

Shrnutí

Úvod

Většina z celkového počtu téměř 140 milionů porodů, ke kterým každoročně dochází po celém světě, probíhá u žen i jejich dětí bez rizikových faktorů a komplikací na počátku porodu i během jeho průběhu. Doba porodu je však pro přežití žen a jejich dětí zásadní, neboť v případě vzniku komplikací by se riziko morbidity a mortality mohlo významně zvyšovat. V souladu se záměry 3. cíle udržitelného rozvoje – zajištění zdravého života a podpora blaha všech v každém věku – a novou Globální strategií WHO pro zdraví žen, dětí a dospívajících na období 2016–2030 se globální agendy začaly více zaměřovat nejen na to, jak zajistit, aby ženy a jejich děti přežily případné porodní komplikace, ale také na to, aby prospívaly a mohly naplnit svůj potenciál pro zdraví a život.

Navzdory debatám a výzkumům, které probíhají již několik let, neexistuje univerzální nebo standardizovaný pojem „normality“ u porodu. Během posledních dvou desetiletí došlo k značnému nárůstu při provádění celé řady porodních praktik k zahájení, urychlení, ukončení, regulaci nebo monitorování fyziologického porodního procesu za účelem zlepšení výsledků porodu u žen i dětí. Zvyšující se medikalizace porodních procesů podřívá vlastní schopnost ženy родit a negativně ovlivňuje její porodní zkušenost. Navíc narůstající počet porodních zásahů bez jasných indikací nadále rozšiřuje propast v rovnosti poskytované zdravotní péče mezi zařízeními s vysokými a nízkými příjmy.

Směrnice řeší tyto otázky tak, že identifikuje nejběžnější praktiky používané v průběhu celého porodu, aby stanovila normy osvědčených postupů pro vedení nekomplikovaného porodu. Tím se z pojmu „zkušenost s péčí“ stává rozhodující hledisko, pokud jde o zajišťování kvalitní porodní péče a lepších výsledků zaměřených na ženu, a není pouze doplňkem k provádění běžných klinických postupů. To se týká všech zdravých těhotných žen a jejich dětí a zohledňuje to skutečnost, že porod je fyziologický proces, který může u většiny žen a dětí proběhnout bez komplikací.

Směrnice uznává, že „pozitivní porodní zkušenost“ je pro všechny rodičky důležitým konečným bodem. Pozitivní porodní zkušenost definuje jako zkušenost, která splňuje nebo překonává dosavadní osobní a sociokulturní přesvědčení a očekávání žen, kam patří porod zdravého dítěte v klinicky a psychologicky bezpečném prostředí s nepřetržitou praktickou a emocionální podporou, a to jak od blízké osoby, která ženu při porodu doprovází, tak od vstřícného a odborně způsobilého zdravotnického personálu. Vychází z premisy, že většina žen si přeje fyziologický porod a pocit osobního úspěchu a kontroly formou zapojení do rozhodovacího procesu, a to i pokud jsou lékařské zásahy potřebné nebo požadované.

Tato aktuální, souhrnná a ucelená směrnice k základní porodní péči spojuje nová i stávající doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO), jež v podobě balíčku zajistí kvalitní péči založenou na důkazech bez ohledu na zařízení nebo úroveň zdravotní péče. Doporučení uvedená v této směrnici nejsou určena pro konkrétní zemi nebo region a zohledňují globálně existující odlišnosti v úrovni dostupných zdravotnických služeb v rámci jednotlivých zemí i mezi nimi. Tato směrnice klade důraz na důležitost péče zaměřené na ženu pro lepší porodní zkušenosti žen i dětí prostřednictvím holistického přístupu, který vychází ze základních lidských práv. Uvádí celosvětový model porodní péče, jenž zohledňuje složitost a rozmanitost převažujících modelů péče a současné praxe.

Cílová skupina

Cílem těchto doporučení je informovat o vývoji příslušných zásad poskytování zdravotní péče a klinických hodnocení na národní i místní úrovni. Cílová skupina proto zahrnuje národní a místní tvůrce politiky veřejného zdraví, osoby pověřené prováděním a řízením programů zaměřených na zdraví matek a dětí, vedení zdravotnických zařízení, nevládní organizace (NGO), odborné společnosti zapojené do plánování a řízení zdravotnických služeb pro matku a děti, zdravotníky (včetně sester, porodních asistentek, všeobecných lékařů a porodníků), akademické pracovníky a školicí zdravotnický personál.

Postupy vypracování směrnice

V celé směrnici se termín „zdravá těhotná žena“ používá k popisu těhotných žen a adolescentních dívek, u nichž nebyly zjištěny rizikové faktory pro ně samotné nebo jejich děti a které se jinak jeví zdravé. Tato směrnice byla vypracována za použití standardních pracovních postupů v souladu s postupem popsáním v *Příručce WHO k vypracování směrnic*. Tyto postupy ve stručnosti zahrnují: (i) určení prioritních otázek a výsledků, (ii) vyhledání a syntézu důkazů, (iii) vyhodnocení důkazů, (iv) formulaci doporučení a (v) plán implementace, rozšíření, vyhodnocení dopadů a aktualizace směrnice. Kvalita vědeckých důkazů, o něž se tato doporučení opírají, byla klasifikována za pomoci systému pro hodnocení doporučení, jejich posuzování a vývoj (GRADE) a na základě důvěry v důkazy získané z kvalitativního výzkumu (CERQual), a to u kvantitativních i kvalitativních důkazů. K přípravě důkazních profilů pro prioritní otázky byly použity aktuální systematické přehledy. Skupina pro vývoj směrnic (GDG), mezinárodní skupina odborníků, která se sešla za účelem vývoje této směrnice, použila během dvou odborných konzultací v květnu a září 2017 jako průvodce při formulaci doporučení rámec podkladů pro rozhodování (evidence-to-decision) GRADE, nástroj EtD, jenž zahrnuje kritéria, jako jsou účinky intervence, hodnoty, zdroje, rovnost, přijatelnost a proveditelnost. Dále byla systematicky identifikována a do této směrnice zařazována příslušná doporučení ze stávajících směrnic WHO, která byla schválena Výborem pro přezkum směrnic (Guidelines Review Committee, GRC), za účelem vytvoření souhrnného dokumentu pro konečného uživatele.

Doporučení

Výsledkem odborných konzultací WHO je 56 doporučení k péči během porodu: 26 z těchto doporučení tvoří nově vypracovaná doporučení, v 30 případech jde o doporučení zařazená ze stávajících směrnic WHO. Doporučení jsou uvedena dle kontextu porodní péče, k němuž se vztahují, konkrétně péče po celou dobu porodu, péče během první doby porodní, péče během druhé doby porodní, péče během třetí doby porodní, okamžité péče o novorozence a okamžité péče o ženu po porodu. Na základě vyhodnocení kritérií GRADE EtD, jež určují směr a v některých případech specifický kontext doporučení, roztřídila GDD jednotlivá doporučení do následujících níže definovaných, kategorií:

- **Doporučeno:** Tato kategorie naznačuje, že daná intervence nebo volba by měla být zavedena.
- **Nedoporučuje se:** Tato kategorie naznačuje, že daná intervence nebo volba by neměla být zavedena.

- **Doporučeno pouze v konkrétním kontextu:** Tato kategorie naznačuje, že intervence nebo volba je použitelná pouze v podmínkách, zařízení nebo u populace specifikované v daném doporučení a mělo by být prováděno pouze v těchto kontextech.
- **Doporučeno pouze v kontextu rigorózního výzkumu:** Tato kategorie naznačuje, že u dané intervence nebo možnosti existují významné nejistoty. V takovýchto případech lze intervenci stále provádět ve velkém měřítku za předpokladu, že bude mít formu výzkumu schopného zaměřit se na nezodpovězené otázky a nejistoty související jak s účinností intervence nebo možnosti, tak její přijatelností a proveditelností.

Aby každé z doporučení bylo správně pochopeno a uplatněno v praxi, poskytlí přispívající odborníci tam, kde to bylo potřeba, dodatečné Poznámky. Pokud Skupina pro rozvoj pokynů (GDG) doporučila intervenci nebo možnost volby pouze v konkrétním kontextu nebo v kontextu rigorózního výzkumu, jsou uvedeny další podrobnosti o konkrétním kontextu i to, jaké klíčové otázky je nutno prošetřit. Uživatelé této směrnice by se měli odvolávat na tyto Poznámky, které jsou uvedeny přímo pod každým z doporučení v úplné verzi směrnice. Doporučení týkající se porodní péče pro dosažení pozitivní porodní zkušenosti jsou shrnuta v níže uvedené tabulce.

Během odborných konzultací byly projednány úvahy o implementaci jednotlivých doporučení a směrnice jako celku. GDG se shodla, že k dosažení pozitivní porodní zkušenosti žen a jejich dětí by tato doporučení měla být zavedena v podobě balíčku péče ve všech zařízeních, a to vstřícným, způsobilým a motivovaným zdravotnickým personálem v místech, kde jsou k dispozici nezbytné fyzické zdroje. Zdravotnické systémy by měly usilovat o implementaci tohoto modelu WHO pro porodní péči, aby ženám umožnily přístup k typu péče, který si ženy přejí a potřebují, a pokládat zdravé základy pro péči poskytovanou v souladu s přístupem založeným na lidských právech.

Mezi odvozené produkty této směrnice budou patřit nástroje k monitorování porodu využitelné na různých úrovních péče. Po implementaci směrnice bude v souladu s postupem pro aktualizace směrnic WHO týkajících se péče o rodičky a perinatálního zdraví probíhat systematický a soustavný proces zjišťování a překlenování mezer v důkazech. V případě zjištění nových důkazů (jež by mohly potenciálně ovlivnit současné podkladové údaje k doporučením) bude doporučení aktualizováno. WHO uvítá návrhy týkající se dalších otázek, které by měly být zahrnuty do příštích aktualizací směrnice.

Soupis doporučení k péči během porodu pro pozitivní porodní zkušenost

| Možnosti péče | Doporučení | Kategorie doporučení |
|---------------------------|---|----------------------|
| Péče během porodu | | |
| Ohleduplná péče o rodičky | 1. Doporučuje se ohleduplná péče o matku a dítě – tím je míněna péče organizovaná a poskytovaná všem ženám způsobem, který zachovává jejich důstojnost, soukromí a důvěrnost, zajišťuje jejich ochranu před újmou a špatným zacházením a umožňuje informovanou volbu a nepřetržitou podporu během porodu. | Doporučeno. |
| Účinná komunikace | 2. Doporučuje se efektivní komunikace mezi těmi, kdo poskytují péči o matku a dítě, a | Doporučeno. |

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| | rodičkami za použití jednoduchých a kulturně přijatelných postupů. | |
| Doprovod při porodu | 3. Všem ženám se na dobu porodu doporučuje doprovod dle vlastního výběru. | Doporučeno. |
| Kontinuita péče | 4. Modely nepřetržité péče poskytované porodními asistentkami, kdy známá porodní asistentka nebo skupina známých porodních asistentek poskytuje ženě podporu během celého předporodního, porodního i poporodního období, se doporučují u žen v zařízeních se správně fungujícími programy porodních asistentek. ¹ | Doporučeno za určitých podmínek |
| První doba porodní | | |
| Definice latentní a aktivní první fáze porodu | 5. V praxi se doporučuje používat uvedené definice latentní a aktivní první fáze porodu — Latentní první fáze je doba, která se vyznačuje bolestivými děložními kontrakcemi a různými změnami na děložním čípku včetně jisté míry jeho zkrácení a pomalejší progresí dilatace na 5 cm pro první a následující porody. — Aktivní první fáze je doba charakterizovaná pravidelnými bolestivými děložními kontrakcemi, značným zkrácením děložního čípku a rychlejší dilatací děložního hrdla z 5 cm až k úplné dilataci u prvního i následujících porodů. | Doporučeno. |
| Doba trvání první doby porodní | 6. Ženy by měly být informovány o tom, že standardní doba trvání latentní první fáze nebyla stanovena a může se u jednotlivých žen velmi lišit. Nicméně doba trvání aktivní první fáze (z 5cm k úplnému otevření děložního hrdla) zpravidla nepřesahuje 12 hodin u prvního porodu a 10 hodin u dalších porodů. | Doporučeno. |

¹ Převzato z doporučení WHO týkajících se předporodní péče pro pozitivní zkušenosti s těhotenstvím.

