



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

Îngrijiri intranatale pentru o experiență pozitivă în naștere

Protocol clinic standardizat

Chișinău, 2025

**Aprobat în ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 23.12.2024, proces-verbal nr. 4
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr. 531 din 19.06.2025
cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Îngrijiri intranatale pentru
o experiență pozitivă în naștere”**

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	4
PREFAȚĂ	7
PARTEA INTRODUCȚIVĂ	8
A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic.....	8
A.2 Codul bolii (CIM 10).....	8
A.3 Utilizatorii.....	8
A.4 Scopul protocolului.....	8
A.5 Obiectivele protocolului:	8
A.6 Elaborat: 2025.....	8
A.7 Revizuire: 2030.....	8
A.8 Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat, aprobat protocolul.	9
A.9 Definițiile folosite în document	10
A.10 Informația epidemiologică.....	12
A.11 Promovarea experienței pozitive în naștere prin evoluția fiziologică a travaliului	12
CAPITOLUL I. MANAGEMENTUL CAZULUI CLINIC.....	13
1. Informarea și consilierea	13
2. Triajul inițial.....	13
3. Managementul primei perioade de naștere.....	14
3.1. Managementul fazei latente a primei perioade de naștere	14
3.2 Managementul fazei active a primei perioade de naștere.....	15
4. Managementul perioadei a doua de naștere.....	17
4.1 Managementul fazei latente a perioadei a doua de naștere	17
4.2 Managementul fazei active a perioadei a doua de naștere	17
5. Managementul perioadei a treia de naștere	18
6. Managementul perioadei de lăuzie imediată	19
CAPITOLUL II. COMPLETAREA PARTOGRAMEI.....	21
TABELUL 1: ABREVIERI PENTRU ÎNREGISTRAREA OBSERVAȚIILOR ÎN PARTOGRAMĂ	22
TABELUL 2. REGULI PENTRU COMPLETAREA SECȚIUNII 1 DIN PARTOGRAMĂ	23
TABELUL 3: REGULI PENTRU COMPLETAREA SECȚIUNII 2 DIN PARTOGRAMĂ	23
ANEXE	31
ANEXA 1. FIȘA DE MONITORIZARE A FAZEI LATENTE A PRIMEI PERIOADE DE NAȘTERE	31
(SE COMPLETEAZĂ DE CĂTRE MOAȘĂ).....	31
ANEXA 2. MODEL DE COMPLETARE A PARTOGRAMEI	32
ANEXA 3. COMPETENȚELE PRESTATORILOR DE SERVICII MEDICALE.....	33
ANEXA 4. GRADE DE RECOMANDARE ȘI NIVELURI ALE DOVEZILOR.....	36
BIBLIOGRAFIE	38

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AOC	Antecedente obstetricale complicate
BCF	Bătăile cordului fetal
CO	Cordonul ombilical
CP	Centrul Perinatal
CTG	Cardiotocografia
CU	Colul uterin
DPPNI	Decolarea prematură a placentei normal inserate
EV	Examinarea vaginală
HPP	Hemoragia post-partum
min	minute
MS	Ministerul Sănătății
OC	Operația cezariană
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PCN	Protocolul Clinic Național
PCS	Protocolul Clinic Standardizat
PVN	Per vias naturalis
RM	Republica Moldova
RPM	Ruperea prenatală a membranelor
sec	secunde
s.g.	Săptămâni de gestație
TA	Tensiunea arterială
TCC	Traucțiunea controlată a cordonului
UI	Unități internaționale
USG	Ultrasonografia
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Recomandările Organizației Mondiale a Sănătății [2, 24].

Îngrijire în timpul travaliului și al nașterii:

- Abordarea unei atitudini respectuoase față de gravidă, care se referă la asistența medicală acordată tuturor femeilor, într-o modalitate prin care să le mențină dreptul la demnitate, intimitate și confidențialitate, să nu le creeze prejudiciu, să le protejeze de maltratare și să ofere o alegere informată și un sprijin continuu în timpul travaliului. (PBP)
- Comunicarea eficientă între prestatorii de servicii medicale și parturientă, utilizând metode și instrumente de comunicare simple și acceptabile din punct de vedere cultural. (PBP)
- Prezența unei persoane de susținere / unui însoțitor la naștere. (PBP)

Prima perioadă a travaliului

- Dacă travaliul a început spontan, viteza de dilatare a colului uterin de 1 cm/oră în timpul fazei active (înregistrată pe partogramă) nu este un criteriu cert pentru identificarea riscurilor de complicații în naștere și nu se recomandă în acest scop. (PBP)
- Viteză minimă de dilatare cervicală de 1 cm/oră în faza activă a travaliului, care este foarte rapidă pentru unele femei, nu se recomandă pentru identificarea progresiei normale a travaliului și nu ar trebui să constituie o indicație de rutină pentru intervenția obstetricală. (PBP)
- Este posibilă lipsa evoluției spontane a travaliului până la dilatarea colului uterin de 5 cm. Prin urmare, nu se recomandă efectuarea manoperelor medicale pentru accelerarea travaliului (ex. stimularea cu Oxytocinum sau operația cezariană) înainte de 5 cm, cu condiția că starea fetală și maternă sunt satisfăcătoare. (PBP)
- Pelvimetria de rutină la internarea unei parturiente sănătoase nu se recomandă. (PBP)
- Cardiocografia de rutină nu este recomandată pentru evaluarea stării fetale la internare, în caz de debut spontan a travaliului la gravidele sănătoase. (PBP)
- Auscultația cu dopptone-ul și stetoscopul Pinard este recomandată pentru evaluarea stării fetale la internare pentru travaliu. (PBP)
- Nu se recomandă îndepărtarea prin radere a părului perineal și pubian înainte de nașterea vaginală. (PBP)
- Clisma la internare pentru accelerarea activității de naștere nu este recomandată. (PBP)
- Examinarea vaginală la interval de 4 ore este recomandată pentru evaluarea de rutină a fazei active a primei perioade a travaliului la femeile cu risc scăzut. (PBP)
- Auscultația intermitentă a bătăilor cordului fetal cu dopptone-ul sau stetoscopul Pinard este recomandată pentru parturientele sănătoase. (PBP)
- Analgezia epidurală este recomandată la solicitarea parturientelor sănătoase, în funcție de propriile preferințe, pentru ameliorarea durerii. (PBP)
- Opioidelor parenterale sunt opțiuni recomandate la solicitarea parturientelor sănătoase, în funcție de propriile preferințe, pentru ameliorarea durerii. (PBP)
- Tehnicile de relaxare, inclusiv relaxarea musculară progresivă, respirație, muzică etc., sunt recomandate la solicitarea parturientelor sănătoase, în funcție de propriile preferințe, pentru ameliorarea durerii. (PBP)
- Tehnicile manuale, precum masajul sau aplicarea de comprese calde sunt recomandate la solicitarea parturientelor sănătoase, în funcție de propriile preferințe, pentru ameliorarea durerii. (PBP)
- Nu se recomandă utilizarea de analgezice în travaliu pentru a preveni întârzierea /distocia și pentru a reduce necesitatea augmentării /intensificării travaliului. (PBP)
- Pentru parturientele cu risc scăzut, se recomandă administrarea orală de lichide și alimente. (PBP)
- Se recomandă încurajarea mișcării /mobilizării și preluării poziției verticale a parturientelor cu risc scăzut. (PBP)

- Irigația vaginală de rutină cu Clorhexidină în travaliu, în scopul prevenirii infecțiilor, nu este recomandată. (1A)
- Intervențiile medicale active pentru stimularea travaliului nu sunt recomandate. (PBP)
- Utilizarea amniotomie, ca metodă sinestătătoare de stimulare a travaliului, nu este recomandată. (1B)
- Nu se recomandă efectuarea timpurie a amniotomie în combinație cu administrarea precoce a Oxytocinum pentru stimularea travaliului. (PBP)
- Administrarea de Oxytocinum pentru stimularea travaliului la femeile care au primit anestezie epidurală nu este recomandată. (PBP)
- Nu este recomandată utilizarea de spasmolitice pentru stimularea travaliului. (PBP)
- Nu este recomandată utilizarea de lichide intravenos cu scopul de a scurta durata travaliului. (PBP)

Perioada a doua a travaliului

- În lipsa analgeziei epidurale, se recomandă ca parturientele să fie încurajate să adopte poziția de naștere pe care o preferă, inclusiv cea verticală. Totodată, se recomandă evitarea decubitului dorsal pentru prevenirea scăderii tensiunii arteriale și reducerea fluxului sanguin placentar. (1A)
- Pentru femeile cu analgezie epidurală, se recomandă încurajarea adoptării unei poziții de naștere pe care o preferă, inclusiv cea verticală. Totodată, se recomandă evitarea decubitului dorsal pentru prevenirea scăderii tensiunii arteriale și reducerea fluxului sanguin placentar. (PBP)
- În faza activă de expulzie parturienta este încurajată să își urmeze propriul impuls de screamă. Dirijarea scamețelor nu se recomandă. (PBP)
- Epiziotomia de rutină nu este recomandată în nașterea vaginală spontană. (1A)
- Nu se recomandă aplicarea presiunii pe fundul uterin pentru a facilita nașterea, în perioada a doua a travaliului. (1A)

Perioada a treia a travaliului

- Utilizarea uterotonicelor pentru prevenirea hemoragiei post-partum (HPP), în perioada a treia a travaliului, este recomandată pentru toate nașterile. (PBP)
- Oxytocinum (10 UI, intramuscular/intravenos) este medicamentul uteronic recomandat pentru prevenirea HPP. (1A)
- Dacă Oxytocinum nu este disponibil, se recomandă utilizarea altor uterotonice injectabile disponibile, precum Ergometrinum/Methylegometrinum sau combinația prestabilită de Oxytocinum și Ergometrinum, sau Misoprostolum 600 μg per oral. (PBP)
- Clamparea amânată a cordonului ombilical (nu mai devreme de un minut după naștere) este recomandată pentru a sprijini sănătatea mamei și a nou-născutului, precum și pentru a îmbunătăți statusul nutrițional al acestuia. (1B)
- Tracțiunea controlată a cordonului ombilical, efectuată de către un personal medical calificat, este recomandată pentru reducerea pierderii de sânge și scurtarea duratei celei de-a treia perioade a travaliului. (1A)
- Nu se recomandă masajul uterin continuu ca metodă de prevenire a hemoragiei postpartum la femeile care au primit Oxytocinum în scop profilactic. (2C)

Îngrijirea nou-născutului

- Aspirarea de rutină a cavității nazale și bucale nu este recomandată la nou-născuții care respiră spontan după naștere. Secrețiile trebuie îndepărtate doar dacă obstrucționează gura sau nasul. (PBP)
- Nou-născuții care nu necesită îngrijiri medicale trebuie plasați imediat în contact direct și neîntrerupt *piele pe piele* cu mama, timp de cel puțin o oră după naștere, pentru a preveni hipotermia și a încuraja inițierea. (1B)

- Toți nou-născuții, inclusiv cei cu greutate mică la naștere care pot fi alăptați, trebuie puși la sân cât mai curând după naștere, atunci când sunt clinic stabili, iar mama și copilul sunt pregătiți. (PBP)
- Toți nou-născuții trebuie să primească 1 mg de vitamină K intramuscular, după prima oră de viață, perioadă în care se recomandă contactul *piele pe piele* cu mama și inițierea alăptării. (PBP)
- Prima băiță a nou-născutului trebuie amânată până la 24 de ore după naștere. Dacă acest lucru nu este posibil din motive culturale, se recomandă amânarea cel puțin până la 6 ore. Îmbrăcămintea nou-născutului trebuie adaptată la temperatura ambientală, cu 1–2 straturi mai mult decât la adulți și cu folosirea unei căciuli. Mama și copilul nu trebuie separați. Ei trebuie să rămână împreună în aceeași cameră 24 de ore din 24. (PBP)

Îngrijirea lăuzei

- Evaluarea tonusului uterin transabdominal, pentru identificarea timpurie a atoniei uterine. (PBP)
- Antibioprolaxia de rutină nu este recomandată lăuzelor cu naștere vaginală necomplicată și celor cu epiziotomie. (PBP)
- În primele 24 ore după naștere, în cazul tuturor lăuzelor, se evaluează eliminările vaginale, tonusul uterin / gradul de contractare a uterului, înălțimea fundului uterin, temperatura și pulsul, începând cu prima oră după naștere. Tensiunea arterială trebuie măsurată la scurt timp după naștere. Dacă este normală, a doua măsurare se efectuează în decurs de 6 ore. Cantitatea și frecvența urinării trebuie apreciată și înregistrată în decurs de 6 ore. (PBP)

PREFAȚĂ

Protocolul clinic standardizat (PCS) „Îngrijiri intranatale pentru o experiență pozitivă în naștere” este elaborat pentru a fi aplicat la nivel național și prezintă recomandările ghidurilor de bune practici internaționale bazate pe dovezi științifice actuale.

