

**Doporučení WHO pro
péči během porodu
pro dosažení pozitivní
zkušenosti s porodem**



Doporučení WHO pro péči během porodu

Shrnutí

Úvod

Většina z přibližně 140 milionu porodů, které každoročně proběhnou, se týká nízko-rizikových žen. Tedy žen bez přítomnosti rizikových faktorů, které by znamenaly komplikace pro ně samotné či jejich děti, a to jak na začátku porodu, tak i v jeho průběhu. Nicméně období kolem porodu je pro přežití žen i dětí kritické, protože pokud se některá komplikace objeví, riziko mortality i morbidit může být značně zvýšeno. V souladu s cílem č. 3 z Cílů trvale udržitelného rozvoje (Sustainable Development Goal 3) – „zajistit zdravý život a poskytnout životní pohodu (well-being) pro všechny nezávisle na věku“ – a nové globální strategii pro zdraví žen, dětí a adolescentů (Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016–2030)), vlády na celosvětové úrovni rozšiřují ohnisko svého zájmu k zajištění toho, aby cílem nebylo „pouhé“ přežití žen a novorozenců v případě objevivších se komplikací, ale také dosažení plného potenciálu zdraví a kvality života.

Navzdory již několik let probíhající diskusi a výzkumu, koncept normality ve spojitosti s porodem není univerzálně platný nebo standardizovaný. Za poslední dvě dekády byl zaznamenán podstatný nárůst intervencí a praktik během porodu, jejichž záměrem je iniciace, urychlení, ukončení, regulace nebo monitorace fyziologického procesu porodu, s cílem zlepšit výstupy pro ženy i jejich děti. Zmíněná narůstající medikalizace porodního procesu má tendenci podryvat vlastní schopnost ženy porodit a může mít negativní dopad na její porodní zkušenost. Navíc narůstající užití intervencí během porodu při absenci jasných indikací nadále rozšiřuje mezeru v přístupu ke zdravotní péči mezi oblastmi s nízkými a vysokými zdroji (high- and low-resource settings).

Tento dokument se zmíněným problému věnuje prostřednictvím identifikace nejčastějších praktik užívaných během porodu ve snaze zavést normy dobré praxe vedení nekomplikovaného porodu. Zkušenost ženy s poskytnutou péčí během porodu tak není chápána pouze jako doplněk rutinních klinických praktik, ale stává se kritickým měřítkem posouzení kvality péče v rámci péče zaměřené na ženu (woman-centred). Je relevantní pro všechny těhotné ženy a jejich děti a zohledňuje skutečnost, že porod je fyziologický proces, který může u většiny žen a dětí proběhnout bez komplikací.

Dokument považuje pozitivní zkušenost s porodem za významnou pro všechny rodičky. Definiuje pozitivní porodní zkušenost jako tu, která splňuje nebo překračuje osobní a sociokulturní postoje a očekávání ženy od porodu. Pozitivní porodní zkušenost znamená mimo jiné porod zdravého dítěte v klinicky i psychologicky bezpečném prostředí se zajištěnou kontinuální praktickou a emocionální oporou doprovázejících osob a laskavých, technicky kompetentních poskytovatelů zdravotní péče. Vychází z předpokladu, že většina žen chce prožít fyziologický porod a dosáhnout pocitu osobního úspěchu a pocitu kontroly skrze zapojení do rozhodování a to i v případě, že medicínské intervence jsou potřebné nebo ženami přímo vyžádané.

1

SHRNUTÍ

Tento moderní, srozumitelný a schválený dokument týkající se základní péče během porodu shromažďuje nová i již existující doporučení WHO, která jsou předkládána jako „balíček péče“. Ta by měla zajistit kvalitní a na důkazech založenou péči nezávisle na podmínkách nebo úrovni zdravotní péče. Doporučené postupy obsažené v tomto dokumentu nejsou regionálně specifické a berou v potaz existující rozdíly v dostupnosti zdravotní péče na globální úrovni, tedy v rámci jednotlivých zemí i v mezinárodním srovnání. Předkládaný dokument zdůrazňuje důležitost péče zaměřené na ženu skrze holistický přístup založený na respektování lidských práv k optimalizaci zkušeností dětí a žen s porodem. Dokument představuje globální model porodní péče, který

bere v potaz komplexnost a rozdílnou povahu převládajících modelů péče a současné praxe.