| | | |
|--|--|---|
| <p>Postup první doby porodní</p> | <p>7. U těhotných žen se spontánním porodem není dilatace hrdla rychlostí 1 cm za hodinu během první aktivní fáze (jak jej znázorňuje varovná linie na partogramu) přesným vodítkem k identifikaci žen, které jsou ohrožené špatným výsledkem porodu, a proto se k tomuto účelu nedoporučuje.</p> <p>8. Minimální rychlost dilatace hrdla 1 cm/hod v průběhu celé první doby porodní je pro některé ženy nerealisticky rychlá a proto se nedoporučuje k určování normálního postupu porodu.</p> <p>Samotná rychlost dilatace hrdla nižší než 1 cm/hod by neměla být indikací k zásahu.</p> <p>9. Porod se přirozeně nemusí zrychlovat, dokud dilatace hrdla nedosáhne prahu 5 cm. Proto se lékařské zásahy ke zrychlení porodu (jako např. augmentace oxytocinem nebo císařský řez) před dosažením tohoto prahu nedoporučují, je-li stav plodu i matky uspokojivý.</p> | <p>Nedoporučuje se.</p> <p>Nedoporučuje se.</p> <p>Nedoporučuje se.</p> |
| <p>Zásady příjmu na porodní sál</p> | <p>10. U zdravých těhotných žen se spontánním porodem se odkládání příjmu na porodní sál až do nástupu aktivní první fáze doporučuje pouze v kontextu rigorózního výzkumu.</p> | <p>Doporučení založené na výzkumu.</p> |
| <p>Klinická pelvimetrie při příjmu</p> | <p>11. Rutinní klinická pelvimetrie při příjmu se u zdravých těhotných žen nedoporučuje.</p> | <p>Nedoporučuje se.</p> |
| <p>Rutinní vyhodnocování dobrého stavu plodu při příjmu k porodu</p> | <p>12. Rutinní kardiokografie se nedoporučuje u zdravých těhotných žen, které budou родit spontánně, k vyhodnocení zdraví plodu při příjmu do porodnice.</p> <p>13. K vyhodnocení zdraví plodu při příjmu do porodnice se doporučuje auskultace s použitím Dopplerova ultrazvukového průtokoměru nebo Pinardova stetoskopu.</p> | <p>Nedoporučuje se.</p> <p>Doporučeno.</p> |

| | | |
|---|--|------------------|
| Holení perinea/pubické oblasti | 14. Rutinní holení perinea/pubické oblasti před vaginálním porodem se nedoporučuje. ² | Nedoporučuje se. |
| Klystýr při příjmu | 15. Použití klystýru pro omezení urychlení porodu se nedoporučuje. ³ | Nedoporučuje se. |
| Digitální vaginální vyšetření | 16. K rutinnímu vyhodnocení aktivní první fáze porodu u nízké rizikových žen se doporučuje digitální vaginální vyšetření ve čtyřhodinových intervalech. ^a | Doporučeno. |
| Nepřetržitá kardiokografie během porodu | 17. Rutinní kardiokografie se nedoporučuje k vyhodnocení zdraví plodu u zdravých těhotných žen se spontánním porodem. | Nedoporučuje se. |
| Intermitentní auskultace srdeční frekvence plodu během porodu | 18. U zdravých rodiček se doporučuje intermitentní auskultace srdeční frekvence plodu s použitím Dopplerova ultrazvukového průtokoměru nebo Pinardova stetoskopu. | Doporučeno. |
| Epidurální analgezie k tišení bolesti | 19. Epidurální analgezie se doporučuje u zdravých těhotných žen, které požadují úlevu od porodních bolestí, a to podle preferencí dané ženy. | Doporučeno. |
| Analgezie opioidy k tišení bolesti | 20. Parenterální opioidy, jako fentanyl, diamorfin a pethidin, se doporučují jako možnost u zdravých rodiček, které vyžadují tišení porodních bolestí v závislosti, a to v závislosti na preferencích ženy. | Doporučeno. |
| Relaxační techniky k řízení bolesti | 21. Relaxační techniky včetně progresivní svalové relaxace, dýchání, hudby, bdělé pozornosti (mindfulness) a jiných technik se doporučují u zdravých rodiček, které vyžadují tišení porodních bolestí, a to v závislosti na preferencích ženy. | Doporučeno. |
| Manuální techniky k řízení bolesti | 22. Manuální techniky, jako | Doporučeno. |

² Převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby mateřských porodních infekcí.

³ Převzato z doporučení WHO týkajících se augmentace porodu.

| | | |
|--|---|------------------|
| | masáže nebo přikládání horkých obkladů se doporučují u zdravých těhotných žen, které požadují úlevu od bolesti, a to v závislosti na preferencích ženy. | |
| Tišení bolesti k urychlení porodu | 23. Tišení bolesti jako prevence zpomalení porodu a snížení pravděpodobnosti augmentace porodu se nedoporučuje. | Nedoporučuje se. |
| Perorální příjem tekutin a potravy | 24. U nízké rizikových žen se během porodu doporučuje příjem tekutin a potravy perorálně. ^b | Doporučeno. |
| Mobilita a poloha matky | 25. U nízké rizikových žen se doporučuje povzbuzování k pohybu a porodu ve vzpřímené poloze. ^b | Doporučeno. |
| Vaginální výplach | 26. Rutinní vaginální výplach chlorhexidinem během porodu jako prevence infekční morbidity se nedoporučuje. ^a | Nedoporučuje se. |
| Aktivní řízení porodu | 27. Balíček péče pro aktivní řízení porodu za účelem urychlení porodu se nedoporučuje. ^b | Nedoporučuje se. |
| Rutinní amniotomie | 28. Použití amniotomie pro urychlení porodu se nedoporučuje. ^a | Nedoporučuje se. |
| Časná amniotomie a oxytocin | 29. Použití časně amniotomie s časnou augmentací oxytocinem k urychlení porodu se nedoporučuje. ^a | Nedoporučuje se. |
| Oxytocin u žen s epidurální analgezií | 30. Použití oxytocinu jako prevence zpoždění porodu u žen, jimž byla podána epidurální analgezie, se nedoporučuje. ^a | Nedoporučuje se. |
| Antispazmodika | 31. Použití antispazmodik pro urychlení porodu se nedoporučuje. ^a | Nedoporučuje se. |
| Nitrožilní tekutiny k urychlení porodu | 32. Podávání nitrožilních tekutin za účelem zkrácení doby porodu se nedoporučuje. ⁴ | Nedoporučuje se. |
| Druhá doba porodní | | |
| Definice a délka trvání druhé doby porodní | 33. V praxi se doporučuje používat následující definici a délku trváním druhé doby porodní. — Druhá doba porodní je doba | Doporučeno. |

⁴ Převzato z doporučení WHO týkajících se augmentace porodu.

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| | <p>mezi úplnou dilatací děložního hrdla a porozením dítěte, během níž žena pociťuje mimovolné nucení tlačit v důsledku vypuzovacích děložních kontrakcí.</p> <p>— Ženy je třeba poučit, že trvání druhé doby porodní se u jednotlivých žen liší. U prvního porodu je porod zpravidla dokončen do tří hodin, zatímco u následujících porodů to je obvykle do dvou hodin.</p> | |
| Porodní poloha (u žen bez epidurální analgezie) | 34. Doporučuje se vybídnout ženy bez epidurální analgezie k tomu, aby zaujaly porodní polohu dle vlastní volby, včetně polohy vzpřímené. | Doporučeno. |
| Porodní poloha (u žen s epidurální analgezií) | 35. Doporučuje se povzbuzovat ženy s epidurální analgezií k tomu, aby zaujaly porodní polohu podle své volby včetně polohy vzpřímené. | Doporučeno. |
| Postup při tlačení | 36. Ženy ve vypuzovací fázi druhé doby porodní by měly být vybízeny k tomu, aby se řídily vlastním nucením tlačit. | Doporučeno. |
| Postup při tlačení | 37. Odklad tlačení o jednu nebo dvě hodiny po úplné dilataci, nebo dokud žena nezačne znovu pociťovat nucení tlačit, se u žen s epidurální analgezií v druhé době porodní doporučuje v případech, kdy jsou k dispozici zdroje, které ženě umožní setrvat v druhé době porodní déle, a kdy lze perinatální hypoxii dostatečně vyhodnotit a řídit. | Doporučeno za určitých podmínek |
| Techniky pro prevenci poranění perinea | 38. U žen v druhé době porodní se doporučují techniky, které snižují pravděpodobnost poranění perinea a usnadňují spontánní porod (včetně masáže perinea, teplých obkladů a „hands on“ ochrany perinea) dle preferencí ženy a dostupných možností. | Doporučeno. |
| Zásady provádění epiziotomie | 39. Rutinní nebo libovolné provádění epiziotomie se u žen se spontánním vaginálním porodem nedoporučuje. | Nedoporučuje se. |

| | | |
|---|--|---|
| Tlak na fundus | 40. Napomáhání porodu manuálním tlakem na fundus během druhé doby porodní se nedoporučuje. | Nedoporučuje se. |
| Třetí doba porodní | | |
| Profylaktická uterotonika | 41. Použití uterotonik jako prevence poporodního krvácení (PPH) během třetí doby porodní se doporučuje u všech porodů. ⁵ 42. Oxytocin (10 IU, IM/IV) je doporučeným uterotonikem při prevenci poporodního krvácení (PPH). ⁶ 43. V prostředích, kde není oxytocin k dispozici, se doporučuje používat jiná injekčně podávaná uterotonika (ergometrin/metylegometrin tam, kde je to vhodné, nebo fixní kombinaci ergometrin/metylegometrin) anebo perorální misoprostol (600 µg). ⁷ | Doporučeno. Doporučeno. Doporučeno. |
| Oddálené přestřížení pupeční šňůry | 44. Oddálené přestřížení pupeční šňůry (nejdříve 1 minutu po porodu) se doporučuje v zájmu lepších výsledků s ohledem na zdraví matky a dítěte a výživu dítěte. ⁸ | Doporučeno. |
| Kontrolovaný tah za pupeční šňůru (CCT) | 45. V prostředích, kde jsou k dispozici zkušené porodní asistentky, se u vaginálních porodů doporučuje kontrolovaný tah za pupeční šňůru (CCT), pokud je pro poskytovatele péče a rodičku důležité malé snížení ztráty krve a malé zkrácení třetí doby porodní. ⁹ | Doporučeno. |
| Masáž dělohy | 46. Soustavná masáž dělohy se nedoporučuje jako intervence, která má zabránit poporodnímu krvácení (PPH) u žen po podání profylaktického oxytocinu. ¹⁰ | Nedoporučuje se. |
| Péče o novorozence | | |

⁵ Převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení.

⁶ Převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení.

⁷ Převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení.

⁸ Převzato z doporučení WHO oddálené přestřížení pupeční šňůry pro lepší výsledky, pokud jde o zdraví matky i dítěte a výživu dítěte.

⁹ Převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení.

¹⁰ Převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení.

| | | |
|---|--|------------------|
| Rutiní odsávání z nosu a úst | 47. U novorozenců narozených z čiré plodové vody, kteří začali po porodu sami dýchat, by se nemělo provádět odsávání z úst a nosu. ¹¹ | Nedoporučuje se. |
| Fyzický kontakt („kůže na kůži“) | 48. Novorozenec bez komplikací by měl být první hodinu po porodu ve fyzickém kontaktu „kůže na kůži“ (skin-to-skin contact, SSC) se svou matkou, aby nedošlo k hypotermii a spustilo se kojení. ¹² | Doporučeno. |
| Kojení | 49. Všichni novorozenci, včetně novorozenců s nízkou porodní hmotností (low-birth-weight, LBW), by měli být co nejdříve po porodu přiloženi k prsu, jakmile jsou klinicky stabilní a matka i dítě připraveni. ¹³ | Doporučeno. |
| Profylaxe krvácivých stavů za použití vitamínu K | 50. Všem novorozencům by měl být po narození (tj. po první hodině, během které by mělo být dítě ve fyzickém kontaktu „kůže na kůži“ se svojí matkou a mělo by být zahájeno kojení) podán intramuskulárně 1 mg vitamínu K. ¹⁴ | Doporučeno. |
| Koupání a další okamžitá poporodní péče o novorozence | 51. Koupání by nemělo proběhnout dříve než 24 hodin po narození. Není-li to z kulturních důvodů možné, mělo by se koupání odložit minimálně o 6 hodin. Doporučuje se dítě obléct přiměřeně okolní teplotě. To znamená o jednu až dvě vrstvy oblečení víc než u dospělých a čepičku. Matka a dítě by se neměly rozdělovat a měly by být ve stejné místnosti 24 hodin denně. ¹⁵ | Doporučeno. |
| Péče o ženu po porodu | | |
| Vyhodnocení tonu dělohy | 52. Poporodní abdominální vyhodnocení tonu dělohy k | Doporučeno. |

¹¹ Převzato ze směrnice WHO k základní resuscitaci novorozenců.