Acest PCS precizează conceptele, principiile și aspectele de bază ale managementului clinic al nașterii vaginale (nașterea pe cale naturală) pentru oricare nivel al Centrului Perinatal (CP) unde se acordă asistența medicală în naștere.

Totodată, PCS stabilește măsurile necesare care pot preveni și reduce riscurile materne și/sau fetale în travaliu, pentru micșorarea nivelului mortalității și morbidității materne și/sau fetale. Astfel, implementarea acestui PCS va contribui la creșterea calității serviciului obstetrical, prin eliminarea neconformităților și neclarităților în actul medical, prin aplicarea practicilor de medicină bazată pe dovezi, inclusiv prin informarea /consilierea parturientei /cuplului /familiei acesteia, pentru a oferi o experiență pozitivă în naștere conform conceptelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

Prestatorii de servicii medicale trebuie să țină cont de faptul că, nașterea reprezintă o situație importantă în viața parturientei /cuplului /familiei acesteia, determinată de emoții intense, stres, frici și incertitudini, iar experiența prin care trece o /îi marchează pentru restul vieții. Prin urmare serviciile de asistență medicală în travaliu, îngrijirea și sprijinul pe care o primește parturienta /cuplul /familia acesteia, sunt importante în formarea unei experiențe pozitive în naștere. Calitatea actului medical corelează direct cu succesivitatea acțiunilor întreprinse conform actualului PCS, fiind important de a manifesta empatie față de parturientă /cuplu /familia acesteia.

Conceptele de bază pentru prestarea serviciilor medicale de calitate, relatate în actualul PCS se referă la:

1. Promovarea unei experiențe pozitive în naștere prin îngrijiri de înaltă calitate și prin respectarea preferințelor femeii în travaliu.
2. Oferirea continuității serviciilor de îngrijire sigure și centrate pe nevoile specifice ale parturientei /cuplului /familiei acesteia prin: evaluarea stării mamei, copilului și evoluției travaliului la toate etapele; stabilirea factorilor de risc care ar putea complica travaliul; stabilirea precoce a diagnosticului de travaliu și evoluția acestuia; implementarea la necesitate a manoperelor clinice și paraclinice conform indicațiilor și /sau în funcție de nevoile beneficiarului /beneficiarilor.
3. Asigurarea mediului amiabil și prietenos în timpul travaliului prin încurajarea consumului dorit de alimente și lichide; oferirea libertății de mișcare și preluarea poziției comode a parturientei; promovarea parteneriatului în naștere; aflarea împreună a femeii și nou-născutului după naștere, cu sprijin pentru alăptare; promovarea alăptării la sân.
4. Fortificarea cunoștințelor teoretice, abilităților practice și de comunicare ale prestatorilor de servicii intrapartum, pentru a reduce stresul, a minimaliza senzația de frică a parturientei /cuplului /familiei acesteia.
5. Asigurarea dreptului la informare, intimitate, confidențialitate, nondiscriminare pe principiul apartenenței religioase și /sau sociale, în comunicarea bilaterală prestator/i de servicii medicale în travaliul vs. beneficiar /i.
6. Asigurarea accesului 24/7 a parturientei /cuplului /familiei acesteia la Centrul perinatal, inclusiv orice altă instituție medicală, la necesitate, inclusiv asigurarea transferului pacientei la nivelul superior de asistență medicală perinatală.
7. Asigurarea accesului și prezenței la solicitare a partenerului /persoanei de suport în naștere.
8. Efectuarea sigură și calitativă a actului medical, inclusiv anestezie regională, asistarea instrumentală a nașterii, resuscitarea mamei și nou-născutului etc., de către prestatorul de servicii de asistență în naștere, care dispune de o echipă multidisciplinară, în funcție de complexitatea cazului clinic (medic obstetrician-ginecolog, medic neonatolog /pediatru, medic anesteziolog, moașă, asistent medical).

9. Asumarea responsabilității de către fiecare membru al echipei medicale pentru propriile acțiuni întreprinse în actul medical, în funcție de competențe (Anexa 3).

PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1 Diagnosticul. Exemple de formulare a diagnosticului clinic

1. Sarcină 38⁺⁰ săptămâni de gestație (s.g.) SI NI. Perioada I de naștere.
2. Sarcină 39⁺⁰ s.g. SV NII la termen. Antecedente obstetricale complicate (AOC) (3 a/s). Perioada de dilatare, faza latentă. Ruperea prenatală a membranelor (RPM).
3. Nașterea II unică, spontană în prezentație craniană, la termenul de 40⁺² s.g.. SII NII la termen.

A.2 Codul bolii (CIM 10)

O80.0 Nașterea spontană prin prezentația craniului

O80.8 Alte nașteri unice și spontane

O80.9 Nașterea unică și spontană, fără precizare

O83.2 Alte nașteri prin manipulări

A.3 Utilizatorii

- Prestatorii de servicii medicale spitalicești (Centre Perinatale): medici obstetricieni-ginecologi, medici neonatologi /pediatri, moașe, asistente ale medicilor neonatologi /pediatri, medici anesteziologi-reanimatologi, asistente medicale ale medicilor anesteziologi-reanimatologi
- Instituțiile de învățământ medical: cadrele didactice din subdiviziunile de educație medicală, inclusiv educația continuă din RM (Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie (USMF) „Nicolae Testemițanu” și Centrul de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo”, Colegiile de medicină și farmacie etc.) și studenții, medicii rezidenți de la specialitățile de obstetrică și ginecologie, medicină de familie

Notă: Protocolul poate fi utilizat și de către alți specialiști, în funcție de situația individualizată.

A.4 Scopul protocolului

Creșterea calității asistenței medicale intranatale prin reducerea riscurilor în procesul aplicării procedurilor curative, asigurarea continuității serviciilor oferite, fortificarea încrederii personalului medical în rezultatul actului medical și evitarea unei conduite suboptimale (substandard).

A.5 Obiectivele protocolului:

- Informarea prestatorilor de servicii medicale despre particularitățile evoluției travaliului, pentru oferirea serviciilor medicale de înaltă calitate, conform datelor medicinei bazate pe dovezi.
- Evidențierea nașterilor cu factori de risc materni, fetal și/sau placentari, pentru dezvoltarea posibilelor complicații, prevenirea acestora și efectuarea unei conduite adecvate.
- Îmbunătățirea calității managementului clinic și decizional în naștere, pentru a proteja beneficiarul /ii de acțiuni și /sau intervenții inutile / erori în naștere.
- Sporirea aderenței mamelor la serviciile de asistență intranatală.
- Menținerea și ameliorarea bunăstării fizice și psihologice a parturientei și fătului în travaliu.
- Promovarea și susținerea nașterii per vias naturalis prin oferirea îngrijirilor centrate pe persoană (parturientă /cuplu /familia acesteia) și includerea opiniei acesteia /acestora în actul decizional

A.6 Elaborat: 2025

A.7 Revizuire: 2030

A.8 Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat, aprobat protocolul.

Elaborat de colectivul de autori:

Prenumele, numele	Funcția, instituția
<i>Olga Cernețchi</i>	dr. hab. șt. med., profesor universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Iurie Dondiuc</i>	dr. hab. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Corina Iliadi-Tulbure</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Liudmila Stavinskaia</i>	dr. șt. med., asistent universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Angela Marian-Pavlenco</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Maria Cemortan</i>	dr. șt. med., asistent universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Uliana Tabuica</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Zinaida Sârbu</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Irina Sagaidac</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Corina Cardaniuc</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Virginia Șalaru</i>	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”.

Recenzenți:

Stelian Hodoroșea - dr. șt. med., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”;

Iurie Carauș - dr. șt. med., vicedirector medical, IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Protocolul a fost examinat, avizat și aprobat de:

Denumirea	Persoana responsabilă
Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Olga Cernețchi</i> , dr. hab. șt. med, prof. univ., șef Departament
Comisia științifico-metodică de profil Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Valentin Friptu</i> , dr. hab. șt. med., prof. univ., vicepreședinte
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Catedra de Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Bacinschi Nicolae</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Comisia de specialitate a Ministerului Sănătății în neonatologie	<i>Larisa Crivcianscaia</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	<i>Valentin Mustea</i> , director
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.9 Definițiile folosite în document

Naștere vaginală /per vias naturalis (PVN) spontană – nașterea care se realizează prin eforturile expulsive ale parturientei, fără asistență medicală suplimentară /instrumentală.

Naștere fiziologică – nașterea care se realizează la vârsta gestațională 37^{+0} s.g. - 41^{+6} s.g., cu făt unic, care a debutat spontan, cu un risc scăzut la începutul și pe tot parcursul travaliului, în care copilul se naște spontan în prezentare craniană occipitală, iar după naștere mama și nou-născutul sunt în stare satisfăcătoare.

Parturiente cu risc scăzut pentru complicații în naștere – femeile la care sunt absenți factorii de risc în timpul sarcinii și/sau nașterii, care ar putea complica starea parturientei și/sau a fătului și/sau evoluția travaliului.

Parturiente cu risc crescut pentru complicații în naștere – femeile la care este prezent unul sau mai mulți factori de risc în timpul sarcinii și/sau nașterii, care ar putea complica starea parturientei și/sau a fătului și/sau evoluția travaliului.

Multipară – femeia care are minim o naștere în anamneză; a născut făt cu masa ≥ 500 g și/sau la termenul de ≥ 22 săptămâni de gestație, născut viu sau mort, în prezența sau absența malformațiilor, pe cale naturală sau OC.

Prima perioadă de naștere – perioada de dilatare a colului uterin, care se caracterizează prin prezența contracțiilor uterine regulate, frecvente, eficiente, cu creștere în intensitate și durată, care contribuie la modificarea colului uterin (centrarea, ramolirea, scurtarea, ștergerea și dilatarea progresivă), cu sau fără RPM.

- **Faza latentă a primei perioadei de naștere** începe cu debutul contracțiilor regulate și se finalizează cu dilatarea cervicală până la 5 cm. Durata medie a fazei latente nu este stabilită.
- **Faza activă a primei perioadei de naștere** începe cu dilatarea cervicală de 5 cm și se finalizează cu dilatarea completă (10 cm) a colului uterin. Durata fazei active variază în funcție de paritate:

✓**la femeile primipare (primigeste)**

- durata medie 8 ore
- este puțin probabil să dureze > 12-18 ore

✓**la femeile multipare**

- durata medie 5 ore
- este puțin probabil să dureze > 10-12 ore

Debutul, evoluția și durata ambelor faze ale primei perioade a travaliului variază.

