



REPUBLIC OF KOSOVO - REPUBLIKA E KOSOVES
QEVERIA E KOSOVES - VLADA KOSOVA - GOVERNMENT OF KOSOVO
MINISTRIA E SHENDETESIS - MINISTARSTVO ZDRAVSTVA - MINISTRY OF HEALTH

Nr. Prot: 05-5337
Broj Prot: 05-5337
Prot. No: 05-5337
Data: 14.07.25
Datum: 14.07.25
Date: 14.07.25

Prishtine / a

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government

Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit- Ured Ministra -Office of the Minister

Nr:101/VII/2025

Datë: 14.07.2025

Zëvendësministri i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të nenit 145, pika 2 të Kushtetutës së Republikës së Kosovës, në përputhje me nenet 11 dhe 16 të Ligjit nr. 06/L-113 për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore dhe agjencive të pavarura (Gazeta Zyrtare, Nr. 7, 01 Mars 2019), nenit 12 të Ligjit nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, Rregullores (QRK) Nr.14/2023 për Fushat e Përgjegjësisë Administrative të Zyrës së Kryeministrit dhe Ministrive Shtojca 1 paragrafi 6 nëparagrafi 6.1, duke u bazuar në nenin 15 të Udhëzimit administrativ Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Udhërrëfyesi Klinik "Menaxhimi i lindjes me prerje Cezariane".
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Udhërrëfyesi Klinik "Menaxhimi i lindjes me prerje Cezariane".
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Zëvendës Ministri.

Dr. Arsim Berisha

Zëvendësminister i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit i Përgjithshëm;
- Departamentit ligjor;
- Kryesuesit të KKUPK;
- Departamentit të PSSh;
- Arkivit të MSh-së.



Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

“LINDJA ME PRERJE CEZARIANE”

UDHËRRËFYES KLINIK

Këshilli Kosovar për udhërrëfyes dhe protokole klinike:

MSc. Niman Bardhi, PhD. – Kryesues

Znj. Fatbardhe Murtezi – Anëtare

Dr. Shaban Osmanaj – Anëtar

Z. Mentor Sadiku – Anëtar

Dr. Teuta Qilerxhiu – Anëtare

Dr. Fakete Hoxha - Anëtare

Prof. Dr. Lul Raka – Anëtar

Prof. Dr. Premtim Rashiti – Anëtar

Dr. Valon Zejnullahu – Anëtar

Dr. Lauras Idrizi – Anëtar

Z. Agron Bytyqi – Anëtar

Komisioni për vlerësimin e metodologjisë së adaptimit të udhërrëfyesve klinik:

Prof. Dr. Merita Berisha – Kryesuese

Dr. Drita Lumi – Anëtare

Prof. Dr. Valbona Zhjeqi – Anëtare

Dr. Merita Vuthaj – Anëtare

Mr. Sci. Ariana Qerimi – Anëtare

Grupi punues:

Dr. Gent Sopa – Kryesuese

Dr. Memli Morina – Anëtar

Dr. Sehadete Shala – Anëtare

Dr. Rajmonda Nallbano – Anëtare

Dr. ISmet Oruçi – Anëtar

Mr.Ph. Arbnore Beka – Anëtare

Përmbajtja

I.	Hyrje.....	1
	Qëllimi	1
	Definicionet.....	1
	Epidemiologjia.....	1
	Popullata e shënjestruar.....	2
	Audienca e cakut.....	2
II.	Pyetjet shëndetësore	3
III.	Metodologjia.....	4
IV.	Rekomandimet.....	7
	1.Kujdesi para lindjes.....	7
	2.Indikacionet për lindje me prerje cezariane.....	8
	3.Procedurat teknike	15
	4.Teknika kirurgjike.....	20
	5.Përkujdesja pas operacionit	26
V.	Aplikimi në praktikën klinike	31
	Ndihmesat dhe barrierat	31
	Këshillat dhe mjetet për aplikim korrekt.....	32
	Ndikimi ekonomik	32
VI.	Standardet e auditueshme	33
VII.	Referencat.....	34
VIII.	Shtojcat.....	42
IX.	Shkurtesat	52

I. Hyrje

Qëllimi

Ky udhërrëfyes ka për qëllim t'u japë stafit mjekësor rekomandime të bazuara në shkencë për trajtimin sa më të drejtë të nënave dhe fëmijëve para, gjatë dhe pas lindjes me prerje cezariene (LPC).

Udhërrëfyesi ofron udhëzime për klasifikimin e LPC-ve, indikacionet (arsyet) për lindje me prerje cezariene, informimin e gruas, trajtimin anesteziologjik gjatë lindjes, teknikën operative të lindjes cezariene dhe kujdesin pas lindjes me prerje cezariene. Me aplikimin e këtij udhërrëfyesi presim të rritet cilësia e trajtimit gjatë lindjes me prerje cezariene dhe të unifikohen në tërë vendin indikacionet dhe teknika për lindje me prerje cezariene..

Definicionet

Lindja me prerje cezariene (LPC) është formë e lindjes operative gjatë së cilës fëmija nxirret nga barku i nënës përmes një operacioni kirurgjik. Ky operacion përfshin prerjen e shtresave të barkut dhe mitrës për të nxjerrë fëmijën dhe është një nga operacionet më të shpeshta kirurgjikale te femrat në mbarë botën (1).

Ky modalitet i lindjes kryhet kur lindja me rrugë vagjinale është e pamundshme ose e pasigurt për nënën ose fetusin. Lindja me prerje cezariene mund të jetë e planifikuar apo emergjente.

Lindje e planifikuar (elektive) me prerje cezariene është një operacion i planifikuar, kur lindja kryhet para fillimit të fazës së parë të lindjes.

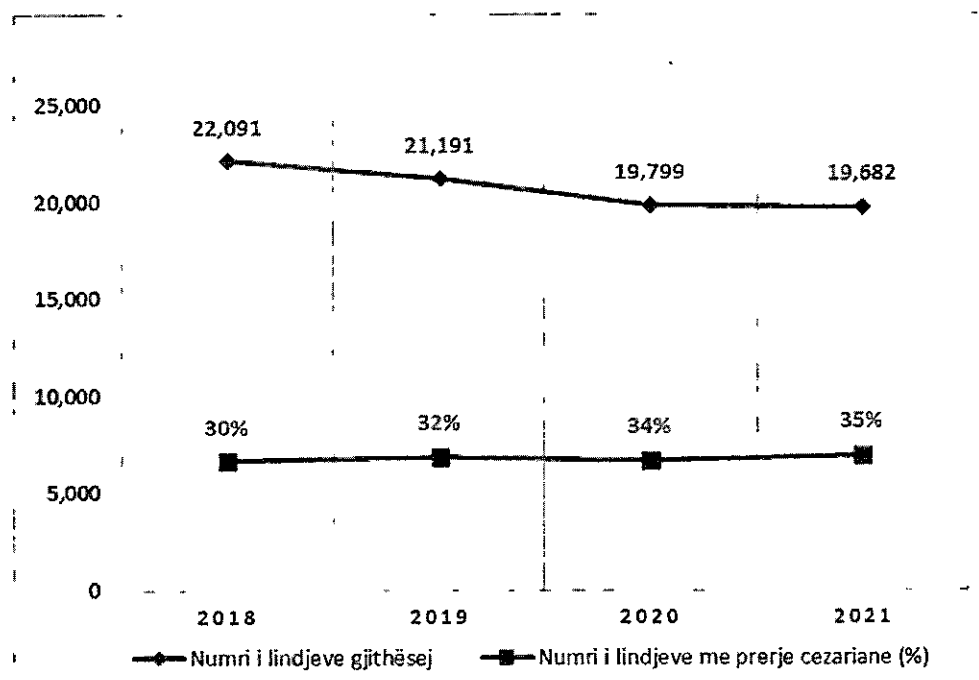
Lindje emergjente me prerje cezariene, është një operacion emergjent, kur procesi i lindjes ka filluar, por për shkak të gjendjes së fetusit, nënës apo të dyve, duhet patjetër të kryhet lindja operative me prerje cezariene.

Lindja urgjente me prerje cezariene, ngjashëm me lindjen emergjente, por në këto raste intervenimi mund të shtyhet për një kohë të caktuar (të limituar).

Epidemiologjia

Mungesa e një sistemi të digjitalizuar të informimit shëndetësor në Kosovë e bën shumë të vështirë marrjen e të dhënave për numrin e saktë të lindjeve me prerje cezariene në nivel vendi. Është veçanërisht e pamundur të sigurohen informata për institucionet private shëndetësore, ku jozyrtarisht përqindja e lindjeve me prerje cezariene është shumë më e madhe. Sipas të dhënave të Agjencisë së Statistikave të Kosovës (ASK) për vitin 2021, nga gjithsej 19,682 lindje në spitalet publike, 6,918 (34%) prej tyre kanë qenë me prerje cezariene (3).

Grafikoni 1: Numri i lindjeve në spitalet publike në Kosovë për vitet 2018-2021, numri (%) lindjeve me prerje cezariane



Popullata e shënjestruar

Udhërrëfyesi ka për synim gratë shtatzëna dhe ato pas lindjes me prerje cezariane, si dhe pacientët e materniteteve që nevojitet të kryejnë lindjen e planifikuar ose emergjente me prerje cezariane. Nga ky udhërrëfyes përjashtohen rastet kur shtatzënia përfundon me abort ose me lindje me rrugë vagjinale dhe disa raste të shtatzënive me më shumë se dy feto..

Audienca e cakut

Ky udhërrëfyes i dedikohet të gjithë profesionistëve shëndetësorë, në të tri nivelet e sistemit, të cilët merren me kujdesin ndaj gruas shtatzënë për çështje që ndërlidhen me shtatzëninë dhe/apo lindjen. Në radhë të parë ka si cak obstetër/gjinekologët, anesteziologët, pediatër/neonatologët, specialistët e këtyre lëmive si dhe mamitë e infermierët.

Udhërrëfyesi duhet të merret si dokument rekomandues dhe përdoruesi duhet të zgjedhë veprimin më të mirë të bazuar në evidencë në kohën e vendimmarrjes.

II. Pyetjet shëndetësore

1. Kur duhet informuar gruaja shtatzënë për mundësinë dhe mënyrën e lindjes me prerje cezariane?
2. Cilat janë rastet kur lindja rekomandohet të bëhet me prerje cezariane?
3. Si duhet vepruar nëse kërkohet nga gruaja lindja me prerje cezariane, por nuk ka indikacion shëndetësor?
4. Si duhet informuar gruaja për operacionin e planifikuar?
5. Si kategorizohen lindjet me prerje cezariane sipas nivelit të urgjencës?
6. Cilat janë llojet e mundshme të anestezionit tek lindja me prerje cezariane?
7. Si duhet bërë antibioprolifaksa tek lindje cezariane?
8. Cilat masa të antikoaguloprofilaksës janë adekuate për personat që i nënshtrohen lindjes me prerje cezariane?
9. Çfarë teknike kirurgjike duhet përdorur operatori gjatë kryerjes së operacionit?
10. Cili është kujdesi për plagën operatore pas intervenimit?

III. Metodologjia

Grupi për adaptimin e udhërrëfyesit:	
Asst.Dr. Gent Sopa – gjinekolog/obstetër	<i>Fakulteti i Mjekësisë - UP, Prishtinë, kryesues</i>
Arbnore Beka – mr.sci., specialiste e hulumtimit dhe kontrollit të barnave	<i>Ministria e Shëndetësisë, Prishtinë, anëtare</i>
Dr. Memli Morina, mr.sci, gjinekolog/obstetër	<i>Poliklinika Dr. Memli, Prishtinë, anëtar</i>
Prof.Ass.Dr. Sahadete Shala – gjinekologe/obstetre	<i>Klinika Obstetrike Gjinekologjike, SHSKUK, Prishtinë, anëtare</i>
Prof.Ass.Dr. Rajmonda Nallbani – anesteziologe	<i>Klinika e Anesteziologjisë dhe Reanimacionit, SHSKUK, Prishtinë, anëtare</i>
Dr. Ismet Oruci – mjek familjar	<i>QKMF, Gjilan, anëtar</i>

Udhërrëfyesi është adaptuar në bazë të udhëzimit administrativ nga Ministria e Shëndetësisë së Republikës së Kosovës për përpilimin e udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike.

Para fillimit të punës në hulumtim, të gjithë anëtarët e grupit punues kanë deklaruar me shkrim se nuk kanë asnjë konflikt interesi për adaptimin dhe përpilimin e këtij dokumenti. Ata janë mbështetur financiarisht nga Fondi i Kombeve të Bashkuara për Popullsinë (UNFPA). Grupi punues (GP) deklaroi që mbështetja ka qenë pa asnjë ndikim në përmbajtjen e materialit dhe nuk ka ndikuar në opinionin e tyre në përpilimin e rekomandimeve.

Me qëllim të adaptimit të udhëzimeve në kontekstin klinik lokal, është hulumtuar databaza MEDLINE përmes PubMed për hulumtimet (5 vitet e fundit) relevante, si dhe libraritë online të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh), “Royal College of Obstetricians and Gynaecologists” (RCOG) dhe “American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG). Gjithashtu është hulumtuar libraria Cochrane për Meta-Analiza në temën që trajton udhërrëfyesi. Pas hulumtimit u identifikuan udhërrëfyesit kryesorë të cilët u analizuan.

Janë analizuar udhërrëfyesit “Caesarean birth (NICE Guideline 192)” të Institutit Nacional për Përsosmëri të Shëndetit dhe Kujdesit të Anglisë (NICE) (4). Në të njëjtën kohë është analizuar edhe udhërrëfyesi “Caesarean Section. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3-Level, AWMF Registry No. 015/084, June 2020)” për lindje cezariane, përpiluar nga Shoqatat Gjermane, Austriake dhe Zvicerane të Gjinekologjisë dhe Obstetrikës, udhërrëfyes ky bazuar në këto tri shtete (5). Dhe në fund edhe udhërrëfyesit relevantë të hartuar nga Kolegji Mbretëror i Obstetërve dhe Gjinekologëve të Australisë dhe Zelandës së Re (6).

Për adaptim me konsensus të plotë është zgjedhur si bazë:

- Caesarean birth (NICE Guideline 192) nga Instituti Nacional për Përsosmëri të Shëndetit dhe Kujdesit të Anglisë. Publikuar më 31 Mars 2021. Përditësimi i fundit 21 Qershor 2023

- "Caesarean Section. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3-Level, AWMF Registry No. 015/084, June 2020)"

Përpilimi i këtij dokumenti është bërë nga profesionistë të fushave relevante mjekësore, të cilët janë siguruar që nuk përfaqësojnë interesat e asnjë institucioni apo organizate. Puna e tyre është tërësisht shkencore dhe e bazuar në fakte. Gradimi i punimeve të përfshira është bazuar në sistemin e gradimit të "Scottish Intercollegiate Guidelines Network" (SIGN), ndërsa gradimi i rekomandimeve është bërë nëpërmjet sistemit GRADE të vlerësimit (7) (Tabela 1).

Tabela 1.: Gradimi i evidencës shkencore dhe rekomandimeve në këtë udhërrëfyes

Gradimi i evidencës shkencore		Gradimi i rekomandimeve	
1++	Meta-analizë e cilësisë së lartë, rishikim sistematik i RCT ose RCT me rrezik shumë të ulët për bias	A	Evidenca bazuar direkt nga punime të kategorisë I (1+, 1++) sipas evidencës shkencore. Provat janë të mjaftueshme për tu aplikuar në praktikë.
1+	Meta-analizë mirë të kryera, rishikime sistematik të RCT ose RCT me rrezik të ulët për bias	B	Evidenca bazuar direkt nga punime të kategorisë 2++ sipas evidencës shkencore. Përfundime të nxjerra (ekstrapoluara) indirekt nga punime të kategorisë I (1+, 1++). Provat janë të mjaftueshme që të shfrytëzohen në shumicën e rasteve në praktikë.
1-	Meta-analizë, rishikim sistematike ose RCT me rrezik të lartë për bias	C	Evidenca bazuar direkt nga punime të kategorisë 2+ sipas evidencës shkencore. Përfundime të nxjerra (ekstrapoluara) indirekt nga punime të kategorisë 2++. Aplikimi në praktikën klinike është jo plotësisht i mbështetur nga provat, duhet patur kujdes në aplikim.
2++	Rishikime sistematike me cilësi të lartë të rasteve të kontrollit ose studimeve të grupit (cohort), ose studimeve me cilësi të lartë të kontrollit të rasteve ose grupeve me një rrezik shumë të ulët të konfuzionit ose biasit dhe një probabilitet të lartë që marrëdhënia të jetë shkak-pasojë	D	Evidenca bazuar direkt nga punime të kategorisë 3 ose 4 sipas evidencës shkencore. Përfundime të nxjerra (ekstrapoluara) indirekt nga punime të kategorisë 2+. Aplikimi në praktikën klinike është jo plotësisht i mbështetur nga provat, preferohet të kemi kujdes në aplikimin e tij.
2+	Studime rast-kontroll të kryera mirë ose studime grupore (cohort) me një rrezik të ulët të konfuzionit ose biasit dhe një probabilitet të moderuar që marrëdhënia të jetë shkak-pasojë	✓	Praktikë e mirë e bazuar në praktikën klinike të ekspertëve të fushës. Evidenca shkencore është e dobët dhe rekomandimi duhet të aplikohet me kujdes.
2-	Rast-kontroll ose studim grupor (cohort) me probabilitet të lartë konfuzionit ose biasit dhe një probabilitet të lartë që marrëdhënia të jetë e rastit (jo-kauzale)		
3	Studime jo-analitike, p.sh.: studime rasteve, ose serisë së rasteve		
4	Mendim i ekspertëve		

Udhërrëfyesi është përpiluar duke u bazuar në udhëzimet e AGREE II për përpilimin dhe vlerësimin e udhërrëfyesve. Marrja e vendimeve për rekomandimet e dhëna si praktikë e mirë apo konsensus i ekspertëve (shënuar me ✓) është bërë me pëlqimin (vota) e të paktën pesë nga gjashtë anëtarët.

Gjatë marrjes dhe përshtatjes së rekomandimeve, është hulumtuar baza shkencore për secilën prej tyre, duke analizuar evidencën e prezantuar në udhërrëfyesin bazë. Për secilin studim të referuar, është kërkuar nëse ka hulumtime kontradiktore më të reja dhe nëse ato janë më cilësore. Në rast të gjetjes së hulumtimeve të tilla, është bërë ri-vlerësim i rekomandimit dhe është arritur deri te rekomandimi më i saktë. Rekomandimet që janë përfshirë si pika të praktikës së mirë në udhërrëfyesin bazë, janë hulumtuar edhe në udhërrëfyesit e tjerë, përfundimi është nxjerrë me konsensus nga anëtarët. Janë përjashtuar nga përfshirja hulumtimet që deri më 01 Dhjetor 2023 kanë qenë të pa botuara (pre-print), dhe si rrjedhojë e pa mundur të sigurohet hulumtimi në tërësi, si dhe hulumtimet në gjuhë tjera përveç gjuhës angleze.

