



MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII,
MUNCII ȘI
PROTECȚIEI
SOCIALE AL
REPUBLICII
MOLDOVA

Protocol clinic standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi Vacuum-extracția fătului

A. Partea introductivă

A. 1	Procedura	Vacuum-extracția fătului
A. 2	Codul diagnostic (CIM 10) Codul procedurii	Naștere prin extracție pneumatică - 081.4 Extracția pneumatică a fătului - 9046900
A. 3	Utilizatorii	Medicii obstetricieni-ginecologi din maternitățile spitalelor raionale, municipale și republicane.
A. 4	Scopul protocolului	<ul style="list-style-type: none">Sporirea calității managementului nașterilor în perioada de expulzie la pacientele cu eclampsie, hemoragie, patologie extragenitală gravă, insuficiența scretmetelor sau hipoxie fetală acută și în secțiile de naștere.Toți prestatorii de asistență de maternitate trebuie să aibă cunoștințele și abilitățile de utilizare a vacuum-extractorului în situațiile de urgență
A. 5	Data elaborării	2020
A. 6	Data revizuirii	2025
A. 7	Definiția	Vacuum-extracția: naștere vaginală asistată prin extracția fătului cu ajutorul vacuum-extractorului, în perioada de expulzie de partea craniană, care se află în cavitatea sau la ieșirea din bazinul mic.

B. Partea generală. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere	Motive	Pași
B.1. Internarea		
În secțiile de obstetrică.	Nașterea vaginală asistată reprezintă o abilitate importantă pentru managementul perioadei a doua a travaliului.	<ul style="list-style-type: none">Evaluarea riscului materno-fetal.Aprecierea situației obstetricale prin tușeul vaginal și examenul extern.Ausculția intermitentă a BCF.Înregistrarea și evaluarea CTG.
B.2. Diagnosticul		
Prezența hipoxiei acute a fătului și a indicațiilor pentru aplicarea vacuum-extracției fătului. C.1	Elaborarea planului de acțiuni necesare în conformitate cu diagnosticul stabilit. <ul style="list-style-type: none">Suferința intrauterină a fătului în perioada a doua manifestată prin:<ul style="list-style-type: none">CTG patologică (ritm bazal <100 sau >180 băt/min, amplitudinea oscilațiilor <5 (90 min)) sauCTG sinusoidală ≥ 10 min, sau3 decelerații consecutive, variabile, severe saudecelerații tardive prelungite >3 min pe parcursul 3 contracții consecutivePerioada a doua prelungită manifestată prin lipsa dinamicii coborârii părții prezentate timp de 2 ore la nulipare, 1 oră la multipare fără analgezie și, respectiv, 3 și 2 ore pe fundalul analgeziei regionale, determinată prin tușeul vaginal și examen extern în lipsa semnelor de suferință fetală.	<ul style="list-style-type: none">Informarea pacientei despre necesitatea, riscurile posibile și avantajele vacuum-extracției fătului;Pregătirea echipamentului necesar (vacuum-extractorului);Solicitarea anesteziologului și neonatologului;Evaluarea necesității analgeziei. De obicei anestezia nu se efectuează, dacă nu s-a efectuat anterior.Asigurarea pacientei cu asistență psihologică
B.3. Procedura		
Aplicarea vacuum-extractorului C.2 C.3	Finisarea urgentă a nașterii	Evaluarea: <ul style="list-style-type: none">condițiilor pentru aplicarea vacuum-extracției;contraindicațiilor pentru aplicarea vacuum-extracției.

C. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor

C.1 Pregătirea pentru procedura aplicării vacuum-extractorului

C.1.1.	<p>Clasificarea nașterilor asistate prin vacuum-extracție</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuum la ieșire <ul style="list-style-type: none"> • Craniul fetal a ajuns la planșeul pelvian • Capul se vizualizează între contracții • Vacuum cavitărilor inferior <ul style="list-style-type: none"> • Craniul fetal la nivelul +2 (din 5) sau mai inferior • Vacuum cavitărilor mediu – nu se recomandă din cauza traumatismului sever materno-fetal <ul style="list-style-type: none"> • Capul angajat, dar la nivel mai superior de +2 (din 5) • Operația cezariană este indicată în defavoarea nașterii vaginale asistate dacă riscul este inacceptabil de mare
C.1.2	<p>Indicațiile pentru aplicarea vacuum-extracției</p> <p><i>Materne:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perioada a doua prelungită cauzată de: epuizarea forțelor mamei, analgezia indusă medicamentos, lipsa coborârii din cauza rezistenței țesuturilor moi. • Stările patologice ale mamei (de ex., cardio-respiratorii, intracraniene, miopie severă complicată). • Hemoragia în perioada a doua a travaliului. <p><i>Indicații materno-fetale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disproporție cefalo-pelviană relativă (disproporție bazin osos-făt) • Malpoziție (asinclitizm cefalic) • Prezența occipitală posterioară. <p><i>Fetale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Suferință fetală acută. Modificări suspecte ale frecvenței contracțiilor cardiace ale fătului auscultativ și/sau pe cardiocotogramă.
C.1.3	<p>Condițiile pentru aplicarea vacuum-extracției:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fătul viu; • Dilatarea completă a colului uterin; • Ruperea membranelor amniotice; • Prezența occipitală a fătului; • Localizarea capului fetal în cavitatea sau la ieșirea din bazinul mic; • Lipsa disproporției cefalo-pelviene severe • Pregătirea de a abandona procedura dacă aceasta este inefficientă.
C.2	<p>Riscurile asociate cu instrumentele vacuum</p>
C.2.1	<p>Contraindicațiile pentru aplicarea vacuum-extracției:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prematuritatea (în special până la 34 săptămâni); • Prezența patologică a fătului (pelviană, facială, frontală sau transversală); • Dilatarea cervicală incompletă • Capul neangajat
C.2.2	<p>Dezavantajele vacuum-extracției:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este necesar efortul matern activ și cooperarea pacientei • Poate dura mai mult decât aplicarea forcepsului, deși evidențele sunt mixte • Plasarea corectă și tracția corectă sunt necesare pentru a evita leziunile în urma detașării ventuzei • Creșterea ratei cefalohematoamelor
C.2.3	<p>Complicațiile neonatale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematom subgaleal • Hemoragia intracraniană • Hemoragia retinală • Icter • Hiperbilirubinemia • Formarea bosei sero-sanguine • Cefalohematomul • Lăcășarea scalpului fetal <p>NB!!! Obținerea consimțământului verbal sau scris este important</p>
C.3	<p>Aplicarea vacuum-extractorului</p>
C.3.1	<p><u>Tehnica aplicării vacuum-extracției (Mnemonicul A – J oferă o metodă sistematică pentru nașterea asistată):</u></p> <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ask for help (Solicitați ajutor) • Address the patient (Discutați cu pacienta) <p>B</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bladder empty (Golirea vezicii urinare) <p>D</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinarea poziției (Evaluarea poziției capului fetal, determinarea suturii sagitale și a fontanelor); • Evaluarea posibilității Distociei umărului. Operația cezariană este indicată în defavoarea nașterii vaginale asistate dacă riscul este inacceptabil de mare <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echipamentul și Extractorul pregătit. Aplicați o presiune negativă de 450-600 mmHg. Acul cadranului se calibrează în limitele zonei galbene și verzi. Acul manometrului trebuie să oscileze în limitele zonei galbene în perioada dintre contracții și în limitele zonei verzi în timpul contracțiilor (de obicei, aproximativ 10 și 50 mmHg, respectiv); <p>F</p> <ul style="list-style-type: none"> • ”Punctul de Flexie” – la aplicarea adecvată rezultă flexia capului fetal când este efectuată tracția. Aplicarea ventuzei pe sutura sagitală cu aproximativ 3 cm anterior de fontanela posterioară; vertexul este șters de sânge și lichid amniotic; • Feel the tissue – Apreciați țesuturile maternelle înainte și după aplicarea vacuum – extractorului. Labiile sunt depărtate, ventuza este compresată și aplicată. Se trece cu un deget pe marginea ventuzei pentru a exclude interpunerea țesuturilor moi ale mamei; <p>H</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halt traction – Stoparea tracțiunii la sfârșitul contracției reduce +/- presiunea între contracții. Tracțiunea trebuie aplicată sub un unghi drept față de planul ventuzei. Nu trebuie de aplicat mișcări bruște sau rotative asupra extractorului; trebuie de aplicat o tracțiune constantă de-a lungul axei obstetricale a bazinului pentru a evita traumatismul fătului în timpul nașterii; • Când capul fătului se sprijină în simfiză și începe să se extindă, mânerul vacuumului se va mișca din poziția orizontală într-o poziție aproape verticală în sus; • În majoritatea cazurilor, tracțiunea trebuie efectuată în timpul contracțiilor uterine. O excepție de la această regulă pot fi stările urgente, așa ca tulburările ritmului cardiac la făt, când tracțiunea se face și între contracții pentru a finisa rapid nașterea, evaluând riscul de distocie a umerășelor. • Stoparea tracțiunii la sfârșitul contracției și reducerea presiunii până la 10 unități prin închiderea supapei vacuumului. Repetați acest ciclu când se începe următoarea contracție. • Halt procedure – Sistați procedura dacă: <ul style="list-style-type: none"> • are loc detașarea ventuzei de 3 ori • nașterea nu a progresat după trei tracțiuni consecutive în timp de 3 contracții consecutive (rețineți cifra trei). • durata totală optimală a acestei proceduri este sub 10 minute și nu trebuie să depășească maximal 20 minute. • rata leziunilor fetale crește la timpul de aplicare >10 min <p>I Evaluarea necesității Inciziei (epiziotomiei). De obicei nu se indică, deoarece crește riscul lacerăției sfincterului anal</p> <p>J Jaw (maxilar) – înlaturați ventuza vacuumului după nașterea capului sau când poate fi atins maxilarul</p>		
C.3.2	<p>Asistența medicală Post-Vacuum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea TA, Ps și FR. • Examenul vaginal și cervical matern • Examinarea nou-născutului la traumatism în naștere 		
Abrevierile folosite în document			
BCF	Bătăile cordului fetal	CTG	Cardiotocografia
TA	Tensiune arterială	Ps	Puls

