



## Inducția travaliului

### A. Partea introductivă

|            |                             |  |
|------------|-----------------------------|--|
| <b>A.1</b> | <b>Diagnosticul</b>         | Inducția travaliului   |
| <b>A.2</b> | <b>Codul bolii (CIM 10)</b> |  |
| <b>A.3</b> | <b>Utilizatorii</b>         | Secția patologia gravidității<br>Secția obstetricală   |
| <b>A.4</b> | <b>Scopul protocolului</b>  | Sporirea calității managementului sarcinii patologice care necesită inducția travaliului   |
| <b>A.5</b> | <b>Data elaborării</b>      | 2020   |
| <b>A.6</b> | <b>Data revizuirii</b>      | 2925   |
| <b>A.7</b> | <b>Definiția</b>            | <b>Preinducție</b> – acțiunile îndreptate spre maturizarea colului uterin în caz de nepregătirea sau pregătirea insuficientă acestuia către naștere.<br><b>Inducția travaliului</b> – este procesul prin care se declanșează artificial travaliul și presupune inducerea contracțiilor uterine specifice înainte ca ele să se producă în mod spontan.<br>Include declanșarea în caz de pungă amniotică intactă, cât și în caz de ruperea prenatală/prematură a pungii amniotice.<br><b>Eșecul inducției</b> – lipsa travaliului activ (3 și mai multe contracții uterine în 10 minute cu modificări ale colului uterin) după un ciclu complet de inducție cu prostaglandine sau după o oră de administrare a dozei maxime de Oxitocinum. |

### B. Partea generală spitalicească

| Descriere   | Motive   | Pași  |
|---|--|---|
| <b>B.1 Internarea</b>   |  |   |
| În secția obstetricală a maternității   | Prezența indicațiilor pentru inducerea travaliului <b>C.1.</b>   | - Internarea/transferul în secția obstetricală a maternității;<br>- Evaluarea stării generale a gravidei (FR,Ps,TA,t <sup>0</sup> C) și intrauterine a fătului (BCF, CTG);<br>- Consilierea pacientei și a rudelor;<br>- Informarea despre riscurile și complicațiile posibile;<br>- Prezența condițiilor pentru inducție; <b>C.4</b><br>- Lipsa contraindicațiilor pentru inducție; <b>C.2</b> |
| <b>B.2 Diagnosticul</b>   |  |   |
| 1. Stabilirea diagnosticului clinic cert cu aprecierea exactă termenului de sarcină;<br>2. Elaborarea acțiunilor necesare pentru declanșarea travaliului și finisarea nașterii prin căile naturale. | Stabilirea schemei individuale de pregătire a colului uterin și inducției travaliului.   | - Selectarea metodei de pregătire a colului uterin (preinducție); <b>C.5</b><br>- Elaborarea metodei, algoritmului inducției travaliului și a timpului oportun pentru mama și făt; <b>C.6, C.7</b><br>- Evaluarea riscurilor potențiale; <b>C.3</b><br>- Acordul informat al pacientei;   |
| <b>B.3 Monitoringul</b>   |  |   |
| - Monitorizarea clinică;<br>- Monitorizarea paraclinică;<br>- Monitorizarea instrumentală.  | Aprecierea eficacității declanșării travaliului (3 contracții în 10 min. cu durata de 40 – 60 sec și dilatarea colului uterin nu | - Monitorizarea respectării schemei de pregătire a colului uterin <b>C.5</b> ;<br>- Monitorizarea respectării schemei de inducție a travaliului <b>C.6, C.7</b> ;<br>- Monitorizarea stării generale a gravidei   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | mai puțin de 1 cm/oră).   | (FR, Ps, TA, t <sup>0</sup> C) și intrauterine fetale (BCF, CTG).  |
| <b>B.4 Renunțarea la inducția travaliului</b>                   |   |  |
| Contramandarea utilizării procedurii de inducție a travaliului. | Lipsa efectului de metodele de declanșare a travaliului, înrăutățirea stării generale a pacientei, apariția suferinței intrauterine fetale. | Întreprindere o nouă tentativă de a induce travaliul ziua următoare <i>sau</i> finisarea sarcinii prin operație cezariană urgentă <b>C.6.2, C.7.2.1.4.</b> |

