

L4



Lekcja 04

Środki bezpieczeństwa i szkolenie



Obejrzyj materiał filmowy i postępuj zgodnie z instrukcjami zawartymi w zeszycie ćwiczeń.

Lekcja offline

Omówienie sytuacji klinicznych będących wskazaniem i przeciwwskazaniem do zastosowania próżniociągu.

Założenia

- Doświadczenie operatora
- Warunki konieczne dla bezpiecznej trakcji próżniowej
- Bezpieczeństwo przed, w trakcie i po zakończeniu procedury
- Ograniczenia procedury
- Zasada 3+3
- Zapobieganie powstawaniu krwiałków podokostnowych
- Prawidłowa trakcja
- Ćwiczenia praktyczne
- Wskazania
- Kwalifikacja pacjentek
- Analiza przypadków

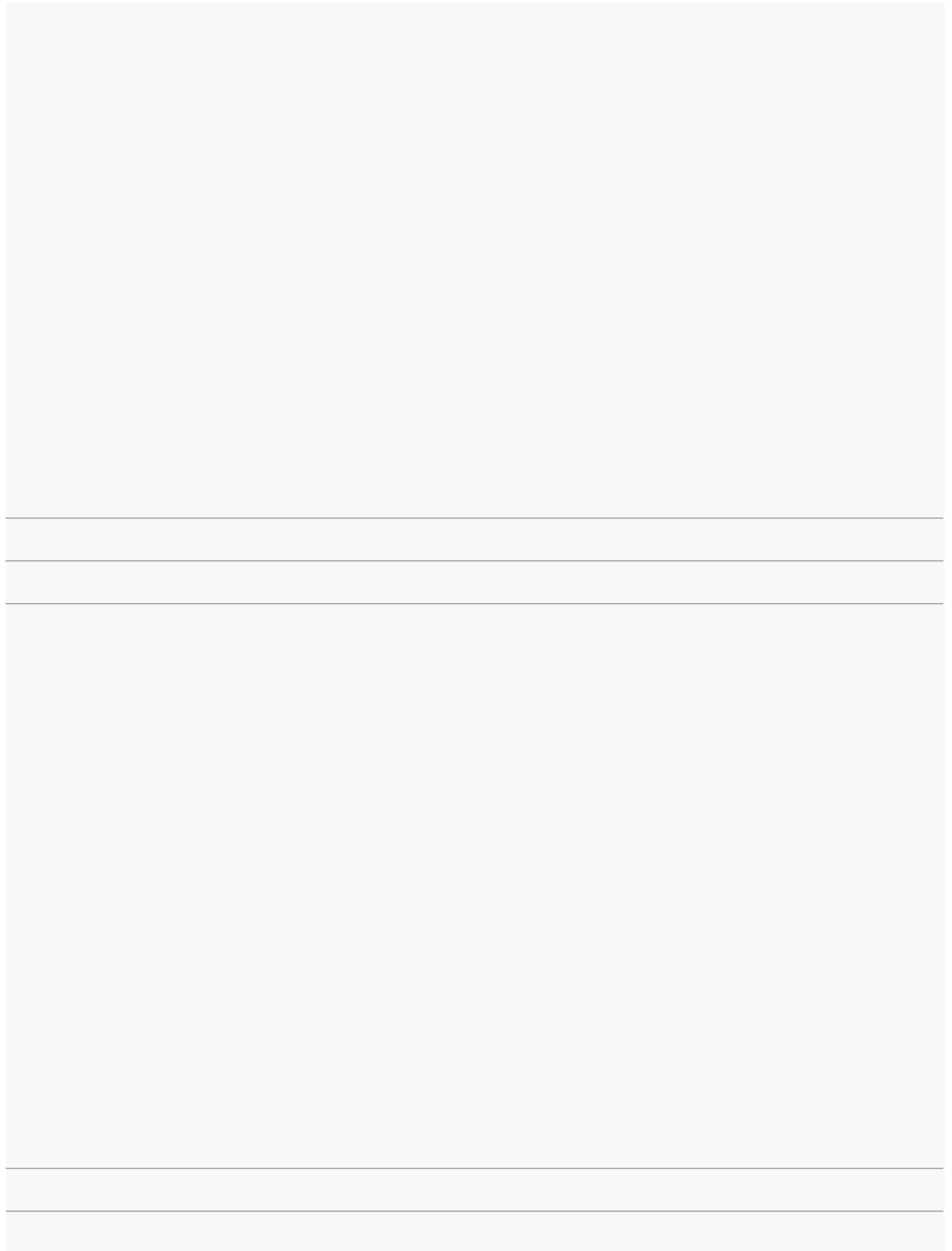


Nie ma wątpliwości, że najważniejszym czynnikiem warunkującym powodzenie procedury próżniowej jest doświadczenie operatora. Niepowodzenie procedury oraz powikłania spowodowane są nieznaną znajomością instrumentarium oraz podstawowych zasad stosowania go.



Notatki

Ćwiczenie 01





Lekcja 04

Środki bezpieczeństwa i szkolenie

Czytanie



Bezpieczeństwo

Bezpieczeństwo porodu z użyciem próżniociągu zależy od kilku czynników, część z nich występuje przed założeniem peloty, wiele pojawia się w trakcie trwania procedury, a inne po wydobyciu płodu. Ciąg wydarzeń, które mogą doprowadzić do niekorzystnych wyników położniczych, często rozpoczyna się wraz z niewłaściwą kwalifikacją pacjentki do zabiegu. Chociaż poprawna kwalifikacja jest podstawowym warunkiem przeprowadzenia porodu z użyciem próżniociągu, to ryzyko związane z tą procedurą zależy również od oddziaływania innych czynników położniczych oraz od umiejętności operatora. Poród z użyciem próżniociągu jest określany, jako procedura o umiarkowanym ryzyku, które może być zaakceptowane, jeśli przeprowadza go przeszkolony i wykwalifikowany personel.

Bezpieczeństwo przed wdrożeniem procedury

