



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Prezența pelviană
Protocol clinic național

PCN-210

Chișinău, 2020

Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 03.07.2020, proces verbal nr. 2
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 885 din. 28.09.2020 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Prezența pelviană”

CUPRINS

Sumarul recomandărilor	3
Abrevierile folosite în document	4
Prefață	4
A. Partea introductivă	4
A.1. Diagnostic	4
A.1.2. Definiții	4
A.2. Codul bolii	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data revizuirii	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Informație epidemiologică	5
B. Partea generală	6
B.1. Nivelul de asistență medicală primară	6
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu	6
B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească	6
C.1. Algoritmii de conduită	8
C.1.1. Algoritmii de conduită nașterii în prezențele pelviene	8
C.1.2 Algoritmii de apreciere a metodei de rezolvare a nașterii în prezența pelviană a fătului	9
C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor	10
C.2.1. Clasificarea clinică a prezenței pelviene	10
C.2.2. Factori de risc	10
C.2.3. Diagnosticul PP	10
C.2.4. Managementul sarcinii în prezențe pelviană a fătului	11
C.2.6. Managementul nașterii în prezențe pelviană a fătului	12
D. Resursele umane și materiale necesare pentru respectarea prevederilor din protocol	18
D.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	18
D.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu	18
D.3. Nivelul instituțiile de asistență medicală spitalicească (IMS raionale, municipale, republicane).	18
E. Indicatori de monitorizare a implementării protocolului	20
Anexe	21
Bibliografie	28

Sumarul recomandărilor [15,16, 18]

1. La diagnosticarea prezentației pelviene, femeile ar trebui evaluate pentru factorii de risc pentru nașterea per vias naturalis. Dacă este identificat un factor de risc, femeile trebuie informate că nașterea per vias naturalis este asociată cu un risc perinatal crescut și că se recomandă nașterea prin operație cezariană (Nivel A de recomandare).
2. Alegerea modului de naștere a femeii trebuie respectată și trebuie obținut consimțământul (Nivel A de recomandare).
3. Discuția de consimțământ și planul ales ar trebui să fie bine documentate și comunicate personalului din sala de muncă (Nivel A de recomandare).
4. Versiunea cefalică externă în prezentația pelviană a fătului este recomandată pentru a reduce probabilitatea de operație cezariană. Dacă nu reușește, opțiunile includ nașterea vaginală planificată sau operația cezariană electivă (Nivel A de recomandare)
5. Femeile cu prezentație pelviană a fătului aproape de termen, trebuie să fie examinate ecografic înainte de naștere sau la debutul primei perioade a nașterii pentru a evalua tipul de prezentație pelviană, flexia capului fetal și masa probabilă a fătului (Nivel A de recomandare).
6. Naștere pe cale vaginală în prezentația pelviană a fătului trebuie să fie asistată de un clinician cu experiență în instituții medicale cu posibilități de operație cezariană urgentă și reanimare neonatală. (Nivel A de recomandare)
7. Indicațiile pentru operația cezariană electivă în prezentația pelviană a fătului sun (Nivel C de recomandare)t:
 - Masa probabilă a fătului $\geq 3800g$
 - Masa joasă a fătului (sub percentila a 10-a)
 - Prezentația podalică a fătului
 - Semne de suferință fetală intrauterină
 - Deflexia căpușorului fetal (stabilită la examenul USG)
 - Procidența cordonului ombilical,
 - Pelvis matern inadecvat clinic
8. În timpul nașterii vaginale în prezentația pelviană a fătului, se recomandă monitorizarea electronică continuă a fătului în travaliu. Când se produce ruperea membranelor, se recomandă o examinare vaginală imediată pentru a exclude prolabarea de cordon ombilical (Nivel B de recomandare)
9. Inducerea travaliului în prezentația pelviană a fătului nu este recomandată (Nivel D de recomandare).
10. Stimularea travaliului cu ocitocice trebuie luat în considerare numai dacă frecvența contracțiilor este scăzută în prezența analgeziei epidurale (Nivel D de recomandare).
11. Efectul analgeziei epidurale asupra succesului nașterii per vias naturalis este neclar, dar că este probabil să crească riscul de operație cezariană (Dovezi de bune practici).
12. Tracțiunea fetală în timpul nașterii vaginale trebuie evitată dacă este posibil. Orice manipulare fetală trebuie aplicată numai după nașterea spontană până la nivelul ombilicului (Nivel B de recomandare).
13. În cazul întârzierii nașterii căpușorului, tehnicile de mărire a presiunii de sus sunt mai sigure decât tracțiunea de jos. Tehnicile de maximizare a presiunii de sus includ efortul matern eficient, menținerea poziției mâinilor și piciorușelor (manevra Tȃvianov și manevra Bracht) și suportul ocitocic (Nivel B de recomandare).
14. Capul fetal se poate naște spontan, cu ajutorul presiunii suprapubice sau prin manevra Mauriceau-Smellie-Veit. Se recomandă ca un asistent să fie disponibil pentru a asista la orice procedură necesare (Nivel B de recomandare).
15. Femeilor aflate în perioada a II-a a travaliului nu ar trebuie de rutină să li se ofere operația cezariană (Dovezi de bune practici).

16. Toate maternitățile trebuie să fie capabile să asigure supravegherea calificată a nașterii per vias naturalis, în cazul în care este travaliu avansat, iar protocoalele pentru această eventualitate ar trebui dezvoltate (Dovezi de bune practici)
17. Toți obstetricienii și moașele ar trebui să fie familiarizați cu tehnicile care pot fi utilizate pentru a ajuta la nașterea în prezența pelviană per vias naturalis. Alegerea manevrelor utilizate, dacă este necesară pentru a ajuta la eliberarea nou-născutului, ar trebui să depindă de experiența / preferința individuală a medicului sau moașei. (Dovezi de bune practici)
18. În nașterea prematură spontană în prezența pelviană a fătului nu este recomandată operația cezariană de rutină. Modalitatea nașterii trebuie să fie individualizată în dependență de perioada nașterii, tipul prezenței pelviene, starea intrauterină a fătului și experiența personalului în asistarea nașterilor în prezența pelviană. (Nivel C de recomandare).
19. Nu se recomandă de efectuat operația cezariană la nașterea prematură în prezența pelviană până la termene de 25săpt+6 zile (Nivel C de recomandare).

Abrevierile folosite în document

PP	prezența pelviană
RPM	ruperea prenatală de membrane
BCF	bătăile cordului fetal
USG	Ecografie
CTG	cardiotocografie
ÎFU	înălțimea fundului uterin
PA	perimetrul abdominal
MVE	manevra versiunii externe
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
T/A	tensiunea arterială
I/V, I/M	intravenos, intramuscular

PREFAȚĂ

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și experiența autorilor acumulată în domeniul obstetrical. Acesta va servi la elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MSMPS pentru monitorizarea protocoalelor clinice instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnostic: Prezența pelviană (PP)

Exemple de diagnostic clinic: Sarcină 38 săptămâni. Nașterea I la termen. Prezența pelviana incompletă, modul feselor.

A.1.2. Definiții

Prezența pelviană (PP) se definește ca varietate în care fătul se prezintă la strâmtoarea superioară a bazinului matern cu polul său caudal (pelvisul), care se va angaja și degaja primul.

A.2. Codul bolii (CIM-10): 032.1

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medici de familie)
- Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator (obstetricieni-ginecologi).
- Secțiile obstetricale ale maternităților raionale, municipale, republicane (medici obstetricieni-ginecologi).

A.4. Obiectivele protocolului:

1. Diagnosticarea precoce a PP
2. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a gravidelor cu PP
3. Depistarea factorilor de risc și prevenirea PP
4. Unificarea tacticii obstetricienilor în caz de prezentație pelviană la diferit nivel de asistență medicală
5. Micșorarea numărului de traumatism fetal în PP
6. Reducerea mortalității perinatale în PP

A.5. Data elaborării protocolului: martie 2020

A.6. Data revizuirii: 2025

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

Numele	Funcția
Olga Cernețchi	d.h.ș.m., profesor universitar, șef Departament Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Victor Petrov	d.ș.m., conferențiar cercetător, șef Laborator Științific Obstetrică, IMSP IM și C
Liudmila Stavinskaia	asistent universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Uliana Tabuica	d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/Instituția	Persoana responsabilă
Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Cernețchi Olga
Comisia științifico-metodică de profil „Obstetrică și ginecologie”	Cernețchi Olga
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Eremei Priseajniuc
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Iurie Osoianu
Catedra de medicină de laborator USMF „Nicolae Testemițanu”	Valentin Gudumac
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi
Catedra de medicină de familie USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin
Consiliul de Experți al MSMPS	Aurel Grosu

A.8. Informație epidemiologică

Prezentația pelviană constituie una din problemele actuale ale obstetricii contemporane, deoarece complicațiile care pot apărea pe parcursul sarcinii, nașterii și perioadei postnatale pot duce la invalidizarea sau chiar decesul fătului. Prezentația pelviană a fătului are loc în 3-5% din toate sarcinile și este una dintre cele mai frecvente indicații pentru operația cezariană electivă.

Nașterea în prezentația pelviană necesită un management special; cu toate acestea, pregătirea și preselectia metodei de naștere rămâne controversată [2, 8, 9]. Nașterea vaginală este întotdeauna o opțiune, dar rezultatele și interpretarea procesului de naștere în prezentație pelviană au suportat modificări considerabile pe parcursul ultimilor 2 decenii [10, 19]. Rezultatele pe termen lung matern și neonatal sunt comparabile pentru nașterile vaginale și operația cezariană atunci când pacientele sunt preselectate cu atenție și sunt monitorizate în mod adecvat [4, 5, 20]. Cu toate acestea, morbiditatea neonatală precoce mai mare și ratele mai mici de succes sunt asociate cu nașterea vaginală, în special la femeile primipare [3, 12]. Prin urmare, nașterile pe cale vaginală în prezentația pelviană a fătului trebuie asistate doar în centrele cu posibilități de îngrijire perinatale, cu o infrastructură interdisciplinară adecvată și echipe cu experiență [1, 16, 18].