A doua perioadă de naștere – perioada de expulzie a fătului, care începe cu dilatarea completă a colului uterin (10 cm) și apariția contracțiilor expulsive, și finalizează cu nașterea fătului.

- **Faza latentă a celei de-a doua perioade de naștere** începe cu dilatarea completă a colului uterin (10 cm), în absența contracțiilor uterine cu caracter expulziv (scremete).
- **Faza activă a celei de-a doua perioade de naștere** începe cu apariția contracțiilor uterine cu caracter expulziv (scremete) și finalizează cu nașterea fătului.

Durata celei de-a doua perioadă variază: la primipare durează de obicei până la 3 ore la femeile primipare, iar la multipare, nașterea poate finaliza până la 2 ore.

Partograma – un instrument important și reprezentare grafică a evoluției travaliului care oferă o imagine de ansamblu a progresului travaliului, ajută la detectarea travaliului prelungit, facilitează intervenția prin îngrijiri aplicate la timp, pentru prevenirea posibilelor complicații (Capitolul 2).

A treia perioadă de naștere – perioada de expulzie a placentei, care începe cu nașterea fătului și se finalizează cu expulzia placentei și anexelor fetale.

Conduita activă în perioada a treia de naștere implică următorii pași: Administrarea sol. Oxytocinum 10 UN (2 ml), i.m. sau i.v. (în prezența accesului venos) în primul minut după nașterea fătului; clamparea și incizia cordonului ombilical și tracțiunea gentilă, controlată de cordon ombilical cu contrapresiune concomitentă pe uter din partea simfizei.

Conduita expectativă în perioada a treia de naștere implică următorii pași: medicul/moașă supraveghează și observă semnele de separare a placentei, fără a interveni; nu se administrează uterotonice; placenta este expulzată spontan sub acțiunea gravitației.

Perioada de lăuzie imediată este definită ca fiind primele 2 ore imediat după naștere.

A.10 Informația epidemiologică

Aproximativ 140 milioane de copii se nasc în fiecare an, la nivel mondial (≥ 4 nașteri per secundă în fiecare zi). Aproximativ 70% din nașteri au loc pe cale vaginală; aproximativ 90% de parturiente vor naște un singur copil, în prezentație cefalică, la termenul de ≥ 37 săptămâni de gestație; în aproximativ 41% cazuri, travaliul va debuta spontan.

Susținerea nașterii PVN pentru toate femeile este o strategie deosebit de importantă pentru a îmbunătăți rezultatele maternelor și fetale, pentru a reduce ratele înalte ale operației cezariene (OC), a preveni intervențiile nejustificate și complicațiile intra- și postnatale.

A.11 Promovarea experienței pozitive în naștere prin evoluția fiziologică a travaliului

Beneficiile travaliului fiziologic	Beneficiile evoluției fiziologice ale travaliului pentru parturientă și făt includ: <ul style="list-style-type: none">• Menținerea unei stări de bine fizică și/sau psihologică a parturientei, în scopul prevenirii complicațiilor medicale și psihologice din perioada post-partum• Minimalizarea sângerărilor materne după naștere• Îmbunătățirea răspunsului fiziologic al fătului la stresul și durerea de travaliu, pentru o adaptare optimă în perioada postnatală• Promovarea atașamentului între mamă și copil
Susținerea nașterii fiziologice și a unei experiențe pozitive în naștere	Evoluția fiziologică a nașterii este susținută prin: <ul style="list-style-type: none">• Înțelegerea clară a modificărilor endocrine care generează și mențin travaliul• Crearea unui mediu respectuos, demn și protector pentru parturientă /cuplu /familia acesteia pentru asigurarea /menținerea bunăstării fizice, psihologice și emoționale• Comunicarea clară, eficientă, nonviolentă, nondiscriminatorie și amiabilă cu parturienta /cuplul /familia acesteia, pentru a păstra starea de bine fizică și/sau psihologică, în scopul prevenirii complicațiilor medicale și psihologice din perioada post-partum• Informarea, consilierea parturientei /cuplului /familiei acesteia despre evoluția travaliului și includerea acesteia /acestora în procesul de luare a deciziei, la orice etapă• Stabilirea unui plan de naștere și informarea /consultarea parturientei /cuplului /familiei acesteia despre modificarea planului conform situației /posibilelor complicații la moment• Oferirea continuității serviciilor de îngrijire sigure și centrate pe nevoile specifice ale parturientei /cuplului /familiei acesteia• Optimizarea mediului amiabil și prietenos în timpul travaliului• Încurajarea consumului dorit de alimente și lichide• Oferirea libertății de mișcare și preluarea poziției comode a parturientei• Aflarea împreună a femeilor și a bebelușilor după naștere, cu sprijin pentru alăptare• Fortificarea cunoștințelor teoretice, abilităților practice și de comunicare ale prestatorilor de servicii în travaliu, pentru a reduce stresul, pentru a minimaliza senzația de frică a parturientei /cuplului /familiei acesteia• Asigurarea respectării și protejării dreptului la informare, intimitate, confidențialitate și nediscriminare, inclusiv pe criterii religioase și/sau sociale, este fundamentală în comunicarea bilaterală dintre prestatorii de servicii medicale și parturientă, cuplu sau familia acesteia pe parcursul travaliului. Înregistrarea tuturor modificărilor în fișa medicală și în partogramă.

CAPITOLUL I. MANAGEMENTUL CAZULUI CLINIC

În scopul asigurării calității și siguranței asistenței medicale în nașterea pe cale naturală, la oricare nivel al Centrului Perinatal, inclusiv pentru formarea unei experiențe pozitive în naștere, managementul cazului clinic include următoarele etape:

1. Informarea și consilierea
2. Triajul inițial
3. Managementul primei perioade de naștere
4. Managementul perioadei a doua de naștere
5. Managementul perioadei a treia de naștere
6. Managementul perioadei de lăuzie imediată

1. Informarea și consilierea

Femeile și/sau persoana de suport /familia acesteia, trebuie informate și consiliate despre posibilitățile de îngrijire și accesul la ele în travaliu, fiind incluse în procesul de luare a deciziilor.

Aspecte cheie în informarea și consilierea pentru promovarea unei experiențe pozitive în naștere:

- Informarea despre modificările fiziologice, care generează și mențin travaliul;
- Crearea unui mediu respectuos, demn și protector pentru parturientă /cuplu /familia acesteia;
- Respectarea dreptului la intimitate și confidențialitate în accesarea serviciilor și luarea deciziilor informate, în funcție de nevoile individualizate și necesități etnice și socio-culturale;
- Comunicarea clară, eficientă, nonviolentă, nediscriminatorie și amiabilă cu beneficiara/rii;
- Informarea, consilierea beneficiarei/ cuplului /familiei acesteia despre etapele travaliului și includerea acesteia /acestora în procesul de luare a deciziei;
- Stabilirea unui plan de naștere și modificarea planului în funcție de situație /posibilele complicații survenite;
- Oferirea continuității serviciilor de îngrijire sigure și centrate pe nevoile specifice ale beneficiarei;
- Informarea gravidei despre opțiunea și beneficiile prezenței unei persoane de susținere / a unui însoțitor la naștere
- Asigurarea mediului amiabil și prietenos în timpul travaliului.

2. Triajul inițial

Triajul inițial include atât examinarea primară a gravidei și fătului, precum și aprecierea necesității internării în funcție de situația clinică.

Etape/componente ale triajului	Aspecte și acțiuni cheie
Stabilirea contextului și aprecierea posibilor factori de risc	<ul style="list-style-type: none">• Aprecierea semnelor de travaliu (contractții uterine și caracterul acestora cu /fără RPM)• Stabilirea vârstei gestaționale<ul style="list-style-type: none">- după prima zi a ultimei menstruații- rezultatele examenelor ecografice- înălțimea fundului uterin (ÎFU)• Determinarea anamnezei și evoluției sarcinii actuale (în baza datelor din Carnetul Perinatal):<ul style="list-style-type: none">- AOC: obstetricale, ginecologice, somatice, ereditare, alergologice, psiho-sociale- preparatele medicamentoase administrate- posibilele complicații, numărul de internări

	<ul style="list-style-type: none"> - rezultatele investigațiilor paraclinice (de laborator și imagistice) • Evaluarea nevoilor psiho-emoționale și nevoilor specifice
Evaluarea stării gravidei	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea stării generale și hemodinamicii (temperatura, tensiunea arterială (TA), pulsul (Ps), frecvența respiratorie (FR)) • Stabilirea statutului de nutriție și hidratare
Evaluarea contracțiilor uterine	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea caracteristicii contracțiilor uterine (regulate /neregulate, durata, intensitatea, evoluția) relatate de către parturientă • Evaluarea contracțiilor uterine prin cardiocitografie (CTG), cu înregistrare la necesitate
Evaluarea eliminărilor din căile genitale	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea caracterului, culorii, cantității, mirosului, consistenței • Confirmarea /infirmarea RPM (eliminarea lichidului amniotic sau eliminări cu caracter lichidian)
Evaluarea stării fătului	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilirea /confirmarea atitudinii, prezentației, poziției, varietății, gradului de angajare • Evaluarea patternului mișcărilor fetale timp de 24 ore • Aprecierea BCF prin: <ul style="list-style-type: none"> - auscultație cu stetoscopul, dopptone-ul sau CTG - auscultație către sfârșitul unei contracții și de continuat timp de cel puțin 60 sec după finalizarea contracției, cu diferențierea de Ps matern <p>Nu se recomandă utilizarea de rutină a CTG pentru parturientele cu risc scăzut</p> <ul style="list-style-type: none"> • CTG se efectuează în situații clinice individualizate, cu înregistrarea timp de 20-40 min conform PCS „Monitorizarea electronică fetală în sarcină și naștere”
Examenul vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • La internarea parturientei • Dacă se suspectează travaliu activ • Dacă se suspectează RPM • Dacă se manifestă contracții expulsive • Dacă starea parturientei și /sau al fătului se înrăutățește
Evaluarea necesității de spitalizare	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienta se internează dacă: <ul style="list-style-type: none"> - se atestă contracții uterine dureroase, greu de suportat - sunt prezente indicații materne și /sau fetale • Dacă femeia revine la domiciliu, este informată despre semnele de alarmă, în cazul cărora trebuie să se adreseze urgent pentru asistență medicală: <ul style="list-style-type: none"> - intensificarea contracțiilor și creșterea duratei - prezența durerii sau disconfortului sporit - apariția eliminărilor sangvinolente din căile genitale - RPM - modificarea patternului mișcărilor fetale

3. Managementul primei perioade de naștere

3.1. Managementul fazei latente a primei perioade de naștere

Componente	Aspecte și acțiuni cheie
Monitorizarea	<ul style="list-style-type: none"> • În prima perioadă de naștere parturientă se internează în secția Obstetricală pentru monitorizare și conduită • Femeile trebuie informate că nu a fost stabilită o durată standard a fazei latente a primei perioade de travaliu și că aceasta poate varia considerabil: durata fazei active a primei perioade a travaliului (de la 5 cm până la dilatarea completă a colului uterin) nu depășește de obicei 12 ore la primipare și 10 ore la multipare

	<ul style="list-style-type: none"> • Este posibilă lipsa evoluției spontane a travaliului până la dilatarea colului uterin de 5 cm. Prin urmare, nu se recomandă efectuarea manoperelor medicale pentru accelerarea travaliului (ex. stimularea cu Oxytocinum sau operația cezariană) înainte de 5 cm, cu condiția ca starea fetală și maternă sunt satisfăcătoare • Caracteristica contracțiilor uterine se evaluează la fiecare 4 ore • În caz de inducere a travaliului, amniotomia se va efectua conform PCS „Inducția travaliului” • Revizuirea planului de naștere, cu implicarea decizională a parturientei /cuplului /familiei și ai altor prestatori de servicii medicale în caz de necesitate • Furnizarea informației și sprijinului psiho-emoțional centrat pe beneficiar, inclusiv prin prezența parteneriatului în naștere <p>Încurajarea gândirii pozitive, încrederii în sine, preluării poziției comode hidratării și nutriției pentru parturientă /cuplu /familia acesteia</p>
Evaluarea stării femeii	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea stării generale și hemodinamicii (temperatura, TA, Ps, FR) • Stabilirea statutului de nutriție și hidratare • Evaluarea prezenței posibilibilor factori de risc care ar putea complica starea mamei, a fătului și /sau evoluția nașterii
Evaluarea stării fătului	<ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea BCF nu mai rar de 30 de minute prin: <ul style="list-style-type: none"> - auscultație cu stetoscopul, dopptone-ul sau CTG - auscultație către sfârșitul unei contracții și de continuat timp de cel puțin 60 sec după finalizarea contracției, cu diferențierea de Ps matern • Nu se recomandă utilizarea de rutină a CTG pentru parturientele cu risc scăzut • CTG se efectuează în situații clinice individualizate, cu înregistrarea timp de 20-40 min conform PCS „Monitorizarea electronică fetală în sarcină și naștere”

NB! Înregistrarea datelor obținute în urma monitorizării a stării femeii și a fătului în faza latentă a primei perioade de naștere se va efectua în conformitate cu Anexa 1 de către moașă.

