PROIECT DE CERTIFICARE

**ÎNGRIJIRI ACORDATE PACIENTELOR CU LAUZIE FIZIOLOGICĂ**

**MOTTO:**

**“Faptul că ai un pian nu te face pianist, dar nașterea unui copil sigur te face părinte".**

**Michael Levin**

##### 

#### **CUPRINS**

**Motivație**

**Introducere**

**Cap 1. Noțiuni de anatomie și fiziologie a aparatului genital feminin**

* 1. Noțiuni de anatomie a aparatului genital feminin
  2. Noțiuni de fiziologie a aparatului genital feminin

**Cap 2. Noțiuni de semiologie a aparatuluui genital feminin**

* 1. Amenoreea
  2. Leucoreea
  3. Menstruația

**Cap 3. Noțiuni generale despre sarcină**

* 1. Definiție
  2. Formule de calcul a vârstei sarcinii
  3. Modificări produse in sarcină

**Cap 4. Noțiuni despre naștere**

* 1. Definiție
  2. Prezentații și poziții
  3. Nașterea normală
  4. Nașterea prin cezariană

**Cap 5. Lăuzia fiziologică**

* 1. Definiție
  2. Modificări generale în lăuzie
  3. Modificări locale (genitale) în lăuzie
  4. Aspectul clinic al lăuziei
  5. Lactația
  6. Atitudine în lăuzie

**Cap 6. Rolul asistenţei medicale în îngrijirea pacientului cu lăuzie fiziologică**

* 1. Planul de îngrijire a lăuziei
  2. Tehnici specifice de îngrijire a pacientului cu lăuzie fiziologică

**Cap 7. Cazuistică**

* 1. Cazul 1
  2. Cazul 2
  3. Cazul 3

**Concluzii**

**Bibliografie**

#### **MOTIVAȚIE**

În alegerea temei pentru proiectul de absolvire am fost motivată de faptul că lăuzele au foarte multe nelămuriri pe care asistenta trebuie sa facă tot posibilul să le înlăture. Totodată, felul în care pacienta se îngrijește în această perioadă are un impact major asupra recuperării totale și minimalizează riscul de apariție a complicațiilor.

Este uimitor cum o femeie poate îndura chinurile facerii ore întregi și totuși, sub actiunea unor hormoni, să poată uita totul pentru a se putea atașa de copil. După cele nouă luni de gestație însoțite de simptomele specifice, proaspăta mamă trebuie să facă față unui nou val de schimbări cărora li se adaugă responsabilitatea față de nou – născut.

Asistenta medicală,pe lângă îngrijirile intraspitalicești pe care le acordă mamei, trebuie să o pregătească pentru noul rol. O sarcină dusă la termen, însoțită de un stil de viață sănătos și o dietă echilibrată, sunt inutile dacă nu sunt respectate indicațiile post - partum. De aceea este foarte important ca asistenta să informeze lăuza cu privire la igienă, alimentație, mobilizare etc. Se observă, de asemenea, o scădere a numărului de mame care alăptează copiii. Alăptarea poate deveni un proces chinuitor, frustrant, dureros și multe mame recurg la alimentația artificială deoarece nu au beneficiat de suficient ajutor din partea personalului medical în perioada de spitalizare.

Lăuzele trebuie educate să pună nou - născutul la sân cât mai precoce, să urmeze anumiți pași, să deprindă tehnica alăptării, să recunoască semnele instalării lactației ș.a.m.d.

Oare creșterea numarului îmbolnăvirilor la sugari nu este cumva o consecință a faptului că aceștia sunt privați de cea mai buna sursă de întărire a sistemului imunitar?

#### **INTRODUCERE**

Nașterea normală sau eutocică reprezintă expulsia fătului pe căi naturale în prezentație craniană, longitudinală, pelviană a unui făt ajuns la termen.

Dacă nu se poate vorbi despre un istoric al nașterii din motive lesne de înțeles, se poate vorbi în schimb de o evoluție a nașterii, a cunoașterii acestui proces și al celor legate de el. Astfel, înca din 1550 Î.H. egiptenii cunoșteau unele probleme legate de ginegologie, obstetrică, avort, sarcini, menstruație, boli particulare ale femeii și metode de tratament. De asemenea, aveau unele metode de determinare a sarcinii și a sexului fătului.

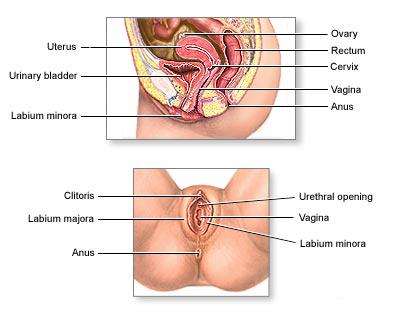
În Grecia antică, femeile din Atena erau asisate la naștere de o moașă. Medicii și moașele din acea vreme practicau palparea abdominală, examenul vaginal cu specul vaginal, notau schimbările cervixuui și dilatația. Avortul era cu desăvârșire interzis, față de situația din India unde se considera ca nou-născutul nu are spirit chiar câtva timp după naștere, din care cauză, copilul era extas cu manevre foarte crude și cu toate că astăzi s-a ajuns la fertilizarea în vitro, ecografie, monitorizare electronică a fătului și altele. Nașterea deși aparent atât de firească rămâne unul dintre marile miracole ale naturii.

#### **CAPITOLUL 1 - NOȚIUNI DE ANATOMIE ȘI FIZIOLOGIE A APARATULUI GENITAL FEMININ**

Reproducerea este o caracteristică fundamentală a oricărei fiinţe şi se realizează prin participarea a două organisme de sex diferit. Ea este rezultatul fecundării gametului feminin (ovul) de către gametul masculin (spermatozoid). Oul rezultat se grefează în cavitatea uterină, unde continuă să crească şi să se dezvolte până ce fătul devenit viabil este expulzat din uter prin actul naşterii.

#### Noțiuni de anatomie a aparatului genital feminin

Aparatul genital feminin este alcătuit din organele genitale interne şi organele genitale externe. Organele genitale interne, reprezentate de ovar, trompa uterină, uter şi vagin sunt aşezate în micul bazin, iar cele externe, reprezentate de vulvă, sunt situate la exterior.



**Ovarul** este un organ pereche care are rol de glandă cu secreţie mixtă, externă şi internă. Cele două ovare sunt aşezate în micul bazin, în fosele ovariene situate de o parte şi de alta a uterului şi rectului, sub originea vaselor iliace externe şi interne. Ovarul are o formă de ovoid turtit, cu diametrul mare de 3 - 5 cm. Culoarea ovarului este roşie cenuşie. Ovarul prezintă două feţe, două margini şi două extremităţi. Faţa medială vine în raport cu fimbriile trompei uterine, iar faţa laterală, cu peretele lateral al micului bazin, de care este legată prin ligamentul suspensor al ovarului. Extremitatea laterală sau tubară vine în raport cu trompa uterină, iar extremitatea medială este legată de uter prin ligamentul uteroovarian. Cele două margini ale ovarului sunt marginea mezoovariană şi opusă acesteia, marginea liberă. Pe marginea mezoovarică se inseră mezoovarul, o plică peritoneală ce leagă ovarul de ligamentul lat al uterului. Tot pe această margine se află hilul ovarului, în care se găsesc vasele şi nervii ovarului.

Foliculii ovarieni primordiali sunt nişte formaţiuni rotunde alcătuite dintr-o celulă mare sferică situată în centru, care poartă numele de ovocit ce prezintă un strat de celule mici, turtite sau înalte situate periferic, numite celule foliculare.

Foliculii ovarieni primari reprezintă un stadiu mai evoluat al foliculilor primordiali.

Foliculii ovarieni cavitari sunt stadii şi mai evoluate ale foliculilor plini.

Foliculii ovarieni maturi reprezintă ultimul stadiu de evoluţie al foliculilor.

Majoritatea foliculilor primordiali degenerează, transformându - se în foliculi atretici. Din numărul mare de foliculi primordiali care evoluează, numai unul singur ajunge la stadiul de maturaţie într - un ciclu ovarian de 28 de zile.

Celulele foliculare din jurul ovocitului alcătuiesc aşa - numitul disc proliger, care

se continuă cu membrana foliculară. În afara membranei foliculare, ţesutul conjunctiv

se diferenţiază în două teci. Teaca internă este alcătuită din celule conjunctive modificate care secretă foliculină. Pe măsură ce se măresc, foliculii ovarieni maturi se apropie de suprafaţa ovarului, se rup, iar ovocitul este expulzat în cavitatea în cavitatea peritoneală.

Procesul poartă numele de ovulaţie şi se produce în perioada fertilităţii, cu 14 - 15 zile înaintea menstruaţiei. În cursul vieţii sexuale a femeii se maturizează circa 400 de foliculi.

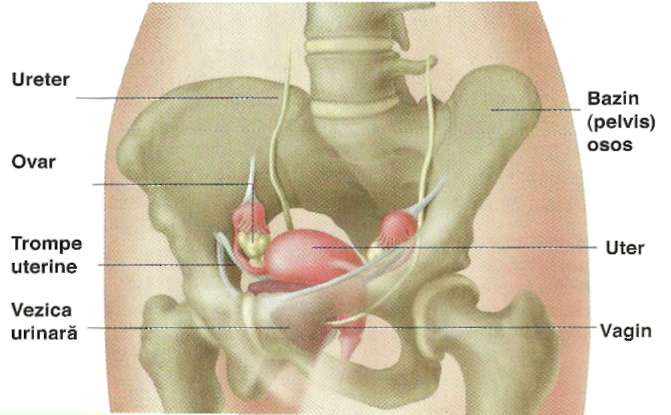
Corpul galben sau progesteronic reprezintă o glandă endocrină. Există corpul galben menstrual şi corpul galben de gestaţie.

Corpul alb este o cicatrice care înlocuieşte corpul galben involuat.

Arterele care hrănesc ovarul sunt ramuri ale arterei ovariene şi uterine. Venele sunt reprezentate de vena ovariană dreaptă care se varsă în vena cavă inferioară şi de vena ovariană stângă, care se varsă în vena renală stângă şi vena uterină care se termină în vena iliacă internă.

**Trompa uterină** este un conduct musculomembranos lung de 10 - 12 cm care se întinde de la ovar până la cavitatea uterină. Trompa uterină prezintă o extremitate laterală, care se deschise în cavitatea peritoneală printr-un orificiu numit ostiul abdominal al trompei, cu un diametru de 2 cm şi o extremitate medială, care se deschide în cavitatea uterină prin ostiul uterin al trompei, cu un diametru de 1mm. Trompa uterină are patru porţiuni: porţiunea intramurală, istmul trompei uterine, ampula trompei uterine şi infundibulul trompei uterine.

**Uterul** este un organ cavitar nepereche interpus între trompele uterine şi vagin. Uterul este fixat în poziţia lui fiziologică prin ligamentele late, ligamentele uterosacrale şi chinga muşchilor ridicători anali.



Uterul are formă de pară. Prezintă o extremitate superioară, numită fundul uterului, un corp şi o extremitate inferioară, numită colul uterin. Corpul se continuă cu colul prin intermediul unui segment scurt şi strâmt, numit istmul uterului. Uterul este turtit dinainte înapoi şi prezintă două feţe, una anterioară (sau vezicală) şi alta posterioară (sau intestinală).

Peretele uterului este format din trei tunici: mucoasă sau endometru, musculară sau miometru şi seroasă sau perimetru.

Tunica mucoasă are o structură diferită înainte de pubertate, la pubertate, în perioada premenstruală şi este formată dintr-un epiteliu şi un corion. Epiteliul este cubic, iar la pubertate cilindric, ciliat. Corionul este alcătuit din ţesut conjunctiv în care predomină elementele celulare şi îndeosebi fibroblastele.

Tunica musculară este formată din fibre musculare netede dispuse în trei straturi: intern, mijlociu şi extern.

Tunica seroasă este alcătuită din peritoneul visceral.

Arterele care irigă uterul sunt ramuri ale arterei iliace interne. Venele colectează sângele pe care-l varsă în vena iliacă internă. Nervii provin din sistemul nervos vegetativ simpatic (plexul hipogastric) şi parasimpatic (nervul pelvic).

**Vaginul** are raport anterior cu vezica urinară şi uretra, posterior cu rectul, lateral cu paravaginele. Segmentul inferior al tractului genital, este un conduct muscular membranos lung de 7 - 8 cm, care se întinde de la colul uterin până la vulvă. Peretele vaginului este alcătuit din trei tunici: mucoasă, musculară şi adventicea.

Tunica mucoasă are numeroase cute transversale şi este formată dintr-un epiteliu şi un corion.

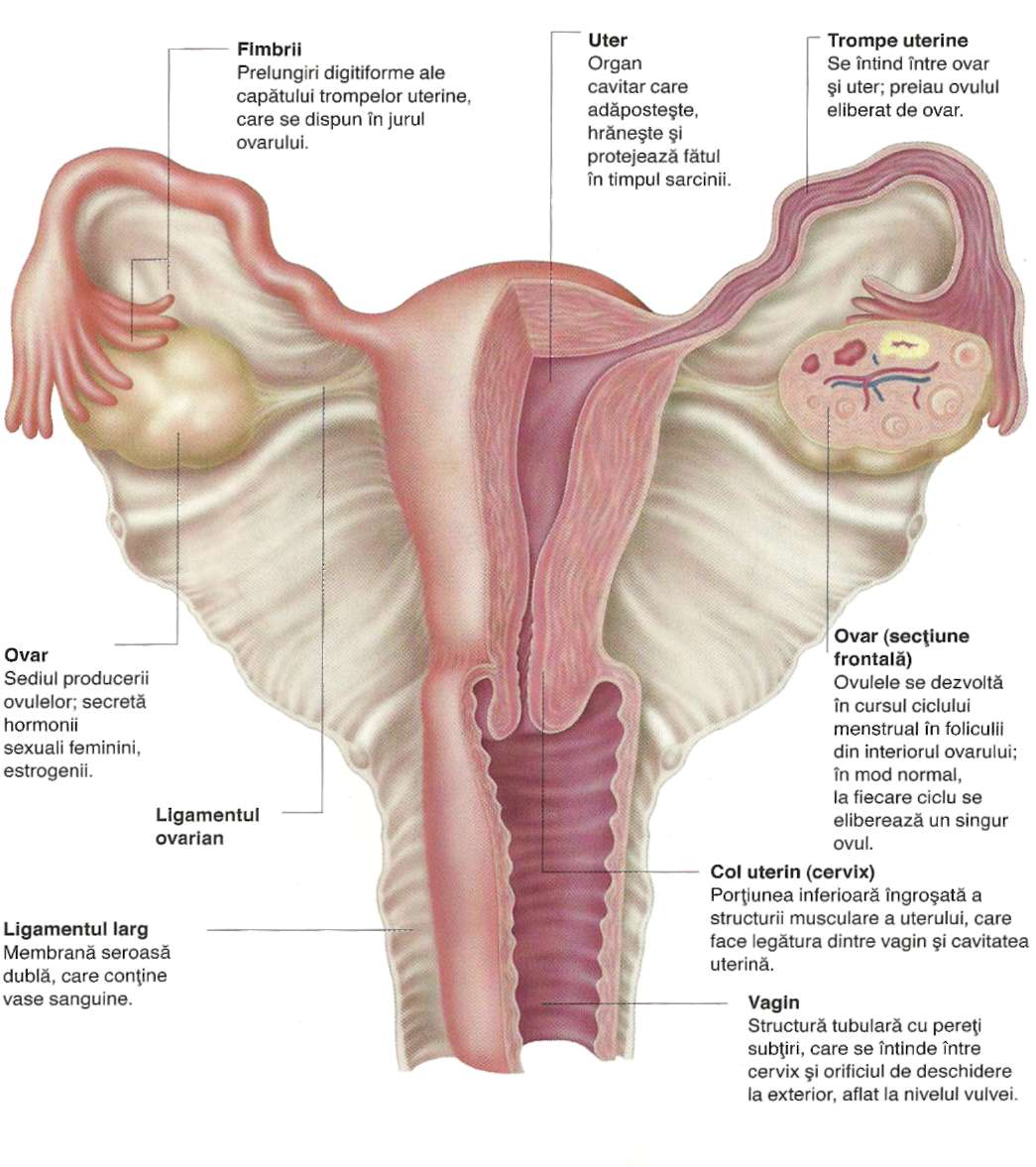
Tunica musculară este formată din fibre musculare netede dispuse în două straturi, unul intern circular şi altul extern longitudinal.

Adventicea este formată din ţesut conjunctiv.

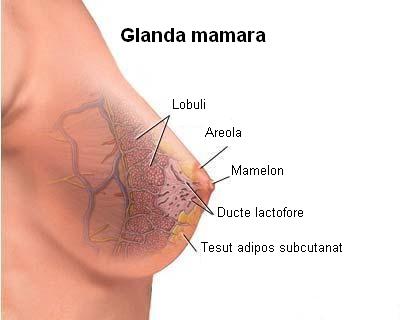
Arterele care irigă vaginul provin din arterele uterină, rectală mijlocie, vezicală inferioară şi ruşinoasă internă.

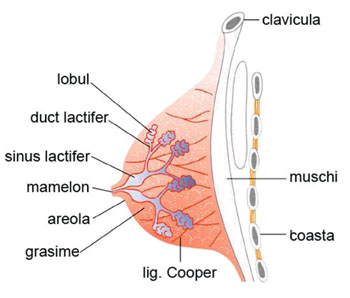
Nervii vaginului provin din plexul hipogastric şi din nervul pelvic.

**Vulva**. Din ansamblul organelor genitale externe care alcătuiesc vulva fac parte labiile mari şi mici, vestibulul vaginei, aparatul erectil şi glandele anexe.



**Glandele mamare** sunt organe anexe ale aparatului genital feminin situate sub pielea regiunii pectorale, în dreptul coastelor 3 - 7. Au o formă caracteristică emisferică. Corpul mamelei prezintă în mijlocul feței convexe o zonă circulară, de culoare roză-brună, cu un diametru de aproximativ 3 cm, care se numeşte areolă mamară. În mijlocul acesteia se găsește mamelonul, prevăzut cu 20 - 25 orificii numite pori galactofori (orificiile canalelor galactofore).





#### Noțiuni de fiziologie a aparatului genital feminin

**Elementele sexuale - spermatozoidul şi ovulul.**Una dintre funcţiile importante ale vieţii este aceea a reproducerii. Pentru realizarea sa, organismul şi-a diferenţiat organe speciale - organele genitale - care sunt diferite la femeie şi bărbat. La actul reproducerii participă ambele sexe, motiv pentru care studiem la început elementele sexuale şi apoi actul fecundaţiei.