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 (II,A)[1,16, 18] C.2.1-C.2.3.	Stabilirea diagnosticul PP la 36-37 săptăm pentru îndreptarea gravidelor la medic specialist conform nivelelor de referință	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza Examenul obstetrical extern (palpația după Leopold, IFU, PA). Auscultația Referirea la ginecolog Efectuarea USG pentru confirmarea prezentației fătului (II,B) [15,16,18] (casetele1-4)

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Evaluarea și monitorizarea sarcinii cu PP C.2.1.- C.2.4	<ol style="list-style-type: none"> Aprecierea factorilor de risc matern și fetal asociți cu PP Elaborarea planului de conduită a sarcinii și nașterii Referirea gravidelor la Centrele Perinatale de nivelul II-III pentru determinarea modului și termenului de rezolvare a sarcinii. 	<ul style="list-style-type: none"> Aprecierea factorilor de risc matern și fetal: (casete 2) Efectuarea USG - se apreciază masa probabilă a fătului, poziția și varietatea de poziție a fătului, gradul de deflexie a capului, anomaliile de dezvoltare fetale, localizarea și gradul de maturizare a placentei, sexul fătului, circulația de cordon ombilical [1,15,16,18] Aprecierea stării intrauterine a fătului prin efectuarea ecografiei cu Doppler. Referirea la termenul de 38-39 săptăm. la Secțiile Consultative ale Centrelor Perinatale de nivelul II-III pentru determinarea planului și modului de naștere [2,16,18] Investigarea paraclinică a gravidei eligibile pentru operația cezariană electivă Referirea la termenul de 40 sapt.+1 zi la Centrul perinatal de nivelul II-III pentru spitalizarea prepartum și revizuirea planului de naștere a gravidelor cu PP care au fost eligibile anterior pentru nașterea vaginală [16,18]

B.3 Nivelul de asistență medicală spitalicească

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
--------------------	-----------------	--

Criteriile de spitalizare în maternitate:

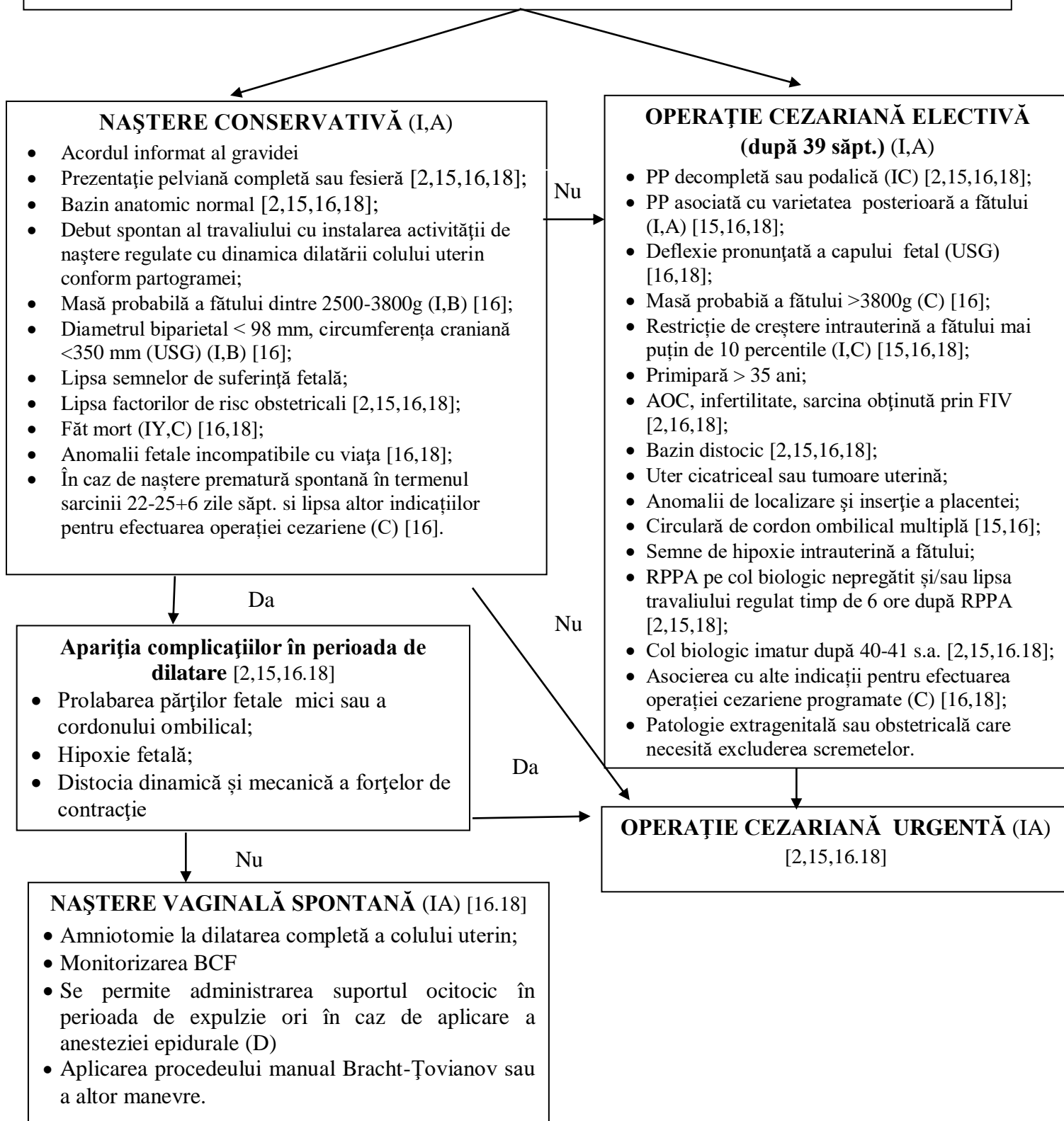
Nivelul I	Parturiente în perioada de dilatare (faza activă) și expulzie la diferit termen, când este imposibil de făcut transfer la altă etapă (II C) cu condiția prezenței condițiilor de terminarea urgentă a nașterii prin operație cezariană (sala de operație/ echipa de operație, anesteziolog)	<ul style="list-style-type: none"> Naștere pe cale vaginală sau prin operație cezariană de urgență C.1.1., C.1.2., C.2.5
------------------	---	--

<p>Nivelul II</p>	<p>Gravide cu PP la termen, gravide cu RPM, iminență de naștere prematură începând cu termenul de 34 săptămâni (II C)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Naștere pe cale vaginală sau prin operație cezariană C.1.1., C.1.2., C.2.5 • La termene până la 34 săpt. se administrează sol. Dexametazonă i/m (1a,A) și se face transfer la nivelul III, fixând în fișa de observație timpul și doza administrată conform PCN "Nașterea prematură"
<p>Nivelul III</p>	<p>Gravide cu risc obstetrical înalt, cu RPM în sarcină prematură cu termenul de 25săpt+6 zile-34 săptămâni. Parturiente în perioada de dilatare (faza activă) și expulzie la diferit termen [16]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Naștere pe cale vaginală sau prin operație cezariană. C.1.1., C.1.2., C.2.5 • La termene de până la 34 săpt. se administrează sol. Dexametazonă i/m (1a,A).
<p>Internarea</p>		
<p>În secția patologia sarcinii C.2.1-C.2.4</p>	<p>- Pentru aprecierea conduitei nașterii prepartum către 39 săptămâni în caz de patologie extragenitală sau prezența factorilor de risc obstetrical [2,15,16,18] - Gravidele cu RPM pretermen la 25+6 zile – 34 săptămâni se internează în secția patologia sarcinii la nivelul III (vezi PCN Nașterea prematură) [16] - Gravidele cu PP fără alte patologii obstetricale și extragenitale, planificate anterior pentru naștere pe cale vaginală – la termen de 40 săpt.+1zi pentru revizuirea planului de conduită a nașterii și a factorilor de risc asociați.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Examenul obstetrical extern (palpația Leopold, IFU, PA) • Auscultația • USG-Doppler, CTG, • Investigațiile clinice și paraclinice <p>Aprecierea metodei de rezolvare a sarcinii C.1.1., C.1.2. [2,15,16,18] Evaluarea indicațiilor pentru operația cezariană electivă (caseta 8) [2,16,18]</p>
<p>Sala de naștere C.1.1. C.1.2. C.2.5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RPM după 34 săpt. • Perioada I de naștere • Perioada II a nașterii • Hemoragie în sarcină 	<ul style="list-style-type: none"> • Suport psiho-emoțional, parteneriat la naștere (II,A) • Monitorizare (I,B): <ul style="list-style-type: none"> - Partograma (conform protocolului nașterii fiziologice); [2,16,18] - Monitoring fetal, CTG timp de 40 min (IV,D); [2,16,18] - Prevenirea RPM precoce [15,16,18] • Aprecierea condițiilor pentru nașterea vaginală (I,B) C1.1 [2,15,16,18] • Aprecierea indicațiilor pentru operația cezariana de urgență (I,B) (caseta 9) [2,16,18] • Acordarea procedeelor manuale la nașterea pe cale vaginală în dependență de modul prezentației pelviene (II,B) (casetele 10-16) [16,18]