¹² Zařazeno z doporučení WHO k řízení běžných stavů u dětí: podklady k technické aktualizaci průvodce doporučeními.

¹³ Zařazeno z doporučení WHO týkajících se zdraví novorozence.

¹⁴ Zařazeno z doporučení WHO k řízení běžných stavů u dětí: podklady k technické aktualizaci průvodce doporučeními.

¹⁵ Zařazeno z doporučení WHO k poporodní péči o matku a novorozence.

| | | |
|--|---|------------------|
| | včasnému zjištění atonie dělohy se doporučuje u všech žen. ¹⁶ | |
| Antibiotika po nekomplikovaném vaginálním porodu | 53. Rutinní profylaxe antibiotiky u žen s nekomplikovaným vaginálním porodem se nedoporučuje. ¹⁷ | Nedoporučuje se. |
| Rutinní profylaxe antibiotiky po epiziotomii | 54. Rutinní profylaxe antibiotiky se u žen s epiziotomií nedoporučuje. ¹⁸ | Nedoporučuje se. |
| Rutinní poporodní posouzení matky | 55. U všech žen po porodu je třeba po dobu prvních 24 hodin počínaje první hodinou po skončení porodu pravidelně vyhodnocovat vaginální krvácení, děložní kontrakce, teplotu a srdeční frekvenci (tep). Krátce po porodu je třeba změřit krevní tlak. Je-li tlak v normě, do šesti hodin by mělo být provedeno druhé měření krevního tlaku. Během šesti hodin je třeba zaznamenat močení. ¹⁹ | Doporučeno. |
| Propuštění po nekomplikovaném vaginálním porodu | 56. Po nekomplikovaném vaginálním porodu, který proběhl ve zdravotnickém zařízení, by měla být zdravým ženám a novorozencům poskytnuta v tomto zařízení péče po dobu nejméně 24 hodin od porodu. ^{20 21} | Doporučeno. |

¹⁶ Převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení.

¹⁷ Převzato z doporučení WHO oddálené přestřižení pupeční šňůry pro lepší výsledky, pokud jde o zdraví matky i dítěte a výživu dítěte.

¹⁸ Převzato z doporučení WHO oddálené přestřižení pupeční šňůry pro lepší výsledky, pokud jde o zdraví matky i dítěte a výživu dítěte.

¹⁹ Převzato ze směrnice WHO k základní resuscitaci novorozenců.

²⁰ Převzato ze směrnice WHO k základní resuscitaci novorozenců.

²¹ Zařazeno z doporučení WHO k řízení běžných stavů u dětí: podklady k technické aktualizaci průvodce doporučeními.

DOPORUČENÍ 1

Doporučuje se ohleduplná péče o matku a dítě – tím je míněna péče organizovaná a poskytovaná všem ženám způsobem, který zachovává jejich důstojnost, soukromí a důvěrnost, zajišťuje jejich ochranu před újmou a špatným zacházením a umožňuje informovanou volbu a nepřetržitou podporu během porodu. (Doporučeno.)

Poznámky

- Poskytování ohleduplné péče o matku a dítě (respectful maternity care, RMC) je v souladu s přístupem založeným na lidských právech, jehož cílem je snížit nemocnost a úmrtnost matek. RMC by mohla zlepšit zkušenost žen s porodem a vyřešit nerovnosti v oblasti zdraví.
- Důkazy o účinnosti intervencí, které se zaměřují na zavádění RMC nebo omezují špatné zacházení se ženami během porodu, jsou omezené. Vzhledem ke složitosti příčin špatného zacházení během porodu ve zdravotnických zařízeních vyžaduje náprava špatného zacházení a zlepšování zkušeností žen s poskytovanou péčí zásahy jak na mezilidské úrovni mezi ženou a jejími poskytovateli zdravotní péče, tak i na úrovni zdravotnického zařízení a zdravotnického systému.
- Účinná komunikace a spolupráce mezi poskytovateli zdravotní péče, řízením zdravotnických služeb, ženami a zástupci ženských uskupení a hnutí na obranu ženských práv je nezbytná k zajištění takové péče, která bude ve všech kontextech a prostředích odpovídat potřebám žen a jejich preferencím.
- Cílem zásahů by mělo být zajištění ohleduplného a důstojného pracovního prostředí pro pečující personál, který také může zažívat neuctivý přístup a zneužívání na pracovišti a/nebo násilí doma či v komunitě.

DOPORUČENÍ 2

Doporučuje se efektivní komunikace mezi těmi, kdo poskytují péči o matku a dítě, a rodičkami za použití jednoduchých a kulturně přijatelných postupů. (Doporučeno.)

Poznámky

- Vzhledem k tomu, že neexistuje jednotná definice pojmu „efektivní komunikace“, shodla se GDG na tom, že efektivní komunikace mezi personálem pečujícím o matku a dítě a rodičkami by měla zahrnovat minimálně následující.
 - Představit se ženě a jejímu doprovodu a oslovovat ženu jménem.
 - Poskytovat ženě a jejím příbuzným potřebné informace jasně a stručně (jazykem, jímž žena a její rodina mluví), vyhýbat se lékařskému žargonu a v případě potřeby používat obrazové a grafické materiály k objasnění procesů a postupů.
 - Ohleduplně a vstřícně reagovat na potřeby a preference žen a odpovídat na jejich otázky.
 - Podporovat citové potřeby žen s empatií a soucitem, povzbuzovat je, chválit, utěšovat a aktivně jim naslouchat.
 - Podporovat ženu v tom, aby chápala, že má na výběr, a zajistit jí podporu při rozhodování.
 - Zajistit, aby ženě byly vysvětleny jednotlivé postupy a aby poskytla ústní, a v případě potřeby písemný informovaný souhlas s vyšetřeními pánve a dalšími postupy.
 - Povzbuzovat ženu, aby vyjadřovala své potřeby a preference, a pravidelně poskytovat ženě a její rodině aktuální informace o tom, co se děje, a ptát se, zda mají další otázky.
 - Zajistit, aby bylo za všech okolností zachovááno soukromí a důvěrnost.
 - Zajistit, aby žena byla obeznámena s dostupnými možnostmi řešení svých potíží.
 - Ve spolupráci s doprovodem, který si žena sama zvolila, srozumitelně vysvětlovat, jak lze ženě poskytovat správnou podporu během porodu.
- Zdravotnické systémy by měly zajistit proškolení ošetřujícího personálu podle místních standardů s ohledem na dovednosti v mezilidské komunikaci a poradenství.

DOPORUČENÍ 3

Všem ženám se na dobu porodu doporučuje doprovod dle vlastního výběru. (Doporučeno.)

Poznámky

- V tomto kontextu může být doprovodem jakákoli osoba, kterou si žena vybere, aby jí poskytovala nepřetržitou podporu během porodu. Může to být někdo z její rodiny nebo sociálního prostředí, jako např. manžel/partner, kamarádka nebo příbuzná, člen komunity (např. představitelka ženské komunity, zdravotnice nebo tradiční porodní asistentka) nebo dula (tj. žena, která byla vyškolená k pomoci při porodu, není však součástí personálu zdravotnického zařízení).
- GDG projednala otázky soukromí, kulturních preferencí a využívání zdrojů, které bývají často uváděny jako překážky při zavádění této intervence, a shodla se na tom, že jednoduchá opatření umožňující příbuzným doprovázet ženy během porodu by mohla být využívána jakožto úsporné a kulturně citlivé způsoby, jak tyto obavy řešit. Má-li být doprovod při porodu zaveden v zařízeních, kde je na porodních odděleních více než jedno lůžko na pokoj, je třeba dbát na to, aby ženy měly zajištěné soukromí (např. soustavným využíváním zástěn/závěsů).
- GDG poukázala na to, že státy a tvůrci politiky se často zdráhají zavádět tuto intervenci do klinické praxe, a to navzdory podpůrným důkazům, které jsou k dispozici několik let, ačkoli v soukromých zařízeních se toto opatření využívá běžně. Skupina se dohodla, že je potřeba vyvinout mimořádné úsilí a povzbudit potenciální realizátory na různých úrovních poskytování zdravotní péče, aby tuto intervenci zavedli.
- Je důležité respektovat přání žen, a to i v případě, kdy si doprovod nepřejí.
- Vybrat si doprovod, který ženu podpoří při porodu, nemusí být jednoduché pro ženy z okraje společnosti nebo ženy ohrožené, pro ženy, které bydlí daleko od zdravotnických zařízení, nebo pokud by mělo jít o doprovod placený. Zdravotnická zařízení by měla tuto skutečnost vzít v úvahu a podniknout příslušné kroky k tomu, aby tato podpora byla dostupná všem rodičkám.
- Řada směrnic WHO včetně doporučení WHO uvádí, že rodičky by měly mít během celého porodu společnost: *optimalizace role zdravotníků pro lepší přístup k nejdůležitějším intervencím ve prospěch zdraví matek i novorozenců za pomoci převádění úkolů* (34), *doporučení WHO ohledně augmentace porodu* (46) a *doporučení WHO týkající se intervencí na podporu zdraví matek a novorozenců* (47).

DOPORUČENÍ 4

Modely nepřetržité péče poskytované porodními asistentkami, kdy známá porodní asistentka nebo skupina známých porodních asistentek poskytuje ženě podporu během celého předporodního, porodního i poporodního období, se doporučují u žen v zařízeních se správně fungujícími programy porodních asistentek. Doporučeno za určitých podmínek

Poznámky

- Toto doporučení bylo zařazeno na základě *doporučení WHO pro předporodní péči pro pozitivní zkušenosti s těhotenstvím* (35).
- Modely nepřetržité péče poskytované porodními asistentkami (MLCC) jsou modely péče, kdy známá a důvěryhodná porodní asistentka (individuální porodní péče, caseload) nebo malá skupina porodních asistentek (týmová porodní péče) poskytuje ženě podporu během celého předporodního, porodního i poporodního období, čímž je zaručena podpora zdravého těhotenství, bezproblémového porodu a zdravých rodičovských praktik.
- Modely MLCC představují komplexní intervenci a není jasné, zda jejich působení, které může vést k těmto pozitivním výstupům, spočívá v nepřetržité péči, filozofii péče porodních asistentek nebo v obojím. Filozofie péče porodních asistentek, která je nedílnou součástí modelů MLCC, může, ale nemusí být zavedena do standardní porodnické praxe u jiných modelů péče. Tvůrci politik v prostředích, kde programy porodních asistentek nefungují, by měli zvážit zavedení tohoto modelu pouze po úspěšném navýšení počtu (a zlepšení kvality) praktikujících porodních asistentek. Zainteresané osoby mohou zvážit způsoby, jak poskytovat nepřetržitou péči prostřednictvím jiných poskytovatelů než porodních asistentek, protože ženy takovou soustavnost péče ocení.
- Panel poukázal na to, že u tohoto modelu péče je důležité monitorovat využívání zdrojů, vyhoření a pracovní zatížení poskytovatelů péče, aby bylo možné určit, zda je v jednotlivých zařízeních více udržitelný model „caseload“ nebo týmové péče.
- MLCC vyžaduje, aby byly dobře vyškolené porodní asistentky v dostatečném počtu k dispozici každé ženě, která tak průběhu celého těhotenství a během porodu přijde do kontaktu pouze s jednou porodní asistentkou nebo s malou skupinkou porodních asistentek. Proto si tento model možná vyžádá přesun zdrojů, které zajistí přístup zdravotnického systému k dostatečnému počtu porodních asistentek s přiměřenou pracovní zátěží.
- Zavedení MLCC může vést k přesunu rolí a povinností porodních asistentek, stejně jako dalšího zdravotnického personálu, který měl dříve na starosti prenatální a poporodní péči. V takovémto případě bude její zavedení pravděpodobně účinnější po poradě se všemi zainteresovanými osobami a při zapojení všech lidských zdrojů. V některých zařízeních by mohla implementačnímu procesu napomoci i konzultace s profesními organizacemi na vládní úrovni.
- Je třeba zhodnotit potřebu další jednorázové nebo soustavné odborné přípravy a zajistit veškerá nezbytná školení.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnicí dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 5

V praxi se doporučuje používat uvedené definice latentní a aktivní první fáze porodu.