Para dhe pas çdo rekomandimi në dokument janë paraqitur evidenca shkencore dhe hulumtime që kanë kaluar kriteret e përfshirjes, pro apo kundër atij rekomandimi. Formulimi final i tekstit të rekomandimit është bërë me konsensus të anëtarëve, duke u siguruar evitimin e dykuptimësisë. Secili hulumtim që lidhet me ndonjërin nga rekomandimet, është referuar dhe gjendet në listën e referencave në fund të dokumentit..

Gjatë punës në grup, anëtarët kanë provuar këto rekomandime në praktikën e tyre klinike të përditshme, duke i informuar për to pacientët e tyre dhe duke i konsultuar për preferencat e tyre. Përgjigjet e fituara janë diskutuar brenda grupit gjatë ri-formulimit të rekomandimeve. Secili rekomandim është lexuar nga njëri anëtar dhe grupi është mundur të nxjerrë formulimin sa më të saktë dhe njëkuptimor të fjalisë.

Përpara dorëzimit të dokumentit final, rekomandimet u janë dërguar Shoqatës së Obstetërve dhe Gjinekologëve të Kosovës (ShOGJK), që pastaj i ka shpërndarë gjinekologëve në Klinikën Obstetrike Gjinekologjike, Repartete të Gjinekologjisë në Spitalet Rajonale në Kosovë dhe atyre në praksën private për pilotim para publikimit.

Dokumenti i njëjtë para dorëzimit është dërguar për lexim dhe për të marrë komente nga Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë. Sipas legjislacionit, dokumenti është nënshtruar për publikim në faqen e internetit të Ministrisë së Shëndetësisë për lexim publik. Pjesëtarët e popullatës së shënjestruar dhe përdoruesit target, profesionistë të tjerë shëndetësorë, si dhe qytetarë të interesuar, kanë pasur mundësinë të dërgojnë komentet e tyre. Të gjitha komentet e mbledhura janë rishikuar nga përpiluesit e udhërrëfyesit dhe janë adresuar në dokumentin final. Komentet që janë pranuar me përgjigje nga grupi punues janë paraqitur në shtojcën IV në fund të dokumentit.

Udhërrëfyesi para publikimit ka kaluar rishqyrtim profesional të jashtëm (Prof.Dr. Brikene Dacaj-Elshani dhe Dr. Shqipe Feti), të cilat nuk kanë shprehën nevojën për ndryshime. Gjithashtu para publikimit final, udhërrëfyesi i është nënshtruar vlerësimi nga komisioni për vlerësimin e metodologjisë së hartimit të udhërrëfyesve dhe protokolleve klinike pranë Ministrisë së Shëndetësisë, komentet dhe sugjerimet e të cilëve janë përfshirë në dokumentin final.

Përditësimi i këtij udhërrëfyesi do të bëhet pas pesë vitesh, ose nëse shfaqet ndonjë nevojë për përmirësim të ndonjë lëshimi eventual apo përditësim madhor, kjo mund të ndodhë më herët. Metodologjia e përditësimit do të bazohet në legjislacionin në fuqi.

IV. Rekomandimet

1. Kujdesi para lindjes

Të dhënat e shtatzënës

Rritja e numrit të lindjeve me prerje cezariene pa ndonjë përfitim direkt për fetusin ka shtyrë shoqatat ndërkombëtare të ndërmarrin hapa konkret në luftimin e kësaj dukurie (2). Me qëllim të auditimit më të lehtë të indikacioneve shëndetësore dhe krahasimit më të saktë ndër-institucional, janë bërë shumë hulumtime për mënyrën e harmonizimit të raportimit. Klasifikimi i Robson-it është krijuar pikërisht për këtë qëllim, dhe tashmë përdoret në shumë vende të botës për analizimin e lindjeve me prerje cezariene (8-12). Evidenca shkencore është vërtetuar në një meta-analizë të publikuar në 2011, që e vlerëson klasifikimin sipas Robsonit si ideal për përdorim (13). Provat ekzistuese kanë bërë që Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) të rekomandojë klasifikimin sipas Robsonit për të gjitha institucionet që ofrojnë kujdes obstetrikal (2).

1	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
	Lindjet me prerje cezariene duhet të klasifikohen sipas Klasifikimit të Robson-it.	A

Informimi dhe vendimmarrja

Për të siguruar që grua shtatzënë të mund të zgjedhë mënyrën e lindjes në mënyrë të informuar dhe të drejtë, është e rëndësishme të ofrohet informacion i saktë dhe në kohë. Me një shkallë prej rreth 35% të fëmijëve që lindin me prerje cezariene, shumë gra mund të mos jenë mjaftueshëm të informuara për pasojat e mundshme afatshkurtra dhe afatgjata të kësaj procedure në trupin e tyre. Andaj, gjatë kujdesit të shtatzënisë, kur planifikohet mënyra e lindjes, gratë duhet të jenë plotësisht të informuara për të ndihmuar në vendimmarrjen e tyre. Kjo e drejtë u garantohej atyre sipas ligjeve në fuqi në Republikën e Kosovës (14).

Udhërrëfyshi i NICE NG-192 për lindjen me prerje cezariene, me përditësimin e fundit në gusht 2023, jep një mbështetje të mirë për rëndësinë e informimit të grave shtatzëna për lindjen (15-17). Në të përfshihen dy meta-analiza: njëra nga Maznin dhe Creedy (2012), ku analizohen studimet që matin prioritetet e grave para lindjes, veçanërisht tek ato me rrezik të ulët (18). Kjo meta-analizë identifikoi tre faktorë kryesorë në vendimmarrje: frika nga lindja dhe nga dhimbjet, pritshmëritë personale ndaj fëmijës dhe informacionet e marra nga ofruesit e shërbimeve shëndetësore. Një meta-analizë tjetër, nga Puia dhe bashkautorët (2013), përfshin 10 studime dhe konkludon se përjetimi psikologjik është i ngjashëm tek gratë që kryejnë lindjen me prerje cezariene të planifikuar dhe ato emergjente (19).

Për sa i përket mënyrës së dhënies së informacionit, një studim nga O'Catheine me bashkëpunëtorë në vitin 2002, përmes një studimi randomizuar me kontroll të rastit, arritën në përfundimin se gratë të cilat merrnin informacion përmes fletëpalosjeve ishin më të kënaqura se ato që nuk e morën atë, megjithatë kjo nuk ndikoi në vendimmarrjen e tyre (20). Në anën tjetër, presioni kohor që stafi

shëndetësorët mund të kenë për vendimmarrje, shpesh e thellojnë hendekun në njohuri midis tyre dhe gruas shtatzënë, duke bërë që ky hendek të mund të mbushet më shpejtë kur informacioni jepet përmes bashkëbisedimit (21).

Indikacionet absolute për lindje me prerje cezariene, siç janë placenta previa, shkolitja parakohshme e placentës, situsi transversal i fetusit dhe raptura (kërcënuese) e mitrës, përbëjnë një pjesë të vogël të të gjitha lindjeve me prerje cezariene. Në rastet e tjera, vendimi për ndërhyrjen operative duhet të merret duke analizuar përfitimet dhe rreziqet për gruan dhe foshnjën. Ky vlerësim duhet të bëhet duke krahasuar avantazhet dhe mangësitë e lindjes me prerje cezariene në krahasim me lindjen vagjinale, duke u bazuar në të dhënat shkencore të disponueshme në kohën e vendimmarrjes (Shtojca II) (4).

1.1	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Gratë shtatzëna duhet të informohen gjatë vizitave prenatale për mënyrat e mundshme të lindjes. Sigurohuni që informacioni është i bazuar në evidencë, është lehtë i qasshëm për pacientin duke marrë në konsideratë edhe gjuhën që ajo kupton, formimin profesional e personal, si dhe mjedisin kulturor të saj.	✓

1.2	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse gruaja insiston se dëshiron të ketë lindje me prerje cezariene, asaj duhet ti ofrohen informatat e bazuara në evidence. Ajo duhet informuar për indikacionet shëndetësore, rreziqet që ka intervenimi, implikimet për periudhën pas lindjes dhe shtatzënitë në të ardhmen. Duhet ti shpjegohen dallimet, rreziqet dhe përparësitë e lindjes vagjinale dhe lindjes me prerje cezariene.	✓

1.3	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse gruaja vendos të refuzoj lindjen me prerje cezariene edhe pas shpjegimit mjekësor, ky vendim i saj duhet të faktohet.	✓

2. Indikacionet për lindje me prerje cezariene

Prezentimi me pelvik

Afërsisht 4% e të gjitha lindjeve të shtatzënive me një fetus janë me prezentim me pelvik kur lindja ndodhë në termin, ndërsa ky numër arrin deri në 30% tek lindjet para 28 javësh të shtatzënisë (22). Diskutimi për mënyrën e lindjes tek prezentimet me pelvik vazhdon të jetë i qëndrueshëm në literaturën shkencore, veçanërisht tek gratë shtatzëna për herë të parë. Gjetjet nga punimet retrospektive kryesisht favorizojnë lindjen e planifikuar me prerje cezariene. Një rishikim i

Cochrane analizoi efektet afatshkurtra tek foshnja dhe nëna tek lindje të cilat kryen me prerje cezariene në krahasim me lindjet vagjinale kur fetusit prezentonte me pelvik (23). Ky rishikim konkludon se lindja me prerje cezariene zvogëlon rrezikun perinatal/neonatal, por rrit rrezikun për morbiditet amtar afatshkurtër (23). Studimet afatgjata nuk kanë identifikuar dallime të rëndësishme në mes dy grupeve, as te foshnjat as te nënat (24, 25).

Udhërrëfyshi NG192 i NICE nuk jep rekomandim të drejtpërdrejtë për mënyrën e lindjes tek rastet me prezentim me pelvik. Bazohet në 3 RCT, prej të cilave ai më kryesori me mangësi që lë shumë zbrastësi për praktikë klinike (shumica e grave kanë qenë në lindje, lindja ka qenë duke ecur normalisht, nuk kanë qenë të grupuara sipas fazës së lindjes, etj.) (26). Prandaj, është e rëndësishme që trajtimi të individualizohet për secilin rast, veçanërisht pasi që rastet me prezentim me pelvik kanë tendencë të shoqërohen me komorbiditete të nënës ose fetusit.

2.1	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Tek rastet kur fetusit prezenton me pelvik duhet që gruaja të njoftohet me kohë për mundësitë e lindjes me prerje cezariene dhe rrugë vagjinale pa marrë parasysh paritetin e gruas. Duhet shpjeguar përparësitë dhe rreziqet e të dy mënyrave të lindjes. Atyre duhet shpjeguar se lindja me prerje cezariene bartë rrezik të shtuar për gruan, në anën tjetër sëmundshmëria dhe vdekshmëria tek foshnjat janë më të ulëta krahasuar me lindjen vagjinale.	✓

Rrotullimi i jashtëm në kushte specifike është rekomandim që bëhet si nga NICE ashtu edhe nga shoqatat tjera. Këto rekomandime bazohen kryesisht në dy meta-analiza dhe ri-shikime sistematike për efektin e rrotullimit të jashtëm në shëndetin e foshnjës dhe mënyrën e lindjes. Studimet tregojnë se rrotullimi i jashtëm i realizuar në javën e 37 e tutje redukton numrin e lindjeve jo-cefalike për 60% dhe ul shkallën e lindjeve me prerje cezariene krahasuar me rastet kur nuk bëhet rrotullimi i jashtëm (6 RCT, n = 612, RR 0,52, 95% CI 0,39 deri në 0,71) (27, 28-32).

2.2	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Grave shtatzëna me një fetus me prezentim me pelvik, pa komplikime shëndetësore, duhet ti ofrohet rrotullimi i jashtëm i fetusit nga 36+0 javë të shtatzënisë. Duhet marrë parasysh kundër indikacionet fetale dhe maternale duke u bazuar në evidencë shkencore.	A

2.3	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Rrotullimi i jashtëm duhet të tentohet vetëm në institucionet të cilat mund të realizojnë lindje emergjente me prerje cezariene. Para fillimit të procedurës, gruaja duhet informuar për përqindjen e suksesit, komplikimet e mundshme, dhe mundësinë për lindje me prerje cezariene. Gjithashtu, para fillimit të provës së rrotullimit, duhet të jenë të njoftuar stafi i sallës së operacionit.	✓

Shtatzënitë multifetale

Rreth 15 në 1000 shtatzëni janë shtatzëni të shumëfishta, shumica prej tyre binjake (33). Në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës, sipas të dhënave të Agjencisë së Statistikave të Kosovës për vitet 2010-2022, kjo shifër ishte rreth 3% (34). Në kohët e fundit, në tërë botën, është vërejtur një rritje e lehtë e rasteve të shtatzënive me shumë fetuse, kryesisht si rezultat i teknikave të trajtimit të infertilitetit (35, 36). NICE në udhërrëfyesin e tyre ka përfshirë një rishikim të cili përfshin një RCT (n=60), ku është krahasuar lindja me prerje cezariane e foshnjës së dytë, kur kjo e fundit nuk është prezentim me pelvik, me lindjen vagjinale. Edhe pse ky studim ka nevojë për zgjerim, autorët nuk gjetën asnjë ndryshim në matjet e vitalitetit të foshnjave në cilëndo formë të lindjes (37).

2.4	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
	Te shtatzënitë me dy fetus, kur fetusi i parë prezanton me kokë, në lindjet me rrugë vagjinale në krahasim me lindjet me prerje cezariane, fetusi i dytë ka morbiditet dhe mortalitet më të lartë. Megjithatë nuk dihet nëse kjo qëndron edhe për LPC të planifikuara, prandaj LPC nuk duhet rekomanduar si rutinë.	B

2.5	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Shpjegoni grave me shtatzëni të pa komplikuar me binjakë që për gratë që lindin para javës së 32të: - Më shumë se një e treta e atyre që planifikojnë të lindin me rrugë vagjinale lindin me LPC - Gati të gjitha gratë që planifikojnë LPC i nënshtrohen asaj, por një numër i vogël tyre lindin me rrugë vagjinale para se LPC të mund të realizohet - Një numri të vogël të atyre që planifikojnë lindje me rrugë vagjinale, mund ti duhet të kryejnë LPC urgjente për fetusin e dytë	✓

Shtatzënitë me shumë fetuse janë më të rrezikuara ndaj komplikimeve, dhe kanë disa patologji specifike për to. Prandaj, rekomandohet që ofruesit e shërbimeve shëndetësore të aplikojnë rekomandimet e udhërrëfyesit vetëm në rastet kur nuk ka morbiditete ose komplikime të tjera të lidhura.

Në udhërrëfyesin e NICE për shkak të rrezikut (edhe pse të vogël) për ngecje kokë-kokë, prolaps të kordonit, rekomandohet të diskutohet dhe ti ofrohet gruas LPC kur fetusi i parë nuk prezanton me kokë. E njëjta gjë duhet vepruar edhe kur ka filluar lindja e hershme para kohe (4).

2.6	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Ofrojini lindje me prerje cezariane në rastet e shtatzënive multifetale kur fetusi i parë nuk prezanton me kokë. Njëjtë të veprohet edhe në rastet kur ka filluar lindja nga java 26-të deri 32-të nëse fetusi i parë nuk prezanton me kokë.	✓

Lindja para kohës

Lindja para kohës është shkaku i gati 50% të vdekjeve neonatale dhe përcillet me sëmundshmëri të shtuar për foshnjat (38, 39). Janë bërë mjaftë studime për të shikuar mënyrën më të mirë për lindje tek këto foshnje, dhe në një analizë të 6 RCT, është munduar të përcaktohet pikërisht kjo. Megjithatë për shkak se ishte e vështirë arritja e cakut për shumë raste, këto studime edhe pse mirë të planifikuara, nuk dhanë rezultate përfundimtare për praktikë klinike (40).

2.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Nuk ka studime të mjaftueshme për të mbështetur lindjen me prerje cezariane të lindjet para kohës, prandaj kjo nuk duhet ofruar në mënyrë rutinë.		B

Teknika operative e LPC tek lindjet para kohë përcillet me disa vështirësi. Në këtë rast gruaja duhet informuar për rrezik shtesë veçanërisht për prerje gjatësore të mitrës dhe pasojat që mund të ketë kjo për shtatzënitë pasuese.

2.8	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Mendoni për lindje me prerje cezariane tek gratë tek të cilat është dyshimi, diagnoza ose ka filluar lindja para kohës në mes 26+0 dhe 36+6 javë të shtatzënisë, kur fetus i prezanton me pelvik. Informojeni gruan për komplikimet e mundshme që ndërlidhen veçanërisht me LPC para terminit.		✓

Placenta previa

Rreth 3% të lindjeve me prerje cezariane bëhen për shkak të lokalizimi patologjik të placentës, placenta previa (41). Nëse pas javës së 20-të të shtatzënisë vërehet shtrirje e placentës mbi hapjen e brendshme të qafës së mitrës, një ultrazë konfirmues duhet realizohet pas javës së 32-të të shtatzënisë. Për shkak të rrezikut të shtuar për gjakderdhje në lindje, kryerjen e një intervenimi të tillë duhet të bëjë ekip me përvojë dhe të ketë në dispozicion produkte të gjakut për transfuzion (41).

2.9	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Të gjitha format të shtatzënieve me placenta previa (parciale ose totale) duhet të lindin me prerje cezariane.		A

Disproporcioni cefalo-pelvik në lindje

Mundësia për të parashikuar disproporcionin cefalo-pelvin është një synim i vazhdueshëm i obstetërve. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) ka një kujdes të veçantë në këtë fushë duke përditësuar vazhdimisht rekomandimet e tyre për kujdes gjatë lindjes. Në publikimin e tyre të fundit për përdoruesit përshkruhet qartë se pelvimetria klinike rutinë në hospitalizim të gruas për lindje nuk rekomandohet (42). Në një rishikim sistematik të katër RCT (n=895) ku është vlerësuar saktësia e pelvimetrisë, u konstatua se tek gratë ku u bë pelvimetria, ka patur rritje signifikante të numrit të

lindjeve me prerje cezariane (OR 2.17, 95% CI 1.63 deri në 2.88), pa dallim signifikant në gjendjen shëndetësore të të porsalindurve (43).

2.10	Rekomandim i bazuar në evidencë	I+
	Të mos përdoret pelvimetria për marrjen e vendimit për mënyrën e lindjes.	B

Studimet observuese nuk kanë mundur të tregojnë se testet tjera (madhësia e fetusin apo gjatësia e nënës) për predikimin e disproporcionit janë të sakta (147).

2.11	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
	Të mos merren në konsideratë në vendimmarrje gjatësia e nënës, e as pesha e përlllogaritur e fetusit (ultrazë apo ekzaminim klinik), pasi ato nuk janë të sakta për vënjen e diagnozës së disproporcionit cephalo-pelvin.	D

Dyshimi për macrosomi fetale

Mundësia për komplikime shëndetësore maternale dhe fetale gjatë lindjes me rrugë vagjinale është e shtuar tek rastet me makrosomi fetale (44). Një studim që përfshiu 786 foshnje me peshë të lindjes mbi 4,500gr, erdhi në përfundim se nuk duhet të kryhet LPC rutinë me qëllim të evitimit të vdekjes fetale ose lëndimeve gjatë lindjes (45). Edhe NICE në udhërrëfyesin e tyre për induksionin e lindjes, lënë të hapur të gjitha modalitetet e lindjes tek rastet kur dyshohet për makrosomi fetale (46). Duke u bazuar në këtë, rekomandohet që tek gratë jo-diabetike, të shpjegohen të gjitha komplikimet e mundshme të dy formave të lindjes dhe vendimi të merret sëbashku.