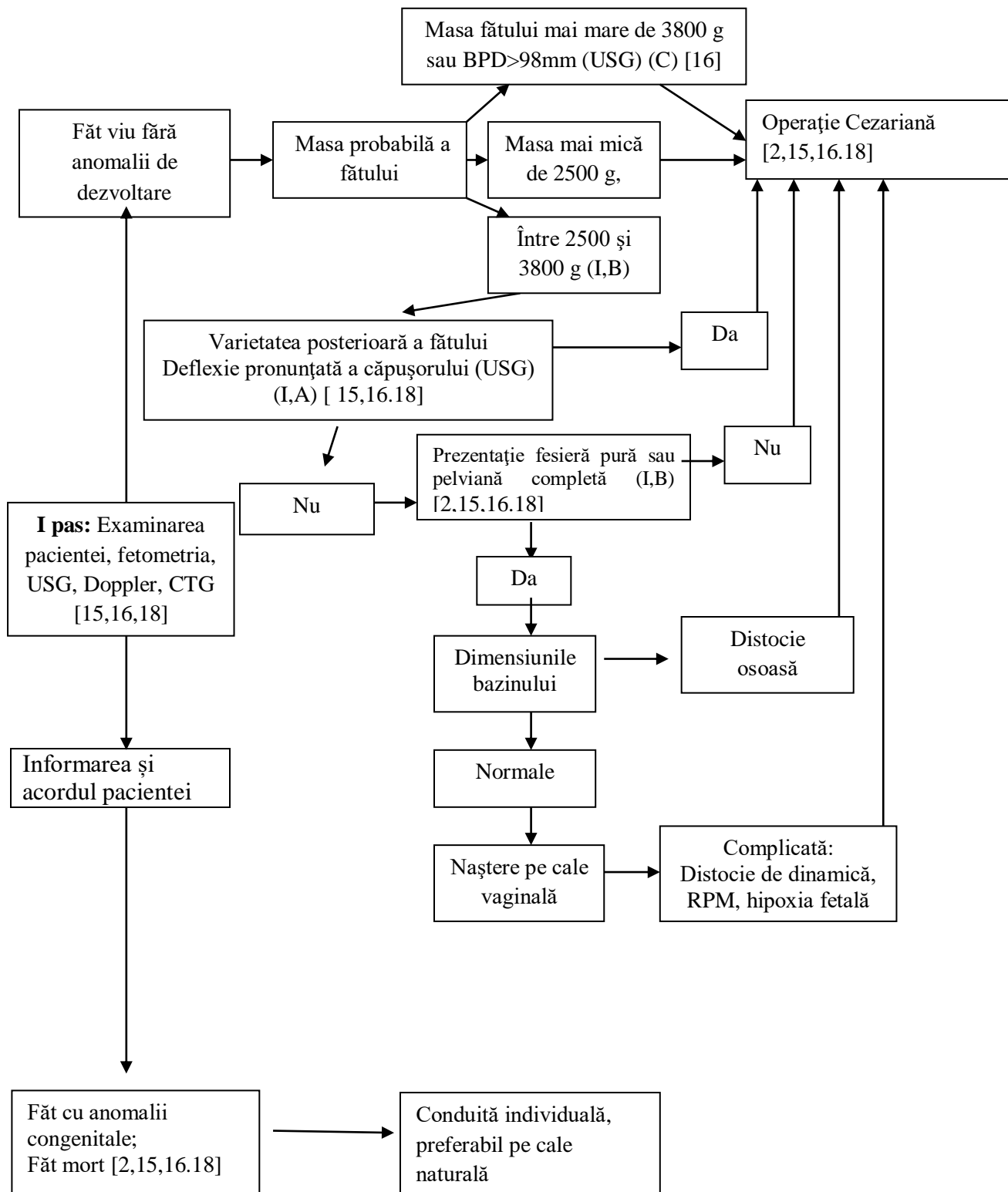
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1 Algoritmul conduitei nașterii în prezentație pelviană a fătului

- Examinarea stării mamei și a fătului pentru confirmarea diagnosticului de prezentație pelviană cu stabilirea planului de conduită la 38-39 s.a. [2,15,16,18]
- Informarea gravidelor și semnarea Acordul informat pentru planul elaborat. *Anexa 2* [2,15,16,18]



C.1.2 Algoritmul aprecierii metodei de rezolvare a nașterii în prezența pelviană a fătului



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea prezentației pelviene (Caseta 1)

Clasificarea clinică a prezentației pelviene

Prezentația pelviană completă (figura 1) - pelvisul se prezintă împreună cu membrele inferioare, coapsele fătului sunt flectate pe abdomenul fătului, iar gamba sunt flectate pe coapse. Partea prezentată este relativ voluminoasă, diametrul de angajare măsurând 12 cm.

Prezentația pelviană decompilată (figura 2) – are membrele inferioare depărtate de pelvis. Se descriu 3 moduri:

1. Modul feselor: coapsele sunt flectate pe abdomenul fătului cu gamba în extensie. Membrele fătului se dispun de-a lungul fătului în atelă. Prezentația este de dimensiuni mici, diametrul de angajare – bitrohanterian, măsurând 9 cm, iar diametrul pubosacrat doar 5,5 cm. În totalitate, mobilul fetal prezintă o formă tronconică, cu partea cea mai voluminoasă (capul) înspre fundul uterin.

2. Modul genunchilor: gamba sunt flectate pe coapse, iar coapsele sunt în extensie.

3. Modul picioarelor (figura 3, figura 4): membrele inferioare cu coapsele și gamba în extensie se dispun practic în prelungirea trunchiului. Primele se vor exterioriza din orificiul vulvar plantele fătului. Modurile genunchilor și picioarelor sunt eventualități care apar ocazional în condițiile perturbării mecanismului nașterii, derivând din prezentația pelviană completă.

C.2.2. Factori de risc pentru apariția prezentației pelviene a fătului (Caseta 2) [2,15,16,18]

Factori de risc materni:

- Anamneza de prezentație pelviană
- Anomalie de dezvoltare a uterului
- Anomalii de inserție a placentei (praevia)
- Bazin vicios
- Oligohidramnios
- Polihidramnios
- Sarcină multiplă

Factori de risc fetal:

- Cordon ombilical scurt
- Anomalie fetală
- RCIUF
- Circulară de cordon ombilical

C.2.3. Diagnosticul PP (Caseta 3) [2,15,16,18]

Diagnosticul în timpul sarcinii

Diagnosticul de prezentație pelviană se stabilește prin:

Anamnestice

Anamnesticele relevă eventualele antecedente personale de naștere în prezentație pelviană.

Examenul fizic:

• **Inspecția** - sugerează o așezare longitudinală și evidențiază uneori un uter cu o morfologie deosebită (cilindric, cordiform), pelvimetria (II,C)

• **Palparea după Leopold.** La intrarea în bazinul mic partea prezentată are o formă mai voluminoasă, neregulată și mai moale. Partea prezentată rămâne mobilă la intrarea în bazinul mic, chiar și la finele sarcinii sau începutul contracțiilor. Fundul uterin sau unul din cornuri este ocupat de capul fătului (rotund, dur, regulat și mobil).

• **Auscultația.** Focarul de auscultație maximă a BCF se află plasat supra- și paraombilical, de partea spatelui sau la nivelul ombilicului.

Erori în diagnostic pot apărea în caz de obezitate, tonus sporit al mușchilor abdominali, hipertonus uterin, sarcină gemelară, anencefalie (IV,C).

Examenul USG - confirmă diagnosticul, masa fătului, poziția și varietatea fătului, gradul de flexie a capului fetal, anomaliile fetale, localizarea și gradul de maturizare a placentei, sexul fătului, circulară de cordon ombilical

Caseta 4. Monitorizarea stării intrauterine a fătului se va realiza prin (I,B): [2,15,16,18]

- Auscultație
- ÎFU
- Gravidogramă
- USG cu Doppler
- CTG (IV,D)

Ecografia cu Doppler și/sau CTG - apreciază starea intrauterină a fătului.

Caseta 5. Diagnosticul prezentației pelviene în timpul travaliului

• Tușeul vaginal

Elementele de diagnostic cele mai importante sunt obținute prin tușeul vaginal, ce arată o excavație goală, când prezentația nu este angajată, sau permite evidențierea de părți mici fetale, când pelvisul fetal depășește strâmtoarea superioară. Pelvisul se recunoaște prin palparea a două mase moi și netede, care sunt fesele, separate prin șanțul interfesier, ce se termină la o extremitate printr-o ridicătură triunghiulară numită piramida sacrococcigiană, iar la cealaltă extremitate printr-o adâncitură, care corespunde organelor genitale. Căutarea membrilor inferioare este indispensabilă pentru a diferenția o prezentație pelviană completă de una incompletă, iar recunoașterea lor se face prin: palparea a trei proeminențe osoase (maleolele și calcaneul), identificarea unghiului calcaneului și dispoziția în aceeași linie a degetelor, fără opoziția degetului mare.

• Auscultație. Focarul de auscultație la nivelul ombilicului

➤ **Diagnosticul de poziție:** Se face apreciind dispunerea spatelui fetal, focarul de auscultație și, apoi, orientarea crestei sacrate față de diametrele bazinului matern.

Caseta 6. Diagnosticul diferențiat al nașterii în prezentație pelviană

Diagnosticul diferențiat se va face cu:

- prezentația craniană cu bosă voluminoasă, când nu se recunosc suturile;
- prezentația facială foarte tumefiată, dar la care nasul, arcadele orbitale și dentare rămân nemodificate;
- prezentația umerală unde se recunosc șanțul axilar și gripajul costal.

C.2.4. Managementul sarcinii în prezentația pelviană a fătului

Caseta 7. Monitorizarea sarcinii în PP (I,B) [2,15,16,18]

Începând cu 32-34 săptămâni, în lipsa contraindicațiilor, se recomandă un complex de exerciții fizice pentru a schimba prezentația în craniană. Eficacitatea este de 75,3 – 94,5%.