— Latentní první fáze je doba, která se vyznačuje bolestivými děložními stahy a různými změnami na děložním čípku včetně jisté míry jeho zkrácení a pomalejší progresí dilatace na 5 cm pro první a následující porody. (Doporučeno.)

— Aktivní první fáze je doba charakterizovaná pravidelnými bolestivými děložními stahy, podstatným zkrácením děložního čípku a rychlejší dilatací děložního hrdla z 5 cm až na úplné otevření pro první a následující porody. (Doporučeno.)

Poznámky

- GDG vzala na vědomí, že „latentní první fáze“ (nebo také „latentní fáze“) bývá někdy označovaná jako „raná“ nebo „pasivní“ první fáze. Skupina se však přiklonila k dalšímu používání výrazu „latentní první fáze“ (nebo také „latentní fáze“) vzhledem k tomu, že jde o nejstarší a nejznámější pojmenování a protože zavedení nového pojmu by mohlo vyžadovat další školení s minimální nebo žádnou přidanou hodnotou. Podobně se pro označení doby zrychlujícího se porodu dává přednost používání výrazu „aktivní první fáze“ (nebo také „aktivní fáze“) před jinými termíny (např. „běžící porod“).

DOPORUČENÍ 6

Ženy by měly být informovány o tom, že standardní doba trvání latentní první fáze nebyla stanovena a může se u jednotlivých žen velmi lišit. Nicméně doba trvání aktivní první fáze (z 5cm k úplnému otevření děložního hrdla) zpravidla nepřesahuje 12 hodin u prvního porodu a 10 hodin u dalších porodů. (Doporučeno.)

Poznámky

- GDG uznala, že o době trvání latentní fáze první doby porodní neexistuje průkazná jistota, a to částečně v důsledku obtížného určení skutečného nástupu porodu, a rozhodla, že pro účely rozhodování v průběhu porodu neurčí standardizovanou dobu trvání latentní první fáze.
- Předpokládaná doba trvání aktivní fáze první doby porodní závisí na referenčním prahu používaném pro stanovení jejího začátku. Hranice stanovené pro aktivní první fázi byly na základě důkazů o době trvání dilatace děložního hrdla z 5 cm na 10 cm zaokrouhleny na hodnoty 95. percentilu.
- Střední doba trvání aktivní první fáze je 4 hodiny u prvního porodu a 3 hodiny u druhého a dalšího následujícího porodu, kdy referenčním výchozím bodem je dilatace na 5 cm.
- GDG zdůraznila, že v případě, kdy se zdá, že první doba porodní trvá déle, se o zásahu nesmí rozhodnout pouze na základě samotné délky trvání.
- Pracovníci ve zdravotnictví by měli těhotné ženy, u nichž začal spontánní porod, podporovat v tom, aby porod prožily v souladu s přirozenými reprodukčními procesy každé jednotlivé ženy bez zásahů vedoucím ke zkrácení doby trvání porodu za předpokladu, že stav matky i dítěte je uspokojivý, otevírání děložního hrdla postupuje a předpokládaná délka trvání porodu nepřesahuje doporučené limity.
- Zdravotničtí pracovníci by měli zdravé těhotné ženy informovat, že délka trvání porodu se velmi liší a závisí na jejich individuálních fyziologických procesech a povaze těhotenství.

DOPORUČENÍ 7

U těhotných žen se spontánním porodem není dilatace hrdla rychlostí 1 cm za hodinu během první aktivní fáze (jak jej znázorňuje varovná linie na partogramu) přesným vodítkem k identifikaci žen, které jsou ohrožené špatným výsledkem porodu, a proto se k tomuto účelu nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Neexistuje dostatek důkazů, které by podporovaly využití varovné linie jako klasifikátoru k identifikaci žen ohrožených nežádoucím výsledkem porodu.
- GDG uznala, že v mnoha nemocničních zařízeních vedlo užívání varovné linie a pokusy udržet postup dilatace děložního hrdla na rychlosti 1 cm za hodinu ke zbytečným zásahům kvůli dojmu, že porod postupuje patologicky pomalu.
- Zatímco se GDG shodla na tom, že nedoporučuje používání prahu 1 cm/hod a varovné linie k hodnocení uspokojivého postupu dilatace děložního hrdla, stanovila vývoj a výběr vhodného nástroje k monitorování postupu porodu (zejména dilatace děložního hrdla) jako prioritu výzkumu.
- Ženy s podezřením na pomalu postupující porod by měly být podrobeny pečlivému posouzení, aby bylo možné vyloučit vznik komplikací (např. kefalopelvického nepoměru) a stanovit, zda jsou uspokojovány jejich citové, psychologické a fyzické potřeby.
- Předem nastavené linie na cervikografu jsou pouze jednou součástí stávajícího partogramu WHO. Zdravotničtí pracovníci by měli i nadále vyhodnocovat dilataci hrdla ve srovnání s časem na cervikografu, jakož i dalšími partografickými parametry (jako je srdeční frekvence plodu, caput succedaneum, konfigurace hlavičky, stav plodové vody, sestoupení plodu, mateřská teplota, krevní tlak a odchod moči) a tak sledovat, zda jsou matka i dítě v pořádku, a rozpoznat rizika nežádoucího výsledku porodu. Ve zdravotnických zařízeních, kde nelze provádět zásahy, jako je augmentace a císařský řez, a tam, kde jsou zařízení referenční úrovně těžko dostupná, lze varovnou linii nadále používat k identifikaci žen, jež by mohly vyžadovat dodatečnou péči. V takovém případě by se mělo k vyhodnocování přistoupit při dilataci na 5 cm, což u většiny žen signalizuje nástup první aktivní fáze porodu.
- Toto doporučení nahrazuje doporučení partogramu aktivní fáze s čtyřhodinovou akční linií uvedené v *doporučeních WHO k augmentaci porodu* (46).

DOPORUČENÍ 8

Minimální rychlost dilatace hrdla 1 cm/hod v průběhu celé první doby porodní je pro některé ženy nerealisticky rychlá a proto se nedoporučuje k určování normálního postupu porodu. Samotná rychlost dilatace hrdla nižší než 1 cm/hod by neměla být indikací k zásahu. (Nedoporučuje se.)

DOPORUČENÍ 9

Porod se nemusí přirozenou cestou zrychlovat, dokud dilatace hrdla nedosáhne prahu 5 cm. Proto se lékařské zásahy ke zrychlení porodu (jako např. augmentace oxytocinem nebo císařský řez) před dosažením tohoto prahu nedoporučují, je-li stav plodu i matky uspokojivý. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Tato doporučení mají za cíl zabránit iatrogením nežádoucím výsledkům pro matku a novorozence tím, že minimalizují zbytečné lékařské zásahy a zlepší prožitek matek při porodu.
- Existují důkazy o zásadních odlišnostech v distribuci vzorců dilatace hrdla mezi ženami bez rizikových faktorů komplikací, kdy je progresse u mnoha žen po většinu doby porodu pomalejší než 1 cm/hod, a přitom stále dosahují vaginálního porodu s normálními výsledky.
- Přestože tato směrnice nabízí zdravotníkům referenční hodnoty k posuzování rodiček, nevyplývá z ní, že při jejím dodržování během porodu nemůže dojít k nežádoucím výsledkům. K nežádoucím výsledkům mohou přispívat jiné známé i neznámé proměnné.
- Před provedením jakéhokoli lékařského zásahu je třeba ženy s podezřením na pomalu postupující porod vyhodnotit, aby se mohl vyloučit rozvoj komplikací (např. kefalopelvického nepoměru) a stanovit, zda jsou uspokojovány jejich citové, psychologické a fyzické potřeby.

DOPORUČENÍ 10

U zdravých těhotných žen se spontánním porodem se odkládání příjmu na porodní sál až do nástupu aktivní první fáze doporučuje pouze v kontextu rigorózního výzkumu. Doporučeno za určitých podmínek

Poznámky

- Dokud nebudou k dispozici další důkazy, rodičku, která se dostaví do porodnice, je třeba přijmout a poskytnout jí vhodnou podporu, a to i v časných fázích porodu, pokud sama nechce raději počkat na začátek aktivní fáze doma.
- U žen přijatých na porodní sál během latentní fáze porodu je třeba vyhnout se lékařským zásahům pro urychlení porodu, pokud je zdravotní stav matky i dítěte uspokojivý.
- GDG vydala toto „doporučení v kontextu výzkumu protože se obává, že omezené důkazy o jeho účincích se vztahují na aktivní první fázi porodu se začátkem, který je určený dilatací děložního hrdla na 4 cm a méně, nikoli na aktivní první fázi, určenou dilatací hrdla na 5 cm a více, jak doporučuje tato směrnice. Skupina označila tuto oblast za prioritu výzkumu. Mělo by být jasné, že toto doporučení se týká odkladu při příjmu na porodní sál (tj. na místo, kde probíhá porod), nikoli odkladu příjmu do porodnice jako takové, kde ženy v časných fázích porodu čekají na aktivní porod, nebo odkladu při příjmu do nemocničního zařízení. Odklad při příjmu na porodní sál navíc neznamená odklad prvního kontaktu s poskytovatelem zdravotní péče nebo odklad vyšetření během příjmu. Komplexní vyšetření matky i plodu zdravotníkem při návštěvě zařízení je nezbytné, aby se vyloučily nediodagnostikované nebo nově vzniklé komplikace.
- Zařízení, která v současnosti uplatňují odkladu příjmu na porodní sál, by měla zvážit zavedení tohoto doporučení v kontextu výzkumu vzhledem k upravené definici začátku aktivního porodu.
- Rutinní vyšetření za účelem vyhodnocení stavu matky i plodu by měla být provedena dle potřeby u všech žen, které čekají na příjem na porodní sál.
- Porodní plány by měly být individuálně upraveny dle potřeb a preferencí žen.
- Pro ženy v latentní první fázi porodu a jejich doprovod by měly být k dispozici čisté a pohodlné čekárny s dostatečným prostorem, aby ženy mohly chodit, a se snadným přístupem na čisté a uklízené toalety, přístupem k jídlu a pitné vodě.
- Namísto politiky odkladu příjmu na porodní sál je možné zvážit reorganizaci zařízení, jako např. zřízení oddělení vedených porodními asistentkami (OMBU) a porodních domů v rámci porodnic (AMU), které by uspokojovaly potřeby žen v raných fázích porodu.

DOPORUČENÍ 11

Rutinní klinická pelvimetrie při příjmu se u zdravých těhotných žen nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Z nepřímých důkazů odvozených ze studií Rtg. pelvimetrie vyplývá, že rutinní klinická pelvimetrie u zdravých těhotných žen při příjmu do porodnice může zvýšit pravděpodobnost císařského řezu bez zjevného benefitu pro výsledky porodu.
- Klinická pelvimetrie je vyhodnocení přiměřenosti tvaru a velikosti pánve matky (vchod, střední část pánve a výstup) pro vaginální porod pomocí vnitřního vyšetření pánve a neměla by se zaměřovat se standardním vyšetřením pánve, jež je potřebné pro klinické vyhodnocení stavu děložního hrdla, plodové vody, postavení a polohy plodu při příjmu do porodnice.
- Klinická pelvimetrie by mohla mít svůj význam při výběru žen s vysokým rizikem kefalopelvického nepoměru, které žijí ve venkovských a odlehlých oblastech; v současné době však neexistují důkazy o tom, že by tato praxe zlepšovala výsledky.
- V zařízeních, kde se klinická pelvimetrie rutinně provádí u zdravých těhotných žen při příjmu do porodnice, by měl zdravotnický personál vědět, že neexistuje dostatek důkazů o prospěšnosti této praxe.
- Všechny ženy, které se dostaví do porodnice, by měly být klinicky vyšetřeny poskytovatelem péče v souladu s doporučenou klinickou praxí, která zahrnuje provedení digitálního vaginálního vyšetření se souhlasem ženy, aby mohl být vyhodnocen stav (začátek a stupeň) porodu.