### C. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor

| C            | Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor   | Nivelul de dovezi |
|--------------|--|-------------------|
| <b>C.1</b>   | <b>Indicații pentru inducția nașterii</b>  |                   |
| <b>C.1.1</b> | <p><b>Cu prioritate înaltă:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preeclampsie.</li> <li>- Patologia somatică sau obstetricală severă care nu răspunde la tratament și prolongarea sarcinii prezintă un risc vital pentru mamă și făt;</li> <li>- Infecția intrauterină (corioamniotită - vezi și protocolul "Corioamniotită");</li> <li>- Ruperea prenatală a pungii amniotice la termen cu B-streptococ pozitiv la gravida.</li> </ul> <p><b>N.B.!</b> La pacientele pozitive pentru streptococul grupei B, administrarea oxitocinei trebuie să se înceapă cât mai devreme după ruperea membranelor amniotice, pentru finisarea nașterii în 24 de ore.</p>  | <b>3B</b>         |
| <b>C.1.2</b> | <p><b>Cu prioritate scăzută (alte indicații):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarcina supramaturată <math>\geq 41^{+0}</math> săptămâni de gestație (OMS 2011);</li> <li>- Diabet zaharat;</li> <li>- Izoimunizarea Rh;</li> <li>- RCIUF (cu excepția formelor grave);</li> <li>- Oligoamnioză;</li> <li>- HTA gestațională <math>\geq 38</math> s.a.;</li> <li>- Ruperea prenatală a pungii amniotice la termen cu B-streptococ negativ la gravida.</li> <li>- Moartea antenatală a fătului.</li> </ul>  | <b>1A</b>         |
| <b>C.2</b>   | <p><b>Contraindicații pentru inducția travaliului:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Placenta praevia, vasa praevia;</li> <li>b. Prezența fetale anormale (pelvină)/situs transvers, oblic;</li> <li>c. Cicatrice uterină corporală sau în formă de T inversat și orice intervenție chirurgicală ginecologică cu deschiderea cavității uterine în anamneza.</li> <li>d. Procidența de cordon;</li> <li>e. Patologia colului uterin (cancer, schimbări cicatriciale);</li> <li>f. Herpes genital (faza activă);</li> <li>g. Deformări structurale pelvine;</li> <li>h. Ruptura uterină anterioară;</li> <li>i. Suferința fetală gravă (RCIUF cu flux diastolic nul sau revers în artera ombilicală);</li> <li>j. Sarcina gemelară monocoreală, monoamniotă;</li> <li>k. Lipsa acordului pacientei.</li> </ol> <p><b>N.B!</b> Este contraindicată inducția travaliului cu Prostaglandine la femeile cu uter cicatricial.</p> | <b>2</b>          |
| <b>C.2.1</b> | <p><b>Precauții:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Făt macrosom;</li> <li>- Multiparitatea (5 și mai multe nașteri);</li> <li>- Uter supra-extins (sarcină multiplă ori polihidramnios)</li> </ul>  |                   |

