



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Nașterea vaginală după operație cezariană

Protocol clinic național

PCN-260

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 752 din 30.09.2016
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Nașterea vaginală după operație
cezariană”**

Elaborat de colectivul de autori:

Olga Cernețchi	USMF „Nicolae Testemițanu”
Victor Petrov	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Liudmila Stavinskaia	USMF „Nicolae Testemițanu”
Diana Madan	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Igor Opalco	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Ala Burlacu	IMSP Institutul Mamei și Copilului

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Comisia de specialitate a MS în farmacologie clinică
Valentin Gudumac	Comisia de specialitate a MS în medicina de laborator
Ghenadie Curocichin	Comisia de specialitate a MS în medicina de familie
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate

Cuprins

ABREVIERI UTILIZATE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	4
A.1.2 DEFINIȚII	4
A.3. UTILIZATORII:	5
A.4. OBIECTIVELE PROTOCOLULUI:	5
A.5. DATA ELABORĂRII PROTOCOLULUI: FEBRUARIE 2016	5
A.6. DATA REVIZUIRII URMĂTOARE: FEBRUARIE 2018	5
A.7. LISTA ȘI INFORMAȚIILE DE CONTACT ALE AUTORILOR ȘI ALE PERSOANELOR CE AU PARTICIPAT LA ELABORAREA PROTOCOLULUI:	6
B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR.....	7
B.3 NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ.....	7
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	8
C.1.1 ALGORITMUL EVALUAREA GROSIMII SEGMENTULUI UTERIN INFERIOR.....	8
C.1.2 ALGORITMUL EVALUAREA PREZENȚEI DEFECTELOR DE ȚESUT	10
C.1.3 ALGORITMUL NAȘTERII DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ.....	11
C.2.1 STANDARDE DE ÎNGRIJIRE ANTENATALĂ A FEMEII GRAVIDE CU CICATRICE UTERINĂ DUPĂ OC ANTERIOARĂ.....	11
C.2.1.1 MĂSURI PROFILACTICE	12
C.2.1.2 EVALUAREA ULTRASONOGRAFICĂ A SEGMENTULUI INFERIOR UTERIN.....	11
C.2.1. 3 ALGORITMUL EVALUĂRII ULTRASONOGRAFICE A SEGMENTULUI INFERIOR UTERIN LA FEMEIA CU OC ÎN ANAMNEZĂ	12
C.2.2.SPITALIZAREA ANTENATALĂ	
C.2.2. 1. ALEGEREA SPITALULUI.....	12
C.2.2.2. MANAGEMENTUL NVDC PRINCIPIILE GENERALE DE MANAGEMENT A NVDC	14
C.2.2.3. ANESTEZIA EPIDURALĂ LA NVDC.....	ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.
C.2.2.4. INDUCEREA TRAVALIULUI	17
C.2.2.5. RUPTURA UTERULUI CICATRICAL.....	18
SEMNELE CLINICE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENTUL.....	18
D.RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	17
D.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ	17
D.2. SECȚIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPICALIZATĂ DE AMBULATORIU	17
D.3. INSTITUȚIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ.....	17
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	18
FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZATĂ PE CRITERII.....	21
BIBLIOGRAFIE:.....	192

Abrevieri utilizate în document

AGS	Analiza generală de sânge
AGU	Analiza generală de urină
AOC	Anamneza obstetricală complicată
BCF	Bătăile cordului fetal
CA	Corioamnionită
CP	Centru Perinatal
CTG	Cardiotocografie
MEF	Monitorizare electronică a fătului
MSRM	Ministerul Sănătății Republicii Moldova
NP	Nașterea prematură
NV	Nașterea vaginală
NVDC	Nașterea vaginală după cezariană
OC	Operația cezariană
OCRPP	Operația cezariană repetată programată
RPPA	Ruperea prematură a pungii amniotice
s.a	Săptămâni amenoree
USG	Ultrasonografia

PREFAȚĂ

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și experienței autorilor acumulată în problema uterului cicatricial. Acesta va servi în elaborarea protocolelor clinice instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocolelor clinice instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnostic:

Exemple de diagnostic clinic:

- Sarcină 39 s.a.AOC (uter cicatricial după operație cezariană în anul
- Sarcină 39 s.a. AOC (uter cicatricial după operație cezariană). Insuficiența cicatricii pe uter.
- Naștere vaginală după operație cezariană.

A.1.2 Definiții

Nașterea vaginală după cezariană (NVDC) se referă la orice femeie ce avut în anamneză o naștere prin operație cezariană, care intenționează (tentativa) să nască per vias naturalis.

Operație cezariană repetată programată (OCRPP) – operația cezariană repetată programată înainte de începerea travaliului și ruperea membranelor amniotice.

Ruptura de uter este definită ca ruperea mușchiului uterin ce se extinde și cu implicarea seroasei uterine sau ruperea mușchiului uterin cu extensie la vezica urinara sau ligamentul lat.

Ruptura de uter se clasifică:

Completă : dereglarea integrității miometrului cu lezarea membranei seroase uterine

Incompletă : dereglarea integrității țesutului muscular fără lezarea membranei seroase uterine.

A.2. Codul bolii (CIM-10):

034.2 – Uter cicatricial, Insuficiența cicatricii pe uter.

075.7 - Nașterea vaginală după operație cezariană

0.82.0 - Operație cezariană programată

0.82.1 - Operația cezariană urgentă.

071.0 – Ruptura de uter pînă la debutul travaliului.

071.1 – Ruptura de uter în naștere.

082.8 – Operație cezariană cu histerectomie. Ruptură de uter.

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- secțiile de asistență medicală specializată de ambulator ale spitalelor raionale (medici obstetricieni-ginecologi, imagiști);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, medici obstetricieni-ginecologi, medici imagiști);
- secțiile de patologie a gravidității și blocurile de naștere ale spitalelor raionale, regionale și republicane (medici obstetricieni - ginecologi).