2.12	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Tek rastet me dyshim për makrosomi fetale, të dy format e lindjes (vagjinale dhe LPC) janë të mundshme, varësisht nga vlerësimi klinik.	✓

Situs transversus

Në raste të rralla, fetus mund të shtrihet në mënyrë transversale në barkun e gruas. Kjo gjendje njihet si një indikacion absolut për LPC. Megjithatë, kjo është një nga format me shanset më të mira për sukses të rrotullimit të jashtëm të fetusit (47). Prandaj, në këto raste, gratë duhet të ofrohet mundësia për të provuar këtë manovër. Nëse ajo nuk rezulton e suksesshme, duhet të kryhet lindja me LPC.

2.13	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse nuk ka kushte për të ofruar rrotullimin e jashtëm, lindja tek rastet kur fetusit është në situs transversus duhet të kryhet me prerje cezariane.	✓

Transmetimi i infeksionit nga nëna tek fëto

Sipas një raporti të IKShPK-së deri në vitin 2019 në Kosovë ishin raportuar 128 raste të infektuar me HIV (48). Ekziston Udhërrëfyeti për parandalimin e transmetimit të HIV/AIDS nga nëna tek fëmija dhe në pjesën 8.2 të tij shpjegohet mënyra e lindjes tek këto gra.

Referojuni “Udhërrëfyetit për Parandalimin e transmetimit të HIV/AIDS nga nëna tek fëmija” - pjesa 8.2 Mënyra e lindjes.

Organizatrat profesionale në shtetet perëndimore rekomandojnë që të bëhet depistim serologjik për Hepatit B për të gjitha gratë shtatzëna, dhe prevalenca e antigjenit sipërfaqësor të Hepatit B (HBsAg) tek këto gra sillet nga 0.5% deri në 1% (49, 50).

Gjatë lindjes mund të bëhet transmetimi i infeksionit që mendohet se bëhet përmes mikroperfuzionit gjatë ndarjes së placentës, sekrecioneve vagjinale gjatë kalimit të foshnjës në kanal të lindjes, apo përmes lëngut amniotik (51). Duke u nisur nga kjo, është aluduar se LPC do të ndikoj në reduktimin e riskut për infeksion, deri tani nuk ka hulumtime kualitative shkencore që mbështetin këtë hipotezë.

2.14	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Nëse nuk ka arsyeje tjetër obstetrikale, të mos ofrohet lindje me prerje cezariane grave me Hepatitin B apo Hepatit C me qëllim të zvogëlimit të mundësisë së bartjes të infeksionit tek fëto.		B

Praktika e LPC tek gratë e infektuara me Virus Herpes Simplex (HSV) bazohet në tri studime të serive të rasteve, aty është vërejtur që rreziku më i lartë për herpes neonatal qëndronte tek gratë të cilat janë infektuar për herë të parë gjatë tremestrit të tretë (52). Megjithatë nuk ka asnjë studim kualitativ që shqyrton mirë mënyrën e lindjes.

2.15	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Shtatzënave të cilat kanë infeksion primar me Herpes Simplex gjenital në tremestrin e tretë, ofroni të lindin me prerje cezariane me qëllim të uljes së riskut për infeksion neonatal me HSV.		A

Indexi i masës trupore

2.16	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Mos përdorni indexin e masës trupore (BMI) mbi 50 kg/m ² si indikacion të vetëm për lindje me prerje cezariane.		✓

Kërkesa për lindje me prerje cezariene në mungesë të indikacionit mjekësor

Trendi i rritjes së numrit relativ të LPC që po ndodhë në botë, nuk i shpëton as Kosova. Edhe pse nuk ka të dhëna zyrtare, nga praktika klinike hasim çdo ditë e më shumë raste të grave të cilat kërkojnë LPC edhe pse nuk kanë indikacione obstetrikale apo tjera shëndetësore. Korrelacionet që hasen në grupin e atyre që dëshirojnë LPC janë frika nga lindja, LPC e mëparshme, përvoja e keqe në lindjen e mëparshme (22, 54, 55). Arsyeimi më i shpeshtë është ai se LPC është më e sigurtë për foshnjën, për dallim tek ato të cilat dëshirojnë lindje vagjinale të cilat deklarojnë se është lindje e natyrshme. Në bazë të ligjit 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor, është e drejtë e banorit (në këtë rast gruas shtatzënë) të vendos se me cilat intervenime pajtohet. Ekziston edhe aspekti etik në këtë pjesë por që është edhe më vështirë i analizueshëm. Varësisht nga arsyeja e dhënë për dëshirën për LPC, stafi shëndetësor duhet të organizohet në atë mënyrë që të përfshijë obstetër, mami dhe psikolog klinik për të adresuar brengat profesionale dhe psikike, qoftë nga procesi i lindjes apo edhe për pasojat e mundshme të shëndetit të foshnjës. Grupi punues gjithashtu ka identifikuar mundësinë që ofruesi i shërbimeve të refuzoj kryerjen e LPC kur nuk ka indikacion shëndetësor. Gruaja, sipas ligjit, ka të drejtën për një mendim të dytë profesional dhe për të zgjedhur mjekun e saj, gjë që duhet të inkurajohet. Në raste të tilla, do të ishte e rëndësishme që gruaja të drejtohet në një institucion që ofron këtë mundësi, megjithatë duhet të konsiderohen rreziqet e mundshme për gruan dhe foshnjën, si dhe barrën financiare shtesë që mund të sjellë kjo zgjedhje praktike

2.17	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse gruaja kërkon lindje me prerje cezariene diskutoni përparësitë dhe rreziqet sipas rekomandimit 1.2 të këtij udhërrëfyesi. Dokumentoni bashkëbisedimin tuaj.	✓

2.18	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse gruaja kërkon lindje me prerje cezariene për shkak të ankthit, frikës apo përvojave të mëparshme, kërkon mendim të dytë nga një obstetër tjetër, mami me përvojë dhe vizitë te psikologu klinik.	✓

Koha kur paraqet kërkesë gruaja ka rëndësi të madhe për mundësinë e planifikimit të kryerjes së një lindje të tillë. Është e rëndësishme që gratë të kuptojnë se në disa raste, pavarësisht planifikimit për LPC, mund të ndodhë një lindje vagjinale. Gjatë kontraksioneve të mitrës, gruaja mund të ndihet e shtyrë të kërkojë një lehtësim të menjëhershëm për shkak të dhimbjeve, gjë që duhet të marrë parasysh kur dhe si bëhet kërkesa për LPC pa indikacione shëndetësore.

Grupi punues ka shqyrtuar në detaje gjetjet rreth këtij rekomandimi, janë në dijeni se ka qështje etike të cilat janë përtej objektivës së këtij udhërrëfyesi, me vetëm një votë kundër ka aprovuar rekomandimin më poshtë. Duke theksuar se një gjë e tillë mund të rekomandohet vetëm në rastet kur lindja ende nuk ka filluar, pra LPC elektive. Kjo bëhet për të mbrojtur gruan dhe foshnjën nga komplikimet që vijnë nga LPC emergjente krahasuar me atë të planifikuar.

2.19	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse gruaja edhe pas informimit dhe konsultimit të plotë insiston në lindje me prerje cezariene pa indikacione shëndetësore, dëshira e saj duhet të plotësohet dhe duhet planifikuar LPC. Ky rekomandim parashikon planifikimin e LPC dhe nuk përfshin LPC urgjente me dëshirë maternale. Planifikimi duhet të bazohet në rekomandimin 3.1 dhe udhëzimeve të tjera të përcaktuara më poshtë.	✓

3. Procedurat teknike

Koha

Lindja, si proces natyral, nuk mund të planifikohet dhe caktimi i kohës së saj është i kufizuar. Megjithatë, planifikimi i LPC ofron mundësinë për të përcaktuar kohën e lindjes. Kur të planifikojmë kohën e lindjes me prerje cezariene në radhë të parë duhet të nisemi nga indikacioni obstetrikal/shëndetësor për një intervenim të tillë. Studimet kanë treguar se ka korrelacion direkt ndërmjet javës së shtatzënisë në lindje dhe distresit respirator të paraqitur tek neonatusi, ku me shtimin e javëve të shtatzënisë, zvogëlohet risku për vuajtje respiratore tek foshnjat (56). Në studimin e bërë në Mbretëritë e Bashkuara u pa që morbiditeti neonatal pati zvogëlim nëse lindja e planifikuar ndodhi pas javës së 39 të shtatzënisë (56).

3.1	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
	Lindja me prerje cezariene nuk duhet planifikuar për tu bërë para 39+0 javë gestative, përveç nëse ka indikacion shëndetësor.	A

Klasifikimi i urgjencës për lindje me prerje cezariene

Me qëllim të sigurimit të kujdesit sa më të mirë dhe personalizuar, është e rëndësishme që klasifikimi i lindjeve me prerje cezariene të përfshijë më shumë se thjesht "elektive/planifikuar" dhe "jo-elektive/urgjent". Veçanërisht në rastet e fundit, në praktikën klinike është e vështirë të bëhet dallimi i qartë mes rasteve urgjente dhe emergjente për shëndetin e gruas ose foshnjës. Me qëllim të përmirësimit të komunikimit ndër-disciplinor, është zhvilluar një skemë e urgjencave për lindje me prerje cezariene (57)

Përdorimi rekomandohet në të dy udhëzuesit bazë dhe kategorizimet përfshijnë:

Kategoria 1: Kërcenim i menjëhershëm në jetën e gruas ose fetusit
Shembull: Bradikardi e rëndë persistente, ruptura ose dyshimi në rupturë të mitrës, prolapsi i kordonit umbilikal, hypoxia fetale (pH <7.2 në gjakun fetal) etj.

Kategoria 2: Përkeqësim i gjendjes shëndetësore të nënës ose fetusit por që nuk është kërcenim i menjëhershëm për jetë. Qëllimi është të përfundoj shtatzënia me qëllim të evitimit të problemeve

shëndetësore për gruan ose foshnjën, psh. gjakderdhjet gjatë lindjes, ngecja e lindjes me përkeqësim të gruas ose foshnjës etj.

Kategoria 3: Nuk ka përkeqësim të gjendjes së nënës e as fetusit, por lindja duhet kryer. Për shembull lindja ka filluar tek një grua që ka të planifikuar LPC, ngecja e lindjes pa përkeqësim të gruas ose fetusit etj.

Kategoria 4: Lindja kryhet për komoditet të nënës ose ofruesit të shërbimit. Nuk ka asnjë arsyeje shëndetësore dhe LPC mund të kryhet në mënyrë elektive.

Për një pasqyrë më të qartë (jo-të plotë) referojuni Shtojcës III.

3.2	Rekomandim i bazuar në evidencë	2++
	Klasifikimi i urgjencës dhe dokumentimi duhet bërë të gjitha rastet kur paraqitet nevoja të kryhet lindja me prerje cezariane para kohës së planifikuar apo pa planifikim. Klasifikimi bëhet bërë duke u bazuar në: • Kategoria 1: Kërcenim i menjëhershëm në jetën e gruas ose fetusit (p.sh.: dyshim në rupturë të mitrës, abruptioni i placentës, prolapsi i kordonit, hypoxia fetale ose bradikardi që persiston, etj.). • Kategoria 2: Përkeqësim i gjendjes shëndetësore të nënës ose fetusit por që nuk është kërcenim i menjëhershëm për jetë. • Kategoria 3: Nuk ka përkeqësim të gjendjes së nënës ose fetusit, por lindja duhet kryer. • Kategoria 4: Lindja kryhet për komoditet të nënës ose ofruesit të shërbimit.	A

Koha nga marrja e vendimit deri në lindje mbetet temë e diskutimit mes ekspertëve të fushës. Megjithatë konsensusi është që për kategoritë 1 dhe 2 lindja të kryhet sa më shpejtë që është e mundur pas vendosjes së indikacionit. Studimet kanë tentuar të shpjegojnë nëse lindja e foshnjës deri në 20 minuta pas indikacionit sjellë përfitime, por nga analiza e bërë NICE erdhi në përfundim se kategoria 1 duhet të tentohet që intervali indikacion-lindje të jetë nën 30 minuta kurse për kategorinë 2 të jetë nën 75 minuta. Në rekomandimin origjinal thuhet se koha prej 30 minutash duhet marrë me rezerva, për shkak të dëmtimeve që mund të shkaktohen nga lindja e shpejtë, por mund të merret si kohë për audit. Kolegji Mbretëror i Gjinekologëve dhe Obstetërve së Australisë dhe Zelandës së Re në udhërrëfyesin e tyre për kategorizimin e urgjencës së lindjes me prerje cezariane ri-theksojnë se caktimi i periudhës 30 minutëshe është i bazuar në traditën klinike dhe nuk ka bazë shkencore (58).

Në dy rishikime sistematike të cilat analizuan komplikimet neonatale pas LPC nuk u vërejt lidhshmëri mes intervalit indikacion-lindje dhe APGAR më pak se 7 ose nivelit të pH në gjakun umbilikal (59, 60).

3.3	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Lindja e kategorisë 1 dhe kategorisë 2 duhet të kryhen sa më shpejtë që është e mundur pas vënjes së diagnozës.		C

3.4	Rekomandim i bazuar në evidencë	4
Gjendja e nënës dhe fetusit duhet të merret parasysh kur vendoset të kryhet lindja e shpejtë. Në disa raste kjo mund të ketë pasojë të dëmshme.		✓

Përgatitjet pre-operative

Për shkak të tendencës për anemi gjatë shtatzënisë, pritet që kujdesi antenatal të marrë parasysh trajtimin e nevojshëm në rast të nevojës. Lindja me prerje cezariene mund të shoqërohet me komplikacione të mundshme si gjakderdhje, edhe pse rastet e humbjes së mbi 1000 mL gjaku janë të rralla, ato janë të mundshme dhe shumë të rrezikshme (61, 62). Studime të randomizuara të cilat kanë hulumtuar këtë dukuri saktësisht nuk janë gjetur, por niveli i hemoglobinës si parametër për anemi potenciale duhet të jetë i ditur para intervenimit dhe gjatë kujdesit antenatal (63)

3.5	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
Të bëhet analiza e gjakut për anemi potenciale (niveli hemoglobinës) dhe të jetë i ditur grupi i gjakut.		C

3.6	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
Këto teste nuk ka nevojë të bëhen rutinë tek rastet e shëndosha:		C
a) Përgatitja e gjakut për transfuzion (interaksioni) b) Testet e hemostazës c) Ultratingull për lokalizimin e placentës		

Gratë me placentë previa të mëparshme, shkolitje të placentës, rupturë të mitrës ose gjakderdhje antepartale kanë rrisht të shtuar për gjakderdhje mbi 1000 mL gjatë LPC (64). Gjakderdhja është një rrezik permanent në maternitete dhe preferohet që secili institucion që ofron shërbimet e maternitetit të ketë procedurat për trajtim të gjakderdhjeve masive. Sipas një hulumtimi anonim të kryer në Mbretërinë e Bashkuar për shkaqet e vdekjes maternale, janë raportuar raste të vdekjes për shkak të hemorragjisë (65). Në Kosovë nuk kemi të dhëna të sakta për vdekjet maternale dhe shkaqet e përfundimeve të tilla, por duhet të aludojmë që janë të ngjashme me ato të vendeve

perëndimore. Kur kryhet LPC në rastet me rrezik të lartë për gjakderdhje gjatë lindjes, duhet të sigurohemi se mund ti ofrojmë gruas gjak dhe produkte të tij.

3.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	4
	Kur lindja me prerje cezariene planifikohet të bëhet tek rastet me hemorragji antepartale, abruption të placentës, placentë previa, ajo duhet të kryhet në institucione të cilat mund të ofrojnë transfuzion të gjakut dhe produkteve të tij.	B

Anestezioni për lindje me prerje cezariene

Sipas udhërrëfyesit të NICE për Prerje Cezariene, edhe pse anestezioni i përgjithshëm dhe ai spinal janë forma të pranueshme për LPC, rekomandohet që anestezioni spinal të jetë zgjedhja e parë. Baza e këtij rekomandimi është nxjerrë nga RCT të cilat kishin për qëllim këtë krahasim. Në njërin prej tyre (n=341), anestezioni i përgjithshëm rezultoi me më shumë komplikime maternale, kurse nuk pati dallime në morbiditetin neonatal (66, 67). Edhe dy studime tjera të randomizuara (n= 47; n=104) erdhën në përfundim se nuk ka dallim signifikant në sëmundshmërinë neonatale ndërmjet rasteve kur LPC kryhet nën anestezion spinal me atë të përgjithshëm (68, 69).

3.8	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Anestezioni spinal është metoda e rekomanduar për anestezion tek lindja me prerje cezariene të planifikuar, përfshirë edhe rastet me placenta previa.	B
	Përfshirë edhe rastet e kundër indikacioneve e anestezilogjisë.	

Në udhërrëfyesin e tyre për anestezilogji në obstetrikë, Shoqata Amerikane për Anestezilogji përshkruan qartë edhe gjetjet dhe rezonimin e tyre për llojin e anestezionit në LPC. Ata ndër të tjera konstatojnë se “*anestezioni i përgjithshëm mund të jetë zgjedhja e duhur në disa raste*” (70). Të njëjtin qëndrim ka edhe grupi punues, duke theksuar në rëndësinë e ofrimit të shërbimit shëndetësor të individualizuar. Kjo ka veçanërisht rëndësi tek LPC-të e urgjente të kategorisë 1 dhe 2.

3.9	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Anestezioni i përgjithshëm mund të jetë i preferuar tek rastet emergjente të lindjes me prerje cezariene (p.sh.: bradikardi e thellë fetale, (dyshim) ruptura e mitrës, abruptioni i placentës, gjakderdhje profuze, prolapsi i kordonit umbilikal, lindja parakohe me prezentim me pelvik etj.).	✓

Vendosja laterale e gruas në tavolinë të operimit gjatë LPC ndihmon në uljen e presionit që bën mitra shtatzënë në venën cava dhe kështu eviton hipotensionin rezultat të këtij fenomeni (71). Në luftimin e hipotensionit tek LPC ndihmon edhe ngarkimi me lëngje i gruas para ose gjatë indukimit të anestezionit.

3.10	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Aplikoni një pjerrtësi (anim) anësor prej 15 shkallë për të arritur zhvendosje anash të mitrës me qëllim të reduktimit të hypotensonit maternal.		B

Profilaksia kundër pneumonisë aspirative është thelbësore për të zvogëluar morbiditetin dhe mortalitetin peri-operativ, njëjtë edhe tek rastet obstetrikale (72, 73). Në mungesë të udhërrëfyesve lokal për intervenime kirurgjike, duhet të cekim trajtimin bazik farmakologjik me antacide, H2 bllokator dhe metoclopramid. Koha dhe mënyra e administrimit duhet të individualizohen.

3.11	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Nëse gjatë lindjes bëhet e qartë se lindja ka gjasë të përfundoj me prerje cezariane, gruaja duhet të mos ushqehet me ushqime solide, ne raste të domosdoshme mund të lejohet marrja e lëngjeve pa ngjyrë.		✓
Të jepet profilaksi ndaj aspirimit: antacide dhe/ose H2 bllokator, metoclopramid. Koha dhe mënyra e administrimit në varësi të planifikimit/urgjencës për LPC.		