3.2 Managementul fazei active a primei perioade de naștere

Componentele	Aspecte și acțiuni cheie
Monitorizarea	<ul style="list-style-type: none"> • Durata fazei nu depășește de obicei 12 ore pentru primipară și 10 ore pentru multipară • Aprecierea dilatării colului uterin: <ul style="list-style-type: none"> - în travaliul activ, dilatarea cervicală de 0,5 cm /oră (2 cm în 4 ore) este considerată normală, viteza dilatării colului uterin poate varia individual de la 0,5 cm /oră până la 2 cm /oră - dinamica dilatării colului sub 1 cm/oră nu constituie indicație pentru acțiuni obstetricale (amniotomie, perfuzie cu Sol. Oxytocinum, etc.)* • Revizuirea planului de naștere la necesitate, cu implicarea decizională a parturientei /cuplului /familiei și ai altor prestatori de servicii medicale în caz de necesitate • Furnizarea informației și sprijinului psiho-emoțional centrat pe beneficiar, inclusiv prin prezența parteneriatului în naștere • Încurajarea gândirii pozitive, încrederii în sine, preluării poziției comode, hidratării și nutriției pentru parturientă /cuplu /familia acesteia • Monitorizarea se efectuează obligator, cu completarea partogramei în timp real. <p>*NB! Dacă travaliul a început spontan, viteza de dilatare a colului uterin</p>

	<p>de 1 cm/oră în timpul fazei active (înregistrată pe partogramă) nu mai este un criteriu cert pentru identificarea riscurilor de complicații în naștere și nu este recomandată în acest scop.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O viteză minimă de dilatare cervicală de 1 cm/oră în faza activă a travaliului, care este foarte rapidă pentru unele femei, nu mai este recomandată pentru identificarea progresiei normale a travaliului și nu ar trebui să constituie o indicație de rutină pentru intervenția obstetricală.
Evaluarea stării parturientei	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea stării generale și hemodinamicii (temperatura, TA, Ps, FR) • Stabilirea statutului de nutriție și hidratare: <ul style="list-style-type: none"> - parturienta este încurajată să se alimenteze și hidrateze după propria dorință, cu excepția situațiilor clinice în care există o probabilitate crescută de a efectua operația - perfuzia cu sol. fiziologică se instalează doar la necesitate (aport hidric insuficient, deshidratare manifestă, vomă, stare de hipotonie, etc.) • Evaluarea diurezei cu încurajarea parturientei de a goli vezica urinară frecvent • Evaluarea prezenței posibilor factori de risc care ar putea complica starea parturientei, a fătului și /sau evoluția nașterii
Asigurarea poziției comode și mișcării parturientei	<ul style="list-style-type: none"> • Parturientă este încurajată să preia o poziție comodă, cu excepția decubitului dorsal, și să se miște în prima perioadă a nașterii • Poziția verticală are mai multe avantaje inclusiv reducerea duratei primei perioade; utilizarea mingii poate reduce durerile • Se evită poziția în decubit dorsal care poate duce la hipotensiune arterială și dereglarea stării fătului (BCF patologice) • Se recomandă încurajarea mișcării /mobilizării parturientelor cu risc scăzut
Evaluarea contracțiilor uterine	<ul style="list-style-type: none"> • Contracțiile uterine se evaluează la fiecare 30 min, cu includerea datelor în partogramă • În cazul unui travaliu eficient, sunt prezente 3-5 contracții în 10 min, cu durată de până la 60 sec. • Nu se recomandă intervențiile medicale active pentru stimularea travaliului • Nu se recomandă utilizarea de spasmolitice pentru stimularea travaliului • Nu se recomandă utilizarea de lichide intravenos cu scopul de a scurta durata travaliului
Examinarea vaginală	<ul style="list-style-type: none"> • Se efectuează la fiecare 4 ore sau • La identificarea unor situații clinice precum: RPM, apariția eliminărilor patologice, apariția scremetelor, suferința fetală, etc.)
Amniotomia	<ul style="list-style-type: none"> • Nu se recomandă de efectuat amniotomia de rutină, în absența indicațiilor clinice • Nu se recomandă efectuarea timpurie a amniotomiei în combinație cu administrarea precoce a Oxytocinum pentru stimularea travaliului
Evaluarea stării fătului	<ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea BCF nu mai rar de 30 de minute prin: <ul style="list-style-type: none"> - auscultație cu stetoscopul, dopptone-ul sau CTG - auscultație către sfârșitul unei contracții și de continuat timp de cel puțin 60 sec după finalizarea contracției, cu diferențierea de Ps matern • Nu se recomandă utilizarea de rutină a CTG pentru parturientele cu risc scăzut • CTG se efectuează în situații clinice individualizate, cu înregistrarea timp de 20-40 min conform PCS „Monitorizarea electronică fetală în sarcină și naștere”

Analgezia travaliului	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicarea manevrelor non-farmacologice de ameliorare a durerii (exerciții de respirație, relaxarea musculară, audierea muzicii, masajul și presopunctura preponderent în regiunea lombară, în funcție de preferințele femeii și situația clinică) • Analgezia epidurală este o opțiune recomandată pentru parturientele care solicită ameliorarea durerii în timpul travaliului, în funcție de preferințele femeii și situația clinică. • Preparatele opioide administrate parenteral (Fentanylum, Pethidinum) sunt opțiuni recomandate pentru parturientele care solicită ameliorarea durerii în timpul travaliului, în funcție de preferințele femeii și situația clinică • Analgezia în travaliul va fi indicată de către medicul obstetrician, în funcție de preferințele femeii și situația clinică, iar alegerea metodei și efectuarea acesteia va fi decisă în comun de către medicul obstetrician și anesteziolog • Administrarea Sol. Oxytocinum pentru stimularea travaliului la femeile care au primit anestezie epidurală nu este recomandată
------------------------------	---

4. Managementul perioadei a doua de naștere

4.1 Managementul fazei latente a perioadei a doua de naștere

Componente	Aspecte și acțiuni cheie
Informarea parturientei	<ul style="list-style-type: none"> • Parturienta trebuie informată că, durata perioadei a două a travaliului variază. La primipare, nașterea se finalizează de obicei în 3 ore, iar la multipare – în 2 ore
Evaluarea stării fătului	<ul style="list-style-type: none"> • Se apreciază BCF la fiecare 15 min., cu diferențierea de Ps matern
Evaluarea stării parturientei	<ul style="list-style-type: none"> • Ps și FR se apreciază nu mai rar de 30 min. • TA se apreciază nu mai rar de 30 min. • Se încurajează golirea vezicii urinare
Evaluarea contracțiilor uterine	<ul style="list-style-type: none"> • Contracțiile uterine se apreciază la fiecare 15 min.
Examenul vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Se efectuează pentru a determina: <ul style="list-style-type: none"> - evoluția travaliului - angajarea, coborârea, configurarea părții prezentate - la necesitate, pentru a lua decizii • Eliminările vaginale se apreciază continuu
Conduita scremetelor	<ul style="list-style-type: none"> • Dacă dilatarea completă a colului uterin a fost confirmată la o parturientă fără analgezie epidurală și lipsesc scremetele, situația se reevaluează peste o oră, iar parturientă este încurajată și sprijinită să-și urmeze propriul impuls de a se sceme

4.2 Managementul fazei active a perioadei a doua de naștere

Componente	Aspecte și acțiuni cheie
Evaluarea stării fătului	<ul style="list-style-type: none"> • Se apreciază BCF spre sfârșitul și după fiecare contracție sau cel puțin la fiecare 5 min.; • Se diferențiază BCF de Ps matern
Evaluarea stării parturientei	<ul style="list-style-type: none"> • Ps și FR se apreciază nu mai rar de 30 min. • TA se apreciază nu mai rar de 30 min. • Se încurajează golirea vezicii urinare
Evaluarea	<ul style="list-style-type: none"> • Se apreciază la fiecare 15 min.

contractțiilor uterine	
Examenul vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • Se efectuează pentru a determina: <ul style="list-style-type: none"> - evoluția travaliului - angajarea, coborârea, configurarea părții prezentate - la necesitate, pentru a lua decizii • Eliminările vaginale se apreciază continuu
Conduita scremetelor	<ul style="list-style-type: none"> • Parturientă este încurajată și sprijinită să-și urmeze propriul impuls de a se screme • Nu se recomandă dirijarea scremetelor • Nu se recomandă utilizarea de rutină a epiziotomiei • Nu se recomandă aplicarea presiunii manuale asupra fundului uterului pentru a facilita nașterea
Asigurarea poziției comode a parturientei	<ul style="list-style-type: none"> • Parturienta este încurajată să aleagă orice poziție pe care o consideră confortabilă în timpul nașterii, asigurându-se totodată că perineul rămâne vizibil pentru monitorizare. • Femeia trebuie să fie informată cu privire la avantajele și dezavantajele fiecărei poziții de naștere: <ul style="list-style-type: none"> - <i>poziția verticală</i> în naștere este asociată cu reducerea timpului de expulzie și scremete prin o mai bună facilitare a extinderii canalului de naștere, incidența scăzută a nașterilor instrumentale și a epiziotomiei. Totuși, această poziție poate spori incidența pierderilor de sânge ≥ 500 ml și a rupturilor perineale de gradul doi - <i>poziția în genunchi</i> și poziția sprijinită în genunchi și coate sunt asociate cu un risc scăzut de ruptură a perineului - <i>poziția pe șezute</i> și utilizarea scaunului de naștere sunt asociate cu o incidență mai mare de traumatisme perineale • <i>poziția în decubit dorsal</i> este asociată cu scăderea tensiunii arteriale și cu reducerea fluxului sanguin placentar
Îngrijirea perineului	<ul style="list-style-type: none"> • Nu se recomandă epiziotomia de rutină în nașterea vaginală spontană

NB! Supravegherea continuă a procesului de naștere fiziologică, a stării parturientei și a fătului se efectuează de către moașă și medicul obstetrician-ginecolog, conform partogramei (Capitolul 2).
Unele compartimente ale partogramei vor fi completate de către moașă.

