



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

**Nașterea vaginală după operație cezariană
Protocol clinic național**

PCN-260

Chișinău, 2020

**Aprobat la ședința Consiliului de Experti al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova din 03.07.2020, proces verbal nr. 2
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
nr. 886 din 28.09.2020 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național
„Nașterea vaginală după operație cezariană”**

Cuprins

Abrevieri utilizate în document	2
Prefață	4
A.1 PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.2 Definiții.....	4
A.3. Utilizatorii:	5
A.4. Obiectivele protocolului:	5
A.5. Data elaborării protocolului: februarie 2016.....	5
A.6. Data revizuirii următoare: februarie 2018	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:.....	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivelul de asistență medicală primară.....	7
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator	7
B.3 Nivelul de asistență medicală spitalicească	7
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	9
C.1.1 Algoritm de evaluare a grosimii segmentului uterin inferior	9
C.1.2 Algoritm de evaluare a prezenței defectelor de țesut	10
C.1.3 ALGORITMUL NAȘTERII DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ	11
C.2.1 Standarde de îngrijire antenatală a femeii gravide cu cicatrice uterină după oc anterioară.....	12
C. 2.1.1 Măsurile profilactice	12
C.2.1.2 Evaluarea ultrasonografică a segmentului uterin inferior	12
C.2.1.3 Algoritm de evaluare ultrasonografică a segmentului uterin inferior la femeia cu OC în anamneză	12
C.2.2. SPITALIZAREA ANTENATALĂ	13
C.2.2.1. ALEGEREA SPITALULUI	13
C.2.2.2. MANAGEMENTUL NVDC PRINCIPILE GENERALE DE MANAGEMENT A NVDC	15
C.2.2.3. ANESTEZIA EPIDURALĂ LA NVDC	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
C.2.2.4. ÎNDUCEREA TRAVALIULUI	17
C.2.2.5. RUPTURA UTERULUI CICATRICIAL	18
SEMNELE CLINICE, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENTUL	18
D. Resursele umane și materiale necesare pentru respectarea prevederilor din protocol	188
D.1. Nivelul de asistență medicală primară.....	188
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	188
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească	188
E. Indicatori de monitorizare a implementării protocolului	19
Anexe	20
BIBLIOGRAFIE:	24

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

1. Intenția unei femei care urmează o naștere conservativă după o operație cezariană anterioară ar trebui să fie stabilită clar, iar starea cicatricii uterine trebuie să fie clar documentată în fișa de evidență prenatală (II-2B).
2. Pentru o naștere conservativă sigură după operație cezariană, femeia ar trebui să fie internată într-un spital unde este posibilitatea de operație cezariană urgentă. Femeia și medicul ei trebuie să fie conștienți de resursele spitalicești și de disponibilitatea personalului obstetrical, anesteziologic și neonatologic (II-2A).
3. Pacientele care au dat acordul (după consilierea referitor la riscurile și complicațiile nasterii per vias naturalis după operație cezariană), trebuie să fie spitalizate la 40 săptămâni pentru pregătirea căilor de naștere prin metode recomandate (II-2B).
4. La femeile care încearcă să nască per vias naturalis după o cezariană în anamneză se recomandă monitorizare fetală electronică continuă (II-2A).
5. Ruptura uterină suspectată necesită o laparotomie urgentă pentru a scădea morbiditatea și mortalitatea maternă și perinatală (II-2A).
6. Grosimea cicatricii uterine nu este criteriu de bază pentru stabilirea diagnosticului de incompetență a cicatricii (II-2A).
7. Stimularea cu oxitocină nu este contraindicată la femeile care urmează o naștere conservativă după cezariană (II-2A), iar în cazul macrosomiei nu este recomandată (II-2B).
8. Inducerea medicală a travaliului cu oxitocină poate fi asociată cu un risc crescut de ruptură uterină și trebuie utilizată cu atenție după o consiliere adecvată (II-2B).
9. Inducerea travaliului cu prostaglandină E2 (dinoprostona) este asociat cu un risc crescut de ruptură uterină și nu ar trebui folosită decât în situații rare după consiliere adecvată (II-2B).
10. Prostaglandina E1 (misoprostol) este asociată cu un risc crescut de rupere uterină și nu ar trebui să fie utilizată ca parte a unei nașteri conservative după cezariană (II-2A).
11. Cateterul Foley poate fi folosit în siguranță pentru maturizarea colului uterin la o femeie care planifică să nască per vias naturalis după cezariană (II-2A).
12. Datele disponibile sugerează că un travaliu conservativ la femeile cu mai mult de 1 cezariană anterioară este cu o șansă mare de succes, dar este asociat cu un risc mai mare a rupturii uterine (II-2B).
13. Sarcina multiplă nu este contraindicație pentru o naștere pe cale vaginală după cezariană (II-2B).
14. Diabetul zaharat nu este contraindicație pentru naștere conservativă după cezariană (II-2B).
15. Macrosomia fetală suspectată nu este contraindicație pentru nasterea per vias naturalis după cezariană (II-2B).
16. Femeile care nasc în decurs de 18 luni de la o operație cezariană anterioară ar trebui consiliate cu privire la un risc crescut de ruptură uterină în timpul travaliului (II-2B).
17. Trebuie depuse toate eforturile pentru a obține protocolul operației cezariene anterioare pentru a determina tipul de incizie uterină efectuată. În situațiile în care cicatricea este necunoscută, informațiile privind circumstanțele nașterii anterioare sunt utile pentru a determina probabilitatea unei incizii transversale. Dacă probabilitatea unei incizii transversale inferioare este înaltă, se poate oferi proba de travaliu după cezariană (II-2B).

ABREVIERI UTILIZATE ÎN DOCUMENT

AGS	Analiza generală de sânge
AGU	Analiza generală de urină
CA	Corioamniotită
CTG	Cardiotocografie
BCF	Bătăile cordului fetal
MEF	Monitorizare electronică a fătului

NV	Nașterea vaginală
OC	Operația cezariană
NVDC	Nașterea vaginală după cezariană
OCRCP	Operația cezariană repetată programată
CP	Centru Perinatal
MSMPS RM	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
NP	Nașterea prematură
AOC	Anamneza obstetricală complicată
RPPA	Ruperea prematură a pungii amniotice
s.a	Săptămâni amenoree
USG	Examen ultrasonografic

PREFAȚĂ

Numărul operațiilor cezariene (OC) este în creștere la nivel global, iar repetarea OC după o OC anterioară este un contributor semnificativ la rata generală de nașteri chirurgicale. Nașterea vaginală după cezariană (NVDC) poate fi văzută ca o opțiune reală și viabilă pentru majoritatea femeilor cu OC anterioară. Pentru a obține succesul, însă, femeile au nevoie de sprijinul clinicienilor (obstetricienilor și moașelor). Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și experienței autorilor acumulată în problema uterului cicatricial. Acesta va servi în elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MSMPSRM pentru monitorizarea protocoalelor clinice instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnostic:

Exemple de diagnostic clinic:

- Sarcină 39 s.a. AOC (uter cicatricial după operație cezariană în anul
- Sarcină 39 s.a. AOC (uter cicatricial după operație cezariană). Insuficiența cicatricii pe uter.
- Naștere vaginală după operație cezariană.

A. 2 Definiții

Nașterea vaginală după cezariană (NVDC) se referă la orice femeie ce avut în anamneză o naștere prin operație cezariană, care intenționează (tentativa) să nască per vias naturalis.

Operație cezariană repetată programată (OCRCP) – operația cezariană repetată programată înainte de începerea travaliului și ruperea membranelor amniotice.

Ruptura de uter este definită ca ruperea mușchiului uterin ce se extinde și cu implicarea seroasei uterine sau ruperea mușchiului uterin cu extensie la vezica urinara sau ligamentul lat.

Ruptura de uter se clasifică:

Completă : dereglarea integrității miometrului cu lezarea membranei seroase uterine

Incompletă : dereglarea integrității țesutului muscular fără lezarea membranei seroase uterine.

A.3. Codul bolii (CIM-10):

O34.2 – Uter cicatricial, Insuficiența cicatricii pe uter.