În caz de eșec se poate de efectuat cu precauție versiunea externă la 36-37 săptămâni cu acordul informat al gravidei. Eficacitatea este de 25-83%. Pot apărea complicații: decolarea placentei, nașterea prematură, SDR și mortalitatea antenatală, embolia cu lichid amniotic (IA).

La 38-39 săptămâni se indică consult în secțiile consultative ale Centrelor perinatologice de nivelul II-III pentru aprecierea tacticii de conduită a nașterii.

În caz de stabilire a indicațiilor pentru operația cezariană electivă și în caz de prezență a factorilor de risc obstetricali gravida se va interna în staționar către termenul de 39 săpt. cu rezultatele investigațiilor preoperatorii efectuate la nivel primar (I,B).

Referirea la termen 40 sapt.+1 zi la Centrul perinatal de nivelul II-III pentru spitalizarea prepartum și revizuirea planului de naștere a gravidelor cu PP care au fost eligibile anterior pentru nașterea vaginală

Caseta 8. Indicații pentru operație cezariană electivă (I,A) [2,15,16,18]

- Bazin anatomic strâmtat,
- Făt cu masa probabilă mai mare de 3800 g (C)
- Antecedente obstetricale complicate (copil născut mort, boală abortivă, infertilitate îndelungată, vârsta primiparei peste 35 ani, sarcina obținută prin FIV)
- Sarcină suprapurtată (mai mult de 41 săpt.), col biologic nepregătit (scara Bishop ≤ 5);
- Procidența anselor ombilicale;
- Anomalii de dezvoltare și tumori ale uterului;
- Uter cicatriceal;
- Restricție de creștere intrauterină a fătului sub a 10-a percentila (C) [2,15,16,18];
- Varietatea posterioară a fătului (C) [16,18];
- Angajări deflectate ale capului fătului (C) [2,15,16,18];
- Circulară de cordon dublă sau multiplă;
- Prezentație podalică (C) [2,15,16,18];
- Complicații obstetricale severe (stări hipertensive, preeclampsie, eclampsie);
- Maladii extragenitale grave (valvulopatii cardiace cu dereglări circulatorii, patologii oculare severe, patologii metabolice și endocrine grave, stări posttraumatice grave etc.);
- Prezentația pelviană la primul făt din sarcina multiplă [2,15,18];

Mulți autori recomandă operația cezariană în PP la fătul de gen masculin, sau circulară de cordon ombilical în jurul gâtului în caz de inserare fundică a placentei (IV,C).

C. 2.5. Managementul nașterii în prezentație pelviană a fătului

Caseta 9. Indicațiile pentru operația cezariană de urgență (I,B) [2,15,16,18]

- Refuzul categoric pacientei de a naște *per vias naturalis*;
- Insuficiența forțelor de contracție; distocia mecanică;
- Lipsa contracțiilor timp de 6 ore de la scurgerea lichidului amniotic la col biologic nepregătit;
- Hipoxia fătului;
- Prolabarea anșelor cordonului ombilical (II,A);
- Căderea piciorușului la deschiderea incompletă a colului uterin;
- Asocierea altor complicații obstetricale majore

Caseta 10. Conduita nașterii *per vias naturalis* în PP [16,18]

Conduita nașterii depinde de asocierea următorilor factori: vârsta maternă, anamneza obstetricală, masa fătului, gradul de maturizare a colului biologic, starea intrauterină a fătului, gradul de deflexie a capului fetal, poziția, modul de prezentație (vezi algoritmul).

• Managementul în I-a perioadă a nașterii (I,B):

Prima perioadă a nașterii are unele particularități cu un risc sporit de complicații:

- ruptură prematură de membrane;
 - anomalii ale forțelor de contracție;
 - prolabare a părților mici sau a cordonului ombilical, nu se recomandă amniotomia de rutină (II,C);
 - hipoxie intrauterină a fătului.
- În perioada de dilatare se recomandă supraveghere cu controlul prin CTG și completarea partogramei pentru diagnosticul precoce al complicațiilor (C).
 - În cazul, în care progresul nașterii este lent, să se ia în considerație OC urgentă.
 - În caz de aplicare a anesteziei epidurale și contracții uterine rare (mai puțin de 4 în 10 min) se recomandă stimularea cu Sol. Oxitocină

• Managementul în a II-a perioadă a nașterii (IV C) [16,18]:

- amniotomie la dilatarea completă a colului uterin (II);
- monitorizarea BCF după fiecare contracție sau CTG continuă (IV C) [16,18];
- la sfârșitul perioadei de dilatare în caz de scădere a frecvenței contracțiilor uterine, ori pe fon de anestezie epidurală – conectarea perfuziei i/v cu Oxitocină (II C) [16,18];
- Dacă pelvisul nu este vizibil timp de 2 ore de la a doua etapă pasivă – se recomandă cezariană de urgență [16,18]
- după degajarea pelvisului – aplicarea manevrelor active la necesitate (II D) [16,18]
- epiziotomie sau perineotomie în caz de perineu rigid, la primipare. [16,18]
- Unii autori recomandă după nașterea omoplaților administrarea sol. Atropini sulfas 1% 0,5 ml (în lipsa acesteia se va folosi un antispastic i/v) (recomandare de bună practică)

Caseta 11. Manevrelor obstetricale în PP [14,16,18]

a) Procedee manual după metoda Țovianov în prezentațiile fesiere decomplete (figura 5-6 din anexă)

Metoda dată este aplicată pentru păstrarea corectă a atitudinii fătului în uter. La o atitudine normală a fătului în uter, piciorușele sunt întinse de-a lungul corpului și comprimă mânuțele încrucișate la cutia toracică; talpa piciorușului întins ajunge la față și menține flexia căpșorului cu bărbia îndreptată spre cutia toracică.

Tehnica manevrei constă în următoarele:

1. La degajarea feselor, membrele pelviene sunt menținute de-a lungul trunchiului cu ajutorul cercului format din mâinile obstetricianului, care sunt orientate cu policele spre piciorușele strâns lipite de abdomenul fătului, celelalte degete ale ambelor mâini – de-a lungul sacrului.
2. Evităm căderea piciorușelor înainte de nașterea centurii scapulare.
3. La degajarea centurii scapulare se nasc, de obicei, mânuțele de sine stătător.
4. Dacă mânuțele nu se nasc spontan, sunt eliberate prin următoarele manevre: neschimbând locul mâinilor, aducem centura scapulară în diametrul drept al ieșirii din micul bazin și îndreptăm corpul fătului în jos (posterior). Astfel mânuța anterioară se naște de sub simfiză. Apoi corpul fătului este ridicat în sus (anterior) și de sub perineu își face apariția mânuța posterioară (figura 7). Odată cu nașterea mânuței posterioare cad piciorușele fătului. După aceea în fanta genitală apare bărbia, gurița fătului.
5. La o activitate de naștere normală, capul se naște spontan, corpul fiind îndreptat în sus.
6. Dacă capul fătului se reține, este eliberat după procedeul Mauriceau-Levret-Smellie-Veit (figura 8).

b) Ajutorul manual Bracht

Este principala metodă solicitată, scopul ei fiind imitarea evoluției naturale a nașterii. Se așteaptă nașterea

spontană a pelvisului și trunchiului fetal până la vârful omoplaților fără a atinge fătul (de fapt se așteaptă degajarea membrilor pelviene în varietatea decompilată), în acest moment urmând a interveni: se apucă fătul cu ambele mâini de pelvis și membrele pelviene flectate (dar cu segmentele sale în extensie), mâinile fiind situate cu policele pe fața dorsală a coapselor și celelalte degete pe sacru, apoi se face o mișcare de accentuare a lordozei coloanei vertebrale lombare, curbând trunchiul fătului în jurul simfizei pubiene a parturientei, culcând fătul cu spatele pe abdomenul mamei. Umerii se degajează în diametrul transversal al strâmătorii inferioare, cu membrele în flexiune, iar capul ultim – cu occipitul sub simfiză, arătând pe rând bărbia, gurița, năsul, bregma și occipitul.

Prin metoda Bracht umerii se degajează cu diametrul biacromial în diametrul transversal, iar metoda Țovianov – în cel antero-posterior.

Caseta 12. Complicațiile posibile în perioada de expulzie [14,16,18].

Complicațiile pot surveni în timpul nașterii fiecărui segment fetal, ceea ce impune practicarea unor manevre.

a) La nivelul trunchiului fetal

- *Anomalii de angajare:* neangajarea și angajarea cu diametrul sacro-pretibial/sacro-retrotibial în diametrul antero-posterior al strâmătorii superioare a bazinului, ceea ce va duce la o prelungire a timpului angajării.

- *Anomalii în timpul coborârii prin bazin:* oprirea progresiunii coborârii prin bazin, lipsa rotației, exagerarea rotației (schimbarea dintr-un diametru oblic în celălalt diametru oblic prin „dublarea simfizei”) sau rotația în sens invers spre diametrul transversal al bazinului.

- *Anomalii de degajare:* degajarea laborioasă în diametrul oblic sau diametrul transversal al strâmătorii inferioare, oprirea degajării și suferința fetală.

b) La nivelul umerilor și membrilor superioare

- *Anomalii de angajare:* diametrul biacromial angajat în diametrul oblic opus celui în care s-a angajat diametrul bitrohanterian. Dacă este o varietate anterioară, anomalia este favorabilă, spatele fetal antrenând capul cu occipitul spre simfiză; dacă este varietate posterioară (foarte rar întâlnită), spatele antrenează capul cu occipitul spre sacru, ceea ce complică nașterea capului.

- *Anomalii în timpul coborârii în bazin:* în acest timp se pot ridica membrele superioare, unul din ele sau ambele, lateral față de cap sau de ceafă (*figura 9*), blocând progresiunea mobilului fetal. Ridicarea mânuțelor se poate produce și în timpul evoluției spontane a nașterii, dar apare, de regulă, în cursul manevrelor obstetricale, cu precădere când aceasta se execută în intervalul dintre contracțiile uterine, prin acroșarea strâmătorii superioare. În plus, rotația pelvisului poate lipsi, se poate exagera („dublarea simfizei”) sau se poate executa în sens invers.

