SPITALUL CLINIC MUNICIPAL DE URGENȚĂ TIMIȘOARA ANMCS unitate aflată în PROCES DE ACREDITARE O.G	PROTOCOL DE EFECTUARE A MANOPERELOR/INTERVENȚIILOR MEDICO-CHIRURGICALE	Ediția: I Revizia: 0
	PROTOCOL PRIVIND ASISTENȚA NAȘTERII ÎN PREZENTAȚIA CRANIANĂ	Data implementării: ..... Exemplar nr. 1

Nr. ...22... din ...11.01.2021

APROBAT,

DIRECTOR MEDICAL

DR. DEMA SORIN

PROTOCOL:PROTOCOL PRIVIND ASISTENȚA NAȘTERII ÎN PREZENTAȚIA CRANIANĂ

COD: Pr. M.-O.G.-SCMUT-03

(conform codificării de la pct. 3 din Ghid)

ECHIPA DE ELABORARE A PROTOCOLULUI:

Conf. Univ. Dr. Veronica Daniela Chiriac

Prof. Univ. Dr. Laurențiu Pirtea

ȘL. Dr. Doru Ciprian Crișan

Prof. Univ. Dr. Ioan Sas

Conf. Dr. DANIELA CHIRIAC Medic primar obstetrică-ginecologie cod 640840

Prof.Univ.Dr. PIRTEA LAURENȚIU Medic Șef Secție obstetrică - ginecologie cod C13191

Dr. CRIȘAN D. CIPRIAN medic șef secție ginecologie cod 777545

Prof. Dr. SAS IOAN medic șef secție obstetrică - ginecologie Cod 096677

Conf.Univ.Dr. Hegheș Alina farmacist primar clinician

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

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

1. CUPRINS

2. LISTA DE DIFUZARE 3

3. SCOP ŞI OBIECTIVE (MOTIVARE ŞI FUNDAMNETARE) 3

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ APLICABILE PROTOCOLULUI.....3

5. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI.....7

6. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR.....8

7. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUŢII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUŢIONALE ŞI INTERINSTITUŢIONALE.....17

8. CONDIŢII DE ABATERE DE LA PROTOCOL.....17

9. INDICATORI DE EFICIENŢĂ ŞI EFICACITATE.....18

2. LISTA DE DIFUZARE

Nr. crt.	Scopul difuzării	Microstructura/Persoana	Data difuzării	Semnătura

1.	Aplicare	O.G.		
2.	Informare	S.C.M.U.T.		
3.	Evidenţă	O.G.		

3. SCOP ŞI OBIECTIVE (MOTIVARE ŞI FUNDAMENTARE)

- Permite actualizarea cunoştinţelor medicale şi uniformizarea atitudinilor şi/sau aptitudinilor medicale în ceea ce priveşte naştere natruală.
- Desfăşurarea în condiţii optime şi sigure a ingrijirilor medicale, creşterea satisfacţiei pacientului, asigurarea continuităţii îngrijirilor, garantarea, ameliorarea şi evaluarea calităţii îngrijirilor aferente activităţii ce priveşte naşterea naturală.
- Asigură creşterea eficacităţii şi eficientizarea costurilor şi promovează utilizarea eficientă a resurselor medicale.
- Asigură crearea unei baze de cercetare pentru eliminarea continuă a incertitudinilor şi riscurilor actelor medicale.
- Oferă standarde auditabile, ce pot fi îmbunătăţite.
- Reduce semnificativ riscurile asociate procesului privind naşterea naturală:
    - Agravarea stării de sănătate/ decesul pacientului
    - Apariţia de infecţii asociate asistenţei medicale
    - Deficit de imagine a spitalului în mass-media.

4. DOCUMENTE DE REFERINŢĂ APLICABILE PROTOCOLULUI

- *Legea nr.95/2006, privind reforma in sanatate;*
- *OMS nr.446/2018,privind aprobarea Standardelor, Procedurii si metodologiei de evaluare si acreditare a spitalelor;*
- *OMS nr. 1410/2016 privind aprobarea Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*;
- *OMS nr. 1101/2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale in unitatile sanitare* din atribuţiile managerului unităţii sanitare, a directorului medical, a medicului şef de secţie A.T.I. sau secţie cu risc, a medicului curant (indiferent de specialitate) după caz, face parte şi: *„[...] răspunde de derularea activitătii de screening al pacientilor pentru depistarea colonizarilor/infectiilor cu germeni multiplurezistenti, in conformitate cu prevederile programului national de supraveghere si control al infectiilor asociate asistentei medicale*";
- *Ordinul preşedintelui A.N.M.C.S. nr. 8/2018 privind aprobarea instrumentelor de lucru utilizate de către Autoritatea Naţională de Management al Calităţii în Sănătate în cadrul celui de al II-lea Ciclu de acreditare a spitalelor, cu modificările şi completările ulterioare* ce prevede
    - Cerinţa "*02.03.05.02 - Personalul medical consemnează informaţiile privind îngrijirile acordate, rezultatele investigaţiilorşi recomandările terapeutice conform specialităţii*" ce subscrie indicatorii:
        - "*02.03.05.02.02 - Ora şi data efectuării consulturilor medicale şi a intervenţiilor medicale invazive, diagnostice şi terapeutice, sunt consemnate în documentele medicale ale pacientului*" aferent LV 28 – FO

/ documente medicale (în formă letrică sau/şi digitală) – centralizarea datelor culese;

- "*02.03.05.02.03 - În FO este consemnată fundamentarea medicală a recomandărilor de investigaţii*" aferent LV 28 – FO / documente medicale (în formă letrică sau/şi digitală) – centralizarea datelor culese;
- "*02.03.05.02.05 – În FO este consemnata ora la care pacientul este programat pentru efectuarea investigaţiilor*" aferent L.V. 25 – Aplicarea traseului pacientului.

