

SEZNAM PORODNICKÝCH INDIKACÍ

(stručná verze holandské Příručky pro porodní péči *Verloskundig Vademecum*)

1 Práce se seznamem porodnických indikací

Seznam porodnických indikací je příspěvkem k podpoře optimální porodnické péče. Je vodítkem pro rozhodování poskytovatelů péče při hodnocení rizika.

1.1 Základní předpoklady

Základním předpokladem je, že těhotenství, porod a šestinedělí jsou fyziologické procesy. Na základě tohoto předpokladu patří do působnosti poskytovatelů péče na primární úrovni a mohou mít místo i v komunitní péči. Těhotenství, porod a šestinedělí, které bylo poskytovateli péče na primární úrovni označeno jako rizikové, patří do působnosti poskytovatelů péče na sekundární úrovni.

1.2 Seznam indikací v porodní péči

Porodní péče je založena na principu selekce rizika. Těhotným ženám s nízkým rizikem je plošně poskytována primární péče (komunitními) porodními asistentkami, ženám s vysokým rizikem je poskytována sekundární péče porodníky-lékaři. Ženy s nízkým rizikem porodu si mohou vybrat, jestli budou rodit doma nebo v porodnici se svým primárním poskytovatelem péče – porodní asistentkou. Ženy, u nichž vzrůstá riziko porodu, rodí v porodnici s poskytovatelem péče na sekundární úrovni.

Jestliže se problémy vyskytnou během těhotenství nebo porodu, poskytovatel péče na primární úrovni může konzultovat poskytovatele péče na sekundární úrovni nebo k němu ženu odkázat, je-li to třeba. Poskytovatel péče na sekundární úrovni může ženu odkázat zpět do primární péče vždy, když podmínky, které byly důvodem k odkazu, přestaly být rizikovým faktorem. Tento systém je založen na úzké vzájemné spolupráci mezi poskytovateli péče na primární a sekundární úrovni v porodnictví.

Záměrem příručky je podporovat tuto spolupráci a současně optimalizovat kvalitu a efektivnost poskytované péče.

Seznam porodnických indikací byl vyvinut jako průvodce poskytovatelům péče pro selekci rizika. Při přípravě tohoto seznamu bylo analyzováno více než sto porodnických a jiných lékařských indikací. Dle stanoveného rizika poskytuje doporučení pro následnou péči.

1.3 Metody práce

Seznam indikací je pro přehlednost rozdělen do podskupin podle oblastí pro hodnocení rizika při volbě způsobu poskytování péče.

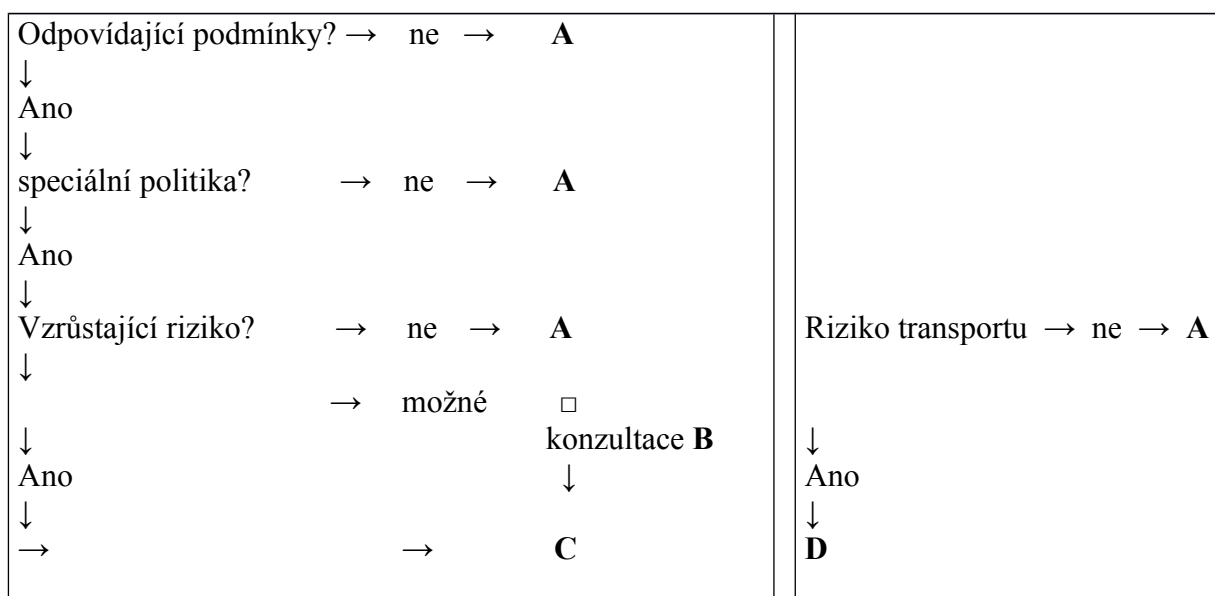
Podskupiny (označené jako ABCD) byly vytvořeny tak, aby odpovíděly na následující otázky:

1. Jaké podmínky jsou nebezpečné pro výsledek těhotenství, porodu a šestinedělí?
2. Za jakých podmínek může těhotenství, porod a šestinedělí probíhat rizikovým způsobem?
3. Jaká je nejvhodnější porodnická/medicínská politika založená na medicínských zkušenostech a výzkumu?

4. Jaké je riziko podle politiky v bodě 3?
5. Který poskytovatel péče je nejvhodnější pro péči o ženu během těhotenství a v průběhu porodu?

Důraz je kladen na osobní zodpovědnost poskytovatele péče, který poskytuje péči v dané situaci; předem nastavené hranice péče různých skupin poskytovatelů péče v porodnictví jsou přesně vymezeny. Základem zůstává, aby byla ženám poskytována optimální péče během těhotenství, porodu a šestinedělí. Žena může být předána zpět do primární péče, jestliže podmínky pro předání do péče sekundární pominuly.