Antibioza profilaktike

Administrimi profilaktik i antibiotikut gjatë LPC është një praktikë që zbatohet në Kosovë dhe ka evoluar nga koha kur antibiotiku është dhënë pas prerjes së kordonit të foshnjës. Kjo ishte një praktike e ndryshme nga ajo e kirurgjisë në përgjithësi. Për të sqaruar nëse antibiotikët profilaktik duhet të administrohen para ose pas prerjes së kordonit umbilikal, u krye një rishikim sistematik dhe meta-analizë (74). Profilaksia me antibiotikë përpara prerjes së lëkurës u shoqërua me një shkallë më të ulët infeksioni (RR 0.72). Shkalla e endometritit/endomyometritit (RR 0.57) dhe infeksioneve të plagëve (RR 0.62) ishin dukshëm më të ulëta në krahasim me administrimin pas prerjes së kordonit umbilikal, pa ndryshime në gjendjen së përgjithshme të të porsalindurit (74).

Për shkak të riskut të vërtetuar që ka co-amoxiclavi në paraqitjen e enterocolitit nekrotizant tek foshnjat, rekomandohet të evitohet para lindjes. Ka alternativa të mjaftueshme dhe më të sigurt.

3.12	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Antibiotiku profilaktik duhet administruar përpara prerjes së parë të lëkurës. Antibiotiku zgjedhur duhet të jetë efektive kundër endometritit, infeksionet e traktit urinar dhe plagës.		B

3.13	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Të mos përdoret co-amoxiklav si antibiotik profilaksë para lindjes.	B

4. Teknika kirurgjike

Përgatitja e lëkurës për LPC duhet bazuar në praktikën kirurgjike për trajtimin e saj para prerjes. Sipas udhërrëfyesit të NICE për trajtimin e plagës operatore, chlohexidina me bazë alkooli mbetet zgjedhja e parë, por se është e pranueshme edhe jodi me bazë alkooli (75). Për shkak të potencialit dëmtes që paraqet alkooli në lëkurën fetale, tek rastet pas rupturës së cipave amniale, për trajtimin e vagjinës preferohet të përdoren chlohexidina ose jodi me bazë ujore (76).

4.1	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Të përdoret chlohexidina me bazë alkooli ose në mungesë të saj jodi me bazë alkooli për përgatitjen e lëkurës.	B
	Të përdoret jodi me bazë ujë ose në mungesë të saj chlohexidina me bazë ujë për përgatitjen e vagjinës tek rastet me rupturë të cipave amniale.	

Një meta-analizë, e cila krahasoi veçanërisht një prerje tërthor të poshtme të barkut me një prerje gjatësore të mesme, tregoi një raportim më të rrallë për dhimbjeje dhe një nevojë më të ulët për qetësues në një prerje tërthore (77). Për më tepër, një prerje e pjesës së poshtme të barkut cilësohet si kozmetikisht më e pranueshme nga gratë (78). Në katër RCT janë krahasuar prerjet e ndryshme transversale për LPC. Dy prej tyre treguan se prerja sipas Joel Cohenit shoqërohet me kohë më të shkurtër të operimit në krahasim me prerjen sipas Pfannenstielit, gjithashtu është raportuar edhe për morbiditet febril më të rrallë (79, 80).

Prerja Pfannenstiel ka formë harku, dy gishtërinjë mbi simfizën pubike, me prerje transverse të këllëfit të muskujve të cilët ndahen me gishtërinjë (pa prerje), kurse peritoneumi parietal prehet në mes. Për dallim nga kjo, tek hapja sipas Joel Cohenit prerja është e drejtë, 3 cm mbi simfizë pubike, pastaj të gjitha shtresat tjera preparohen pa prerje (ndarje e topitur), kurse nëse paraqitet nevoja për zgjerim të plagës ajo bëhet me gërshërë dhe jo me bisturi (81).

Pas prerjes së lëkurës, shtresat tjera duhet (nëse është e mundur) të hapen pa maje/prerje (me gishtërinjtë), pasi kjo çon në një kohë më të shkurtër të operimit dhe një shkallë më të ulët të temperaturës pas operacionit (83, 84).

4.2	Rekomandim i bazuar në evidencë	1-
	Prerja cezariane duhet bërë me prerje transversale, prerje e drejtë e lëkurës, 3 cm mbi simfizë pubike (te gratë me BMI mbi 40 kg/m ² më lartë) dhe shtresat tjera të preparohen me gishtërinjë, nëse e nevojshme me gërshërë, por jo me bisturi.	A

Ekziston një RTC për operacione kirurgjike elektive i cili ka krahasuar kur është përdorur një bisturi me ato me dy bisturi, pra nëse përdorimi i bisturie të veçantë vetëm për lëkurë ka efekt pozitiv. Nga rezultatet e punimit (n=277) nuk është parë ndonjë dallim në infeksionet e plagës (85).

4.3	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Nuk rekomandohet përdorimi i bisturisë së posaçme për prerje të lëkurës. Bisturia e njëjtë të përdoret edhe për shtresat e thella.	B

Nga disa hulumtime u përshkrua që incidenca e lëndimeve të fetusit (gërvishtje, prerje të lëkurës) gjatë LPC është prej 0.7% deri 1.9% (86 – 88). Madje kjo incidencë shkon në 6% kur fetusit nuk prezanton me kokë (88).

4.4	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
	Gruaja duhet të jetë paraprakisht e informuar se mundësia e gërvishtjes së fetusit gjatë lindjes me prerje cezariane është rreth 2%.	A

Aplikimi i uterotonikut Oxitocinë pas lindjes është masë shumë e mirë profilaktike kundër gjakderdhjes pas lindjes dhe praktikohet edhe në Kosovë. Në pesë studime të randomizuara janë krahasuar uterotonikë të tjerë me Oxitocinën. Në një studim (n=40) është krahasuar efekti profilaktik i oxitocinës me Misoprostol oral, nuk është parë ndonjë dallim (89). Kurse në një studim më të madh të randomizuar efekti i Oxitocinës është më i mirë pas lindjes me rrugë vagjinale (90). Oxitocina rekomandohet të jepet përmes administrimit venoz të ngadalshëm ose si preparat i holluar.

4.5	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Të jepen Oxitocinë me injektim intravenoz të ngadalshëm ose infuzion të shkurtër pas lindjes së foshnjës.	B

Ka disa RCT të cilat kanë hulumtuar teknikën e largimit të placentës në LPC. Në një meta analizë të pesë prej tyre është arritur në përfundim se ka një incidencë të shtuar të endometritit kur bëhet largimi manual i placentës krahasim me traksion të kontrolluar (shkëputje spontane), kurse nuk ka

pasur dallim për sa i përket gjakut të humbur (91 – 95). Njëri hulumtim prej tyre erdhi në përfundim se nuk ka dallim në rastet e endometritit pas operacionit ndërrimi ose jo i dorezave pas shkolitjes manuale të placentës (92).

4.6	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Placenta në lindje me prerje cezariane të nxirret ngadalë, duke bërë tërheqje të kontrolluar të kordonit dhe jo përmes largimit manual të saj.	B

Praktika klinike e nxjerrjes së mitrës jashtë hapësirës së barkut (eksteriorizimi) për qepje vlerësohet nga grupi punues të jetë një rutinë në Kosovë, edhe pse mungojnë hulumtimet për një gjë të tillë. Ky supozim është i ndryshëm nga realiteti në Mbretëritë e Bashkuara, ku sipas një studimi vetëm rreth 13% bëjnë extirorisimin e mitrës për qepje (96). Sipas një meta analize të bërë, nuk është vërejtur ndonjë ndryshim signifikant në nevojën për transfuzion të gjakut apo paraqitje të infeksioneve në mes dy metodave (97). Në një RCT është vërejtur se tek rastet kur mitra “nxirret jashtë” ka humbje më të vogël të gjakut (matur me rënien më të vogël të nivelit Hb-së në gjak), por pa ndryshim në nevojë të transfuzionit të gjakut (98). Nuk është vërejtur ndryshim në vjellje dhe mundim në dy teknikat, por në dy rasteve është dashur të bëhet konvertimi në anestezion të përgjithshëm për shkak të dhimbjes gjatë nxjerrjes jashtë të mitrës (98). Për shkak të këtyre gjetjeve rekomandohet që extiriorizimi i mitrës të mos bëhet në mënyrë rutinë, por varësisht nga gjendja klinike (p.sh. për kontrollë të gjakderdhjes) të cilën e vlerëson operatori.

4.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Qepja e mitrës të bëhet intraabdominal. Eksteriorizimi rutinë i mitrës nuk rekomandohet pasi kjo përcillet me më shumë dhimbje post-operative. Vendimarrja i takon mjekut operator varësisht nga gjendja klinike.	B

Ka disa studime të cilat kanë krahasuar mënyrën e qepjes së mitrës pas lindjes së foshnjës. Një meta analizë dhe një rishikim i Cochrane u analizuan dhe në përfundim nuk mund të përshkruhet përfitim në mbylljen e mitrës në dy shtresa, as edhe për sa i përket rrezikut për rupturë të mitrës, prandaj nuk mund të rekomandohet një gjë e tillë (99). Në anën tjetër mbyllja me një shtresë shkurton kohën e operimit (100). Në një rishikim sistematik dhe meta analizë, qepja e mitrës me një shtresë dhe ajo me kapërcim (nyje lidhëse) të perit u shoqëruan me trashësi më të pakët të mitrës (100). Në të njëjtin përfundim erdhi edhe rishikimi Cochrane (101).

4.8	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Qepja e mitrës të bëhet në një ose dy shtresa duke u bazuar në gjendjen klinike. Duhet ditur se qepja me një shtresë nuk ka rrezik më të lartë për gjakderdhje post operatore dhe as për rupturë në shtatzënitë pasuese.	C

Ekzistojnë disa hulumtime të cilat kanë bërë krahasimin mes qepjes ose jo të peritoneumit (dy shtresave). Një meta analizë dhe rishikim sistematik i Cochrane erdhi në përfundim që mos qepja kursen kohë në mënyrë signifikante, kurse nuk ka dallim në mes dhimbjeve, sëmundshmërisë pas operacionit apo qëndrimit në spital (102). Nuk ka studime kualitative të cilat kanë vlerësuar efektet afatgjate (ngjitjet, ndikimi në operacionet pasuese etj.)

4.9	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Të mos bëhet qepja e peritoneumit visceral e as parietal për të kursyer kohën e operacionit dhe nevojën për analgjezi post-operative.		B

Një meta analizë e dy RCT ku gratë u ndanë në grupin me indin dhjamor me trashësi mbi ose më pak se 2cm hulumtoi ndryshimet tek qepja e kësaj shtrese, aty erdh në përfundim se në rastet kur indi dhjamor kalon 2cm trashësi, mbyllja e tij mbron nga paraqitja e komplikimeve të plagës (103). Pesë RCT (n = 1211) kanë krahasuar përdorimin rutinë të drenit të plagëve sipërfaqësore në LPC me përdorimin selektiv të tyre (104 – 108). Nuk kishte dallim signifikant në paraqitjen e komplikimeve të plagës apo nevojë për analgjezi shtesë në mes grupeve.

4.10	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Indi nën-lëkurorë të mos qepet në mënyrë rutinë përveç tek rastet kur ai është më i trashë se 2cm, pasi kjo nuk ulë incidencën e infeksioneve të plagës.		B

4.11	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Të mos vendoset dreni nën lëkurë në plagë në mënyrë rutinë sepse ai nuk ulë incidencën e infeksioneve të plagës e as paraqitjes së hematomave.		A

Ka hulumtime të cilat favorizojnë qepjen me penj në krahasim me kapëse për nga aspekti kozmetik dhe kënaqmëria me plagën nga gratë (109). Derisa nuk kemi hulumtime të cilat na udhëzojnë, grupi punues është i mendimit se qepja duhet të bërë me penj të vazhdueshëm.

4.12	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Përderisa nuk ka evidencë që favorizon njërin teknikë nga tjerat, preferohet që qepja e lëkurës të bëhet nën-lëkurorë e vazhdueshme.		✓

Rreziku për komplikim tromboembolik tek gruaja shtatzënë është i rritur, dhe sipas një studimi incidenca është rreth 6:10,000 gra shtatzëna (110). Për shkak se është një ndodhi e rrallë, është vështirë të gjenden hulumtime cilësore për të. Në një studim kohor ku për periudhën 1987-1995 u analizua risku për 1,003,489 gra varësisht nga mënyra e lindjes, rreziku për emboli pulmonare ishte dukshëm më i lartë pas një LPC se sa lindjeje vagjinale (111). Publikimet e tanishme rekomandojnë tromboprofilaksi duke u bazuar në gjendjen klinike të grave (hidratim, mobilizim i hershëm, çorape elastike, heparinë me peshë të ulët molekulare etj.) (112).

4.13	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Ofroni tromboprofilaxë grave të cilat kryejnë lindje me prerje cezariane. Lloji dhe mënyra duhet të bazohet në gjendjen shëndetësore të gruas dhe evidencën mjekësore.		B

Kujdesi për foshnjën

Rezultatet e një studimi kohort treguan se foshnjat e lindura me prerje cezariane (nën anestezi spinal) kanë gjasë më të madhe të kenë APGAR në minutën e parë më të vogël se 4, krahasim me foshnjat e lindura me rrugë vagjinale (113). Një studim seri e rasteve (n=460) erdhi në përfundim se foshnjat të cilat lindin me LPC kanë tendencë më të madhe për çrregullime të cilat pastaj kërkojnë reanimim neonatal (114). Një studim tjetër i cili analizoi të njëjtën situatë pa se tek LPC e pa planifikuar (n=59) në 24 raste u paraqit distres klinik neonatal dhe në 12 prej tyre u paraqit nevoja për reanimim (115).

4.14	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Një mjek/e (preferohet neonatolog ose pediatër) i/e trajnuar për reanimim neonatal duhet të jetë në gatishmëri për secilën lindje me prerje cezariane. Kurse prezent në sallën e operacionit tek rastet kur kryhet LPC nën anestezi të përgjithshëm ose kur ka pasur përkeqësime të gjendjes fetale para lindjes.		A

Studime të ndryshme përshkruese kanë treguar se foshnjat e lindura me LPC kanë temperaturë të trupit më të ulët se ato me rrugë vagjinale (116, 117). Prandaj është me rëndësi të kujdesemi duke ndërmarrë masa adekuate parandaluese (p.sh.: temperatura e dhomës, mbulesa për foshnja, ngrohës me rreze etj.). Një metodë e vërtetuar është edhe kontakti i hershëm lëkurë-lëkurë (ang: “skin-to-skin”). Kjo ishte edhe objekt studimi i disa RCT-ve, ku në përgjithësi u pa të jetë pozitiv duke kreluar me numër më të madh dhe kohëzgjatje të shtuar të gjidhënjes si dhe efekt pozitiv në dashurinë amtare (118).

4.15	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Të sigurohen kushtet për ruajtjen e temperaturës së trupit të foshnjës pas lindjes.		A
Ofroni dhe ndihmoni të vendoset kontakt direkt lëkurë-lëkurë mes foshnjës dhe nënës sa më herët që është e mundur.		

Në gjashtë studime nga vende të ndryshme u analizuan shkalla e gjidhënjes në popullatë (119 - 124). Shkalla e gjidhënjes kishte një dallim të madh mes shteteve, në vendet skandinave kjo arrinte 90% kurse më e vogla në Hong Kong (30%) (122, 123). Një gjë ishte e përbashkët te këto studime, gratë të cilat kanë kryer LPC kishin shkallë më të ulët të fillimit të gjidhënjes se ato me rrugë vagjinale.

4.16	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Gratë që lindin me prerje cezariane dhe dëshirojnë të ushqejnë foshnjat me gji, duhet ndihmuar për gjidhënje sa më herët që është e mundur.		✓

5. Përkujdesja pas operacionit

Monitorimi

Auditi nacional për lindje me prerje cezariane në Mbretërinë e Bashkuar tregoi se 10% e grave kanë nevojë për kujdes të shtuar pas lindjes, kurse deri 3.5% e tyre për transferim në njësinë e kujdesit intensiv (22). Në të njëjtin hulumtim u raportua se morbiditeti pas LPC është i rritur krahasim me lindjen vagjinale, dhe disa gjendje të shtatzënës kanë tendencë për të shtuar nevojën për kujdes intensiv (ruptura e mitrës (6.4%), sëmundjet tjera të gruas (2.7%), komplikimet e hipertensionit në shtatzëni (2%), format e placentës previa (1% deri 2.5%), prezantimi me pelvik (0.2%)(22). Sipas një studimi tjetër i cili analizoi komplikimet pas lindjes, shkalla e përgjithshme e transferimit në kujdes intensiv ishte 0.13% (125).

5.1	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Të kenë në mendje se tek gratë të cilat kanë kryer lindje me prerje cezariane mund të paraqitet nevoja për kujdes intensiv pas lindjes.	✓

Gratë që lindin me prerje cezariane kërkojnë monitorim sikur pacientët e tjerë pas një anestezioni me bllokadë neuro-axiale/përgjithshme. Monitorimi i menjëhershëm pas lindjes është një vazhdimësi e monitorimit intra-operativ. Në mungesë të hulumtimeve shkencore adekuate, të dy udhërrëfyesit e marrë për bazë, kanë bërë rekomandime në bazë të situatës lokale (4, 5). Në shumicën e vendeve gruaja pas lindjes dërgohet në njësinë e rikuperimit (zgjimit) nën kujdes të ekipës së anesteziologjisë, ka edhe vende të cilat gratë i dërgojnë në dhomë të lindjes (kujdes post-partal standard) apo edhe në dhoma tjera nën monitorim të obstetrit. Në të gjitha rastet, ekipi që kujdeset duhet të njoh mirë kërcënimet e mundshme të funksioneve jetësore dhe të ketë aftësi klinike të veprojnë (126).

5.2	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Pas një LPC nën anestezion të përgjithshëm, një profesionist shëndetësor me aftësi për menaxhimin e rrugëve të frymëmarrjes duhet të kryejë monitorim të vazhdueshëm derisa gruaja të rikthejë kontrollin e rrugëve të frymëmarrjes, të jetë hemodinamikisht stabile dhe të jetë në gjendje të komunikojë. Kur kjo arrihet, vijoni me monitorimin (saturimi i oksigjenit, frekuenca e frymëmarrjes, puls, shtypja e gjakut, temperatura, dhimbja dhe sedacioni) çdo gjysmë ore për 2 orë. Pas 2 orësh, nëse gjendja nuk është stabile, ose nëse gruaja ka faktorë të tjerë rreziku ose komplikime, kryeni një rishikim klinik dhe rrisni kohëzgjatjen dhe frekuencën e monitorimit.	✓

Trajtimi i dhimbjes

Me frikën se mund të shkaktojnë probleme tek foshnja në gjidhënje, menaxhimi i dhimbjes pas LPC shpesh bie pa arsyeje në rend të dytë. Mjekët duhet të kujtojnë se LPC në thelb është një laparatomy, pra ka edhe nivel të krahasueshëm të dhimbjes post-operative. Për gjinekolog/obstetërit kjo lehtë mund të krahasohet me dhimbjes pas histerektomisë, dhe menaxhimi duhet të jetë i ngjashëm. Terapia që përdoret sot (opioide, jo-opioide, analgjezi epidurale) është mjaftë e sigurt edhe gjatë gjidhënjës, dhe kjo duhet shpjeguar grave. Me qëllim të evitimit të opioideve, ka mjaftueshëm alternativa të cilat edhe japin efekt analgjetik të mirë. Megjithatë gratë duhet të dijnë se edhe marrja e opioideve në sasi të kontrolluar është mjaftë e sigurt dhe duhet ofruar për dhimbje të theksuara.