➢ Cerinţa " *02.12.04.02 - În practica medicală sunt aplicate şi respectate protocoalele chirurgicale şi anestezice*" ce subscrie indicatorii:

- "*02.12.04.02.01 – Registrul de intervenţii chirurgicale-protocol operator estecompletat la zi*" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de naşteri (BN)/unităţii operatorii independente(UOI)/sălii de operaţii (SO)/sălii de naşteri(SN);
- "*02.12.04.02.02 – La nivelul Consiliului medical există analize periodice ale respectării protocoalelor chirurgicale şi anestezice*" aferent L.V. 07 - Managementul activităţilor medicale la nivel de spital (atribuţiile directorului medical şi ale consiliului medical).

➢ Cerinţa "*02.12.04.03 - Incidentele apărute în practica chirurgicală şi anestezică sunt recunoscute şi se iau măsuri imediate*" ce subscrie indicatorii:

- "*02.12.04.03.01 – Incidentele chirurgicale/anestezice sunt consemnate în Registrul de intervenţii chirurgicale-protocol operator/Protocolul de anestezie*" aferent L.V. 52 – Managementul blocului operator (BO)/blocului de naşteri (BN)/unităţii operatorii independente(UOI)/sălii de operaţii (SO)/sălii de naşteri(SN), L.V. 60 – Managementul laboratorului de radiologie, imagistică, radiologie intervenţionalăşi medicină nucleară.

➢ Cerinţa "*02.03.03.01 – Spitalul asigură condiţiile necesare pentru continuitatea actului medical*" ce subscrie indicatorii:

- "*02.03.03.01.02 – Spitalul stabileşte criterii de prioritizare a intervenţiilor chirurgicale*" aferent L.V. 7 – Managementul activităţilor medicale la nivel de spital (atribuţiile directorului medical şi ale consiliului medical).

➢ Cerinţa "*02.11.04.01 - Structurile medicale (secţii/compartimente, laboratoare, farmacie etc.) identifică, evaluează şi tratează riscul infecţios al activităţilor de asistenţă medicală*" ce subscrie indicatorii:

- "*02.11.04.01.04 – Infecţiile de plagă operatorie sunt identificate şi consemnate în FO de către medicul curant/chirurg operator*" aferent L.V. 28 – FO / documente medicale (înformă letrică sau/şi digitală) – centralizarea datelor culese.

- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Joint policy statement on normal childbirth. SOGCpolicystatement 221. J Obstet Gynaecol Can. 2008; 30(12):1163-5
- Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factorsin a national sample. Birth. 2004; 31(1):17-27.
- Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle satisfaction with nursing scales: a valid measureof maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. J Adv Nurs. 2005; 52(6):672-8

- Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs. 2004; 46(2):212-9.
- Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. Birth. 1991; 18(4):203-10.
- Bohren MA, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2017(7):CD003766.
- National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London (UK): NICE; Published December 2014, Last updated: February 2017. https://www.nice.org.uk/guidance/cg190
- Hallam JL, Howard CD, Locke A, Thomas M. Communicating choice: an exploration of mothers' experiencesof birth. J Reprod Infant Psychol. 2016; 34(2):175-84.
- Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol. 1955;6(6):567-89.
- Friedman EA. Labor in multiparas: a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol. 1956;8(6):691-703.
- Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans: what matters for birth experience satisfactionBirth. 2016; 43(2):144-50.
- Paisley KS, Wallace R, Durant PG. The development of an obstetric triage acuity tool. MCN AmJ Matern ChildNurs. 2011; 36(5):290-6
- Talaulikar VS, Lowe V, Arulkumaran S. Intrapartum fetal surveillance. Obstet Gynaecol Reprod Med. 2014; 24(2):45-55
- Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of adecision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. BMC pregnancy and childbirth. 2014; 14(1):184.
- National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. London (UK): NICE; Published December 2014, Last updated: February 2017. https://www.nice.org.uk/guidance/cg190
- Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. Obstet Gynecol. 2004; 103(3):506-12.
- Liston R, Sawchuck D, Young D, Brassard N, Campbell K, Davies G, et al. Fetal health surveillance: intrapartumconsensus guideline. SOGC clinical practice guideline no. 197b. J Obstet Gynaecol Can. 2018; 40(4):e298-e322.
- Rattray J, Flowers K, Miles S, Clarke J. Foetal monitoring: a woman-centred decision-making pathway. WomenBirth. 2011; 24(2):65-71.
- Canadian Perinatal Programs Coalition. The fundamentals of fetal health surveillance: a self-learning manual. Vancouver (BC): Perinatal Services BC; 2009. http://www.perinatalservicesbc.ca/health-professionals/education- development/fetal-health-surveillance
- Tillett J. Intermittent auscultation of the fetal heartbeat: Can nurses change the culture of technology? J Perinat Neonatal Nurs. 2007; 21(2):80-2