5. Managementul perioadei a treia de naștere

Componente	Aspecte și acțiuni cheie
Conduita activă	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomandă efectuarea conduitei active a perioadei a treia de naștere • Conduita activă include: <ul style="list-style-type: none"> - în toate nașterile, pentru prevenirea hemoragiei post-partum (HPP), în perioada a treia a travaliului, utilizarea uterotonicelor - administrarea Sol. Oxytocinum 10 UN (2 ml), i.m./i.v (în prezența accesului venos) în primul min. după nașterea fătului - dacă Oxytocinum nu este disponibil, se recomandă utilizarea altor uterotonice injectabile (dacă sunt disponibile, precum Ergometrinum /Methylergometrinum sau combinația prestabilită de Oxytocinum și Ergometrinum) sau Misoprostolum 600 μg per oral - clamparea și secționarea cordonului ombilical se efectuează după oprirea pulsației cordonului ombilical, dar nu mai târziu de 3 min. de la nașterea copilului - tracția gentilă, controlată de cordonul ombilical cu contrapresiune concomitentă pe uter din partea simfizei • Nu se recomandă masajul uterin continuu, ca metodă de prevenire a

	hemoragiei postpartum la femeile care au primit Oxytocinum în scop profilactic
Îngrijirea maternă	<ul style="list-style-type: none"> • Se evaluează starea generală a lăuzei • Se apreciază FR, Ps, TA la fiecare 15 min. • Se evaluează uterul și sângerarea după expulzia placentei • Se discută despre jugularea durerii • Se recomandă preluarea unei poziții confortabile • Se evaluează factorii de risc pentru posibilele complicații • Se informează despre necesitățile specifice din perioada postnatală • Se evaluează comportamentul femeii, fiind important ca ea să fie cooperantă, pentru crearea unei ambiante amiabile și confortul psihoemoțional
Îngrijirea nou-născutului	<ul style="list-style-type: none"> • Se apreciază nou-născutul după scorul APGAR în primul și al 5-lea min. • Se menține contactul piele la piele pentru cel puțin o oră și până la sfârșitul primii alăptări • Se evită separarea mamei de copil • Se încurajează implicarea persoanei de sprijin
Examinarea complexului placentar	<ul style="list-style-type: none"> • Se examinează integritatea placentei • Se determină suprafața fetală (netedă, albă, lucioasă) și suprafața maternă formată din lobi, formați din vili corionici • Se determină integritatea membranelor • Se apreciază inserția și lungimea CO • Se estimează volumul de sânge pierdut
Examinarea căilor de naștere	<ul style="list-style-type: none"> • Se estimează integritatea căilor de naștere • Se efectuează suturarea lăcerățiilor obstetricale conform recomandărilor de bună practică, cu utilizarea preparatelor antibacteriene conform PCS „Antibioticoprofilaxia în obstetrică și ginecologie”
Înregistrarea informației despre naștere în fișa medicală	<ul style="list-style-type: none"> • Data și ora de naștere • Diagnosticul stabilit și posibilele complicații • Tratamentul administrat • Modalitatea de naștere • Manoperele diagnostice efectuate • Îndeplinirea partogramei • Scorul APGAR • Datele examinării nou-născutului • Măsurile și manipulațiile efectuate pentru mama și copil • Rezultatele investigațiilor de laborator și imagistice • Recomandările pentru mamă și nou-născut în perioada postnatală

6. Managementul perioadei de lăuzie imediată

Componente	Aspecte și acțiuni cheie
Îngrijirea lăuzei	<ul style="list-style-type: none"> • În primele 24 ore după naștere, în cazul tuturor lăuzelor, se evaluează: eliminările vaginale, tonusul uterin / gradul de contractare a uterului, înălțimea fundului uterin, temperatura și pulsul, TA trebuie măsurată la scurt timp după naștere. Dacă TA este normală, a doua măsurare se efectuează în decurs de 6 ore. Cantitatea și frecvența urinării trebuie apreciată și înregistrată în decurs de 6 ore • Nu este recomandată antibioticoprofilaxia de rutină lăuzelor cu naștere

	<p>vaginală necomplicată. și celor cu epiziotomie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se încurajează implicarea persoanei de sprijin • Se determină începând cu prima oră după naștere: temperatura, Ps, FR, TA, tonusul și nivelul uterului, caracterul și cantitatea lohiilor la 15, 30, 45, 60, 90, 120 min. după naștere • Evaluarea tonusului uterin transabdominal, pentru identificarea timpurie a atoniei uterine, este recomandată în toate situațiile • Se determină starea perineului inițial, la 60, 90, 120 minute; ulterior se reevaluează la necesitate • Se evaluează intensitatea durerii inițial și în dinamică. Aplicarea metodelor de diminuare a durerii în caz de solicitare a lăuzei • Se iau în considerare nevoile de igienă personală, nutriție și hidratare • Se asigură un mediu care favorizează adaptarea fiziologică • Se evaluează răspunsul psiho-emoțional și se intervine după caz
<p>Îngrijirea nou-născutului</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Îngrijirea nou-născutului sănătos se efectuează în conformitate cu prevederile PCN „Îngrijirea nou-născutului sănătos” • Nu se recomandă aspirarea de rutină a cavității nazale și bucale la nou-născuții care au început să respire desinestător după naștere. Îndepărtați secrețiile doar dacă acestea blochează gura sau nasul • Toți nou-născuții, inclusiv cei cu greutate mică la naștere care sunt capabili să sugă, trebuie aplicați la sân cât mai curând posibil după naștere, când sunt în stare clinică stabilă, iar mama și copilul sunt pregătiți • Aplicați imediat nou-născuții care nu necesită îngrijiri medicale, în contact neîntrerupt „piele la piele” cu mamele lor imediat după naștere, timp de cel puțin o oră, pentru a preveni hipotermia și a promova alăptarea • Se menține contactul „piele la piele” pentru cel puțin o oră și până la sfârșitul primei alăptări • Se menține lanțul cald pe tot parcursul aflării în Centrul Perinatal /maternitate, la toate etapele de îngrijire • Toți nou-născuții trebuie să primească 1 mg de vitamina K intramuscular după naștere (după prima oră, timp în care trebuie să fie în contact „piele la piele” cu mama și trebuie să fie inițiată alăptarea) • Băița trebuie amânată până la 24 ore după naștere. Dacă acest lucru nu este posibil din motive culturale, baia trebuie amânată cel puțin pentru 6 ore • Se recomandă îmbrăcarea copilului în funcție de temperatura mediului (cu 1-2 straturi de haine mai mult decât la adulți și utilizarea căciulii) • Mama și copilul nu trebuie separați, ei trebuie să rămână în aceeași cameră 24/24 ore.

NB! Indicații pentru apelarea medicului în timpul nașterii supravegheate de moașă:

- Pulsul parturientei < 60 sau ≥ 120 bătăi pe minut;
- TA sistolică < 80 mm Hg sau ≥ 140 mm Hg, TA diastolică ≥ 90 mm Hg;
- Temperatura corporală < 35°C sau ≥ 37,5°C;
- Dacă în 10 minute sunt înregistrate mai puțin de 2 sau mai mult de 5 contracții;
- Dacă durata contracțiilor este < 20 sau > 60 secunde;
- Tahicardia fetală (peste 160 bătăi pe minut) și bradicardia (sub 110 bătăi pe minut);
- Modificarea caracterului lichidului amniotic (verde, hemoragic);
- Apariția eliminărilor sangvinolente din tractul genital;
- Apariția durerilor de cap, amețelii, durerilor în epigastru, greață, vărsături, dereglări de vedere.

Tabelul 1: Abrevieri pentru înregistrarea observațiilor în Partogramă

Secțiunea	Parametru	Abreviere
Secțiunea 1: Informații generale despre pacientă și caracteristicile travaliului la internare	Ruptura membranelor amniotice (Data; Ora)	N/C = Necunoscut
Secțiunea 2: Îngrijire de susținere	Însoțitorul	Da Nu Ref = Refuzul femeii
	Analgezia	Da Nu Ref = Refuzul femeii de a aplica metode farmacologice sau non-farmacologice
	Lichidele administrate oral	Da Nu Ref = Refuzul femeii
	Poziția	DD = Decubit dorsal MO = Mobilă (ex. mers, verticală, decubit lateral, ghemuit, în genunchi, în picioare)
Secțiunea 3: Fătul	Decelerații ale ritmului cardiac fetal	Nu Prec = Precoce Tard = Tardive Var = Variabil
	Lichidul amniotic	I = Membrane intacte C = Lichid clar (transparent) M = Lichid meconial (+, ++, +++) S = Sânge
	Poziția fetală	A = Anterioară P = Posterioară T = Transversal
	Bosa sero-sanguină	0 = Lipsește + = Nepronunțată ++ = Moderată +++ = Pronunțată
	Configurarea craniană	0 = Lipsește (oasele sunt separate și suturile pot fi ușor palpate) + = Suturi apropiate (oasele se ating ușor unele de altele) ++ = Suprapuse, reducibile (oasele se suprapun puțin) +++ = Nereducibile (oasele se suprapun pronunțat)
Secțiunea 4: Parturientă	Urina	P- = Fără proteinurie P Trace = Urme P+, P++, P+++ = Diverse grade de proteinurie A- = Fără acetonurie A+, A++, A+++ = Diverse grade de acetonurie
Secțiunea 5: Progresul nașterii	N/A	-
Secțiunea 6: Medicația	Oxytocinum	Nu Dacă „Da”, specificați U/L și picături/min
	Medicația	Nu Dacă „Da”, notați denumirea, doza și calea de administrare
	Fluidele administrate intravenos	Da Nu
Secțiunea 7: Decizii	N/A	-

Tabelul 2. Reguli pentru completarea Secțiunii 1 din Partogramă

Variabila	Pasul 1: Evaluează	Pasul 2: Notați
Nume, Prenume	Concretizați numele complet al femeii.	Notați numele complet și verificați dacă corespunde cu cel din fișa medicală.
Paritate	Extrageți din fișa medicală numărul de nașteri după 22 ⁺⁰ s.g.	Numărul de nașteri după 22 ⁺⁰ s.g.
Debutul travaliului	A fost debutul travaliului spontan sau indus?	Notați „Spontan” dacă femeia a intrat în travaliu activ fără stimulare artificială. Notați „Indus” dacă debutul travaliului a fost stimulat artificial (Oxytocinum, prostaglandine, etc.).
Diagnosticul travaliului activ	Când (data/ora) a fost diagnosticat travaliul activ (dilatarea colului uterin ≥ 5 cm)?	Utilizați formatul zz/ll/aa, ora, min. pentru a nota data.
Ruperea pungii amniotice	Când (data/ora) a avut loc ruperea pungii amniotice?	Notați data și ora raportate de femeie, însoțitor sau din înscrisurile din fișa medicală. Utilizați „N/C” dacă informația nu este cunoscută.
Factorii de risc	Identificați factorii de risc cunoscuți (obstetricali, medicali, sociali).	Notați condițiile preexistente (ex. hipertensiune cronică, preeclampsie, sarcina la o adolescentă, colonizare cu streptococ de grup B).