A.4. Obiectivele protocolului:

1. De a îmbunătăți managementul pacientelor ce au în anamneză naștere prin operație cezariană.
2. A spori calitatea serviciului medical atât antepartum cât și intrapartum la pacientele cu uter cicatricial
3. A concorda conduita sarcinilor și a nașterilor cu uter cicatricial conform recomandărilor protocoalelor internaționale.
4. A optimiza selectarea contingentului de gravide cu uter cicatricial pentru naștere vaginală după operație cezariană.
5. A reduce pierderile perinatale în cazul pacientelor cu uter cicatricial.
6. A elimina unele incertitudini terapeutice.
7. A proteja practicianul din punctul de vedere al malpraxisului.

A.5. Data elaborării protocolului: 2016

A.6. Data revizuirii următoare: 2018

A.7. Informație epidemiologică

La momentul actual, problema creșterii ratei operației cezariene (OC) reprezintă o preocupare serioasă, atât printre profesioniști, cât și în întreaga societate. Datele statistice ale diferitor țări arată o tendință unidirecțională. Astfel, în SUA, în timpul anilor 1970-1988, rata OC a crescut de la 5% la 25%, iar, conform datelor anului 2006, aceasta a constituit mai mult de 31,1%. În Canada, în anul 2000, acest indicator a constituit în mediu aproape 23%.

Incidența globală a OC

În medie, în lume 1 din 5 femei gravide naște prin OC

- **Marea Britanie** 1980-9%, 2001-21% ,
- **SUA** 1970-5%, 1988-25%, 2006-31,1%
- **Ucraina** 2006-14,3%, 2008-15,8%
- **Moldova** pe IMSP IMC 2013- 30%, 2014 -32,5%, 2015- 32%

OCRCP comparativ cu NV, mărește riscul morbidității materne și neonatale.

Concomitent cu creșterea numărului de OC repetate crește semnificativ și riscul de:




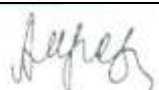
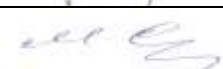

- Inserție adâncă a placentei și placentă accreta în sarcinile următoare
- Placentă previa în sarcinile următoare
- Sarcină ectopică
- Lezare a vezicii urinare, intestinelor sau ureterelor
- Ocluzie intestinală
- Necesitate a unei VAP prelungite
- Hemotransfuzii
- Durată prelungită a operării
- Durată prelungită a spitalizării

*Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-Top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2007

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

Numele	Funcția
Olga Cernetchi	d.h.ș.m., profesor universitar, USMF N.Testemițanu
Victor Petrov	d.ș.m., conferențiar cercetător USMF N.Testemițanu
Liudmila Stavinskaia	USMF „Nicolae Testemițanu”
Diana Madan	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Igor Opalco	IMSP Institutul Mamei și Copilului
Ala Burlacu	IMSP Institutul Mamei și Copilului

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea instituției	Persoana responsabilă - semnătura
Comisia Științifico-Metodică de Profil Obstetrică și ginecologie	
Asociația medicilor de familie	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Luarea la evidență a gravidei și monitorizarea sarcinii de comun cu medicul-ginecolog C.2.1 - C.2.3	Evaluarea factorilor și grupelor de risc Diagnosticarea precoce a complicațiilor evoluției sarcinii	Obligatoriu: Anamneza (casetă 1). Examenul obiectiv (casetă 2.). Examenul de laborator (casetă 3) USG

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Consultarea și monitorizarea pacientelor cu uter cicatricial C.2.1 - C.2.3	<ul style="list-style-type: none"> Diagnosticarea complicațiilor evoluției sarcinii, Direcționarea pacientei spre serviciul medical spitalicesc nivelul II-III, în caz de necesitate 	Obligatoriu: Anamneza (casetă 1) Examenul obiectiv (casetă 2) Examenul de laborator (casetă 3) USG

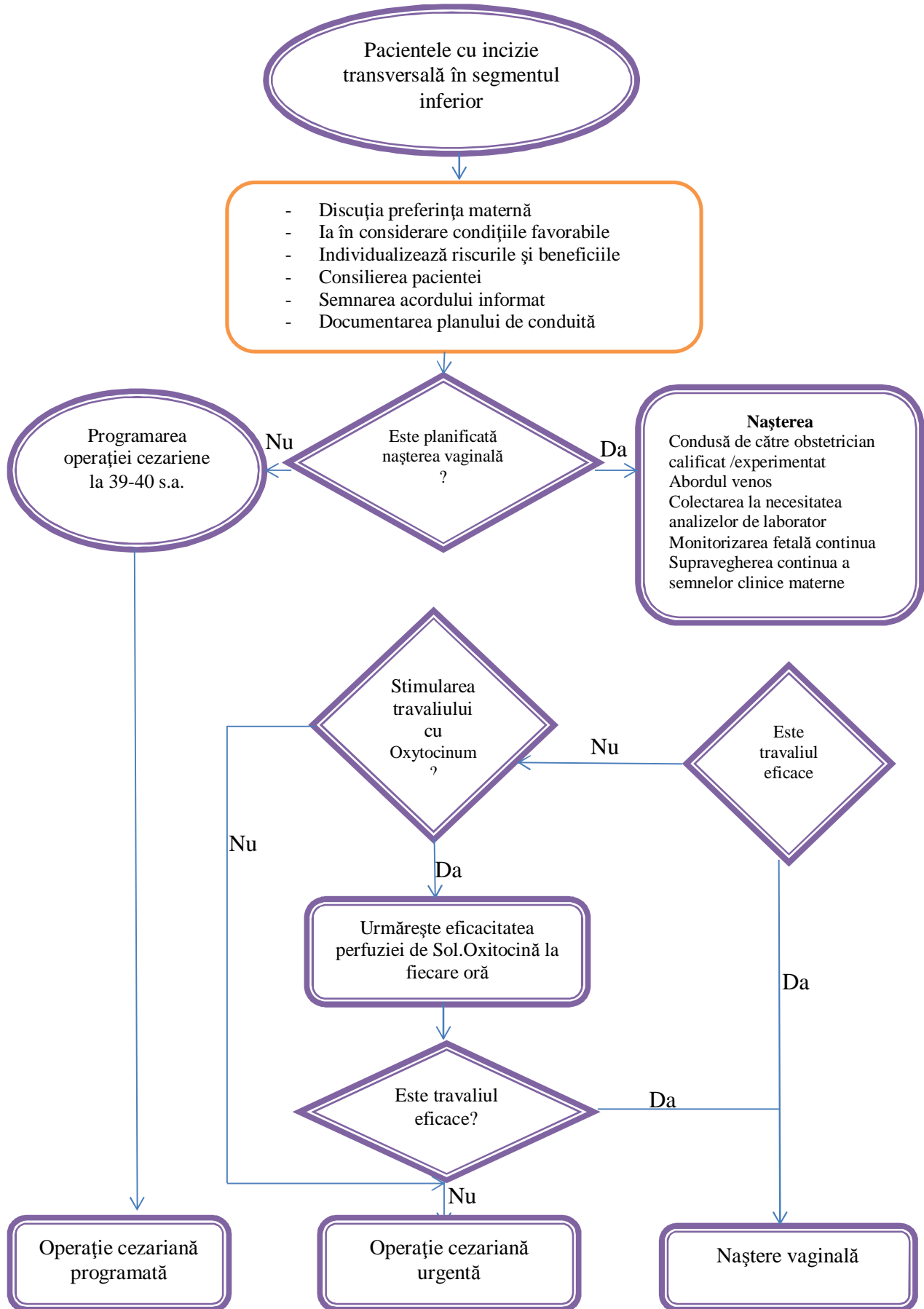
B.3 Nivelul de asistență medicală spitalicească nivelul II-III

