medela

INSTRUCTIONS FOR USE
Technique

GEBRAUCHSANWEISUNG
Technik

MODE D'EMPLOI
Technique

ISTRUZIONI PER L'USO
Procedura

GEBRUIKSAANWIJZING
Techniek

BRUKSANVISNING
Teknik

BRUGSANVISNING
Teknisk brugsanvisning

KÄYTTÖOHJEET
Tekniikka

BRUKSANVISNING
Teknik

INSTRUCCIONES DE USO
Técnica

INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO
Técnica

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
Τεχνική

NÁVOD K POUŽITÍ
Technika výkonu

ENGLISH

Intended User
Vacuum extraction must only be performed or supervised by trained and experienced clinicians. Proper surgical procedures and techniques are the responsibility of the medical practitioner. Each physician must evaluate the appropriateness of the procedure based on his or her medical training and experience.
The neonatal staff must be aware of the indications, contraindications and precautions for assisted delivery and must observe the infant for signs of complications of vacuum assisted delivery.

Maternal indications
- Shortening of second stage labour (e.g. maternal exhaustion, reduced maternal effort, fever, hypertensive, cardiac, previous caesarean section, poor progress of 2nd stage, non-reassuring fetal monitoring part, delivered head, asynclitism, inadequate expulsive effort)
- Special cases (e.g. vacuum caesarean section, delivery of second twin)

Fetal indications
- Fetal distress (e.g. expedite delivery with abnormal CTG, bradycardia)

Conditions
- Gestational age > 36 weeks, weeks, estimated fetal weight of 2,500 g or more
- Vertex presentation, with the head well-flexed
- Ruptured membranes
- Cervix fully dilated
- Head fully engaged
- Empty bladder

Contraindications for VAD (Pup. 1 and 2)

Maternal contra-indications
- Unengaged fetal head
- Cephalopelvic disproportion (CPD)
- Cervix not fully dilated
- Uncooperative subject
- Failed forceps
- Fix dismemberment
- HIV positive status

Fetal contra-indications
- Prematurity < 36 weeks gestation or fetal weight < 2,500 g
- Abnormal presentation
- Fetal abnormalities
- Bleeding disorders/coagulopathies
- Osteogenesis imperfect
- Excessive caput/moulding
- Fetal scalp damage

Safety Notes
Conditions that require close observation:
- Fetal scalp damage
- Delivery requiring excessive unusual amounts of traction
- Progressive descent of the fetal head should result with each effort at traction
- If progress does not occur, the attempt at vacuum delivery should be discontinued

These recommendations are intended only as general guidelines. Practitioners must refer to specific institutional and medically recognized guidelines that address suction cups and delivery assisted procedures. Operative vaginal delivery in women living with HIV is probably safe, provided they use combined antiretroviral therapy. Refer to latest available research on this topic.

