

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL NAȚIONAL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ
URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ**

Aprobat

prin Ordinul IMSP CNAMUP

nr. 395 din 10 iulie 2026

cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Instituțional

„Stările hipertensive în timpul sarcinii”

STĂRILE HIPERTENSIVE ÎN TIMPUL SARCINII

Protocol Clinic Instituțional

Chișinău, 2026

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
SUMARUL MODIFICĂRIILOR PRINCIPALE	4
SUMARUL RECOMANDĂRIILOR	4
PREFAȚĂ.....	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnosticul	5
A.2. Codul bolii (CIM-10).....	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopul protocolului	5
A.5. Data elaborării	5
A.6. Data revizuirii	5
A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	6
B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească.....	6
C.1. ALGORITMI DE CONDUCĂRE	9
C.1.1. Algoritmul conduitei în hipertensiunea gestațională / preeclampsie	9
C.1.2. Algoritmul conduitei în preeclampsia severă și eclampsie	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	9
C.2.1. Diagnosticul formei severe de preeclampsie.....	9
C.2.2. Managementul HTA gestaționale / preeclampsiei (nesevere).....	9
C.2.3. Managementul preeclampsiei severe.....	10
C.2.4. Managementul eclampsiei	10
C.2.5. Monitorizarea și semnele de toxicitate ale sulfatului de magneziu	10
C.2.6. Criteriile de transportare în IMSP de profil	11
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	11
Anexa 1. Protocol pentru măsurarea TAM	12
Anexa 2. Poziția corectă a pacientei la determinarea TAM	12
Anexa 3. Hipertensiunea arterială în timpul sarcinii – ghidul pacientei.....	12
BIBLIOGRAFIE.....	13

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

Abrevierea	Semnificația
ACC	Antagoniști ai canalelor de calciu
AMU	Asistență medicală urgentă
ARBs	Blocanții receptorilor angiotensinei
ARDS	Detresă respiratorie acută la adulți
BCF	Bătăile cordului fetal
CIM	Clasificatorul Internațional al Maladiilor
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
DMU	Departamentul medical de urgență
ECG	Electrocardiograma
FCC	Frecvența contracțiilor cardiace
FR	Frecvența respiratorie
HMMM	Heparine cu masă moleculară mică
HTA	Hipertensiunea arterială
HTAC	Hipertensiune arterială cronică
HTAG	Hipertensiune arterială gestațională
IECA	Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei
IMSP	Instituția medico-sanitară publică
ISSHP	Societatea Internațională de Studiu a Hipertensiunii în timpul Sarcinii
i/v	Intravenos
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PE	Preeclampsie
RCF	Retenție de creștere a fătului
RCP	Resuscitare cardio-pulmonară
SNC	Sistemul nervos central
SpO₂	Saturația cu oxigen
TA	Tensiune arterială
TAd	Tensiune arterială diastolică
TAM	Tensiune arterială medie
TAs	Tensiune arterială sistolică
VSC	Volumul de sânge circulant

SUMARUL MODIFICĂRILOR PRINCIPALE

- A fost inclusă clasificarea ISSHP 2021 a stărilor hipertensive în sarcină, care propune noi categorii ale HTA preexistente (hipertensiunea „de halat alb”, hipertensiunea mascată) și ale HTA apărute în sarcină (HTA tranzitorie); a fost modificată definiția preeclampsiei (PE) prin adăugarea disfuncției utero-placentare ca criteriu; au fost precizate criteriile PE suprapuse HTA cronice.
- Au fost incluse noi recomandări privind tratamentul HTA nesevere în sarcină: terapia antihipertensivă este recomandată tuturor gravidelor cu TAs ≥ 140 mm Hg sau TAd ≥ 90 mm Hg, indiferent de tulburarea hipertensivă a sarcinii.
- Au fost prezentate detaliat principiile și metodologia tratamentului HTA severe în sarcină; au fost incluse preparatele Urapidilum*, Isosorbidi dinitras și Nitroglicerinum.
- A fost inclus algoritmul de tratament al eclampsiei și al PE severe pentru nivelul medicinei de urgență.