W procesie kwalifikacji pacjentek do zabiegu operator powinien opracować listę wskazań, taką jak ta prezentowana w tabeli I (Wskazania do porodu próżniowego), które odzwierciedlają względne ryzyko procedury przed podjęciem jej próby. Poniżej przedstawiono kilka ostrzeżeń:



Aby uniknąć powstania krwiaka podokostnowego unikaj wykonywania procedur kwalifikowanych, jako trudne oraz przedłużonej trakcji.

- Nie stosuj próżniociąg: przed ukończeniem 34 tygodnia ciąży; w ułożeniu czołowym, twarzyczkowym i położeniu miednicowym; gdy główka płodu znajduje się wysoko w kanale rodym (powyżej linii międzykolcowej); gdy występują objawy niewspółmierności matczyno-płodowej,
- Uważaj na przednią wargę szyjki macicy, pamiętaj, że jej cienkie brzegi nie stanowią przeszkody w schodzeniu główki.
- Nie traktuj próżniociąg, jako "narzędzia ratującego" przy porodzie ciężko niedotlenionego płodu. W takich wypadkach zły stan ogólny dziecka, wynikający pierwotnie z innej przyczyny, zostanie przypisany operatorowi i zastosowanej metodzie.
- Uważaj na objawy wyczerpania sił ze strony matki. Nie kompensuj zmniejszonej siły parcia przez zwiększoną lub nadmierną siłę trakcji.
- Nie podejmuj próby zastosowania próżniociągu, jeśli określenie ułożenia główki jest wątpliwe a główki nie jest widoczna podczas skurczu.
- Ostrożnie oszacuj poziom adaptacji główki w kanale rodym. Nadmierne odkształcenie główki w połączeniu z dodatkową siłą wytworzoną przez próżniociąg mogą zwiększyć ryzyko uszkodzeń wewnątrzczaszkowych.

Zaleca się, aby procedury rotacyjne oraz te stosowane w przypadku wysokich pozycji głowy, które uważane są za trudne, były stosowane w warunkach sali operacyjnej. Jeśli pojawią się trudności z ekstrakcją należy natychmiast przerwać procedurę i przystąpić do wykonania cięcia cesarskiego. Wynika to z faktu, że większość uszkodzeń płodu powstaje z powodu opóźnienia pomiędzy nieskuteczną procedurą a cięciem cesarskim. Z uwagi na brak dowodów naukowych taka praktyka jest jedynie zalecana, ale jej korzyści wydają się być oczywiste.