Prin elemente sexuale se înţeleg gameţii, în speţă celula sexuală masculina şi celula sexuală feminina.

**Morfologia spermatozoidului** (spermatogeneza). Sediul formării spermatozoizilor este testiculul care este alcătuit din tubii seminiferi formaţi la rândul lor din spermatogoni din care se vor dezvolta spermatozoizi.

Elementele din care ia naştere spermatozoidul este spermatogonia, din care se dezvoltă, prin maturaţie spermatocitul, iar din aceasta spermatida şi apoi, din spermatidă, spermatozoidul, ca element final apt de fecundaţie. Dezvoltarea spermatozoidului se face sub formă de unde mitotice care în timp se produce meioza. începutul spermatogenezei este la pubertate între 12 - 15 am, odată cu apariţia caracterelor sexuale primare şi secundare şi continuă până la bătrâneţe.

Mod de eliminare: lichidul spermatic se elimină prin coit. Ejacularea este condiţionată de integritatea aparatului genital masculin, de acumularea secreţiilor seminale, de impregnarea cu testosteron, de factorii neuro-psihici care determină erecţia. Amestecul de lichid seminal este proiectat sub presiunea sacoală pe orificiul extern al colului şi se adună în fundul de sac posterior al vaginului. Dacă poziţia uterului este normală - anteversiune cu anteflexie, colul uterin vine în contact cu acest depozit vaginal. Aici, la 37°, sperma se lichefiază, în câteva minute, favorizând motilitatea spermatozoizilor.

Spermatozoidul adult poseda doua proprietăţi**:** motilitatea si-puterea fecundantă**;**

Motilitatea - datorită mişcărilor active a cozii spermatozoidului se mişcă liber cu o viteză de 2 mm/minut, 12 cm pe oră, ajungând în trompe cam în 2 ore.

Motilitatea este influenţată de temperatură la -12°, se mişcă lent; la +4° se conservă imobil; iar la temperatura de peste 39° se mişcă agitat şi moare de concentraţia de glucide a mediului prin care trece.

**Fecundabilitatea** - ţine de volumul spermei, de numărul spermatozoizilor, de procentul formelor normale, de gradul şi durata mobilităţii. Durata puterii fecundante a spermatozoidului este apreciată în jurul a 48 h de la ejaculare.

**Celula sexuală feminină:** ovulul. Morfologie: dimensiunea ovulului uman este de 0,20 microni, el este alcătuit din vezicula germinativă, protoplasm, membrana pelucidă şi celule periovacitare. Vezicula germinativă conţine substanţa nucleară densificată într-o zonă numită pată germinativă. Protoplasma sau vitellusul formează restul celulei, masa protoplasmatică alcătuieşte doua zone: una centrală, granulară numită dentoplasmă, şi alta corticală.

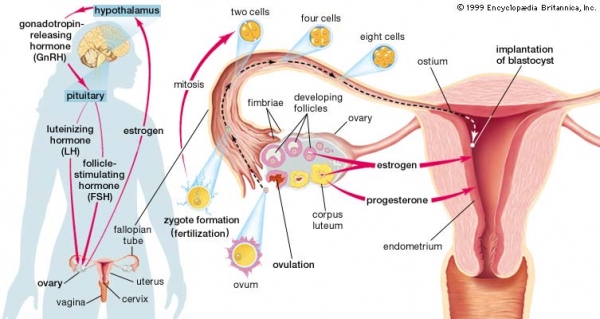
Morfogeneza - Ovulul ia naştere prin dezvoltarea unui folicul primordial din zona corticală a ovarului. In corticala ovarului se găsesc cu miile asemenea foliculi numiţi primordiali, însă în toată perioada genitală a femeii nu se vor dezvolta, până la stadiul de folicul matur, decât 300 - 500.

Foliculii ovarieni încep sa se dezvolte odată cu instalarea pubertăţii. Pentru fiecare ciclu menstrual normal se dezvoltă un folicul. Dezvoltarea lui durează 12-14 zile, trecând prin următoarele stadii: foliculul primordial (ovocit + un singur strat de celule foliculare) folicul primar (ovocit + mai multe straturi de celule foliculare), folicul cavitar (ovocit + cavitate foliculară) folicul cavitar evolutiv (stadiu în care se găseşte cu 48 de ore înainte de evoluţie).

Intr-o secţiune microscopică foliculul matur apare alcătuit din: teaca externă, formată din condensarea ţesutului conjunctiv al stromei ovariene, teaca internă formată din 2-3 straturi de celule turtite: membrana Hanianski, fară structură netă, stratul granulos, alcătuit din mai multe straturi de celule poligonale cu rol secretor în producerea lichidului folicular, cavitate foliculară în care se găseşte lichidul folicular ovocitul.

**Ovulaţia.** Prin ovulaţie se înţelege ruperea foliculului şi punerea în libertate a ovulului. Acest fenomen fiziologic se petrece în a 14, a 15 a zi a ciclului menstrual, când foliculul a ajuns la maturitate şi când la nivelul ovocitului s-a produs prima mitoză reducţională. A doua mitoză de maturaţie a ovocitului, cu eliminarea celui de-al doilea globul polar, se produce chiar în momentul ovulaţiei sau în primele ore după, astfel că ovulul este apt de a fi fecundat din momentul când părăseşte foliculul rupt.

Foliculul se rupe la nivelul porţiunii care predomină la suprafaţa ovarului în acest loc peretele lui fiind foarte subţire. Consecinţa ruperii foliculului este eliminarea ovulului în cavitatea peritoneală împreună cu lichidul folicular. După eliminarea ovulului, foliculul este inundat de vase şi se transformă într-o nouă glandă cu morfologie şi funcţie secretorie specială - corpul galben sau glanda luteinică. Maturarea ovocitului şi ruperea foliculului (ovulaţia) sunt determinate de acţiunea succesivă a hormonului gonadotrop foliculinizant şi a hormonului gonadotrop luteinizant, ca şi de raportul de proporţie dintre aceşti doi hormoni. La femeie ovulaţia este spontană şi se succede ciclic în toată epoca sexuală. In momentul ovulaţiei secreţia de foliculină fiind la un prag foarte ridicat, acţiunea congestivă a acesteia asupra receptorilor genitali şi extragenitali determină un mănunchi de manifestări funcţionale, dureri lombo-abdominale, turgescenţa dureroasă a sânilor, şi uneori chiar o mică pierdere de sânge prin vagin cunoscută sub numele de sindrom intermenstrual sau "criza intermenstruală". Cercetarea zilnică a temperaturii corpului arată în momentul ovulaţiei o creştere cu câteva diviziuni până la o jumătate de grad. După ruperea foliculului, ovulul este capturat de franjurile trompei şi condus în interiorul acesteia. întâlnirea ovulului cu spermatozoidul se realizează în 1/3 externă a trompei, locul unde se efectuează fecundatia.



**Fecundatia.** Prin acest fenomen biologic se înţelege pătrunderea spermatozoidului în ovulul matur şi fuzionarea elementelor nucleare şi protoplasmatice ale celor două celule sexuale.

Datorită unei diastaze proprii- hialuronidoza - spermatozoizii dispersează cumusul celular, celulele perionocitare care înconjoară ovulul şi astfel un singur spermatozoid străpunge membrana pelucidă şi pătrunde în ovul cu coadă cu tot. Din partea ovulului se observă, la locul unde spermatozoidul îşi aplică capul pe membrana pelucidă o mamelonare a protoplasmei denumită con de atracţie.

Spermatozoidul pătruns îşi pierde coada, cei doi nuclei, masculi şi feminini, se contopesc şi la scurt interval urmează prima mitoză de segmentare prin care nucleul şi protoplasma se divid.

Astfel iau naştere primele două blastomere, fiecare cu nucleu propriu. La început celulele nou formate alcătuiesc o sferă plină - după care celulele se orânduiesc la periferie în straturi regulate şi crează o cantitate care se umple cu lichid.

Stadiu de blastulă sau veziculă blastodermică.

Oului în curs de segmentare îi sunt necesare 3 - 4 zile până să ajungă în uter. Conducerea oului spre cavitatea uterină este făcută în primul rând de contracţiile peristaltice ale pereţilor trompei şi în mică măsură de cili.

Odată ajuns în uter oul rămâne scurtă vreme liber în cavitate, după care începe procesul de nidaţie. Muşchiul uterin în urma acţiunii progesteronului secretat de corpul galben, îşi domoleşte contractilitatea, ceea ce favorizează şederea oului în cavitate.

In această scurtă perioadă oul se hrăneşte din rezervele proprii şi din secreţiile glandelor endometrului (acid ascorbic, glicogen).

Nidatia. Este un ansamblu de fenomene care au loc în organismul femeii în momentul cuibaririi şi grefării oului în cavitatea uterină. In procesul de nidaţie deosebim trei faze importante:

Faza pregătitoare a nidaţiei - cuprinde modificările care au loc în ovar, trompe şi uter înaintea nidării oului. Pentru ca nidaţia să aibă loc sunt necesare următoarele modificări în organismul femeii: existenţa unei ovulaţii eficace cu ovocit matur, formarea unui corp galben activ, aspirarea ovulului în trompă, să aibă loc fecundatia. Toate aceste fenomene depind atât de integritatea aparatului genital cât şi de echilibrul neuroendocrin al organismului.

Faza de implantare - oul după ce a stat liber în cavitatea uterină aproximativ 3 zile se prinde de endometru şi pătrunde în grosimea lui printr-un proces de efracţie (histoliză). Acest fel de implantare este cunoscută sub numele de implantare interstiţială. Nidaţia începe în a 8-a - a 9-a zi de la fecundaţie şi corespunde aproximativ zilei a 21-a - a 24-a a ciclului, în plină fază secretorie a endometrului. In aceasta fază oul este acoperit de un strat celular numit corion care este dotat cu proprietăţi speciale. Aceste celule coriale apărute poartă numele de citotrofoblast sau trofoblast de implantare. De obicei implantarea oului are loc la nivelul fundului uterin sau în zonele cu mobilitate mai redusă. Orificiul de pătrundere a oului în mucoasa uterină se acoperă prin depozite de febrină şi apoi se organizează. In faza de implantare trofoblastul este format: extern din plasmodiatrofoblast iar profund din citotrofoblast. In momentul când implantarea s-a terminat plasmodiul dispare şi în locul lui, din celulele profunde se formează un nou sinceţiu.

Faza de placentaţie - după nidarea oului începe faza de formare a placentei sau faza de placentaţie. La baza acestui proces stă formarea vilozitâţilor coreale şi mersul extensiv al trofoblastului care erodează vasele şi crează locurile sanguine. După fecundaţie mucoasa uterină este supusă unor transformări profunde în urma cărora apare aspectul cunoscut sub numele de deciduă în care se va planta oul.

**Placenta.** Placenta este organul sezonier creat de sarcină şi prin intermediul ei se fac toate schimburile dintre mama şi făt. Integritatea placentei garantează o bună dezvoltare a fătului.Placenta joacă un rol de filtru pentru microbi şi toxinele lor.

**Cordonul ombilical.** Este formaţiunea morfofuncţională care face legătura între placentă şi fat. Are culoarea alburie - lucioasă, formă neregulată, cilindrica. Atinge apogeul dezvoltării sale în săptămâna a 25-a de viaţă embrionară. In medie are o lungime de 50-60 cm, cu variaţii între 25 - 150 cm. Cordonul este torsionat, în axul său lung prezentând un număr mare de spire, variabil după caz.



**Lichidul amniotic.** Lichidul amniotic este un produs biologic care constituie mediul ambiant al fătului. Se formează din luna a II-a de sarcină şi atinge apogeul în luna a V-a, la 1000 ml pentru ca ulterior să scadă progresiv până la 500 - 800 ml la sfârşitul sarcinii.

Este un produs de secreţie a membranei amniotice la care se adaugă produsul de excreţie fetală (urină). Acest lichid umple sacul fetal, în el pluteşte fătul.

Lichidul amniotic îndeplineşte următoarele roluri:

* protector - amortizează şocurile ferind fătul de traumatismele exterioare. Protejează placenta şi cordonul de traumatisme de origine fetală
* termic - temperatura fătului rămâne constantă
* permite mişcările fătului asigurând dezvoltarea muşchilor şi a articulaţiilor prin mişcarea membrelor şi contractura muşchilor toracici (pseudomiscări respiratorii)
* rol nutritiv - este scăzut
* rol bacteriostatic
* rol ocitocic

#### **CAPITOLUL 2 - NOȚIUNI DE SEMIOLOGIE A APARATULUUI GENITAL FEMININ**

#### Amenoreea

**Amenoreea** reprezină absența menstruației. Ea poate fi primară sau secundară.

**Amenoreea primară** reprezintă absența menstruației după vârsta de 16 ani, la femeile la care nu s-a instalat ciclul menstrual. Cele mai frecvente cauze sunt: anomalii cromozoniale, tulburări hormonale, lipsa sau incompleta dezvoltare a unor organe ale aparatului genital feminin sau anomalii structurale ale vaginului.

**Amenoreea secundară** reprezintă absenta menstruației la o femeie la care ciclurile menstruale s-au instalat deja. Are drept cauze: graviditatea, contraceptivele, alăptatul, stresu, unele medicamente (antidepresive, antipsihoticele, chimioterapicele anticanceroase sau corticoizii), greutate scăzută, efortul fizic excesiv, lziuni uterine (fibroame uterine, chiuretaje sau cezariene) sau menopauză prematură.

Semnele asociate sunt: cefalee, tulburări emoționale, căderea părului sau pilozitate facială excesivă.

#### Leucoreea

Reprezintă o scurgere vaginală nesângerândă. Leucoreele, cunoscute sub denumirea de pierderi albe sau pierderi vaginale, se manifestă printr-o creștere exagerată a secreșiilor genitale normale. Acestea sunt scurgeri de gleră cervicală, fie fiziologice (în momentul ovulației, de exemplu), fie patologice (care atestă o infecție a căilor genitale). Ele sunt mai mult sau mai puțin abundente, fluide sau groase, albe sau colorate, uneori cu miros dezagreabil. Sunt însoțite adesea de o iritație locală, de arsuri, de mâncărimi și de dureri în timpul raporturilor sexuale. De cele mai multe ori sunt de natură infecțioasă: infecția vulvei, a vaginului, a colului uterin, a uterului, a trompelor lui Fallopio.

Tratamentul antibiotic, care diferă după agentul infecțios, trebuie să fie suficient de îndelungat, uneori repetat. Examinarea și tratamentul simultan al partenerului sexual sunt obligatorii. Leucoreele sunt sensibile la tratament, dar ele recidivează frecvent. Prost îngrijite, ele pot fi responsabile de o sterilitate și predispun la cancerul colului uterin.

#### Menstruația

Menstruația este o sângerare vaginală normală, care apare la femei la un interval cuprins între 21 și 55 de zile, dar la majoritatea o dată pe lună și care durează câteva zile (de obicei, între trei și șapte zile).

Ovarele femeilor elimină în timpul unui ciclu menstrual normal câte un ovul. Ovului se deplasează prin trompa uterină, fiind „înghițit” de acesta spre uter. Dacă ovulul a fost fertilizat și femeia este gravidă, uterul este locul în care se dezvoltă fătul iar menstruația următoare, de obicei, încetează să mai apară, desi există și cazuri rare, când după obținerea sarcinii mai au loc 1, 2 sau chiar 3 menstre dar modificate cantitativ și calitativ. În momentul în care organismal realizează că fecundația nu a avut loc, voulul î… cu membrane sunt expulzate prin vagin. În acest moment se produce cee ace numim menstruație. Intervavul dintre o menstră și următoarea se numește ciclu menstrual. Ciclul menstrual începe în prima zi a menstruației următoare, fără a o include și pe aceasta. Cel mai obișnuit interval este cel de 28 de zile. Însă acest interval de 28 de zile este numai o cifră medie cu care operează medicii. Este posibil ca acest interval să fie mai scurt de 22-2 de zile sau mai lung de 30-35 de zile, fără a fi ceva anormal. Ciclul menstrual se încheie în general, în jurul vârstei (sau după) 45 de ani, atunci când apare menopausa.

Prima zi în care a început menstruația se consideră ziua 1, prima zi a ciclului menstural. Menstruația poate apărea într-un anumit moment al perioadei de pubertate – poate începe la 4-5 ani, pubertate precoce, sau cel mai târziu la 19-20 de ani, pubertate tardivă. La noi în țarp, media de vârstă a apariției pubertății la fetițe este în jurul vârstei de 14 ani, dar în ultimele decade, din cauza a numeroși factori, această vârstă este în scădere. Indiciile care anunță că se apropie momentul apariției menstruației sunt creșterea sânilor, a părului pubian, apariția unei secreții vaginale albe sau gălbui.

#### **CAPITOLUL 3 - NOȚIUNI GENERALE DESPRE SARCINĂ**

#### Definiție

Sarcina este dezvoltarea fătului uman în cavitatea uterină. Sarcina reprezintă totalitatea fenomenelor care se desfășoară între fecundație și naștere, în timpul cărora embrionul apoi fătul se dezvoltă în uterul matern.

#### Formule de calcul a vârstei sarcinii

Sarcina durează în medie 9 luni (273 de zile, plecând de la data fecundației), grupate în trei trimestre. Dacă se măsoara timpul sarcinii în săptămâni de amenoree, atunci începutul sarcinii este fixat în prima zi a ultimului flux menstrual normal. Înainte de 37 săptămâni de amenoree, nașterea se numește prematură iar după 41 săptămâni și 3 zile, se vorbește de termen depășit. Durata totală a sacrcinii este de 40 de săptămâni de amenoree. Atenție! O lună nu are doar 4 săptămâni (28 de zile, ci are 30 sau 31 de zile). Așadar, nu se împarte vârsta sarcinii, calculată în săptămâni la 4 pentru a afla lunile de sarcină deoarece se va obține un rezultat tot fals.