Në një RCT (n=45) u krahasua dhënja e NSAID (diclofenak supost) ose jo tek menaxhimi i dhimbjes tek gratë pas LPC të cilat kanë edhe kateter epidural si formë e analgjezisë. Gratë të cilat përdorën diclofenak supost patën më rrallë nevojë për të marrë opiodie përmes kateterin epidural (127). Një tjetër RCT (n=50) kishte të njëjtin qëllim por përdori diclofenak të administruar në muskul, erdhi në përfundim të njëjte (128).

5.3	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Ofroni morfinë sulfat medikamente orale grave të cilat kanë kryer lindjen nën anestezi spinal ose epidural. Në rast të mundimit, vjelljeve apo arsyeve tjera të mos tolerimit të terapisë orale, ofroni terapi intravenoze, intramuskulare ose subkutane.	✓

5.4	Deklarim i bazuar në konsensus	1+
	Përdorni paracetamol ose barna jo-steroidë anti-inflamatore (NSAID) (p.sh. ibuprofen, diclofen) pas lindjes me prerje cezariene, për të ulur nevojën për përdorim të opioideve.	B

Co-codamoli si i vetëm apo sëbashku me paracetamol mund të shihet si bari i mirë për analgjezi pas lindjes, por për shkak të mundësisë së polimorfizmit të gjeneve të cilat metabolizojnë atë, mund të qoj në helmim tek foshnja që ushqehet me gji (129 – 131).

5.5	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
	Të mos i administrohet codeina ose co-codamoli (paracetamol me codeinë) grave të cilat janë duke ushqyer foshnjën me gji.	A

Tjera

Ekziston një rishikim sistematik i 6 RCT-ve të cilat kanë krahasuar ushqyerjen pas LPC. Grupi i kontrollit përbënte gratë të cilave nuk ju lejua ushqyerja për 12 deri 24 orë pas LPC ose praninë e toneve të peristaltikës së zorrëve. Ngrënja dhe pirja e hershme u përcoll me kthim më të hershëm të peristaltikës së zorrëve dhe reduktim të ditëve të hospitalizimit, pa pasur ndikim në paraqitjen e mundimit, vjelljes, distendimit të zorrëve, ileusit parolitik apo analegjezionit (132).

5.6	Rekomandim i bazuar në evidencë	1-
	Lejoni gratë të hanë dhe pijn normalisht nëse lindja ka kaluar pa komplikime dhe janë duke e marrë veten mire.	A

Vendosja e kateterit urinar me qëllim të evitimit të lëndimeve gjatë LPC është praktikë klinike që ndiqet edhe në Kosovë. Studimet prospektive kanë identifikuar vendosjen e kateterit urinar si faktor rreziku për retencion urinar (133). Janë identifikuar 2 RCT të cilat kanë analizuar nëse duhet larguar kateteri menjëherë pas intervenimit apo ditën e nesërme tek gratë pas LPC. Nuk ka pasur dallim në numrin e infeksioneve por kishte më shumë raste të retencionit urinar (39% vs 0%) (134).

5.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	1-
	Largojeni kateterin urinar kur gruaja është në gjendje të lëvizë (është mobilizuar), por jo më herët se 12 orë nga anestetiku i fundit.	D

Kujdesin për plagën operatore udhërrëfyese i NICE e bazon në udhërrëfyesin e tyre për Kujdes ndaj Plagës Kirurgjike (75). Nënati duhet të informohen për mënyrën e kujdesit ndaj plagës dhe shenjat e mundshme të infeksionit. Çrregullimet e shërimit të plagëve ndodhin rrallë dhe në rastet kur fashat largohen menjëherë pas 24 orësh. Sipas RCT të analizuara nuk ka dallim nëse largimi i fashave bëhet 6 ore apo 24 orë pas intervenimit, megjithatë për shkak të dallimit të madh në praktikën tonë, grupi punues ka vendosur që të rekomandoj kjo të ndodhe pas 24 orësh. Pas lëshimit në shtëpi, gruaja duhet të udhëzohet për kujdes standard pas lindjes duke përfshirë veshjen e tesha të shkira, të brendshme nga pambuku dhe të bëj dush çdo ditë duke larë dhe tharë plagën me kujdes (135 - 138).

Lindja me prerje cezariene përcillet me më shumë raste të endometriteve në krahasim me lindjen vagjinale, andaj ipet antibiotiku profilaktik gjatë procedurë (139). Stafi mjekësor që kujdes për një grua pas LPC duhet të përcjellë gjendjen e saj veçanërisht sa i përket temperaturës, vlerësimit për infeksion, hapje ose ndarje të plagës dhe të largoj penjtë nëse ka nevojë (140).

5.8	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
	Kujdesi për plagën e lindjes me prerje cezariene përfshinë: - të largohet fasha 24 orë pas intervenimit - monitorimi specifik për temperaturë (matet temperatura nga gruaja çdo ditë) - vlerësimi për infeksion (dhimbje shtuar, induracion, skuqje apo rrjedhje), hapje dhe shkëputje të plagës. - gruaja të vishet me rroba të lehta, shkira, dhe brendshme prej pambuku - larje dhe tharje e përditshme e gruas dhe plagës - nëse duhet, largimi me kohë i penjëve/kapseve	D

Gratë pas një LPC kanë një rrezik të shtuar për trombozë. Kjo është veçanërisht e rëndësishme kur gruaja ka ko-morbiditete tjera të cilat mund të rrisin këtë rrezik. Përveç terapisë profilaktike për këtë, stafi mjekësor që kujdes për lehonën duhet të ketë në mendje mundësinë për episode tromboembolike tek to. Dhënja e terapisë profilaktike dhe e masave të nevojshme e bazuar në riskun individual të saj, nuk nënkupton edhe anashkalimin e adresimit të ankesave që mund ti ketë lehona e të cilat ndërlihen me trombo-emboli.

5.9	Deklarim i bazuar në konsensus	E
	Kushtojini vëmendje të veçantë grave që kanë simptoma të frymënxënjes (si kolla ose gulçimi) ose simptoma në këmbë (si dhimbja e ënjtur e kërcirit), pasi gratë që kanë pasur një lindje cezariene mund të jenë në rrezik të shtuar për sëmundje tromboembolike (trombozat e venave të thella dhe emboli pulmonare).	✓

Sipas një studimi kohort (n=971) u pa që 8 javë pas lindjes dhimbja gjatë aktiviteteve të zakonshme fizike ishte më e shprehur tek gratë të cilat patën LPC se sa te ato me lindje me rrugë vagjinale, pas gjashtë muajsh nuk kishte më dalim (141).

Sipas po të njëjtit studim nuk pati dallim në dhimbje gjatë mardhënjes tek gratë që lindën me LPC krahasim me ato në rrugë vagjinale. Një studim më i vogël nga SHBA (n = 66) nuk zbuloi ndonjë dallim në dispareuninë e raportuar në 2–8 javët pas lindjes mes grave që kishin operacion cezarian dhe atyre që kishin lindje vagjinale (142). Studimi i tretë raportoi se një muaj pas lindjes gratë që kishin operacion cezarian kishin më shumë gjasa të kishin rikthyer marrëdhënien seksuale krahasuar me gratë që lindën me rrugë vagjinale (143).

5.10	Rekomandim i bazuar në evidencë	2
	Informoni gratë të cilat kanë lindur me prerje cezariene se ato mund ti kthehen aktivitetit normal fizik (vozitjes, ngritjes së peshave, koitusit) kur ato ndihen që kanë marrë plotësisht veten nga lindja (nuk kanë limitime emocionale, fizike apo dhimbje)	B

Shtatzënia dhe lindja pas një lindjeje me prerje cezariane

5.11	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
	Kur këshilloni për mënyrat e lindjes të shtatzënisë pasuese, njoftoni se kjo varet nga preferenca e gruas, gjendja e saj në kohën e lindjes dhe rreziqet që bartë përsëritja e një lindje me prerje cezariane si dhe planifikimi i lindjes vagjinale pas lindjes me prerje cezariane.	C

Rastet me më shumë se një lindje me prerje cezariane ishin objekt i studimit të një studimi rishikues. Aty u pa se përsëritja e operacionit nuk përcillet me rrezik të shtuar për komplikime intra-operatore, por rrezikut të shtuar për rupturë të mitrës. (144)

5.12	Rekomandim i bazuar në evidencë	1
	Informoni gratë të cilat kanë pasur mbi 3 lindje me prerje cezariane se rreziku për lëndime kirurgjike nuk ndryshon nga mënyra e lindjes, por rreziku për rupturë të mitrës po.	B

Një rishikim sistematik krahasoi lindjen vagjinale pas një ose më shumë LPC dhe si përfundim suksesi është më i madh nëse gruaja ka një lindje të mëparshme me rrugë vagjinale (145).

5.13	Rekomandim i bazuar në evidencë	1
	Gratë shtatzëna të cilat kanë një lindje me prerje cezariane dhe një me rrugë vagjinale, kanë shanse më të madha të lindin me rrugë vagjinale se sa ato të cilat kanë pasur LPC por asnjë lindje të mëparshme me rrugë vagjinale.	B

V. Aplikimi në praktikën klinike

Ndihmesat dhe barrierat

Lindja me prerje cezariene, si një nga intervenimet kirurgjike më të shpeshta në obstetrikë, ka shtyrë mjekët dhe stafin mesëm të përgatiten mirë praktikisht dhe të zbatojnë udhëzimet më të fundit nga ekspertët e fushës. Kjo do të ndikojë që ky udhërrëfyes të jetë më i lehtë për tu zbatuar. Në raste të caktuara, ndryshimi i teknikës kirurgjikale aktuale mund të paraqesë sfida, por secili kirurg duhet të përdorë rekomandimet e ofruara pa kaluar jashtë kompetencës së tyre dhe teknika për çfarë janë trajnuar. Ndryshimet më të rëndësishme që parasheh ky udhërrëfyes përfshijnë dëshirën e gruas për LPC pa indikacion shëndetësor, trajtimin me antibiotikë dhe trajtimin e plagës operatorë.

Grupi punues e sheh si shumë sfiduese implementimin e rekomandimit që si hap i fundit të plotësohet dëshira e gruas për LPC. Pas shpërndarjes për lexim të brendshëm në ShOjGK, anëtarët shprehen shqetësimet e tyre rreth këtyre rekomandimeve. Kjo rritë ngarkesën e punës tek stafi i sallave të operacionit, shton nevojën për staf shtesë shëndetësor (gjinekologë, anesteziologë, mami, instrumentarë, psikolog klinik, etj.). Një rezultat i mundshëm i kësaj situate mund të jetë rritja e përqindjes së lindjeve me prerje cezariene. Refuzimi i ofrimit të trajtimit mjekësor (në këtë rast LPC pa indikacion mjekësor) nga ana e mjekut mund të jetë sfida e re ligjore, por aspekti etik dhe autoriteti i mjekut paraqesin një bazë të fortë për një vendim të tillë. Për këtë, edhe udhërrëfyesit ndërkombëtar, rekomandojnë që të punohet në edukimin shëndetësor të shtatzënës.

Një formë e tillë e edukimit shëndetësor mund të organizohet në bashkëpunim me Institutin Kombëtar të Shëndetit Publik, duke përfshirë gratë shtatzëna dhe ato të interesuara në përgjithësi. Qëllimi i këtij programi do të ishte të edukojë gratë rreth përparësive të lindjes me rrugë vagjinale dhe rreziqeve të mundshme të një lindjeje me prerje cezariene për gruan dhe foshnjën.

Praktika e aktuale e dhënies së antibiotikëve deri në 7 ditë (pa shenja të infeksionit) është dukshëm ndryshe nga rekomandimet e udhërrëfyesit. Ky udhërrëfyes rekomandon antibiotikë profilaktikë vetëm përpara prerjes së lëkurës dhe implementimi i këtij rekomandimi nga personeli shëndetësor është shqyrtuar si sfida nga grupi punues. Një mënyrë e mundshme për të ndihmuar aplikimin e këtij rekomandimi do të mund të ishte organizimi i seminareve të trajnimeve mbi rëndësinë e rezistencës antibiotikëve dhe infeksioneve intra-hospitalore.

Një dallim tjetër i rëndësishëm nga praktika aktuale klinike është trajtimi pas-operativ i plagës kirurgjike. Në këtë aspekt, rëndësi ka jo vetëm qëndrimi dhe praktika e stafit shëndetësor, por edhe përfshirja e vetë popullatës. Kampanjat e edukimit mbi higjienën personale dhe kujdesin pas-partial mund të jenë thelbësore në përmirësimin e këtij procesi.

Në këto pika, si dhe në përgjithësi në implementimin e udhërrëfyesit, një ndihmesë e rëndësishme vjen nga gatishmëria e gjinekologëve për të ndryshuar praktikën e tyre bazuar në të dhënat e fundit shkencore.

Disa nga rekomandimet në këtë udhërrëfyes në të vërtetë mund dhe duhet të zgjerohen, për të plotësuar zbrazësinë aktuale në këtë drejtim. Kështu, është e rëndësishme që me kohë të zhvillohen udhërrëfyes dhe protokolle të tjera ndërlidhëse, përkatësisht për anesteziologjinë gjatë lindjes, lindjen para kohës, induksionin e lindjes, kujdesin për shtatzënitë multi-fetale, trajtimin e plagës operative, dhe të tjera. Kjo do të siguronte një kujdes më të mirë dhe me standarde të përbashkëta në praktikën klinike.

Këshillat dhe mjetet për aplikim korrekt

Për ti ardhë në ndihmë stafit në implementimin e rekomandimeve, në shtojcën e këtij udhërrëfyesi janë përfshirë Klasifikimi sipas Robson i LPC, lista krahasuese me komplikimet e mundshme gjatë LPC dhe lindjes vagjinale si dhe një kategorizim i LPC bazuar në nivelin e urgjencës. Gjithashtu për aplikim më praktik, në fund të dokumentit janë të paraqitura të gjitha rekomandimet në formë tableteve, me qëllim të lehtësimit për referim dhe printim.

Grupi punues e sheh si të domosdoshme organizimin e trajnimit të stafit mjekësor lidhur me përdorimin e klasifikimit sipas Robsonit të LPC. Gjithashtu përkthimi në gjuhët zyrtare të Udhëzuesit të OBSH për përdorimit të këtij klasifikimi nga institucionet shëndetësore. Për më tepër, përdorimi i tij duhet të jetë obligator edhe në auditimin e institucioneve shëndetësore publike dhe private si dhe raportimet e rregullta të bëra nga to në Institutin Kombëtar të Shëndetit Publik.

Hartimi i protokolleve klinike derivate i këtij udhërrëfyesi është i domosdoshëm për të lehtësuar implementim klinik të rekomandimeve të dhëna në këtë dokument. Këto protokolle duhet të përmbajnë hapat e detajuar të procedurës, informacion mbi përdorimin e rekomandimeve, dhe udhëzime për menaxhimin e situatave të ndryshme. Përdorimi i protokolleve të qarta mund të ndihmojë në standardizimin e kujdesit dhe në zvogëlimin e gabimeve të mundshme.

Digjitalizimi i sistemit të informimit shëndetësor do të ndihmojë audit më të lehtë dhe të dhëna të cilat më pas do të mund të shfrytëzoheshin me siguri për ndryshimet e nevojshme të këtij udhërrëfyesi apo gjatë përpilimit të tjerëve që ndërlidhen me të.

Ndikimi ekonomik

Implementimi i rekomandimeve të këtij udhërrëfyesi parashihet të ketë një kosto shtesë: shtimi i numrit të personelit mjekësor, trajnimet e nevojshme, kampanjat e edukimit shëndetësor të popullatës target. Impakti më i madh financiar do të paraqitet në futjen në përdorim të matjes së Ph së gjakut fetal. Me këtë rast do të nevojitet blerja e pajisjeve dhe trajnimi i stafit shëndetësor për të kryer procedurën e nevojshme klinike dhe laboratorike. Të gjitha barnat e përfshira në udhërrëfyes, janë pjesë e listës esenciale të barnave.