Technique
1. The position of the fetal head and posterior fontanelle must be accurately assessed.
2. Vaginal examination the head should be fully engaged.
Vaginal examination will indicate the type and size of cup that should be used. In general, the biggest cup size should be used.
If there is excessive caput, the Silc Cup should not be used, a Bird or Malmström Cup should be used instead.
Prepare suction cups:
Single Use products are sterile and, unless the package is damaged, can be used immediate use. When using the Single Use Silc Cup remove the disc inside before use.
Connect the vacuum tubing to the cup and the vacuum pump **(Fig. 2)**. Check the integrity of the device with desired vacuum levels according to instructions of the vacuum pump.
Note: Vacuum suction is not used.
3. Place the patient in the lithotomy position. Delivery can also be undertaken in dorsal, left lateral or squatting positions.
The need for episiotomy incision or local perineal infiltration is as in spontaneous delivery and in accordance with local clinical practice.
Ensure the patient bladder is empty.
4. Informed consent should be obtained prior to the vacuum aided delivery process.
5. Wipe the scalp as clean as possible.
6. Carefully examine fetal presenting part prior to positioning and position the cup over the flexion point.
7. The suction cup is introduced by advancing it towards the fetal head **(Fig. 4–6)**.
When using a soft silicone cup (Silc Cup), squeeze together and advance towards fetal head **(Fig. 7)**
Lubrication of the cup by means of suitable obstetric antiseptic cream may be done, if preferred.
8. An effort should be made to place the cup 30 mm in front of the posterior fontanelle **(Fig. 8)**.
9. Make sure that neither the cervix nor the vagina is included in the cup by gently moving a finger around the rim of the cup.
10. With the cup on, apply flexion point, raise the vacuum level approximately to –20kPa (–150 mmHg).
11. Now palpate the rim of the cup with one finger to check that no soft tissue are under the cup **(Fig. 9 and 10)**.
12. With the onset of a contraction, increase the vacuum to between –60 to –80kPa (–450 to –600 mmHg).
Never exceed the maximum recommended vacuum of –80 to –80kPa (–450 mmHg to –600 mmHg).
Increase the vacuum to the desired level – incremental increase is not required; gradual increase is not recommended. Adhesion will be satisfactory as soon as the necessary vacuum is reached.
13. Traction can then be applied synchronously with the contractions.
Traction should be applied with one hand. One hand grips the handle and pulls gently while the index finger of the other hand is held against the fetal head and edge of the cup in order to check that the head descends with traction along the axis of the birth canal **(Fig. 11)**.
14. With each successive traction, draw the infant's head gently downwards.
If the fetal head does not descend follow when traction is applied, check that the traction is along the axis of the birth canal **(Fig. 12)**.
15. Between contractions, discontinue the traction and reduce the vacuum to approximately –20kPa (–150 mmHg) while awaiting the next contraction. Never exceed 10 minutes of continuous traction time.
The mother can normally bear down 2–3 times during a contraction. Traction should be applied throughout this period.
Sometimes it may be helpful to maintain gentle traction between contractions to hold the head in place so it does not slide back.
16. If the cup separates from the fetal scalp, it may be due to excessive traction, or obstructed labour. Review the indications for VAD to ensure there is no cephalopelvic disproportion (CPD). Each traction effort must result in descent of the fetal head. Avoid jerking the instrument and only use steady traction. During steady traction, if the vacuum is about to be lost, or will be sucked under the cup causing it to emit an audible warning hiss. Traction should then be discontinued and the cup allowed to adhere firmly again. Correct the direction of traction and resume traction with the next contraction. The need for episiotomy must be considered in each case.
The obstetrical instrument does not require routine episiotomy. In cases of severe fetal distress, however, episiotomy may be indicated for vaginal delivery.
17. Delivery of the head can normally be achieved with three traction efforts, within a maximum of 15–20 minutes **(Fig. 13)**. Once the head has been delivered, reduce vacuum to 0, switch off the vacuum source and remove the cup. The shoulders and trunk delivered in the same way as in spontaneous delivery.
18. Document the use of the suction cup and notify the nurses staff per hospital procedure.

Single Use Bird Cup/Stainless Steel Suction Cups/ CoosAid Cup Cesarean Delivery – Procedure
The following procedure is not recommended with low cervical or classical cesarean.
1. Proceed according to Vaginal Delivery guidelines for connecting the device and checking the device for integrity with desired vacuum levels.
2. Incise the lower segment of the uterus and determine the fetal presentation.
3. Carefully confirm fetal position:
- If the fetal head is high and readily available beneath the uterine incision, place the Bird cup 30 mm behind the anterior fontanelle over the flexion point.
- If the fetal head is low and inaccessible, place the gloved fingers under the head and lift upward bringing the scalp into the uterine incision. Delivery may be possible without the need of vacuum assistance.
4. Apply the cup and check to insure no umbilical cord or tissue is trapped between the cup and the scalp.
5. Gently draw the head upward through the incision, when the vacuum pressure reaches –60kPa (–450 mmHg).
6. **Do not** rotate or bend the instrument, as this can release the vacuum.
7. As delivery of the head is completed, discontinue vacuum and remove the cup.
8. Continue delivery in the usual manner.
9. Document the use of the vacuum extractor and notify the nursery staff according to protocol.

Complications of Vacuum Assisted Delivery
Rigorous clinical judgement is the basis of a safe and effective vacuum delivery procedure.
Causes of failure are commonly due to incorrect angel of traction, incorrect cup placement, or cephalopelvic disproportion.
Cup detachment may occur for the above reasons, or in the application of traction cup or equipment failure.
Ensure the procedure takes no longer than 15 minutes, with a maximum vacuum of –80 to –80kPa.
Maternal damage is rare, and is mostly lacerations to the vagina, cervix or vulva.
Soft tissue injuries.
Extension of episiotomy incision.
Scalp trauma, bruising, contusion, laceration and scalp edema.
Skull fracture, cephalohematoma, subgaleal hematoma.
Intracranial, parenchymal, retinal, subdural, subperiosteal, subarachnoid, intraventricular, anoxic injury and possible death.
Neonatal jaundice.
Fetal scalp trauma, some bruising or lacerations are generally not significant causes of fetal morbidity.
Cephalohematomas ai subaponeurotic hemorrhage may sequestrate significant injury, and babies so diagnosed ought to be referred for a pediatric assessment and possibly further management.
A written summary of all instrumental deliveries, for inclusion in the maternal records.