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Hipertensiunea severă în sarcină este definită ca o TA sistolică ≥ 160 mm Hg și/sau o TA diastolică ≥ 110 mm Hg, la o singură evaluare.
- Diagnosticul de PE se stabilește în caz de asociere a HTA gestaționale cu cel puțin una dintre următoarele: proteinurie, simptome clinice de afectare a organelor-țintă și/sau disfuncție placentară severă.
- Terapia antihipertensivă este recomandată gravidelor cu TAs ≥ 140 mm Hg sau TAd ≥ 90 mm Hg, indiferent de tulburarea hipertensivă a sarcinii.
- Terapia antihipertensivă (orală sau parenterală) este recomandată urgent femeilor cu HTA severă (TAs ≥ 160 mm Hg sau TAd ≥ 110 mm Hg) în timpul sarcinii sau postpartum. Scopul este scăderea TAs sub 160 mm Hg și a TAd sub 105 mm Hg cât mai repede posibil, iar apoi a TAs sub 140 mm Hg în decurs de o oră.
- Pentru tratamentul HTA severe la gravide se utilizează Nifedipinum, Labetalolum i/v sau Urapidilum*. În HTA severă rezistentă la 2–3 preparate antihipertensive pot fi administrate Isosorbidi dinitras sau Nitroglicerinum.
- Inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei (IECA) – Enalaprilat, Captopril – și blocanții receptorilor angiotensinei (ARBs) – Valsartan, Losartan – sunt contraindicați în sarcină.
- Magnesii sulfas este recomandat ca tratament de primă linie al eclampsiei și pentru profilaxia eclampsiei la femeile cu PE cu HTA severă sau simptome neurologice. Magnesii sulfas nu se utilizează ca antihipertensiv.
- Se recomandă internarea în staționar a gravidelor cu orice formă de PE și cu HTA gestațională severă.
- Nu se recomandă administrarea lichidelor pentru corecția VSC la femeile cu preeclampsie; volumul maximal de infuzii nu trebuie să depășească 80 ml pe oră.

PREFAȚĂ

Scopul acestui protocol este implementarea în conduita gravidelor cu hipertensiune în sarcină a tratamentelor eficiente și salvatoare de resurse, bazate pe dovezi științifice, și eliminarea din practica clinică a tratamentelor inefective. Conduita în fiecare caz va depinde de circumstanțele clinice specifice și de necesitățile/dorințele pacientei.

Prezentul protocol clinic instituțional a fost elaborat de grupul de lucru al IMSP CNAMUP, în baza Protocolului Clinic Național PCN-202 „Stările hipertensive în timpul sarcinii” (ediția II) și în conformitate cu Ordinul MS al RM nr. 910 din 06.11.2024.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul

Exemple de formulare a diagnosticului – stările hipertensive în timpul sarcinii:

1. Hipertensiune gestațională.
2. Hipertensiune preexistentă sarcinii (cronică).
3. Preeclampsie.
4. Preeclampsie, forma severă. Dezlipirea prenatală a placentei normal inserate. Retenție de dezvoltare intrauterină a fătului.
5. Eclampsie.

A.2. Codul bolii (CIM-10)

Cod CIM-10	Denumirea
O10	Hipertensiune preexistentă sarcinii (cronică)
O13	Hipertensiune gestațională
O14.0	Preeclampsie
O14.1	Preeclampsie, forma severă
O15	Eclampsie

A.3. Utilizatorii

Personalul medical al echipelor de asistență medicală urgentă prespitalicească (AMUP): medici de urgență, felceri și asistenți medicali.

A.4. Scopul protocolului

Îmbunătățirea calității asistenței medicale urgente la etapa de prespital a gravidelor cu preeclampsie, forma severă de preeclampsie și eclampsie, în conformitate cu prevederile protocolului.

A.5. Data elaborării

2026

A.6. Data revizuirii

2031, inclusiv la necesitate.