- Hindley C, Hinsliff SW, Thomson AM. English midwives' views and experiences of intrapartumfetal heart ratemonitoring in women at low obstetric risk: conflicts and compromises. J Midwifery Womens Health. 2006; 51(5):354-60.
- Goel A, Nangia S. Meconium aspiration syndrome: challenges and solutions. Res Rep Neonatol. 2017; 7:19-28.
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2012(3):CD009234.
- Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné G, Moutquin JM, et al. Nonpharmacologic approaches for painmanagement during labor compared with usual care: a meta-analysis. Birth. 2014; 41(2):122-37
- Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project. Guidelines for development of a multidisciplinarycollaborative primary maternity care model. Ottawa (ON): MCP2; 2006. http://www.homebirthsummit.org/wp- content/uploads/2013/09/Multidisciplinary-Collaborative-Primary-Maternity-Care-May_Ottawa.pdf
- Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017(2):CD006066.6 43
- Gibb D, Arulkumaran S. Fetal monitoring in practice. 3rd ed. London (UK): Churchill Livingstone; 2008.
- Smith V, Begley CM, Clarke M, Devane D. Professionals' views of fetal monitoring during labour: A systematicreview and thematic analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2012;12(1):166.
- FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography; https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2015.06.020
- Cardiotocography for antepartum fetal assessment: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001068/abstractA
- Review of the Proceedings from the 2008 NICHD Workshop on Standardized Nomenclaturefor Cardiotocography.Update on Definitions, Interpretative Systems With Management Strategies, and ResearchPriorities in Relation to Intrapartum Electronic Fetal Monitoring
- Kilpatrick SJ, Laros RK. Characteristics of normal labor. Obstet Gynecol 1989; 741: 85-7. NE3.
- Lavender T, Hart A, Walkinshaw S, et al. Progress of first stage of labour for multiparous women: an observational study. BJOG: an international journal of obstetric & gynaecology 2005; 11212:1663-5.
- Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. ObstetGynecol-1996; 873:355-9.NE3.
- Cardozo L, Pearce JM. Oxytocin in active-phase abnormalities of labor: a randomized study. ObstetGynecol-1990; 752:152-7.
- Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. Appl Nurs Res 1990; 31:7-13.

- Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for painmanagement in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2009(2):CD007214.
- Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain relief in labour. CochraneDatabase Syst Rev. 2010(9):CD007396.
- Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Farcomeni A. Programmed intermittent epidural bolus versus continuousepidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomizeddouble-blind study in nulliparous women. Anesth Analg. 2011; 113(4):826-31

- Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Farcomeni A. Programmed intermittent epidural bolus versus continuousepidural infusion for labor analgesia: the effects on maternal motor function and labor outcome. A randomizeddouble-blind study in nulliparous women. Anesth Analg. 2011; 113(4):826-31

- George RB, Allen TK, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. Anesth Analg. 2013; 116(1):133-44
- Obstetrics and Gynecology at a Glance Fourth Edition, Errol R. Norwitz, John O. Schorge
- Meyvis I, Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. Birth. 2012; 39(2):115-20.
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. CochraneDatabase Syst Rev. 2017(2):CD000081.
- Lappen, JR, Isaacs, C. Episiotomy and Repair. New York (NY): Medscape; 2016. https://emedicine.medscape.com/article/2047173-overview
- Laughon SK, Berghella V, Reddy UM, Sundaram R, Lu Z, Hoffman MK. Neonatal and maternal outcomes withprolonged second stage of labor. Obstet Gynecol. 2014; 124(1):57-67.
- Allen VM, Baskett TF, O'Connell CM, McKeen D, Allen AC. Maternal and perinatal outcomes with increasingduration of the second stage of labor. Obstet Gynecol. 2009; 113(6):1248-58.
- Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2017(6):CD006672.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 679: immersion in water duringlabor and delivery. Obstet Gynecol. 2016; 128(5):e231-6.
- American College of Nurse-Midwives. Position statement: hydrotherapy during labour and birth. Silver Spring (MD): ACNM; 2014. http://www.midwife.org/ACNM/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004048/Hydrotherapy-During- Labor-and-Birth-April-2014.pdf
- Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Spong C, Dashe J, Hoffman B, et al. Williams obstetrics. 24th ed. NewYork(NY): McGraw-Hill Medical; 2014.

- Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9th Ed: James R., Md. Scott, Ronald S., Md. Gibbs, Beth Y., Md. Karlan, Arthur F., Md. Haney, David N. Danforth By Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 9th edition, 2003.
- Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biringer A, Delaney M, et al. Active management of the third stageof labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage. SOGC clinical practice guideline no. 235. J Obstet Gynaecol Can. 2009; 31(10):980-93. 44
- Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008; 22(6):999-1012.
- Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategiestoinfluence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012(8):CD003248.
- McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of terminfants onmaternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013(7):CD004074.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 543: timing of umbilical cordclamping after birth. Obstet Gynecol. 2012; 120(6):1522-6.
- Lee L, Dy J, Azzam H. Management of spontaneous labour at term in healthy women. SOGC clinical practiceguideline no. 336. J Obstet Gynaecol Can. 2016; 38(9):843-65.
- Ladhani N, Chari R, Dunn M, Jones G, Shah P, Barrett JF. Obstetric management at borderline viability. SOGCclinical practice guideline no. 347. J Obstet Gynaecol Can. 2017; 39(9):781-91.
- Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact onbreastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. Women Birth. 2014; 27(1):37-40.
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborninfants. Cochrane Database Syst Rev. 2016(11):CD003519.
- Dumas L, Lepage M, Bystrova K, Matthiesen A, Welles-Nyström B, Widström A. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: a randomized controlled trial. Clin Nurs Res. 2013; 22(3):310-36
- Dumas L, Widström A. Skin2Skin infographic FAQ's for health care providers [Internet]. Ottawa (ON): Leeds, Grenville & Lanark District Health Unit; 2015. http://www.bfiontario.ca/wp-content/uploads/2012/10/Skin-to-skinInfographic-FAQ-Leeds-Grenville-Lanark-District-Health-Unit.pdf
- Canadian Pediatric Society, American Heart Association. Textbook of neonatal resuscitation. 7th ed. Ottawa (ON): Canadian Pediatric Society; 2016
- Goel A, Nangia S. Meconium aspiration syndrome: challenges and solutions. Res Rep Neonatol. 2017; 7:19-28.
- Yudin MH, van Schalkwyk J, Eyk NV. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. SOGCclinical practice guideline no. 233. J Obstet Gynaecol Can. 2017; 39(9):e207-12.
- Oboro VO, Tabowei TO, Loto OM, Bosah JO. A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartumperineal trauma. J Obstet Gynaecol 2003; 23(1):5-8.