| <p><b>C.3</b></p>   | <p><b>Riscuri potențiale ale inducției travaliului:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Eșec al inducției;</li> <li>Creșterea numărului intervențiilor chirurgicale (operației cezariene sau vacuum extracție/forceps);</li> <li>Hiperstimulare uterină (&gt;5 contracții în 10 minute timp de 20 minute (tahisistolie) sau contracții uterine cu o durată de peste 2 minute (hipertonus)) și/sau ruptură uterină;</li> <li>Dereglările activității cardiace a fătului, apariția meconiului în lichidul amniotic;</li> <li>Apoplexia utero-placentară (dezlipirea de placentă).</li> <li>Prolabarea cordonului ombilical în timpul amniotomie;</li> <li>Hemoragia postpartum.</li> </ol> <p><b>N.B.!</b> Inducția travaliului trebuie să fie luată în considerație numai în cazurile, când riscul de la prolongarea sarcinii pentru mamă, făt sau ambii, prevalează asupra riscului inducției propriu zise.</p>  |                                   |                              |                   |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|------------------------------|-------------------|--|--|---|---|---|---|-----------------|--------|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|----------------------------|------|------------------|-------|--|---|-----------|---------|--|--|---|-----------------|-----------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| <p><b>C.4</b></p>   | <p><b>Condițiile necesare pentru inducția travaliului:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prezența indicațiilor și lipsa contraindicațiilor;</li> <li>- Colul uterin biologic pregătit (scor Bishop <math>\geq 6</math> p.) pentru amniotomie și Oxytocinum;</li> <li>- Colul uterin biologic nepregătit (scor Bishop <math>\leq 5</math> p.) pentru administrarea prostaglandinelor;</li> <li>- Starea satisfăcătoare a fătului (CTG normală).</li> </ul> <p><b>N.B.!</b> Alegerea tacticii este în dependență de gradul de maturizare a colului uterin conform scorului Bishop.</p> <p style="text-align: center;"><b>Gradul de pregătire biologică a colului uterin (scor Bishop)</b></p> <table border="1" data-bbox="240 1010 1353 1525"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indicator</th> <th colspan="4">Aprecierea (puncte)</th> </tr> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deschiderea, cm</td> <td>închis</td> <td>1-2</td> <td>3-4</td> <td>&gt; 5</td> </tr> <tr> <td>Lungimea colului uterin, cm</td> <td>&gt; 4</td> <td>3-4</td> <td>1-2</td> <td>&lt; 1</td> </tr> <tr> <td>Consistența colului uterin</td> <td>dură</td> <td>rămolită parțial</td> <td>moale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Poziția colului uterin în excavația pelvină</td> <td>posterior</td> <td>centrat</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Poziția părții prezentate în raport cu spinele ischiatice în cm</td> <td>cu 3 cm mai sus</td> <td>cu 2 cm mai sus</td> <td>cu 1 cm mai sus sau la nivel</td> <td>cu 1-2 cm mai jos</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colul uterin biologic pregătit (matur) <math>\geq 6</math> puncte – are un prognostic foarte bun pentru inducția succesivă.</li> <li>➤ În caz de <math>\leq 5</math> puncte – colul uterin se consideră nepregătit pentru naștere (imatur) și necesită pregătire prealabilă.</li> </ul> | Indicator                         | Aprecierea (puncte)          |                   |  |  | 0 | 1 | 2 | 3 | Deschiderea, cm | închis | 1-2 | 3-4 | > 5 | Lungimea colului uterin, cm | > 4 | 3-4 | 1-2 | < 1 | Consistența colului uterin | dură | rămolită parțial | moale |  | Poziția colului uterin în excavația pelvină | posterior | centrat |  |  | Poziția părții prezentate în raport cu spinele ischiatice în cm | cu 3 cm mai sus | cu 2 cm mai sus | cu 1 cm mai sus sau la nivel | cu 1-2 cm mai jos | <p><b>3B</b></p> <p><b>2A</b></p> |
| Indicator   | Aprecierea (puncte)   |                                   |                              |                   |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
|   | 0   | 1                                 | 2                            | 3                 |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
| Deschiderea, cm   | închis  | 1-2                               | 3-4                          | > 5               |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
| Lungimea colului uterin, cm                                     | > 4   | 3-4                               | 1-2                          | < 1               |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
| Consistența colului uterin                                      | dură  | rămolită parțial                  | moale                        |                   |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
| Poziția colului uterin în excavația pelvină                     | posterior   | centrat                           |                              |                   |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
| Poziția părții prezentate în raport cu spinele ischiatice în cm | cu 3 cm mai sus   | cu 2 cm mai sus                   | cu 1 cm mai sus sau la nivel | cu 1-2 cm mai jos |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |
| <p><b>C.5</b></p> <p><b>C.5.1</b></p> <p><b>C.5.1.1</b></p>     | <p><b>Metode de maturizare a colului uterin (preinducție)</b></p> <p><b>I. Metode medicamentoase:</b></p> <p><b>a. prostaglandine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· PG E<sub>1</sub> (Misoprostolum) per os sau intravaginal. Doza – 25 <math>\mu</math>g, o singura data pe zi*.</li> <li>· PG E<sub>2</sub> (Dinoprostonum*) gel intravaginal (2 mg la primipare și 1 mg – la multipare) sau intracervical 0,5 mg o singură data.</li> </ul>   | <p><b>1A</b></p> <p><b>2B</b></p> |                              |                   |  |  |   |   |   |   |                 |        |     |     |     |                             |     |     |     |     |                            |      |                  |       |  |   |           |         |  |  |   |                 |                 |                              |                   |                                   |

