



© P. Stratulat, Tatiana Carauș, Ala Curteanu, Ș. Gațcan

P. Stratulat, Tatiana Carauș, Ala Curteanu, Ș. Gațcan  
**ANALIZA SITUAȚIEI ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PERINATALĂ  
 ÎN REPUBLICA MOLDOVA PE 9 LUNI ANUL 2013 PE MATERNITĂȚI ȘI ARII DE REFERIRE.  
 REZULTATELE STUDIULUI DE EVALUARE A CALITĂȚII SERVICIILOR PERINATALE**  
 Ș. Gațcan - director IMSP IMC

*Investiția în îngrijirile medicale pe perioada  
 maternității este una din cele mai eficiente intervenții  
 în raport cu costurile în termen de beneficii  
 pentru întreaga comunitate (OMS).*

SUMMARY

SITUATIONAL ANALYSIS IN PERINATAL CARE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA FOR 9 MONTHS OF 2013  
 ON MATERNITIES AND AREAS OF REFERENCE.  
 RESULTS OF THE QUALITY ASSESSMENT STUDY OF PERINATAL SERVICES QUALITY

*Perinatal mortality is a primary determinant of infant mortality, being a sensitive indicator associated with the economic situation of the country. Although the dynamics of perinatal mortality in the Republic of Moldova has decreased over the past two decades by »50%, this index is still 2 times higher than in most European countries.*

*This article presents a detailed analysis of the situation in maternal-fetal health and newborn for 9 months of 2013 in comparison with 2012, both for the country and maternities in part.*

*Perinatal death rates (10,8 ‰), intranatal (0,5 ‰) and early neonatal (4,1 ‰) have recorded a slight decrease in 9 months of 2013, compared with indices of 2012, Antenatal mortality has increased from 5,4 ‰ (9 months of 2012) to 6,1 ‰ (9 months of 2013). 41 children weighing less than 1499 g were born at level I and II of perinatal care and were not referred "in utero" at the level III during the period of 9 months of 2013, thus having a direct impact on perinatal death.*

*Following monitoring visits to II level PCs, a number of indicators in antenatal, intranatal and postnatal care were assessed, as well as some recommendations for specialists from level II to work with specialists in subordinated I level maternities were presented.*

РЕЗЮМЕ

СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2013 ГОДА В РОДДОМАХ И РАЙОНАХ НАПРАВЛЕНИЯ. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ УСЛУГ

*Перинатальная смертность является основным фактором, определяющим младенческую смертность, являясь чувствительным индикатором, связанным с экономической ситуацией в стране. Хотя динамика перинатальной смертности в Республике Молдова снизилась за последние два десятилетия » на 50%, этот показатель все еще в 2 раза выше, чем в большинстве европейских стран.*

*В данной статье представлен подробный анализ ситуации в области охраны здоровья матери и плода и новорожденных периода в 9 месяцев 2013 года по сравнению с 2012 годом, как в стране, так и в районных родильных домах.*

*Показатели перинатальной (10,8‰), интранатальной (0,5 ‰) и ранней неонатальной (4,1 ‰) смертности зафиксировали незначительное сокращение за 9 месяцев 2013 года, по сравнению с показателями 2012 года, Дородовая смертность увеличилась с 5,4‰ (9 месяцев 2012 г.) до 6,1 ‰ (9 месяцев 2013 г.). 41 ребенок с массой тела менее 1499 г родился на I и II уровнях перинатальной помощи, не будучи направленным "внутриутробно" на III уровень в течение 9 месяцев 2013 года, оказывая, таким образом, непосредственное влияние на перинатальную смертность.*

*В ходе мониторинговых визитов в Перинатальные Центры II уровня был оценен ряд показателей дородовой, интранатальной и послеродовой помощи, а так же были представлены некоторые рекомендации специалистам II уровня по сотрудничеству со специалистами из родильных субординированных домов.*

**Mortalitatea perinatală** este o determinantă principală a mortalității infantile, fiind un indicator sensibil asociat cu situația economică a țării. Deși dinamica mortalității perinatale în Republica Moldova s-a redus pe parcursul ultimelor două decenii cu »50%, totuși acest indice este de 2 ori mai mare ca în majoritatea țărilor Europene. Experiența Republicii Moldova privind reducerea mortalității materne și perinatale demonstrează că și în cazul resurselor limitate în țară a fost posibil de a obține succese remarcabile în acest domeniu. Sănătatea nou-născutului se află în strânsă legătură cu sănătatea mamei. Prevenirea complicațiilor ce influențează sănătatea mamei de asemenea permite ameliorarea indicatorilor de sănătate în perioada perinatală și prevenirea deceselor nou-născuților.

Mortalitatea perinatală influențează în mod direct structura pe grupe de vârstă a populației și respectiv resursele de muncă. Aceasta constituie un indicator de bază al nivelului de dezvoltare socială. Un raport al Fondului Națiunilor Unite pentru copii arată că mortalitatea infantilă și cea perinatală s-au diminuat la nivel mondial, iar numărul copiilor care mor până la vârsta de 5 ani este mai mic ca niciodată.

**Scopul** acestei analize este informarea Ministerului Sănătății, șefilor secțiilor de maternitate raionale

și municipale precum și medicilor practicieni despre situația în asistența medicală perinatală pe 9 luni ale anului 2013.

Analiza cuprinde 2 compartimente:

1. **Compartimentul I** –decesele fetoneonatale pe categoriile de greutate și perioadele de timp când a pe țară, raioanele republicii și arile de referire în cadrul Centrele Perinatale.
2. **Compartimentul II** – este dedicat indicatori principali de calitate în urma vizitei în Centrele Perinatale de nivel II și III.

### Compartimentul I

În continuare este prezentată o analiză mai detaliată a situației în asistența materno-fetală și a nou-născutului pe 9 luni ale anului 2013 în comparație cu anul 2012, atât pe republică cât și pe maternitățile raionale în parte, în baza anexei 5 trimestriale la Darea de seamă „Privind copiii născuți și decedați în vârstă până la un an”:

În tabelul de mai jos sunt arătate ratele medii republicane de deces fetoneonatal pe categoriile de greutate și perioadele de timp când a survenit decesul cu explicații ale fiecărui indicator:

Tabelul 1

**Matrița BABIES în rate proporționale de deces pe 9 luni 2012 comparativ cu 9 luni 2013 (de la 500 g) după pachetele de intervenție**

	PA	PI	PNP (0-6 zile)	Mort. Perinat.
500-1499 g		5,4/5,3*		
>1500 g	3,2/3,4**	1,3/0,3***	2,4/1,8****	
<b>TOTAL</b>				11,8/10,8

- 1) \* reprezintă **rata mortalității fetoneonatale proporționale categoriei de greutate de la 500 - 1500 g** și caracterizează **Sănătatea maternă**; rezultatele cele mai eficiente în îmbunătățirea rezultatului sunt orientate spre mamă (planificarea familiei, aprecierea și tratamentul stărilor medicale preexistente: hipertensiunea, diabetul zaharat, ș.a., îmbunătățirea calității alimentației (aport de microelemente), prevenirea, identificarea și tratamentul infecțiilor, în special al ITS, evitarea unor nocivități (fumatul, alcoolul și alte droguri)) și ține de impactul pe termen lung;
- 2) \*\* reprezintă **rata proporțională a mortalității fetoneonatale înainte de travaliu, proporționale categoriei de greutate > 1500 g (PA – perioada antenatală)**, intervențiile majore în cadrul acestei perioade includ: calitatea asistenței antenatale, alimentația corectă a femeii (îmbogățite cu micronutrienți);
- 3) \*\*\* reprezintă **rata proporțională a deceselor fetoneonatale în timpul travaliului și nașterii, proporționale categoriei de greutate > 1500 g (PI – perioada intranatală)**, și reflectă asistența acordată mamei în travaliu și naștere. Intervențiile majore în cadrul acestei perioade includ: asistent calificat în naștere, monitoringul nașterii cu utilizarea partogramei, calitatea corespunzătoare a serviciului obstetrical de urgență, funcționarea sistemului de transportare și referire;
- 4) \*\*\*\* reprezintă **rata proporțională a deceselor fetoneonatale după naștere, în perioada neonatală, proporționale categoriei de greutate > 1500 g (PNP – perioada neonatală precoce)**, și reflectă asistența acordată nou-născutului în travaliu și naștere și perioada neonatală precoce, intervențiile majore ce trebuie acordate în termen scurt, ele includ: asistența neonatală suplimentară, calitatea corespunzătoare a resuscitării neonatale, respectarea lanțului curat și cald, funcționarea sistemelor de transportare și referire.

Pe 9 luni ale anului curent în RM rata mortalității perinatale (de la 500 g) s-a micșorat în comparație cu 9 luni 2002, de la 11,8% la 10,8 %. Cu toate acestea, se menține ca o problemă prioritară calitatea asistenței medicale în perioada antepartum (rata decesului în pa-

chetul asistența antenatală a crecut de 3,2% în 9 luni 2012 versus la 3,4% în același interval de timp în anul 2012). **Pachetul de intervenție Sănătatea Mamei și Asistența antepartum rămân a fi probleme nesoluționate**

Matrița BABIES în valori absolute pe 9 luni 2013  
comparativ cu 9 luni 2012 și 2011 (de la 500 g)

GREUTATEA la naștere (g)	PA			PI			MNP			Vii			Total născuți		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
500-999	40	45	50	11	11	5	44	56	50	99	92	90	150	148	145
<1000 - 1499	26	23	32	2	2	1	23	31	16	159	146	144	187	171	167
1500-2499	33	44	35	7	14	3	35	35	15	1241	1342	1294	1281	1400	1332
2500+	68	54	32	23	13	6	47	38	37	28103	29223	27204	28194	29220	27242
Total	167	166	179	43	40	15	149	160	118	29602	30803	28732	29812	31009	28926

Tabelul 3

Ratele proporționale a mortalității perinatale în funcție de greutatea la naștere și timpul decesului pe 9 luni 2013, comparativ cu 9 luni 2012 și 2011 (de la 500 g)

GREUTATEA la naștere (g)	BABIES Moldova 9 luni 2013														
	PA (asistența antenatală)			PI (asistența în naștere)			MNP (asistența în perioada neonatală precoce)			% născuți vii			% total născuți		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
500-999	1,3	1,5	1,7	0,4	0,4	0,2	1,5	1,8	1,7	0,3	0,3	0,3	0,5	0,5	0,5
<1000 - 1499	0,9	0,7	1,1	0,1	0,1	0,0	0,8	1,0	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
1500-2499	1,1	1,4	1,1	0,2	0,5	0,1	1,2	1,1	0,5	4,2	4,4	4,5	4,3	4,5	4,6
2500+	2,3	1,7	2,1	0,8	0,4	0,2	1,6	1,2	2,3	94,9	94,9	94,7	94,6	94,5	94,3
Total	5,6	5,4	6,2	1,4	1,3	0,5	5,0	5,2	4,1	100	100	100	100	100	100

Pe 9 luni ale anului curent în RM rata mortalității perinatale (de la 500 g) s-a micșorat în comparație cu 9 luni 2011 de la 12,0% la 10,8%. **Cu toate acestea ponderea decesului antenatal în mortalitatea perinatală constituie circa 50%, fiind cu o creștere de la 5,4 % la 6,2 % în anul 2013 ceea ce arată că calitatea asistenței antenatale suferă.** De asemenea asistența medicală în perioada neonatală precoce mai rămâne încă o problemă (rata decesului în perioada neonatală precoce a fost de 4,1% în 9 luni 2013 versus 5,2% în același interval de timp în anul 2012). Rata deceselor copiilor cu greutatea > 2500 g în mortalitatea perinatală constituie 33,3% și reprezintă rezerva de reducere a deceselor printre acești copii.

Mai jos sunt prezentate datele raportate de către maternitățile republicii în cadrul monitoringului trimestrial. Conform acestor date, ratele mortalității antepartum pentru 9 luni 2013 (fig. 1), au depășit media națională (6,1%) în sunt pe localități: **Edineț (23,2%), Șoldănești (17,5%), Rezina (15,4%), Hâncești (15,0%), Căușeni (9,5%), la fel ca și în raioanele Nisporeni (8,5%), Ciadâr-Lunga (8,1%), Orhei (7,8%), Cimișlia (7,5%), maternitatea nr.2 (6,8%), Telenești (6,6%), și CP SCM nr.1 mun. Chișinău (6,4%).** Totodată pentru această perioadă de timp în 13 localități ale republicii nu a fost înregistrat nici un caz de deces antenatal.

Rate proporționale de deces în perioada intrapartum (fig. 2) mai înalte decât media pe republică în anul 2013 (0,5%) au fost înregistrate în raioanele: **Glodeni**

**(3,1%), Ștefan-Vodă (2,5%), Fălești (2,3%), Hâncești (1,9%), Bălți (21,5%), Ungheni (1,1%), Orhei (1,0%).** În 29 maternități nu a fost înregistrat nici un caz de deces intranatal.

