



**Ministerul Sănătății Publice**  
Comisia Consultativă de  
Obstetrică și Ginecologie



**Colegiul Medicilor  
din România**  
Comisia de  
Obstetrică și Ginecologie



**Societatea de Obstetrică și  
Ginecologie din România**



**Institutul pentru Ocrotirea Mamei  
și Copilului "Alfred Rusescu"**  
București

# **Prolabarea de cordon ombilical**

**SERIA GHIDURI CLINICE PENTRU OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE**

**Ghidul 24/Revizia 0  
14.12.2012**

Publicat de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România

Editor: Daniel MUREȘAN

© Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România, 2012.

Grupul de Coordonare a procesului de elaborare a ghidurilor încurajează schimbul liber și punerea la dispoziție în comun a informațiilor și dovezilor cuprinse în acest ghid, precum și adaptarea lor la condițiile locale.

Orice parte din acest ghid poate fi copiată, reprodusă sau distribuită, fără permisiunea autorilor sau editorilor, cu respectarea următoarelor condiții: (a) materialul să nu fie copiat, reprodus, distribuit sau adaptat în scopuri comerciale; (b) persoanele sau instituțiile care doresc să copieze, reproducă sau distribuie materialul, să informeze Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România; și (c) Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România să fie menționate ca sursă a acestor informații în toate copiile, reproducerile sau distribuțiile materialului.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății prin Ordinul 1524/2009 cu modificările și completările ulterioare și avizat favorabil de Colegiul Medicilor din România și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

#### Precizări

Ghidurile clinice pentru Obstetrică și Ginecologie sunt elaborate sistematic la nivel național cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ginecologice și obstetricale. Ele prezintă recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe dovezi publicate, pentru a fi luate în considerare de către medicii obstetricieni/ginecologi și de alte specialități, precum și de celelalte cadre medicale implicate în îngrijirea pacientelor cu afecțiuni ginecologice și obstetricale.

Deși ghidurile reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi disponibile, ele nu intenționează să înlocuiască raționamentul practicianului în fiecare caz individual. Decizia medicală este un proces integrativ care trebuie să ia în considerare circumstanțele individuale și opțiunea pacientei, precum și resursele, caracterile specifice și limitările instituțiilor de practică medicală. Se așteaptă ca fiecare practician care aplică recomandările în scopul diagnosticării, definirii unui plan terapeutic sau de urmărire, sau al efectuării unei proceduri clinice particulare să utilizeze propriul raționament medical independent în contextul circumstanțelor clinice individuale, pentru a decide orice îngrijire sau tratament al pacientei în funcție de particularitățile acesteia, opțiunile diagnostice și curative disponibile.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid au depus eforturi pentru ca informația conținută în ghid să fie corectă, redată cu acuratețe și susținută de dovezi. Dată fiind posibilitatea erorii umane și/sau progresele cunoștințelor medicale, ele nu pot și nu garantează că informația conținută în ghid este în totalitate corectă și completă. Recomandările din acest ghid clinic sunt bazate pe un consens al autorilor privitor la abordările terapeutice acceptate în momentul actual. În absența dovezilor publicate, ele sunt bazate pe consensul experților din cadrul specialității. Totuși, ele nu reprezintă în mod necesar punctele de vedere și opiniile tuturor clinicienilor și nu le reflectă în mod obligatoriu pe cele ale Grupului Coordonator.

Ghidurile clinice nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz, sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a pacientei. Variații ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanțelor individuale și opțiunii pacientei, precum și resurselor și limitărilor specifice instituției sau tipului de practică medicală. Acolo unde recomandările acestor ghiduri sunt modificate, abaterile semnificative de la ghiduri trebuie documentate în întregime în protocoale și documente medicale, iar motivele modificărilor trebuie justificate detaliat.

Instituțiile și persoanele care au elaborat acest ghid își declină responsabilitatea legală pentru orice inacuratețe, informație percepută eronat, pentru eficacitatea clinică sau succesul oricărui regim terapeutic detaliat în acest ghid, pentru modalitatea de utilizare sau aplicare sau pentru deciziile finale ale personalului medical rezultate din utilizarea sau aplicarea lor. De asemenea, ele nu își asumă responsabilitatea nici pentru informațiile referitoare la produsele farmaceutice menționate în acest ghid. În fiecare caz specific, utilizatorii ghidurilor trebuie să verifice literatura de specialitate specifică prin intermediul surselor independente și să confirme că informația conținută în recomandări, în special dozele medicamentelor, este corectă.

Orice referire la un produs comercial, proces sau serviciu specific prin utilizarea numelui comercial, al mărcii sau al producătorului, nu constituie sau implică o promovare, recomandare sau favorizare din partea Grupului de Coordonare, a Grupului Tehnic de Elaborare, a coordonatorului sau editorului ghidului față de altele similare care nu sunt menționate în document. Nici o recomandare din acest ghid nu poate fi utilizată în scop publicitar sau în scopul promovării unui produs.

Toate ghidurile clinice sunt supuse unui proces de revizuire și actualizare continuă. Cea mai recentă versiune a acestui ghid poate fi accesată prin Internet la adresa [www.sogr.ro](http://www.sogr.ro) sau [www.ghiduriclinice.ro](http://www.ghiduriclinice.ro).