- Grant A. The choice of suture materials and techniques for repair of perineal trauma: an overview of the evidencefrom controlled trials. Br J Obstet Gynaecol 1989; 96:1281-9.
- Kettle C, James DC. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. (Cochrane Review).
- Gordon B, Mackrodt C, Fern E, Truesdale A, Ayers S, Grant A. The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomisedevaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105:435-40

5. DEFINIŢII ŞI ABREVIERI

5.1 DEFINIȚII		
Nr.Crt.	**Termenul**	**Definiția și/sau dacă este cazul, actul care definește termenul**
1.	**Faza latentă a primei perioade a naşterii**	Este o perioadă de timp, nu neapărat continuă, când există contracții uterine dureroase și apar unele modificări ale colului uterin, inclusiv scurtarea și dilatația colului până la 4 cm.
2.	**Faza activă a primului stadiu al travaliului**	Este o perioadă de timp, când există CUD regulate și există o dilatație progresivă a colului de peste 4 cm
3.	**Faza pasivă a perioadei a doua a travaliului**	Constatarea dilatației complete a colului uterin înainte sau în absența contracțiilor uterine cu caracter expulziv.
4.	**Debutul fazei active a celei de-a doua perioade a travaliului**	Constatarea ditatației complete a colului uterin, însoțită de contracții cu caracter expulziv sau a efortului matern active.
5.	**Perioada a treia a naşterii**	Perioada cuprinsă între naşterea copilului și finalizarea delivrenței
6.	**Management activ al perioadei a treia**	Implică un pachet de îngrijiri care cuprinde următoarele componente: utilizarea de rutină a medicamentelor uterotonice, temporizarea clampării cordonului și tăierea acestuia, tracțiunea controlată a cordonului după apariția semnelor de separare a placentei
7.	**Management fiziologic al perioadei a treia**	Implică un pachet de îngrijire care include următoarele componente: neutilizarea de rutină a medicamentelor uterotonice, clamparea cordonului în momentul în care pulsațiile încetează, delivrența placentei prin efort matern.

5.2 ABREVIERI	
Bpm	Bătăi pe minut
cm	Centimetru
CTG	Cardiotocografie
HTA	Hipertensiune arterială
mmHG	Milimetru coloană de mercur
mmol/l	Milimol per litru
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România
TA	Tensiune arterială
°C	Grade Celsius
UI	Unități internaționale
CUD	Contracții uterine dureroase
TAD	Tensiune arterială diastolică
TAS	Tensiune arterială sistolică

i.m	Intramuscular
i.v	Intravenos
SCMUT	Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara
OG	Obstetrică-Ginecologie

6. DESCRIEREA PROTOCOLULUI A METODELOR, A TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR

6.1. MĂSURI GENERALE DE ÎNGRIJIRE ÎN TIMPUL TRAVALIULUI

- **Comunicare**
- **Mobilizare**
- **Suport**
- **Măsuri de igienă**

6.2. FAZA LATENTĂ A PRIMEI PERIOADE A NAȘTERII

a. Educație și informare precoce antenatal și la debutul travaliului

b. Informații legate de analgezie

c. Evaluarea initială - include starea de sănătate a femeii și a fătului, bunăstarea fizică și emoțională, progresul travaliului și nevoile individuale ale acestora; evaluarea anamnestică, a documentelor prenatale și a rezultatelor investigațiilor de laborator

- Evaluarea gravidei:
  - Revedeți notițele antenatale (inclusiv toate rezultatele screeningului antenatal) și discutați-le cu femeia
  - Întrebați-o despre durata, intensitatea și frecvența contracțiilor ei
  - Întrebați-o despre orice durere pe care o simte și discutați despre opțiunile de ameliorare a durerii
  - Evaluați pulsul, tensiunea arterială și temperatura și efectuați analiza urinei
  - Notați dacă a avut pierderi lichidiene vaginale
- Evaluarea fătului:
  - Întrebați gravida despre mișcările fatului în ultimele 24 de ore
  - Palpați abdomenul gravidei pentru a determina înălțimea fundului uterin, poziția fătului, prezentația, angajarea părții prezentate, frecvența și durata contracțiilor
  - Determinați activitatea cardiacă fetală timp de cel puțin 1 minut imediat după o contracție
  - Palpați pulsul gravidei pentru a face diferența între bătăile inimii sale și cele ale fătului
  - Dacă există incertitudine cu privire la faptul că gravida este sau nu în travaliu activ, efectuareaunei examinări vaginale poate fi utilă
  - Dacă a debutat travaliul se va realiza o examinare vaginală.
  - Măsurarea ritmului cardiac fetal ca parte a evaluării inițiale:
    - ✓ Realizați o determinare a frecvenței cardiace fetale la primul contact cu o gravidă
    - ✓ Utilizați fie un aparat bazat pe principiul ultrasunetelor Doppler/CTG, fie stetoscop Pinard
    - ✓ Evaluați frecvența cardiacă imediat după o contracție timp de cel puțin 1 minut Notați / înregistrați accelerațiile și decelerațiile dacă sunt constatate

