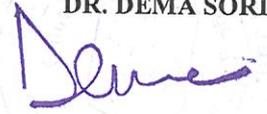


  unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE <b>O.G.</b>	<b>PROTOCOL DE EFECTUARE A MANOPERELOR/INTERVENȚIILOR MEDICO-CHIRURGICALE</b>	Ediția: I
	<b>PROTOCOL PRIVIND NAȘTEREA PRIN OPERAȚIE CEZARIANA</b>	Revizia: 0
		Data implementării: .....
		Exemplar nr. 1

Nr. ...23... din 11.01.2021

APROBAT,  
DIRECTOR MEDICAL  
DR. DEMA SORIN



**PROTOCOL: PROTOCOL PRIVIND NAȘTEREA PRIN OPERAȚIE CEZARIANĂ**

**COD: Pr. M.-O.G.-SCMUT-04**

(conform codificării de la pct. 3 din Ghid)

**ECHIPA DE ELABORARE A PROTOCOLULUI:**

Conf. Univ. Dr. Veronica Daniela Chiriac

Prof. Univ. Dr. Laurențiu Pirtea

ȘL. Dr. Doru Ciprian Crișan

Prof. Univ. Dr. Ioan Sas

*[Handwritten signature]*  
 Conf. Dr. DANIELA CHIRIAC  
 medic primar  
 obstetrică - ginecologie  
 cod 640640

*[Handwritten signature]*  
 Prof. Dr. SAS IOAN  
 medic șef secție  
 obstetrică - ginecologie  
 Cod 096677

*[Handwritten signature]*  
 Dr. CRIȘAN D. CIPRIAN  
 medic șef secție ginecologie  
 cod 777545

Conf. Univ. Dr. Hegheș Alina  
 farmacist primar clinician

Prezentul protocol medical a fost avizat de Consiliul medical, în cadrul ședinței din data de 11.01.2021 (P.V. nr. ...1... din 11.01.2021)

Prezentul document este proprietatea Spitalului Clinic Municipal de Urgență Timișoara și nu poate fi reprodus, în totalitate sau în parte, decât cu acordul scris al instituției. Orice referire la acest document trebuie făcută cu indicarea sursei și cu menținerea în context a informațiilor.

## **1. CUPRINS**

<b>2. LISTA DE DIFUZARE .....</b>	<b>3</b>
<b>3. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMNETARE) .....</b>	<b>3</b>
<b>4. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APLICABILE PROTOCOLULUI.....</b>	<b>3</b>
<b>5. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI.....</b>	<b>6</b>
<b>6.DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR.....</b>	<b>9</b>
<b>7. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUȚII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE.....</b>	<b>9</b>
<b>8. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL.....</b>	<b>9</b>
<b>10. INDICATORI DE EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE.....</b>	<b>9</b>

## 2. LISTA DE DIFUZARE

Nr. crt.	Scopul difuzării	Microstructura/Persona	Data difuzării	Semnătura
1.	Aplicare	O.G.		
2.	Informare	S.C.M.U.T.		
3.	Evidență	O.G.		

## 4. SCOP ȘI OBIECTIVE (MOTIVARE ȘI FUNDAMENTARE)

- Permite actualizarea cunoștințelor medicale și uniformizarea atitudinilor și/sau aptitudinilor medicale în ceea ce privește nașterea prin operație cezariană.
- Desfășurarea în condiții optime și sigure a îngrijirilor medicale, creșterea satisfacției pacientului, asigurarea continuității îngrijirilor, garantarea, ameliorarea și evaluarea calității îngrijirilor aferente activității ce privește nașterea prin operație cezariană.
- Asigură creșterea eficacității și eficientizarea costurilor și promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale.
- Asigură crearea unei baze de cercetare pentru eliminarea continuă a incertitudinilor și riscurilor actelor medicale.
- Oferă standarde audibile, ce pot fi îmbunătățite.
- Reduce semnificativ riscurile asociate procesului privind nașterea prin operație cezariană:
  - Agravarea stării de sănătate/ decesul pacientului
  - Apariția de infecții asociate asistenței medicale
  - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