VI. Standardet e auditueshme

Pyetja	Pritshmëria/Kirteri
A është lindja me prerje cezariane e klasifikuar sipas Klasifikimit të Robsonit?	Po
Nëse një grua ka refuzuar lindje me prerje cezariane, a është dokumentuar ky refuzim?	Po
A është ofruar lindja me prerje cezariane në rastet e shtatzënive multifetale kur fetusit i parë nuk ka prezentuar me kokë?	Po
A është zbatuar rekomandimi për mos përdorim të pelvimetries si mënyrë e vetme për vendosje të indikacionit për lindje me prerje cezariane?	Po
A është kryer lindje me prerje cezariane e indikuar për shkak të disproporcionit duke u bazuar në gjatësinë së nënës apo peshën e përafërt të fetusit?	Jo
A u është ofruar konsultë psikologjike grave të cilat kanë insistuar lindje me prerje cezariane për shkak të ankthit?	Po
A kanë patur mundësinë të lindin të gjitha gratë sipas mënyrës së tyre të zgjedhur të lindjes?	Po
Nëse është kryer lindje me prerje cezariane e planifikuar, a është bërë kjo pas 39+0 javë gestative?	Po Përrjashtim: Rastet kur ka patur indikacion shendetesor
Sa është intervali nga vënja e diagnozës në lindje tek lindjet e kategorisë 1 përkatësisht 2?	Kategoria 1: <30 minuta Kategoria 2: <75 minuta
A është i ditur grupi i gjakut dhe niveli i hemoglobinës tek të gjitha lindjet me prerje cezariane para fillimit të procedurës ?	Po. Përrjashtim: Kategoria 1/2 kur gruaja sapo ka arritur ne spital.
A është bërë lindje me prerje cezariane me anestezion spinal/regjional?	Po Përrjashtim: Kur ka patur kunderindikacione anesteziologjike ose tek disa raste të urgjencave.
A është administruar terapi profilaktike kundër aspirimit?	Po
A është administruar antibiotiku profilaktik para incizionit të lëkurës?	Po
A ka marrë gruaja Oxitocinë menjëherë pas lindjes së foshnjës?	Po
A i është ofruar tromboprofilaxë gruas pas lindjes me prerje cezariane dhe dokumentuar kjo.	Po

VII. Referencat

1. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah AN, Novikova N. Techniques for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD004662.
2. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 Prill 2015. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters*. 2015;23(45):149-150
3. Agjencia e Statistikave të Kosovës. (2022). Numri i Lindjeve në spitalet publike të Kosovës, 2016-2021. ASK. https://askdata.rks-gov.net/pxweb/sq/ASKdata/ASKdata__Health%20and%20Welfare__Health_Klinikat%20e%20QKUK-s%C3%AB/health33.px/
4. Caesarean birth (NICE Guideline 192). NICE (2021) Qasje në web faqen: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>. [Qasja e fundit me 12 Dhjetor 2023]
5. Louwen, Frank, Uwe Wagner, Michael Abou-Dakn, Jörg Dötsch, Burkhard Lawrenz, David Ehm, Daniel Surbek, et al. "Caesarean Section. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S3-Level, AWMF Registry No. 015/084, June 2020)." *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde* 81, no. 8 (August 9, 2021): 896–921.
6. Statements and guidelines directory. RANZCOG. (2023, December 13). <https://ranzcog.edu.au/resources/statements-and-guidelines-directory/#waypoint=training>
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network" (SIGN), kurse gradimi i rekomandimeve sipas GRADE sistemit të vlerësimit
8. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, et al. "Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor." *Am J Obstet Gynecol*. 2009 Sep; 201(3): 308.e1-308.e8.
9. McCarthy FP, Rigg L, Cady L, et al. "A new way of looking at Caesarean section births." *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2007 Aug; 47(4): 316–20.
10. Nesheim B-I, Eskild A, Gjessing L. "Does allocation of low risk parturient women to a separate maternity unit decrease the risk of emergency cesarean section?" *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 Jun; 89(6): 813–6.
11. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, et al. "WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections." *Reprod Health*. 2009 Oct 29; 6(1): 18.
12. Farine D, Shepherd D, Robson M, et al. "Classification of Caesarean Sections in Canada: The Modified Robson Criteria." *J Obstet Gynaecol Canada*. 2012 Oct; 34(10): 976–9.
13. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, et al. "Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review." *PLoS One*. 2011 Jan 20; 6(1): e14566.
14. LIGJI NR.2004/38 PËR TË DREJTAT DHE PËRGJEGJËSITË E BANORËVE TË KOSOVËS NË SISTEMIN SHËNDETËSOR, Gazeta Zyrtare Republikës së Kosovës
15. NICE. "Cesarean Section Clinical guideline [CG132]." 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. "Caesarean section: Evidence Update March 2013." *Natl Inst Heal Clin Excell*. 2013;(March): 1–28.
17. NICE. "4-year surveillance (2017) - summary of new evidence Cesarean section (2011) NICE guideline CG132." <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence/appendix-a-summary-of-newevidence-pdf-2736386032>
18. Bt Maznin NL, Creedy DK. A comprehensive systematic review of factors influencing women's birthing preferences. *JBIC Database Syst Rev Implement Reports* [Internet]. 2012;10(4):232–306. Marrë nga: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27819971>
19. Puia D. A Meta-Synthesis of Women's Experiences of Cesarean Birth. *MCN, Am J Matern Nurs* [Internet]. 2013;38(1):41–7. Marrë nga: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23232778>

20. O'Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. *BMJ* [Internet]. 2002 Mar 16;324(7338):643.
21. Stapleton H, Kirkham M, Thomas G. Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care. *BMJ* [Internet]. 2002 Mar 16;324(7338):639.
22. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001.
23. Gj H, Hannah M, Ta L, Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery (Review) Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(7):1–58
24. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Sep;191(3):864–71.
25. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 Sep;191(3):917–27.
26. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375–83.
27. Lau TK, Lo KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1997 Jan;176(1 Pt 1):218–23.
28. Brocks V, Philipsen T, Secher NJ. A randomized trial of external cephalic version with tocolysis in late pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1984 Jul;91(7):653–6
29. Van Veelen AJ, Van Cappellen AW, Flu PK, Straub MJ, Wallenburg HC. Effect of external cephalic version in late pregnancy on presentation at delivery: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* [Internet]. 1989 Aug;96(8):916–21.
30. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. In: Hofmeyr GJ, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
31. de Hundt M, Velzel J, de Groot CJ, Mol BW, Kok M. Mode of Delivery After Successful External Cephalic Version. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 Jun;123(6):1327–34
32. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*
33. Thomas, J., & Paranjothy, S. (2001). The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. RCOG Press. <http://orca.cf.ac.uk/93112/>
34. Të Lindur Binjak në Kosovë dhe Jashtë Kosovës, 2020 - 2022. ASK. (2023). https://askdata.rks-gov.net/pxweb/sq/ASKdata/ASKdata__Population__Births%20and%20deaths__Births__Annual%20indicators/birth10.px/
35. Office for National Statistics London. Review of the Registrar General on births and patterns of family building in England and Wales, 2002. 2004
36. Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems - PubMed - NCBI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21089236>
37. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomized management of the second nonvertex twin: Vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1987;156:52–6.
38. Macintosh M. CESDI Project 27/28: An Enquiry Into Quality of Care and Its Effect on the Survival of Babies Born 27-28 Weeks. 2003;

39. Murphy DJ, Sellers S, MacKenzie IZ, Yudkin PL, Johnson AM. Case-control study of antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in very preterm singleton babies. *Lancet* (London, England) [Internet]. 1995 Dec 2;346(8988):1449–54.
40. Grant A, Glazener CM. Elective caesarean section versus expectant management for delivery of the small baby. In: Grant A, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001. p. CD000078.
41. Lewsi G DJ. *Why Mothers Die 1997-1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kindom*. RCOG Press. 2001;
42. WHO labour care guide: User's manual (2020) <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240017566>
43. Pattinson RC, Farrell E-ME. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term. In: Pattinson RC, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1997. p. CD000161.
44. Beta J, Khan N, Khalil A, Fiolna M, Ramadan G, Akolekar R. Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019;54(3):308–318.
45. Menticoglou SM, Manning FA, Morrison I, Harman CR. Must macrosomic fetuses be delivered by a caesarean section? A review of outcome for 786 babies greater than or equal to 4,500 g. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1992;32(2):100–103
46. Inducing labour. NICE guideline (NG207). NICE (2021) Qasje në web faqen: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207>. [Qasja e fundit me 17 Dhjetor 2023]
47. Lau TK, Lo KW, Wan D, Rogers MS. Predictors of successful external cephalic version at term: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:798–802.
48. NË IKSHPK u shënua Dita Botërore e HIV/AIDS-it – IKShPK. Marrë në <https://niph-rks.org/ne-ikshpk-u-shenua-dita-boterore-e-hivaids-it-2/> [Qasja e fundit 17 Dhjetor 2023]
49. Antenatal care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Aug 19. (NICE Guideline, No. 201.)
50. Brook MG, Lever AM, Kelly D, Rutter D, Trompeter RS, Griffiths P, et al. Antenatal screening for hepatitis B is medically and economically effective in the prevention of 120 vertical transmission: three years experience in a London hospital. *Q J Med* [Internet]. 1989 Apr;71(264):313–7.
51. Beasley RP, Trepo C, Stevens CE, Szmuness W. The e antigen and vertical transmission of hepatitis B surface antigen. *Am J Epidemiol* [Internet]. 1977 Feb;105(2):94–8.
52. Nahmias AJ, Josey WE, Naib ZM, Freeman MG, Fernandez RJ, Wheeler JH. Perinatal risk associated with maternal genital herpes simplex virus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1971;110:825–34
53. Caesarean birth (NICE Guideline 192). NICE (2021) Qasje në web faqen: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>. [Qasja e fundit me 12 Dhjetor 2023]
54. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000;27:256–63
55. Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002;109:618–23.
56. Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at 'term'. *Acta Paediatr* 1999;88:1244–8.
57. NCEPD - National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths. Report of the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths 1992/3. CEPOD. 1995
58. C-Obs 14 Categorisation of Urgency for Caesarean Section Review Dr G Pecoraro Jul 12, <https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Categorisation-of-Urgency-for-Caesarean-Section.pdf>
59. Tolcher MC, Johnson RL, El-Nashar SA et al. (2014) Decision-to-incision time and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. [Review]. *Obstetrics & Gynecology* 123:536–548.

60. Berlit S, Welzel G, Tuschy B et al. (2013) Emergency caesarean section: risk factors for adverse neonatal outcome. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 287:901-905.)
61. Collea J V, Chein C, Quilligan EJ. The randomized management of term frank breech presentation: a study of 208 cases. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1980 May 15;137(2):235-44.
62. Stones RW, Paterson CM, Saunders NJ. Risk factors for major obstetric haemorrhage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1993 Jan;48(1):15-8
63. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung
64. Naef RW, III, Chauhan SP, Chevalier SP, Roberts WE, Meydrech EF, Morrison JC. Prediction of hemorrhage at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994;83:923-6
65. Lewsi G, Drife J, editors. *Why Mothers Die 1997-1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: RCOG Press; 2001
66. Lertakyamanee J, Chinachoti T, Tritrakarn T, Muangkasem J, Somboonnanonda A, Kolatat T. Comparison of general and regional anesthesia for cesarean section: Success rate, blood loss and satisfaction from a randomized trial. *J Med Assoc Thailand* 1999;82:672-9
67. Kolatat T, Lertakyamanee J, Tritrakarn T, Somboonnanonda A, Chinachot T, Muangkasem J. Effects of general and regional anesthesia on the neonate (A prospective, randomized trial). *J Med Assoc Thailand* 1999;82:40-5.
68. Dick W, Traub E, Kraus H, Tollner U, Burghard R, Muck J. General anaesthesia versus epidural anaesthesia for primary caesarean section-a comparative study. *Eur J Anaesthesiol* 1992;9:15-21.
69. Kavak ZN, Basgul A, Ceyhan N. Short-term outcome of newborn infants: spinal versus general anesthesia for elective cesarean section: A prospective randomized study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;100:50-4
70. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. (2016). *Anesthesiology*, 124(2), 270-300.
71. Brock-Utne JG, Buley RJ, Downing JW, Cuerden C. Advantages of left over right lateral tilt for caesarean section. *S Afr Med J* 1978;54:489-92
72. Lesage S. Cesarean delivery under general anesthesia: Continuing Professional Development. *Can J Anesth Can d'anesthésie* [Internet]. 2014 May 4;61(5):489-503.
73. Speak S. Food intake in labour: the benefits and drawbacks. *Nurs Times* 2002;98:42-3.
74. Bollig C, Nothacker M, Lehane C, Motschall E, Lang B, Meerpohl JJ, et al. Prophylactic antibiotics before cord clamping in cesarean delivery: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2018 May;97(5):521-35
75. Surgical site infections: prevention and treatment NICE guideline [NG125]; <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125/chapter/Recommendations-for-research>
76. Chlorhexidine solutions: Reminder of the risk of chemical burns in premature infants. GOV.UK; <https://www.gov.uk/drug-safety-update/chlorhexidine-solutions-reminder-of-the-risk-of-chemical-burns-in-premature-infants>
77. Burger JWA, van 't Riet M, Jeekel J. Abdominal incisions: techniques and postoperative complications. *Scand J Surg* [Internet]. 2002 Dec 3;91(4):315-21
78. Lindholt JS, Möller-Christensen T, Steele RE. The cosmetic outcome of the scar formation after cesarean section: percutaneous or intracutaneous suture? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994 Nov;73(10):832-5
79. Stark M, Finkel AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;53:121-2.

80. Mathai M, Ambersheth S, George A. Comparison of two transverse abdominal incisions for cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;78:47–9
81. Rock J, Jones III HW. *TeLinde's Operative Gynecology*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003.
82. Burger JWA, van 't Riet M, Jeekel J. Abdominal incisions: techniques and postoperative complications. *Scand J Surg [Internet]*. 2002 Dec 3;91(4):315–21
83. Stark M, Finkel AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]*. 1994 Feb;53(2):121–2.
84. Mathai M, Ambersheth S, George A. Comparison of two transverse abdominal incisions for cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet [Internet]*. 2002 Jul;78(1):47–9.
85. Hasselgren PO, Hagberg E, Malmer H, Saljo A, Seeman T. One instead of two knives for surgical incision. Does it increase the risk of postoperative wound infection? *Arch Surg* 1984;119:917–20.
86. Wiener JJ, Westwood J. Fetal lacerations at caesarean section. *J Obstet Gynaecol [Internet]*. 2002 Jan 2;22(1):23–4.
87. Haas DM, Ayres AW. Laceration injury at Cesarean section. *J Matern Neonatal Med [Internet]*. 2002 Jan 7;11(3):196–8.
88. Smith JF, Hernandez C, Wax JR. Fetal laceration injury at cesarean delivery. *Obstet Gynecol [Internet]*. 1997 Sep;90(3):344–6.
89. Lokugamage AU, Paine M, Bassaw-Balroop K, Sullivan KR, Refaey HE, Rodeck CH. Active management of the third stage at caesarean section: a randomised controlled trial of misoprostol versus syntocinon. *Aust N Z J Obstet Gynaecol [Internet]*. 2001 Nov;41(4):411–4.
90. Gülmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L, et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet (London, England) [Internet]*. 2001 Sep 1;358(9283):689–95.
91. McCurdy CM, Magann EF, McCurdy CJ, Saltzman AK. The effect of placental management at cesarean delivery on operative blood loss. *Am J Obstet Gynecol [Internet]*. 1992 Nov;167(5):1363–7.
92. Cernadas M, Smulian JC, Giannina G, Ananth C V. Effects of placental delivery method and intraoperative glove changing on postcesarean febrile morbidity. *J Matern Fetal Med [Internet]*. 1998 Mar;7(2):100–4.
93. Lasley DS, Eblen A, Yancey MK, Duff P. The effect of placental removal method on the incidence of postcesarean infections. *Am J Obstet Gynecol [Internet]*. 1997 Jun;176(6):1250–4.
94. Chandra P, Schiavello HJ, Kluge JE, Holloway SL. Manual removal of the placenta and postcesarean endometritis. *J Reprod Med [Internet]*. 2002 Feb;47(2):101–6.
95. Atkinson MW, Owen J, Wren A, Hauth JC. The effect of manual removal of the placenta on post-cesarean endometritis. *Obstet Gynecol*. 1996 Jan;87(1):99–102.
96. Tully L, Gates S, Brocklehurst P, McKenzie-McHarg K, Ayers S. Surgical techniques used during caesarean section operations: results of a national survey of practice in the UK. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:120–6
97. Wilkinson C, Enkin MW. Uterine exteriorization versus intraperitoneal repair at caesarean section. *Cochrane database Syst Rev [Internet]*. 2000 Apr 22;(2):CD000085.
98. Wahab MA, Karantzis P, Eccersley PS, Russell IF, Thompson JW, Lindow SW. A randomised, controlled study of uterine exteriorisation and repair at caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol [Internet]*. 1999 Sep;106(9):913–6.
99. ahlke JD, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol [Internet]*. 2013 Oct;209(4):294–306.

100. Roberge S, Demers S, Berghella V, Chaillet N, Moore L, Bujold E. Impact of single- vs double-layer closure on adverse outcomes and uterine scar defect: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 Nov;211(5):453–60
101. Dodd JM, Anderson ER, Gates S, Grivell RM. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2014 Jul 22;(7):CD004732.
102. Wilkinson CS, Enkin MW. Peritoneal non-closure at caesarean section. Bamigboye AA, editor. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2000 Oct 20;(2):CD000163.
103. Grundsell HS, Rizk DE, Kumar RM. Randomized study of non-closure of peritoneum in lower segment cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 1998 Jan;77(1):110–5.
104. Allaire AD, Fisch J, McMahon MJ. Subcutaneous drain vs. suture in obese women undergoing cesarean delivery. A prospective, randomized trial. *J Reprod Med* 2000;45:327–31
105. Saunders NJ, Barclay C. Closed suction wound drainage and lower-segment caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1988;95:1060–2.
106. Maharaj D, Bagratee JS, Moodley J. Drainage at caesarean section -a randomised prospective study. *S Afr J Surg* 2000;38:9–12.
107. Ochsenbein-Imhof N, Huch A, Huch R, Zimmermann R. No benefit from post-caesarean wound drainage: a prospective randomised controlled trial. *Swiss Med Wkly* 2001;131:246–50.
108. Loong RL, Rogers MS, Chang AM. A controlled trial on wound drainage in caesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1988;28:266–9.
109. Alderdice F, McKenna D, Dornan J. Techniques and materials for skin closure in caesarean section. In: Alderdice F, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003. p. CD003577.
110. Gates S, Brocklehurst P, Davis L-J. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. In: Gates S, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2002. p. CD001689.
111. Ros HS, Lichtenstein P, Bellocco R, Petersson G, Cnattingius S. Pulmonary embolism and stroke in relation to pregnancy: how can high-risk women be identified? *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 Feb;186(2):198–203.
112. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Prophylaxis of Venous Thromboembolism. A National clinical guideline. SIGN Guideline No. 62. Edinburgh: SIGN;2002.
113. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 1995 Aug;149(8):862–7.
114. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: When is a pediatrician necessary? *Obstet Gynecol* 1997;89:217–20.
115. Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;Vol 26:91–3.
116. Christensson K, Siles C, Cabrera T, Belaustequi A, De la Fuente P, Lagercrantz H, et al. Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants. *Acta Paediatr* 1993;82:128–31
117. Larue F, Benhamou D, Jullien P, Labaille T, Champagne C. Temperature monitoring during epidural anesthesia for cesarean delivery. *Regional Anesthesia* 1991;16:322–4.
118. McClellan MS, Cabianga WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstet Gynecol* 1980;56:52–5
119. Bruce NG, Khan Z, Olsen NDL. Hospital and other influences on the uptake and maintenance of breast feeding: The development of infant feeding policy in a district. *Public Health* 1991;105:357– 68.

120. Tamminen T, Verronen P, Saarikoski S, Goransson A, Tuomiranta H. The influence of perinatal factors on breast feeding. *Acta Paediatr Scand* 1983;72:9–12.
121. Ever-Hadani P, Seidman DS, Manor O, Harlap S. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:281–5.
122. Leung GM, Lam T-H, Ho L-M. Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2002;99:785–94.
123. Vestermark V, Hogdall CK, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;38:33–8.
124. Samuels SE, Margen S, Schoen EJ. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. *Am J Clin Nutr* 1985;42:504–10.
125. Panchal S, Arria AM, Harris AP. Intensive care utilization during hospital admission for delivery: prevalence, risk factors, and outcomes in a statewide population. *Anesthesiology* 2000;92:1537–44.
126. Gemeinsame Stellungnahme, DGGG, AG MedR, DGAI, BDA. Zur Frage der postoperativen Überwachung von Kaiserschnittpatientinnen* [Internet]. 2016.
127. Lim NL, Lo WK, Chong JL, Pan AX. Single dose diclofenac suppository reduces post - Cesarean PCEA requirements. *Can J Anesth* 2001;48:383–6.
128. Bush DJ, Lyons G, Macdonald R. Diclofenac for analgesia after caesarean section. *Anaesthesia* 1992;47:1075–7.
129. Madadi P, Shirazi F, Walter FG, Koren G. Establishing causality of CNS depression in breastfed infants following maternal codeine use. *Paediatr Drugs*. 2008;10(6):399–404.
130. Koren G, Cairns J, Chitayat D, Gaedigk A, Leeder SJ. Pharmacogenetics of morphine poisoning in a breastfed neonate of a codeine-prescribed mother. *Lancet*. 2006;368(9536):704.
131. Madadi P, Ross CJ, Hayden MR, Carleton BC, Gaedigk A, Leeder JS, et al. Pharmacogenetics of neonatal opioid toxicity following maternal use of codeine during breastfeeding: a case-control study *Clin Pharmacol Ther* 2009;85:131–5.
132. Mangesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2).
133. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with hemorrhage in cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 1991;77:77–82.
134. Clark VA, Wardall GJ, McGrady EM. Blood ordering practices in obstetric units in the United Kingdom. *Anaesthesia* 1993;48:998–1001.
135. Bick D, MacArthur C, Knowles H, Winter H. *Postnatal Care: Evidence and Guidelines for Management*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2002.
136. Levitt C, Shaw E, Wong S, Kaczorowski J, Springate R, Sellors J, et al. Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Methodology and Literature Search Results. *Birth* [Internet]. 2004 Sep;31(3):196–202.
137. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*. 1999 Dec;26(4):255–8.
138. Stumbras K, Rankin K, Caskey R, Haider S, Handler A. Guidelines and Interventions Related to the Postpartum Visit for Low-Risk Postpartum Women in High and Upper Middle Income Countries. *Matern Child Health J*. 2016 Nov 8;20(Suppl 1):103–16.
139. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(3).
140. Reid VC, Hartmann KE, McMahon. Vaginal preparation with povidone iodine and postcesarean infectious morbidity: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2001;97:147–52.
141. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2001;15:232–40.