- ✓ Palpați pulsul matern pentru a diferenția bătăile inimii materne de cele fetale

d. Evaluarea continuă

- Evaluarea gravidei:
  - pulsul peste 120 bpm măsurat de două ori, la distanță de 30 de minute
  - o singură determinare a TAD de minim 110 mmHg, sau creșterea TAS la peste 160 mmHg
  - Creșterea TAD la 90 mmHg sau mai mult sau creșterea TAS la 140 mmHg sau mai mult la 2 determinări consecutive realizate la 30 de minute distanță
  - proteinurie asociată cu o singură determinare a TAD de peste 90 mmHg, sau a TAS de peste140mmHg
  - o temperatură de 38° C sau mai mare la o singură determinare sau o valoare de 37,5° C sau mai mare la două determinări consecutive, la o oră distanță
  - pierdere vaginală de sânge, în cantitate apreciabilă
  - prezența meconiului
  - durerea raportată de gravidă diferă de durerea asociată în mod normal contracțiilor în acel stadiu al travaliului
  - blocarea travaliului în primul sau al doilea stadiu al acestuia
  - solicitarea ameliorării suplimentare a durerii utilizând analgezia regională
  - urgențele obstericale - incluzând hemoragiile antepartum, deplasările de cordon, hemoragiapostpartum, colapsul matern, sau necesitatea unei resuscitări neonatale avansate
  - retenție placentară
  - rupturi perineale de gradul 3 sau 4 sau alte traumatisme perineale care necesită sutură
- Modificări observate la făt:
  - prezentația anormală, inclusiv anomaliile de cordon (procidența, prolabarea, vasa previa)
  - prezentația înaltă sau mobilă a craniului fetal la nulipare
  - suspiciunea unei restricții de creștere fetale sau a unei macrosomii
  - suspiciune de anhidramnios sau polihidramannios
  - frecvența cardiacă fetală sub 110 sau peste 160 bpm
  - o decelerare a ritmului cardiac fetal determinată la auscultarea intermitentă

6.3 ASISTENȚA MEDICALĂ ÎN FAZA ACTIVĂ A TRAVALIULUI

a. Suportul în travaliu

b. Reducerea durerii în travaliu:
   - Strategii de ameliorare a durerii (tehnici de respirație , de masaj)
   - Analgezia inhalatorie (Oxid de Azot)
   - Opioide cu administrare intravenoasă, intramusculară
   - Analgezia regional

c. Monitorizarea în timpul travaliului
- Măsurarea frecvenței cardiac fetale
- Interpretarea traselor cardiotocografice

Tabel 1. Descrierea caracteristicilor traseului cardiotocografic

Asistența generală

- Faceți o evaluare sistematică documentată a stării femeii și a fătului (incluzând constatările CTG) la fiecare oră sau, mai frecvent, dacă există semne de alarmă.
- Evitați să luați decizii cu privire la management-ul femeii în timpul travaliului doar pe baza constatărilor CTG.
- Luați în considerare preferințele femeii, orice factor de risc antenatal și intrapartum, starea de sănătateactuală a femeii și a fătului precum și progresul travaliului.
- Rămâneți cu femeia pentru a continua să oferiți asistență unu-la-unu.
- Vorbiți cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luati în considerare preferințele ei.

Principii pentru interpretarea traseelor CTG intrapartum

- Când analizați traseul CTG, evaluați și consemnați contracțiile și toate cele 4 caracteristici ale frecvenței cardiace fetale: ritmul de bază; variabilitatea ritmului de bază; prezența sau absența decelerațiilor (și caracteristicile acestora); prezența accelerațiilor.
- Dacă există o valoare stabilă a ritmului cardiac fetal de bază între 110 și 160 bpm și o variabilitate normală, continuă asistența obișnuită având în vedere riscul scăzut de acidoză fetală.
- Dacă este dificil să clasificați sau să interpretați un traseu CTG, solicitați o evaluare suplimentară.

Accelerațiile

- Prezența accelerațiilor cardiace fetale, chiar și cu variabilitate redusă a valorii inițiale, este în general un semn de stare de bine a fătului.

Descriere	*Caracteristici*		
	Ritm de bază (bătăi/minut)	**Variabilitatea ritmului de bază (bătăi/minut)**	**Decelerații**
Normal	110 -160 bpm	***5-25 bpm***	- Niciuna sau precoce - Decelerații variabile fara caracteristici îngrijorătoare* înregistrate pe o perioadă sub 90 min
Alarmant	100-109 bpm† *SAU* 161-180bpm	< 5 bpm o perioadă de 30-50 de minute *SAU* > 25 bpm o perioadă de 15-25 de minute	➢ Decelerații variabile fără caracteristici îngrijorătoare* înregistrate pe o perioadă de peste 90 de minute *SAU* ➢ Decelerații variabile care prezintă caracteristici îngrijorătoare* însub 50% dintre contracțiile înregistrate pe o perioadă de peste 30 de minute *SAU* ➢ Decelerații variabile care prezintă caracteristici îngrijorătoare* în peste 50% dintre contracții o perioadă de sub 30 de minute *SAU* ➢ Decelerații tardive în peste 50% din contracții pe o perioadă de sub 30 de minute, fără semne clinice de risc matern sau fetal precum sângerarea vaginală sau meconiul semnificativ
Anormal/	< 100 bpm	< 5 bpm o	➢ Decelerații variabile cu caracteristici