## 5. DOCUMENTE DE REFERINȚĂ APLICABILE PROTOCOLULUI

- *Legea nr.95/2006, privind reforma in sanatate;*
- *OMS nr.446/2018,privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor;*
- *OMS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003;*
- *OMS nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale in unitatile sanitare din atribuțiile managerului unității sanitare, a directorului medical, a medicului șef de secție A.T.I. sau secție cu risc, a medicului curant (indiferent de specialitate) după caz, face parte și: „[...] răspunde de derularea activității de screening al pacienților pentru depistarea colonizarilor/infecțiilor cu germeni multiplerezistenți, in conformitate cu prevederile programului national de supraveghere si control al infectiilor asociate asistentei medicale”;*
- *Ordinul președintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările și completările ulterioare ce prevede*
  - Cerința ”02.03.05.02 - Personalul medical consemnează informațiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigațiilor și recomandările terapeutice conform specialității” ce subscie indicatorii:
    - ”02.03.05.02.02 - Ora și data efectuării consulturilor medicale și a intervențiilor medicale invazive, diagnostice și terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului” aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese;

- "02.03.05.02.03 - În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigații" aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese;
- "02.03.05.02.05 – În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigațiilor" aferent L.V. 25 – Aplicarea traseului pacientului.
- Cerința "02.12.04.02 - În practica medicală sunt aplicate și respectate protocoalele chirurgicale și anestezice" ce subscrie indicatorii:
  - "02.12.04.02.01 – Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator este completat la zi" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN);
  - "02.12.04.02.02 – La nivelul Consiliului medical există analize periodice ale respectării protocoalelor chirurgicale și anestezice" aferent L.V. 07 - Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical).
- Cerința "02.12.04.03 - Incidentele apărute în practica chirurgicală și anestezică sunt recunoscute și se iau măsuri imediate" ce subscrie indicatorii:
  - "02.12.04.03.01 – Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenții chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de nașteri (BN)/unității operatorii independente(UOI)/sălii de operații (SO)/sălii de nașteri(SN), L.V. 60 – Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervențională și medicină nucleară.
- Cerința "02.03.03.01 – Spitalul asigură condițiile necesare pentru continuitatea actului medical" ce subscrie indicatorii:
  - "02.03.03.01.02 – Spitalul stabilește criteriile de prioritizare a intervențiilor chirurgicale" aferent L.V. 7 – Managementul activităților medicale la nivel de spital (atribuțiile directorului medical și ale consiliului medical).
- Cerința "02.11.04.01 - Structurile medicale (secții/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează și tratează riscul infecțios al activităților de asistență medicală" ce subscrie indicatorii:
  - "02.11.04.01.04 – Infecțiile de plagă operatorie sunt identificate și consemnate în FO de către medicul curant/chirurg operator" aferent L.V. 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/și digitală) – centralizarea datelor culese.

- Neilson, JP; Lavender, T; Quenby, S; Wray, S (2003). "Obstructed labour". British Medical Bulletin. 67:191–204
- Hofmeyr, G.J (2004-05-19). "Obstructed labor: using better technologies to reduce mortality". International Journal of Gynecology & Obstetrics. 85: S62–S72
- Carmen Dolea, Carla AbouZahr (July 2003). "Global burden of obstructed labour in the year 2000" (PDF). Evidence and Information for Policy (EIP), World Health Organization
- Ioan Munteanu. Tratat de obstetrica 2000
- Van der, Vange N, Weverling, GJ, Ketting, BW, et al. The prognosis of cervical cancer associated with pregnancy: a matched cohort study. Obstet Gynecol 1995; 85:1022.
- Economos, K, Veridiano, NP, Delke, I, et al. Abnormal cervical cytology in pregnancy: A 17-year experience. Obstet Gynecol 1993; 81:915.
- Takushi, M, Moromizato, H, Sakumoto, K, Kanazawa, K. Management of invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: outcome of intentional delay in treatment. Gynecol Oncol 2002; 87:185.
- Sevin, BU, Nadji, M, Averette, HE, et al. Microinvasive carcinoma of the cervix. Cancer 1992; 70:2121.
- Sood, AK, Sorosky, JI, Krogman, S, et al. Surgical management of cervical cancer complicating pregnancy: a case-control study. Gynecol Oncol 1996; 63:294.