**Calcularea vârstei sarcinii**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TRIMESTRUL | LUNA | SAPTĂMÂNA |  |
|  |  |  |  |
|  | 1 | 0-6 | ⇙ ai împlinit 1 lună |
| I | 2 | 7-10 | ⇙ ai împlinit 2 luni |
|  | 3 | 11-14 | ⇙ ai împlinit 3 luni |
|  | 4 | 15-19 | ⇙ ai împlinit 4 luni |
| II | 5 | 20-24 | ⇙ ai împlinit 5 luni |
|  | 6 | 25-28 | ⇙ ai împlinit 6 luni |
|  | 7 | 29-32 | ⇙ ai împlinit 7 luni |
| III | 8 | 33-36 | ⇙ ai împlinit 8 luni |
|  | 9 | 37-40 | ⇙ ai împlinit 9 luni |

Iată cum se face calculul efectiv:

La data primei zile a ultimei menstruații se adaugă/adună cifra 10 care reprezintă o valoare medie a momentului când are loc ovulația, deci când femeia poate să rămână gravidă. De la cifra obținută se calculează săptămânile până la data curentă, astfel se obâine săptămâna în care se află sarcina în prezent. Neuitând să adăugam cele 10 zile inițiale la date ultimei menstruații aflăm și data probabilă a nașterii (DPN) numărând nouă luni de la data astfel obținută.

Corespondența între lunile de sarcină și săptămâni este:

Luna 1= până la 6 săptămâni de la amenoree | Exemplu calcul: Astăzi 30.04.2019

Luna 2= 7-10 săptămâni Ultima menstruație: 1.02.2019

Luna 3= 11-14 săptămâni Deci 1+10=11 februarie (data când

Luna 4= 15-19 săptămâni probabil a rămas gravidă)

Luna 5= 20-24 săptămâni Din 11.02.2019 numărăm 9 luni și aflăm

Luna 6= 25-28 săptămâni data probabilă a nașterii: 11.11.2019

Luna 7= 20-32 săptămâni Din 11.02 până în prezent au trecut 11

Luna 8= 33-36 săptămâni săptămâni de amenoree, deci vârsta sarcinii

Luna 9= 37-40 săptămâni este de doua luni și o săptămână (trei luni).

#### Modificări produse in sarcină

Odată cu apariția sarcinii, pe lângă bucurie și fericire, femeia cunoaște și o serie de modificări la nivel metabloic, hormonal și neuro-psihic. Transformările apar încă din momentul fecundației, cele mai multe dintre ele fiind determinate de hormoni, mai ales de acțiunea esrogenului și a progesteronului.

*CREȘTEREA PONDERALĂ*

Ultimele studii spun că este firească o creștere ponderală de 12 kilograme +/- 3kg în timpul sarcinii. Ritmul creșterii este mai mare dupa săptămâna a 20-a de sarcină. Specialiștii spun că în primul trimestru o femeie ia în greutate aproximativ 1-2kg, în trimestrul al II-lea, 4-5kg iar în trimestrul al III-lea, 5-6kg. Această creștere se datorează conținutului uterin (făt, placentă, lichid amniotic), al uterului și glandelor mamare, creșsterii masei sangvine, retenției lichidelor și a depozitelor de grăsime. De asemenea, majoritatea femeilor, la doua săptămâni după naștere pot pierde 9kg din această greutate în surplus, însă aceasta nu este o regulă.

*SÂNGELE*

În timpul sarcinii, are loc o creștere a volumului plasmatic și eritrociter dar în mod inegal, ceea ce creează un fenomen de „diluție” care are ca efect scăderea concentrației de hemoglobină (anemie). De asemenea, medicii spun că in perioada celor 9 luni, apare o stare de „hipercoagenalibilitate” fiziologică, ceea ce favorizează tromboasele venoase. Nu este exclus ca unele femeis să se confunte cu o accentuare a varicelor membrelor inferioare.

*RESPIRAȚIA*

Gravida are uneori senzația că respiră mai greu (dispnee). Medicii explică acest fapt prin creșterea numărului de respirații pe minut și prin presiunea făcută de către abdomenul mărit asupra diafragmului (mușchiul despărțitor dintre abdomen și torace), în special în ultimul trimestru de sarcină, sunt și cazuri în care răcelile sunt mult mai dese iar sinuzita se poate accentua.

*MODIFICĂRILE SÂNILOR*

Sânii cresc în volum șisuferă modificări ale pigmentației mameloaneor și areolei mamare. Are loc o creștere a vascularizașiei sânului, vasele de sub piele devenind vizibile. Se produc astfel, trei fenomene:

* mamogeneza – dezvoltarea glandei mamare pentru a putea fi aptă de alăptare,
* golactogeneza– pregătirea glandei mamare de a produce lapte,
* galactopoieza – fenomenul de întreținere a secreției lactate.

*APARATUL URINAR*

Medicii afirma că modificările din timpul sarcinii sunt cauze ale frecvenței crescute a infecțiilor urinare. Totodată, apar și urinări frecvente ca o consecință a presiunii exercitate de uterul mărit asupra vezicii urinare.

*APARATUL DIGESTIV*

Gravida poate prezenta greață dimineța, dar și pe parcusrul zilei. Greața este mult mai accentuată în primul trimestru de sarcină pentru că are loc o creștere a secreției salivare. În sarcină poate să apară și constipația. În unele cazuri, gravida se poate confrunta și cu prezența hemoroizilor (din cauza presiunii abdominale mari).

*SISTEMUL ENDOCRIN*

Sistemul endocrin suferă transformări revocabile. Numeroase glande endocrine își măresc volumul (hipofiza, tiroida). Ovarele se măresc și ele. Ovulația este întreruptă în urma fecundației, iar foliculul ovulator se transformă în corp galben de sarcină. Ciclul menstrual se întrerupe în mod obișnuit pe toată perioada sarcinii.

*UTERUL*

Aceasta suferă cele mai mari transformări, fibrele musculare mărindu-se de 10 ori. Volumul cavității uterine se poate mări chiar mai mult de 500 de ori. Uterul își schimbă forma, care în primele luni este ca o pară, apoi devine sferic, iar în final capătă o formă ovoidă.

*PIELEA*

Pielea este mai destinsă și mai lucioasă, din cauza hipervascularizației de sarcină. Vergeturile apar des în sarcină și au o culoare rosșie-volacee iar după naștere devin albe-sidefii.

*SISTEMUL OSOS ȘI MUSCULATURA*

În ultimele luni de sarcină, mărimea și greutatea uterului determină o presiune suplimentară asupra mușchilor spatelui. Curburile coloanei vertebrale se accentuează. Apar durerile de spate. Odihna este foarte importantă pentru reducerea durerilor. Specialiștii recomandă somnul din poziția întinsă pe lateral, nu pe spate și gimnastică pentru gravide.

*GENITAL*

Apare lecuoreea, mai abudentă și mai fluidă, prin creșterea formării de mucus de către glandele cervicale sub acțiunea estrogenilor. Se indică respectarea regulilor de igienă intimă și urmărirea periodică prin examen citobacteriologic.

*SCHIMBĂRI EMOȚIONALE AFECTIVE*

Viitoarea mamă va trebui să se obișnuiască cu noul ei statut psiho-social. Responsabilitățile care ii revin declanșează adesea în cele 9 luni de sarcină, schimbări dese și bruște ale stării de dispoziție. Gravida se poate simții adesea tristă, distrată, incapabilă de a se concentra. Toate acestea au ca substrat hormonii de sarcină, dar și emoțiile puternice pe care o viitoare mamă le simte.

#### **CAPITOLUL 4 - NOȚIUNI DESPRE NAȘTERE**

#### Definiție

Nașterea reprezintă actul fiziologic prin care un organism care a petrecut o perioadă de timp dezvoltându-se astfel încât să poată supraviețui pe cont propriu, se separă de organismul sau de oul în care s-a dezvoltat. Nașterea este considerată începutul vieții. La majoritatea organismelor vivipare, nașterea (mai ales partea a doua, travaliul) este adesea acompaniată de dureri atroce.

De la începutul dezvoltării sale, fătul stă pe planul său ventral şi pe măsură ce sarcina progresează el este tot mai înghemuit. In ultimele luni, atitudinea fătului este următoarea: capul flectat pe torace, trunchiul curbat înainte, braţele de-a lungul toracelui, antebraţele încrucişate pe piept, coapsele flectate pe abdomen, gambele pe coapse şi picioarele pe gambe.

În primele trei - patru luni fătul este mic şi înoată într-o cantitate suficient de mare de lichid amniotic, în această perioadă el este mobil şi îşi schimba pozitia foarte uşor.

În ultimele cinci luni, devenind mai voluminos în timp ce spaţiul şi lichidul se micşorează, mobilitatea lui se reduce tot mai mult. Către sfârşitul sarcinii axul său cel mare corespunde cu axul cel mare al cavităţii uterine, fătul este aşezat de obicei în axul longitudinal al uterului.

În lunile a – V - a si a – VI - a , capul fetal se găseşte la fundul uterului. In ultimele luni, şi mai ales în luna a noua găsim craniul ocupând segmentul inferior iar pelvisul în segmentul superior.

Aşezarea în cavitatea uterină se face urmând legea acomodării redactată de Pajot: "când un corp solid este conţinut în altul, dacă conţinătorul este sediul unor faze alternative de mişcări şi de repus, dacă suprafeţele sunt alunecoase şi puţin unghiulare, conţinutul va tinde fară încetare să acomodeze forma şi dimensiunile sale, la forma şi la capacitatea conţinătorului".

Pot surveni tulburări ale acomodaţiei atunci când la nivelul uterului scade tonicitatea sau există deformări prin naşteri repetate; malformaţie - ca uter dublu sau cardiform, tumori uterine sau placentare, din partea oului poate surveni un exces de lichid, o scurtare a cordonului, o inserţie joasă a placentei, sau fătul să fie prea mic, prea mare, hidrocefal sau mort.

#### Prezentații și poziții

Prezentaţia este raportul dintre partea premergătoare a fătului şi strâmtoarea superioară, adică partea cu care fătul se prezintă la strâmtoarea superioară.

Prezentaţiile cefalice - la nivelul strâmtorii superioare fătul se prezintă cu extremitatea cefalică. In funcţie de gradul de flectare a craniului deosebim:

* Prezentaţia craniană: craniul în atitudine de flexiune moderată - cea mai frecventă prezentaţie (95%)
* Prezentaţia bregmatică - craniul în atitudine intermediara
* Prezentaţia frontală: craniul în deflexiune moderata (frecvenţa de 1/5000)
* Prezentaţie facială - craniul în deflexiune occiputul atingând spatele fetal (frecvenţă 1/200)

Mai putem împărţi aceste prezentaţii în funcţie de situaţia de flectare sau de deflectare în poziţii flectate (craniană) şi deflectate (frontală, facială, bregmatică)

Prezentaţiile pelviene, cand la nivelul strâmtorii superioare fătul se prezintă cu pelvisul.

În cadrul prezentaţiei pelviene deosebim următoarele varietăţi de prezentaţie.

Prezentaţia pelviana completa: la nivelul strâmtorii superioare fătul se prezintă cu fesele, membrele inferioare fiind flectate, coapsele flectate pe abdomen şi gambele pe coapse, fătul stă turceşte.

Prezentaţia pelviana incompletă care poate fi de trei feluri:

* modul feselor, în care pelvisul apare la nivelul strâmtorii superioare cu fesele, iar membrele inferioare sunt "în atelă la torace"
* modul genunchilor, când fătul apare la strâmtoarea superioară cu ambele picioare (modul complet) sau cu un singur picior (modul incomplet) această prezentaţie se mai numeşte şi podalică. Modul genunchilor şi picioarelor apare de obicei la feţi mici (prematuri). Prezentaţia pelviana are o frecvenţa de 3-5 %.

Prezentaţiile umerale - la nivelul strâmtorii superioare fătul se prezintă cu unul din umeri. In cadrul prezentaţiei umerale putem deosebi o varietate a umărului drept (când latul se prezintă la nivelul strâmtorii superioare cu umărul drept) şi o varietate a umărului stâng (când fătul se prezintă la nivelul strâmtorii superioare cu umărul stâng).

Raporturile prezentaţiei faţă de strâmtoarea superioară pot fi

* prezentaţia mobilă: prezentaţia nu a luat contact cu strâmtoarea superioară
* prezentaţia aplicată - prezentaţia a luat contact cu strâmtoarea superioară, dar este mobilizabilă
* prezentaţia fixată - marea circumferinţă a prezentaţiei coincide cu inelul strâmtorii superioare, prezentaţia nemaiputând fi mobilizată
* prezentaţia angajata - marea circumferinţă a prezentaţiei a trecut de inelul strâmtorii superioare
* prezentaţia coborâtă.

Poziţia este raportul dintre un punct fix de pe prezentaţie faţă de reperele diametrelor strâmtorii superioare. Punctul fix este variabil şi este în funcţie de prezentaţie:

* în prezentaţia craniana este occiputul (0)
* în prezentaţia faciala este mentonul (M)
* în prezentaţia frontală este nasul (N)
* în prezentaţia pelviană este sacrul (S)
* în prezentaţia umerală este acromiomul (A)

Varietatea de poziţie reprezintă raportul dintre elementul obstetrical convenţional de reper al fiecărei prezentaţii şi punctele de reper ale jumătăţii drepte sau stângi ale bazinului.

**Prezentaţia craniană flectată (occipitală)** este varianta în care flexiunea craniului fetal pe trunchiul fetal este maximă astfel că partea din craniu care coboară prima este fontanela mică sau posterioară şi reperul pentru desemnarea varietăţii este occiputul.

**Prezentaţia craniană facială** este o variantă deflectă prezentând diametrul submento bregmatic, partea care se angajează prima fiind faţa iar elementul de reper este mentomul.

**Prezentaţia craniană frontală** este varianta deflectată în care craniul se prezintă la strâmtoarea superioară într-o poziţie intermediară între flexiune şi deflexiune, punctul de reper fiind nasul.

**Prezentaţia pelviană** este acea prezentaţie longitudinală care partea prezentată la strâmtoarea superioară este extremitatea pelviană a fătului.

**Prezentaţia transversală** este reprezentată de situaţia când fătul este dispus în axul transversal al uterului, la strâmtoarea superioară prezentându-se trunchiul cu unul din umeri iar capul este situat într-una din fosele iliace; punctul de reper este capul sau acromiomul.

#### Nașterea normală

**Fenomenele de baza ale naşterii.** La realizarea actului naşterii participă două categorii mari de fenomene: active şi pasive;

**Fenomenele active ale naşteri.** Contracţia uterină constituie forţa esenţială care promovează naşterea, propulsând fătul.

Caracteristicile contracţiilor uterine sunt dureroase, descrise sub formă de colică: senzaţia de durere uterină iradiază, seamănă cu o centură dureroasă şi cuprinde regiunea lombară, zona feselor, perineului, ombilicală, hipogastrul şi zona pubiană; sunt intermitente, survin la începutul naşterii la intervale de 20-30 min iar pe măsură ce naşterea avansează survin la 4 - 5 min, iar la sfârşitul dilataţiei ajungând la o frecvenţă de 2 - 3 min, durează aproximativ 25 - 35 sec, în perioada de dilatare, iar 60-80 sec în perioada de expulzie a fătului, contracţiile uterine sunt involuntare, sunt energice şi variază ca intensitate, frecvenţă, amplitudine şi durată.

În timpul contracţiei uterine uterul se întăreşte progresiv, cresc diametrele verticale, anteroposterioare, scad diametrul transvers, pereţii uterini devin groşi.

Contracţia vaginului este în general slabă şi nu are prea mare importanţă în travaliu.

Contracţia muşchilor abdominali - aceste contracţii sunt voluntare, foarte importante pentru actul naşterii adâugându-se energiei contracţiilor uterine şi alcătuiesc aşa numita presă abdominală.

**Fenomenele pasive ale naşterii** sunt reprezentate de efectele contracţiilor uterine asupra segmentului inferior, colului uterin membranelor, vulvei, perineului.

Efectele la nivelul segmentului inferior. Segmentul inferior se dezvoltă în ultimele trei luni ale gestaţiei. El reprezintă „fostul istm" care s-a destins ajungând la dimensiuni de 10 - 12 cm.

La graniţa dintre segmentul superior şi inferior se găseşte inelul Bandl sau inelul de contracţie Schroder. În timpul contracţiei uterine, segmentul inferior se destinde iar când segmentul superior este în repaus, segmentul inferior se contractă slab "armonie de contracţie".

Efectele la nivelul colului uterin apar cu deosebire la col, reprezentate prin: scurtarea, ştergerea şi dilatarea lui concomitent cu formarea pungii apelor.

**Formarea, rolul şi ruperea pungii apelor.** În timpul dilatării colului uterin zona rămasă liberă în aria colului nefiind susţinută de miometru, membranele, corionul şi amniosul încep să bombeze spre vagin. Efectul în prima fază este eliminarea dopului mucos (gelatinos) iar în a doua fază lichidul amniotic se revarsă prin spaţiile libere în polul inferior al oului: se formează astfel o pungă care poartă denumirea de pungă a apelor.

Punga apelor are rol excitator al interaceptorilor colului, mărind intensitatea contracţiilor, rol termic deoarece păstrează integritatea şi căldura constantă a oului, rol protector împotriva agenţilor patogeni din cavitatea vaginală în cavitatea ovulară si rol lubrifiant.

Ruperea pungii apelor - la naşterea entocică punga apelor se rupe la o dilatare aproape completă (7 - 8 cm sau 4 - 5 degete).

Dilatarea fiind mare iar compresiunea uterină fiind de asemenea mare, punga apelor cedează şi se rupe.

Există cinci posibilităţi de rupere a pungii apelor:

* normal la o dilatare de 7 - 8 cm (4 - 5 degete);
* ruperea prematură - se rupe înainte de debutul contracţiilor;
* ruperea precoce: membranele se rup în cursul travaliului dar la o dilatare incompletă;
* ruperea tardivă - când punga apelor se rupe concomitent cu degajarea prezentaţiei;
* ruperea artificială;

Efectele contracţiilor uterine asupra fătului sunt reprezentate de timpii care alcătuiesc mecanismul naşterii, acomodarea, fixarea şi angajarea, coborârea şi rotaţia internă, deflectarea şi degajarea craniului.

**Clinica travaliului. Perioadele şi mecanismul naşterii.** Naşterea este actul, graţie căruia fătul, ajuns la stadiul viabilităţii este expulzat sau extras pe caile naturale.

Actul naşterii se realizează parcurgând patru perioade mari care sunt o îngemănare de mişcări active şi pasive sub influenţa dinamică a contracţiilor uterine: perioada de dilataţie, perioada de expulzie a fătului, perioada de expulzie a placentei, post-partum imediat.

**Perioada de dilatatie (dilatare).** Contracţia uterină are ca efect principal deschiderea orificiului uterin şi propulsarea produsului de concepţie. Dilatarea face parte din fenomenele pasive ale naşterii. Pe măsură ce uterul se contractă, segmentul inferior se destinde şi favorizează dilatarea - "armonia de contracţie". În timpul naşterii uterul dezvoltă o energie mare, fapt prin care exercită presiune asupra conţinutului său.