A.7. Lista persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Prenume, Nume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical
Diana CARAȘTEFAN	Șef DCTM
Svetlana GAITUR	Șef Regional AMU Centru

Prenume, Nume	Funcția
Leontie MACAROV	Șef CIDMUC și SC
Alina SCRIPNIC	Șef-adjunct CIDMUC și SC
Ludmila BOLOGAN	Metodist CIDMUC și SC
Elena ANTON	Medic-auditor
Eleonora TCACI	Medic-auditor
Ala RABOVILA	Medic-auditor
Elena IAZADJI	Medic-auditor
Rita NOUR	Medic-auditor

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat de:

Prenume, Nume	Funcția
Serghei SUMAN	Vicedirector medical

A.8. Definițiile folosite în document

Hipertensiune (HTA) în sarcină – creșterea TA sistolice peste 140 mm Hg și/sau a celei diastolice peste 90 mm Hg, determinate de 2 ori la interval de cel puțin 4 ore, sau constatarea unor valori ale TAs ≥ 160 mm Hg și/sau ale TAd ≥ 110 mm Hg la o singură evaluare.

Hipertensiune ușoară – TAd 90–99 mm Hg, TAs 140–149 mm Hg.

Hipertensiune moderată – TAd 100–109 mm Hg, TAs 150–159 mm Hg.

Hipertensiune severă – TAs ≥ 160 mm Hg sau TAd ≥ 110 mm Hg.

Hipertensiune cronică – hipertensiune arterială preexistentă sarcinii sau HTA detectată până la 20 de săptămâni de gestație.

Hipertensiune gestațională – hipertensiune cauzată de sarcină, care se dezvoltă după 20 de săptămâni de gestație.

Preeclampsia – sindromul clinic compus din HTA și proteinurie și/sau simptome clinice de afectare a organelor-țintă și/sau disfuncție placentară severă, apărute după a 20-a săptămână de gestație.

Eclampsia – dezvoltarea, pe fond de preeclampsie, a convulsiilor și/sau a comei, ce nu pot fi atribuite altor cauze.

A.9. Informația epidemiologică

Hipertensiunea în sarcină se diagnostichează la 7–9% dintre femeile gravide. De hipertensiune cronică suferă 1–2% dintre gravide, iar la aproximativ 15% dintre acestea (între 10 și 20%) apare preeclampsia suprapusă. Preeclampsia (asocierea HTA cu proteinurie sau simptome) se dezvoltă la circa 2% dintre gravide, majoritatea fiind primipare. Anual, de complicațiile preeclampsiei decedează circa 50 000 de gravide; mortalitatea maternă în eclampsie variază între 1 și 20%, iar cea perinatală între 1,5 și 35%.