Tipărit la [TIPOGRAFIE]

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

ISBN

TITLU GHID / coord.: Prof. Dr. Florin STAMATIAN; ed.: Conf. Dr. Daniel MUREȘAN

I. STAMATIAN, Florin (coord)

II. MUREȘAN, Daniel (ed)



## Cuprins

<b>1</b>	<b>Introducere .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Scop .....</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>Metodologie de elaborare.....</b>	<b>2</b>
3.1	Etapele procesului de elaborare .....	2
3.2	Principii .....	2
3.3	Data reviziei .....	2
<b>4</b>	<b>Structură .....</b>	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>Evaluare și diagnostic .....</b>	<b>3</b>
5.1	Diagnostic .....	3
<b>6</b>	<b>Conduită .....</b>	<b>4</b>
6.1	Conduită profilactică .....	4
6.2	Conduită curativă .....	4
	6.2.1 <i>În cazul unui făt viu</i> .....	4
	6.2.2 <i>În cazul fătului mai mic de 24 SA, mort in utero sau cu malformații incompatibile cu viața</i> ....	6
<b>7</b>	<b>Urmărire și monitorizare.....</b>	<b>6</b>
<b>8</b>	<b>Aspecte administrative.....</b>	<b>6</b>
<b>9</b>	<b>Bibliografie .....</b>	<b>8</b>
<b>10</b>	<b>Anexe .....</b>	<b>9</b>
10.1	Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 13-15 Decembrie 2012 .....	10
10.2	Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor .....	12
10.3	Anexa 3. Medicația menționată in ghid .....	13



## **Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor**

### **Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății**

Prof. Dr. Szabó BÉLA

### **Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România**

Prof. Dr. Vlad TICA

### **Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România**

Prof. Dr. Florin STAMATIAN

### **Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" București**

Conf. Dr. Nicolae SUCIU

### **Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii**

Dr. Mihai Horga

## **Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului**

### Coordonator

Profesor Dr. Florin STAMATIAN

### Scriitor

Conf. Dr. Daniel MUREȘAN

### Membri

Conf. Dr. Gheorghe CRUCIAT

Dr. Gabriela CARACOSTEA

Dr. Tunde KOVACS

## **Mulțumiri**

### Mulțumiri experților care au evaluat ghidul:

Profesor Dr. Decebal HUDIȚĂ

Profesor Dr. Radu VLĂDĂREANU

Profesor Dr. Szabó BÉLA

Mulțumim Dr. Alexandru Epure pentru coordonarea și integrarea activităților de dezvoltare a ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie.

Mulțumiri echipei UMP, Dr. Michaela Nanu, Ec. Valentina Donici, Elena Drăghici, Alexandra Cișmașu din cadrul Institutului pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" pentru asistență tehnică în elaborarea ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie.

## Abrevieri

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)
AV	Alură ventriculară
Bpm	Bătăi pe minut
CTG	Cardiotocografie
HTP	Hipertensiune pulmonară
I.O.M.C.	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" București
i.v.	intravenos
l	Litri
mcg	milicentigrame
min	minut
mg	miligrame
ml	mililitru
mm HG	Milimetri coloana mercur
μg	miucrograme
OG	Obstetrică-ginecologie
ONU	Organizația Națiunilor Unite
PCO	Prolabare de cordon ombilical
Rh	Rhesus
s.c.	subcutanat
TA	Tensiune arterială
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)



# 1 INTRODUCERE

Prolabarea de cordon ombilical (PCO) este o urgență obstetricală rară reprezentată de coborârea cordonului ombilical de-a lungul sau în fața prezentației fetale. Viabilitatea fetală este amenințată prin comprimarea cordonului ombilical între prezentația fetală și peretele uterin, colul uterin sau bazinul osos matern.

Se prezintă sub două forme:

- ansa cordonului ombilical se află înaintea prezentației. Membranele în această situație sunt rupte și cordonul ombilical este vizibil sau palpabil la examinare.
- ansa cordonului ombilical coboară de-a lungul prezentației dar nu o depășește. În această situație membranele pot fi intacte sau rupte (procubit de cordon).
- Atunci când ansa cordonală se află înaintea prezentației cu membrane intacte există situația de proccidentă

Incidența PCO raportată în literatură este între 0,1-0,6%.<sup>(1)</sup>

Complicația cea mai de temut a PCO este reprezentată de compresiunea prelungită, fie prin efect mecanic (prezentația fetală), fie prin vasospasm (indus de temperatura mai scăzută din vagin). Aceasta poate conduce la encefalopatie hipoxic-ischemică perinatală. În ultimele două decenii mortalitatea perinatală asociată PCO este de aproximativ 10%.<sup>(2,3,4,5,6)</sup>

Factorii de risc sunt reprezentați de:

- factori feto-materni:
  - o prezentație anormală fetală (pelviană, așezare transversă sau oblică, feți malformați)
  - o prezentație sus situată
  - o prematuritate
  - o sarcina multiplă
  - o ruptura prematură de membrane
  - o placentă anormală (praevia, inserție cordonală marginală joasă)
  - o multiparitate
  - o hidramnios
  - o cordon ombilical lung
- intervenții obstetricale (ex. ruptura artificială de membrane în caz de prezentație sus situată, mobilă sau transversală)<sup>(1,6)</sup>

# 2 SCOP

Obiectivul acestui ghid este de a standardiza conduita în cazul PCO în vederea îmbunătățirii prognosticului fetal. Prezentul Ghid clinic pentru conduita în PCO, se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (neonatologie, terapie intensivă) ce se confruntă cu problematica abordată.

Prezentul Ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este elaborat pentru satisfacerea următoarelor deziderate:

- creșterea calității unui serviciu medical, a unei proceduri medicale
- referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific
- reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare)
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice
- aplicarea evidențelor în practica medicală; diseminarea unor noutăți științifice
- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare)
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni
- ghidul protejează practicianul din punctul de vedere al malpraxisului
- ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici și de asistente
- ghidul permite structurarea documentației medicale
- ghidul permite oferirea unei baze de informație pentru analize și comparații
- armonizarea practicii medicale românești cu principiile medicale internațional acceptate

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Prolabarea de cordon ombilical”, este conceput pentru aplicare la nivel național.

