

Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem

I. Postanowienia ogólne.

1. Standardy postępowania oraz procedury medyczne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, zwane dalej „standardami”, określają poszczególne elementy opieki medycznej sprawowanej w zakładach opieki zdrowotnej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnego minimum interwencji medycznych, w szczególności: amniotomii, stymulacji czynności skurczowej, podawania opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.

2. Użyte w standardzie określenia oznaczają:

- 1) I okres porodu – okres liczony od pojawienia się pierwszych regularnych skurczów macicy powodujących zgładzanie i rozwieranie szyjki macicy aż do jej pełnego rozwarcia;
- 2) II okres porodu - okres między całkowitym rozwarciem szyjki macicy a urodzeniem noworodka;
- 3) III okres porodu – okres rozpoczynający się po urodzeniu noworodka i obejmujący oddzielenie oraz wydalenie płodu;
- 4) IV okres porodu – okres trwający do 2 godzin po oddzieleniu i wydaleniu płodu;
- 5) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub inną osobę wskazaną przez rodzącą;
- 6) osoba sprawująca opiekę - lekarza specjalistę położnictwa i ginekologii, lekarza w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii, lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii lub położną, sprawujących odpowiednio opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem - odpowiedzialnych za prowadzenie porodu

fizjologicznego;

- 7) ciąża fizjologiczna - ciąża przebiegająca w sposób prawidłowy;
 - 8) połóg - okres rozpoczynający się po porodzie i trwający 6 tygodni, w czasie którego w organizmie kobiety następuje cofanie się zmian spowodowanych ciążą i porodem;
 - 9) poród fizjologiczny - spontaniczny poród niskiego ryzyka od momentu rozpoczęcia i utrzymujący taki stopień ryzyka przez cały czas trwania porodu, w wyniku którego noworodek rodzi się z położenia główkowego, pomiędzy ukończonym 37. a 42. tygodniem ciąży, i po którym matka i noworodek są w dobrym stanie.
3. Ingerencja w naturalny proces porodu wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Uzasadniona konieczność ingerencji w naturalny proces ciąży lub porodu, w szczególności leczenie cukrzycy ciężarnych, znieczulenie farmakologiczne, poród zabiegowy, oznacza, że ciąża lub poród wymaga zastosowania szczególnych procedur, wykraczających poza niniejsze standardy.
4. W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień objęcia kobiety lub noworodka opieką i zakończenia jej sprawowania, z adnotacją o świadczeniodawcy, który tę opiekę przejmuje, chyba że kobieta lub przedstawiciel ustawowy nie podjął jeszcze decyzji w tym zakresie.
5. Zadania osoby sprawującej opiekę nad rodzącą obejmują w szczególności:
- 1) ocenę stanu rodzącej kobiety, ocenę stanu płodu oraz stanu noworodka, wykrywanie i eliminowanie czynników ryzyka, rozwiązywanie problemów oraz wczesne wykrywanie patologii;
 - 2) prowadzenie porodu wraz z koniecznymi zabiegami wg wskazań medycznych;
 - 3) opiekę nad noworodkiem po urodzeniu;
 - 4) zapewnienie opieki realizowanej przez specjalistów, jeżeli ujawnią się czynniki ryzyka lub pojawią powikłania uzasadniające takie działanie;
 - 5) wsparcie rodzącej oraz jej osoby bliskiej w trakcie porodu oraz w okresie połogu.
6. Odpowiedzialność prawną i zawodową osoby sprawującej opiekę za podejmowane działania, regulują odrębne przepisy.
7. W przypadku wystąpienia objawów patologicznych, położna niezwłocznie przekazuje

rodzącą pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Dokładny czas przekazania rodzącej pod opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz dane dotyczące stanu ogólnego rodzącej i dotychczasowego przebiegu porodu należy odnotować w dokumentacji medycznej. Adnotacja ta winna być autoryzowana zarówno przez położną jak i przez lekarza. W takim przypadku położna jest osobą asystującą przy porodzie prowadzonym przez lekarza, który przejmuje odpowiedzialność za dalsze prowadzenie porodu patologicznego.

8. Osoba sprawująca opiekę nad kobietą podczas porodu musi być przygotowana do wykonania czynności interwencyjnych w zakresie opieki nad rodzącą oraz opieki nad noworodkiem.

Czynności interwencyjne polegają w szczególności na:

- 1) podaniu wlewu kroplowego z płynami fizjologicznymi, z wyłączeniem substancji stymulujących czynność skurczową oraz znieczulających;
- 2) zabezpieczeniu rany krocza lub szyjki macicy;
- 3) zabezpieczeniu dostępu do żyły obwodowej;
- 4) utrzymaniu drożności dróg oddechowych;
- 5) działaniach zmierzających do utrzymania czynności życiowych rodzącej lub położnicy oraz płodu lub noworodka.

9. Osoba sprawująca opiekę zapewnia dostępność personelu przeszkolonego w resuscytacji noworodka, w tym w zakresie intubacji noworodka, oraz zapewnia możliwość przeniesienia rodzącej lub noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie ich zdrowia i życia, do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego opiekę perinatalną, jeśli pojawiające się powikłania wymagają zastosowania procedur wysokospecjalistycznych. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia jednostce przyjmującej kompletną dokumentację medyczną dotyczącą opieki medycznej sprawowanej nad rodzącą lub noworodkiem.

10. Osoba sprawująca opiekę zapewnia ciągłość tej opieki w czasie porodu oraz w okresie połogu. Jeżeli osoba ta nie może sprawować tej opieki osobiście powinna zapewnić opiekę poprzez odpowiednią jej organizację. Organizacja opieki obejmuje opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi zakładami opieki zdrowotnej porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub noworodkowego odpowiedniego poziomu referencyjnego,

zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka występujących u płodu lub noworodka.

11. Realizacja praw pacjenta w przypadku sprawowania opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i porożu polega w szczególności na:

- 1) respektowaniu jej prawa do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji związanych z porodem, obejmujących zakres podejmowanych działań i stosowanych procedur medycznych;
- 2) prawie wyboru miejsca porodu w warunkach szpitalnych lub pozaszpitalnych, w których czuje się bezpiecznie, i w których udzielane są świadczenia zdrowotne;
- 3) możliwości wyboru osoby sprawującej opiekę spośród osób uprawnionych do jej sprawowania, z uwzględnieniem zasad organizacyjnych obowiązujących w miejscu udzielania świadczenia, określonych w regulaminie porządkowym zakładu opieki zdrowotnej.

II. Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania.

Termin badania	Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia	Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne
1	2	3
Do 10 tyg. ciąży.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Badanie gruczołów sutkowych. 5. Określenie wzrostu i masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie. 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grupa krwi i Rh. 2. Przeciwciała odpornościowe. 3. Morfologia krwi. 4. Badanie ogólne moczu. 5. Badanie cytologiczne. 6. Badanie czystości pochwy. 7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo. 8. VDRL. 9. Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia.

		10. Badanie HIV i HCV. 11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki.
11-14 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.	1. Badanie ultrasonograficzne. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
15-20 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 4. Pomiar masy ciała. 5. Ocena ryzyka ciążowego. 6. Propagowanie zdrowego stylu życia.	1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
21-26 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.	1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75g glukozy (w 24-28 tydz. ciąży) – dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy. 2. Badanie ultrasonograficzne. 3. Badanie ogólne moczu. 4. Przeciwciała anty-Rh u kobiet z Rh (-). 5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trymestrze – badanie w kierunku toksoplazmozy. 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
27-32 tydz. ciąży	1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie we wzorniku i zestawione. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 5. Pomiar masy ciała. 6. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i	1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Przeciwciała odpornościowe. 4. Badanie ultrasonograficzne. 5. W przypadku występowania wskazań - podanie globuliny anty-D (28-30 tydz. ciąży). 6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w

	rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.	okresie ciąży.
33-37 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena wymiarów miednicy. 4. Badanie we wzierniku i zestawione. 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Ocena aktywności płodu. 8. Badanie gruczołów sutkowych. 9. Pomiar masy ciała. 10. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej. 11. Ocena ryzyka ciążowego. 12. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej. 13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi. 2. Badanie ogólne moczu. 3. Badanie czystości pochwy. 4. Antygen HBs. 5. Badanie w kierunku HIV. 6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących. 7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HCV. 8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.
38-39 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Ocena czynności serca płodu. 4. Ocena aktywności płodu. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 6. Pomiar masy ciała. 7. Ocena ryzyka ciążowego. 8. Propagowanie zdrowego stylu życia. 9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu. 2. Morfologia krwi.
po 40 tyg. ciąży badanie co 2-3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe. 2. Badanie położnicze. 3. Badanie we wzierniku i zestawione – według wskazań medycznych. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie KTG. 2. Badanie ultrasonograficzne (jedenrazowo).

dni	4. Ocena ruchów płodu 5. Ocena czynności serca płodu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 7. Pomiar masy ciała. 8. Ocena ryzyka ciążowego. 9. Propagowanie zdrowego stylu życia. 10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej. 11. Bezwzględne skierowanie do hospitalizacji po 41 tyg. ciąży.	
-----	---	--

Osoba sprawująca opiekę:

- 1) kieruje kobietę w okresie pomiędzy 21-26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką;
- 2) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu i położu.

III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych.

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu w szczególności zalicza się:

- 1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, znaczną otyłość, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilia oraz zespół antyfosfolipidowy;
- 2) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub porodzie przedwczesnym;
- 3) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym;
- 4) przebyte porody noworodków o masie urodzeniowej większej niż 4000 g., przebyte porody noworodków z bardzo małą i ekstremalnie małą masą ciała lub ciążę wielopłodową;
- 5) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego;
- 6) stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego, przedwczesnego oddzielania się łożyska, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach

poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo – zakrzepowych lub przebyłym wycięciu macicy;

- 7) ciężarna jest pierwiastką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;
 - 8) ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4. dzieci;
 - 9) wystąpienie krwawienia przed porodem;
 - 10) infekcja u ciężarnej lub jej podejrzenie;
 - 11) nadciśnienie tętnicze;
 - 12) wystąpienie temperatury ciała powyżej 38°C częściej niż raz w czasie ciąży;
 - 13) używanie środków odurzających, alkoholu i nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.
2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania w szczególności zalicza się:
- 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHG i rozkurczowego 90 mmHG, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24 h;
 - 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
 - 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
 - 4) niedokrwistość;
 - 5) cukrzycę;
 - 6) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
 - 7) konflikt serologiczny;
 - 8) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniak, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczyno-płodowa);
 - 9) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieżniowo – szyjkowa);
 - 10) nieprawidłowa lokalizacja łożyska;
 - 11) ciąża wielopłodowa z patologicznie położnymi płodami;
 - 12) przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu;
 - 13) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B.(GBS);
 - 14) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;
 - 15) nieprawidłowa objętość płynu owodniowego;

- 16) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.
3. Do czynników ryzyka śródporodowego występujących u rodzącej w szczególności zalicza się:
 - 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godz.);
 - 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
 - 3) opryszczkę genitalną;
 - 4) konieczność indukcji porodu;
 - 5) krwotok śródporodowy;
 - 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
 - 7) ciepotę ciała powyżej 38°C;
 - 8) stymulację porodu oksytocyną lub innymi metodami;
 - 9) utratę krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10% wartości wyjściowej;
 - 10) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;
 - 11) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
 - 12) wstrząs;
 - 13) pęknięcie krocza 3-go lub 4-go stopnia;
 - 14) wycieranie macicy;
 - 15) pęknięcie macicy.
 4. Do czynników ryzyka dla płodu lub występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:
 - 1) nieprawidłowości stwierdzone podczas badania;
 - 2) zaburzenia czynności serca płodu;
 - 3) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
 - 4) uraz okołoporodowy;
 - 5) masę dziecka poniżej 2500g;
 - 6) wady rozwojowe;
 - 7) pępowinę dwunaczyniową;
 - 8) naczynia błędzące w łożysku;
 - 9) zaburzenia oddychania.
 5. Oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1 – 4, dokonuje osoba sprawująca opiekę.

6. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1 – 4, ciężarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią, II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią.
7. Zidentyfikowane czynniki ryzyka, o których mowa w ust. 1 – 4, należy omówić z ciężarną, tak, aby mogła ona podjąć świadomą decyzję odnośnie miejsca porodu.
8. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1 – 4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.

IV. Plan opieki prenatalnej i plan porodu.

1. Podczas opieki prenatalnej osoba sprawująca opiekę oraz ciężarna ustalają plan opieki prenatalnej oraz plan porodu. Plan opieki prenatalnej obejmuje wszystkie procedury medyczne związane z opieką prenatalną wraz z określeniem czasu ich wykonania. Plan porodu obejmuje wszystkie elementy postępowania medycznego podczas porodu i miejsce porodu.
2. Zarówno plan opieki prenatalnej jak i plan porodu może być modyfikowany odpowiednio do sytuacji zdrowotnej ciężarnej w trakcie opieki.
3. Plan opieki prenatalnej i plan porodu jest częścią dokumentacji medycznej. Osoba sprawująca opiekę prenatalną przekazuje ciężarnej kopię planu opieki prenatalnej.
4. Ciężarnej należy umożliwić wybór miejsca porodu (warunki szpitalne albo pozaszpitalne). Każda ciężarna powinna otrzymać wyczerpującą informację dotyczącą wybranego miejsca porodu obejmującą wskazania i przeciwwskazania.
5. Ciężarną należy poinformować, że zaleca się prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdzie w sytuacji wystąpienia jakichkolwiek powikłań, zarówno u matki, jak i u płodu lub noworodka, możliwe jest natychmiastowe podjęcie interwencji medycznych,

adekwatne do zaistniałej sytuacji położniczej lub stanu noworodka.

V. Postępowanie w trakcie porodu.

1. Rodząca powinna być traktowana z szacunkiem oraz brać udział w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem. Personel medyczny powinien umieć nawiązać dobry kontakt z rodzącą, będąc świadomym, jak ważny jest ton rozmowy i ich postawa oraz słowa, które do niej kieruje. Należy zapytać rodzącą o jej potrzeby i oczekiwania, a informacja w tym zakresie powinna zostać wykorzystana do wspierania i kierowania rodzącą podczas porodu.
2. W celu nawiązania dobrego kontaktu z rodzącą personel medyczny w szczególności:
 - 1) wita ją osobiście, przedstawia się i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nią;
 - 2) prezentuje spokojną i wzbudzającą zaufanie postawę;
 - 3) szanuje jej prywatność i poczucie intymności;
 - 4) wspólnie czyta i omawia plan porodu;
 - 5) omawia z rodzącą sposoby radzenia sobie z bólem;
 - 6) każdorazowo uzyskuje zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań;
 - 7) udziela informacji na temat sposobów wzywania pomocy;
 - 8) w sytuacji konieczności przekazania opieki nad rodzącą, informuje ją o tym fakcie.
3. Podczas porodu należy udzielać wsparcia medycznego w następujący sposób:
 - 1) zapewnić ciągłość opieki;
 - 2) dostosować, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, opiekę nad rodzącą do jej indywidualnych potrzeb i aktualnej sytuacji zdrowotnej;
 - 3) zachęcać rodzącą do korzystania ze wsparcia wybranej przez nią osoby bliskiej;
 - 4) zachęcać rodzącą do aktywności fizycznej i pomagać jej w znajdowaniu optymalnych dla niej pozycji podczas całego porodu;
 - 5) zapewnić rodzącej możliwość spożywania przejrzystych płynów, także podczas aktywnej fazy porodu.
4. Podczas porodu personel medyczny jest obowiązany przestrzegać zasad higieny ogólnej, aseptyki i antyseptyki; wybór środków ochrony osobistej powinien być oparty na ocenie ryzyka zakażenia.

VI. Strategie uśmierzania bólu podczas porodu.

Osoba sprawująca opiekę podczas porodu powinna przedstawić rodzącej pełną informację o nefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólów porodowych, wspierać rodzącą w jej własnym wyborze tych metod oraz respektować jej decyzje w tym zakresie. Osoba sprawująca opiekę podczas porodu jest obowiązana:

- 1) proponować rodzącej poruszanie się podczas I okresu porodu oraz przyjmowanie takich pozycji, w tym pozycji wertykalnych, które są dla niej wygodne, przynoszą jej ulgę w odczuwaniu bólu oraz umożliwiają nadzorowanie stanu płodu;
- 2) wspierać rodzącą w wyborze technik oddechowych i relaksacyjnych podczas porodu;
- 3) wspierać rodzącą, która podczas porodu wybiera technikę masażu;
- 4) zalecać wykorzystywanie imersji wodnej oraz relaksacji w wodzie jako sposobów łagodzenia bólu;
- 5) zachęcić rodzącą, aby podczas porodu nieustannie towarzyszyła jej osoba bliska.

VII. Rozpoczęcie porodu.

1. Przyjęcie ciężarnej do porodu następuje na podstawie skierowania lub w konsekwencji osobistego zgłoszenia się do wybranego przez nią zakładu opieki zdrowotnej realizującego świadczenia zdrowotne w zakresie położnictwa.

2. Miejsce porodu, za wyjątkiem wystąpienia stanów nagłych, powinno być zgodne z wcześniej opracowanym planem porodu oraz dokonaną i udokumentowaną oceną czynników ryzyka okołoporodowego.

3. Rozpoznanie porodu:

- 1) początek porodu rozpoznaje się na podstawie czynności skurczowej macicy powodującej postęp porodu (skracanie i rozwieranie szyjki macicy), odróżniając skurcze przepowiadające od właściwych skurczów porodowych. W razie wątpliwości, czy występujące skurcze są skurczami porodowymi, niezbędna jest obserwacja trwająca 1-2 godziny;
- 2) przebieg postępu porodu powinien być monitorowany na podstawie obserwacji klinicznej oraz badań położniczych wewnętrznych.

VIII. Postępowanie w I okresie porodu.

1. Brak postępu porodu stwierdza się, gdy rozwieranie szyjki macicy następuje wolniej niż ½ cm na godzinę, oceniane w odstępach 4 godzinnych.