DOPORUČENÍ 12

Rutinní kardiokografie se nedoporučuje u zdravých těhotných žen, které budou rodit spontánně, k vyhodnocení zdraví plodu při příjmu do porodnice. (Nedoporučuje se.)

DOPORUČENÍ 13

K vyhodnocení zdraví plodu při příjmu do porodnice se doporučuje auskultace s použitím Dopplerova ultrazvukového průtokoměru nebo Pinardova stetoskopu. (Doporučeno.)

Poznámky

- Z důkazů vyplývá, že kardiokografie (CTG) při příjmu do porodnice pravděpodobně zvyšuje riziko císařského řezu, nezlepšuje však výsledky porodu. Navíc zvyšuje pravděpodobnost, že žena i dítě se podrobí řadě dalších zákroků včetně dalšího CTG a odběru vzorků krve plodu, což zvyšuje náklady a mohlo by negativně ovlivnit porodní zkušenost ženy.
- Všechny zainteresované strany by měly vědět, že posouzení stavu plodu při příjmu do porodnice a pravidelně po dobu celého porodu auskultací srdeční frekvence plodu, je nezbytnou a nedílnou součástí kvalitní péče během porodu. V aktivní první fázi porodu se auskultace běžně provádí každých 15–30 minut, zatímco během druhé fáze se provádí zpravidla každých 5 minut.
- GDG zná obavy odborníků z klinické a právní oblasti v souvislosti s neprovedením CTG při příjmu do porodnice, protože někteří kliničtí lékaři se domnívají, že CTG je pro identifikaci ohrožených dětí lepší než auskultace, čímž je jeho použití odůvodněné, a to i u žen bez zjevných rizikových faktorů pro vznik porodní komplikací. GDG je však přesvědčena, že pro tento názor neexistují důkazy, a shodla se na tom, že kliničtí lékaři by se měli chránit před soudními spory správným uchováváním lékařské dokumentace a záznamů, které jasně dokládají nálezy z auskultace, a nespoléhat se při obhajobě klinické praxe na záznamy CTG při příjmu.

DOPORUČENÍ 14

Rutinní holení perinea/pubické oblasti před vaginálním porodem se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO pro prevenci a léčbu peripartálně získaných infekcí* (114), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- Toto doporučení se vztahuje na veškeré holení v okolí zevního ženského genitálu v rámci vaginálního porodu. Nevztahuje se na ženy připravované pro císařský řez.
- Rozhodnutí ohledně vyholení perinea/pubické oblasti by mělo být ponecháno na ženách, nikoli na poskytovateli zdravotní péče. V situacích, kdy se žena před porodem rozhodne pro vyholení perinea/pubické oblasti, by měla být informována, že holení může být provedeno kdekoliv a kýmkoliv, s kým se cítí pohodlně (např. doma, krátce před porodem).
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici, která je dostupná na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 15

Použití klystýru pro omezení urychlení porodu se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodních infekcí (46)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- GDG zjistila, že při rutinním používání klystýru se neprokázalo, že by zkracovalo délku porodu, nebo že by poskytovalo jakékoli jiné klinické benefity. Považují se za invazivní a spojené s dyskomfortem žen.
- GDG klade důraz na možnost uvést toto doporučení do praxe, na nižší využívání zdravotnických zdrojů a na jeho přijatelnost mezi poskytovateli péče a ženami, proto tento zásah důrazně nedoporučuje.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 16

K rutinnímu vyhodnocení aktivní první fáze porodu u nízké rizikových žen se doporučuje digitální vaginální vyšetření ve čtyřhodinových intervalech. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO o prevenci a léčbě peripartálně získaných infekcí* (114), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- V současnosti neexistuje žádný přímý důkaz o nejvhodnější frekvenci vaginálního vyšetření pro prevenci infekční morbidity matky a dítěte, proto toto doporučení vychází z konsensu, k němuž GDG došla a který je ve shodě s obdobným doporučením obsaženým v *doporučeních WHO o urychlení porodu* (46) z roku 2014.
- Prioritou musí být omezování frekvence a celkového počtu vaginálních vyšetření. Důležité je to zejména v situacích, kdy jsou přítomné další rizikové faktory infekce (např. pozdní ruptura plodových obalů a dlouhotrvající porod).
- GDG uznala, že frekvence vaginálních vyšetření závisí na kontextu péče a postupu porodu. Skupina se dohodla, že vaginální vyšetření v intervalech častějších, než je uvedeno v těchto doporučeních, závisí na stavu matky nebo dítěte.
- Je třeba zabránit vaginálnímu vyšetření jedné ženy ze strany několika poskytovatelů péče v přibližně stejné době nebo v různých okamžicích. Skupina zaznamenala, že tato praxe je běžná ve fakultních nemocnicích, kde mnoho členů personálu (nebo studentů) provádí vaginální vyšetření pro studijní účely.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 17

Rutiní kardiokografie se nedoporučuje k vyhodnocení zdraví plodu u zdravých těhotných žen se spontánním porodem. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Při tomto doporučení se GDG řídila především důkazy, z nichž je zřejmé, že soustavné CTG zvyšuje pravděpodobnost císařského řezu a jiných lékařských zásahů, není však nákladově efektivní a zároveň se jeho přijatelnost a proveditelnost liší. Menší důraz kladla GDG na malé absolutní snížení počtu novorozeneckých křečí (o 1 výskyt méně na 1000), které mohou nebo nemusí mít další zdravotní následky.
- Soustavné provádění CTG by se nemělo používat jako náhrada podpůrné porodní péče, poskytované ženě.
- Soustavné provádění CTG může omezovat využití jiných prospěšných zásahů během porodu, jako je volba polohy při porodu a možnost volně se procházet, což může být pro ženu stresující. Přestože GDG uznává, že soustavná mobilní kardiokografie je dostupná, shodla se na tom, že důkazy o účincích této novější technologie nejsou známy.
- Zainteresované osoby v zemích s vysokou perinatální mortalitou by měly zvážit možnosti lepšího pokrytí a dokumentace intermitentní auskultace (IA).
- V zemích, kde se soustavné CTG používá jako obrana proti soudním sporům, by měli být všichni zúčastnění seznámeni s tím, že tato praxe není založena na důkazech a nezlepšuje výsledky porodu. Kliničtí lékaři by se proti soudním sporům měli bránit spíše správně vedenou lékařskou dokumentací a záznamy s jasně uvedenými nálezy IA, a nespoléhat při obhajobě své klinické praxe na záznamy ze soustavně prováděných CTG.

DOPORUČENÍ 18

U zdravých rodiček se doporučuje intermitentní auskultace srdeční frekvence plodu s použitím Dopplerova ultrazvukového průtokoměru nebo Pinardova stetoskopu. (Doporučeno.)

Poznámky

- Z některých důkazů je zřejmé, že intermitentní auskultace (IA) za pomoci ručního Dopplerova ultrazvukového průtokoměru, kardiokografie (CTG) nebo striktního monitorování pomocí Pinardova stetoskopu by mohla zvýšit detekci abnormalit srdeční frekvence plodu (FHR), což může zase vést k nižšímu výskytu hypoxicko-ischemických poškození. Dopad na další podstatné časné a dlouhodobé výsledky u dětí však není dostatečně znám.
- GDG zdůraznila, že IA FHR při porodu je pro porodní péči nezbytná bez ohledu na použitý přístroj, pokud jsou striktně dodržovány klinické protokoly. Skupina zaznamenala, že monitoring FHR během porodu je v mnoha zařízeních v zemích s nízkým a středním příjmem (low- and middle- income country, LMIC) nedostatečný a že tento problém je nezbytné razantně řešit pomocí iniciativ zaměřených na zlepšení kvality péče poskytované v takových prostředích.
- GDG si je vědoma chybějících důkazů o komparativních výhodách různých protokolů IA a odlišností v protokolech mezi různými zařízeními. Skupina se však shodla na tom, že standardizace je důležitá pro plánování zdravotní péče a pro medicínsko-právní účely, proto přijala následující protokol (113).
 - Interval: Auskultace každých 15–30 minut v aktivní první fázi porodu a každých 5 minut ve druhé fázi porodu.
 - Doba trvání: Každá auskultace by měla trvat nejméně 1 minutu; pokud není FHR pokaždé v normálním rozmezí (tj. 110–160 tepů/min), je třeba v auskultaci pokračovat po dobu nejméně tří děložních kontrakcí. Načasování: Auskultaci je třeba provádět během děložní kontrakce a pokračovat dalších nejméně 30 sekund po kontrakci.
 - Vedení záznamů: Zaznamenat výchozí FHR (počet úderů za minutu) a přítomnost nebo nepřítomnost zrychlení a zpomalení.
- Bez ohledu na použitý postup by ženě měla být srozumitelně vysvětlena použitá technika a její účel. Nálezy z auskultace a následující postup je třeba ženě vysvětlit, aby měla možnost podílet se na rozhodování.
- GDG zaznamenala, že v některých nízkopříjmových zařízeních lze běžně vidět vybavení, které je vadné, dále vybavení různých typů (vzhledem k darům od různých rozvojových partnerů, případně dodávek z okolních zemí) a nedostatek baterií a jiného zboží. Výpadky elektriny mohou mít negativní dopad na zařízení s elektrickým napájením v nízkopříjmových zemích. Proto je před přechodem z Pinardova stetoskopu na Dopplerův průtokoměr nezbytné zajistit dostupnost příslušných zdrojů pro jeho udržitelné zavedení.

DOPORUČENÍ 19

Epidurální analgezie se doporučuje u zdravých těhotných žen, které požadují úlevu od porodních bolestí, a to podle preferencí dané ženy. (Doporučeno.)

Poznámky

- GDG se shodla na tom, že pokud jde o úlevu od porodních bolestí, o vlivu epidurální analgezie existují pouze omezené důkazy, je však prokázáno, že epidurální analgezie zmírňuje bolesti spojené s chirurgickými zákroky včetně operací břicha, proto se rozhodla tento postup doporučit jako možnost úlevy od bolesti.
- Zdravotnický personál by si měl být vědom, že přání ženy, aby jí byla podána epidurální analgezie, lze zmírnit klinickým kontextem, v jehož rámci je poskytována předporodní a porodní péče, a bez ohledu na to, zda se jedná o spontánní porod nebo nikoli, a přístupem a znalostí zdravotnického personálu o jiných formách opatření, kterými lze bolest zmírnit.
- Je pravděpodobné, že kontext a typ péče a poskytovatel péče mají velký vliv na potřebu úlevy od porodních bolestí a na rozhodnutí, která ženy v souvislosti s touto potřebou činí.
- Oba běžně používané farmakologické způsoby tišení porodních bolestí – epidurální analgezie i opioidová analgetika – mají své výhody i nevýhody. Epidurální analgezie se ve srovnání s analgezií opioidy jeví účinnější, současně však vyžaduje více zdrojů pro zavedení a správu nežádoucích účinků, které jsou u epidurální analgezie častější.
- Pro prevenci komplikací a zachování maxima motorických funkcí by se při podávání epidurální analgezie měla používat co nejnižší možná účinná koncentrace lokálního anestetika (124).
- U žen s epidurální analgezií během druhé doby porodní se doporučuje, aby si každá žena mohla zvolit porodní polohu včetně polohy vzpřímené. U žen s epidurální analgezií v druhé době porodní se doporučuje odložit tlačení o jednu až dvě hodiny po úplném otevření, anebo dokud žena nezíská zpět pocit nucení tlačit.

DOPORUČENÍ 20

Parenterální opioidy, jako fentanyl, diamorfin a pethidin, se doporučují jako možnost u zdravých rodiček, které vyžadují tišení porodních bolestí v závislosti, a to v závislosti na preferencích ženy. (Doporučeno.)

Poznámky

- Mnoho žen uvítá jistou formu úlevy od porodních bolestí a rády by měly možnost výběru. Je prokázáno, že opioidy pravděpodobně do jisté míry tiší porodní bolesti navzdory některým nežádoucím účinkům, jako je otupělost, nauzea a zvracení.
- Přestože je pethidin běžně dostupný a používaný, nejedná se o preferovanou volbu opioidu, protože krátkodoběji působící opioidy mívají méně nežádoucích vedlejších účinků.
- Před použitím opioidů by měl zdravotnický personál ženu informovat jak o možných vedlejších účincích, včetně otupělosti, nauzey a zvracení matky a novorozenecké respirační deprese, tak o dostupných alternativních možnostech pro tišení bolestí.
- Zdravotnický personál by měl zajistit, aby byla podána správná dávka, protože předávkování opioidy může mít vážné následky.
- Je pravděpodobné, že kontext a typ péče a poskytovatel péče mají velký vliv na potřebu úlevy od porodních bolestí a rozhodnutí, která ženy v souvislosti s touto potřebou činí.
- GDG se shodla na tom, že u žen, které v současnosti trpí nebo v minulosti trpěly závislostí na opioidech, je lepší preferovat formy tišení bolesti bez použití opioidů.
- Zdravotnický personál musí být vyškolen ke správě vedlejších účinků, pokud nastanou, a mít na vědomí, že opioidové léky musí být bezpečně uchovávány a jejich spotřeba zaznamenávána, aby se omezilo riziko jejich zneužití.

