

## 02\_POP\_GPK\_003 Vedení porodu porodní asistentkou

<b>Datum platnosti:</b>	08.02.2022
<b>Datum účinnosti:</b>	11.02.2022
<b>Zrušovací ustanovení:</b>	02_POP_GPK_003 Vedení porodu porodní asistentkou, verze 1

	Zpracovatel:	Garant:	Schválil:
<b>Organizační složka:</b>	GPK	GPK	Úsek NOP
<b>Funkce:</b>	Vrchní sestra	Vedoucí lékař porodního sálu	Náměstek pro ošetrovatelskou péči
<b>Jméno:</b>	Alena Wernerová, MBA	MUDr. Jan Matěcha	Mgr. Soňa Mendlová
<b>Datum:</b>	02.02.2022	02.02.2022	08.02.2022
<b>Podpis:</b>			
otisk razítka útvary			

**Před použitím dokumentu si ověřte, zda se jedná o platné znění. Platné znění je k dispozici na nemocničním Intranetu.**

Tento dokument je výhradním duševním vlastnictvím Fakultní nemocnice Bulovka. Postupovat ho třetím osobám lze pouze se souhlasem ředitele Fakultní nemocnice Bulovka.

## Obsah

List provedených revizí a změn .....	3
1. Rozsah platnosti .....	4
2. Definice a zkratky .....	4
3. Cíl .....	4
4. Pomůcky .....	4
5. Obecná pravidla .....	5
6. Příjem rodičky .....	5
6.1 Vstupní vyšetření .....	5
7. První doba porodní .....	6
8. Druhá doba porodní .....	7
9. Třetí doba porodní .....	7
10. Čtvrtá doba porodní .....	7
11. Odtok plodové vody bez kontrakcí .....	8
12. Související dokumenty a použítá literatura .....	8



## 1. Rozsah platnosti

<b>Určeno pro:</b>	Porodní asistentka
<b>Místo použití:</b>	Porodní sál
<b>Za dodržení zodpovídá:</b>	Staniční sestra, vrchní sestra

## 2. Definice a zkratky

Fyziologický porod (porod s nízkým rizikem) definuje formulář 02\_F\_GPK\_006 Kritéria k porodu ženy v péči porodní asistentky - musí být splněny všechny podmínky zde uvedené.

Lékařsky vedený porod neznamená, že nemůže u vlastního porodu (vybavení dítěte) být porodní asistentka sama, jedná se o zodpovědnost za vedení porodu. Každý porod (i fyziologický), při kterém je podávána medikace (kromě Belladona čípků – viz níže), je lékařsky vedený.

Porodní asistentka vede samostatně fyziologický porod v souladu s prováděcí vyhláškou č. 55/2011 Sb. (ust. § 5) a zákonem č. 96/2004 Sb. v platném znění.

Fyziologický porod je ve FNB samostatně oprávněna vést proškolená porodní asistentka (vzdělávání PA = kurs šití a pravidelný každoroční kurs hodnocení CTG)

Kontrola činnosti porodní asistentky je v kompetenci lékaře a/nebo nadřízené porodní asistentky.

### **Zkratky:**

CTG – kardiokardiofotograf

FNB – Fakultní nemocnice Bulovka

GBS - výsledek screeningu vaginorektální kultivace streptokoka skupiny B (pozitivní / negativní / neurčeno)

i.m. – intramuskulárně

i.v. - intravenózně

PA - Porodní asistentka

POP - Postup ošetrovatelské péče

PŽK – periferní žilní kanylace

TK - krevní tlak

TPROM - odtok plodové vody v termínu porodu (nad gestační stáří 37+0)

TT - tělesná teplota

## 3. Cíl

Cílem péče porodní asistentky je nejen porod zdravého novorozence, ale též individuální péče o rodičku a respekt k jejím potřebám. U fyziologického porodu (=porodu s nízkým rizikem) je třeba se vyhnout zbytečným medicínským zásahům a není tím pádem nutná přítomnost lékaře. Zodpovědnost za vedení porodu má porodní asistentka.

