



A. Partea introductivă

A. 1	Procedura	Forceps obstetrical
A. 2	Codul diagnostic (CIM 10) Codul procedurii	Nașterea prin extracția cu forceps inferior - 081.0 Nașterea prin extracția cu forceps mijlociu cu rotație - 081.2 Extracția fătului cu forceps inferior - 9046800 Extracția fătului cu forceps mijlociu - 9046801
A. 3	Utilizatorii	Medicii obstetricieni-ginecologi din maternitățile spitalelor raionale, municipale și republicane.
A. 4	Scopul protocolului	Sporirea calității managementului nașterilor în perioada de expulzie la pacientele cu eclampsie, hemoragie, patologie extragenitală gravă, insuficiența scremetelor sau hipoxie fetală acută în secțiile de naștere.
A. 5	Data elaborării	2020
A. 6	Data revizuirii	2025
A. 7	Definiția	Forceps-extracția este extracția cu forcepsul a fătului 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 secția de obstetrică.	Declanșarea travaliului activ Finisarea urgenta a nașterii (perioada a 2-a).	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea riscului materno-fetal. • Aprecierea situației obstetricale prin tușeul vaginal și examenul extern. • Auscultația intermitentă a BCF. • Înregistrarea și evaluarea CTG.
B.2. Diagnosticul		
Prezența indicațiilor pentru aplicarea forcepsului. C.1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Insuficiența scremetelor ➤ Suferința fetală, care necesită urgentarea nașterii. ➤ Stărea maternă ce determină excluderea scremetelor ➤ Eșec de la aplicarea ventuzei obstetricale 	<ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacientei despre necesitatea, riscurile posibile și avantajele forceps-extracției fătului. • Asigurarea pacientei cu asistență psihologică • Pregătirea echipamentului necesar. • Asistența anesteziologică i.v adecvată. • Asigurarea asistenței reanimatologice și neonatale.
B.3. Procedura		
Aplicarea forcepsului. C.2. C.3.	Aprecierea posibilității aplicării forcepsului obstetrical C.1	<p>Evaluarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • condițiilor pentru aplicarea forcepsului; • contraindicațiilor pentru aplicarea forcepsului <p>Obligator:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring continuu C.4.

C. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor

C.1 Indicațiile pentru aplicarea forcepsului

C.1.1	<p>Clasificarea nașterilor asistate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forcepsul la ieșire <ul style="list-style-type: none"> – Craniul fetal a ajuns la planșeul pelvian – Capul se vizualizează între contracții • Forcepsul cavitat inferior <ul style="list-style-type: none"> – Craniul fetal la nivelul +2 sau mai inferior • Forcepsul cavitat mediu <ul style="list-style-type: none"> – Capul angajat, dar la nivel mai superior de +2 – nu se recomandă din cauza traumatismului sever materno-fetal. Rotația nu trebuie să depășească 45 grade <p>NB!!! Nu ar trebui să se aplice la capul neangajat. Operația cezariană este indicată în defavoarea nașterii vaginale asistate dacă riscul este inacceptabil de mare. Medicul care asistă sau conduce nașterea trebuie</p>
--------------	--