2. Do zadań osób sprawujących opiekę podczas I okresu porodu należy:

- 1) ocena objawów świadczących o rozpoczynającym się porodzie;
- 2) przyjęcie rodzącej do porodu, w tym:
 - a) wysłuchanie i ocena czynności serca płodu,
 - b) dokładne zebranie wywiadu ogólnego i ginekologicznego,
 - c) dokonanie analizy przebiegu obecnej ciąży i dokładne zebranie wywiadu położniczego dotyczącego przebytych ciąż i porodów, powikłań z nimi związanych oraz rozwoju dzieci,
 - d) sprawdzenie grupy krwi pacjentki,
 - e) ocena wyników badań laboratoryjnych,
 - f) ocena położenia płodu (wykonanie chwytów Leopolda),
 - g) przeprowadzenie badania położniczego wewnętrznego z oceną zaawansowania porodu,
 - h) dokonanie oceny czynności skurczowej macicy i ciągłości pęcherza płodowego,
 - i) dokonanie analizy proporcji między płodem a miednicą matki,
 - j) dokonanie oceny stanu ogólnego matki,
 - k) dokonanie oceny występowania czynników ryzyka,
 - l) założenie dokumentacji medycznej, określonej w odrębnych przepisach,
 - m) wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego - jedynie na życzenie rodzącej,
 - n) zakładanie wkłucia do żyły obwodowej - tylko w sytuacji tego wymagającej,
 - o) dokonanie oceny przygotowania do porodu oraz aktywnego w nim uczestnictwa,
 - p) udokumentowanie wszystkich obserwacji z przebiegu porodu, a także podejmowanych działań, z uwzględnieniem karty obserwacji porodu (partogramu).
3. W ramach prowadzenia I okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do:
 - 1) określania i aktualizowania oceny stanu położniczego w oparciu o badanie położnicze z uwzględnieniem bieżącej oceny czynników ryzyka położniczego przez:
 - a) dokonywanie oceny postępu porodu na podstawie badania położniczego wewnętrznego (w czasie każdego badania powinna zostać oceniona długość, pozycje, konsystencje szyjki macicy i drożność jej kanału lub stopień rozwarcia, zaawansowanie części przodującej w kanale rodnym, położenie szwu strzałkowego i punktu prowadzącego, wydzielina z dróg rodnych - ewentualne krwawienie, odpływanie i zabarwienie płynu owodniowego) - nie częściej niż co 2 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - b) dokonywanie oceny czynności skurczowej macicy (częstotliwość skurczów,

- ich natężenie i czas trwania);
- 2) nawiązania i utrzymania kontaktu z rodzącą i z osobą bliską, zapewniając poczucie bezpieczeństwa i godności osobistej;
 - 3) dokonywania oceny stanu rodzącej poprzez:
 - a) ocenę świadomości (przytomności) oraz identyfikację potrzeb i rodzaju wsparcia,
 - b) prowadzenie obserwacji stanu ogólnego (ciepłota ciała, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienia powłok skórnych), stanu śluzówek oraz kontrola mikcji co 4 godziny, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej,
 - c) ocenę wydzieliny pochwowej,
 - d) ocenę samopoczucia oraz stopnia reaktywności rodzącej na skurcze macicy;
 - 4) dokonywania oceny stanu płodu przez osłuchiwanie i ocenę czynności serca płodu co najmniej przez minutę, co 15-30 minut, i odróżnienie czynności serca płodu od innych zjawisk akustycznych, przy czym monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiogramu należy prowadzić jedynie w medycznie uzasadnionych przypadkach;
 - 5) prowadzenia psychoprofilaktyki położniczej oraz łagodzenia dolegliwości występujących u rodzącej;
 - 6) aktywizowania rodzącej do czynnego udziału w porodzie poprzez:
 - a) informowanie o postępie porodu,
 - b) pomoc w wyborze sposobu prowadzenia porodu oraz zachęcanie do stosowania różnych udogodnień i form aktywności,
 - c) zachęcanie do wyrażania swoich potrzeb związanych z porodem,
 - d) współpracę z osobą bliską;
 - 7) dokumentowania postępu i przebiegu porodu, wyników obserwacji, wykonywanych badań i zabiegów oraz dobrostanu rodzącej i płodu, w tym prowadzenie partogramu;
 - 8) przygotowania zestawu do porodu oraz miejsca do odbycia II okresu porodu.

IX. Postępowanie w II okresie porodu.

1. Brak postępu II okresu porodu w przypadku:

- 1) pierworódki - stwierdza się, gdy przez 2 godziny nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie lub silne, nie dające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu;
- 2) wieloródki - stwierdza się, gdy okres ten trwa dłużej niż 1 godzinę i nie następuje zstępowanie części przodującej płodu, a stan rodzącej wskazuje na wyczerpanie lub silne, nie dające się powstrzymać parcie trwa ponad godzinę i nie przynosi efektu.

2. W przypadku stwierdzenia braku postępu II okresu porodu dalszą opiekę nad rodzącą obejmuje lekarz specjalista położnictwa i ginekologii.
3. W II okresie porodu należy:
 - 1) zachęcać rodzącą do przyjmowania pozycji, którą uznaje za najwygodniejszą;
 - 2) poinformować rodzącą, że w II okresie porodu powinna kierować się własną potrzebą parcia.
4. W ramach prowadzenia II okresu porodu. Osoba sprawująca opiekę rozpoznaje ten okres porodu opierając się na obserwacji zachowania rodzącej, jej odczuć oraz wyniku badania położniczego wewnętrznego. W tym okresie porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do podjęcia, realizacji oraz udokumentowania wykonania następujących zadań:
 - 1) oceny stanu ogólnego rodzącej;
 - 2) oceny czynności serca płodu po każdym skurczu mięśnia macicy (pomiar powinien trwać co najmniej 1 minutę);
 - 3) oceny czynności skurczowej mięśnia macicy;
 - 4) pozostawania w stałym kontakcie z rodzącą, po przygotowaniu zestawu do porodu i miejsca do porodu;
 - 5) przygotowania się do przyjęcia porodu, zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki;
 - 6) współpracy z rodzącą umożliwiającej przyjęcie dogodnej dla niej pozycji oraz sposobu parcia przyczyniającego się do postępu porodu, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji wertykalnych;
 - 7) ochrony krocza - nacięcie krocza należy stosować tylko w medycznie uzasadnionych przypadkach;
 - 8) kontroli odginania się główki płodu, a po jej urodzeniu podjęcie czynności zapewniających prawidłowe wytaczanie się barków;
 - 9) położenia noworodka bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki pozwalają na to, oraz osuszenia i zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła.