Ghidul clinic pentru obstetrică și ginecologie, pe tema „Prolabarea de cordon ombilical”, precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale conduitei particularizate unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivelul secțiilor de obstetrică și ginecologie sub forma unor protocoale. Ghidurile clinice sunt mai rigide decât protocoalele, ele fiind realizate la nivel național de grupuri tehnice de elaborare respectând nivele de dovezi științifice, tărie a afirmațiilor, grade de recomandare. Protocoalele reprezintă modalitatea de aplicare a ghidurilor clinice naționale în context local și specifică exact într-o situație clinică anume ce anume trebuie făcut, de către cine și când. Ele permit un grad mai mare de flexibilitate și reflectă circumstanțele și variațiile locale datorate diferitelor tipuri de îngrijire clinică la un anumit nivel.

### **3 METODOLOGIE DE ELABORARE**

#### **3.1 Etapele procesului de elaborare**

Ca urmare a solicitării Ministerului Sănătății de a sprijini procesul de elaborare a ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie, Fondul ONU pentru Populație (UNFPA) a organizat în 8 septembrie 2006 la Casa ONU o întâlnire a instituțiilor implicate în elaborarea ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie. A fost prezentat contextul general în care se desfășoară procesul de redactare al ghidurilor și implicarea diferitelor instituții. În cadrul întâlnirii, s-a decis constituirea Grupului de Coordonare a procesului de elaborare al ghidurilor. A fost de asemenea prezentată metodologia de lucru pentru redactarea ghidurilor, a fost prezentat un plan de lucru și au fost agreate responsabilitățile pentru fiecare instituție implicată. A fost aprobată lista de subiecte ale ghidurilor clinice pentru obstetrică-ginecologie și pentru fiecare ghid au fost aprobați coordonatorii Grupurilor Tehnic de Elaborare (GTE) pentru fiecare subiect.

În data de 14 octombrie 2006, în cadrul Congresului Societății de Obstetrică și Ginecologie din România a avut loc o sesiune în cadrul căreia au fost prezentate, discutate în plen și agreate principiile, metodologia de elaborare și formatul ghidurilor. Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componența Grupului Tehnic de Elaborare, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți externi pentru recenzia ghidului. Facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor a fost efectuată de un integrator. Toate persoanele implicate în redactarea sau evaluarea ghidurilor au semnat Declarații de Interese.

Scriitorii ghidurilor au fost contractați și instruiți asupra metodologiei redactării ghidurilor, după care au elaborat prima versiune a ghidului, în colaborare cu membrii GTE și sub conducerea coordonatorului ghidului.

Pentru prezentul ghid au fost revizuite Cochrane Library 2006 vol. 4, bazele de date Medline și Ovid între anii 1970-2006. Nu au fost identificate metaanalize privind PCO. Majoritatea publicațiilor sunt studii de cohortă, studii de caz și revizuirii sistematice. Cuvintele cheie utilizate au fost: cordon ombilical, prolabare.

După verificarea ei din punctul de vedere al principiilor, structurii și formatului acceptat pentru ghiduri și formatarea ei a rezultat versiunea 2 a ghidului, care a fost trimisă pentru evaluarea externă la experții selectați. Coordonatorul și Grupul Tehnic de Elaborare au luat în considerare și încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de evaluatorii externi și au redactat versiunea 3 a ghidului.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției detaliate punct cu punct în cadrul unei Întâlniri de Consens care a avut loc la București în perioada 13 – 15 Decembrie 2012. Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1. Ghidurile au fost dezbătute punct cu punct și au fost agreate prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și formulării.

Evaluarea finală a ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul AGREE elaborat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

#### **3.2 Principii**

Ghidul clinic „Prolabarea de cordon ombilical” a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi științifice, iar pentru fiecare afirmație a fost furnizată o explicație bazată pe nivelul dovezilor și a fost precizată puterea științifică (acolo unde există date). Pentru fiecare afirmație a fost precizată alături de tăria afirmației (Standard, Recomandare sau Opțiune) conform definițiilor din Anexa 2.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic(ul) se va înțelege medicul de specialitate Obstetrică - Ginecologie, căruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunțată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilității actului medical.

#### **3.3 Data reviziei**

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2014 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

## 4 STRUCTURĂ

Acest ghid este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

- Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic
- Conduită
- Urmărire și monitorizare
- Aspecte administrative