Decesele intranatale ce depășesc media pe țară denotă: **a) lipsa unei referiri adecvate a gravidelor cu complicații în sarcină; b) deficiența monitorizării procesului de naștere, îndeosebi a perioadei a II-a; c) depistarea tardivă a suferinței fetale și luarea cu întârziere a deciziei de declanșare a nașterii.**

Analiza dinamicii mortalității neonatale precoce a constatat pentru 9 luni 2013 a stabilit că, ratele de deces neonatal precoce în categoria de greutate de la 500 g (fig. 3) superioare mediei republicane se atestă în teritoriile: **Florești (4,6 %), SCM Chișinău nr.1 (4,5%), Sângerei (4,4%), Leova (4,3%) și Ciadâr-Lunga (4,1%); în 18 localități nu au fost înregistrate cazuri de deces neonatal precoce.**

Conform datelor prezentate în fig. 4, rate ale mortalității perinatale ce au depășit rata medie republicană au fost înregistrate în raioanele: **Edineț (25,1%), Hâncești (18,7%), Rezina (18,5%), Șoldănești (17,5%), Telenești (16,6%), Căușeni (12,7%), Ciadâr-Lunga (12,2%), Orhei (11,7%), Cimișlia (11,2%),** în marea lor majoritate fiind cauzate de decesele antenatale ceea ce arată că supravegherea gravidelor la nivelul asistenței primare suferă (fig. 3); în schimb 9 maternități din republică **nu au înregistrat, pentru perioada raportată, de timp cazuri de deces perinatal.**

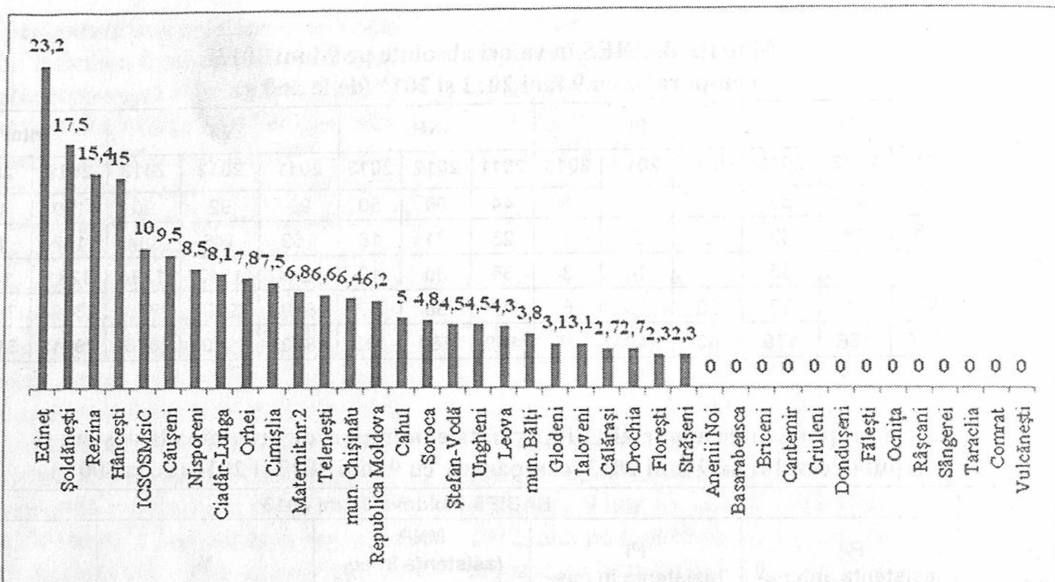


Figura 1. Rata mortalității antepartum înregistrată de la greutatea 500 g pentru 9 luni 2013

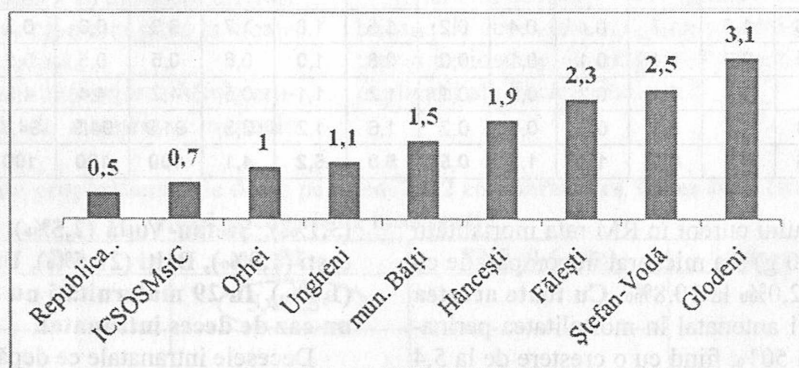


Figura 2. Rata mortalității intrapartum înregistrată de la greutatea 500 g pentru 9 luni 2013

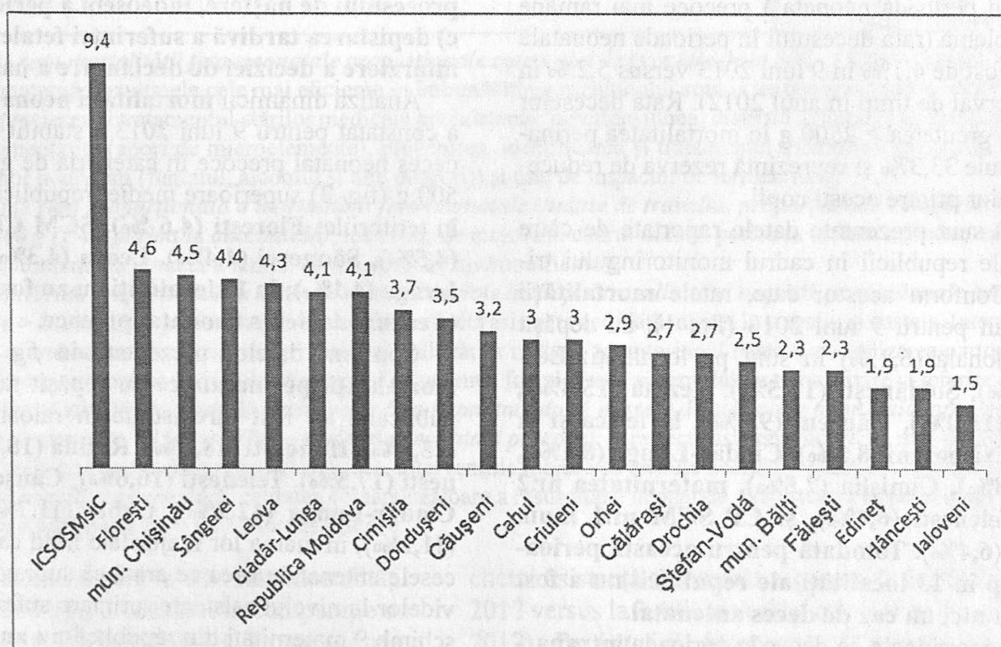


Figura 3. Rata decesului neonatal precoce înregistrată de la greutatea 500 g pentru 9 luni 2013

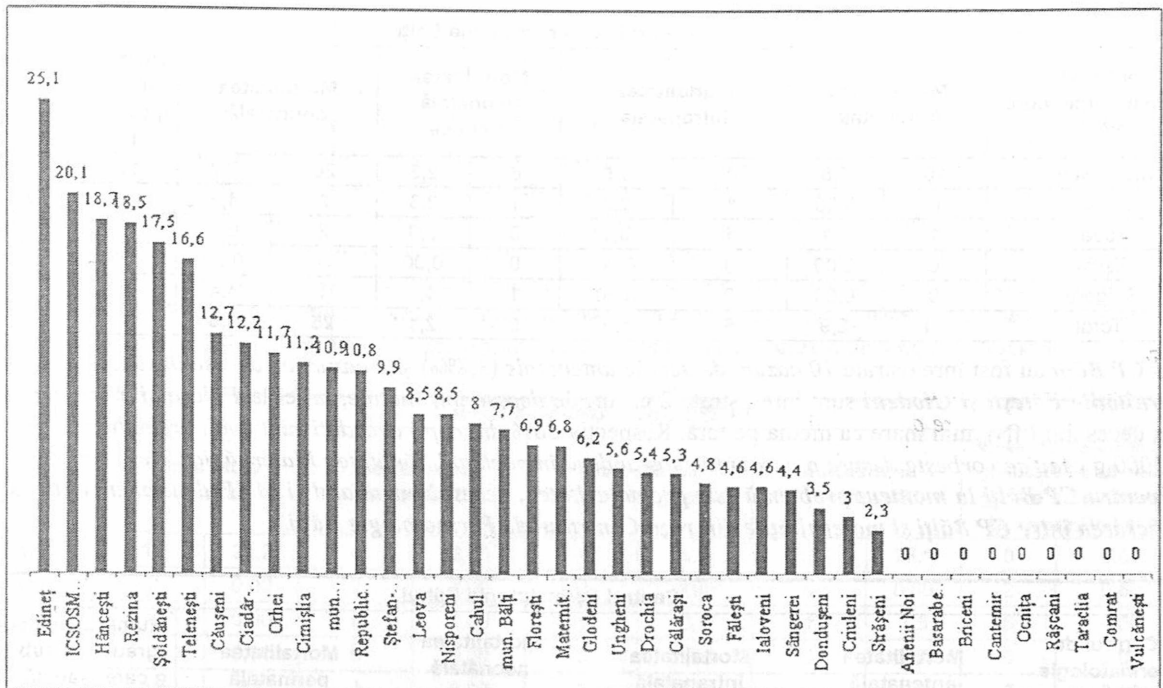


Figura 4. Rata decesului perinatal înregistrată de la greutatea 500 g pentru 9 luni 2013

În tabelul 2 este prezentată rata mortalității perinatale, antenatale, intranatale și mortalității neonatale precoce grupată pentru Centrele de Perinatologie de nivelul II și maternități de nivelul I; cu o analiză detaliată pe fiecare Centru Perinatic cu maternitățile de nivelul I alăturate.

Tabelul 2

**Rata mortalității perinatale în centrele de perinatologie interraionale (nivel II) cu includerea maternităților din raza fostelor județe și pentru fiecare maternitate separat, 9 luni 2013**

Raionul	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
IMsiC	44	10,0	3	0,7	41	9,4	88	20,1	-	-
Anenii Noi	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Criuleni	0	0,00	0	0,00	1	3,0	1	3,0	2	0,60
Ialoveni	2	3,1	0	0,00	1	1,5	3	4,6	0	0,00
Strășeni	1	2,3	0	0,00	0	0,00	1	2,3	0	0,00
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>1,7</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>2</b>	<b>1,1</b>	<b>5</b>	<b>2,8</b>	<b>2</b>	<b>0,60</b>
SCM nr.1 Chișinău	41	6,4	0	0,00	29	4,5	70	10,9	62	0,96
Maternitatea nr. 2 Chișinău	9	6,8	0	0,00	0	0,00	9	6,8	1	0,07
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>6,4</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>29</b>	<b>3,7</b>	<b>79</b>	<b>10,2</b>	<b>63</b>	<b>0,27</b>

**Centrul de Perinatologie mun. Chișinău:** pentru perioada raportată în SCM nr.1 au fost înregistrate 40 cazuri de decese antenatale (6,4‰) și 29 cazuri de decese neonatale precoce (4,5‰), în maternitatea nr.2 sunt înregistrate 9 cazuri de decese antenatale (6,8‰); astfel mortalitatea antenatală este o problemă la ora actuală pentru mun. Chișinău, 50% din acești copii decedați sunt cu o greutate mai mare de 2,0 kg, ceea ce ne vorbește despre o supraveghere insuficientă a gravidelor în cadrul asistenței primare din mun. Chișinău; la fel 50% din copiii decedați în decesele antenatale și 80% din decesele neonatale precoce sunt copii cu greutatea mică și foarte mică la naștere, ceea ce vorbește despre o asistență insuficientă în pachetul Sănătatea Maternă, respectiv despre o conlucrare între asistența primară și secția consultativă a Centrului Perinatal Chișinău în supravegherea femeilor din grupul de risc.

Centrul de Perinatologie Bălți										
Centrul de Perinatologie mun. Bălți	Mortalitatea Antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
mun. Bălți	10	3,8	4	1,5	6	2,3	20	7,7	10	0,38
Fălești	0	0,00	1	2,3	1	2,3	2	4,6	1	0,20
Glodeni	1	3,1	1	3,1	0	0,0	2	6,3	0	0,0
Rîșcani	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Sîngerei	0	0,00	0	0,00	1	4,4	1	4,4	0	0,00
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>2,9</b>	<b>6</b>	<b>1,6</b>	<b>8</b>	<b>2,1</b>	<b>25</b>	<b>6,5</b>	<b>11</b>	<b>0,30</b>

În **CP Bălți** au fost înregistrate 10 cazuri de decese antenatale (3,8%) și 4 cazuri de decese intranatale (1,5%), în **maternitățile Fălești și Glodeni** sunt înregistrate 2 cazuri de decese intranatale, la fel la **Fălești și Sîngerei** avem o rata a decesului MNP mai mare ca media pe țară. Respectiv 56% din copii decedați sunt copii prematuri cu greutatea sub 2000 g ceea ce vorbește despre o asistență substandard în pachetul Sănătatea Maternă, iar 44% sunt copii mari, deci pentru **CP Bălți** la moment problemă este prematuritatea, decesul intranatal și MNP, deasemenea nu există o conlucrarea între **CP Bălți** și maternitățile din raza **Centrului de Perinatologie Bălți**.