X. Postępowanie w III okresie porodu.

1. Czas trwania III okresu porodu nie powinien przekroczyć 1 godziny. Prawidłowa objętość fizjologicznego krwawienia w III okresie porodu nie powinna przekraczać 400 mililitrów krwi.
2. Poród w III okresie może być prowadzony w sposób aktywny lub wyczekujący.
3. W ramach prowadzenia III okresu porodu osoba sprawująca opiekę jest obowiązana do

podjęcia, realizacji i udokumentowania wykonania następujących zadań:

- 1) oceny stanu ogólnego rodzącej na podstawie podstawowych parametrów stanu ogólnego oraz oceny zabarwienia powłok skórnych i błon śluzowych;
- 2) oznakowania noworodka, przed jego odpepnieniem, zgodnie z odrębnymi przepisami oraz poinformowania matki o godzinie porodu i płci dziecka;
- 3) zaciśnięcia pępowiny po ustaniu tętnienia;
- 4) przecięcia pępowiny jałowymi narzędziami;
- 5) oceny stanu noworodka - w razie potrzeby podjęcie czynności resuscytacyjnych, zgodnych ze standardem resuscytacji;
- 6) przystawienia noworodka do piersi, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają;
- 7) w uzasadnionych sytuacjach podania leków naskurczowych¹;
- 8) oceny stanu tkanek miękkich kanału rodnego, a w przypadku nacięcia krocza jego rozległości;
- 9) oceny krwawienia z dróg rodnych i stopnia jego nasilenia;
- 10) oceny obkurczenia mięśnia macicy;
- 11) rozpoznania objawów oddzielenia i wydalenia łożyska²;
- 12) oceny kompletności popłodu;
- 13) oceny ilości utraconej krwi podczas porodu.

XI. Prowadzenie IV okresu porodu.

1. W czasie IV okresu porodu zadania podejmowane są adekwatnie do potrzeb rodzącej oraz noworodka.
2. Opieka nad rodzącą podczas IV okresu porodu obejmuje:
 - 1) kontrolę i ocenę stanu ogólnego;
 - 2) kontrolę i ocenę stanu obkurczenia mięśnia macicy i wielkość krwawienia z dróg rodnych;
 - 3) kontrolę stanu kanału rodnego ze szczególnym uwzględnieniem kontroli szyjki macicy we wziernikach;

¹ Po odpepnieniu noworodka zalecane jest profilaktyczne podanie matce leków naskurczowych. Lekiem z wyboru jest oksytocyna podawana w dawce od 3 do 5 IU dożylnie w bolusie lub domięśniowo.

² Aktywne wydalenie łożyska powinno mieć miejsce po jego oddzieleniu się. Niezalecane jest wykonywanie ucisku na dno macicy, masowanie macicy (poza przypadkami krwotoku) oraz pociąganie za pępowinę.

- 4) zaopatrzenie chirurgiczne ran w obrębie kanału rodnego i krocza;
- 5) demonstrację karmienia piersią oraz przekazanie informacji na temat sposobu utrzymania laktacji;
- 6) udokumentowanie dokonanych obserwacji i wykonanych zadań.

XII. Opieka nad noworodkiem.

1. Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować zarówno matkę jak i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawienia i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.
2. Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar. Ocena ta może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne. Wyniki tej oceny należy odnotować w dokumentacji medycznej.
3. Oceny, o której mowa w ust. 2, należy wykonywać:
 - 1) dwukrotnie: w pierwszej i piątej minucie życia – u noworodków urodzonych w stanie dobrym (8 - 10 pkt Apgar);
 - 2) czterokrotnie: w pierwszej, trzeciej, piątej i dziesiątej minucie życia - u noworodków urodzonych w stanie średnim (4 – 7 pkt Apgar) i ciężkim (0 – 3 pkt Apgar).
4. Zaleca się sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad położnicą i zdrowym noworodkiem przez tę samą osobę.
5. W miejscu, gdzie rodzi się noworodek musi znajdować się co najmniej jedna osoba posiadająca umiejętność resuscytacji i dysponująca niezbędnym sprzętem do resuscytacji.
6. Po pierwszym kontakcie z matką noworodek jest oceniany, jeżeli to możliwe w obecności matki, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia właściwej, ze względu na zdrowie noworodka, temperatury otoczenia. Ocena obejmuje:
 - 1) stan ogólny oraz adaptację pourodzeniową noworodka, ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego;
 - 2) ewentualną obecność wad rozwojowych – kontrola drożności przełyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu;
 - 3) ewentualną obecność uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu.

7. Po przeprowadzonej ocenie stanu noworodka należy dokonać pomiarów antropometrycznych:

- 1) masy ciała,
- 2) długości ciała (bez prostowania kończyn dolnych w stawach biodrowych),
- 3) obwodu głowy,
- 4) obwodu klatki piersiowej

- których wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej.

8. W okresie noworodkowym należy zapewnić warunki prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka poprzez:

- 1) dostarczenie matce wyczerpujących informacji na temat korzyści i metod karmienia piersią;
- 2) przeprowadzenie instruktażu matki w zakresie prawidłowego karmienia piersią, uwzględniającego informację, że we wczesnym okresie karmienia piersią należy podejmować próby przystawienia noworodka do piersi do kilkunastu razy na dobę na różne okresy czasu, a jeżeli noworodek nie budzi się należy go budzić do karmienia po 4 godzinach licząc od ostatniego karmienia;
- 3) zachęcanie matki do przystawiania noworodka do piersi po zaobserwowaniu wczesnych oznak głodu (czuwanie i zwiększona aktywność, poruszanie ustami, odruch szukania);
- 4) dokonywanie, w okresie pierwszych dni po urodzeniu, podczas karmienia bieżących obserwacji cech dobrego przystawienia i pozycji przy piersi oraz objawów skutecznego i nieskutecznego karmienia, których wyniki są odnotowane w dokumentacji medycznej;
- 5) nie podawanie noworodkom karmionym piersią do picia wody, roztworu glukozy lub nie dokarmianie ich sztucznym mlekiem początkowym, jeśli nie wynika to ze wskazań medycznych;
- 6) nie stosowanie, w okresie stabilizowania się laktacji, smoczków w celu uspokajania noworodka.