Cílová skupina

Doporučené postupy obsažené v dokumentu mají sloužit jako informační podklad při tvorbě zdravotních politik na národní i lokální úrovni a při tvorbě klinických protokolů. Cílovou skupinu tedy představují zákonodárci na národní a regionální úrovni, realizátoři a vedoucí pracovníci zdravotních programů určených pro matky a děti, správci zdravotnických zařízení, nevládní organizace, profesní společnosti zahrnuté do plánování a řízení zdravotních služeb pro matky a děti (včetně zdravotních sester, porodních asistentek, praktických lékařů a porodníků) a akademici, kteří se podílejí na vzdělávání zdravotníků.

Metody tvorby doporučených postupů

Termín „zdravá těhotná žena“ se v tomto dokumentu užívá k popisu těhotných žen a adolescentních dívek, u kterých nebyly identifikovány žádné rizikové faktory u nich samotných ani u jejich dětí a které se jinak zdají zdravé. Dokument byl vytvořen za využití standardních operačních procedur v souladu s procesem popsáním v příručce WHO handbook for guideline development. Postup zahrnuje ve zkratce tyto jednotlivé kroky: (i) identifikaci prioritních otázek a výstupů; (ii) shromáždění vědeckých důkazů a jejich syntézu; (iii) zhodnocení shromážděných důkazů; (iv) formulaci doporučení a (v) plánování implementace souhrnu doporučení do praxe, jejich šíření, hodnocení jejich efektivity a aktualizaci. Kvalita

vědeckých důkazů, které vedly k formulaci doporučení, byla hodnocena pomocí těchto nástrojů: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) pro kvantitativní studie a Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research (CERQual) pro studie kvalitativní. K přípravě podkladů pro prioritní otázky byly použity aktuální přehledové studie. Pro formulaci doporučení skupina Guideline Development Group (GDG) – mezinárodní skupina expertů seskupených za účelem tvorby tohoto dokumentu - použila nástroj GRADE evidence-to-decision (EtD) framework, který vede od shromáždění důkazů k tvorbě rozhodnutí a který sleduje dopady intervencí, hodnoty, ze kterých vychází, zdroje a rovný přístup ke zdrojům, přijatelnost a proveditelnost kritérií. Skupina se sešla na dvou technických konzultacích v květnu a září 2017. Navíc došlo za účelem poskytnutí srozumitelného dokumentu pro koncové uživatele k systematické identifikaci a integraci relevantních doporučení z již existujících doporučených postupů WHO schválených Guidelines Review Committee (GRC).

Doporučení

Technické konzultace WHO vedly k formulaci 56 doporučení péče během porodu: 26 z nich je nově vytvořených pro účely tohoto dokumentu a zbylých 30 jsou doporučení převzatá z již existujících doporučených postupů WHO. Doporučení jsou seskupena dle kontextu péče, ke které se vztahují, tedy konkrétně: péči během porodu, péči během první doby porodní, péči během druhé doby porodní, péči

WHO RECOMMENDATIONS: INTRAPARTUM CARE FOR A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE

během třetí doby porodní a péči o ženu a novorozence po porodu. Vycházejíc z posouzení dle kritérií GRADE EtD, GDG klasifikovala každé doporučení do jedné z následujících kategorií popsaných níže:

? Doporučeno: Tato kategorie indikuje, že intervence nebo možnost postupu péče by měla být zavedena do praxe.

? Nedoporučeno: Tato kategorie značí, že intervence nebo možnost postupu péče by neměla být zavedena do praxe.

? Doporučeno pouze ve specifickém kontextu: Tato kategorie indikuje, že intervence nebo možnost postupu péče je aplikovatelná do praxe pouze v konkrétních podmínkách nebo v populaci specifikované v rámci doporučení. Měla by být zavedena do praxe pouze v tomto kontextu.

? Doporučeno pouze v kontextu rigorózního výzkumu: Tato kategorie indikuje, že existuje významná nejistota ohledně intervence nebo možnosti postupu péče. V takovém případě může být doporučení stále implementováno ve větším měřítku za předpokladu, že se tak bude dít formou

výzkumu, který se pokusí odpovědět na nejistoty a nezodpovězené otázky vztahující se k efektivitě intervence nebo volby, jejich přijatelnosti a proveditelnosti.