Centrul Perinatologic Cahul										
Centrul de Perinatologie Cahul	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Cahul	5	5,0	0	0,00	3	3,0	8	8,0	5	0,50
Cantemir	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,20
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3,5</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>2,1</b>	<b>8</b>	<b>5,5</b>	<b>6</b>	<b>0,40</b>

Pentru perioada de timp prezentată în **CP Cahul și maternitatea Cantemir** nu sunt înregistrate rate mai înalte a indicatorilor de mortalitate raportați pentru această perioadă de referință, însă este mare numărul copiilor născuți în categoria de greutate sub 1500 g, ceea ce ne vorbește despre nerespectarea criteriilor de referire la nivelul III și ignorarea referirii la nivelul II de către maternitatea Cantemir.

Centrul de Perinatologie Hâncești										
Centrul de Perinatologie Hâncești	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Hâncești	8	15,0	1	1,9	1	1,9	10	18,7	1	0,2
Basarabeasca	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Cimișlia	2	7,5	0	0,00	1	3,7	3	11,2	1	0,37
Leova	1	4,3	0	0,00	1	4,3	2	8,6	0	0,00
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>9,7</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>3</b>	<b>2,7</b>	<b>15</b>	<b>13,3</b>	<b>2</b>	<b>0,17</b>

În **CP Hâncești** au fost înregistrate 10 cazuri de deces antenatal (15,0%), în **maternitatea Cimișlia** sunt înregistrate 2 cazuri de deces antenatal; 80% din copii decedate sunt născuți în categoria de greutate până la 1500 g, deci în **CP Hâncești** situația este alarmantă în ceea ce privește decesul antenatal, acest fapt fiind datorat lipsei conlucrării specialiștilor din asistența primară și celor ce activează în maternitate cu cei din secția consultativă a **Centrului de Perinatologic Hâncești**. Activitățile manageriale ale **CP Hâncești** cu Centrele de sănătate ale **MF** sunt nesatisfăcătoare, precum și lipsa efectuării auditului perinatal al cazurilor de deces antenatal cu implicarea **MF** din teritoriu.

Centrul de Perinatologie Orhei										
Centrul de Perinatologie Orhei	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Orhei	8	7,8	1	1,0	3	2,9	12	11,7	7	0,70
Rezina	5	15,4	1	3,1	0	0,00	6	18,5	0	0,00
Șoldănești	3	17,5	0	0,00	0	0,00	3	17,5	0	0,00
Telenești	2	6,6	0	0,00	3	10,0	5	16,6	0	0,00
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>9,9</b>	<b>2</b>	<b>1,1</b>	<b>6</b>	<b>3,3</b>	<b>26</b>	<b>14,2</b>	<b>7</b>	<b>0,40</b>

Pentru perioada analizată în **CP Orhei** sunt înregistrate 8 cazuri de deces antenatal (7,8%), în **maternitățile Rezina, Șoldănești și Telenești** sunt înregistrate, la fel multe cazuri de deces antenatal, iar pentru **maternitatea Telenești** avem o rata înaltă a decesului neonatal precoce mult mai mare ca media pe țară; în 38% cazuri au fost copii cu greutatea până la 1500 g, ceea ce ne vorbește despre o asistență insuficientă în pachetul **Sănătatea Maternă** și o conlucrare insuficientă între specialiștii secției consultative a CP Orhei și cei din asistența primară, iar în 62,0% cazuri copiii decedați aveau o greutate mai mare de 2,0 kg ceea ce denotă o asistență antenatală substandard a femeilor gravide în asistența primară; în **maternitatea Telenești** au decedat 2 copii maturi în MNP, având o rată a operației cezariene de 9%, probabil tardiv se iau decizii de declanșare a nașterii. *Deci în CP Orhei situația la momentul actual este foarte gravă în ceea ce privește decesul antenatal, nu se efectuează auditul confidențial al decesului antenatal al tuturor cazurilor din CP Orhei și maternitățile subordonate lui. Se impune organizarea de urgență a medicilor de familie din teritoriu cu discutarea problemelor de supraveghere a femeilor gravide cu participarea administrației publice locale. Reieșind din rata mare a deceselor antenatale.*

Centrul de Perinatologie Edineț										
Centrul de Perinatologie Edineț	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Edineț	12	23,2	0	0,00	1	1,9	13	25,1	0	0,00
Briceni	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,80
Dondușeni	0	0,00	0	0,00	1	3,5	1	3,5	0	0,00
Ocnîța	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>9,7</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>2</b>	<b>3,0</b>	<b>14</b>	<b>3,0</b>	<b>2</b>	<b>0,20</b>

Pe parcursul acestei perioade în **CP Edineț** sunt înregistrate 12 cazuri de decese antenatale (23,2%), 53% din copiii decedați s-au născut cu o greutate mai mare de 2,0 kg, *deci pentru CP Edineț la momentul actual este o problemă decesul antenatal, fiind cel mai mare din țară, deci nu există o conlucrare a specialiștilor din asistența primară cu specialiștii din centrul de perinatologie Edineț, lipsește o analiză a cazurilor de deces (ancheta confidențială a decesului perinatal), a cauzelor care au dus la deces. Conlucrarea specialiștilor de decizie a centrului de perinatologie și a specialiștilor din medicina primară și administrației publice locale lipsește pe parcursul a mai multor ani.*

Centrul de Perinatologie Căușeni										
Centrul de Perinatologie Căușeni	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Căușeni	6	9,5	0	0,00	2	3,2	8	12,7	3	0,50
Ștefan-Vodă	2	4,9	1	2,5	1	2,5	4	9,9	1	0,20
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>7,7</b>	<b>1</b>	<b>1,0</b>	<b>3</b>	<b>2,9</b>	<b>12</b>	<b>11,6</b>	<b>4</b>	<b>0,40</b>

Pentru perioada de timp raportată, în **CP Căușeni** sunt înregistrate 6 cazuri de decese antenatale (9,5%); 50% din copiii decedați sunt la termen și 50% sunt prematuri, *deci în CP Căușeni problema ce necesită ameliorarea este decesul antenatal, deci nu avem o conlucrare între asistența primară și cea spitalicească la pachetul îngrijirilor Asistența maternă, și o supraveghere substandard a femeilor pe parcursul sarcinii în asistența primară. Centrul de perinatologie Căușeni pe parcursul anilor, nu își îndeplinește funcțiile stipulate pentru o instituție perinatală de nivelul II (conform Ghidului B).*

Centrul de Perinatologie Ungheni										
Centrul de Perinatologie Ungheni	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Ungheni	4	4,5	1	1,1	0	0,00	5	5,6	0	0,00
Călărași	1	2,7	0	0,00	1	2,7	2	5,3	0	0,00
Nisporeni	3	8,5	0	0,00	0	0,00	3	8,5	0	0,00
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>5,0</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>10</b>	<b>6,2</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>

Pentru perioada de timp prezentată în **CP Ungheni și maternitatea Călărași** nu sunt înregistrate rate mai înalte a indicatorilor raportați pentru această perioadă de referință, doar mai alarmantă la moment este situația în maternitatea Călărași unde au fost înregistrate 3 cazuri de deces antenatal (8,5%), 60% din copiii decedați au fost copii cu o greutate mai mare de 2,0 kg la naștere, *deci nu avem o supraveghere bună a femeilor pe parcursul sarcinii, specialiștii din secția consultativă a CP Ungheni nu conlucrează suficient cu specialiștii din asistența primară și maternitatea Nisporeni.*

Centrul de Perinatologie Soroca										
Centrul de Perinatologie Soroca	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Soroca	3	4,8	0	0,00	0	0,00	3	4,8	0	0,00
Drochia	1	2,7	0	0,00	2	5,4	3	8,1	0	0,00
Florești	1	2,3	0	0,00	2	4,6	3	6,9	0	0,00
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3,5</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>4</b>	<b>2,8</b>	<b>9</b>	<b>6,3</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>

Pentru perioada de timp prezentată, rate mai înalte ale decesului neonatal precoce sunt înregistrate în maternitățile **Drochia și Florești**, în 77,7% cazuri decese au survenit la copii normal formați cu o greutate mai mare de 2,0 kg la naștere. Cauza deceselor sunt îngrijirile substandard în asistența primară, și cea intranatală, **deci pentru CP Soroca rămâne o problemă decesul neonatal precoce.**

Centrul de Perinatologie Ciadâr-Lunga										
Centru de Perinatologie Ciadâr-Lunga	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
Ciadâr-Lunga	6	8,1	0	0,00	3	4,1	9	12,2	5	0,60
Comrat	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,60
Vulcănești	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>6,2</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>3</b>	<b>2,8</b>	<b>9</b>	<b>9,0</b>	<b>7</b>	<b>0,40</b>
Taraclia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Pentru perioada de timp prezentată în **CP Ciadâr-Lunga** sunt înregistrate 6 cazuri de decese antenatale (8,1‰); 76,9% au fost copii cu o greutate mai mare de 2,0 kg, **deci pentru CP Ciadâr-Lunga o problemă prioritară este decesul antenatal. Rezultă că nu există o conlucrare eficientă între asistența primară și secția consultativă a CP Ciadâr-Lunga, la fel sunt defectuoase îngrijirile în asistența neonatală precoce unde au decedat 4 copii.**

Total pe Republică										
Total pe Republică	Mortalitatea antenatală		Mortalitatea intranatală		Mortalitatea neonatală precoce		Mortalitatea perinatală		Numărul de copii cu greutatea sub 1499 g care s-au născut la nivelurile I și II	
<b>Total pe Republică</b>	<b>179</b>	<b>6,2</b>	<b>15</b>	<b>0,5</b>	<b>118</b>	<b>4,1</b>	<b>312</b>	<b>10,8</b>	<b>40</b>	<b>17,5</b>

*\*Notă – maternitatea IMiC este centru de referință de nivelele II și III pentru raioanele Anenii-Noi, Criuleni, Ialoveni și Strășeni*

În final putem concluziona că cea mai alarmantă situație în asistența perinatală s-a înregistrat în Centrele Perinatale: **Orhei, Hâncești și Edineț.**

Această stare de lucruri poate fi explicată prin insuficiența conlucrării cadrelor medicale din maternitățile din raza fostului județ și lipsa referirii / transportării gravidelor/nou-născuților din grupul de risc din maternitățile de nivelul I la centrele perinatologice de nivelul II sau de la acestea la nivelul terțiar precum și prin deficiențele implementării tehnologiilor perinatale.

Pentru 9 luni 2013 - **41 de copii** cu greutatea sub 1499 g s-au născut la nivelul I și II de asistență și nu au fost referiți "in utero" la nivelul III și au avut un impact direct asupra decesului perinatal, aceste cazuri fiind din 13 localități: **CP Bălți, Fălești, CP Orhei, CP Hâncești, Cimișlia, Criuleni, CP Cahul, Can-**

**temir, CP Căușeni, Briceni, CP Ciadâr-Lunga și Comrat, ce constituie aproximativ 18% din totalul copiilor născuți vii în această categorie de greutate, 12 din acești copii au decedat pe loc: Bălți (5 copii), Cahul (2 copii), Hâncești (2 copii) și Orhei (1 copil), iar 29 de copii au fost transportați la nivelul III de asistență neonatală (tabelul 2).**

#### COMPARTIMENTUL II.

*Acest compartiment este dedicat indicatorilor de bază de calitate monitorizați în centrele perinatale de nivel II și III.*

În perioada **21-31.09.2013** a fost efectuate vizite de evaluare și monitorizare a indicatorilor de calitate pe compartimentele: asistența antenatală, intranatală și postnatală în Centrele Perinatologice: **IMșiC, SCM**



nr.1, Bălți, Edineț, Cahul, Ciadâr-Lunga, Hâncești, Orhei, Soroca și Ungheni.

Pe parcursul acestor vizite au fost analizate 210 fișe obstetricale și 213 fișe neonatale, 124 Carnete Perinatale și interviuate 112 femei.

**a) Implementarea tehnologiilor cost-efective și respectarea standardului în asistența antenatală**

Comparând datele statistice cu datele evaluării, au constatat următoarele: În urma analizei carnetelor perinatale a fost apreciat indicatorul - **luarea precoce în evidență până la 12 s.g.** unde s-a observat că în medie – 79% cazuri - femeile sunt luate precoce în evidență, cea mai mare rată de luare în evidență s-a observat la CP SCM nr.1 (100%), iar cea mai mică a fost înregistrată în CP Bălți (60%), conform statisticii oficiale luarea precoce în evidență a gravidelor până la

12 s.g. pentru anul 2012 puțin diferită: mun. Chișinău (82,3%), Bălți (85,6%), Cahul (69,6%), Ciadâr-Lunga (71,2%), Edineț (77,2%), Hâncești (67,2%), Orhei (80,6%), Soroca (77,4%), și Ungheni (76,1%).

În ceea ce privește utilizarea **acidului folic** în trimestrul I de sarcină în medie pe toate CP de nivel II se constată o rată de 73%, în 100% cazuri femeile au folosit acidul folic în CP Cahul și iarăși cea mai joasă rată a fost înregistrată în CP Bălți (fig. 5).