B. PARTEA GENERALĂ**B.1. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească**

Descriere	Motive	Pași
B.1. La locul solicitării	Protejarea personalului și a pacientei în timpul acordării AMU	• Protecția personală a echipei AMU și a pacientei. • Evaluarea pacientei: TA, Ps, FCC, FR, T°, SpO₂. • Colectarea acuzelor și a anamnezei. • Examenul obiectiv și investigațiile paraclinice. • Acordarea AMU. • Anunțarea medicului superior/dispeceratului la necesitate. • Transportarea asistată cât mai rapidă la IMSP de profil.
B.2. Evaluarea factorilor de risc	Determinarea gravidelor cu risc înalt de dezvoltare a PE precoce (< 32 săptămâni) și a PE în sarcina prematură (< 37 săptămâni)	• Factori care măresc riscul de hipertensiune în sarcină: primiparitate; schimbarea paternității în sarcina actuală; vârste extreme ale fertilității (< 16 ani, > 40 ani); interval între sarcini mai mare de 10 ani; istoric familial de preeclampsie; HTA în sarcinile anterioare; obezitate; sarcină multiplă; afecțiuni renale; boli vasculare sau ale țesutului conjunctiv (HTA esențială, diabet zaharat, colagenoze); sindrom antifosfolipidic. • SpO₂ < 97% este asociată cu risc crescut de complicații severe (inclusiv non-respiratorii).
B.3. Diagnostic	Aprecierea severității hipertensiunii gestaționale (TA 140/90 – 159/109 mm Hg) / preeclampsiei pe baza nivelului HTA și a semnelor și simptomelor clinice	• Evaluarea stării mamei și a fătului: TA, Ps, FCC, FR, T°, SpO₂, ECG, BCF (normă 110–160 bpm). • Aprecierea TA prin metoda standard – protocolul de măsurare a TAM (Anexa 1 și Anexa 2). • Poziția pacientei: semiculcată sau șezând; manșeta se aplică pe treimea superioară a brațului, la nivelul inimii. • Obiectivul este scăderea TA la 135/85 mm Hg sau mai puțin. • NB: creșterea TA (cu 30 mm Hg a TAs și cu 15 mm Hg a TAd) nu este considerată criteriu de diagnostic dacă nu se atinge nivelul de 140/90 mm Hg.
B.4. Tratament / conduită	Conduita gravidei cu hipertensiune arterială (evaluare și supraveghere de specialistul obstetrician-ginecolog)	• Standard/obligatoriu: administrarea imediată a preparatelor antihipertensive cu acțiune rapidă în HTA severă (≥ 160/110 mm Hg). • Recomandabil: în HTA severă – Nifedipinum 10 mg per os, Labetalolum i/v sau Urapidilum* i/v; în HTA rezistentă la 2–3 preparate – Isosorbidi dinitras sau Nitroglicerinum.

Descriere	Motive	Pași
		• IECA (Captopril, Enalaprilat) și ARBs (Valsartan, Losartan) sunt contraindicați în sarcină. • Tratamentul antihipertensiv se inițiază de la TA $\geq$ 140/90 mm Hg, menținând TAd sub 85 mm Hg și TAs sub 135 mm Hg; dacă TAd scade sub 80 mm Hg, se reduce doza sau se anulează.
B.5. Tratamentul / profilaxia convulsiilor	Prevenirea convulsiilor repetate în eclampsie; preparatul de elecție este Magnesii sulfas	• Standard/obligatoriu: administrarea Sol. Magnesii sulfas după accesul de eclampsie și în forma severă de preeclampsie – 25% – 20,0 ml diluată în Sol. Natrii chloridum 0,9% – 20,0 ml, i/v.
B.6. Monitorizare / transportare	Transportarea de urgență la IMSP de profil, după stabilizare (FR/SpO ₂ normale, TA sub 160/110 mm Hg, administrarea Magnesii sulfas)	• Standard/obligatoriu: supravegherea minuțioasă a stării gravidei în timpul transportării – la fiecare 15 minute se determină frecvența respirației, saturația O₂, reflexele rotuliene, pulsul și TA; se apreciază diureza pe oră.

C.1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul conduitei în hipertensiunea gestațională / preeclampsie

Severitatea hipertensiunii gestaționale (TA 140/90 – 159/109 mm Hg) / preeclampsiei se apreciază pe baza nivelului HTA și a semnelor și simptomelor clinice. Conduita urmează etapele:

Evaluarea stării mamei și a fătului (TA, Ps, FCC, FR, T°, SpO₂, ECG, BCF) → măsurarea corectă a TA/TAM (Anexa 1, Anexa 2) → inițierea terapiei antihipertensive urgente la TA ≥ 140/90 mm Hg → reevaluare și decizia de transportare la IMSP de profil.

C.1.2. Algoritmul conduitei în preeclampsia severă și eclampsie

Recunoașterea HTA severe (≥ 160/110 mm Hg) și a semnelor clinice → terapie antihipertensivă urgentă → inițierea terapiei magneziene pentru profilaxia/controlul convulsiilor → controlul balanței lichidelor și monitorizarea funcțiilor vitale → transportarea asistată de urgență la IMSP de profil, cu prealertarea instituției receptoare.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Diagnosticul formei severe de preeclampsie

Caseta 1. Diagnosticul preeclampsiei severe și al eclampsiei

HTA ≥ 160/110 mm Hg apărută la sau după a 20-a săptămână de gestație, asociată cu cel puțin una dintre următoarele: proteinurie sau alte disfuncții ale organelor materne.

