

P R O T O C O L

OPERAȚIA CEZARIANĂ

EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC INDICAȚIILE OPERAȚIEI CEZARIENE

Obstrucția canalului de naștere

Standard

Medicul trebuie să indice nașterea prin OC în caz de obstrucție a canalului de naștere matern (filiera pelvi-genitală).

Argumentare

În situații destul de rare, diverse tumori materne pot obstrua canalul de naștere. Un miom cervical sau o tumoră ovariană mobilă pot ocupa strâmtoarea superioară, interpunându-se între prezentație și filiera de naștere. În unele cazuri, tumora ovariană mobilă sau un miom uterin pediculat pot fi mobilizate cranial de dezvoltarea uterului gravid, permițând chiar nașterea pe căi naturale. Tumorile pelvine praevia ce pot obtura canalul de naștere nu sunt dependente întotdeauna de uter și/sau ovar. În situația în care se palpează o masa pelvină, putem lua în calcul ipoteza unui rinichi ectopic pelvin sau un rinichi ptozat, o splină ptozată, un lob aberant hepatic sau o tumoră vezicală.

Recomandare

În cazul tumorilor praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, se recomandă medicului să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană înainte de debutul travaliului.

Argumentare

Tumorile praevia influențează negativ angajarea și coborârea prezentației supunând gravida și fătul unor riscuri inutile.

Recomandare

În cazul tumorilor praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, se recomandă medicului practicarea operației cezariene de la 38 SA complete.

Opțiune

În cazul tumorilor praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, medicul poate să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană la debutul travaliului.

Recomandare

În cazul tumorilor-praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, se recomandă medicului să practice ablația formațiunii tumorale, dacă este indicat și tehnic este posibil.

Argumentare

Forțarea unei intervenții chirurgicale extensive, pe terenul gravidic expune la riscuri materne greu de aproximat.

Standard

Cu ocazia laparotomiei, medicul trebuie să trimită la examen anatomopatologic extemporaneu formațiunile tumorale anexiale excizate în condițiile disponibilității acestui examen.

Argumentare

O serie de studii atestă că aproximativ 5% dintre masele anexiale diagnosticate în timpul sarcinii au etiologie neoplazică.

Opțiune

În timpul operației cezariene, medicul poate să extirpe mioamele uterine praevia, în condiții locale favorabile.

Argumentare

Ablația mioamelor uterine, mai ales a celor voluminoase, după extracția fătului prin operația cezariană poate determina sângerări masive, greu de controlat, ce se pot solda cu histerectomie de necesitate. Excepție pot face mioamele pediculate, al căror pedicul are bază mică de inserție uterină.

Malformațiile vaginului

Recomandare

În caz de malformații vaginale, care obstruează canalul de naștere, se recomandă medicului să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană înainte de declanșarea travaliului.

Argumentare

Orice tentativă de naștere pe cale joasă poate pune în pericol viața parturientei. Malformațiile vaginale sunt, de regulă, congenitale, de cauză necunoscută. Ele imbracă mai multe forme clinice, dintre care cele mai frecvente sunt vaginul septat, vaginul hipoplazic. Diagnosticul se bazează pe examenul clinic.

Sarcina asociată cu cancer de col uterin

Standard

În prezenta diagnosticului de cancer de col uterin asociat sarcinii, medicul trebuie să indice nașterea prin OC, indiferent de stadiul clinic

Recomandare

În alegerea momentului OC, se recomandă ca medicul să țină cont de viabilitatea fetală și de dorința pacientei.

Opțiune

În cancerul de col uterin asociat sarcinii, în stadiile IA și IB medicul poate opta pentru a continua a OC.

- cu limfadenocolpohisterectomia totală lărgită sau

• a indica efectuarea în lăuzie a radioterapiei urmate de intervenția chirurgicală practică în timpul II.

Standard

În cancerul de col uterin asociat sarcinii, în stadiile II sau III, medicul trebuie să îndrume lăuză la radioterapie.

Stadiile IA2, IB-IIA

Opțiune

Pentru stadiile IA2 și IB-IIA, în care pacienta optează pentru menținerea sarcinii până la atingerea viabilității fetale, medicul poate să practice histerectomie radicală cu limfadenectomie pelvină (HRLP) în continuarea operației cezariene practicate începând cu 32-34 săptămâni de amenoree.

Argumentare

Operația cezariană este recomandată atât în interes fetal cât și pentru reducerea riscurilor de diseminare a celulelor tumorale în timpul travaliului și a hemoragiei abundente ce poate apărea în cazul tumorilor voluminoase. Se va aplica același tratament corespunzător stadiului ca și în cazul pacientelor negravidă.

Stadiile IIB-IIIB

Standard

În stadiile IIB-III B, medicul trebuie să practice operația cezariană și apoi trebuie să îndrume pacienta către serviciul oncologic pentru radioterapie și chimioterapie.

Argumentare

Se va aplica același tratament corespunzător stadiului ca și în cazul pacientelor negravidă.

Standard

În stadiile IIB-III B, medicul trebuie să practice operația cezariană începând cu 32-34 săptămâni de amenoree.

Argumentare

Operația cezariană este recomandată atât în interes fetal (prematuritate) cât și pentru reducerea riscurilor de diseminare a celulelor tumorale în timpul travaliului și a hemoragiei abundente ce poate apărea în cazul tumorilor voluminoase.

Patologie cicatricială cervico-vagino-perineală

Recomandare

Se recomandă ca medicul să indice terminarea nașterii prin operație cezariană pentru pacientele cu:

- soluțij de continuitate cervicale cu risc de ruptură uterină propagată;
- trahelectomie;
- plastia sfincterului anal.

Standard

Medicul trebuie să indice terminarea nașterii prin operație cezariană pentru pacientele cu intervenții chirurgicale anterioare sarcinii destinate:

- refacerii staticii pelvine;
- incontinenței urinare;
- pentru tratamentul fistulelor recto-vaginale și/sau vezico-vaginale.