142. Goetsch MF. Postpartum dyspareunia. An unexplored problem. *J Reprod Med* 1999;44:963–8.
143. Hogberg U, Sandstrom A, Nilsson NG. Reproductive patterns among Swedish women born 1936–1960. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992;71:207–14.
144. Guise, J.M., Eden, K., Emeis, C., Jonas, D.E., Morgan, L.C., Reuland, D., Gilchrist, M., Finkelstein, J., Wiswanathan, M., Lohr, K.N., Lyda-McDonald, B. 2010. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evidence Report/Technology Assessment*; 191:1-397
145. Tahseen, S., Griffiths, M. 2010. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 1:5-19
146. Twin and triplet pregnancy [F] Evidence review for mode of birth. NICE guideline NG137. National Institute for Health and Care Excellence. September 2019
147. Gorman RE, Noble A, Andrews CM. The relationship between shoe size and mode of delivery. *Midwifery Today* 1997;70–1.

VIII. Shtojcat

Shtojca I: Klasifikimi i Robsonit¹

Grupi 1	Grua nullipare shtatzëni me një fetus me prezentim cephalik, ≥ 37 javë gestative dhe në aktivitet të lindjes spontane.
Grupi 2	Grua nullipare shtatzëni me një fetus me prezentim cephalik, ≥ 37 javë gestative e cila ose ka qenë e indukur ose lindja e planifikuar/përfunduar me prerje cezariane para fillimit të lindjes.
Grupi 3	Grua multipare por pa asnjë lindje me prerje cezariane - shtatzënia me një fetus me prezentim cephalik, ≥ 37 javë gestative dhe në aktivitet të lindjes spontane.
Grupi 4	Grua multipare por pa asnjë lindje me prerje cezariane ≥ 37 javë gestative e cila ose ka qenë e indukur ose lindja e planifikuar/përfunduar me prerje cezariane para fillimit të lindjes.
Grupi 5	Grua multipare me lindje me prerje cezariane të mëparshme, fetus me prezentim cephalik, ≥ 37 javë gestative.
Grupi 6	Të gjitha gratë nullipare me shtatzëni me një fetus, me prezentim me pelvik.
Grupi 7	Të gjitha gratë multipare me shtatzëni me një fetus me prezentim me pelvik, përfshirë ato me lindje me prerje cezariane të mëparshme.
Grupi 8	Të gjitha gratë me shtatzëni multi-fetale, përfshirë ato me lindje me prerje cezariane të mëparshme.
Grupi 9	Të gjitha gratë me shtatzëni me një fetus, ku fetusi zë situs transvers ose të pjerrët, përfshirë ato me lindje me prerje cezariane të mëparshme.
Grupi 10	Të gjitha gratë me shtatzëni me një fetus, <37 javë gestative, përfshirë ato me lindje me prerje cezariane të mëparshme.

¹ World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 Prill 2015. WHO Statement on caesarean section rates. Reprod Health Matters. 2015;23(45):149-150

Përkthyer dhe përshtatur nga grupi punues. Për saktësi ju lutemi ti referoheni dokumentit original në faqe 6.

Shtojca II: Rreziqet dhe përfitimet e lindjes me rrugë vagjinale dhe lindjes me prerje cezariane.²

<i>Pasojat të cilat janë më të shpeshta tek gratë që kryejn lindje me prerje cezariane</i>		
<i>Pasoja</i>	<i>Rrisku i vlerësuar me lindje me rrugë vagjinale</i>	<i>Rrisku i kalkuluar me lindje me prerje cezariane</i>
Histerektomia peripartale	Rreth 80 gra për 100,000 lindje me rrugë vagjinale.	Rreth 150 gra në 100,000 gra me lindje me prerje cezariane.
Vdekje maternale	Rreth 4 gra për 100,000 lindje me rrugë vagjinale.	Rreth 24 gra për 100,000 gra me lindje me prerje cezariane.
Ditë qëndrimi në spital	Mesatarisht rreth 2 ditë e gjysmë.	Mesatarisht rreth 4 ditë.
Placenta akreta në shtatzënitë pasuese	Rreth 40 gra për 100,000 lindje me rrugë vagjinale.	Rreth 100 gra për 100,000 gra me lindje me prerje cezariane.
Ruptura e mitrës në shtatzënitë pasuese	Rreth 40 gra për 100,000 lindje me rrugë vagjinale.	Rreth 1,020 gra për 100,000 gra me lindje me prerje cezariane.
<i>Pasojat të cilat janë më të shpeshta tek foshnjët të cilat lindin me prerje cezariane</i>		
<i>Pasoja</i>	<i>Rrisku i vlerësuar me lindje me rrugë vagjinale</i>	<i>Rrisku i kalkuluar me lindje me prerje cezariane</i>
Vdekjet neonatale	Rreth 30 neonatus në 100,000 foshnje të lindura me rrugë vagjinale	Rreth 50 neonatus në 100,000 foshnje të lindura me prerje cezariane.
Astma	Rreth 1,500 për 100,000 foshnje të lindura me rrugë vagjinale	Rreth 1,810 për 100,000 foshnje të lindura me prerje cezariane.
Obeziteti në fëmijëri	Rreth 4,050 për 100,000 foshnje të lindura me rrugë vagjinale	Rreth 4,560 për 100,000 foshnje të lindura me prerje cezariane.
<i>Pasojat të cilat janë më të rralla tek gratë që kryejn lindje me prerje cezariane</i>		
<i>Pasoja</i>	<i>Rrisku i vlerësuar me lindje me rrugë vagjinale</i>	<i>Rrisku i kalkuluar me lindje me prerje cezariane</i>
Dëmtimet e murit të vagjinës (shkallës së 3 dhe të 4)	Rreth 560 gra në 100,000 lindje me rrugë vagjinale.	Rreth 0 gra në 100,000 foshnje të lindura me prerje cezariane.
Inkontinenca fekale (krahasur lindjen me vakum/forceps)	Rreth 15,100 gra për 100,000 lindje me rrugë vagjinale.	Rreth 7,410 për 100,000 foshnje të lindura me prerje cezariane.

Pasojat për gruan dhe foshnjën të cilat duket se paraqiten njëjtte sikur te LPC dhe te lindja me rrugë vagjinale:

Tek gruaja: sëmundjet tromboembolike, hemorragjia masive obstetrikale, depresioni post-partal, inkontinenca fekale (lindja vagjinale pa ndihmën e instrumenteve). **Tek foshnja:** shtrirja në kujdes intenziv neonatal, infeksionet neonatale, mortaliteti infantil (deri në 1 vjeç).

² Marrë nga udhërrëfyshi i NICE për Lindje me Prerje Cezariane (NG192) – Evidenca A: Shtojca M. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/evidence>

Shtojca III. Grupimi i indikacioneve për lindje me prerje cezariane sipas kategorisë së urgjencës³

Klasifikimi	Shembuj të indikacioneve (Secili rast duhet të merret si bashkëvendim mes profesionistëve, monitorim për ndryshim të gjendjes së fetusit dhe/apo gruas. Shembujt e mëposhtëm nuk janë ekskluzive dhe paraqesin listë jo të plotë)
Kategoria 1 <i>Transferoni në sallë të operacionit menjëherë pas marrjes së vendimit!</i>	Bradikardi e rëndë fetale >4 minuta CTG-jo normale pa analizë gazore të gjakut fetal Analiza gazore e gjakut fetal: Laktetet mbi 4.8 mmol/L ose pH <7.2 Shkollitje e parakohshme masive e placentës/gjakderdhje antepartale/rupturë ose dyshim për rupturë të mitrës Prolapsi i kordonit Dështim i lindjes me vakum/forceps Arrest kardiak i gruas, etj.
Kategoria 2 <i>Transferoni në sallë të operacionit menjëherë pas marrjes së vendimit!</i>	CTG jo e sigurtë (përjashtim gjetjet jo-normale) Shkollitje e parakohshme e vogël e placentës/gjakderdhje antepartale Dështim në përparim (ngecje e procesit të lindjes) Fillim i procesit të lindjes tek gratë të cilat janë planifikuar për lindje me prerje cezariane Preeklampsion i rëndë rezistent në terapi, etj.
Kategoria 3 <i>Obstetri specifikon kohën sipas gjendjes klinike.</i>	Lindje e planifikuar cezariane e hospitalizuar për shkak të rupturë së parakohshme të cipave amniale, ose në fazë latente të lindjes. Dështim i induksionit të lindjes Pre-eklampsia që bën të nevojshme LPC, etj.
Kategoria 4 <i>I përshtatet situatës së gruas, të mjekut dhe të institucionit.</i>	Placenta previa (pa aktivitet të lindjes) Prezentim me pelvik (kur është marrë vendimi për LPC) Lindje të mëparshme me prerje cezariane Gjendje fetale ose maternale që bën të pamundur lindjen me rrugë vagjinale (pa aktivitet të lindjes) Kërkesa e gruas etj.

³ Lista e mësipërme në asnjë mënyrë nuk paraqet listë të plotë dhe/apo gjithëpërfshirëse. Qëllimi i saj është që lexuesi të ketë një pasqyrë të klasifikimit të urgjencave. Vendimarrja duhet të bëhet në bazë të rekomandimeve dhe gjendjes klinike të gruas/fetusit. Duhet të keni parasysh se natyra e shtatzënisë dhe lindjes mund të ndryshojë pas një kohe të shkurtër mundet që rasti të ndërrojë shkallën e kategorizimit.

Shtojca IV. Komentet e pranuar gjatë shqyrtimit publik dhe përgjigjet e grupit punues.

Komenti	Përgjigja
Dr. A. G. : <i>"... Unë kam vetëm një koment për të cilin isha konsultuar me koleget, lidhur me lindjen cezariane pa indikacione mjekësorë, me kërkesë të pacientes.</i> <i>Meqë ky fenomen është duke u bere epidemik, me duket se ky rekomandim duhet të rishqyrtohet sepse do ta vuajmë pasojën sidomos ne mjeket që jemi duke u ballafaquar me këtë hall gjatë kujdestarive.</i> <i>Unë do të thirresha në rekomandimet e FIGOs 08.10.2023, ku rekomandohet që lindja cezariane elektive me kërkesë të pacientes mund edhe të refuzohet nga Klinikisti, meqë neve kemi mundësinë e adaptimit të rekomandimeve...."</i> Dr. D. U-LL.: <i>"...Duke marrë parasysh komplikimet intraoperative ,koston, rrezikun për infeksione kufizimin e numrit të lindjeve gjatë lindjes me prerje Cezarijane si dhe nivelin intelektual të pacientëve (pacientë të cilat nuk kanë njohuri në detaje për komplikimet afagjate të lindjes me PC) në interes Kombëtar është që gjatë zgjedhjes së mënyrës së lindjes të rishikohet drafti ku lejohet që pacientja me dëshirë kërkon që lindja të kryhet me prerje Cezariane..."</i>	GP ka shqyrtuar dokumentin në fjalë dhe fjalë të cilës i referohet dr: "A clinician has the right to refuse the request for a cesarean delivery and, in this case, the woman should be offered the possibility of a second opinion." Në versionin final të udhërrëfyesit është siguruar që të përfshihet edhe marrja e mendimit nga më shumë se një profesionisti shëndetësorë, duke përfshirë edhe mamitë dhe psikologun klinik. Në serinë e njëjte të dokumenteve, FIGO ka publikuar edhe "FIGO good practice recommendations for cesarean delivery on maternal request: Challenges for medical staff and families" (doi: doi.org/10.1002/ijgo.15118), ku i qaset pikërisht këtij problemi. Aty bëhet thirrje për gjithëpërfshirje dhe bashkëbisedim në vendimmarrje. Për më tepër në aspektet etike të beneficences, nonmaleficences e drejtësisë nuk shihet shkelje dhe përfundimisht rekomandon që zgjedhja e pacientit duhet të rekomandohet. GP konsideron që çështjet etike të refuzimit të ofrimit të trajtimit pa arsyeje shëndetësore (p.sh. me LPC me kërkesë së nënës) janë përtej domenit të tyre, dhe duhet vendosen në nivel nacional për të gjitha shërbimet shëndetësore. GP parasheh në dokument që rritja e numrit të LPC me kërkesë së gruas mund të qoj në rritje të lindjeve që kryhen me operacion, pikërisht kjo paraqet një nga arsyeje pse ka vendosur që klasifikimi i Robson-it të përfshihet në udhërrëfyes, dhe të merren hapa konkret në edukimin e grave gjatë kujdesit antenatal. Është obligim i profesionistëve shëndetësorë edukimi shëndetësor i pacientëve të tyre.
Dr. S. F.: <i>"...Te mbyllja e shtresave anatomike pas lindjes me prerje cezariane mendoj që duhet të gjitha shtresat anatomike të qepen.</i> <i>Arsyeja: Te gjakderdhja nga muskujt koagulimet e gjakut dhe gjaku kalojnë në hapësirën abdominale dhe e bën të vështirë ta kuptojmë nga ka gjakderdhje dhe shtyn me shumë mjekun për relaparatomy ndërsa kur hematoma mbetet në murin e barkut ekziston mundësia për mjekim</i>	GP ka bërë hulumtim të dytë në qështjen në fjalë. Është gjetur një prezantim rasti të tillë, por nuk ka studime të mëdha origjinale as rishikime sistematike që mund të përkrahin një gjë të tillë. GP është i mendimit që ndryshimet në teknikën kirurgjike të profesionistëve kërkon kohë për tu ndryshuar, megjithatë baza për rekomandimin e dhënë është nga një rishikim sistematik i librisë Cochrane (nr 102 në referenca). Rekomandimi merr në bazë kërkesën për analgjezi në mes

<i>konzervativ. Nuk besoj se peritonizimi parietal humbe aq shume kohe.</i> “	dy grupeve si arsyeje kryesore. Përderisa nuk kemi prova të randomizuara të rasteve me gjakderdhje që kërkojnë intervenim ku krahasohen ato me dhe pa peritonizim, nuk mund të jepet rekomandim i tillë. Në rast të publikimit të punimeve të tilla, nxisim lexuesit të iniciojnë ndryshimin e udhërrëfyesit.
PRAK Kosova: <i>Të planifikohet ofrimi i një programi të edukimit të detajuar dhe objektiv për pacientët/gratë shtatzëna në lidhje me rreziqet dhe përfitimet e lindjes natyrale dhe cezariane dhe të drejtën e tyre për të zgjedhur. (edukimi përmes mediave, edukimi individual, edukimi në grupe apo forume të grave shtatzëna duke ndarë eksperiencat e tyre etj.) Tu mundësohet grave diskutimi me mjekun dhe maminë në çdo kohë lidhur me rreziqet dhe përfitimet e lindjes natyrale dhe cezariane. Të përmirësohen aftësitë komunikuese të mjekëve dhe mamive për të siguruar që ata kuptojnë dëshirat dhe pritjet e pacienteve në krahasim me nevojat që kanë arsyetimin profesional. Të inkurajohen mjekët apo të ndërgjegjësohen rreth përdorimit të prerjeve cezariane dhe të konsiderojnë opsionet e tjera kur është e mundur. Nga ky udhëzues të dalin protokolle klinike në një periudhë shumë të shpejtë lidhur me: monitorimin dhe dokumentimin e çdo rasti të prerjes cezariane. Zgjedhjen e mënyrës së lindjes Algoritmin e prerjes cezariane, algoritmi për identifikimin e faktorëve të rrezikut etj. Të zhvillohen politika institucionale që promovojnë një qasje të individualizuar ndaj kujdesit shëndetësor dhe që rrisin kujdesin multidisiplinar dhe bashkëpunimin. Të përfshihen stimuj dhe shpërblimet për ekipet që ulin përqindjen e prerjeve cezariane dhe përmirësojnë përvojën e pacientëve.</i>	GP konsideron që ka parashikuar në pika kryesore protokollet që duhet dalin nga ky udhërrëfyes, gjë që është e rregulluar edhe me U.A në fuqi. GP ka ri-shikuar pjesën V. Aplikimi në praktikën klinike dhe ka bërë amandamentim të pjesës për të përfshirë program për edukim të grave shtatzëna, por konsideron se objektivat dhe detajet duhet të bëhen nga epikë e veçantë për këtë. GP përmes rekomandimit për bashkëbisedim gjatë periudhës së shtatzënisë, konsideron që përmbushë mjaftueshëm kërkesën që gruaja/shtatzëna të ketë mundësi për pyetje dhe informim për modalitet e lindjes, përmes udhërrëfyesit është rekomanduar që të jetë të paktën një bisede e tillë (pjesa “Informimi dhe vendimmarrja”). Përfshirja e stimujve dhe shpërblimeve për ekipet shëndetësore del përtej qëllimit të këtij udhërrëfyesi dhe si të tilla duhet të diskutohen në një nivel tjetër, më të lartë se ky GP.