DOPORUČENÍ 21

Relaxační techniky včetně progresivní svalové relaxace, dýchání, hudby, bdělé pozornosti (mindfulness) a jiných technik se doporučují u zdravých rodiček, které vyžadují tišení porodních bolestí, a to v závislosti na preferencích ženy. (Doporučeno.)

Poznámky

- Většina žen si během porodu přeje některou formu úlevy od bolesti a z kvalitativních důkazů je zřejmé, že relaxační techniky mohou snížit dyskomfort, ulevit od bolesti a zlepšit prožitek matky z porodu.
- Zdravotnický personál by měl mít na paměti, že kontext a typ péče a poskytovatel péče mohou mít velký vliv na potřebu úlevy od porodních bolestí a na rozhodnutí, která ženy v souvislosti s touto potřebou činí.
- Nefarmakologické způsoby tišení bolesti se mohou v rámci jednotlivých zařízení a kontextů velice lišit. Některá zařízení mohou dávat přednost jiným technikám, jež tato směrnice nezmiňuje, jako např. ponoření do vody, hypnóza, akupunktura a kulturní a tradiční praktiky, které mohou ženám přinášet úlevu.
- Zdravotnický personál by měl ženy informovat, že zatímco relaxační techniky pravděpodobně neublíží, jejich prospěšnost je velmi nejistá.

DOPORUČENÍ 22

Manuální techniky, jako masáže nebo přikládání horkých obkladů se doporučují u zdravých těhotných žen, které požadují úlevu od bolesti, a to v závislosti na preferencích ženy. (Doporučeno.)

Poznámky

- Většina žen si během porodu přeje některou z forem farmakologické nebo nefarmakologické úlevy od bolesti a z kvalitativních důkazů vyplývá, že masáže mohou snížit dyskomfort porodu, ulevit od bolesti a zlepšit prožitek matky z porodu.
- Zatímco kvantitativní a kvalitativní důkazy se z velké části vztahují k masáží, u teplých obkladů je nepravděpodobné, že by mohly uškodit, a některým ženám mohou přinést úlevu.
- Zdravotnický personál by si měl být vědom, že kontext a typ péče a poskytovatel péče pravděpodobně mají velký vliv na potřebu úlevy od porodních bolestí a na typy rozhodnutí, která ženy v této souvislosti činí.
- Nefarmakologické způsoby tišení bolesti se mohou v rámci jednotlivých zařízení i kontextů velice lišit. Některá zařízení mohou dávat přednost jiným technikám, jež tato směrnice nezmiňuje, jako např. ponoření do vody, hypnóza, akupunktura a kulturní a tradiční praktiky, které mohou ženám přinášet úlevu.
- Zdravotnický personál by měl v rámci předporodní péče ženám sdělit, jaké jsou možnosti úlevy od bolesti dostupné v jejich zařízení, a probrat s nimi výhody a nevýhody.
- Zdravotnický personál by měl ženy informovat, že manuální techniky tišení bolesti sice neublíží, jejich prospěšnost je však velmi nejistá.

DOPORUČENÍ 23

Tišení bolesti jako prevence zpomalení porodu a snížení pravděpodobnosti augmentace porodu se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO urychlení porodu (46), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- GDG zaznamenala, že neexistují žádné jasné důkazy o tom, že by jakákoli forma úlevy od bolesti měla souvislost se zkrácením doby porodu nebo nižší frekvencí augmentace porodu.
- GDG uznala, že tišení bolesti nemusí nutně snižovat potřebu augmentace porodu, má však jiné značné výhody, díky nimž tvoří nezbytnou součást dobré porodní péče.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 24

U nízké rizikových žen se během porodu doporučuje příjem tekutin a potravy perorálně. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO o urychlení porodu (46)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- Vzhledem k tomu, že omezení perorálního příjmu tekutin a potravy během porodu nemá žádný pozitivní vliv na důležité výsledky porodu včetně augmentace porodu, klade GDG důraz na respektování přání ženy, a vydává proto kladné doporučení.
- GDG poznamenala, že u více než 3000 žen zapojených do studií, které jsou součástí systematického přezkumu, nebyly hlášeny žádné případy Mendelsonova syndromu (inhalace žaludečního obsahu do plic během celkové anestezie – nejzávažnější bezpečnostní obava omezující perorální příjem potravy během porodu).
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 25

U nízké rizikových žen se doporučuje povzbuzování k pohybu a porodu ve vzpřímené poloze. (Doporučeno.)

Poznámka

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO o urychlení porodu (46)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- Přestože z důkazů není zřejmé, že by pohyb a vzpřímená poloha při porodu snižovaly pravděpodobnost augmentace oxytocinem, zdůraznila GDG jejich klinické výhody, pokud jde o snížení pravděpodobnosti císařského řezu.
- GDG poznamenala, že v mnoha zařízeních jsou běžné tradiční praktiky, kdy jsou rodičky nuceny ke klidu na lůžku, místo toho, aby ženy měly na výběr a byly informovány o výhodách pohybu a vzpřímené pozice. GDG klade důraz na to, aby ženy měly možnost zvolit si intervenci, která by byla prospěšná, levná a snadno proveditelná, a proto tuto intervenci důrazně doporučuje.
- Na základě tohoto doporučení by ženy měly být informovány a podporovány v tom, aby si samy v průběhu první doby porodní zvolily polohu.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 26

Rutinní vaginální výplach chlorhexidinem během porodu jako prevence infekční morbidity se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO o urychlení porodu (114)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- Doporučení vychází z nedostatku klinických benefitů, které tato praktika má pro novorozence, nikoli z potenciálního efektu v případě infekční morbidity matek v souvislosti se streptokoky skupiny B (GBS).
- GDG uznala, že existují velké rozdíly mezi jednotlivými zařízeními, pokud jde o screening kolonizace GBS u těhotných žen. Proto se skupina dohodla, že toto doporučení by mělo být implementováno v rámci lokálních zásad a směrnic týkajících se screeningu kolonizace GBS.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 27

Balíček péče pro aktivní řízení porodu za účelem urychlení porodu se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO o urychlení porodu (46), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- GDG se shodla na tom, že balíček má potenciální výhody, pokud jde o zkrácení doby porodu a míry pravděpodobnosti císařského řezu. Skupina však jeho doporučení nepodporuje, protože tento přístup považuje za vysoce normativní a intervenční, který navíc potenciálně porušuje práva, volbu a autonomii žen jako příjemců péče. Kromě toho je tato intervence považována za komplexní balíček, který klade vysoké nároky na zdroje ve zdravotnictví, což v mnoha zařízeních nemusí být proveditelné. GDG se rozhodla tento balíček nedoporučit, protože uváděné klinické benefity výrazně nepřevažují nad jinými uvedenými důvody.
- GDG dále poznamenala, že soustavná individuální péče je jedinou součástí tohoto balíčku, u níž se prokázala prospěšnost, a pravděpodobně je to také jediná součást balíčku, která přináší výhody. Nepřetržitá podpora během porodu jako samostatná intervence je obsažena v doporučeních WHO o augmentaci porodu.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 28

Použití amniotomie pro urychlení porodu se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO o urychlení porodu (46), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- GDG poznamenala, že bez ohledu běžné používání amniotomie pro urychlení porodu v klinické praxi, neexistují jasné důkazy o tom, že by možné benefity převažovaly nad případnou újmou.
- Vzhledem k tomu, že časná amniotomie může zvyšovat riziko perinatálního přenosu HIV, toto doporučení by mělo být důraznější pro zařízení, kde převažuje infekce HIV, a ženy se mohou do porodnice dostavit s nerozpoznaným HIV.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 29

Použití časně amniotomie s časnou augmentací oxytocinem k urychlení porodu se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO o urychlení porodu (46), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- GDG uvedla, že samotné proměnlivé výsledky při urychlení první doby porodní tento zásah neopodstatňují vzhledem k tomu, že u jiných důležitých klinických výsledků nebyly zjištěny žádné podstatné rozdíly.
- GDG zaznamenala velký přesah mezi touto intervencí a jinými složkami aktivního řízení porodu a pokládá je za stejně vysoce normativní a intervenční. Stejně jako u balíčku aktivně řízeného porodu klade skupina velký důraz na jeho potenciální porušování práv, volby a autonomie žen jako příjemců péče, a proto tuto intervenci důrazně nedoporučuje. Navíc se tato intervence považuje v mnoha zařízeních za neproveditelnou, protože její implementace vyžaduje ve zdravotnictví značné zdroje.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 30

Použití oxytocinu jako prevence zpoždění porodu u žen, jimž byla podána epidurální analgezie, se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO pro urychlení porodu (46), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- Augmentace oxytocinem by se měla provádět v případě, že je indikována jako léčba u potvrzeného pomalu postupujícího porodu u žen, jimž byla podána epidurální analgezie.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 31

Použití antispazmodik pro urychlení porodu se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO o urychlení porodu (46), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- GDG poznamenala, že dostupné údaje týkající se účastníků a intervencí byly příliš různorodé na to, aby mohly být výsledky široce uplatnitelné. Zkrácení délky první doby porodní o hodinu se považuje za klinicky bezvýznamným, protože se nepromítlo do zlepšení jiných výsledků významných pro matku a dítě. GDG přikládá vysokou důležitost otázkám bezpečnosti, jež byly nesprávně vykazovány, a rozhodla se tuto praxi nedoporučit, dokud nebudou k dispozici nové informace prokazující jeho klinickou prospěšnost s minimálními riziky.
- GDG považuje účinnost použití antispazmodik k léčbě pomalu postupujícího porodu za prioritu výzkumu.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 32

Podávání nitrožilních tekutin za účelem zkrácení doby porodu se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících urychlení porodu (46)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné vzhledem k velmi nízké kvalitě důkazů.
- GDG tuto intervenci nedoporučila vzhledem k neexistujícím jednoznačným důkazům o tom, že by přínos převažoval nad újmou. Skupina poznamenala, že by se mělo zdůraznit riziko nadměrného příjmu tekutiny, zejména má-li být během porodu indikována intravenózní infuze oxytocinu.
- GDG se shodla na tom, že nízce rizikové ženy je třeba povzbuzovat, aby během porodu pily tekutiny. GDG uznala, že intravenózní (IV) tekutina se může stát nezbytnou pro jiné indikace a podpůrnou péči během porodu i u velice nízce rizikových žen.
- GDG klade důraz na velmi rozšířené a zbytečné rutinní podávání IV tekutin všem rodičkám a v mnoha nízkopříjmových, středněpříjmových i vysokopříjmových zařízeních, kde zvyšuje náklady, má značný dopad na využívání zdrojů a snižuje mobilitu žen, a proto GDG tuto intervenci důrazně nedoporučuje.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 33

V praxi se doporučuje používat následující definici a délku trvání druhé doby porodní.

— Druhá doba porodní je doba mezi úplnou dilatací děložního hrdla a porozením dítěte, během níž žena pociťuje mimovolné nucení tlačit v důsledku vypuzovacích děložních kontrakcí. (Doporučeno.)

— Ženy je třeba poučit, že trvání druhé doby porodní se u jednotlivých žen liší. U prvního porodu je porod zpravidla dokončen do tří hodin, zatímco u následujících porodů to je obvykle do dvou hodin. (Doporučeno.)