Tabelul 3: Reguli pentru completarea Secțiunii 2 din Partogramă

	Etapa 1. Evaluează	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Persoana de susținere	Este prezent un însoțitor în timpul evaluării, la alegerea femeii?	Da Nu Ref = refuzul parturientei	Indicatori critici: Nu	Dacă se selectează opțiunea „Nu”, femeia trebuie rugată să aleagă și să invite un însoțitor. În cazul în care se alege opțiunea „Da” sau „Ref”, continuați să evaluați preferințele femeii în timpul nașterii.
Analgizia travaliului	A fost efectuată analgezia?	Da Nu Ref = refuzul parturientei	Indicatori critici: Nu	Dacă ați înregistrat „Nu”, propuneți analgezia în funcție de preferințele femeii, disponibilitatea analgezicelor și experiența furnizorului. Puteți propune o analgezie epidurală cu cea mai mică concentrație eficientă de anestezic local pentru a evita complicațiile, sau alt tip de analgezie disponibilă. Pot fi folosite, de asemenea, tehnici de relaxare, cum ar fi: relaxarea musculară, respirația, muzica și tehnicile manuale, în funcție de preferințele femeii.
Lichidele perorale	Parturienta a consumat cantitatea necesară de lichide de la examenul anterior?	Da Nu Ref = refuzul parturientei	Indicatori critici: Nu	În cazul în care este ales răspunsul „Nu”, recomandați parturientei să consume alimente ușoare și lichide, în funcție de dorința acesteia.

Poziția	Care este poziția femeii în timpul travaliului și al nașterii propriu-zise?	DD = decubit dorsal MO = mobilă (se mișcă periodic, inclusiv mergând, se află în orice altă poziție decât pe spate, de exemplu, pe partea stângă, ghemuită, în genunchi, în picioare)	Indicatori critici: DD = decubit dorsal	Dacă ați înregistrat „DD”, încurajați femeia să se plimbe în timpul primei perioade a travaliului. Sprijiniți alegerea poziției femeii (verticală, laterală stânga, ghemuită, în genunchi, în picioare fiind susținută de însoțitor) pentru fiecare perioadă a travaliului.
----------------	---	--	--	--

Tabelul 4: Reguli pentru completarea Secțiunii 3 din Partogramă - Fătul

Parametru	Etapa 1. Evaluati	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Ritmul cardiac fetal bazal	Ausculțați BCF timp de cel puțin 1 minut, în timpul unei contracții și 30 de secunde după contracție. Evaluati pulsul parturientei pentru a diferenția contracțiile cardiace ale acesteia de contracțiile cardiace ale fătului.	Notați BCF ca băți pe minut (băt/min). Pentru a doua perioadă, înregistrați cea mai semnificativă valoare clinică în intervalul de 15 minute.	Alertă: <110 băt/min sau ≥160 băt/min În timpul nașterii, la femeile sănătoase, se recomandă efectuarea periodică a ausculțației fetale folosind un aparat Doppler sau un stetoscop Pinar. O frecvență cardiacă fetală extrem de scăzută în absența contracțiilor sau care persistă după contracție indică la suferință fetală. O frecvență cardiacă fetală ridicată în absența unei frecvențe cardiace mari la mamă trebuie considerată un semn de suferință fetală.	Dacă BCF este <110 bpm sau ≥160 băt/min, rugați femeia să preia decubit lateral stâng, apoi alertați medicul superior și efectuați conduita conform protocoalelor clinice în vigoare. Dacă BCF este între 110 băt/min și 159 băt/min, continuați să evaluați BCF la fiecare 30 minute în prima perioadă a travaliului și la fiecare 5 minute în a doua perioadă a travaliului.
Decelerații ale BCF	Ausculțați BCF timp de cel puțin 1 minut, în timpul unei contracții și 30 de secunde după contracție.	Nu Prec = Precoce Tard = Tardive Var = Variabil	Alertă: Tard = Tardive Înregistrați prezența decelerațiilor. Un ritm cardiac fetal foarte lent în absența contracțiilor sau care persistă după contracții sugerează prezența suferinței fetale.	Dacă sunt prezente decelerațiile tardive sau prelungite, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare.

Parametru	Etapa 1. Evaluati	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Lichidul amniotic	Evaluati starea membranelor amniotice și aspectul lichidului amniotic (LA).	I = Membrane intacte C = Lichid clar M = Lichid meconial (+, ++, +++) S = Sânge Lichid amniotic meconial: utilizați +, ++ și +++ pentru a reprezenta LA meconial fluid, moderat și dens.	Alerta: M +++ = LA meconial dens. S = Sânge Notați starea membranelor. Dacă membranele sunt rupte, notați culoarea LA. Prezența meconiului dens indică necesitatea unei monitorizări atente și a unei posibile intervenții pentru gestionarea suferinței fetale. LA sangvinolent este frecvent întâlnit în cazul DPPNI, placentei praevia, vasa praevia sau rupturii uterine.	Dacă LA este sangvinolent, sau meconial dens, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă membranele sunt intacte sau rupte, iar LA este curat, evaluați LA în timpul următoarei examinări vaginale, peste 4 ore, cu excepția situațiilor când se indică o reevaluare mai devreme.
Poziția occipitului fetal	Efectuați examinarea vaginală în condiții de asepsie și antisepsie, cu consimțământul femeii.	A = Anterioară P = Posterioară T = Transversală	Alerta: P = Posterioară T = Transversală Odată cu coborârea, capul fetal se rotește astfel încât occipitul fetal să se poziționeze anterior în pelvisul matern. Eșecul rotirii occipitului fetal din poziția transversală sau posterioară în poziția anterioară trebuie gestionat ca o poziție anormală.	Dacă se detectează poziția Posterioară sau Transversală, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă s-a diagnosticat poziția occipitală anterioară, reevaluați poziția în timpul următoarei examinări vaginale, peste 4 ore, cu excepția situațiilor când este indicată o reevaluare mai devreme.
Bosa serosangvinolentă	Evaluati gradul bosesi în timpul examinării vaginale.	0 = Lipsește + = Nepronunțată ++ = Moderată +++ = Marcată	Alertă: +++ Evaluati bosa în asociere cu alte modificări materne și /sau fetale pentru a monitoriza starea parturientei și a fătului, pentru a identifica riscurile rezultatelor nefavorabile. Dacă partea prezentată are o bosa serosangvinolentă mare, în asociere cu alte modificări, ar putea indica o obstrucție.	Dacă bosa = +++, alertați personalul medical și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă bosa = 0 până la ++, repetați evaluarea în timpul următoarei examinări vaginale, peste 4 ore, cu excepția situațiilor când este indicată o reevaluare mai devreme.

Parametru	Etapa 1. Evaluati	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Configurarea craniană	Evaluati gradul de suprapunere a oaselor craniene fetale.	0 = Lipsește (oasele sunt separate și suturile pot fi ușor palpate) + = Suturi apropiate (oasele se ating ușor unele de altele) ++ = Suprapuse, reducibile (oasele se suprapun puțin) +++ = Nereducibile (oasele se suprapun pronunțat)	Alertă: +++ Evaluati configurarea craniană împreună cu alți parametri materni și fetalii pentru a monitoriza starea parturientei și a fătului, pentru a identifica riscurile rezultatelor adverse. Modelarea craniană de gradul trei, în asociere cu alte modificări, ar putea indica un travaliu obstrucționat.	Dacă configurarea craniană = +++, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele instituționale. Dacă modelarea craniană = 0 până la ++, aceasta este de obicei un semn normal (mai ales dacă ++ apare în etapele tardive ale travaliului). Reevaluarea trebuie efectuată în timpul următoarei examinări vaginale, peste 4 ore, cu excepția situațiilor când este indicată o reevaluare mai devreme.

Tabelul 5: Reguli pentru completarea Secțiunii 4 din Partogramă – Parturienta

Parametru	Etapa 1. Evaluati	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Pulsul	Apreciați pulsul (Ps) timp de cel puțin 1 minut.	Notați Ps în bătăi pe minut (b/m).	Alertă: <60 b/m, ≥120 b/m Creșterea frecvenței Ps parturientei poate indica, la deshidratarea acesteia, dureri, febră sau poate fi un semn de sângerare sau șoc. Bradicardia maternă este o indicație pentru examinarea materno-fetală pentru a identifica cauza probabilă, incluzând utilizarea unor medicamente specifice, poziția în decubit dorsal, durerea, sângerarea sau o afecțiune cardiacă.	Dacă Ps <60 b/m sau ≥120 b/m, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă Ps ≥60 b/m sau <120 b/m, evaluați frecvența Ps la fiecare 4 ore.
Tensiunea arterială sistolică	Măsurați tensiunea arterială (TA) în poziția așezată a parturientei.	Notați valorile TA sistolice în mmHg.	Alertă: <80 mmHg, ≥140 mmHg Evaluati TA pentru a monitoriza starea parturientei și pentru a identifica riscurile unor rezultate adverse. TA scăzută ar putea indica șoc hemoragic, șoc septic, hemoragie ascunsă sau evidentă. O TA sistolică de 140 mmHg ar putea fi un semn de hipertensiune (sunt necesare evaluări suplimentare pentru a stabili un diagnostic).	Dacă TA sistolică este <80 sau ≥140 mmHg, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă TA sistolică ≥80 sau <140 mmHg, evaluați TA sistolică la fiecare 4 ore.

Parametru	Etapa 1. Evaluati	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Tensiunea arterială diastolică	Măsurați TA în poziția așezată a parturientei	Notați TA diastolică în mmHg.	Alertă: ≥ 90 mmHg ar putea fi un semn de hipertensiune (sunt necesare evaluări suplimentare pentru a stabili un diagnostic).	Dacă TA diastolică ≥ 90 mmHg, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă TA diastolică < 90 mmHg, evaluați TA diastolică la fiecare 4 ore.
Temperatura	Măsurați temperatura în fosa axilară.	Notați temperatura în grade Celsius.	Alertă: $< 35,0^{\circ}\text{C}$, $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ Temperatura trebuie monitorizată pe parcursul travaliului pentru a evalua starea parturientei și pentru a identifica riscurile unor rezultate adverse la naștere.	Dacă temperatura $< 35,0^{\circ}\text{C}$ sau $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă temperatura este între $35,0^{\circ}\text{C}$ și $37,4^{\circ}\text{C}$, evaluați temperatura la fiecare 4 ore.
Urina	Verificați prezența proteinei și a acetonei în urină, utilizând o bandă reactivă sau analiza urogramei	P- = Fără proteinurie P Trace = Urme P+, P++, P+++ = Diverse grade de proteinurie A- = Fără acetonurie A+, A++, A+++ = Diverse grade de acetonurie	Alertă: P++, A++ Prezența proteinei 2+ (P++) ar putea ghida managementul ulterior, deși confirmarea poate fi realizată cu o a doua bandă reactivă care indică tot 2+ la următoarea urinare. Proteinuria ar putea fi un semn de preeclampsie, infecția tractului urinar, anemie severă, boli renale sau cardiace nediagnosticate anterior. Cetonuria ar putea fi un semn de deshidratare cauzată de aportul redus de lichide sau pierderi excesive (vărsături sau diaree), travaliu prelungit sau diabet nediagnosticat anterior.	Dacă P++ sau A++ sau mai mult, interpretați valorile în contextul unui examen clinic complet. Alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare.

Tabelul 6: Reguli pentru completarea Secțiunii 5 din Partogramă - Progresul nașterii

	Etapa 1. Evaluai	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Contrații în 10 minute	Numărați câte contracții uterine se atestă într-un interval de 10 minute.	Înregistrați numărul de contracții.	Alertă: $\leq 2, > 5$ Dacă contracțiile sunt ineficiente, suspectați activitate uterină inadecvată (9). Contrațiile continue, fără pauze sunt un semn de travaliu obstrucționat.	Dacă numărul contracțiilor este ≤ 2 sau > 5 în 10 minute, verificați numărul contracțiilor pe o perioadă suplimentară de 10 minute. Dacă frecvența se confirmă, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă numărul contracțiilor este între 3 și 5 timp de 10 minute, evaluați contracțiile uterine la fiecare 30 minute în prima perioadă a travaliului și cel puțin la fiecare 15 minute în a doua perioadă.
Durata contracțiilor	Evaluați durata contracțiilor.	Înregistrați durata contracției în secunde.	Alertă: $< 20, > 60$ Contrațiile scurte ar putea indica o activitate uterină inadecvată. Mai mult de 5 contracții în 10 minute sau contracțiile continue sunt semne de travaliu obstrucționat sau hiperstimulare.	Dacă durata contracțiilor este < 20 sau > 60 secunde, verificați numărul contracțiilor pe o perioadă suplimentară de 10 minute. Dacă durata se confirmă, alertați personalul medical superior și urmați protocoalele clinice în vigoare. Dacă durata contracțiilor este ≥ 20 sau ≤ 60 secunde, evaluați contracțiile la fiecare 30 minute în prima perioadă a travaliului și cel puțin la fiecare 15 minute în a doua perioadă.