## 4. Pomůcky

- zdravotnická dokumentace
- obecné a speciální standardní ošetrovatelské postupy
- kardiokardiofotograf + sonogel
- Tonometr, fonendoskop, teploměr, hodinky

- sterilní rukavice
- oplachový dezinfekční roztok dle dezinfekčního řádu
- jednorázové porodnické rouškování
- set sterilních nástrojů včetně emitní misky
- jednorázová čepice, ústenka, zástěra
- pomůcky ke katetrizaci močového měchýře
- pomůcky k zavedení PŽK
- pomůcky k aplikaci léků

## 5. Obecná pravidla

- Porodní asistentka je zodpovědná za správné vedení dokumentace.
- V ideálním případě se o rodičku stará od příjmu až do překlada na oddělení šestinedělí jedna porodní asistentka (a event. jeden lékař). Snažíme se minimalizovat střídání personálu.
- Pacientka může mít s sebou 2 doprovázející osoby. V případě porodu v porodních apartmánech, není počet omezen
- Nejasnosti a výjimky vždy řeší vedoucí porodního sálu nebo služby.

## 6. Příjem rodičky

- při příjmu se představí lékař i porodní asistentka, rovněž je vhodné seznámení s neonatologem

### 6.1 VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ

- vstupní vyšetření a sepsání dokumentace může provést porodní asistentka nebo lékař, za příjem (nebo dimisi) odpovídá lékař. Ten tiskne dekurs a příjmovou (ambulantní) zprávu.

#### **Povinně:**

- aktualizovat anamnézu a průběh těhotenství, cílené dotazy na rizikové faktory
- zaznamenat obtíže pacientky – frekvenci a intenzitu bolestí, odtok plodové vody, krvácení nebo špinění, pohyby, ... (varovné „negyneologické“ příznaky jsou zejména bolest hlavy, bolest epigastria, vertigo, poruchy zorného pole)
- vyšetření zevní: tonus dělohy, vzdálenost fundus - xiphoideus, poloha plodu/postavení. Zaznamenat otoky.
- vyšetření vnitřní: stanovení cervix skore – nejlépe popisně (sakraálně měkké 1,5cm hrdlo pro 2 prsty těsně, hlava naléhá na vchod pánevní ve vaku blan), krvácení nebo špinění, jakost plodové vody
- ultrazvukové vyšetření není obligatorní, je vhodné při potermínové graviditě.
- vstupní CTG – 20 minutový záznam. Odmítne-li pacientka, zapsat do dokumentace „odmítá vstupní CTG – poučena“. Negativní revers není nutný, splňuje-li kritéria pro porod s PA (formulář 02\_F\_GPK\_006). Při odmítnutí provést minimálně 1 minutovou auskultaci dle 02\_POP\_GPK\_007 Intrapartální monitoring plodu
- fyziologické funkce (limity platí po celou dobu porodu):
  - TK (spodní hranice 90/60, horní 160/110 nebo 2 měření (odstup min. 30 minut) nad 140/90) – neměřit za kontrakce
  - puls matky (50-120/min.) – neměřit za kontrakce
  - teplota matky (hranice 38°C, varovný příznak 37,5°C při dvou měřeních s odstupem cca 30-60 minut)
- Závěr vstupního vyšetření ve formátu:
  - grav. hebd. 38+6, II/0
  - partus incipiens / in cursu / TPR0M

- GBS status
- + ordinace: antibiotika při GBS pozitivě, event. laboratorní odběry, jsou-li indikovány
- PA vyplní dotazník MŮŽE ŽENA RODIT V PÉČI PORODNÍ ASISTENTKY?
- tento dotazník podepíše lékař a jsou-li splněny podmínky, provede zápis do dokumentace (příjmového dekursu) „Jedná se o nízkorizikovou rodičku. Vedení porodu v kompetenci porodní asistentky“
- PA dekurs podepíše s razítkem a časem, kdy si rodičku přebírá do péče „převzala .....“ a tímto přebírá kompletní zodpovědnost za vedení porodu, monitoring plodu a rozpoznání rizik a patologií. Jakmile má podezření na jakoukoliv patologii, volá lékaře. Její odpovědnost končí zápisem „volán lékař (vždy jméno lékaře)“. Lékař svým zápisem do dokumentace s razítkem a časem přebírá zodpovědnost za další vedení porodu. Vedení porodu může být znovu předáno porodní asistentce stejným způsobem, je-li problém vyřešen, nebo pokud se patologie vyvrátí (zápis do dokumentace ve formátu: dále PA (podpis lékaře), převzala .....(podpis PA)).
- Pokud jsou podávána analgetika – epidurální analgesie, nalbuphin, ... - nebo jiné léky (výjimku tvoří Belladona čípky, které může porodní asistentka aplikovat sama po dohodě s lékařem, 2x2 per rectum během porodu), jedná se o lékařsky vedený porod.
- Při příjmu PA prodiskutuje s rodičkou porodní plán, poučí ji o dalším vedení porodu a možnostech péče o novorozence. Bude-li si to rodička přát, podepíše informovaný souhlas s bondingem.