Argumentare

S-a constatat un risc considerabil - determinat de faptul că evoluția unei noi sarcini, coborârea prezentației în timpul travaliului și manevrele obstetricale pot anula rezultatele intervenției anterioare prin repetarea unui traumatism care poate genera reapariția manifestărilor inițiale, făcând dificilă sau imposibilă o nouă intervenție de corectare.

Patologie asociată sarcinii

Recomandare

În cazul patologiei asociate sarcinii, se recomandă ca medicul să respecte indicația de finalizare a sarcinii prin OC, stabilită de medicul de specialitate, din specialitatea respectivă, documentată în scris, semnată și parafată de către medicul respectiv.

Distocie osoasă

Standard

Medicul trebuie să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană în cazul disproporției cefalopelvice apreciate clinic și paraclinic (echografic sau eventual RMN).

Argumentare

În cazul incompatibilității dintre diametrul biparietal fetal și diametrul util al bazinului osos dovedite clinic și paraclinic nașterea nu poate decurge pe cale vaginală fără suferință fetală și maternă.

Opțiune

Medicul poate să indice în cazul bazinelor limită proba de travaliu.

Argumentare

Proba de travaliu permite alegerea căii de naștere (vaginală sau operație cezariană), fără să expună mama sau fătul la un risc inutil.

Standard

Medicul trebuie să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană în cazul probei de travaliu negative.

Argumentare

În acest caz, terminarea sarcinii pe cale vaginală expune mama și fătul unor riscuri inutile.

Prezența distocicelor

Standard

Medicul trebuie să indice operația cezariană în cazul gravidelor cu făt în prezența distocicelor:

- așezare transversală;
- prezența craniene deflectate (frontală, facială mento-posterioară).

Argumentare

Orice făt în prezența distocicelor are risc crescut pentru traumatism la naștere, prolaps de cordon și blocarea capului fetal în excavația pelvină.

Recomandare

Se recomandă ca medicul să indice operația cezariană în cazul gravidelor cu făt în prezența distocicelor facială mento-anterioară și bregmatică.

Distocia de dinamică și de dilatație

Distocia de dilatație

Standard

În lipsa progresiei dilatației sau progresiunii prezenței, în prezența unei dinamici corecte sau corectate medicamentos, medicul trebuie să indice finalizarea nașterii prin OC.

Argumentare

În caz de probă de travaliu negativă, terminarea sarcinii pe cale vaginală expune mama și fătul unor riscuri inutile.

Distocia de dinamică

Standard

Medicul trebuie să indice finalizarea nașterii prin OC în prezența sindromului hipoton-hipokinetic sau hipertonic-hiperkinetic/tetanie uterină necorectate medicamentos cu sau fără suferință fetală.

Argumentare

Morbiditatea și mortalitatea perinatală cresc considerabil în caz de travaliu precipitat sau sindrom hipokinetic.

Hipertensiunea arterială asociată sarcinii

Standard

Medicul trebuie să indice terminarea nașterii prin operație cezariană la pacientele cu hipertensiune arterială, în caz de:

- HTA persistentă sub tratament, cu risc matern;
- Sindrom HELLP;
- Eclapsie;
- Semne de suferință fetală.

Standard

Medicul trebuie să indice terminarea nașterii prin operație cezariană la pacientele cu hipertensiune arterială, în caz de preeclampsie severă.

Argumentare

În cazul pacientelor cu preeclampsie, modificarea parametrilor materni sau fetali se corelează cu un prognostic sever materno-fetal, sancțiunea terapeutică fiind doar nașterea.

Sarcina multiplă

Recomandare

Se recomandă ca medicul să finalizeze sarcina prin operație cezariană în următoarele cazuri:

- sarcinile monoamniotice;
- gemenii conjugați;
- fătul A în prezentație cefalică și fătul B în prezentație non-cefalică, dacă feții au mai puțin de 1500 g și/sau sarcina mai mică de 34 de săptămâni de amenoree;
- fătul A în prezentație non-cefalică (pelviană sau transversă);
- mai mult de trei feți;
- indicațiile valabile și în cazul sarcinii unice.

Argumentare

În timpul travaliului și mai ales a expulziei, există riscul crescut de acroșare, coliziune, impacție, compactie și de înnodare a cordoanelor ombilicale.

Pasajul feților conjugați prin canalul obstetrical este dificil și riscant.

Analizând datele obținute din studiile clinice, s-a observat o incidență crescută a traumatismului fetal și o creștere a morbidității și a mortalității neonatale la nașterea acestor feți pe cale vaginală.

Dacă feții au între 1500-4000 g, nașterea pe cale vaginală este asociată cu un prognostic fetal mai bun decât în cazul operației cezariene.

Medicul poate să decidă în funcție de condițiile obstetricale și medicale individuale o altă atitudine, decât cea chirurgicală.

Creșterea mortalității neonatale în nașterea pe cale vaginală datorită riscului crescut de acroșare în situația în care fătul A este în prezentație non-cefalică.

Datorită dificultății de efectuare a manevrelor obstetricale și a riscurilor crescute de traumatism fetal în cazul existenței a mai mult de trei feți.

Uterul cicatriceal

Recomandare

Se recomandă medicului terminarea sarcinii prin operație cezariană în cazul gravidelor care prezintă cicatrice uterină:

- post operație cezariană iterativă
- post operație cezariană alta decât segmento-transversală;
- post operație cezariană mai recentă de 1 an;
- post-miomectomie

sau

- post-traumatism uterin operat.

Argumentare

Complicația uterului cicatriceal cea mai gravă în travaliu este ruptura uterină, cu consecințe materne și fetale importante.

Opțiune

În cazul uterului cicatricial după OC segmento-transversală documentată și necomplicată, medicul poate să opteze pentru calea de naștere în consultare cu pacienta după consimțământul informat al acesteia.

Recomandare

În cazul indicației de OC pe uter cicatricial se recomandă medicului terminarea sarcinii prin operație cezariană profilactică iterativă cât mai aproape de 39 săptămâni de amenoree, înainte de declanșarea travaliului.