Aby každému doporučení bylo dobře porozuměno a bylo správně aplikováno do praxe, opatřili je přispívající odborníci tam, kde bylo třeba, poznámkami. Tam, kde GDG doporučuje intervenci nebo možnost postupu péče jen za specifických okolností, nebo pouze pro výzkumné účely, jsou uvedeny další detaily vymezující tento specifický kontext, případně klíčové otázky, které je třeba výzkumně zodpovědět. Uživatelé dokumentu by se proto na poznámky pod čarou měli odkazovat. Doporučení týkající se péče během porodu pro dosažení pozitivní zkušenosti žen s porodem jsou shrnuta v níže uvedené tabulce.

Na technických konzultacích byly diskutovány okolnosti implementace do praxe jak pro jednotlivá doporučení, tak i pro dokument jako celek. GDG se shodla na tom, že k dosažení pozitivní porodní zkušenosti žen a jejich dětí by měla být uvedená doporučení zavedena do praxe jako celek, a to laskavými, kompetentními a motivovanými zdravotníky pracujícími v prostředí, kde jsou dostupné základní fyzické zdroje. Systémy zdravotní péče by se měly snažit o zavedení tohoto WHO modelu péče během porodu do praxe, aby podpořily všechny ženy v přístupu k péči zaměřené na ženu v takové formě, kterou ženy chtějí a potřebují. Měli by rovněž poskytnout zdravý základ pro tuto péči v souladu s přístupem založeným na dodržování lidských práv.

Dokumenty odvozené od tohoto souboru doporučení budou zahrnovat nástroje k monitoraci porodu s možností aplikace v různých úrovních péče. V souladu s procesem aktualizace

WHO zdravotních dokumentů týkajících se péče o matku a perinatální péče obecně, bude po implementaci doporučených postupů aplikován systematický a nepřetržitý proces identifikace a přemostování hluchých míst, pro které zatím schází důkazy. Pokud se objeví nový důkaz (který by mohl potenciálně mít dopad na současný stav poznání pro kterékoli doporučení), doporučení bude aktualizováno. WHO vítá podněty týkající se doplňujících otázek pro jejich inkluzi v aktualizovaných verzích dokumentu.

Souhrn doporučení pro péči během porodu pro dosažení pozitivní zkušenosti s porodem

Druh péče

Doporučení

Kategorie doporučení

Péče během porodu

Respektující péče o matku během porodu

1. Respektující péče o matku – péče poskytovaná během porodu všem ženám by měla být poskytována způsobem, který zajišťuje jejich důstojnost, soukromí a důvěrnost péče. Způsobem, který předchází poškození ženy a špatnému zacházení s ní. Umožňuje rovněž informovanou volbu ženy a kontinuální podporu během porodu.

Doporučeno

Efektivní komunikace

2. Mezi poskytovatelem péče a rodící ženou by měla probíhat efektivní komunikace, která využívá jednoduchých a kulturně akceptovatelných metod.

Doporučeno

Doprovod během porodu

3. Všem rodičkám se během porodu doporučuje mít s sebou doprovázející osobu/osoby dle vlastní volby.

Doporučeno

Kontinuita péče

4. Modely kontinuální péče vedené porodními asistentkami, ve kterých známá porodní asistentka, nebo malá skupina známých porodních asistentek poskytují ženě kontinuální péči

a oporu v období před porodem, během porodu i po něm. Doporučeno všem ženám v podmínkách, kde dobře fungují programy porodní asistence.a

Doporučení závislé na konkrétních okolnostech.

První doba porodní

Definice latentní

a aktivní fáze první doby porodní

5. Pro praxi je doporučeno vycházet z následujících definicí latentní a aktivní fáze první doby porodní.

— Latentní fáze první doby porodní je období charakterizované bolestivými děložními kontrakcemi a změnami na čípku, včetně určitého stupně zkrácení děložního čípku a pozvolného progresu dilatace do 5 cm u prvního i následujících porodů.

— Aktivní fáze první doby porodní je období charakterizované pravidelnými bolestivými děložními kontrakcemi, podstatným stupněm zkrácení děložního čípku – vytvoření porodnické branky a rychlejší dilatací branky od 5 cm do zašlé branky u prvního i následujících porodů.

Doporučeno

Délka první doby porodní

6. Ženy by měly být informovány o tom, že standardní délka latentní fáze porodu nebyla stanovena a může se u jednotlivých žen značně lišit. Délka aktivní fáze první doby porodní (od 5 cm do plné dilatace branky) obvykle nepřesahuje 12 hodin u prvorodiček a 10 hodin u vícerodiček.

Doporučeno

Postup porodu v první době porodní

7. Pokud se jedná o spontánní nástup porodu, postup o 1 cm/hod během první doby porodní je pro identifikaci žen s rizikem nepříznivých porodních výsledků nepřesný a proto k posouzení zmíněného rizika není doporučen.