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Examinarea în secția Consultativă a CP (C.1.2, C.1.3, C.2, C.3.)	<ul style="list-style-type: none"> Elaborarea planului de conduită preventiv al nașterii. Aprecierea termenului de rezolvarea sarcinii și internare în staționar. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (casetă 1) Examenul obiectiv (casetă 2) Examenul de laborator necesar pentru operația cezariană posibilă (casetă 3) Evaluarea stării pacientei și a fătului. Evaluarea indicațiilor pentru operația cezariană programată Evaluarea contraindicațiilor pentru tentativa de NVDC (casetă 6.) Oformarea planului preventiv de conduită nașterii prin consiliu
Internare în secția de urgențe obstetricale (C.1.2, C.1.3, C.2, C.3.)	<ul style="list-style-type: none"> Rezolvarea sarcinii prin OCRP la 39 s.a. Lipsa declanșării spontane a travaliului pînă la 40⁺¹ s.a. Orice complicație perinatală survenită la gravida cu cicatrice pe uter 	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza (casetă 1) Examenul obiectiv (casetă 2) Examenul de laborator (casetă 3) Evaluarea stării pacientei și a fătului. Stabilirea diagnosticului Evaluarea indicațiilor pentru operația cezariană programată Evaluarea contraindicațiilor pentru tentativa de NVDC (casetă 6). Determinarea definitivă a tacticii de conduită nașterii (casetă 6 și 9). Pregătirea pentru NVDC după 40 s.a
Internarea în blocul de naștere C.1, C.2	Rezolvarea sarcinii	<ul style="list-style-type: none"> Tactica de conduită va fi în raport de situația obstetricală: complicațiile nașterii, RPPA, termenul de gestație, starea cicatricei, starea fătului (casetă 6 și 9) Suport psiho-emoțional, parteneriat la naștere (II,A) Monitorizare (casetă 4) (I,B): Partograma (conform protocolului nașterii fiziologice); Monitoring fetal, CTG continuu (IV,D); Prevenirea RPM precoce. Aprecierea indicațiilor pentru operația cezariană de urgență (I,B)

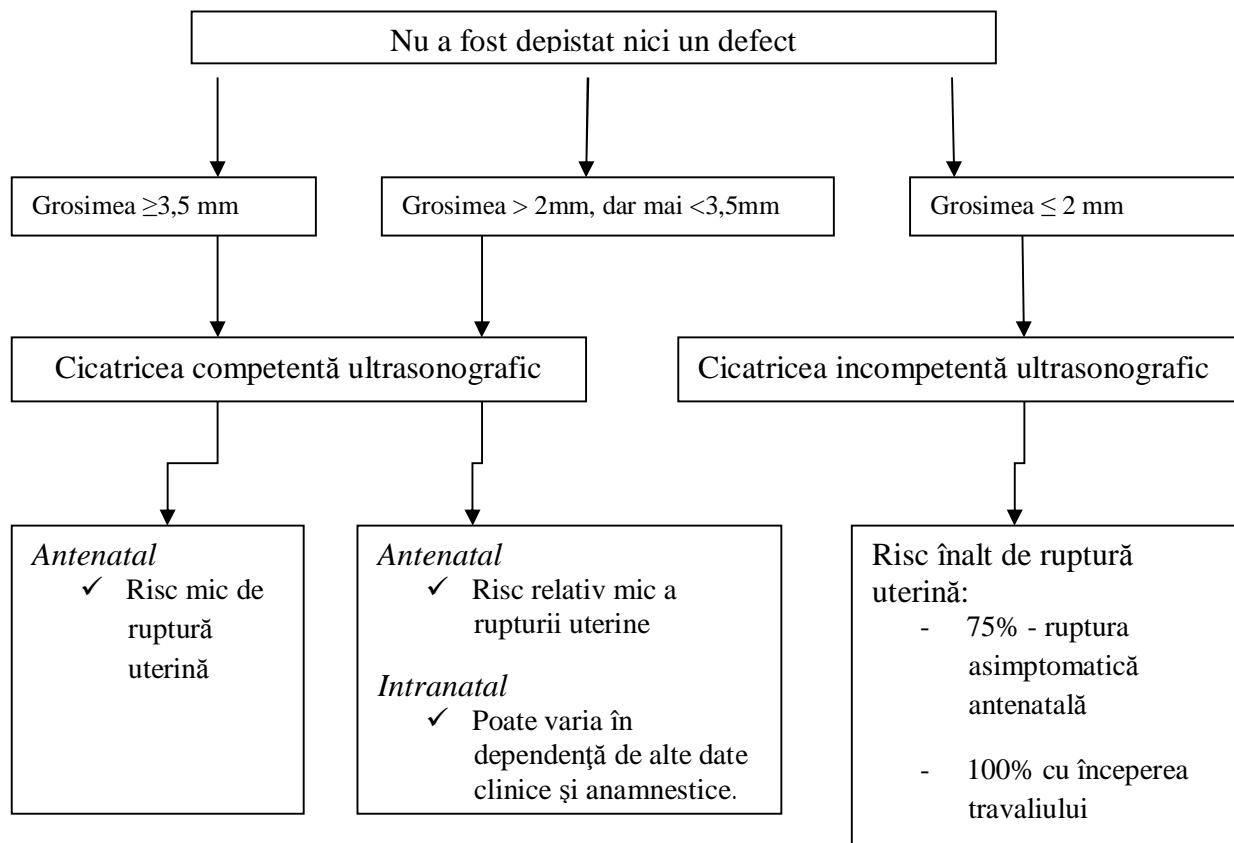
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