Argumentare

Operația cezariană profilactică iterativă nu se indică înainte de 39 săptămâni de amenoree pentru a nu inducă o prematuritate fetală iatrogenă.

Ruptura uterină

Standard

În caz de ruptură uterină, medicul trebuie să indice terminarea sarcinii prin laparotomie de urgență în interes matern și fetal.

Argumentare

Prognosticul materno-fetal depinde de promptitudinea intervenției chirurgicale. Intervalul optim de intervenție după diagnosticul rupturii uterine este de 10-37 de minute, după această perioadă complicațiile fetale sunt mult mai frecvente.

Placenta praevia

Standard

Operația cezariană trebuie aleasă de medic ca și cale de naștere în următoarele situații:

- placenta praevia centrală;
- placenta praevia parțial centrală.

Recomandare

În caz de placenta praevia marginală sau laterală cu sângerare apreciabilă, persistentă și/sau repetată se recomandă ca medicul să practice OC.

Recomandare

În absența indicației chirurgicale de urgență, se recomandă medicului să indice operația cezariană elective în jur de 38 de săptămâni de amenoree și în afara travaliului.

Argumentare

Morbiditatea neonatală crește semnificativ după aceasta vârstă de gestație.

Dezlipirea prematură de placentă normal inserată

Standard

În caz de dezlipire prematură de placentă normal inserată medicul trebuie să indice de urgență finalizarea sarcinii prin OC în interes vital matern.

Patologia cordonului ombilical

Standard

Medicul trebuie să indice OC în caz de prolabare, procidentă, laterocidentă de cordon ombilical în prezență craniană.

Ruptura prematură de membrane

Standard

Medicul trebuie să finalizeze sarcina prin operație cezariană în următoarele cazuri:

- prezență pelviană;

- uter cicatriceal;
- CA clinic manifestă;
- indicații obstetricale;
- suferință fetală;
- de urgență, în caz de prolabare de cordon.

Ruptura precoce de membrane

Standard

Medicul trebuie să finalizeze sarcina prin operație cezariană în următoarele cazuri:

- eșecul declanșării farmacologice a travaliului;
- prezentația pelviană;
- uter cicatriceal;
- CA clinic manifestă;
- indicații obstetricale;
- status fetal incert (suferință fetală);
- de urgență, în caz de prolabare de cordon.

Argumentare

Amânarea terminării nașterii sau alegerea căii naturale de naștere expun mama și fătul unor riscuri inutile.

Alte cauze de patologie a anexelor fetale

Standard

În caz de vasa praevia și inserția velamentoasă a cordonului ombilical, medicul trebuie să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană după atingerea vârstei de maturitate pulmonară fetală, cât mai tardiv cu putință, dar nu mai târziu de 38 săptămâni de amenoree.

Argumentare

În cazul nașterii pe cale vaginală, există riscul unei hemoragii severe ce poate pune în pericol viața mamei și a fătului.

Infecții materne cu transmitere materno-fetală

Medicul trebuie să indice operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii la gravidele HIV pozitive înainte de debutul travaliului și de ruperea membranelor.

Efectuarea operației cezariene la gravidele HIV pozitive reduce riscul transmiterii de la mamă la făt a infecției

Standard

Medicul trebuie să nu indice de rutină operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii la gravidele infectate cu virus hepatitic B în cazul în care nou-născutul va primi imunoglobuline specifice și vaccinare.

Argumentare

Nu există dovezi suficiente care să demonstreze că operația cezariană în această situație reduce riscul de transmitere materno-fetală a virusului hepatitic B

Standard

Medicul trebuie să nu indice de rutină terminarea sarcinii prin operație cezariană pentru gravidele cu virus hepatitic C în absența altor indicații obstetricale

Argumentare

Nu există dovezi suficiente care să demonstreze că operația cezariană reduce riscul de transmitere materno-fetală a virusului hepatitic C.

Standard

Medicul trebuie să indice operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii la gravidele care prezintă în trimestrul al III-lea de sarcină infecție primară cu virus herpetic sau un episod activ în apropierea nașterii

Argumentare

Practicarea operației cezariene la gravidele cu infecție primară cu virus herpetic în trimestrul III de sarcină reduce riscul de transmitere la făt

Standard

Medicul trebuie să nu indice de rutină terminarea sarcinii prin operație cezariană pentru gravidele cu infecție recurentă cu virus herpetic

Argumentare

Nu există date certe că operația cezariană în acest caz reduce transmiterea materno-fetală

Suferința fetală acută

Standard

În caz de suferință fetală acută medicul trebuie să indice operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii în interes fetal.

Argumentare

În această situație, efectuarea operației cezariene previne instalarea dereglărilor severe ale echilibrului acido-bazic fetal.

Suferința fetală cronică

Recomandare

Se recomandă ca medicul să indice operația cezariană în caz de suferință fetală cronică cu sau fără RCIU, luând în considerare următorii parametri:

- scor biofizicbiometrie fetală
- velocimetrie Doppler
- oligoamnios și aspectul placentei
- non stress test
- test de stres la contracție (test de stres la oxytocin)

Standard

În caz de suferință fetală cronică cu sau fără RCIU, momentul intervenției trebuie decis de către medic în funcție de alterarea parametrilor enumerați.

Izoimunizarea

Standard

În caz de incompatibilitate Rh cu izoimunizare, medicul trebuie să indice finalizarea sarcinii la cel puțin 37 săptămâni de amenoree dacă valoarea vitezei maxime pe artera cerebrală medie se menține $< 1,5$ MoM.

Argumentare

Deoarece beneficiul păstrării sarcinii este mai mic decât riscurile fetale.

Standard

Dacă viteza maximă pe artera cerebrală medie este $> 1,5$ MoM și sarcina este peste 35 săptămâni de amenoree, medicul trebuie să indice nașterea imediată.

Malformații congenitale

Standard

În cazul malformațiilor fetale congenitale, diagnosticate antenatal, cu făt viabil, la care actul nașterii vaginale le poate agrava prognosticul și care beneficiază de tratament postpartum, medicul trebuie să indice operația cezariană prin consult interdisciplinar.

