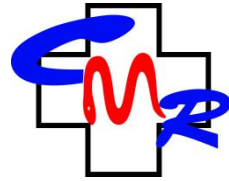




**Ministerul Sănătății**  
**Comisia de Obstetrică**  
**și Ginecologie**



**SOCIETATEA DE**  
**OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE**  
**DIN ROMANIA**



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

# **Asistența nașterii în prezentarea craniană**

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

Editor: Conf. Dr. Dominic Iliescu

© Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România, 2019.

Grupul de Coordonare al 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 și Colegiul Medicilor din România; și (c) Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România și 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 ..... 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 cadrele medicale auxiliare 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, caracterele specifice și limitările instituțiilor de practică medicală. Este de așteptat 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 circumstanțial clinic individual, 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).

## CUPRINS

<b>1</b>	<b>Introducere.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Scop.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Metodologie de elaborare.....</b>	<b>8</b>
	3.1 Etapele procesului de elaborare.....	8
	3.2 Principii.....	8
	3.3 Data reviziei.....	8
<b>4</b>	<b>Structură.....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Asistența personalizată la naștere.....</b>	<b>9</b>
	5.1 Organizarea furnizării serviciilor și administrarea actului medical.....	9
<b>6</b>	<b>Măsuri generale de îngrijire în timpul travaliului.....</b>	<b>9</b>
	6.1 Comunicarea.....	10
	6.2 Mobilizare.....	10
	6.3 Suport.....	10
	6.4 Măsuri de igienă.....	10
<b>7</b>	<b>Faza latentă a primei perioade a nașterii.....</b>	<b>11</b>
	7.1 Definiții ale fazei latente și fazei active a primei perioade a nașterii (echivalent în literatură: primul stadiu al travaliului).....	11
	7.2 Educație și informare precoce antenatal și la debutul travaliului.....	11
	7.3 Analgezie.....	11
	7.4 Evaluarea inițială.....	11
	7.5 Măsurarea ritmului cardiac fetal ca parte a evaluării inițiale.....	13
	7.6 Evaluarea continuă.....	14
	7.7 Prezența meconiului.....	15
	7.8 Îngrijirea în timpul nașterii.....	15
	7.9 Principii generale ale transferului asistenței medicale.....	16
<b>8</b>	<b>Asistența medicală în faza activă a travaliului.....</b>	<b>17</b>
	8.1 Suportul în travaliu.....	17
	8.2 Reducerea durerii în travaliu: măsuri generale.....	17
	8.3 Reducerea durerii în travaliu: analgezie regională.....	18
	8.4 Monitorizarea în timpul travaliului.....	19
	8.5 Ruptura precoce a membranelor.....	30
	8.6 Prima perioadă a travaliului.....	31
<b>9</b>	<b>A doua perioadă a nașterii.....</b>	<b>33</b>
	9.1 Definiție.....	33
	9.2 Evaluări în timpul celei de-a doua perioade a nașterii.....	33
	9.3 Durata celei de-a doua perioade a travaliului și definirea prelungirii acesteia.....	33
	9.4 Folosirea oxitocinei în perioada a doua a nașterii.....	34
	9.5 Poziția femeii și efortul expulziv în perioada a doua a nașterii.....	34
	9.6 Intervenții intrapartum pentru reducerea traumatismelor perineale.....	34
	9.7 Nașterea în apă.....	35
	9.8 Prelungirea perioadei a doua a nașterii.....	35
	9.9 Nașterea asistată instrumental și prelungirea perioadei a doua a travaliului.....	35
	9.10 Finalizarea nașterii.....	36
<b>10</b>	<b>A treia perioadă a nașterii.....</b>	<b>36</b>

10.1 Retineți!.....	36
10.2 Definiție.....	37
10.3 Prelungirea perioadei a treia a nașterii.....	37
10.4 Evaluarea în perioada a treia a nașterii.....	37
10.5 Managementul activ și fiziologic.....	37
<b>11 Îngrijirea nou-născutului.....</b>	<b>38</b>
<b>12 Îngrijirea după naștere.....</b>	<b>39</b>
12.1 Evaluare inițială.....	39
12.2 Îngrijirea perineului.....	39
<b>13 Aspecte administrative.....</b>	<b>41</b>
<b>14 Bibliografie.....</b>	<b>42</b>
<b>15 Anexe.....</b>	<b>44</b>
Anexa 1. Lista participanților la Reuniunea de Consens de la București, 29-30 martie 2019.....	45
Anexa 2. Model partogramă.....	46

## **Grupul de Coordonare a Elaborării ghidurilor**

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

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, președinte

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

Profesor Dr. Nicolae Suci, președinte

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

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, președinte

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

### **Coordonator**

Conferențiar Dr. Dominic Iliescu

### **Scriitor**

Dr. Rodica Nagy

### **Integrator**

Dr. Alina-Gabriela Marin

### **Evaluatori externi**

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu

Profesor Dr. Daniel Mureșan

## ABREVIERI

ACOG	Colegiul American de Obstetricieni și Ginecologi
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare și Evaluare)
Bpm	Bătăi pe minut
cm	Centimetru
CTG	Cardiotocografie
GTE	Grupul Tehnic de Elaborare
HTA	Hipertensiune arterială
mmHg	Milimetru coloană de mercur
mmol/l	Milimol pe litru
NICE	Institutul Național pentru Sănătate și Îngrijire
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
pH	Potențial de hidrogen
SOGC	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din Canada
SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
TAD	Tensiune arterială diastolică
TAS	Tensiune arterială sistolică
TENS	Stimulare nervoasă electrică transcutanată
UI	Unități internaționale
° C	Grade Celsius

## 1 INTRODUCERE

Pentru majoritatea femeilor și familiilor, travaliul și nașterea reprezintă o perioadă de emoție dar și de incertitudine și anxietate. Nașterea reprezintă o tranziție majoră în viața unei femei. Amintirile și experiențele travaliului și nașterii rămân prezente de-a lungul vieții, ceea ce înseamnă că sprijinul și îngrijirea pe care o primește în acest timp sunt critice. Scopul general al îngrijirii femeilor în timpul travaliului și nașterii este de a genera o experiență pozitivă pentru femei și familiile lor, menținând în același timp sănătatea femeilor și sănătatea copiilor lor, prevenind complicațiile și răspunzând la situațiile de urgență.

Multe elemente influențează îngrijirea pe care o primește o femeie în timpul travaliului și a nașterii. Acestea includ modele de personal, politici și proceduri standard, precum și atitudinile și așteptările furnizorilor de servicii medicale. Acestea reflectă, la rândul lor, cultura locală și interacțiunea dintre politicile naționale, regionale și profesionale - toate fiind guvernate de credințe, tradiții și norme stabilite. Concentrarea asupra nașterii ca un eveniment medical, mai degrabă decât personal, riscă să reducă la minimum importanța sprijinului, a copingului și a atașamentului, precum și a naturii sănătoase a evenimentului pentru majoritatea femeilor.

Este important ca toți cei care oferă asistență medicală maternă și neonatală să se angajeze să promoveze și să susțină nașterea normală, susținută de cele mai bune dovezi. <sup>(1)</sup> Este esențial ca intervențiile asupra mamei și asupra nou-născutului să apară numai atunci când motivele pentru a face acest lucru sunt bine documentate și bazate pe dovezi. În mod similar, mama, cu privire la îngrijirea ei sau părinții, în ceea ce privește îngrijirea copilului, trebuie să fie informată cu privire la riscurile și beneficiile alegerilor lor, precum și la orice alternativă la acestea.

## 2 SCOP

Acest document conține consensul privind conduita la naștere în prezentația pelviană, cât și criteriile de selecție a cazurilor cu risc crescut la care se indică operație cezariană ca modalitate de naștere și nu se referă la îngrijirile pre- și postnatale.

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 practicantul 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.

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este conceput pentru aplicare la nivel național. Ghidul clinic precizează standardele, principiile și aspectele fundamentale ale managementului particularizat unui caz concret clinic, pe care practicienii ar trebui să le aibă în vedere, 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 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

În luna Februarie 2018, conducerea Societății de Obstetrică și Ginecologie (SOGR) a inițiat primii pași pentru revizia ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie, stabilindu-se o listă a revizorilor. În cadrul celui de al 17-lea Congres Național de Obstetrică-Ginecologie, din 20-22 Septembrie 2018, s-a luat decizia ca noua conducere să aibă ca prioritate revizia imediată a ghidurilor clinice, precum și elaborarea de noi ghiduri, cum este acesta.

Astfel, noua conducere a SOGR a definitivat și aprobat coordonatorii Grupului Tehnic de Revizie (GTR) și de Elaborare (GTE), pentru fiecare subiect. Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componența GTR și GTE, incluzând un scriitor și o echipă de redactare, precum și un număr de experți externi pentru recenzia ghidului. Pentru facilitarea și integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor, SOGR a contractat un integrator.

Ghidul elaborat, odată finalizat de coordonator, a fost trimis pentru revizia externă la 2 experți selectați. De asemenea, ghidul a fost postat pentru transparență, propuneri și comentarii pe site-ul SOGR: <https://sogr.ro/ghiduri-clinice>. Coordonatorul a luat în considerare și a încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de evaluatorii externi și de pe site și au redactat versiunea finală a ghidului.

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.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției în cadrul unei Reuniuni de Consens care a avut loc la București, 29-30 martie 2019, organizată și finanțată de SOGR. Ghidul a fost dezbătut și agreat prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și al formulării. Participanții la Reuniunea de Consens sunt prezentați în Anexa 1.

Evaluarea finală a elaborării ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul AGREE. Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății, Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiul Medicilor din România și Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România, inițiatorul.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătății Publice prin Ordinul .....și de Colegiul Medicilor prin documentul ..... și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România în data de 30 Martie 2019.

### 3.2 Principii

Ghidul clinic „Asistența nașterii în prezența craniană” 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 taria afirmației (Standard, Recomandare sau Opțiune) conform definițiilor din Anexa 2.

### 3.3 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2022 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

## 4 STRUCTURĂ

Recomandările pentru managementul nașterii în prezența craniană cuprind standarde, recomandări și opțiuni pentru fiecare capitol.

Aceste standarde și recomandări necesită o adaptare permanentă în conformitate cu progresul tehnologiilor medicale și a sistemelor de sănătate și vor fi revizuite periodic în funcție de informațiile noi care apar.

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este structurat în 8 capitole specifice temei abordate:

- Asistența personalizată la naștere
- Măsuri generale de îngrijire în timpul travaliului
- Faza latentă a primei perioade a nașterii

- Asistența medicală în faza activă a travaliului
- A doua perioadă a nașterii
- A treia perioadă a nașterii
- Îngrijirea nou-născutului
- Îngrijiri acordate mamei după naștere.

## 5 ASISTENȚA PERSONALIZATĂ LA NAȘTERE

O femeie experimentează travaliul, nașterea și asistența pe care o primește, din propria perspectivă. Multe lucruri vor contribui la percepția ei: cunoașterea și experiența nașterii, sprijinul și calitatea asistenței pe care ea și copilul ei o primesc, evenimentele nașterii și așteptările ei, situația ei socială sau alți factori. <sup>(2,3)</sup> Studiile sugerează că o experiență pozitivă a nașterii poate îmbunătăți atitudinea ei ca părinte, poate avea un efect de durată, chiar și pe tot parcursul vieții cu efect asupra bunăstării ei psihologice și asupra sănătății ei. <sup>(4,5)</sup>

Serviciile de maternitate ar trebui:

- Să ofere un model de îngrijire care sprijină asistența personalizată în timpul travaliului, pentru toate femeile și
- Să realizeze evaluări periodice și compararea rezultatelor cu date de referință în vederea identificării situațiilor de surplus sau deficit de personal prin folosirea modelelor de planificare a forței de muncă și/sau a raportului dintre numărul de paciente și numărul de moașe.

### 5.1 Organizarea furnizării serviciilor și administrarea actului medical

- 5.1.1 Parturientele trebuie să aibă acces în timp util la o unitate obstetricală în cazul în care necesită transfer din motive medicale sau pentru că necesită anestezie regională sau când unitatea locală condusă de moașe nu dispune de locuri libere.
- 5.1.2 Unitățile sanitare trebuie să aibă protocoale solide în vederea transferului în diverse situații. De asemenea, ar trebui să asigure continuitatea îngrijirii pacientei pe perioada transferului.
- 5.1.3 Furnizorii de servicii medicale trebuie să se asigure că există structuri administrative multidisciplinare care să permită supravegherea tuturor evenimentelor nașterii. Aceste structuri trebuie să includă minim o moașă (inclusiv supraveghetorul moașelor), expertiza obstetricală, anestezică și neonatală.

## 6 MĂSURI GENERALE DE ÎNGRIJIRE ÎN TIMPUL TRAVALIULUI

Sprijinul acordat femeilor în timpul travaliului activ și al nașterii îmbunătățește semnificativ experiența nașterii, reduce utilizarea medicamentelor și intervențiilor care au drept scop minimizarea durerii, și sporește atitudinea pozitivă pe care femeile trebuie să o aibă în perioada neonatală în ceea ce privește îngrijirea acordată copiilor lor. Este nevoie de implicare în recunoașterea nevoii mamei în acordarea sprijinului fizic și emoțional în timpul travaliului și nașterii.

O analiză recentă a studiilor a constatat că femeile care au beneficiat de un sprijin continuu în timpul travaliului erau mult mai mulțumite de experiența lor în travaliu și au avut un travaliu mai scurt; incidența mai mică a nașterilor operative sau asistate (de exemplu, cezariană, vid-extracție sau forceps); și au fost mai puțin probabil să utilizeze medicamente analgezice. Suportul continuu nu a fost asociat cu nici un rezultat negativ.

Suportul din timpul travaliului are drept scop asigurarea confortului fizic, a prezenței continue, a informațiilor și a sprijinului emoțional. Sprijinul ar putea fi asigurat de personalul spitalului, de exemplu asistente medicale sau moașe. <sup>(6)</sup>

Se recomandă ca femeile să aibă îngrijire suportivă care implică prezența fizică continuă a unui membru al echipei medicale în timpul travaliului activ și al nașterii. Îngrijirea suportivă cuprinde suport fizic (măsuri de confort cum ar fi masajele, încurajarea mobilității etc.); suport emoțional (încurajare, prezență continuă, reasigurare); suportul informațional. <sup>(6)</sup>

## **6.1 Comunicarea**

6.1.1 Femeile aflate în timpul travaliului trebuie tratate cu respect. Asigurați-vă că femeia este implicată și are control asupra modului în care îi este oferită îngrijirea medicală; rețineți faptul că modul în care este oferită îngrijirea medicală este esențială pentru cele de mai sus. Pentru a facilita acest lucru, se stabilește o conexiune cu femeia gravidă, se iau date cu privire la dorințele și așteptările sale asupra travaliului, și se acordă atenție tonului și comportamentului precum și limbajului folosit. Aceste informații se folosesc pentru o bună ghidare a gravidei în timpul travaliului. <sup>(7)</sup>

6.1.2 Pentru a stabili comunicarea cu gravida:

- Întâmpinați gravida zâmbind, apoi prezentați-vă și oferiți detaliile cu privire la rolul pe care îl aveți în îngrijirea ei.
- Mențineți o abordare calmă și confidentă, astfel încât comportamentul dumneavoastră să o liniștească.
- Bateți și așteptați înainte de a intra în salonul gravidei, respectând spațiul personal, și solicitați același lucru personalului medical.
- Interesați-vă de modul în care se simte gravida și dacă există vreo îngrijorare deosebită a acesteia.
- Evaluați cunoștințele gravidei despre metodele utilizate în diminuarea durerii și oferiți informații echilibrate pentru a afla care dintre variantele disponibile sunt acceptabile pentru ea.
- Încurajați-o să se adapteze mediului pentru a-și satisface nevoile personale.
- Cereți-i permisiunea înainte de toate procedurile și observațiile, concentrându-vă mai degrabă asupra femeii decât asupra tehnologiei sau a documentației.
- Explicați-i femeii cum să solicite ajutor și asigurați-o că poate face acest lucru oricând și de câte ori are nevoie. Când părăsiți camera, anunțați-o când vă veți întoarce.
- Anunțați femeia în predarea actului medical către un alt personal medical, fie atunci când este necesară o expertiză suplimentară sau când are loc schimbul de tură.

## **6.2 Mobilizare**

6.2.1 Încurajați și ajutați femeia să se mobilizeze și să adopte o poziție care este cât mai confortabilă pentru ea în timpul travaliului.

## **6.3 Suport**

6.3.1 Parturienta trebuie încurajată să primească sprijin moral din partea unei persoane care să o acompanieze la naștere, în funcție de alegerea ei și dacă sunt îndeplinite anumite condiții - și anume existența unui număr suficient de săli de naștere precum și a unor circuite corespunzătoare care să permită desfășurarea nașterii în condiții optime de igienă.

## **6.4 Măsuri de igienă**

6.4.1 Sunt necesare măsuri de igienă obișnuite luate de personalul care îngrijește gravida aflată în travaliu, inclusiv igiena standard a mâinilor precum și folosirea mănușilor de unică folosință, cu scopul de a reduce contaminarea încrucișată între gravidă, copil și asistența medicală.

- 6.4.2 Selecția echipamentului de protecție trebuie să se bazeze pe o evaluare a riscului de contaminare a femeii dar și a riscului de contaminare al personalului medical de către sângele femeilor, fluidele corporale sau secreții.

## 7 FAZA LATENTĂ A PRIMEI PERIOADE A NAȘTERII

**7.1 Definiții** ale fazei latente și fazei active a primei perioade a nașterii (echivalent în literatură: primul stadiu al travaliului)

7.1.1 În acest ghid, se utilizează următoarele definiții ale travaliului:

- Faza latentă a primei perioade a nașterii este o perioadă de timp, nu neapărat continuă, când:
  - există contracții uterine dureroase și
  - apar unele modificări ale colului uterin, inclusiv scurtarea și dilatația colului până la 4 cm.
- Faza activă a primului stadiu al travaliului, când:
  - există contracții uterine dureroase (CUD) regulate și
  - există o dilatație progresivă a colului de peste 4 cm.

**7.2 Educație și informare precoce antenatal și la debutul travaliului**

7.2.1 Oferiți tuturor femeilor nuli pare informații antenatale despre:

- la ce să se aștepte în faza latentă a primului stadiu al travaliului
- cum să abordeze durerea pe care o experimentează
- cum să contacteze echipa de îngrijire a moașelor și ce trebuie făcut în caz de urgență.

7.2.2 Oferiți tuturor femeilor nuli pare informații despre semnele de travaliu, reprezentate de:

- cum să diferențieze contracțiile Braxton Hicks de contracțiile active ale travaliului
- informații cu privire la frecvența contracțiilor și a duratei lor
- recunoașterea "ruperii membranelor " și a caracteristicilor lichidului amniotic
- descrierea sângerărilor vaginale normale.

7.2.3 Dacă o femeie cere sfatul sau se prezintă cu contracții uterine dureroase într-o unitate de obstetrică dar nu este în travaliu activ:

- trebuie știut faptul că o femeie poate prezenta CUD fără modificări ale colului uterin, fără a fi în travaliu
- se oferă asistență individualizată și analgezie dacă este necesar
- încurajați-o să rămână sau să se întoarcă acasă, fără a crește riscul de a naște fără asistenta medicală. <sup>(9,10)</sup>

**7.3 Analgezie**

7.3.1 Informați femeia și partenerul ei de naștere că exercițiile de respirație și masajul pot reduce durerea în faza latentă a primului stadiu al travaliului. <sup>(23)</sup>

7.3.2 Nu oferiți și nu consiliați aromoterapia, yoga sau acupresura pentru analgezia din timpul fazei latente a primului stadiu al travaliului. Dacă o femeie dorește să utilizeze oricare dintre aceste tehnici, în măsura posibilităților și a siguranței medicale, pot fi respectate dorințele. <sup>(24)</sup>

**7.4 Evaluarea inițială**

Femeile sunt adesea îngrijorate și temătoare la debutul travaliului. Personalul medical care primește pacienta în acest moment poate avea un efect profund și de durată. <sup>(8)</sup> Conștientizarea emoțiilor pe care le experimentează

parturienta și luarea acestora în considerare în mod individual, va ajuta personalul medical să înțeleagă sursele temerilor și anxietăților femeilor.

Internarea gravidei și luarea ei în primire de către personalul medical sunt urmate de revizuirea planului nașterii femeii, scris sau verbal, și pentru de discuția privind îngrijorările, preocupările și preferințele acesteia. Este, de asemenea, timpul să informăm femeia despre natura și motivele examinărilor și procedurilor. <sup>(11)</sup>

Atunci când o femeie este internată într-o unitate de asistență medicală, se realizează o anamneză riguroasă și o evaluare. Această evaluare include starea de sănătate a femeii și a fătului, bunăstarea fizică și emoțională, progresul travaliului și nevoile individuale ale acestora. Anamneza și evaluarea pot fi realizate într-o manieră foarte puțin perturbatoare, recunoscând în același timp importanța evaluării în timp util. Sursele de informații pentru anamneză includ femeia, documentele prenatale, rezultatele investigațiilor de laborator, date privind internările anterioare (dacă este cazul). Este esențial ca pacienta să prezinte fișa de urmărire a sarcinii, cu toate vizitele prenatale efectuate. O copie a documentelor prenatale trebuie să fie disponibilă la locul nașterii. <sup>(12)</sup> Acest lucru este important deoarece personalul de la sala de naștere unde se prezintă gravida pentru a naște, în lipsa acestei fișe, nu poate reface tot istoricul sarcinii și nu poate lua cea mai bună decizie legată de calea de naștere. De asemenea, medicul obstetrician care a urmărit sarcina trebuie să decidă dacă acea sarcină este cu risc crescut sau nu, și să îndrume din timp gravida către o unitate obstetricală care poate trata corespunzător patologia existentă. Totodată, la consultațiile din luna a IX-a, la sarcini normale, se va discuta și decide planul de naștere. Aceste date trebuie consemnate în fișa de urmărire a gravidei.

7.4.1 Când efectuați o evaluare inițială a unei femei în timpul travaliului, informați-vă cu privire la istoricul ei medical, țineți cont de preferințele ei și de nevoile ei psihologice și emoționale.

7.4.2 Efectuați o evaluare inițială pentru a determina dacă asistența medicală oferită în unitatea spitalicească respectivă (în funcție de personalul medical disponibil, echipamente) este potrivită pentru femeie, indiferent de planificarea anterioară. Evaluarea ar trebui să cuprindă următoarele:

Evaluarea gravidei:

- Revedeți notițele antenatale (inclusiv toate rezultatele screeningului antenatal) și discutați-le cu femeia
- Întrebați-o despre durata, intensitatea și frecvența contracțiilor ei
- Întrebați-o despre orice durere pe care o simte și discutați despre opțiunile de ameliorare a durerii
- Evaluați pulsul, tensiunea arterială și temperatura și efectuați analiza urinei
- Notați dacă a avut pierderi lichidiene vaginale

Evaluarea fătului:

- Întrebați gravida despre mișcările fătului în ultimele 24 de ore
- Palpați abdomenul gravidei pentru a determina înălțimea fundului uterin, poziția fătului, prezența, angajarea părții prezentate, frecvența și durata contracțiilor
- Determinați activitatea cardiacă fetală timp de cel puțin 1 minut imediat după o contracție
- Palpați pulsul gravidei pentru a face diferența între bătăile inimii sale și cele ale fătului
- Dacă există incertitudine cu privire la faptul că gravida este sau nu în travaliu activ, efectuarea unei examinări vaginale poate fi utilă
- Dacă a debutat travaliul se va realiza o examinare vaginală.

7.4.3 Transferați gravida către o unitate superioară de asistență medicală obstetricală, conform principiilor generale stabilite pentru transferul pacienților, dacă gradul de competență al maternității sau posibilitățile de monitorizare și finalizare ale nașterii sunt depășite. Astfel de aspecte pot fi găsite la evaluarea inițială:

Aspecte legate de evaluarea gravidei:

- Puls peste 120 bpm măsurat de două ori consecutiv, la distanță de 30 de minute între măsurători

- O singură determinare a tensiunii arteriale diastolice (TAD) de minim 110 mmHg, sau a tensiunii arteriale sistolice (TAS) de minim 160 mmHg
- Creșterea TAD la 90 mmHg sau mai mult sau creșterea TAS la 140 mmHg sau mai mult la 2 determinări consecutive luate la o distanță de 30 de minute una de alta
- Prezența proteinelor în urină asociată cu creșterea TAD (90 mmHg sau mai mult) sau a TAS (140 mmHg sau mai mult)
- O temperatură de 38° C sau mai mare la o singură determinare, sau de 37,5° C sau mai mare la 2 determinări consecutive o distanță de o 1 oră una de alta
- Orice pierdere vaginală semnificativă de sânge
- Ruptura membranelor
- Durere afirmată de gravidă care diferă de durerea asociată normal contracțiilor obișnuite
- Factorii de risc prezenți în istoricul gravidei care indică necesitatea unei îngrijiri medicale obstetricale.

Aspecte legate de evaluarea fătului pot fi:

- Prezența anormală, inclusiv anomaliile de cordon (procidența, prolabarea, vasa previa).
- Prezența înaltă sau mobilă a craniului fetal la nulipare
- Suspiciune de restricție de creștere fetală sau macrosomie
- Suspiciune de anhidramnios sau polihidramnios
- Frecvența cardiacă fetală sub 110 sau peste 160 bpm
- O decelerare a ritmului cardiac fetal înregistrată la cardiocardiografia (CTG) intermitentă
- Mișcări fetale reduse în ultimele 24 de ore raportate de gravidă.

7.4.4 Dacă oricare dintre factorii din recomandarea 7.4.3 sunt observați, dar nașterea este iminentă, evaluați dacă este preferabilă nașterea în locația curentă comparativ cu transferul gravidei la o altă unitate obstetricală.

7.4.5 Când efectuați o examinare vaginală:

- asigurați-vă că examinarea este necesară și că veți obține informații importante pentru procesul de luare a deciziilor
- aveți în vedere faptul că o examinare vaginală poate fi foarte disconfortantă pentru o femeie, cu atât mai mult cu cât ea are deja dureri, este anxioasă și se află într-un mediu nefamiliar
- explicați motivul examinării și ce implică aceasta
- asigurați-vă că obțineți consimțământul femeii și asigurați-i intimitatea și confortul
- Explicați concluziile examinării și dacă acestea afectează planul de naștere. <sup>(13)</sup>

## 7.5 Măsurarea ritmului cardiac fetal ca parte a evaluării inițiale

Supravegherea stării de bine a fătului este o componentă importantă a îngrijirii în timpul travaliului și nașterii. Evaluarea frecventă, regulată a contracțiilor și frecvenței cardiace fetale este standardul în monitorizarea travaliului. Contracțiile din timpul travaliului întrerup fluxul sanguin uteroplacentar, ceea ce scade, la rândul său, nivelul de oxigen către făt. Această întrerupere temporară este, în general, bine tolerată de făt. Scopul supravegherii bunăstării fetale intrapartum este de a evalua această toleranță și răspunsul fetal la travaliu. Astfel personalul medical poate fi asigurat de bunăstarea fătului și poate interveni corespunzător dacă este necesar pentru a obține cel mai bun rezultat posibil.

Aceste orientări revizuiesc principiile generale și recomandările privind supravegherea stării de sănătate a fătului. Sunt disponibile instrucțiuni detaliate privind practica clinică, inclusiv clasificări ale ritmului cardiac fetal și ale traseelor electronice de monitorizare, precum și metodele și raționamentul intervenției.

Există două tipuri de monitorizare a fătului în timpul travaliului: <sup>(13)</sup>

- auscultare intermitentă, care implică evaluarea pattern-ului contracției, apoi auscultarea inimii fetale la intervale diferite pentru perioade scurte de timp
- monitorizarea continuă a ritmului cardiac fetal, care implică atașarea dispozitivelor care monitorizează pattern-ul contracție și ritmul cardiac fetal în timpul travaliului și nașterii.

Evaluarea prezenței sau absenței factorilor de risc trebuie făcută pentru a alege metoda adecvată de supraveghere a sănătății fătului intrapartum. <sup>(14)</sup> În plus, metodele de supraveghere fetală trebuie discutate cu parturienta în timpul nașterii și pe măsură ce travaliul progresează. <sup>(15,16)</sup>

Este nevoie de politicile clare care să susțină folosirea auscultării intermitente, precum și indicarea clară a momentului în care se utilizează monitorizarea continuă a ritmului cardiac fetal. Atunci când este indicată monitorizarea continuă a fătului, telemetria permite femeilor să adopte o varietate de poziții în timpul travaliului și nașterii, după cum susțin cele mai bune dovezi.

Este esențial ca personalul medical care se ocupă de femei în timpul travaliului și nașterii să aibă o educație interprofesională regulată în supravegherea sănătății fetale. Această educație trebuie să includă recunoașterea dovezilor și a orientărilor și să promoveze utilizarea consecventă a terminologiei și clasificării actuale. Știind cum să palpați și să evaluați contracțiile uterine și tonusul uterin și să evaluați și să interpretați ritmul cardiac fetal și să interveniți corespunzător după cum este necesar, sunt abilități esențiale. <sup>(14,17)</sup>

7.5.1 Realizați o determinare a frecvenței cardiace fetale la primul contact cu o gravidă aflată în travaliu activ sau pretravaliu și la fiecare evaluare ulterioară:

- Utilizați fie un aparat bazat pe principiul ultrasunetelor Doppler/CTG, fie stetoscop Pinard
- Evaluați frecvența cardiacă imediat după o contracție timp de cel puțin 1 minut
- Notați / înregistrați accelerațiile și decelerațiile dacă sunt constatate
- Palpați pulsul matern pentru a diferenția bătăile inimii materne de cele fetale

7.5.2 Pentru femeile cu risc scăzut de complicații există dovezi insuficiente pentru a determina cu certitudine dacă CTG, ca parte a evaluării inițiale, îmbunătățește rezultatele finale ale parturientelor și nou-născuților, în comparație cu auscultarea intermitentă.

7.5.3 Dacă o femeie cu risc scăzut de complicații solicită CTG ca parte a evaluării inițiale:

- Discutați cu ea despre riscurile, beneficiile și limitările CTG și sprijiniți-o în alegerea ei
- Dacă se află într-o unitate unde CTG nu este disponibilă, explicați-i faptul că va fi nevoie să fie transferată la o altă unitate.

7.5.4 Recomandați CTG continuă dacă vreunul dintre factorii de risc enumerați în recomandarea 7.4.3 sunt identificați la evaluarea inițială și explicați gravidei de ce este practicat acest lucru (Vezi de asemenea secțiunea 8.4 privind monitorizarea fetală).

7.5.5 Recomandați CTG dacă auscultarea intermitentă indică posibilitatea unor anomalii ale ritmului cardiac fetal și explicați femeii de ce acest lucru este practicat. Dacă traseul este normal (vezi Tabelul 11 din secțiunea 8.4 privind monitorizarea fetală) după 20 de minute, reveniți la auscultarea intermitentă, dacă gravida nu solicită CTG continuă.

7.5.6 Dacă se suspectează decesul fetal, în ciuda înregistrării unui aparent ritm cardiac realizați o evaluare ecografică în timp real pentru a verifica viabilitatea fetală. <sup>(18,19)</sup>

## 7.6 Evaluarea continuă

Dacă sarcina sau travaliul unei femei prezintă un risc scăzut, se monitorizează fătul doar pe o perioadă inițială, la admiterea în serviciu. <sup>(19)</sup>

Monitorizarea fetală continuă limitează mobilitatea și confortul femeii. De asemenea, cercetările au demonstrat că, atunci când se utilizează, îngrijirea se concentrează adesea asupra CTG în sine, mai degrabă decât asupra experiențelor femeii care este în travaliu. <sup>(20,21)</sup>

7.6.1 Dacă gradul de competență al maternității sau posibilitățile de monitorizare și finalizare ale nașterii sunt depășite, solicitați transferul (conform principiilor generale pentru transferul de îngrijire descrise în secțiunea 7.9) dacă se observă semne de alarmă precum cele enumerate mai jos, cu excepția cazului în care riscurile transferului depășesc avantajele:

Evaluarea gravidei:

- pulsul peste 120 bpm măsurat de două ori, la distanță de 30 de minute
- o singură determinare a TAD de minim 110 mmHg, sau creșterea TAS la peste 160 mmHg
- Creșterea TAD la 90 mmHg sau mai mult sau creșterea TAS la 140 mmHg sau mai mult la 2 determinări consecutive realizate la 30 de minute distanță
- proteinurie asociată cu o singură determinare a TAD de peste 90 mmHg, sau a TAS de peste 140 mmHg
- o temperatură de 38° C sau mai mare la o singură determinare sau o valoare de 37,5° C sau mai mare la două determinări consecutive, la o oră distanță
- pierdere vaginală de sânge, în cantitate apreciabilă
- prezența meconiului (a se vedea recomandarea 7.8.1)
- durerea raportată de gravidă diferă de durerea asociată în mod normal contracțiilor în acel stadiu al travaliului
- blocarea travaliului în primul sau al doilea stadiu al acestuia
- solicitarea ameliorării suplimentare a durerii utilizând analgezia regională
- urgențele obstetricale - incluzând hemoragiile antepartum, deplasările de cordon, hemoragia postpartum, colapsul matern, sau necesitatea unei resuscitări neonatale avansate
- retenție placentară
- rupturi perineale de gradul 3 sau 4 sau alte traumatisme perineale care necesită sutură

Modificări observate la făt:

- prezența anormală, inclusiv anomaliile de cordon (procidența, prolabarea, vasa previa)
- prezența înaltă sau mobilă a craniului fetal la nulipare
- suspiciunea unei restricții de creștere fetale sau a unei macrosomii
- suspiciune de anhidramnios sau polihidramnios
- frecvența cardiacă fetală sub 110 sau peste 160 bpm
- o decelerare a ritmului cardiac fetal determinată la auscultarea intermitentă

## 7.7 Prezența meconiului

Meconiul, primul scaun al nou-născutului, este steril și constă din secreții intestinale, celule și fluid. În unele cazuri, primul pasaj al meconiului are loc înainte de naștere. Acest lucru poate să apară la sarcini prelungite sau din cauza stresului fiziologic fetal înainte sau în timpul travaliului. Inhalarea meconiului înainte sau în timpul nașterii poate duce la sindromul de aspirație a meconiului, care poate pune viața în pericol în unele cazuri. <sup>(22)</sup>

## 7.8 Îngrijirea în timpul nașterii

7.8.1 Ca parte a evaluării continue, documentați prezența sau absența lichidului amniotic impregnant meconial.

7.8.2 Dacă este prezent meconiu semnificativ, asigurați-vă că:

- personalul medical care este instruit în prelevarea de probe de sânge fetal este disponibil în timpul travaliului

### ȘI

- personalul medical instruit în resuscitare neonatală avansată este disponibil la naștere

7.8.3 Dacă este prezent meconiu în cantitate semnificativă, transferați gravida într-o unitate obstetricală care dispune de un serviciu de anestezie adecvat în cazul necesității unei intervenții chirurgicale, cu condiția ca acest lucru să aibă loc în siguranță iar nașterea spontană să fie puțin probabil să se producă înainte ca transferul să fie finalizat. Urmați principiile generale privind transferul asistenței descrise în secțiunea 7.9.

## 7.9 Principii generale ale transferului asistenței medicale

În timpul travaliului pot apărea situații care necesită transferul. Se recomandă ca programele / instituțiile locale să elaboreze protocoale pentru transferul de îngrijiri bazate pe liniile directoare elaborate de colegii lor și contextul situației lor locale, conform Ordinului nr.910/18.11.2002 privind criteriile de ierarhizare ale secțiilor de spital de specialitate obstetrică, ginecologie și neonatologie cu completările și modificările OMS 272/2009. Aceste protocoale trebuie create prin colaborare interprofesională pentru a facilita siguranța maternă și a nou-născutului. Îngrijirea colectivă "este centrată pe femei, respectă obiectivele și valorile femeilor și familiilor acestora, oferă mecanisme de comunicare continuă între persoanele care îi îngrijesc, optimizează participarea îngrijitorului la luarea deciziilor clinice (în cadrul și între discipline) și promovează respectarea contribuțiilor tuturor disciplinelor.

(7.25)

- 7.9.1 Deciziile privind transferul trebuie să se bazeze pe observațiile clinice, și discutați ce opțiuni sunt disponibile.
- 7.9.2 Dacă intenționați să realizați transferul:
- vorbiți cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre motivele pentru care este necesar transferul și la ce se pot aștepta, inclusiv despre timpul necesar transferului
  - preocupați-vă de temerile pe care le are și încercați să-i îndepărtați anxietatea
  - asigurați-vă că dorințele ei sunt respectate și consimțământul informat este obținut.
- 7.9.3 La efectuarea transferului, personalul medical al unității ar trebui să contacteze serviciul de ambulanță (dacă este cazul) și personalul din unitatea obstetricală unde se va realiza transferul.
- 7.9.4 Când efectuați transferul dintr-o locație în alta, asigurați-vă de următoarele:
- Înainte de transfer, gravida este îmbrăcată, acoperită cu o patură într-un mod în care să se simtă confortabil.
  - Trebuie să i se asigure confortul pe cât posibil atât înainte cât și în timpul transferului.
  - Personalul de ambulanță sau alt personal implicat trebuie să aibă cunoștință de faptul că unele poziții pot fi incomode pentru gravidă sau îi pot crea teama și pot afecta travaliul, așa că ar trebui să fie încurajată să adopte o poziție confortabilă, dacă este posibil, în conformitate cu protocoalele serviciului de ambulanță.
  - Se menține comunicarea pe timpul transferului, iar dacă e necesar se solicită ambulanță cu medic. Explicați gravidei și aparținătorilor ce presupune organizarea transferului.
  - În funcție de posibilități, ar trebui să se permită aparținătorului să însoțească gravida în ambulanță, dacă ea dorește acest lucru.
- 7.9.5 Dacă o femeie este transferată la o unitate obstetricală după naștere, asigurați-vă că nou-născutul o însoțește.

## 8 ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN FAZA ACTIVĂ A TRAVALIULUI

### 8.1 Suportul în travaliu

- 8.1.1 Oferiți femeii aflate în travaliu activ asistență personalizată.
- 8.1.2 Nu lăsați singură o femeie aflată în travaliu activ, cu excepția unor perioade scurte de timp sau la cererea femeii.
- 8.1.3 Informați femeia că poate avea o hidratare/alimentație ușoară preponderent lichidiană în timpul travaliului activ, cu excepția cazului în care dezvoltă factori de risc care fac probabilă necesitatea unei anestezii generale.

### 8.2 Reducerea durerii în travaliu: măsuri generale

- 8.2.1 Atitudini față de durere și ameliorarea durerii la naștere
  - A. Personalul medical ar trebui să ia în considerare atitudinea și alegerile femeii față de modul în care gestionează durerea din timpul travaliului.
- 8.2.2 Strategii de ameliorare a durerii
  - A. Dacă o femeie alege să folosească tehnici de respirație și relaxare în travaliu, oferiți-i sprijin în această alegere.
  - B. Dacă o femeie alege să folosească tehnici de masaj în travaliu, se oferă sprijin în această alegere.
  - C. În funcție de disponibilitățile și organizarea locală, poate fi oferită femeii posibilitatea desfășurării travaliului în apă pentru a ușura durerea.
  - D. Pentru femeile al căror travaliu se desfășoară în apă, monitorizați temperatura femeii și a apei în fiecare oră, pentru a se asigura o temperatură confortabilă. Temperatura apei nu trebuie să fie mai mare de 37,5° C.
  - E. Păstrați băile și bazinele de naștere curățate folosind un protocol convenit cu departamentul de microbiologie și în conformitate cu ghidurile producătorului.
  - F. Nu oferiți ca variante acupunctura, acupresura sau hipnoza.
  - G. Sprijiniți folosirea muzicii în timpul travaliului, în funcție de dorințele femeii. <sup>(36)</sup>
- 8.2.3 Analgezie non-farmacologică
  - A. Nu oferiți stimulare nervoasă electrică transcutanată (TENS) femeilor aflate în travaliu activ. <sup>(37)</sup>
- 8.2.4 Analgezie inhalatorie
  - A. Amestecul 50:50 de oxigen și oxid de azot poate fi administrat în toate perioadele nașterii, deoarece acesta poate reduce durerea în travaliu, dar femeia trebuie informată că aceasta metodă poate provoca greață și amețeală.
- 8.2.5 Opioid cu administrare intravenoasă și intramusculară
  - A. Petidină, diamorfină sau alte opioide pot fi luate în considerare în toate perioadele nașterii. Informați femeia că acestea vor oferi o reducere ușoară a durerii în timpul travaliului dar pot avea efecte secundare semnificative atât pentru ea (somnolență, greață și vărsăturile) cât și pentru făt (depresie respiratorie pe termen scurt și somnolență care poate dura câteva zile).
  - B. Informați femeia că petidina, diamorfina sau alte opioide pot interfera cu alăptarea.
  - C. Dacă se utilizează un opioid intravenos sau intramuscular, administrați și un antiemetic.
  - D. Gravidele nu ar trebui să intre în apă (o piscină sau baie) timp de 2 ore de la administrarea unei opiacee sau dacă se simt somnolente. <sup>(38)</sup>

### 8.3 Reducerea durerii în travaliu: analgezie regională

#### 8.3.1 Informații despre analgezia regională

- A. Dacă o gravidă are în vedere analgezia regională, discutați cu ea despre riscurile și beneficiile ei și despre implicațiile acesteia în travaliu, inclusiv aranjamentele și timpul necesar pentru transferul către o unitate obstetricală cu astfel de posibilități.
- B. Furnizați informații despre analgezia epidurală, inclusiv următoarele:
  - Unitățile obstetricale în care este disponibilă.
  - Este mai eficientă în diminuarea durerii decât opioidele.
  - Nu este asociată cu dureri de spate pe termen lung.
  - Nu este asociată cu o prelungire a primului stadiu al travaliului sau cu o creștere a riscului unei operații cezariene.
  - Este asociată cu o prelungirea a celui de-al doilea stadiu al travaliului și cu un risc mai mare de naștere asistată instrumental - dacă este menținută la un nivel maxim până la sfârșit. Poate fi adaptată pentru diversele faze ale travaliului. Astfel, anestezia epidurală trebuie efectuată de personal instruit în adaptarea dozelor în funcție de momentele nașterii. Utilizarea acestui tip de anestezie crește numărul nașterilor pe cale naturală.
  - Aceasta va fi însoțită de un nivel mai intens de monitorizare, de acces intravenos, astfel că mobilitatea gravidei poate fi redusă.

#### 8.3.2 Momentul optim al analgeziei regionale

- A. Dacă o femeie aflată în travaliu solicită analgezie regională, trebuie să se respecte cererea ei, în funcție de posibilități.

#### 8.3.3 Observațiile și asistența femeilor cu analgezie regională

Anestezia peridurală este efectuată de medicul anestezist în conformitate cu protocoalele proprii ale specialității.

- A. Întotdeauna asigurați accesul intravenos înainte de demararea analgeziei regionale.
- B. Încărcarea cu fluide și menținerea perfuziei trebuie realizate de rutină înainte de instituirea analgeziei regionale.
- C. Observații suplimentare pentru femeile cu analgezie regională:
  - În timpul stabilirii analgeziei regionale sau după administrarea bolusurilor suplimentare (10 ml sau mai mult de soluții cu doză mică), măsurați tensiunea arterială la fiecare 5 minute timp de 15 minute.
  - Dacă femeia prezintă durere la 30 de minute după fiecare administrare de anestezic local sau soluție opioidă, se solicită anestezistul.
  - Se recomandă evaluarea nivelului blocului senzorial la fiecare oră. <sup>(40)</sup>
- D. Încurajați gravidele cu analgezie regională să se miște și să adopte poziții confortabile în timpul travaliului.
- E. Odată stabilită, se continuă analgezia regională până la finalizarea celei de-a treia faze a travaliului și pentru orice reparație perineală necesară.
- F. După diagnosticarea dilatației complete la o femeie cu analgezie regională, adoptați un plan cu gravida pentru a se asigura că nașterea va avea loc în 4 ore, indiferent de paritate.
- G. Nu utilizați de rutină oxitocină în al doilea stadiu al travaliului la femeile cu analgezie regională.
- H. Efectuați CTG continuă timp de cel puțin 30 de minute în timpul completării analgeziei regionale și după administrarea suplimentară a fiecărui bolus de 10 ml sau mai mult. <sup>(41)</sup>

## 8.4 Monitorizarea în timpul travaliului

### 8.4.1 Măsurarea frecvenței cardiace fetale

- A. Nu se recomandă CTG continuă femeilor aflate la debutul travaliului dacă au risc scăzut de complicații.
- B. Practicați auscultarea intermitentă a frecvenței cardiace fetale la gravidele cu risc scăzut de complicații în primul stadiu al travaliului:
- Utilizați un CTG / Doppler cu ultrasunete sau stetoscop Pinard.
  - Efectuați o auscultare intermitentă imediat după o contracție, cel puțin 1 minut, la fiecare 60 minute sau dacă apar evenimente obstetricale.
  - Înregistrează accelerațiile și decelerațiile dacă sunt auzite.
  - Palpați pulsul matern în fiecare oră sau mai des, dacă există îngrijorări, pentru a diferenția bătăile inimii materne de cele fetale. <sup>(26)</sup>
- C. Dacă există o creștere a frecvenței cardiace fetale față de ritmul de bază sau dacă se suspectează decelerații la auscultația intermitentă ar trebui luate următoarele atitudini:
- Efectuarea mai frecventă a auscultării intermitente, de exemplu inițial după 3 contracții consecutive.
  - Se ia în considerare întreaga imagine clinică, inclusiv poziția femeii și hidratarea, intensitatea și frecvența contracțiilor și modificările materne.
- Dacă se confirmă o creștere a ritmului de baza sau prezenta decelerațiilor, acțiunile ulterioare vor include:
- Solicitarea prezenței medicului obstetrician.
  - Solicitarea CTG continue și explicarea motivelor pentru care este necesar acest lucru. <sup>(27)</sup>
- D. Indicați CTG continuă dacă există vreunul dintre următorii factori de risc prezenți la evaluarea inițială (a se vedea secțiunea 7.4) sau care apar în timpul travaliului:
- pulsul matern mai mare de 120 bpm, la 2 intervale de 30 de minute.
  - temperatură de 38° C sau mai mare după o determinare unică sau de 37,5° C sau mai mare la două determinări consecutive la 1 oră dinstanță.
  - suspiciune de corioamnionită sau sepsis.
  - durerea raportată de femeie care diferă de durerea asociată în mod normal contracțiilor.
  - prezența semnificativă a meconiului.
  - sângerare vaginală cu sânge proaspăt care apare în timpul travaliului.
  - hipertensiune arterială severă: o singură determinare a TAS de 160 mmHg sau mai mare, sau o TAD de 110 mmHg sau mai mult, măsurată între contracții.
  - hipertensiune arterială (HTA): TAS de minim 140 mmHg sau TAD de minim 90 mmHg la două determinări consecutive luate la 30 de minute, măsurată între contracții.
  - proteinuria depistată la admiterea în unitatea obstetricală, asociată cu o singură determinare a TAS de peste 140 mmHg sau a TAD de peste 90 mmHg.
  - confirmarea unei întârzieri în evoluția primei sau celei de-a doua perioade a travaliului (vezi recomandările 8.6.4.A, 9.3.1 și 9.3.2).
  - contracții care durează mai mult de 60 de secunde (hipertonie) sau mai mult de 5 contracții în 10 minute (tahisistolie uterină).
  - utilizarea oxitocinei.
- E. Amniotomia practică în cazul de travaliu blocat în primul stadiu nu este neapărat o indicație pentru inițierea CTG continue.

- F. Răspundeți tuturor îngrijorărilor pe care femeia le are despre CTG continuă, și oferiți următoarele informații: <sup>(28)</sup>
- Explicați-i că CTG continuă este utilizată pentru a monitoriza atât bătăile cordului fetal cât și a contracțiilor uterine din timpul travaliului.
  - Explicați-i că îi poate restricționa mobilitatea.
  - Dați detalii despre tipurile de modificări care pot apărea. Explicați că un traseu normal indică faptul că fătul reacționează bine în travaliu.
  - Explicați faptul că frecvent apar modificări în timpul travaliului în pattern-ul frecvenței cardiace fetale, dar acestea nu reprezintă neaparat motive de îngrijorare.
  - Explicați faptul că, dacă traseul înregistrat intermitent nu este normal, pentru mai multă siguranță cu privire la starea copilului se recomandă monitorizarea continuă.
  - Explicați faptul că deciziile privind îngrijirea ei în timpul travaliului și nașterii se vor baza pe evaluarea mai multor factori - preferințele ei, starea ei și cea a fătului, precum și pe evaluarea constatărilor cardiotocografice.
- G. Dacă CTG continuă a fost începută din cauza unor semne de alarmă constatate la auscultarea intermitentă, dar după 20 de minute traseul se menține normal (vezi tabelul 11), se poate reveni la auscultația intermitentă, cu excepția cazului în care femeia își dorește CTG continuă.

#### 8.4.2 Interpretarea traselor cardiotocografice

- A. Utilizați tabelele 1 și 2 pentru a defini și interpreta traseele CTG și pentru a ghida management-ul travaliului la femeile la care este necesară CTG continuă. Aceste tabele includ și rezumă recomandările individuale privind monitorizarea fetală (8.4.3.A), stimularea scalpului fetal (8.4.12.A, 8.4.12.B), prelevarea de probe de sânge fetal (8.4.13.A până la 8.4.14.B) și reanimare intrauterină (8.4.11.A și 8.4.11.B). <sup>(29)</sup>

**Tabelul 1. Descrierea caracteristicilor traseului cardiotocografic**

<b>Asistența generală</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faceți o evaluare sistematică documentată a stării femeii și a fătului (incluzând constatările CTG) la fiecare oră sau, mai frecvent, dacă există semne de alarmă.</li> <li>- Evitați să luați decizii cu privire la management-ul femeii în timpul travaliului doar pe baza constatărilor CTG.</li> <li>- Luați în considerare preferințele femeii, orice factor de risc antenatal și intrapartum, starea de sănătate actuală a femeii și a fătului precum și progresul travaliului.</li> <li>- Rămâneți cu femeia pentru a continua să oferiți asistență unu-la-unu.</li> <li>- Vorbiți cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei.</li> </ul>			
<b>Principii pentru interpretarea traseelor CTG intrapartum</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Când analizați traseul CTG, evaluați și consemnați contracțiile și toate cele 4 caracteristici ale frecvenței cardiace fetale: ritmul de bază; variabilitatea ritmului de bază; prezența sau absența decelerațiilor (și caracteristicile acestora); prezența accelerațiilor.</li> <li>- Dacă există o valoare stabilă a ritmului cardiac fetal de bază între 110 și 160 bpm și o variabilitate normală, continuă asistența obișnuită având în vedere riscul scăzut de acidoză fetală.</li> <li>- Dacă este dificil să clasificați sau să interpretați un traseu CTG, solicitați o evaluare suplimentară.</li> </ul>			
<b>Accelerațiile</b>			
Prezența accelerațiilor cardiace fetale, chiar și cu variabilitate redusă a valorii inițiale, este în general un semn de stare de bine a fătului.			
Descriere	Caracteristici		
	Ritm de bază (bătăi/minut)	Variabilitatea ritmului de bază (bătăi/minut)	Decelerații
<b>Normal</b>	110 -160 bpm	5-25 bpm	Niciuna sau precoce Decelerații variabile fără caracteristici îngrijorătoare* Înregistrate pe o perioadă de sub 90 de minute
<b>Alarmant</b>	100-109 bpm† <b>SAU</b> 161-180bpm	< 5 bpm o perioadă de 30-50 de minute <b>SAU</b> > 25 bpm o perioadă de 15-25 de minute	Decelerații variabile fără caracteristici îngrijorătoare* Înregistrate pe o perioadă de peste 90 de minute <b>SAU</b> Decelerații variabile care prezintă caracteristici îngrijorătoare* în sub 50% dintre contracțiile înregistrate pe o perioadă de peste 30 de minute <b>SAU</b> Decelerații variabile care prezintă caracteristici îngrijorătoare* în peste 50% dintre contracții o perioadă de sub 30 de minute <b>SAU</b> Decelerații tardive în peste 50% din contracții pe o perioadă de sub 30 de minute, fără semne clinice de risc matern sau fetal precum sângerarea vaginală sau meconiul semnificativ

Descriere	Caracteristici		
	Ritm de bază (bătăi/minut)	Variabilitatea ritmului de bază (bătăi/minut)	Decelerații
<b>Anormal/ patologic</b>	< 100 bpm <b>SAU</b> > 180 bpm	< 5 bpm o perioadă de peste 50 de minute <b>SAU</b> > 25 bpm o perioadă de peste 25 de minute <b>SAU</b> Sinusoidal	Decelerații variabile cu caracteristici îngrijorătoare în peste 50% din contracții pe o perioadă de 30 de minute (sau chiar mai puțin, dacă există factori de risc clinici materni sau fetalii [vezi mai sus]) <b>SAU</b> Decelerații tardive pe o perioadă de 30 de minute (sau mai puțin dacă există factori de risc materni sau fetalii) <b>SAU</b> Bradycardie acută sau o singură decelerare prelungită cu durată de 3 minute sau mai mult

\*Caracteristici îngrijorătoare ale decelerațiilor:

- durata mai mare de 60 de secunde;
- reducerea variabilității ritmului de bază în timpul decelerației;
- nu se întoarce la ritmul de bază;
- aspect bifazic (W);
- fără aspectul de "umeri" – flancată de accelerații ale ritmului.

† Deși un ritm de bază al frecvenței cardiace fetale între 100 și 109 bpm reprezintă o caracteristică alarmantă, continuați asistența obișnuită dacă există o variabilitate normală a ritmului de bază și nu prezintă decelerații precoce sau tardive.

**Tabelul 2. Management bazat pe interpretarea traseelor cardiocografice**

Categorie	Definiție	Management
<b>Normal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toate caracteristicile sunt normale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuați CTG (dacă nu a fost pornit din cauza unor îngrijorări apărute în urma unei auscultări intermitente și nu există factori de risc în curs de desfășurare; vezi recomandarea 8.4.1.G) și asistența obișnuită</li> <li>- Discutați cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă</li> </ul>
<b>Suspect</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O caracteristică alarmantă</li> <li><b>ȘI</b></li> <li>- 2 caracteristici normale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Corecțiți toate cauzele care pot sta la baza acestor modificări, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină</li> <li>- Efectuați o examinare maternă completă</li> <li>- Începeți 1 sau mai multe măsuri conservatoare*</li> <li>- Informați un obstetrician sau o moașă superioară</li> <li>- Realizați un plan cu revizuirea întregului tablou clinic și cu aspectul CTG</li> <li>- Discutați cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei</li> </ul>
<b>Patologic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O caracteristică anormală</li> <li><b>SAU</b></li> <li>- 2 caracteristici alarmante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitați o evaluare din partea unui medic cu competență superioară</li> <li>- Exclueți evenimentele acute (de exemplu deplasările de cordon, suspiciune de dezlipire de placentă sau de ruptură uterină)</li> <li>- Corecțiți toate cauzele care pot sta la baza modificărilor, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină</li> <li>- Începeți 1 sau mai multe măsuri conservatoare *</li> <li>- Discutați cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei.</li> <li>- Dacă traseul CTG este încă patologic după aplicarea măsurilor conservatoare: <ul style="list-style-type: none"> <li>- obțineți o evaluare suplimentară din partea unui obstetrician cu expertiză superioară</li> <li>- aplicați stimulare digitală a scalpului fetal (a se vedea recomandarea (8.4.12.A) și notați rezultatul</li> </ul> </li> <li>- Dacă traseul CTG este încă patologic după stimularea scalpului fetal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- luați în considerare recoltarea de sânge fetal;</li> <li>- luați în considerare finalizarea nașterii în acord cu preferințele femeii</li> </ul> </li> </ul>
<b>Necesitatea intervenției de urgență</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bradicardie acută</li> <li><b>SAU</b></li> <li>- o singură decelerație prelungită, de peste 3 minute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cereți urgent ajutor obstetrical dacă este cazul</li> <li>- Dacă a existat un eveniment acut (de exemplu, deplasări de cordon, suspiciune de dezlipire de placentă sau de ruptură uterină), se finalizează nașterea</li> <li>- Corecțiți toate cauzele care pot sta la baza modificărilor, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină</li> <li>- Începeți una sau mai multe măsuri conservatoare *</li> <li>- Faceți pregătiri pentru o naștere urgentă</li> <li>- Discutați cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei.</li> <li>- Finalizați nașterea dacă bradicardia acută persistă timp de 9 minute</li> <li>- Dacă ritmul cardiac fetal revine la normal în orice moment până la 9 minute, reevaluați orice decizie de finalizare a nașterii, în discuție cu femeia</li> </ul>

**Abreviere:** CTG, cardiocografie.

\* Dacă există îngrijorări cu privire la starea de bine a fătului, trebuie conștientizate posibilele cauze și trebuie începută una sau mai multe dintre următoarele măsuri conservatoare bazate pe o evaluare a celor mai probabile cauze: încurajați femeia să se mobilizeze sau să adopte o poziție alternativă (și să evite supinația); administrați fluide intravenoase dacă femeia este hipotensivă; reduceți frecvența contracțiilor uterine prin reducerea sau oprirea oxitocinei dacă este utilizată și/sau instituind tocoliza (o varianta sugerată este administrarea de beta-mimetice).

#### 8.4.3 Asistența generală

##### A. Când se folosește cardiocografia continuă:

- asigurați-vă că accentul asistenței rămâne asupra femeii, mai degrabă decât pe CTG
- rămâneți cu femeia pentru a continua asistența unu-la-unu
- încurajați și ajutați femeia să fie cât mai mobilă posibil și să își schimbe poziția cât de des dorește
- se monitorizează starea femeii și a fătului și să se iau măsuri prompte dacă este necesar
- diferențiați frecvența cardiacă maternă de cea fetală la cate o oră, sau mai des, dacă există motive de îngrijorare
- asigurați-vă că traseul CTG este de înaltă calitate și căutați alte opțiuni dacă nu este posibil acest lucru
- dacă este dificil să clasificați sau să interpretați un traseu CTG, solicitați o evaluare suplimentară.

##### B. Când evaluați traseul CTG, luați în considerare și documentați contracțiile și toate cele 4 caracteristici ale ritmului cardiac fetal:

- ritm de bază
- variabilitatea ritmului de bază
- prezența sau absența decelerațiilor și caracteristicile îngrijorătoare ale diverselor decelerații dacă sunt prezente
- prezența accelerațiilor.

##### C. Evitați luarea deciziilor cu privire la asistența femeii aflate în travaliu doar pe baza modificărilor CTG; luați în considerare și:

- preferințele ei
- starea generală
- afirmațiile sale despre mișcările fetale
- evaluarea bunăstării și comportamentului acesteia
- evaluările materne, inclusiv temperatura, tensiunea arterială și pulsul
- dacă există meconiu sau sânge în lichidul amniotic
- orice semne de sângerare vaginală
- medicația administrată
- frecvența contracțiilor
- stadiul și progresul travaliului
- paritatea
- răspunsul fetal la stimularea digitală a scalpului dacă este efectuată (vezi recomandările 8.4.12.A și 8.4.12.B)
- rezultatele recoltării sângelui fetal, în cazul în care este fezabilă realizarea ei (a se vedea recomandarea 8.4.13.1).

- D. Evaluarea sistematică documentată a stării materne și fetale (inclusiv orice modificare CTG) este recomandat a fi realizată la o oră. Dacă există semne de alarma legate de constatările CTG, se efectuează această evaluare mai frecvent. <sup>(30)</sup>

#### 8.4.4 Ritmul cardiac fetal de bază

- A. Utilizați următoarele categorii pentru ritmul cardiac fetal de bază:

- liniștitor:
  - între 110 și 160 bpm
- alarmant:
  - între 100 și 109 bpm
  - între 161 și 180 bpm
- anormal:
  - sub 100 bpm
  - peste 180 bpm

- B. Luați în considerare următoarele aspecte atunci când evaluați ritmul cardiac fetal de bază:

- diferența dintre frecvența cardiacă fetală și cea maternă
- valoarea inițială a ritmului cardiac fetal va fi de obicei între 110 și 160 bpm
- deși un ritm de bază inițial între 100 și 109 bpm este o caracteristică neliniștitoare, continuați asistența obișnuită dacă există o variabilitate normală a ritmului de bază și nu există decelerații variabile sau tardive.

#### 8.4.5 Variabilitatea ritmului de bază

- A. Utilizați următoarele categorii pentru variabilitatea inițială a ritmului cardiac fetal:

- liniștitor:
  - 5-25 bpm
- alarmant:
  - mai puțin de 5 bpm timp de 30 până la 50 de minute
  - mai mult de 25 bpm timp de 15 până la 25 de minute
- anormal:
  - mai puțin de 5 bpm pentru mai mult de 50 de minute
  - mai mult de 25 bpm pentru mai mult de 25 de minute
  - sinusoidală.

- B. Luați în considerare următoarele aspecte atunci când evaluați variabilitatea ritmului cardiac fetal de bază:

- variabilitatea ritmului de bază va fi de obicei între 5 și 25 bpm
- perioadele intermitente de variabilitate redusă sunt normale, în special în timpul perioadelor de liniște ("somn").[26]

#### 8.4.6 Decelerații

- A. Când descrieți decelerațiile ritmului cardiac fetal, specificați:

- apariția lor în raport cu vârful contracțiilor
- durata decelerațiilor individuale
- dacă ritmul cardiac fetal revine sau nu la valoarea inițială
- de cât timp au fost prezente
- dacă acestea apar în peste 50% dintre contracții
- prezența sau absența unui aspect bifazic ("W")
- prezența sau absența aspectului de "umeri" ("shouldering"): accelerații ale ritmului cardiac care flanchează decelerația

- prezența sau absența variabilității reduse în cadrul decelerației.
- B. Descrieți decelerația ca "precoce", "variabilă" sau "tardivă". Nu utilizați termenii "tipic" și "atipic", deoarece pot provoca confuzii.
- C. Utilizați următoarele clasificări pentru decelerații ale frecvenței cardiace fetale:
- liniștitor:
    - fără decelerații
    - decelerații precoce
    - decelerații variabile care nu prezintă caracteristici îngrijorătoare (a se vedea recomandarea 8.4.6.D) pentru mai puțin de 90 de minute
  - alarmante:
    - decelerații variabile care nu prezintă caracteristici îngrijorătoare o perioadă de peste 90 de minute
    - decelerații variabile cu caracteristici îngrijorătoare în peste 50% dintre contracții o perioadă de peste 30
    - decelerații variabile cu caracteristici îngrijorătoare în peste 50% dintre contracții pentru o perioadă de sub 30 de minute
    - decelerații tardive în peste 50% din contracții pentru mai puțin de 30 de minute, fără factori de risc materni sau fetal cum ar fi sângerarea vaginală sau meconium în cantitate semnificativă
  - anormal:
    - decelerații variabile cu caracteristici îngrijorătoare în peste 50% din contracții timp de 30 de minute (sau mai puțin dacă există vreun factor de risc clinic matern sau fetal)
    - decelerații tardive timp de 30 de minute (sau mai puțin în cazul în care există factori de risc clinici materni sau fetal)
    - bradicardie acută sau o singură decelerație prelungită care durează 3 minute sau mai mult. <sup>(17,20)</sup>
- D. În ceea ce privește caracteristicile îngrijorătoare ale decelerațiilor variabile:
- durează mai mult de 60 de secunde
  - reducerea variabilității ritmului de bază în cadrul decelerației
  - nerevenirea la ritmul de bază
  - aspectul bifazic (W)
  - fără aspectul de "umeri".
- E. În cazul decelerațiilor variabile fără caracteristici îngrijorătoare (a se vedea recomandarea):
- fiți conștienți de faptul că acestea sunt foarte frecvente și pot fi o caracteristică normală într-un travaliu necomplicat și sunt, de obicei, rezultatul compresiei cordonului ombilical
  - cereți femeii să își schimbe poziția sau să se mobilizeze.
- F. Țineți cont de următoarele în evaluarea decelerațiilor în ritmul cardiac fetal:
- decelerațiile precoce sunt mai puțin frecvente, benigne și asociate de obicei cu compresia craniului fetal
  - decelerațiile precoce fără alte caracteristici neliniștitoare sau anormale pe cardiografie nu ar trebui să determine acțiuni suplimentare.
- G. Luați în considerare următorul aspect: cu cât decelerațiile individuale sunt mai lungi și mai tardive cu atât este mai mare riscul de acidoză fetală (mai ales dacă decelerațiile sunt însoțite de tahicardie sau reducerea variabilității ritmului de bază).

#### 8.4.7 Accelațiile

- A. Luați în considerare următoarele aspecte atunci când evaluați accelerațiile ritmului cardiac fetal:
- prezența accelerațiilor cardiace fetale, chiar și cu variabilitate redusă a valorii inițiale, este în general, un semn de bunăstare fetală
  - absența accelerațiilor pe o CTG normală nu indică acidoză fetală.

#### 8.4.8 Clasificarea traseelor

- A. Traseul cardiografic se clasifica drept:
- normal: toate caracteristicile sunt normale
  - incert: 1 caracteristică neliniștitoare și 2 caracteristici liniștitoare (dar rețineți că dacă accelerațiile sunt prezente, acidoza fetală este puțin probabilă)
  - patologic: 1 caracteristică anormală sau 2 caracteristici neliniștitoare. <sup>(31)</sup>

#### 8.4.9 Management

- A. Dacă există un ritm cardiac fetal stabil între 110 și 160 bpm și variabilitatea normală, continuă tratamentul obișnuit deoarece riscul de acidoză fetală este scăzut.
- B. Dacă există o bradicardie acută sau o singură decelerare prelungită timp de 3 minute sau mai mult:
- se asigură prezența unui medic obstetrician
  - dacă a existat un eveniment acut (de exemplu colaps cardiac, suspiciune de dezlipire de placenta sau de ruptura uterină), se finalizează nașterea
  - corecți toate cauzele care stau la baza evenimentului, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină
  - începe una sau mai multe măsuri conservatoare
  - faceți pregătiri pentru o naștere urgentă
  - vorbiți cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei
  - finalizați nașterea dacă bradicardia acută persistă timp de 9 minute.

Dacă ritmul cardiac fetal se recuperează în orice moment până la 9 minute, reevaluați decizia.

- C. Dacă traseul cardiotocografic este clasificat drept patologic:
- trebuie asigurată evaluarea de către un medic obstetrician
  - excludeți evenimentele acute (de exemplu colaps cardiac, suspiciune de dezlipire prematură de placenta sau de ruptură uterină)
  - corecți toate cauzele care stau la baza evenimentului, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină
  - aplicați una sau mai multe măsuri conservatoare (a se vedea recomandarea 8.4.10.A)
  - aplicați stimulare digitală a scalpului fetal (a se vedea recomandarea 8.4.12.A) și documentați rezultatul.

Dacă traseul CTG este încă patologic după stimularea scalpului fetal, luați în considerare:

- recoltarea de sânge fetal, dacă este la dispoziție în unitatea respectivă (a se vedea recomandările 8.4.13.A - 8.4.14.B) sau
- finalizarea nașterii (vezi recomandările 9.9.7 până la 9.10.3).
- se fac pregătiri pentru o naștere urgentă
- discutați cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei.
- finalizați nașterea dacă bradicardia acută persistă timp de 9 minute.

Dacă ritmul cardiac fetal revine la normal în oricare moment în cele 9 minute, reevaluați orice decizie cu privire la finalizarea nașterii, după o discuție cu pacienta.

- D. Dacă traseul CTG este clasificat drept incert sau suspect (conform 8.4.8.A):
- se asigură informarea unui obstetrician
  - corecți toate cauzele care stau la baza modificărilor, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină
  - efectuați un set complet de investigații materne
  - aplicați una sau mai multe măsuri conservatoare (a se vedea recomandarea 8.4.10.A)
  - reevaluare a întregului tablou clinic și a constatărilor CTG
  - vorbiți cu pacienta și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei.
- E. Dacă traseul CTG este clasificat ca normal (conform 8.4.8.A):
- continuați CTG (cu excepția cazului în care a fost inițiată din cauza modificărilor descoperite la auscultarea intermitentă și dacă nu există factori de risc în curs de desfășurare) și asistența obișnuită
  - discutați cu pacienta și cu partenerul / partenerii de naștere despre ceea ce se întâmplă.
- 8.4.10 Măsuri conservatoare
- A. Dacă există preocupări cu privire la starea de bine a fătului, fiți atenți la posibilele cauze și aplicați, bazându-vă pe evaluarea acestora, una sau mai multe din următoarele măsuri conservatoare:
- încurajați pacienta să se mobilizeze sau să adopte o poziție diferită, evitând decubitul dorsal
  - administrați fluide intravenoase dacă pacienta este hipotensivă
  - reduceți frecvența contracțiilor prin:
    - reducerea sau stoparea administrării de oxitocină dacă este utilizată și / sau
    - utilizarea unei medicații toolitice (un regim sugerat este terbutalina subcutanată 0,25 mg).
- 8.4.11 Resuscitarea intrauterină
- A. Este discutabil efectul terapiei materne de administrare facială a oxigenului pentru resuscitare fetală intrauterină. Este însă recomandat în cazul în care este administrat pentru indicații materne cum ar fi hipoxia sau preoxigenare înaintea unor anesteziice).
- B. Nu se recomandă amnioinfuzia pentru resuscitare fetală intrauterină.
- 8.4.12 Stimularea scalpului fetal
- A. Dacă traseul CTG este patologic (a se vedea recomandarea 8.4.8.A) folosiți stimularea digitală a scalpului fetal. Dacă traseul CTG este în continuare patologic continuați cu recoltarea de sânge fetal sau finalizarea nașterii.
- B. Dacă stimularea digitală a scalpului fetal (în timpul examinării vaginale) conduce la o accelerație a ritmului cardiac fetal, considerați acest lucru ca un semn de bunăstare fetală. Luați în considerare revizuirea întregului tablou clinic.
- 8.4.13 Recoltarea sângelui fetal
- A. Nu se recoltează sânge fetal dacă:
- există un eveniment acut (de exemplu colaps cardiac, suspiciune de decolare de placenta sau de ruptură uterină) **SAU**
  - întregul tablou clinic indică faptul că nașterea trebuie finalizat **SAU**
  - există contraindicații, inclusiv riscul transmiterii materno-fetale a unor infecții, sau riscul unor tulburări de coagulare fetală.
- B. Fiți conștienți de faptul că la pacientele cu sepsis sau în prezența lichidului meconial, rezultatele probelor din sângele fetal pot fi în mod eronat liniștitoare;

- C. Înainte de efectuarea sau repetarea prelevării de sânge fetal, aplicați măsurile conservatoare și stimularea digitală a scalpului fetal. Continuați cu prelevarea de sânge fetal doar dacă traseul CTG rămâne patologic.
- D. Când se ia în considerare recoltarea de sânge fetal, țineți cont de întregul tablou clinic și de preferințele pacientei.
- E. Atunci când se ia în considerare prelevarea de probe de sânge fetal, explicați pacientei următoarele:
- De ce se ia în considerare testul și ce alte opțiuni sunt disponibile, inclusiv riscurile, beneficii și limitări fiecăruia.
  - Proba de sânge va fi folosită pentru a măsura nivelul acidozei din sângele fetal, lucru care poate ajuta arătând starea fătului în timpul travaliului.
  - Procedura va necesita o examinare vaginală utilizând un dispozitiv similar unui specul.
  - O probă de sânge va fi luată de pe capul fătului făcând o mică zgârietură pe scalpului acestuia. Aceasta se va vindeca rapid după naștere, dar există un risc mic de infecție.
  - Care sunt posibilele rezultate ale testului (normal, borderline și anormal) și acțiunile care vor urma fiecărui rezultat.
  - Dacă nu se poate obține o probă de sânge fetal, dar există accelerații ale ritmului cardiac fetal ca răspuns la procedură, acest lucru este încurajator și în aceste circumstanțe finalizarea nașterii nu este neapărat necesară.
  - Dacă nu se poate obține o probă de sânge fetal și traseul CTG nu s-a îmbunătățit, se recomandă finalizarea nașterii
  - În funcție de rezultatele procedurii și stadiul travaliului, poate deveni necesară operația cezariană sau nașterea instrumentală (forceps sau ventuză).
- F. Nu recoltați proba de sânge fetal în timpul sau imediat după o decelerație prelungită.
- G. Recoltați probe de sânge fetal cu pacienta în decubit lateral stâng.
- H. Utilizați fie pH-ul, fie lactatul, atunci când interpretați rezultatele probelor de sânge fetal.
- I. Utilizați următoarele clasificări pentru rezultatele probelor de sânge fetal:
- pH:
    - normal: 7,25 sau mai mult
    - borderline: 7,21 până la 7,24
    - anormal: 7,20 sau mai puțin
- sau**
- lactat:
    - normal: 4,1 mmol/l sau mai mic
    - borderline: între 4,2 și 4,8 mmol/l
    - anormal: 4,9 mmol/l sau mai mult.
- J. Interpretați rezultatele probelor de sânge fetal luând în considerare:
- evaluările anterioare ale pH-ului sau a lactatului **și**
  - caracteristicile clinice ale pacientei și ale fătului, cum ar fi rata progresului în travaliu.
- K. Dacă rezultatul probei de sânge fetal este anormal:
- informați un obstetrician superior dacă este cazul și echipa neonatală **și**
  - explicați pacientei ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei **și**
  - finalizați nașterea
- L. Dacă rezultatul probei de sânge fetal este borderline și nu există accelerații ca răspuns la stimularea scalpului fetal, luați în considerare recoltarea unei alte probe de sânge fetal, nu mai târziu de 30 de minute, dacă acest lucru este încă indicat conform traseului CTG.

- M. Dacă rezultatul probei de sânge fetal este normal și nu există accelerații ca răspuns la stimularea scalpului fetal, luați în considerare recoltarea unei alte probe de sânge fetal, nu mai tarziu de o oră, dacă acest lucru este încă indicat conform traseului CTG.
- 8.4.14 Când nu se poate obține o probă de sânge fetal
- A. Când investigația nu este disponibilă în unitatea respectivă sau dacă se încearcă prelevarea de sânge fetal și nu se poate obține o probă, dar asocierea cu stimularea scalpului fetal are ca rezultat o accelerare a ritmului cardiac fetal, decizia de a continua travaliul sau de a finaliza nașterea se ia în funcție de tabloul clinic și în discuție cu pacienta și eventual cu un obstetrician cu grad de expertiză superior.
- B. Dacă se încearcă prelevarea de sânge fetal, dar nu se poate obține o probă și nu este o îmbunătățire a traseului CTG, se finalizează nașterea.
- 8.4.15 Documentarea corectă a înregistrărilor
- A. Pentru a asigura o documentare precisă a înregistrărilor CTG:
- asigurați-vă că data și ora de pe monitorul CTG sunt setate corect
  - etichetați traseul cu datele de identificare ale gravidei și unității, data și pulsul femeii la începutul monitorizării.
- B. Unitățile spitalicești ar trebui să aibă un sistem de înregistrare a evenimentelor intrapartum relevante (de exemplu, examinarea vaginală, prelevarea de probe de sânge fetal și montarea unei epidurale) în notările standard – partograma, eventual și pe traseul CTG.
- C. Dacă echipamentele/dotările permit, stocați traseele CTG timp de 25 de ani și, dacă este posibil, în forma electronică.

## 8.5 Ruptura precoce a membranelor

- 8.5.1 Este necesar un examen cu speculul la evaluarea pacientei care afirmă ruperea membranelor.
- 8.5.2 Dacă există suspiciune de ruptură precoce a membranelor la pacientele internate, efectuați, de asemenea, o examinare cu speculul pentru a determina dacă membranele s-au rupt. Evitați examinarea vaginală digitală dacă contracțiile nu au debutat.
- 8.5.3 Informați pacientele care prezintă ruptură precoce a membranelor că:
- riscul unei infecții neonatale grave este de 1%, față de 0,5% pentru femeile cu membrane intacte
  - la 60% dintre femeile cu ruptură precoce de membrane travaliul va debuta în 24 de ore
  - inducerea travaliului este adecvată la aproximativ 24 de ore de la ruptura membranelor.
- 8.5.4 Până la începerea inducției sau în cazul în care se alege temporizarea management-ului dincolo de cele 24 de ore:
- nu aplicați tampoane vaginale și determinați valoarea proteinei C-reactive materne
  - pentru a detecta orice infecție care ar putea fi în curs de dezvoltare, recomandați înregistrarea temperaturii la fiecare 4 ore atunci când gravida este trează
  - gravida este consiliată să anunțe imediat orice schimbare în culoarea sau mirosul pierderii vaginale
  - informați gravida că baia sau dușul nu sunt asociate cu o creștere a riscului de infecție, dar relații sexuale pot face acest lucru.
  - recoltați proba de secreție endocervicală cu antibiogramă pentru a diferenția o infecție/contaminare anterioară internării de una apărută în spital.

8.5.5 Evaluați mișcările fetale și frecvența cardiacă la contactul inițial și apoi la fiecare 24 de ore după ruperea membranelor, când gravida nu este în travaliu și sfătuiți-o să anunțe imediat reducerea frecvenței mișcărilor fetale.

## 8.6 Prima perioadă a travaliului

Vezi recomandările privind definiția primei perioade a travaliului 7.1.1

Nu practicați sau nu consiliați în vederea intervenției clinice în cazul în care travaliul progresează normal iar parturienta și fătul prezintă evaluări normale. Evitați examinările vaginale frecvente, necesare, având în vedere caracterul invaziv și luați în considerare folosirea preponderentă a evaluărilor "non-invazive" reprezentate de CTG (pentru evaluarea stării fetale) și ecografie (pentru evaluarea poziției craniului fetal).

### 8.6.1 Durata primei perioade a travaliului

- A. Informați pacienta că durata primei perioade a travaliului diferă de la o gravidă la alta:
- la primipare travaliul durează în medie 8 ore și este puțin probabil să dureze peste 18 ore
  - al doilea și următoarele travalii durează în medie 5 ore și este puțin probabil să dureze mai mult de 12 ore. <sup>(32)</sup>

### 8.6.2 Evaluări pe parcursul primei perioade a travaliului

- A. Folosiți o înregistrare grafică a travaliului (partograma) odată ce s-a stabilit debutul travaliului.
- B. În cazul în care partograma include un plan de acțiune, utilizați recomandările Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) cu privire la limitele de alarmă și de acțiune (vezi Anexa 2).
- C. Înregistrați următoarele observații în timpul primului stadiu al travaliului:
- documentare la fiecare jumătate de oră a frecvenței contracțiilor;
  - determinarea pulsului în fiecare oră;
  - determinarea temperaturii și a tensiunii arteriale o dată la 4 ore;
  - frecvența urinării
  - practicați examinarea vaginală o dată la 2 ore sau dacă există motive de îngrijorare cu privire la progresul travaliului sau ca răspuns la dorințele gravidei.

Dacă oricare dintre indicațiile de transfer sunt îndeplinite (conform recomandărilor formulate anterior), transferați pacienta într-o altă unitate obstetricală. Urmăriți principiile generale pentru transfer (conform recomandărilor formulate anterior).

- D. Acordați atenție continuă nevoilor emoționale și psihologice ale gravidei, inclusiv dorinței de a ameliora durerea.
- E. Încurajați gravida să comunice nevoia de analgezie în orice moment al travaliului. <sup>(33)</sup>

### 8.6.3 Potențiale intervenții de rutină în prima perioadă a nașterii

- A. Nu se recomandă de rutină managementul activ al travaliului (suport continuu de asistență unu-la-unu, înregistrarea strictă a debutului travaliului; amniotomie precoce de rutină; examinare vaginală de rutină la 2 ore; oxitocină dacă travaliul devine lent).
- B. În travaliul care progresează normal, nu efectuați de rutină amniotomie.
- C. Nu utilizați de rutină amniotomie precoce combinată cu administrarea oxitocinei.

### 8.6.4 Prelungirea primei perioade a travaliului

- A. Dacă se suspectează o prelungire a primului stadiu al travaliului, luați în calcul următoarele:
- paritatea
  - dilatația cervicală și rata modificărilor
  - contracțiile uterine
  - stația și poziția părții prezentate

- starea emoțională a gravidei
- transferul la medicul specialist corespunzător.

Oferiți gravidei suport, hidratare și o ameliorare adecvată și eficientă a durerii.

B. Dacă se suspectează o prelungire a primului stadiu al travaliului, evaluați toate aspectele progresului travaliului când diagnosticați întârzierea, incluzând:

- dilatație cervicală mai mică de 2 cm în 4 ore la primipare;
- progresia dilatației cervicale sub 2 cm în 4 ore sau o încetinire a evoluției travaliului la multipare;
- coborârea și rotația capului fetal;
- modificări ale intensității, duratei și frecvenței contracțiilor uterine.

În cazul în care prelungirea este diagnosticată, transferați gravida într-o unitate adecvată de asistență obstetricală conform principiilor generale de transfer descrise anterior.

C. Dacă este suspicionată prelungirea primei perioade a nașterii, amniotomia ar trebui să fie luată în considerare la toate gravidele cu membrane intacte, după explicarea procedurii și consilierii că va scurta travaliul cu aproximativ o oră și ca poate crește intensitatea contracțiilor uterine.

D. Indiferent dacă gravida a fost de acord sau nu cu o amniotomie, consiliați toate gravidele cu suspiciune de prelungire a primului stadiu al travaliului în favoarea unei examinări vaginale 2 ore mai târziu și stabiliți diagnosticul de prelungire dacă progresul este mai mic de 1 cm.

E. Pentru gravidele cu membrane intacte la care prelungirea primului stadiu al travaliului a fost confirmată, consiliați gravida în vederea unei amniotomii și a practicării unei examinări vaginale două ore mai târziu.

F. Pentru toate gravidele cu prelungirea confirmată a primului stadiu al travaliului:

- este necesară o evaluare obstetricală și o decizie asupra opțiunilor de management, inclusiv utilizarea oxitocinei.
- explicați gravidei că folosirea oxitocinei după ruperea spontană sau artificială a membranelor va grăbi nașterea, dar nu vor influența modul de naștere sau alte rezultate.

G. Pentru o gravida multipară cu prelungirea confirmată a primului stadiu al travaliului, ar trebui efectuată o evaluare completă, inclusiv palparea abdominală și examinarea vaginală, înainte de a se lua o decizie cu privire la utilizarea oxitocinei.

H. Oferiți suport și o ameliorare eficientă a durerii tuturor gravidelor cu prelungirea primei perioade a nașterii.

I. Informați gravida că oxitocina va crește frecvența și intensitatea contracțiilor uterine și că utilizarea acesteia presupune monitorizarea continuă a fătului. Atunci când este posibil, poate fi oferită gravidei anestezia epidurală înainte de a administra oxitocina.

J. Dacă se utilizează oxitocină, asigurați-vă că timpul dintre creșterile dozei nu este mai mic de 30 de minute. Creșteți doza de oxitocină până la apariția a 4-5 contracții în 10 minute.

K. Consiliați gravida în vederea unei examinări vaginale o dată la 2 ore după administrarea de oxitocină:

- Dacă dilatația cervicală a crescut cu mai puțin de 2 cm după 4 ore de la administrarea oxitocinei, în continuare este necesară o examinare obstetricală pentru a evalua necesitatea operației cezariene.
- Dacă dilatația cervicală a crescut cu 2 cm sau mai mult, practicați o examinare vaginală la 2 ore. <sup>(33)</sup>

## **9 A DOUA PERIOADĂ A NAȘTERII (FRECVENT ÎNTÂLNITĂ ȘI SUB DENUMIREA DE AL DOILEA STADIU AL TRAVALIULUI)**

### **9.1 Definiție**

9.1.1 În sensul prezentului ghid, se utilizează următoarele definiții:

- Faza pasivă a perioadei a doua a travaliului: constatarea dilatației complete a colului uterin înainte sau în absența contracțiilor uterine cu caracter expulziv.
- Debutul fazei active a celei de-a doua perioade a travaliului: constatarea dilatației complete a colului uterin, însoțită de contracții cu caracter expulziv sau a efortului matern activ. <sup>(34)</sup>

### **9.2 Evaluări în timpul celei de-a doua perioade a nașterii**

9.2.1 Realizați următoarele observații în a doua perioadă a nașterii, notați-le în partogramă și evaluați dacă este necesar transferul pacientei către un centru cu asistență medicală superioară (grad superior):

- Documentare la fiecare jumătate de oră a frecvenței contracțiilor
- Determinarea tensiunii arteriale la o oră
- Determinarea temperaturii la 4 ore
- Frecvența micțiunilor
- Practicați o examinare vaginală la o oră în timpul fazei active a perioadei a 2-a a nașterii sau ca răspuns la dorințele gravidei, după palparea abdominală și evaluarea unei pierderilor vaginale.

Suplimentar:

- Continuați să țineți cont de nevoile emoționale și psihologice ale gravidei.
- Evaluați progresul, care ar trebui să includă comportamentul femeii, eficiența efortului de screamă al acesteia și bunăstarea fatului, luând în considerare poziția și stația părții prezentate la debutul celei de-a doua perioade. Acești factori vor contribui la stabilirea frecvenței examinărilor vaginale ulterioare și la stabilirea managementului ulterior.
- Efectuați auscultația intermitentă a frecvenței cardiace fetale imediat după o contracție timp de cel puțin 1 minut, cel puțin la fiecare 5 minute. Evaluați pulsul femeii la fiecare 15 minute pentru a diferenția între cele două frecvențe cardiace.
- Ar trebui acordată o atenție continuă poziției gravidei, hidratării, strategiilor de ameliorare a durerii.

<sup>(46)</sup>

### **9.3 Durata celei de-a doua perioade a travaliului și definirea prelungirii acesteia**

9.3.1 Pentru nulipare:

- La majoritatea gravidelor nașterea ar trebui să aibă loc în cel mult 1-2 ore spontan și 2-3 ore cu anestezie peridurală - de la începutul fazei active a celei de-a doua perioade a nașterii;
- Diagnosticați prelungirea fazei active a celei de-a doua perioade a nașterii atunci când durează 2 ore și asigurați prezența unui specialist în realizarea unei nașteri operatorii dacă nașterea spontană nu este iminentă.

9.3.2 Pentru multipare:

- La majoritatea gravidelor nașterea ar trebui să aibă loc în maxim 1-2 ore de la începutul fazei active a celei de-a doua perioade a nașterii.

- Diagnosticați prelungirea fazei active a celei de-a doua perioade atunci când durează o oră și asigurați prezența unui specialist în realizarea unei nașteri operatorii dacă nașterea spontană nu este iminentă.
- 9.3.3 La o gravida nulipară, suspectăm o prelungire dacă progresul (în ceea ce privește rotația și / sau coborârea părții prezentate) este inadecvat după o oră de fază activă perioadei a doua. Practicați examinarea vaginală și apoi amniotomia dacă membranele sunt intacte.
- 9.3.4 La o gravidă multipară, prelungirea este suspectată dacă progresul (în ceea ce privește rotația și / sau coborârea părții prezentate) este inadecvat după 30 de minute de fază activă din perioada a doua a nașterii. Practicați examinarea vaginală și apoi amniotomia în cazul membranelor intacte.
- 9.4.5 Dacă dilatația completă a colului uterin a fost confirmată la o gravidă fără anestezie regională, dar care nu prezintă senzația de screamă, se efectuează o evaluare suplimentară după 1 oră. <sup>(42,46)</sup>

#### **9.4 Folosirea oxitocinei în perioada a doua a nașterii**

- 9.4.1 Ar trebui să se ia în considerare utilizarea oxitocinei, în combinație cu anestezia regională, la gravidele nulipare, dacă contracțiile uterine sunt inadecvate la începutul celui de-al doilea stadiu al travaliului. <sup>(35)</sup>

#### **9.5 Poziția femeii și efortul expulziv în perioada a doua a nașterii**

- 9.5.1 Descurajați poziția decubit dorsal sau semi-flexia trunchiului în al doilea stadiu al travaliului, deoarece uterul voluminos determină comprimarea venei cave inferioare, astfel că fluxul sanguin poate fi drastic redus, ceea ce poate conduce la un debit cardiac și tensiune scăzute și alterarea perfuziei utero-placentare și oxigenării fetale; încurajați gravida să adopte orice altă poziție care îi este cel mai confortabilă.
- 9.5.2 Informați gravida că în a doua perioadă a nașterii ar trebui să ia în considerare propriul impuls de a scree.
- 9.5.3 Dacă efortul de scree este inefficient sau dacă gravida solicită, oferiți strategii de asistență a nașterii, cum ar fi sprijinul, schimbarea poziției, golirea vezicii și încurajarea / îndrumarea. <sup>(36,43)</sup>

#### **9.6 Intervenții intrapartum pentru reducerea traumatismelor perineale**

- 9.6.1 Nu efectuați masaj perineal în al doilea stadiu al travaliului.
- 9.6.2 Fie tehnica "măinile pe" (protejarea perineului și flectarea craniului fetal) sau "măini pasive" (absența mâinilor de pe perineu și de pe craniul fatului, dar cu ele pregătite să acționeze) pot fi folosite pentru a facilita nașterea spontană.
- 9.6.3 Nu pulverizați anestezic local (lidocaine) pentru a reduce durerea în al doilea stadiu al travaliului.
- 9.6.4 Nu efectuați o epiziotomie de rutină în timpul nașterii vaginale spontane.
- 9.6.5 Informați toate gravidele cu antecedente de traumatism perineal sever că riscul de a repeta traume severe perineale nu este crescut la nașterea ulterioară, comparativ cu primiparele.
- 9.6.6 Nu efectuați epiziotomie de rutină la nașterea vaginală după un traumatism perineal de gradul III sau IV. <sup>(44,48)</sup> Decizia depinde de comportamentul perineului cicatriceal în timpul expulziei.
- 9.6.7 Pentru ca o femeie, care a suferit rupturi perineale anterioare de gradul trei sau patru, se face o alegere în cunoștință de cauză, discutați cu ea despre posibilele cale de naștere, cuprinzând:
- simptomele de incontinență urinară de efort sau prin micțiuni imperioase, asociate acestei complicații a nașterii
  - gradul rupturii perineale precedente
  - riscul de recurență

- succesul reparației efectuate
  - efectul psihologic al traumatismului anterior
  - management-ul travaliului
- 9.6.8 Informați gravidele cu mutilare genitală cu privire la riscurile date de dificultatea examinării vaginale și a cateterizării. Informați-o despre riscul prelungirii celui de-al doilea stadiu și despre o posibilă lacerare spontană.
- 9.6.9 Dacă se efectuează o epiziotomie, tehnica recomandată este cea mediolaterală care provine de la comisura vaginală posterioară și se îndreaptă de obicei spre partea dreapta. Unghiul față de axa verticală trebuie să fie între 45 și 60 de grade în momentul epiziotomiei.
- 9.6.10 Efectuați o epiziotomie dacă există o necesitate clinică, cum ar fi nașterea instrumentală sau se suspectează o suferință fetală.
- 9.6.11 Efectuați o analgezie eficientă înainte de a efectua o epiziotomie, cu excepția unei urgențe date de o suferință fetală acută. <sup>(45)</sup>

## 9.7 Nașterea în apă

S-a observat o tendință a gravidelor de a alege efectuarea băilor calde în timpul travaliului sau chiar de a naște în apă. Există unele controverse cu privire la nașterea în apă. Orientările Institutului Național pentru Sănătate și Îngrijire (NICE) recomandă personalului medical să "informeze femeile că nu există suficiente dovezi de înaltă calitate care să sprijine sau să descurajeze nașterea în apă". <sup>(7)</sup> Colegiul American de Obstetricieni și Ginecologi (ACOG) ia o abordare mai prudentă în ceea ce privește nașterea pe apă și recomandă să nu se nasca în apă până când nu există date suficiente pentru a susține această practică. <sup>(49,50)</sup>

## 9.8 Prolungirea perioadei a doua a nașterii

- 9.8.1 Dacă există o prelungire a stadiului al doilea al travaliului sau dacă gravida este foarte stresată, sprijinul și suportul emoțional al gravidei precum și necesitatea analgeziei/anesteziei sunt deosebit de importante.
- 9.8.2 După evaluarea obstetricală inițială a unei gravide cu prelungirea celei de a doua perioade a nașterii, mențineți examinarea obstetricală continuă la fiecare 15-30 minute.

## 9.9 Nașterea asistată instrumental și prelungirea perioadei a doua a travaliului

- 9.9.1 Luați în considerare nașterea asistată instrumental dacă există îngrijorări cu privire la starea de bine a fătului sau dacă există prelungirea celui de-al doilea stadiu al travaliului.
- 9.9.2 Conștientizarea faptului că, în cazuri rare, poate fi necesar un ajutor și indicată nașterea instrumentală atunci când asistența suportivă nu a ajutat.
- 9.9.3 Alegerea instrumentului depinde de un echilibru între modificările clinice și experiența practicianului.
- 9.9.4 Deoarece nașterea instrumentală este o manevra invazivă, consiliați gravida în vederea unei anestezii eficiente.
- 9.9.5 Dacă o gravidă refuză anestezia, practicați un bloc pudendal combinat cu anestezia locală la nivelul perineului în timpul nașterii instrumentale.
- 9.9.6 Dacă există suspiciune de compromitere fetală, practicați fie anestezie eficientă sau, dacă timpul nu permite acest lucru, un bloc pudendal combinat cu anestezia locală a perineului în timpul nașterii instrumentale.
- 9.9.7 Indicați operația cezariană dacă nașterea vaginală nu este posibilă. <sup>(6,51)</sup>

## 9.10 Finalizarea nașterii

9.10.1 Dacă nașterea trebuie finalizată din motive materne sau fetale, evaluați atât siguranța mamei cât și riscurile pentru făt. Evaluările trebuie să includă:

- gradul urgenței
- constatări clinice la examinarea abdominală și vaginală
- alegerea modului de naștere (și dacă sa se utilizeze forcepsul sau ventuza în cazul în care se indică nașterea asistată instrumental)
- anticiparea gradului de dificultate, inclusiv probabilitatea succesului în cazul în care se tentează nașterea instrumentală
- locația
- posibilitatea efectuării transferului asistenței medicale către o unitate obstetricală superioară dacă acest lucru ar fi necesar
- necesitatea suplimentară a analgeziei sau anesteziei
- preferințele gravidei.

9.10.2 Discutați cu gravida și cu partenerul ei de naștere despre motivul pentru care nașterea trebuie finalizată și care sunt opțiunile.

9.10.3 Informați echipa despre gradul urgenței.

9.10.4 Înregistrați momentul în care se ia decizia de a finaliza nașterea.

## 10 A TREIA PERIOADĂ A NAȘTERII (FRECVENT ESTE ÎNTÂLNITĂ ȘI DENUMIREA: AL TREILEA STADIU AL TRAVALIULUI)

**10.1 Retineți faptul că perioada imediată după nașterea fătului este reprezentată de momentul în care gravida și partenerul ei întâlnesc copilul. Asigurați-vă că orice intervenție externă sau manevră sunt făcute în mod delicat și minimizati separarea mamei de copil.**

Un procent semnificativ din volumul sanguin al unității fetoplacentare se găsește în placentă la naștere. Dacă cordonul nu este clampat imediat, sângele placentar trece în circulația nou-născutului până la punctul în care volumul sângelui poate fi mărit cu până la 30%. Studiile din ultimul deceniu au arătat că temporizarea clampării cordonului pentru cel puțin 30 până la 60 de secunde poate fi benefică atât pentru prematuri, cât și pentru cei născuți la termen. <sup>(56)</sup>

La copiii prematuri, aceste beneficii includ tensiune arterială crescută, mai puține transfuzii de sânge și incidență scăzută a hemoragiei intraventriculare și a enterocolitelor necrotizante. Pentru copiii la termen ( $\geq 37$  săptămâni), temporizarea clampării cordonului duce la creșterea nivelului hemoglobinei, sugarii sunt mai puțin susceptibili de a avea deficit de fier la vârsta de 3 până la 6 luni. Sugarii la termen care au beneficiat de temporizarea clampării cordonului au o incidență mai mică a necesității fototerapiei și a apariției icterului. <sup>(57)</sup>

Timpul optim pentru clamparea cordonului este neclar. Societatea de Obstetrică și Ginecologie din Canada (SOGC) recomandă temporizarea clampării cordonului timp de 60 de secunde pentru nou-născuții prematuri care nu necesită resuscitare, indiferent de modul de naștere. <sup>(58)</sup> SOGC recomandă, de asemenea, temporizarea clampării cordonului în cazul prematurității extreme, iar când acest lucru nu este posibil, "mulgerea" cordonului ombilical, ar trebui să fie considerată o alternativă. <sup>(59)</sup>

## 10.2 Definiție

10.2.1 În sensul prezentului ghid, se utilizează următoarele definiții:

- Perioada a treia a nașterii (denumită în literatură și stadiul al treilea al travaliului) reprezintă perioada cuprinsă între nașterea copilului și finalizarea delivrenței
- Management-ul activ implică un pachet de îngrijiri care cuprinde următoarele componente:
  - utilizarea de rutină a medicamentelor uterotonice
  - temporizarea clampării cordonului și tăierea acestuia
  - tracțiunea controlată a cordonului după apariția semnelor de separare a placentei.
- Management-ul fiziologic implică un pachet de îngrijire care include următoarele componente:
  - neutilizarea de rutină a medicamentelor uterotonice
  - clamparea cordonului în momentul în care pulsațiile încetează
  - delivrența placentei prin efort matern.

## 10.3 Prelungirea perioadei a treia a nașterii

10.3.1 Puneți diagnosticul de prelungire perioadei a treia a nașterii dacă aceasta nu este finalizată în 30 de minute de la naștere folosind un management activ și urmați recomandările 10.6.1 până la 10.6.7 privind gestionarea unei retenții de placentă. <sup>(52)</sup>

## 10.4 Evaluarea în perioada a treia a nașterii

10.4.1 Notați următoarele observații la o gravidă aflată în al treilea stadiu al travaliului:

- starea fizică generală, colorația tegumentelor, respirație
- sângerarea pe cale vaginală.

10.4.2 Dacă există hemoragie postpartum, retenție placentară, colaps matern sau orice alte preocupări legate de bunăstarea femeii: <sup>(54)</sup>

- se urmează Ghidul SOGR publicat "Hemoragiile în postpartum" <https://sogr.ro/wp-content/uploads/2019/01/HGP34-revizuit.pdf>

## 10.5 Managementul activ și fiziologic

10.5.1 Explicați gravidei antenatal despre ceea ce presupune managementul activ și cel fiziologic, folosite în gestionarea celui de-al treilea stadiu al travaliului, precum și beneficiile și riscurile asociate cu fiecare dintre ele.

10.5.2 Explicați gravidei că managementul activ:

- scurtează stadiul al treilea comparativ cu managementul fiziologic
- este asociat cu greață și vărsături la aproximativ 100 din 1.000 de femei
- este asociat cu un risc de aproximativ 13 la 1.000 de hemoragie de peste un litru
- este asociat cu un risc de aproximativ 14 din 1.000 de transfuzii de sânge.

10.5.3 Explicați gravidei că managementul fiziologic:

- este asociat cu greață și vărsături la aproximativ 50 din 1.000 de femei
- este asociat cu un risc de aproximativ 29 la 1.000 de hemoragie de peste un litru
- este asociat cu un risc de aproximativ 40 la 1.000 de transfuzii de sânge.

10.5.4 Recomandați gravidei managementul activ al celui de-al treilea stadiu, deoarece acesta este asociat cu un risc mai mic de hemoragie postpartum și / sau de transfuzie de sânge.

10.5.5 Dacă o gravidă cu risc scăzut de hemoragie postpartum solicită management-ul fiziologic al celui de-al treilea stadiu, susțineți alegerea ei.

- 10.5.6 Consemnați decizia cu care este de acord gravida în managementul stadiului trei.
- 10.5.7 În managementul activ, administrați 10 UI de oxitocină intramuscular o dată cu nașterea umărului anterior sau imediat după nașterea copilului și înainte de clamparea și taierea cordonului. Utilizați doar oxitocina deoarece este asociată cu mai puține efecte secundare decât dacă este combinată cu ergometrină.
- 10.5.8 După administrarea oxitocinei, clampați și tăiați cordonul.
- Nu clampați cordonul mai devreme de 1 minut de la nașterea copilului decât dacă există incertitudine cu privire la integritatea cordonului sau dacă frecvența cardiacă a copilului este mai mică de 60 bpm și nu crește.
  - Clampați cordonul înainte de 5 minute pentru a efectua o tracțiune controlată a cordonului ca parte a managementului activ. <sup>(55)</sup>
- 10.5.9 După tăierea cordonului, folosiți tracțiunea controlată a acestuia.
- 10.5.10 Efectuați tracțiune controlată a cordonului ca parte a managementului activ numai după administrarea de oxitocină și după apariția semnelor de separare a placentei.
- 10.5.11 Recomandați schimbarea managementului fiziologic în management activ dacă are loc oricare dintre următoarele:
- Hemoragie
  - Delivrența placentei nu are loc în decurs de o oră de la nașterea copilului.
- 10.5.12 Schimbați managementul din fiziologic în activ dacă femeia vrea să scurteze stadiul trei.
- 10.5.13 Nu utilizați în mod obișnuit în stadiul trei al travaliului perfuzia ombilicală cu oxitocină sau prostaglandină.

## 10.6 Retenția de placentă

- 10.6.1 Asigurați abord venos în cazul în care există retenție de placentă și explicați femeii de ce acest lucru este necesar.
- 10.6.2 Nu administrați medicație ombilicală dacă placenta este reținută.
- 10.6.3 Nu utilizați în mod obișnuit agenți oxitocici intravenoși pentru delivrența placentei reținute.
- 10.6.4 Administrați medicație oxitocică intravenos dacă placenta este reținută și femeia sângerează excesiv.
- 10.6.5 În cazul unei retenții de placentă:
- efectuați un examen vaginal pentru a evalua necesitatea unei extracții manuale a placentei.
  - explicați-i faptul că această evaluare poate fi dureroasă și recomandați-i analgezie.
- 10.6.6 Dacă femeia afirmă în timpul evaluării analgezie inadecvată, opriți examinarea și remediați acest lucru imediat.
- 10.6.7 Dacă este necesară explorarea uterină și parturienta se află într-o unitate cu insuficientă competență, efectuați transferul urgent (în conformitate cu principiile generale de transfer enunțate anterior). <sup>(53)</sup>

## 11 ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI

Toate organizațiile majore care se ocupă de sănătatea nou-născutului, inclusiv SOGC, Comitetul de Sânge pentru Canada, Societatea Pediatrică Canadiană, Academia Americană de Pediatrie și OMS recomandă ca sugarii sănătoși să aibă contact direct cu tegumentul mamei imediat după naștere. Contactul "piele la piele" implică, în general, plasarea nou-născutului gol pe pieptul gol al mamei, acoperind copilul cu o pătură. Un studiu recent a concluzionat că "contactul imediat este o metodă ușoară și disponibilă de îmbunătățire a eficacității alăptării materne." <sup>(60,61)</sup>

Contactul tegumentelor "piele la piele" îmbunătățește:

- Temperatura maternă și a nou-născutului;
- Expulzia placentei;
- Oxigenarea, glicemia și organizarea neuromotorie la nou-născut;
- Inițierea, exclusivitatea și durata alăptării;
- Creșterea în greutate a nou-născutului;
- Calitatea interacțiunilor mamă-copil. <sup>(62)</sup>

De asemenea, s-a demonstrat:

- Un nivel scăzut al cortizolului salivar;
- Un prag al durerii ridicat în timpul procedurilor dureroase;
- Reducerea anxietății materne (atât pe termen scurt, cât și pe termen lung);
- Reducere a plânsului și a stresului nou-născutului.

Contactul piele-pe-piele se recomandă în prima oră după naștere la nou născutul la termen care nu prezintă complicații, după evaluarea și stabilizarea acestuia.

Dacă o procedură este necesară din punct de vedere medical, aceasta se poate face în timp ce nou-născutul rămâne în contact cu pielea mamei atâta timp cât este sigur din punct de vedere medical să se facă acest lucru. Aceasta include măsurarea, aplicarea brățării de identificare, administrarea injecțiilor cu vitamina K, examinarea nou-născutului și administrarea unguentului antibiotic oftalmic. Contactul piele-pe-piele poate continua în timpul transferului de la unitatea de naștere la unitatea postpartum - dacă condițiile maternității permit. <sup>(63)</sup>

La naștere trebuie să fie prezent întotdeauna medicul neonatolog care va efectua evaluarea inițială a nou-născutului și va decide și acorda îngrijirile necesare.

## 12 ÎNGRIJIREA DUPĂ NAȘTERE

### 12.1 Evaluare inițială

12.1.1 Efectuați următoarele evaluări ale femeii după naștere:

- Înregistrați temperatura, pulsul și tensiunea arterială
- Contractia uterină și lohiile
- Examinați placentă și membranele: evaluați starea lor, structura, vasele cordonului și integritatea
- Evaluarea precoce a stării emoționale și psihice a femeii ca răspuns la travaliu și naștere
- Reluarea micțiunilor fiziologice. Luați în calcul retenția de urină dacă după 6 ore vezica este palpabilă și lehuza nu poate urina.

### 12.2 Îngrijirea perineului

12.2.1 Definiți traumatismele perineale sau genitale cauzate fie de rupturi, fie de epiziotomie după cum urmează:

- gradul I – leziuni doar la nivelul tegumentului/mucoaselor
- gradul doi - leziuni ale mușchilor perineali, dar nu și ale sfincterului anal
- gradul III – leziuni ale perineului care implică complexul sfincterului anal:
  - 3a - mai puțin de 50% din grosimea sfincterului anal extern rupt
  - 3b - mai mult de 50% din grosimea sfincterului anal exterior rupt
  - 3c - sfincter anal intern rupt.
- gradul IV – leziuni ale perineului care implică complexul sfincterului anal (sfincterul anal intern și extern) și epiteliul anal.

12.2.2 Înainte de evaluarea traumatismului genital:

- explicați femeii ce ați decis și de ce

- practicați analgezie
  - asigurați o iluminare corespunzătoare
  - poziționați femeia astfel încât să stea confortabil și astfel încât structurile genitale să poată fi expuse clar.
- 12.2.3 Efectuați examinarea inițială ușor și cu blândețe. Se poate face imediat după naștere.
- 12.2.4 Dacă traumatismele genitale sunt identificate după naștere, oferiți o evaluare sistematică ulterioară, inclusiv o examinare rectală. <sup>(67)</sup>
- 12.2.5 Includeți următoarele în cadrul unei evaluări sistematice a traumatismelor genitale:
- explicație suplimentară a ceea ce este planificat și de ce
  - confirmarea de către femeie ca analgezia locală sau regională este în continuare în vigoare
  - evaluarea vizuală a amplitudinii traumatismelor perineale pentru a observa structurile implicate, limitele leziunii și evaluarea sângerării
  - examinare rectală pentru a evalua dacă a existat vreo leziune la nivelul sfincterului anal intern sau extern, dacă există suspiciunea că mușchii perineali sunt afectați.
- 12.2.6 Asigurați-vă că momentul acestei evaluări sistematice nu intervine în stabilirea legăturii mamă-copil, cu excepția cazului în care femeia prezintă o sângerare care necesită intervenție de urgență.
- 12.2.7 Indicați femeii să adopte o poziție care să permită o evaluare vizuală adecvată a gradului traumatismului și care este confortabilă pentru reparare chirurgicală. Mențineți această poziție doar cât are loc evaluarea sistematică și repararea țesuturilor. Dacă nu este posibilă evaluarea adecvată a traumatismului, transferați femeia (împreună cu nou-născutul) într-o unitate cu competență superioară.
- 12.2.8 Solicitați sfaturi de la un cadru medical cu expertiză superioară, dacă există incertitudine cu privire la natura sau amploarea traumatismului.
- 12.2.9 Documentați evaluarea sistematică și rezultatele acesteia.
- 12.2.10 Întregul personal medical ar trebui să participe la cursuri de evaluare și reparare perineală / genitală și să se asigure de menținerea acestor competențe.
- 12.2.11 Realizați reparația perineului cât mai curând posibil pentru a reduce riscul de infecție și de sângerare.
- 12.2.12 Când efectuați reparația perineală:
- asigurați o analgezie eficientă, utilizând infiltrarea cu până la 20 ml 1% lidocaină sau echivalent
  - completați epidurala sau propuneți rahianestezia, dacă este necesar.
- 12.2.13 Dacă femeia afirmă în orice moment anestezie inefficientă, rezolvați acest lucru imediat.
- 12.2.14 Informați femeia că, în cazul traumatismelor de gradul întâi, leziunea ar trebui să fie suturată pentru a îmbunătăți vindecarea, cu excepția cazului în care marginile tegumentului sunt bine afrontate. <sup>(70)</sup>
- 12.2.15 Informați femeia că, în cazul traumatismelor de gradul doi, musculatura ar trebui să fie suturată pentru a îmbunătăți vindecarea.
- 12.2.16 Dacă pielea necesită sutură, utilizați o tehnică intradermică continuă. <sup>(69)</sup>
- 12.2.17 Se efectuează reparații perineale utilizând o tehnică de suturare continuă pentru peretele vaginal și stratul muscular.
- 12.2.18 Este de preferat un material de sutură absorbabil pentru sutura perineului. <sup>(68)</sup>
- 12.2.19 Indicați în mod obișnuit tratament antiinflamator nesteroidian intrarectal după repararea traumatismelor de gradul întâi și al doilea, cu condiția ca acest tratament să nu fie contraindicat.
- 12.2.20 Respectați următoarele principii de bază pentru efectuarea reparațiilor perineale:
- Reparați leziunile perineale folosind tehnici aseptice.
  - Verificați echipamentul și numărați tampoanele și acele înainte și după procedură.
  - Iluminarea corespunzătoare este esențială pentru a vedea și a identifica structurile implicate.

- Asigurați-vă că traumatismele dificile sunt reparate de un practician experimentat, sub anestezie locală sau generală.
- Practicați sondajul vezical timp de 24 de ore pentru a preveni retenția urinară.
- Asigurați-vă că se realizează o bună afrontare anatomică a plăgii în scopul unor rezultate cosmetice.
- Realizați examinarea rectală după finalizarea suturii pentru a vă asigura că materialul de sutură nu a fost introdus accidental prin mucoasa rectală.
- După finalizarea reparației, realizați un document detaliat care oferă detalii referitoare la amploarea leziunii, metoda de reparare și materialele folosite.
- Oferiți femeii informații despre amploarea leziunii, metode de ameliorare a durerii, dietă, igienă și importanța exercițiilor pelviene.

## 13 ASPECTE ADMINISTRATIVE

13.1 Este necesară existența unei **partograme** pe care se notează toate evenimentele și consultațiile din timpul nașterii. Un model pentru un astfel de document este prezentat în Anexa 2.

13.2 Este obligatorie **participarea medicului obstetrician de gardă** la toate nașterile.

13.3 Este obligatorie **participarea medicului neonatolog** la toate nașterile, acolo unde acesta este disponibil.

## 14 BIBLIOGRAFIE

1. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Joint policy statement on normal childbirth. SOGC policy statement 221. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008; 30(12):1163-5
2. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004; 31(1):17-27.
3. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs.* 2005; 52(6):672-81
4. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs.* 2004; 46(2):212-9.
5. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth.* 1991; 18(4):203-10.
6. Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017(7):CD003766.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London (UK): NICE; Published December 2014, Last updated: February 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
8. Hallam JL, Howard CD, Locke A, Thomas M. Communicating choice: an exploration of mothers' experiences of birth. *J Reprod Infant Psychol.* 2016; 34(2):175-84.
9. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1955;6(6):567-89.
10. Friedman EA. Labor in multiparas: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1956;8(6):691-703.
11. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans: what matters for birth experience satisfaction *Birth.* 2016; 43(2):144-50.
12. Paisley KS, Wallace R, Durant PG. The development of an obstetric triage acuity tool. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2011; 36(5):290-6
13. Talaulikar VS, Lowe V, Arulkumaran S. Intrapartum fetal surveillance. *Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2014; 24(2):45-55
14. Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC pregnancy and childbirth.* 2014; 14(1):184.
15. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London (UK): NICE; Published December 2014, Last updated: February 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
16. Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2004; 103(3):506-12.
17. Liston R, Sawchuck D, Young D, Brassard N, Campbell K, Davies G, et al. Fetal health surveillance: intrapartum consensus guideline. SOGC clinical practice guideline no. 197b. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018; 40(4):e298-e322.
18. Rattray J, Flowers K, Miles S, Clarke J. Foetal monitoring: a woman-centred decision-making pathway. *Women Birth.* 2011; 24(2):65-71.
19. Canadian Perinatal Programs Coalition. The fundamentals of fetal health surveillance: a self-learning manual. Vancouver (BC): Perinatal Services BC; 2009. <http://www.perinatalservicesbc.ca/health-professionals/education-development/fetal-health-surveillance>
20. Tillett J. Intermittent auscultation of the fetal heartbeat: Can nurses change the culture of technology? *J Perinat Neonatal Nurs.* 2007; 21(2):80-2
21. Hindley C, Hinsliff SW, Thomson AM. English midwives' views and experiences of intrapartum fetal heart rate monitoring in women at low obstetric risk: conflicts and compromises. *J Midwifery Womens Health.* 2006; 51(5):354-60.
22. Goel A, Nangia S. Meconium aspiration syndrome: challenges and solutions. *Res Rep Neonatol.* 2017; 7:19-28.
23. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012(3):CD009234.
24. Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné G, Moutquin JM, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth.* 2014; 41(2):122-37
25. Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Guidelines for development of a multidisciplinary collaborative primary maternity care model. Ottawa (ON): MCP2; 2006. [http://www.homebirthsummit.org/wp-content/uploads/2013/09/Multidisciplinary-Collaborative-Primary-Maternity-Care-May\\_Ottawa.pdf](http://www.homebirthsummit.org/wp-content/uploads/2013/09/Multidisciplinary-Collaborative-Primary-Maternity-Care-May_Ottawa.pdf)
26. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017(2):CD006066.

27. Gibb D, Arulkumaran S. Fetal monitoring in practice. 3rd ed. London (UK): Churchill Livingstone; 2008.
28. Smith V, Begley CM, Clarke M, Devane D. Professionals' views of fetal monitoring during labour: A systematic review and thematic analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12(1):166.
29. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography; <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
30. Cardiotocography for antepartum fetal assessment: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001068/abstractA>
31. Review of the Proceedings from the 2008 NICHD Workshop on Standardized Nomenclature for Cardiotocography.Update on Definitions, Interpretative Systems With Management Strategies, and Research Priorities in Relation to Intrapartum Electronic Fetal Monitoring
32. Kilpatrick SJ, Laros RK. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol* 1989; 741: 85-7. NE3.
33. Lavender T, Hart A, Walkinshaw S, et al. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. *BJOG: an international journal of obstetric & gynaecology* 2005; 11212:1663-5.
34. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *ObstetGynecol-1996*; 873:355-9.NE3.
35. Cardozo L, Pearce JM. Oxytocin in active-phase abnormalities of labor: a randomized study. *ObstetGynecol-1990*; 752:152-7.
36. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. *Appl Nurs Res* 1990; 31:7-13.
37. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD007214.
38. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(9):CD007396.
39. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Farcomeni A. Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomized double-blind study in nulliparous women. *Anesth Analg*. 2011; 113(4):826-31
40. Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Farcomeni A. Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomized double-blind study in nulliparous women. *Anesth Analg*. 2011; 113(4):826-31
41. George RB, Allen TK, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*. 2013; 116(1):133-44
42. *Obstetrics and Gynecology at a Glance Fourth Edition*, Errol R. Norwitz, John O. Schorge
43. Meyvis I, Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth*. 2012; 39(2):115-20.
44. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(2):CD000081.
45. Lappen, JR, Isaacs, C. Episiotomy and Repair. New York (NY): Medscape; 2016. <https://emedicine.medscape.com/article/2047173-overview>
46. Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2014; 124(1):57-67.
47. Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasing duration of the second stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(6):1248-58.
48. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017(6):CD006672.
49. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 679: immersion in water during labor and delivery. *Obstet Gynecol*. 2016; 128(5):e231-6.
50. American College of Nurse-Midwives. Position statement: hydrotherapy during labour and birth. Silver Spring (MD): ACNM; 2014. <http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>
51. Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York (NY): McGraw-Hill Medical; 2014.
52. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 9th Ed: James R., Md. Scott, Ronald S., Md. Gibbs, Beth Y., Md. Karlan, Arthur F., Md. Haney, David N. Danforth By Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 9th edition, 2003.
53. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, et al. Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. SOGC clinical practice guideline no. 235. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31(10):980-93.

54. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008; 22(6):999-1012.
55. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(8):CD003248.
56. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(7):CD004074.
57. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 543: timing of umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(6):1522-6.
58. Lee L, Dy J, Azzam H. Management of spontaneous labour at term in healthy women. SOGC clinical practice guideline no. 336. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016; 38(9):843-65.
59. Ladhani N, Chari R, Dunn M, Jones G, Shah P, Barrett JF. Obstetric management at borderline viability. SOGC clinical practice guideline no. 347. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017; 39(9):781-91.
60. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women Birth*. 2014; 27(1):37-40.
61. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016(11):CD003519.
62. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen A, Welles-Nyström B, Widström A. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. *Clin Nurs Res*. 2013; 22(3):310-36
63. Dumas L, Widström A. Skin2Skin infographic FAQ's for health care providers [Internet]. Ottawa (ON): Leeds, Grenville & Lanark District Health Unit; 2015. <http://www.bfontario.ca/wp-content/uploads/2012/10/Skin-to-skin-Infographic-FAQ-Leeds-Grenville-Lanark-District-Health-Unit.pdf>
64. Canadian Pediatric Society, American Heart Association. Textbook of neonatal resuscitation. 7th ed. Ottawa (ON): Canadian Pediatric Society; 2016
65. Goel A, Nangia S. Meconium aspiration syndrome: challenges and solutions. *Res Rep Neonatol*. 2017; 7:19-28.
66. Yudin MH, van Schalkwyk J, Eyk NV. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. SOGC clinical practice guideline no. 233. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017; 39(9):e207-12.
67. Oboro VO, Tabowei TO, Loto OM, Bosah JO. A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. *J Obstet Gynaecol* 2003; 23(1):5-8.
68. Grant A. The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96:1281-9.
69. Kettle C, James DC. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. (Cochrane Review).
70. Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:435-40

## 15 ANEXE

- Anexa 1. Lista participanților la Reuniunea de Consens de la București, 29– 30 Martie 2019
- Anexa 2. Model partogramă

## **Anexa 1. Lista participanților la Reuniunea de Consens de la București, 29-30 martie 2019**

Prof. Dr. Radu Vlădăreanu, București	Prof. Dr. Răzvan Socolov, Iași
Prof. Dr. Daniel Mureșan, Cluj-Napoca	Prof. Dr. Florin Stamatian, Cluj-Napoca
Prof. Dr. Nicolae Suciu, București	Prof. Dr. Anca Stănescu, București
Prof. Dr. Gabriel Bănceanu, București	Prof. Dr. Vlad Tica, Constanța
Prof. Dr. Elvira Bratilă, București	Conf. Dr. Costin Berceanu, Craiova
Prof. Dr. Ștefan Buțureanu, Iași	Conf. Dr. Elena Bernad, Timișoara
Prof. Dr. Crîngu Ionescu, București	Conf. Dr. Iuliana Ceaușu, București
Prof. Dr. Claudiu Mărginean, Târgu Mureș	Conf. Dr. Radu Chicea, Sibiu
Prof. Dr. Claudia Mehedințu, București	Conf. Dr. Alexandru Filipescu, București
Prof. Dr. Dan Mihu, Cluj-Napoca	Conf. Dr. Gheorghe Furău, Arad
Prof. Dr. Marius Moga, Brașov	Conf. Dr. Dominic Iliescu, Craiova
Prof. Dr. Mircea Onofriescu, Iași	Conf. Dr. Laurentiu Pirtea, Timișoara
Prof. Dr. Gheorghe Peltecu, București	Conf. Dr. Ștefania Tudorache, Craiova
Prof. Dr. Lucian Pușcașiu, Târgu-Mureș	ȘL Dr. Șerban Nastasia, București
Prof. Dr. Liana Pleș, București	Dr. Marius Calomfirescu, București
Prof. Dr. Manuela Russu, București	Asist. Univ. Dr. Mihaela Boț, București
Prof. Dr. Demetra Socolov, Iași	Dr. Alina Marin, București



Partograma din anexa prezentului ghid respectă criteriile internaționale, emise de Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

Partograma conține următorii parametri importanți ai nașterii:

- Măsurarea **frecvenței cordului fetal** timp de 1 minut, după contracție, la maxim 30 de minute în prima perioadă a nașterii și la 5 minute în perioada a doua.
- Aspectul **lichidului amniotic**: se notează C (clar), M (meconial), S (sangvinolent) și I (membrane intacte).
- **Modificări plastice – încălecarea** oaselor craniului fetal. Se notează: 0 = oasele craniului sunt separate iar suturile sunt ușor de palpat; +1 = oasele se ating; +2 = încălecarea ce poate fi redusă; +3 = încălecarea severă, ireductibilă.
- **Dilatația colului uterin**:
  - Dilatația se evaluează la fiecare tușeu vaginal și se marchează cu un „x” în tabel.
  - Se consideră ca faza activă a travaliului începe la o dilatație a colului de 4 cm.
  - Linia de alertă începe la 4 cm și se îndreaptă către dilatația completă, cu o rată de de 1 cm / oră. Linia de acțiune este o linie paralelă cu linia de alertă, situată la dreapta acesteia, la 4 ore distanță.
  - Dacă gravidele sunt admise în sala de nașteri și monitorizate cu ajutorul partogramei în faza latentă, lungimea colului poate fi înregistrată în partogramă prin linii îngroșate în aceeași diagramă folosită pentru a nota dilatația colului, conform exemplului de mai jos din Figura 1.

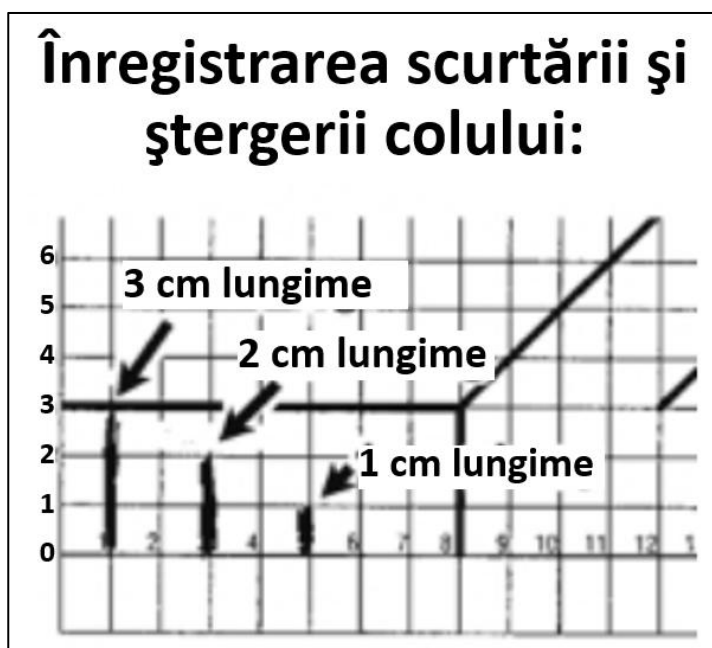


Figura 1. Diagrama de mai sus prezintă înregistrarea lungimii colului sub forma unor linii îngroșate, corespunzătoare numărului de cm decelat la evaluarea colului. Alternativ, se poate nota în căsuțe procentul de scurtare al colului.

- **Coborârea prezentației**: prin tușeu vaginal (M: mobil, Ap: aplicat, F: fixat, A: angajat, C: coborât) sau în sistemul stațiilor pelvine (-5 ... +5), ori prin examinare abdominală (cincimi ale craniului palpabile deasupra simfizei pubiene: 5 ... 0), în funcție de tehnica de evaluare din centrul respectiv.
- **Numărul de ore** se inventariază, de la internarea în sala de nașteri, sau începutul perioadei active. De asemenea, este recomandat a se nota și **ora** exactă a examinării.
- Caroiajul tabelelor permite notarea la jumătate de oră a parametrilor travaliului.
- Frecvența, durata și intensitatea **contracțiilor uterine**, se estimează prin palpare, la fiecare 30 minute și se notează ca în Figura 2.

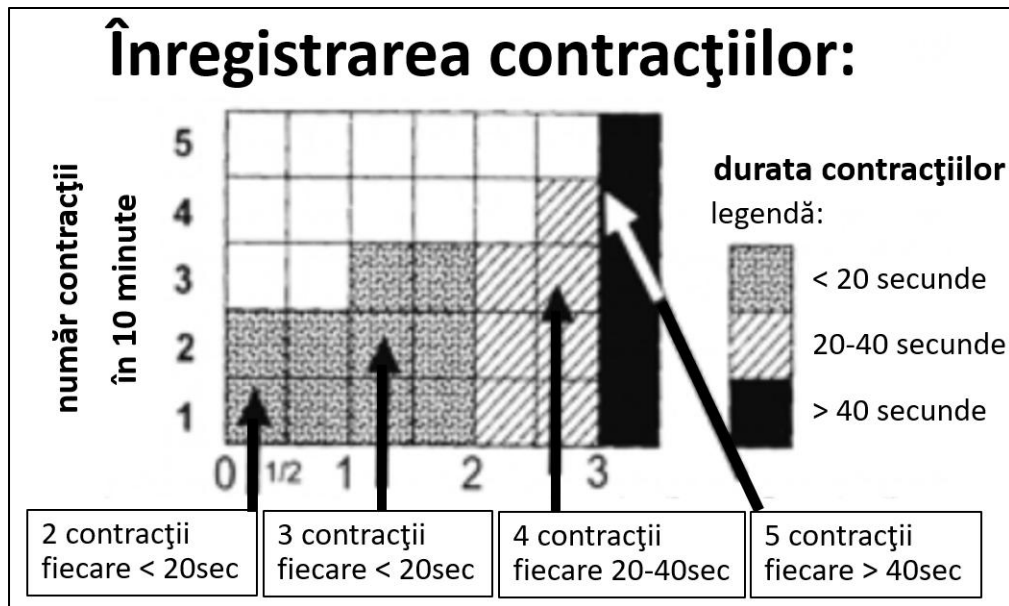


Figura 2. Înregistrarea frecvenței și lungimii contracțiilor. Numărul pătratelor completate reprezintă numărul contracțiilor în 10 minute. Tipul de colorare a pătratelor semnifică lungimea contracțiilor.

- Evaluarea **tonusului uterin**, între contracții: N = normal, C = crescut.
- Menționarea tuturor **medicațiilor**, inclusiv **oxitocin** și a **fluidelor i.v.** administrate;
- Evaluarea stării materne:
  - măsurarea **pulsului** la fiecare 30 minute;
  - măsurarea **tensiunii arteriale** și a **temperaturii** la 4 ore;
  - notarea **diurezei** și, atunci când sunt investigate, prezența **proteinelor** și a **corpilor cetonici**.

Aspectele anormale ale parametrilor menționați conduc la creșterea frecvenței monitorizării sau necesitatea unor intervenții.

Instrucțiuni extinse de completare a partogramei, oferite de Organizația Mondială a Sănătății, pot fi accesate la adresa web:

<http://books.mcai.org.uk/2.3.%20Managing%20normal%20labour%20and%20delivery.1.5MB/part3.htm>