9. W okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka lekarz neonatolog lub lekarz pediatra, w obecności matki, wykonuje poszerzone badanie kliniczne obejmujące w szczególności:

- 1) ciepłotę ciała;
- 2) zabarwienie powłok skórnych;
- 3) wydolność oddechową (tor oddychania, częstość oddechów, zaburzenia oddychania);
- 4) stan świadomości;

5) napięcie mięśni i aktywność ruchową.

10. Plan badania klinicznego noworodka:

- 1) wygląd dziecka:
 - a) ocena ułożenia ciała,
 - b) ocena zabarwienia powłok skórnych (różowe, czerwone, blade, sine, żółte),
 - c) badanie w kierunku występowania ewentualnych nieprawidłowości uwarunkowanych chromosomalnie (w szczególności: zespół Downa, zespół Turnera),
 - d) ocena adekwatności masy ciała do czasu trwania ciąży (prawidłowa, za duża lub za mała) – w przypadku wątpliwości ocena dojrzałości wg skali Ballard;
- 2) skóra: obecność znamion, odbarwień smółką, wybroczyn, otarć, nacięć, miejscowej sinicy;
- 3) głowa:
 - a) ocena wielkości i napięcia ciemiaczek (przedniego i tylnego),
 - b) ocena obwodu głowy,
 - c) ocena w kierunku ewentualnej obecności krwaka podokostnowego;
- 4) twarz:
 - a) ocena osadzenia gałek ocznych,
 - b) badanie w kierunku stwierdzenia obecności ewentualnych wylewów dospójówkowych,
 - c) ocena powiek,
 - d) obecność zaćmy (czerwony refleks),
 - e) ocena budowy żuchwy i warg;
- 5) jama ustna:
 - a) symetria i wielkość języka,
 - b) ocena podniebienia;
- 6) kończyny górne i dolne:
 - a) ocena proporcji budowy,
 - b) liczba palców,
 - c) ocena ruchomości biernej i czynnej,
 - d) obecność ewentualnych objawów niedowładu splotu barkowego (porażenie typu Erba lub Klumpkego),
 - e) obecność ewentualnych obrzęków;
- 7) klatka piersiowa:

- a) ocena proporcji budowy z uwzględnieniem grzbietowej powierzchni i kręgosłupa,
 - b) ocena toru oddechowego i częstości oddechów,
 - c) osłuchiwanie i ocena prawidłowości szmerów oddechowych,
 - d) ocena gruczołów sutkowych;
- 8) układ krążenia:
- a) ocena tonów i szmerów serca,
 - b) ocena uderzenia koniuszkowego,
 - c) ocena tętna na tętnicach ramiennych i udowych;
- 9) brzuch:
- a) ocena wątroby i śledziony,
 - b) badanie palpacyjne w kierunku wykrycia oporów patologicznych w jamie brzusznej;
- 10) narządy płciowe: ocena prawidłowości i dojrzałości budowy narządów płciowych zewnętrznych;
- 11) ośrodkowy układ nerwowy:
- a) ocena zachowania (stan pobudzenia, ciągły płacz, charakter krzyku, senność i apatia),
 - b) ocena ułożenia kończyn,
 - c) ocena symetrii odruchów Moro i chwytnych;
- 12) badanie stawów biodrowych w kierunku obecności ewentualnego objawu przeskakiwania.
11. Noworodki ze stwierdzonymi podczas badania, o którym mowa w ust. 10, zaburzeniami, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia, należy niezwłocznie przekazać do oddziału patologii noworodka o poziomie referencyjnym adekwatnym do potrzeb zdrowotnych noworodka.
12. W okresie pierwszych 48 godzin po urodzeniu należy przeprowadzać regularną ocenę stanu ogólnego noworodka, w tym zabarwienia skóry, stanu nawodnienia oraz wypróżnień.
13. Noworodkowi należy wykonać obowiązkowe czynności profilaktyczne obejmujące:
- 1) profilaktykę krwawienia wywołanego niedoborem witaminy K poprzez jednorazowe podanie witaminy K, zgodnie z aktualnymi zaleceniami;
 - 2) profilaktykę zakażenia przedniego odcinka oka, zgodnie z aktualnymi zaleceniami;
 - 3) szczepienia ochronne, zgodnie z odrębnymi przepisami;
 - 4) podanie dodatkowo immunoglobulin anty HB_s dzieciom matek HB_s dodatnim

(uodpornienie czynno-bierne);

5) rozpoczęcie profilaktyki krzywicy, zgodnie z aktualnymi zaleceniami.

14. Noworodkowi należy wykonać obowiązujące badania przesiewowe, w szczególności w kierunku fenylketonurii, mukowiscydozy, wrodzonej niedoczynności tarczycy oraz badanie przesiewowe słuchu.

15. Zaleca się, aby u każdego noworodka wykonać przesiewowe badanie pulsoksymetryczne w celu wczesnego wykrycia bezobjawowych, krytycznych wad serca. Pomiar saturacji należy przeprowadzić na prawej kończynie dolnej w ciągu 2 – 3 min w czasie między 2. a 24. godz. po urodzeniu. Saturacja $\leq 95\%$ jest wskazaniem do wykonania badania echokardiograficznego w trybie pilnym.

16. Należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym zewnętrzną dokumentację medyczną noworodka, zawierającą w szczególności informacje dotyczące:

- 1) istotnych danych dotyczących przebiegu ciąży i porodu;
- 2) wykonanych pomiarów antropometrycznych;
- 3) wykonanych szczepień ochronnych;
- 4) wykonanych badań przesiewowych;
- 5) wykonanych czynności profilaktycznych;
- 6) pobytu dziecka w szpitalu;
- 7) wydanych zaleceń żywieniowych, pielęgnacyjnych oraz niezbędnych konsultacji specjalistycznych.