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
|                                       | <p>* - <b>pentru preinducție se vor folosi doar tablete sau ovule vaginale cu 25 μg de Misoprostolum!</b></p> <p><b>Este interzisă ruperea în bucăți a tabletelor de Misoprostolum de 200 și 100 μg!</b></p> <p>În lipsa tabletelor de 25 μg, Misoprostolumul se va administra în felul următor:<br/>o tabletă de 200 μg de Misoprostolum se dizolvă în 200 ml de apă potabilă. Se indică 25 ml din această soluție, per os.</p> <p><b>Prostaglandinele sunt contraindicate în cicatrici pe uter!</b></p> <p><b>C.5.1.2 b. antiprogestine</b><br/>· Mifepristonum 200 mg per os, numai în caz de moarte antenatală sau anomalii de dezvoltare a fătului.<br/>În lipsa semnelor de maturizare a colului uterin poate fi administrată încă o doză de 200 mg de Mifepristonum</p> <p><b>C.5.2 II. Metode nemedicamentoase (mecanice):</b><br/>· <i>laminarii</i> – se plasează în canalul cervical, cresc în volum pe parcursul a 12-24h, absorbind apa. Acest proces duce la expansiunea dilatatorilor și deschiderea colului. Crește riscul de dezvoltare a infecțiilor.<br/><br/>· <i>cateter Foley №18</i> – este plasat în canalul cervical și umplut cu soluție salină 30-50 ml, se poziționează pe 24 ore. Acesta exercită o presiune directă asupra segmentului inferior uterin și cervixului, ceea ce duce la producerea locală de prostaglandine. Cateterul intracervical Foley este o metodă acceptabilă și sigură pentru pregătirea colului uterin către inducerea nașterii vaginale după operație cezariană.<br/><br/><i>Contraindicații:</i> Placenta jos inserată, hemoragii antepartum, ruperea membranelor amniotice, prezența riscului de infecție ascendentă.<br/><br/><i>N.B.! Pregătirea colului uterin se efectuează numai în condițiile spitalicești!</i></p> <p><b>C.5.3 III. Durata maturizării colului uterin</b> va depinde de situația clinică care a servit ca indicație pentru inducția travaliului. În prezența indicațiilor cu prioritate scăzută, non-urgente (<b>C.1.2</b>), administrarea preparatelor pentru maturizarea colului uterin poate fi repetată, dar nu mai mult de 3 ori.<br/><br/>- Dacă după utilizarea metodelor de preinducție, colul uterin devine matur (scorul Bishop ≥ 6 puncte), travaliul va fi indus prin amniotomie plus Oxytocinum sau administrare de prostaglandine.<br/><br/>- Dacă după 3 încercări de maturizare cu prostaglandine, colul uterin rămâne imatur (scorul Bishop ≤ 5 puncte) – gravida va fi transferată în secția obstetricală și travaliul va fi indus prin administrare de prostaglandine.</p> | <p><b>3B</b></p> <p><b>2B</b></p> <p><b>4</b></p> |
| <p><b>C.6</b></p> <p><b>C.6.1</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>Metode de inducție a travaliului</b></p> <p><b>Inducerea travaliului pe un col uterin matur:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Transferarea pacientei în secția obstetricală din secția patologia gravidității la orele 6.00-7.00 cu confirmarea stării satisfăcătoare a fătului (BCF, CTG);</li> <li>· Amniotomie preventivă (aprecierea cantității și calității lichidului amniotic);</li> </ul>  |   |

· Administrarea de sol. Oxytocinum i/v (în maximum o oră de la efectuarea amniotomie) conform schemelor propuse (C.6.1.1, C.6.1.2).