Diagram posloupnosti v odpovědnosti za poskytovanou péči během těhotenství, porodu a šestinedělí



- A. Primární porodní péče. V popsanych situacích nese odpovědnost poskytovatel péče na primární úrovni, porodní asistentka.
- B. Stav vyžadující konzultaci. Tato možnost zahrnuje obojí primární i sekundární úroveň péče. Individuální situace těhotné ženy se vyvíjí a dohody o odpovědnosti jsou činěny na základě výše zmíněných pěti otázek. Pokud nenastanou podstatné změny, musí být konzultace provedena na lokální úrovni. Porodnické oddělení kooperativně informuje o takových změnách.
- C. Sekundární porodnická péče. Tento stav vyžaduje porodnickou péči na oddělení porodnice na sekundární úrovni tak dlouho, jak dlouho stav trvá.
- D. Přeložená primární péče. Porodnická odpovědnost je na primárním poskytovateli péče (porodní asistentka), ale v tomto případě je nezbytné, aby porod probíhal v porodnici nebo byla možnost okamžitého převozu při riziku v průběhu porodu.

1.4 Status revidovaného Seznamu porodnických indikací a jeho užití v denní praxi

Cíle *Seznamu porodnických indikací* jsou dva:

1. *Seznam* poskytuje radu založenou na zřejmých faktech a dohodu při poskytování péče poskytovateli péče v porodnictví ve speciálních situacích

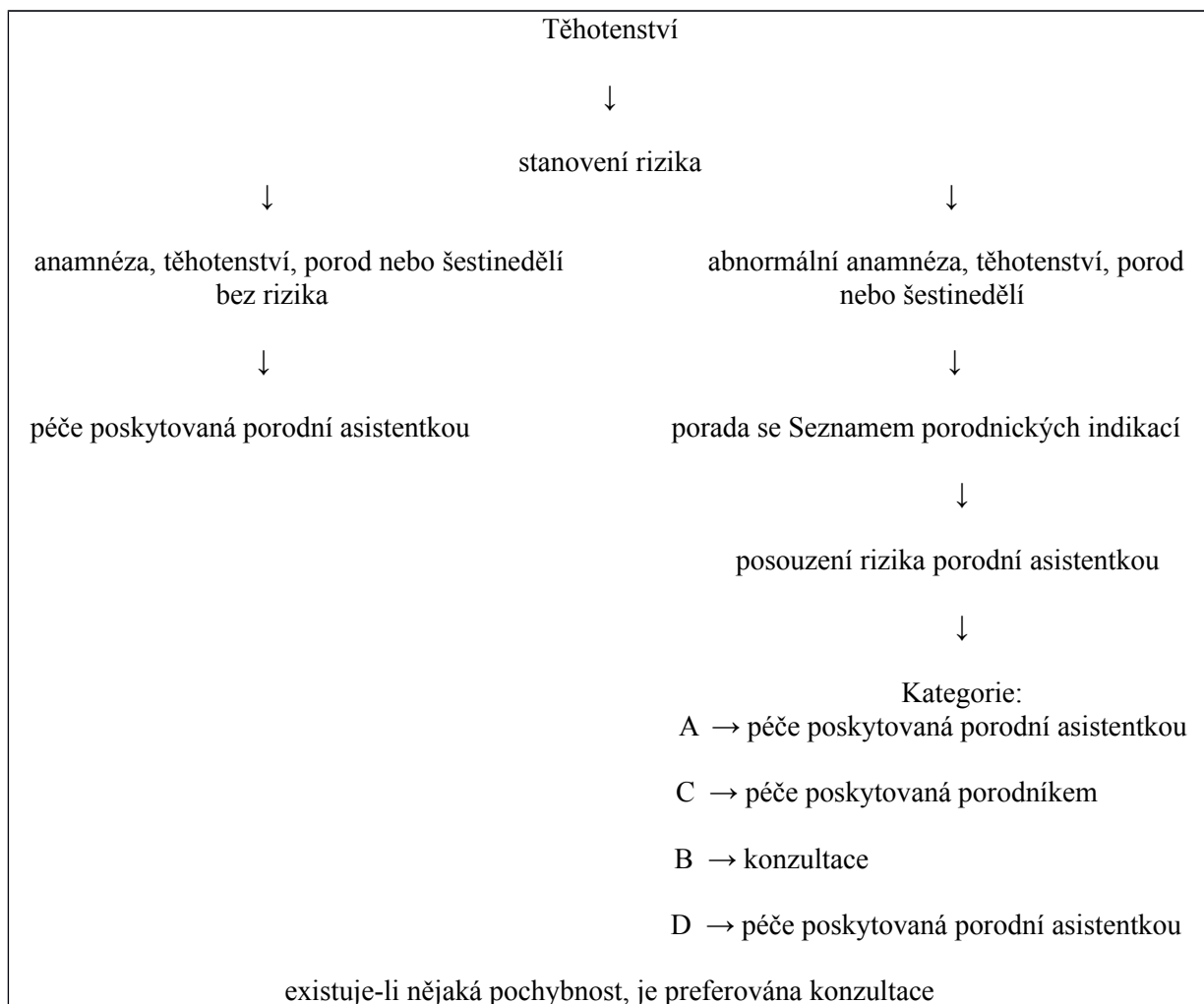
2. *Seznam* tvoří soustavu kompletních doporučení, na jejichž základech může být definována porodnická politika s ohledem na jiné otázky (např. zdravotní pojištění a klienti).

Příručka *Seznam porodnických indikací* byla vyvinuta jako forma doporučení pro způsoby chování odpovídající porodnické politice a odpovědnost péče v porodnictví. *Seznam* obsahuje dobře promyšlená doporučení, ale není autoritativním předpisem. Na základě racionálních argumentů mohou být v individuálních případech činěna alternativní rozhodnutí. V konečném výsledku se očekává, že se *Seznam* vyvine, díky jeho dennímu užívání a pravidelnému obnovování založeném na důkazech a nových pohledech, v profesionální standard.