- Hannigan, EV, Whitehouse HH, 3rd, Atkinson, WD, Becker, SN. Cone biopsy during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982; 60:450
- Schorge, JO, Lee, KR, Sheets, EE. Prospective management of stage IA1 cervical adenocarcinoma by conization alone to preserve fertility: a preliminary report. *Gynecol Oncol* 2000; 78:217.
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, number 35, May 2002. *Obstet Gynecol* 2002; 99:855.
- Penn, Z, Ghaem-Maghani, S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15:1.
- Zanardo, V, Padovani, E, Pittini, C, et al. The influence of timing of elective cesarean section on risk of neonatal pneumothorax. *J Pediatr* 2007; 150:252.
- McKenna D, ester Jr, elective cesaerean delivery for whomen with previous anal sphincter rupture. *Am J Obstet Gynecol*, 2003. Nov; 189 95);1251-6
- Kriplani A, relan S, Misra NK, Mehta VS, Takkar D, Ruptured intracranial aneurysm complicating pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1995, feb; 48(2):201-6
- Piotin M, Souza Filho Cb, Moret J, endovascular treatment of acutely ruptured intracranial aneurysm in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001. Nov; 185(5):1261-2
- Brisman JL, Soliman E, 2007. Cerebral aneurysm. *eMedicine*, topic=3468
- Nienaber C, Von Kodolitsch Y, Therapeutic management of patients with Marfan syndrom. *Focus on cardiovascular involvment. Cardiol Rev*, 1999 Nov-Dec; 7(6):332-41
- Keskin H, Mungan T, Aktepe-keskin E, Marfan syndrom in pregnancy: A case report, *Ann saudi Med*, 2002
- Hwa J, Richards Jg, Huanhg H, mcKay D, The natural history of aortic dilatation in Marfan Syndrome. *Med J Aust*, 1993. Apr 19;158 (8);558-62
- Pyeritz R, maternal and fetal complications of pregnancy in the Marfan syndrom. *Am J Med*, 1981. Nov;71
- Sakala Ep, Harding MD, Ehlers-Danlos syndrom type III and pregnancy - a case report, *J reprod med* 1991
- Lurie S, Manor M, Hagay Zj, The threat of type iv Ehlers-Danlos syndrome on maternal well being during pregnancy 1998
- Sunness Js, Pregnancy and retinal disease. In: Sj Ryan, Ap Schachat, RBM. *retina*. second ed. St Louis, Mosby-1994
- Sunnes Js. The pregnanat women's eye. *surv Ophthalmol* 1988 32 (4) : 219-238
- Fastenberg DM, Ober RR, Central serous choroidopathy in pregnancy. *Aech Ophthalmol* 1999
- Quintero N, Duenas Diez JL, Bedoya Bergua C, Taboada Montes C, Padillo JP. The use of the radiopelvimetria previously to the induction of labor in primigravidas. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2010
- Pattinson RE. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Pelvimetry. Guideline No. 14. London: RCOG; 2001.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The Use of Electronic Fetal Monitoring: The Use and Interpretation of Cardiotocography in Intrapartum Fetal Monitoring. London: RCOG Press; 2001. Evidence-based Clinical Guideline No. 8.
- Hall, DR, Odendaal, HJ, Steyn, DW, Grive, D. Urinary protein excretion and expectant management of early onset, severe preeclampsia. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77:1.
- Chammas, MF, Nguyen, TM, Li, MA, et al. Expectant management of severe preterm preeclampsia: is intrauterine growth restriction an indication for immediate delivery?. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:853.
- Chari, RS, Friedman, SA, O'Brien, JM, Sibai, BM. Daily antenatal testing in women with severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1207.