**Sol. Oxitocină trebuie să fie administrată pe pompa de infuzie** (schema 6.1.1). Pentru monitorizarea vitezei de infuzie, trebuie să se folosească mU/min.

În lipsa pompei de infuzie dozarea Oxytocinum se va efectua după numărul de picături pe minut (1ml = 20 picături) – schema 6.1.2.

C.6.1.1

· Înregistrare partogramei de la momentul apariției contracțiilor uterine regulate;

**Regimul cu doză joasă de sol. Oxytocinum** (administrarea doar prin pompa de infuzie)

| Timpul (ore) | Concentrația de oxitocină                      | Viteza infuziei mUI / minut | Rata infuziei ml/oră |
|--------------|--|-----------------------------|----------------------|
| 00.00        | Sol. Oxytocinum 10 UI în sol. NaCl 0,9%-500 ml | 2                           | 6                    |
| 00.30        |  | 4                           | 12                   |
| 01.00        |  | 8                           | 24                   |
| 01.30        |  | 12                          | 36                   |
| 02.00        |  | 16                          | 48                   |
| 02.30        |  | 20                          | 60                   |
| 03.00        |  | 24                          | 72                   |
| 03.30        | 28   | 84                          |                      |
| 04.00        | 32   | 96                          |                      |

C.6.1.2

**Regimul cu doză joasă de sol. Oxytocinum** (administrarea în picături, în lipsa pompei de infuzie)

| Timpul (ore) | Concentrația de oxitocină                      | mUI / minut | Rata infuziei ml/oră | Picături per minut |
|--------------|--|-------------|----------------------|--------------------|
| 00.00        | Sol. Oxytocinum 5 UI în sol. NaCl 0,9%-500 ml  | 3           | 12                   | 6                  |
| 00.30        |  | 6           | 24                   | 12                 |
| 01.00        |  | 9           | 48                   | 18                 |
| 01.30        |  | 12          | 72                   | 24                 |
| 02.00        |  | 16          | 96                   | 32                 |
| 02.30        |  | 20          | 120                  | 40                 |
| 03.00        | Sol. Oxytocinum 10 UI în sol. NaCl 0,9%-500 ml | 24          | 72                   | 24                 |
| 03.30        |  | 28          | 84                   | 28                 |
| 04.00        |  | 32          | 96                   | 32                 |

Notă: Doza maximă de 20 mU/min este recomandată de producător.

Doza maximă de 32 mU/min este recomandată de RCOG/NICE [2].

C.6.2

**Decizia de a administra doze mai mari de 20 mU/min de Oxytocinum se va lua în mod consultativ.**

**Doze mai mari de 20 mU/min de Oxytocinum nu se vor administra la multipare și pe uter cicatricial.**

- Criterii de eficacitate a inducției travaliului cu Oxytocinum se consideră apariția a cel puțin 3 contracții în 10 min cu durata de cel puțin 40 sec și dilatarea colului uterin nu mai puțin de 1 cm/oră. **Se va folosi cea mai mică doză eficientă de Oxytocinum** (cea care asigură minimum 3 contracții în 10 minute cu durata de