Bezpieczeństwo podczas stosowania próżniociągu położniczego

Należy pamiętać, że prawidłowe umiejscowienie peloty jest warunkiem koniecznym dla prawidłowego przebiegu procedury. Operator powinien być zaznajomiony z procedurą 5 kroków, która jest wspólna dla wszystkich procedur próżniowych. Kilka innych aspektów technicznych zostało przedstawionych poniżej:

- Użyj tylnej peloty dla wszystkich porodów w położeniu potylicowym tylnym i potylicowym poprzecznym
- Uważaj na objawy wyczerpania sił ze strony matki. Nie kompensuj zmniejszonej siły parcia przez zwiększoną lub nadmierną siłę trakcji.
- Pociągaj jednie podczas trwania skurczu macicy, kiedy matka prze. Nie pociągaj po zakończonym skurczu!
- Nie zmniejszaj zadanego ciśnienia próżniowego pomiędzy skurczami.
- Trakcję przeprowadzaj zawsze oburącz, kciuk ręki nieciągącej trzymając na pelocie. Pozwoli to kontrolować przebieg procedury.
- Ogranicz liczbę trakcji. Ręką ciągnącą przytrzymuj uchwyt za pomocą opuszków.
- Ogranicz siłę trakcji (< 25lbs/ 11kgs), pamiętaj by wytworzone ciśnienie nie przekraczało 80kPa (600mmHg)
- Postęp w sprowadzaniu głowy powinien być widoczny po każdej trakcji. Jeżeli po dwóch pociągnięciach nie obserwujesz postępu rozważ kontynuowanie procedury, jeśli po trzech pociągnięciach głowa nie obniżyła się zaprzestań procedury.
- Ogranicz liczbę pociągnięć do trzech w fazie schodzenia i trzech w fazie dna miednicy i wychodu.
- Zaprzestań procedury, jeśli pelota oderwie się dwukrotnie. Do większości przypadków oderwania się peloty dochodzi, gdy główka jest na wychodzie. Można tego uniknąć stosując odpowiednią technikę i kierunek trakcji.
- Standardowa procedura powinna zostać przeprowadzona w ciągu 15min. Nigdy nie powinna przekraczać 20min.
- Po nieskutecznym porodzie próżniowym unikaj stosowania kleszczy, za wyjątkiem przypadku, kiedy głowa znajduje się nią na wychodzie.



Nie jest wskazane użycie kleszczy po nieskutecznym porodzie próżniowym z wyjątkiem przypadku, kiedy głowa znajduje się na wychodzie.

Bezpieczeństwo po porodzie z użyciem próżniociągu położniczego

W przypadku trudnej ekstrakcji zawsze bierz pod uwagę możliwość wystąpienia krwiaka podokostnowego. Jego rozpoznanie w większości przypadków możliwe jest zaraz po porodzie, jednak w niektórych przypadkach może on pojawić się nawet po kilku godzinach od porodu próżniowego. Wczesna diagnoza i wdrożenie odpowiedniego postępowanie są kluczowymi elementami w zmniejszeniu chorobowości i śmiertelności z tego powodu.

- Po porodzie tak szybko jak to jest możliwe neonatolog powinien ocenić głowę dziecka pod kątem obecności niewielkiej ilości płynu w miejscu nałożenia peloty.
- Jeśli poród był trudny, neonatolog powinien okresowo kontrolować skalp dziecka.

Czytanie



Doświadczenie operatora i prawidłowa kwalifikacja pacjentek są najważniejszymi elementami określającymi czy korzyści z interwencji przeważają nad ryzykiem.

Wskazania

Przed kwalifikacją pacjentki do porodu próżniowego operator ma za zadanie ocenić wskazania położnicze oraz występowanie dodatkowych czynników ryzyka. Przed rozpoczęciem procedury powinien ocenić ją, jako standardową, wysokiego ryzyka lub przeciwwskazaną.