Argumentare

Operația cezariană reduce riscul fetal de agravare a patologiei congenitale asociate. ⁽⁸⁷⁻⁹¹⁾

Exemple:

- defecte de tub neural
- hidrocefalie
- displaziile scheletice fetale (osteogeneza imperfectă tip III)
- defecte ale peretelui abdominal fetal asociate cu hernierea ficatului.

Operația cezariană la cerere

Opțiune

Medicul va putea lua în discuție operația cezariană efectuată la cerere după stabilirea cadrului legislativ.

MANAGEMENT

Intervalul de decizie în cazul operației cezariene de urgență

Recomandare

Se recomandă medicului să efectueze operația cezariană de urgență în cazul afectării acute materno-fetale într-un timp cât mai scurt de la luarea deciziei.

Argumentare

Efectuarea operației cezariene într-un interval mai mic de 30 de minute de la luarea deciziei rămâne un deziderat în terapia de urgență a afectării acute materno-fetale.

Evaluarea preoperatorie

Recomandare

Se recomandă medicului să solicite preoperator:

- consult ATI
- determinări minime de laborator
- grup sanguin + Rh
- hemoleucogramă completă
- coagulogramă

Argumentare

Stabilirea valorii Hb și Ht la femeia gravidă înainte de operația cezariană este utilă pentru identificarea celor cu anemie. Cu toate că pierderea unei cantități de sânge > 1000 ml este puțin frecventă la operația cezariană, totuși pierderea de sânge intra- și postoperator poate determina multiple complicații.

Formula leucocitară (din cadrul hemoleucogramei) poate furniza informații asupra unor infecții acute sau cronice și alergii. HLG este utilizată în diagnosticarea diferitelor tipuri de anemie și reflectă severitatea acesteia.

Gravidele la care se efectuează operația cezariană de urgență în cazul hemoragiei (dezlipire de placentă, ruptura uterină, placenta praevia, etc.) au un risc mai mare de pierdere sangvină > 1000 ml, motiv pentru care operația cezariană trebuie efectuată într-o maternitate care poate asigura transfuzia de sânge izogrup izoRh.

Realizarea unui bilanț clinic și paraclinic complet permit încadrarea gravidei în grupe de risc anestezic. Număratoarea trombocitelor și efectuarea coagulogramei sunt indicate preponderent la pacientele ce asociază factori de risc (trombocitopenie maternă, HTA indusă de sarcină, sindrom HELLP – afecțiuni ce pot antrena în evoluția lor tulburări de coagulare secundare). Complicațiile hemoragice (placenta praevia, placenta accreta, etc) pot fi sancționate terapeutic cu sânge izogrup izoRh.

Pregătirea pentru operația cezariană

Standard

Medicul trebuie să indice cateterizarea vezicii urinare

Argumentare

Gravidele care urmează a fi supuse unei operații cezariene trebuie sondate deoarece anestezicul determina hipotonie vezicală cu supradistensia acesteia și pericolul lezării intraoperatorii

Standard

Medicul trebuie să efectueze antibiotico-terapia profilactică prin folosirea unei singure doze de cefalosporină generația I sau Ampicillinum.

Argumentare

Antibiotico-profilaxia reduce riscul infecțios postoperator (endometrita, infecții de tract urinar, infecția plăgii etc.).

Anestezia

Standard

Medicul anestezist trebuie să stabilească tipul de anestezie în funcție de indicația de cezariană precizată de medicul obstetrician și de gradul de urgență, în consens cu recomandările Societății Române de Anestezie.

Recomandare

Se recomandă ca medicul ATI, să informeze pacienta privind opțiunile anestezice pentru OC, de care dispune secția ATI.

Evaluarea preanestezică

Standard

Medicul ATI trebuie să realizeze pre-operator un bilanț al gravidei incluzând:

- anamneza
- examenul clinic

Recomandare

Se recomandă medicului ATI să indice alte examene paraclinice adaptate cazului.

Profilaxia sindromului de aspirație

Standard

Medicul anestezist trebuie să recomande pacientelor candidate pentru operația cezariană elective o perioadă de post de 6-8 ore preoperator.

Standard

Medicul trebuie să interzică pacientelor aflate în travaliu ingestia de alimente solide.

Argumentare

În evoluția travaliului pot apare complicații ce necesită intervenția chirurgicală de urgență (risc de aspirație pulmonară).⁽¹⁾

Standard

Medicul ATI trebuie să indice administrarea la gravidă de antiacide.

Argumentare

Antiacidele reduc aciditatea și volumul gastric, scăzând riscul de apariție a pneumoniei de aspirație.

Recomandare

Se recomandă ca medicul să indice administrarea de antiemetice

Argumentare

Antiemeticele reduc aciditatea și volumul gastric, scăzând riscul de apariție a pneumoniei de aspirație.

Tromboprofilaxia

Standard

Medicul ATI trebuie să efectueze profilaxia trombozei venoase periferice, alegând una sau mai multe din următoarele metode:

- ciorapi compresivi
- hidratare
- heparină cu greutate moleculară mică.

Argumentare

Pacientele supuse operației cezariene au un risc crescut de tromboembolism venos.

Opțiuni anestezice pentru nașterea prin cezariană

Standard

Medicul ATI trebuie să stabilească tipul de anestezie în funcție de factorii de risc anestezici, obstetricali, fetal și preferințele pacientei.

Tipuri de anestezie:

- tehnici neuraxiale
- anestezie generală.

Argumentare

Pentru cele mai multe nașteri prin cezariană sunt preferate tehnicile neuraxiale.

Management intraoperator

Metode de prevenire a transmiterii HIV

Recomandare

Se recomandă medicului și personalului sanitar, la pacientele HIV pozitive supuse operației cezariene, ca pre-, intra- și postoperator:

- să poarte două perechi de mănuși
- să utilizeze câmpuri și halate sterile de unică folosință
- să poarte ochelari de protecție.