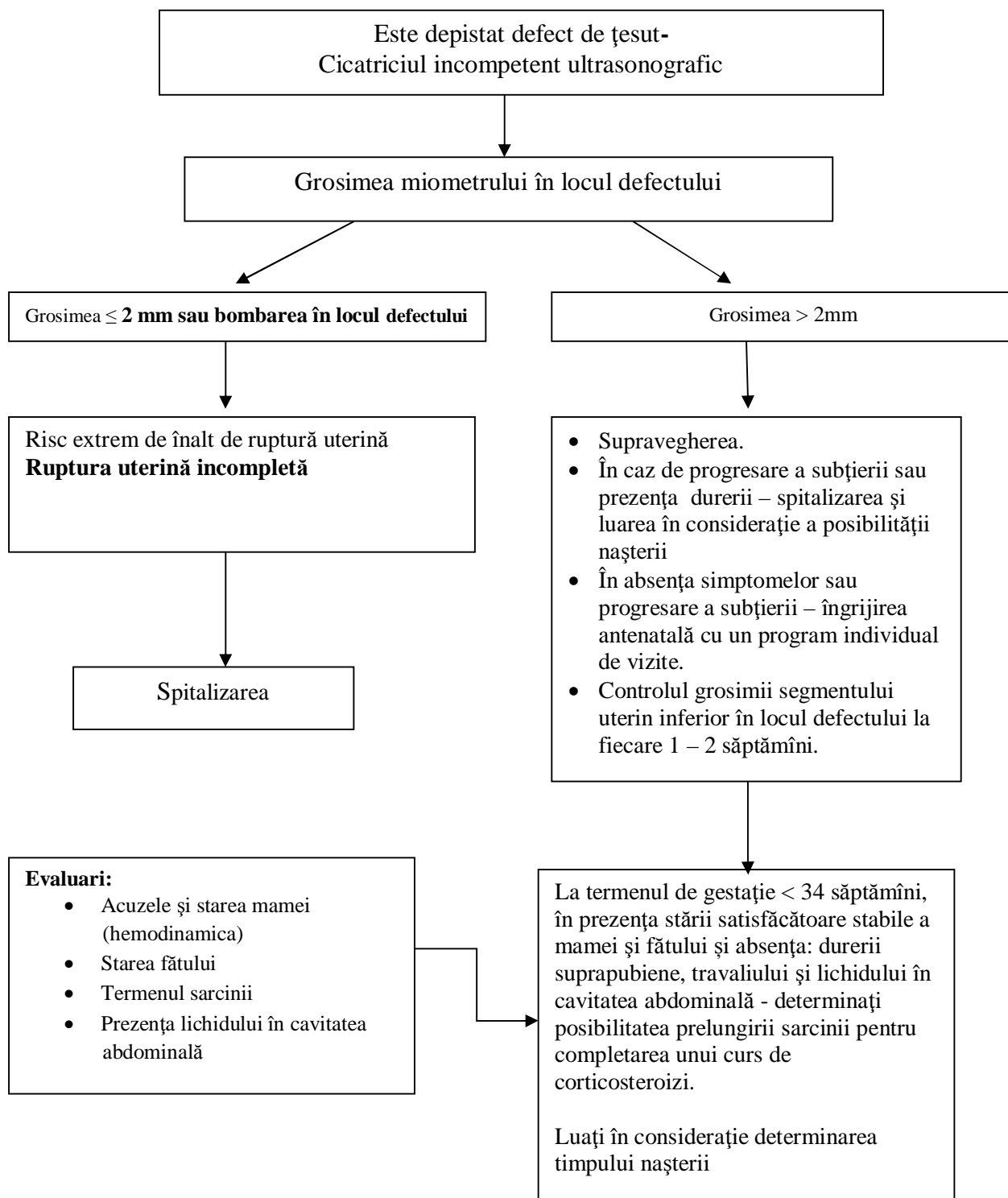
C.1.1 Algoritmul conduitei nașterii după operație cezariană



C.1.2 Algoritmul aprecierea grosimei cicatricilor conform USG



C.1.3 Algoritmă evaluarea grosimii segmentului uterin inferior



C.2. Standarde de îngrijire antenatală a femeii gravide cu cicatrice uterină după OC anterioară

Caseta 1 Depistarea factorilor de risc și datele anamnestice

Prima vizită:

Anamneza principală și datele clinice

1. Numărul de sarcini și rezultatele lor
2. Prezența NVDC în anamneză
3. Prezența NV înainte de OC în anamneză
4. Numărul de OC
5. Prezența în anamneză a altor intervenții chirurgicale pe uter (miomectomie, tubectomie, histerotomie)
6. Termenul de sarcină la care a fost efectuată OC anterioară
7. Intervalul de timp dintre OC anterioară și sarcina actuală
8. Tipul de incizie uterină la OC anterioară.
9. Dacă tipul de incizie nu este cunoscut, trebuie clarificate detaliile circumstanțelor în care a fost efectuată operația (la urgență, la indicații)
10. Dilatarea cervicală la momentul operației
11. Materialul de sutură utilizat pentru suturarea uterului
12. Metoda de suturare a uterului (sătură într-un singur strat, sutură în dublu strat)
13. Evoluția perioadei postoperatorii (febră, administrarea de antibiotice conform unei scheme terapeutice)

Caseta 2.