- *Anomalii de degajare:* rotația anormală poate întârzia degajarea, dar situarea diametrului biacromial într-un diametru oblic sau cel transversal rareori produce o adevărată distocie.

c) La nivelul capului

Anomaliile mecanismului nașterii capului sunt cele mai importante. Ele trebuie rezolvate foarte rapid, deoarece apare suferința și moartea fătului. Nașterea capului este îngreuiată, în primul rând, de ridicarea mânuțelor. Indiferent de momentul apariției (angajare, coborâre, degajare), anomaliile de poziție ale capului pot fi de două feluri:

- *Defecte de flexiune,* mai frecvente în bazinele viciate, care impun o manevră obstetricală.

- *Defecte de rotație:* în cazul cel mai ușor, rotația este *absentă*, capul angajat rămâne într-un diametru oblic al bazinului; rotația poate fi *prematuroasă*, cu angajare în diametrul antero-posterior al strâmătorii superioare și apoi cu inclavare; sau, în fine, rotația poate fi *patologică* (*figura 10*). În acest ultim caz, rotația se face în „sens paradoxal” și anume poate rămâne în diametrul transversal, incomplet flectat, expulzia devenind laborioasă sau ajunge în varietatea de poziție occipito-sacrată; în cazul acesta, capul poate fi flectat sau deflectat. Dacă avem de-a face cu un cap ultim în occipito-sacrată și flectat, occipitul coboară până la comisura vulvară dorsală, unde se flexează cu zona suboccipitală și urmează, prin deflectare, să apară la vulvă succesiv cu bărbia, gura, nasul, fruntea și bregma. Dacă nașterea evoluează spontan, printr-o ușoară deflectare apar regiunea suboccipitală și occipitul. Dacă avem de-a face cu un cap în occipito-sacrată și deflectat, situația devine net distocică, bărbia oprindu-se în spatele sau chiar deasupra arcadei simfizare. Punctul fix subsimfizar corespunde cu regiunea hioidiană a gâtului fetal determinând compresiunea laringelui, cu consecințe nefaste. În acest caz va trebui ca occipitul să se degaje primul, capul rămânând deflectat, apoi va apare bregma și, în fine, fața cu bărbia situată ventral și fruntea situată dorsal. O astfel de desfășurare a expulziei este mai mult teoretică, fiind nevoie de o manevră obstetricală pentru terminarea nașterii.

Caseta 13. Manevrelor obstetricale acordate la apariția complicațiilor în perioada de expulzie în prezentația pelviană a fătului [14,16,18]

a) Manevrelor obstetricale pentru eliberarea mânuțelor

Ele se execută în situația întârzierii degajării umerilor, în cazul eșuării altor metode, mai ales în cazul ridicării membrilor superioare, ultimele blocând capul în tendința lui de angajare și coborâre.

Manevrele sunt uneori lungi și traumatizante, producând fracturi ale humerusului, de aceea vor fi executate numai

în cazuri strict necesare.

- *Metoda clasică de eliberare a mânușelor (Pajot) (figura 7).*

Pentru îndeplinirea acestei manevre obstetricale e nevoie de un asistent. Ajutorul manual se efectuează fără anestezie. Eliberarea mânușelor se realizează în felul următor:

- a) se eliberează prima mânușă posterioară. Pentru aceasta cu o mână se apucă piciorușele fătului de gambe și se ridică în sus, apoi lateral (contra spinărușei fătului). În vagin, de-a lungul spinării fătului se introduc două degete ale obstetricianului (ca la tactul vaginal) corespunzător pentru eliberarea mânușei stângi – se introduc degetele de la mâna stânga, pentru eliberarea mânușei drepte – de la mâna dreaptă; mergând pe spinare, apoi pe omoplat, se ajunge în articulația cotului.
- b) Se aplică forță în regiunea cotului, astfel mâna respectivă coboară „ștergând” fața fătului.
- c) Se prinde, apoi, fătul cu ambele mâni de regiunea toracică cuprinzând și mâna extrasă, situând policele pe spatele fătului și celelalte degete pe regiunea anterioară a toracelui și se rotează la 180° în sensul planului său anterior.
- d) Membrul superior situat anterior se transformă în membru situat posterior, în acest timp fiind posibil să se lateralizeze brațul dacă era ridicat la ceafă, sau să „cadă” la exterior dacă era situat lateral capului. Această rotație se efectuează numai după ce ne-am convins de imposibilitatea eliberării mânușei anterioare de sub simfiză.
- e) Eliberarea celeilalte mânușe după transferarea ei în posterioară, se efectuează ca la începutul manevrei pentru brațul situat inițial posterior.

b) Manevrel obstetricale pentru extragerea capului în PP

Pentru eliberarea capului fetal sunt propuse mai multe metode. Mai aproape de mecanismul natural al nașterii este extragerea capului prin metodele:

1. Mauriceau-Levret (figura 8)

După perineotomie fătul se așază pe antebrațul obstetricianului, omonim poziției fătului, cu mâna introdusă în vagin, pătrunzând în gurița fătului cu indexul și degetul mediu, care apasă baza limbii. Apăsarea celor două degete are scopul de a flecta capul fetal, dar apasă în realitate doar mandibula. Cealaltă mână, „posteroară” a obstetricianului, prinde gâtul fetal ca o furcă – cu indexul și degetul mediu sprijinindu-se cu ultima falangă în fosele supraclaviculare, dar apăsarea se va face pe zonele scapulare suprascapuloase, căutând să execute, în același timp, cu cealaltă mână: orientarea, angajarea, rotația cu coborârea și fixarea occipitului capului fetal sub simfiză. Din acest moment, mâna „posteroară” prinde membrele pelviene ale fătului la nivelul gleznelor și ridică fătul la verticală, în timp ce mâna „anteroară” extrage, pe rând, bărbia, gurița, năsul, glabella și occipitul.

Manevra este destul de traumatizantă și, uneori, ineficientă prin lipsa de flexiune a capului fetal (datorită apăsării pe mandibulă). Manevra se poate folosi sub anestezie profundă, pentru a corija o flexiune forțată a capului fetal, în rezistența vagino-vulvară la distensie, în distociile strâmtoarei inferioare și în rezistența planșeului pelviperineal, chiar după perineotomie.

2. Metoda Mauriceau înaltă

Această metodă este aplicată când capul s-a rotit intempestiv și tinde să se angajeze în diametrul antero-posterior al strâmtoarei superioare.

3. Dacă rotația paradoxală aduce capul fetal în occipito-sacrată, atunci se creează două situații:

- Când capul este flectat deasupra strâmtoarei superioare se întrebuițează manevra *Mauriceau-La Chapelle*, adică, apăsând puternic cu degetele din gura fătului pe una din comisurile bucale, se face o rotație de 180°, transformând occipito-sacrată în occipito-pubiană. În caz de eșec, se trece la un *Mauriceau inversat*, extrăgând fătul prin rostogolirea cu abdomenul pe abdomenul parturientei sau cu spatele spre spatele parturientei.

- Când capul este deflectat, orice manevră ce se va întrebuița, este aproape de regulă feticidă, bărbia este reținută dedesubt sau chiar deasupra simfizei, urmând o inclavare, care poate fi, uneori, învinsă printr-o rotație în ansamblu a corpului fetal, servindu-se de membrele toracice ca de tractare și prin împingerea maxilarului cu două degete introduse între fața fătului și arcada pubiană a parturientei, cu degajare în deflexiune, corpul fătului urmând a fi adus cu abdomenul pe abdomenul mamei.

Caseta 14. Extracție pelviană - Marile manevre în PP [14,16,18]

Aceste manevre se efectuează fie în situații când pelvisul este angajat sau parțial degajat (mica extracție pelviană), fie când pelvisul nu este încă angajat (marea extracție pelviană). Cele două manevre majore au intenția extragerii unui făt viu, care nu evoluează în parametri mecanici fiziologici, cu dinamică uterină ineficientă și necorijabilă cu substanțe ocitocice.

Indicațiile pentru operațiile de extracție pelviană:

- Patologii extragenitale grave ale parturientei (patologii cardiovasculare decompensate, insuficiența respiratorie acută, toate stările de șoc, etc) care necesită terminarea urgentă a travaliului;
- Patologii obstetricale grave (eclampsia);

- Hipoxia incipientă și progresantă la făt (aritmia, bradicardia, tahicardia acută și persistentă, procidența de cordon);
- Insuficiența primară sau secundară a scremetelor care nu se supune corecției cu preparatele ocitocice;
- Modificările mecanismului nașterii (întoarcerea spatelui fătului în poziție sacrată).

Condiții pentru executarea manevrei:

- Dilatarea completă a colului uterin;
- Punga amniotică ruptă;
- Lipsa disproporției fetopelviene
- Fătul viu, viabil;
- Lipsa tumorilor praevia, vagin și vulvă necicatrizate;
- Lipsa cicatricelor pe uter;
- Să nu fie primiparitate în vârstă avansată;
- Operația se realizează sub anestezie generală.

Caseta 15. Mica extracție pelviană [14,16,18]

Este metoda de extragere rapidă a fătului având pelvisul angajat sau parțial degajat. Ea este folosită pentru corijarea anomaliilor coborârii sau degajării segmentului pelvian și al membrilor pelviene fetale ori pentru terminarea rapidă a nașterii, când apare situația de suferință fetală în cursul acestei perioade. Manevra dificilă sau atipică cere o înaltă tehnicitate și o analgezie rapid instalabilă.