O75.7- Nașterea vaginală după operație cezariană

O82.0 - Operație cezariană programată

O82.1 - Operația cezariană urgentă.

O71.0 – Ruptura de uter până la debutul travaliului.

O71.1 – Ruptura de uter în naștere.

O82.8 – Operație cezariană cu histerectomie. Ruptură de uter.

A.4. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medici de familie)
- Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator (medici obstetricieni-ginecologi, imagiști);
- secțiile de patologie a gravidității și blocurile de naștere ale spitalelor raionale, regionale și republicane (medici obstetricieni - ginecologi).

A.5. Obiectivele protocolului:

1. De a îmbunătăți managementul pacientelor ce au în anamneză naștere prin operație cezariană.
2. A spori calitatea serviciului medical atât antepartum cât și intrapartum la pacientele cu uter cicatriceal
3. A concorda conduita sarcinilor și a nașterilor cu uter cicatriceal conform recomandărilor protoalelor internaționale.
4. A optimiza selectarea contingentului de gravide cu uter cicatriceal pentru naștere vaginală după operație cezariană.
5. A reduce pierderile perinatale în cazul pacientelor cu uter cicatriceal.
6. A elimina unele incertitudini terapeutice.
7. A proteja practicianul din punctul de vedere al malpraxisului.

A.6. Data elaborării protocolului: 2016

Data revizuirii: 2020 Data revizuirii următoare: 2025

A.7. Elaborat de colectivul de autori:

Cernețchi Olga	d.h.ș.m., profesor universitar, Șef de Departament Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”.
Victor Petrov	d.ș.m., conferențiar cercetător, șef Laborator Științific Obstetrică, IMSP IM și C
Rotaru Marin	d.h.ș.m., profesor universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Liudmila Stavinskaia	asistent universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Uliana Tabuica	d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Igor Opalco	d.ș.m., conferențiar cercetător, Laboratorul Științific de Obstetrică, IMSP Institutul Mamei și Copilului
Mihaela Guțu	IMSP Institutul Mamei și Copilului

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/Instituția	Persoana responsabilă
Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Cernețchi Olga
Comisia științifico-metodică de profil „Obstetrică și ginecologie”	Cernețchi Olga
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Eremai Priseajniuc
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Iurie Osoianu
Catedra de medicină de laborator USMF „Nicolae Testemițanu”	Valentin Gudumac
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi
Catedra de medicină de familie USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin
Consiliul de Experti al MSMPS	Aurel Grosu

A.8. Informație epidemiologică

Rata operației cezariene (OC) crește la nivel global. În 2010, rata OC în Italia (38,0%) a fost printre cele mai mari din Europa și numai Olanda, Slovenia, Finlanda, Suedia, Islanda și Norvegia au avut rate sub 20% [1]. Creșterea ratelor de OC în țările Europene a încetinit în ultimii ani, atât pentru femeile primipare [2], cât și pentru femeile care au suferit o cezariană anterioară (repetat) [3].

Ratele mai mari ar putea fi considerate necorespunzătoare, iar beneficiile materne și neonatale nu mai pot depăși costurile și riscurile asociate cu această intervenție [4]. Operația cezariană primară, care cuprinde 2/3 din rata generală de OC, este o țintă importantă pentru reducere, deoarece aceasta conduce la un risc crescut de operație cezariană repetată [5–7]. Cu toate acestea, OC repetată după o OC precedentă este un factor semnificativ care contribuie la creșterea ratelor globale de OC [8].

Rata OC este unul dintre cei mai frecvent folosiți indicatori ai calității asistenței medicale. Nașterea vaginală după cezariană (NVDC) ar putea fi considerată o opțiune rezonabilă și sigură pentru majoritatea femeilor cu o singură OC în anamneză. În ciuda acestui fapt, în unele țări europene, multe femei care au avut o OC anterioară vor avea OC de rutină ulterior, iar ratele NVDC sunt extrem de variabile între țări.

Nașterea prin operație cezariană. Date pe țări [37].

SUA	2015	32%
Marea Britanie	2016-2017	27.8% - 31.2%
Ucraina	2010-2012	12,1%
Suedia	2015	17,4%
Elveția	2015	33,3%
Federația Rusă	2006-2011	13,0%
Romania	2013	40,1%
Republica Moldova	2014	18,4%
Italia	2014	35,0%
Irlanda	2015	31,3%
Germania	2016	30,5%
Franța	2016	19,6%
Finlanda	2016	16,4%
Canada	2015	27,9%

Mai mult, majoritatea femeilor cu o OC anterioară ar putea avea o naștere vaginală după cezariană (NVDC) [9] pe baza unor studii controlate randomizate care au comparat rezultatele pentru femeile care planifică o cezariană elective repetată cu femeile care planifică o naștere vaginală [10]. Există o dovadă clară a unei asocieri între NVDC și ratele mai mici de decese materne sau complicații materno-fetale [10]. Cu toate acestea, ratele NVDC sunt extrem de variabile în țările europene [1]. Variația ratelor de OC în toată Europa ar putea reflecta atitudinile clinicienilor naționali, regionali și individuali față de luarea deciziilor clinice și utilizarea operației cezariene și nu este legată de factorii de risc clinici și de caracteristicile sarcinii, dar ar putea fi atribuită unor diferențe în practicile clinice. [1, 11].

Tipurile de proprietate a spitalului, cum ar fi dacă este un spital privat sau public, un spital didactic și non-didactic, sunt asociate cu rate diferite de OC și NVDC. În general, spitalele publice și spitalele didactice au rate mai mici de naștere prin cezariană și rate mai mari de NVDC în ceea ce privește spitalele private [13-16].

Factorii pacientului și caracteristicile clinice specifice pacientului au fost studiați ca factori de risc atât pentru nașterea prin operație cezariană, cât și pentru NVDC. Vârsta maternă, rasa/etnia, prematuritatea, preeclampsia, sarcina multiplă, mai mult de o cezariană și nașterea vaginală anterioară sunt cele mai frecvent studiate [17, 18].

Concomitent cu creșterea numărului de OC repetate crește semnificativ și riscul de [2]:

- Inserție adâncă a placentei și placenta accreta în sarcinile următoare
- Placentă previa în sarcinile următoare
- Sarcină ectopică
- Lezare a vezicii urinare, intestinelor sau ureterelor
- Ocluzie intestinală

- Necesitate a unei VAP prelungite
- Hemotransfuzii
- Durată prelungită a operării
- Durată prelungită a spitalizării