Tabela I. Wskazania do zastosowania próżniociągu położniczego

Wskazania typowe:

Poród próżniowy niskiego ryzyka (główka płodu w dnie miednicy lub na wychodzie)

- Przedłużający się drugi okres porodu z główką widoczną podczas skurczów
- Podejrzenie łagodnego niedotlenienia płodu
- Wyczerpanie sił rodzącej
- Elektywne wskazania do skrócenia drugiego okresu porodu

Poród próżniowy pośredniego ryzyka (główka płodu w próżni lub w dnie miednicy)

- Przedłużający się drugi okres porodu z główką niewidoczną podczas skurczów
- Potwierdzone niedotlenienie płodu, główka płodu niewidoczna
- Przedłużający się drugi okres porodu z podejrzaną dysproporcją płodowo-matczyną (duże dziecko, problemy z porodem w wywiadzie)
- Wyczerpanie matki (zmniejszona siła parcia, zmęczenie fizyczne)
- Poród drugiego bliźniaka, gdy główka jest niewidoczna
- Wszystkie powyższe ze współistniejącym nieprawidłowym ułożeniem głowy

Poród próżniowy wysokiego ryzyka, względne przeciwwskazania

- Objawy poważnego niedotlenienia płodu
- Poród drugiego bliźniaka, kiedy główka jest niecałkowicie wstawiona lub doszło do częściowego obkurczenia się szyjki macicy
- Podejrzewane niedotlenienie płodu lub przedłużający się drugi okres porodu związany z nieprawidłowym ułożeniem w ciąży bliźniaczej, przy prawie całkowitym rozwarciu szyjki
- Ułożenie czołowe

(patrz przeciwwskazania)

Przeciwwskazania

Próżniociąg położniczy nie powinien być stosowany, jeśli operator podejrzewa niewspółmierność matczyno-płodową lub kiedy główka znajduje się wysoko w kanale rodym (np. powyżej linii międzykolcowej). Praktyka polegająca na zakładaniu próżniociągu celem obniżenia główki w kanale rodym tak, aby było możliwe założenie kleszczy powinna być zabroniona.

Próżniociąg położniczy nie jest przystosowany do prowadzenia porodu w ułożeniu twarzączkowym lub położeniu miednicowym. W większości przypadków ułożenie czołowe również stanowi przeciwwskazanie, zwłaszcza jeśli operator nie jest wystarczająco doświadczony w zakładaniu tylnej peloty, tak aby założyć ją w odpowiednim miejscu i doprowadzić do przygięcia główki. Powinno się unikać stosowania próżniociągu przed ukończeniem 36 tygodnia ciąży, gdyż struktury wewnątrzczaszkowe mogą być niedostatecznie dojrzałe, aby wytrzymać działanie dodatkowej siły związanej z trakcją. Pomimo to wielu autorów przyjmuje za granicę bezpieczeństwa 34 tydzień ciąży. W tych wypadkach najważniejsze znaczenie ma poprawne nałożenie peloty i prawidłowa technika trakcji w celu uniknięcia uszkodzeń niedojrzałego dziecka. Stosowanie próżniociągu zanim dojdzie do całkowitego rozwarcia jest postępowaniem ryzykownym zarówno dla matki i płodu i jest przeciwwskazane w rutynowej praktyce położniczej. Próżniociąg położniczy powinien być używany z ostrożnością w przypadku znacznego obniżenia siły parcia i jest przeciwwskazany, gdy matka jest w znieczuleniu ogólnym.

Próżniociąg położniczy jest przeciwwskazany przy porodzie dziecka, które ma znaczące ryzyko wystąpienia zaburzeń krzepnięcia (takich jak np. hemofilia). W literaturze spotykamy opis wystąpienia dużego krwiaka podokostnowego związanego z porodem próżniowym przeprowadzonym po wcześniejszym pobraniu próbki krwi ze skalpu płodu, jednak w innych przypadkach nie potwierdzono zwiększonego ryzyka wystąpienia tego typu komplikacji.