Examenul clinic în preeclampsia severă:

- Afectarea SNC: cefalee, somnolență, amețeală, confuzie.
- Dereglări vizuale: scotoame, vedere tulbure, diplopie, amauroză.
- Afectarea rinichilor: oligurie, anurie, hematurie.
- Tractul gastrointestinal: dureri epigastrice sau sub rebordul costal drept, greață și vomă.
- Sistemul respirator: dispnee (edem pulmonar cardiogen și necardiogen sau edem laringian).
- Sistemul feto-placentar: dureri abdominale permanente puternice, bradicardie fetală severă, diminuarea sau lipsa mișcărilor fetale.

Examenul obiectiv: hiperreflexie; hepatomegalie și dureri sub rebordul costal drept; hipertonus uterin; rar ascită; semne de insuficiență cardiacă (turgescența jugularelor, ritm de galop, raluri pulmonare bilaterale); edeme variabile; semne de edem pulmonar, dureri toracice, dispnee. Investigații: ECG, SpO₂, glicemie.

Eclampsia: dezvoltarea, pe fond de preeclampsie, a convulsiilor și/sau a comei, ce nu pot fi atribuite altor cauze.

C.2.2. Managementul HTA gestaționale / preeclampsiei (nesevere)

Caseta 2. Terapia antihipertensivă în HTA gestațională / preeclampsia nesevere

- Se respectă regulile de măsurare a TA. Spitalizarea și regimul la pat nu au valoare în managementul HTA ușoare și moderate, dacă TAd este sub 100 mm Hg și TAs sub 150 mm Hg și lipsesc semnele de suferință fetală severă și cele clinice.
- Se inițiază terapia antihipertensivă urgentă; administrarea poate fi efectuată și la cifre mai mici ale TA dacă se constată semne de afectare a organelor-țintă.

- Nifedipinum (capsule cu acțiune scurtă sau comprimate filmate cu acțiune intermediară) – doza inițială 10 mg per os (nu sublingual!), se repetă 10–20 mg la fiecare 20–30 min dacă este necesar (doza inițială maximă 50 mg într-o oră).
- Dacă Nifedipinum nu este eficient – Sol. Labetalolum (1% – 5 ml, 0,5% – 20 ml): doza inițială 20 mg i/v în bolus, timp de 2 min; dacă efectul este suboptimal, peste 10 min – 40 mg, apoi 80 mg la interval de 10 min de două ori (doza maximă 220 mg/24 h).
- În HTA severă rezistentă la Nifedipinum și Labetalolum – Sol. Urapidilum* (0,5% – 5 ml): doza inițială 25 mg i/v lent, repetat 25 mg i/v peste 5 min; după două doze se trece la infuzie continuă 9–30 mg/oră.
- Sol. Nitroglicerinum (1% – 10 mg/ml; 0,1% – 1 mg/ml): 2–8 mg/oră în perfuzie, pe injectomat, sub controlul continuu al TA – preparat de elecție în edemul pulmonar.

Observație: TA nu trebuie să coboare sub 135/80 mm Hg.