După angajarea pelvisului pot fi apreciate două situații:

- În PP completă, fătul fiind situat cu diametrul bitrohanteric în diametrul pelvian antero-posterior sau oblic, cu indexul și degetul mediu se prinde piciorul situat anterior de regiunile supramaleolare și policele pe călcâi; se coboară în extensie și se tracionează în axul obstetrical până la degajarea fesei și șoldului situat dorsal, membrul pelvian respectiv eliberându-se singur la vulvă. Priza fiind apoi schimbată pe ambele membre pelviene cu ambele mâini, se continuă extracția pentru trunchi, pentru umeri cu membrele toracice și capul ultim, după una din manevrele descrise anterior. Când este posibil, priza inițială poate fi făcută pe ambele membre pelviene, ceea ce ușurează cu mult tehnica manevrei.
- În PP decompletă, mișcările obstetricianului sunt mai dificile. Introducând aceeași mână ca mai sus, se prinde cu indexul sub formă de cârlig plica inghinală respectivă situată anterior și se tracionează în axul obstetrical. Pentru a crește forța de tracțiune, se ajută aceasta cu cealaltă mână, care o prinde pe prima de articulația pumnului în situația de pronație. Se acționează în axul obstetrical până ce șoldul situat anterior, se fixează sub simfiză cât mai jos cu puțință, apoi tracionând orizontal, apare la vulvă și șoldul situat posterior cu plica inghinală respectivă. Introducem la acest nivel indexul mâinii omonime. Priza este acum dublată și tracțiunea spre zenit degajează pelvisul în întregime și piciorușele. Coborârea unui picioruș, prin apucarea piciorușului respectiv, după cum recomandă Pinard și Potaki pentru transformarea prezentației decomplete într-o prezentație completă (aplicând membrului accesibil o rotație externă), este de cele mai multe ori imposibilă fără fractura femurului, **de aceea se folosește foarte rar.**

Din acest moment, se ajunge la rezolvarea situației date ca într-o mare extracție pelviană. Dacă pelvisul a fost situat mai sus în excavație, tracțiunile inghinale sunt laborioase, mai ales la primipare ori la parturientele cu țesuturi inextensibile.

Caseta 16. Marea extracție pelviană (*extractio foetus manualis*) (figura 11-15) [14,16,18]

Menționăm două forme ale acestei operații: *extracția de pelvis și extracția de picioruș.*

Extracția fătului prin metode instrumentale este destul de traumatizantă, de aceea nu se recomandă.

a) „Extracția fătului de pelvis”

Tehnica operației: constă din patru timpi:

- (1) *extracția pelvisului până la ombilic;*
- (2) *extracția fătului până la unghiul inferior al scapulelor;*
- (3) *extracția umerilor și a membrilor toracice;*
- (4) *extracția capului (se repetă aceiași timpi ai nașterii ca în cazul nașterii per vias naturalis.)*

1) *Extragerea pelvisului până la ombilic* se începe cu alegerea mâinii operatorului, prinderea și apucarea membrului pelvian al fătului (piciorul ales). Se introduce în fanta genitală mâna omonimă poziției fătului, sub formă conică (mâna de moașă). Cealaltă mână susține transabdominal fundul uterului. Degetul index obstetricianul îl introduce în plica inghinală a piciorușului anterior, se efectuează tracția cu degetul îndoit sub formă de cârlig, în timpul scremetelor. Pentru a mări forța de extracție se recomandă de susținut umerii cu palma celeilalte mâini. Dacă scremetele au dispărut, se efectuează tracția cu mici pauze în decurs de 40-50 secunde. Extracția cu o mână se efectuează până la instalarea în fanta genitală a fesei anterioare, apoi se introduce indexul celeilalte mâini în plica inghinală posterioară și se extrage fesa omonimă, după ea și fesa anterioară. În PP completă, prinderea membrului pelvian este destul de ușoară, piciorul fetal

fiind accesibil. În varietatea *pelviană decompilată (modul feselor)*, acest lucru este dificil. Extragerea fătului până la ombilic termină primul timp (*figura11-13*).

2) *Extragerea fătului până la unghiul inferior al omoplatului (figura14):*

a) la eliberarea mânuțelor se porcede numai după nașterea fătului până la omoplați;

b) odată cu nașterea fătului până la ombilic, capul avansează în cavitatea bazinului mic și poate comprima cordonul ombilical; această stare contribuie la o hipoxie severă acută. Nu se recomandă tracția de ombilic.

3-4) *Extragerea membrilor și eliberarea capului ultim se efectuează după manevrele obstetricale, descrise mai înainte (figura15).*

b) „Extracția fătului de picioruș”

Tehnica operației este mai puțin dificilă în comparație cu „*extracția fătului de pelvis*”, deoarece de la bun început avem posibilități de a fixa bine un picioruș și a continua tracția de el.

Această operație include, la fel patru timpi, aceiași ca la operația descrisă mai sus.

Primul timp: piciorușul este fixat cu toată mâna, mai efectiv în regiunea genunchiului (mai sus și mai jos de el), ca să evităm supraextensia în această articulație. Tracția de picioruș se efectuează în jos. Celălalt picioruș nu-l eliberăm, ci se naște de sine stătător (*figura11-12*).

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistente medicale <p>Medicamente și consumabile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seturi ginecologice - oglinzi, mănuși, spirt, tifon de bumbac, instrumentar steril. • Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru. <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal • 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), rezultatelor coagulogramei, Grupa sangvină/Rh.
D.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic obstetrician-ginecolog • asistente medicale • medic de laborator • medic imagist-ecografist <p>Medicamente și consumabile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seturi ginecologice - oglinzi, mănuși, spirt, tifon de bumbac, instrumentar steril. • Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru. <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic • 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, glucoza sângelui), indicilor coagulogramei.
D.3. Nivelul instituțiile de asistență medicală spitalicească (IMS raionale, municipale, republicane).	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • obstetrician-ginecolog; • anesteziolog; • neonatolog; • moașă; • asistentă a anesteziologului; • medic de laborator; • laboranți cu studii medii, • medic imagist-ecografist. <p>Departamente: secții specializate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patologie a sarcinii • Bloc de naștere • Anestezie și Terapie Intensivă • Terapie Intensivă pentru nou-născuți • Bloc chirurgical • Laborator clinic <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sol. Oxytocinum 5% 1,0 ml, • Sol. Atropini sulfas 0,1% 1,0 ml • Sol. Natrii chloridum 0,9% 500,0 ml

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul al indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Reducerea pierderilor perinatale în cazul pacientelor cu nașteri în PP.	Ponderea nașterilor PP însoțite de pierderi perinatale (în %)	Numărul de nașteri prin PP la care s-a constatat mortalitatea perinatală	Numărul total de nașteri prin PP
2.	Creșterea calității serviciului medical atât antepartum, cât și intra- și postpartum în caz de nașteri prin PP.	Ponderea pacientelor ce au beneficiat de îngrijiri ante-, intra- și postpartum conform recomandărilor protocolului (în %)	Numărul pacientelor ce au beneficiat de îngrijiri ante-, intra- și postpartum conform recomandărilor protocolului.	Numărul total de nașteri prin PP

1. Fiecare unitate medicală își va redacta protocoale instituționale, reieșind din prevederile prezentului protocol clinic național.
2. Se recomandă ca medicul, împreună cu șeful de secție, medicul curant, să elaboreze un plan de conduită, determinat de starea gravidei.
3. Medicul trebuie să consilieze pacienta referitor la monitorizarea procesul de naștere, prognosticul, riscurile, beneficiile fiecăreia dintre posibilitățile de conduită.
4. Medicul trebuie să consemneze opțiunea pacientei în documentele medicale (foaia de observație, registrul de consultații), sub semnătura acesteia.
5. Medicul trebuie să obțină consimțământul informat al pacientei înaintea elaborării planului de naștere.



Figura 1. Prezenție fesieră completă, poziția a doua, varietate posterioară



Figura 2. Prezenție fesieră descompletă, poziția întâi, varietate anterioară



Figura 3. Prezenție podalică completă



Figura 4. Prezenție podalică decompletă



Figura 5. Procedeu manual Țovianov.



Figura 6. Degajarea pelvisului până la ombilic.

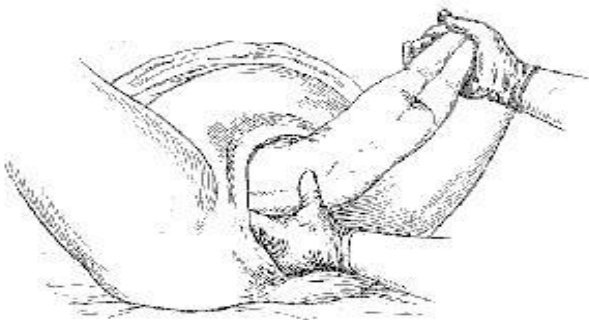


Figura 7. Metoda clasică de eliberare a mânuțelor (Pajot)