Tabelul Sumar al Recomandărilor

Categoria A

1. Anestezia epidurală este asociată cu o perioadă mai îndelungată a primelor două perioade ale nașterii, o incidență crescută a malpozițiilor fătului, utilizării Oxytocinum și nașterilor vaginale asistate.
2. Prezența continuă a persoanei de suport la naștere s-a asociat cu o reducere a duratei travaliului și o probabilitate redusă a nașterilor vaginale asistate.
3. Utilizarea oricărei poziții ortostatice sau în decubit lateral s-a asociat cu o reducere a duratei perioadei a doua a travaliului, a numărului de nașteri asistate și epiziotomii, dar o creștere mică a rupturilor de perineu de gradul doi.
4. Administrarea oxitocinei în perioada a doua a nașterii este asociată cu scăderea necesității nașterii vaginale asistate și descreșterea ratei nașterilor prin cezariană. Plasând limite arbitrare a lungimii corespunzătoare perioadei a doua a nașterii poate duce la creșterea ratei nașterilor vaginale asistate. Ghidurile recente susțin acordarea unei perioade de timp mai mare pentru prima și a doua perioadă a nașterii. Clinicienii pot chiar să aleagă depășirea termenilor din ghiduri și să continue perioada a doua a nașterii atâta timp cât travaliul progresează și nu este vreo evidență de compromitere fetală.
5. Utilizarea vacuum-extractorului este asociat cu un traumatism matern mai mic decât aplicarea forcepsului. Vacuum-extractorul s-a asociat cu o creștere la nou-născut a frecvenței apariției cefalohematomului și hemoragiilor retiniene. Pentru ambele instrumente nu sunt caracteristice leziuni severe ale nou-născutului.

6. În caz de reducere intermitentă a presiunii vacuumului sau încercarea de a preveni alunecarea înapoi a fătului între contracțiile uterine, rezultatele (durata nașterii, eșecul metodei, leziunile materne, epiziotomia extinsă, incidența cefalohematomului și indicii neonatali) au fost aceleași.
7. Ventuzele moi s-au dovedit a fi potrivite în nașterile necomplicate ce necesită să fie asistate în faza a doua a travaliului. Ventuzele de metal s-au dovedit a fi mult mai potrivite în nașterea fătului în poziție occipitală posterioară.

Categoria B

Nașterea vaginală operativă cu utilizarea secvențială a vacuum-extractorului și forcepsului a fost asociată cu rezultate neonatale mai rele decât utilizarea unui singur instrument. Morbiditatea crește odată cu eșuarea nașteri vaginale asistate urmată de nașterea prin operație cezariană în condițiile distresului fetal.

Bibliografie :

1. Operative Vaginal Delivery ACOG Practice Bulletin No. 17. June 2000. American College of Obstetricians and Gynecologists. Washington, D.C.
2. Operative vaginal delivery. Green-top Guidelines No. 26 January 2011. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
3. Suport Vital Avansat în Obstetrică. Program de studiu ALSO., 2016, p. 143-146. www.aafp.org/globalalso
4. Paladi Gh., Cernețchi O. Obstetrica patologică. Chișinău, 2007.
5. Warenski, JC. Managing difficult labour. Avoiding common pitfalls. Clin Ob Gyn 1997; 40(3):525-32.

Elaborat de grupul de autori:

Victor Ciobanu, d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”;
Liudmila Stavinskaia, asistent universitar, Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”.

Uliana Tabuica, d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, USMF „N.Testemițanu”;
Victor Petrov, d.ș.m., conferențiar universitar, Laboratorul Științific Obstetrică al IMSP IMC

Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 841 din 19.09.2020 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat Vacuum- extracția fătului”.