Argumentare

Aceste măsuri se recomandă pentru reducerea riscului de contaminare

Pregătirea tegumentelor

Recomandare

Se recomandă medicului să indice dezinsecția tegumentului

Argumentare

Dezinsecția tegumentelor cu soluții antiseptice reduce riscul infecției

Incizia peretelui abdominal

Recomandare

Se recomandă medicului să efectueze incizia transversală a peretelui abdominal, în absența unei indicații specifice pentru incizia mediană.

Argumentare

Deoarece este asociată cu durere postoperatorie redusă comparativ cu incizia mediană și de asemenea pentru efectul cosmetic

Opțiune

Medicul poate să efectueze incizia transversală tip Joel Cohen.

Argumentare

Deoarece este asociată cu cel mai scurt timp intraoperator și reducerea morbidității febrile postoperatorii.

Incizia țesutului subcutanat

Recomandare

Se recomandă medicului efectuarea instrumentară a unei breșe minime în țesutul subcutanat urmată de deschiderea digitală a acestuia.

Argumentare

Se reduce astfel timpul operator și sângerarea prin evitarea lezării vaselor epigastrice inferioare.

Incizia aponevrozei

Recomandare

În cazul inciziei transversale a peretelui abdominal, se recomandă medicului să efectueze o incizie transversală minimă cu bisturiul a aponevrozei, urmată de prelungirea digitală sau instrumentală a acesteia.

Abordarea mușchilor dreپți abdominali

Opțiune

Medicul poate să adopte tehnica preferată în abordarea mușchilor dreپți abdominali.

Argumentare

Studiile efectuate au demonstrat o recuperare similară a pacienților la care s-a efectuat secționarea dreپților abdominali și a celor la care aceștia s-au îndepărtat pe linia mediană.

Deschiderea peritoneului

Recomandare

Se recomandă medicului să efectueze cu atenție deschiderea peritoneului parietal, digital sau instrumental, la distanță de vezica urinară.

Argumentare

Se evită astfel lezarea organelor învecinate.

Decolarea vezicii urinare

Recomandare

Se recomandă medicului să efectueze o incizie directă deasupra faldului vezical fără decolarea vezicii urinare.

Argumentare

Decolarea vezicii urinare prelungeste timpul operator, crește riscul microhematuriei și necesită creșterea analgeziei postoperatorii.

Histerotomia

Recomandare

Se recomandă ca medicul să efectueze incizie segmento-transversală, cu excepția altor indicații.

Argumentare

Deși nu sunt studii care să susțină superioritatea inciziei uterine segmento-transversale, aceasta este recomandată de cei mai mulți experți. Beneficiile majore ale acesteia fiind legate de tehnica facilă și de cantitatea mult mai redusă de sânge, comparativ cu alte tipuri de incizie. ⁽⁴²⁻⁴³⁾

Incizia verticală sau incizia în "T" sunt ocazional practicate, utilizarea acestora fiind condiționată de:

- acces dificil la nivelul segmentului inferior prin:
 - aderență anormală a vezicii urinare, secundară unei intervenții anterioare
 - prezența unui miom ce ocupă segmentul inferior
 - cancer cervical infiltrant.

- Prezența transversală, mai ales când sunt membrane rupte, cu impactarea umărului în canalul de naștere
- Unele cazuri de placenta praevia cu localizare anterioară, mai ales la uterele cicatriceale (inserție anormală)
- Prematuritate cu segment inferior gros, neformat
- Obezitate maternă morbidă cu acces dificil la nivelul segmentului inferior.

Recomandare

În cazul inciziei segmento-transversale, se recomandă medicului ca pe un segment inferior bine format prelungirea histerotomiei să se facă digital și nu prin tăiere.

Argumentare

Pentru a reduce hemoragia și implicit incidența transfuziei în postpartum.

Extracția fătului

Recomandare

Se recomandă medicului să efectueze extracția manuală a capului fetal

Argumentare

Extracția manuală este cea mai puțin traumatizantă pentru făt. ⁽⁴⁴⁾ Utilizarea forcepsului asociază frecvent complicații materne și fetale.

Opțiune

În caz de dificultate în extracția capului fetal, medicul poate opta pentru:

- prelungirea corporeală a histerotomiei sau
- extracția instrumentară a fătului.

Metode de extracție a placentei

Recomandare

Se recomandă medicului extracția placentei prin tracțiune controlată asupra cordonului ombilical.

Argumentare

Pentru reducerea riscului de endometrită postpartum din cazul extracției manuale a placentei.

Controlul cavității uterine

Standard

Medicul trebuie să efectueze controlul cavității uterine.

Argumentare

Este o tehnică frecvent utilizată cu toate că nu există studii în acest sens.

Opțiune

Medicul poate efectua controlul cavității uterine prin:

- controlul manual
- controlul instrumental.

Folosirea uterotonicelelor

Recomandare

Se recomandă medicului să indice de rutină administrarea intravenoasă de oxitocinum după clamparea cordonului ombilical, în cadrul operației cezariene.

Argumentare

Pentru stimularea contractilității uterine și reducerea pierderilor sangvine.

Recomandare

Se recomandă medicului să adapteze doza și ritmul administrării de oxitocinum la particularitatea cazului.

Argumentare

Deși nu sunt studii care să stabilească doza optimă de oxitocinum, se recomandă administrarea de 5UI în bolus sau de 10 UI oxitocinum în perfuzie lentă.

Opțiune

Medicul poate utiliza methylergometrinum în cazul ineficienței oxitocinum-ului.

Argumentare

Methylergometrinum este utilizat pentru stimularea contractilității uterine și reducerea pierderilor sangvine.

Opțiune

Medicul poate utiliza o singură doză de 100 μg de carbetocinum

Argumentare

Utilizarea de carbetocin în prevenția atoniei uterine a scăzut necesitatea utilizării altor uterotonice

Histerorafia

Opțiune

Medicul poate să efectueze histerorafia cu sau fără exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală.