- Hall, DR, Odendaal, HJ, Steyn, DW, Grove, D. Expectant management of early onset, severe preeclampsia: maternal outcome. *BJOG* 2000; 107:1252.
- Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Seminars in Perinatology*. 2009 Jun;33(3):130–137.
- Management of Twin Pregnancies (Part I) 2000. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. [www.gfmer.ch/Guidelines/Pregnancy\\_newborn/Multiple\\_pregnancy.html](http://www.gfmer.ch/Guidelines/Pregnancy_newborn/Multiple_pregnancy.html)
- Danforth's Obstetrics and Gynecology sixth edition,1990; cap. Multiple pregnancy; pg. 381-402
- John E. Turrentine, MD - Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology –second edition 2003 The Parthenon Publishing Group pg. 327, 332-3331
- Williams Obstetrics 23st Ed,2000
- Steven Gable, Jennifer Niebyl, joe leigh simpson. Obstetrics, Normal and problem pregnancies 2007
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnostic and management. Guideline No. 27
- Ghourab S. Third trimester transvaginal ultrasonography in placenta praevia: does the shape of the lower placental edge predict clinical outcome? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:103-8.
- Oppenheimer, LW, Farine, D, Ritchie, JW, et al. What is a low-lying placenta?. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1036.
- Dawson, WB, Dumas, MD, Romano, WM, et al. Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placenta distance predict outcome?. *J Ultrasound Med* 1996; 15:441.
- Bhide, A, Prefumo, F, Moore, J, et al. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG* 2003; 110:860.
- Oyelese, Y, Smulian, JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107:927.
- Cunningham FG, Williams JW. Obstetrics 19th edition. Placenta Praevia pag.836-40.
- Kayem G, Pannier E, Goffinet F, Grange G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. *Fertil Steril* 2002;78:637-8.
- Courbiere B, Bretelle F, Porcu G, Gamere M, Blanc B. Conservative treatment of placenta accreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32;549-54.
- Clement D, Hayem G, Cabrol D. Conservative treatment of placenta praevia: a safe alternative. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:108-9
- Schauburger CW, Rooney BL, Beguin EA, Schaper AM, Spindler J. Evaluating the thirty minute interval in emergency cesarean sections. *J Am Coll Surg* 1994;179:151–5.
- Roemer VM, Heger-Romermann G. [Emergency Cesarean section–basic data]. [German]. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatalogie* 1992;196:95–9.
- Dunphy BC, Robinson JN, Sheil OM, Nicholls JSD, Gillmer MDG. Cesarean section for fetal distress, the interval from decision to delivery, and the relative risk of poor neonatal condition. *J Obstet Gynaecol* 1991;11:241–4.
- NICE- National Institute for Health and Care Excellence. Cesarean section. Clinical guideline. 23.11.2011. Available at: [nice.org.uk/guidance/cg132](http://nice.org.uk/guidance/cg132)
- Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev* 2015;16:621 – 38
- Ayres-de-Campos D. Obesity and the challenges of caesarean delivery: prevention and management of would complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015;29:406 – 14.
- Ashwal E, Wertheimer A, Aviram A, Orbach-Zinger S, Yogev Y, Hirsch L. Maternal hemoglobin decline following 'uneventful' cesarean delivery, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2016;29:3061- 3065
- Saint Louis H. Cesarean Delivery. *Medscape* 2018. Available at <https://emedicine.medscape.com/article/263424-overview>

- Senanayake H. Elective cesarean section without urethral catheterization. *J Obstet Gynaecol Res* 2005;31:32–7.
- Nasr AM, ElBigawy AF, Abdelamid AE, Al-Khulaidi S, Al-Inany HG, Sayed EH. Evaluation of the use vs nonuse of urinary catheterization during cesarean delivery: a prospective, multicenter, randomized controlled trial. *J Perinatol* 2009;29:416–21.
- Hopkins L, Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *J Clin Epidemiol* 2009;62:1006-12.
- Alfirevic Z, Gyte GM, Dou L. Different classes of antibiotics given to women routinely for preventing infection at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 10:CD008726.32
- Costantine MM, Rahman M, Ghulmiyah L, et al. Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:301.e1-6.
- Gates S, Brocklehurst P, and Davis, L. J. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
- Kennedy CE, Yeh TP, Pandey S, Betran A, Narasimhan M. Elective cesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS* 2017, 31:1579–1591
- Tanner J, Parkinson H. Double gloving to reduce surgical cross-infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1)
- Edwards PS, Lipp A, Holmes A. Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2005.
- Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie-McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.
- Naki MM, Api O, Celik H, Kars B, Yasar E, Unal O. Comparative study of Misgav-Ladach and Pfannenstiel- Kerr cesarean techniques: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24:239-44.
- Gedikbasi A, Akyol A, Ulker V, et al. Cesarean techniques in cases with one previous cesarean delivery: comparison of modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel-Kerr. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283:711-6.
- Belci D, Kos M, Zoricic D, et al. Comparative study of the “ Misgav Ladach ” and traditional Pfannenstiel surgical techniques for cesarean section. *Minerva Ginecol* 2007;59:231-40.
- Xavier P, Ayres-De-Campos D, Reynolds A, Guimaraes M, Costa-Santos C, Patricio B. The modified Misgav-Ladach versus the Pfannenstiel-Kerr technique for cesarean section: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:878-82.
- Mathai M, Hofmeyr GJ. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD004453.
- Sekhavat L, Dehghani Firouzabadi R, Mojiri P. Effect of expansion technique of uterine incision on maternal blood loss in cesarean section. *Arch Gynecol Obstet* 2010;282:5-479.
- Cromi A, Ghezzi F, Di Naro E, Siesto G, Loverro G, Bolis P. Blunt expansion of the low transverse uterine incision at cesarean delivery: a randomized comparison of 2 techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:292.e1-6.
- Jeve YB, Navti OB, Konje JC. Comparison of techniques used to deliver a deeply impacted fetal head at full dilation: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2016;123:337 – 345.
- Kamel A, El-Mazny A, Salah E, Ramadan W, Hussein AM, Hany A. Manual removal versus spontaneous delivery of the placenta at cesarean section in developing countries: a randomized controlled trial and review of literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(24):3308-3313.
- Waqar F, Nasar R, Fawad A. The comparison of placental removal methods on operative blood loss. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2008 Jul-Sep;20(3):3-5.
- Duff P. A simple checklist for preventing major complications associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2010 Dec;116(6):1393-6.