## 7. První doba porodní

- od začátku pravidelných kontrakcí, které mají efekt na progresi vaginálního nálezu do úplného otevření porodních cest (zašlá branka)
- latentní fáze = kontrakce s pomalou progresí nálezu
- aktivní fáze = kontrakce s rychlou progresí nálezu – cca od branky 4cm
- příprava k porodu (klyzma, oholení rodidel) není obligatorní, vždy dle preference pacientky
- rutinní zavedení kanyly není indikováno
- rutinní dirupce vaku blan není indikována (pokud si ji pacientka přeje, není chybou)
- porodní asistentka je kompetentní k indikaci a provedení dirupce vaku blan
- minimální frekvence vaginálních vyšetření: 1x za 4 hodiny (pokud pacientka odmítá, zapsat do dokumentace, negativní revers není nutný – pouze pokud neporodí do 12 hodin od diagnostikované aktivní fáze první doby porodní)
- monitoring plodu – viz 02\_POP\_GPK\_007 Intrapartální monitoring plodu
- dokumentace: frekvence kontrakcí á 30-60 minut, puls matky á 1hod, TK a TT á 4 hodiny, frekvence močení/vyprázdnění měchýře
- poučení o možné analgesii
- limit, kdy zavolat lékaře (při jinak fyziologickém průběhu) = 12 hodin od předpokládaného začátku aktivní fáze
- zástava progresu = dilatace méně než 2cm za 4 hodiny
- při zástavě progresu nabídnout dirupci vaku blan, poté za cca 2hodiny vaginální vyšetření. Bude-li nález týž, vhodná konzultace lékaře
- použití oxytocinu indikuje lékař. Vzestupné dávkování na kontinuálním CTG záznamu, s dávkami stoupat po cca 30 minutách (cíl = 4-5 kontrakcí/10 minut). Po 4 hodinách podávání oxytocinu a nepostupujícím porodu zvážit ukončení per sectionem.
- před použitím oxytocinu nabídnout epidurální analgesii. Poučít, že na oxytocinu bude porod monitorován kontinuálně

## 8. Druhá doba porodní

- interval mezi úplným otevřením porodních cest do porodu plodu
- limit, kdy volat lékaře (při jinak fyziologickém průběhu) = cca 90 minut (60 minut u multipar)
- po cca 1,5 - 2 hodinách (1 – 1,5 hod. u multipar) od začátku 2. doby porodní lékař vždy zapíše rozvahu. Cílem má být porod do 3 hodin (2 hod. u multipar) od začátku 2. doby porodní.
- podpora ženy ve výběru polohy
- podpora ženy ve spontánním tlačení (při nucení). Není-li toto efektivní nebo na žádost ženy pak nabídnout „řízené tlačení“
- při neefektivním tlačení vždy vyprázdnit močový měchýř, doporučit změnu polohy
- rutinní episiotomie není indikována. Provedení episiotomie by mělo být zdůvodněno (instrumentální porod, podezření na hypoxii plodu, obava ze závažného poranění (úzký introitus, nízká hráz – v kombinaci s velkým plodem), žádost pacientky)
- nejzávažnější chybou ve druhé době porodní je časné řízené tlačení!
- monitoring plodu – viz 02\_POP\_GPK\_007 Intrapartální monitoring plodu
- dokumentace: frekvence kontrakcí á 30 minut, TK + puls matky á 1hod, **puls matky á 15 minut**, TT pokračovat á 4 hodiny, frekvence močení/vyprázdnění měchýře
- při dystokii ramének: 1. krok = volat o pomoc (druhou PA, ta zavolá lékaře a zaznamená přesný čas diagnózy – nutné!). Mezitím možný McRobertsův manévr (maximální flexe v kyčlích) + event. suprapubický tlak druhé porodní asistentky