Argumentare

Exteriorizarea acestuia este asociată cu creșterea senzației dureroase și nu îmbunătățește efectele postoperatorii cum ar fi hemoragia sau infecția.

Standard

Medicul trebuie să practice histerorafia.

Recomandare

Se recomandă ca medicul să practice histerorafia în unul sau în două straturi cu material lent resorbabil.

Argumentare

Nu există date actuale care să susțină superioritatea unei anumite tehnici de histerorafie pentru a asigura închiderea perfectă a uterului și o hemostază optimă.

Standard

În cazul imposibilității asigurării hemostazei, medicul trebuie să utilizeze mijloace farmacologice și / sau manevre chirurgicale particularizate pacientei.

Închiderea peritoneului

Recomandare

Se recomandă medicului să nu închidă peritoneul visceral sau parietal.

Argumentare

Neînchiderea peritoneului visceral și parietal se asociază cu reducerea timpului operator și a necesității de analgezie postoperatorie.

Sutura aponevrozei

Recomandare

Se recomandă medicului să închidă aponevroza cu fir lent resorbabil în sutură continuă.

Argumentare

S-a constată o incidență mai mică a complicațiilor (dehiscentță, hernie) la sutura continuă decât la cea cu fire separate.

Sutura dreptilor abdominali

Recomandare

Se recomandă medicului să nu sutureze mușchii dreپți abdominali.

Argumentare

Majoritatea practicienilor sunt de acord că mușchii își regăsesc singuri poziția anatomică și că suturarea acestora asociază dureri inutile la mobilizarea pacientei.

Închiderea țesutului subcutanat și drenajul supraaponevrotic.

Recomandare

Se recomandă medicului să efectueze capitonaj sau drenaj la pacientele cu țesut adipos mai mare de 2 cm.

Argumentare

Drenajul țesutului subcutanat, când acesta este mai gros de 2 cm, scade riscul complicațiilor postoperatorii.

Închiderea tegumentului

Recomandare

Se recomandă medicului să închidă tegumentul în funcție de preferință sau de situația locală.

Argumentare

Studiile actuale nu evidențiază beneficii nete ale unui tip de sutură unul față de altul. Percepția pacientei asupra cicatricei operatorii este influențată în principal de tipul de incizie, transversală sau mediană.

Îngrijirea nou-născutului extras prin operație cezariană

Standard

Înainte de naștere, medicii obstetrician și neonatolog trebuie să identifice factorii de risc ce pot ajuta la anticiparea necesității reanimării.

Argumentare

Prezența factorilor de risc impune pregătirea echipamentului de reanimare suplimentar și solicitarea de personal medical suplimentar.

Standard

Personalul medical neonatologie trebuie să asigure confortul termic al nou-născutului, în concordanță cu reglementările în vigoare privind îngrijirea nou-născutului.

Argumentare

Copii născuți prin OC sunt mai susceptibili în a dezvolta hipotermie.

Recomandare

Se recomandă medicului neonatolog să asigure contactul materno-fetal precoce ("skin to skin").

Argumentare

S-a demonstrat că îmbunătățește percepția mamei asupra fătului, abilitățile/instinctele materne, facilitează alăptatul și scade plânsul copilului.

Recomandare

Se recomandă medicului neonatolog să ofere ajutor suplimentar în inițierea alăptatului pacientelor ce au născut prin OC.

Argumentare

S-a constatat că incidența alăptatului este mai mare în cazul nașterii pe cale vaginală față de cea prin operație cezariană.

URMĂRIRE ȘI MONIOTORIZARE

Monitorizarea postoperatorie de rutină

Standard

Medicul anestezist trebuie ca în postoperator, în postpartumul imediat să monitorizeze următorii parametri:

- statusul hemodinamic
- intensitatea durerii
- diureza
- frecvența respiratorie
- temperatura

Standard

Medicul OG trebuie ca în postpartumul imediat să monitorizeze următorii parametri:

- sângerare vaginală
- globul de siguranță uterin
- drenajul abdominal (peritoneal, supra-aponevrotic)

Standard

Medicii ATI și OG trebuie să încurajeze mobilizarea precoce a pacientei.

Argumentare

Mobilizarea precoce scade riscul complicațiilor tromboembolice

Standard

Medicul trebuie să monitorizeze evoluția postoperatorie a lăuzei.

Managementul durerii postoperatorii

Standard

Medicul ATI trebuie să asigure managementul durerii postoperatorii.

Reluarea precoce a alimentației enterale

Opțiune

Medicul poate să indice alimentarea enterală precoce, după primele 6-8 ore postoperator, în funcție de necesitățile pacientei de a mânca sau a bea

Argumentare

Studiile au demonstrat că alimentarea enterală precoce s-a asociat cu reluarea mai rapidă a peristalticii intestinale și cu reducerea perioadei de spitalizare

Suprimarea cateterului urinar

Standard

Medicul ATI trebuie să indice suprimarea cateterului urinar după mobilizarea pacientei și nu mai devreme de 12 ore după administrarea ultimei doze anestezice în analgezia epidurală.

Argumentare

Menținerea vreme îndelungată a cateterului vezical predispune la complicații infecțioase urinare.

Îngrijirea plăgii operatorii

Standard

Medicul OG trebuie să supravegheze evoluția plăgii postoperatorii:

- înlocuirea/suprimarea pansamentului la 24 de ore de la operație sau la nevoie
- monitorizarea temperaturii
- monitorizarea semnelor de infecție
- încurajarea de a purta haine confortabile și de bumbac
- planificarea îndepărtării materialelor de sutură de la nivelul tegumentelor

Consilierea pacientei după operația cezariană

Recomandare

Se recomandă ca medicul să consilieze pacienta după OC asupra implicațiilor legate de o sarcină ulterioară pe uter cicatriceal.

Argumentare

Gravidele cu uter cicatriceal au risc de ruptură uterină.

ASPECTE ADMINISTRATIVE

Obținerea consimțământului informat

Standard

Medicul trebuie să obțină consimțământul/ refuzul informat pentru operația cezariană.