B. PARTEA GENERALĂ

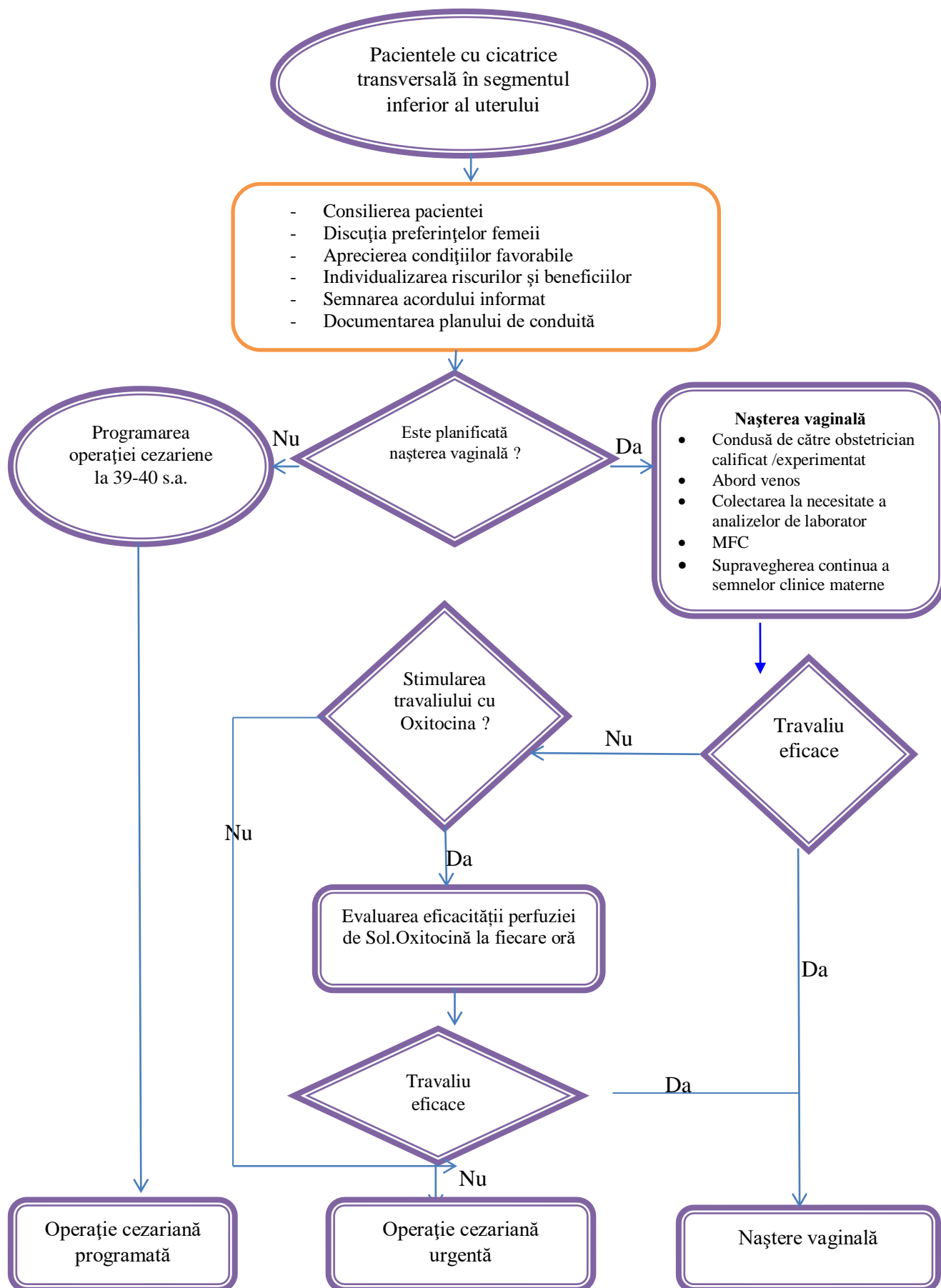
B.1. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Luarea la evidență a gravidei și monitorizarea sarcinii de comun cu medicul-ginecolog C.2.1 - C.2.3	Evaluarea factorilor și grupelor de risc Diagnosticarea precoce a complicațiilor evoluției sarcinii	Obligatori: Anamneza (casetă 1). Examenul obiectiv (casetă 2). Examenul de laborator (casetă 3) USG (casetă C.4, C.5)
B.2. NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPECIALIZATĂ DE AMBULATOR		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Consultarea și monitorizarea pacientelor cu uter cicatricial C.2.1 - C.2.3	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticarea complicațiilor evoluției sarcinii, • Direcționarea pacientei spre serviciul medical spitalicesc nivelul ii-iii, în caz de necesitatea 	Obligatori: Anamneza (casetă 1) Examenul obiectiv (casetă 2) . Examenul de laborator (casetă 3) USG (casetă.4, 5)
B.3 NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ SPITALICEASCĂ NIVELUL II-III		
Descriere (măsurii)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
Examinarea în secția Consultativă a CP (C.1.2, C.1.3, C.2, C.3.)	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborarea planului de conduita preventiv al nașterii. • Aprecierea termenului de rezolvarea sarcinii și internare în staționar. 	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetă C.1). • Examenul obiectiv (casetă 2). • Examenul de laborator necesar pentru operația cezariană posibilă (casetă 3). • Evaluarea stării pacientei și a fătului. • Evaluarea indicațiilor pentru operația cezariană programată • Evaluarea contraindicațiilor pentru tentativa de NVDC (casetă C.6.) Elaborarea planului preventiv de conduita nașterii prin consiliu
Internare în secția de urgențe obstetricale (C.1.2, C.1.3, C.2, C.3.)	<ul style="list-style-type: none"> • Rezolvarea sarcinii prin OCRP la 39 s.a. • Lipsa declanșării spontane a travaliului până la 40⁺¹ s.a. • Orice complicație perinatală survenită la gravida cu cicatrice pe uter 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetă C.1). • Examenul obiectiv (casetă 2). • Examenul de laborator (casetă 3). • Evaluarea stării pacientei și a fătului. • Stabilirea diagnosticului • Evaluarea indicațiilor pentru

		<p>operația cezariană programată</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea contraindicațiilor pentru tentativa de NVDC (caseta 6). • Determinarea definitivă a tacticii de conduită nașterii (caseta 11). • Pregătirea pentru NVDC după 40+1 zi s.a.
Internarea în blocul de naștere C.1, C.2	Rezolvarea sarcinii	<ul style="list-style-type: none"> • Tactica de conduită va fi în raport de situația obstetricală: complicațiile nașterii, RPPA, termenul de gestație, starea cicatricei, starea fătului (caseta C.11). • Suport psiho-emoțional, parteneriat la naștere (II,A) • Monitorizare (I,B): • Partograma (conform protocolului nașterii fiziologice); • Monitoring fetal, CTG continuu (IV,D); • Prevenirea RPM precoce. • Aprecierea indicațiilor pentru operația cezariană de urgență (I,B)

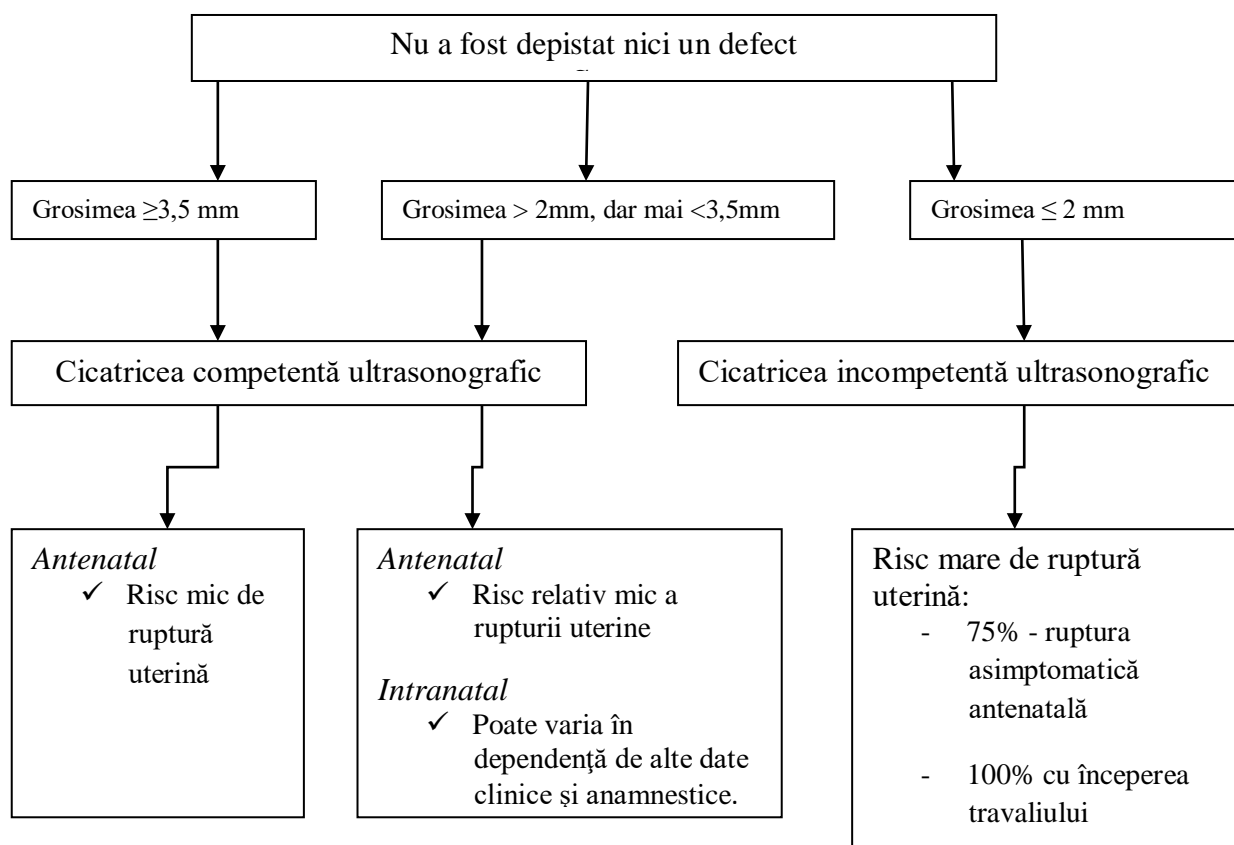
C. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ

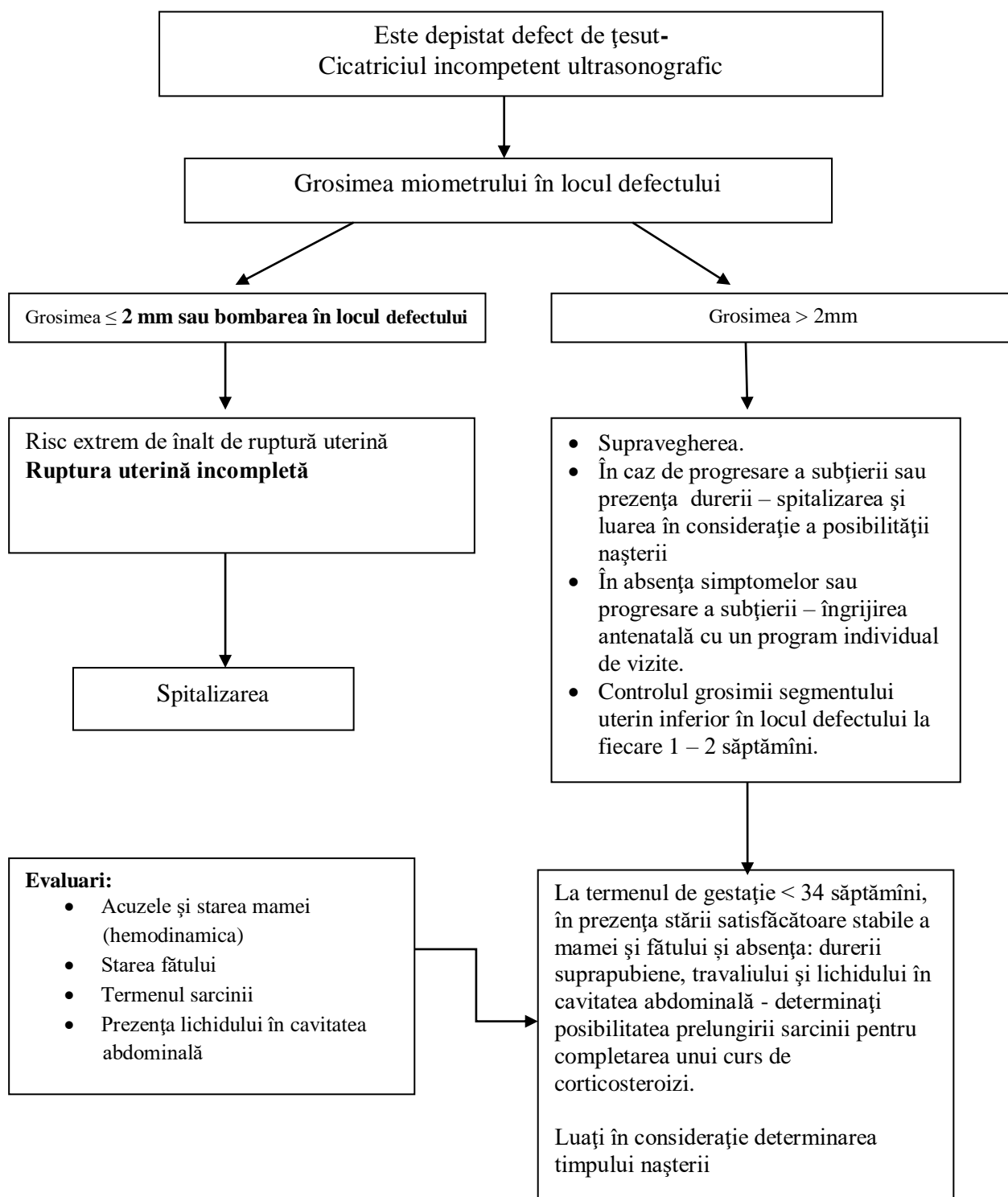
C.1.1 Algoritmul conduitei nașterii după operație cezariană



C.1.2 Algoritmul aprecierii grosimii cicatricii la USG



C.1.3 Algoritmul evaluării grosimii segmentului uterin inferior



C.2. Standarde de îngrijire antenatală a femeii gravide cu cicatrice uterină după OC anterioară

C.2.1 Depistarea factorilor de risc și datele anamnestice

Caseta 1.

Prima vizită:

Anamneza principală și datele clinice

1. Numărul de sarcini și rezultatele lor
2. Prezența NVDC în anamneză
3. Prezența NV înainte de OC în anamneză
4. Numărul de OC
5. Prezența în anamneză a altor intervenții chirurgicale pe uter (miomectomie, tubectomie, histerotomie)
6. Termenul de sarcină la care a fost efectuată OC anterioară
7. Intervalul de timp dintre OC anterioară și sarcina actuală
8. Tipul de incizie uterină la OC anterioară.
9. Dacă tipul de incizie nu este cunoscut, trebuie clarificate detaliile circumstanțelor în care a fost efectuată operația (la urgență, la indicații)

Caseta 2.

- **Inspekția** - sugerează o așezare longitudinală și evidențiază uneori un uter cu o morfologie deosebită (cilindric, cordiform), palparea regiunii cicatricii (aprecierea locului de defect sau bombare, durere în partea inferioară a abdomenului care persistă între contracții)
- **Palparea după Leopold.**
- **Auscultația.**
- **CTG**

Caseta 3. Examenul de laborator

1. analiza generală a sângelui (obligator)
2. grupa sângelui și Rh-factor (obligator)
3. coagulograma (obligator)
4. ECG (la necesitate)
5. analiza biochimică a sângelui (la necesitate)
6. analiza generală a urinei ori proteinurie (la necesitate)
7. frotiu din vagin

Caseta 4. Frecvența examenelor USG

- Frecvența examenelor USG în prima jumătate a sarcinii nu diferă de cea dintr-o sarcină normală
 - 11-14 săptămâni – I screening
 - 20-22 săptămâni – II screening
- În prezent, nu există dovezi științifice cu privire la mărirea frecvenței examenelor USG pentru femeile gravide cu cicatrice uterină
- Nu există date nici în privința “termenelor critice”, la care este necesară examinarea USG la femeile cu cicatrice uterină
- Din punct de vedere practic, este indicată efectuarea examenului USG la 28-32 săptămâni și, de asemenea, la 39 de săptămâni de sarcină pentru luarea în considerație a modului în care va decurge nașterea.

Caseta 5. Evaluarea ultrasonografică a segmentului inferior uterin

- În prezent, nu există dovezi științifice cu privire la posibilitatea de evaluare ultrasonografică a grosimii cicatricii uterine și a structurii țesuturilor adiacente pentru a prevedea cu exactitate competența sa în timpul tentativei de NVDC
- Până în prezent, nu există nici un ghid unanim cu privire la:
 - Posibilitatea de vizualizare a cicatricii uterine
 - O tehnică unică de măsurare a grosimii miometrului adiacent cicatricii uterine.