## 9. Třetí doba porodní

- interval od porodu plodu do porodu placenty
- aktivní vedení 3. doby porodní je doporučeno. Standardem je 5j Oxytocinu i.v. (lze i i.m.) po porodu plodu. Tuto jednorázovou medikaci při příjmu naordinuje lékař.
- odmítne-li pacientka medikaci, PA zaznamená do dokumentace a poučí pacientku o riziko peripartální hemoragie a s ní spojených komplikacích (zejména podání transfuzí). Formulace: „aktivní vedení 3. doby porodní odmítá – poučena“ nebo „podání Oxytocinu odmítá – poučena“. Negativní revers není nutný.
- poučení rodičky =
  - riziko peripartální hemoragie u aktivního x fyziologického managementu = 13/1000 x 29/1000
  - riziko podání transfuzí u aktivního x fyziologického managementu = 14/1000 x 40/1000
- porod placenty tlačáním matky (dle nálezu možno s kontrolovanou trakcí) - až při jasných známkách jejího odloučení
- limit, kdy volat lékaře (při absenci krvácení) = 45 minut (při aktivním vedení 30-45 minut) – PA zavede kanylu a vyčká ordinace lékaře (nejdříve konzervativní kroky (uterotonika), poté při neúspěchu manuální vybavení placenty)
- Dokumentace: TK+puls á 30 minut do porodu placenty
- při krvácení, které zhodnotí PA jako závažné (cca nad 500ml, riziko zejména u multipar nad 4 porody, při nižším vstupním hgb (riziko pod cca 85 – i menší krevní ztráta může být závažná), při protražovaném porodu, atd.), volá lékaře a mezitím zavede kanylu, vyprázdní močový měchýř. Druhá PA přiveze na porodní pokoj ultrazvuk.

## 10. Čtvrtá doba porodní

- 2 hodiny od porodu placenty
- PA je kompetentní provést revizi porodních cest a suturu poranění v lokální anestezii Mesocainem – episiotomie, ruptura perinea I. a II. stupně, menší lacerace pochvy. V případě závažnějších

poranění (vysoké ruptury pochvy, lacerace cervixu, ruptury perinea III. a IV. stupně) nebo nejistotě vždy volá lékaře.

- V případě sutury pochvy nebo perinea vždy vhodná kontrola per rectum – vyloučit prošíání.
- dokumentace: á 1 hodinu TK+puls, stav retrakce dělohy. Před transportem na oddělení šestinedělí zhodnocení krvácení (lochia+, nekrvácí), močení (nevymočí-li se spontánně, do 6 hodin po porodu nutno vyprázdnit měchýř katetrizací), stav hráze (klidná, otok, hematoma, bolest adekvátní x neadekvátní...)

## 11. Odtok plodové vody bez kontrakcí

- U cca 60% žen začne porod do 24 hodin
- PA uloží rodičku na čekatelství pokoj
- PA poučí ženu, aby nahlásila: snížené vnímání pohybů, změně charakteru plodové vody (barva, zápach, konzistence)
- dokumentace: TT cca á 4 hodiny, TK+puls á 8 hodin, CTG á 4 hodiny, ozvy plodu á 2 hodiny. Pokud pacientka spí, nebudit a omezit monitorování. Maximální doba bez CTG nebo poslechu ozev plodu je 6 hodin.
- Po 24 hodinách od PROM vždy přebírá péči lékař a rozhodne o další strategii
- Při vstupním cervix skóre pod 3 a absenci kontrakcí během 6-12 hodin vhodná konzultace lékaře a zvážení preindukce.
- podání antibiotik se řídí interním doporučením GPK

## 12. Související dokumenty a použitá literatura

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience (WHO, 2018)  
Intrapartum care for healthy women and babies (Clinical guideline [CG190] : Published date: December 2014 - Last updated: February 2017)

### Formuláře:

02\_F\_GPK\_006 Kritéria k porodu ženy v péči porodní asistentky