## 5 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC

### 5.1 Diagnostic

<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să nu efectueze: <ul style="list-style-type: none"><li>- screening-ul general sau selectiv pentru PCO</li><li>- operația cezariană electivă dacă diagnosticul este confirmat <sup>(1, 2, 3, 4)</sup></li></ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Evaluarea antepartum poate fi eronată și să ducă la intervenții nejustificate. <sup>(3, 4)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să ridice suspiciunea de PCO în fața următoarelor aspecte clinice: <ul style="list-style-type: none"><li>- modificări ale traseului cardiotocografic (CTG), inițial normal</li><li>- bradicardie fetală prelungită</li><li>- decelerații variabile moderate sau severe</li><li>- membrane rupte <sup>(5, 6, 7)</sup></li></ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să stabilească diagnosticul PCO în fața următoarelor aspecte clinice: <ul style="list-style-type: none"><li>- cordonul ombilical este vizualizat în vagin în timpul examenului cu valve <sup>(8)</sup> sau la introitul vulvar</li><li>- cordonul ombilical este palpat în vagin înaintea prezentației</li></ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să efectueze diagnosticul diferențial cu alte cauze de bradicardie fetală cu debut brutal, după un traseu CTG normal: <ul style="list-style-type: none"><li>- hipotensiune maternă</li><li>- dezlipire prematură de placentă normal inserată</li><li>- ruptura uterină</li><li>- vasa praevia</li></ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să evalueze: <sup>(5, 8)</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>- vârsta fetală gestațională</li><li>- starea fetală: CTG, palparea pulsațiilor cordonului ombilical</li><li>- dacă travaliul a început sau nu</li><li>- dilatarea orificiului uterin</li><li>- tipul prezentației</li></ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Aceste elemente condiționează atitudinea obstetricală referitoare la alegerea modalității de naștere. <sup>(5, 8)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul care obiectivează prin tușeu vaginal existența PCO trebuie să evalueze viabilitatea fetală prin palparea pulsatilității cordonului ombilical. <sup>(5)</sup>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Viabilitatea fetală condiționează atitudinea obstetricală. <sup>(5)</sup>	<b>IV</b>

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să confirme viabilitatea fetală și prin cel puțin una din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> <li>- auscultarea cordului fetal</li> <li>- CTG</li> <li>- examenul ecografic obstetrical</li> </ul>	<b>E</b>
<b>Opțiune</b>	În cazul suspiciunii clinice de proccidența sau procubit medicul poate utiliza examinarea Doppler color transabdominală sau transvaginală pentru precizarea diagnosticului.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Nu se recomandă examinarea ecografică de rutină pentru evaluarea poziției cordonului ombilical. Atunci când există suspiciunea clinică de proccidență sau procubit, iar examenul ecografic este neconcludent, examenul Doppler color poate fi util în confirmarea poziției cordonului ombilical. <sup>(1,2)</sup>	<b>IV</b>

## 6 CONDUITĂ

### 6.1 Conduită profilactică

<b>Standard</b>	Medicul nu trebuie să practice/indice amniotomia în caz de prezentație mobilă.	<b>B</b>
<b>Argumentare</b>	Amniotomia pe prezentație mobilă crește mult riscul de PCO și de suferință fetală. <sup>(1, 2, 3)</sup>	<b>IIb</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca medicul să practice/indice ca amniotomia să fie efectuată: <ul style="list-style-type: none"> <li>- de o persoană cu experiență în acest sens</li> <li>- după ce se asigură că sala de operații și personalul acesteia sunt disponibile</li> </ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Riscul unei prolabări de cordon impune posibilitatea efectuării de urgență a unei operații cezariene. <sup>(4,5)</sup>	<b>IV</b>

### 6.2 Conduită curativă

<b>Standard</b>	Medicul trebuie să adopte o conduită de urgență care vizează obiectivele: <ul style="list-style-type: none"> <li>- îndepărtarea sau minimizarea șansei de apariție/agravare a compresiunii cordonale</li> <li>- minimizarea vasospasmului cordonal prin evitarea manipulării sau răcirii sale</li> <li>- finalizarea cât mai rapidă a nașterii pentru a evita afectarea sau decesul fetal prin compresiunea cordonului ombilical <sup>(1, 2, 3, 4, 5)</sup></li> </ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Îndeplinirea obiectivelor prezente scade riscul suferinței și a sechelelor fetale. <sup>(2, 4)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul care obiectivează prin tușeu vaginal existența PCO, nu trebuie să retragă mâna examinatoare din vagin.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Cordonul ombilical trebuie păstrat în vagin printr-o manipulare minimă, deoarece manipularea excesivă precum și exteriorizarea cordonului din vagin urmată de răcirea sa sunt reflexogene și pot duce la tulburări ale ritmului cardiac fetal. <sup>(5, 6)</sup>	<b>IV</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să împacheteze cordonul care nu poate fi ținut în vagin sau uter în câmpuri moi îmbibate cu ser fiziologic cald.	<b>E</b>

#### 6.2.1 În cazul unui făt viu

<b>Standard</b>	Dacă pacienta se află în faza latentă sau la începutul fazei active a travaliului, medicul trebuie să practice operația cezariană de urgență.	<b>B</b>
<b>Argumentare</b>	În acest stadiu al travaliului urgența extragerii fetale are ca unică soluție efectuarea operației cezariene. <sup>(6)</sup>	<b>IIb</b>