Nedoporučeno

8. Minimální postup dilatace branky o 1 cm/hod během aktivní fáze první doby porodní je pro některé ženy nerealisticky rychlý a proto není k identifikaci progresu u normálního porodu doporučen. Pomalejší dilatace branky než

o 1 cm/hod by sama o sobě neměla být indikací k rutinním intervencím.

Nedoporučeno

9. Porod nemusí přirozeně zrychlovat, dokud není dosaženo dilatace branky 5 cm. Proto se medicínské intervence urychlující porod (jako je podání oxytocinu nebo provedení císařského řezu) před dosažením dilatace branky na 5 cm nedoporučují, pokud je matka a dítě v dobrém zdravotním stavu.

Nedoporučeno

Příjem k porodu

10. U zdravých těhotných žen se spontánním nástupem porodu se doporučuje posunout příjem na dobu, kdy se bude žena nacházet v aktivní fázi první doby porodní jen v kontextu rigorózního výzkumu.

Doporučení závislé na konkrétních okolnostech (výzkum).

Pelvimetrie při příjmu

11. Rutinní klinická pelvimetrie při příjmu k porodu se u zdravých těhotných žen nedoporučuje.

Nedoporučeno

Rutiní posouzení stavu plodu při příjmu k porodu

12. Rutinní kardiokografie se pro posouzení stavu plodu při příjmu k porodu u zdravých těhotných žen se spontánním nástupem porodu nedoporučuje.

Nedoporučeno

13. Pro posouzení stavu plodu při příjmu k porodu je doporučen poslech ozev plodu pomocí Dopplerova ultrazvukového přístroje nebo pomocí Pinardova fetálního stetoskopu.

Doporučeno

Holení oblasti hráze/pubického ochlupení

14. Rutinní holení oblasti hráze/pubického ochlupení před porodem není doporučeno.b

Nedoporučeno

Klystýr při příjmu

15. Podání klystýru jako prevence podání látek urychlujících porod se nedoporučuje.c

Nedoporučeno

Vaginální vyšetření

16. Pro posouzení postupu aktivní fáze první doby porodní u žen s nízkým rizikem je doporučeno vaginální vyšetření v intervalech 4 hodin.

Doporučeno

Kontinuální kardiokografie během porodu

17. Kontinuální kardiokografie během porodu se pro posouzení stavu plodu během spontánního porodu zdravých těhotných žen nedoporučuje.

Nedoporučeno

Intermitentní auskultace srdečních ozev plodu

18. U zdravých rodiček je k poslechu ozev plodu doporučena intermitentní auskultace srdečních ozev plodu pomocí Dopplerova ultrazvukového přístroje nebo Pinardova fetálního stetoskopu.

Doporučeno

Epidurální analgezie k úlevě od bolesti

19. U zdravých rodiček žádajících úlevu od bolesti se během porodu doporučuje užití epidurální analgezie, dle preferencí ženy.

Doporučeno

Analgezie pomocí opioidů

20. Parenterální opioidy, jako je fentanyl, diamorphine a pethidine, jsou doporučené možnosti pro zdravé rodičky žádající úlevu od bolesti během porodu, dle preferencí ženy.

Doporučeno

Relaxační techniky pro úlevu od bolesti

21. U zdravých rodiček žádajících úlevu od bolesti během porodu se doporučuje užití relaxačních technik, včetně progresivní svalové relaxace, dýchání, hudby, technik mindfulness (všímavosti) a jiných technik dle preferencí ženy.

Doporučeno

Manuální techniky k úlevě od bolesti

22. Zdravým rodičkám žádajícím úlevu od bolesti během porodu se doporučuje užití manuálních technik jako je masáž nebo aplikace teplých obkladů, a to dle preferencí ženy.

Doporučeno

Úleva od bolesti jako prevence protrahovaného porodu

23. Úleva od bolesti jako prevence protrahovaného porodu a redukce užití intervencí k posílení porodu není doporučena.