patologic	*SAU* > 180 bpm	perioadă de peste 50 de minute *SAU* > 25 bpm o perioadă de peste 25 de minute *SAU* Sinusoidal	îngrijorătoare în peste 50%din contracții pe o perioadă de 30 de minute (sau chiar mai puțin, dacă există factori de risc clinici materni sau fetali [vezi mai sus]) *SAU* ➢ Decelerații tardive pe o perioadă de 30 de minute (sau mai puțin dacă există factori de risc materni sau fetali) *SAU* ➢ Bradicardie acută sau o singură decelerare prelungită cu durată de 3 minute sau mai mult

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

† Deşi un ritm de bază al frecvenței cardiace fetale între 100 şi 109 bpm reprezintă o caracteristică alarmantă, continuați asistenta obişnuită dacă există o variabilitate normală a ritmului de bază şi nu prezintă decelerații precoce sau tardive

Tabel 2. Management bazat pe interpretarea traseelor cardiotocografice

Categorie	*Definiție*	*Management*
Normal	Toate caracteristicile sunt normale	➢ Continuați CTG (dacă nu a fost pornit din cauza unor îngrijorări apărute în urma unei auscultări intermitente şi nu există factori de risc în curs de desfăşurare)şi asistența obişnuită ➢ Discutați cu femeia şi cu partenerul ei de naştere despre ceea ce se întâmplă
Suspect	O caracteristică *alarmantă* ***ŞI*** 2 caracteristici normale	➢ Corectați toate cauzele care pot sta la baza acestor modificări, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină ➢ Efectuați o examinare maternă completă ➢ Începeți 1 sau mai multe măsuri conservatoare* ➢ Informați un obstetrician sau o moaşă superioară ➢ Realizați un plan cu revizuirea întregului tablou clinic şi cu aspectul CTG ➢ Discutați cu femeia şi cu partenerul ei de naştere despre ceea ce se întâmplă şi luați în considerare

		preferințele ei
Patologic	O caracteristică *anormală* ***SAU*** 2 caracteristici alarmante	➢ Solicitați o evaluare din partea unui medic cu competență superioară ➢ Excludeți evenimentele acute (de exemplu deplasările de cordon, suspiciune de dezlipire de placentă sau de ruptură uterină) ➢ Corectați toate cauzele care pot sta la baza modificărilor, cumar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină ➢ Începeți 1 sau mai multe măsuri conservatoare * ➢ Discutați cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei. ➢ Dacă traseul CTG este încă patologic după aplicarea măsurilor conservatoare: – obțineți o evaluare suplimentară din partea unui obstetrician cu expertiză superioară – aplicați stimulare digitală a scalpului fetal și notați rezultatul ➢ Dacă traseul CTG este încă patologic după stimularea scalpului fetal: – luați în considerare recoltarea de sânge fetal; – luați în considerare finalizarea nașterii în acord cu preferințele femeii
Necesitatea intervenției de urgență	– Bradicardie acută ***SAU*** – o singură decelerație prelungită, de peste 3 minute	➢ Cereți urgent ajutor obstetrical dacă este cazul ➢ Dacă a existat un eveniment acut (de exemplu, deplasări de cordon, suspiciune de dezlipire de placentă sau de ruptură uterină), se finalizează nașterea ➢ Corectați toate cauzele care pot sta la baza modificărilor, cum ar fi hipotensiunea sau hiperstimularea uterină ➢ Începeți una sau mai multe măsuri conservatoare * ➢ Faceți pregătiri pentru o naștere urgentă ➢ Discutați cu femeia și cu partenerul ei de naștere despre ceea ce se întâmplă și luați în considerare preferințele ei. ➢ Finalizați nașterea dacă bradicardia acută persistă timp de 9 minute ➢ Dacă ritmul cardiac fetal revine la normal în orice moment până la 9

		minute, reevaluați orice decizie de finalizare a nașterii, în discuție cu femeia

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

D. RUPTURA PRECOCE A MEMBRANELOR

- Examinarea cu speculului vaginal
- Evitarea examinării vaginale digitale
- Determinarea CRP
- Determinarea temperaturii la fiecare 4 ore in stare de veghe
- Recoltare proba de secreție endocervicală

E. PRIMA PERIOADĂ A TRAVALIULUI

- Evaluări pe parcursul primei perioade:
  - efectuare partogramă, documentare la fiecare 30 min a CUD
  - determinare puls la fiecare oră, determinare temperature, TA la 4 ore
  - frecvența urinării
  - examinare vaginală o data la 2 ore
- Prelungirea primei perioade a travaliului, luați în calcul următoarele:
  - paritatea
  - dilatația cervicală și rata modificărilor
  - contracțiile uterine
  - stația și poziția părții prezentate
  - starea emoțională a gravidei
- Pentru toate gravidele cu preungirea confirmată a primului stadiu al travaliului:
  - este necesară o evaluare obstetricală și o decizie asupra opțiunilor de management, inclusivutilizarea oxitocinei.
  - explicați gravidei că folosirea oxitocinei după ruperea spontană sau artificială a membranelor va grabi nașterea, dar nu vor influența modul de naștere sau alte rezultate
  - amniotomia