Examenul fizic:

- **Inspectia** - sugerează o așezare longitudinală și evidențiază uneori un uter cu o morfologie deosebită (cilindric, cordiform), palparea regiunii cicatriciului (aprecierea locului de defect sau bombare, durere în partea inferioară a abdomenului care persistă între contracții)
- **Palparea după Leopold.**
- **Auscultația.**
- CTG

Caseta 3. Examenul de laborator

1. Determinarea analizei generale a sângelui conform standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator
2. Determinarea grupei sanguine ABO și a factorului Rhesus conform standardelor de supraveghere a gravidelor în condiții de ambulator
3. Determinarea Indixului Protrombinic, fibrinogenului (obligator) la 39-40 s.a. la etapa prespitalizării
4. Efectuarea electrocardiografei la etapa prespitalizării

Caseta 4. Frecvența examenelor USG

- Frecvența examenelor USG în prima jumătate a sarcinii nu diferă de cea dintr-o sarcină normală
 - 11– 14 săptămâni – I screening
 - 18 – 21 săptămâni – II screening
- În prezent, nu există dovezi științifice cu privire la mărirea frecvenței examenelor USG pentru femeile gravide cu cicatrice uterină
- Nu există date nici în privința “termenelor critice”, la care este necesară examinarea USG la femeile cu cicatrice uterină
- Din punct de vedere practic, este indicată efectuarea examenului USG adăugător la gravidele cu uter cicatriceal la 32-34 săptămâni pentru determinarea competenței cicatricei și localizării placentei. De asemenea, la 39 de săptămâni de sarcină pentru luarea în considerație a modului în care va decurge nașterea.
 - Suplimentar se va efectua USG la prezența acuzelor de discomfort în zona cicatricei.

Caseta 5. Evaluarea ultrasonografică a segmentului inferior uterin

• În prezent, nu există dovezi științifice cu privire la posibilitatea de evaluare ultrasonografică a grosimii cicatricii uterine și a structurii țesuturilor adiacente pentru a prevedea cu exactitate competența sa în timpul tentativei de NVDC

• Până în prezent, nu există nici un ghid unanim cu privire la:

- Posibilitatea de vizualizare a cicatricii uterine
- O tehnică unică de măsurare a grosimii miometrului adiacent cicatricii uterine.

Cu toate acestea, aceste probleme în obstetrică sunt studiate la nivel global

• Indicatorii:

- Grosimea segmentului inferior uterin
- Prezența țesutului cicatriceal
- Prezența defectelor de țesut (subțierea, bombarea în regiunea subțierii, semnul de “nișă”)

• Definiție:

- **Cicatrice competentă ultrasonografic** – grosimea segmentului inferior uterin > 2 mm și absența defectelor de țesut

- **Cicatrice incompetentă ultrasonografic** - grosimea segmentului inferior uterin < 2 mm și/sau prezența defectelor de țesut

Caseta 6. Contraindicații pentru tentativa de NVDC

1. Prezența indicațiilor pentru operație cezariană indiferent de prezența cicatricei pe uter (prezența placentară, prezența patologică a fătului etc.)
2. OC corporală anterioară (riscul de rupturi uterine 200-900/10.000) sau incizia uterină în formă de T (riscul de rupturi uterine 190/10.000)
3. Rupturi uterine în anamneză
4. Miomectomie cu penetrare în cavitatea uterină în anamneză, tubectomie; miomectomie laparoscopică fără material modern de sutură la suturarea uterului
5. Localizarea placentei în regiunea cicatricii uterine
6. Mai mult de 1 OC în anamneză
7. Prezența pelviană
8. Refuzul femeii de la tentativa de NVDC
9. Cicatrice incompetentă ultrasonografic (grosimea < 2 mm, prezența defectelor de țesut)

Caseta 7. Factorii ce cresc probabilitatea succesului NVDC

1. Vârsta mamei mai mică de 35 ani
2. Dorința femeii/familiei de a naște pe cale vaginală
3. NVDC în anamneză
4. Naștere vaginală în anamneză
5. Indicații nerecurente pentru OC anterioară:
 - Prezența patologică a fătului
 - Prezența pelviană a fătului
 - Prezența placentară
 - Preeclampsia
 - Hipoxia fetală
 - Decolarea placentei normal inserate
 - Prolabarea anselor cordonului ombilical etc.

Caseta 8. Factorii ce ar putea reduce probabilitatea succesului NVDC

1. Obezitatea femeii gravide, IMC >35
2. Vârsta femeii gravide mai mare de 35 ani
3. Făt macrosom
4. Indicații recurente pentru OC anterioară:
 - a. Bazin clinic strâmtat (greutății fătului > 4000 g)
 - b. Inerția uterină
 - c. Distocia cervicală
5. DZ, diabetul gestațional
6. Necesitatea inducției travaliului

7. Necesitatea stimulării travaliului

8. Polihidramniosul

Caseta 9. Factorii asociați cu sporirea riscului rupturii pe uter la tentativa de NVDC

1. Intervalul de timp dintre nașteri mai mic de 24 luni
2. OC anterioară la termenul de < 37 s.a
3. Făt macrosom
4. Febră în perioada postoperatorie
5. Sarcină gemelară
6. Grosimea segmentului inferior uterin mai mare de 2 mm, dar mai mică de 3,5 mm

C 2.1. Alegerea spitalului pentru NVDC

Caseta 10. Organizarea, încăperile și echipamentul

- NVDC este asistată în condițiile centrelor medicale maternale de nivelul III de îngrijire perinatală
- NVDC poate avea loc în centrele maternale de nivelul II, dacă
 - NU sânt indicații pentru alegerea nivelului III
 - Sunt prevăzute condițiile organizatorice și de infrastructură necesare
 - Prezența numărului suficient de personal calificat
 - Organizarea, încăperile și echipamentul
- Disponibilitatea personalului și echipamentului pentru acordarea fără întrerupere a asistenței medicale urgente mamelor și nou-născuților:
 - Posibilitatea efectuării intervenției cezariene de urgență în orice moment necesar
 - Posibilitatea oferirii asistenței medicale de urgență în cazul hemoragiei obstetrice
 - Terapia de perfuzie-transfuzie
 - Hemostaza chirurgicală
 - Posibilitatea de resuscitare a nou-născutului
- Activarea fără întrerupere a laboratorului
- Disponibilitatea permanentă a produselor sanguine. În secția de maternitate trebuie să existe plasmă și concentrat de eritrocite pentru gravida respectivă