Przeciwwskazania

- Brak zaawansowania główki w kanale rodym (główka powyżej próżni)
- Niepełne rozwarcie szyjki macicy
- Niewspółmierność matczyno-płodowa
- Położenie miednicowe, ułożenie twarzączkowe, większość ułożeń czołowych
- Poród przedwczesny (<34 tygodnia ciąży)
- Wysokie ryzyko wystąpienia koagulopatii u płodu



Nie ma dowodów, potwierdzających tezę, że poród próżniowy powinien być przeciwwskazany po wcześniejszym pobraniu krwi ze skalpu płodu albo założeniu elektrody na skalp. Te procedury nie są uważane za przeciwwskazania.




Lekcja 04

Środki bezpieczeństwa i szkolenie

Ćwiczenie 02

Czynniki warunkujące bezpieczne zastosowanie próżniociągu położniczego

 Wymień czynniki warunkujące bezpieczne zastosowanie próżniociągu położniczego.

Ćwiczenie 03



W przypadku procedury ocenianej przez operatora jako trudna, próba porodu z użyciem próżniociągu powinna zostać przeprowadzona w warunkach sali operacyjnej

Bezpieczeństwo przed porodem próżniowym


 Wymień przedporodowe okoliczności, które są przeciwwskazaniem do zastosowania próżniociągu.

Ćwiczenie 04



Należy pamiętać, że prawidłowe umiejscowienie peloty jest warunkiem koniecznym dla prawidłowego przebiegu procedury.

Bezpieczeństwo podczas porodu próżniowego

 **Wymień warunki bezpieczeństwa, które powinny zostać spełnione podczas porodu próżniowego.**

Ćwiczenie 05

Bezpieczeństwo po porodzie próżniowym

 **Jakie kroki należy podjąć po zakończeniu porodu z użyciem próżniociągu?**

* W przypadku trudnej ekstrakcji zawsze bierz pod uwagę możliwość wystąpienia krwiaka podokostnowego. Jego rozpoznanie w większości przypadków możliwe jest zaraz po porodzie, jednak w niektórych przypadkach może on wystąpić dopiero po kilku godzinach od porodu. Wczesna diagnoza i wdrożenie odpowiedniego postępowanie są kluczowymi elementami w zmniejszeniu chorobowości i śmiertelności z tego powodu.

Ćwiczenie 06

Ograniczenia procedury

Ryzyko poważnego uszkodzenia płodu związanego ze stosowaniem próżniociągu może zostać zmniejszone dzięki przestrzeganiu zasad bezpieczeństwa, które powinny być ściśle przestrzegane i egzekwowane. Udziel odpowiedzi na poniższe pytania dotyczące zasad bezpieczeństwa obowiązujących w porodzie próżniowym.

 Ile wynosi rekomendowane ciśnienie próżniowe?

 Podaj bezpieczny poziom siły trakcji stosowanej podczas porodu próżniowego?

* Najmniejsza dodatkowa siła pochodząca z zabiegu trakcji okaże się skuteczna, jeśli pelota będzie umiejscowiona pośrodkowo i przygięciowo a kierunek trakcji zgodny z osią miednicy. Przy zastosowaniu odpowiedniej techniki możesz zmniejszyć całkowitą siłę trakcji poprzez zmniejszenie ilości pociągnięć.



Liczba pociągnięć powinna być rozumiana, jako liczba skurczy macicy, podczas których następowało parcie rodzącej i trakcja operatora. Jeśli matka podczas jednego skurczu parła dwu lub trzykrotnie powinno to być liczone, jako jedno pociągnięcie.

Ograniczenie liczby pociągnięć jest najważniejszym rekomendowanym środkiem ostrożności stosowanym w celu uniknięcia uszkodzeń noworodka podczas porodu próżniowego.

 Jaka jest rekomendowana liczba pociągnięć w fazie schodzenia?

 Jaka jest rekomendowana liczba pociągnięć w fazie dna miednicy i wychodu?

Ćwiczenie 07

Ograniczenia procedury

Czas trwania procedury powinien być uzależniony od częstości i siły skurczów partych, postępu w obniżaniu się główki płodu oraz rodności.

 Omów limity czasowe uzależnione od różnych sytuacji położniczych.