Nedoporučeno

Tekutiny a jídlo během porodu

24. U žen s nízkým rizikem se doporučuje podání tekutin a jídla během porodu.

Doporučeno

Mobilita a polohování rodičky

25. U žen s nízkým rizikem se doporučuje povzbuzovat je k pohybu a zaujímání vzpřímených pozic během porodu.

Doporučeno

Vaginální výplach

26. Rutinní vaginální výplach chlorhexidinem během porodu za účelem prevence infekčních onemocnění není doporučen.

Nedoporučeno

Aktivní vedení porodu

27. Souhrn intervencí pro aktivní vedení porodu se jako prevence protrahovaného porodu nedoporučuje.

Nedoporučeno

Rutinní dirupce vaku blan

28. Rutinní dirupce vaku blan se jako prevence protražovaného porodu nedoporučuje.

Nedoporučeno

Dirupce vaku blan a podání oxytocinu v rané fázi porodu

29. Dirupce vaku blan a podání oxytocinu v rané fázi porodu se nedoporučuje.

Nedoporučeno

Podání oxytocinu ženám s epidurální analgezií

30. Podání oxytocinu ženám s epidurální analgezií za účelem prevence protražovaného porodu se nedoporučuje.

Nedoporučeno

Spasmolytika

31. Užití spasmolytik za účelem prevence protražovaného porodu se nedoporučuje.

Nedoporučeno

Intravenózní podání tekutin za účelem prevence protražovaného porodu

32. Podání intravenózních tekutin za účelem prevence protražovaného porodu se nedoporučuje.

Nedoporučeno

Druhá doba porodní

Definice a délka trvání druhé doby porodní

33. Pro praxi se doporučuje užívat následující vymezení charakteristiky a délky trvání druhé doby porodní:

— Druhá doba porodní je doba mezi plnou dilatací branky a porodem dítěte, během které žena pociťuje mimovolní nucení na tlačení v důsledku vypuzovacích děložních kontrakcí.

— Ženy by měly být informovány o skutečnosti, že v délce trvání druhé doby porodní existují individuální rozdíly. U prvorodiček trvá obvykle 3 hodiny, u vícerodiček pak 2 hodiny.

Doporučeno

Polohování ženy během druhé doby porodní (platí pro ženy bez zavedené epidurální analgezie)

34. U žen bez zavedené epidurální analgezie se doporučuje povzbuzovat ženu k zaujetí pozice dle vlastního výběru, včetně vzpřímených poloh.

Doporučeno

Polohování ženy během druhé doby porodní u žen se zavedenou epidurální analgezií

35. U žen se zavedenou epidurální analgezií, se doporučuje povzbuzovat ženu k zaujetí pozice dle jejího výběru, včetně vzpřímených poloh.

Doporučeno

Metoda tlačení

36. Ženy ve vypuzovací fázi druhé doby porodní by měly být podpořeny, aby se při tlačení řídily vlastními pocity nucení na tlačení.

Doporučeno

Metoda tlačení u žen se zavedenou epidurální analgezií

37. U žen se zavedenou epidurální analgezií ve druhé době porodní je doporučeno posunout tlačení o jednu až dvě hodiny od zániku branky nebo do doby, než žena pocítí

nucení na tlačení, a to v podmínkách, kdy jsou dostupné prostředky pro delší setrvání ve druhé době porodní a kde může být adekvátně posouzena a řešena perinatální hypoxie.

Doporučení závislé na konkrétních okolnostech.

Techniky prevence poranění hráze

38. U žen ve druhé době porodní se doporučuje užití technik k redukci poranění hráze a usnadnění spontánního porodu (včetně masáže oblasti hráze, teplých obkladů a aktivní ochrany hráze rukama („hands on“) poskytovatelem péče), dle preferencí ženy a dostupných prostředků.

Doporučeno

Epiziotomie

39. Rutinní nebo volitelné užití epiziotomie se u žen se spontánním průběhem porodu nedoporučuje.

Nedoporučeno

Tlak na fundus

40. Tlak na fundus k usnadnění porodu se během druhé doby porodní nedoporučuje.

Nedoporučeno

Třetí doba porodní

Profylaktické podání uterotonik

41. Ve třetí době porodní se všem ženám doporučuje podání uterotonik jako prevence poporodního krvácení.o

Doporučeno

42. Oxytocin (10 IU, IM/IV) je doporučeným uterotonikem k prevenci poporodního krvácení.

Doporučeno

43. Pokud je oxytocin nedostupný, doporučuje se použít jiná injekčně aplikovaná uterotonika (pokud jsou vhodná - ergometrine/methylergometrine nebo stanovenou kombinaci oxytocinu a ergometrinu) nebo orálně podaný misoprostol (600 µg).

Doporučeno

Odložené přerušení pupeční šňůry

44. Pro zlepšení zdraví matky a dítěte a jeho vhodné výživy se doporučuje odložit přerušení pupeční šňůry (nepřerušovat ji dříve jak 1 minutu po porodu dítěte).