C.2.3. Managementul preeclampsiei severe

Caseta 3. Terapia antihipertensivă și magneziană în preeclampsia severă

HTA $\geq$ 160/110 mm Hg cu semne clinice (cefalee severă, dereglări de vedere, greață, vomă, dureri epigastrice, obnubilare, confuzie). Se inițiază terapia magneziană pentru profilaxia convulsiilor la gravidele cu:

- orice HTA, cu sau fără proteinurie, și unul dintre: hiperreflexie cu clonus; cefalee persistentă sau dereglări vizuale sau dureri epigastrice, greață și vomă; edem pulmonar;
- HTA persistentă $\geq$ 160/110 mm Hg, rezistentă la tratament.
- Monitorizați gravida și fătul: TA și Ps la fiecare 15 min; nu lăsați gravida singură.
- Ascultați plămânii în lobii inferiori; dacă apar raluri sugestive de edem pulmonar, inițiați tratament cu diuretice (Furosemidum 10–20 mg i/v), nitroglicerină și oxigenoterapie.
- Controlați strict balanța lichidelor: excesul de perfuzii i/v crește riscul de edem pulmonar și cerebral; mențineți diureza $>$ 30 ml/oră.

C.2.4. Managementul eclampsiei

Caseta 4. Conduita în eclampsie și schema de administrare a sulfatului de magneziu

- Eliberați căile respiratorii, poziționați femeia în decubit lateral stâng, inițiați ventilația artificială a plămânilor (în lipsa respirației spontane) sau administrați oxigen.
- Mobilizați venele, conectați o trusă de perfuzie dublă, aplicați o sondă urinară permanentă pentru măsurarea diurezei orare și evaluați balanța de lichide.

Controlul convulsiilor cu sulfat de magneziu:

- Doza inițială: 5 g i/v (20 ml soluție 25% diluată în 20 ml Natrii chloridum 0,9% – total 40 ml), lent, timp de 5–15 min.
- Doza de menținere: 1–2 g/oră (50 ml soluție 25% diluată în 450 ml Natrii chloridum 0,9%, viteză 40 ml/oră $\approx$ 14 picături/min).
- Cu injectomat: 25 g sulfat de magneziu 25% (10 fiole) în 200 ml Natrii chloridum 0,9%.
- Regim alternativ (când pacienta trebuie transportată): doza inițială 4 g i/v și câte 5 g i/m în fiecare fesă – total 14 g.

Diazepamum (alternativă) în lipsa sulfatului de magneziu, intoleranță sau lipsa condițiilor de supraveghere: doza de atac 10 mg i/v lent, timp de 2 min (se repetă dacă convulsiile reapar); doza de menținere 40 mg în 500 ml ser fiziologic. Nu se depășește doza de 100 mg/24 h; în

depresie respiratorie (> 30 mg/oră) se recurge la ventilație asistată. Nu se recomandă utilizarea îndelungată sau în doze mari, fiind asociată cu creșterea mortalității materne.

C.2.5. Monitorizarea și semnele de toxicitate ale sulfatului de magneziu

Caseta 5. Monitorizarea terapiei magneziene

- Monitorizați starea femeii la fiecare 15 min: frecvența respirației, saturația O_2 , reflexele rotuliene, pulsul și TA.
- Semne de toxicitate: scăderea excesivă a TA, tahicardie sau aritmie, $SpO_2 < 94\%$ timp de 15 min, frecvența respirației < 12 /min timp de 15 min, dispariția reflexelor rotuliene.
- Întrerupeți perfuzia dacă dispar reflexele rotuliene; reîncepeți cu viteză redusă când reapar.
- Dacă $FR < 12$ /min sau $SpO_2 < 94\%$ timp de 15 min, opriți perfuzia, aplicați masca cu oxigen și controlați permeabilitatea căilor respiratorii; dacă depresia respiratorie se accentuează, administrați antidotul (Sol. Calcii gluconas 10% – 10 ml).
- Dacă survine stopul respirator, intubați pacienta, începeți imediat ventilația artificială și aplicați antidotul.
- Dacă diureza scade sub 25 ml/oră și lipsesc alte semne de toxicitate, reduceți viteza perfuziei la 0,5 g/oră; în anurie – administrați doar doza inițială de Magnesii sulfas, fără doza de menținere.