A) Sala de nașteri:

Pentru managementul NVDC trebuie prevăzute standardele de asistență intranatală de bază:

1. Salonul unic de naștere
2. Prezența și sprijinul partenerului
3. Alegerea liberă a poziției în timpul nașterii
4. Dispozitivul de cardiocografie cu posibilitatea de înregistrare pe peliculă
5. Setul pentru acordarea ajutorului medical de urgență mamei
 - a. Catetere i/v, cel puțin 2 buc. (16G)
 - b. Seturi pentru perfuzie/transfuzie, seringi, mănuși sterile
 - c. Soluții de cristaloizi (soluția lactată Ringer, soluția salină) și coloizi (gelatină modificată)
 - d. Uterotonice (Oxytocinum, Methylergometrinum)
 - e. Sacul AMBU pentru adulți, tub de aer
6. Echipamentul pentru resuscitarea nou-născutului .

B) Sala de operații. Prezența unei săli special destinate pentru intervențiile chirurgicale obstetrice pregătită pentru intervenție rapidă. **Sala de operație trebuie să fie situată la același etaj cu sala de nașteri !!!**

Echipamentul este funcțional și gata pentru acordarea ajutorului medical mamei și copilului:

- Oxygen (presiunea în sistem/tub)
- Dispozitivele de respirație
- Echipamentul pentru resuscitarea nou-născutului

C) Personalul:

- O moașă și un obstetrician calificat numiți în mod exclusiv pentru parturienta dată
 - Moașa trebuie să fie mereu prezentă în salonul de naștere
 - Medicul trebuie să posede calificare pentru efectuarea operației cezariene și să cunoască metodele de hemostază chirurgicală
- Un al doilea obstetrician (asistent)

- Anestezist, neonatolog și asistenta medicală în sala de operație:
 - Funcție permanentă
 - Trebuie să fie prezentă în secția de maternitate
- Cel puțin două persoane trebuie să fie disponibile pentru acordarea asistenței medicale nou-născutului
 - Una din persoane trebuie să posede toate abilitățile de resuscitare avansată
 - Celelalte (ceilalți) trebuie să poată acorda asistență calificată resuscitatorului principal
- Dacă este necesară administrarea de medicamente, cel puțin 3 lucrători medicali trebuie să fie implicați în acordarea de asistență nou-născutului

C.2.2. Managementul NVDC

Caseta 11. Principiile generale de management a NVDC

- Restricționarea consumului de lichide, evitarea alimentelor în faza activă a primei perioade de travaliu
- Mobilizare venei (cateter permanent, nu mai puțin de 16 G instalat la internarea în sala de naștere).
- Întocmirea partogramei. Concluzia privind progresul inadecvat al travaliului (inerția uterină în I perioadă) trebuie să se bazeze pe datele partogramei
- Particularități:
 - Pulsul parturientei se evaluează la fiecare 30 de minute
 - Creșterea frecvenței pulsului cu mai mult de 110 bătăi per minut poate să confirme începutul unei rupturi uterine și necesită constatări suplimentare ale cauzei de tahicardie
 - Examinarea vaginală:
 - Se recomandă ca examinarea să fie efectuată de una și aceeași persoană
 - În faza latentă – examinarea se face la fiecare 4 ore, sau mai des după indicații
 - În faza activă – examinarea se face la fiecare 2 ore
- Monitorizarea stării fetale
 - În faza latentă: la fiecare 15 minute prin auscultarea regulată sau prin intermediul MEF
 - În faza activă: modul continuu al MEF
- MEF întrerupt este acceptabilă în următoarele condiții:
 - Când datele MEF sunt în limitele normei
 - Durata întreruperilor nu depășește 15 minute
 - Numărul de întreruperi este mic
 - Când pauză nu are loc imediat după intervenire ce ar putea influența ritmul cardiac fetal
- Efectuarea continuă a MEF nu este o contraindicație pentru comportamentul activ al gravidei în travaliu

Caseta 12. Anestezia epidurală la NVDC

- Nu este contraindicată la NVDC. Conform datelor unui vast studiu retrospectiv NICHD, 30 352 NVDC: rata NVDC reușite a fost cu 23% mai înaltă în cazul gravidelor cărora le-a fost efectuată AE comparativ cu cele fără EP.
- Nu ascunde simptomele rupturilor uterine
- Poate chiar favoriza diagnosticarea rupturilor uterine
- În timpul efectuării AE este necesar a obține analgezia fără blocarea motorică!
- Se vor folosi soluții cu concentrații scăzute de anestezice

Avantajele:

- Este cel mai bun calmant al durerilor comparativ cu alte metode
- Se evită depresia narcotică la făt
- Nu sporește durata primei perioade de travaliu
- Nu sporește riscul OC
- Calmare adecvată a durerii în caz de necesitate a OC

Dezavantaje:

- ✓ Crește durata celei de-a doua perioadă a travaliului
- ✓ Sporește riscul de naștere vaginală instrumentală

Caseta 13. Inducerea travaliului

Nu este contraindicată gravidelor cu cicatrice uterină în urma OC dar TOTUȘI

- sporește de 2-3 ori riscul rupturilor uterine
- Trebuie efectuată după evaluarea minuțioasă a stării obstetricale (inclusiv pentru prezența

factorilor de risc)

- c) Decizia privind posibilitatea efectuării inducerii este luată de un Consiliu medical
- d) Inducerea se face numai prin administrarea i/v a soluției Sol. Oxytocinum ori prin amniotomie sau alte metode mecanice

NB! Este interzisă utilizarea prostaglandinelor pentru inducerea travaliului la gravidele cu cicatrice uterină!!!