17. Należy sporządzić i wydać przedstawicielom ustawowym dokumentację noworodka określoną przepisami o aktach stanu cywilnego.

XIII. Podstawy zabiegów resuscytacyjnych u noworodków.

1. Noworodka wymagającego podjęcia zabiegów resuscytacyjnych bezpośrednio po urodzeniu należy ująć w czysty i ogrzany ręcznik, zacisnąć pępowinę, osuszyć i owinąć go czystym i ogrzanym ręcznikiem lub ułożyć na płaskiej powierzchni pod promiennikiem ciepła, zapewnić utrzymanie odpowiedniej temperatury otoczenia.

2. Przed zabiegiem resuscytacji należy ocenić stan noworodka na podstawie następujących parametrów:

- 1) zabarwienia powłok na tułowie, wargach i na języku;
- 2) napięcia mięśniowego;
- 3) częstości i toru oddychania;
- 4) częstości akcji serca - sprawdzanej stetoskopem;

3. Parametry wymienione w ust. 2 należy wielokrotnie kontrolować w trakcie zabiegów resuscytacyjnych.
4. Noworodek, który oddycha regularnie, ma czynność serca 100 lub więcej uderzeń na minutę, wykazuje różowe zabarwienie tułowia i ma dobre napięcie mięśniowe nie wymaga dalszych zabiegów resuscytacyjnych i powinien być przekazany matce.
5. Noworodek, który ma czynność serca poniżej 100 uderzeń na minutę, oddycha nieregularnie lub wykazuje brak akcji oddechowej, ma sine lub blade zabarwienie powłok i obniżone napięcie mięśniowe wymaga podjęcia zabiegów resuscytacyjnych. Pierwszym etapem resuscytacji jest udrożnienie dróg oddechowych.
6. W celu udrożnienia dróg oddechowych należy:
 - 1) ułożyć główkę dziecka w pozycji neutralnej umieszczając pod barkami dziecka niewielki wałek;
 - 2) unieść żuchwę lub wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy, wykazując ostrożność by nie uszkodzić tkanek miękkich dna jamy ustnej;
 - 3) oczyścić drogi oddechowe poprzez:
 - a) usunięcie krwi, mazi płodowej, smółki, śluzu lub wymiociny stosując odessanie przy użyciu laryngoskopu i miękkiego cewnika,
 - b) zaintubowanie i wykonanie odsysania, wprowadzając cewnik do rurki intubacyjnej na maksymalnie możliwą głębokość - w przypadku zachłyśnięcia smółką noworodka z depresją oddychania; w czasie wysuwania cewnika zastosować ujemne ciśnienie ssania na poziomie 20-30 cm H₂O zabieg odsysania należy powtarzać do chwili stwierdzenia w cewniku treści smółkowej, żywego noworodka z podejrzeniem zachłyśnięcia smółką nie należy odsysać z tchawicy; w czasie odsysania obowiązuje stała kontrola częstości pracy serca (w przypadku zwolnienia akcji serca poniżej 100 uderzeń na minutę należy przerwać odsysanie do czasu przyspieszenia akcji serca powyżej 100 uderzeń na minutę).
7. W przypadku podjęcia przez noworodka regularnego oddychania charakteryzującego się prawidłowymi ruchami klatki piersiowej i różowym zabarwieniem powłok skórnych, należy noworodkowi zapewnić komfort termiczny i regularnie oceniać jego stan kliniczny. Przy braku regularnej czynności oddechowej lub sinego zabarwienia powłok noworodka należy kontynuować zabiegi resuscytacyjne przez wykonanie 5 oddechów, każdy trwający 2 – 3 sekund - wdech powietrzem lub tlenem. Zaleca się stosowanie sztucznej wentylacji przy pomocy urządzeń pozwalających na kontrolę parametrów ciśnienia i stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej, w tym:

- 1) urządzenia ograniczającego ciśnienie z zastawką bezpieczeństwa i możliwością wytworzenia wyższego ciśnienia, jeśli okaże się to potrzebne;
 - 2) zestawu składającego się z worka samorozprężalnego z maską, zapewniając objęcie maską objęcie ust i nosa noworodka.
8. W przypadku braku czynności oddechowej należy noworodka zaintubować, jeżeli nie był zaintubowany wcześniej, i rozpocząć stosowanie sztucznej wentylacji.
9. Sztuczną wentylację z użyciem tlenu należy stosować pod ciśnieniem 25–35 cm H₂O, rozpoczynając od stężenia 30-35% i zwiększając stężenie tlenu w przypadku braku efektu, kontrolując równocześnie czynność serca oraz zabarwienie skóry noworodka. W przypadku uzasadnionego zastosowania 100% tlenu w czasie wentylacji noworodka po urodzeniu należy jak najszybciej dążyć do redukcji tego stężenia.
10. Wentylację z częstością 30-40 oddechów na minutę należy kontynuować do momentu powrotu spontanicznej czynności oddechowej lub podłączenia noworodka do respiratora, kontrolując równocześnie częstość akcji serca poprzez osłuchiwanie okolicy przedsercowej. Podczas wentylacji klatka piersiowa noworodka powinna delikatnie unosić się podczas wykonywanych wdechów. Jeżeli klatka piersiowa dziecka nie unosi się podczas wykonywanych wdechów należy poprawić drożność dróg oddechowych i wykonać rękoczyn wysunięcia żuchwy, jeżeli dotąd tego nie zrobiono. Wskazane jest, aby utrzymywanie drożności dróg oddechowych i prowadzenie wentylacji wykonywały dwie osoby.
11. W przypadku gdy częstość pracy serca noworodka wynosi mniej niż 60 uderzeń na minutę należy podjąć pośredni masaż serca. W prowadzeniu resuscytacji noworodka obejmującej pośredni masaż serca niezbędny jest udział dwóch osób. Osoba wykonująca pośredni masaż serca jest obowiązana wykonać następujące czynności:
- 1) objąć dłońmi klatkę piersiową noworodka i ułożyć oba kciuki na powierzchni 1/3 dolnej części mostka;
 - 2) wykonywać kciukami regularne uciski dolnej części mostka z częstością około 90 ucisków na minutę, na głębokość 1/3 wymiaru przednio-tylnego klatki piersiowej;
 - 3) zwiększyć stężenie tlenu w mieszaninie oddechowej o 20-30%, uzależniając wartość stężenia tlenu od zabarwienia powłok skórnych.
12. Pośredni masaż serca i wentylację należy wykonywać z zachowaniem stosunku 3 : 1 (90 uciśnień klatki piersiowej i 30 oddechów na minutę).
13. W przypadku, gdy po około 30 sekundach pośredniego masażu serca i wentylacji płuc:

1) samoistna czynność serca wzrośnie do ponad 60 uderzeń na minutę i dalej przyspiesza, należy przerwać masaż serca i kontynuować wentylację;

2) samoistna czynność serca nie ulega przyspieszeniu należy:

a) podać 0,1–0,3 ml/kg adrenaliny w roztworze 1 : 10000 (dawkę można powtórzyć kilkakrotnie w odstępach kilkuminutowych, nie przekraczając łącznej dawki 0,3 ml/kg):

- przez kaniulę lub cewnik wprowadzony do żyły pępowinowej,
- za pomocą rurki dotchawiczej, w przypadku braku dostępu dożylnego,

b) kontynuować pośredni masaż serca i wentylację, planując kolejne działania obejmujące zapewnienie dostępu do układu krążenia drogą:

- żyły pępowinowej,
- żyły obwodowej,
- jamy szpikowej (z tego dostępu można skorzystać w przypadku trudności z wykorzystaniem innych dróg dostępu),

c) podjąć działania dla skorygowania potencjalnie odwracalnych przyczyn zatrzymania krążenia takich jak:

- hipowolemia (podać 10 ml/kg płynu krystaloidowego lub krwi),
- hipotermia,
- hipoglikemia,
- odma pęźna.

14. Noworodkowi nie należy podawać leków przed zapewnieniem dobrej wentylacji płuc i pośredniego masażu serca.

15. Zabiegi resuscytacyjne należy niezwłocznie rozpocząć od zaintubowania i odessania noworodka oraz wdrożenia masażu pośredniego serca i wentylacji 40-60% tlenem - w przypadku noworodka, który urodzi się w stanie śmierci klinicznej (Apgar-0).

XIV. Połóg.

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.

2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) stanu ogólnego położnicy;
- 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek;

- 3) laktacji;
 - 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
 - 5) higieny ciała;
 - 6) stanu psychicznego położnicy;
 - 7) relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny.
3. Położnicy zapewnia się poradnictwo laktacyjne.
4. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacji niepowodzeń położniczych lub przypadku urodzenia noworodka o bardzo małej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego lub z wadą wrodzoną.
5. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:
- 1) stanu ogólnego noworodka (ciepłota ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechową, oddawanie moczu i stolca);
 - 2) obecności odruchów noworodkowych;
 - 3) stanu skóry (w szczególności: zażółcenie powłok skórnych, zaczerwienienie – rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypka, ciemieniucha, zasinienie, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
 - 4) odżywiania – określenie rodzaju pokarmu (karmienie naturalne, sztuczne, mieszane), techniki i sposobu karmienia, dopajania oraz objawów zaburzeń jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa);
 - 5) oczu (obrząk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
 - 6) zachowania się dziecka (sen, aktywność ruchowa, płacz);
 - 7) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubranie);
 - 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);
 - 9) higieny pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
 - 10) wykonania badań przesiewowych oraz szczepień zgodnie z odrębnymi przepisami.
6. Wyniki oceny położnicy i noworodka określonych w ust. 2 i 4 odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
7. Opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu

opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.

8. Zakład opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka; zgłoszenie zawiera imię i nazwisko matki, numer PESEL matki, godzinę i datę urodzenia dziecka, płeć dziecka oraz dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połogu.
9. Położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).
10. Planując i realizując indywidualny plan opieki położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka, poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
11. Podczas wizyt położna w szczególności:
 - 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
 - 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka, przyrost masy ciała;
 - 3) udziela rad i wskazówek na temat opieki i pielęgnacji noworodka;
 - 4) ocenia w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;
 - 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej;
 - 6) ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
 - 7) wspiera w sytuacjach trudnych;
 - 8) ustala sposób żywienia noworodka ze szczególnym zwróceniem uwagi na celowość karmienia piersią, pomaga położnicy rozwiązywać problemy dotyczące karmienia piersią;
 - 9) pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
 - 10) edukuje w zakresie profilaktyki przeciwwkrzywicznej i przeciwwkrwotocznej;
 - 11) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
 - 12) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza ginekologa w 6 tygodniu połogu;
 - 13) udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia;
 - 14) udziela porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem;
 - 15) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia

tytoniu na zdrowie, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w porożu, diety matki karmiącej, karmienia piersią, rozwiązywania i zapobiegania problemom związanym z laktacją, pielęgnacji rany krocza, pielęgnacji skóry dziecka;

- 16) realizuje samodzielnie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i ewentualnie rehabilitacyjne wynikające z planu opieki nad porożnicą i noworodkiem;
 - 17) zdejmuje szwy z krocza;
 - 18) realizuje działania pielęgnacyjno- opiekuńcze wynikające z planu opieki;
 - 19) wykonuje czynności diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne zlecone przez lekarza;
 - 20) współpracuje z porożnicą, jej rodziną i zespołem terapeutycznym w realizacji opieki;
 - 21) motywuje do prowadzenia gimnastyki, udziela instruktażu odnośnie kinezyterapii w porożu, jako metody zapobiegania nietrzymaniu moczu;
 - 22) udziela instruktażu w zakresie możliwych technik kąpeli noworodka oraz pielęgnowania skóry, kikutu pępownicy i dna pępka;
 - 23) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu porożu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
 - 24) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w porożu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia porożnicy; wskazuje instytucje, w których może uzyskać stosowną pomoc.
12. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji porożnej, przekazuje ona porożnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
13. Po osiągnięciu przez dziecko 2 miesięcy życia, porożna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarkie podstawowej opieki zdrowotnej.