<b>Standard</b>	Dacă dilatația orificiului uterin este incompletă și fătul în prezență transversă, medicul trebuie să finalizeze nașterea prin operație cezariană de urgență.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Lipsa condițiilor standard de efectuare a versiunii interne și urgența extragerii fetale impune efectuarea operației cezariene. <sup>(6)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Dacă dilatația orificiului uterin este incompletă și prezența fetală nu este angajată, medicul trebuie să finalizeze nașterea prin operație cezariană de urgență.	<b>E</b>
<b>Argumentare</b>	O naștere dificilă și prelungită pe cale vaginală va determina alterarea rapidă a stării fetale.	
<b>Opțiune</b>	Dacă dilatația orificiului uterin este completă și prezența fetală este angajată, medicul poate opta pentru finalizarea nașterii pe cale vaginală sau prin operație cezariană.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Concomitent cu pregătirile preoperatorii, medicul trebuie să indice efectuarea manevrelor: <ul style="list-style-type: none"> <li>– schimbarea poziției materne: poziția Fowler sau poziție genu-pectorală</li> <li>– manevre de reducere a compresiunii cordonului ombilical, mai ales în timpul contracțiilor</li> <li>– administrare de oxigen pe mască parturientei (4 l/min)</li> </ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Poziționarea parturientei cu șezutul deasupra nivelului umerilor, în decubit dorsal sau în poziție genupectorală permite migrarea gravitațională a fătului spre diafragm. <sup>(4, 6)</sup>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate practica manevrele preoperatorii de reducere a compresiunii cordonului ombilical la cazuri atent selectate, la care nu există tulburări ale ritmului cardiac fetal: <ul style="list-style-type: none"> <li>– oprirea unei eventuale perfuzii oclotice</li> <li>– decompresia cordonului ombilical, prin ridicarea prezenței</li> <li>– reducerea manuală a ansei prolapse prin: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ridicarea prezenței</li> <li>– ridicarea digitală a cordonului ombilical deasupra diametrului maxim al craniului fetal</li> <li>– plasarea ansei ombilicale în zona nucală</li> <li>– umplerea vezicii urinare (cu 400-700 ml ser fiziologic)</li> </ul> </li> </ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Veșica urinară destinsă poate ridica prezența îndepărtând-o de ansa prolapsată. <sup>(6)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Concomitent cu pregătirile preoperatorii medicul trebuie să indice: <ul style="list-style-type: none"> <li>– asigurarea unei linii venoase</li> <li>– prelevarea de sânge de la parturientă pentru determinarea de urgență (dacă acest lucru nu este deja realizat) a: <ul style="list-style-type: none"> <li>– grupului sangvin, Rh-ului</li> <li>– hemoleucogramei</li> </ul> </li> </ul>	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Orice manoperă obstetricală trebuie să fie precedată de evaluarea hematologică a parturientei. <sup>(6)</sup>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate utiliza tratamentul tocolitic în cazul efectuării unor manevre de reducere a compresiunii cordonului ombilical.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Tocoliza acută poate reduce compresia cordonului ombilical fără a fi urmată de atonie uterină postpartum. <sup>(4)</sup> Medicul poate opta pentru: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Salbutamol 100μg i.v.</li> <li>– Salbutamol 250μg s.c.</li> <li>– Terbutalin 250μg i.v. sau s.c.</li> <li>– Nifedipin sublingual tabletă de 10mg</li> </ul>	<b>IV</b>

<b>Opțiune</b>	<p>Dacă dilatația orificiului uterin este completă și prezența fetală este angajată <sup>(6)</sup>, medicul poate accelera expulzia optând în funcție de prezența în cazul:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– feților în prezența craniană pentru: <ul style="list-style-type: none"> <li>– naștere spontană pe cale vaginală (eventual asistată ocitocic) la multipare cu feți mici</li> <li>– naștere instrumentară (forceps, vidextractor)</li> <li>– versiune internă cu mare extracție pe al doilea făt în sarcina gemelară biamniotică</li> </ul> </li> <li>– feților în prezența pelvină pentru: <ul style="list-style-type: none"> <li>– asistarea nașterii pe cale vaginală prin manevre obstetricale: <ul style="list-style-type: none"> <li>– mica extracție pelvină fără sau cu secționarea cordonului ombilical (dacă acesta este între membrele inferioare urmată de</li> <li>– manevrele de asistență a nașterii în prezența pelviană (Lovsed, Bracht, Mauriceau, Muller etc.)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să practice o epiziotomie largă în cazul deciziei finalizării nașterii pe cale vaginală a cazurilor cu PCO.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Epiziotomia largă facilitează scurtarea expulziei fătului și manevrele obstetricale necesare. <sup>(4)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Înainte de practicarea operației cezariene, în sala de operații, medicul care obiectivează prin tușeu vaginal existența PCO trebuie să confirme existența activității cardiace fetale prin aprecierea pulsilității cordonale.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	În cazul practicării operației cezariene, medicul care asigură manevrele de decomprimare cordonală nu trebuie să retragă mâna examinatoare din vagin decât după extragerea fătului.	<b>E</b>
<b>Recomandare</b>	Se recomandă medicului să practice operația cezariană de urgență, sub anestezie generală.	<b>E</b>
<b>Argumentare</b>	Aceasta permite o relaxare optimă și o sedare a parturientei.	<b>E</b>
	6.2.2 <u>În cazul fătului mai mic de 24 SA, mort in utero sau cu malformații incompatibile cu viața</u>	
<b>Standard</b>	În aceste situații, medicul trebuie să adopte o atitudine obstetricală care să aducă un minim prejudiciu matern.	<b>E</b>

## 7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

<b>Recomandare</b>	În caz de proccidența sau procubit, se recomandă ca medicul să indice monitorizarea CTG fetală din momentul formulării diagnosticului până la momentul nașterii.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Monitorizarea CTG continuă permite cunoașterea permanentă a stării fetale și adaptarea urgenței conduitei obstetricale <sup>(1)</sup>	<b>IV</b>
<b>Opțiune</b>	Medicul poate indica monitorizarea auscultatorie a activității cardiace fetale.	<b>E</b>

## 8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

<b>Recomandare</b>	Se recomandă ca fiecare unitate medicală care efectuează tratamentul prolabării de	<b>E</b>
--------------------	--	----------

	cordoan ombilical să redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	
<b>Standard</b>	Medicul trebuie să considere PCO o urgență obstetricală.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	Cadrul medical care ridică suspiciunea sau diagnosticul cert de PCO trebuie să anunțe imediat șeful de secție sau șeful gărzii OG, alți medici OG disponibili, medicul neonatolog, medicul ATI, iar echipa formată va decide urgent conduita ulterioară.	<b>E</b>
<b>Standard</b>	În cazul deciderii finalizării nașterii prin operație cezariană de urgență, medicul trebuie să indice anunțarea imediată a personalului sălii de operații.	<b>C</b>
<b>Argumentare</b>	Pentru ca acesta să efectueze pregătirile necesare preoperatorii, economisind timp. <sup>(1,2)</sup>	<b>IV</b>
<b>Standard</b>	Medicul curant OG trebuie să informeze și să consilieze pacienta referitor la prognosticul fetal și decizia alegerii căii de naștere de către medic.	<b>E</b>