Je třeba zdůraznit, že *Seznam porodnických indikací* a doporučení k jeho užití musí být viděny z hledisek formulovaných v Příručce v souladu s požadavky na kvalitu a spolupráci mezi profesionály v porodnictví. Tím je myšlena maximální spolupráce, zaměřená především na kvalitu poskytované péče. Pracovní skupina holandských porodních asistentek si uvědomuje, že doporučení pravděpodobně nezamezí konfliktním situacím, které mají často historický charakter. Oddíly příručky „Spolupráce v porodnictví“ a „Požadavky na úroveň profesionálů v porodnictví“ zasahují dále v detailech potřeby a podmínky pro dosažení efektivně prováděných metod spolupráce stimulací a zaměřením se na spolupráci v porodnictví.

Zejména komplikované případy vyžadují často při péči o ženu i péči jiných profesionálů, jako jsou např. praktický lékař, jiní lékaři než porodníci nebo další lékaři (záchranáři, ...) a poskytovatelé ošetrovatelské péče. Dohoda o odpovědnosti, výměně informací a koordinaci poskytování péče v takových případech není ještě v Porodnické příručce vypracována. Zvláštní dohody zahrnující urgentní a neurgentní konzultace a indikace k doporučení kategorie B a kategorie D nebyly také dále rozpracovány v tomto *Seznamu*. Ty zahrnují možnou dostupnost, výměnu informací, způsoby konzultace, komunikace s klientkami a jiné takové metody. Struktura takových interdisciplinárních dohod a rozvoj spolupráce jsou ponejvíce předmětem řešení pro regionální a lokální struktury spolupráce v porodnictví. Pracovní skupina holandských porodních asistentek vyjadřuje svůj pohled na rozvoj a návaznost spolupráce v části o návrhu spolupráce v porodnictví.

Následující „strom rozhodnutí“ by měl být návrhem pro užití v každodenní praxi:



1.5 Pravidla pro rozhodování v situacích konzultace

Spolupráce mezi primární a sekundární úrovní péče je nejzřejmější v kategorii indikací B, která zahrnuje vývoj v oblasti, která zasahuje do primární i sekundární úrovně odpovědnosti. Tyto indikace jsou proto tvořeny výsledky konzultací. Ohled musí být brán na možnosti prevence, diagnostiky a léčbu v daných situacích. Posudky různých poskytovatelů péče musí být pozorně hodnoceny. Nejdůležitější je, aby porodní politika byla v souladu s vedením optimální péče v individuálním případě. Rozhodnutí o tom, kdo je zodpovědný za co, musí být jasná.

Na pomoc k optimalizaci spolupráce v porodnictví v těchto situacích je třeba vzít v úvahu následující doporučení.

1. V politice doporučení a konzultace budou zúčastnění poskytovatelé péče navzájem respektovat profesionální odpovědnost a kompetence. Na poskytování kvalitní odpovědné porodnické péče je pohlíženo jako na vzájemnou odpovědnost při zachování osobní odpovědnosti vzhledem ke klientce. Je třeba vzít na vědomí skutečnost, že obě úrovně péče v porodnictví, primární i sekundární, jsou charakterizovány vlastními specifickými posudky, které jsou rozdílné v podstatě, ale rovnocenné významem.
2. Konzultace o jednotlivém případě mezi poskytovateli péče na primární a sekundární úrovni péče by měla být považována za integrální součást profesionální práce, s kterou vykonávají svou praxi. Konzultace zahrnuje na jedné straně porodní asistentku a na druhé straně porodníka a lékaře specialisty, jako jsou pediatr a neurolog.

3. Iniciativa může vycházet z obou stran. V situaci B, při vyloučení porodního rizika, může převzít iniciativu poskytovatel péče na primární úrovni. Nejdůležitější roli hraje celkové a specifické doporučení v souladu se *Seznamem porodnických indikací*. Nesouhlas se *Seznamem* (jak bylo uvedeno výše a v *Seznamu*) je možný jen na základě racionální úvahy.
4. Konzultace o specifické situaci začíná písemnou informací poskytovatele péče na primární úrovni specialistovi. Ta obsahuje všechny potřebné porodnické informace (preferována je kopie záznamu o těhotenství) a specifické definování problému.
5. Obvykle následuje schůzka specialisty s klientkou na porodnickém oddělení. Specialista vyplní kartu (především jde-li o případ vyžadující jen jednu návštěvu), zaznamená své nálezy a předá svá doporučení v psané formě primárnímu poskytovateli péče.
6. Jiná forma konzultace (např. po telefonu nebo písemně) je možná, jestliže oba poskytovatelé péče cítí, že je to ospravedlnitelné. Dokonce i v takových případech, kdy by mohl být výsledek konzultace zaznamenán písemně.
7. Situace může vést k předání do sekundární úrovně péče, budoucí péči na primární úrovni nebo k propojení obou těchto úrovní péče. Toto rozhodnutí může být učiněno na základě konzultace mezi primárním poskytovatelem péče a specialistou. Měla by být definována nejvhodnější porodní politika a poskytovatel péče. Je-li rozhodnuto o prolínající se péči, je třeba učinit dohodu o rozdělení odpovědnosti.
8. Informace klientce budou, vzhledem k politice péče, stanoveny během konzultace mezi poskytovatelem péče na primární a sekundární úrovni.
9. Poskytovatelé péče budou poskytovat vzájemně souhlasnou politiku péče. Jestliže jeden z nich poskytne péči v rozporu se vzájemnou politikou, musí o tom informovat partnera, se kterým je v dohodě, včetně motivace a všech relevantních informací.
10. Poskytovatelé péče, kteří se dohodli na spolupráci, se navzájem informují o změnách v případě. Zejména musí být specifické informace poskytnuty o výsledcích (porod a šestinedělí, zdraví matky a dítěte). Řešený případ může být vzájemně hodnocen, je-li to považováno za potřebné. Možné případy morbidity a mortality by měly být vždy vzájemně diskutovány.
11. Stávající regionální struktury spolupráce v porodnictví mezi poskytovateli péče na primární a sekundární úrovni péče prodiskutují případy, které nevyhovují bodům 3 a 9 nebo, kde se struktura liší z pohledu poskytovatelů péče. Struktura spolupráce v porodnictví je základním předpokladem pro existenci vyrovnaného vztahu mezi profesionály, založeného na rovnoprávnosti všech zúčastněných.