Poznámky

- Popis začátku druhé doby porodní na základě výzkumu není exaktní věda a začátek druhé doby porodní často není v klinické praxi přesně znám. Žena může pociťovat nucení tlačit ještě před úplnou dilatací, případně nemusí toto nucení pociťovat ani v době, kdy je již diagnostikována úplná dilatace. Zjistí-li vaginální vyšetření úplnou dilataci, stále není jisté, jak dlouho již tento stav děložního hrdla trvá.
- Přesun z přípravné místnosti do porodní místnosti na začátku druhé doby porodní může být pro ženu stresující, a v případě, že porod postupuje normálně, je také zbytečný.
- Porodní asistentky by si měly být vědomy toho, že žena může pociťovat nucení tlačit při dilataci hrdla menší než 10 cm.
- Rozhodnutí zkrátit druhou dobu porodní by mělo vycházet ze sledování zdravotního stavu matky a plodu a z postupu porodu. Je-li stav ženy uspokojivý a plod v dobrém stavu a sestup hlavičky plodu zjevně pokračuje, není důvod k intervenci. Pokud však trvání druhé doby porodní přesahuje výše uvedenou standardní dobu, šance na spontánní porod v přiměřeném časovém horizontu klesá a je třeba zvážit intervenci pro urychlení porodu.

DOPORUČENÍ 34

Doporučuje se vybítout ženy bez epidurální analgezie k tomu, aby zaujaly porodní polohu dle vlastní volby, včetně polohy vzpřímené. (Doporučeno.)

Poznámky

- Z důkazů vyplývá, že vzpřímená pozice během druhé doby porodní by mohla snižovat pravděpodobnost epiziotomie a instrumentálního vaginálního porodu, mohla by však být spojena i se zvýšeným rizikem poporodního krvácení (PPH) a ruptury perinea 2. stupně. Většina důkazů je však nejistá a GDG se shodla na tom, že rozdíl v prospěšnosti a škodlivosti mezi vzpřímenou polohou a polohou vleže nemusí být klinicky zjevný.
- Důležité je, aby žena nebyla k žádné poloze nucena a aby byla povzbuzována a podporována v tom, že může zaujmout takovou polohu, která je pro ni nejpohodlnější.
- Zdravotník by měl zajistit, aby v pozici, kterou žena dle svého uvážení zaujme, byl stav plodu přiměřeně monitorován. Je-li nezbytné, aby v zájmu přiměřeného monitorování plodu žena změnila polohu, je nutné jí důvody srozumitelně vysvětlit.
- Praktickým přístupem k určení polohy v druhé době porodní u ženy, která si přeje родit ve vzpřímené pozici, by mohla být poloha v pololeže anebo na čtyřech těsně před vypuzením plodu, aby mohly být snáze provedeny perineální techniky ke snížení pravděpodobnosti ruptury perinea a ztráty krve.

DOPORUČENÍ 35

Doporučuje se povzbuzovat ženy s epidurální analgezií k tomu, aby zaujaly porodní polohu podle své volby včetně polohy vzpřímené. (Doporučeno.)

Poznámky

- U většiny porodů v případě žen s epidurální analgezií se prokázalo, že výběr porodní polohy u nich způsobuje jen malý nebo žádný rozdíl. Možnost zvolit si polohu během druhé doby porodní by mohla pozitivně ovlivnit prožitek matky z porodu a zajistit větší rovnost.
- Vzpřímená pozice nemusí být vhodná po podání tradiční epidurální analgezie, která vytváří neproniknutelnou neuroaxiální blokádu; v současnosti se však většinou podává „nizkodávková“ a „mobilní“ epidurální analgezie, která by měla umožňovat volbu polohy.
- Důležité je, aby žena nebyla k žádné poloze nucena a aby byla povzbuzována a podporována v tom, aby zaujala takovou polohu, která je pro ni nejpohodlnější.
- Zdravotník by měl zajistit, aby byl stav plodu v poloze, kterou žena zaujme, přiměřeně monitorován. Je-li nezbytné, aby v zájmu přiměřeného monitorování plodu žena změnila polohu, je nutné jí důvody jasně vysvětlit.

DOPORUČENÍ 36

Ženy ve vypuzovací fázi druhé doby porodní by měly být vybízeny k tomu, aby se řídily vlastním nucením tlačit. (Doporučeno.)

Poznámky

- Na základě kvalitativních důkazů o tom, co je pro ženy během poskytování porodní péče důležité, vyplývá, že ženy chtějí mít pocit kontroly nad vlastním porodním procesem za podpory laskavého a uklidňujícího personálu, který vnímá jejich potřeby (23).
- Poskytovatelé péče by se měli vyvarovat toho, aby ženy během druhé doby porodní nutili k řízenému tlačení, protože neexistují žádné důkazy o prospěšnosti této techniky.

DOPORUČENÍ 37

Odklad tlačení o jednu nebo dvě hodiny po úplné dilataci, nebo dokud žena nezačne znovu pociťovat nucení tlačit, se u žen s epidurální analgezií v druhé době porodní doporučuje v případech, kdy jsou k dispozici zdroje, které ženě umožní setrvat v druhé době porodní déle, a kdy lze perinatální hypoxii dostatečně vyhodnotit a řídit. Doporučeno za určitých podmínek.

Poznámky

- Z důkazů o účincích vyplývá, že odklad tlačení zvyšuje pravděpodobnost spontánního vaginálního porodu s mírně prodlouženou délkou porodu. Důkazy o tom, že by odklad tlačení mohl zvyšovat riziko nízkého pH pupeční šňůry, jsou nejisté a GDG se shodla, že klinický význam těchto omezených důkazů je velmi nejistý.
- Poskytovatelé péče by se měli vyvarovat toho, aby nutili ženy během druhé doby porodní řízeně tlačit vzhledem k tomu, že prospěšnost okamžitého tlačení není prokázána a tato praktika by mohla vést k dalším lékařským zásahům.

DOPORUČENÍ 38

U žen v druhé době porodní se doporučují techniky, které snižují pravděpodobnost poranění perinea a usnadňují spontánní porod (včetně masáže perinea, teplých obkladů a „hands on“ ochrany perinea) dle preferencí ženy a dostupných možností. (Doporučeno.)

Poznámky

- Je prokázáno, že masáž perinea může zvýšit šanci na zachování jeho neporušenosti a snižuje riziko závažných ruptur, že teplé obklady perinea snižují riziko ruptur perinea třetího a čtvrtého stupně a že přístup „hands-on“ (ochrana) zřejmě snižuje výskyt ruptur perinea prvního stupně. Většina žen tyto nákladově úsporné techniky ochrany perinea přijímá a vysoce oceňuje výsledky, k nimž přispívají.
- Důkazy o Ritgenově manévru (kdy se jednou rukou tahá hlavička plodu z prostoru mezi análním otvorem a kostrčí, zatímco druhou rukou položenou na týle plodu se reguluje rychlost porodu) jsou velmi nejisté; proto se tato technika nedoporučuje.

DOPORUČENÍ 39

Rutinní nebo libovolné provádění epiziotomie se u žen se spontánním vaginálním porodem nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Důkazy z přezkumu, který porovnával účinky přístupů k provádění epiziotomie, rozdělily provádění epiziotomie na selektivní/restriktivní versus rutinní/hojné. Vzhledem k příznivým účinkům selektivního/restriktivního provádění ve srovnání s rutinním/volným přístupem, nedostatku důkazů o účinnosti epiziotomie obecně a potřebě odradit od jejího nadměrného rutinního provádění napříč všemi prostředími usoudila GDG, že je třeba zdůraznit, že rutinní/hojné provádění epiziotomie „se nedoporučuje“, spíše než doporučit její selektivní/restriktivní provádění.
- GDG uznala, že v současné době neexistují důkazy, které by odůvodňovaly potřebu epiziotomie v běžné péči, a je obtížné určit „přijatelnou“ frekvenci jejího provádění. Role epiziotomie v naléhavých situacích v porodnictví, jako je např. hypoxie plodu, která vyžaduje instrumentální vaginální porod, musí být teprve určena.
- K provedení epiziotomie je nezbytná účinná lokální anestezie a informovaný souhlas ženy. Preferovanou technikou je mediolaterální incize vzhledem k tomu, že mediální incize jsou spojeny s vyšším rizikem vzniku porodních poranění a poranění sfinkterů (OASI). Technika šití pokračujícím stehem se upřednostňuje před přerušovaným stehem (168).
- Epiziotomie neopravňují k rutinnímu podávání profylaktických antibiotik, neboť celková opatření k řízení infekcí je třeba dodržovat za všech okolností (114).

DOPORUČENÍ 40

Napomáhání porodu manuálním tlakem na fundus během druhé doby porodní se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- GDG má vážné obavy, že tento postup může ublížit matce i dítěti.
- Panel ví o probíhající studii, zaměřující se na jemný manuální tlak (Gentle Assisted Pushing, GAP) (183), která by mohla přinést důležité důkazy o účincích použití této techniky na fundus v souladu s přesně stanoveným protokolem.

DOPORUČENÍ 41

Použití uterotonik jako prevence poporodního krvácení (PPH) během třetí doby porodní se doporučuje u všech porodů. (Doporučeno.)

DOPORUČENÍ 42

Oxytocin (10 IU, IM/IV) je doporučeným uterotonikem při prevenci poporodního krvácení (PPH).
(Doporučeno.)

DOPORUČENÍ 43

V prostředích, kde není oxytocin k dispozici, se doporučuje používat jiná injekčně podávaná uterotonika (ergometrin/metylergometrin tam, kde je to vhodné, nebo fixní kombinaci ergometrin/metylergometrin) anebo perorální misoprostol (600 µg). (Doporučeno)

Poznámky

- Tato doporučení byla převzata z *doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení (191)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazné, založené na rozumné kvalitě důkazů.
- Dostupná srovnání jsou omezená, není však pravděpodobné, že by mezi přínosem oxytocinu a ergometrinu byly významné rozdíly. Tato doporučení kladou velký důraz na to, jak se vyhnout nežádoucím účinkům ergometrinu, a předpokládají, že prospěšnost oxytocinu a ergometrinu je při prevenci PPH obdobná.
- S opatrností je třeba přistupovat k výběru ergotových derivátů pro prevenci PPH, neboť tyto léky jsou jednoznačně kontraindikovány u žen s hypertenzními poruchami. Je tedy pravděpodobně bezpečnější se použití ergotových derivátů u neproěřené populace vyhnout.
- GDG považuje perorální misoprostol (600 µg) za účinný lék pro prevenci PPH. GDG však zohlednila relativní přínos oxytocinu ve srovnání s misoprostolem, pokud jde o prevenci ztráty krve, jakož i vyšší výskyt nežádoucích účinků u misoprostolu ve srovnání s oxytocinem. GDG vzala na vědomí, že neexistují důkazy, z nichž by bylo zřejmé, že 600µg dávka misoprostolu je účinnější než 400µg dávka. Nižší dávky mají nižší profil vedlejších účinků, avšak účinnost nižších dávek misoprostolu nebyla dostatečně prokázána.
- Doporučení týkající se alternativních uterotonik by neměla odvádět pozornost od cíle, kterým je oxytocin široce zpřístupnit.
- S ohledem na historické obavy z šíření misoprostolu v rámci komunity a možné závažné důsledky jeho podávání před porodem GDG zdůrazňuje, že je nutné vyškolit personál, který misoprostol podává, a monitorovat intervence spojené s jeho distribucí v rámci komunity pomocí vědecky podložených postupů a vhodných indikátorů.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 44

Oddálené přestřížení pupeční šňůry (nejdříve 1 minutu po porodu) se doporučuje v zájmu lepších výsledků s ohledem na zdraví matky a dítěte a výživu dítěte. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato ze *směrnice WHO: oddálené přestřížení pupeční šňůry v zájmu lepších výsledků s ohledem na zdraví matky a dítěte a výživu dítěte (192)*, přičemž GDG pro účely těchto směrnic stanovila, že jde o doporučení důrazné, založené na důkazech přiměřené kvality.
- Oddálené přestřížení pupeční šňůry by mělo být provedeno v rámci poskytování základní novorozenecké péče.
- Někteří zdravotničtí pracovníci, kteří pracující v oblastech s vysokou prevalencí HIV, vyjadřují obavy v souvislosti s oddáleným přestřížením pupeční šňůry jako součásti řízení třetí doby porodní. Obávají se, že během separace placenty by mohla část oddělené placenty přijít do kontaktu s krví matky, což by mohlo vést k mikropřenosu krve mezi matkou a dítětem. Ukázalo se, že k možnému přenosu HIV mezi matkou a dítětem může dojít ve třech různých obdobích: mikropřenos krve mezi matkou a plodem během těhotenství (nitroděložní přenos HIV), kontakt s krví a vaginálními sekrety při průchodu plodu porodním kanálem během vaginálního porodu (přenos během porodu) a během kojení (poporodní infekce). Z toho důvodu je hlavní intervencí, která zamezí přenosu mezi matkou a dítětem, snížení virové zátěže matky v důsledku užívání antiretrovirových léků během těhotenství, při porodu a v poporodním období. Neexistují důkazy o tom, že by oddálené přestřížení pupeční šňůry zvyšovalo možnost přenosu HIV z matky na novorozence. Krev matky během celého těhotenství prosakuje přes intravilózní prostor placenty a riziko přenosu mezi matkou a dítětem před porodem je relativně nízké. Je vysoce nepravděpodobné, že by separace placenty zvyšovala expozici mateřské krvi, a vysoce nepravděpodobné, že by narušovala fetální placentární oběh (tj. je nepravděpodobné, že by novorozenec během separace placenty přišel do kontaktu s krví matky). Prokázané benefity oddáleného přestřížení pupeční šňůry o minimálně 1–3 minuty tedy převažují nad teoretickou a neprokázanou újmou. Pozdější přestřížení pupeční šňůry se doporučuje i u žen s HIV nebo u žen s nediodagnostikovaným HIV.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 45