Cu toate acestea, aceste probleme în obstetrică sunt studiate la nivel global

• **Indicatorii:**

- Grosimea segmentului inferior uterin
- Prezența țesutului cicatricial
- Prezența defectelor de țesut (subțierea, bombarea în regiunea subțierii, semnul de “nișă”)

• Definiție:

- **Cicatrice competentă ultrasonografică** – grosimea segmentului inferior uterin > 2 mm și absența defectelor de țesut

- **Cicatrice incompetentă ultrasonografică** - grosimea segmentului inferior uterin < 2 mm și/sau prezența defectelor de țesut

Caseta 6. Contraindicații pentru tentativa de NVDC

1. Prezența indicațiilor pentru operație cezariană indiferent de prezența cicatricei pe uter (prezența placentară, prezența patologică a fătului etc.)
2. OC corporală anterioară (riscul de rupturi uterine 200-900/10.000) sau incizia uterină în formă de T (riscul de rupturi uterine 190/10.000)
3. Rupturi uterine în anamneză
4. Miomectomie cu penetrare în cavitatea uterină în anamneză, tubectomie; miomectomie laparoscopică fără material modern de sutură la suturarea uterului
5. Localizarea placentei în regiunea cicatricii uterine
6. Mai mult de 1 OC în anamneză
7. Prezența pelviană
8. Refuzul femeii de la tentativa de NVDC
9. Cicatrice incompetentă ultrasonografică (grosimea < 2 mm, prezența defectelor de țesut)

Caseta 7. Factorii ce cresc probabilitatea succesului NVDC

1. Vârsta mamei mai mică de 35 ani
2. Dorința femeii/familiei de a naște pe cale vaginală
3. NVDC în anamneză
4. Naștere vaginală în anamneză
5. Indicații nerecurente pentru OC anterioară:
 - Prezența patologică a fătului
 - Prezența pelviană a fătului
 - Prezența placentară
 - Preeclampsia
 - Hipoxia fetală
 - Decolarea placentei normal inserate
 - Prolabarea anșelor cordonului ombilical etc.

Caseta 8. Factorii ce ar putea reduce probabilitatea succesului NVDC

1. Obezitatea femeii, IMC >35
2. Vârsta femeii gravide mai mare de 35 ani
3. Făt macrosom
4. Indicații recurente pentru OC anterioară:
 - a. Bazin clinic strâmtat (greutății fătului > 4000 g)
 - b. Inerția uterină
 - c. Distocia cervicală
5. DZ, diabetul gestațional
6. Necesitatea inducției travaliului
7. Necesitatea stimulării travaliului
8. Polihidramniosul

Caseta 9. Factorii asociați cu sporirea riscului rupturii pe uter la tentativa de NVDC

1. Intervalul de timp dintre nașteri mai mic de 24 luni
2. OC anterioară la termenul de < 37 s.a
3. Făt macrosom
4. Febră în perioada postoperatorie
5. Sarcină gemelară în prezent
6. Grosimea segmentului inferior uterin mai mare de 2 mm, dar mai mică de 3,5 mm

C 3. Alegerea spitalului pentru NVDC

Caseta 10. Organizarea, încăperile și echipamentul

- NVDC este asistată în condițiile centrelor medicale maternale de nivelul III de îngrijire perinatală
- NVDC poate avea loc în centrele maternale de nivelul II, dacă
 - Sunt prevăzute condițiile organizatorice și de infrastructură necesare
 - Prezența numărului suficient de personal calificat
- Disponibilitatea personalului și echipamentului pentru acordarea fără întrerupere a asistenței medicale urgente mamelor și nou-născuților:
 - Posibilitatea efectuării intervenției cezariene de urgență în orice moment necesar
 - Posibilitatea oferirii asistenței medicale de urgență în cazul hemoragiei obstetricale
 - Terapia de perfuzie-transfuzie
 - Hemostaza chirurgicală
 - Posibilitatea de resuscitare a nou-născutului
- Activitatea fără întrerupere a laboratorului
- Disponibilitatea permanentă a produselor sanguine. În secția de maternitate trebuie să existe plasmă și concentrat de eritrocite pentru gravida respectivă

A)Sala de nașteri:

Pentru managementul NVDC trebuie prevăzute standardele de asistența intranatală de bază:

1. Salonul unic de naștere
2. Prezența și sprijinul partenerului
3. Alegerea liberă a poziției în timpul nașterii
4. Dispozitivul de cardiocografie cu posibilitatea de înregistrare pe peliculă
5. Setul pentru acordarea ajutorului medical de urgență mamei
 - a. Catetere i/v, cel puțin 2 buc. (16G)
 - b. Seturi pentru perfuzie/transfuzie, seringi, mănuși sterile
 - c. Soluții de cristalozizi (soluția lactată Ringer, soluția salină) și coloizi (gelatină modificată)
 - d. Uterotonice (oxitocină, ergometrină)
 - e. Sacul AMBU pentru adulți, tub de aer
6. Echipamentul pentru resuscitarea nou-născutului.

B) Sala de operații. Prezența unei săli special destinate pentru intervențiile chirurgicale obstetricale pregătită pentru intervenție rapidă. **Sala de operație trebuie să fie situată la același etaj cu sala de nașteri !!!**

Echipamentul este funcțional și gata pentru acordarea ajutorului medical mamei și copilului:

- Oxygen (presiunea în sistem/tub)
- Dispozitivele de respirație
- Echipamentul pentru resuscitarea nou-născutului

C) Personalul:

- O moașă și un obstetrician calificat numiți în mod exclusiv pentru parturienta dată
 - Moașa trebuie să fie mereu prezentă în salonul de naștere
 - Medicul trebuie să posede calificare pentru efectuarea operației cezariene și să cunoască metodele de hemostază chirurgicală
- Un al doilea obstetrician (asistent)
- Anestezist, neonatolog și asistenta medicală în sala de operație:
 - Funcție permanentă
 - Trebuie să fie prezentă în secția de maternitate
- Cel puțin două persoane trebuie să fie disponibile pentru acordarea asistenței medicale nou-născutului

- Una din persoane trebuie să posedă toate abilitățile de resuscitare avansată
- Cealaltă (ceilalți) trebuie să poată acorda asistența calificată resuscitatorului principal
- Dacă este necesară administrarea de medicamente, cel puțin 3 lucrători medicali trebuie să fie implicați în acordarea de asistență nou-născutului

C.4. Managementul NVDC

Caseta 11. Principiile generale de management a NVDC

- Restricționarea consumului de lichide, evitarea alimentelor în faza activă a primei perioade de travaliu
- Mobilizarea venei (cateter permanent, nu mai puțin de 16 G instalat la internarea în sala de naștere).
- Completarea partogramei. Concluzia privind progresul inadecvat al travaliului (inerția uterină în I perioadă) trebuie să se bazeze pe datele partogramei
- Particularități:
 - Pulsul parturientei se evaluează la fiecare 30 de minute
 - Creșterea frecvenței pulsului cu mai mult de 110 bătăi per minut poate să confirme începutul unei rupturi uterine și necesită constatări suplimentare ale cauzei de tahicardie
 - Examinarea vaginală:
 - Se recomandă ca examinarea să fie efectuată de una și aceeași persoană
 - În faza latentă – examinarea se face la fiecare 4 ore, sau mai des după indicații
 - În faza activă – examinarea se face la fiecare 2 ore
- Monitorizarea stării fetale
 - În faza latentă: la fiecare 15 minute prin auscultarea regulată sau prin intermediul MEF
 - În faza activă: modul continuu al MEF
- MEF întrerupt este acceptabilă în următoarele condiții:
 - Când datele MEF sunt în limitele normei
 - Durata întreruperilor nu depășește 15 minute
 - Numărul de întreruperi este mic
 - Când pauză nu are loc imediat după intervenire ce ar putea influența ritmul cardiac fetal
- Efectuarea continuă a MEF nu este o contraindicație pentru comportamentul activ al gravidei în travaliu

Caseta 12. Anestezia epidurală la NVDC

- Nu este contraindicată la NVDC. Conform datelor unui studiu retrospectiv NICHHD, care a inclus 30 352 NVDC: rata NVDC reușite a fost cu 23% mai înaltă în cazul gravidelor cărora le-a fost efectuată AE comparativ cu cele fără AE.
- Nu ascunde simptomele rupturilor uterine
- Poate chiar favoriza diagnosticarea rupturilor uterine
- În timpul efectuării AE este necesar a obține analgezia fără blocarea motorică!
- Se vor folosi soluții cu concentrații scăzute de anestezice

Avantajele:

- Este cel mai bun calmant al durerilor comparativ cu alte metode
- Se evită depresia narcotică la făt
- Nu sporește durata primei perioade de travaliu
- Nu sporește riscul OC
- Calmare adecvată a durerii în caz de necesitate a OC

Dezavantaje:

- ✓ Crește durata celei de-a doua perioadă a travaliului
- ✓ Sporește riscul de naștere vaginală instrumentală

Caseta 13. Inducerea travaliului

Inducerea travaliului nu este contraindicată gravidelor cu cicatrice uterină în urma OC, dar TOTUȘI

- Aceasta sporește de 2-3 ori riscul rupturilor uterine
- Trebuie efectuată după evaluarea minuțioasă a stării obstetricale (inclusiv pentru prezența factorilor de risc)
- Decizia privind posibilitatea efectuării inducerii este luată de un Consiliu medical

- d) Inducerea se face numai prin administrarea i/v a soluției de Oxytocinum ori prin amniotomie sau alte metode mecanice

NB! Este interzisă utilizarea prostaglandinelor pentru inducerea travaliului la gravidele cu cicatrice uterină!!!