6.4. A doua perioadă a nașterii

- **Evaluări în timpul celei de-a doua perioade a nașterii:**
  - Documentare la fiecare jumătate de oră a frecvenței contracțiilor
  - Determinarea tensiunii arteriale la o oră
  - Determinarea temperaturii la 4 ore
  - Frecvența micțiunilor

- Practicați o examinare vaginală la o oră în timpul fazei active a perioadei a 2-a a nașterii saucarăspuns la dorințele gravidei, după palparea abdominală și evaluarea unei pierderilor vaginale.
- Suplimentar:
  - Continuați să țineți cont de nevoile emoționale și psihologice ale gravidei.
  - Evaluați progresul, care ar trebui să includă comportamentul femeii, eficiența efortului de screamăt al acesteia și bunăstarea fatului, luând în considerare poziția și stația părții prezentate la debutul celei de-a doua perioade. Acești factori vor contribui la stabilirea frecvenței examinărilor vaginaleulterioare și la stabilirea managementului ulterior.
  - Efectuați auscultația intermitentă a frecvenței cardiace fetale imediat după o contracție timp decel puțin 1 minut, cel puțin la fiecare 5 minute. Evaluați pulsul femeii la fiecare 15 minute pentruadiferența între cele două frecvente cardiace.
  - Ar trebui acordată o atenție continuă poziției gravidei, hidratării, strategiilor de ameliorare a durerii.

- **Folosirea oxitocinei în perioada a doua a nașterii**: utilizarea oxitocinei, în combinație cu anestezia regională, la gravidelenulipare, dacă contracțiile uterine sunt inadecvate la începutul celui de-al doilea stadiu al travaliului
- **Poziția femeii și efortul expulziv în perioada a doua a nașterii**:
  - Descurajați poziția decubit dorsal sau semi-flexia trunchiului în al doilea stadiu al travaliului, deoareceuterul voluminos determină comprimarea venei cave inferioare, astfel că fluxul sanguin poate fi drasticredus, ceea ce poate conduce la un debit cadiac și tensiune scazute și alterarea perfuziei utero- placentare și oxigenării fetale;
  - încurajați gravida să adopte orice altă poziție care îi este cel mai confortabilă.
  - Informați gravida că în a doua perioadă a nașterii ar trebui să ia în considerare propriul impuls de a screme.
  - Dacă efortul de scremăt este ineficient sau dacă gravida solicită, oferiți strategii de asistență a nașterii, cum ar fi sprijinul, schimbarea poziției, golirea vezicii și încurajarea / îndrumarea.
- **Intervenții intrapartum pentru reducerea traumatismelor perineale**:
  - Nu efectuați masaj perineal în al doilea stadiu al travaliului
  - Fie tehnica "mâinile pe" (protejarea perineului și flectarea craniului fetal) sau "mâini pasive" (absențamâinilor de pe perineu și de pe craniul fatului, dar cu ele pregătite sa acționeze) pot fi folosite pentruafacilita nașterea spontană
  - Nu pulverizați anestezic local (lidocaine) pentru a reduce durerea în al doilea stadiu al travaliului.
  - Nu efectuați o epiziotomie de rutină în timpul nașterii vaginale spontane
  - Informați toate gravidele cu antecedente de traumatism perineal sever că riscul de a repeta traumesevere perineale nu este crescut la nașterea ulterioară, comparativ cu primiparele
  - Nu efectuați epiziotomie de rutină la nașterea vaginală după un traumatism perineal de gradul III sau IV. Decizia depinde de comportamentul perineului cicatriceal în timpul expulziei
  - Pentru ca o femeie, care a suferit rupturi perineale anterioare de gradul trei sau patru, se face o alegere în cunoștiință de cauză, discutați cu ea despre posibila cale de naștere,

cuprinzând: – simptomele de incontinență urinară de efort sau prin micțiuni imperioase, asociate acestei complicații a nasterii – gradul rupturii perineale precedente – riscul de recurență

- **Nașterea asistată instrumental și prelungirea perioadei a doua a travaliului**:
  - Luați în considerare nașterea asistată instrumental dacă există îngrijorări cu privire la starea de bine a fătului sau dacă există prelungirea celui de-al doilea stadiu al travaliului.
  - Conștientizarea faptului că, în cazuri rare, poate fi necesar un ajutor și indicată nașterea instrumentalăatunci când asistența suportivă nu a ajutat.
  - Alegerea instrumentului depinde de un echilibru între modificările clinice și experiența practicianului
  - Deoarece nașterea instrumentală este o manevra invazivă, consiliați gravida în vederea unei anestezii eficiente.
  - Dacă o gravidă refuză anestezia, practicați un bloc pudendal combinat cu anestezia locală la nivelul perineului în timpul nașterii instrumentale
  - Dacă există suspiciune de compromitere fetală, practicați fie anestezie eficientă sau, dacă timpul nupermite acest lucru, un bloc pudendal combinat cu anestezia locală a perineului în timpul nașterii instrumentale
  - Indicați operația cezariană dacă nașterea vaginală nu este posibilă.