Shtojca V: Rekomandimet		
1	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
Lindjet me prerje cezariene duhet të klasifikohen sipas Klasifikimit të Robsonit.		A
1.1	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Gratë shtatzëna duhet të informohen gjatë vizitave prenatale për mënyrat e mundshme të lindjes. Sigurohuni që informacioni është i bazuar në evidencë, është lehtë i qasshëm për pacientin duke marrë në konsideratë edhe gjuhën që ajo kupton, formimin profesional e personal, si dhe mjedisin kulturor të saj.		✓
1.2	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Nëse gruaja insiston se dëshiron të ketë lindje me prerje cezariene, asaj duhet ti ofrohen informatat e bazuara në evidence. Ajo duhet informuar për indikacionet shëndetësore, rreziqet që ka intervenimi, implikimet për periudhën postpartale dhe shtatzënitë në të ardhmen. Duhet ti shpjegohen dallimet, rreziqet dhe përparësitë e lindjes vagjinale dhe lindjes me prerje cezariene.		✓
1.3	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Nëse gruaja vendos të refuzoj lindjen me prerje cezariene edhe pas shpjegimit mjekësor, ky vendim i saj duhet të faktohet.		✓
2.1	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Tek rastet kur fetusit prezanton me pelvik duhet që gruaja të njoftohet me kohë për mundësitë e lindjes me prerje cezariene dhe rrugë vagjinale pa marrë parasysh paritetin e gruas. Duhet shpjeguar përparësitë dhe rreziqet e të dy mënyrave të lindjes. Atyre duhet shpjeguar se lindja me prerje cezariene bartë rrezik të shtuar për gruan, në anën tjetër morbiditeti dhe mortaliteti tek foshnjat janë më të ulëta krahasuar me lindjen vagjinale.		✓
2.2	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Grave shtatzëna me një fetus me prezentim me pelvik, pa komplikime shëndetësore, duhet ti ofrohet rrotullimi i jashtëm i fetusit nga 36+0 javë të shtatzënisë. Duhet marrë parasysh kundërindikacionet fetale dhe maternale duke u bazuar në evidencë shkencore.		A
2.3	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Rrotullimi i jashtëm duhet të tentohet vetëm në institucionet të cilat mund të realizojnë lindje emergjente me prerje cezariene.		✓
Para fillimit të procedurës, gruaja duhet informuar për përqindjen e suksesit, komplikimet e mundshme, dhe mundësinë për lindje me prerje cezariene. Gjithashtu të jenë të njoftuar stafi i sallës së operacionit.		
2.4	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Te shtatzënitë me dy fetus, kur fetusit i parë prezanton me kokë, në lindjet me rrugë vagjinale në krahasim me lindje me prerje cezariene, fetusit i dytë ka morbiditet dhe mortalitet më të lartë. Megjithatë nuk dihet nëse kjo është qëndron edhe për LPC të planifikuara, prandaj LPC nuk duhet rekomanduar si rutinë.		B
2.5	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Shpjegoni grave me shtatzëni të pa komplikuar me bineq që për gratë që lindin para javës së 32të: Më shumë se një e treta e atyre që planifikojnë të lindin me rrugë vagjinale lindin me LPC Shumica e atyre që planifikojnë LPC i nënshtrohen asaj, por një numër i tyre lindin me rrugë vagjinale. Një numër i vogël i atyre që planifikojnë lindje me rrugë vagjinale, mund ti duhet të kryejn LPC		✓
2.6	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Ofrojeni lindje me prerje cezariene në rastet e shtatzënieve multifetale kur fetusit i parë nuk prezanton me kokë. Njëjtë të veprohet edhe në rastet kur ka filluar lindja nga java 26-të deri 32-të nëse fetusit i parë nuk prezanton me kokë.		✓
2.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Nuk ka studime të mjaftueshme për të mbështetur lindjen me prerje cezariene të lindjet para kohës, prandaj kjo nuk duhet ofruar në mënyrë rutine.		B
2.8	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Mendonit për lindje me prerje cezariene tek gratë tek të cilat është dyshimi, diagnoza ose ka filluar lindja para kohës në mes 26+0 dhe 36+6 javë të shtatzënisë, kur fetusit prezanton me pelvik. Informojeni gruan për komplikimet e mundshme që ndërliken veçanërisht me LPC para terminit.		✓
2.9	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
Të gjitha format të shtatzënieve me placenta previa (parciale ose totale) duhet të lindin me prerje cezariene.		A

2.10	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
	Të mos përdoret pelvimetria për marrjen e vendimit për mënyrën e lindjes.	B
2.11	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
	Të mos merren në konsideratë në vendimarrje gjatësia e nënës, e as pesha e përlllogaritur e fetusit (ultrazë apo ekzaminim klinik), pasi ato nuk janë të sakta për vënjen e diagnozës së disproporcionit cephalo-pelvin.	D
2.12	Rekomandim i bazuar në evidencë	2
	Tek rastet me dyshim për makrosomi fetale, të dy format e lindjes (vagjinale dhe LPC) janë të mundshme, varësisht nga vlerësimi klinik.	C
2.13	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse nuk ka kushte për të ofruar rrotullimin e jashtëm, lindja tek rastet kur fetusit është në situs transversus duhet të kryhet me secio cezariene.	✓
2.14	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
	Nëse nuk ka arsyeje tjetër obstetrikale, të mos ofrohet lindje me prerje cezariene grave me Hepatitin B apo Hepatit C me qëllim të zvogëlimit të mundësisë së bartjes të infeksionit tek fetusit.	B
2.15	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
	Shtatzënave të cilat kanë infeksion primar me Herpes Simplex gjenital në tremestrin e tretë, ofroni të lindin me prerje cezariene me qëllim të uljes së riskut për infeksion neonatal me HSV.	A
2.16	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Mos përdorni indexin e masës trupore (BMI) mbi 50 kg/m ² si indikacion të vetëm për lindje me prerje cezariene.	✓
2.17	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse kërkohet lindja me prerje cezariene diskutoni përparësitë dhe rreziqet sipas rekomandimit 1.2.2 të këtij udhërrëfyti. Dokumentoni bashkëbisedimin tuaj.	✓
2.18	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse gruaja kërkon lindje me prerje cezariene për shkak të ankthit, frikës apo përvojave të mëparshme, kërkon mendim të dytë nga një obstetër tjetër, mami me përvojë dhe vizitë të psikologu klinik.	✓

2.19	Deklarim i bazuar në konsensus	D
	Nëse gruaja edhe pas informimit dhe konsultimit të plotë insiston në lindje me prerje cezariene pa indikacione shëndetësore, dëshira e saj duhet të plotësohet dhe duhet planifikuar LPC. Ky rekomandim parashikon planifikimin e LPC dhe nuk përfshin LPC urgjente me dëshirë maternale. Planifikimi duhet të bazohet në rekomandimin 3.1 dhe udhëzimeve të tjera të përcaktuara më poshtë.	✓
3.1	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
	Lindja me prerje cezariene nuk duhet planifikuar për tu bërë bërë para 39+0 javë gestative, përveq nëse ka indikacion shëndetësor.	A
3.2	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
	Klasifikimi i urgjencës dhe dokumentimi duhet bërë të gjitha rastet kur paraqitet nevoja të kryhet lindja me prerje cezariene para kohës së planifikuar apo pa planifikim. Klasifikimi bëhet bërë duke u bazuar në: Kategoria 1: Kërcenim i menjëhershëm në jetën e gruas ose fetusit (p.sh.: dyshim në rakturë të mitrës, abruptioni i placentës, prolapsi i kordonit, hypoxia fetale ose bradikardi që persiston, etj.). Kategoria 2: Përkeqësim i gjendjes shëndetësore të nënës ose fetusit por që nuk është kërcenim i menjëhershëm për jetë. Kategoria 3: Nuk ka përkeqësim të gjendjes së nënës ose fetusit, por lindja duhet kryer. Kategoria 4: Lindja kryhet për komoditet të nënës ose ofruesit të shërbimit	A
3.3	Rekomandim i bazuar në evidencë	2+
	Lindja e kategorisë 1 dhe kategorisë 2 duhet të kryhen sa më shpejtë që është e mundur pas vënjes së diagnozës.	C
3.4	Rekomandim i bazuar në evidencë	4
	Gjendja e nënës dhe fetusit duhet të merret parasysh kur vendoset të kryhet lindja e shpejtë. Në disa raste kjo mund të ketë pasoja të dëmshme.	✓
3.5	Rekomandim i bazuar në evidencë	4
	Të bëhet analiza e gjakut për anemi potenciale (niveli hemoglobinës) dhe të jetë i ditur grupi i gjakut.	B

3.6	Rekomandim i bazuar në evidencë	4
Këto teste nuk ka nevojë të bëhen rutinë tek rastet e shëndosha:		B
a) Përgatitja e gjakut për transfuzion (interaksioni)		
b) Testet e hemostazës		
c) Ultratingull për lokalizimin e placentës		
3.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	4
Kur lindja me prerje cezariene planifikohet të bëhet tek rastet me hemorragji antepartale, abruption të placentës, placentë previa, ajo duhet të kryhet në institucione të cilat mund të ofrojnë transfuzion të gjakut dhe produkteve të tij.		B
3.8	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Anestezioni spinal është metoda e rekomanduar për anestezion tek lindja me prerje cezariene të planifikuar, përfshirë edhe rastet me placenta previa.		B
Përrjashtim bëjnë rastet e kundër indikacioneve e anestezilogjisë.		
3.9	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Anestezioni i përgjithshëm mund të jetë i preferuar tek rastet emergjente të lindjes me prerje cezariene (p.sh.: bradikardi e thellë fetale, (dyshim) ruptura e mitrës, abruptioni i placentës, gjakderdhje profuze, prolapsi i kordonit umbilikal, lindja parakohe me prezantim me pelvik etj.)		✓
3.10	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Aplikoni një pjerrtësi (anim) anësor prej 15 shkallë për të arritur zhvendosje anash të mitrës me qëllim të reduktimit të hypotensonit maternal.		B
3.11	Deklarim i bazuar në konsensus	D
Nëse gjatë lindjes bëhet e qartë se lindja ka gjasë të përfundoj me prerje cezariene, gruaja duhet të mos ushqehet me ushqime solide, ne raste të domosdoshme mund të lejohet marrja e lëngjeve pa ngjyrë.		✓
Të jepet profilaksi ndaj aspirimit: antacide dhe/ose H2 bllokator, metoclopramid. Koha dhe mënyra e administrimit në varësi të planifikimit/urgjencës për LPC.		
3.12	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+

Antibiotiku profilaktik duhet administruar përpara prerjes së parë të lëkurës. Antibiotiku zgjedhur duhet të janë efektive kundër endometritit, infeksionet e traktit urinar dhe plagës.		B
3.13	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Të mos përdoret co-amoxiklav si antibiotik profilaksë para lindjes.		B
4.1	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Të përdoret chlohexidina me bazë alkooli ose në mungesë të saj jodi me bazë alkooli për përgatitjen e lëkurës.		B
Të përdoret jodi me bazë ujë ose në mungesë të saj chlohexidina me bazë ujë për përgatitjen e vagjinës tek rastet me rupturë të cipave amniale.		
4.2	Rekomandim i bazuar në evidencë	1-
Prerja cezariene duhet bërë me prerje transversale, prerje e drejtë e lëkurës, 3 cm mbi simfizë pubike (te gratë me BMI mbi 40 kg/m ² më lartë) dhe shtresat tjera të preparohen me gishtërinjë, nëse e nevojshme me gërshtë, por jo me bisturi.		A
4.3	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Nuk rekomandohet përdorimi i bisturisë së posaçme për prerje të lëkurës. Bisturia e njëjtë të përdoret edhe për shtresat e thella.		B
4.4	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
Gruaja duhet të jetë paraprakisht e informuar se mundësia e gërvishtjes së fetusit gjatë lindjes me prerje cezariene është rreth 2%.		A
4.5	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Të jepen Oxitocinë me injektim intravenoz të ngadalshëm ose infuzion të shkurtër pas lindjes së foshnjës.		B
4.6	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Placenta në lindje me prerje cezariene të nxirret ngadalë, duke bërë tërheqje të kontrolluar të kordonit dhe jo përmes largimit manual të saj.		B
4.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+
Qepja e mitrës të bëhet intraabdominal. Eksteriorizimi rutinë i mitrës nuk rekomandohet pasi kjo përcillet me më shumë dhimbje post-operative. Vendimmarrja i takon mjekut operator varësisht nga gjendja klinike.		B
4.8	Rekomandim i bazuar në evidencë	1+

Qepja e mitrës të bëhet në një ose dy shtresa duke u bazuar në gjendjen klinike. Duhet ditur se qepja me një shtresë nuk ka rrezik më të lartë për gjakderdhje post operatore dhe as për rupturë në shtatzënitë pasuese.	C	
4.9 Rekomandim i bazuar në evidencë Të mos bëhet qepja e peritoneumit visceral e as parital për të kursyer kohën e operacionit dhe nevojën për analgjezi post-operative.	1+ B	
4.10 Rekomandim i bazuar në evidencë Indi nën-lëkurorë të mos qepet në mënyrë rutinë përveç tek rastet kur ai është më i trashë se 2cm, pasi kjo nuk ulë incidencën e infeksioneve të plagës.	1+ B	
4.11 Rekomandim i bazuar në evidencë Të mos vendoset dreni nën lëkurë në plagë në mënyrë rutinë sepse ai nuk ulë incidencën e infeksioneve të plagës e as paraqitjes së hematomave.	1+ A	
4.12 Deklarim i bazuar në konsensus Përderisa nuk ka evidencë që favorizon njërin teknikë nga tjerat, preferohet që qepja e lëkurës të bëhet nen-lëkurorë e vazhdueshme.	D ✓	
4.13 Rekomandim i bazuar në evidencë Ofroni tromboprofilaxë grave të cilat kryejnë lindje me prerje cezariene. Lloji dhe mënyra duhet të bazohet në gjendjen shëndetësore të gruas dhe evidencën mjekësore.	1+ B	
4.14 Rekomandim i bazuar në evidencë Një mjek/e (preferohet neonatolog ose pediatër) i/e trajnuar për reanimim neonatal duhet të jetë në gatishmëri për secilën lindje me prerje cezariene. Kurse prezent në sallën e operacionit tek rastet kur kryhet LPC nën anestezion të përgjithshëm ose kur ka pasur përkeqësim të gjendjes fetale para lindjes.	2+ A	
4.15 Rekomandim i bazuar në evidencë Të sigurohen kushtet për ruajtjen e temperaturës së trupit të foshnjës pas lindjes.	2+ A	
Ofroni dhe ndihmoni të vendoset kontakt direkt lëkurë-lëkurë mes foshnjës dhe nënës sa më herët që është e mundur.		
4.16 Deklarim i bazuar në konsensus Gratë që lindin me prerje cezariene dhe dëshirojnë të ushqejnë foshnjat me gji, duhet ndihmuar për gjidhënje sa më herët që është e mundur.	D ✓	
5.1 Deklarim i bazuar në konsensus Të keni në mendje se tek gratë të cilat kanë kryer lindje me prerje cezariene mund të paraqitet nevoja për kujdes intensiv pas lindjes.	D ✓	
5.2 Deklarim i bazuar në konsensus Pas një LPC nën anestezion të përgjithshëm, një profesionist shëndetësor me aftësi për menaxhimin e rrugëve të frymëmarrjes duhet të kryejë monitorim të vazhdueshëm derisa gruaja të rikthejë kontrollin e rrugëve të frymëmarrjes.	D ✓	
të jetë hemodinamikisht stabile dhe të jetë në gjendje të komunikojë kur kjo arrihet, vijoni me monitorimin (saturimi i oksigjenit, frekuenca e frymëmarrjes, pulsi, shtypja e gjakut, temperatura, dhimbja dhe sedacioni) çdo gjysmë ore për 2 orë. Pas 2 orësh, nëse gjendja nuk është stabile, ose nëse gruaja ka faktorë të tjerë rreziku ose komplikime, kryeni një rishikim klinik dhe rrisni kohëzgjatjen dhe frekuencën e monitorimit.		
5.3 Deklarim i bazuar në konsensus Ofroni morfinë sulfat medikamente orale grave të cilat kanë kryer lindjen nën anestezion spinal ose epiduar. Në rast të mundimit, vjelljeve apo arsyeve tjera të mos tolerimit të terapisë orale, ofroni terapi intravenoze, intramuskulare ose subkutane.	D ✓	
5.4 Deklarim i bazuar në konsensus Përdorni paracetamol ose barna jo-steroidë anti-inflamatore (NSAID) (p.sh. ibuprofen, diclofen) pas lindjes me prerje cezariene, për të ulur nevojën për përdorim të opioideve.	1+ B	
5.5 Rekomandim i bazuar në evidencë Të mos i administrohet codeina ose co-codamoli (paracetamol me codeine) grave të cilat janë duke ushqyer foshnjën me gji.	3 A	
5.6 Rekomandim i bazuar në evidencë Lejoni gratë të hanë dhe pijn normalisht nëse lindja ka kaluar pa komplikime dhe janë duke e marrë veten mire.	1- A	

5.7	Rekomandim i bazuar në evidencë	1-
Largojeni kateterin urinar kur gruaja është në gjendje të lëvizë (është mobilizuar), por jo më herët se 12 orë nga anestetiku i fundit.		D
5.8	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
Kujdesi për plagën e lindjes me prerje cezariene përfshinë: • të largohet fasha 24 orë pas intervenimit • monitorimi specifik për temperaturë (matet temperatura nga gruaja çdo ditë) • vlerësimi për infeksion (dhimbje shtuar, induracion, skuqje apo rrjedhje), hapje dhe shkëputje të plagës. • gruaja të vishet me rroba të lehta, shkira, dhe brendshme prej pambuku • larje dhe tharje e përditshme e gruas dhe plagës • nëse duhet, largimi me kohë i penjëve/kapseve		D
5.9	Deklarim i bazuar në konsensus	E
Kushtojini vëmendje të veçantë grave që kanë simptoma të frymënxënjes (si kolla ose gulçimi) ose simptoma në këmbë (si dhimbja e ënjtur e kërcirit), pasi gratë që kanë pasur një lindje cezariene mund të jenë në rrezik të shtuar për sëmundje tromboembolike (trombozat e venave të thella dhe emboli pulmonare).		✓
5.10	Rekomandim i bazuar në evidencë	2
Informoni gratë të cilat kanë lindur me prerje cezariene se ato mund ti kthehen aktivitetit normal fizik (vozitjes, ngritjes së peshave, koitusit) kur ato ndihen që kanë marrë plotësisht veten nga lindja (nuk kanë limitime emocionale, fizike apo dhimbje)		B
5.11	Rekomandim i bazuar në evidencë	3
Kur këshilloni për mënyrat e lindjes të shtatzënisë pasuese, njoftoni se kjo varet nga preferenca e gruas, gjendja e saj në kohën e lindjes dhe rreziqet që bartë përsëritja e një lindje me prerje cezariene si dhe planifikimi i lindjes vagjinale pas lindjes me prerje cezariene.		C
5.12	Rekomandim i bazuar në evidencë	1
Informoni gratë të cilat kanë pasur mbi 3 lindje me prerje cezariene se rreziku për lëndime kirurgjike nuk ndryshon nga mënyra e lindjes, por rreziku për rupturë të mitrës po.		B

5.13	Rekomandim i bazuar në evidencë	1
Gratë shtatzëna të cilat kanë një lindje me prerje cezariene dhe një me rrugë vagjinale, kanë shanse më të madha të lindin me rrugë vagjinale se sa ato të cilat kanë pasur LPC por asnjë lindje të mëparshme me rrugë vagjinale.		B

IX. Shkurtesat

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

AGREE - Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

ASK - Agjencia e Statistikave të Kosovës

BMI - Body Mass Index (Indexi i masës trupore)

CTG - Cardiotocography

GRADE - Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HSV - Herpes Simplex Virus

IKShPK - Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës

LPC - Lindje me prerje cezariene

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

NSAID - Non-steroidal anti-inflammatory drugs (Barna anti-inflamatore jo-steroidë)

OBSh - Organizata Botërore e Shëndetësisë

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RCT - Randomised controlled trial (Prova të kontrolluara të rastësishme)

RR - Risku Relativ

ShOGjK - Shoqata e Obstetërve dhe Gjinekologëve të Kosovës

SIGN - Scottish Intercollegiate Guidelines Network