C.2.6. Criteriile de transportare în IMSP de profil

Caseta 6. Criteriile de transportare

- Se recomandă transportarea gravidei în IMSP de profil dacă $TA \geq 150/100$ mm Hg. Gravidele cu HTA gestațională severă și preeclampsie se spitalizează în mod obligatoriu.
- Standard/obligatoriu: transportarea gravidelor cu orice formă de PE, HTA gestațională severă și semne de retenție de creștere a fătului.
- Indicații pentru transportare în centrele perinatale de nivelul II: orice PE și HTA gestațională severă și/sau RCF la termene mai mari de 34 de săptămâni.
- Indicații pentru transportare în centrele de nivelul III și II B: PE și HTA gestațională severă și/sau RCF la termene ≤ 34 de săptămâni; PE cu insuficiență severă de organ sau asociată cu maladii extragenitale decompensate.

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii AMU	Resurse necesare
Personal	• Medici de urgență (urgentiști) • Asistenți medicali de urgență / felceri de urgență
Dispozitive medicale și consumabile	• Echipament pentru monitorizare (Ps, TA, ECG, T°, SpO_2, BCF, glicemie) • Trusă cu medicamente pentru resuscitarea pacientei (RCP și RCR) • Trusă pentru cateterizarea venelor centrale și periferice • Trusă de medicamente • Trusă pentru perfuzii și consumabile • Trusă pentru cateterizarea vezicii urinare

Prestatori de servicii AMU	Resurse necesare
	• Echipament pentru protecția termică
Medicamente	• Magnesii sulfas, soluție injectabilă, fiole 25% – 20 ml • Nifedipinum (capsule/comprimate filmate cu acțiune rapidă) 10–20 mg • Labetalolum, soluție injectabilă, fiole 1% – 5 ml, 0,5% – 20 ml • Urapidilum*, soluție injectabilă, fiole 0,5% – 5 ml • Diazepamum, soluție injectabilă, 0,5% – 2 ml • Calcii gluconas, soluție injectabilă, 10% – 10 ml • Sol. Nitroglicerinum 1% – 10 mg/ml, 0,1% – 1 mg/ml • Sol. Natrii chloridum 0,9% – 200 ml

* Urapidilum – preparat marcat conform disponibilității în nomenclatorul de stat.

Anexa 1. Protocol pentru măsurarea TAM

- Tensiunea arterială se măsoară cu dispozitive automate validate, calibrate la intervale regulate. Tensiometrele cu mercur nu se utilizează, din motive de performanță clinică și siguranță.
- Înregistrările se fac de lucrători medicali instruiți în utilizarea acestor dispozitive.
- Femeia trebuie să fie în poziție așezată, cu picioarele neîncrucișate (încrucișarea picioarelor poate crește TAM).
- Brațele se plasează la nivelul inimii: dacă brațul este sub nivelul atriului drept, TAM este supraestimată; dacă este deasupra nivelului inimii, TAM este subestimată.
- Manșeta se alege în funcție de circumferința brațului: mică (< 22 cm), normală (22–32 cm) sau mare (33–42 cm). O manșetă prea mare subestimează, iar una prea mică supraestimează TAM.
- După o odihnă de 5 minute, TA se măsoară în ambele brațe simultan, realizând două seturi de înregistrări la interval de 1 minut. Valoarea TAM (media celor patru seturi de măsurători) se calculează pentru determinarea riscului de PE.

Anexa 2. Poziția corectă a pacientei la determinarea TAM

- Pacienta stă în poziție așezată, cu spatele sprijinit.
- Brațele sunt sprijinite la nivelul inimii.
- Picioarele nu sunt încrucișate și sunt sprijinite pe podea.
- Manșeta se aplică pe treimea superioară a brațului, la nivelul inimii, și se alege corespunzător circumferinței brațului.

Anexa 3. Hipertensiunea arterială în timpul sarcinii – ghidul pacientei

Ce trebuie să știi despre hipertensiunea indusă de sarcină?

Hipertensiunea arterială (HTA) indusă de sarcină reprezintă creșterea tensiunii arteriale peste 140/90 mm Hg în timpul sarcinii. De obicei nu este periculoasă, însă trebuie monitorizată atent, deoarece poate fi primul semn al preeclampsiei. După naștere, tensiunea revine de obicei la normal în aproximativ 12 săptămâni (hipertensiune arterială tranzitorie a sarcinii).