Am încercat să corelăm datele privind utilizarea acidului folic și incidența spinei bifida și a malformațiilor folat-dependente observând următoarele: cele mai multe cazuri au fost înregistrate la copii din localitățile: *Chișinău, Bălți, Ciadâr-Lunga, Hâncești, în aceste localități fiind cea mai joasă acoperire cu administrarea acidului folic.*

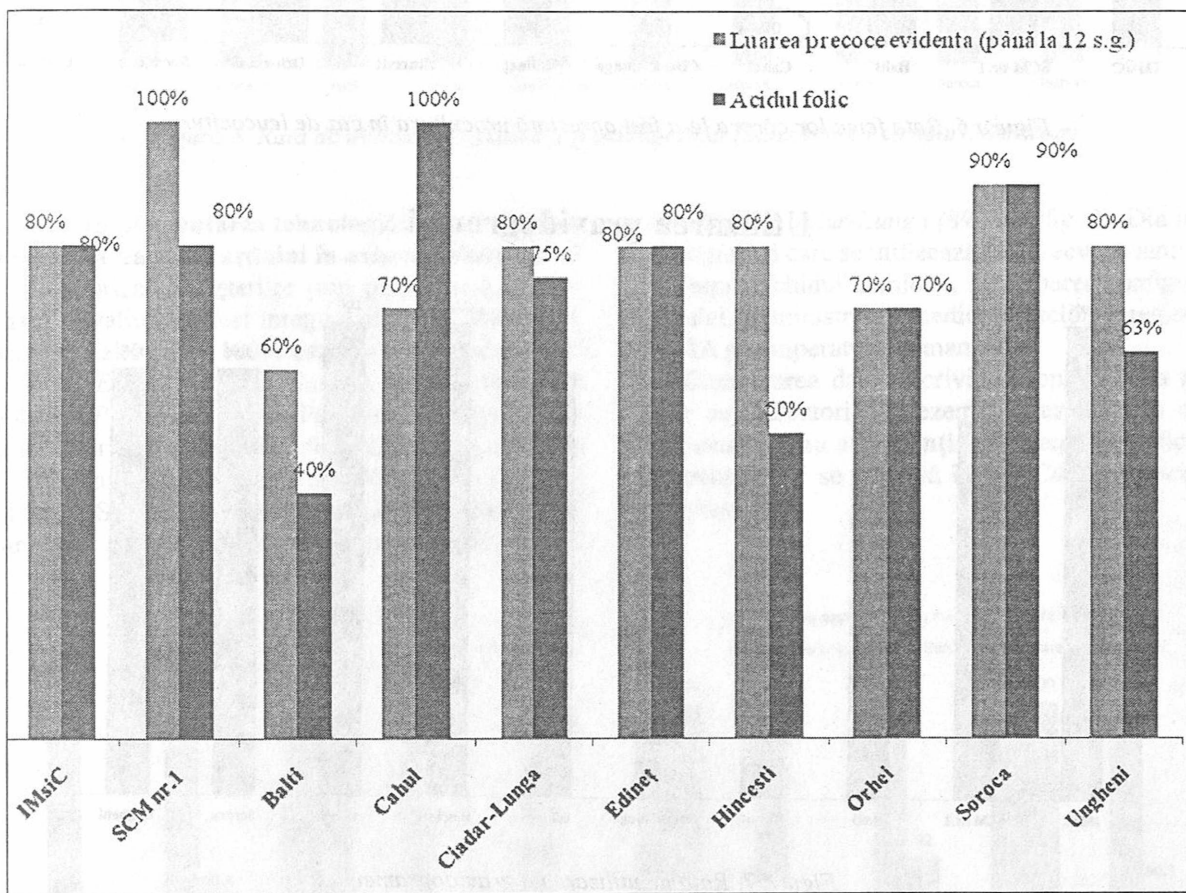


Figura 5. Ponderea gravidelor luate în evidență până la 12 s.g. și utilizarea acidului folic în trimestrul I de sarcină

**Infecția este una din cele mai frecvente cauze de deces antenatal și naștere prematură.**

Una din măsurile de prevenire a infecției intrauterine și travaliului prematur este aprecierea **uroculturii în caz de prezență a leucocituriei - > 15**, în caz de bacteriurie asimptomatică. În cadrul vizitelor s-a constatat că urocultura se apreciază în mediu în 27% cazuri, cea mai înaltă rată a fost înregistrată în CP SCM nr.1 (100%), iar în 3 instituții această investigație nu s-a

efectuat nici uneia dintre gravidele cu leucociturie – Cahul, Ciadâr-Lunga și Ungheni (fig. 6).

**Gravidograma** este instrumentul de bază pentru determinarea retardului de creștere inmatruerină pe parcursul sarcinii. Ea a fost utilizată în medie în 89% cazuri, în 4 instituții în 100% cazuri: *IMȘiC, Ciadâr-Lunga, Hâncești și Orhei; iar cea mai joasă rată a fost înregistrată în CP Cahul (fig. 7).*

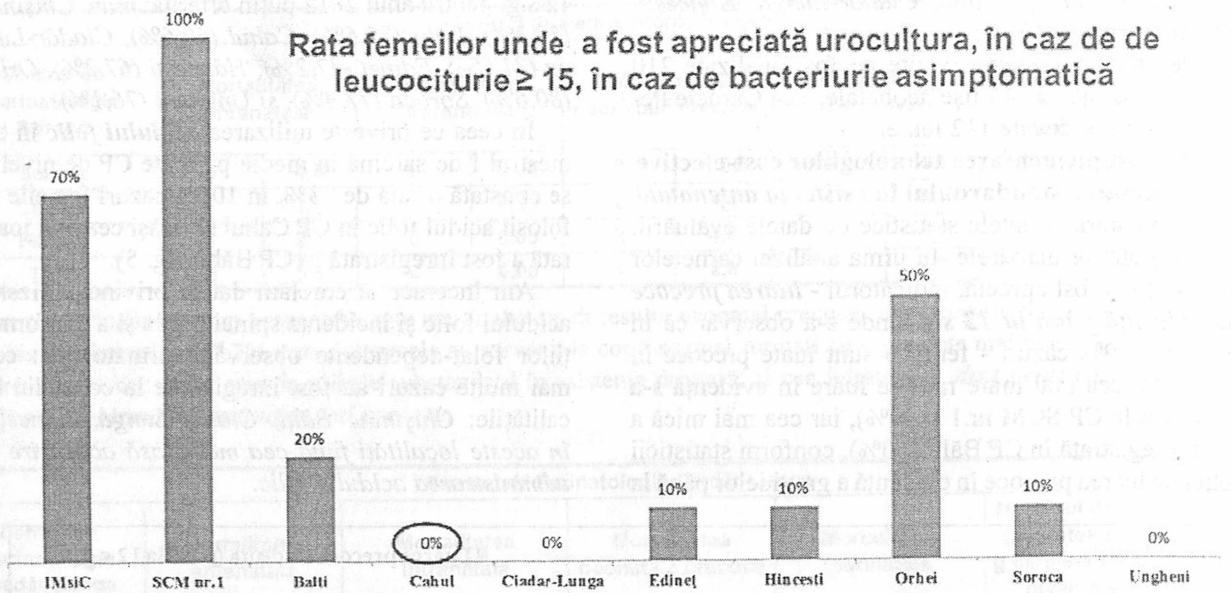


Figura 6. Rata femeilor cărora le-a fost apreciată urocultura în caz de leucociturie

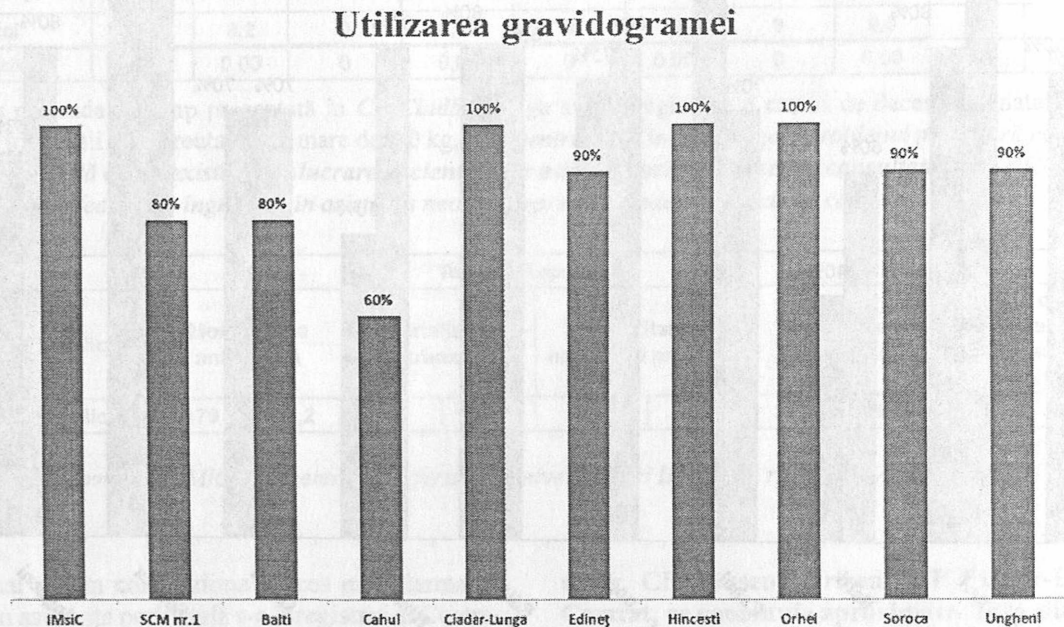


Figura 7. Rata de utilizarea a gravidogramei

În ceea ce privește utilizarea calitativă a acestui instrument, putem spune următoarele: în 55% cazuri – a fost îndeplinită complet, în 31% cazuri – a fost îndeplinită parțial, iar în 14% cazuri nu a fost completată. Instituțiile cu cea mai înaltă rată de necompletare a gravidogramei sunt: Cahul (40%), Bălți (30%), SCM nr.1 (20%), Edineț (20%), Hîncești (10%), Soroca (10%) și Ungheni (10%) (fig. 8). Din componentele gravidogramei cel mai bine se completează TA (78%), înălțimea fundului uterin (72%) și, mai puțin, greutatea mamei (63%).

Dacă analizăm datele din statistica oficială raporta-

te pentru anul 2012 privind incidența RDIU vs utilizarea gravidogramei, constatăm că: cea mai înaltă depistare a cazurilor de RDIU se constată la Orhei (8,75%), mun. Chișinău (8,19%), Cahul (7,75%), iar cea mai joasă la Ungheni (0,0%), Hîncești (2,24%), Ciadâr-Lunga (3,35%), Edineț (3,53%), Soroca (4,05%). În ceea ce privește îndeplinirea completă a gravidogramei putem spune că ea s-a înregistrat în maternitățile: Ciadâr-Lunga - 80%, Hîncești - 70%, Ungheni doar în 60%, Soroca - 40,0%, Edineț (20%) probabil acest fapt și a condiționat o subestimare a RDIU.

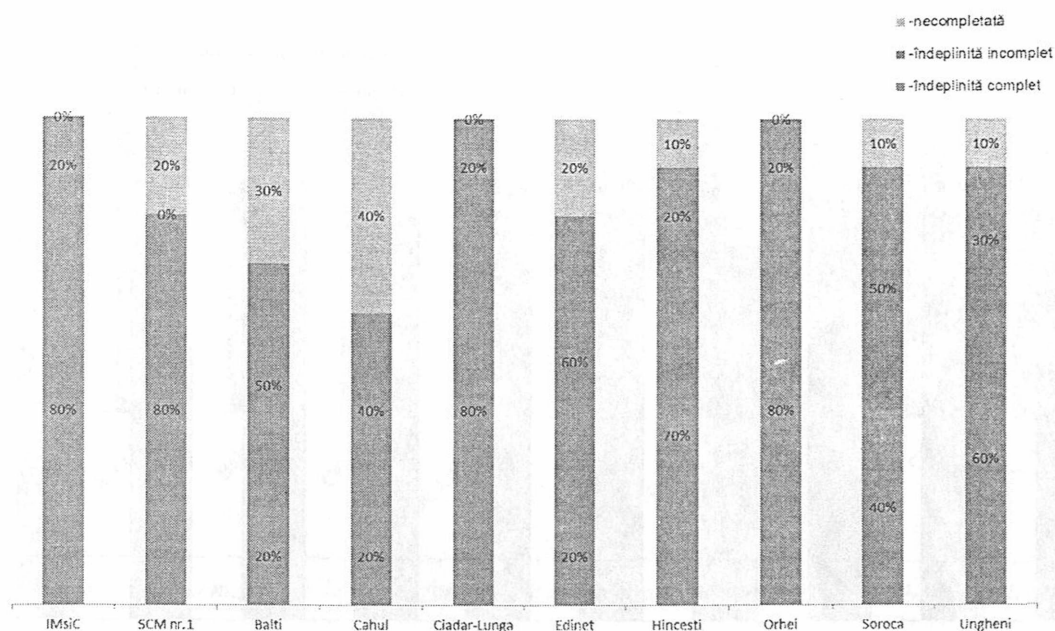


Figura 8. Rata de utilizare calitativă a gravidogramei (îndeplinirea compartimentelor)

**b) Implementarea tehnologiilor cost-efective și respectarea standardului în asistența intranatală**

Monitorizarea nașterilor prin partogramă pe parcursul travaliului a fost înregistrată în 99,3% cazuri, cea mai înaltă rată - 100% cazuri - a fost înregistrată în: *Bălți, Edineț, Orhei și Soroca*, iar cea mai joasă rată - în *CP Ungheni (98%)*. Partograma ca instrument de monitorizare a nașterii a fost utilizată în medie în 92,7% cazuri, cu o frecvență de 100% cazuri în: *Bălți, Edineț și Soroca*, iar cea mai mică rată a fost determinată în: *IMȘIC (84,0%), Hîncești (85,7%), Cahul*

(87,2%) și *Ciadâr-Lunga (89,7%)* (fig. 9). Din indicii partogramei care se utilizează mai frecvent sunt: datele despre lichidul amniotic, schimbarea configurației capului, administrarea medicamentelor, înregistrarea Ps, TA și temperaturii la mamă.