CAUTION: U.S. Federal law restricts this device to sale by or on the order of a physician.

Any serious incident that occurred in relation to the device should be reported to Medela AG and the relevant Competent Authority.

DEUTSCH

Vorgesehene Benutzer
Vakuumextraktionen dürfen ausschließlich von geschulten und erfahrenen Ärzten durchgeführt oder beaufsichtigt werden.
Die ordnungsgemäße Anwendung chirurgischer Verfahrensweisen und Techniken liegt in der Verantwortung des Arzts.
Jeder Arzt muss die jeweilige Angemessenheit des Verfahrens auf Grundlage eigener medizinischer Ausbildung und Erfahrung beurteilen.
Das Neonatalpersonal muss die Indikationen, Kontraindikationen und Sicherheitsvorkehrungen für Vakuumentbindung kennen und Anzeichen für etwaige Komplikationen erkennen können.

Mütterliche Indikationen
- Verkürzung der zweiten Phase der Wehen (z. B. mütterliche Erschöpfung, verminderte mütterliche Leistungsfähigkeit, d. h. Bluthochdruck, Herzpatienten, vorangegangener Kaiserschnitt, langsamer Fortschritt der zweiten Phase, Fehlstellung des vorangehenden Körperteils, Asynclitismus, unzureichende Austreibungsfähigkeit)
- Sonderfälle (z. B. Vakuum-Kaiserschnitt, Entbindung des zweiten Zwillings)

Fötale Indikationen
- Fötale Notsituation (z. B. beschleunigte Entbindung mit abnormem CTG, Bradykardie)

Konditionen
- Schwangerschaft > 36 Wochen, geschätztes fetales Gewicht von 2.500 g oder höher
- Scheitellage mit gutgeformter Kopfneigung
- Gerissene Membrane
- Muttermund vollständig geöffnet
- Kopf vollständig im Geburtskanal
- Leere mütterliche Blase

Kontraindikationen (Abb. 1 und 2)

Mütterliche Kontraindikationen
- Fetaler Kopf noch nicht im Geburtskanal
- Cephalo-pelvines Missverhältnis
- Muttermund ist nicht vollständig
- Unkooperative Patientin
- Gescheiterte operative Zangenoperation
- Zweimaliges (oder mehrmaliges) Abrissender Saugglocke
- HIV-positiver Status

Fötale Kontraindikationen
- Frühgeburt mit Schwangerschaft < 36 Wochen oder fötalem Gewicht < 2.500 g
- Abnorme Lage
- Fötale Anomalien
- Blutungsstörungen/ Koagulopathien
- Osteogenesis imperfecta
- Übergroßer Kopf/Kopfform
- Verletzungen der fötalen Kopfhaut

Sicherheitshinweise
Umstände, die einer genauen Beobachtung bedürfen:
- Verletzungen an der fötalen Kopfhaut
- Entbindung, die übermäßig Zugkraft erfordert
- Jede Traktion sollte ein weiteres Absinken des Fötuskopfes bewirken
- Wird kein Fortschritt erzielt, sollte die Vakuumextraktionsgeburtsversuch

Diese Empfehlungen sind nur als allgemeine Richtlinien zu verstehen. Der Arzt muss die aktuellen institutionellen und medizinisch anerkannten Richtlinien zu Saugglocken und Vakuumentbindungsverfahren beachten. Eine operative vaginale Geburt bei Frauen mit HIV ist relativ sicher, sofern die Patientin eine kombinierte antiretrovirale Therapie anwendet. Siehe die jüngsten Forschungsergebnisse zu diesem Thema.