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | <p>40-60 sec). După atingerea activității contractile adecvate, dinamica dilatării colului uterin se va determina fiecare 2 ore.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dacă inducția este cu succes (stabilirea unor contracții uterine regulate și a dilatării colului uterin egală sau mai mare de 1 cm/oră), la o dilatare a colului uterin egală sau mai mare de 5 cm, infuzia Oxytocinum poate fi stopată.</li> <li>· Inducția cu Oxytocinum se consideră fără efect (eșecul inducției), dacă la folosirea dozelor <b>maximale</b> de sol. Oxytocinum (32 mU/min) timp de 1 oră nu apare activitate de travaliu adecvată (cel puțin 3 contracții în 10 min cu durata de cel puțin 40 sec) și lipsește dinamica deschiderii colului uterin. În această situație sarcina se finisează prin operație cezariană.</li> <li>· În timpul administrării Oxytocinum, se recomandă control riguros a stării intrauterine a fătului: până la apariția contracțiilor uterine, se va determina frecvența BCF fiecare 30 minute.</li> <li>· După apariția contracțiilor uterine regulate, starea fătului se va monitoriza prin intermediul CTG permanente; în lipsa cardiomonitorului, frecvența BCF se va evalua fiecare 15 minute.</li> <li>· În caz de hiperstimulare (&gt;5 contracții în 10 minute timp de 20 minute (tahisistolie) sau contracții uterine cu o durată de peste 2 minute (hipertonus)) sau dereglarea BCF, perfuzia se oprește, se administrează i/v lent timp de 5-10 min sol. Hexoprenalinum*0,0005%-2 ml în sol. NaCl 0,9% - 10 ml.</li> </ul> |   |
| <p><b>C.7</b></p> <p><b>C.7.1</b></p> <p><b>C.7.2</b></p> <p><b>C.7.2.1</b></p> | <p style="text-align: center;"><b>Inducerea travaliului pe un col imatur:</b></p> <p><b>Metode nemedicamentoase (vezi C.5.2):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Cateterul intracervical Foley</b> – combinarea cateterului Foley cu Oxytocinum este recomandată ca metodă alternativă de inducție a travaliului atunci, când prostaglandinele nu sunt disponibile sau sunt contraindicate (<i>de ex.</i> cicatrici pe uter).</li> <li>· <b>Laminarii</b> – numărul de laminarii depinde de gradul de permeabilitate a canalului cervical.</li> </ul> <p><b>Metode medicamentoase:</b></p> <p>Metoda de elecție a inducției travaliului la colul biologic nepregătit (scara Bishop ≤5 puncte) este declanșarea cu <b>prostaglandine</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>PG E<sub>1</sub> – Misoprostolum</b></li> <li>– <b>PG E<sub>2</sub> – Dinoprostonum*</b></li> </ul> <p><b>Se recomandă:</b></p> <p><b>- Misoprostolum (PG E<sub>1</sub>) – 25 μg per os la fiecare 2 ore sau 25 μg vaginal la fiecare 6 ore, indiferent de termenul sarcinii*.</b></p> <p><b>Nu se recomandă administrarea sublinguală a Misoprostolum</b> (această cale de administrare e asociată cu risc mai mare de hiperstimulare/distress fetal comparativ cu Misoprostolum oral sau vaginal!).</p> <p><b>* - pentru inducția travaliului se vor folosi doar tablete sau ovule vaginale cu 25 μg de Misoprostolum !</b></p> <p><b>Este interzisă ruperea în bucăți a tabletelor de Misoprostolum de 200 și 100 μg!</b></p>                           | <p><b>2B</b></p> <p><b>1A</b></p> <p><b>2B</b></p> <p><b>1A</b></p> |

În lipsa pastilelor de 25 µg, Misoprostolum se va administra sub formă **de soluție**: o pastilă de 200 µg de Misoprostolum se dizolvă în 200 ml de apă. În soluția pregătită în acest mod activitatea Misoprostolum se menține nu mai puțin de 24 ore. 25 ml de soluție conține (este echivalentă) cu 25 mcg de Misoprostolum.

**3B**

Misoprostoulul în soluție se administrează în două moduri:

**C.7.2.1.1**

**I. Administrarea soluției de Misoprostolum în doze fixe.**

**1A**

Se indică câte 25 ml din soluția de Misoprostolum fiecare 2 ore strict dozat cu seringă, 7 doze.

