilor sangvinolente = <b>5</b> ; transferarea mamei și nou-născutului în salonul mamă-copil (pe toată durata spitalizării) = <b>5</b> ;
6.1	<i>Șase – douăzeci și patru ore după naștere</i>	<b>la fiecare 3-6 ore</b> : monitorizarea: Ps = <b>1</b> ; TA = <b>2</b> ; volumul eliminărilor din căile genitale = <b>3</b> ;
6.3	<i>Primele unu-șapte zile după naștere</i>	<b>evaluarea zilnică</b> : ÎFU și sensibilitatea = <b>1</b> ; volumul și calitatea lohiilor = <b>2</b> ; starea cicatricei perineale sau după OC = <b>3</b> ; funcția vezicii urinare și a intestinului = <b>4</b> ; starea generală a mamei = <b>4</b> ; Ps = <b>5</b> ; TA = <b>6</b> ; t° = <b>7</b> ; externarea timpurie = <b>8</b> ;
7.	<b>Vizitele</b>	<b>la domiciliu</b> : în primele 3 zile după externare = <b>1</b> ; la a 14-a zi de la naștere = <b>2</b> ; <b>la medicul de familie</b> : o dată pe lună = <b>3</b>
8.	<b>Îngrijiri după OC</b>	mobilizarea precoce = <b>1</b> ; analgezia multimodală = <b>2</b> ; profilaxia TEV(ciorapi de compresie pneumatică) = <b>3</b> ;
9.	<b>Îngrijiri a lăuzelor cu lactostază</b>	<b>dacă copilul este capabil de a suga</b> (cel puțin 3 zile): alăptarea frecventă = <b>1</b> ; comprese calde și masaj relaxant înainte de alăptare = <b>2</b> ; sutien de susținere = <b>3</b> ; comprese reci între alăptări/la nevoie = <b>4</b> ; <b>dacă copilul nu este capabil de a suga</b> : stoarcerea glandei mamare (manual/pompă) = <b>6</b> ; <b>dacă femeia nu alăptează</b> (cel puțin 3 zile): sutien de susținere = <b>7</b> ; comprese reci/calde/pe glandele mamare, stimularea mameloanelor = <b>8</b> ; <b>în caz de contraindicații medicale pentru stoparea lactației</b> : <b>Bromcriptinum</b> 2,5 mg sau <b>Cabergolinum</b> 500 mg(timp de 24 h) = <b>9</b> ;
10.	<b>Îngrijiri în a lăuzelor cu hipertermie</b>	repaus la pat = <b>1</b> ; hidratare adecvată (orală sau parenterală) = <b>2</b> ; scăderea temperaturii prin metode fizice = <b>3</b> ; <b>Paracetamol</b> 500 mg de două ori pe zi = <b>4</b> ; antibioticoprofilaxia = <b>5</b> ;
11.	<b>Reducerea complicațiilor puerperal-septice</b>	testarea la ITS = <b>1</b> ; testarea la HIV = <b>2</b> ; la vaginoza bacteriană = <b>3</b> ; analiza generală de urină = <b>4</b> ; urocultura = <b>5</b> ;
12.	<b>Aspecte specifice</b>	în caz de incompatibilitate după factorul Rh, va fi administrată <b>imunoglobulina anti-D Rh</b> în primele 24-72 ore după naștere = <b>1</b> ; în caz de risc trombotic va fi inițiată <b>profilaxia TEV</b> = <b>2</b> ; la femeile cu <b>IMC ≤ 18,5 kg/m<sup>2</sup></b> și <b>IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup></b> , consiliere privind optimizarea masei corporale = <b>3</b> ;

## BIBLIOGRAFIE:

1. Ghidul: WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-004598-9 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>
2. Ghid practic „Operația cezariană”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/08/Ghidul-practic-Operatia-cezariana-aprobat-prin-ordinul-MSMPS-nr.659-din-16.07.2020.pdf>
3. Ghid practic „Sarcina și anemia fierodeficitară”, Chișinău, 2019. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ghid-practic-Sarcina-si-Anemia-fierodeficitara.pdf>
4. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, WHO; 2015. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/172915/WHO\\_RHR\\_15.07\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/172915/WHO_RHR_15.07_eng.pdf?sequence=1)
5. NICE guideline NG194 „Postnatal care”. National Institute for Health and Care Excellence; 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>
6. PCN „Sepsisul și socul septic în obstetrică și ginecologie”, Chișinău, 2022. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/04/PCN-263-Sepsisul-si-socul-septic-in-obstetrica-si-ginecologie.pdf>
7. PCN „Stările hipertensive în timpul sarcinii”. Chișinău, 2013. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/07/14512-PCN-20220StC483rile20hipertensive20C3AEn20sarcina.pdf>
8. PCS „Antibioticoprofilaxia în obstetrică și ginecologie”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
9. PCS „Dispozitivul intrauterin cu Levonorgestrel”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
10. PCS „Dispozitivul intrauterin cu cupru”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
11. PCS „Hemoragia postpartum”, Chișinău, 2019 <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
12. PCS „Implantele”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
13. PCS „Metoda amenoreei de lactație”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
14. PCS „Pilulele numai cu progestativ”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
15. PCS „Sterilizarea feminină”, Chișinău, 2020. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
16. PCS „Contraceptive orale combinate”, Chișinău, 2018. <https://msmps.gov.md/obstetrica/>
17. PCS „Prevenirea transmiterii materno-fetale a infecției HIV”, Chișinău, 2020.
18. PCS „Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente” <https://ms.gov.md/wp-content/uploads/2024/06/Protocol-clinic-standardizat-%E2%80%9EConduita-integrant%C4%83-a-sarcinii-na%C8%99terii-%C8%99i-perioadei-post-partum-la-adolescente%E2%80%9D-aprobat-prin-Ordinul-MS-nr.-439-din-20.05.2024..pdf>
19. PCN „Hepatita cronică cu virusul Hepatitei B cu sau fără antigen Delta la adult”, 2021. [https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/10/PCN\\_23-VHB-HDV\\_.pdf](https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/10/PCN_23-VHB-HDV_.pdf)
20. PCN „Hepatita cronică cu virusul hepatitei C la adult”, 2019. [https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-24-Hepatita-cronic%C4%83-cu-virusul-hepatitei-C-la-adult\\_.pdf](https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-24-Hepatita-cronic%C4%83-cu-virusul-hepatitei-C-la-adult_.pdf)
21. Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva, WHO;2015. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363?sequence=1>
22. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva, WHO;2012 [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1)
23. Technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva: WHO [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70432/WHO\\_MPS\\_10.03\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
24. Ghidului privind Nutriția în perioada preconcepțională, sarcină și lactație, 2018. [https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ghid\\_nutritie\\_gravide.pdf](https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2022/06/Ghid_nutritie_gravide.pdf)
25. Ghid Practic pentru personalul medical implicat direct în realizarea profilaxiei transmiterii materno-fetale a infecției cu HIV, Chișinău, 2009. [https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/4213-Microsoft20Word20-20Ghid\\_PMTCT\\_27\\_martie\\_09.pdf](https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/4213-Microsoft20Word20-20Ghid_PMTCT_27_martie_09.pdf)
26. Booklet for mothers. Healthy eating during pregnancy and breastfeeding. Copenhagen, WHO; 2001. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108425/E73182.pdf?sequence=1&isAllowed=y>