Speciální Seznam porodnických indikací je uveden v další části.

2 Seznam porodnických indikací

To, co následuje, je seznam speciálních porodnických indikací, včetně popisu poskytování porodní péče a doporučení, jak postupovat v případech vyžadujících mezioborovou konzultaci. *Seznam porodnických indikací* je rozdělen do šesti hlavních skupin, jejichž doporučení jsou vztažena na různé porodnické a medicínské poruchy a nemoci. Tam, kde je třeba, je výklad porodní politiky vztažen na specifické indikace a na to, na čem je doporučená politika založena. Právý sloupec ukazuje, kdo je nejvhodnějším poskytovatelem péče pro každou indikaci. Hlavním cílem *Seznamu indikací* je doporučení/určení vhodného poskytovatele péče dle míry rizika. Primárním poskytovatelem péče je porodní asistentka. Ta je primárně zodpovědná za určení míry rizika. Příručka je dokumentem dohody představující dosaženou shodu rozhodovací struktury profesionálních skupin.

Vysvětlení kódů, užitých pro poskytovatele péče

<i>Kód</i>	<i>Popis</i>	<i>Poskytovatel péče</i>
A Primární porodní péče	Odpovědnost za péči v popsáných situacích nese poskytovatel primární péče.	Porodní asistentka
B Situace pro konzultaci	Vyvíjející se případ zahrnuje primární i sekundární péči. Individuální stav těhotné ženy se vyvíjí a musí být učiněna dohoda o zodpovědnosti za porodní péči.	Záleží na dohodě
C Sekundární porodní péče	Stav vyžadující péči porodníka na sekundární úrovni po dobu, pokud přetrvávají problémy.	Porodník
D Přeložená primární péče	Odpovědnost za péči náleží poskytovateli primární péče. V těchto případech musí porod probíhat v porodnici, abychom se vyhnuly rizikům spojeným s možným převozem během porodu.	Porodní asistentka

2.1 Negynekologická onemocnění existující před těhotenstvím

1.1	Epilepsie bez medikace	A
1.2	Epilepsie s medikací Prenatální diagnostika je doporučena v souvislosti s onemocněním a medikací. Optimální péče doporučuje konzultace všech zúčastněných poskytovatelů péče (porodní asistentka, porodník, neurolog)	B
1.3	Subarachnoidální haemorrhagie, aneurisma Péče během šestinedělí může probíhat na primární úrovni	C
1.4	Skleróza multiplex Záleží na neurologickém stavu, měla by být vzata v úvahu možnost komplikovaného porodu a retence moči. Pro optimální péči je indikovaná konzultace všech zúčastněných poskytovatelů péče	B
1.5	Hernia nucleí pulposi Reprezentuje situaci C v nedávno proběhlých případech nebo tam, kde přetrvávají neurogenní symptomy. Situace A nastává po léčbě, obzvláště, proběhla-li předchozí gravidita bez komplikací. Obě anamnézy a současný klinický stav jsou relevantní	A/C

1.6	Funkční onemocnění plic měly by být vzaty v úvahu zkušenosti pneumologů	B
1.7	Astma Péče v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí může být vedena na primární úrovni při dlouhých asymptomatických intervalech bez užití inhalační terapie. Doporučuje se konzultace alergolog/imunolog.	A/C
1.8	Aktivní tuberkulóza V případech aktivního tuberkulózního procesu a následné léčby je na místě konzultace zainteresovaného lékaře a porodníka v souladu s klinickým stavem a péčí během těhotenství a porodu. Inaktivní tuberkulóza V případech inaktivní tuberkulózy může být poskytována péče na primární úrovni.	C A
1.9	HIV-infekce Vzhledem k výsledkům současných možností léčby a prevence šíření nákazy by o klientky během těhotenství a porodu mělo být pečováno v nemocnici specializované na léčbu HIV a AIDS	C
1.10	Serologicky pozitivní Hepatitis B (HBsAg) Je důležité, že se provádí serologický screening těhotných žen	A
1.11	Hepatitis C Doporučuje se konzultace s gynekologem a následně s pediatrem	B
1.12	Srdeční onemocnění s haemodynamickým významem Výsledek těhotenství a porodu závisí na původním haemodynamickém stavu. Je důležitý vývoj srdečního onemocnění.	C
1.13	Tromboembolický proces Prekoncepční konzultace je důležitá	B
1.14	Poruchy koagulace	C
1.15	Poruchy renálních funkcí Při poruchách renálních funkcí s nebo bez dialýzy je doporučena sekundární péče	C
1.16	Hypertenze Preexistující hypertenze s nebo bez medikace patří sekundární péči. Hypertenze byla definována jako jednotlivé měření diastolického tlaku 110mm Hg nebo více. Diastolický krevní tlak 90 mm Hg a více ve dvou oddělených měřeních s intervalem 4 hodiny mezi měřeními. Za hranici je považován diastolický krevní tlak pod 95 mm a 95 mm a více. Zvláštní pozornost by měla být věnována ženám s diastolickým krevním tlakem mezi 90 a 95 mm; od 95 mm by měla být péče poskytována na sekundární úrovni	A/C
1.17	Diabetes mellitus	C
1.18	Hyperthyreoidismus	C
1.19	Hypothyreoidismus V případech biochemického euthyreoidismu, bez příznaků a medikace nebo se stabilizovanou levothyroxinovou terapií může být poskytována péče na primární úrovni. Při levothyroxinové terapii se doporučují specifické testy s ohledem na rostoucí nároky na medikaci během těhotenství.	B
1.20	Anemie z nedostatku železa Anemie je definována jako Hb<6,0 mmol trvající delší dobu	B
1.21	Jiné anemie Toto patří mezi haemoglobinopathie	B