Este nevoie de consimțământul scris (pentru inducerea nașterii) al gravidei

Caseta 14. Stimularea travaliului

- Dacă în faza activă dilatarea colului uterin este mai mică de 1 cm/oră, se recomandă a se efectua amniotomia
- La 2 ore după amniotomie este necesar a evalua caracterul travaliului și dilatarea colului uterin
 - Dacă dilatarea colului uterin este ≥ 1 cm/oră NVDC va continua
 - Dacă dilatarea colului uterin este ≤ 1 cm/oră:
- Dar contracții uterine active și configurarea pronunțată a capului fetal (+++) poate indica asupra unei disproporții în dimensiuni ale capului fetal și bazinul matern – este indicată OC
- În cazul contracțiilor uterine trenante, în absența semnelor de disproporție în dimensiuni ale capului fetal și bazinului matern și dacă starea mamei și a fătului sunt satisfăcătoare, se poate indica stimularea travaliului cu Oxytocinum
- Stimularea se face numai prin administrarea i/v a soluției de Oxytocinum
 - Perfuzia de oxitocină trebuie să fie verificată temeinic
 - Viteza perfuziei trebuie să fie ajustată astfel încât frecvența contracțiilor să nu depășească 4 contracții per 10 minute. (În mod ideal - 3-4 contracții în 10 minute, fiecare cu durata de 45-60 secunde).
- Dacă după 2 ore de la începerea stimulării travaliului acesta este neefectiv (rata dilatării colului uterin este mai mică de 1 cm/oră) se recomandă nașterea operativă

NB! Stimularea travaliului cu Oxytocinum:

1. Sporește de 2-3 ori riscul rupturilor uterine
2. Decizia privind necesitatea stimulării travaliului trebuie să se bazeze pe datele cartogramei
3. Este nevoie de consimțământul scris al parturientei
4. Travaliul prelungit la gravidele cu naștere cezariană anterioară reprezintă un pericol și sporește riscul de ruptură a cicatricii uterine

Caseta 15. Indicațiile pentru întreruperea tentativei de NVDC

1. Apariția semnelor de ruptură uterină
2. Alte indicații obstetricale
3. Bazin clinic strâmtat
4. Inerție uterină care nu poate fi remediată prin tratament în termen de 2 ore
5. Apare necesitatea pentru stimularea travaliului, însă: medicul care asistă procesul consideră că utilizarea oxitocinei prezintă pericol pentru cazul dat
6. Gravida nu a dat consimțământul

Caseta 16. Managementul perioadei a II de travaliu

1. Managementul conform standardelor pentru nașterea normală
2. Poziția verticală în faza timpurie (latentă)
3. Alegerea liberă de către gravidă a poziției de naștere
4. Se va da preferință tehnicilor eforturilor „neghidate” (spontane)
5. Epiziotomia, forceps obstetrical, extragere prin vacuum - la indicație
6. Monitorizarea fetală continuă (MEF)
7. Prezența anestezistului (în sala de nașteri)

Caseta 17. Managementul perioadei a III de travaliu

1. Se va da preferință managementului activ al perioadei a treia de travaliu
2. Acesta reduce cu 60 %, frecvența hemoragiei postnatale relaționate cu atonia uterină
3. Nu este recomandată cateterizarea de rutină a vezicii urinare

Caseta 18. Managementul perioadei postnatale

- Nu se recomandă controlul de rutină al cavității uterine după o NVDC reușită în absența semnelor de ruptură
- Controlul tractului genital și controlul manual al cavității uterine în prezența indicațiilor:
 - a) Hemoragie
 - b) Dureri abdominale
 - c) Colapsul inexplicabil al mamei după naștere
 - d) Defect de țesut placentar
 - e) Naștere vaginală asistată
- Lăuza trebuie să primească volumul standard de asistență medicală, care include:
 - 1.Examinarea minuțioasă a tonusului uterin + masajul uterin timp de 6 h după naștere în modul următor: în primele 2 h – fiecare 15 min, în ora a treia – fiecare 30 min, în următoarele 3 h – fiecare 60 min
 - 2.Evaluarea stării mamei: ritmul cardiac și TA, determinarea unei eventuale hemoragii interne, femeile cu masa corporală joasă, anemie, preeclampsie pot indica simptome de șoc în cazul hemoragiei < de 500 ml.
 - 3.Evaluarea volumului de hemoragie

Caseta 19. Semnele rupturii de uter

Semnele care pot apărea

- Suferința fetală conform datelor cardiotocografiei
- Durere bruscă în zona cicatricei
- Durere în partea inferioară a abdomenului care persistă între contracții
- Manifestarea durerii cu localizare atipică (regiunea supraclaviculară)
- Hemoragie vaginală sau hematurie
- Slăbirea sau încetarea contracțiilor anterior eficiente
- Schimbarea formei uterului
- Tahicardie, hipotensiune, șoc, dureri în piept, senzație de sufocare la gravidă
- „Pierderea” părții prezentate la examinarea vaginală
- Palparea părților fetale în cavitatea abdominală

Majoritatea simptomelor indică, mai cu seamă, asupra probabilității rupturii uterine, dar mare parte din acestea nu sunt patognomonice (specifice)

- Suferința fetală poate să nu fie asociată cu ruptura uterină
- Palparea părților fetale în cavitatea abdominală (ca semn patognomonic) este rareori observat ca semn separat, de cele mai des ori, acesta este însoțit de durere, manifestări de șoc la gravidă, suferință fetală și hemoragii interne sau externe

Diagnosticul de „ruptură uterină” sau „amenințare de ruptură uterină” poate fi stabilit definitiv numai după laparotomie.

Rata de apariție a unor simptome ale rupturii de uter

- 1.Bradicardie la făt, semn unic 60- 100 %
- 2.Alte semne de suferință fetală 33-82%
- 3.Lipsa progresului în timpul travaliului - 21 %
- 4.Durere -13 %
- 5.Hemoragie vaginală – 11%

D.RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

D.1. Nivelul de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medicul de familie • asistente medicale
	Medicamente și consumabile. Consumabile - Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • cabinetul pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, creatinina, glucoza sângelui), indicilor coagulogramei, Grupa sangvină/Rh, frotiului vaginal
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic obstetrician-ginecolog • asistente medicale • medic de laborator • medic funcționist • • medic imagist-ecografist
	Medicamente și consumabile. <ul style="list-style-type: none"> • seturi ginecologice - oglinzi, mănuși, spirt, tifon de bumbac, emplastru, instrumentar steril. Pelvimetru, tensiometru, cântar, metru. • Acidum folicum • Preparate de fier
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic • laborator citologic • laborator bacteriologic • electrocardiograf • cabinetul pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + • trombocitele, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, creatinina, glucoza sângelui), indicilor coagulogramei, frotiu din vagin
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească raionale și municipale.	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • obstetrician-ginecolog; • anesteziolog; • moașă; • asistenta anesteziologului; • medic de laborator; • medic hematolog-transfuziolog • medic laborant pregătit în izoserologie • laboranți cu studii medii.
	Departamente: secții specializate <ul style="list-style-type: none"> • Patologii a sarcinii • Blocuri de naștere • Anestezie și Terapie Intensivă • Bloc chirurgical • Secție de transfuzie • Laborator clinic
	Medicamente:

Uterotonice – oxitocină, metilergometrină** Antibiotice – Ampicillinum Glucocorticoizi- Betamethasonum, Dexamethasonum Spiritus aethylicus 96%, tifon steril.
--

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul al indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A spori numărul NVDC la gravidele cu uter cicatricial	Ponderea NVDC în lotul nașterilor cu uter cicatricial în %	Numărul de NVDC x 100	Numărul total de nașteri cu uter cicatricial
2.	A îmbunătăți calitatea selectării pacientelor cu uter cicatricial pentru NVDC	Ponderea pacientelor născuți vaginal în lotul pacientelor selectați pentru NVDC în %	Numărul pacientelor selectate pentru NVDC și născuți vaginal x 100	Numărul total de paciente selectate pentru NVDC
3.	A spori calitatea diagnosticului USG a incompetenței cicatricei pe uter		Numărul pacientelor cu diagnosticul USG de incompetența cicatricei x 100%	Numărul pacientelor cu diagnosticul confirmat intraoperator
4.	A minimiza numărul rupturilor de uter la pacientele selectate pentru NVDC	Rata rupturilor de uter la pacientele selectate pentru NVDC în %	Numărul nașterilor ce s-a complicat cu ruptură de uter x 100	Numărul total de pacienți selectați pentru NVDC

Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru NVDC

	Domeniul Prompt	Definiții și note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
4	Data de naștere a pacientei	
5	Mediul de reședință	
6	Vârsta pacientei	
7	Numele medicului curant	
Nivelul de asistență medicală specializată		
8	Stabilirea factorilor de risc și atribuirea gravidei în grupul de risc pentru NVDC	Da=1, nu =0, nu se știe =9
9	Pacienta a fost consultată la 38-39 săptămâni în secțiile consultative ale CP de nivelul II-III pentru aprecierea tacticii de conduită a nașterii	Da=1, nu =0, nu se știe =9
10	Pacienta a fost programată pentru OC	Da=1, nu =0, nu se știe =9
11	Pacienta a fost eligibilă pentru nașterea vaginală	Da=1, nu =0, nu se știe =9
12	Spitalizată după 40 săpt	Da=1, nu =0, nu se știe =9
13	Spitalizată înainte de 40 săpt.	Da=1, nu =0, nu se știe =9
14	Spitalizată cu travaliul activ	Da=1, nu =0, nu se știe =9
15	Spitalizată cu urgență obstetricală majoră	Da=1, nu =0, nu se știe =9
16	Spitalizată cu RPPA	Da=1, nu =0, nu se știe =9
17	Efectuarea examenului de laborator obligator	Da=1, nu =0, nu se știe =9
18	Stabilirea competenței cicatricei prin USG	Da=1, nu =0, nu se știe =9
19	A dat proba de travaliul	Da=1, nu =0, nu se știe =9
20	Evaluarea stării fătului prin aprecierea BCF	Da=1, nu =0, nu se știe =9
21	Diagnosticarea suferinței fetale	Da=1, nu =0, nu se știe =9
22	Stabilirea planului de naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9
23	Finisarea nașterii per vias naturalis	Da=1, nu =0, nu se știe =9
24	Naștere asistată prin manevrele obstetricale	Da=1, nu =0, nu se știe =9
25	Finisarea nașterii prin OC	Da=1, nu =0, nu se știe =9
26	A avut loc inducerea nașterii (amniotomie, etc.)	Da=1, nu =0, nu se știe =9
27	Aplicarea anesteziei epidurale	Da=1, nu =0, nu se știe =9
28	Utilizare uterotonicelor în naștere	Da=1, nu =0, nu se știe =9
29	A fost efectuată supraveghere cu control de CTG	Da=1, nu =0, nu se știe =9
30	A fost efectuată completarea partogramei	Da=1, nu =0, nu se știe =9
37	A fost stabilit traumatismul fetal	Da=1, nu =0, nu se știe =9
38	A fost depistat traumatismul matern	Da=1, nu =0, nu se știe =9

Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Tabel 1

Clasificarea puterii aplicative a gradelor de recomandare

<i>Puterea aplicată</i>	<i>Cerințe</i>
Standard	Standardele sunt norme care trebuie să fie aplicate strict 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 punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că sunt posibile mai multe tipuri de intervenții și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabel 2

Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

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

Tabel 3

Clasificarea nivelelor de dovezi

<i>Nivel de dovezi</i>	<i>Cerințe pentru corespondere</i>
Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasi experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți.
Nivel V	Serii de cazuri, studii necontrolate și opinii ale experților.

Ghidul gravidei pentru nașterea vaginală după operație cezariană

Beneficiile unei nașteri vaginale sunt multiple, fiind cel mai natural proces pentru nașterea unui copil. Perioada de recuperare post-partum este de obicei mai scurtă și mai puțin dureroasă în nașterea vaginală comparativ cu operația cezariană.

După cum probabil știți, sunt riscuri în orice procedură sau tratament medical sau chirurgical.

Următoarea listă este destinată să vă ofere informații în încercarea de a naște vaginal după ce ați avut o operație cezariană. Această procedură este numită naștere vaginală după operație cezariană (NVDC). Riscurile unei nașteri vaginale după cezariană trebuie cunoscute înainte de a lua o decizie finală. Studiile au arătat că nașterea vaginală după cezariană se produce cu succes în 50-80% din cazuri. Aceasta înseamnă că 20-50% din gravide, cele care nu pot naște vaginal, vor naște prin operație cezariană.

Deși orice complicație obstetricală poate apărea (sângerare, suferință fetală, etc.), există o singură complicație majoră asociată cu NVDC – riscul de ruptură a cicatricii uterine. Acesta este în jur de 1%. Aceasta poate pune în pericol viața mamei și a fătului și trebuie rezolvată prin operație cezariană de urgență.

Trebuie să furnizați medicului Dvs informație care să includă:

- de ce ați avut o naștere prin operație cezariană
 - câte săptămâni de sarcină ați avut la momentul operației cezariene
 - orice intervenție sau probleme în timpul travaliului sau dacă au fost probleme cu poziția sau ritmul cardiac al bebelușului
 - orice motiv (e) de ce nu ar trebui să ai o naștere vaginală pe viitor.
- Puteți planifica o naștere vaginală în această sarcină, atât timp cât nu există nici o contraindicație.
 - Dacă ați avut o naștere vaginală înainte, este foarte probabil să aveți o naștere vaginală de succes după cezariană, atât timp cât nu există contraindicații medicale.
 - Când alegeți cum doriți să nașteți, dumneavoastră și medicul trebuie să colaborați pentru a lua decizii. Discuția ar trebui să includă ceea ce este important pentru Dvs despre naștere, precum și beneficiile și posibilele prejudicii atât ale nașterii vaginale după cezariană, cât și a unei operații cezariene repetate planificate.
 - În pregătirea acestei discuții, medicul trebuie să citească raportul de la operația cezariană anterioară.

Beneficiile potențiale ale NVDC

În comparație cu nașterea prin operație cezariană, femeile care nasc natural au:

- Spitalizare mai scurtă
- Rata mai mică de tromboză venoasă profundă
- Legătură sporită între mamă-făt, inclusiv bunăstarea pe termen lung a sugarului
- Morbiditate maternă mai mică
- Sugarii cu microbiota intestinală care este o mai mare protecție împotriva bolilor alergice.

În timpul travaliului și nașterii:

- Dacă intenționați să aveți o operație cezariană repetată, dar debutul travaliului este înainte de cezariană programată, este posibil să fie o naștere vaginală. Discutați cu medicul sau moașa despre opțiunile dvs. dacă travaliul debutează timpuriu.
- S-ar putea să vi se ofere medicamente sau alte metode pentru a accelera travaliul, dacă aveți nevoie. Asigurați-vă că discutați cu medicul sau moașa despre beneficiile și potențialele prejudicii ale celor pe care le recomandă.
- În timp ce sunteți în travaliu personalul medical ar trebui să vă supravegheze minuțios pentru semnele și simptomele unei rupturi de uter.