Mecanismul intern al dilatării colului: fibrele uterine contractându-se, fundul uterin ia punct fix pe ovoidul fetal, apasă puternic pe făt a cărei prezentaţie este nevoită să apese la rândul său pe segmentul inferior şi zona colului, punctul de minoră rezistenţa a uterului, aceeaşi contracţie fibrele scurtându-se trage în sus marginile colului. Prin acest mecanism dublu, colul încetul cu încetul se scurtează, se şterge şi apoi se dilată.

Dinamica dilatării este deosebită la primipare faţă de multipare. La primipare dilatarea se execută de sus în jos: orificiul uterin intern se dilată, cavitatea cervicală este cuprinsă în dilatare, colul se şterge, orificiul extern se destinde şi el, colul se dilată.

La multipare scurtarea, ştergerea şi dilatarea se fac concomitent.

Gradul de dilatare progresivă se constată prin examen vaginal cu valvele sau digital care se face imediat după declanşarea naşterii, apoi periodic la la un interval de 3 - 4 ore. Imediat după ruperea pungii apelor dilatarea se măsoară în cm şi digital.

Graficul evoluţiei naşterii în funcţie de timpul parcurs de la începutul până la sfârşitul travaliului poarta numele de partogramă.

Durata dilatării este apreciata la 10-12 ore Ia primipare şi la 4-6 ore la multipare.

**Perioada de expulzie a fătului.** În perioada de expulzie a fătului, sub efectul contracţiei uterine survin o serie de modificări pasive şi mişcări ale ovoidului fetal cunoscute sub numele de timpul naşterii - mecanismele naşterii care sunt: angajarea la strâmtoarea superioara, coborârea şi rotaţia internă a craniului și degajarea la strâmtoarea inferioară cu doi timpi secundari și anume flexiunea şi rotaţia internă şi externă şi degajarea trunchiului.

Angajarea la strâmtoarea superioară este formată din trei subtimpi succesivi.

Flectarea la primipare, se face cu aproximativ două săptămâni înainte de travaliu şi la multipare se execută după primele contracţii de la debutul travaliului. La contactul cu aria strâmtorii superioare craniul întâmpină o rezistenţă dură-osoasă, motiv pentru care se realizează un braţ lung spre menton şi un braţ scurt spre occiput şi sub efectul contracţiilor craniului se va flecta înainte spre menton;

Fixarea craniului s - a produs când marea circumferinţă a ovoidului fetal se găseşte în planul strâmtorii superioare. În acest caz la tuşeul vaginal între craniu şi planul sacrat intră trei degete, faţa posterioară a simfizei este ocupată în 1/4 parte.

Angajarea se realizează atunci când marea circumferinţă este înlocuită cu mica circumferinţă, diametrul suboccipitofrontal cu cel suboccipitobregmatic şi se depăşeşte în jos conturul strâmtorii superioare. La tuşeul vaginal între prezentaţie şi planul sacrat pătrund două degete iar faţa posterioară a sinfîzei este ocupată 2/3 din suprafaţă.

Angajarea craniului se face sub două forme: în asinclitism şi sinclitism.

Sinclitism înseamnă trecerea craniului prin strâmtoarea superioară cu sutură sagitală la distanţă egală dintre simfiza pubianâ şi promontoriu, iar bazele parietale coboară simultan şi la acelaşi nivel în excavaţie.

Asinclitism înseamnă că exista o disproporţie între craniu şi bazin (naşterea distocică). si poate fi asinclitism anterior, când craniul este înclinat spre anterior, parietalul anterior coboară primul, sutura sagitară se află mai aproape de promontoriu decât de simfiza pubiană. Se întâlneşte la femeile multipare cu abdomen relaxat sau poate fi asinclitism posterior când craniul este înclinat spre posterior, parietalul posterior intră primul în excavaţie, sutura sagitară este mai aproape de simfiza pubiană decât de promontor. Se întâlneşte la femeile primipare cu tonus muscular crescut.

Coborârea şi rotaţia internă a craniului este timpul în care circumferinţa parcurge distanţa dintre strâmtoarea superioară şi cea inferioară determinată de contracţiile uterine care continuă să impulsioneze fătul spre degajare.

Axul de coborâre al craniului coincide cu axul strâmtorii superioare ombilico-coccigian când occiputul a prins punctul de sprijin sub simfiza şi îşi orientează direcţia spre axul strâmtorii inferioare anterior orientate, parcurgând un ax cub în jurul simfizei. Planul prezentaţiei (craniului) se va adapta la planul pelvian deci va face o rotaţie de 1/8 de cerc: adică diametrul suboccipitobregmatic al craniului fetal se aşează în diametrul anteroposterior al strâmtorii mijlocii şi apoi a celei inferioare deci în poziţie occipitopubiană.

Deflexiunea şi degajarea începe când circumferinţa traversează conturul strâmtorii inferioare. Ajuns la strâmtoarea inferioară craniul întâlneşte: înainte un obstacol osos - simfiza pubiană - apoi i se contrapune o rezistenţă moale a perineului şi coccisului. Sprijinindu-se şi oprindu-se la simfiza pubiană, craniul ia punct fix sub simfiza şi se deflecteazâ.

Prin deflectare craniul fetal se naşte şi apar pe rând, fruntea, nasul, orificiul bucal, mentonul.

Fenomenul principal al expulziei este degajareaa care cuprinde depăşirea strâmtorii osteoligamentare, depăşirea planşeului pelvi-perineal prin retropulsia coccisului şi mărirea diametrului coccisului-pubian de la 9, 5 cm la 11, 5 cm. Perineul şi anusul se destind iar orificiul vulvar se dilată progresiv la dimensiunile marii circumferinţe ale craniului.

Rotaţia externă a craniului fetal şi internă a umerilor se face concomitent. Craniul se lateralizează iar atunci când craniul s - a degajat şi este liber, revine în poziţia iniţială adică planul frontal al craniului coincide cu planul frontal al umerilor. Capul face rotaţie externa inversă cu occiputul spre diametrul în care s-a angajat.Umerii urmează craniul pe acelaşi drum dar inversat se rotează, ajungând cu diametrul biocromial în diametrul anteroposterior al strâmtorii inferioare.

Degajarea trunchiului - se exteriorizează prima dată umărul anterior până la deltoid sau mijlocul braţului şi se fixează sub simfiza, apoi se ridică în sus fătul pentru ca să se degaje umărul posterior deasupra coccisului.

În această fază perineul posterior se destinde, orificiul anal se deschide iar vulva din verticală devine ovulară, în acest moment acţionăm prin apărarea perineului izolând regiunea anală care este foarte septică cu o compresă sterilă.

Degajarea trunchiului se face foarte uşor întrucât fătul este alunecos iar pe de alta parte dimensiunile sale sunt mai mici decât ale craniului fetal. După ce s - a expulzat fătul şi s - a dezobstruat, executăm secţionarea cordonului ombilical.

**Perioada de expulzie a placentei (delinvrenţa).** Fiziologic o delinvrenţă normală evoluează în trei timpi: dezlipirea placentei şi membranelor; trecerea placentei din uter în vagin și expulzia placentei în afara vaginului.

Dezlipirea placentei şi a membranelor**.** Femeia nu prezintă după expulzia fătului un repaus fiziologic sau repausul contractilităţii. Se mai produc contracţii de slabă intensitate care nu sunt dureroase, pe lângă acestea există şi retracţia uterină care este un fenomen pasiv caracterizat de tendinţe de revenire a uterului la forma iniţială după expulzia conţinutului său.

Ca mecanism de dezlipire deosebim clinajul stratului spongios care deschizând sinusurile venoase determina focare hemoragice realizând hematomul retroplacentar.

Când uterul se contractă în acelaşi timp se şi retractează. Placenta este în schimb inertă neretractându - se în acelaşi timp cu uterul, realizând un dezechilibru între uter şi placentă. Vilozităţile crampon centrale se întind realizând conuri de tracţiune şi smulg decidua bazală formând astfel hematomul retroplacentar. Acesta are o tensiune crescută care destinde placenta din ce în ce mai mult şi ajuta la decolarea ei.

Mecanismul Duncan - placenta nu se desprinde de faţa uterină a uterului în mod complet ci parţial, hemoragia progresează şi poate deveni patologică.

Deslipirea fiind terminată, uterul se contractă iar corpul uterin devine peste tot la fel de gros.

Trecerea placentei din uter în vaginse face sub influenţa contracţiilor uterine şi apoi a propriei greutăţi placenta cade în segmentul inferior şi apoi în vagin.

Hemostaza în cazul delinvrenţei este asigurată prin :

* retracţia şi contracţia uterină care interesează mai cu seamă zona placentarâ. Stratul plexiform al miometrului având câte un vas în ochiuri se contractă violent, această ligatură are drept consecinţă o stare de duritate a uterului care se numeşte "glob de siguranţă".
* coagularea sanguină - un alt factor care sistează hemoragia prin tromboza fiziologica.

Expulzia placentei în afara vaginului se face greoi din cauza tonusului vaginului şi planşeului pelviperineal. Pentru ca aceste mecanisme să se producă trebuie ca placenta să fie, normală, normal inserată, inserţia sa fie pe mucoasa sănătoasă.

Perioada de post - partum imediateste perioada marilor hemoragii care pot să continue din perioada de delinvrenţă sau să apară pe neaşteptate în această ultimă perioadă. Cuprinde primele ore ale lehuziei. Este perioada hemoragiilor prin atonie uterină, prin resturi placentare, prin leziuni de părţi moi sau eventual o fibrinogenemia.

**Conduita la naştere.** Femeia gravidă va fi internată odată cu declanşarea contracţiilor uterine dureroase progresiv sau odată cu ruperea membranelor. Prin examen obstetrical se pune diagnosticul privind vârsta sarcinii, prezentaţia poziţia, starea fătului.

In perioada de dilatare se face: auscultaţia bătăilor cordului fetal şi reechilibrarea metabolică în caz de suferinţă fetala, urmărirea dinamicii uterine, supravegherea stării generale şi a comportamentului psihic al parturientei, se administrează calmante generale.

Când perineul începe să se bombeze iar fonta vulvarâ se deschide parturienta este aşezata pe masa de expulzie, se badijonează cu alcool iodat, regiunea vulvo perineala şi se aplică câmpuri sterile în jurul regiunii.

In perioada de expulzie se completează pregătirea psihologică a gravidei, adoptând o atitudine răbdătoare, încurajatoare, se asigură colaborarea parturientei care trebuie să asocieze contracţia voluntară cu reţinerea respiraţiei şi împingerea puternică. Intre contracţii parturienta se va odihni respirând adânc şi calm.

In perioada delinvrenţei se acordă o atenţie deosebită, deoarece majoritatea deceselor materne din cauze obstetricale se produc în această perioadă. Dacă placenta nu s-a decolat în 60 min se face extracţia manuală. Buna retractilitate uterină se realizează printr-un uşor masaj transabdominal.

In primele doua ore după expulzia placentei femeia este supravegheată permanent de cadrul sanitar, medic, se supraveghează comportamentul, puls, tensiune arterială, se controlează regulat pansamentul vulvar (observarea cantităţii şi ritmul pierderii de sânge) se constată starea uterului.

Examinarea nou-născutului Deşi viguros, nou-născutul este o fiinţa fragilă care trebuie tratată cu mare blândeţe.

Imediat după naştere nou-născutului la termen, normoponderal sănătos este aşezat pe un scutec călduţ.

Dezobstrucţia căilor respiratorii superioare se face prin aspirarea mucozităţilor din orofaringe şi fosele nazale, secreţii, lichid amniotic. In lipsa aspiratorului electric se poate folosi o sondă Nelaton subţire, cu care se va efectua aspiraţia bucală şi apoi se continuă în faringe. La capătul celălat acoperit cu o compresă se aspiră aruncându-se apoi conţinutul prin exulfare. Aceeaşi manevră se face şi în fosele nazale.

Secţionarea şi pansarea cordonului ombilical se face imediat după ce nou - născutul a fost complet expulzat şi după dispariţia pulsaţiilor, între doua pense Kocher, asigurându-se astfel hemostaza;

Tegumentele nou - născutului sunt curăţate de secreţii şi de lichid amniotic cu ajutorul unor comprese sterile înmuiate în ser fiziologic călduţ, fără a se freca energic.

Nou - născutul este transportat pe masa de înfăşat, unde sub o lampă puternică ce - i asigură şi încălzirea este uscat şi i se face ligaturarea cordonului ombilical la cca. 3 - 4 cm de la nivelul pielii cu aţă sterilă neresorbabilă. Se secţionează deasupra acestei ligaturi care este completă în "dop de şampanie". Se aplică deasupra comprese sterile înmuiate în alcool 70° şi se pansează cu faşe circulare.

Se apreciază şi scorul Apgar care consta din următoarele criterii pentru care se dă un punctaj: culoarea tegumentelor, respiraţiile, tonicitatea musculară, reflexul de iritaţie la introducerea sondei de desobstruarea foselor nazale, activitatea cardiacă.

Scorul Apgar poate fi cuprins 0 - 10. Normal este 7, sub valoarea de 7 are semnificaţie patologica şi trebuie repetat din 5 în 5 minute.

Se face profilaxia oftalmiei gonacocice, metoda Cridi, instilându-se soluţie de nitrat de argint 0,5-1% în fundurile de sac conjunctival câte 1, 2 picături în fiecare ochi.

Nou-născutul este cântărit, măsurat. Câtărirea se face cu cântarul pentru sugari, măsurarea se face cu pediometrul, cuprinzând distanţa vertex-plantă, examinat medical pe sisteme şi aparate, înfăşat şi transportat în salonul de nou-nâscuţi, se va supraveghea ligatura ombilicală, se controlează să urineze şi să elimine meconiu.

Se fixează o brăţară cu numele mamei la nivelul antebraţului.

#### Nașterea prin cezariană

Cezariana reprezintă o incizie chirurgicală care permite extragerea unui nou-născut din uterul mamei. În zilele noastre, cezariana se practică la 8 până la 15% din nașteri.

Indicații. Cezariana este obligatorie în anumite cazuri: disproporția fetopelviană (făt prea mare pentru bazinul mamei); suferința fetală acută (încetinirea ritmului cardiac al fătului, impunînd o extracție rapidă); placenta praevia (inserția joasă a placentei); prezentarea proastă a fătului (cu umărul, în poziție transversală); patologia gravă a mamei la sfîrșitul sarcinii (hipertensiune arterială, toxemie, coagulopatii). Operația cezariană este programată atunci când nu este de dorit ca femeia să nască pe cale naturală; ea poate, de asemenea, să fie decisă și practicată în cursul travaliului dacă survin semnele unei suferințe fetale. Cezariana este cea mai importantă intervenție chirurgicală în obstretică. Se practică încă din anul 700 î.Ch., la Roma, acest procedeu fiind folosit pentru a extrage copii din femeile care mureau în apropierea termenului; în 1610 s-a realizat prima operație cezariană pe o persoană vie. Incidența cezarienelor a continuat să crească în cursul ultimilor 30 de ani.Cezariana a devenit cea mai frecventă procedură operatorie în majoritatea spitalelor. În Europa, rata operațiilor cezariene este de 5-7%. Există mai multe motive care contribuie la creșterea dramatică a nașterilor prin cezariană.

CONTRAINDICAȚIILE OPERAȚIEI CEZARIENE

* Dintre contraindicațiile relative menționăm:
* Leziuni supurative ale peretelui abdominal
* Prezentație angajată
* Distocie osoasă
* Făt mort sau cu malformații
* Infecție intraamniotică gravă
* Anasarca feto-placentară.

Dacă viața mamei este în pericol se practică cezariana (iminența de rupture, placenta praevia centrală). De asemenea operația cezariană este contraindicată ori de câte ori ea prejudiciază mai mult viitorul femeii în raport cu nașterea pe căi naturale și ori de câte ori fătul nu reprezintă calități care să impună terminarea nașterii prin cezariană.

Condițiile clasice ale cezarienei-făt viu, viabil, prezentație neangajată, segment inferior format, lipsa infecției amniotice, uterul nu-și mai păstrează rigurozitatea inițială. Pentru combaterea corectă a sindromului inferior este necesar să se facă prelevări pentru identificarea germenilor și antibiograma de la nivelul:

→ Canalul cervical sau segmentul inferior

→ Cavitatea uterină după extracția fătului

→ Placenta

→ Regiunea axilară a nou-născutului

TEHNICI IN OPERAȚIA CEZARIANĂ

Procedee de elecție:

* Operația cezariană segmentară transversală joasă ce presupune decolarea limitată a vezicii
* Operația cezariană transversală extracelulară ce evită decolarea peritoneală secundară.

Procedee cu indicație limitată:

* Operație cezariană segmentară cu incizie mediană verticală ce necesită decolări mari ale vezicii
* Operație cezariană segmentară transversală joasă cu decolarea limitată a vezicii și mica operație cezariană (histerotomia)

Procedee contraindicate:

* Operația cezariană vaginală (histerotomia vaginală)
* Operația cezariană subsegmentară (Medrea)
* Toate procedeele de operație cezariană extraperitoneală mai dificile ca tehnică și iraționale ca principii
* Cezariana extraperitoneală paravezicală sau supravezicală
* Operația cezariană corporeală ce necesită laparotomie mediană largă și expune la vindecări vicioase și riscul de dezunire a cicatricii uterine în postoperator sau la sarcinile anterioare
* Operația cezariană segmentară Dorfler cu exteriorizarea uterului gravid, traumatizantă, urmată de infecție peritoneală ce necesită o foarte largă laparotomie mediană

Cezarienele postmortem necesită următoarele indicații:

* Operația cezariană executată la 10-15 minute de la decesul gravidei-se poate scoate un făt viu
* Operația cezariană făcută după o agonie mai lungă, criza eclampsică, apoplexie uteroplacentară, cardiopatie etc.

RISCURILE OPERAȚIEI CEZARIENE

*Riscul matern*

*Precoce*. Deoarece mortalitatea maternă înglobează și mortalitatea consecutivă operației cezariene rezultă că față de femeia cu lehuzie după naștere pe căi naturale, riscul mortalității materne prin operație cezariană este de circa douăzeci de ori mai mare. Alături de acest risc major este bine cunoscut că și proporția complicațiilor postoperatorii este mult mai mare față de lăuzia după naștere pe cale naturală.