Argumentare

Consimțământul/ refuzul informat pentru operația cezariană trebuie documentat după ce pacienta a fost corect informată, într-o asemenea manieră încât aceasta să înțeleagă explicațiile oferite. Informarea corectă a pacientei într-o manieră care îi respectă demnitatea, discreția, credința și nivelul socio-economic, luând în considerare situația sa clinică, este un element major al procesului de obținere a consimțământului informat pentru operația cezariană.

Recomandare

Pentru obținerea consimțământului informat, medicul trebuie să poarte o discuție cu pacienta, în care să fie evidențiate beneficiile și riscurile operației cezariene în comparație cu nașterea pe căi naturale, raportate la cazul respectiv.

Argumentare

Pentru a estima efectul operației cezariene asupra sănătății materne, a fost urmărită morbiditatea post operație cezariană în mai multe studii randomizate controlate. Morbiditatea post operație cezariană poate fi însă compusă din mai multe comorbidități (de exemplu la aceeași pacientă și transfuzie de sânge și histerectomie). Introducerea tuturor morbidităților în studii fără a lua în seamă că unele au apărut la aceeași pacientă a condus la concluzia că morbiditatea materno-fetală pare să fie mai mare la operațiile cezariene programate decât la nașterile pe căi naturale programate. Introducerea morbidităților pe cazuri individuale, având în vedere la fiecare pacientă ce comorbidități a avut post operator sau post naștere pe căi naturale a condus la rezultatul că nu există diferențe notabile între comorbiditățile materno-fetale post operație cezariană programată și cele post naștere pe cale vaginală programată.

De notat că la rezultatele grupului de paciente cu naștere pe cale vaginală programată au fost incluse și comorbiditățile apărute după cezarienele de urgență care au fost efectuate în unele din aceste cazuri, iar la grupul cu operație cezariană programată au fost incluse și comorbiditățile apărute după cezarienele de urgență care au fost efectuate de necesitate în unele din aceste cazuri.

Standard

Medicul trebuie să accepte refuzul pacientei pentru orice tratament propus, inclusiv pentru operația cezariană.

Argumentare

Pentru ca procesul de obținere a consimțământului să aibă sens, refuzul tratamentului trebuie să existe ca și opțiune. Adulții conștienți au dreptul să refuze un tratament, chiar dacă această conduită (intervenție chirurgicală) prezintă un beneficiu clar și evident pentru mamă sau/și pentru făt.

Standard

În cazul în care pacienta refuză operația cezariană, medicul curant trebuie să menționeze în foaia ei de observație acest lucru.

Argumentare

Pentru evitarea unei situații de malpraxis, refuzul informat trebuie documentat în actele medicale, pacienta asumându-și răspunderea deplină pentru riscurile potențiale.

Standard

Când s-a luat decizia efectuării operației cezariene, medicul trebuie să dispună persoanei abilitate înregistrarea sau să înregistreze în fișa de observație factorii care au condus la această decizie și care dintre aceștia este cel mai important.

Argumentare

Orice terapie sau intervenție chirurgicală trebuie să aibă în foaia de observație motivul efectuării acesteia pentru o posibilă evaluare ulterioară a evoluției cazului, dar și pentru protecția medicului.

Factori ce influențează decizia realizării operației cezariene

Standard

În luarea deciziei asupra terminării nașterii prin operație cezariană medicul curant trebuie să se consulte cu medicul șef de secție sau șef de gardă.

Argumentare

Luarea deciziei asupra terminării nașterii trebuie luată după consultarea medicului șef de secție/de gardă deoarece această situație conduce la scăderea ratei cezarienelor

Standard

Medicul trebuie să efectueze operația cezariană numai într-o maternitate capabilă să efectueze transfuzii de sânge sau derivate.

Argumentare

Pacientele a căror cezariană este efectuată pentru hemoragie antepartum, abruptio placentae, ruptură uterină și placenta praevia au risc crescut de a pierde peste 1000 ml sânge intraoperator. Transfuziile cu sânge sau derivate, pot fi necesare în cazurile cu hemoragii obstetricale severe, capacitatea de a efectua transfuzii fiind astfel un factor preventiv pentru evoluția acestor complicații majore. 1,4% din pacientele cu cezariene programate necesită transfuzie de sânge

Standard

În cazul maternităților fără linie de gardă ATI, în condițiile prezentării pentru naștere a unei paciente cu indicații pentru operația cezariană, medicul trebuie să indice transferul la cea mai apropiată unitate de nivel superior conform legislației în vigoare.

Elemente interesând actul operator

Recomandare

Se recomandă ca fiecare serviciu ATI să dezvolte un protocol propriu de gestionare a aportului de alimente solide și lichide în perioada peripartum ca și de profilaxia a sindromului de aspirație în consens cu recomandările SRATI.

Standard

Fiecare maternitate trebuie să dezvolte un protocol pentru eșecul intubației oro - traheale în cursul anesteziilor în obstetrică.

Argumentare

Eșecul intubației oro - traheale este una dintre cauzele de deces matern și are o incidență de apariție de 1/249 cazuri.

Recomandare

Se recomandă medicului să practice operația cezariană pe o masă de operație cu posibilitatea de a se înclina spre lateral stânga cu 15 grade.

Argumentare

Înclinarea spre lateral stânga cu 15 grade se utilizează pentru a reduce efectele sindromului de venă cavă inferioară, prin scăderea compresiei venei cave inferioare de către uterul gravid și hipotensiunea rezultantă.

Standard

La orice operație cezariană este obligatorie prezența unui medic neonatolog sau pediatru instruit în resuscitarea nou-născutului.

Argumentare

Copiii născuți prin operație cezariană cu anestezie generală au o rată de apariție a unui scor Apgar sub 7 mai mare decât copiii născuți prin operație cezariană cu anestezie regională.

Copiii născuți prin operație cezariană cu anestezie regională au o rată de apariție a unui scor Apgar la 1 minut de sub 4 mai mare decât copiii născuți pe cale vaginală.