Contraindicații pentru NVDC

Nașterea naturală după operație cezariană nu se aplică persoanelor care au următoarele contraindicații:

10. Prezența indicațiilor pentru operație cezariană indiferent de prezența cicatricii pe uter (prezența placentară, prezența patologică a fătului etc.)
11. Operația cezariană corporală anterioară (riscul de rupturi uterine 200-900/10.000) sau incizia uterină în formă de T (riscul de rupturi uterine 190/10.000)
12. Rupturi uterine în anamneză
13. Miomectomie cu penetrare în cavitatea uterină în anamneză, tubectomie; miomectomie laparoscopică fără material modern de sutură la suturarea uterului
14. Localizarea placentei în regiunea cicatricii uterine
15. Mai mult de 1 operație cezariană în anamneză
16. Cicatrice incompetente ultrasonografic (grosimea < 2 mm, prezența defectelor de țesut)

Care sunt riscurile asociate cu NVDC

– Complicații care pot necesita operație cezariană urgentă (operația cezariană efectuată după debutul travaliului are mai multe riscuri decât cea făcută înainte de debutul travaliului)

– Ruptura uterina (riscul de ruptură uterină în timpul travaliului după cezariana anterioară este estimat a fi 1 la 200 sau la 0,5% din cazuri). Ruptura uterină necesită o operație de cezariană de urgență și crește riscul de sângerare maternă și necesitatea unei histerectomii.

– Histerectomie

Pentru **nou-născut:**

–Nu exista riscuri crescute cu excepția rupturii uterine (pune în pericol fătul)

Care este conduita în NVDC

Pe lângă monitorizarea atentă, travaliul din cazul NVDC se desfășoară în aceleași condiții ca și într-o naștere normală. În perioada travaliului precoce, pacienta se poate comporta normal, nu există nici o restricție până la declanșarea travaliului activ. În perioada travaliului activ este necesară monitorizarea atentă a bătăilor fetale, pentru depistarea semnelor precoce de suferință fetală sau de ruptură uterină.

Recuperarea după NVDC

Recuperarea după NVDC este similară cu cea dintr-o naștere vaginală normală. După nașterea pe cale vaginală, mama și copilul pot merge acasă după 24-48 de ore. În contrast, recuperarea după operația cezariană necesită 3-4 zile de spitalizare și apoi o perioadă de limitare a activității normale, până la vindecarea cicatricii.

Riscul de infecție este scăzut în cazul ambelor tipuri de nașteri, dar este mai redus în cazul nașterii pe cale vaginală. La externare, veți fi instruite să urmăriți o serie de semne de infecție care pot apărea în primele săptămâni după naștere.

Bibliografie:

1. National Institute for Health and Care Excellence NICE Guidance and guidelines. Induction of labour 2008. Online:<https://www.nice.org.uk/guidance/qs60>Stand: 07.01.2016
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Green-Top Guideline No. 45 BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH. February 2017
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG Green-top Guideline No. 45: Birth after previous caesarean birth October 2015. Online:https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf;Stand: 07.01.2016
4. American College of Obstetricians and Gynecologists . ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous caesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2 Pt 1):450–463. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. ACOG Committee on Practice Bulletins – Obstetrics . ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol.* 2009;114(2 Pt 1):386–397. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada . SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89:319–331. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Leduc D, Biringer A, Lee L. et al. Induction of labour: review. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015;37:380–383. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G. et al. Delivery for women with a previous caesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170:25–32. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel . National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal birth after caesarean: new insights March 8–10, 2010. *Obstet Gynecol.* 2010;115:1279–1295. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. World Health Organization WHO recommendations for induction of labour. WHO Published 2011. Online:http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/enStand: 14.01.2016
11. Wells C E Cunningham F G Choosing the route of delivery after caesarean birth In: Waltham MA, Lockwood CJ, eds. *UpToDate.* UpToDate; 2015. Online:http://www.uptodate.com/contents/choosing-the-route-of-delivery-after-caesarean-birth?source=see_linkStand: 14.01.2016 [[Google Scholar](#)]
12. Wing D A Cervical ripening and induction of labor in women with a prior caesarean delivery In: Waltham MA, Lockwood CJ, eds. *UpToDate.* UpToDate; 2015. Online:http://www.uptodate.com/contents/cervical-ripening-and-induction-of-labor-in-women-with-a-prior-caesarean-delivery?source=see_link#H5Stand: 14.01.2016 [[Google Scholar](#)]
13. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V. et al. Predictive score for vaginal birth after caesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174(1 Pt 1):192–198. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. McMahon M J, Luther E R, Bowes W A. et al. Comparison of a trial of labor with an elective second caesarean section. *N Engl J Med.* 1996;335:689–695. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
15. Bujold E, Mehta S H, Bujold C. et al. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1199–1202. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
16. Zelop C M, Shipp T D, Repke J T. et al. Outcomes of trial of labor following previous caesarean delivery among women with fetuses weighing > 4000 g. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:903–905. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
17. Kline J, Arias F. Analysis of factors determining the selection of repeated caesarean section or trial of labor in patients with histories of prior caesarean delivery. *J Reprod Med.* 1993;38:289–292. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
18. McMahon M J. Vaginal birth after caesarean. *Clin Obstet Gynecol.* 1998;41:369–381. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe H J. et al. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet.* 1996;347:281–284. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

20. Rozenberg P, Goffinet F, Philippe H J. et al. Thickness of the lower uterine segment: its influence in the management of patients with previous caesarean sections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999;87:39–45. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Mozurkewich E L, Hutton E K. Elective repeat caesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1187–1197. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
22. Shimonovitz S, Botosneano A, Hochner-Celnikier D. Successful first vaginal birth after caesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. *Isr Med Assoc J.* 2000;2:526–528. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
23. Rosen M G, Dickinson J C, Westhoff C L. Vaginal birth after caesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.* 1991;77:465–470. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
24. Rageth J C, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous caesarean: a risk evaluation. Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. *Obstet Gynecol.* 1999;93:332–337. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
25. Hemminki E, Meriläinen J. Long-term effects of caesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:1569–1574. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
26. Hook B, Kiwi R, Amini S B. et al. Neonatal morbidity after elective repeat caesarean section and trial of labor. *Pediatrics.* 1997;100(3 Pt 1):348–353. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
27. Asakura H, Myers S A. More than one previous caesarean delivery: a 5-year experience with 435 patients. *Obstet Gynecol.* 1995;85:924–929. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
28. Miller D A, Diaz F G, Paul R H. Vaginal birth after caesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol.* 1994;84:255–258. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
29. Smith G CS, Pell J P, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet.* 2003;362:1779–1784. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
30. Chauhan S P, Martin J N, Henrichs C E. et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after caesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189:408–417. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
31. Landon M B, Hauth J C, Leveno K J. et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior caesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004;351:2581–2589. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
32. Cahill A G, Waterman B M, Stamilio D M. et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after caesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:320–3.2E6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
33. Lydon-Rochelle M, Holt V L, Easterling T R. et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior caesarean delivery. *N Engl J Med.* 2001;345:3–8. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
34. Macones G A, Peipert J, Nelson D B. et al. Maternal complications with vaginal birth after caesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1656–1662. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
35. Ravasia D J, Wood S L, Pollard J K. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous caesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1176–1179. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
36. Jozwiak M, Dodd J M. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3):CD009792. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
37. Blanchette H A, Nayak S, Erasmus S. Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol (prostaglandin E1) with those of dinoprostone (prostaglandin E2) for cervical ripening and induction of labor in a community hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(6 Pt 1):1551–1559. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
38. Wing D A, Lovett K, Paul R H. Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous caesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1998;91(5 Pt 2):828–830. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
39. Bujold E, Blackwell S C, Gauthier R J. Cervical ripening with transcervical foley catheter and the risk of uterine rupture. *Obstet Gynecol.* 2004;103:18–23. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]