- Liabsuetrakul T, Peeyananjarassri K. Mechanical dilatation of the cervix at non-labour caesarean section for reducing postoperative morbidity. Cochrane Database Syst Rev 2011;11:CD008019.

## 5. DEFINIȚII ȘI ABREVIERI

Nr. crt.	Termenul	Definiția și/sau dacă este cazul, actul care definește termenul
<b>5.1. DEFINIȚII:</b>		
1	Operație cezariană	intervenție chirurgicală care presupune incizia peretelui uterin pentru extragerea fătului
2	Operație cezariană electivă	intervenția realizată parturientei pe baza unor indicații obstetrice și/sau medicale sau la cererea acesteia, înainte de instalarea travaliului
3	Operația cezariană de urgență	intervenția realizată parturientei pe baza unor indicații obstetrice și/sau medicale în timpul travaliului
<b>5.2. ABREVIERI:</b>		
1	SCMUT	Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara
2	O.G.	Obstetrică-Ginecologie
3	OC	Operație cezariană
4	Hb	hemoglobină
5	HELLP	Hemoliză, transaminaze crescute, trombocitopenie
6	HIV	Virusul imunodeficienței umane
7	HLG	Hemoleucogramă
8	HT	Hematocrit
9	HTA	Hipertensiune arterială
10	HTAIS	Hipertensiune arterială indusă de sarcină
11	IRM	Imagistică prin rezonanță magnetică
12	HLG	Hemoleucogramă
13	HTA	Hipertensiune arterială
14	RMN	Rezonanță magnetică nucleară
15	NVDC	Naștere vaginală după cezariană
16	Rh	Rhesus
17	UI	Unități internaționale

## 6. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### Indicațiile operației cezariene:

- Obstrucția canalului de naștere
- Malformațiile vaginului
- Cancerul de col asociat sarcinii
- Patologia cicatricială cervico-vagino-perineală
- Recomandarea survenită după un consult interdisciplinar
- Distocia osoasă
- Prezența distocică : transversă, cefalică deflectată, pelvină (când asociază și un alt element de distocie)

- Distocia de dilatație necorectată medicamentos
- Distocia de dinamică necorectată medicamentos
- Hipertensiunea arterială asociată sarcinii
- Sarcina multiplă
- Uterul cicatricial
- Placenta praevia
- Decolarea prematură de placenta normal inserată
- Prolabarea sau procidența de cordon ombilical
- Ruptura prematură de membrane în următoarele situații: prezentație pelviană, uter cicatricial, corioamniotită clinic manifestă, suferința fetală, prolăbarea de cordon
- Ruptura precoce de membrane în următoarele situații: eșecul declansării travaliului, prezentația pelviană, uter cicatricial, corioamniotită clinic manifestă, suferința fetală, prolăbarea de cordon
- Vasa praevia și inserția velamentoasă de cordon (operație cezariană nu mai târziu de 38 săptămâni)
- La gravidele HIV pozitive
- La gravidele cu primoinfecție herpetică în trimestrul 3 sau episod activ în apropierea termenului sau debutului travaliului
- Suferința fetală acută
- Suferința fetală cronică
- Izoimunizarea Rh
- Malformațiile congenitale dacă se consideră că nașterea vaginală ar duce la agravarea stării fătului
- Fat mort antepartum (în funcție de condițiile locale sau în cazul în care gravida solicită acest lucru)
- Operația cezariană la cerere (poate fi luată în discuție după o consiliere maternă adecvată și documentată)

#### **Obținerea consimțământului informat**

- Medicul trebuie să obțină consimțământul informat al pacientei pentru operația cezariană;
- Medicul trebuie să accepte refuzul pacientei pentru orice tratament propus inclusiv pentru operația cezariană și să menționeze acest lucru în foaia de observație;

#### **Intervalul de decizie în cazul operației cezariene**

- Se recomandă extracția fătului într-un timp cât mai scurt în cazul afectării materno-fetale acute (sub 30 minute).