*Tardiv*. Procesul sechelelor tardive după operația cezariană este de asemenea foarte mare, fiind interesate funcțiile aparatului genital feminin de reproducere, menstruală, sexuală, de reproducere, întâlnite la aproape toate femeile cu operație cezariană. Riscul crescut imediat sau tardiv este determinat de complicațiile intra și postoperatorii generate de sindromul infecțios, anestezic și sindromul hemoragic.

Riscul crescut feto-neonatal

Statisticile mari pe locuri variate,arată că mortalitatea perinatală este mai mare, după operația cezariană,decât după nașterea naturală. Desigur că proporția mai mare a mortalității perinatale este determinată și de faptul că sunt indicații ale cezarienei în interes matern, cu toate riscurile fetale.

Dar însăși operația are influență nocivă asupra produsului de concepție. Dintre factorii care cresc riscul perinatal sunt:

*Anestezia*. Drogurile folosite în anestezia generală produc depresia centrilor nervoși fetali,în special al centrilor respiratori. Anesteziile de conducție, influențând nociv, brutal fluxul utero-placentar, batât prin hipotensiunea generală, cât și prin scăderea sângelui placentar și a retracției uterului pe făt, produc anoxia fetală.

*Manevra de extragere a fătului*. Uneori mai laborioasă și mai îndelungată,această manevră face ca fătul să inspire mai mari cantități de lichid amniotic amestecat cu sânge, ceea ce impune manevre de reanimare a nou-născutului, utile, necesare, dar și cu complicațiile lor.

*Trecerea rapidă de la viața uterină la viața extrauterină*. Marile diferențe dintre presiunea intrauterină și presiunea atmosferică cresc deasemenea riscul fetal neonatal.

#### **CAPIOTLUL 5 - LĂUZIA FIZIOLOGICĂ**

#### Definiție

Lăuzia constituie perioada de timp în care are loc restabilirea modificărilor generale și locale induse de sarcină, cu revenirea acestora la statutul morfofiziologic inițial. Debutează imediat după expulzia placentei și durează timp de 6 – 8 săptămâni.

Lăuzia mai poate fi definită prin termenii perioada post – partum sau puerperală (din latinescul puer, ceea ce semnifică nou – născut).

Perioada de lăuzie poate fi divizată în trei etape consecutive și anume:

* lăuzia imediată, care cuprinde primele 24 de ore după naștere;
* lăuzia propriu - zisă care cuprinde 2 – 12 zile post – partum, fiind caracterizată prin involuția uterină, cicatrizarea patului placentar și modificarea caracterului lohiilor;
* lăuzia tardivă, cuprinsă între 13 zile si 6 – 8 săptămâni post – partum, care atestă refacerea treptată a endometrului, cu reapariția ciclului menstrual la femeile care nu alăptează.

#### Modificări generale în lăuzie

**Modificările aparatului cardiovascular**. Nivelul, tensiunii arteriale, debitul cardiac, consumul de oxigen și cantitatea fluidelor corporale revin la valorile antepartum la sfârșitul săptămânii a doua post – partum.

Volumul sângelui după naștere descrește.Placenta pierde funcția endocrină și se micșorează vasodilatația, patul vascular matern fiind redus la 10 – 15% odată cu excluderea circulației utero – placentare.

Volumul sangvin crește cu 15 – 30 % în primele 12 – 48 de ore post – partum din cauza mobilizării

**Modificările respiratorii** Respiraţia costală superioară din sarcină revine la respiraţie costo-abdominală în lăuzie.

Creşterea excursiilor diafragmatice poate duce la mobilizarea unor focare TBC sau a unor supuraţii preexistente (deci se impune un control radiologie al tuturor lăuzelor).

**Modificări renale şi urinare**

Apare poliuria după naştere care se explică prin creşterea filtrării glomerulare şi dispariţia factorilor de retenţie hidrosalină. Se elimină apă şi săruri din compartimentul extracelular, iar urina femeilor care alăptează conţine lactoză şi peptone. In primele zile, vezica urinară este atonă, insensibilă la supradistensie din cauza traumatismului joncţiunii uretrovezicale. In acest context apare frecvent retenţie de urină.

* hipervolemie fiziologică, pentru eliminarea apei din sectorul interstiţial;
* hipotonie a vezicii urinare şi relativă insensibilitate la presiunea urinară - traduse clinic prin retenţie acută de urină. Sondajele repetate pot induce infecţii urinare iatrogene;
* Modificările bazinetului şi calicelor retrocedează în aproximativ 4 săptămâni.

**Modificarile aparatului digestiv.** Se observă o scădere a secreţiei gastrice.

Constipaţia atonă din timpul sarcinii se menţine şi în lăuzie, iar hemoroizii apăruţi după efortul expulziv se micşorează treptat.

**Modificarile sistemului nervos**. In lăuzie apare o stare de labilitate neuropsibică cu tendinta spre stări depresive.

Apare instinctul matern care domină comportamentul lăuzei

**Modificări hematologice**

* Hemoglobina şi hematocritul scad datorită hemoragiei fiziologice din timpul naşterii;
  + Leucocitoză (granulocitoză cu limfopenie, scăderea limfocitelor) care se remediază la sfârşitul primei săptămâni de lăuzie;
  + Trombocitoză;
  + Echilibru fluido - coagulant
    - * Fibrinogenul (crescut în ultimul trimestru) scade în lăuzie;
      * Cresc factorii de coagulare, numărul de trombocite şi vâscozitatea sângelui;
      * Scade activitatea fibrinolitică.

**Modificări hormonale**:

* + Steroizii placentari scad după delivrenţă;
  + FSH şi LH revin la valorile dinaintea sarcinii;
  + Estrogenii cresc din prima săptămână la femeile care nu alăptează şi după 2 săptămâni la cele care alăptează;
  + Progesteronul se menţine la valori scăzute până aproape de reluarea ciclului;

Prolactina scade imediat după naştere şi are valori normale după 4-6 săptămâni, pentru femeile care nu alăptează

**Echilibrul hidric şi al electroliţilor.** După expulzia fătului şi eliminarea placentei şi lichidului amniotic se produce o scădere în greutate de cca 5,5 kg. Cca 4 kg se mai pierd, ca rezultat al excreţiei fluidelor reţinute în cursul sarcinii.

**Modificări metabolice.** Lipidele: concentraţia acizilor graşi se normalizează în 2 zile; colesterolul şi trigliceridele în 6 - 8 săptămâni.

Glicemia: necesarul de glucoză şi insulină se restabileşte în cca o săptămână.

**Ovulaţia** apare uneori mai repede ca menstruaţia, fapt important de cunoscut în contracepţie

10-15% dintre femeile care nu alăptează pot avea ovulaţie după 6 săptămâni, iar 30% după 90 de zile de la naştere.

La femei care alăptează ovulaţia poate surveni după 100 - 112 zile.

**Scăderea în greutate** după naştere se face în etape:

primele 5 kg se pierd după naştere (făt,placentă, lichid amniotic), 3-5 kg în prima săptămână prin scăderea volumului lichidelor interstiţiale.

In mod fiziologic, scăderea in greutate durează aproximativ 6 luni

#### Modificări locale (genitale) în lăuzie

Modificările organelor genitale externe. Organele genitale externe revin la starea iniţială.

Vulva îşi reia tonicitatea, edemul dispare, iar orificiul vulvar se reface chiar a doua zi.

Perineul mult destins la maximum la naştere poate prezenta leziuni traumatice, de la fisuri neânsemnate până la rupturi de diverse grade sau epizioperineatomii.

Vaginul îşi revine treptat Ia dimensiunile dinainte de naştere, dar rareori revine la condiţiile vaginului de multipară. Epiteliul vaginal devine mai neted columnele vaginale se reduc.

La nivelul orificiului vulvar, himenul se cicatrizează rezultând carunculii mirtiformi, caracteristici femeilor multipare.

Modificările organelor genitale interne. Revenirea la starea normală a uterului se numeşte involuţie uterină. Ea se produce printr-un proces lent şi progresiv, interesând volumul, greutatea, structura, consistenţa, situaţia şi funcţiile uterului.

Imediat după delivrenţă, uterul este bine contractat având fundul la nivelul ombilicului. Pereţii uterini au grosimea de 4 - 5 cm.

In următoarele două zile uterul păstrează aproximativ aceeaşi formă, involuând apoi rapid, astfel că în 10 zile este coborât în cavitatea pelviană şi nu mai poate fi palpat deasupra simfizei.

Modificările histologice ale uterului au loc pefondul reducerii vascularizaţiei, mai ales prin diminuarea calibrului vaselor uterine (multdilatate în sarcină).

Alte mecanisme care explică involuţia uterină sunt: retracţia fibrelor musculare, resorbţia unor fibre de neoformaţie, micşorarea dimensiunilor fibrelormusculare.

Involuţia este asigurată şi de reducerea imbibiţiei masive din sarcină.

Rapiditatea procesului de involuţie este remarcabilă: uterul în post-partum - ul imediat cântăreşte 1000 g, la o săptămână 500 g, iar la 2 săptămâni 300 g iar la sfârşitul perioadei puerperale mai puţin de 100 g.

Odată cu deslipirea placentei şi a membranelor la nivelul stratului spongios, în uter rămân porţiuni din aceasta care prezintă variaţii din punct de vedere al grosimii.

Reconstituirea endometrului după eliminarea completă a deciduei se face în 4 faze:

* faza de regresie caracterizată prin prezenţa de funduri de sac glandulare, ocupate de celule deciduale şi cheaguri fibrino-hemato-leucocitare care treptat sunt eliminate în primele 4 - 5 zile.
* faza de cicatrizare care durează 15 - 25 de zile şi în care are loc acoperirea suprafeţei denudate cu elemente celulare.
* faza de proliferare indusă hormonal care durează 25 - 42 de zile, endometrul având aspectul din faza proliferatină a ciclului mestrual
* faza de reluare a ciclului mestrual care apare după 45 de zile de la naştere la femeile care nu alăptează şi după 3 - 5 luni de cele care alăptează.

Reluarea menstruaţiei se face la 45 de zile până la 3 - 5 luni de la naştere.

* La femeile care alăptează, ciclul poate surveni la 4 - 5 luni.
* Primele cicluri sunt anovulatorii la femeile care de multe ori alăptează.
* Intârzierea cu mai mult de 4 - 5 luni a reluării menstruaţiei e socotită amenoree patologică.

Modificările colului uterin - imediat după delivrenţâ colul uterin şi segmentul inferior sunt coborîte prin acţiunea elementelor contractile. Marginile care corespund orificiului cervical extern, sunt de obicei marcate de o depresiune ce indică dilaceratia.

Colul uterin involuează lent, admiţând un deget cu uşurinţă în primele 2 zile, şi cu dificultate la sfârşitul primei săptămâni, ca după 15 zile să fie practic închis.

#### Aspectul clinic al lăuziei

In primele ore după naştere şi în prima zi, lăuza trebuie atent supravegheată pentru a depista eventualele complicaţii apărute după actul naşterii.

Se vor urmări:

* eventualele efecte asupra mamei, datorate naşterii (efecte ale traumatismului, hemoragiei, mai târziu, eventual, ale infecţiei);
* cantitatea de sânge pierdut, în corelaţie cu pulsul şi tensiunea arterială;
* involuţia aparatului genital;
* temperatura;
* diureza;
* starea generală a lăuzei (eventual evoluţia afecţiunilor preexistente sarcinii

**Involuţia uterina** se face progresiv şi anume zilnic cu 1-1,5 cm (un deget) în înălţime.

După expulzie, fundul uterului se află de obicei la nivelul ombilicului şi uşor deviat la dreapta.

Involuţia uterului:

- După naştere fundul uterin – la ombilic sau 2 cm sub ombilic;

- Ziua a 6-a - la ½ distanţei ombilic-simfiză;

- Ziua a 12-a – la nivelul simfizei pubiene;

- După ziua 12 - organ pelvin;

- 6 - 8 săptămâni - aspect normal

Lipsa de involuţie uterina arată fie o retenţie de lohii sau sânge, fie o infecţie.

O subinvoluţie poate apărea şi la multipare, care au un uter „obosit", cu o musculatură deficitară.

Involuţia uterină se apreciază zilnic după ce lăuza şi - a golit vezica urinară.

O involuţie uterina deficitară necesită stabilirea cauzei (hemoragii, infecţii). Tratamentul deficitului de involuţie uterină este cel etiologic (combaterea infecţiei, a retenţiei de lohii şi sânge şi a sângerarii), şi administrarea ocitocicelor de tip secară cornută (ergomet) sau preparate de retrohipofiză (ocitocină).

**Lohiile** sunt secreţii ale organelor genitale care apar în puerperiu şi sunt caracteristice pentru această perioadă.

Aspectul şi cantitatea lohiilor se schimbă în timp atât cantitativ, cât şi calitativ în timpul lâuziei.

Cantitativ: în primele zile se elimină cca 50 g/zi, pentru ca, apoi, cantitatea zilnică să scadă la 10-20 g.

Eliminarea se face masiv în primele zile (3 - 4).

Aspectul lohiilor se schimbă: în primele zile (3 - 4), sunt sangvinolente, apoi, în următoarele 3 zile serosangvinolente, pentru ca apoi să devină seroase. După 2 săptămâni devin albicioase:

- Lochia rubra (lohii sanguinolentE): hematii, leucocite, celule epiteliale şi celule deciduale - în primele 3-4 zile;

- Lochia serosa (lohii serosanghinolentE): mai palide - zilele 5-10;

- Lochia albă (lohii gălbui-albicioasE): leucocite - după ziua 10.

Persistenţa lohiilor serosanghinolente peste 8 - 10 zile semnalează un aspect patologic, fie resturi placentare în cavitatea uterină, fie o involuţie deficienţă a patului placentar.

Mirosul lohiilor este fad, asemănător sângelui proaspăt.

Lohiile au în compoziţie: resturi de caducă, celule deciduale, apă, hematii, albumine, grăsimi, NaCl, ser, produse de secreţie şi de descuamaţie din canalul cervical şi vagin, vernix caseosa, lichid amniotic, germeni saprofiţi şi patogeni (uneori) din căile genitale inferioare.

Supravegherea lohiilor evidenţiază în fapt care se petrece în aceste organe.

Se vor aprecia: cantitatea, aspectul, compoziţia, mirosul lohiilor.

Un aspect modificat al lohiilor arată în fapt procese patologice precum :endometrita, retenţia de lohii, traumatisme şi hemoragii, hematometrie.

Modificarea culorii (culoare maronie), mirosului (lohii cu miros fetid) indica o infecţie pueriperala.

**Pulsul**. In lăuzie, în mod normal, pulsul este bine bătut, adesea bradicardic (70/min), ca urmare a vagotoniei.

O accelerare temporară a pulsului nu are o semnificaţie patologică, fiind consecinţa labilităţii vasomotorii (emoţii etc).

O accelerare a pulsului cu caracter permanent în perioada lauziei constituie un semnal de alarmă, indicând o posibilă infecţie sau o anemie pronunţată Involuţia uterului : după naştere fundul uterin trebuie sa fie la ombilic sau 2 cm sub ombilic, in ziua a 6-a - la ½ distanţei ombilic-simfiză, in ziua a 12-a - la nivelul simfizei pubiene, după ziua 12 uterul este organ pelvin si dupa 6 - 8 săptămâni are aspect normal.

**Temperatura** Măsurarea curbei termice arata hipertermie fiziologică (până la 38 grade C) pana in ziua 3 - 4 prin angorjarea sânilor („furia laptelui”).

Orice altă stare febrilă în lăuzie trebuie investigată fiind considerată expresia unei infecţii.

**Sânii** sunt angorjati, fără fisuri sau ragade. Angorjarea sânilor reprezintă o umplere excesivă a sânilor cu lapte, cauzată de obicei de un dezechilibru între rezervă de lapte şi nevoile copilului.

Diagnosticul se pune numai pe baza simptomatologiei, nefiind nevoie de nici un fel de teste sau examinări.

Această plenitudine, numită angorjare (umflare) primară este perfect normală, fiind cauzată nu numai de acumularea laptelui, ci şi de existenţa unei cantităţi crescute de sânge şi limfa.

Corpul foloseşte aceste cantităţi crescute de fluide pentru a produce mai mult lapte pentru copil. Angorjarea primară se produce cel mai adesea în zilele 2 - 5 după naştere, când ia naştere rezervă de lapte a mamei, iar nou-născutul nu are un program de alăptare bine stabilit.

**Diureza**. Prima mictiune aprare după 4 ore de la naştere;

**Tranzitul intestinal:** se reia după 36 - 48 ore de la naştere.

**Stare depresivă** este posibilă în primele 2 - 3 zile, care dispare treptat, fără tratament. Dacă persistă peste 10 zile sau se agravează este necesar consult psihiatric.

#### Lactația

**Organizarea funcţională a glandei mamare**.Glanda mamară este o glandă cutanată modificată care răspunde la acţiunea hormonilor sexuali feminini.

Unitatea secretorie a glandei mamare este alveola.

O alveolă este alcătuită din celule alveolare epiteliale secretoare acoperite de celule mioepiteliale şi capilare sanguine. Lumenul alveolar comunică cu un canal alveolar care conduce laptele în canale cu lumenul mai mare. Mai multe alveole învecinate sunt grupate în lobuli delimitaţi de un strat subţire de ţesut conjunctiv constituind lobi. Laptele alveolelor dintr - un lobul este drenat de un canal intralobular, care se prelungeşte cu canalul interlobular.

Canalele interlobulare converg într-un canal intralobar care se prelungeşte în afara lobului prin canalul interlobar. Canalele interlobare sunt drenate în sinusul lactifer, alcătuit dintr - o porţiune aflată în interiorul glandei (cisterna glandulară) şi o porţiune situată în mamelon (cisterna mamelonară). Cisternele mamelonare comunică cu exteriorul prin canalele mamelonare (numite şi canale papilare).

Canalele mamelonare sunt înconjurate de un sfincter muscular neted care previne scurgerea liberă a laptelui în exterior.

**Lactaţia** este o componentă a procesului reproductiv, care asigură hrănire nou-născuţilor cu produsul de secreţie al glandei mamare, laptele.

Lactatia este procesul prin care se realizează şi se menţine secreţia lactată. Cuprinde următoarele faze: mamogeneza, lactogeneza, lactopoieza, galactochineza.

Mamogeneza reprezintă dezvoltarea glandelor mamare (sânilor) pe parcursul sarcinii, în sarcină, în urmă căreia acestea pot să secrete laptele.

Lactogeneza reprezintă menţinerea secreţiei latate pe parcursul perioadei de alăptare.

Galactochineza reprezintă ejecţia laptelui.