Este nevoie de consimțământul scris (pentru inducere) al gravidei

Caseta 14. Stimularea travaliului

- Dacă în faza activă dilatarea colului uterin este mai mică de 1 cm/oră, se recomandă a se efectua amniotomia
- La 2 ore după amniotomie este necesar a evalua caracterul travaliului și dilatarea colului uterin
 - Dacă dilatarea colului uterin este ≥ 1 cm/oră NVDC va continua
 - Dacă dilatarea colului uterin este ≤ 1 cm/oră:
- Dar contracții uterine active și configurarea pronunțată a capului fetal (+++) poate indica asupra unei disproporții în dimensiuni ale capului fetal și bazinul matern – este indicată OC
- În cazul contracțiilor uterine trenante, în absența semnelor de disproporție în dimensiuni ale capului fetal și bazinului matern și dacă starea mamei și a fătului sunt satisfăcătoare, se poate indica stimularea travaliului cu oxitocină
- Stimularea se face numai prin administrarea i/v a soluției Sol. Oxytocinum
 - Perfuzia de oxitocină trebuie să fie verificată temeinic
 - Viteza perfuziei trebuie să fie ajustată astfel încât frecvența contracțiilor să nu depășească 4 contracții per 10 minute. (În mod ideal - 3-4 contracții în 10 minute, fiecare cu durata de 45-60 secunde).
- Dacă după 2 ore de la începerea stimulării travaliului acesta este neefectiv (rata dilatării colului uterin este mai mică de 1 cm/oră) se recomandă nașterea operativă

NB! Stimularea travaliului cu Sol. Oxytocinum:

1. Sporește de 2-3 ori riscul rupturilor uterine
2. Decizia privind necesitatea stimulării travaliului trebuie să se bazeze pe datele partogramei
3. Este nevoie de consimțământul scris al parturientei
4. Travaliul prelungit la gravidele cu naștere cezariană anterioară reprezintă un pericol și sporește riscul de ruptură a cicatricii uterine

Caseta 15. Indicațiile pentru întreruperea tentativei de NVDC

1. Apariția semnelor de ruptură uterină
2. Alte indicații obstetricale
3. Bazin clinic strâmtat
4. Inerție uterină care nu poate fi remediată prin tratament în termen de 2 ore
5. Apare necesitatea pentru stimularea travaliului, însă: medicul care asistă procesul consideră că utilizarea Sol. Oxytocinum prezintă pericol pentru cazul dat
6. Gravida nu a dat consimțământul

Caseta 4.6. Managementul perioadei a II de travaliu

1. Managementul conform standardelor pentru nașterea normală
2. Poziția verticală în faza timpurie (latentă)
3. Alegerea liberă de către gravidă a poziției de naștere
4. Se va da preferință tehnicii eforturilor „neghidate” (spontane)
5. Epiziotomia, forceps obstetrical, extragere prin vacuum - la indicație
6. Monitorizarea fetală continuă (MEF)
7. Prezența anestezistului (în sala de nașteri)

Caseta 4.7. Managementul perioadei a III de travaliu

1. Se va da preferință managementului activ al perioadei a treia de travaliu
2. Acesta reduce cu 60 %, frecvența hemoragiei post-natale relaționate cu atonia uterină
3. Nu este recomandată cateterizarea de rutină a vezicii

Caseta 4.8. Managementul perioadei postnatale

Nu se recomandă controlul de rutină a cavității uterine după o NVDC reușită în absența semnelor de ruptură

Controlul tractului genital și controlul manual al cavității uterine în prezența indicațiilor:

- a) -Hemoragie
- b) -Dureri abdominale
- c) -Colapsul inexplicabil al mamei după naștere
- d) -Defect de țesut placentar
- e) -Naștere vaginală operativă

Lăuza trebuie să primească volumul standart de asistență medicală, care include:

1.Examinarea minuțioasă a tonusului uterin + masajul uterin timp de 6 h după naștere în modul următor: în primele 2 h – fiecare 15 min

în ora a treia – fiecare 30 min

în următoarele 3 h – fiecare 60 min

2.Evaluarea stării mamei:

- Ritmul cardiac și TA
- Determinarea unei eventuale hemoragii interne
- Femeile cu masa corporala joasa, anemie, preeclampsie pot indica simptome de șoc în cazul hemoragiei < de 500 ml.

3.Evaluarea volumului de hemoragie

Caseta 4.9 Semnele rupturii de uter

Semnele care pot apărea

- Suferința fetală conform datelor cardiocografiei
- Durere bruscă în zona cicatricei
- Durere în partea inferioară a abdomenului care persistă între contracții
- Manifestarea durerii cu localizare atipică (regiunea supraclaviculară)
- Hemoragie vaginală sau hematurie
- Slăbirea sau încetarea contracțiilor anterior eficiente
- Schimbarea formei uterului
- Tahicardie, hipotensiune, șoc, dureri în piept, senzație de sufocare la gravidă
- „Pierderea” părții de prezentație la examinarea vaginală
- Palparea părților fetale în cavitatea abdominală
- Majoritatea simptomelor indică, mai cu seamă, asupra probabilității rupturii uterine
- mare parte din acestea nu sunt patognomonice (specifice)
- Suferința fetală poate să nu fie asociată cu ruptura uterină
- Palparea părților fetale în cavitatea abdominală (ca semn patognomic) este rareori observat ca semn separat:

De cele mai des ori, acesta este însoțit de durere, manifestări de șoc la gravidă, suferință fetală și hemoragii interne sau externe

Diagnosticul de „ruptură uterină” sau „amenințare de ruptură uterină” poate fi stabilit definitiv numai după laparotomie.

Rata de apariție a unor simptome ale rupturii de uter

1. Bradicardie la făt, semn unic 60- 100 %
2. Alte semne de suferință fetală 33-82%
3. Lipsa progresului în timpul travaliului - 21 %
4. Durere -13 %
5. Hemoragie vaginală – 11%