#### **Evaluarea preoperatorie**

- Se recomandă evaluarea preoperatorie a următorilor factori de risc: obezitatea maternă (IMC > 40), HTAIS, anemie, stări de sepsis sau prezența unei infecții (streptococ beta hemolitic, sifilis, HIV, stafilococ auriu);
- Se impune efectuarea hemoleucogramei complete și coagulogramei;

#### **Pregătirea pentru operația cezariană**

- Se impune cateterizarea vezicii urinare pentru prevenția leziunilor vezicii urinare în cadrul operației cezariene;
- Se recomandă antibioprofilaxia prin utilizare unei doze de cefalosporină generația a II-a sau Ampicilină administrată înaintea sau în timpul operației cezariene;
- Se recomandă efectuarea profilaxiei trombozei venoase.

## Managementul intraoperator

- Se recomandă efectuarea unei incizii transversale a peretelui abdominal în absența unei indicații pentru incizia mediană;
- Se recomandă efectuarea unei histerotomii segmento-transversale în absența în absența unei indicații pentru o altfel de histerotomie;
- Se recomandă decolarea digitală a țesuturilor;
- Se recomandă extracția manuală a prezentației fetale;
- Extracția placentei poate fi efectuată în funcție de situația clinică și preferințele medicului: extracție manuală, tracțiune pe cordon sau decolare spontană;
- Se recomandă efectuarea controlului cavității uterine în situații suspiciunii de resturi placentare prin control manual sau control instrumental;
- Se recomandă administrarea intravenoasă de uterotonice după clamparea cordonului ombilical;

## Monitorizarea postoperatorie

- Se recomandă urmărirea postoperatorie a următorilor parametrii: sângerare vaginală, prezența globului uterin de siguranță, drenajul abdominal, reluarea tranzitului intestinal, vindecarea plăgii operatorii;
- Se recomandă încurajarea mobilizării precoce a pacientei;
- Se recomandă supravegherea evoluției plăgii operatorii;

## 7. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUȚII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUȚIONALE ȘI INTERINSTITUȚIONALE

- Resurse umane, competențe necesare: medic primar/specialist, medic rezident, asistentă medicală din secțiile de obstetrică-ginecologie, ATI și neonatologie.
- Resurse materiale, echipamente medicale: acces la laborator analize, acces la sala de operații, instrumental chirurgical adecvat.

## 8. CONDIȚII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

Deși protocolul reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi științifice disponibile în domeniu, nu trebuie considerat că aceste recomandări includ toate intervențiile potrivite sau exclud pe toate cele nepotrivite pentru situația în cauză. Protocolul nu intenționează să înlocuiască raționamentul medical la fiecare caz în parte. Decizia medicală trebuie să ia în considerare particularitățile individuale și opțiunea pacientului, precum și resursele, caracterele specifice și limitările instituțiilor de practica medicala. Fiecare medic care aplică recomandările în scopul stabilirii unui plan terapeutic trebuie să utilizeze propriul raționament medical independent, în funcție de fiecare caz în parte și în funcție de experiența personală în corelație cu dotarea institutiei în care acesta își desfășoară activitatea.

În caz de necesitate clinicienii vor apela la judecata clinică, cunostiințele și experiența pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta și se vor argumenta în FOCG ținând cont decircumstanțele individuale ale fiecărui bolnav, de opțiunile exprimate de către pacient și de experiența clinică a practicianului.

## 9. INDICATORI DE EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE

Indicatori de eficacitate: ameliorarea scorurilor chestionarelor de evaluare aplicate pacientului la externare comparativ cu internare.

Indicatori de eficiență:

- Proporția pacienților reinternați (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare post-operație (cod procedură N01104) în ultimul an calendaristic;

- Numărul de pacienți internați cu procedura N01104 care au dezvoltat complicații, în ultimul an calendaristic;
- Procentul pacienților internați și transferați către alte spitale din total pacienți internați cu procedura N01104, în ultimul an calendaristic;
- Numărul de reclamații/plângeri ale pacienților legate de pacienții internați cu procedura N01104, în ultimul an calendaristic;
- Rata infecțiilor asociate asistenței medicale pentru pacienții cu procedura N01104, în ultimul an calendaristic.