**Mamogeneza** începe de la începutul sarcinii şi se manifestă prin: creşterea numărului canalelelor galactofore (canalele prin care se secretă laptele), dezvoltarea acinilor glandulari (zonele de la nivelul şanului unde se produce laptele).

**Lactogeneza** (producţia laptelui) începe după naştere.

Colostrul este laptele matern din primele 48 de ore după naştere, extrem de valoros datorită conţinutului său bogat în nutrienţi esenţiali pentru funcţionarea echilibrată a organismului, precum imunoglobuline, lactoferina, factori de creştere, PRP (polipeptide bogate în proteine), vitamine A şi E, sulf organic. Pentru copii, colostrul este factorul care stă la baza creşterii şi dezvoltării lor armonioase, asigurând “fundaţia” unui sistem imunitar puternic. Pentru adulţi, colostrul reprezintă un “scut” natural de protecţie împotriva virusurilor, bacteriilor, fungilor şi paraziţilor.

Colostrul, care este un lichid galben - oranj ce conţine mai multe minerale şi proteine (globuline) şi mai puţine glucide şi grăsimi decât laptele. Colostrul se transformă treptat în lapte în decurs de 4 săptămâni. În colostru s - a constatat şi prezenţa anticorpilor Ig A asigurând protecţia nou-născutului împotriva germenilor patogenici enterici (bacterii din intestin care pot provoca infecţii). Pe lângă imunoglobuline în colostru se mai găsesc: macrofage, complement, limfocite (factori cu rol în apărarea împotriva infecţiilor) precum şi mulţi alţi factori care fac din laptele uman alimentul ideal pentru nou - născut şi sugarul până la 6 luni.

Imunoglobulinele IgG, din compoziţia colostrului, reprezintă 75% dintre imunoglobulinele plasmatice şi au un rol important în neutralizarea toxinelor şi în favorizarea fagocitozei, procesul de înglobare şi digerare a bacteriilor şi a altor corpuri străine din organism de către celulele fagocite.

Pe lângă imunoglobulinele IgG, în compoziţia colostrului se regăsesc următoarele tipuri de imunoglobuline:

- IgA, care acţionează împotriva bacteriilor din mucoasele cavităţii bucale, plămânilor, cailor respiratorii, tubului digestiv şi tractului intestinal;

- IgD, care intervin în măturarea limfocitelor, proces prin care limfocitele dobândesc imunocompetenta, capacitatea de a recunoaşte anticorpii şi de a se activă;

- IgE, cu rol esenţial în lupta împotriva paraziţilor şi în declanşarea mecanismului antialergic;

- IgM, imunoglobuline care se activează la primul contact al organismului cu antigenii, determinând neutralizarea şi eliminarea lor.

Altă componentă importantă din compoziţia colostrului este lactoferina, o glicoproteina cu efect antibacterian, antiviral, antiinflamator şi imunomodulator, ce ajută la creşterea şi diferenţierea celulelor, precum şi la dezvoltarea armonioasă a sistemului osteo-articular.

Colostrul reprezintă cea mai bogată sursă de lactoferina, regăsindu-se aici într-o concentraţie de 7 ori mai mare decât în laptele matur.

În compoziţia colostrului se găsesc de asemenea şi polipeptide bogate din proteine (PRP), care reprezintă lanţuri scurte de 10 aminoacizi cu rol imunomodulator şi care stimulează acţiunea celulelor macrofage, cu proprietatea de a îngloba şi distruge organismele patogene.

În ziua a 5-a după naştere, colostrul este înlocuit cu secreţia de lapte. La femeia care alăptează secreţia lactată este menţinută prin actul suptului, acesta declasând eliberarea de prolactină.

Secreţia lacatata are la 2 săptămâni de la naştere un volum de 500 ml, iar la 2 luni 800-1000 ml. Principalele componenete ale laptelui sunt: proteine, lactoză, apă şi grăsimi.

Principalele proteine sunt: lactalbumină, lactoglobulină, cazeină.

Aminoacizii esenţiali provin din sânge, iar aminoacizii neesenţiali sunt derivati o parte din sânge şi o parte sunt sintetizati în glanda mamară.

Totodată, concentraţia de fier în laptele matern este scăzută, ceea ce impune suplimentarea alimentaţiei nou-născutului cu alimente cu un conţinut crescut de fier.

Hormonii implicaţi în lactatie sunt următorii: progesteronul, estrogenii, hormonul lactogen placentar, prolactină, cortizonul şi insulină care acţionează spre a stimula şi dezvolt glanda mamară

Pe parcursul sarcinii începerea lactaţiei este inhibată prin progesteronul şi estrogenii secretati de placentă.

După naştere apare o scădere abruptă a nivelului acestor hormoni ceea ce face să dispară influenţele lor inhibitorii. Apare astfel o creştere a producţiei de lactalbumină (o proteină din lapte) care duce şi la creşterea lactozei (un glucid din lapte). Prolactina (hormon secretat la nivelul hipofizei) acţionează şi ea declanşând secreţia lactată. Prolactină este esenţială pentru secreţia lactată.

Oxitocina, un alt hormon eliberat la nivelul hipofizei, este cea care stimulează eliminarea laptelui, determinând contracţia celulelor ce formează ductele (canalele de secreţie) glandelor mamare.

Eliminarea laptelui are la baza un reflex iniţiat de actul suptului. Suptul stimulează eliberarea de oxitocina ceea ce determina şi o eliberare reflexă de prolactină, aceste mecanisme stimulând în continuare producţia şi secreţia lactata. De aceea suptul este foarte important pentru a menţine o producţie normală de lapte, în lipsa suptului, cantitatea de lapte pe care o secretă sânul mamei reducându-se progresiv.

În timpul sarcinii, în primul trimestru, dacă se exprimă mameloanele (apăsând uşor pe ele) se poate observă secreţia câtorva picături de colostru. După naştere, până în ziua a 5-a este prezenţa secreţia de colostru.

Există trei faze în ciclul lactaţiei: golirea (prin suptul copilului – 7 - 20 min), refractară ( în care nu se mai secretă lapte - aproximativ 3 ore şi de umplere (20 - 30 min).

În timpul suptului, se eliberează oxitocina care are rol şi în contractilitatea uterină şi involuţia uterină (adică revenirea acestuia la dimensiunile dinainte de sarcina). Suptul stimulează şi eliberarea prolactinei care va întârzia instalarea ciclului ovarian, amenoreea putându-se prelungi 5 - 6 luni după naştere dacă mama alăptează în acest timp, obţinându-se astfel şi un mijloc natural de contracepţie, care nu este însă 100 % eficient, că de altfel oricare alt mijloc de contracepţie.

#### Atitudine în lăuzie

Este intervalul de două ore după naştere. Contracţia / retractia uterinǎ închide reţeaua plexiforma. În această perioadă pot apare cele mai mari complicaţii (hemoragice), care pun în pericol viaţă mamei.

Atitudini:

* Continuarea monitorizǎrii stării materne, pentru detectarea în timp util a complicaţiilor redutabile acestei perioade, în special cele hemoragice:
  + masurarea TA, puls,
  + înălţimea fundului uterin,
  + sângerare: > 2 torsoane perineale saturate/oră indică sângerare sau posibil defect de coagulare;
* Examenul cu vâlve stabileşte starea colului, vaginului şi perineului - cu sutura eventualelor soluţii de continuitate
* Sutura tranşei de epiziotomie (epiziorafie)
* Continuarea perfuziilor ocitocice şi a medicaţiei uterotone
* Analgezie pentru evitarea durerilor perineale (post - epiziotomie / rafie)
* Stabilirea contactului mamă – făt.

#### **CAPITOLUL 6 - ROLUL ASISTENŢEI MEDICALE ÎN ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU LĂUZIE FIZIOLOGICĂ**

#### Planul de îngrijire a lăuziei

Asistenţă medicală preia pacienta nou internată, verifică identitatea, toaleta personală, ţinuta de spital şi o repartizează în salon, după informarea prealabilă asupra structurii secţiei şi drepturile ce îi revin că pacienta, îi prezinta regulamentul de ordine interioara si orele de vizita, prezinta medicului pacienta pentru examinare şi da informaţii asupra stării şi simptomelor manifestate de aceasta.

Identifica problemele de îngrijire a pacientei, masoara funcţiile vitale, stabileşte prioritatiile pentru planul de îngrijire, evaluează rezultatele obtinute pe care le înregistreza în dosarul de îngrijiri, pregăteşte pacienta pentru tehnici specifice, pentru investigaţii speciale sau chirurgicale, administreza medicaţia prescrisă de medic, recoltează produse biologice pentru examen de laborator, pregăteşte materialul şi instrumentarul în vederea sterilizării, pregăteşte echipamentul, instrumentarul şi materialele sterile necesare intervenţiei.

În timpul travaliului asistenţă medical supraveghează bătăile cordului fetal la intervale de 30 minute la început, apoi la 15 minute, urmăreşte succesiunea contractiilor uterine si durata.

Consemnează, la indicaţia medicului modificarea colului, starea membranelor în foaia anexă obstetricala.

Semnaleaza apariţia unor fenomene (tulburări de dinamică, suferinţă fetală), realizează corectarea medicamentoasă conform prescripţiei medicale. Supraveghează starea gravidei prin măsurarea pulsului, tensiunii arteriale, temperaturii, urmăreşte comportamentul. Urmăreşte aspectul lichidului amniotic, raportează asupra modificarilor.

Pregateste materialele necesare pentru asistenţă la naştere: câmpuri sterile, mănuşi sterile, material de dezinfecţie, pense, foarfeci sterile, aţă pentru cordonul ombilical, materiale pentru îngrijirea nou-născutului, material pentru prevenirea oftalmiei gonococice, medicamente pentru degajarea travaliului etc.

Colaborează permanent cu gravida, sfătuind-o cum să respire şi să-şi prelungească voluntar contractiile.

#### Tehnici specifice de îngrijire a pacientului cu lăuzie fiziologică

În timpul travaliului asistenţă medicală stă lângă gravidă asigurându - i confortul psihoafectiv, oferindu-i siguranţă; urmăreşte TA, T, CUD, BCF-urile şi în general evoluţia travaliului.

Asista expulzia respectând timpii. În perioada de expulzie când partea prezentatiei începe să întindă perineul, aşează gravida pe masa ginecologică; pregăteşte câmpul operator după ce face o dezinfecţie largă suprapubiană, vulvoperineală şi a fetelor postero - interne ale coapsei, cu soluţie de alcool iodat; aşează câmpurile sterile, izolând regiunea vulvoperineală; explică gravidei modul de execuţiei a efortului susţinut; ajută pe medic la naşterea pe care o asistă.

Respectă întocmai regulile de asepsie, astfel: îşi spală mâinile cu trei perii sterile, cu apă sterilă şi săpun timp de cinci minute pentru fiecare perie; prima perie folosind-o până la două lături de degete de plică cotului, a două perie până la jumătatea antebraţului, iar cu a treia perie va spală numai mâna. Va avea grijă că să nu atingă obiectele din jur (nesterile), şi ca apă de pe mâini să se scurgă spre cot şi nu invers. După această mâinile se freacă cu o soluţie diluată de alcool iodat, septozol şi alcool de 70 grade. Imbracă bluza şi masca sterilă;

Supravegheaza perineul în timpul expulziei, anunţă medicul pentru perinectomie sau epiziotomie.

Asista expulzia respectând timpii.

Dezobtureaza căile respiratorii ale nou – născutului prin aspirarea mucozităţilor din orofaringe şi fosele nazale, secreţii, lichid amniotic.

In lipsa aspiratorului electric se poate folosi o sondă Nelaton subţire, cu care va efectua aspiraţia bucală şi apoi vae continuă în faringe. La capătul celălat acoperit cu o compresă aspiră aruncându-se apoi conţinutul prin exulfare. Aceeaşi manevră se face şi în fosele nazale.

Secţioneaza şi panseaza cordonului ombilical imediat după ce nou - născutul a fost complet expulzat şi după dispariţia pulsaţiilor, între doua pense Kocher, asigurându-se astfel hemostaza;

Curata tegumentele nou - născutului de secreţii şi de lichid amniotic cu ajutorul unor comprese sterile înmuiate în ser fiziologic călduţ, fără a freca energic.

Transporta nou - născutul pe masa de înfăşat, unde sub o lampă puternică ce - i asigură şi încălzirea il usuca şi ii se face ligaturarea cordonului ombilical la cca. 3 - 4 cm de la nivelul pielii cu aţă sterilă neresorbabilă.

Secţionează deasupra acestei ligaturi care este completă în "dop de şampanie". Aplică deasupra comprese sterile înmuiate în alcool 70° şi pansează cu faşe circulare.

Face profilaxia oftalmiei gonacocice, metoda Cridi, instilându - se soluţie de nitrat de argint 0,5-1% în fundurile de sac conjunctival câte 1, 2 picături în fiecare ochi.

Asistenta medicală cântăreşte şi măsoară nou născutul. Câtărirea se face cu cântarul pentru sugari, măsurarea se face cu pediometrul, cuprinzând distanţa vertex - plantă, înfaşă şi transportă nou născutul în salonul de nou-născuţi, supraveghează ligatură ombilicală, controlează să urineze şi să elimine meconiu.

Fixează o brăţară cu numele mamei la nivelul antebraţului.

Asistenta medicala observa şi semne de dezlipire a placentei.

În momentul când aşteaptă dezlipirea placentei, supraveghează atent parturientă urmărind starea generală, cantitatea de sânge pierdut (maxim 300 ml), fiind pregătită pentru o extracţie manuală a placentei; verifică dacă uterul este bine contractat; verifică dacă sa dezlipit placenta, prin apăsare cu mâna deasupra simfizei pubiene (manevră Kustner).

Extracţia placentei se face numai după ce asistenta medicala are certitudinea decolării placentei (prin tracţiune uşoară). Prinde placenta cu palmele făcute căuş, răsuceşte membranele pentru evitarea ruperii şi rămânerii acestora în cavitate.

Verifică integritatea placentei pe ambele fete, acordând atenţie deosebită cotiledoanelor aberante.

Verifica integritatea ţesuturilor moi materne (col, perineu)., colaborează cu medicul în vederea suturării.

Asistenta medicala urmăreşte integritatea colului, vaginului, perineului; face toaletă externă a lăuzei; pune pansament vulvar steril şi ţine lauza 2 - 4 ore în sala;

Administrează ocitocice dacă gravida are atonie uterină şi prezintă hemoragie; în cazul unei hemoragii prezente, se anunţă medicul imediat.

Rolul asistenţei medicale în lăuzia imediată:

* efectuează masaj uterin transabdominal pentru favorizarea retractiei şi formării globului de siguranţă
* controlează sângerarea, anunţând medicalul în cazul în care este crescută, nu apare globul de siguranţă.
* antrenează lauza în discuţii pentru a nu adormi.Lauza trebuie să colaboreze sis a înţeleagă că somnul produce relaxarea musculaturii uterine şi să favorizeze hemoragia
* administrează ceai,limonadă
* controlează funcţiile vitale ,depistează semnele şocului hipovolemic
* transporta lauza în salon.În timpul transportului trebuie menţinută lenjeria de corp iar transportul se face obligatoriu cu căruciorul.
* explică lăuzei importanta îngrijirilor igienice pentru prevenirea infecţiilor puerperale (după naştere).
* efectuează toaleta locală, schimbarea tampoanelor, observă lohiile (aspect, miros, culoare, cantitate).
* intruieste gravida să se autoingrijească.
* controlează involuţia uterină
* masoara temperatura, pulsul, tensiunea arterială cel puţin de două ori pe zi, pentru depistarea eventualelor complicaţii (hemoragii, infecţii, tromboflebită).
* explică modul de instalare a secretiei lactate, a “furiei laptelui” care poate fi însoţită de creşterea temperaturii până la 37, 5 grade Celsius.
* Educa lauza in vederea alaptarii: in primele 24 - 48 de ore lăuza poate alăpta în decubit lateral, apoi i se asigura un scaun cu spătar. Lauza va fi aşezată pe scaun, cu piciorul din dreptul sanului din care va suge copilul sprijinit pe un scaunel. Ajută lauza să sprijine copilul cu capul pe antebraţul ei şi cu faţă întoarsă spre san.Îi arătăm cum să îşi susţină mamela ca nasul copilului să fie liber.
* instruieste lauza să - şi spele mâinile şi sănii înainte şi după supt, să evite prelungirea suptului pentru a nu favoriza apariţia ragadelor.
* stimuleaza mobilizarea precoce a lăuzei pentru prevenirea complicatiilor
* incurajeaza creşterea cantităţii de lichide din alimentatie
* atentionează lăuza să nu consume bauturi alcoolice, excitante (cafea, ciocolată, cacao, ceai rusesc), să evite alimentele flatulente.
* efectuează sondaj vezical în caz de retenţie urinară în primele ore după nastere
* intruieste lauza la externare: să îşi menţină o bună igienă locală, să folosească tampoane vulvare sterile, să evite raporturile sexuale 6 - 8 săptămâni, să nu ia medicamente fără recomandare medicală deoarece unele se elimina prin secreţia lactată.
* intruieste lauza ca după 6 săptămâni să se prezinte pentru control.
* sfatuieste familia să ajute mama în îngrijirea copilului, precum şi în plan emoţional, pentru a se adapta noului rol.
* efectuează în scris şi verbal preluarea - predarea fiecărei paciente şi a activităţii desfăşurate în timpul serviciului, în cadrul raportului de tură,
* respectă reglementările privind prevenirea, controlul şi combaterea infecţiilor nosocomiale, a condiţiilor igienico-sanitare, a circuitelor sanitare
* organizează şi desfăşoară programe de educaţie pentru sănătate, participă şi/sau iniţiază activităţii de cercetare în domeniul medical şi al îngrijirilor pentru sănătate.

#### **CAPITOLUL 7 – CAZUISTICĂ**

#### Cazul 1

Perioada 09.02.2011-14.02.2011

**Culegerea datelor :**

**Nume :** M**.**

**Prenume :** F**.**

**Vârsta :** 23 ani

**Sex** : F**.**

**Ocupaţia :** casnică

**Religia :** creştin-ortodoxă

**Cetăţenie :** română

**Domiciliu :** Ştefăneşti

**Antecedente medicale:**

heredo-colaterale: nesemnificative

personale - fiziologice: - menarhă la 14 ani, ciclu menstrual neregulat.

N=0 ; A=0

patologice: - nesemnificative.

**Istoricul bolii :** Pacienta precizează că au aparut contracţii uterine dureroase la interval de aproximativ 2 ore, moment în care a anunţat Serviciul de ambulanţă, internându-se cu contracţii uterine dureroase la interval de o oră.