1.22	Inflamatorní onemocnění vnitřních orgánů Zahrnuje ulcerózní kolitidu a Crohnovu chorobu	C
1.23	Systémová onemocnění a vzácné choroby Toto zahrnuje vzácná onemocnění matky, jako jsou Addisonova choroba nebo Cushingova choroba. Také systémovou Lupus erythematosus (SLE), anti phospholipidový syndrom (APS), sclerodermu, rheumatickou artritidu, periarteritis nodosa, Marfanův syndrom, Raynaudovu chorobu a jiná systémová a vzácná onemocnění	C
1.24	Užívání drog (heroin, methadon, kokain, XTC apod.) Pozornost by měla být věnována aktuálnímu užívání. Testy moči mohou být pozitivní i v případech po užívání v minulosti. Je indikováno přizvání pediatra vzhledem k následkům po porodu.	C
1.25	Abusus alkoholu Důležitý je fetální alkoholový syndrom. Je indikováno přizvání pediatra vzhledem k následkům po porodu.	C
1.26	Psychiatrická onemocnění Péče během těhotenství a porodu závisí na vývoji psychiatrické choroby. Je indikována konzultace ošetřujícího lékaře.	B

2.2 Gynekologická onemocnění před graviditou

2.1	Rekonstrukce pánevního dna Vztaheno k závěsu po prolapsu, fistule a předešlé ruptuře. V závislosti na případě, operační technice a dosaženém výsledku určí porodník porodní politiku porodu. V úvahu může být brána primární S. C. nebo časná epiziotomie, ošetřená porodníkem. Jestliže stanovená politika nevyžaduje speciální metody nebo operační dovednosti, může být péče poskytována na primární úrovni.	C
2.2	Amputace čípku	C
	Konizace	B
	Kryo- a lis- terapie Jestliže po konizaci následuje nekomplikované těhotenství a porod, může být péče při dalším těhotenství a porodu poskytována na primární úrovni.	B
2.3	Myomectomie (serózní, mukózní) Měly by být vzaty v úvahu anatomické poměry, možnosti poruchy vývoje těhotenství nebo porodu	B
2.4	Abnormality cervikální cytologie Gynekologická konzultace může být indikována i bez porodnických souvislostí. Gynekologický postup není překážkou porodní péče na primární úrovni.	B/A
2.5	DES-dcera (Downův Edwardsův syndrom u dcery) Gynekologická péče o problémy vztahující se k DES může být potřebná, zatímco porodní péče může být poskytnuta na primární úrovni	B
2.6	IUD in situ	B
	Stav po předchozím IUD	A
2.7	Stav po léčbě infertility V praxi hraje roli přání klientky, Neexistují důvody vyššího rizika.	A
2.8	Deformity pánve (úraz, ruptura symfýzy, rachitis) Konzultace je na místě na počátku třetího trimestru. Je třeba mít na zřeteli, že	B

	péče na sekundární úrovni nemá žádné významnější výsledky v případě pánevní nestability a dysfunkce symfýzy.	
2.9	Ženská obřízka/úpravy ženských pohlavních orgánů Obřízka vyžaduje speciální psychologickou péči. Tam, kde jsou jasné anatomické deformity, je na místě konzultace ve třetím trimestru	A/B

2.3 Porodnická anamnéza

3.1	Aktivní krevní inkompatibilita (Rh, Kell, Duffy, Kidd)	C
	ABO-inkompatibilita O těhotnou a rodící ženu může být pečováno na primární úrovni v případech ABO-antagonismu, ale je třeba mít na vědomí možné problémy novorozence. Konzultace je indikována.	B
3.2	Těhotenstvím indukovaná hypertenze v předchozí graviditě	A
	Prae-eklampsie v předchozí graviditě	B
	HELLP-syndrom v předchozí graviditě	C
3.3	Habituální potrat ($\geq 3x$) Jestliže opět hrozí potrat, je třeba vyšetřit patologii fetálního materiálu. Těhotenství by měla předcházet genetická konzultace.	A
3.4	Předčasný porod v minulém těhotenství (< 37. týden) Jestliže po předčasném porodu následuje fyziologické těhotenství, může být poskytována péče na primární úrovni	B
3.5	Cervikální insuficience (a/nebo cerclage) Péče na sekundární úrovni je indikována do 37. týdne těhotenství; při porodu v termínu je možno родit v domácím prostředí. Těhotenství a porody následující po normálním těhotenství mohou být vedeny na primární úrovni péče	C/A
3.6	Abrupce placenty	C
3.7	Forceps nebo vakuumextrakce Důležitý je průběh porodnické anamnézy. Vedení stávající gravidity a porodu může probíhat na primární úrovni, jestliže dokumentace svědčí o nekomplikované asistenci při porodu. Konzultace je na místě, není-li dostupná všechna dokumentace nebo existují známky možné komplikace při porodu	A/B
3.8	Sectio Caesarea	C
3.9	Hypotrofie plodu (jasná k termínu) Porodní váha < 2.300g nebo zřejmá novorozenecká hypoglykemie, vztahující se k hypotrofii plodu	C
3.10	Asphyxie Definovaná jako APGAR skóre < 7 za 5 minut	B
3.11	Perinatální úmrtí Tato porodní anamnéza vyžaduje konzultaci. Je také důležité vědět, zda po perinatálním úmrtí následovalo normální těhotenství a porod. V takovém případě je možno poskytovat péči na primární úrovni.	B
3.12	Dítě s vrozenou nebo dědičnou vadou Je důležité znát původ poruchy, a jaká byla provedena diagnostika. Jestliže není zjištěna žádná porucha, potom může být další péče poskytována na primární úrovni	B
3.13	Poporodní haemorrhagie jako důsledek epiziotomie	A
3.14	Poporodní haemorrhagie jako důsledek ruptury cervixu (klinicky prokázaná)	D