## 9 BIBLIOGRAFIE

### Introducere

1. Lin MG. Umbilical Cord Proplapse. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2006 61;4:269-77.
2. Woo JS, Ngan YS, Ma HK. Propalapse and presentation of the umbilical cord. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1983;23:142-145.
3. Koonings PP, Paul RH, Campbell K. Umbilical cord proplapse: a contemporary look. *J Reprod Med* 1990;35:690-692.
4. Yla-Outinen A, Heinonen PK, Tuimala R. Predisposing and risk factors of umbilical cord propalapse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64:567-570.
5. Kahana B, Sheiner E, Levy A, Lazer S, Mazor M. Umbilical cord prolapse and perinatal outcomes. *Int j Gynecol Obstet* 2004;84:127-132.
6. Boyle JJ, Katz VL. Umbilical cord prolapse in current obstetric practice. *J Reprod Med* 2005;50:303-306.

### Evaluare și diagnostic

1. Raga, F, Osborne, N, Ballester, MJ, Bonilla-Musoles, F. Color flow Doppler: a useful instrument in the diagnosis of funic presentation. *J Natl Med Assoc* 1996; 88:94.
2. Ezra, Y, Strasberg, SR, Farine, D. Does cord presentation on ultrasound predict cord prolapse?. *Gynecol Obstet Invest* 2003; 56:6.
3. Lange, IR, Manning, FA, Morrison, I, et al. Cord prolapse: is antenatal diagnosis possible?. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151:1083.
4. Ezra Y, Strasberg SR, Farine D. Does cord presentation on ultrasound predict cord prolapse? *Gynecol Obstet Invest* 2003;56:6-9.
5. Koonings PP, Paul RH, Campbell K. Umbilical cord prolapse: a contemporary look. *J Reprod Med* 1990;35:690-692.
6. Roberts, WE, Martin, RW, Roach, HH, et al. Are obstetric interventions such as cervical ripening, induction of labor, amnioinfusion, or amniotomy associated with umbilical cord prolapse?. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:1181.
7. Barrett, JM. Funic reduction for the management of umbilical cord prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:654.
8. Woo JS, Ngan YS, Ma HK. Propalapse and presentation of the umbilical cord. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1983;23:142-145.

### Conduită

1. Murphy, DJ, MacKenzie, IZ. The mortality and morbidity associated with umbilical cord prolapse. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:826.
2. Critchlow, CW, Leet, TL, Benedetti, TJ, Daling, JR. Risk factors and infant outcomes associated with umbilical cord prolapse: a population-based case-control study among births in Washington State. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:613.
3. Qureshi, NS, Taylor, DJ, Tomlinson, AJ. Umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 86:29.
4. Katz, Z, Shoham, Z, Lancet, M, et al. Management of labor with umbilical cord prolapse: A 5-year study. *Obstet Gynecol* 1988; 72:278.
5. Prabulos, AM, Philipson, EH. Umbilical cord prolapse. Is the time from diagnosis to delivery critical?. *J Reprod Med* 1998; 43:129.
6. Lin MG. Umbilical Cord Proplapse. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2006 61;4:269-77.

### Urmărire și monitorizare

1. Tan WC, Tan LK, Tan AS. Audit of 'crash' emergency caesarean sections due to cord prolapse in terms of response time and perinatal outcome. *Ann Acad Med Singapore* 2003;32:638-641.

### Aspecte administrative

1. Qureshi, NS, Taylor, DJ, Tomlinson, AJ. Umbilical cord prolapse. *Int J Gynaecol Obstet* 2004; 86:29.
2. Lin MG. Umbilical Cord Proplapse. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2006 61;4:269-77.