	Etapa 1. Evaluai	Etapa 2. Notați	Etapa 3. Verificați în raport cu valoarea de prag	Etapa 4. Stabiliți un plan
Dilatarea colului uterin	Efectuați o examinare vaginală gentilă, după obținerea consimțământului femeii și asigurarea intimității. Examinați colului uterin în condiții de asepsie și antisepsie. Nu începeți examinarea în timpul contracției uterine. Evaluai concomitent toți parametrii care necesită a fi apreciați la examenul vaginal.	În faza activă a primei perioade a travaliului, marcați simbolul „X” în celula care corespunde timpului și dilatării cervicale, de fiecare dată când efectuați un examen vaginal. În a doua perioadă, inserați „Sc” pentru a indica momentul când încep scremetele.	Indicatorii critici pentru prima perioadă: 5 cm = ≥6 ore (dilatarea cervicală se menține la 5 cm timp de ≥6 ore) 6 cm = ≥5 ore (dilatarea cervicală se menține la 6 cm timp de ≥5 ore). 7 cm = ≥3 ore (dilatarea cervicală se menține la 7 cm timp de ≥3 ore) 8 cm = ≥2,5 ore (dilatarea cervicală se menține la 8 cm timp de ≥2,5 ore) 9 cm = ≥2 ore (dilatarea cervicală se menține la 9 cm timp de ≥2 ore) Indicatori critici pentru a doua perioadă: 3h la primipare; ≥2h la multipare (nașterea nu s-a finalizat în decurs de 3 ore de la începutul fazei active a perioadei a doua la primipare și 2 ore la multipare).	Trebuie luate măsuri când timpul de așteptare permis pentru dilatarea colului uterin este depășit în absența progresiei, sau dacă a doua perioadă a travaliului este prelungită. Dacă travaliu în prima perioadă evoluează conform așteptărilor, dilatarea colului uterin trebuie determinată la intervale de 4 ore, cu excepția cazurilor când există alte indicații. O repetare a examenului vaginal la mai puțin de 4 ore de la examenul anterior este acceptabilă dacă rezultatele vor furniza informații suplimentare importante pentru procesul decizional.
Coborârea căpsorului	Evaluai coborârea prin palpare abdominală; faceți referire la partea capului (divizat în cinci părți) palpabilă deasupra simfizei pubiene.	Marcați cu „O” celula care corespunde momentului și nivelului coborârii. Marcați un „O” la fiecare examinare vaginală. Utilizați 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 și 0/5 pentru a descrie stația fetală prin palpare abdominală	Nu există praguri de referință pentru această observație, care va varia în funcție de fiecare caz individual.	În prima perioadă a travaliului, evaluai coborârea capului fătului la fiecare 4 ore înainte de a efectua examinarea vaginală, cu excepția situațiilor când este indicată o reevaluare mai devreme. În a doua perioadă, luați în considerare comportamentul femeii, eficiența contracțiilor de scremăt, poziția și starea fătului, atunci când decideți momentul evaluării coborârii.

Tabelul 7: Reguli pentru completarea Secțiunii 6 din Partogramă – Medicație

Parametru	Pasul 1: Evaluări	Pasul 2: Notați
Oxytocinum	Se administrează în prezent Oxytocinum?	Dacă Oxytocinum nu este administrată, înregistrați „Nu”. Dacă Oxytocinum este administrată, înregistrați cantitatea de Oxytocinum în unități pe litru (U/L) și picături pe minut (pic/min). Când se utilizează Oxytocinum, înregistrați cantitatea administrată la fiecare 60 minute.
Medicație	Se administrează în prezent vreun alt medicament?	Dacă nu se administrează alte medicamente, înregistrați „Nu”. Înregistrați denumirea, doza și calea de administrare a oricărui alt medicament oferit parturientei în timpul primei sau celei de-a doua perioade a travaliului.
Fluide intravenos	Se administrează în prezent fluide intravenos?	Înregistrați: „Da” „Nu” Administrarea de rutină a fluidelor intravenos pentru toate femeile în travaliu nu este recomandată, deoarece reduce mobilitatea acestora și crește costurile în mod inutil. Femeile cu risc scăzut ar trebui încurajate să consume lichide pe cale orală și să primească fluide intravenos doar conform indicațiilor.

Tabelul 8: Reguli pentru completarea Secțiunii 7 din Partogramă - Decizii

Parametru	Pasul 1: Notați
Evaluare	Înregistrați evaluarea generală și orice constatări suplimentare care nu au fost documentate anterior, dar care sunt importante pentru monitorizarea travaliului.
Planuri de acțiune	Elaborați planul de acțiune în urma evaluării. De exemplu: <ul style="list-style-type: none"> • Continuarea monitorizării de rutină • Prescrierea testelor diagnostice • Stimularea travaliului cu perfuzie de Oxytocinum • Proceduri, cum ar fi amniotomia • Naștere asistată vaginal prin vacuum extracție sau aplicare de forceps • Operație cezariană <p>Luați în considerare implicarea parturientei în discuții și acordarea posibilității de a lua decizii informate.</p> <p>De fiecare dată când se finalizează o evaluare clinică a stării parturientei și/sau fătului, înregistrați planul bazat pe decizia comună.</p>

ANEXE

Anexa 1. Fișa de monitorizare a fazei latente a primei perioade de naștere (se completează de către moașă)

	Data							
	Ora							
Parturienta	Însoțitor							
	Lichidele administrate oral							
	Analgezia non-farmacologică							
	Poziția parturientei							
	Acuzele							
	Starea generală							
	Temperatura							
	TA (mmHg)							
	Ps (b/min)							
	FR							
	Contractiile uterine (nr. în 10 min.)							
	Durata contractiilor							
	Urina							
Fătul	BCF (b/min)							
	Decelerații ale BCF							
	Lichidul amniotic							
Evaluarea	Evaluare							
Personalul medical	Semnătura medicului							
	Numele prenumele medicului							
	Semnătura moașei							
	Numele prenumele moașei							

Anexa 3. Competențele prestatorilor de servicii medicale

Competență	Personalul responsabil
Promovarea unei experiențe pozitive în naștere	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog, Asistentul medicului anesteziolog /reanimatolog
Oferirea continuității serviciilor de îngrijire sigure și centrate pe nevoile specifice ale beneficiarului /lor	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog, Asistentul medicului anesteziolog /reanimatolog
Asigurarea mediului amiabil și prietenos în timpul travaliului	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog, Asistentul medicului anesteziolog /reanimatolog
Fortificarea cunoștințelor teoretice, abilităților practice și de comunicare ale prestatorilor de servicii în travaliu	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog, Asistentul medicului anesteziolog /reanimatolog
Asigurarea dreptului de informare, intimitate, confidențialitate, nondiscriminare pe componentul religios și /sau social	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog, Asistentul medicului anesteziolog /reanimatolog
Furnizarea informației și sprijinului psiho-emoțional centrat pe beneficiar /i, inclusiv prin prezența parteneriatului în naștere	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog, Asistentul medicului anesteziolog /reanimatolog
Susținerea evoluției fiziologice a nașterii	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Stabilirea contextului și aprecierea posibilor factori de risc matern și /sau fetal și /sau al nou-născutului	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog
Aprecierea semnelor de travaliu	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Stabilirea și evaluarea stării generale și hemodinamice a parturientei și lăuzei (temperatura, tensiunea arterială, puls, frecvența respiratorie)	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Stabilirea statutului de nutriție și hidratare a parturientei și lăuzei	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Determinarea și evaluarea caracterului contracțiilor uterine, inclusive prin înregistrarea la cardiotocografie (CTG)	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Aprecierea indicațiilor și /sau necesității efectuării și/sau repetării examenului vaginal (modificarea caracterului contracțiilor uterine, inclusiv înregistrarea la CTG, ruperea prematură a pungii amniotice, apariția contracțiilor de expulzie etc.	Medicul obstetrician-ginecolog,
Efectuarea examenului vaginal	Medicul obstetrician-ginecolog, excepție, Moașa, în caz de urgență, dacă medicul obstetrician-ginecolog este implicat în urgențe medicale majore sau în intervenție chirurgicală urgentă etc.

Competență	Personalul responsabil
Stabilirea și evaluarea stării fătului (auscultația bătăilor cordului fetal (BCF), înregistrarea CTG)	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Determinarea și evaluarea patternului mișcărilor fetale	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Auscultația BCF prin cu stetoscopul, dopptone-ul sau CTG	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Efectuarea CTG, cu înregistrare la necesitate a BCF și /sau contracțiilor uterine	Moașa
Stabilirea /confirmarea atitudinii, prezentației, poziției, varietății, gradului de angajare	Medicul obstetrician-ginecolog, excepție, Moașa, în caz de urgență, dacă medicul obstetrician-ginecolog este implicat în urgențe medicale majore sau în intervenție chirurgicală urgentă etc.
Stabilirea diagnosticului în funcție de specificul cazului clinic	Medicul obstetrician-ginecolog, Medicul neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog
Stabilirea și /sau revizuirea planului de naștere în funcție de specificul cazului clinic	Medicul obstetrician-ginecolog, Medicul neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog
Decizia despre spitalizare în funcție de specificul cazului clinic	Medicul obstetrician-ginecolog, Medicul neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog
Decizia despre conduita cazului clinic în funcție de specific	Medicul obstetrician-ginecolog, Medicul neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog
Efectuarea amniotomiei	Medicul obstetrician-ginecolog
Decizia de a solicita implicarea unui alt medic obstetrician pentru managementul cazului clinic complex /complicat	Medicul obstetrician-ginecolog
Decizia despre efectuare a analgeziei nemedicamentoase în travaliul	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Efectuarea analgeziei nemedicamentoase în travaliul	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Decizia despre efectuare a analgeziei medicamentoase în travaliul	Medicul obstetrician-ginecolog
Alegerea metodei de analgezie medicamentoase în travaliu	Medicul anesteziolog /reanimatolog, Medicul obstetrician-ginecolog
Efectuarea analgeziei medicamentoase (anesteziei epidurale) în travaliul	Medicul anesteziolog /reanimatolog
Decizia de a solicita implicarea unui alt medic anesteziolog /reanimatolog	Medicul anesteziolog /reanimatolog
Decizia despre administrarea Sol. Oxytocinum	Medicul obstetrician-ginecolog
Administrarea Sol. Oxytocinum	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Conduita contracțiilor expulzive (a scrementelor)	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Conduita a perioadei a treia	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Examinarea complexului placentar	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Examinarea căilor de naștere	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Suturarea lacerățiilor obstetricale necomplicate ale căilor de naștere	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Suturarea lacerățiilor obstetricale complicate ale căilor de naștere	Medicul obstetrician-ginecolog

Competență	Personalul responsabil
Suturarea lăcerățiilor obstetricale necomplicate /complicate, asociate cu factori de risc	Medicul obstetrician-ginecolog
Efectuarea probei cu Sol. Lidocaini	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa, Medicul anesteziolog /reanimatolog
Decizia despre metoda de analgezie efectuată pentru suturarea lăcerățiilor obstetricale	Medicul obstetrician-ginecolog,
Efectuarea analgeziei pentru suturarea lăcerățiilor obstetricale	Medicul anesteziolog /reanimatolog, Medicul obstetrician-ginecolog
Înregistrarea dinamicii travaliului în partogramă	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa* (compartimentele din anexa 1)
Decizia despre necesitatea efectuării operației cezariene	Medicul obstetrician-ginecolog, în Consiliu; în funcție de complexitatea cazului și /sau nevoile specifice ale beneficiarului, pot fi implicați în decizie Medicul neonatolog /pediatru, Medicul anesteziolog /reanimatolog
Îngrijirea lăuzei în lăuzia imediată	Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Aprecierea și evaluarea stării nou-născutului	Medicul obstetrician-ginecolog, Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru
Decizia despre efectuarea manoperelor clinice și paraclinice pentru făt	Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru
Efectuarea manoperelor medicale de resuscitare pentru făt	Medicul neonatolog /pediatru, Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul obstetrician-ginecolog, Moașa
Decizia de a solicita implicarea unui alt neonatolog și /sau alt neonatologul reanimatolog	Medicul neonatolog /pediatru; Asistentul medicului neonatolog /pediatru, Medicul obstetrician-ginecolog

Anexa 4. Grade de recomandare și niveluri ale dovezilor

Tabelul 1. Clasificarea gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar, atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiune	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenții sunt posibile și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabelul 2. Clasificarea gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi Ia sau Ib).
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi IIa, IIb sau III).
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivelurile de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E/PBP	Punct de bună practică/Recomandări de bună practică bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a ghidului.