Compararea datelor privind monitorizarea nașterilor cu indicatorilor prezentați prezentate în cadrul autoevaluării **nu a evidențiat** diferențe semnificative, diferențe mari se observă în *CP Cahul, Hîncești și Ungheni*.

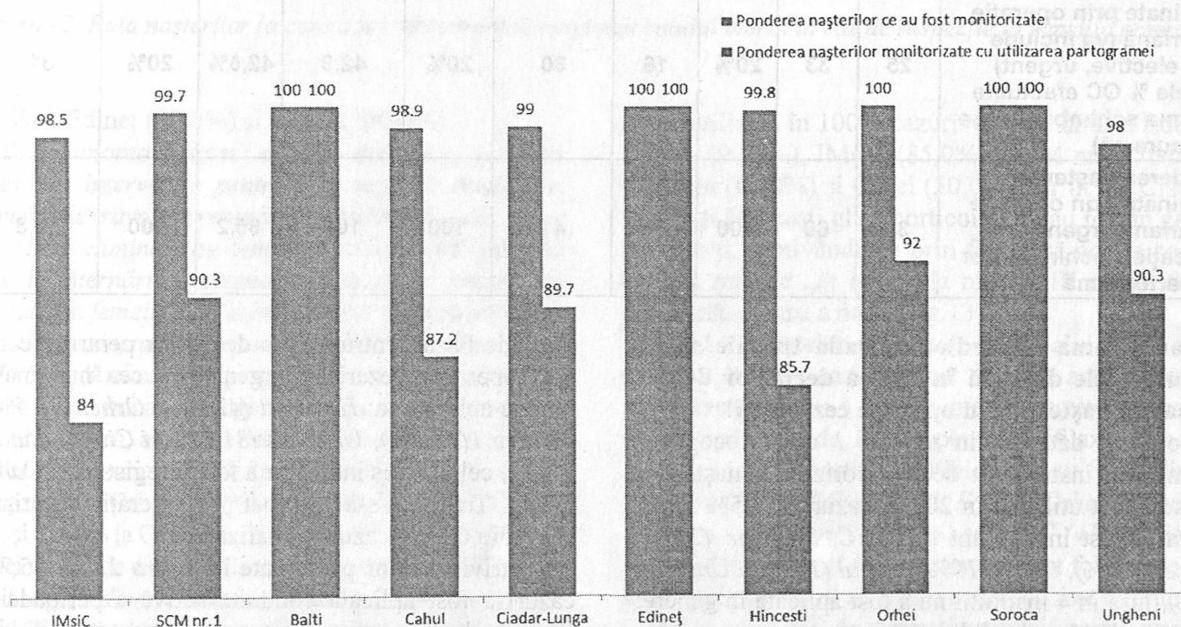


Figura 9. Rata de monitorizare a nașterilor, inclusiv prin utilizarea partogramei

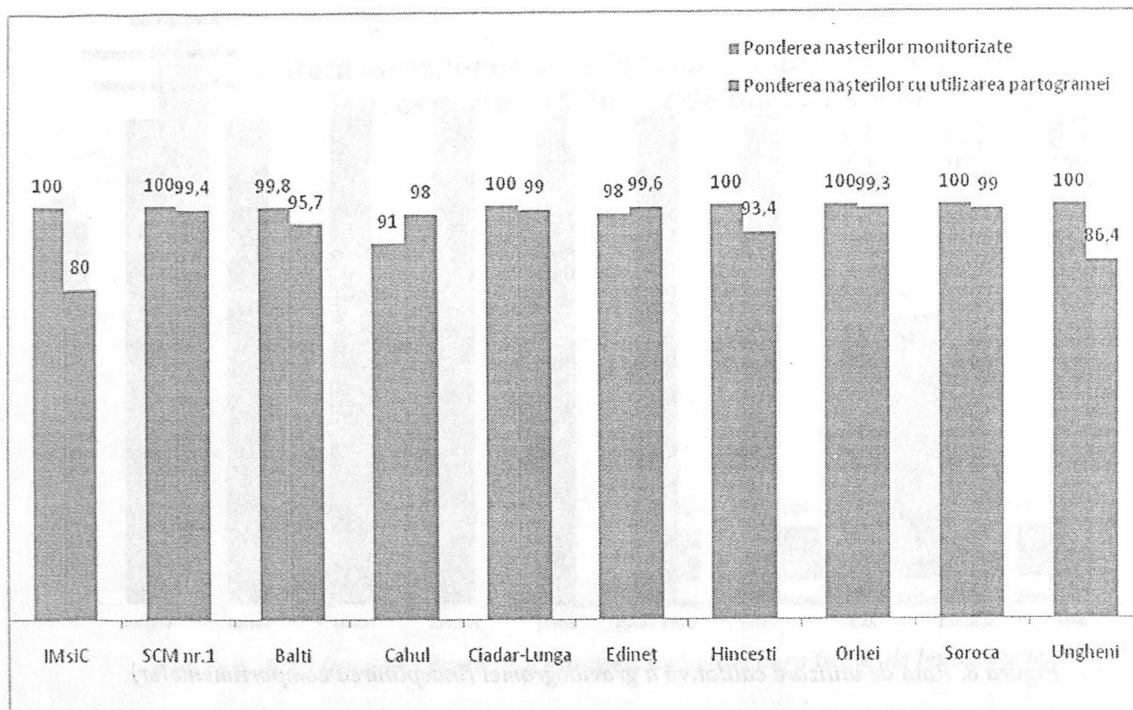


Figura 10. Rata de monitorizare a nașterilor, inclusiv prin utilizarea partogramei (datele autoevaluării)

Tabelul 1

Pondere nașterilor cu risc monitorizate prin CTG și finisate prin operație cezariană după luarea deciziilor

	IMȘIC	SCM nr.1	Bălți	Cahul	Ciadâr-Lunga	Edineț	Hâncești	Orhei	Soroca	Ungheni
Pondere nașterilor cu risc la care s-a efectuat CTG continuu ca instrument de monitorizare a nașterii (inclusiv cu risc – GTG continuu)	95	50	0	12	0	0	20	19	0	10
Pondere nașterilor terminate prin operație cezariană (va include cele electiv, urgent) din ele % OC efectuate în urma schimbărilor pe partogramă)	25	33	20%	16	30	20%	42,9	42,5%	20%	31
Pondere nașterilor terminate prin operație cezariană urgentă ca indicație a schimbărilor pe partogramă	34	60	100	34	41	100	100	65,2	100	50,8

**Partograma și cardiocografia trebuie să fie instrumentele de bază în luarea deciziilor de declanșare a nașterii prin operație cezariană!**

Conform datelor din tabelul 1 cardiocografia continuă ca instrument de monitorizare a nașterilor cu risc a fost utilizată în 20,6% cazuri, în 95% a fost utilizat acest instrument la IMȘIC, SCM nr. (50%), Hâncești (20%), Orhei (19%), Cahul (12%) și Ungheni (10%), însă în 4 instituții nu a fost aplicată în genere: Bălți, Ciadâr-Lunga, Edineț și Soroca.

În 17,9% cazuri partograma a servit drept instru-

ment de bază pentru luarea deciziilor pentru efectuarea operației cezariene urgente, cu cea mai înaltă rată de aplicare la: Hâncești (42,9%), Orhei (42,5%), SCM nr.1(33,0%), Ungheni (31,0%) și Ciadâr-Lunga (30%), cel mai jos indicator a fost înregistrat la Cahul (16%). Trăvialul s-a terminat prin operație cezariană în mediu 68,5% cazurile analizate.

Potrivit datelor prezentate în figura 11, în 95,7% cazuri a fost aplicată conduita activă a perioadei a III-a, în doar 3 instituții s-a constatat o rată mai joasă de utilizare a acestei intervenții: – Ciadâr-Lunga

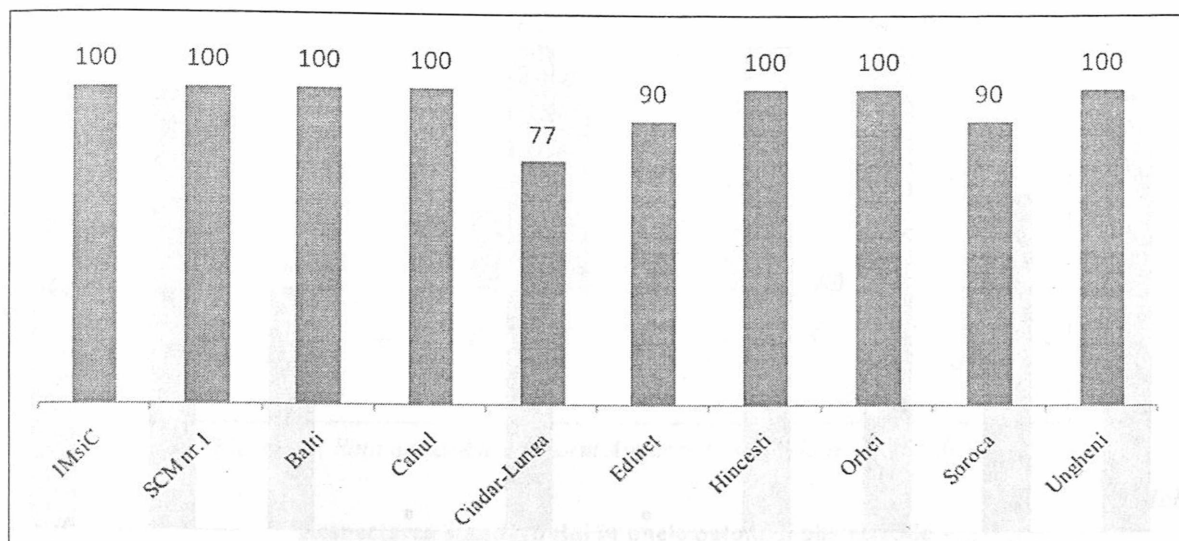


Figura 11. Rata nașterilor la care a fost aplicată conduita activă a perioadei a III-a nașterii

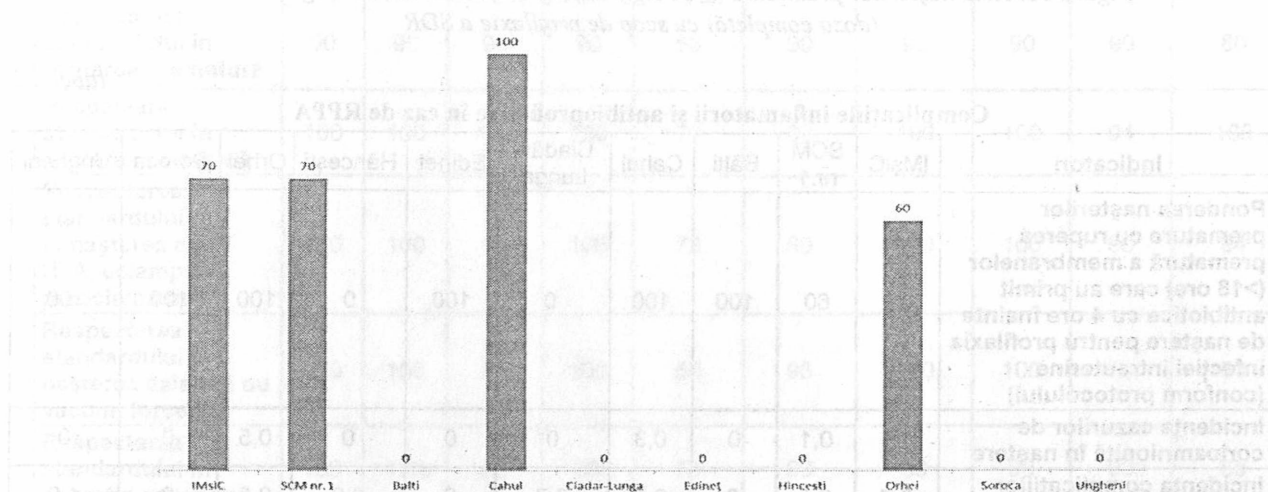


Figura 12. Rata nașterilor la care a fost determinată lungimea colului uterin în caz de suspexie la travaliu prematur

(77,0%), Edineț (90,0%) și Soroca (90,0%).

Determinarea lungimii colului uterin este cea mai accesibilă intervenție pentru a determina dacă este iminență de travaliu prematur în următoarele zile. Examinările preliminare au demonstrat că de la 30 până la 50% de internări cu suspexie la nașterea prematură este falsă și femeile se află în staționar pe parcurs a 7-8 zile, astfel suinstituația suportă cheltuieli neargumentate.

O metodă eficientă de prognozare a travaliului prematur este determinarea lungimii colului uterin. În cadrul studiului nostru, această metodă a fost aplicată în medie în 30,0 % cazuri, cea mai înaltă rată de utilizare a fost înregistrată la Cahul (100%), câte 70% în IMȘIC și SCM nr.1, și în 60% la CP Orhei, în 6 instituții nu a fost aplicată la nici un caz de suspexie la travaliu prematur: Bălți, Ciadâr-Lunga, Edineț, Hâncești, Soroca și Ungheni (fig. 12).