**Diagnostic medical la internare:** Sarcină la termen , contracţii uterine dureroase , anemie prin carenţă de fier

**Motivele internării:** contracţii uterine dureroase

**Manifestări de dependenţă:**

contractii uterine dureroase

anemie prin carenţă de fier

lohii sangvinolente

constipaţie

hipotonie şi involuţie uterină lentă

perturbarea somnului

comunicare dificilă, puditate

**Examen clinic general:**

* tegumente şi mucoase palide ,acoperite de transpiraţii reci
* sistem osteo-articular aparent integru
* sistem muscular –normoton
* sistem limfo-ganglionar-nepalpabil
* ap.respirator- dispnee
* ap. cardiovascular-T.A. 120/80 mmHg.
* ap.urogenital – C.U.D. prezente

**Data internării:**09.02.2011

**Data externării:**14.02.2011

**EVALUAREA NEVOILOR FUNDAMENTALE**

Nevoia de a respira şi a avea o bună circulatie

* lăuza prezintă dispnee, tahicardie , T.A. 120/80 mmHg.

Nevoia de a bea şi a mânca

* lăuza prezintă alimentaţie dezechilibrată (carenţă de fier)

Nevoia de a elimina

* C.U.D. prezente , disurie

Nevoia de a se mişca şi a avea o bună postură

* reticenţă în a încerca să efctueze mişcări, prezintă ameţeli la schimbarea poziţiei orizontale în cea verticală

Nevoia de a dormi şi a se odihni

* ore de somn insuficiente, slăbiciune, oboseală, legate de stress şi C.U.D.

Nevoia de a se îmbrăca şi dezbrăca – lăuza se îmbracă şi dezbracă singură

Nevoia de a menţine temperatura corpului în limite normale

* lăuza prezinta temperatura în limite normale

Nevoia de a menţine tegumentele şi mucoasele curate şi integre

* neglijarea însuşirii de cunoştinţe privind igiena intimă corectă

Nevoia de a evita pericolele

* alterarea stării de sănătate legate de anxietate, teamă

Nevoia de a comunica

* perturbarea imaginii de sine ,comunicare dificilă, puditate

Nevoia de a acţiona conform propriilor credinţe şi valori

* lăuza este de religie ortodoxă, respectând şi practicând valorile spirituale.

Nevoia de a fi ocupat şi de a se realiza

* lăuza este preocupată de propriul copil

Nevoia de a se recreea

* lăuza este vizitată de familie în prezenţa căreia se simte bine

Nevoia de a învăţa să-şi păstreze sănătatea

* ignoranţă legată de cunoştinţe insuficiente

**PLAN DE ÎNGRIJIRE – CAZUL 1.**

**PERIOADA 09.02.2011-15.02.2011**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnostic de nursing | Obiective | Interventii autonome | Interventii delegate | Evaluare |
| Alterarea respiratiei din cauza anxietatii manifestata prin dispnee;  Alterarea circulatiei din cauza anxietatii manifestata prin tahicardie | Lăuza să prezinte respiraţia şi pulsul în limite normale | Măsor la interval de 15 minute timp de 2h pulsul, tensiunea şi respiraţia şi o notez în F.O.  Încurajez pacienta să respire rar şi regulat să nu intre în panică | Recoltez sânge pentru analize de laborator, Adminis-trez perfu-zie cu ser fiziologic + oxitocin | 09.02.2011 Ameliorarea ritmului respirator şi a pulsului |
| Tranzit intestinal lent din cauza sarcinii manifestat prin constipatie  Eliminare inadecvata vaginala din cauza nasterii manifestata prin lohii | Reluarea tranzitului intestinal în maxim 48 de ore  prevenirea infecţiilor şi a hemoragiei postpartum  reducerea hemoragiei la cantitatea normal în maxim 48 de ore | Respectarea regulilor de asepsie şi antisepsie Sustinere psihică şi încurajare,  Urmarirea cantitativă a lohiilor, aplicarea de pungă cu gheaţă pe abdomenul lăuzei  Explicarea importanţei unui regim uşor pentru reluarea tranzitului intestinal | Efectuarea clismei Administrarea de per-fuzie cu ser fiziologic alternativ cu glucoză + ergomet Administra-rea de ampicilină 1 gr. la 6 ore pentru prevenirea infecţiilor postpartum | Tranzit intestinal lent din cauza sarcinii manifestat prin constipatie  Eliminare inadecvata vaginala din cauza nasterii manifestata prin lohii |
| Anxietate, din lipsa cunoasterii manifestata prin agitatie | Pacienta sa prezinte comfort psihic | Lăuza să aibă încredere în echipa medicală, să colaboreze şi să nu mai fie agitată  Susţinere psihică, întelegere, explic necesitatea menţinerii calmului şi a colaborării cu echipa medicală |  | Lăuza este mai liniştită şi colaborează cu echipa medicală |
| Alimentaţie inadecvata din cauza inapetentei manifestata prin carenţă de fier | Combaterea anemiei | Încurajarea alimentaţiei la sân a nou născutului, explicarea necesităţii unui regim alimentar adecvat, fără alimente, fructe şi legume care fermentează, absenţa sucu-rilor şi băutu-rilor acidulate Reluarea alimentaţiei orale postpartum | Administrarea de sol glucozată + ser fiziologic Adminis-trarea de Ca. Gluconic + vit. C /i.v. Adminis-trarea de Ferro gradumet 2 cp/zi | 09.05.2011 Obiectiv nerealizat 10.05.2011 Lehuza pune copilul la sân Reia alimentaţia orală cu ceai + pâine prajită 11.05.2011 Lactaţia este prezentă Lăuza este echilibrată hidroelectro-litic |
| Carenta de igiena din cauza lipsei de cunostinta manifestata prin lipsa igienii corespunzatoare la nivelul regiunii peri anale si a sanilor | Lăuza să-şi facă toaleta singură ,  Să fie prevenite eventualele infecţii postpartum Să menţină o igienă adecvată a regiunii peri-anale şi a sânilor | Explicarea importanţei menţinerii unei igiene intime adecvate pentru a preveni infec-ţiile postpartum Explicarea importanţei toaletei sânilor înainte şi după alaptare |  | 13.05.2011  Lăuza îsi face toaleta organelor genitale cu ceai de muşeţel, îşi face toaleta sânilor |
| Dificultate in a se misca si a avea o buna posturae datorită durerilor şi tulburărilor de echilibru postpartum manifestata prin refuz de a se misca. | Pacienta sa se miste corespunzator si sa aiba o buna postura | Ajut şi o susţin să facă scurte plimbări  Explic necesitatea plimbărilor |  | Lăuza a înţeles importanţa mişcării |

**INVESTIGAŢII DE LABORATOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Investigaţii** | **Rezultate** | **Valori normale** |
| Leucocite | 6800/mm3 | 4.200 -8.000/mm3 |
| Hematocrit | 40,5% | 41 ±5% |
| Trombocite | 250.000 /mm3 | 1 50.000 -400.000/mm3 |
| Fibrinogen | 250 mg% | 200-400mg% |
| Eritrocite | 4,1mil/mm3 | 4,2 - 4,8 mil/mm3 |
| Hemoglobină | 9,9 g% | 15±2g% |
| V.S.H. | 18 mm/lh, 33 mm/2 h | 2-13 mm/lh 12 -17 mm/2 h |
| Glicemie | 95 mg% | 80-120 mg% |
| Creatinină | 0,65 mg% | 0,6-l,20mg% |
| Trigliceride | 650 mg % | 600 - 800 mg % |
| Colesterol | 2, 00 g %o | 1,80-2,80g%o |
| Uree | 0,21 g% | 0,2-0,4g% |
| lonograma sanguină | Na= 141 mEq/l Ca = 4,8 mEq/l Cl = 99 mEq/l K = 4,9 mEq/l | Na=137-152mEq/l Ca = 4,5 - 5,5 mEq/l Cl- 94 -111 mEq/l K = 3,8 -5,4 mEq/l |
| Factor Rh | pozitiv | |
| Grup sanguin | 0 (I) | |
| Examen urină | P.H. 6,0 Urobilinogen-normal Densitate 1015 Celule epiteliale | |

**TRATAMENT MEDICAMENTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicament** | **Concentraţie şi mod de prezentare** | **Doza si calea de administrare recomandată** | **Perioada administrării** |
| Glucoză sol. | 5% -flacon de 500 ml. | -perfuzie i.v.-2 fl./zi | 09.02.2011 – 11.02.2011 |
| Ser fiziologic | 9%-flacon 500 ml | -perfuzie i.v.-2 fl./zi | 09.02.2011 – 11.02.2011 |
| Oxitocin | Fiole -1 ml 5 u.i./ml | In perfuzie1 u.i./100ml | 09.02.2011 |
| Ampicilină | Flaon 1 gr | 1 flacon la 6 ore i.v. | 10.02.2011-15.02.2011 |
| Ergomet | Fiole 0,2mg/1ml | 1fiola la 4 ore | 10.02.2011-11.02.2011 |
| Ca. gluconic | Fiole 10ml | 1fiola/zi i.v. | 10.02.2011-15.02.2011 |
| Vit. C. | Fiole 5 ml | 1 fiola/zi | 10.02.2011-15.02.2011 |
| Ferro gradumet | Compr.325mg. | 2 compr./zi | 10.02.2011-15.02.2011 |

**EVALUARE FINALĂ**

Pacienta M.F. in varstă de 23 ani ,cu domiciliul în Ştefăneşti, este adusă cu salvarea în data de 09.02.20011 în Serviciul de urgenţă al Maternităţii Botoşani cu simptomele : contractii uterine dureroase , membrane intacte.

A fost stabilit la internare diagnosticul de Sarcină la termen , contracţii uterine dureroase. Anemie prin carenţa de fier .

Naşte normal la data de 09.02.2011,un făt viu , sex feminin , G=3000 gr. ,Scor Apgar 9 .

Delivrenţa naturală de placentă .

Perineu intact.

Ritm respirator şi circulator în limite normale

Lohii serosangvinolente în cantităţi normale, tranzit intestinal fiziologic

Alimentaţie naturală a nou-născutului

Evoluţia lehuziei este favorabilă .

Se externează cu diagnosticul : Lehuzie fiziologică

Recomandări:

* igienă intimă , repaus sexual 40 zile
* continuarea alimentaţiei naturale a nou – născutului
* dispensarizare prin DMT-medic de familie

#### Cazul 2

Perioada 16.05.2011 – 21.05.2011

Culegerea datelor:

Nume: P.

Prenume: I.

Vârsta: 18 ani

Sex: F.

Ocupaţia: casnică

Religia: creştin-ortodoxă

Cetăţenie: romană

Domiciliu: Săveni

Antecedente medicale:

heredo - colaterale: - nesemnificative

personale - fiziologice: - menarhă la 14 ani,ciclu

menstrual neregulat.

N=0 ; A=0

patologice: - nesemnificative.

Isoricul bolii : Pacienta precizează că au aparut contractii uterine dureroase la interval de aproximativ 1 oră ,moment în care a anuntat Serviciul de ambulanţă , internându-se cu contracţii uterine dureroase la interval de o oră.

Diagnostic medical la internare: IG.0P Sarcină la termen, contractii uterine dureroase, Anemie prin carenţă de fier

Motivele internării: contracţii uterine dureroase

Manifestari de dependenţă:

* contracţii uterine dureroase
* anemie prin carenţă de fier
* delivrenţă naturală incompletă de placentă urmată de control instrumentar uterin
* epiziotomie profilactică – rafie catgut
* constipaţie

Examen clinic general:

* tegumente şi mucoase palide ,acoperite de transpiraţii reci
* sistem osteo-articular aparent integru
* sistem muscular –normoton
* sistem limfo-ganglionar-nepalpabil
* ap.respirator- dispnee
* ap. cardiovascular-T.A. 120/80 mmHg.
* ap.urogenital – C.U.D. prezente

Data internării:16.05.2011

Data externării:21.05.2011

Evaluarea nevoilor fundamentale

1. Nevoia de a respira şi a avea o bună circulatie - lăuza prezintă dispnee, tahicardie , T.A=110/80 mmHg

2. Nevoia de a bea şi a mânca – lăuza prezintă inapetenţă

3. Nevoia de a elimina – C.U.D. prezente , constipaţie

4. Nevoia de a se mişca şi a avea o bună postură – reticenţă în a încerca să efctueze mişcări, prezintă ameţeli la schimbarea poziţiei orizontale în cea verticală

5. Nevoia de a dormi şi a se odihni - ore de somn insuficiente, slăbiciune, oboseală, legate de stress şi C.U.D.

6. Nevoia de a se îmbrăca şi dezbrăca – lăuza se îmbracă şi dezbracă singură

7. Nevoia de a menţine temperatura corpului în limite normale – lăuza prezinta temperature in limite normale

8. Nevoia de a menţine tegumentele şi mucoasele curate – neglijarea însuşirii de cunoştinţe privind igiena intimă corectă

9. Nevoia de a evita pericolele - alterarea stării de sănătate legate de anxietate teama

10. Nevoia de a comunica - perturbarea imaginii de sine, comunicare dificilă, puditate nejustificată

11. Nevoia de a acţiona conform propriilor credinţe şi valori – lăuza este de religie ortodoxă, respectând şi practicând valorile spirituale.

12. Nevoia de a fi ocupat şi de a se realiza – lăuza este preocupată de propriul copil

13. Nevoia de a se recreea –lăuza este preocupata in timpul liber de lectura, emisiuni tv.

14. Nevoia de a învăţa să-şi păstreze sănătatea - ignoranţă legată de cunoştinţe insuficiente

**PLAN DE ÎNGRIJIRE – CAZUL 2**

**PERIOADA 16.05.2011- 21.05.2011**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnostic de nursing** | **Obiective** | **Intervenţii** | | **Evaluare** |
| **Autonome** | **Delegate** |
| Alterarea respiratiei din cauza anxietatii manifestata prin dispnee;  Alterarea circulatiei din cauza anxietatii manifestata prin tahicardie | Lăuza să prezinte respiraţia şi pulsul în limite normale | Măsor la interval de 15 minute timp de 2h pulsul, tensiunea şi respiraţia şi o notez în F.O.  Încurajez pacienta să respire rar şi regulat să nu intre în panică | Recoltez sânge pentru analize de laborator, Adminis-trez perfu-zie cu ser fiziologic + oxitocin | 16.05.2011 Ameliorarea ritmu-lui respirator şi a pulsului, înlaturarea stării de panică , colaborare favorabilă cu pacienta |
| Tranzit intestinal lent din cauza sarcinii manifestat prin constipatie  Eliminare inadecvata vaginala din cauza nasterii manifestata prin lohii | Reluarea tranzitului intestinal în maxim 48 de ore  prevenirea infecţiilor şi a hemoragiei postpartum  reducerea hemoragiei la cantitatea normal în maxim 48 de ore | Respectarea regulilor de asepsie şi antisepsie Sustinere psihică şi încurajare,  Urmarirea cantitativă a lohiilor, aplicarea de pungă cu gheaţă pe abdomenul lăuzei  Explicarea importanţei unui regim uşor pentru reluarea tranzitului intestinal | Efectuarea clismei Administrarea de per-fuzie cu ser fiziologic alternativ cu glucoză + ergomet Administra-rea de ampicilină 1 gr. la 6 ore pentru prevenirea infecţiilor postpartum | 16.05.2011  Pacienta intra în sala de naştere , naşte un făt viu sexF. Delivrenţa naturală incompletă de placentă fiind urmată de control instrumenttal 17.05.2011  Lohii serosangvinolente în cantităţi mari 18.05.2011Lohii în cantităţi moderate Reluarea tranzitului intestinal 20.05.2011 Lohii serosangvinolente în cantităţi normale, tranzit intestinal fiziologic |
| Anxietate, din lipsa cunoasterii manifestata prin agitatie | Pacienta sa prezinte comfort psihic | Lăuza să aibă încredere în echipa medicală, să colaboreze şi să nu mai fie agitată  Susţinere psihică, întelegere, explic necesitatea menţinerii calmului şi a colaborării cu echipa medicală |  | Lăuza este mai liniştită şi colaborează cu echipa medicală |
| Alimentaţie inadecvata din cauza inapetentei manifestata prin carenţă de fier | Combaterea anemiei | Încurajarea alimentaţiei la sân a nou născutului, explicarea necesităţii unui regim alimentar adecvat, fără alimente, fructe şi legume care fermentează, absenţa sucu-rilor şi băutu-rilor acidulate Reluarea alimentaţiei orale postpartum | Administrarea de sol glucozată + ser fiziologic Adminis-trarea de Ca. Gluconic + vit. C /i.v. Adminis-trarea de Ferro gradumet 2 cp/zi | 16.05.201 Obiectiv nerealizat 17.05.2011 Sâni simetrici bilateral , lactaţie instalată Lăuza pune copilul la sân Reia alimentaţia orală cu ceai+ pâine prajită,în urmatoa-rele zile continuă cu supă strecurată |
| Carenta de igiena din cauza lipsei de cunostinta manifestata prin lipsa igienii corespunzatoare la nivelul regiunii peri anale si a sanilor | Lăuza să-şi facă toaleta singură ,  Să fie prevenite eventualele infecţii postpartum Să menţină o igienă adecvată a regiunii peri-anale şi a sânilor | Explicarea importanţei menţinerii unei igiene intime adecvate pentru a preveni infec-ţiile postpartum Explicarea importanţei toaletei sânilor înainte şi după alaptare |  | 16.05.2011  Lăuza îsi face toaleta organelor genitale cu ceai de muşeţel, îşi face toaleta sânilor |
| Dificultate in a se misca si a avea o buna posturae datorită durerilor şi tulburărilor de echilibru postpartum manifestata prin refuz de a se misca. | Pacienta sa se miste corespunzator si sa aiba o buna postura | Ajut şi o susţin să facă scurte plimbări  Explic necesitatea plimbărilor |  | Pacienta a înteles important-ţa mişcării, acceptă să fie susţinută. |

**INVESTIGAŢII DE LABORATOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Investigaţii** | **Rezultate** | **Valori normale** |
| Leucocite | 351.000/mm3 | 4.200 -8.000/mm3 |
| Hematocrit | 41% | 41 ±5% |
| Trombocite | 141.000 /mm3 | 1 50.000 -400.000/mm3 |
| Fibrinogen | 337 mg% | 200-400mg% |
| Eritrocite | 4,6mil/mm3 | 4,2 - 4,8 mil/mm3 |
| Hemoglobină | 8,7 g% | 15±2g% |
| V.S.H. | 12mm/lh 21mm/2 h | 2-13 mm/lh 12 -17 mm/2 h |
| Glicemie | 78,3 mg% | 80-120 mg% |
| Creatinină | 0,6 mg% | 0,6-1,20mg% |
| Trigliceride | 800 mg % | 600 - 800 mg % |
| Colesterol | 2, 30 g %o | 1,80-2,80g%o |
| Uree | 0,21 g% | 0,2-0,4g% |
| lonograma sanguină | Na= 138 mEq/l Ca = 4,6 mEq/l Cl = 98 mEq/l K = 4,3 mEq/l | Na=137-152mEq/l Ca = 4,5 - 5,5 mEq/l Cl- 94 -111 mEq/l K = 3,8 -5,4 mEq/l |
| Factor Rh | pozitiv | |
| Grup sanguin | A (II) | |
| Examen urină | P.H. 6,0  Urobilinogen-normal  Densitate 1025  Celule epiteliale | |

**TRATAMENT MEDICAMENTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicament** | **Concentraţie şi mod de prezentare** | **Doza şi calea de administrare recomandată** | **Perioada administrării** |
| Glucoza sol. | 5% -flacon de 500 ml. | -perfuzie i.v.-2 fl./zi | 16.05.2011 – 18.05.2011 |
| Ser fiziologic | 9%-flacon 500 ml | -perfuzie i.v.-2 fl./zi | 16.05.2011 – 21.05.2011 |
| Oxitocin | Fiole -1 ml 5 u.i./ml | în perfuzie1 u.i./100ml | 16.05.2011 |
| Oxacilina | Flaon 1 gr | 1 flacon la 6 ore i.v. | 16.05.2011-21.05.2011 |
| Ergomet | Fiole 0,2mg/1ml | 1fiola la 4 ore | 16.05.2011-18.05.2011 |
| Ca. gluconic | Fiole 10ml | 1fiola/zi i.v. | 16.05.2011-21.05.2011 |
| Vit. C. | Fiole 5 ml | 1 fiola/zi | 16.05.2011-21.05.2011 |
| Gentamicina | Fiole 80mg/2ml | 1 fiola la 12ore | 16.05.2011-21.05.2011 |
| Venofer | Fiole 5ml20 mg/ml | 2 fiole/zi in perfuzie iv | 16.05.2011-21.05.2011 |

**EVALUARE FINALĂ**

Pacienta P.I. în varstă de 18 ani ,cu domiciliul în Săveni, este adusă cu salvarea în data de 16.05.20011 în Serviciul de urgenţă al Materniţăţii Botoşani cu simptomele: contracţii uterine dureroase ,membrane intacte.