Tabelul 3. Clasificarea nivelurilor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasiexperimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute de la studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

Anexa 5.

**Fișa standardizată de audit medical
pentru evaluarea implementării Protocolului clinic standardizat
„Îngrijiri intranatale pentru experiența pozitivă a sarcinii”**

Nr.	Compartiment evaluat	Codificarea criteriilor pentru evaluare
1.	Denumirea IMSP	denumirea oficială
2.	Mediul de reședință a gravidei	urban = 1; rural = 2
3.	Informare și consiliere	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9;
4.	Triajul inițial	aprecierea semnelor de travaliu = 1; stabilirea vârstei gestaționale = 2; determinarea anamnezei sarcinii actuale = 3; determinarea evoluției sarcinii = 4; evaluarea nevoilor psiho-emoționale și nevoilor specifice = 5; starea gravidei: t° = 6; TA = 7; Ps = 8; FR = 9; stabilirea statutului de nutriție = 10; stabilirea statutului de hidratare = 11; evaluarea contracțiilor uterine: regulate/neregulate = 12; durata = 13; intensitatea = 14; evoluția = 15; evaluarea eliminărilor din căile genitale: caracterul = 16; culoarea = 17; cantitatea = 18; mirosul = 19; consistența = 20; confirmarea/infirmarea RPM = 21; starea fătului: atitudinea = 22; prezența = 23; poziția = 24; varietatea = 25; gradul de angajare = 26; evaluarea patternului mișcărilor fetale timp de 24 ore = 27; aprecierea BCF = 28; efectuarea examenului vaginal = 29
5.	Prima perioadă a travaliului	Faza latentă: monitorizarea contracțiilor uterine la fiecare 4 ore = 1; revizuirea planului de naștere = 2; evaluarea stării: t° = 3; TA = 4; Ps = 5; FR = 6; stabilirea statutului de nutriție = 7; stabilirea statutului de hidratare = 8; evaluarea prezenței posibilor factori de risc = 9; evaluarea stării fătului: aprecierea BCF nu mai rar de 30 de minute = 10; Faza activă: aprecierea dilatării colului uterin = 11; completarea partogramei în timp real = 12; evaluarea stării: t° = 13; TA = 14; Ps = 15; FR = 16; stabilirea statutului de nutriție = 17; stabilirea statutului de hidratare = 18; evaluarea diurezei = 19; evaluarea prezenței posibilor factori de risc = 20; evaluarea poziției = 21; evaluarea mișcării = 22; evaluarea contracțiilor uterine la fiecare 30 min, cu includerea datelor în partogramă = 23; examinarea vaginală la fiecare 4 ore = 24; evaluarea stării fătului: aprecierea BCF nu mai rar de 30 de minute = 25; analgezia travaliului/aplicarea manevrelor non-farmacologice = 26
6.	Perioada a II a travaliului	Faza latentă: starea fătului: aprecierea BCF la fiecare 15 min = 1; starea parturientei (aprecierea nu mai rar de 30 min): Ps = 2; FR = 3; TA = 4; golirea vezicii urinare = 5; evaluarea contracțiilor uterine la fiecare 15 min = 6; examenul vaginal: determinarea evoluției travaliului = 7; angajării, coborării, configurării părții prezentate = 8; aprecierea continuă a eliminărilor vaginale = 9; conduita scremetelor = 10; Faza activă: starea fătului: aprecierea BCF spre sfârșitul și după fiecare contracție sau cel puțin la fiecare 5 min = 11; starea parturientei (aprecierea nu mai rar de 30 min) : Ps = 12; FR = 13; TA = 14; golirea vezicii urinare = 15; aprecierea contracțiilor uterine la fiecare 15 min = 16; examenul vaginal: determinarea evoluției travaliului = 17; angajării, coborării, configurării părții prezentate = 18; aprecierea continuă a eliminărilor vaginale = 19; conduita scremetelor = 20; informarea despre avantajele/dezavantajele poziției de naștere = 21; îngrijirea perineului = 22
7.	Perioada a III a travaliului	Conduita activă: administrarea Sol. Oxytocinum 10 UN (2 ml), i.m./i.v în 1 min după naștere = 1; clamparea și secționarea CO în 1-3 min după naștere/ după oprirea pulsației CO = 2; tracția controlată a CO cu contrapresiune concomitentă pe uter din partea simfizei = 3; îngrijirea maternă: evaluarea stării generale = 4; FR = 5; Ps = 6; TA = 7 (la fiecare 15 min); evaluarea uterului și sângerei = 8; managementul durerii = 9; evaluarea factorilor de risc = 10; informarea despre necesitățile specifice din perioada postnatală = 11; evaluarea comportamentului femeii = 12; îngrijirea nou-născutului: aprecierea scorului APGAR în 1 min și 5 min = 13; menținerea contactului piele pe piele pentru cel puțin 1 h și până la sfârșitul primii alăptări = 14; evitarea separării mamei de copil = 15; implicarea persoanei de sprijin = 16; examinarea complexului placentar: examinarea integrității placentei = 17; determinarea suprafeței fetale = 18; determinarea suprafeței materne = 19; determinarea integrității membranelor = 20; aprecierea inserției și lungimii CO = 21; estimarea volumul de sânge pierdut = 22; examinarea căilor de naștere: integrității căilor de naștere = 23; efectuarea suturării lacerățiilor obstetricale = 24; înregistrarea informației despre naștere în fișa medicală: data și ora de naștere = 25; diagnosticul, complicațiile = 26; tratamentul = 27; modalitatea de naștere = 28; manoperele diagnostice = 29; îndeplinirea partogramei = 30; datele examinării nou-născutului = 31; manipulațiile efectuate pentru mama și copil = 32; rezultatele investigațiilor de laborator și imagistice = 33; recomandările pentru mamă și nou-născut în perioada postnatală = 34
8.	Managementul perioadei de lăuzie imediată	implicarea persoanei de sprijin = 1; starea lăuzei: t° = 2; Ps = 3; FR = 4; TA = 5; tonusul și nivelul uterului = 6; caracterul și cantitatea lohiilor (la 15,30, 45, 60, 90, 120 min) = 7; starea perineului inițial (apoi la 60, 90, 120 min.) = 8; managementul durerii = 9; AB profilaxia (nu se recomandă de rutină) = 10; starea n.n: aplicarea precoce la sân = 11; contactul imediat „pele la pele” = 12; aflarea nn împreună cu mama = 13; administrarea 1 mg de vitamina K i/m după naștere la toți nou-născuții (după prima oră) = 14.

BIBLIOGRAFIE

1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care for health women and babies. Clinical Guideline 190. 2023. Available from: <https://www.nice.org.uk>.
2. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
3. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Provision of routine intrapartum care in the absence of pregnancy complications. 2017. Available from: <https://ranzcog.edu.au/>.
4. Lee LRN, Dy JMD, Azzam HMD. Management of spontaneous labour at term in healthy women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. [Internet]. 2016; 38(9):843-65 DOI:10.1016/j.jogc.2016.04.093.
5. Smith H, Peterson N, Lagrew D, Main E. Toolkit to support vaginal birth and reduce primary cesareans: a quality improvement toolkit. [Internet]. 2016. Available from: <https://www.cmqcc.org/>.
6. Queensland Clinical Guidelines. Normal birth Guideline No. MN22.25-V5-R27 Queensland Health. 2022. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/qcg>
7. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2017. Issue 2017. Art No.: DOI:10.1002/14651858.CD011516.pub2.
8. Buckley SJ. Hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. [Internet]. Washington, DC: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women and Families; 2015. Available from: <http://www.nationalpartnership.org>.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion. Approaches to limit intervention during labor and birth. No. 766. *Obstetrics & Gynecology* 2017 (reaffirmed 2021);133(2):e164.
10. Stark MA, Remyse M, Zwelling E. Importance of the birth environment to support physiologic birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. [Internet]. 2016; 45(2):285-94 DOI:10.1016/j.jogn.2015.12.008.
11. Burke N, Donnelly JC, Burke G, Breathnach F, McAuliffe F, Morrison J, et al. Do birth plans improve obstetric outcome for first time mothers: results from the multi-center Genesis Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. [Internet]. 2016; 214(1):S276 DOI:10.1016/j.ajog.2015.10.550.
12. Divall B, Spiby H, Roberts J, Walsh D. Birth plans: a narrative review of the literature. *International Journal of Childbirth*. [Internet]. 2016; 6(3):157-72 DOI:10.1891/2156-5287.6.3.157.
13. Oladapo O, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie T, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. [Internet]. 2018; 125(8):918-22 DOI:10.1111/1471-0528.15237.
14. Australian College of Midwives. BFHI Australia maternity facility handbook. [Internet]. 2020. Available from: <http://www.bhfi.org.au>.
15. Toohill J, Fenwick J, Sidebotham M, Gamble J, Creedy DK. Trauma and fear in Australian midwives. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*. [Internet]. 2019; 32(1):64-71 DOI:10.1016/j.wombi.2018.04.003.
16. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*. [Internet]. 2010; 116(6):1281-7 DOI:10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e.
17. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2017. Issue 5. Art No.: CD002006. Available from: DOI:10.1002/14651858.CD002006.pub4.
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2013; Issue 10. Art No.: CD003934 DOI:10.1002/14651858.CD003934.pub4.
19. Lodge F, Haith-Cooper M. The effect of maternal position at birth on perineal trauma: a systematic review. *British Journal of Midwifery*. [Internet]. 2016; 24(3):172-80 DOI:10.12968/bjom.2016.24.3.172.
20. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2017. Issue 5. Art No.: CD002006. Available from: DOI:10.1002/14651858.CD002006.pub4.
21. Aasheim V, Nilsen A, Reinar L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2017, Issue 6. Art No.: CD006672. Available from: DOI:10.1002/14651858.CD006672.pub3.
22. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *ObstetGynecol*-1996; 873:355-9.NE3
23. Paladi, Gheorghe Bazele obstetricii fiziologice : Man. / Gheorghe Paladi, Olga Cernețchi; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu". - Ch.: CEP "Medicina", 2007. - 560 p. ISBN 978-9975-945-73-8 300 ex.
24. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Web annex. Evidence base. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/RHR/18.04).