Doporučeno

Řízený tah za pupeční šňůru (controlled cord traction)

45. V podmínkách, kdy je k dispozici školený poskytovatel péče, se doporučuje kontrolovaný tah za pupeční šňůru, pokud poskytovatel péče a žena považují za důležité docílit malé redukce krevní ztráty a délky trvání třetí doby porodní.

Doporučeno

Masáž dělohy

46. Po profylaktickém podání oxytocinu se k prevenci poporodního krvácení nedoporučuje nepřetržitá masáž dělohy.t

Nedoporučeno

Péče o novorozence

Rutinní odsátí ústa a nosu

47. U novorozenců s čirou plodovou vodou, kteří začnou po porodu spontánně dýchat, by nemělo být provedeno odsátí úst a nosu.

Nedoporučeno

Kontakt kůže na kůži

48. Novorozenci bez přítomnosti komplikací by měli mít k prevenci hypotermie a podpoře kojení během první hodiny po porodu zajištěn kontakt kůže na kůži se svojí matkou.

Doporučeno

Kojení

49. Všichni novorozenci, včetně těch s nízkou porodní váhou, kteří jsou schopni kojení, by měli být umístěni na hrudník matky co nejdříve po porodu, pokud jsou klinicky stabilní a matka i dítě jsou na to připraveni.

Doporučeno

Prevence krvácení novorozenců pomocí profylaktického podání vitamínu K

50. Všem novorozencům by měl být po porodu podán 1 mg vitamínu K intramuskulárně (tzn. po uplynutí první hodiny, kdy by mělo být novorozené dítě v kontaktu kůže na kůži se svojí matkou a podařilo se mu přisát).

Doporučeno

Koupání a ostatní bezprostřední poporodní péče o novorozence

51. Koupání by mělo být odloženo o 24 hodin po porodu. Pokud to z kulturních důvodů není možné, mělo by být odloženo nejméně o 6 hodin. Doporučuje se adekvátní oblečení vzhledem k okolní teplotě. Tzn. jednu až dvě vrstvy navíc oproti dospělým a oblečení čepičky. Matka a

dítě by neměli být separováni a měli by být ve stejné místnosti 24 hodin denně.

Doporučeno

Péče o ženu po porodu

Zavinování dělohy

52. Posouzení retrakce dělohy k brzkému rozpoznání děložní atonie je doporučeno u všech žen.

Doporučeno

Antibiotika

u nekomplikovaného vaginálního porodu

53. Rutinní podání antibiotik u nekomplikovaného vaginálního porodu se nedoporučuje.

Nedoporučeno

Rutinní antibiotická profylaxe

u epiziotomie

54. Rutinní antibiotická profylaxe se po provedení epiziotomie nedoporučuje.

Nedoporučeno

Rutinní posouzení stavu matky po porodu

55. U všech žen v poporodním období by měla proběhnout kontrola vaginálního krvácení, stahování dělohy, výšky děložního fundu, teploty a pulzu a to rutinně během prvních 24 hodin po porodu počínaje od první hodiny po porodu. Krátce po porodu by měl být ženě změřen tlak. Jestliže bude v normě, druhé měření tlaku by mělo proběhnout do 6 hodin po porodu. Do 6 hodin po porodu by se měla žena vymočit.

Doporučeno

Propuštění ženy

z péče po nekomplikovaném vaginálním porodu

56. Po vaginálním porodu bez komplikací by zdravým matkám a novorozencům měla být zajištěna péče zdravotnickým zařízením alespoň 24 hodin po porodu.

V případě novorozence to zahrnuje bezprostřední posouzení zdravotního stavu poporodu, kompletní klinické vyšetření jednu hodinu po porodu a před propuštěním z péče.

Překlad byl realizován v rámci Projektu Unie porodních asistentek – vize 2021 (CZ.03.3.48/0.0/0.0/15_031/0002045), který je podpořený v rámci programu Operační program zaměstnanost a je součástí výzvy Budování kapacit a profesionalizace NNO.

Autorem překladu není Světová zdravotnická organizace (WHO). WHO není zodpovědné za obsah nebo nepřesnosti v překladu.

Zdroj:

WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dostupné z

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215->

[eng.pdf;jsessionid=008C116FB8C239B2BD1BFEEFCAC87657E?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=008C116FB8C239B2BD1BFEEFCAC87657E?sequence=1)

Zdroj - unipa.cz