V prostředích, kde jsou k dispozici zkušené porodní asistentky, se u vaginálních porodů doporučuje kontrolovaný tah za pupeční šňůru (CCT), pokud je pro poskytovatele péče a rodičku důležité malé snížení ztráty krve a malé zkrácení třetí doby porodní. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení (191)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazně založené na důkazech přiměřené kvality.
- Toto doporučení vychází z rozsáhlé studie RCT, kdy byl oxytocin 10 IU používán k prevenci poporodního krvácení (PPH) u všech účastnic. Na základě těchto důkazů byl CCT shledán jako bezpečný zákrok, je-li prováděn zkušenými porodními asistentkami, protože vykazuje malé příznivé působení na ztrátu krve (průměrné snížení ztráty krve o 11 ml) a na dobu trvání třetí doby porodní (průměrné zkrácení o 6 minut). Poskytovatel péče by měl rozhodnutí o tom, zda bude proveden CCT v souvislosti s podáním profylaktického uterotonika, probrat s rodičkou.
- Jsou-li k prevenci PPH použity ergotové alkaloidy, pak je CCT považován za nezbytný pro minimalizaci retence placenty. Neexistují dostatečné důkazy, na základě kterých by bylo možné určit přínosy nebo rizika CCT, je-li proveden současně s podáním misoprostolu.
- CCT je první intervencí při léčbě retinované placenty; proto je jeho osvojení nutné zařadit do učebních osnov pro lékaře a porodní asistentky.
- Z nejnovějších důkazů vyplývá, že pochopení přínosu všech složek aktivního vedení třetí doby porodní v rámci balíčku porodní péče se zvýšilo. GDG má za to, že primární intervencí tohoto balíčku je aplikace uterotonika. V souvislosti s aplikací oxytocinu může být CCT v malé míře přínosný, masáž dělohy však nemá žádný přínos pro prevenci PPH. Časně přestřížení pupeční šňůry je obecně kontraindikováno.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 46

Soustavná masáž dělohy se nedoporučuje jako intervence, která má zabránit poporodnímu krvácení (PPH) u žen po podání profylaktického oxytocinu. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení* (191), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení podmíněné, založené na důkazech velmi nízké kvality.
- Není k dispozici dostatek důkazů, které zdůvodňovali roli masáže dělohy při prevenci PPH v případech, kdy nebyla podána žádná uterotonika, anebo v případech použití jiných uterotonik než oxytocinu.
- Přestože GDG uznala, že jedna malá studie uváděla, že soustavná masáž dělohy a vypuzení sraženiny byly spojeny se snížením aplikace dalších uterotonik, chybí jednoznačné důkazy, které by podporovaly jiné přínosy. GDG však má za to, že rutinní a časté vyhodnocování tonu dělohy je i nadále nezbytnou součástí okamžité poporodní péče, zejména kvůli optimalizaci časné diagnózy PPH.
- Z nejnovějších důkazů vyplývá, že pochopení přínosu všech složek aktivního vedení třetí doby porodní v rámci balíčku porodní péče se zvýšilo. GDG má za to, že primární intervencí tohoto balíčku je aplikace uterotonika. V souvislosti s aplikací oxytocinu může být CCT v malé míře přínosná, ovšem masáž dělohy nepředstavuje žádný přínos při prevenci PPH. Časné přestřížení pupeční šňůry je obecně kontraindikováno.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 47

U novorozenců narozených z čiré plodové vody, kteří začali po porodu sami dýchat, by se nemělo provádět odsávání z úst a nosu. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato ze *směrnic WHO k základní resuscitaci novorozenců (193)*, přičemž GDG pro účely těchto směrnic stanovila, že jde o doporučení důrazné vzhledem k vysoké kvalitě důkazů.
- Žádné další Poznámky nebyly zaznamenány.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf

DOPORUČENÍ 48

Novorozenec bez komplikací by měl být první hodinu po porodu ve fyzickém kontaktu „kůže na kůži“ (skin-to-skin contact, SSC) se svou matkou, aby nedošlo k hypotermii a spustilo se kojení. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO k řízení běžných dětských zdravotních stavů: podklady k technické aktualizaci kapesní příručky (194)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazné, založené na nízké kvalitě důkazů.
- Žádné další Poznámky nebyly zaznamenány.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 49

Všichni novorozenci, včetně novorozenců s nízkou porodní hmotností (low-birth-weight, LBW), by měli být co nejdříve po porodu přiloženi k prsu, jakmile jsou klinicky stabilní a matka i dítě připraveni. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO pro zdraví novorozenců* (195).
- Podpůrné důkazy k tomuto doporučení lze nalézt ve *směrnících WHO pro optimální výživu dětí s nízkou porodní hmotností v zemích s nízkými a středními příjmy* (196). U tohoto doporučení bylo určeno, že jde o doporučení důrazné, založené na důkazech nízké kvality.
- Žádné další Poznámky nebyly zaznamenány.
- Zdroj a důkazy na podporu tohoto doporučení lze nalézt ve výše uvedených dokumentech ke směrnici, které jsou k dispozici na:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf> a
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf

DOPORUČENÍ 50

Všem novorozencům by měl být po narození (tj. po první hodině, během které by mělo být dítě ve fyzickém kontaktu „kůže na kůži“ se svojí matkou a mělo by být zahájeno kojení) podán intramuskulárně 1 mg vitamínu K. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO pro řízení běžných zdravotních stavů u dětí: důkazy pro technickou aktualizaci kapesní příručky (194)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazné, založené na pokročilé kvalitě důkazů.
- Žádné další Poznámky nebyly zaznamenány.

Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 51

Koupání by nemělo proběhnout dříve než 24 hodin po narození. Není-li to z kulturních důvodů možné, mělo by se koupání odložit minimálně o 6 hodin. Doporučuje se dítě obléct přiměřeně okolní teplotě. To znamená o jednu až dvě vrstvy oblečení víc než u dospělých a čepičku. Matka a dítě by se neměly rozdělovat a měly by být ve stejné místnosti 24 hodin denně. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících se poporodní péče o matku a novorozence (197)*, přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazné, založené na konsensu GDG.
- Žádné další Poznámky nebyly zaznamenány.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 52

Poporodní abdominální vyhodnocení tonu dělohy k včasnému zjištění atonie dělohy se doporučuje u všech žen. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO týkajících se prevence a léčby poporodního krvácení (191), přičemž GDG pro účely směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazné založené na důkazech velmi nízké kvality.
- GDG však má za to, že rutinní a časté vyhodnocování tonu dělohy je i nadále nezbytnou součástí okamžité poporodní péče, zejména kvůli optimalizaci časné diagnózy PPH.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 53

Rutinní profylaxe antibiotiky u žen s nekomplikovaným vaginálním porodem se nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících se prevence a léčby peripartálně získaných infekcí* (114), kde GDG pro účely této směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazné, založené na konsensu GDG.
- GDG měla obavy z možných hygienických následků plynoucích z vysoké míry rutinního podávání antibiotik po vaginálním porodu v některých zařízeních bez jakýchkoli konkrétních rizikových faktorů. Skupina klade důraz na negativní dopad takového rutinního užívání na globální snahu snížit antibiotickou rezistenci, a proto rutinní podávání profylaktických antibiotik důrazně nedoporučuje.
- „Nekomplikovaný vaginální porod“ v tomto kontextu znamená vaginální porod za absence jakýchkoli konkrétních rizikových faktorů nebo klinických příznaků mateřské peripartálně získané infekce.
- Pečlivé sledování všech žen po porodu je nezbytné k včasnému rozpoznání jakýchkoli známek endometritidy a zahájení vhodné antibiotické léčby.
- Doporučení týkající se užívání antibiotik v rámci běžných porodních podmínek nebo intervencí, která často vzbuzují obavy ze zvýšeného rizika infekce, jsou k dispozici v původních směrnicích WHO.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 54

Rutiní profylaxe antibiotiky se u žen s epiziotomií nedoporučuje. (Nedoporučuje se.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících se prevence a léčby peripartálně získaných infekcí* (114), kde GDG pro účely této směrnice stanovila, že jde o doporučení důrazné, založené na konsensu GDG.
- Toto doporučení vychází z konsensu GDG s ohledem na vysokou míru provádění epiziotomie a možný dopad antibiotik, která nemají klinický přínos pro zdraví veřejnosti. Pro GDG je důležité zabránit na celosvětové úrovni antibiotické rezistenci, a proto bylo vydáno důrazné doporučení.
- Toto doporučení se vztahuje na používání antibiotik před šitím epiziotomie nebo bezprostředně po něm. Antibiotika by se měla podávat pouze tehdy, jsou-li přítomny klinické příznaky infekce v ráně po epiziotomii.
- GDG zdůraznila, že zdravotnické systémy musejí přijmout politiku restriktivního, nikoli rutinního provádění epiziotomie, aby se snížila možnost potenciálních komplikací a využívání dalších zdrojů k jejich léčbě.
- Ruptura perinea 2. stupně je anatomicky podobná epiziotomii a neopodstatňuje použití profylaktických antibiotik.
- V případě, že se rána po epiziotomii rozšíří natolik, že se z ní může stát poranění perinea třetího stupně, profylaktická antibiotika by měla být podána dle doporučení ve zdrojové směrnici (114).
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 55

U všech žen po porodu je třeba po dobu prvních 24 hodin počínaje první hodinou po skončení porodu pravidelně vyhodnocovat vaginální krvácení, děložní kontrakce, teplotu a srdeční frekvenci (tep). Krátce po porodu je třeba změřit krevní tlak. Je-li tlak v normě, do šesti hodin by mělo být provedeno druhé měření krevního tlaku. Během šesti hodin je třeba zaznamenat močení. (Doporučeno)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z *doporučení WHO týkajících se poporodní péče o matku a novorozence (197)*, kde GDG pro účely těchto směrnic dosáhla konsensu na základě stávajících směrnic WHO.
- Žádné další Poznámky nebyly zaznamenány.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649-eng.pdf>

DOPORUČENÍ 56

Po nekomplikovaném vaginálním porodu, který proběhl ve zdravotnickém zařízení, by měla být zdravým ženám a novorozencům poskytnuta v tomto zařízení péče po dobu nejméně 24 hodin od porodu. (Doporučeno.)

Poznámky

- Toto doporučení bylo převzato z doporučení WHO týkajících se poporodní péče o matku a novorozence (197), přičemž GDG pro účely těchto směrnic stanovila, že jde o doporučení podmíněné, založené na nízké kvalitě důkazů.
- Matkám a novorozencům by měla být ve zdravotnických zařízeních poskytnuta péče přiměřeného standardu v souladu s dalšími platnými směrnici WHO. U novorozenců to zahrnuje okamžité vyhodnocení při narození a úplné klinické vyšetření přibližně hodinu po porodu a znovu před propuštěním.
- Definice „zdravých matek a novorozenců“ je obsažena v kontrolním seznamu úkonů pro bezpečný porod, které je třeba provést k vyhodnocení matek a novorozenců v okamžiku propuštění (198). Před propuštěním by mělo být krvácení matky pod kontrolou, matka ani dítě by neměli vykazovat známky infekce a dítě mělo dobře přijímat mateřské mléko.
- Podpůrné důkazy pro toto doporučení lze nalézt ve zdrojové směrnici dostupné na: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649-eng.pdf>