Utilizarea glucocorticoizilor în caz de naștere prematură pentru profilaxia SDR la făt în doză completă a fost în medie utilizată în 66,2% cazuri, în 3 instituții

a fost utilizată în 100% cazuri: Bălți, Cahul și Edineț, Soroca (90,0%), IMȘIC (85,0%), SCM nr.1 (70,0%), Ungheni (67,0%) și Orhei (50,0%), iar în CP Ciadâr-Lunga și Hâncești glucocorticoizii nu au fost în general folosiți, motivându-se prin faptul că aceste cazuri au fost referite „in utero” la nivelul III de asistență perinatală pentru a naște (fig. 13).

Conform datelor prezentate în tabelul 2 am constatat că în 87% cazuri a fost aplicată antibioprolaxia intrapartum cu 4 ore înainte de naștere în caz de RPPA mai mare de 18 ore pentru profilaxia infecției intrauterine, în 6 instituții antibioticele au fost utilizate în 100% cazuri: Bălți, Cahul, Edineț, Orhei, Soroca și Ungheni, în SCM nr.1 (60,0%) și IMȘIC (41,0%), iar în CP Ciadâr-Lunga și Hâncești nu au fost folosiți deloc, motivând prin faptul că aceste cazuri au fost referite „in utero” la nivelul III de asistență perinatală pentru a naște.

Cea mai înaltă rată a cazurilor înregistrate de corioamniotită a fost constatată la IMȘIC (1,5%), Orhei

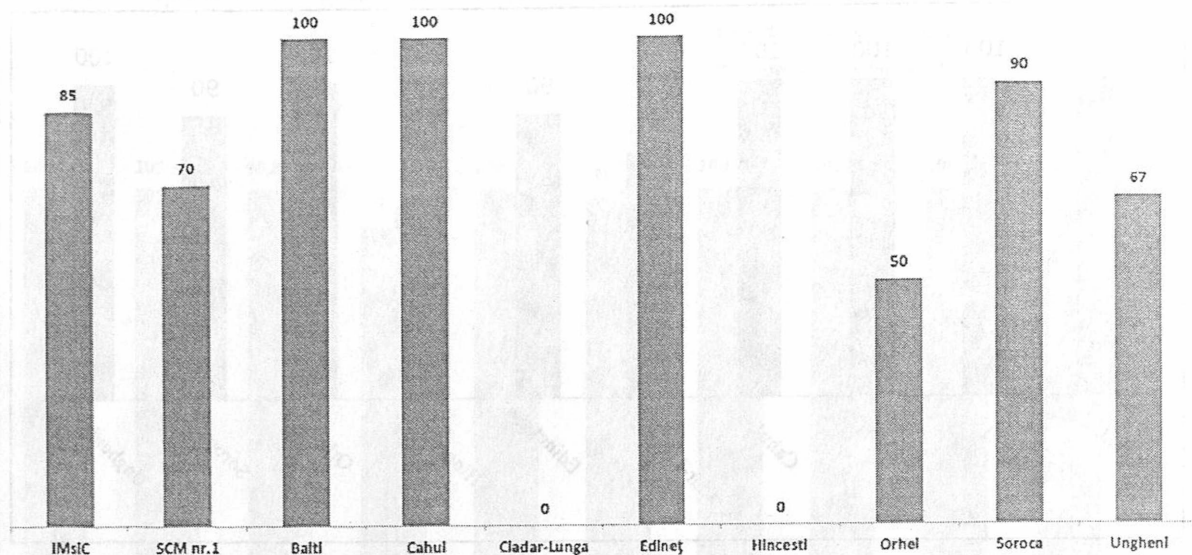


Figura 13. Rata nașterilor premature ( $\leq 34$  s.g.) la care au fost administrați glucocorticoizi (doza completă) cu scop de profilaxie a SDR

Tabelul 2

### Complicațiile inflamatorii și antibioprofilaxia în caz de RPPA

Indicatori	IMȘIC	SCM nr.1	Bălți	Cahul	Ciadâr-Lunga	Edineț	Hâncești	Orhei	Soroca	Ungheni
Pondere nașterilor premature cu ruperea prematură a membranelor (>18 ore) care au primit antibiotice cu 4 ore înainte de naștere pentru profilaxia infecției intrauterine (conform protocolului)	41	60	100	100	0	100	0	100	100	100
Incidența cazurilor de corioamnionită în naștere	1,5	0,1	0	0,3	0	0	0	0,5	0	0
Incidența complicațiilor inflamatorii după OC	2,7	0,6	0	2,5	7,7	0	2,6	2,5	0	1,9

(0,5%), Cahul (0,3%) și SCM nr.1 (0,1%), iar în restul instituțiilor nu au fost înregistrate nici un caz (tabelul 2). Este necesar de efectuat examinări histologice ale placentei în caz de suspecție la corioamnionită pentru a evalua și cazurile histologice de corioamnionită, fiind o informație foarte necesară pentru conduita ulterioară a lăuzei și nou-născutului.

În ceea ce privește complicațiile inflamatorii după operația cezariană situația este următoarea: cea mai înaltă rată a complicațiilor a fost constatată la Ciadâr-Lunga (7,7%), IMȘIC (2,7%), Hâncești (2,6%), câte 2,5% în Cahul și Orhei, Ungheni (1,9%) și SCM nr.1 (0,6%). În 3 instituții: Bălți, Edineț și Soroca nu a fost înregistrat nici un caz de complicații inflamatorii după operația cezariană (tabelul 2).

În 0,54% cazuri s-a constatat un scor Apgar mai mic de 3 puncte la minutul 5 de viață, cea mai înaltă rată a fost înregistrată la Hâncești și Ciadâr-Lunga, Cahul, iar în 4 instituții: IMȘIC, Bălți, Edineț și Soroca, nu a fost înregistrat nici un caz de asfixie severă,

cea ce vorbește despre o monitorizare satisfăcătoare intrapartum.

În ceea ce privește respectarea standardului în unele patologii obstetricale, în conformitate cu datele prezentate în tabelul 3, situația este următoarea: în caz de **travaliu prematur** standardul a fost respectat în 85,4% cazuri, cea mai joasă rată înregistrându-se la Ciadâr-Lunga (50,0%) și Ungheni (80,0%).

În **nașterea distocică** standardul s-a respectat în 96,3% cazuri, la fel cea mai joasă rată de îndeplinire a standardului a fost constatată în CP Ciadâr-Lunga (77,0%) și Soroca (94,0%). Comparând aceste date cu rata OC, putem spune următoarele: deși avem o rată mare a operației cezariene, de 13,9% cazuri la Soroca și de 14,9% la CP Ciadâr-Lunga, probabil decizia pentru operația cezariană se ia tardiv.

Respectarea standardului în **nașterea cu HTA indusă de sarcină, preeclampsie și eclampsie** a fost aplicată în 94,4% cazuri, o rată mică s-a observat în Ciadâr-Lunga (72,0%) și Edineț (90,0%), Soroca

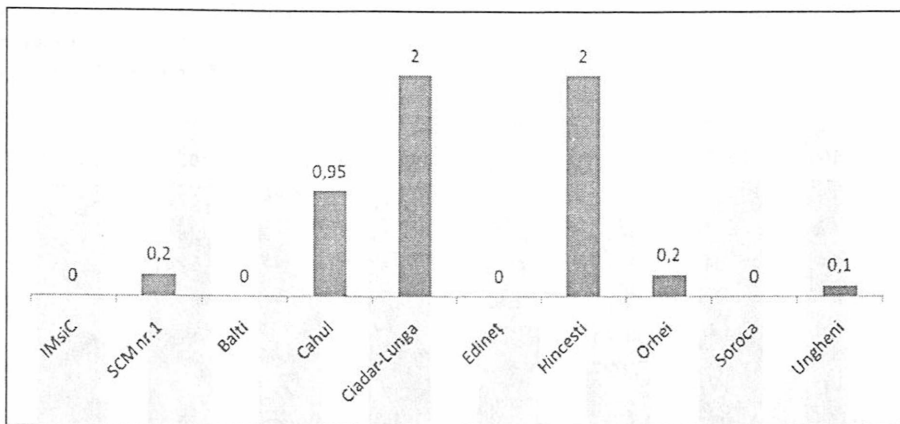


Figura 14. Rata nașterilor cu scorul Apgar  $\leq 3$  puncte la minutul 5 de viață

Tabelul 3

Respectarea standardului în unele patologii obstetricale

	IMȘIC	SCM nr.1	Bălți	Cahul	Ciadâr-Lunga	Edineț	Hîncești	Orhei	Soroca	Ungheni
Respectarea standardului în nașterea prematură	90	90	94	90	50	90	90	90	90	80
Respectarea standardului în nașterea distocică	100	100	100	100	77	92	100	100	94	100
Respectarea standardului în nașterea cu HTA, eclampsie, preeclampsie	100	100	98	100	72	90	100	100	90	94
Respectarea standardului în nașterea asistată cu vacuum, forceps	100	100	98	100	50	98	100	100	98	50
Respectarea standardului în operația cezariană	100	100	92	90	75	90	89	90	90	85

(90,0%) cazuri și Ungheni (94,0%); determinarea proteinuriei în 24 ore se efectuează (90,0%), magneziul se administrează conform schemelor recomandate în 82,0% cazuri, TA se determină la toate femeile gravide.

În caz de **naștere asistată instrumental prin vacuum-extracție și forceps** standardul a fost respectat în 89,4% cazuri, cu cea mai joasă rată înregistrată în Ciadâr-Lunga (50,0%) și Ungheni (50,0%).

În caz de **operație cezariană** standardul a fost respectat în 90,1% cazuri, cu o proporție de aplicare mai mică în Ciadâr-Lunga (75,0%), Ungheni (85,0%) și Hîncești (89,0%).

**c) Implementarea tehnologiilor cost-efective și respectarea standardului în asistența neonatală**

Conform datelor prezentate în fig. 15, în 95,5% cazuri nou-născuții au fost aplicați în contact „piele la piele” cu mama, cea mai joasă rată a fost observată la SCM nr.1 (85,0%), IMȘIC (90,0%), Ciadâr-Lunga (92,0%), Bălți (94,0%), Orhei (94,0%) și Ungheni

(94,0%). Conform datelor prezentate în fig. 14 am constatat că 95,5% cazuri nou-născuții au fost aplicați în contact „piele la piele” cu mama, cea mai joasă rată a fost observată la SCM nr.1 (85,0%), IMȘIC (90,0%), Ciadâr-Lunga (92,0%), Bălți (94,0%), Orhei (94,0%) și Ungheni (94,0%).

**Dacă analizăm calitatea indicatorului alăptarea precoce prezentat în fig.16, în 86% cazuri copii au fost aplicați în prima jumătate de oră după naștere, 9% din ei la 30-60 min și doar 7% de la 1 la două ore după naștere.**

În baza datelor analizate din fig.17 am constatat că 96,5% din nou-născuții sunt alăptați exclusiv la sân la externare din maternitate, cea mai joasă rată a fost observată la Cahul (85,0%), IMȘIC (95,0%), SCM nr.1 (95,0%), Ciadâr-Lunga (95,0%), Hîncești (95,0%). La compararea acestor date cu datele statisticii oficiale observăm aceleași tendințe: Chișinău (89,5%), Bălți (98,2%), Edineț (96,9%), Soroca (95,9%), Orhei (94,7%), Ungheni (99,1%), Ciadâr-Lunga (97,6%), Hîncești (90,8%), și Cahul (89,5%).