	să fie cu experiență.
C.1.2	<p>Indicații materne :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prolungirea perioadei a doua a travaliului. <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiența scremetelor rebelă la corecție (extenuarea mamei) - Analgezia indusă medicamentos (anestezia epidurală) - Lipsa coborârii din cauza rezistenței țesuturilor moi. <p>NB!!! Perioada 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</p> 2. Stări patologice materne <ul style="list-style-type: none"> - cardiovasculare cu dereglări hemodinamice, cerebrovasculare, neuromusculare - miopia severă, dezlipirea retinei și operații plastice pe ea. 3. Hemoragie <p>Indicații materno-fetale</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disproporție cefalo-pelviană relativă (disproporție bazin osos-făt) 2. Malpoziție (asinclitizm, occipitală posterioară) 3. Prezența patologică (facială) 4. Dezlipirea precoce a placentei în perioada de expulzie. 5. Accesul de eclampsie în perioada de expulzie. 6. Eșec de la aplicarea vacuum-extracției <p>Indicații fetale</p> <p>Suferință fetală acută.</p> <p>NB!!! Suferința intrauterină a fătului în perioada a doua manifestată prin:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. CTG patologică (ritm bazal < 100 sau >180 bătă/min, amplitudinea oscilațiilor < 5 (90 min)) sau b. CTG sinusoidală ≥ 10 min, sau c. 3 decelerații, variabile, severe sau decelerații tardive prelungite >3 min pe parcursul 3 contracții consecutive
C.2 Aplicarea forcepsului obstetrical	
C.2.1	<p><u>Condițiile pentru aplicarea forcepsului:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fătul viu; • Conjugata vera > 8cm; • Dilatarea completă a colului uterin; • Ruperea membranelor amniotice; • Lipsa disproporției cefalo-pelviene severe • Localizarea prin tușeul vaginal a capului fetal: cu segmentul mare în strâmtoarea îngustă a bazinului mic, punct de direcție – fontanela mică, sutura sagitală în unul din diametrele oblice (atipic) sau capul fetal la ieșirea din bazinul mic și sutura sagitală în diametrul direct (tipic)
C.2.2	<p><u>Tehnica aplicării forcepsului obstetrical:</u></p> <p>Pentru începători, este utilizat din nou acronimul ABCDEFGHIJ:</p> <p>A</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ask for help (Solicitați ajutor) • Address the patient (Discutați cu pacienta) • Anesthesia adequate (Anestezie adecvată) <p>B</p> <p>Bladder empty (Golirea vezicii urinare)</p> <p>C</p> <p>Cervix completely dilated (Colul uterin dilatat complet)</p> <p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinarea poziției • Evaluarea posibilității Distociei umerșelor – Operația cezariană este indicată în defavoarea nașterii vaginale asistate dacă riscul este inacceptabil de mare <p>E</p> <p>Echipamentul pregătit.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Încheierea în lacăt a brașelor și menținerea poziției <p>F</p> <p>Aplicarea Forcepsului</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Forcepsul la ieșire (tipic) se aplică în diametrul transversal; <ul style="list-style-type: none"> • Dezarticularea brașelor, plasarea brașei stângi în mâna stângă • Aplicați pe partea stângă a pelvisului matern • Curbura cefalică orientată spre vulvă • Tija brașei în poziție verticală inițială • Mâna dreaptă protejează țesuturile moi materne, aplică forța • Repetați aceleași acțiuni cu brașa dreaptă • Încheiați brașele în lacăt ➤ Forcepsul cavitărilor (atipic) se aplică în diametrul opus suturii sagitale; <ul style="list-style-type: none"> • La forcepsul cavitărilor (atipic) brașa de jos este mobilă (migratoare); • Cu mâna stângă în partea stângă a bazinului, sub controlul mâinii drepte, se introduce brașa stângă a forcepsului; • Cu mâna dreaptă în partea dreaptă a bazinului, sub controlul mâinii stângi, se introduce brașa dreaptă a forcepsului; • Mânerul brașei drepte întotdeauna se situează deasupra mânerului brașei stângi; • Se închide forcepsul în planul punctului de direcție; • Verificarea aplicării forcepsului • Position For Safety (Poziția ce oferă siguranță) <ul style="list-style-type: none"> – Fontanela Posterioară să fie situată la mijlocul distanței dintre tijele brașelor, 1 cm deasupra planului tijelor – Fenestrațiile să permită trecerea a nu mai mult de un vârf de deget – Sutura: lambdaoidă mai sus și la distanță egală față de marginile superioare ale lingurilor brașelor; sagitală pe linia mediană <p>G</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gentle traction (tracție legeră) = manevra Pajot <ul style="list-style-type: none"> – Axul tracțiunii respectă curbura pelviană – Tracțiunea inițială orientată în jos, apoi urmând un traseu pentru a forma un arc mare în formă de J – Mâna non-dominantă exercită tracțiuni în jos, cauzând apariția a doi vectori de forță: <ul style="list-style-type: none"> – <i>Orizontală orientată în exterior și</i> – <i>Verticală orientată în jos</i> • La forcepsul cavitărilor (atipic) tracția propriu zisă se face spre genunchii obstetricianului și apoi spre fața lui; • La forcepsul la ieșire (tipic) tracția se face numai spre fața obstetricianului; <p>H</p> <p>Handle (mânerul) – ridicat vertical, pentru a urma curbura în formă de J a pelvisului matern</p> <p>I</p> <p>Evaluarea necesității inciziei (epiziotomie ori perineotomie)</p> <p>J</p> <p>Jaw (maxilar) – înlăturarea forcepsului după extragerea capului fetal în forceps sau când maxilarul poate fi atins. Se deschide forcepsul și se scot brașele în consecutivitate inversă aplicării lui;</p>		
C. 2.3	<p>Asistența medicală post-forceps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examenul vaginal și cervical matern • Se restabilește integritatea perineului – perineorafie. • Monitorizarea TA, Ps și FR. • Examinarea nou-născutului la traumatism în naștere: <ul style="list-style-type: none"> – Fractura claviculei – Cefalohematom – Lacerări - escoriații – Paralizia nervului facial – Urmele de aplicare a forcepsului normale, benigne și așteptate 		
C.3	<p>Monitoring-ul continuu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizarea intermitentă a BCF auscultativ sau prin CTG. • Monitorizarea TA, Ps și FR. 		
Abrevierile folosite în document			
Ps	Puls	FR	Frecvență respiratorie
TA	Tensiune arterială	CTG	Cardiotocografia

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 duratei 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.

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. Suport Vital Avansat în Obstetrică. Program de studiu ALSO, 2016, p. 143-146 www.aafp.org/globalalso
2. Paladi Gh., Cernetchi O. Obstetrica patologică. Chișinău, 2007
3. Munteanu I., *Tratat de obstetrică*, Editura Academiei Române, 1460 pag., 2000

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. 839 din 19.09.2020 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat ”Forceps- extracția fătului””.