## **10 ANEXE**

**Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 13 – 15 Decembrie 2012**

**Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor**

**Anexa 3. Medicația menționată în ghid**

## 10.1 Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 13-15 Decembrie 2012

- Prof. Dr. Virgil Ancăr, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Pantelimon" București
- Dr. Teodor Amza, Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Râmnicul Vâlcea
- Dr. Stelian Bafani, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța
- Prof. Dr. Gabriel Bănceanu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Metin Beghim, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța
- Conf. Dr. Elena Iolanda Blidaru, Clinica Obstetrică-Ginecologie IV, Maternitatea "Cuza Voda" Iași
- Dr. Mihaela Bot, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București
- Prof. Dr. Ștefan Buțureanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie III, Maternitatea „Elena-Doamna” Iași
- Dr. Gabriela Caracostea, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca
- Dr. Maxim Călărași, FECMF „Nicolae Testemitanu”- Chișinău Rep. Moldova
- Dr. Bogdan Călinescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Șef de lucrări Dr. Iuliana Ceaușu, Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”, Clinica Obstetrică-Ginecologie, București
- Prof. Dr. Petru Chitulea, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Oradea
- Dr. Adriana Ciuvică, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Dorina Codreanu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București
- Conf. Dr. Nadejda Codreanu, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemiteanu” Chișinău
- Dr. Ileana-Maria Conea, Spitalul Clinic „Sf. Ioan”- Maternitatea Bucur, București
- Dr. Anca Teodora Constantin, Ministerul Sănătății
- Conf. Dr. Marius Crainea, UMF „V. Babeș” Timișoara, Clinica de Obstetrică-Ginecologie
- Prof. Dr. Ioan Doru Crăiuț, Spitalul Jud. Oradea Clinica Obstetrică-Ginecologie
- SL Dr. Gheorghe Cruciat, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca
- Ana Derumeaux, UNFPA
- Conf. Dr. Valentina Diug, FECMF „Nicolae Testemiteanu”- Chișinău Rep. Moldova
- Dr. Mihai Dimitriu, Spitalul Clinic „Sf. Pantelimon”, București
- Dr. Gabriela Dumitru, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Alexandru Epure, IOMC- Maternitatea „Polizu”, București
- Dr. Ion Eremia, Spitalul Județean de Urgență Slatina- jud. Olt
- Prof. Dr. Mihai Georgescu Brăila, Clinica Obstetrică Ginecologie II, Spitalul Universitar Craiova
- Conf. Dr. Dorin Grigoraș, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Dr. Dumitru Popescu" Timișoara
- Dr. Mihai Horga, Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii
- Prof. Dr. Vasile Valerică Horhoianu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar București
- Prof. Dr. Decebal Hudiță, Coordonator Ghid 14 și Ghid 41/ Expert Ghid 22 și Ghid 24/ Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”
- Dr. Raluca Ioan, IOMC, Maternitatea "Polizu" București
- Dr. Constantin Laurian Ioniță, Spitalul Județean de Urgență Călărași
- Dr. Cristian Anton Irimie, Ministerul Sănătății
- Alexandru Costin Ispas, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București
- Prof. Dr. Bogdan Marinescu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București
- Dr. Claudia Mehedințu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București
- Dr. Doina Mihăilescu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București
- Dr. Vasile Munteanu, Spitalul Județean de Urgență Pirești, jud. Argeș
- Prof. Dr. Dimitrie Nanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București
- Dr. Șerban Nastasia, Spitalul „Dr. I. Cantacuzino”, Clinica Obstetrică-Ginecologie, București
- Conf. Dr. Cristina Neagu, Spitalul Clinic „Panait Sârbu”, București
- Dr. Dorin Neacșu, Spitalul Județean de Urgență Buzău
- Prof. Dr. Liliana Novac, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova

Dr. Horia Olah, Spitalul Județean Clinic Oradea

Conf. Dr. Anca Pătrașcu, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova

Dr. Mihai Popescu, Spitalul de Obstetrică-ginecologie Ploiești

Dr. Mircea Gabriel Preda, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București

Prof. Dr. Zenovia Florentina Pricop, Clinica Obstetrică-Ginecologie III „Elena-Doamna” Iași

Conf. Dr. Lucian Pușcașiu, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș

Conf. Dr. Manuela Cristina Russu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul "Dr. I. Cantacuzino" București

Dr. Maria Stamate, Spitalul Județean de Urgență Giurgiu

Prof. Dr. Florin Stamatian, Societatea de OG România/ Coordonator ghid 22 și Ghid 24/ Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca

Conf. Dr. Anca Stănescu, Maternitatea "Bucur", Spitalul Clinic de Urgență „Sf Ioan” București

Dr. Gheorghe Marian Stoica, Spitalul de Obstetrică-Ginecologie Râmnicul Vâlcea

Prof. Dr. Maria Stoicescu, Spitalul IOMC, București

Prof. Dr. Silvia Stoicescu, Coordonator Ghid 30/ Expert Ghid 41/ IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Conf. Dr. Nicolae Suciu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Prof. Dr. Béla Szabó, Comisia de OG din Ministerul Sănătății/ Expert Ghid 22 și Ghid 24/ Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș

Dr. Elisabeta Șerban, Spitalul Județean de Urgență Galați-OG II

Dr. Alma Ștefănescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Roxana Șucu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Vlad Tica, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța

Dr. Oana Toader, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Corina Iliadi-Tulbure, FECMF „Nicolae Testemitanu”- Chișinău Rep. Moldova

Dr. Kovacs Tunde, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca, Clinica Obstetrică-Ginecologie I

Dr. Georgeta Vintea, Spitalul Județean de Urgență Piatra Neamț

Dr. Andreea Vultur, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București

## 10.2 Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

**Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare**

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid 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 punct de vedere a alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile 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**

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

**Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi**

Nivel Ia	Dovezi obținute din meta-analiza 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 quasi-experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

### 10.3 Anexa 3. Medicația menționată în ghid

Numele medicamentului	<b>NIFEDIPINUM</b>
<b>Indicații</b>	Tablete de 10mg, 20mg Capsule de 10mg, 20mg Tablete 20mg retard Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte
<b>Doza pentru adulți</b>	Tocoliza acută: - Inițial sublingual: 10 mg la fiecare 15 min în prima oră, până la oprirea contracțiilor Tocoliza de întreținere: - 60-160 mg/zi nifedipinum cu eliberare lentă în funcție de prezența și intensitatea contracțiilor uterine
<b>Contraindicații</b>	- alergie la Nifedipinum - cardiopatii severe (HTP, tahiaritmie) - puls peste 120bpm - TA < 90mmHg sistolica - frecvență respiratorie > 30/min - frecvență cardiacă > 170/min - cefalee agravată - vomă persistentă - durere precordială/ dispnee - concomitența folosirii: 1. salbutamolului, mai ales i.v. 2. MgSO4 3. antihipertensivelor 4. nitraților
<b>Interacțiuni</b>	- efectul hipotensor poate fi potențat de alte antihipertensive - administrarea simultană a digoxinum poate crește nivelul plasmatic al acesteia - cimetidinum crește nivelul plasmatic al nifedipinum-ului - rifampicinum crește eficacitatea nifedipinum-ului - sucul de grapefruit administrat concomitent inhibă metabolismul nifedipinum-ului determinând concentrații crescute ale acesteia
<b>Sarcină și alăptare</b>	categoria C
<b>Atenție!</b>	<u>Efecte adverse:</u> - tahicardie, palpitații, hiperemie facială - cefalee, amețeli - greață, vărsături Atenție la: - AV > 120/min - TA sistolică < 90 mmHg - Respirații > 30/ min - Senzație de lipsă de aer - Cefalee progresivă - Vomă persistentă - Precordialgii - Progresia travaliului
Numele medicamentului	<b>SALBUTAMOLUM</b>
<b>Indicații</b>	Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte Fiolă de 5ml ce conține 5mg de salbutamol