Figura 8. Manevra Mauriceau-Levret

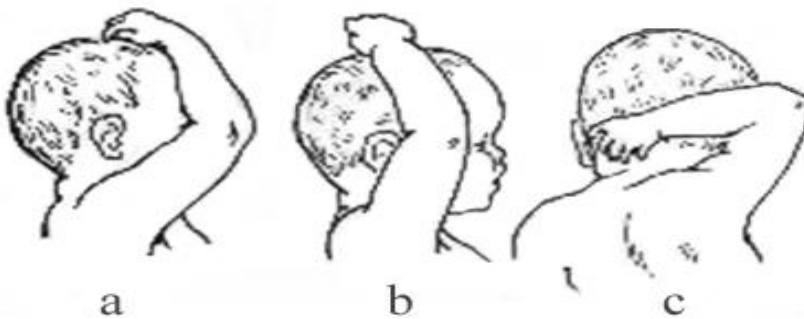


Figura 9. Ridicarea mânuțelor a) gradul I; b) gradul II; c) gradul III

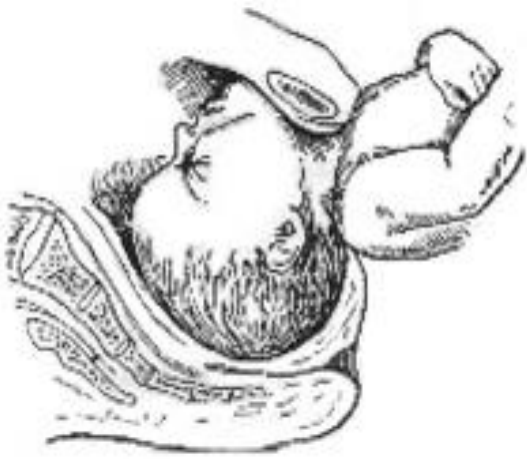


Figura 10. Capul fătului a coborât în bazin în stare de deflexie



Figura 11. Marea extracție pelviană, căutarea piciorușului

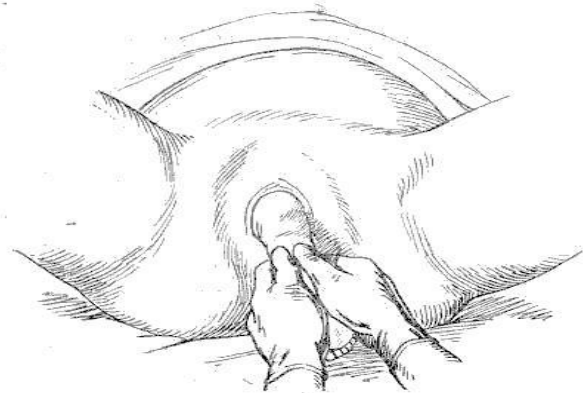


Figura 12. Marea extracție pelviană. Tracția fătului de picioruș în regiunea gambei



Figura 13. Marea extracție pelviană. Extragerea fătului până la inelul ombilical

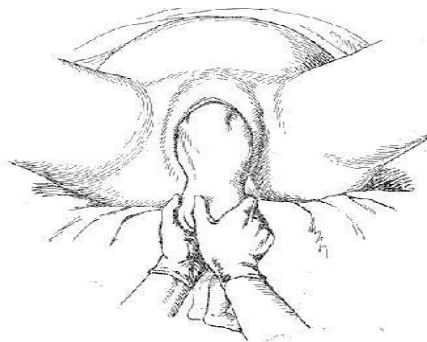


Figura 14. Marea extracție pelviană. Extragerea fătului până la vârful omoplatului

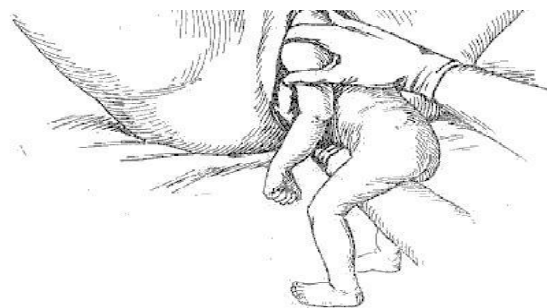


Figura 15. Marea extracție pelviană. Nașterea capului ultim.

GHIDUL GRAVIDEI

pentru pacientele cu prezență pelviană la termen

Ce este prezența pelviană a copilului

Cu câteva săptămâni înainte de naștere, cei mai mulți copii se așază într-o poziție care să le permită să iasă din canalul de naștere mai întâi cu capul. Totuși, aceasta nu se întâmplă întotdeauna și copilul este așezat cu fesele sau picioarele în jos. Această situație se numește **prezența pelviană** și apare la aproximativ 1 din 25 de nou-născuți.

De ce apare prezența pelviană

Deși cauzele prezenței pelviene nu sunt cunoscute pe deplin, aceasta apare mai frecvent în următoarele situații:

- sarcină multiplă
- naștere prematură
- există prea mult sau prea puțin lichid amniotic
- uterul este de mărime anormală sau cu fibrom
- placenta este inserată jos, acoperind parțial sau complet colul uterin - placenta previa

Cum se stabilește diagnosticul de prezență pelviană

Cu câteva săptămâni înainte de data estimată a sarcinii, medicul îți va palpa abdomenul pentru a localiza capul, spatele și fesele copilului. Dacă există vreo suspiciune că copilul se află în prezență pelviană, medicul va indica o ecografie pentru a confirma poziția.

Care sunt riscurile asociate cu prezența pelviană

Deși majoritatea copiilor se vor naște sănătoși, există un risc mic pentru anumite probleme.

Poate fi modificată poziția copilului?

Este indicat să se încerce schimbarea poziției copilului între săptămânile 32 și 37 de sarcină. Deoarece există mai multe metode care au diverse rate de succes, este bine să discuți cu medicul obstetrician pentru a vedea ce îți recomandă.

Metode medicale:

- **Versiunea externă.** Este un termen medical care înseamnă re poziționarea corectă a copilului în uter. Este o manevră non chirurgicală, în care medicul obstetrician va împinge ușor la nivelul abdomenului inferior pentru a întoarce copilul cu capul în jos. Pentru efectuarea acestei proceduri, ți se va administra un tratament care produce relaxarea uterului și se va efectua inițial o ecografie pentru evaluarea poziției copilului, localizării placentei și a cantității de lichid amniotic. În timpul manevrei, bătăile cordului copilului vor fi atent monitorizate, astfel încât dacă apare vreo problemă, medicul să poată să se oprească imediat. Versiunea externă are o rată de succes ridicată. Totuși, va fi mai dificil de efectuat pe măsură ce data probabilă a nașterii se apropie.

Metode naturale:

- **Ridicarea bazinului.** Folosind o perna mare, fermă, ridică coapsele la aproximativ 30 cm de sol pentru 10-15 minute, de trei ori pe zi. Este recomandat să faci asta pe stomacul gol, când copilul este activ. Încearcă să te concentrezi asupra copilului, fără să-ți încordezi corpul și, în special, zona abdominală.

Care este conduita în prezența pelviană

Cei mai mulți medici nu recomandă încercarea nașterii vaginale în cazul prezenței pelviene. Totuși, mulți vor întârzia să ia o decizie finală până când femeia nu va intra în travaliu. Pentru nașterea vaginală, sunt necesare următoarele condiții:

- Sarcina este la termen de 37-41 săptămâni
- Copilul nu arată semne de suferință intrauterină în timp ce se monitorizează frecvența bătăilor cardiace

- Trăvialiul decurge adecvat cu dilatarea cervixului pe măsura ce copilul coboară
- Medicul estimează că bebelușul nu este prea mare sau că mama nu are pelvisul prea strâmt pentru a nu permite trecerea copilului prin canalul de naștere
- Dacă va fi nevoie, anestezistul și sala pentru operația cezariană sunt disponibile imediat

Care sunt riscurile și complicațiile nașterii vaginale

În prezența pelviană, capul copilului este ultima parte care va ieși, ceea ce va face mult mai dificil să ghidezi asta, uneori medicul fiind nevoit să aplice manevre adăugătoare. O altă posibilă problemă este prolapsul cordonului ombilical, când acesta este comprimat și forțat pe măsură ce copilul traversează canalul de naștere, ceea ce va afecta furnizarea copilului cu sânge și oxigen.

În timpul nașterii vaginale a unui copil în prezența pelviană, se va folosi monitorizarea băților cordului fetal pe toată perioada trăvialiului, iar dacă sunt semne de suferință fetală, se va indica operația cezariană.

Când este indicată operația cezariană

Cei mai mulți medici obstetricieni recomandă cezariana în cazul tuturor copiilor care se afla în prezența pelviană și, în special copiilor prematuri, din cauză că aceștia sunt mici și fragili și au capul disproporționat de mare în raport cu corpul, ceea ce va face puțin probabil ca cervixul să poată să se întindă suficient ca în cazul copiilor la termen. Asta înseamnă că există un spațiu mai mic pentru ca să se poată angaja capul.

Însăși operația cezariană poate avea o rată mai mare de complicații materne comparativ ca nașterea naturală, așa ca complicații intraoperatorii, anesteziologice, iar nașterile ulterioare, cel mai probabil, vor necesita efectuarea unei operații cezariene repetate.

1. Femeilor cu prezența pelviană la termen trebuie să li se ofere informații despre posibilitatea efectuării versiunii externe, cu excepția cazului în care este o contraindicație absolută. Acestea ar trebui să fie informate cu privire la riscurile și beneficiile efectuării versiunii externe.	Nivel A de recomandare
2. Femeile cu prezența pelviană la termen după o tentativă nereușită de a efectua versiunea externă sau prezența contraindicațiilor trebuie să fie consiliate privind modul de finalizare a sarcinii per vias naturalis sau operație cezariană.	Nivel A de recomandare
3. Femeile ar trebui să fie informate despre consecințele negative potențiale care ar putea rezulta din operația cezariană.	Nivel A de recomandare
4. Femeile ar trebui să fie informate că nașterea per vias naturalis crește riscul scăderii scorurilor Apgar și al complicațiilor grave pe termen scurt, dar nu sa demonstrat că crește riscul de morbiditate pe termen lung.	Nivel B de recomandare
5. Clinicienii ar trebui să consilieze femeile într-o manieră imparțială care să asigure înțelegerea corectă a riscurilor absolute și relative ale diferitelor opțiuni.	Nivel B de recomandare
6. Femeile ar trebui să fie informate că nașterea prin operație cezariană planificată prezintă o creștere mică a complicațiilor postoperatorii imediate pentru mamă în comparație cu nașterea per vias naturalis.	Nivel A de recomandare
7. Femeile ar trebui să fie informate că nașterea prin operație cezariană crește riscul de complicații în timpul sarcinilor viitoare, incluzând riscurile de a opta pentru naștere vaginală asistată, riscul crescut de complicații la o operație cezariană repetată și	Nivel B de recomandare