Ce este preeclampsia?

Preeclampsia este un sindrom care se poate instala în orice moment după săptămâna 20 de sarcină și până la 6 săptămâni după naștere. Se manifestă prin creșterea tensiunii arteriale peste 140/90 mm Hg, asociată cu cantități mari de proteine în urină sau cu simptome precum durere puternică de cap, dereglări de vedere, dureri abdominale, greață și vomă.

Ce este eclampsia?

Eclampsia este faza finală și cea mai gravă a preeclampsiei, apărută atunci când aceasta nu este tratată. Pe lângă simptomele preeclampsiei, se manifestă prin apariția convulsiilor. Poate cauza comă și chiar decesul mamei și al fătului și se poate produce înainte, în timpul sau după naștere.

Care sunt șansele de a suferi de hipertensiune în sarcină?

Până la 5% dintre sarcini pot fi afectate de HTA indusă de sarcină/preeclampsie. Risc mai mare au femeile care: sunt însărcinate pentru prima oară; au avut preeclampsie în sarcinile anterioare; au istoric de HTA; au peste 35 de ani; au sarcină gemelară sau multiplă; au afecțiuni cronice (diabet zaharat, boli de rinichi), sunt obeze sau au boli imune (lupus eritematos).

Cum știu dacă am tensiune arterială mare?

Apariția HTA este de obicei asimptomatică și este descoperită la verificarea de rutină a tensiunii. Simptomele de preeclampsie pot apărea gradual sau brusc și includ: edeme ale mâinilor și feței care nu dispar în cursul zilei; cefalee; dureri epigastrice; scăderea acuității vizuale sau vedere încețoșată, pete în câmpul vizual sau perioade de cecitate; scăderea volumului urinei (sub 500 ml în 24 de ore); dificultate de respirație, în special în poziție culcată.

Ce trebuie să fac în caz de hipertensiune în sarcină?

- Controale medicale regulate, cu monitorizarea valorilor tensiunii; țineți un jurnal zilnic al valorilor TA și prezentați-l la fiecare control.
- Monitorizarea mișcărilor fetale.
- Apelați asistența medicală de urgență (112) în caz de creștere a TA peste 140/90 mm Hg și apariție a simptomelor de preeclampsie: cefalee, vedere încețoșată, pete în câmpul vizual, dureri epigastrice, greață și vomă, scăderea cantității de urină.

Ce trebuie făcut dacă gravida are convulsii la domiciliu sau pe stradă?

- În caz de criză convulsivă, se cheamă imediat ambulanța (112).
- Majoritatea crizelor convulsive sunt autolimitate (se opresc în aproximativ un minut). Nu este permisă oprirea convulsiilor prin ținere; femeia se protejează împotriva traumelor și se poziționează lateral, pe partea stângă.
- O primă prioritate după acces este verificarea permeabilității căilor respiratorii și a respirației: vorbiți cu femeia; dacă răspunde, respirația este suficientă. Sunetele patologice (sforăit, horcăit, gâlgâit) indică obstrucție parțială – se înlătură cu degetele masele vomitive sau corpurile străine.
- Dacă căile respiratorii sunt libere, iar femeia nu respiră, se efectuează respirație artificială gură la gură.

BIBLIOGRAFIE

1. Protocolul Clinic Național PCN-202 „Stările hipertensive în timpul sarcinii”, ediția II, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
2. Ordinul MS al RM nr. 910 din 06.11.2024 cu privire la aprobarea PCN-202 „Stările hipertensive în timpul sarcinii”, ediția II.
3. Clasificarea ISSHP 2021 a stărilor hipertensive în timpul sarcinii.
4. Ordinul MSMPS al RM nr. 430 din 03.04.2019 privind normele minime de dotare a ambulanțelor și lista medicamentelor obligatorii pentru etapa prespitalicească.