	Je třeba předpokládat, že se situace může opakovat. Těhotenství a porod mohou být vedeny na primární úrovni. Porod by měl být veden v porodnici.	
3.15	Poporodní haemorrhagie, ostatní případy (> 1000 ml) Je třeba předpokládat, že se situace může opakovat. Těhotenství a porod mohou být vedeny na primární úrovni. Porod by měl být veden v porodnici.	D
3.16	Manuální vybavení placenty v předchozím těhotenství Z pohledu rizika opakování může být těhotenství a porod vedeny na primární úrovni péče s tím, že porod bude probíhat v porodnici. Jestliže po porodu s manuálním vybavením placenty následoval normální porod, může být další těhotenství a porod vedeny na primární úrovni.	D
3.17	3. stupeň ruptury hráze (úprava funkce/ bez úpravy funkce) jestliže nastala uspokojivá úprava funkce po 4. stupni ruptury hráze, potom těhotenství a porod mohou být vedeny na primární úrovni péče. Mělo by být zváženo provedení primární epiziotomie. Jestliže bylo třeba provést sekundární resuturu, potom je indikována sekundární péče (zvláště po rekonstrukci pánevního dna) jestliže po 4. stupni ruptury hráze nenastala úprava funkce, potom by měl být porod veden na sekundární úrovni péče.	A/C
3.18	Dysfunkce symfýzy Péče na sekundární úrovni nemá žádné významnější výsledky v případě pánevní nestability a dysfunkce symfýzy v anamnéze.	A
3.19	Poporodní deprese Péče na sekundární úrovni nemá žádné významnější výsledky v případě poporodní deprese v anamnéze.	A
3.20	Poporodní psychóza (laktační psychóza) Je nutné rozlišit případy s dlouhodobou medikací. Je důležité znát stupeň vývoje psychózy a riziko opakování	A
3.21	Mnohočetná multipara Definováno jako parita > 5. Neexistuje žádný opodstatněný důvod pro vedení těhotenství a porodu na sekundární úrovni	A
3.22	Potermínová gravidita Potermínová gravidita v anamnéze nemá žádný předvídatelný vliv na průběh současné gravidity a porodu	A

2.4 Poruchy rozvinuté/projevené v průběhu těhotenství

Tato část zahrnuje případy, kdy je nutná supervize na sekundární úrovni péče (pod kódem C) a trvá po dobu trvání problému. Jestliže problém dále neexistuje, je klientka předána zpět do primární péče.

4.1	Nejistá délka těhotenství při amenorrhoe > 20 týdnů Konzultace je třeba při nejasné délce těhotenství u amenorrhoe trvající přes 20 týdnů. Poskytovatel primární péče užil doplňující diagnostické prostředky v prvních 20 týdnech	B
4.2	Anemie (Hb<6,0 mmol/l) Během konzultace je důležité analyzovat původ a stupeň anemie	B
4.3	Opakované infekce močových cest O opakované infekci močových cest se může hovořit, jestliže se opakuje více než dvakrát. Je doporučeno posoudit další možnou infekci. Důležité je riziko poškození renální funkce a riziko předčasného porodu. Postup další	B

	diagnostiky závisí na vzájemné dohodě mezi třemi profesionálními skupinami.	
4.4	Pyelitis Při onemocnění pyelitidou se doporučuje hospitalizace, takže péče je poskytována na sekundární úrovni. Po úspěšném zvládnutí onemocnění může být péče poskytována na primární úrovni	C
4.5	Toxoplazmóza, diagnostika a léčba Diagnostika a léčebná politika by měly být vedeny na sekundární úrovni péče	C
4.6	Rubeolla V případě primární infekce rubeollou v těhotenství je třeba vzít v úvahu možné riziko růstové retardace plodu, předčasného porodu, poruchy zraku a sluchu	C
4.7	Cytomegalovirus V úvahu by mělo být vzato možné riziko perinatálního úmrtí a následná morbidita	C
4.8	Herpes genitalis (primární infekce) Během primární infekce existuje (nepatrná) možnost transplacentární infekce. V prvním roce po výskytu primární infekce se často střídá akutní a asymptomatická fáze onemocnění. Jestliže se primární infekce objeví krátce před nebo během porodu, existuje riziko vzniku neonatálního herpes. Proto je při primární infekci indikována antivirová terapie v sekundární péči. Herpes genitalis (opakovaný) Rekurentní HSV v těhotenství Při opakování a tam, kde je herpes virus v anamnéze, je vhodné kultivovat virovou kulturu z oropharyngu novorozence. Péče na sekundární úrovni z důvodu rizika onemocnění novorozence je indikována, jestliže se infekce opakuje často (> 1x měsíčně) nebo tam, kde se objevuje infekce během porodu. Není zatím zcela jasné, zda přítomné protilátky jsou dostatečné pro ochranu novorozence.	C C
4.9	Infekce parvovirem Tato infekce může vést k fetální anemii a hydropsu. Existuje možnost léčby těchto stavů	C
4.10	Varicella/infekce zostervirem	C
4.11	Hepatitis B (HBsAg pozitivní)	A
4.12	Hepatitis C To je indikace pro konzultaci na sekundární úrovni péče. Pozornost musí být věnována následně pediatrem	B
4.13	TBC Vztahuje se na aktivní tuberkulózní proces	C
4.14	HIV-infekce V souvislosti se současnými možnostmi léčby a prevence nákazy má péče o tyto klientky během těhotenství a porodu místo ve specializovaných centrech nemocnic zabývajících se HIV a AIDS	C
4.15	Syphylis Pozitivní serologie a léčená	B
	Pozitivní serologie dosud neléčená	C
	Primární infekce Je důležité zajistit perfektní výměnu informací mezi porodní asistentkou, porodníkem a venerologem.	C
4.16	Hernia nucleii pulposi (vyhřezlá ploténka) během těhotenství	B