patologii de inserție ale placentei.	
8. Selectarea sarcinilor adecvate și a îngrijirii intrapartum calificate poate permite nașterea per vias naturalis să fie aproape la fel de sigură ca și nașterea în prezentare craniană planificată.	Nivel C de recomandare
9. Femeile ar trebui să fie informate că complicațiile materne sunt mai puține la nașterea per vias naturalis, nașterea prin operație cezariană planificată prezintă un risc mai mare, dar riscul este cel mai ridicat în cazul operației cezariene de urgență, care este necesară în aproximativ 40% dintre femeile care planifică nașterea per vias naturalis.	Nivel B de recomandare
10. În urma diagnosticului de prezentare pelviană, femeile ar trebui evaluate pentru factorii de risc pentru nașterea per vias naturalis. Dacă este identificat un factor de risc, femeile trebuie sfătuite să se asigure că nașterea per vias naturalis este asociată cu un risc perinatal crescut și că se recomandă nașterea prin cezariană.	Nivel C de recomandare
11. În cazul în care o femeie prezintă declanșarea travaliu în prezența prezentației pelviene, managementul trebuie să depindă de perioada travaliului, indiferent dacă există factori asociați cu complicații crescute, disponibilitatea unei expertize clinice adecvate și consimțământul informat trebuie oferite.	Nivel C de recomandare
12. Femeilor aflate în perioada a II-a a travaliului nu ar trebuie de rutină să li se ofere operația cezariană.	Nivel A de recomandare
13. Toate maternitățile trebuie să fie capabile să asigure supravegherea calificată a nașterii per vias naturalis, în cazul în care este travaliu avansat, iar protocoalele pentru această eventualitate ar trebui dezvoltate	Nivel A de recomandare
14. Femeile ar trebui să fie informate că nu este recomandată inducerea travaliului. Ajutorul progresului lent cu oxitocina trebuie luat în considerare numai dacă frecvența contracțiilor este scăzută în prezența analgeziei epidurale.	Nivel D de recomandare
15. Femeile ar trebui să fie informate că efectul analgeziei epidurale asupra succesului nașterii per vias naturalis este neclar, dar că este probabil să crească riscul de operație cezariană.	Nivel A de recomandare
16. Toți obstetricienii și moașele ar trebui să fie familiarizați cu tehnicile care pot fi utilizate pentru a ajuta la nașterea per vias naturalis. Alegerea manevrelor utilizate, dacă este necesară pentru a ajuta la eliberarea nou născutului, ar trebui să depindă de experiența / preferința individuală a medicului sau moașei.	Nivel A de recomandare

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. BJOG 2017; DOI: 10.1111/1471-0528.14465

Anexa 3. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru Prezența pelviană

	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 pacientei	
5	Mediul de reședință	
6	Vârsta pacientei	
7	Numele medicului curant	
	Nivelul de asistență medicală specializată	
8	Stabilirea factorilor de risc și atribuirea gravidei în grupul de risc pentru PP	Da=1, nu =0, nu se știe =9
9	Pacienta a fost consultată la 38-39 săptămâni în secțiile consultative ale CP de nivelul II-III pentru aprecierea tacticii de conduită a nașterii	Da=1, nu =0, nu se știe =9
10	Pacienta a fost programată pentru OC	Da=1, nu =0, nu se știe =9
11	Pacienta a fost eligibilă pentru nașterea vaginală	Da=1, nu =0, nu se știe =9
12	Spitalizată după 39 săpt	Da=1, nu =0, nu se știe =9
13	Spitalizată înainte de 39 săpt.	Da=1, nu =0, nu se știe =9
14	Spitalizată cu travaliul activ	Da=1, nu =0, nu se știe =9
15	Spitalizată cu urgență obstetricală majoră	Da=1, nu =0, nu se știe =9
16	Spitalizată cu RPPA	Da=1, nu =0, nu se știe =9
17	Efectuarea examenului de laborator obligator	Da=1, nu =0, nu se știe =9
18	Stabilirea diagnosticului de PP în baza examenului clinic	Da=1, nu =0, nu se știe =9
19	Stabilirea diagnosticului de PP prin USG	Da=1, nu =0, nu se știe =9
20	Evaluarea stării fătului prin aprecierea BCF	Da=1, nu =0, nu se știe =9
21	Diagnosticarea suferinței fetale	Da=1, nu =0, nu se știe =9
22	Stabilirea planului de naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9
23	Finisarea nașterii per vias naturalis	Da=1, nu =0, nu se știe =9
24	Naștere asistată prin manevrele obstetricale	Da=1, nu =0, nu se știe =9
25	Finisarea nașterii prin OC	Da=1, nu =0, nu se știe =9
26	A avut loc inducerea nașterii (amniotomie, etc.)	Da=1, nu =0, nu se știe =9
27	Aplicarea anesteziei epidurale	Da=1, nu =0, nu se știe =9
28	Utilizare uterotonicelor în naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9
29	A fost efectuată supraveghere cu control de CTG	Da=1, nu =0, nu se știe =9
30	A fost efectuată completarea partogramei	Da=1, nu =0, nu se știe =9
31	Utilizarea procedurii manual după metoda Țovianov în prezentațiile fesiere decomplete	Da=1, nu =0, nu se știe =9
32	Utilizarea ajutorului manual Bracht	Da=1, nu =0, nu se știe =9
33	A fost complicațiile în perioada de expulzie.	Da=1, nu =0, nu se știe =9
34	A fost aplicate manevrele obstetricale pentru eliberarea membrilor superioare	Da=1, nu =0, nu se știe =9
35	A fost aplicate manevrele obstetricale pentru extragerea capului în PP	Da=1, nu =0, nu se știe =9
36	A fost efectuată extracție pelviană - marile manevre în PP	Da=1, nu =0, nu se știe =9
37	A fost stabilit traumatismul fetal	Da=1, nu =0, nu se știe =9
38	A fost depistat traumatismul matern	Da=1, nu =0, nu se știe =9

Tabel 1

Clasificarea puterii aplicative a gradelor de recomandare

<i>Puterea aplicată</i>	<i>Cerințe</i>
Standard	Standardele sunt norme care trebuie să fie aplicate strict și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiuni	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că sunt posibile mai multe tipuri de intervenții și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2

Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

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

Tabel 3

Clasificarea nivelelor de dovezi

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

Bibliografie

1. ACOG Committee Opinion (number 360, July 2006). Mode of term singleton breech delivery. <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Mode-of-Term-Singleton-Breech-Delivery>
2. ACOG Committee Opinion No. 745. Mode of term singleton breech delivery.. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;132:e60–3.
3. Azria E, Le Meaux J, Khoshnood B, Alexander S, Subtil D, Goffinet F. Factors associated with adverse perinatal outcomes for term breech fetuses with planned vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207: 285.e1–9.
4. Bjellmo S, Andersen GL, Martinussen MP, Romundstad PR, Hjelle S, Moster D, et al. Is vaginal breech delivery associated with higher risk for perinatal death and cerebral palsy compared with vaginal cephalic birth? Registry-based cohort study in Norway. *BMJ Open*. 2017;7(4):e014979. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014979
5. Dunn L, Prior T, Greer R, Kumar S. Gender specific intrapartum and neonatal outcomes for term babies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;185:19–22. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.11.035.
6. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation: Green-top Guideline No. 20a. *Bjog*. 2017;124(7):e178–e92.
7. Ghidul C National de Perinatologie. *Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și neonatologie*. Chișinău, 2003, 327 p.
8. Ghosh MK. Breech presentation: evolution of management. *J Reprod Med* 2005; 50: 108–16. pmid:15755047
9. Goffinet F, Carayol M, Foidart J-M, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Breart G. For the PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1002-11.
10. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned Caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356: 1375–83. pmid:11052579
11. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*. (2015, 4):Cd000083.
12. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2018;15(1):e1002494. doi: 10.1371/journal.pmed.1002494.
13. Kotaska, Andrew Menticoglou, Savas et al. Management of Breech Presentation at Term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Volume 41, Issue 8, 1193 - 1205 [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(18\)31040-5/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(18)31040-5/fulltext)
14. Munteanu I., *Tratat de obstetrică*, Editura Academiei Române, 1460 pag., 2000
15. NATIONAL CLINICAL GUIDELINES The Management of Breech Presentation Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive 2017 <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/the-management-of-breech-presentation.pdf>
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. Green-top Guideline No. 20b. *BJOG* 2017; DOI: 10.1111/1471-0528.14465. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14465>
17. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation at Term. College Statement. C-Obs 11, March 2018. [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Management-of-breech-presentation-at-term-\(C-Obs-11\)-Review-July-2016.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Management-of-breech-presentation-at-term-(C-Obs-11)-Review-July-2016.pdf?ext=.pdf)
18. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline: Vaginal Delivery of Breech Presentation. June 2009; No. 226: 557-566. <https://www.sogc.org/en/guidelines-and-jogc/en/content/guidelines-jogc/guidelines-and-jogc.aspx?hkey=aa09f753-7812-462a-9d80-3e6b609f6ec6>

19. Van Roosmalen J, Meguid T. The dilemma of vaginal breech delivery worldwide. *Lancet* 2014; 383: 1863–4. pmid:24881976
20. Wastlund D, Moraitis AA, Dacey A, Sovio U, Wilson ECF, Smith GCS. Screening for breech presentation using universal late-pregnancy ultrasonography: a prospective cohort study and cost effectiveness analysis. *PLoS Med.* 2019;16(4):e1002778. doi: 10.1371/journal.pmed.1002778.
21. Geneva Foundation for Medical Education and Research
https://www.gfmer.ch/Guidelines/Labor_delivery_postpartum/Breech_presentation.htm