Jeśli porodu z użyciem próżniociągu nie udaje się ukończyć w ciągu 10min w przypadku wieloródki i 15min w przypadku pierwiastki operator powinien ocenić zasadność prowadzenia porodu tą drogą. Jeśli czas trwania procedury przekracza 20min procedura powinna zostać zaprzestana, a pacjentka zakwalifikowana do cięcia cesarskiego, za wyjątkiem sytuacji, kiedy głowa osiągnęła wychód miednicy.

Do możliwych powikłań próżniociągu położniczego występujących u matki zaliczamy:

- Boczne nacięcie krocza
- Uszkodzenie zwieracza odbytu i dróg rodnych
- Odległe w skutkach zaburzenia statyki narządu rodneho
- Urazy tkanek, które zostały uchwycone pod pelotę

* Operator, który próbuje wykonać trakcję próżniową u pierworódki poddanej znieczuleniu zewnątrzoponowemu, bez wcześniejszego boczego nacięcia krocza, powinien: upewnić się, że skurcze macicy są efektywne, obserwować siłę parcia, umiejscowić pelotę pośrodkowo i przygięciowo celem zmniejszenia płaszczyzny miarodajnej, trakcję wykonywać wzdłuż osi miednicy oraz unikać pociągania ze zbyt dużą siłą.



Zakres akceptacji przez matkę kosmetycznych zmian w wyglądzie noworodka w dużej mierze zależy od postawy personelu medycznego.

Powikłania płodowe próżniociągu położniczego

Nastawienie położników do tej metody prowadzenia porodu w dużej mierze uzależnione jest od jej wpływu na dziecko. Powikłania noworodkowe, które w badaniach przedstawione są, jako występujące z istotną statystycznie częstością, nie posiadają jednak istotności klinicznej w kontekście ciężkości i pozostawiania długotrwałych zmian. Dlatego też, wpływ próżniociągu na dziecko powinien być przedstawiony i oceniony raczej zgodnie z jego klinicznym niż statystycznym znaczeniem. Do możliwych efektów noworodkowych należą:

- **Wygląd główki dziecka:** chignon (lekki obrzęk głowy), przebarwienie i zasinienie w miejscu przyłożenia peloty
- **Klinicznie nieistotne zmiany, które nie pozostawiają trwałych śladów:** krwotok podsiatkówkowy, powierzchowne otarcia skóry skalpu, krwiak podokostnowy, krwiak podskórny, umiarkowana żółtaczka
- **Klinicznie istotne uszkodzenia:** rozległe bądź głębokie rozdarcie skóry skalpu, krwiak podczepcowy, krwotok śródczaszkowy, złamanie kości czaszki
- **Efekty niebezpośrednie bądź przypadkowe:** uszkodzenie splotu barkowego, złamanie obojczyka związane z wystąpieniem dystocji barkowej, zaburzenia oddychania u dzieci będące efektem niedotlenienia wewnątrzmacicznego

Obrzęk skóry głowy (chignon), ślad po pelocie i otarcie skóry skalpu

Wszystkie dzieci urodzone z pomocą próżniociągu będą miały widoczny znak na skórze głowy, różny w zależności od umiejscowienia peloty. Większość z nich to zmiany kosmetyczne, ustępujące, niemające klinicznego wpływu na stan noworodka, jednak mogą powodować znaczne zaniepokojenie rodziców. Należą do nich sztuczne przedgłowie lub chignon (obrzęk skóry głowy) oraz ślad po pelocie, które rozwijają się podczas wytwarzania próżni.



Ciemny chignon (obrzęk skóry głowy) i ślad po pelocie



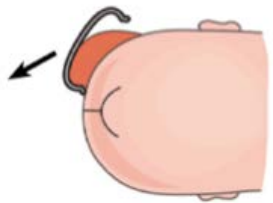
Ten sam noworodek 18 godzin później



Większości uszkodzeń skalpu można uniknąć poprzez prawidłowe nałożenie peloty, unikanie przedłużonej trakcji i zabieganie odrywaniu się peloty.

Rozdarcie skóry skalpu (laceracja)

Trudna ekstrakcja, silna i przedłużona trakcja oraz nagłe oderwanie peloty predysponuje do uszkodzeń skalpu.