A fost stabilit la internare diagnosticul de Sarcină la termen ,contracţii uterine dureroase. Distocie de obstacol datorită unei rotaţii incomplete a capului fătului. Anemie prin carenţă de fier .

Naşte natural la data de 16.05.2011, ora 10:50 un făt viu, sex feminin, G=3480 gr. ,Scor Apgar 9 , travaliu dirijat.

Delivrenţa naturală incompletă de placentă urmată de control instrumental uterin .

Epiziotomie profilactică , plaga perineală cicatrizată perprimam.

Travaliul şi naşterea complicate de o circulară de cordon în jurul gâtului, cu compresiune .

Ritmul respirator şicirculator este în limite normale

Lohii serosangvinolente în cantităţi normale, tranzit intestinal fiziologic

Alimentaţie la sâna nou-născutului

Lăuza este echilibrată hidroelectrolitic

Plaga perineală cicatrizată perprimam

Evoluţia lăuziei este favorabilă sub tratament antibiotic.

Se externează cu diagnosticul de Lăuzie fiziologică

Recomandări:

* igienă intimă , repaus sexual 40 zile
* alimentaţie naturală a nou – născutului
* combaterea carenţei de fier
* dispensarizare prin DMT-medic de familie

#### Cazul 3

Perioada 12.05.2011-19.05.2011

Culegerea datelor:

Nume: M.

Prenume: F.

Vârsta: 32 ani

Sex: F.

Ocupaţia: casnică

Religia: creştin-ortodoxă

Cetăţenie: română

Domiciliu: Bucuresti

Antecedente medicale:

heredo-colaterale: - nesemnificative

personale - fiziologice: - menarhă la 14 ani, ciclu menstrual neregulat.

N=4 ; A=0

patologice: - nesemnificative.

Isoricul bolii : Pacienta precizează că au aparut contracţii uterine dureroase la interval de aproximativ 2 ore, moment în care a anunţat Serviciul de ambulanţă , internându-se cu contracţii uterine dureroase

Diagnostic medical la internare: VG.IVP Sarcină la termen , contracţii uterine dureroase, Infecţie nespecifică a tractului urinar în sarcină

Motivele internării: contracţii uterine dureroase

Manifestări de dependenţă:

* contracţii uterine dureroase
* ruptură perineu gr.I , rafie catgut. Plaga perineală cicatrizată perprimam.
* constipaţie
* hemoragie postpartum
* hipotonie şi involuţie uterină lentă
* dispnee, tahicardie

Examen clinic general:

tegumente şi mucoase palide, acoperite de transpiraţii reci

sistem osteo-articular aparent integru

sistem muscular –normoton

sistem limfo-ganglionar-nepalpabil

ap.respirator- dispnee

ap. cardiovascular-T.A. 120/80 mmHg.

ap.urogenital – C.U.D. prezente

Data internării:12.05.2011

Data externării:19.05.2011

Evaluarea nevoilor fundamentale

1. Nevoia de a respira şi a avea o bună circulatie - lăuza prezintă dispnee . T.A=120/80mmHg

2.Nevoia de a bea şi a mânca – alimentaţie dezechilibrată

3.Nevoia de a elimina – C.U.D. prezente , disurie, constipaţie

4.Nevoia de a se mişca şi a avea o bună postură - reticenţă în a încerca să efctueze mişcări

5.Nevoia de a se odihni - ore de somn insuficiente, oboseală, legate de stres şi C.U.D.

6.Nevoia de a se îmbrăca şi dezbrăca – lăuza se îmbracă şi dezbracă singură

7.Nevoia de a menţine temperatura corpului în limite normale – bolnava prezintă temperatura în limite normale

8.Nevoia de a menţine tegumentele curate – neglijarea însuşirii de cunoştinţe privind igiena intimă corectă

9.Nevoia de a evita pericolele - alterarea stării de sănătate legată de anxietate, teamă

10.Nevoia de a comunica - perturbarea imaginii de sine ,comunicare dificilă , puditate nejustificată

11.Nevoia de a acţiona conform propriilor credinţe şi valori – lăuza este de religie ortodoxă, respectând şi practicând valorile spirituale.

12.Nevoia de a fi ocupat şi de a se realiza – lăuza este preocupată de propriul copil.

13.Nevoia de a se recreea –lăuza este vizitată de familie în prezenţa careia se simte bine .

14.Nevoia de a învăţa să-şi păstreze sănătatea - ignoranţă legată de cunoştinţe insuficiente

**PLAN DE ÎNGRIJIRE – CAZUL 3.**

**PERIOADA 12.05.2011-19.05.2011**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnostic de nursing** | **Obiective** | **Intervenţii** | | **Evaluare** |
| **Autonome** | **Delegate** |
| Alterarea respiratiei din cauza anxietatii manifestata prin dispnee;  Alterarea circulatiei din cauza anxietatii manifestata prin tahicardie | Lăuza să prezinte respiraţia şi pulsul în limite normale | Măsor tensiunea , respiraţia şi pulsul şi o notez în F.O. Încurajez pacienta să respire rar şi regulat să nu intre în panică | Recoltez sânge pentru analize de laborator, Administrez perfuzie cu ser fiziologic + ocitocin | 12.05.2011 Ameliora-rea ritmu-lui respire-tor şi a tensiunii arteriale |
| Tranzit intestinal lent din cauza sarcinii manifestat prin constipatie  Eliminare inadecvata vaginala din cauza nasterii manifestata prin lohii | Reluarea tranzitului intestinal în maxim 48 de ore  prevenirea infecţiilor şi a hemoragiei postpartum  reducerea hemoragiei la cantitatea normalA în maxim 48 de ore | Susţinere psihică şi încurajare, urmărirea cantitativă a lohiilor, aplicarea de pungă cu gheaţă pe abdomenul lehuzei, explicarea importanţei unui regim uşor pentru reluarea tranzitului intestinal | Efectuarea clismei Administra-rea de perfu-zie cu ser fiziologic alternativ cu glucoză + ergomet Administra-rea de ampi-cilină 1 gr. la 6 ore + Metroniza-dol 500mg/ 100 ml.,1/2 fl. la 12 ore pentru preve-nirea infecţiilor postpartum | 12.05.2011Pacienta intră în sala de naştere Delivrenţă naturală de placentă, ruptură de perineu  13.05.2011 formarea globului de siguranţă 14.05.2011  Lohii serosangvi-nolente în cantităţi moderate 15.05.2011  Lohii în cantităţi moderate Reluarea tranzitului intestinal 18.05.2011  Lohii serosang-vinolente în cantităţi normale, tranzit intestinal fiziologic, involuţie uterină favorabilă |
| Alimentaţie inadecvata din cauza lipsei de cunoastere manifestata prin flatulenta | Pacienta sa cunoasca regimul alimentar in alaptare si sa adopte dieta corespunzatoare | Încurajarea alimentaţiei la sân a nou- născutului, explicarea beneficiilor care le are alimentaţia la sân , explica-rea necesităţii unui regim alimentar adecvat, absenţa băuturilor acidulate, expunerea efectelor negative pe care le are asupra nou - nascutului | Administra-rea de sol glucozată + ser fiziologic în primele două zile | 12.05.2011  Obiectiv nerealizat 13.05.2011  Sâni simetrici bilateral , lactaţie instalată Lăuza pune copilul la sân , reia alimentaţia orală cu ceai + pâine prajită, iaurt, în următoare-le zile conti-nuă cu supă strecurată 17.05.2011  Nou -născutul este alimen-tat natural, lăuza se alimentează şi hidratează fară ajutor |
| Alterarea integritatii tegumentelor si mucoaselor datorita rupturii de perineu manifestata prin plaga suturata  Carenta de igiena din cauza lipsei de cunostinta manifestata prin lipsa igienii corespunzatoare la nivelul regiunii peri anale si a sanilor | Pacienta sa prezinte tegumente si mucoase integre  Pacienta sa cunoasca riscurile unei igiene deficitare  Pacienta sa fie capabila sa efectueze corect igiena regiunii perianale si a sanilor | Ajut lăuza să meargă la sala de tratamente pentru spălături vaginale şi vulvare , explic importanţa toaletei organelor genitale şi a sânilor | Spălături vaginale şi vulvare cu soluţie de Septovag.  Urmăresc evoluţia şi cicatricea rupturii de perineu | 12.05.2011  Obiectiv nerealizat 14.05.2011  Lăuza a înţeles importanţa igienei locale, îşi face singură toaleta sânilor şi a regiunii peri-anale |
| Anxietate, din lipsa cunoasterii manifestata prin agitatie | Pacienta sa prezinte comfort psihic si incredere in echipa medicala | Susţin psihic şi moral paci-enta, o încura-jez şi o asigur de sprijin, o lămuresc să colaboreze şi-i explic bene-ficiile acesteia, explic faptul că starea de agitaţie şi nelinişte se transmite de la mamă la copil |  | Pacienta suportă mai usor durerea şi colabo-rează cu echipa medicală |
| Dificultate in a se misca si a avea o buna postura datorită durerilor şi tulburărilor de echilibru postpartum manifestata prin refuz de a se misca. | Lăuza să se deplaseze singură si sa prezinte o buna postura | Ajut şi o susţin să facă scurte plimbări Explic necesitatea mişcării |  | Pacienta a înteles importanţa mişcării, ac-ceptă să fie susţinută. |

**INVESTIGAŢII DE LABORATOR**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Investigaţii | Rezultate | Valori normale |
| Leucocite | 6200/mm3 | 4.200 -8.000/mm3 |
| Hematocrit | 40% | 41 ±5% |
| Trombocite | 295.000 /mm3 | 1 50.000 -400.000/mm3 |
| Fibrinogen | 315 mg% | 200-400mg% |
| Eritrocite | 4,5mil/mm3 | 4,2 - 4,8 mil/mm3 |
| Hemoglobina | 10,9 g% | 15±2g% |
| V.S.H. | 15 mm/lh 30 mm/2 h | 2-13 mm/lh 12 -17 mm/2 h |
| Glicemie | 95 mg% | 80-120 mg% |
| Creatinina | 0,65 mg% | 0,6-1,20mg% |
| Trigliceride | 660 mg % | 600 - 800 mg % |
| Colesterol | 1,90 g %o | 1,80-2,80g%o |
| Uree | 0,27 g% | 0,2-0,4g% |
| lonograma sanguină | Na= 142 mEq/l Ca = 5,0 mEq/l Cl = 99 mEq/l K = 4,9 mEq/l | Na=137-152mEq/l Ca = 4,5 - 5,5 mEq/l Cl- 94 -111 mEq/l K = 3,8 -5,4 mEq/l |
| Factor Rh | pozitiv | |
| Grup sanguin | B (III ) | |
| Examen urină | Prezent cristale medicamentoase  Trichomonas-absent  Candida –absent  Grad de inflamaţie al vaginului-Gr.3  Epitelii, foarte rar, lactobacili, rari bacili gram negativ, coci gram pozitiv, frecvente leucocite | |

**TRATAMENT MEDICAMENTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicament** | **Concentraţie şi mod de prezentare** | **Doza şi calea de administrare recomandată** | **Perioada administrării** |
| Glucoză sol. | 5% -flacon de 500 ml. | -perfuzie i.v.-2 fl./zi | 12.05.2011-13.05.2011 |
| Ser fiziologic | 9%-flacon 500 ml | -perfuzie i.v.-2 fl./zi | 12.05.2011-15.05.2011 |
| Oxitocin | Fiole -1 ml 5 u.i./ml | In perfuzie1 u.i./100ml | 12.05.2011 |
| Ampicilină | Flaon 1 gr | 1 flacon la 6 ore i.v. | 12.05.2011-19.05.2011 |
| Ergomet | Fiole 0,2mg/1ml | 1fiola la 4 ore | 12.05.2011-13.05.2011 |
| Septovag | Plicuri | Dilutie 1/1000 | 12.05.2011-19.05.5011 |
| Metronidazol | Sol.perfuzabilă 500mg./100 ml | 1/2flacon la 12 ore | 12.05.2011-19.05.2011 |

**EVALUARE FINALĂ**

Pacienta M.F. în varstă de 32 ani, cu domiciliul în Mihălăşeni, este adusă cu salvarea în data de 12.05.20011 în Serviciul de urgenţă al Maternităţii Botoşani cu simptomele: contracţii uterine dureroase, membrane intacte.

A fost stabilit la internare diagnosticul de Sarcină la termen ,contracţii uterine dureroase. Infecţie nespecifică a tractului urinar în sarcină.

Naşte spontan la data de 12.05.2011,ora 13:40 un făt viu, sex masculin, Gr.3440 gr., Scor Apgar 9,

Delivrenţă naturală de placentă ,

Ruptură perineu Gr.I –rafie-catgut .Plaga perineală cicatrizată perprimam

Ritm respirator şi circulator în limite normale.

Lohii serosangvinolente înlimite normale, involuţie uterină favorabilă.

Lăuza este echilibrată hidroelectrolitic

Alimentaţia la sân a nou-născutului

Evoluţia lăuziei este favorabilă.

Se externează cu diagnosticul de Lehuzie fiziologică

Recomandări:

- igienă intimă, repaus sexual 40 zile

- alimentaţie naturală a nou – născutului

- dispensarizare prin DMT-medic de familie

#### **CONCLUZII**

Lăuzia după o naştere fară intervenţii medicale poate avea multe beneficii.

Următoarele sunt doar câteva:

* mai puţină durere postnatală
* recuperare fizică mai rapidă
* creşterea încrederii în tine ca rezultat al naşterii
* contactul cu bebeluşul este mult mai mare
* reduce probabilitatea depresiei post-natale
* un sugar mult mai liniştit
* o experienţă de alăptat mult mai uşoară

Am întâmpinat unele mici dificultăţi în găsirea materialului didactic, dar cu ajutorul doamnei profesoare coordonator am reuşit să adun tot ce aveam nevoie ca să îmi finalizez studiul pentru lucrarea de diplomă.

Am mai întâmpinat probleme de comunicare cu pacientele care nu aveau suficiente cunoştinţe în ceea ce priveşte o igienă intimă corespunzătoare pe parcursul perioadei de lăuzie şi am ajutat şi eu, prin mica mea contribuţie, la îngrijire, tratament şi educaţie pentru sănătate.

Prin studierea acestor cazuri am ajuns la o înţelegere şi cunoaştere a fiinţei umane şi a modului în care se pot iniţia şi întreţine relaţii interpersonale cooperante, bazate pe respect între membrii echipei de îngrijire şi cel îngrijit.

Am aflat multe lucruri şi, mai ales, am dobândit aptitudini practice care îmi vor fi de un real ajutor într-o viitoare carieră ca asistentă medicală la un cabinet de medic de familie sau, de ce nu, într - o maternitate, dar şi în viaţa de zi cu zi.

#### **BIBLIOGRAFIE**

**1.** R. Cîrmaciu, C. Th. Niculescu, Lelia Torsan - Anatomia şi fiziologia omului, Ed. Didactică şi Pedagogică, 1994;

**2.** N.N. Gheorghiu, Ion Lemnete, Ion Radulescu - Manual de obstetrică şi ginecologie, Ed. Medicală;

**3.** G. Baltă - Ingrijirea bolnavilor, tehnici generale, Ed. Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1991;

**4.** Titircă L. - Urgenţe medico - chirurgicale. Sinteze. Ed. Medicală, Bucureşti, 1990;

**5.** Titircă L. - Ghid de nursing, Ed. Medicală, Bucureşti, 1995;

1. Virginia Henderson - Principii fundamentale ale îngrijirii bolnavului, Consiliul internaţional al A.M.-ICN, 1993;
2. Jurnal de nursing - Asociaţia A.M. din România nr. 1994, 1995, 1996;
3. Agenda medicală 2013 - Ed. Medicală – Bucureşti;
4. Biblioteca Virtuală – Școala Postliceală Sanitară „Sf. Vasile cel Mare”.
5. Dr. Mihaela Vasile – Semiologie Medicală Pentru Asistenți Medicali .