D.1. Nivelul de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medicul de familie • asistente medicale
	Medicamente și consumabile. Acidum folicum, preparate de fier Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • cabinetul pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal (AMT) • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui , analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteinele, bilirubina, ureea,ALT, AST, creatinina, ionograma (K, Ca, Mg), glucoza sângelui), indicilor coagulogramei, Grupa sangvină/Rh.
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic obstetrician-ginecolog • asistente medicale • medic de laborator • medic functionalist • medic imagist-ecografist
	Medicamente și consumabile. <ul style="list-style-type: none"> • seturi ginecologice - oglinzi, manuși, spirt, iodonat, tifon de bumbac, emplastru, instrumentar steril. Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic • laborator citologic • laborator bacteriologic • electrocardiograf • cabinetul pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocitele, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, creatinina, ionograma (K, Ca, Mg), glucoza sângelui), indicilor coagulogramei.
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească raionale și municipale.	Personal: <ul style="list-style-type: none"> - obstetrician-ginecolog; - anesteziolog; - moașă; - asistenta anesteziologului; - medic de laborator; - medic hematolog-transfuziolog - medic laborant pregătit în izoserologie - laboranți cu studii medii.
	Departamente: secții specializate Patologii a sarcinii Blocuri de naștere Anestezie și Terapie Intensivă Bloc chirurgical Secție de transfuzie Laborator clinic
	Medicamente: Blocante ale canalelor de calciu- Nifedipinum Tocolitice – Hexoprenalinum, Magnesii sulfas. Uterotonice – Oxitocinum, Methylergometrinum*, Misoprostolum. Antibiotice – Ampicillinum Corticosteroizi- Betamethasonum, Dexamethasonum Spiritus aethylicus 96%, tifon steril.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul al indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori numărul NVDC la gravidele cu uter cicatriceal	Ponderea NVDC în lotul nașterilor cu uter cicatriceal	Numărul de NVDC x 100%	Numărul total de nașteri cu uter cicatriceal
2.	A îmbunătăți calitatea selectării pacientelor cu uter cicatriceal pentru NVDC	Ponderea pacientelor născuți vaginal în lotul pacientelor selectați pentru NVDC	Numărul pacientelor selectate pentru NVDC și născuți vaginal x 100%	Numărul total de paciente selectate pentru NVDC
3.	A spori calitatea diagnosticului USG a incompetenței cicatricei pe uter		Numărul pacientelor cu diagnosticul USG de incompetența cicatricei x 100%	Numărul pacientelor cu diagnosticul confirmat intraoperator
4.	A minimiza numărul rupturilor de uter la pacientele selectate pentru NVDC	Rata rupturilor de uter la pacientele selectate pentru NVDC	Numărul nașterilor ce s-a complicat cu ruptură de uter x 100%	Numărul total de pacienți selectați pentru NVDC

**Fișa standardizată de audit medical
bazat pe criterii pentru Nașterea vaginală după operație cezariană**

	Domeniul Prompt	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3.	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
4.	Data de naștere a pacientului	DD-LL-AAAA sau 9 = necunoscută
5.	Mediul de reședință	0=urban; 1=rural; 9=nu știu.
6.	Vîrsta pacientei	
7.	Numele medicului curant	
	Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator	
8.	Consultarea și monitorizarea pacientelor cu uter cicatriceal	Da=1, nu =0, nu se știe =9
9.	Diagnosticarea complicațiilor evoluției sarcinii,	Da=1, nu =0, nu se știe =9
10.	Efectuarea USG la 28-32 și la 39 de săptămîni de sarcină cu evaluarea stării cicatricelui conform algoritmului și localizării placentei	Da=1, nu =0, nu se știe =9
11.	Consultarea pacientei la nivelul II-III cu stabilirea planului de conduită la 39 de săptămîni	Da=1, nu =0, nu se știe =9
12.	Spitalizată cu travaliul activ	Da=1, nu =0, nu se știe =9
13.	Spitalizata în mod programat	Da=1, nu =0, nu se știe =9
14.	Spitalizata cu urgență obstetricală majoră	Da=1, nu =0, nu se știe =9
15.	Efectuarea examenului de laborator obligator	Da=1, nu =0, nu se știe =9
16.	Aprecierea indicilor hemodinamici (PS, TA)	Da=1, nu =0, nu se știe =9
17.	Evaluarea stării a fătului prin CTG continuu	Da=1 NU, nu =0, nu se știe =9
18.	Evaluarea factorilor anamnestici referitor la operația cezariană anterioară	Da=1, nu =0, nu se știe =9
19.	Reevaluarea planului de naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9
20.	Rezolvarea sarcinii prin OC programata	Da=1, nu =0, nu se știe =9
21.	Nașterea condusă conform partogramei (conform protocolului nașterii fiziologice);	Da=1, nu =0, nu se știe =9
22.	Inducerea nașterii la pacienta cu uter cicatriceal	Da=1, nu =0, nu se știe =9
23.	Utilizarea uterotonicelor în naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9
24.	Prezența semnelor de cicatrice incompetentă intra sau postnatal	Da=1, nu =0, nu se știe =9
25.	Suferința fetală în travaliu	Da=1, nu =0, nu se știe =9
26.	Controlul manual postnatal	Da=1, nu =0, nu se știe =9
27.	NVDC rezolvată (metoda)	NV=1, Naștere vaginală instrumentală=2, OCU=3

Bibliografie:

1. Biswass A. Management of previous Cesarean section. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:123–9.
2. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Vaginal birth after caesarean section (VBAC) 2009
3. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth, No 155 (Replaces guideline No 147), February 2005.
4. Menacker F. Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990–2003. *Natl Vital Stat Rep* 2005;54:1–8
5. Black C, Kaye JA, Jick H. Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol* 2005;106:151–5.
6. Yeh J, Wactawski-Wende J, Shelton JA, Reschke J. Temporal trends in the rates of trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:144.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 342: Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:465–8.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Guideline No.45. 2007.
9. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005; 89(3):319-31.
10. Vaknin Z, Maymon R, Mendlovic S, Barel O, Herman A, Sherman D. Clinical, sonographic, and epidemiologic features of second- and early third-trimester spontaneous antepartum uterine rupture: a cohort study. *Prenat Diagn.* 2008; 28(6):478-484.
11. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No. 115. *Obstet Gynecol* 2010;116:450-63.
13. Bujold E. Evaluating professional society. Guidelines on vaginal birth after cesarean section. *Semin Perinatol* 2010;34:314-7.
14. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No. CD004224.
15. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2007;109:262-9.
16. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Planned vaginal birth after caesarean section (Trial of labour) July 2010
17. Turner MJ, Agnew G, Langan H. Uterine rupture and labour after a previous low transverse caesarean section. *BJOG* 2006;113:729-32.
18. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. *BJOG* 2005;112:1221-8.
19. Delivery after previous caesarean section, clinical practice guideline. Nr. 5 October 2011.