	Postup by měl být stanoven s ohledem na obtíže a klinické příznaky. Jestliže nejsou obtíže, může být (další) péče poskytována na primární úrovni	
4.17	Laparotomie během těhotenství Jakmile se rána zhojí a pomine porodní riziko z důvodu operace, může se péče o těhotnou ženu vrátit na primární úroveň. Během hospitalizace by měl být k péči přizván porodník. Jestliže dále neexistují porodnické souvislosti, může se péče o těhotnou ženu vrátit na primární úroveň	C
4.18	Cervikální cytologie PAP III nebo vyšší Zde může být důležitá budoucí gynekologická péče (pro rozhodování o diagnostice), zatímco těhotenství a porod mohou být vedeny na primární úrovni	B
4.19	Užívání léků Nejdůležitější je vliv léků na těhotnou ženu a nenarozené dítě. Pozornost by měla být věnována vlivu na laktaci a vlivy v neonatálním období. V případě pochybností je na místě konzultace s Laktační ligou.	A/B
4.20	Užívání drog (heroin, methadon, kokain, XTC atd.) Důležitá je míra závislosti na drogách a jejich vliv během těhotenství, porodu a šestinedělí na novorozence.	C
4.21	Abusus alkoholu Vztaženo k fetálnímu alkoholovému syndromu. Může být třeba zahrnout následné dlouhodobé sledování pediatrem	C
4.22	Psychiatrická onemocnění (neurózy/psychózy) Je důležitá míra psychiatrického problému a zkušenosti léčby odborníkem	A/C
4.23	Hyperemesis gravidarum Léčba tohoto stavu patří do sekundární péče. Po úpravě může být péče o těhotenství a porod probíhat na primární úrovni	C
4.24	Mimoděložní těhotenství	C
4.25	Antenatální diagnostika Pozornost by měla být věnována riziku vrozených vad. Jestliže nejsou žádné vady shledány, může být další péče poskytována na primární úrovni. V případech indikace z důvodu věku je na místě předání péče z primární úrovně do genetického centra	C
4.26	Suspektní fetální deformity	B
4.27	Předčasný odtok vody plodové (< 37 týden amenorrhoe)	C
4.28	Diabetes mellitus (včetně těhotenského diabetu)	C
4.29	Těhotenstvím indukovaná hypertenze Vztahuje se na hypertenzi v druhé polovině těhotenství u původně normotenzní ženy. Hranicí je diastolický tlak 95 mm. Při diastolickém tlaku mezi 90 a 95 mm by měla těhotná žena dostat zvláštní péči a při tlaku nad 95 mm by měla být předána do sekundární péče.	A/C
4.30	Pre-eklampsie, hrozící pre-eklampsie, HELLP-syndrom Pre-eklampsie je kombinace těhotenstvím indukované hypertenze s proteinurií. Dále definovaná albustixem ++ ve vzorku moči nebo celkovým výdejem bílkovin 30mg nebo více/24 hodin. Hrozící pre-eklampsie je tam, kde se nově během těhotenství objeví proteinurie u žen s preexistující hypertenzí. HELLP-syndrom je charakterizován kombinací hemolýzy, poruchami jater a úbytkem krevních destiček.	C
4.31	Krevní inkompatibilita	C
4.32	Trombóza	C

4.33	Poruchy koagulace	C
4.34	Opakované krvácení před 16 týdnem	B
4.35	Krvácení po 16 týdnu Jestliže po té co krvácení přestalo, nejsou známky ohrožení, může být péče poskytována na primární úrovni	C
4.36	Abrupce placenty	C
4.37	(vývoj) negativní diskrepance velikost těhotenství-datum negativní diskrepance velikost těhotenství-datum existuje, jestliže velikost dělohy zaostává za normální velikostí těhotenství vzhledem k délce o 2 až 4 týdny	B
4.38	(vývoj) pozitivní diskrepance velikost těhotenství-datum	B
4.39	Potermínová gravidita Odpovídá amenorrhoe delší než 294 dní	C
4.40	Hrozící nebo probíhající předčasný porod Jestliže dále netrvá nebezpečí předčasného porodu, může být péče poskytována na primární úrovni	B
4.41	Insuficience hrdla Jestliže těhotenství trvalo 37 týdnů, může být péče o další graviditu poskytována na primární úrovni	C
4.42	Dysfunkce symfýzy (nestabilita pánve) Vztahuje se k obtížím, které se objevily ve stávající graviditě	A
4.43	Mnohočetné těhotenství	C
4.44	Abnormální poloha plodu v termínové graviditě (včetně polohy KP)	C
4.45	Neangažující se hlava v termínové graviditě V termínové graviditě jde o suspektní kephalo-pelvický nepoměr, placentu praeviu nebo jiné pathologie, konzultace je indikována	B
4.46	Chybějící prenatální péče (\pm termín porodu) Pozornost by měla být věnována domácí situaci. Chybějící prenatální péče může svědčit pro psychosociální problémy. To může vést k následné konzultaci a porodu v porodnici	A
4.47	Dítě k adopci Očekávaná adopce jde často ruku v ruce s psychosociálními problémy. To může vést k následné konzultaci a porodu v porodnici	A
4.48	Mrtvý plod Matce, která preferuje porod v domácnosti, by měla být poskytnuta stejná péče, jako kdyby porod probíhal v porodnici. Pozornost by měla být věnována poporodním vyšetřením a záznamu do dokumentace	C
4.49	Fibroid se vztahem k porodu (myom) S ohledem na anatomické poměry by měla být zvážena možnost poruchy vývoje těhotenství a porodu	B

2.5 Poruchy vzniklé při porodu

Dokument byl vypracován v rámci projektu České ženské lobby „Hájíme práva českých žen. Projekt byl podpořen v rámci dotačního titulu Dáme ženám šanci v roce 2016. Více informací na ezrova@unipa.cz.