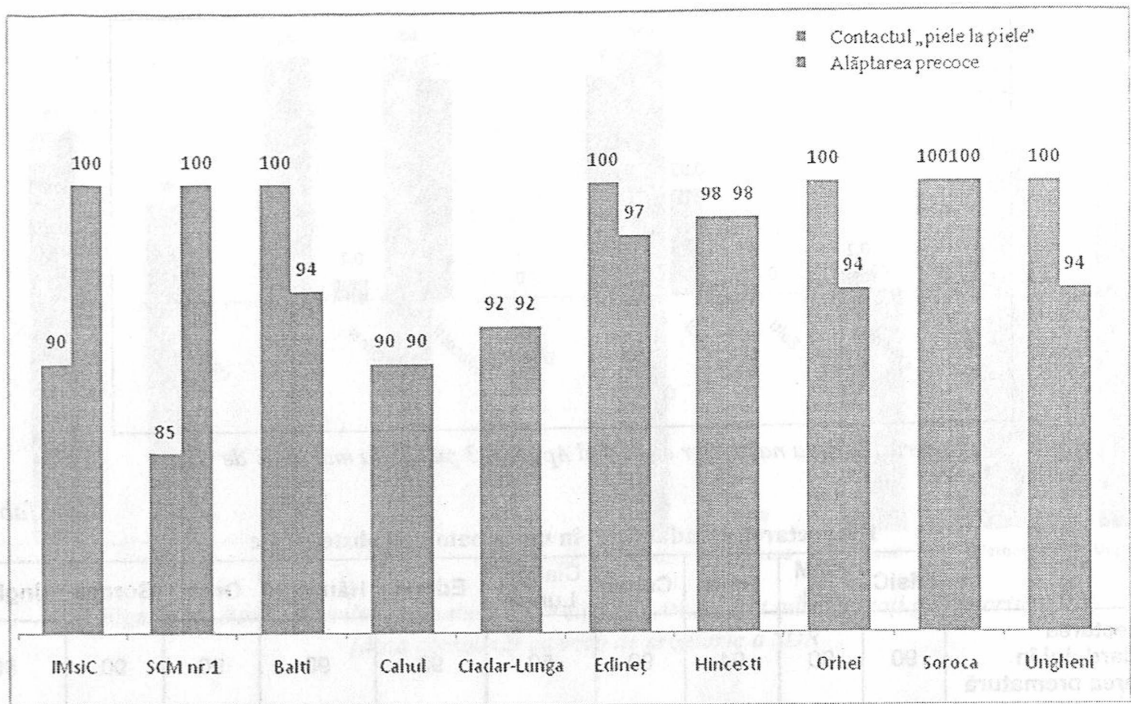


Figura 15. Rata nașterilor în care copiii au fost aplicați în contact „piele la piele” și alăptați precoce

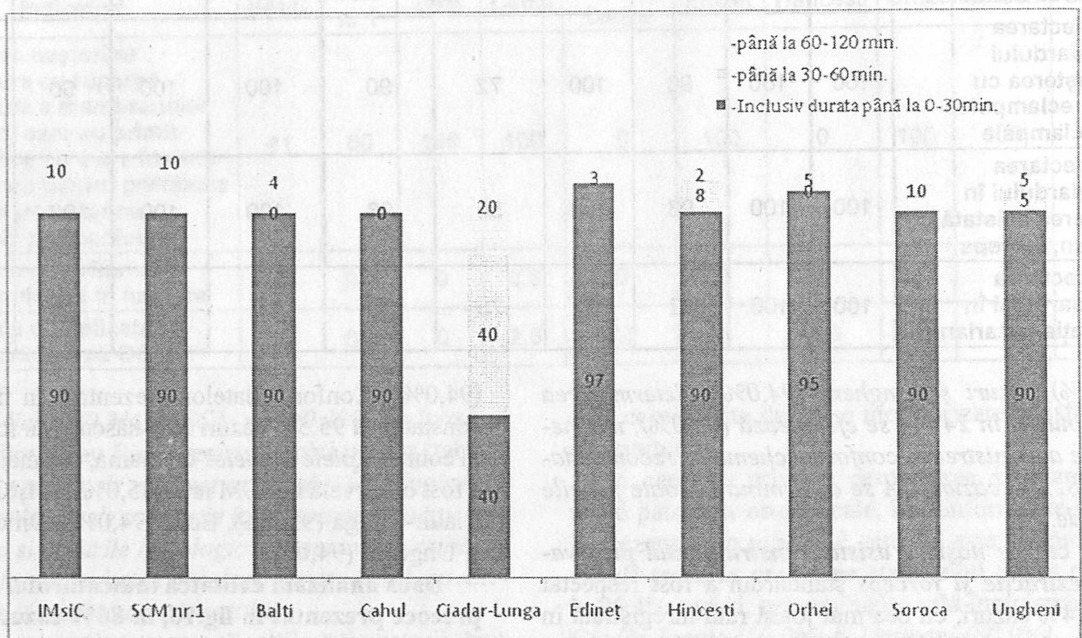


Figura 16. Timpul de aplicare a nou-născuților în cadrul alăptării precoce

Tabelul 4

Respectarea standardului în unele tehnologii neonatale ca măsură profilactică

	IMșIC	SCM nr.1	Bălți	Cahul	Ciadar-Lunga	Edineț	Hâncești	Orhei	Soroca	Ungheni
Profilaxia gonoblenoreii	98	95	100	100	100	100	100	100	100	100
Profilaxia bolii hemoragice prin administrarea vitaminei K 1%	100	100	100	50	50	100	100	50	100	100
Vaccinarea HBV1	98	99	100	98	100	100	98	100	100	99
Vaccinarea BCG	95	98	98	98	100	98	98	99	100	99



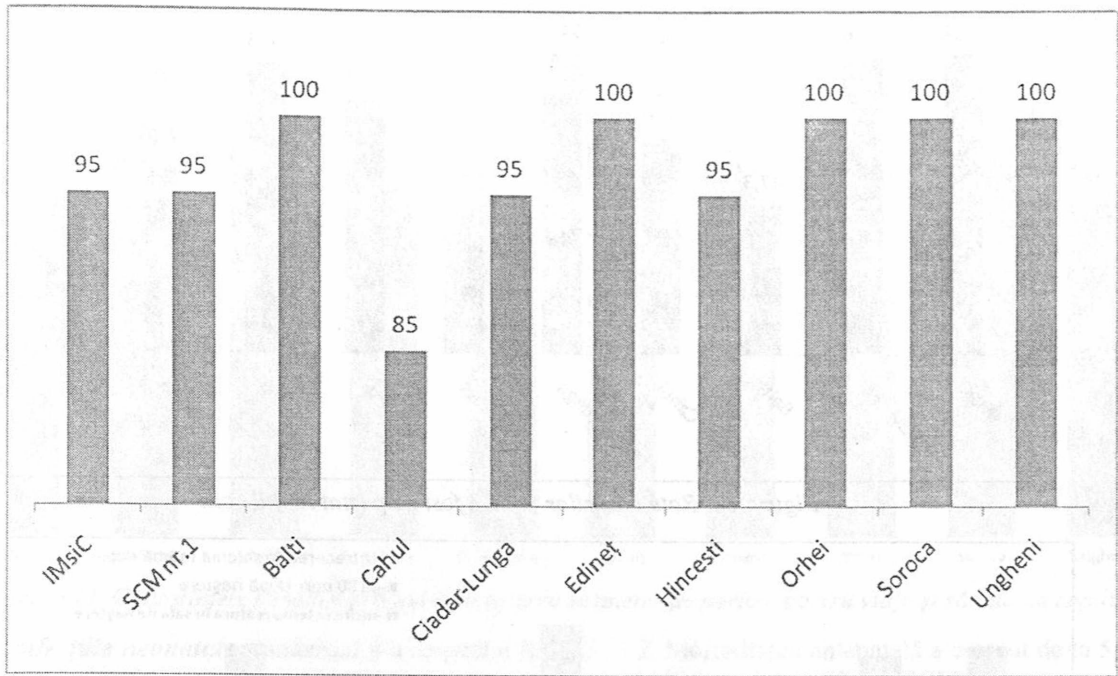


Figura 17. Rata nou-născuților alăptați exclusiv la sân la externare din maternitate

În ceea ce privește măsurile profilactice de către experți și prezentate în tabelul 4, putem menționa următoarele: la 99,3% din toți nou-născuții li se efectuează profilaxia gonoblenoreii la 1 oră după naștere cu unguent de tetraciclină de 0,1%, doar în 2 instituții acest standard se îndeplinește în 95% cazuri: SCM nr.1 și IMȘiC. Administrarea vitaminei K de 1% cu scop profilactic a bolii hemoragice la nou-născut se utilizează în mediu în 85% cazuri, în 3 instituții (Cahul, Ciadâr-Lunga și Orhei) standardul în această tehnologie se îndeplinește doar în 50% cazuri, motivându-se că nu dispun de preparat în stoc. Vaccinarea nou-născuților pentru *hepatita B* și *tuberculoză* ca măsură de prevenție se efectuează în mediu în 99,2% și 98,3% cazuri de nou-născuți, în restul cazurilor nu se efectuează din două motive: starea gravă a nou-născutului și refuzul părinților pentru vaccinare.

Lantul cald este o tehnologie costefectivă în prevenirea decesului neonatal, a fost utilizată în mediu în

72,2% cazuri, în 4 instituții în 90 % cazuri și mai mult: IMȘiC, SCM nr.1, Ciadâr-Lunga și Orhei; iar cea mai joasă rată a fost înregistrată în Bălți (47,3%), Edineț (47,3%), Soroca (47,5%), Ungheni (60,0%) și Cahul (68,0%) (fig. 18).

În ceea ce privește utilizarea calitativă a componentelor lanțului cald putem spune: doar în 58,9% cazuri – a fost apreciată și înregistrată toc nou-născutului în sala de naștere, în 75,1% cazuri – a fost apreciată la 30 min. după naștere, iar în 64,9% cazuri la trecerea în salonul mamă-copil, din instituțiile cu cea mai înaltă rată de necompletare sunt: Cahul, Bălți, Edineț, Hîncești, Soroca și Ungheni (fig. 19).

În urma datelor analizate din fig.20 am constatat că 86,5% de nou-născuți a fost respectat standardul de resuscitare neonatală, cea mai joasă rată a fost observată la Cahul (50,0%), Ungheni (50,0%) și Ciadâr-Lunga (80,0%), la fel în aceste instituții nu există protocol de stabilizare a nou-născuților gravi.

Tabelul 5

#### Respectarea standardului în unele patologii neonatale

Respectarea standardului în caz de	IMȘiC	SCM nr.1	Balti	Cahul	Ciadâr-Lunga	Edineț	Hîncești	Orhei	Soroca	Ungheni
Asfixie	95	90	100	28	50	94	72	95	90	70
Infecție	95	90	95	97	90	95	92	95	95	65
Prematuritate	95	80	98	95	93	96	97	95	98	60
Icter/hiperbilirubinemie	98	90	95	87	98	97	96	100	98	80
Traumă	100	90	90	76	90	97	90	95	98	80
Malformații	95	90	90	92	90	97	100	90	98	70

În ceea ce privește respectarea standardului în patologii neonatale în conformitate cu datele prezentate în tabelul 5 situația este următoarea: în caz de *asfixie* stan-

dardul a fost respectat în 78,4% cazuri, cea mai joasă rată a fost înregistrată la Cahul (28,0%) Ciadâr-Lunga (50,0%) și Ungheni (70,0%), Hîncești (72,0%).