Standard

În cazul tumorilor-praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, medicul trebuie să îndrume gravida către o unitate de nivel II sau III.

Standard

În cazul în care aceste tumori sunt anexiale și se suspicionează malignitatea, medicul trebuie să trimită gravida la o unitate nivel II sau III cu posibilitatea examenului anatomopatologic extemporaneu, în condițiile disponibilității acestui examen.

Standard

Medicul trebuie să îndrume pacientele gravide cu cancer de col uterin în servicii de obstetrică de Nivel II sau III.

Medicația menționată în ghid

| Numele medicamentului | Oxytocinum |
|-----------------------|--|
| Indicații | Produce contracții ritmice ale uterului gravid, cu efect progresiv pe măsura creșterii vârstei gestaționale și a apariției de receptori ocitocici la nivelul uterului. În doze mici determină creșterea frecvenței și intensității contracțiilor uterine; în doze mari determină contractura tetanică a uterului; vasopresor și antidiuretic. fiole de 2 ml/2 UI sau 1 ml/ 5 UI |
| Doze | 5 UI în bolus 10 UI în p.e.v. 500 ml ser fiziologic în ritm de 10-20 pic/min. Doza poate fi ajustată în funcție de necesități. |
| Contraindicații | Hipersensibilitate documentată, HTAIS severă, hiperdinamică uterină, prezentații distocice, travaliu în care nașterea pe cale vaginală trebuie evitată (neoplasm cervical, prolapsare de cordon, placenta praevia totală, vase praevia). |
| Interacțiuni | Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticilor. |
| Sarcina și alăptare | Categoria X - contraindicat în sarcină; precauție în alăptare |
| Atenție! | Risc de hipotensiune, aritmii, stop cardiac la injectare bolus; intoxicație cu apă la aport oral hidric; monitorizare fetală. |

| Numele medicamentului | Ampicillinum |
|-----------------------|---|
| Indicații | Infecții genito-urinare (infecții gonococice, endometrite) Preoperator în profilaxia infecției Endocardita bacteriană |
| Doza pentru adulți | Adulți 2g i.v./zi (500 mg/ 6 ore) |
| Contraindicații | Hipersensibilitate cunoscută |
| Interacțiuni | Poate diminua efectele contraceptivelor orale |
| Sarcina | Categoria B – De obicei sigură, dar avantajele trebuie să contrabalanseze riscurile |
| Atenție! | Doza trebuie ajustată în cazul disfuncțiilor renale |

| Numele medicamentului | Methylergometrinum |
|------------------------------|--|
| Indicații | Alcaloid care produce contracția tetanică a uterului; fiole de 1 ml/ 0.2 mg. Doza pentru adulți 0.2 ml i.v. = doza administrată pentru dirijarea Periodului III În hipotonia uterina: 0.2 ml i.v. lent (efectul apare în 10 secunde), repetabilă la 30 min sau 0.2 ml diluat în 500 ml ser fiziologic și administrat în debitul necesar efectului uterotonic sau 0.2 ml i.m. (efectul apare în 7 min) |
| Interacțiuni. | Nu se asociază cu vasoconstrictoarele |
| Sarcină și alăptare | Categoria X - contraindicat în sarcină și travaliu |
| Atenție! | Efecte secundare: dozele mari pot provoca greață, vomă, dureri pelviene, hipertensiune arterială trecătoare; injectarea intravenoasă rapidă (în mai puțin de 1 minut) poate fi cauză de hipertensiune arterială bruscă (chiar de accidente cerebro-vasculare), parestezii, amețeli, cefalee, tinitus, palpitații, dureri precordiale, dispnee, sudorație; rareori erupții cutanate. |

| Numele medicamentului | Methotrexatum |
|------------------------------|---|
| Indicații | Leucemie limfocitară, coriocarcinom, cancer de sân, de col uterin, testicular, etc. (se folosește obișnuit în asociații polichimioterapice); psoriazis; ca imunodepresiv în transplantul de măduvă și în cazuri selecționate de boli autoimune (artrita reumatoidă, dermatomiozita, granulom Wegener, etc.). Comprimate de 2,5 mg Fiole a 1 ml/ 5 mg, 25 mg sau 50 mg |
| Doza pentru adulți | Oral 15-30 mg/m ² în cure de 5 zile, mai multe săptămâni; Administrarea parenterală 25-75 mg/m ² o dată sau de două ori pe săptămână, în funcție de natura și severitatea afecțiunii tratate. Produsul se mai poate administra: intramuscular, intratecal și intratumoral. |
| Contraindicații | Insuficiență renală severă, insuficiență hepatică, hipoplazie medulară; leucopenie, trombocitopenie sau anemie, afecțiuni renale sau hepatice, în boala ulceroasă, colită ulceroasă, în prezența infecției, la copiii mici și la bătrâni. |
| Interacțiuni | Nu se asociază cu salicilați și alte antiinflamatorii nesteroidiene, sulfamide, antibacteriene, andiabetice sau diuretice, tetraciline, cloramfenicol, acid p-aminobenzoic, ca și cu diferite medicamente potential nefrotice și hepatotoxice (crește riscul reacțiilor toxice la metotrexat); se vor evita băuturile alcoolice. Sarcina (se va evita concepția în timpul și 3 luni după terminarea tratamentului), perioada de alăptare, |
| Sarcina | Categoria X - contraindicat în sarcină; precauție în alăptare |
| Atenție! | Doza trebuie ajustată în cazul disfuncțiilor renale, hepatice, hematologice |

| Numele medicamentului | Carbetocinum |
|------------------------------|--|
| Indicații | Atonie uterină, hemoragie postpartum |
| Doza pentru adulți | Doză unică de 100 μg i.v |
| Contraindicații | Hipersensibilitate dovedită, afecțiuni cardiovasculare severe, inducerea |

| | |
|--------------|---|
| | travaliului |
| Interacțiuni | Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticelor. |
| Sarcina | Categoria X - contraindicat în sarcină; |
| Atenție! | Risc de hipotensiune, aritmii |