Pro kategorii C v této části, v závislosti na situaci, jestliže nastane jeden z bodů zmíněných níže, může být ještě učiněn pokus k dosažení optimálního stavu pro další péči v průběhu porodu nebo se může jednat o urgentní předání do sekundární péče. Při předání z domácnosti je třeba vzít v úvahu při rozhodování riziko transportu ženy.

5.1	Abnormální poloha plodu Hodnotí se abnormální poloha a ne abnormální postavení	B
5.2	Příznaky fetálního distresu Je důležité, že fetální distres může být zjištěn různými způsoby (rytmus srdeční akce plodu, zkalená plodová voda)	C
5.3	Umrті plodu během porodu Pozornost by měla být věnována pitvě	C
5.4	Předčasný odtok plodové vody Předání k sekundární péči by mělo nastat ráno po té, co od odtoku plodové vody uplynulo 24 hodin	C
5.5	Nepostupující porod v první době porodní O nepostupujícím porodu se dá hovořit, jestliže jsou dobré kontrakce, co se týká délky i intenzity a po latentní fázi v trvání 4 hodin nedochází k dilataci hrdla. Je nutná konzultace, aby bylo možno určit další postup na základě analýzy případu	B
5.6	Nepostupující porod v druhé době porodní Nastává, jestliže nenastane postup minimálně po jedné hodině, kdy došlo k úplné dilataci branky, při odteklé plodové vodě, silných kontrakcích a usilovném tlačení.	C
5.7	Nadměrné krvácení během porodu Stupeň krvácení během porodu nelze objektivně měřit, ale je třeba jej odhadovat. Nadměrné krvácení může být příznakem vážné patologie	C
5.8	Abrupce placenty	C
5.9	Výhřez pupečníku	C
5.10	(částečná) retence placenty není vždy jistota o retenci části placenty. Jestliže vzniknou pochybnosti, je na místě překlád do sekundární péče	C
5.11	Čtvrtý stupeň ruptury perinea	C
5.12	Zkalená plodová voda	C
5.13	Horečka Je velmi důležité zjistit příčinu horečky. V úvahu je třeba vzít intrauterinní infekci a vzhledem k tomu podat intrapartálně antibiotika	C
5.14	Analgezie Je důležité znát efekt na dilataci a dechový útlum. Užití bolest tišících přípravků během porodu je předmětem, který může být zahrnut do lokální diskuze o doporučení péče. Mělo by být dosaženo dobře fundované dohody.	B
5.15	Haematom vulvy Léčebná politika se vztahuje na obtíže při a po porodu a v raném šestinedělí	C
5.16	Symphysiolyza Vztahuje se na rupturu symfýzy. Může být významné při nestabilitě pánve. Nebyl prokázán náležitý význam konzultace v případech nestability pánve	B
5.17	Porod bez předchozí prenatální péče Nedostatek prenatální péče může být známkou psychosociálních problémů a	C

	jejich účasti. Intrapartální monitoring, serologický screening a imunizace jsou velmi důležité	
--	--	--

2.6 Poruchy vzniklé během šestinedělí

6.1	Puerperální horečka Je třeba znát původ. V případě pochybností je doporučen překlad	A/C
6.2	(léčená) eklampsie, (podezření na) HELLP-syndrom	C
6.3	trombóza	C
6.4	Psychóza K léčbě psychiatrických obtíží je třeba přizvat praktického lékaře a psychiatra	B
6.5	Poporodní krvácení	C
6.6	Hospitalizace dítěte Je třeba přizvat praktického lékaře a pediatra. V období po porodu je důležitý bonding matka-dítě	C

2.7 Seznam indikací pro UZ screening

Na základě výsledků Podskupiny UZ byly pro vyšetření ultrazvukem stanoveny následující indikace, které mohou provádět poskytovatelé primární péče, kvalifikovaní v sonografii, nebo poskytovatelé sekundární péče na požádání poskytovatele primární péče.

Indikace v prvním trimestru	Indikace ve druhém trimestru	Indikace ve třetím trimestru
Krvácení	Suspektní mnohočetné těhotenství	Suspektní mnohočetné těhotenství
Nejasné gestační stáří	Nepřítomnost srdeční akce plodu	Suspektní abnormální poloha
Suspektní mnohočetné těhotenství		Nepřítomnost srdeční akce plodu
Nepřítomnost srdeční akce plodu po 12. týdnu těhotenství		

Pracovní skupina holandských porodních asistentek by ráda dala následující komentář:

Předpis o péči v rámci těchto indikací a vývojového screeningu na primární úrovni péče znamená, že všechny ostatní porodnické indikace budou vedeny a sledovány na sekundární úrovni péče, zatímco další porodní politika bude založena na *Seznamu porodnických indikací*.

Rutinní užití ultrazvuku pro měření CRL během prvního trimestru nebo standardní ultrazvuk nebo detekce vrozených vad během druhého trimestru nejsou doporučovány na základě nedostatku patřičných důkazů o prospěšnosti užití vzhledem k perinatální mortalitě a morbiditě. Doporučujeme na národní úrovni přehodnotit konečné závěry pro stanovení významu této formy diagnostiky.