**C.7.2.1.2**

**II. Administrarea orală titrată a soluției de Misoprostolum [5].**

**1A**

**Schema administrării orale titrate a soluției de Misoprostolum** (pe ore, în cazul începerii inducției la orele 6:00 dimineața)

| Ora        | 6:00 | 7:00 | 8:00 | 9:00 | 10:00 | 12:00 | 14:00 | 16:00 | 18:00 | 20:00 |
|------------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Doza (mcg) | 20   | 20   | 20   | 20   | 30    | 30    | 30    | 40    | 40    | x     |

- Dacă se instalează 3 și mai multe contracții uterine în 10 minute asociate cu modificări ale colului uterin:
  - în faza latentă (o deschidere a colului uterin de 4 cm și mai puțin) – administrăm ultima doză de Misoprostolum fiecare 2 ore până o deschidere de 5 cm.
  - în faza activă (o deschidere a colului uterin 5 cm și mai mult) – administrarea Misoprostolum este stopată.
- Dacă intensitatea contracțiilor uterine scade în perioada latentă, se recomandă de mărit următoarea doză a Misoprostolum (cu 10 mcg).
- Dacă intensitatea contracțiilor uterine scade în perioada activă *ORI* nașterea nu progresa (lipsa dilatării colului uterin timp de 2 ore) se recurge la stimularea travaliului cu soluție de Oxytocinum.

*N.B.!* Oxytocinum poate fi inițiată nu mai devreme de 4 ore de la ultima doză de prostaglandine.

**C.7.2.1.3**

Misoprostolum vaginal se va administra câte 25 mcg cu interval de 6 ore, de 3 ori.

**C.7.2.1.4**

**Doza maximală de Misoprostolum și eșecul inducției**

Pentru inducția travaliului se vor administra 7 doze per os de Misoprostolum de 25 mcg, 9 doze de Misoprostolum oral titrat sau 3 doze de Misoprostolum vaginal.

Dacă după două ore de la adminstrarea ultimei doze de Misoprostolum nu sunt contracții uterine regulate cu modificări ale colului uterin (**eșecul inducției**), se va întreprinde o nouă tentativă de a induce travaliul ziua următoare sau sarcina se va finaliza prin operație cezariană (în dependență de situația clinică care a servit ca motiv de a induce travaliul).

**C.7.2.2**

**Schema folosirii prostaglandinelor PG E<sub>2</sub> Dinoprostonum\* (NICE 2008 [2]):**

**1A**

**1. gel intravaginal** (2 mg la primipare și 1 mg – la multipare) sau intracervical 0,5 mg

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | - a 2-a doza poate fi administrată după 6 ore; se recomandă maximum două doze;<br><br><b>2. în forma de pesarii:</b> 1 doză (10 mg) în 24 ore. Se va extrage din vagin când se dezvoltă travaliul sau după 12 ore de la administrare.<br><br><i>Cardiotocograma (CTG) se înregistrează timp de 20 minute înainte de administrarea următoarei doze de prostaglandine și conține imediat ce se dezvoltă contracții uterine ca răspuns la administrarea prostaglandinelor. Dacă nu este disponibilă CTG, monitorizarea stării i/u a fătului se va efectua prin auscultarea intermitentă a BCF fiecare 15 minute.</i> |  |
|--|---|--|

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>C.8</b> | <b>Metodele farmacologice care nu sunt recomandate pentru inducerea travaliului:</b><br>1. PG E <sub>2</sub> oral, intravenos, extraamniotic;<br>2. Misoprostolum bucal/sublingual;<br>3. Exclusiv oxytocinum nedizolvată intravenos;<br>4. Oxytocinum per os;<br>5. Hialuronidaza;<br>6. Corticosteroizi;<br>7. Estrogeni;<br>8. Donatori de NO vaginal. | <b>3D</b> |
|------------|---|-----------|

|                                       |                 |   |
|---------------------------------------|-----------------|---|
| <b>Abrevieri folosite în document</b> | <b>BCF</b>      | Bătăile cordului fetal                        |
|                                       | <b>PG</b>       | Prostaglandină                                |
|                                       | <b>UI</b>       | Unități internaționale                        |
|                                       | <b>CTG</b>      | Cardiotocografie                              |
|                                       | <b>RCIU</b>     | Restricție de creștere intrauterină a fătului |
|                                       | <b>HTA</b>      | Hipertensiunea arterială                      |
|                                       | <b>µg / mcg</b> | Micrograme                                    |