<b>Doza pentru adulți</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5mg de salbutamol se adaugă în 100ml de soluție de clorură de sodiu 0.9% pentru a obține o soluție de 50 mcg/ ml</li> <li>- se utilizează administrarea cu ajutorul injectomatului: salbutamol 50 mcg/ ml la o rată de perfuzie de 12 ml/ oră (=10 mcg/ min) și se crește doza cu 4 ml/ oră (= 3.3 mcg/ min) la fiecare 30 min până la încetarea contracțiilor, sau până când pulsul matern atinge 120 bpm, sau până la un maxim de 36 ml/ oră (30 mcg/ min)</li> </ul>
<b>Contraindicații</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aceleași ca pentru nifedipinum</li> </ul> <p>Contraindicații speciale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hipertiroidism</li> <li>- afecțiuni cardiace (aritmii tahicardice, miocardite, stenoză aortică subvalvulară hipertrofică, defecte de valvă mitrală)</li> <li>- afecțiuni severe hepatice și renale</li> <li>- glaucomul cu unghi închis</li> </ul>
<b>Interacțiuni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- blocanții receptorilor beta neselectivi reduc sau anulează acțiunea</li> <li>- metilxantinele (ca teofilina) intensifică acțiunea</li> <li>- efectul hipoglicemiant al medicamentelor antidiabetice este redus de</li> <li>- administrarea concomitentă a altor medicamente cu activitate simpatomimetică cum sunt anumite medicamente pentru circulație sau agenți antiastmatici trebuie evitată deoarece aceasta poate produce efecte de supradozare</li> <li>- nu trebuie folosit concomitent cu alcalozii ergotaminici</li> <li>- nu trebuie administrat concomitent cu preparate care conțin calciu sau vitamina D, cu dihidrotahisterol sau cu mineralocorticoizi</li> </ul>
<b>Sarcină și alăptare</b>	Categoria C
<b>Atenție!</b>	<p><u>Efecte adverse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- edem pulmonar</li> <li>- durere precordială</li> <li>- ischemie miocardică</li> <li>- hipotensiune</li> <li>- aritmii</li> <li>- insuficiență cardiacă</li> <li>- hipopotasemie</li> <li>- hiperglicemie</li> <li>- dispnee</li> <li>- greață, vărsături</li> <li>- febră</li> <li>- moarte fetală/ maternă</li> <li>- taicardie fetală</li> <li>- hipotensiune fetală</li> <li>- hiperinsulinemie fetală</li> </ul>

Numele medicamentului	<b>TERBUTALINUM</b>
<b>Indicații</b>	Indicat pentru întârzierea iminenței de naștere prematură la gravidele adulte Fiole de 1 ml soluție injectabilă conținând 1 mg de terbutalinum
<b>Doza pentru adulți</b>	- 5 fiole în 500 ml soluție glucozată 5%, 10 picături/ min - se crește doza cu câte 10 picături/ min la fiecare 20min până la 80 picături/ min sau până la amendarea contracțiilor - se menține doza eficientă timp de 12-24 ore după care se reduce gradual cu câte 10 picături/ minut până la suprimare
<b>Contraindicații</b>	- aceleași ca pentru nifedipinum  Contraindicații speciale: - hipertiroidism -afecțiuni cardiace (aritmii tahicardice, miocardite, stenoză aortică subvalvulară hipertrofică, defecte de valvă mitrală) - afecțiuni severe hepatice și renale - glaucomul cu unghi închis
<b>Interacțiuni</b>	- blocații receptorilor beta neselectivi reduc sau anulează acțiunea - metilxantinele (ca teofilina) intensifică acțiunea - efectul hipoglicemiant al medicamentelor antidiabetice este redus de - administrarea concomitentă a altor medicamente cu activitate simpatomimetică cum sunt anumite medicamente pentru circulație sau agenți antiastmatici trebuie evitată deoarece aceasta poate produce efecte de supradozare - nu trebuie folosit concomitent cu alcaloizii ergotaminici - nu trebuie administrat concomitent cu preparate care conțin calciu sau vitamina D, cu dihidrotahisterol sau cu mineralocorticoizi
<b>Sarcină și alăptare</b>	Categoria B
<b>Atenție!</b>	<u>Efecte adverse</u> - edem pulmonar - durere precordială - ischemie miocardică - hipotensiune - aritmii - insuficiență cardiacă - hipopotasemie - hiperglicemie - dispnee - greață, vărsături - febră - moarte fetală/ maternă - taicardie fetală - hipotensiune fetală - hiperinsulinemie fetală





**SERIA GHIDURI CLINICE PENTRU OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE**