



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



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



**Societatea de Obstetrică
și Ginecologie din România**



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

Operația cezariană

SERIA GHIDURI CLINICE PENTRU OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

**Ghidul 15/Revizia 0
12.12.2010**

© Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România, 2010.

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

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

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

Precizări

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

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

Tipărit la R.A. Monitorul Oficial

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Operația cezariană / coord.: prof. dr. Dimitrie Nanu; ed. dr. Roxana

Șucu. – București : Oscar Print, 2011

ISBN 978-973-668-278-0

- I. Nanu, Dimitrie (coord.)
- II. Sucu, Roxana (ed.)

618.5-089.888.61

Cuprins

1	Introducere	1
2	Scop	1
3	Metodologie de elaborare	2
3.1	Etapele procesului de elaborare	2
3.2	Principii	2
3.3	Data reviziei	2
4	Structură	2
5	Evaluare și diagnostic - Indicațiile operației cezariene	3
5.1	Obstrucția canalului de naștere	3
5.2	Malformațiile vaginului	3
5.3	Sarcina asociată cu cancer de col uterin	4
5.3.1	Stadiile IA2, IB-IIA	4
5.3.2	Stadiile IIB-IIIIB	4
5.4	Patologie cicatricială cervico-vagino-perineală	4
5.5	Patologie asociată sarcinii	5
5.6	Distocie osoasă	5
5.7	Prezența distocice	5
5.8	Distocia de dinamică și de dilatație	5
5.9	Hipertensiunea arterială asociată sarcinii	6
5.10	Sarcina multiplă	6
5.11	Uterul cicatriceal	7
5.12	Ruptura uterină	7
5.13	Placenta praevia	7
5.14	Dezlipirea prematură de placentă normal inserată	7
5.15	Patologia cordonului ombilical	8
5.16	Ruptura prematură de membrane	8
5.17	Ruptura precoce de membrane	8
5.18	Alte cauze de patologie a anexelor fetale	8
5.19	Infecții materne cu transmitere materno-fetală	8
5.20	Suferința fetală acută	9
5.21	Suferința fetală cronică	9
5.22	Izoimunizarea	9
5.23	Malformații congenitale	10
5.24	Operația cezariană la cerere	10
6	Management	10
6.1	Intervalul de decizie în cazul operației cezariene de urgență	10
6.2	Evaluarea preoperatorie	10
6.3	Pregătirea pentru operația cezariană	11
6.4	Anestezia	11
6.4.1	Evaluarea preanestezică	11
6.4.2	Profilaxia sindromului de aspirație	11
6.4.3	Tromboprofilaxia	12
6.4.4	Opțiuni anestezice pentru nașterea prin cezariană	12
6.5	Management intraoperator	12
6.5.1	Metode de prevenire a transmiterii HIV	12
6.5.2	Pregătirea tegumentelor	12
6.5.3	Incizia peretelui abdominal	12
6.5.4	Incizia țesutului subcutanat	12
6.5.5	Incizia aponevrozei	13
6.5.6	Abordarea mușchilor dreپți abdominali	13

6.5.7	<i>Deschiderea peritoneului</i>	13
6.5.8	<i>Decolarea vezicii urinare</i>	13
6.5.9	<i>Histerotomia</i>	13
6.5.10	<i>Extracția fătului</i>	14
6.5.11	<i>Metode de extracție a placentei</i>	14
6.5.12	<i>Controlul cavității uterine</i>	14
6.5.13	<i>Folosirea uterotonicelor</i>	14
6.5.14	<i>Histerorafia</i>	15
6.5.15	<i>Închiderea peritoneului</i>	15
6.5.16	<i>Sutura aponevrozei</i>	15
6.5.17	<i>Sutura dreptilor abdominali</i>	15
6.5.18	<i>Închiderea țesutului subcutanat și drenajul supraaponevrotic</i>	15
6.5.19	<i>Închiderea tegumentului</i>	15
6.6	<i>Îngrijirea nou-născutului extras prin operație cezariană</i>	16
7	Urmărire și monitorizare	16
7.1	Monitorizarea postoperatorie de rutină	16
7.2	Managementul durerii postoperatorii	16
7.3	Reluarea precoce a alimentației enterale.....	17
7.4	Suprimarea cateterului urinar.....	17
7.5	Îngrijirea plăgii operatorii.....	17
7.6	Consilierea pacientei după operația cezariană	17
8	Aspecte administrative	17
8.1	Obținerea consimțământului informat	17
8.2	Factori ce influențează decizia realizării operației cezariene	18
8.3	Elemente interesând actul operator	19
9	Bibliografie	20
10	Anexe	28
10.1	Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 10 – 12 decembrie 2010	29
10.2	Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor.....	30
10.3	Anexa 3. Medicația menționată în ghid.....	31
10.4	Anexa 4. Obținerea consimțământului informat pentru operația cezariană.....	33
10.5	Anexa 5. Formular de consimțământ informat	35
10.6	Anexa 6. Formular operație cezariană.....	37

Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor

Comisia Consultativă de Obstetrică și Ginecologie a Ministerului Sănătății

Prof. Dr. Szabó Béla

Comisia de Obstetrică și Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Prof. Dr. Vlad Tica

Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România

Prof. Dr. Bogdan Marinescu

Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" București

Prof. Dr. Gabriel Bănceanu

Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii

Dr. Mihai Horga

Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului

Coordonator

Profesor Dr. Dimitrie Nanu

Scriitor

Dr. Roxana Șucu

Membri

Dr. Cristian Popescu

Dr. Claudia Mehedințu

Dr. Stelian Conci

Dr. Alexandru Ispas

Dr. Alexandru Matei

Dr. Luminița Udrea

Dr. Pătrașcu Georgeta

Mulțumiri

Mulțumiri experților care au revizuit ghidul:

Prof. Dr. Bogdan Marinescu

Conf. Dr. Liana Pleș

Mulțumim pentru colaborare în realizarea acestui ghid Prof. Dr. Silvia Stoicescu și Conf. Dr. Elena Copaciu.

Mulțumim Fondului ONU pentru Populație pentru sprijinul tehnic și financiar acordat procesului dezvoltării ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie.

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

Abrevieri

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare și Evaluare)
ATI	Anestezie și terapie intensivă
ALT	Alanin aminotransferaza
AST	Aspartat aminotransferaza
BCF	Bătăi cardiace fetale
BPD	Diametrul biparietal
bpm	Bătăi pe minut
β- HCG	Fracțiunea β a gonadotropinei corionice umane
CA	Corioamniotită
CID	Coagulare intravasculară diseminată
cm	Centimetri
CT	Computer tomograf
CUD	Contrații uterine dureroase
dl	Deciletri
DPPNI	Dezlipirea prematură de placentă normal inserată
F	Fiole
G	Grame
GTE	Grup Tehnic de Elaborare (a ghidurilor clinice)
Hb	Hemoglobină
HELLP	Hemoliza-elevated liver enzymes, low platelet count (hemoliza, transaminaze crescute, trombocitopenie)
HIV	Virusul imunodeficienței umane
HLG	Hemoleucograma
HRLP	Histerectomie radicală cu limfadenectomie pelvină
Ht	Hematocrit
HTA	Hipertensiune arterială
HTAIS	Hipertensiune arterială indusă de sarcină
ILA	Indice de lichid amniotic
I.O.M.C.	Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu" București
i.v.	Intravenos
kg	Kilograme
mg	Miligrame
ml	Mililitru
mm	Milimetri
MoM	Multiplu de mediană
m ²	Metru pătrat
μg	Micrograme
nr	Număr
OC	Operație cezariană
OG	Obstetrică Ginecologie
ONU	Organizația Națiunilor Unite
p.e.v.	Perfuzie endovenoasă
RCP	Raport cerebro-placentar
Rh	Rhesus
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
Sp O ₂	Saturația parțială în Oxigen (Pulsoximetrie)
VHB	Virus hepatic B
VHC	Virus hepatic C
U.I.	Unități Internaționale
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)

1 INTRODUCERE

Operația cezariană (OC) este o intervenție chirurgicală ce presupune incizia peretelui uterin pentru extragerea fătului. Acest ghid a apărut din necesitatea de a asigura îngrijiri de calitate pacientelor ce nasc prin cezariană. Scopul său este de a furniza informații de bază personalului medical (OG, ATI, neonatolog, etc.) privind managementul acestei intervenții chirurgicale:

- riscurile și beneficiile OC,
- anumite indicații specifice OC,
- strategiile efective de evitare a OC,
- aspectele anestezice și chirurgicale,
- măsurile ce reduc morbiditatea indusă de OC,
- aspecte organizatorice și de mediu (locale) care influențează ratele OC.

În România, frecvența operației cezariene a crescut constant (4,72 % în 1988 și 12,39% în 1998 ⁽¹⁾). Tendință similară s-a înregistrat în multe dintre țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare, exemplul cel mai elocvent este Brazilia, unde incidența cezarienei a depășit 35% din totalul nașterilor. ⁽²⁻⁷⁾

În mai multe state dezvoltate s-au efectuat studii privind factorii ce au determinat creșterea numărului de OC. Ele au demonstrat că diferitele rate ale incidenței OC pot fi explicate prin modificările caracteristicilor demografice ale populației fertile. De exemplu, femeile amână nașterea, au mai puțini copii, iar vârsta de apariție a primului copil a crescut. ⁽⁸⁾

Definiții. Operația cezariană electivă reprezintă intervenția realizată parturientei pe baza unor indicații obstetricale și/sau medicale sau la cererea acesteia. OC electivă este în mod frecvent o intervenție "planificată" și realizată înainte de instalarea travaliului. În contrast, OC efectuată în timpul travaliului, din necesitate, este denumită "OC de urgență". ⁽⁹⁾

2 SCOP

Scopul acestui ghid este de a standardiza indicațiile și metodele de efectuare a OC, de a cuantifica riscul și a stabili o conduită clinică adecvată.

Prezentul ghid clinic pentru conduita în OC, se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar și personalului medical din alte specialități (medicină de familie, medicină de urgență, ATI, neonatologie, chirurgie generală) care se confruntă cu problematica abordată.

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

- creșterea calității unui serviciu medical, a unei proceduri medicale
- referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific
- reducerea variațiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare)
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice
- aplicarea evidențelor în practica medicală; diseminarea unor noutăți științifice
- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare)
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni
- ghidul protejează 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, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unității sanitare în care activează.

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

3 METODOLOGIE DE ELABORARE

3.1 Etapele procesului de elaborare

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

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

Scriitorii ghidurilor au fost instruiți asupra metodologiei redactării ghidurilor conform medicinei bazate pe dovezi, după care au elaborat prima versiune a ghidului, în colaborare cu membrii GTE și sub conducerea coordonatorului ghidului. După verificarea ei din punctul de vedere al principiilor, structurii și formatului acceptat pentru ghiduri și formatarea ei a rezultat versiunea 2 a ghidului, care a fost trimisă pentru revizia externă la experții selectați. Coordonatorul și Grupul Tehnic de Elaborare au luat în considerare și încorporat după caz comentariile și propunerile de modificare făcute de recenzorii externi și au redactat versiunea 3 a ghidului.

Această versiune a fost prezentată și supusă discuției detaliate punct cu punct în cadrul unei Întâlniri de Consens care a avut loc la București în perioada 10 – 12 decembrie 2010. Participanții la Întâlnirea de Consens sunt prezentați în Anexa 1. Ghidurile au fost dezbătute punct cu punct și au fost agreate prin consens din punct de vedere al conținutului tehnic, gradării recomandărilor și formulării.

Evaluarea finală a ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul Agree elaborat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia Consultativă 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.

3.2 Principii

Ghidul clinic pentru conduita în OC a fost conceput cu respectarea principiilor de elaborare a Ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare al elaborării ghidurilor și de Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România. Pentru prezentul ghid au fost revizuite Cochrane Library 2006 vol. 4, bazele de date Medline și Ovid între anii 1970-2006. Nu au fost identificate trialuri clinice randomizate sau metaanalize privind OC. Majoritatea Publicațiilor sunt studii retrospective, studii de caz și recenzii sistematice.

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

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

3.3 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2013 sau în momentul în care apar dovezi științifice noi care modifică recomandările făcute.

4 STRUCTURĂ

Acest ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

- Evaluare (aprecierea riscului) și diagnostic
- Conduita (prevenție și tratament)
- Urmărire și monitorizare
- Aspecte administrative

5 EVALUARE ȘI DIAGNOSTIC - INDICAȚIILE OPERAȚIEI CEZARIANE

5.1 Obstrucția canalului de naștere

Standard	Medicul trebuie să indice nașterea prin OC în caz de obstrucție a canalului de naștere matern (filiera pelvi-genitală).	B
Argumentare	În situații destul de rare, diverse tumori materne pot obstrua canalul de naștere. Un miom cervical sau o tumoră ovariană mobilă pot ocupa strâmtoarea superioară, interpunându-se între prezentație și filiera de naștere. În unele cazuri, tumora ovariană mobilă sau un miom uterin pediculat pot fi mobilizate cranial de dezvoltarea uterului gravid, permițând chiar nașterea pe căi naturale. Tumorile pelvine praevia ce pot obtura canalul de naștere nu sunt dependente întotdeauna de uter și/sau ovar. În situația în care se palpează o masa pelvină, putem lua în calcul ipoteza unui rinichi ectopic pelvin sau un rinichi ptozat, o splină ptozată, un lob aberant hepatic sau o tumoră vezicală. ⁽¹⁻³⁾	III
Recomandare	În cazul tumorilor praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, se recomandă medicului să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană înainte de debutul travaliului.	B
Argumentare	Tumorile praevia influențează negativ angajarea și coborârea prezentației supunând gravida și fătul unor riscuri inutile. ⁽¹⁾	III
Recomandare	În cazul tumorilor praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, se recomandă medicului practicarea operației cezariene de la 38 SA complete.	E
Opțiune	În cazul tumorilor praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, medicul poate să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană la debutul travaliului.	E
Recomandare	În cazul tumorilor-praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, se recomandă medicului să practice ablația formațiunii tumorale, dacă este indicat și tehnic este posibil.	B
Argumentare	Forțarea unei intervenții chirurgicale extensive, pe terenul gravidic expune la riscuri materne greu de aproximat. ^(1,2)	III
Standard	Cu ocazia laparotomiei, medicul trebuie să trimită la examen anatomopatologic extemporaneu formațiunile tumorale anexiale excizate în condițiile disponibilității acestui examen.	E
Argumentare	O serie de studii atestă că aproximativ 5% dintre masele anexiale diagnosticate în timpul sarcinii au etiologie neoplazică.	
Opțiune	În timpul operației cezariene, medicul poate să extirpe mioamele uterine praevia, în condiții locale favorabile.	B
Argumentare	Ablația mioamelor uterine, mai ales a celor voluminoase, după extracția fătului prin operația cezariană poate determina sângerări masive, greu de controlat, ce se pot solda cu histerectomie de necesitate. Excepție pot face mioamele pediculate, al căror pedicul are bază mică de inserție uterină. ⁽²⁾	III

5.2 Malformațiile vaginului

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

Argumentare	Orice tentativă de naștere pe cale joasă poate pune în pericol viața parturientei. Malformațiile vaginale sunt, de regulă, congenitale, de cauză necunoscută. Ele îmbracă mai multe forme clinice, dintre care cele mai frecvente sunt vaginul septat, vaginul hipoplazic. Diagnosticul se bazează pe examenul clinic. ^(2,4)	IV
--------------------	---	-----------

5.3 Sarcina asociată cu cancer de col uterin

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

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

Opțiuni	În cancerul de col uterin asociat sarcinii, în stadiile IA și IB medicul poate opta pentru a continua OC: – cu limfadenocolpohisterectomia totală lărgită sau – a indica efectuarea în lăuzie a radioterapiei urmate de intervenția chirurgicală practică în timpul II.	E
----------------	--	----------

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

5.3.1 Stadiile IA2, IB-IIA

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

Argumentare	Operația cezariană este recomandată atât în interes fetal cât și pentru reducerea riscurilor de diseminare a celulelor tumorale în timpul travaliului și a hemoragiei abundente ce poate apărea în cazul tumorilor voluminoase. Se va aplica același tratament corespunzător stadiului ca și în cazul pacientelor negravidă. ^(9,12,13)	
--------------------	---	--

5.3.2 Stadiile IIB-IIIb

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

Argumentare	Se va aplica același tratament corespunzător stadiului ca și în cazul pacientelor negravidă. ^(9,12,13)	IIb
--------------------	---	------------

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

Argumentare	Operația cezariană este recomandată atât în interes fetal (prematuritate) cât și pentru reducerea riscurilor de diseminare a celulelor tumorale în timpul travaliului și a hemoragiei abundente ce poate apărea în cazul tumorilor voluminoase. ^(14,15)	IIa
--------------------	--	------------

5.4 Patologie cicatricială cervico-vagino-perineală

Recomandare	Se recomandă ca medicul să indice terminarea nașterii prin operație cezariană pentru pacientele cu: – soluții de continuitate cervicale cu risc de ruptură uterină propagată – trahelectomie – plastia sfincterului anal.	E
--------------------	--	----------

Standard	Medicul trebuie să indice terminarea nașterii prin operație cezariană pentru pacientele cu intervenții chirurgicale anterioare sarcinii destinate: <ul style="list-style-type: none"> – refacerii staticii pelvine – incontinenței urinare – pentru tratamentul fistulelor recto-vaginale și/sau vezico-vaginale. 	B
-----------------	--	----------

Argumentare	S-a constatat un risc considerabil - determinat de faptul că evoluția unei noi sarcini, coborârea prezentației în timpul travaliului și manevrele obstetricale pot anula rezultatele intervenției anterioare prin repetarea unui traumatism care poate genera reapariția manifestărilor inițiale, făcând dificilă sau imposibilă o nouă intervenție de corectare. ⁽¹⁶⁾	III
--------------------	---	------------

5.5 Patologie asociată sarcinii

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

5.6 Distocie osoasă

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

Argumentare	În cazul incompatibilității dintre diametrul biparietal fetal și diametrul util al bazinului osos dovedite clinic și paraclinic nașterea nu poate decurge pe cale vaginală fără suferință fetală și maternă. ^(4,29,30,31,32)	IV
--------------------	---	-----------

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

Argumentare	Proba de travaliu permite alegerea căii de naștere (vaginală sau operație cezariană), fără să expună mama sau fătul la un risc inutil. ^(4,29,30,31,32)	IIa
--------------------	---	------------

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

Argumentare	În acest caz, terminarea sarcinii pe cale vaginală expune mama și fătul unor riscuri inutile. ^(4,29,30,31,32)	IIb
--------------------	--	------------

5.7 Prezența distocice

Standard	Medicul trebuie să indice operația cezariană în cazul gravidelor cu făt în prezența distocică: <ul style="list-style-type: none"> – așezare transversală, – prezența craniene deflectate (frontală, facială mento-posterioară). 	C
-----------------	---	----------

Argumentare	Orice făt în prezența distocică are risc crescut pentru traumatism la naștere, prolabare de cordon și blocarea capului fetal în excavația pelvină. ^(4,41,42,49)	IV
--------------------	--	-----------

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

5.8 Distocia de dinamică și de dilatație

5.8.1 Distocia de dilatație

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

Argumentare În caz de probă de travaliu negativă, terminarea sarcinii pe cale vaginală expune mama și fătul unor riscuri inutile. ^(4,29-32) **IIb**

5.8.2 Distocia de dinamică

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

Argumentare Morbiditatea și mortalitatea perinatală cresc considerabil în caz de travaliu precipitat sau sindrom hipokinetic. ^(4,41)

5.9 Hipertensiunea arterială asociată sarcinii

Standard Medicul trebuie să indice terminarea nașterii prin operație cezariană la pacientele cu hipertensiune arterială, în caz de:
– HTA persistentă sub tratament, cu risc matern
– sindrom HELLP
– eclampsie
– semne de suferință fetală . **E**

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

Argumentare În cazul pacientelor cu preeclampsie, modificarea parametrilor materni sau fetali se corelează cu un prognostic sever materno-fetal, sancțiunea terapeutică fiind doar nașterea. ^(33, 34, 35, 36, 37) **IIa**

5.10 Sarcina multiplă

Recomandare Se recomandă ca medicul să finalizeze sarcina prin operație cezariană în următoarele cazuri: **B**
– sarcinile monoamniotice
– gemenii conjugați
– fătul A în prezentație cefalică și fătul B în prezentație non-cefalică, dacă feții au mai puțin de 1500 g și/sau sarcina este mai mică de 34 de săptămâni de amenoree
– fătul A în prezentație non-cefalică (pelviană sau transversă)
– mai mult de trei feți
– indicațiile valabile și în cazul sarcinii unice.

Argumentare În timpul travaliului și mai ales a expulziei, există riscul crescut de acroșare, coliziune, impacție, compactie și de înnodare a cordoanelor ombilicale. ⁽³⁸⁾ **III**
Pasajul feților conjugați prin canalul obstetrical este dificil și riscant. ⁽³⁸⁾
Analizând datele obținute din studiile clinice, s-a observat o incidență crescută a traumatismului fetal și o creștere a morbidității și a mortalității neonatale la nașterea acestor feți pe cale vaginală. ⁽³⁸⁾
Dacă feții au între 1500-4000 g, nașterea pe cale vaginală este asociată cu un prognostic fetal mai bun decât în cazul operației cezariene. ⁽³⁸⁾
Medicul poate să decidă în funcție de condițiile obstetricale și medicale individuale o altă atitudine, decât cea chirurgicală. ⁽³⁸⁾
Creșterea mortalității neonatale în nașterea pe cale vaginală datorită riscului crescut de acroșare în situația în care fătul A este în prezentație non-cefalică. ⁽³⁹⁾
Datorită dificultății de efectuare a manevrelor obstetricale și a riscurilor crescute de traumatism fetal în cazul existenței a mai mult de trei feți. ⁽⁴⁰⁾

5.11 Uterul cicatricial

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

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

sau

- post-traumatism uterin operat.

Argumentare Complicația uterului cicatricial cea mai gravă în travaliu este ruptura uterină, cu consecințe materne și fetale importante.^(41,42)

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

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

Argumentare Operația cezariană profilactică iterativă nu se indică înainte de 39 săptămâni de amenoree pentru a nu inducă o prematuritate fetală iatrogenă.^(41,42)

5.12 Ruptura uterină

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

Argumentare Prognosticul materno-fetal depinde de promptitudinea intervenției chirurgicale. Intervalul optim de intervenție după diagnosticul rupturii uterine este de 10-37 de minute, după această perioadă complicațiile fetale sunt mult mai frecvente.^(41,42) **IV**

5.13 Placenta praevia

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

- placenta praevia centrală
- placenta praevia parțial centrală.

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

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

Argumentare Morbiditatea neonatală crește semnificativ după această vârstă de gestație.⁽⁴³⁾ **IV**

5.14 Dezlipirea prematură de placentă normal inserată

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

5.15 Patologia cordonului ombilical

Standard	Medicul trebuie să indice OC în caz de prolabare, procidentă, laterocidentă de cordon ombilical în prezentație craniană.	E
-----------------	--	----------

5.16 Ruptura prematură de membrane

Standard	Medicul trebuie să finalizeze sarcina prin operație cezariană în următoarele cazuri: <ul style="list-style-type: none">– prezentație pelviană– uter cicatriceal– CA clinic manifestă– indicații obstetricale– suferință fetală– de urgență, în caz de prolabare de cordon.	E
-----------------	---	----------

5.17 Ruptura precoce de membrane

Standard	Medicul trebuie să finalizeze sarcina prin operație cezariană în următoarele cazuri: <ul style="list-style-type: none">– eșecul declanșării farmacologice a travaliului– prezentație pelviană– uter cicatriceal– CA clinic manifestă– indicații obstetricale– status fetal incert (suferință fetală)– de urgență, în caz de prolabare de cordon.	A
Argumentare	Amânarea terminării nașterii sau alegerea căii naturale de naștere expun mama și fătul unor riscuri inutile. ^(42,58,59)	Ia

5.18 Alte cauze de patologie a anexelor fetale

Standard	În caz de vasa praevia și inserția velamentoasă a cordonului ombilical, medicul trebuie să indice terminarea sarcinii prin operație cezariană după atingerea vârstei de maturitate pulmonară fetală, cât mai tardiv cu putință, dar nu mai târziu de 38 săptămâni de amenoree.	B
Argumentare	În cazul nașterii pe cale vaginală, există riscul unei hemoragii severe ce poate pune în pericol viața mamei și a fătului. ^(55,56)	Ila

5.19 Infecții materne cu transmitere materno-fetală

Standard	Medicul trebuie să indice operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii la gravidele HIV pozitive înainte de debutul travaliului și de ruperea membranelor.	B
Argumentare	Efectuarea operației cezariene la gravidele HIV pozitive reduce riscul transmiterii de la mamă la făt a infecției. ⁽⁶⁰⁻⁶⁹⁾	Ilb
Standard	Medicul trebuie să nu indice de rutină operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii la gravidele infectate cu virus hepatitic B în cazul în care nou-născutul va primi imunoglobuline specifice și vaccinare.	A
Argumentare	Nu există dovezi suficiente care să demonstreze că operația cezariană în această situație reduce riscul de transmitere materno-fetală a virusului hepatitic B. ⁽⁷⁰⁻⁷⁴⁾	Ib

Standard	Medicul trebuie să nu indice de rutină terminarea sarcinii prin operație cezariană pentru gravidele cu virus hepatitic C în absența altor indicații obstetricale.	B
Argumentare	Nu există dovezi suficiente care să demonstreze că operația cezariană reduce riscul de transmitere materno-fetală a virusului hepatitic C. ⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾	IIb
Standard	Medicul trebuie să indice operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii la gravidele care prezintă în trimestrul al III-lea de sarcină infecție primară cu virus herpetic sau un episod activ în apropierea nașterii.	B
Argumentare	Practicarea operației cezariene la gravidele cu infecție primară cu virus herpetic în trimestrul III de sarcină reduce riscul de transmitere la făt. ⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾	III
Standard	Medicul trebuie să nu indice de rutină terminarea sarcinii prin operație cezariană pentru gravidele cu infecție recurentă cu virus herpetic.	B
Argumentare	Nu există date certe că operația cezariană în acest caz reduce transmiterea materno-fetală. ⁽⁸¹⁻⁸⁵⁾	III
5.20 Suferința fetală acută		
Standard	În caz de suferință fetală acută medicul trebuie să indice operația cezariană ca modalitate de terminare a sarcinii în interes fetal.	A
Argumentare	În această situație, efectuarea operației cezariene previne instalarea dereglărilor severe ale echilibrului acido-bazic fetal. ^(41,42)	Ib
5.21 Suferința fetală cronică		
Recomandare	Se recomandă ca medicul să indice operația cezariană în caz de suferință fetală cronică cu sau fără RCIU, luând în considerare următorii parametri: <ul style="list-style-type: none"> – scor biofizic – biometrie fetală – velocimetrie Doppler – oligoamnios și aspectul placentei – non stress test – test de stress la contracție (test de stress la oxytocin). 	E
Standard	În caz de suferință fetală cronică cu sau fără RCIU, momentul intervenției trebuie decis de către medic în funcție de alterarea parametrilor enumerați.	E
5.22 Izoimunizarea		
Standard	În caz de incompatibilitate Rh cu izoimunizare, medicul trebuie să indice finalizarea sarcinii la cel puțin 37 săptămâni de amenoree dacă valoarea vitezei maxime pe artera cerebrală medie se menține < 1,5 MoM.	C
Argumentare	Deoarece beneficiul păstrării sarcinii este mai mic decât riscurile fetale. ⁽⁹⁸⁻¹⁰¹⁾	IV
Standard	Dacă viteza maximă pe artera cerebrală medie este > 1,5 MoM și sarcina este peste 35 săptămâni de amenoree, medicul trebuie să indice nașterea imediată. ⁽⁹⁸⁻¹⁰¹⁾	C

5.23 Malformații congenitale

Standard	În cazul malformațiilor fetale congenitale, diagnosticate antenatal, cu făt viabil, la care actul nașterii vaginale le poate agrava prognosticul și care beneficiază de tratament postpartum, medicul trebuie să indice operația cezariană prin consult interdisciplinar.	B
Argumentare	Operația cezariană reduce riscul fetal de agravare a patologiei congenitale asociate. ⁽⁸⁷⁻⁹¹⁾ Exemple: <ul style="list-style-type: none">– defectele de tub neural– hidrocefalie– displaziile scheletice fetale (osteogeneza imperfectă tip III)– defecte ale peretelui abdominal fetal asociate cu hernierea ficatului.	IIa

5.24 Operația cezariană la cerere

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

6 MANAGEMENT

6.1 Intervalul de decizie în cazul operației cezariene de urgență

Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze operația cezariană de urgență în cazul afectării acute materno-fetale într-un timp cât mai scurt de la luarea deciziei.	B
Argumentare	Efectuarea operației cezariene într-un interval mai mic de 30 de minute de la luarea deciziei rămâne un deziderat în terapia de urgență a afectării acute materno-fetale. ⁽²⁻⁵⁾	III

6.2 Evaluarea preoperatorie

Recomandare	Se recomandă medicului să solicite preoperator: <ul style="list-style-type: none">– consult ATI– determinări minime de laborator:– grup sanguin + Rh– hemoleucogramă completă– coagulograma.	B
Argumentare	Stabilirea valorii Hb și Ht la femeia gravidă înainte de operația cezariană este utilă pentru identificarea celor cu anemie. Cu toate că pierderea unei cantități de sânge > 1000 ml este puțin frecventă la operația cezariană, totuși pierderea de sânge intra- și postoperator poate determina multiple complicații. Formula leucocitară (din cadrul hemoleucogramei) poate furniza informații asupra unor infecții acute sau cronice și alergii. HLG este utilizată în diagnosticarea diferitelor tipuri de anemie și reflectă severitatea acesteia. Gravidele la care se efectuează operația cezariană de urgență în cazul hemoragiei (dezlipire de placentă, ruptura uterină, placenta praevia, etc.) au un risc mai mare de pierdere sangvină > 1000 ml, motiv pentru care operația cezariană trebuie efectuată într-o maternitate care poate asigura transfuzia de sânge izogrup izoRh. Realizarea unui bilanț clinic și paraclinic complet permit încadrarea gravidei în grupe de risc anestezic. Număratoarea trombocitelor și efectuarea coagulogramei sunt indicate preponderent la pacientele ce asociază factori de risc (trombocitopenie maternă, HTA indusă de sarcină, sindrom HELLP – afecțiuni ce pot antrena în evoluția lor tulburări de coagulare secundare). Complicațiile hemoragice (placenta praevia, placenta accreta, etc) pot fi sancționate terapeutic cu sânge izogrup izoRh. ⁽³⁷⁾	III IV IV

6.3 Pregătirea pentru operația cezariană

Standard	Medicul trebuie să indice cateterizarea vezicii urinare.	A
Argumentare	Gravidele care urmează a fi supuse unei operații cezariene trebuie sondate deoarece anestezicul determina hipotonie vezicală cu supradistensia acesteia și pericolul lezării intraoperatorii. ⁽²¹⁾	Ib
Standard	Medicul trebuie să efectueze antibioticoterapia profilactică prin folosirea unei singure doze de cefalosporină generația I sau Ampicillinum.	A
Argumentare	Antibiotico-profilaxia reduce riscul infecțios postoperator (endometrita, infecții de tract urinar, infecția plăgii etc.). ⁽³⁴⁾	Ib

6.4 Anestezia

Standard	Medicul anestezist trebuie să stabilească tipul de anestezie în funcție de indicația de cezariană precizată de medicul obstetrician și de gradul de urgență, în consens cu recomandările Societății Române de Anestezie. ⁽³⁷⁾	E
Recomandare	Se recomandă ca medicul ATI, să informeze pacienta privind opțiunile anestezice pentru OC, de care dispune secția ATI.	E

6.4.1 Evaluarea preanestezică

Standard	Medicul ATI trebuie să realizeze pre-operator un bilanț al gravidei incluzând: <ul style="list-style-type: none">– anamneza– examenul clinic	E
Recomandare	Se recomandă medicului ATI să indice alte examene paraclinice adaptate cazului.	E

6.4.2 Profilaxia sindromului de aspirație

Standard	Medicul anestezist trebuie să recomande pacientelor candidate pentru operația cezariană electivă o perioadă de post de 6-8 ore preoperator. ⁽³⁷⁾	E
Standard	Medicul trebuie să interzică pacientelor aflate în travaliu ingestia de alimente solide.	C
Argumentare	În evoluția travaliului pot apare complicații ce necesită intervenția chirurgicală de urgență (risc de aspirație pulmonară). ⁽³⁷⁾	IV
Standard	Medicul ATI trebuie să indice administrarea la gravidă de antiacide.	A
Argumentare	Antiacidele reduc aciditatea și volumul gastric, scăzând riscul de apariție a pneumoniei de aspirație. ⁽²³⁻²⁷⁾	Ib
Recomandare	Se recomandă ca medicul să indice administrarea de antiemetice.	A
Argumentare	Antiemeticele reduc aciditatea și volumul gastric, scăzând riscul de apariție a pneumoniei de aspirație. ^(23,28-33)	Ib

6.4.3 Tromboprofilaxia

Standard	Medicul ATI trebuie să efectueze profilaxia trombozei venoase periferice, alegând una sau mai multe din următoarele metode: <ul style="list-style-type: none">– ciorapi compresivi;– hidratare;– heparină cu greutate moleculară mică.	B
Argumentare	Pacientele supuse operației cezariene au un risc crescut de tromboembolism venos. ^(35,36)	III

6.4.4 Opțiuni anestezice pentru nașterea prin cezariană

Standard	Medicul ATI trebuie să stabilească tipul de anestezie în funcție de factorii de risc anestezici, obstetricali, fetal și preferințele pacientei. Tipuri de anestezie: <ul style="list-style-type: none">– tehnici neuraxiale– anestezie generală.	E
Argumentare	Pentru cele mai multe nașteri prin cezariană sunt preferate tehnicile neuraxiale.	

6.5 Management intraoperator

6.5.1 Metode de prevenire a transmiterii HIV

Recomandare	Se recomandă medicului și personalului sanitar, la pacientele HIV pozitive supuse operației cezariene, ca pre-, intra- și postoperator: <ul style="list-style-type: none">– să poarte 2 perechi de mănuși;– să utilizeze câmpuri și halate sterile de unică folosință– să poarte ochelari de protecție.	A
Argumentare	Aceste măsuri se recomandă pentru reducerea riscului de contaminare. ^(38,39)	Ia

6.5.2 Pregătirea tegumentelor

Recomandare	Se recomandă medicului să indice dezinfectia tegumentului.	B
Argumentare	Dezinfectia tegumentelor cu soluții antiseptice reduce riscul infecției. ^(68,69)	IIb

6.5.3 Incizia peretelui abdominal

Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze incizia transversală a peretelui abdominal, în absența unei indicații specifice pentru incizia mediană.	B
Argumentare	Deoarece este asociată cu durere postoperatorie redusă comparativ cu incizia mediană și de asemenea pentru efectul cosmetic. ^(40,41)	IIa
Opțiune	Medicul poate să efectueze incizia transversală tip Joel Cohen.	B
Argumentare	Deoarece este asociată cu cel mai scurt timp intraoperator și reducerea morbidității febrile postoperatorii. ^(40, 41, 70)	IIb

6.5.4 Incizia țesutului subcutanat

Recomandare	Se recomandă medicului efectuarea instrumentară a unei breșe minime în țesutul subcutanat urmată de deschiderea digitală a acestuia.	C
Argumentare	Se reduce astfel timpul operator și sângerarea prin evitarea lezării vaselor epigastrice inferioare. ⁽⁴⁰⁾	IV

6.5.5 Incizia aponevrozei		
Recomandare	În cazul inciziei transversale a peretelui abdominal, se recomandă medicului să efectueze o incizie transversală minimă cu bisturiul a aponevrozei, urmată de prelungirea digitală sau instrumentală a acesteia. ⁽⁴⁰⁾	E
6.5.6 Abordarea mușchilor dreپți abdominali		
Opțiune	Medicul poate să adopte tehnica preferată în abordarea mușchilor dreپți abdominali.	C
Argumentare	Studiile efectuate au demonstrat o recuperare similară a pacienților la care s-a efectuat secționarea dreپților abdominali și a celor la care aceștia s-au îndepărtat pe linia mediană. ⁽⁷¹⁻⁷³⁾	IV
6.5.7 Deschiderea peritoneului		
Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze cu atenție deschiderea peritoneului parietal, digital sau instrumental, la distanță de vezica urinară.	C
Argumentare	Se evită astfel lezarea organelor învecinate. ^(72,74)	IV
6.5.8 Decolarea vezicii urinare		
Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze o incizie directă deasupra faldului vezical fără decolarea vezicii urinare.	C
Argumentare	Decolarea vezicii urinare prelungeste timpul operator, crește riscul microhematuriei și necesită creșterea analgeziei postoperatorii. ⁽⁷⁴⁻⁷⁶⁾	IV
6.5.9 Histerotomia		
Recomandare	Se recomandă ca medicul să efectueze incizie segmento-transversală, cu excepția altor indicații.	E
Argumentare	Deși nu sunt studii care să susțină superioritatea inciziei uterine segmento-transversale, aceasta este recomandată de cei mai mulți experți. Beneficiile majore ale acesteia fiind legate de tehnica facilă și de cantitatea mult mai redusă de sânge, comparativ cu alte tipuri de incizie. ⁽⁴²⁻⁴³⁾ Incizia verticală sau incizia în "T" sunt ocazional practicate, utilizarea acestora fiind condiționată de: <ul style="list-style-type: none"> – Acces dificil la nivelul segmentului inferior prin <ul style="list-style-type: none"> – Aderență anormală a vezicii urinare, secundară unei intervenții anterioare, – Prezența unui miom ce ocupă segmentul inferior, – Cancer cervical infiltrant. – Prezența transversală, mai ales când sunt membrane rupte, cu impactarea umărului în canalul de naștere, – Unele cazuri de placenta praevia cu localizare anterioară, mai ales la uterele cicatriceale (inserție anormală), – Prematuritate cu segment inferior gros, neformat, – Obezitate maternă morbidă cu acces dificil la nivelul segmentului inferior.⁽⁸³⁾ 	
Recomandare	În cazul inciziei segmento-transversale, se recomandă medicului ca pe un segment inferior bine format prelungirea histerotomiei să se facă digital și nu prin tăiere.	A
Argumentare	Pentru a reduce hemoragia și implicit incidența transfuziei în postpartum. ^(42,43)	Ia

6.5.10 Extracția fătului

Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze extracția manuală a capului fetal .	B
Argumentare	Extracția manuală este cea mai puțin traumatizantă pentru făt. ⁽⁴⁴⁾ Utilizarea forcepsului asociază frecvent complicații maternelor și fetale.	IIb
Opțiune	În caz de dificultate în extracția capului fetal, medicul poate opta pentru: – prelungirea corporeală a histerotomiei sau – extracția instrumentală a fătului.	E

6.5.11 Metode de extracție a placentei

Recomandare	Se recomandă medicului extracția placentei prin tracțiuni controlată asupra cordonului ombilical.	A
Argumentare	Pentru reducerea riscului de endometrită postpartum din cazul extracției manuale a placentei. ⁽⁴⁸⁻⁵³⁾	Ia

6.5.12 Controlul cavității uterine

Standard	Medicul trebuie să efectueze controlul cavității uterine.	E
Argumentare	Este o tehnică frecvent utilizată cu toate că nu există studii în acest sens. ⁽⁴⁸⁻⁵³⁾	
Opțiune	Medicul poate efectua controlul cavității uterine prin: – controlul manual sau – controlul instrumental	E

6.5.13 Folosirea uterotonicelor

Recomandare	Se recomandă medicului să indice de rutină administrarea intravenoasă de oxitocinum după clamparea cordonului ombilical, în cadrul operației cezariene.	C
Argumentare	Pentru stimularea contractilității uterine și reducerea pierderilor sangvine. ^(45,84)	IV
Recomandare	Se recomandă medicului să adapteze doza și ritmul administrării de oxitocinum la particularitatea cazului.	E
Argumentare	Deși nu sunt studii care să stabilească doza optimă de oxitocinum, se recomandă administrarea de 5UI în bolus sau de 10 UI oxitocinum în perfuzie lentă.	
Opțiune	Medicul poate utiliza methylergometrinum în cazul ineficienței oxitocinum-ului.	E
Argumentare	Methylergometrinum este utilizat pentru stimularea contractilității uterine și reducerea pierderilor sangvine.	
Opțiune	Medicul poate utiliza o singură doză de 100 μg de carbetocinum.	B
Argumentare	Utilizarea de carbetocin în prevenția atoniei uterine a scăzut necesitatea utilizării altor uterotonice. ^(46,47)	III

6.5.14 Histerorafia

Opțiune	Medicul poate să efectueze histerorafia cu sau fără exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală.	A
Argumentare	Exteriorizarea acestuia este asociată cu creșterea senzației dureroase și nu îmbunătățește efectele postoperatorii cum ar fi hemoragia sau infecția. ⁽⁵⁴⁾	Ib
Standard	Medicul trebuie să practice histerorafia.	E
Recomandare	Se recomandă ca medicul să practice histerorafia în unul sau în două straturi cu material lent resorbabil.	C
Argumentare	Nu există date actuale care să susțină superioritatea unei anumite tehnici de histerorafie pentru a asigura închiderea perfectă a uterului și o hemostază optimă. ^(55,56)	IV
Standard	În cazul imposibilității asigurării hemostazei, medicul trebuie să utilizeze mijloace farmacologice și / sau manevre chirurgicale particularizate pacientei.	E

6.5.15 Inchiiderea peritoneului

Recomandare	Se recomandă medicului să nu închiidă peritoneul visceral sau parietal.	A
Argumentare	Neînchiiderea peritoneului visceral și parietal se asociază cu reducerea timpului operator și a necesității de analgezie postoperatorie. ⁽⁵⁷⁾	Ib

6.5.16 Sutura aponevrozei

Recomandare	Se recomandă medicului să închiidă aponevroza cu fir lent resorbabil în sutură continuă.	A
Argumentare	S-a constata o incidență mai mică a complicațiilor (dehiscentă, hernie) la sutura continuă decât la cea cu fire separate. ⁽⁵⁸⁾	Ia

6.5.17 Sutura dreptilor abdominali

Recomandare	Se recomandă medicului să nu sutureze mușchii dreپți abdominali.	E
Argumentare	Majoritatea practicienilor sunt de acord că mușchii își regăsesc singuri poziția anatomică și că suturarea acestora asociază dureri inutile la mobilizarea pacientei. ⁽⁸¹⁾	

6.5.18 Închiiderea țesutului subcutanat și drenajul supraaponevrotic

Recomandare	Se recomandă medicului să efectueze capitonaj sau drenaj la pacientele cu țesut adipos mai mare de 2 cm.	A
Argumentare	Drenajul țesutului subcutanat, când acesta este mai gros de 2 cm, scade riscul complicațiilor postoperatorii. ^(60,61 82)	Ia

6.5.19 Închiiderea tegumentului

Recomandare	Se recomandă medicului să închiidă tegumentul în funcție de preferință sau de situația locală .	B
Argumentare	Studiile actuale nu evidențiază beneficii nete ale unui tip de sutură unul față de altul. Percepția pacientei asupra cicatricei operatorii este influențată în principal de tipul de incizie, transversală sau mediană. ⁽⁶²⁾	Ila

6.6 Îngrijirea nou-născutului extras prin operație cezariană

Standard	Înainte de naștere, medicii obstetrician și neonatolog trebuie să identifice factorii de risc ce pot ajuta la anticiparea necesității reanimării.	C
Argumentare	Prezența factorilor de risc impune pregătirea echipamentului de reanimare suplimentar și solicitarea de personal medical suplimentar. ^(85,86)	IV
Standard	Personalul medical neonatologie trebuie să asigure confortul termic al nou-născutului, în concordanță cu reglementările în vigoare privind îngrijirea nou-născutului.	C
Argumentare	Copii născuți prin OC sunt mai susceptibili în a dezvolta hipotermie. ⁽⁶⁴⁾	IV
Recomandare	Se recomandă medicului neonatolog să asigure contactul materno-fetal precoce ("skin to skin").	A
Argumentare	S-a demonstrat că îmbunătățește percepția mamei asupra fătului, abilitățile/instinctele materne, facilitează alăptatul și scade plânsul copilului. ⁽⁶⁵⁾	Ia
Recomandare	Se recomandă medicului neonatolog să ofere ajutor suplimentar în inițierea alăptatului pacientelor ce au născut prin OC.	B
Argumentare	S-a constatat că incidența alăptatului este mai mare în cazul nașterii pe cale vaginală față de cea prin operație cezariană. ^(66,67)	Ila

7 URMĂRIRE ȘI MONITORIZARE

7.1 Monitorizarea postoperatorie de rutină

Standard	Medicul anestezist trebuie ca în postoperator, în postpartumul imediat să monitorizeze următorii parametri: <ul style="list-style-type: none">– statusul hemodinamic (AV, TA, SpO2)– intensitatea durerii– diureza– frecvența respiratorie– temperatura.	E
Standard	Medicul OG trebuie ca în postpartumul imediat să monitorizeze următorii parametri: <ul style="list-style-type: none">– sângerarea vaginală– globul de siguranță uterin– drenajul abdominal (peritoneal, supra-aponevrotic).	E
Standard	Medicii ATI și OG trebuie să încurajeze mobilizarea precoce a pacientei.	B
Argumentare	Mobilizarea precoce scade riscul complicațiilor tromboembolice. ^(6,7)	III
Standard	Medicul trebuie să monitorizeze evoluția postoperatorie a lăuzei.	E
7.2 Managementul durerii postoperatorii		
Standard	Medicul ATI trebuie să asigure managementul durerii postoperatorii.	E

7.3 Reluarea precoce a alimentației enterale

Opțiune	Medicul poate să indice alimentarea enterală precoce, după primele 6-8 ore postoperator, în funcție de necesitățile pacientei de a mânca sau a bea.	A
Argumentare	Studiile au demonstrat că alimentarea enterală precoce s-a asociat cu reluarea mai rapidă a peristalticii intestinale și cu reducerea perioadei de spitalizare. ⁽¹²⁾	Ia

7.4 Suprimarea cateterului urinar

Standard	Medicul ATI trebuie să indice suprimarea cateterului urinar după mobilizarea pacientei și nu mai devreme de 12 ore după administrarea ultimei doze anestezice în analgezia epidurală.	B
Argumentare	Menținerea vreme îndelungată a cateterului vezical predispune la complicații infecțioase urinare. ^(13,14)	IIb

7.5 Îngrijirea plăgii operatorii

Standard	Medicul OG trebuie să supravegheze evoluția plăgii postoperatorii: <ul style="list-style-type: none">– înlocuirea/suprimarea pansamentului la 24 de ore de la operație sau la nevoie– monitorizarea temperaturii– monitorizarea semnelor de infecție– încurajarea de a purta haine confortabile și de bumbac– planificarea îndepărtării materialelor de sutură de la nivelul tegumentelor.	E
-----------------	--	----------

7.6 Consilierea pacientei după operația cezariană

Recomandare	Se recomandă ca medicul să consilieze pacienta după OC asupra implicațiilor legate de o sarcină ulterioară pe uter cicatriceal.	E
Argumentare	Gravidele cu uter cicatriceal au risc de ruptură uterină. ⁽¹⁸⁾	

8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

8.1 Obținerea consimțământului informat

Standard	Medicul trebuie să obțină consimțământul/ refuzul informat pentru operația cezariană.	C
Argumentare	Consimțământul/ refuzul informat pentru operația cezariană trebuie documentat după ce pacienta a fost corect informată, într-o asemenea manieră încât aceasta să înțeleagă explicațiile oferite. Informarea corectă a pacientei într-o manieră care îi respectă demnitatea, discreția, credința și nivelul socio-economic, luând în considerare situația sa clinică, este un element major al procesului de obținere a consimțământului informat pentru operația cezariană. ⁽¹⁻⁴⁾	IV
Recomandare	Pentru obținerea consimțământului informat, medicul trebuie să poarte o discuție cu pacienta, în care să fie evidențiate beneficiile și riscurile operației cezariene în comparație cu nașterea pe căi naturale, raportate la cazul respectiv.	A
Argumentare	Pentru a estima efectul operației cezariene asupra sănătății materne, a fost urmărită morbiditatea post operație cezariană în mai multe studii randomizate controlate. Morbiditatea post operație cezariană poate fi însă compusă din mai multe comorbidități (de exemplu la aceeași pacientă și transfuzie de sânge și histerectomie). Introducerea tuturor morbidităților în studii fără a lua în seamă că unele au apărut la aceeași pacientă a condus la concluzia că morbiditatea materno-fetală pare să fie mai mare la operațiile cezariene programate decât la nașterile pe căi naturale programate. Introducerea morbidităților pe cazuri individuale, având în vedere la fiecare pacientă ce comorbidități a avut post operator sau post naștere pe căi naturale a condus la rezultatul că nu există diferențe notabile între comorbiditățile materno-fetale post operație cezariană programată și cele post naștere pe cale vaginală programată.	Ia

De notat că la rezultatele grupului de paciente cu naștere pe cale vaginală programată au fost incluse și comorbiditățile apărute după cezarienele de urgență care au fost efectuate în unele din aceste cazuri, iar la grupul cu operație cezariană programată au fost incluse și comorbiditățile apărute după cezarienele de urgență care au fost efectuate de necesitate în unele din aceste cazuri. ⁽⁶⁻¹²⁾

Standard	Medicul trebuie să accepte refuzul pacientei pentru orice tratament propus, inclusiv pentru operația cezariană.	C
Argumentare	Pentru ca procesul de obținere a consimțământului să aibă sens, refuzul tratamentului trebuie să existe ca și opțiune. Adulții conștienți au dreptul să refuze un tratament, chiar dacă această conduită (intervenție chirurgicală) prezintă un beneficiu clar și evident pentru mamă sau/și pentru făt. ^(1, 5)	IV

Standard	În cazul în care pacienta refuză operația cezariană, medicul curant trebuie să menționeze în foaia ei de observație acest lucru.	E
Argumentare	Pentru evitarea unei situații de malpraxis, refuzul informat trebuie documentat în actele medicale, pacienta asumându-și răspunderea deplină pentru riscurile potențiale.	

Standard	Când s-a luat decizia efectuării operației cezariene, medicul trebuie să dispună persoanei abilitate înregistrarea sau să înregistreze în fișa de observație factorii care au condus la această decizie și care dintre aceștia este cel mai important.	C
Argumentare	Orice terapie sau intervenție chirurgicală trebuie să aibă în foaia de observație motivul efectuării acesteia pentru o posibilă evaluare ulterioară a evoluției cazului, dar și pentru protecția medicului. ⁽³⁰⁾	IV

8.2 Factori ce influențează decizia realizării operației cezariene

Standard	Fiecare unitate medicală în care se efectuează operații cezariene își va redacta protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	E
-----------------	---	----------

Standard	În luarea deciziei asupra terminării nașterii prin operație cezariană medicul curant trebuie să se consulte cu medicul șef de secție sau șef de gardă.	B
Argumentare	Luarea deciziei asupra terminării nașterii trebuie luată după consultarea medicului șef de secție/de gardă deoarece această situație conduce la scăderea ratei cezarienelor. ⁽³⁰⁾	III

Standard	Medicul trebuie să efectueze operația cezariană numai într-o maternitate capabilă să efectueze transfuzii de sânge sau derivate.	A
Argumentare	Pacientele a căror cezariană este efectuată pentru hemoragie antepartum, abruptio placentae, ruptură uterină și placenta praevia au risc crescut de a pierde peste 1000 ml sânge intraoperator. Transfuziile cu sânge sau derivate, pot fi necesare în cazurile cu hemoragii obstetricale severe, capacitatea de a efectua transfuzii fiind astfel un factor preventiv pentru evoluția acestor complicații majore. 1,4% din pacientele cu cezariene programate necesită transfuzie de sânge. ^(8, 10 – 14)	Ia

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

8.3 Elemente interesând actul operator

Recomandare	Se recomandă ca fiecare serviciu ATI să dezvolte un protocol propriu de gestionare a aportului de alimente solide și lichide în perioada peripartum ca și de profilaxia a sindromului de aspirație în consens cu recomandările SRATI.	
Standard	Fiecare maternitate trebuie să dezvolte un protocol pentru eșecul intubației oro - traheale în cursul anesteziilor în obstetrică.	C
Argumentare	Eșecul intubației oro - traheale este una dintre cauzele de deces matern și are o incidență de apariție de 1/249 cazuri. ^(15 – 23)	IV
Recomandare	Se recomandă medicului să practice operația cezariană pe o masă de operație cu posibilitatea de a se înclina spre lateral stânga cu 15 grade.	B
Argumentare	Înclinarea spre lateral stânga cu 15 grade se utilizează pentru a reduce efectele sindromului de venă cavă inferioară, prin scăderea compresiei venei cave inferioare de către uterul gravid și hipotensiunea rezultantă. ⁽³¹⁾	III
Standard	La orice operație cezariană este obligatorie prezența unui medic neonatolog sau pediatru instruit în resuscitarea nou-născutului.	B
Argumentare	Copiii născuți prin operație cezariană cu anestezie generală au o rată de apariție a unui scor Apgar sub 7 mai mare decât copiii născuți prin operație cezariană cu anestezie regională. ⁽²⁴⁾	III
	Copiii născuți prin operație cezariană cu anestezie regională au o rată de apariție a unui scor Apgar la 1 minut de sub 4 mai mare decât copiii născuți pe cale vaginală. ⁽²⁴⁾	IIIb
	Operația cezariană este una dintre situațiile ce necesită prezența medicului neonatolog la naștere. ^(25 – 29)	III
Standard	În cazul tumorilor-praevia, în caz de obstrucție a canalului de naștere matern, medicul trebuie să îndrume gravida către o unitate de nivel II sau III.	E
Standard	În cazul în care aceste tumori sunt anexiale și se suspicionează malignitatea, medicul trebuie să trimită gravida la o unitate nivel II sau III cu posibilitatea examenului anatomopatologic extemporaneu, în condițiile disponibilității acestui examen.	E
Standard	Medicul trebuie să îndrume pacientele gravide cu cancer de col uterin în servicii de obstetrică de Nivel II sau III.	E

9 BIBLIOGRAFIE

Introducere

1. Munteanu I, *Tratat de Obstetrică, Volumul I*.
2. Barros F, Victora C, Morris S. Caesarean sections in Brazil. *Lancet*. 1996. 347: 839.
3. Béhague, DP, Victora, CG, Barros, FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? *BMJ* 2002;324:942
4. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999. 319: 1397-1400.
5. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino ME. Medical and non-medical factors associated with cesarean section rates in a university hospital in southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008 May; 24(5):1051-61.
6. Hopkins, Kristine. "Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?" *Social Science & Medicine*. 2000. 51(5): 725–740.
7. Nuttall C. The Caesarean Culture of Brazil. *BMJ*. 2000. 7241: 1074
8. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. *The National Sentinel Caesarean Section Audit Report*. London: RCOG Press; 2001
9. NIH (2006). "State-of-the-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request". *Obstet Gynecol* 107: 1386–1397.

Evaluare și diagnostic

1. Compton AA. Soft tissue and pelvic dystocia. *Clin Obstet Gynecol* 1987; 30:69-76
2. Criscuolo JL, Magnin G. Dystocie des parties molles. In: *Edition Techniques. Encycl Med Chir. paris-France, 1989*
3. Hogston P, Ilford Rj. Ultrasound study of ovarian cysts in pregnancy: prevalence and significance. *Br. J. Obstet Gynaecol* 1986;93:625-8.
4. Ioan Munteanu. *Tratat de obstetrica 2000*
5. Van der, Vange N, Weverling, GJ, Ketting, BW, et al. The prognosis of cervical cancer associated with pregnancy: a matched cohort study. *Obstet Gynecol* 1995; 85:1022.
6. Economos, K, Veridiano, NP, Delke, I, et al. Abnormal cervical cytology in pregnancy: A 17-year experience. *Obstet Gynecol* 1993; 81:915.
7. Takushi, M, Moromizato, H, Sakumoto, K, Kanazawa, K. Management of invasive carcinoma of the uterine cervix associated with pregnancy: outcome of intentional delay in treatment. *Gynecol Oncol* 2002; 87:185.
8. Sevin, BU, Nadji, M, Averette, HE, et al. Microinvasive carcinoma of the cervix. *Cancer* 1992; 70:2121.
9. Sood, AK, Sorosky, JI, Krogman, S, et al. Surgical management of cervical cancer complicating pregnancy: a case-control study. *Gynecol Oncol* 1996; 63:294.
10. Hannigan, EV, Whitehouse HH, 3rd, Atkinson, WD, Becker, SN. Cone biopsy during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982; 60:450
11. Schorge, JO, Lee, KR, Sheets, EE. Prospective management of stage IA1 cervical adenocarcinoma by conization alone to preserve fertility: a preliminary report. *Gynecol Oncol* 2000; 78:217.
12. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Diagnosis and treatment of cervical carcinomas, number 35, May 2002. *Obstet Gynecol* 2002; 99:855.
13. Hopkins, MP, Lavin, JP. Cervical cancer in pregnancy. *Gynecol Oncol* 1996; 63:293.
14. Penn, Z, Ghaem-Maghami, S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15:1.
15. Zanardo, V, Padovani, E, Pittini, C, et al. The influence of timing of elective cesarean section on risk of neonatal pneumothorax. *J Pediatr* 2007; 150:252.
16. McKenna D, ester Jr, elective cesaerean delivery for whomen with previous anal sphincter rupture. *Am J Obstet Gynecol*, 2003. Nov; 189(95):1251-6
17. Kriplani A, relan S, Misra NK, Mehta VS, Takkar D, Ruptured intracranial aneurysm complicating pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet* 1995, feb; 48(2):201-6
18. Piotin M, Souza Filho Cb, Moret J, endovascular treatment of acutely ruptured intracranial aneurysm in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2001. Nov; 185(5):1261-2
19. Brisman JL, Soliman E, 2007. Cerebral aneurysm. *eMedicine*, topic=3468
20. Nienaber C, Von Kodolitsch Y, Therapeutic management of patients with Marfan syndrom. *Foscus on cardiovascular involmnet*. *Cardiol Rev*, 1999 Nov-Dec; 7(6):332-41
21. Keskin H, Mungan T, Aktepe-keskin E, Marfan syndrom in pregnancy: A case report, *Ann saudi Med*, 2002

22. Hwa J, Richards Jg, Huanhg H, mcKay D, The natural history of aortic dilatation in Marfan Syndrome. *Med J Aust*, 1993. Apr 19;158 (8);558-62
23. Pyeritz R, maternal and fetal complications of pregnancy in the Marfan syndrom. *Am J Med*, 1981. Nov;71
24. Sakala Ep, Harding MD, Ehlers-Danlos syndrom type III and pregnancy - a case report, *J reprod med* 1991
25. Lurie S, Manor M, Hagay Zj, The threat of type iv Ehlers-Danlos syndrome on maternal well being during pregnancy 1998
26. Sunness Js, Pregnancy and retinal disease. In: Sj Ryan, Ap Schachat, RBM. retina. second ed. St Louis, Mosby-1994
27. Sunnes Js. The pregnanat women's eye. *surv Ophthalmol* 1988 32 (4) : 219-238
28. Fastenberg DM, Ober RR, Central serous choroidopathy in pregnancy. *Aech Ophthalmol* 1999
29. Hanzal E, Kainz C, Hoffmann G, Deutinger J. An analysis of the prediction of cephalopelvic disproportion. *Arch Gynecol Obstet* 1993;253:161–6.
30. Pattinson RE. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Pelvimetry. Guideline No. 14. London: RCOG; 2001.
32. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF (eds). *Williams Obstetrics*. 19th ed. Norwalk, Conn: Appleton & Lange; 1993
33. Hall, DR, Odendaal, HJ, Steyn, DW, Grive, D. Urinary protein excretion and expectant management of early onset, severe preeclampsia. *Int J Gynaecol Obstet* 2002; 77:1.
34. Chammass, MF, Nguyen, TM, Li, MA, et al. Expectant management of severe preterm preeclampsia: is intrauterine growth restriction an indication for immediate delivery?. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:853.
35. Chari, RS, Friedman, SA, O'Brien, JM, Sibai, BM. Daily antenatal testing in women with severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1207.
36. Hall, DR, Odendaal, HJ, Steyn, DW, Grove, D. Expectant management of early onset, severe preeclampsia: maternal outcome. *BJOG* 2000; 107:1252.
37. Sibai, BM, Akl, S, Fairlie, F, Moretti, M. A protocol for managing severe preeclampsia in the second trimester. *Am J Obstet gynecol* 1990; 163:733
38. Management of Twin Pregnancies (Part I) 2000. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. www.gfmer.ch/Guidelines/Pregnancy_newborn/Multiple_pregnancy.html
39. Danforth's Obstetrics and Gynecology sixth edition, 1990; cap. Multiple pregnancy; pg. 381-402
40. John E. Turrentine, MD - Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology – second edition 2003 The Parthenon Publishing Group pg. 327, 332-333l
41. Williams Obstetrics 23st Ed
42. Steven Gable, Jennifer Niebyl, joe leigh simpson. *Obstetrics, Normal and problem pregnancies* 2007
43. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia and Placenta Accreta Diagnostic and management. Guideline No. 27
44. Ghourab S. Third trimester transvaginal ultrasonography in placenta praevia: does the shape of the lower placental edge predict clinical outcome? *Ultrasoun Obstet Gynecol* 2001;18:103-8.
45. Oppenheimer, LW, Farine, D, Ritchie, JW, et al. What is a low-lying placenta?. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:1036.
46. Dawson, WB, Dumas, MD, Romano, WM, et al. Translabial ultrasonography and placenta previa: does measurement of the os-placenta distance predict outcome?. *J Ultrasound Med* 1996; 15:441.
47. Bhide, A, Prefumo, F, Moore, J, et al. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG* 2003; 110:860.
48. Oyelese, Y, Smulian, JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107:927.
49. Cunningham FG, Williams JW. *Obstetrics* 19th edition. Placenta Praevia pag.836-40.
50. Kayem G, Pannier E, Goffinet F, Grange G, Cabrol D. Fertility after conservative treatment of placenta accreta. *Fertil Steril* 2002;78:637-8.
51. Courbiere B, Bretelle F, Porcu G, Gamere M, Blanc B. Conservative treatment of placenta accreta. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32;549-54.
52. Clement D, Hayem G, Cabrol D. Conservative treatment of placenta percreta: a safe alternative. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:108-9.
53. Butt K, Gagnon A, Delisle MF. Failure to methotrxate and internal iliac ballon catheterization to manage placenta percreta. *Obstet Gynecol* 2002;99:981-2.
54. Dinkel HP, Durig P, Schnatterbeck P, Triller J. Percutaneous treatment of placenta percreta using coil embolisation. *J Endovasc Ther* 2003;10:158-62.
55. Oyelee Y, Simulian JC, Placenta praevia, placenta accreta and vasa praevia. *Obstet Gynecol* 2006 Apr; 107 (4): 927-41

56. Lijoi A, Brady J, Vasa praevia diagnosis and management. *J Am Board Fam Pract* 2003 Nov-Dec; 16(6):543-8
57. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 2006, Issue 3
58. Merenstein GB, Weisman LE. Premature rupture of the membranes: neonatal consequences. *Semin Perinatol* 1996; 20:375-80.
59. American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. ACOG practice bulletin no. 1. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63:75-84.
60. Mandelbrot L, Le Chenadec J, Berrebi A, Bongain A, Benifla J-L, Delfraissy JF, et al. Perinatal HIV-1 transmission. Interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the french perinatal cohort. *JAMA* 1998;280:55-60.
61. Duong T, Ades AE, Gibb DM, Tookey PA, Masters J. Vertical transmission rates for HIV in the British Isles: estimates based on surveillance data. *BMJ* 1999;319:1227-9.
62. Health Protection Agency. Renewing the Focus: HIV and other Sexually Transmitted Infections in the United Kingdom in 2002 Annual Report, November 2003. www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/publications/annual2003/annual2003.htm
63. Rodriguez EJ, Spann C, Jamieson D, Lindsay M. Postoperative morbidity associated with cesarean delivery among human immunodeficiency virus-seropositive women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1108-11.
64. Maiques-Montesinos V, Cervera-Sanchez J, Bellver-Pradas J, Abad-Carrascosa A, Serra-Serra V. Post-cesarean section morbidity in HIV-positive women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:789-92.
65. Urbani G, de Vries MM, Cronje HS, Niemand I, Bam RH, Beyer E. Complications associated with cesarean section in HIV-infected patients. *Int J Obstet Gynaecol Obstet* 2001;74:9-15.
66. Ratcliffe J, Ades AE, Gibb D, Sculpher MJ, Briggs AH. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 infection: alternative strategies and their cost-effectiveness. *AIDS* 1998;12:1381-8.
67. Mrus JM, Goldie SJ, Weinstein MC, Tsevat J. The cost-effectiveness of elective Cesarean delivery for HIV-infected women with detectable HIV RNA during pregnancy. *AIDS* 2000;14:2543-52.
68. Halpern MT, Read JS, Ganoczy DA, Harris DR. Cost-effectiveness of cesarean section delivery to prevent mother-to-child transmission of HIV-1. *AIDS* 2000;14:691-700.
69. Chen KT, Sell RL, Tuomala RE. Cost-effectiveness of elective cesarean delivery in human immunodeficiency virus-infected women(1). *Obstet Gynecol* 2001;97:161-8.
70. Derso A, Boxall EH, Tarlow MJ, Flewett TH. Transmission of HBsAg from mother to infant in four ethnic groups. *BMJ* 1978;1(6118):949-52.
71. Wong VC, Ip HM, Reesink HW, Lelie PN, Reerink-Brongers EE, Yeung CY, et al. Prevention of the HBsAg carrier state in newborn infants of mothers who are chronic carriers of HBsAg and HBeAg by administration of hepatitis-B vaccine and hepatitis-B immunoglobulin. Double-blind randomised placebo-controlled study. *Lancet* 1984;1:921-6.
72. Xu Z-Y, Liu C-B, Francis DP. Prevention of perinatal acquisition of hepatitis B virus carriage using vaccine: preliminary report of a randomized, double-blind placebo-controlled and comparative trial. *Pediatrics* 1985;76:713-18.
73. Beasley RP, Trepo C, Stevens CE, Szmunness W. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. *Am J Epidemiol* 1977;105:94-8.
74. Lee SD, Tsai YT, Wu TC, Lo KJ, Wu JC, Yang ZL. Role of caesarean section in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. *Lancet* 1998;833-4.
75. Pembrey L, Newell ML, Tovo PA. Hepatitis C virus infection in pregnant women and their children. *Italian Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2000;12:21-8.
76. Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT, Healy M, Neave P, Cafferkey M, et al. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus: Evidence for preventable peripartum transmission. *Lancet* 2000;356:904-7.
77. European Paediatric Hepatitis C Virus Network. Effects of mode of delivery and infant feeding on the risk of mother-to-child transmission of hepatitis C virus. *BJOG* 2001;108:371-7.
78. Brown ZA, Selke S, Zeh J, Kopelman J, Maslow A, Ashley RL, et al. The acquisition of herpes simplex virus during pregnancy. *N Engl J Med* 1997;337:509-15.
79. Brown ZA, Benedetti J, Ashley R, Burchett S, Selke S, Berry S, et al. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor. *N Engl J Med* 1991;324:1247-52.
80. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of genital herpes in pregnancy. Guideline No. 30. London: RCOG Press; 2002.
81. Brocklehurst P, Carney O, Ross E, Mindel A. The management of recurrent genital herpes infection in pregnancy: a postal survey of obstetric practice. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:791-7.

82. Prober CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au DS, Yeager AS, Arvin AM. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes simplex infections. *N Engl J Med* 1987;316:240–4.
83. Catalano PM, Merritt AO, Mead PB. Incidence of genital herpes simplex virus at the time of delivery in women with known risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1303–6.
84. van Everdingen JJ, Peeters MF, ten Have P. Neonatal herpes policy in The Netherlands. Five years after a consensus conference. *J Perinat Med* 1993;21:371–5.
85. Arvin AM, Hensleigh PA, Prober CG, Au DS, Yasukawa LL, Wittek AE, et al. Failure of antepartum maternal cultures to predict the infants risk of exposure to herpes simplex virus at delivery. *N Engl J Med* 1986;315:796–800.
86. Sakala EP, Andree I. Optimal route of delivery for meningomyelocele. *Obstet Gynecol Surv.* Apr 1990;45(4):209-12.
87. Preis K, Swiatkowska-Freund M, Janczewska I. Spina bifida--a follow-up study of neonates born from 1991 to 2001. *J Perinat Med.* 2005;33(4):353-6.
88. Luthy DA, Wardinsky T, Shurtleff DB, et al. Cesarean section before the onset of labor and subsequent motor function in infants with meningomyelocele diagnosed antenatally. *N Engl J Med.* Mar 7 1991;324(10):662-6.
89. How HY, Harris BJ, Pietrantonio M, et al. Is vaginal delivery preferable to elective cesarean delivery in fetuses with a known ventral wall defect?. *Am J Obstet Gynecol.* Jun 2000;182(6):1527-34.
90. Salihu HM, Emusu D, Aliyu ZY, et al. Mode of delivery and neonatal survival of infants with isolated gastroschisis. *Obstet Gynecol.* Oct 2004;104(4):678-83.
91. Puligandla PS, Janvier A, Flageole H, Bouchard S, Laberge JM. Routine cesarean delivery does not improve the outcome of infants with gastroschisis. *J Pediatr Surg.* May 2004;39(5):742-5.
92. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol.* Joule 2006;108(1):235-7
93. State-of-the-Science Conference Statement Cesarean Delivery on Maternal Request 27–29 March 2006. NIH. Available at <http://consensus.nih.gov/2006/2006CesareanSOS027main.htm>.
94. Schenker JG, Cain JM. FIGO Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet.* Mar 1999;64(3):317-22.
96. Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol.* Dec 2008;20(6):597-601 Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;55:175–7.
97. Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of Perinatology* 1998;18:131–4.
98. Brass LM, Pavlakis SG, De Vivo D et. al: Transcranial Doppler measurements of the middle cerebral artery. Effect of hematocrit. *Stroke* 1988; 19: 1466-1469.
99. Mari G, Adrignolo A, Abuhamad AZ, et. al: Diagnosis of fetal anemia with Doppler ultrasound in pregnancy complicated by maternal blood group immunization. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1995; 5: 400-405.
100. Vyas S, Nicolaidis KH, Campbell S: Doppler examination of the middle cerebral artery in anemic fetuses. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1066-1068.
101. Johnson MJ, Kramer WB, Alger LS, et. al: Middle cerebral artery peak velocity and fetal anemia. 17th Annual meeting of Society of Perinatal Obstetricians, Anaheim, CA, Jan 22-25, 1997.

Management

1. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:101–6.
2. Schauburger CW, Rooney BL, Beguin EA, Schaper AM, Spindler J. Evaluating the thirty minute interval in emergency cesarean sections. *J Am Coll Surg* 1994;179:151–5.
3. Roemer VM, Heger-Romermann G. [Emergency Cesarean section–basic data]. [German]. *Zeitschrift fur Geburtshilfe und Perinatologie* 1992;196:95–9.
4. Chauhan SP, Roach H, Naef RW, Magann EF, Morrison JC, Martin JN Jr. Cesarean section for suspected fetal distress. Does the decision-incision time make a difference? *J Reprod Med* 1997;42:347–52.
5. Dunphy BC, Robinson JN, Sheil OM, Nicholls JSD, Gillmer MDG. Caesarean section for fetal distress, the interval from decision to delivery, and the relative risk of poor neonatal condition. *J Obstet Gynaecol* 1991;11:241–4.
6. Lewsi G, Drife J, editors. *Why Mothers Die 1997–1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom.* London: RCOG Press; 2001.
7. Collea JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:235–44.

8. Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;48:15–18.
9. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001;322:1089–93.
10. National Institute for Clinical Excellence. Preoperative tests. The use of routine preoperative tests for elective surgery: evidence, methods and guidance. London: NICE; 2003.
11. Suzuki S, Sawa R, Yoneyama Y, Asakura H, Araki T. Preoperative diagnosis of dehiscence of the lower uterine segment in patients with a single previous Caesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000;40:402–4.
12. Kerr-Wilson RH MS. Bladder drainage for caesarean section under epidural analgesia. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:28–30.
13. Ghoreishi J. Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2003;Vol. 83:-270
14. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3).
15. Rayburn W, Harman M, Legino L, Woods R, Anderson J. Routine preoperative ultrasonography and cesarean section. *Am J Perinatol* 1988;5:297–9.
16. Lonky NM, Worthen N, Ross MG. Prediction of cesarean section scars with ultrasound imaging during pregnancy. *J Ultrasound Med* 1989;8:15–19.
17. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie-McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.
18. Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;15:28–35.
19. Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagnosis of placenta accreta. *J Soc Gynecol Investig* 2002;9:37–40.
20. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie-McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6.
21. Kerr-Wilson RH MS. Bladder drainage for caesarean section under epidural analgesia. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:28–30.
22. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3).
23. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001.
24. Lewis RT, Burgess JH, Hampson LG. Cardiorespiratory studies in critical illness. Changes in aspiration pneumonitis. *Arch Surg* 1971;103:335–40.
25. Ewart MC, Yau G, Gin T, Kotur CF, Oh TE. A comparison of the effects of omeprazole and ranitidine on gastric secretion in women undergoing elective caesarean section. *Anaesthesia* 1990;45:527–30.
26. Tripathi A, Somwanshi M, Singh B, Bajaj P. A comparison of intravenous ranitidine and omeprazole on gastric volume and pH in women undergoing emergency caesarean section. *Can J Anaesth* 1995;42:797–800.
27. Yau G, Kan AF, Gin T, Oh TE. A comparison of omeprazole and ranitidine for prophylaxis against aspiration pneumonitis in emergency caesarean section. *Anaesthesia* 1992;47:101–4.
28. Lussos SA, Bader AM, Thornhill ML, Datta S. The antiemetic efficacy and safety of prophylactic metoclopramide for elective cesarean delivery during spinal anesthesia. *Reg Anesth* 1992;17:126–30.
29. Numazaki M, Fuji Y. Subhypnotic dose of propofol for the prevention of nausea and vomiting during spinal anaesthesia for caesarean section. *Anaesth Intensive Care* 2000;28:262–5.
30. Fujii Y, Tanaka H, Toyooka H. Prevention of nausea and vomiting with granisetron, droperidol and metoclopramide during and after spinal anaesthesia for caesarean section: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Acta Anaesthesiol Scand* 1998;42:921–5.
31. Pan PH, Moore CH. Intraoperative antiemetic efficacy of prophylactic ondansetron versus droperidol for cesarean section patients under epidural anesthesia. *Anesth Analg* 1996;83:982–6.
32. Pan PH, Moore CH. Comparing the efficacy of prophylactic metoclopramide, ondansetron, and placebo in cesarean section patients given epidural anesthesia. *J Clin Anesth* 2001;13:430–5.
33. Abouleish EI, Rashid S, Haque S, Giezentanner A, Joynton P, Chuang AZ. Ondansetron versus placebo for the control of nausea and vomiting during Caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesthesia* 1999;54:479–82.
34. Hopkins L, Smaill F. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.

35. Gates, S, Brocklehurst, P, and Davis, L. J. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
36. Brocklehurst P. Randomised controlled trial (PEACH) and meta-analysis of thromboprophylaxis using low-molecular weight heparin (enoxaparin) after caesarean section. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:S52.
37. Copaciu E, Constandache F, Sandu L, Bandrabur D, Dinca V, Calin L, Ursache E, Dumitrascu O, Tudor C, Birjar A. Recomandările de bună practică medicală privind anestezia obstetricală și analgezia la naștere ale S.R.A.T.I., 2009
38. Tanner J, Parkinson H. Double gloving to reduce surgical cross-infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1).
39. Royle JP. AIDS and the vascular surgeon. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1992;33:139–42.
40. Franchi M, Ghezzi F, Raio L, DiNaro E, Miglierina M, Agosti M, et al. Joel-Cohen or Pfannenstiel incision at cesarean delivery: Does it make a difference? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81: 1040-6.
41. Mathai M, Ambersheth S, George A. Comparison of two transverse abdominal incisions for cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2002;78:47-9.
42. Lao TT, Halpern SH, Crosby ET, Huh C. Uterine incision and maternal blood loss in preterm caesarean section. *Arch Gynecol Obstet* 1993;252:113-7.
43. Schutterman EB, Grimes DA. Comparative safety of the low transverse versus the low vertical uterine incision for cesarean delivery of breech infants. *Obstet Gynecol* 1983;61:593-7.
44. Johanson RB, Menon V. Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.
45. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labor. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.
46. Boucher M, Horbay GLA, Griffin P, Deschamps Y, Desjardins C, Schulz M, et al. Double-blind, randomized comparison of the effect of carbetocin and oxytocin on intraoperative blood loss and uterine tone of patients undergoing cesarean section. *J Perinatol* 1998;18:202-7.
47. Dansereau J, Joshi AK, Helewa ME, Doran TA, Lange IR, Luther ER, et al. Double-blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:670-6.
48. McCurdy CM, Magann EF, McCurdy CJ, Slatzman AK. The effect of placental management at cesarean delivery on operative blood loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1363-7.
49. Magann EF, Dodson MK, Allbert JR, McCurdy CM, Martin RW, Morrison JC. Blood loss at the time of cesarean section by method of placental removal and exteriorization versus in situ repair of the uterine incision. *Surg Gynecol Obstet* 1993;177: 389-92.
50. Magann EF, Washburne JF, Harris RL, Bass JD, Duff WP, Morrison JC. Infectious morbidity, operative blood loss, and length of the operative procedure after cesarean delivery by method of placental removal and site of uterine repair. *J Am Coll Surg* 1995;181:517-20.
51. Atkinson MW, Owen J, Wren A, Hauth JC. The effect of manual removal of the placenta on post-cesarean endometritis. *Obstet Gynecol* 1996;87:99-102.
52. Lasley DS, Eblen A, Yancey MK, Duff P. The effect of placental removal method on the incidence of postcesarean infections. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:1250-4.
53. Chandra P, Schiavelo HJ, Kluge JE, Holloway SL. Manual removal of the placenta and postcesarean endometritis. *J Reprod Med* 2002;47:101-6.
54. Jacobs-Jokhan D, Hofmeyr GJ. Extra-abdominal versus intraabdominal repair of the uterine incision at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.
55. Enkin MW, Wilkinson C. Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.
56. Bujold E, Bujold C, Hamilton EF, Harel F, Gauthier RJ. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1326-30.
57. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Nonclosure of peritoneum: a reappraisal. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:609-12.
58. Weiland DE, Bay RC, Del Sordi S. Choosing the best abdominal closure by meta-analysis. *Am J Surg* 1998;176:666-70.
59. Del Valle GO, Combs P, Qualls C, Curet LB. Does closure of Camper fascia reduce the incidence of post-cesarean superficial wound disruption? *Obstet Gynecol* 1992;80:1013–16.
60. Cetin A. Superficial wound disruption after cesarean delivery: effect of the depth and closure of subcutaneous tissue. *Int J Obstet Gynaecol Obstet* 1997;57:17–21.
61. Allaire AD, Fisch J, McMahan MJ. Subcutaneous drain vs. suture in obese women undergoing cesarean delivery. A prospective, randomized trial. *J Reprod Med* 2000;45:327–31.
62. Lindholt JS, Moller-Christensen T, Steele RE. The cosmetic outcome of the scar formation after cesarean section: percutaneous or intracutaneous suture? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73:832–5.

63. Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section—effects on neonates. *Anesth Analg* 1989;68:270–5.
64. Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatr* 1996;85:1354–60.
65. McClellan MS, Cabianna WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstet Gynecol* 1980;56:52–5.
66. Ever-Hadani P, Seidman DS, Manor O, Harlap S. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:281–5.
67. Vestermark V, Hogdall CK, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;38:33–8.
68. Magann EF, Dodson MK, Ray MA, Harris RL, Martin JN, Morrison JC. Preoperative skin preparation and intraoperative pelvic irrigation: impact on post cesarean endometritis and wound infection. *Obstet Gynecol* 1993;81:922-5.
69. Edwards PS, Lipp A, Holmes A. Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.
70. Joel-Cohen S. *Abdominal and vaginal hysterectomy*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1977.
71. Ayers JWT, Morley GW. Surgical incision for cesarean section. *Obstet Gynecol* 1987;70:706-8.
72. Berthet J, Peresse JF, Rosier P, Racinet C. Comparative study of Pfannenstiel's incision and transverse abdominal incision in gynecologic and obstetric surgery. *Presse Med* 1989;18:1431-3.
73. Giacalone PL, Daures JP, Vignal J, Herisson C, Hedon B, Laffargue F. Pfannenstiel versus Maylard incision for cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2002;99:745-50.
74. Hohlagschwandtner M, Ruecklinger E, Husslein P, Joura EA. Is the formation of a bladder flap at cesarean necessary? A randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001;98:1089-92.
75. Stark M, Chavkin Y, Kupfersztain C, Guedj P, Finkel AR. Evaluation of combinations of procedures in cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet* 1995;48:273-6.
76. Pelosi MA, Pelosi MA III, Giblin S. Simplified cesarean section. *Contemp Obstet Gynecol* 1995;40:89-100.
77. Hershey DW, Quilligan EJ. Extraabdominal uterine exteriorization at cesarean section. *Obstet Gynecol* 1978;52:189-92.
78. Magann EF, Dodson MK, Harris RL, Floyd RC, Martin JN, Morrison JC. Does method of placental removal or site of uterine incision repair alter endometritis after cesarean delivery? *Infect Dis Obstet Gynaecol* 1993;1:65-70.
79. Edi-Osagie ECO, Hopkins RE, Ogbo V, Lockhat-Clegg F, Ayeko M, Akpala WO, et al. Uterine exteriorisation at caesarean section: influence on maternal morbidity. *BJOG* 1998;105:1070-8.
80. Wahab MA, Karantzis P, Eccersley PS, Russell IF, Thompson JW, Lindow SW. A randomised, controlled study of uterine exteriorization and repair at caesarean section. *BJOG* 1999;106:913-6.
81. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 193, 1607–17; Evidence-based surgery for cesarean delivery; Vincenzo Berghella, MD, a Jason K. Baxter, MD, MSCP, a Suneet P. Chauhan, MD; Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal-Fetal Medicine, Jefferson Medical College of, Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA; Aurora Health Care, West Allis, WI; Received for publication January 21, 2005; revised March 18, 2005; accepted March 26, 2005.
82. Magann EF, Chauhan SP, Rodts-Palenik S, Bufkin L, Martin JN, Morrison JC. Subcutaneous stitch closure versus subcutaneous drain to prevent wound disruption after cesarean delivery: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1119-23.
83. Williams *Obstetrics*, 23rd Edition.
84. Munn MB, Owen J, Vincent R, Wakefield M, Chestnut DH, Hauth JC. Comparison of two oxytocin regimens to prevent uterine atony at cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;98:386-90
102. Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol*. Dec 2008;20(6):597-601 Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;55:175–7.
103. Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of Perinatology* 1998;18:131–4.

Urmărire și monitorizare

1. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Recommendations for standards of monitoring during anaesthesia and recovery. London: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; 2000.
2. Lewsi G, Drife J, editors. *Why Mothers Die 1997–1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: RCOG Press; 2001.
3. Department of Health, Welsh Office, Scottish Office Department of Health, Department of Health and Social Services NI. *Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom 1991–1993*. London: HMSO; 1996.

4. Smith ID, Klubien KE, Wood ML, Macrae DJ, Carli F. Diamorphine analgesia after caesarean section. Comparison of intramuscular and epidural administration of four dose regimens. *Anaesthesia* 1991;46:970–3.
5. Gerancher JC, Floyd H, Eisenbach J. Determination of an effective dose of intrathecal morphine for pain relief after cesarean delivery. *Anesth Analg* 1999;88:346–51.
6. Gates, S, Brocklehurst, P, and Davis, L. J. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
7. Brocklehurst P. Randomised controlled trial (PEACH) and meta-analysis of thromboprophylaxis using low-molecular weight heparin (enoxaparin) after caesarean section. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:S52.
8. Husaini SW, Russell IF. Intrathecal diamorphine compared with morphine for postoperative analgesia after caesarean section under spinal anaesthesia. *Br J Anaesth* 1998;81:135–9.
9. Howell PR, Gambling DR, Pavy. Patient-controlled analgesia following caesarean section under general anaesthesia: a comparison of fentanyl with morphine. *Can J Anaesth* 1995;42:41–5.
10. Moiniche S, Mikkelsen S, Wetterslev J, Dahl JB. A qualitative systematic review of incisional local anaesthesia for postoperative pain relief after abdominal operations. *Br J Anaesth* 1998;81:371–83.
11. Bush DJ, Lyons G, Macdonald R. Diclofenac for analgesia after caesarean section. *Anaesthesia* 1992;47:1075–7.
12. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
13. Sharma KK, Mahmood TA, Smith NC. The short term effect of obstetric anaesthesia on bladder function. *J Obstet Gynaecol* 1994;14:254–5.
14. Dunn TS, Forshner D, Stamm C. Foley catheterization in the postoperative patient. *Obstet Gynecol* 2000;95:S30.
15. Kaplan B, Rabinerson D, Neri A. The effect of respiratory physiotherapy on the pulmonary function of women following cesarean section under general anesthesia. *Int J Obstet Gynaecol Obstet* 1994;47:177–8.
16. Bick D, MacArthur C, Knowles H, Winter H. *Postnatal Care: Evidence and Guidelines for Management*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002.
17. Meyer S, Schreyer A, De Grandi P, Hohlfeld P. The effects of birth on urinary continence mechanisms and other pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynecol* 1998;92:613–18.
18. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999;93:332–7.

Aspecte administrative

1. Good practice in consent implementation guide: consent to examination or treatment. London: Department of Health Publications; 2001.
2. British Medical Association. Consent tool kit. 5th ed. December 2009. [http://www.bma.org.uk/ethics/consent_and_capacity/consenttoolkit.jsp].
3. General Medical Council. Duties of a doctor. Guidance from the General Medical Council. London: General Medical Council; 1995.
4. General Medical Council. Seeking patients' consent: the ethical considerations. London: General Medical Council; 1998
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Obstet Gynecol* 2003; 102:1101–6.
6. Viegas OA, Ingemarsson I, Sim LP, Singh K, Cheng M, Ratnam SS, et al. Collaborative study on preterm breeches: vaginal delivery versus caesarean section. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol* 1985;11:349–55.
7. Zlatnik FJ. The Iowa premature breech trial. *Am J Perinatol* 1993;10:60–3.
8. Lumley J, Lester A, Renou P, Wood C. A failed RCT to determine the best method of delivery for very low birth weight infants. *Control Clin Trials* 1985;6:120–7.
9. Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. The delivery route for very-low-birth-weight infants. A preliminary report of a randomized, prospective study. *J Reprod Med* 1984;29:736–40.
10. Penn ZJ, Steer PJ, Grant A. A multicentre randomised controlled trial comparing elective and selective caesarean section for the delivery of the preterm breech infant. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:684–9.
11. Colleae JV, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:235–44.
12. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375–83.
13. Gimovsky ML, Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. Randomized management of the nonfrank breech presentation at term: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:34–40.
14. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomized management of the second nonvertex twin: Vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:52–6.

15. Lewsi G, Drife J, editors. Why Mothers Die 1997–1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2001.
16. Barnardo PD, Jenkins JG. Failed tracheal intubation in obstetrics: a 6-year review in a UK region. *Anaesthesia* 2000;55:690–4.
17. Rocke DA, Murray WB, Rout CC, Gouws E. Relative risk analysis of factors associated with difficult intubation in obstetric anesthesia. *Anesthesiology* 1992;77:67–73.
18. Ansermino JM, Blogg CE, Carrie LE. Failed tracheal intubation at caesarean section and the laryngeal mask. *Br J Anaesth* 1992;68:118.
19. Davies JM, Weeks S, Crone LA. Failed intubation at caesarean section. *Anaesth Intensive Care* 1991;19:303.
20. Suresh MS, Wali A. Failed intubation in obstetrics: airway management strategies. *Anesthesiol Clin North America* 1998;16:477–98.
21. Ezri T, Szmuk P, Evron S, Geva D, Hagay Z, Katz J. Difficult airway in obstetric anesthesia: A review. *Obstet Gynecol Surv* 2001;Vol 56:631–41.
22. Harmer M. Difficult and failed intubation in obstetrics. *Int J Obstet Anesth* 1997;Vol 6:25–31.
23. Goodwin MWP, French GWG. Simulation as a training and assessment tool in the management of failed intubation in obstetrics. *Int J Obstet Anesth* 2001;10:273–7.
24. Annibale DJ, Hulseley TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:862–7.
25. Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;55:175–7.
26. Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of Perinatology* 1998;18:131–4.
27. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: When is a pediatrician necessary? *Obstet Gynecol* 1997;89:217–20.
28. Gonzalez F, Juliano S. Is pediatric attendance necessary for all cesarean sections? *J Am Osteopath Assoc* 2002;102:127–9.
29. Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;Vol 26:91–3.
30. Caesarian section. Clinical guideline April 2004. RCOG Press 2004
31. Brock-Utne JG, Buley RJ, Downing JW, Cuerden C. Advantages of left over right lateral tilt for caesarean section. *S Afr Med J* 1978;54:489–92.

Anexa 4

1. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean Section. Clinical Guideline. London: RCOG Press; 2004.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Obtaining Valid Consent. Clinical Governance Advice No 6. London: RCOG; 2008
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Presenting Information on Risk. Clinical Governance Advice No. 7. London: RCOG; 2008
4. Hager RM, Daltveit AK, Hofoss D, Nilsen ST, Kolaas T, Oian P, et al. Complications of caesarean deliveries: rates and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:428–34.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Section. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG; February 2007
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Caesarean section. Consent Advice No 7. London: RCOG; October 2009

10 ANEXE

Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 10 – 12 decembrie 2010

Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Anexa 3. Medicația menționată în ghid

Anexa 4. Obținerea consimțământului informat pentru operația cezariană

Anexa 5. Formular de consimțământ informat

Anexa 6. Formular operație cezariană

10.1 Anexa 1. Lista participanților la Întâlnirea de Consens de la București, 10 – 12 decembrie 2010

Prof. Dr. Virgil Ancăr, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgența "Sf. Pantelimon" București

Dr. Stelian Bafani, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța

Prof. Dr. Gabriel Bănceanu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Metin Beghim, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța

Conf. Dr. Elena Iolanda Blidaru, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Maternitatea "Cuza Voda" Iași

Prof. Dr. Ștefan Buțureanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie III, Maternitatea „Elena-Doamna” Iași

Dr. Gabriela Caracostea, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca

Dr. Bogdan Călinescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Prof. Dr. Petru Chitulea, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Oradea

Dr. Dorina Codreanu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București

Dr. Anca Teodora Constantin, Ministerul Sănătății

SL Dr. Gheorghe Cruciati, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca

Ana Derumeaux, UNFPA

Dr. Gabriela Dumitru, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Alexandru Epure, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Mihai Georgescu Brăila, Clinica Obstetrică-Ginecologie II, Spitalul Universitar Craiova

Conf. Dr. Dorin Grigoraș, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Dr. Dumitru Popescu" Timișoara

Dr. Mihai Horga, Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii

Prof. Dr. Vasile Valerică Horhoianu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar București

Dr. Raluca Ioan, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

Dr. Cristian Anton Irimie, Ministerul Sănătății

Alexandru Costin Ispas, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Bogdan Marinescu, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Panait Sârbu" București

Dr. Claudia Mehedințu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Dr. Doina Mihăilescu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență "Elias" București

Prof. Dr. Dimitrie Nanu, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Caritas "Acad. N. Cajal" București

Prof. Dr. Liliana Novac, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Municipal "Filantropia" Craiova

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

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

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

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

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

Prof. Dr. Florin Stamatian, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Județean Universitar de Urgență Cluj-Napoca

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

Prof. Dr. Silvia Stoicescu, IOMC, Maternitatea "Polizu" București

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

Prof. Dr. Béla Szabó, Clinica Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș

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

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

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

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

10.2 Anexa 2. Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

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

Tabel 2. Clasificarea puterii științifice gradelor de recomandare

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

Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din meta-analiza unor studii randomizate și controlate
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine concepute
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu quasi-experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu

10.3 Anexa 3. Medicația menționată în ghid

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

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

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

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

Numele medicamentului	Carbetocinum
Indicații	Atonie uterină, hemoragie postpartum
Doza pentru adulți	Doză unică de 100 μg i.v
Contraindicații	Hipersensibilitate dovedită, afecțiuni cardiovasculare severe, inducerea travaliului
Interacțiuni	Crește efectul hipertensiv al simpatomimeticilor.
Sarcina	Categoria X - contraindicat în sarcină;
Atenție!	Risc de hipotensiune, aritmii

10.4 Anexa 4. Obținerea consimțământului informat pentru operația cezariană

Această Anexă oferă sfaturi medicilor privind obținerea acordului pacientelor pentru a li se efectua operația cezariană.

Scopul său este de a se asigura că fiecare pacientă care alege această intervenție primește informații corecte, suficiente și adecvate pentru a-și da un consimțământ informat pentru aceasta. Este știut că fiecare problemă potențială legată de o patologie sau de un tratament are un grad diferit de semnificație și importanță de la o femeie la alta, în general în funcție de circumstanțele clinice ale situației fiecăreia. Totuși, medicii trebuie să fie pregătiți să discute unele sau chiar toate dintre următoarele probleme cu pacienta și să noteze în fișa de observație că această discuție a avut loc.

Prezentarea incidenței unui eveniment:

Termen de utilizat	Incidența	Echivalent colocvial
Foarte des	1/1 până la 1/10	Un om din fiecare familie
Des	1/10 până la 1/100	Un om de pe fiecare stradă
Mai rar	1/100 până la 1/1000	Un om dintr-un sat
Rar	1/1000 până la 1/10000	Un om dintr-un orașel
Foarte rar	Sub 1/10000	Un om dintr-un oraș mare

Acest tabel este preluat după: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Presenting Information on Risk*. Clinical Governance Advice No. 7. London: RCOG; 2008

1. Numele pacientei
2. Numele procedurii propuse: Operație cezariană
3. Procedura propusă

Pacienta trebuie să fie informată că fătul sau feții se vor naște pe cale abdominală prin incizia abdomenului și a uterului. Explicați procedura într-o manieră inteligibilă pentru pacientă. Este important ca procedura să fie explicată în conformitate cu ghidurile naționale.

Dacă sunt programate și alte intervenții concomitente operației cezariene, de exemplu sterilizarea chirurgicală tubară, și pentru acestea trebuie obținut un alt consimțământ informat. Consimțământul pentru sterilizare trebuie obținut înainte de intrarea pacientei în travaliu, ideal cu câteva săptămâni înainte.

4. Beneficiile și riscurile procedurii

Motivația operației cezariene: asigurarea celei mai sigure și/sau rapide metode de naștere în circumstanțele momentului la care se decide intervenția, astfel încât atât sănătatea mamei cât și a fătului să se mențină la niveluri optime.

Medicii trebuie să explice într-o manieră inteligibilă pentru pacientă care sunt riscurile potențiale ale acestei intervenții. Se recomandă ca medicii să explice diferențiat pe cât posibil complicațiile majore de cele frecvente. Femeile obeze, sau cu intervenții chirurgicale anterioare, sau cu alte patologii supra-adăugate trebuie să înțeleagă că riscul de a dezvolta unele complicații mai frecvente sau majore sunt mărite în cazul lor. De asemenea, orice intervenție chirurgicală implică riscurile de infecție a plăgii și de tromboembolism.

Rata complicațiilor pentru operațiile cezariene este mare. Rata complicațiilor este mai mare la cezarienele efectuate în travaliu decât la cele efectuate „la rece” (24% față de 16%).^(1,4,5) De asemenea, rata complicațiilor este mai mare la cezarienele efectuate la dilatație aproape completă sau completă decât la cezarienele efectuate la debutul travaliului (33% față de 17%).^(1,4,5)

5. Complicații majore

Complicațiile majore includ⁶:

	Complicație	Frecvența apariției (%)	Colocvial
Materne	Histerectomie	0,7 – 0,8	Mai rar
	Necesitatea unei intervenții chirurgicale ulterioare, inclusiv curetajul uterin	0,5	Mai rar
	Leziuni ale vezicii urinare	0,1	Rar
	Leziuni ureterale	0,03	Rar
	Deces	Rată 1/12.000	Foarte Rar
Sarcini viitoare	Risc crescut de ruptură uterină în cursul unor sarcini/nașteri viitoare	Până la 0,4	Mai rar
	Sarcină oprită în evoluție	0,4	Mai rar
	Risc crescut de placenta praevia și accreta la sarcinile viitoare	0,4 – 0,8	Mai rar

6. Complicații frecvente

Complicațiile frecvente maternelle includ:

- Persistența plăgii și dureri abdominale în primele câteva luni după operație (des)
- Riscul crescut de operație cezariană la sarcinile următoare (foarte des).
- Reinternare (des)
- Hemoragie (mai rar)
- Infecție (des)

Complicațiile frecvente fetale sunt reprezentate de dilacerări fetale (des).

Este de așteptat ca atât complicațiile majore cât și cele mai frecvente să apară cu o prevalență mai mare la cezarienele efectuate de urgență decât la cele programate, în ciuda antibioterapiei profilactice și a tromboprofilaxiei, care sunt efectuate astăzi de rutină pentru a minimiza încă frecvențele și uneori importanțele riscuri de infecție și tromboembolism postoperatorii.

5. Alte proceduri ce ar putea deveni necesare în cursul acestei intervenții:

- Transfuzia de sânge sau derivate
- Alte proceduri:
- Leziuni la nivelul vezicii urinare și repararea acestora
- Intervenții la nivelul unor vase mari de sânge
- Chistectomie ovariană, ovariectomie sau anexectomie ca urmare a patologiei descoperite intraoperator
- Histerectomie

6. Ce ar putea implica această intervenție, beneficiile și riscurile oricărei alte metode alternative de tratament, inclusiv lipsa oricărui tratament

Ce implică (ce înseamnă) aceasta intervenție - nașterea copilului sau a copiilor precum și a placentei sau a placentelor printr-o intervenție deschisă, printr-o incizie abdominală și una uterină. Ambele incizii sunt de obicei transversale. Dacă o laparotomie mediană sau o incizie uterină clasică sunt luate în considerare, femeia trebuie informată cu privire la motive și la riscurile adiționale. Motivele operației cezariene trebuie discutate. O femeie gravidă conștientă și bine informată poate alege lipsa oricărui tratament, adică să refuze operația cezariană, chiar dacă aceasta este în detrimentul sănătății sale sau a fătului.

O notă trebuie realizată și înregistrată în foaia de observație privind informațiile oferite femeii înainte de intervenție.

7. Anestezia

Pacienta trebuie să fie informată cu privire la tipul de anestezie planificat pentru dânsa, precum și să i se ofere ocazia de a o discuta în detaliu cu medicul anestezișt înainte de intervenție. Trebuie însă avut în vedere faptul că unele patologii ale sarcinii sau alte patologii preexistente acesteia pot crește atât riscul anestezic cât și cel operator.

8. Declarația pacientei: proceduri ce nu trebuie efectuate fără a fi discutate în prealabil sau explicate aparținătorilor în cazul în care pacienta nu este conștientă sau nu are discernământ

Alte proceduri care ar putea fi efectuate la momentul intervenției actuale, precum o chistectomie ovariană sau o ovariectomie, trebuie discutate în prealabil și notate doleanțele pacientei. Pentru aceste intervenții adiționale trebuie obținut un consimțământ informat separat, sau adaptat consimțământul operației cezariene în sensul adăugării datelor privind intervențiile adiționale și consimțământul informat pentru acestea.

10.5 Anexa 5. Formular de consimțământ informat

Formular de consimțământ în vederea operației cezariene

Acest document reprezintă o anexă a foii de observație a pacientului și face astfel parte din aceasta.

Subsemnata _____ domiciliată în _____
_____ legitimat cu B./C.I. seria ____ nr. _____ în calitate de:

1. Pacientă internată în secția _____
2. Reprezentant legal al minorei _____ în vârstă de _____ ani
3. Aparținător (soț, frate, soră, fiu – în cazul în care pacienta este în incapacitate de a decide) al pacientei _____ internată în secția _____

sunt de acord cu efectuarea operației cezariene.

Natura și scopul, beneficiile și riscurile efectuării/neefectuării acestei operații, precum și alternativele, mi-au fost explicate pe înțelesul meu de către Dr. _____, pe care îl accept și îl numesc medicul meu curant.

Diagnostic și procedură

Următoarele aspecte mi-au fost explicate în termeni generali și am înțeles:

- Am fost diagnosticată cu: _____
- Tipul procedurii este operația cezariană.
- Scopul procedurii este: _____

Mi s-au prezentat riscurile asociate unui act chirurgical major:

- infecție,
- reacție alergică,
- dehiscenta plăgii,
- hemoragii importante,
- pierderea unui organ sau a funcției sale,
- paralizie,
- leziuni cerebrale,
- stop cardio-vascular,
- deces,

riscurile specifice operației cezariene:

- lezări ale vezicii urinare, tractului urinar,
- lezarea pachetului vasculo nervos hipogastric,
- leziuni ale planșeului pelvin,
- traumatism fetal,

precum și implicațiile intervenției chirurgicale asupra sarcinilor ulterioare:

- risc de placentă anormal inserată,
- obligativitatea efectuării operației cezariene la viitoarele sarcini în caz de incizie corporeală.

Declar că sunt conștientă de aceste riscuri și le accept, întrucât scopul intervenției este spre binele meu și al fătului.

În cazul în care în timpul intervenției chirurgicale apar situații și/sau condiții neprevăzute, care impun proceduri suplimentare față de cele descrise mai sus (inclusiv transfuzia), solicit și accept ca Dr. _____ și echipa medicală cu care colaborează să acționeze în baza pregătirii lor profesionale, în interesul meu personal și spre binele fătului.

De la acest accept pot face excepție: _____ .

Ca urmare, înțeleg necesitatea acestei operații pe care doresc să o efectuez și recunosc ca nu mi se pot da garanții sau asigurări în ceea ce privește rezultatul final, acceptând și înțelegând că medicina nu este o știință exactă.

În consecință și în condițiile precizate în acest formular, îmi dau liber și în cunoștință de cauză consimțământul în vederea efectuării operației cezariene.

Declar că sufăr/nu sufăr de o afecțiune psihică. Dacă da, aceasta este:

Declar că sufăr/nu sufăr de o boală transmisibilă sexual. Dacă da, aceasta este:

și am fost informată cu privire la riscurile adiționale implicate de această boală în evoluția mea și a copilului meu născut prin această operație cezariană.

Am înțeles beneficiile și riscurile operației de cezariană ce urmează să mi se facă și sunt de acord/nu sunt de acord cu efectuarea acesteia.

Solicit / Nu doresc sterilizarea chirurgicală concomitent cu efectuarea operației cezariene.

În cazul apariției în timpul procedurii a unei complicații ce necesită intervenție chirurgicală de urgență, sunt de acord / nu sunt de acord ca aceasta să se efectueze în conformitate cu decizia medicului curant.

Doresc / nu doresc să fiu informată în continuare cu privire la starea de sănătate a mea și a copilului meu născut prin această operație cezariană.

Sunt de acord / Nu sunt de acord cu recoltarea, păstrarea și folosirea unor materiale biologice (cum ar fi de exemplu, placenta) pentru efectuarea unor investigații medicale.

Sunt de acord / Nu sunt de acord cu distrugerea acestor materiale biologice atunci când acestea nu mai sunt necesare și nu voi reclama nici un drept de proprietate asupra acestora.

Sunt de acord / Nu sunt de acord cu fotografieri, filmări ale operației în scopuri educative și/sau științifice, precum și cu publicarea acestora, însă fără a mi se dezvălui identitatea.

Înțeleg că operația are loc într-un centru universitar și sunt de acord / nu sunt de acord cu prezența în sala de operație a unor medici și studenți la medicină în scop educativ.

Declar că am fost informată cu privire la drepturile și obligațiile generale ale pacientului internat și mă oblig să le respect întocmai.

Declar că am fost informată cu privire la dreptul meu de a solicita o a doua opinie medicală.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare le semnez.

Semnătura pacientului/rezentantului legal¹ _____

Ziua _____ Luna _____ Anul _____

Subsemnatul _____, în calitate de martor, confirm că prezentul formular de consimțământ a fost completat în prezența mea și semnat de pacient fără ca asupra lui să se fi exercitat vreo constrângere.

Semnătura martorului _____

Ziua _____ Luna _____ Anul _____

¹ Se vor nota datele de identitate ale acestuia, gradul de rudenie, precum și datele împuternicirii de reprezentare în cazul tutorilor.

10.6 Anexa 6. Formular operație cezariană

Formular operație cezariană

Nr. condică operații din ziua luna anul 20..... ora :

Nr. condică nașteri

Nr. condică nou-născuți

Nume Prenume Vârsta ani

Internată în ziua luna anul 20..... ora :

Nr. foii de observație

Operație
.....
.....
.....

Operatori

Indicația principală
.....
.....
.....

Indicații secundare

1.
2.
3.
4.

Urgență

Da Nu

Preoperator au fost efectuate

Evaluare obstetricală (materno-fetală) Consult ATI Consimțământ informat
 Cateterizarea vezicii urinare

Toaleta abdomenului și a zonei de incizie cu

Clorhexidină Betadină Alcool iodat Altceva

Anestezie

Loco-regională De conducere Generală IOT

Incizia iterativă a peretelui abdominal

Da, cu excizia vechii cicatrici Da, fără excizia vechii cicatrici Nu

Incizia peretelui abdominal

Joel-Cohen Pfannenstiel Laparotomie mediană Alta: descriere:.....

Incizia țesutului subcutanat

Instrumentală Minimă cu bisturiul, apoi dilacerare digitală

Deschiderea dreptilor abdominali

Prin secționare Prin depărtare

Abordarea vezicii urinare

- Fără decolare, dar cu incizia peritoneului la distanță de aceasta Decolarea vezicii
 Fără decolare, cu dilacerarea digitală a peritoneului

La deschiderea cavității peritoneale se constată

- Uter gravid cu segmentul inferior Format Neformat Altceva:

Aderențe

- Nu Da: descriere:

Incizia peritoneului vezicouterin

- Nu Da Prelungită: Digital Instrumental

Incizia uterului

- Segmento-transversală Medio-corporeală În T

Extensia inciziei uterine

- Digitală Instrumentală

Incidente

- Nu Da: descriere:
-
-
-

Abord transplacentar

- Da Nu

Extracția fătului

- Manuală Prin aplicare de forceps Vacuum extracție

Extracția fătului din prezența

- Craniană tipul: Pelviană tipul: Alta tipul:

Sexul fătului

- Masculin Feminin Hermafrodit

Starea fătului

- Viu : greutate g lungime cm APGAR:

- Mort: greutate g lungime cm

Pensare, secționare cordon ombilical

Recoltare sânge ombilical pentru celule stem

- Da Nu

Recoltare segment ombilical pentru celule stem

- Da Nu

Îngrijiri fetale

- Dezobstrucție oro-traheală Predare medicului neonatolog

Prevenția atoniei uterine

- Derivate de seară cornută Oxitocin Carbetocin Altceva:
.....

Extracția placentei

Tracțiune controlată pe cordon Extracție manuală Extracție instrumentală Nu s-a efectuat

Descriere placentă

Greutate g Formă Localizare

Cordon

Lungimea cm Inserat central Inserat paracentral Altă localizare

Control uterin

Manual Instrumental

Placenta a fost trimisă la examen histo-patologic

Da Nu

Uterul

Nu a fost exteriorizat A fost exteriorizat

Histerorafie

Un strat Două straturi cu fire: Lent resorbabile Neresorbabile Altele:

Lavaj peritoneal

Da Nu

Închiderea peritoneului visceral și parietal:

Doar visceral Doar parietal Ambele Nici unul

Închiderea peritoneului cu fire

Lent resorbabile Resorbabile Altele:.....

Închiderea aponevrozei cu fire

Lent resorbabile Neresorbabile realizată: În sutură continuă Cu fire separate

Drenaj

Douglas Supraaponevrotic Subaponevrotic Altă localizare:

Drenaj exteriorizat prin

Contraincizie la nivelul Plagă

Capitonaj

Da cu fire: Lent resorbabile Resorbabile Nu

Închiderea tegumentului

Fire lent resorbabile Fire neresorbabile Fire separate Intradermică

Pansament Exprimare conținut uterin Toaletă vulvovaginală

Sondaj vezical

Urină clară Altceva:

Intervenții asociate

Nu Da: descriere:

.....
.....