\* Dispozitive medicale nu sunt înregistrate în Registrul de Stat al Dispozitivelor Medicale

|   |  |
|---|--|
| <p><b>Bibliografie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>American College of Obstetricians and Gynecologists.</b> ACOG practice bulletin: induction of labor, ACOG No. 107, Aug 2009. Obstet Gynecol 2009;114 (2 Pt 1):386–97.</li> <li>Induction of labour. NICE / RCOG Clinical guideline. Second edition, 2008. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/full-guideline-pdf-241871149">https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/full-guideline-pdf-241871149</a></li> <li>Leduc D., Biringier A., Lee L., Dy J. Induction of labour. SOGC clinical practice guideline, N 296, Sep 2013.</li> <li>Alfirevic Z et al. Methods to induce labour: a systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. BJOG 2016;123:1462–1470.</li> <li>Cheng SY. Individualized misoprostol dosing for labor induction or augmentation: A review. <i>World J Obstet Gynecol</i> 2013; 2(4): 80-86.</li> <li>WHO Recommendations for Induction of Labour. Geneva: World Health Organization;2011. <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44531/1/9789241501156_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44531/1/9789241501156_eng.pdf</a></li> <li><b>Institute of Obstetricians and Gynecologists, Royal College</b> of Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programs Division, Health Service Executive. Oxytocin to accelerate or induce labour. Clinical Practice Guideline No. 36, Version 1.0, April 2016.</li> <li>Deora RK, Shetty NG. Role of mifepristone in induction of labour in pregnant women with previous lower section caesarean section with IUFD in late preterm and term pregnancies. <i>Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol</i> 2017;6:707-9.</li> </ol> | <p><b>Elaborat de:</b><br/><b>Natalia Corolcova</b>, dr.șt.med., conf. univ. Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF "Nicolae Testemițanu"</p> <p><b>Iurie Dondiuc</b>, dr.hab.șt.med., conf. univ. Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF "Nicolae Testemițanu"</p> <p><b>Tatiana Belousova</b>, dr.șt.med., conf. univ. Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF "Nicolae Testemițanu"</p> <p><b>Stelian Hodorocea</b>, dr.șt.med., conf. univ. Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF "Nicolae Testemițanu"</p> <p><b>Alina Alsatou</b>, doctorandă, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF "Nicolae Testemițanu"</p> |
|---|--|

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 840 din 19.09.2020 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii obstetricieni ginecologi „Inducția travaliului “

### **Clasificarea nivelelor de dovezi:**

**1++** Meta-analiza de calitate înaltă, review sistematic al studiilor clinice randomizate cu risc foarte redus de prejudiciu.

**1+** Meta-analize bine efectuate, evaluări sistematice ale studiilor controlate randomizate, studii clinice randomizate sau controlate, cu un risc redus de prejudiciu.

**1-** Meta-analize, review-uri sistematice ale studiilor controlate randomizate, studii clinice randomizate sau controlate, cu un risc ridicat de prejudiciu.

**2++** Review-uri sistematice ale studiilor caz-control sau de cohortă de înaltă calitate, cu un risc foarte scăzut de confuzie, prejudiciu și o mare probabilitate ca corelația este cauzală.

**2-** Studii caz-control sau de cohortă cu un risc ridicat de confuzie, prejudiciu și un risc semnificativ că corelația nu este de cauzalitate.

**3** Studii ne analitice, raportări de cazuri, serii de cazuri.

**4** Opinia experților.

### **Grade de recomandare**

- A.** Cel puțin o meta-analiză, analiză sistematică sau studiu controlat randomizat, evaluat ca 1 ++ și direct aplicabil e populației țintă; sau o revizuire sistematică a studiilor randomizate controlate, constând în principal din studii clasificate ca 1+ direct aplicabile populației țintă și care demonstrează coerența generală a rezultatelor.
- B.** Analiza studiilor evaluate ca 2++ direct aplicabile populației țintă, cu rezultate concludente, sau dovezi extrapolate din studiile evaluate ca 1 ++ sau 1+.
- C.** Dovezi, inclusiv studii clasificate ca 2+ direct aplicabile populației țintă și care demonstrează coerența generală a rezultatelor; sau dovezi extrapolate din studii au evaluat ca 2 ++.
- D.** Nivelul de evidență 3 sau 4; sau dovezi extrapolate din studii evaluate ca 2+.