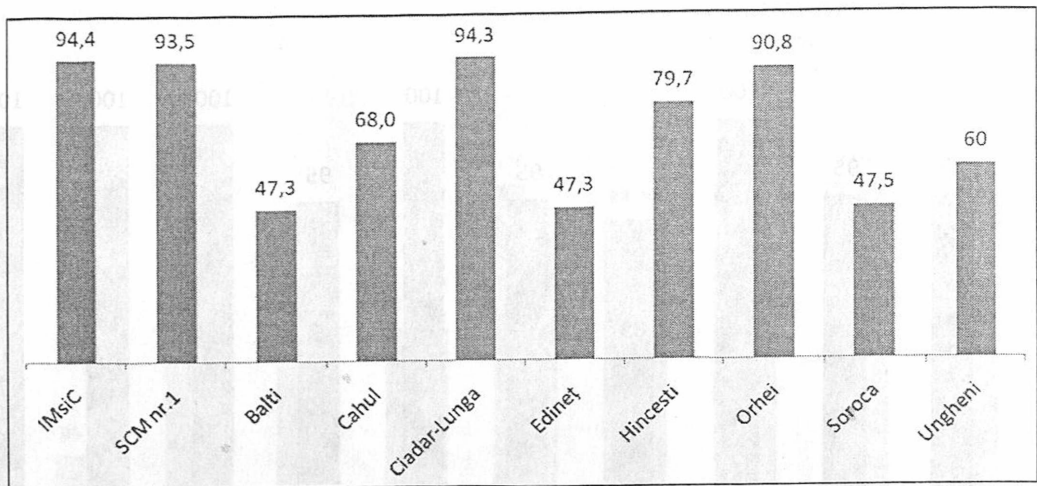


Figura 18. Rata cazurilor unde a fost respectat lanțul cald

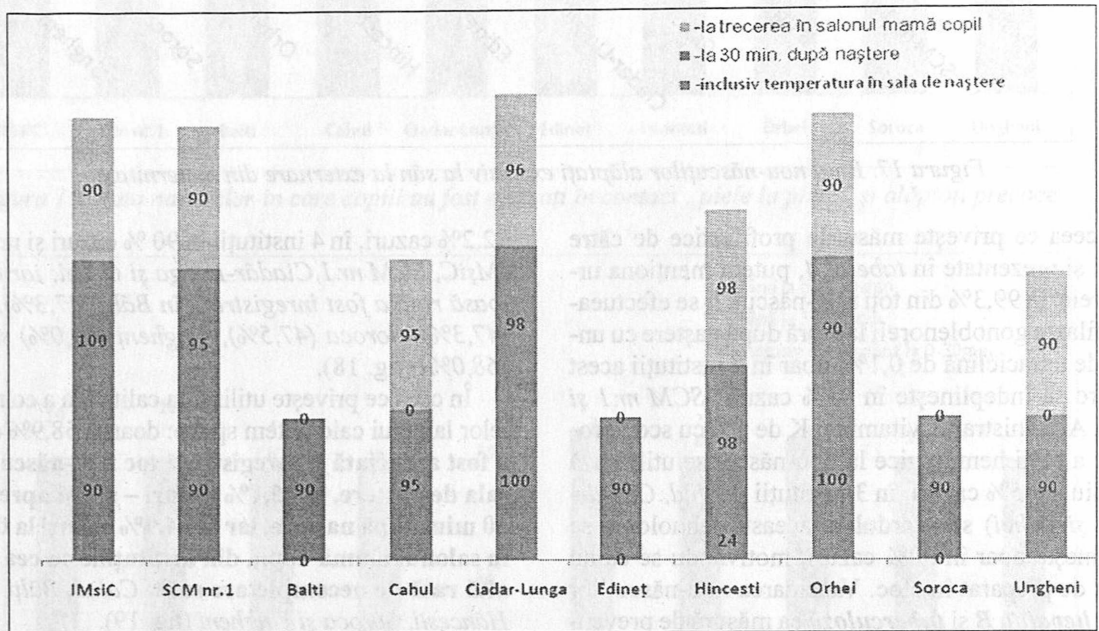


Figura 19. Rata de utilizare calitativă a lanțului cald

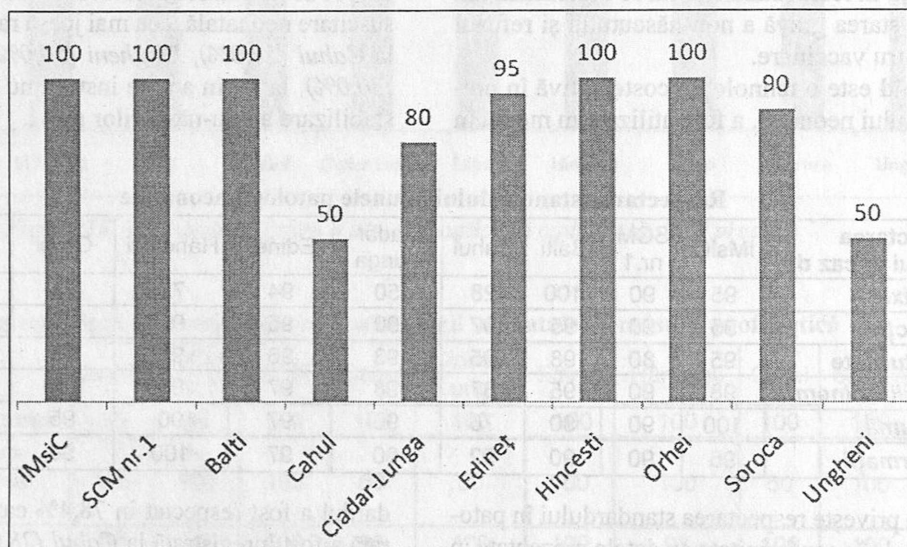


Figura 20. Rata cazurilor de asfixie unde a fost respectat standardul de resuscitare a nou-născutului

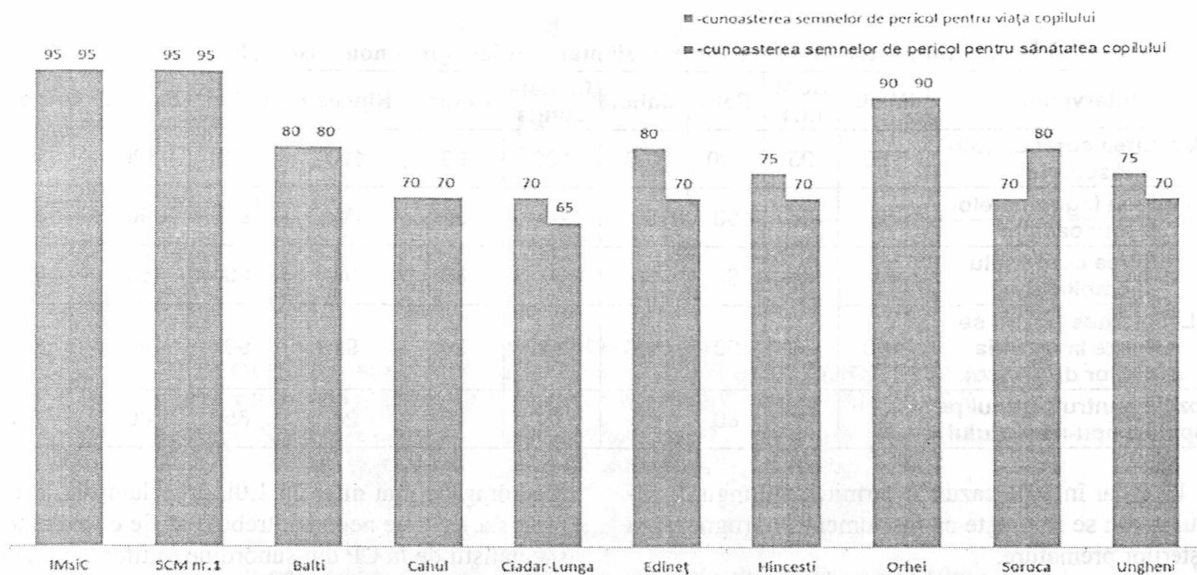


Figura 21. Cunoștințele femeilor privind cunoașterea semnelor de pericol pentru viața și sănătatea copilului

În **infecțiile neonatale** standardul s-a respectat în 90,9% cazuri, la fel cea mai joasă rată de îndeplinire a standardului a fost constatată în **CP Ungheni (65,0%)**.

Respectarea standardului în **prematuritate și RDIU** a fost aplicată în 90,7% cazuri, o rată mică s-a observat în **Ungheni (60,0%) și SCM nr.1 (80,0%)**.

În caz de **icter/hiperbilirubinemie** standardul a fost respectat în 93,9% cazuri, cu cea mai joasă rată înregistrată în **Cahul (87,0%) și Ungheni (80,0%)**.

În caz de **traumă** standardul a fost respectat în 90,6% cazuri, cu aplicare mai mică în **Cahul (76,0%) și Ungheni (80,0%)**.

Respectarea standardului în cazurile de **malformații** s-a stabilit în 91,2% cazuri, o rată mică s-a observat în **Ungheni (70,0%)**.

#### d) **Interviul mamei:**

În cadrul acestor vizite au fost interviuate femeile privind calitatea, satisfacția de îngrijirile acordate mamei și nou-născuților și sfaturile care le-au primit de la personalul medical.

Din femeile interviuate 78,5% cunosc semnele de pericol pentru sănătatea copilului și 80,3% viața copilului, cele mai puține răspunsuri corecte au fost date de femeile din localitățile: **Cahul, Ciadâr-Lunga, Hincești și Ungheni**. 91,7% din femei au invocat că cunosc unde să se adreseze pentru asistență la apariția semnelor de pericol, alăptarea corectă a anou-născutului (97,5%), îngrijirea tegumentelor și mucoaselor (87,9%), și cea mai nefavorabilă situație este la compartimentul cunoștințelor privind somnul pe spate a nou-născutului (66,7%), cele mai puține răspunsuri le-au dat femeile din **Cahul, Ciadâr-Lunga, Hincești și Ungheni**.

#### **Concluzii:**

1. Ratele de deces perinatal (10,8‰), intranatal (0,5‰) și neonatal precoce (4,1‰) au înregistrat o descreștere ușoară în 9 luni 2013, comparativ cu indicii anului 2012.

2. Mortalitatea antenatală a crescut de la 5,4 ‰ (9 luni 2012) la 6,1 ‰ (9 luni 2013).

3. Ratele mortalității perinatale raportate prin monitoring cu diferențe mai mari ca media republicană au fost înregistrate în raioanele Vulcănești, Edineț, Sângerei, Nisporeni, Ștefan-Vodă.

4. Mortalitatea intrapartum cu diferențe mari față de media republicană a fost stabilită în localitățile Orhei, Ungheni, Bălți, Hâncești, Fălești, Ștefan-Vodă și Glodeni.

5. În localitățile Edineț, Șoldănești, Rezina, Hâncești, Căușeni, Nisporeni, Ciadâr-Lunga, Orhei, Cimișlia, maternitatea nr.2 Chișinău, Telenești și SCM nr.1 au fost mai mare ca media pe țară.

6. 41 de copii cu greutatea sub 1499 g s-au născut la nivelul I și II de asistență și nu au fost referiți "in utero" la nivelul III pe perioada 9 luni 2013, astfel având un impact direct asupra decesului perinatal.

7. În urma vizitelor de monitorizare în CP au fost evaluați un șir de indicatori în asistența antenatală, intranatală și postnatală.

8. În 79% cazuri femeile au fost luate precoce în evidență până la 12 s.g și în 73% cazuri au primit acid folic în trimestrul I de sarcină.

9. Doar în 27% cazurile analizate de leucociturie în analiza generală a urinei se apreciază urocultura.

10. Gravidograma ca instrument de monitorizare a creșterii intrauterine a fătului au fost utilizată în 89% cazuri, însă a fost îndeplinite complet toate compartimentele în 55% cazuri.

11. Nașterile au fost monitorizate prin partogramă în 99,3% cazuri, iar în 17,9% cazuri schimbările de pe partogramă au servit drept bază pentru luarea deciziilor în efectuarea operației cezariene.

12. Cardiocografia continuă ca instrument de monitorizare a nașterilor cu risc a fost utilizată în 20,6% cazuri.

Cunoștințele femeilor privind alăptarea și îngrijirea nou-născutului

Intervenții	IMsIC	SCM nr.1	Balti	Cahul	Ciadar-Lunga	Edineț	Hincesti	Orhei	Soroca	Ungheni
Alăptarea corectă nou-născutului	100	95	100	100	100	90	100	100	100	90
Îngrijirea tegumentelor și mucoaselor	95	95	90	96	83	80	75	95	90	80
Îngrijirea cordonului ombilical	95	95	90	96	97	80	98	90	80	80
Locul unde pot să se adreseze la apariția semnelor de pericol	100	95	90	100	85	90	92	90	90	85
Poziția pentru somnul pe spate a nou-născutului	90	90	80	60	16	70	26	85	80	70

13. Doar în 30% cazuri determinarea lungimii colului uterin se folosește ca instrument în prognozarea nașterilor premature.

14. În 66,2% din cazuri au fost utilizați glucocorticoizii în doză completă pentru profilaxia SDR la făt.

15. Antibioprolaxia intrapartum a fost utilizată în 87,0% din cazuri cu RPPA mai mare de 18 ore.

16. Standardul în unele stări și patologii obstetricale este respectat în nașterea prematură – 85,4% cazuri, nașterea distocică – 96,3% cazuri, nașterea cu HTA indusă de sarcină, preeclampsie și eclampsie – 94,4% cazuri, în caz de naștere asistată (vacum, forceps) – 89,4% cazuri și în operația cezariană – 90,1% cazuri.

17. Copii au fost aplicați în contact *piele la piele* în 95,5% cazuri analizate și au fost aplicați precoce la sânul mamei în 95,9% cazuri.

18. 96,5% din nou-născuți la externare din maternitate sunt alăptați exclusiv la sânul mamei.

19. Vitamina K pentru profilaxia bolii hemoragice a nou-născutului este utilizată în 95% cazuri.

20. În patologii neonatale standardul a fost respectat în caz de asfixie – 78,4% cazuri, infecții neonatale – 90,9% cazuri, prematuritate/RDIU – 90,7% cazuri, în caz de icter – 93,9% cazuri și în caz de malformații – 91,2% cazuri.

21. 78,5% din femeile intervievate cunosc semnele de pericol pentru sănătatea și 80,3% pentru viața copilului, 91,7% din aceste femei știu unde să se adreseze pentru asistență medicală urgentă la apariția semnelor de pericol.

22. Doar 66,7% din femei au cunoștințe privind somnul pe spate al nou-născutului.

#### Recomandări:

##### 1. Pentru maternitățile de nivel I:

a) Maternitățile de nivel I vor raporta lunar informația de spre referirea „in utero” și transportarea nou-născuților la nivelul II și III a copiilor la Centre Perinatologice de nivel II din subordine

b) Trimestrial vor raporta înregistrarea matriței Babies la aceste Centre Perinatologice.

c) Fiecare caz de proximitate de deces matern

(hemoragiile mai mari de 1,0l, preeclampsia, eclampsia, ș.a.) și cele neonatal trebuie să fie coordonate cu specialiștii de la CP din subordine în timp real, la necesitate să se deplaseze echipa din CP în maternitatea unde a avut loc cazul de proximitate.

##### 2. Pentru Centrele Perinatologic de nivel II:

a) În cadrul CP de nivelul II urmează să fie organizate ședințe lunare cu specialiștii de la nivelul I din subordine (șeful maternității și medical neonatolog).

b) Trimestrial directorii CP și șefii secțiilor reanimare neonatală vor efectua vizite de lucru în maternitățile de nivel I.

c) Trimestrial se vor efectua ședințe cu specialiștii din teritorii în cadrul CP unde vor fi discutați indicatorii de rezultat (decesele perinatale), cazurile de proximitate.

d) Specialiștii de la nivelul II împreună cu specialiștii de la nivelul I vor elabora proiecte de calitate privind elaborarea și implementarea protocoalelor instituționale și la locul de muncă, vor acorda suport logistic specialiștilor de la nivelul I.

#### Bibliografia

1. Healthy newborn. Joy Lawn. Brian J. McCarthy. 2000

2. Funai E. Preterm Labour. Up-to-date 2007.

3. Wildman K, Blondel B, Nijhuis J, Defoort P, Bakoula C. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;111:S53-65.

4. Joy Lawn, Brian J. McCarthy, Susan Rae Ross, Denise Giles. The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers, The WHO Collaborating Center in Reproductive Health, CDC, The Health Unit Care, CCHI, Care – CDC Health Initiative, Version 1.1

5. Richard E. Behrman, Adrienne Stith Butler. Preterm birth. Causes, consequences, and prevention. The National Academies Press, Washington, USA

6. European Perinatal Health Report by the Euro-Peristat project in collaboration with SCPE, Eurocat&Euroneostat. 2008.

7. Darmstadt GL, et al: Evidence based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save? // Lancet 365:977-988, 2005