Boczne umiejscowienie peloty predysponuje do jej odrywania



Rozdarcie skóry skalpu - zwróć uwagę na boczne przyłożenie peloty



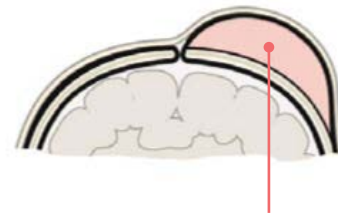
Ten sam noworodek po 12 miesiącach - całkowite zagojenie peloty

Krwiak podkostnowy i podskórny

Krwiak podkostnowy to nagromadzenie krwi w przestrzeni podkostnowej kości czaszki, zwykle w obrębie kości ciemieniowej i ograniczone do linii szwów.



Ciemieniowy krwiak podkostnowy



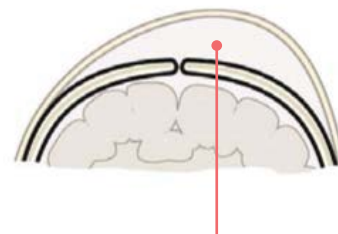
Krwiał podkostnowy pojawia się w przestrzeni podkostnowej czaszki

Krwotok podczepcowy

Krwotok ten występuje, gdy krew gromadzi się w tkance łącznej występującej w miejscu między czepcem ścięgniętym a okostną. W przeciwieństwie do krwiaka podkostnowego wraz z napływem krwi, krwotok podczepcowy może rozszerzyć się poza linię szwów. Jest to zagrażające życiu powikłanie porodu próżniowego.



Palce przyciskające skalp



Krwotok podczepcowy przekracza przestrzeń podkostnową.

Czytanie

Zapobieganie i diagnostyka krwotoku podczepcowego

Krwotok podczepcowy występuje częściej w przypadku niedotlenienia płodu lub, rzadziej, w przypadku zaburzeń krzepnięcia u płodu takich jak np. hemofilia. Silna trakcja, która nie doprowadza do obniżenia się główki (tzw. negatywna trakcja) może prowadzić do oderwania czepeczka ścięgniętego od czaszki, rozerwania leżących poniżej żył i następowego krwawienia. Klinicznie istotny krwotok podczepcowy prawie zawsze jest poprzedzony trudną ekstrakcją próżniową z typowym przebiegiem, który obejmuje:



Aby uniknąć powstania krwiaka podokostnowego unikaj wykonywania procedur kwalifikowanych jako trudne oraz przedłużonej trakcji.

- Nałożenie peloty odgięciowo i bocznie
- Przedłużoną trakcją z nadmierną ilością lub siłą pociągnięć
- Niewystarczające obniżanie się główki lub jego brak
- Wielokrotne oderwanie się peloty, z ponownymi nałożeniami
- Niepowodzenie w początkowej fazie trakcji próżniowej
- Następowe podjęcie próby porodu kleszczowego

Ćwiczenie 08

👁️ **Przeanalizuj obrazek i wskaż krwiak podokostnowy oraz krwawienie podczepcowe.**




Ćwiczenie 09

 Wyjaśnij różnicę pomiędzy krwiakiem podokostnowym a krwotokiem podczepcowym i jej wpływ na postępowanie kliniczne.

* Po porodzie próżniowym głowy wszystkich dzieci powinny zostać dokładnie zbadane najszybciej jak to możliwe, w przypadku trudnej ekstrakcji powinny być ponownie badane w regularnych odstępach czasu, aby wykluczyć przetrwałe krwawienie do skalpu.

Ćwiczenie 10

Klinicznie istotny krwotok podczepcowy jest prawie zawsze poprzedzony trudnym porodem próżniowym.