6.5. A TREIA PERIOADĂ A NAȘTERII

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

       În managementul activ administrați 10 UI oxitocina i.m odată cu nașterea umărului anterior, nu clampați cordonul ombilical mai devreme de un minut de la nastere decât dacă există incertitudine cu privire la integritatea cordonului sau frecventa cardiac fetală sub 60 bpm , efectuați tracțiune controlată a cordonului în vederea delivrării

   - Managementul fiziologic:
     - este asociat cu greață și vărsături la aproximativ 50 din 1.000 de femei
     - este asociat cu un risc de aproximativ 29 la 1.000 de hemoragie de peste un litru
     - este asociat cu un risc de aproximativ 40 la 1.000 de transfuzii de sânge
     - schimbați managementul din fiziologic în activ dacă femeia vrea să scurteze stadiul trei, dacă apare hemoragia, dacă delivrența placentei nu are loc în decurs de o oră de la naștere

b. Retenția de placentă
   - ✓ Asigurați abord venos
   - ✓ Administrați medicație oxitocică i.v. în caz de sângerare excesivă
   - ✓ Efectuați examen vaginal pentru a evalua necesitatea unei extracții manuale
   - ✓ Recomandați analgezie în vederea extracției manual de placenta

6.6 ÎNGRIJIREA NOU-NĂSCUTULUI

Contactul tegumentelor "piele la piele" îmbunătățește:
- ✓ Temperatura maternă și a nou-născutului;
- ✓ Expulzia placentei;

- ✓ Oxigenarea, glicemia și organizarea neuromotorie la nou-născut;
- ✓ Inițierea, exclusivitatea și durata alăptării;
- ✓ Creșterea în greutate a nou-născutului;
- ✓ Calitatea interacțiunilor mamă-copil

6.7. ÎNGRIJIREA DUPĂ NAȘTERE

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

Definiții traumatisme

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

Principii de bază pentru efectuarea reparațiilor perineale:

- Reparați leziunile perineale folosind tehnici aseptice.
- Verificați echipamentul și numărați tampoanele și acele înainte și după procedură.
- Iluminarea corespunzătoare este esențială pentru a vedea și a identifica structurile implicate.
- Asigurați-vă că traumatismele dificile sunt reparate de un practician experimentat, sub anestezielocală sau generală.
- Practicați sondajul vezical timp de 24 de ore pentru a preveni retenția urinară.
- Asigurați-vă că se realizează o bună afrontare anatomică a plăgii in scopul unor rezultate cosmetice.
- Realizați examinarea rectală după finalizarea suturii pentru a vă asigura că materialul de sutură nua fost introdus accidental prin mucoasa rectală.
- După finalizarea reparației, realizați un document detaliat care oferă detalii referitoare la amploarea leziunii, metoda de reparare și materialele folosite.
- Oferiți femeii informații despre amploarea leziunii, metode de ameliorare a durerii, dietă, igienăși importanța exercițiilor pelviene.

7. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE FIECĂREI INSTITUŢII PENTRU IMPLEMENTAREA PROTOCOLULUI, INCLUSIV COLABORĂRILE INTRAINSTITUŢIONALE ŞI INTERINSTITUŢIONALE

- Resurse umane, competenţe necesare: medic primar/specialist, medic rezident, asistentă medicală din secţiile de obstetrică-ginecologie, ATI şi neonatologie.
- Resurse materiale, echipamente medicale: acces la laborator analize, acces la salon de travaliu şi săli de naştere, instrumentar chirurgical adecvat, acces la dispositive de monitorizare a bătăilor cordului fetal şi a contracţiilor uterine.

8. CONDIŢII DE ABATERE DE LA PROTOCOL

Deşi protocolul reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi ştiinţifice disponibile în domeniu, nu trebuie considerat că aceste recomandări includ toate intervenţiile potrivite sau exclud pe toate cele nepotrivite pentru situaţia în cauză. Protocolul nu intenţionează să înlocuiască raţionamentul medical la fiecare caz în parte. Decizia medicală trebuie să ia în considerare particularităţile individuale şi opţiunea pacientului, precum şi resursele, caracterele specifice şi limitările institutiilor de practica medicala. Fiecare medic care aplică recomandările în scopul stabilirii unui plan terapeutic trebuie să utilizeze propriul raţionament medical independent, în funcţie de fiecare caz în parte şi în funcţie de experienţa personală în corelaţie cu dotarea institutiei în care acesta îşi desfăşoară activitatea.

În caz de necesitate clinicienii vor apela la judecata clinică, cunostiinţele şi experienţa pe care le au pentru a decide abaterea de la protocolul dezvoltat. Abaterile de la prevederile protocolului dezvoltat se vor documenta şi se vor argumenta în FOCG ţinand cont decircumstanţele individuale ale fiecărui bolnav, de opţiunile exprimate de către pacient şi de experienţa clinică a practicianului.

9. INDICATORI DE EFICIENŢĂ ŞI EFICACITATE

- Indicatori de eficacitate: ameliorarea scorurilor chestionarelor de evaluare aplicate pacientului la externare comparativ cu internare.
- Indicatori de eficienţă:
  - Proporţia pacienţilor reinternaţi (fără programare) în intervalul de 30 de zile de la externare post-naştere naturală (cu procedură N00701) în ultimul an calendaristic;
  - Numărul de pacienţi internaţi cu procedura N00701 care au dezvoltat complicaţii, în ultimul an calendaristic;
  - Procentul pacienţilor internaţi şi transferaţi către alte spitale din total pacienţi internaţi cu procedura N00701, în ultimul an calendaristic;
  - Numărul de reclamaţii/plângeri ale pacienţilor legate de pacienţii internaţi cu procedura N00701, în ultimul an calendaristic;
  - Rata infecţiilor asociate asistenţei medicale pentru pacienţii cu procedura N00701, în ultimul an calendaristic.