 Wymień typowy ciąg wydarzeń, który może doprowadzić do krwotoku podczepcowego:

Doświadczenie operatora

Największe znaczenie dla powodzenia procedury z użyciem próżniociągu ma doświadczenie operatora. Niepożądane efekty oraz skutki uboczne związane są często z niezajomością sprzętu oraz podstawowych zasad jego stosowania. W celu przeprowadzenia bezpiecznego porodu próżniowego operator powinien:

- Ocenic wskazania i istotnie czynniki położnicze celem kwalifikacji pacjentki do porodu próżniowego
- Przed przystąpieniem do procedury określić jej poziom ryzyka (procedura o standardowym ryzyku, wysokiego ryzyka, przeciwwskazana)
- Dobrać odpowiednią pelotę, najwłaściwszą dla danego stanu położniczego
- Odnaleźć punkt fleksyjny i być w stanie nałożyć pelotę pośrodkowo i przygięciowo, we wszystkich ułożeniach główki
- Zastosować prawidłową technikę trakcji i wiedzieć jak uniknąć oderwania peloty
- Osiągnąć duże doświadczenie w standardowej ekstrakcji próżniowej zanim zacnie się wykonywać bardziej skomplikowane procedury
- Przestrzegać zasad bezpieczeństwa, które muszą być stosowane przed, w trakcie i po porodzie próżniowym
- Prowadzić raport porodów próżniowych oraz regularnie sprawdzać przeglądy systematyczne dotyczące porodów instrumentalnych z zastosowaniem próżniociągu
- Poznać możliwości i ograniczenia próżniociągów położniczych.



Operator powinien zdawać sobie sprawę, iż poród kleszczowy i poród próżniowy nie są do siebie podobne i dlatego doświadczenia z użycia jednego instrumentu nie mogą być wykorzystane do zastosowania drugiego.

* Ponieważ trakcja próżniowa na wychodzie jest procedurą łatwą do wykonania i bezpieczną dla płodu, dlatego dla operatorów mniej doświadczonych zaleca się zdobycie umiejętności w tym zakresie zanim przystąpią do poznania technik bardziej skomplikowanych takich jak rotacyjne procedury wykonywane w próżni i dnie, które są bardziej wymagające i przebiegają z użyciem specyficznego instrumentarium.

Praktyczne uwagi dla operatorów

Operator powinien właściwie ocenić różne sytuacje położnicze pod kątem bezpieczeństwa zastosowania próżniociągu. Ponadto, powinien nauczyć się oceniać procedury instrumentalne pod kątem wymaganych umiejętności technicznych, a także dążyć do opanowania wszystkich aspektów ekstrakcji próżniowej przy porodach niepowikłanych zanim przystąpi do wykonywania bardziej skomplikowanych ekstrakcji.

Prezentowany poniżej system klasyfikacji operatorów został opracowany przez Dr Aldo Vacca, który był wieloletnim instruktorem w zakresie porodu z użyciem próżniociągu położniczego (Vaccum Assisted Delivery, VAD).

Stopień podstawowy (level C):

- Kursant ma doświadczenie w prowadzeniu porodu fizjologicznego i związanego z nim komplikacji
- Kursant ukończył kurs z VAD, zawierający ćwiczenia praktyczne na fantomach
- Kursant wykonał co najmniej 5 VAD niskiego ryzyka (skalp widoczny w szparze sromowej, ułożenie potylicowe przednie), pod nadzorem doświadczonego operatora

Stopień praktyka (level B):

- Kursant ukończył level C
- Kursant wykonał co najmniej 5 VAD średniego ryzyka (skalp niewidoczny, ułożenie potylicowe przednie, potylicowe tylne, potylicowe poprzeczne), pod nadzorem doświadczonego operatora
- Kursant posiada księgę raportów wykonanych VAD

Stopień wykwalifikowanego operatora (level A)

- Kursant ukończył level B
- Kursant może wykonać wszystkie rodzaje VAD
- Kursant nadzoruje kursantów z levelu B i levelu C

* Oparty na technice 5-stopniowej kurs uważany jest za przygotowanie przed przystąpieniem do warsztatów praktycznych. Szkolenie warsztatowe jest uważane za przygotowanie do ukończenia stopnia podstawowego (poziom C), w oficjalnym programie szkoleniowym niniejszej organizacji.



Lekcja 04

Środki bezpieczeństwa i szkolenie

Lekcja 4 jest zakończona. Zapraszamy do Testu Sprawdzającego.

 Notatki



Test Sprawdzający dla Lekcji 4

www.thevacca5steps.academy

Komentarz eksperta