Technik
1. Die Position des fötalen Kopfes und der hinteren Fontanelle muss genau beurteilt werden.
2. Bei der vaginalen Untersuchung sollte der Kopf sich vollständig im Geburtskanal befinden.
Aus der vaginalen Untersuchung ergibt sich die zu verwendende Saugglocken-Art und -größe. In der Regel sollte die größte Saugglockengröße verwendet werden.
Bei einem übermäßig großen Kopf sollte nicht die Silc Cup eingesetzt werden, sondern eine Bird- oder Malmström-Saugglocke zurückgegriffen werden.
Vorbereitung der Saugglocken:
Einwegprodukte sind steril und sind bei intakter Verpackung für den sofortigen Gebrauch bestimmt. Bei Verwendung der Einweg-Saugglocke Silc Cup ist vor dem Gebrauch die Scheibe im Inneren zu entfernen.
Verbinden Sie den sterilen Saugschlauch mit der Saugglocke und der Vakuumpumpe **(Abb. 3)**. Kontrollieren Sie die Integrität des Geräts mit den gewünschten Vakuumstufen gemäß Bedienanweisung der Saugpumpe.
Hinweis: Wundvakuum wird nicht verwendet werden.
3. Bringen Sie die Patientin in Steinschnittlage. Die Entbindung kann auch in Rückenlage, Linksseitenlage oder Hockstellung durchgeführt werden. Die Notwendigkeit eines Pudendusblocks oder einer lokalen perineuralen Infiltrationsanästhesie ist wie bei einer Spontangeburt und gemäß der örtlichen Vorschriften Praxis zu beurteilen. Stellen Sie sicher, dass die Blase der Patientin leer ist.
4. Vor der Vakuumentbindung sollte eine Einverständniserklärung eingeholt werden.
5. Wischen Sie die Kopfhaut so sauber wie möglich ab.
6. Tasten Sie vor dem Anbringen der Saugglocke behutsam den vorangehenden Teil des Fötus ab und positionieren Sie die Saugglocke über dem Flexionspunkt.
7. Die Saugglocke wird vaginal eingeführt und in Richtung des fötalen Kopfes geführt **(Abb. 4–6)**.
Wird eine weiche Silikon-Saugglocke verwendet (Silc Cup), wird sie zusammengedrückt und zum Kopf des Kindes geführt **(Abb. 7)**. Als Gleitmittel kann nach Wunsch eine geeignete Geburtshilfliche Salbe auf die Saugglocke aufgetragen werden.
8. Die Saugglocke sollte 30 mm vor der hinteren Fontanelle plziert werden **(Abb. 8)**.
9. Tasten Sie mit einem Finger den Saugglockenrand ab, um sicherzustellen, dass weder Gebärmutterhals noch Vagina in der Saugglocke befindet.
10. Erhöhen Sie die Vakuumstufe auf ca. –20 kPa (–150 mmHg), während die Saugglocke über dem Flexionspunkt gehalten wird.
11. Tasten Sie nun mit einem Finger den Saugglockenrand ab, um sicherzustellen, dass sich kein Weichteilgewebe in der Saugglocke befindet **(Abb. 9 und 10)**.
12. Mit dem Einsetzen der nächsten Wehe kann das Vakuum auf –60 bis –80 kPa (–450 bis –600 mmHg) gesteigert werden.
Überschreiten Sie nie das max. empfohlene Vakuum von –60 bis –80 kPa (–450 mmHg bis –600 mmHg).
Erhöhen Sie das Vakuum auf die gewünschte Stärke – eine stufenweise Erhöhung ist dabei nicht erforderlich, eine allmähliche Steigerung wird empfohlen. Die Haftung ist zufriedenstellend, sobald das nötige Vakuum erreicht ist.
13. Ziehen Sie gleichzeitig mit den Wehen.
Der Zug sollte mit einer Hand erfolgen.
Halten Sie mit einer Hand den Griff und ziehen Sie sanft, während der Zeigefinger der anderen Hand auf den Kopf des Kindes und den Rand der Saugglocke gelegt wird um zu überprüfen, dass sich der Kopf durch den Zug im Geburtskanal weiterbewegt **(Abb. 11)**.
14. Ziehen Sie den Kopf des Kindes mit jedem Zug sanft nach unten.
Bewegt sich der Kopf des Kindes nicht, sollte sichergestellt werden, dass die Zugkraft in Richtung des Geburtskanals angewendet wird **(Abb. 12)**.
15. Unterbrechen Sie den Zug zwischen den Wehen und reduzieren Sie das Vakuum ihr Vakuum auf die nächste Wehe auf ca. –20 kPa (–150 mmHg). Die mehr als 10 Minuten die Traktions zulässen Überschreiten. Die Mutter kann während einer Wehe normalerweise zwei bis drei Mal kräftig pressen. Dabei kann der Zug fortwährend erhalten werden. Es kann manchmal hilfreich sein, den Kopf zwischen den Wehen mit einem leichten Zug in Position zu halten, so dass er nicht zurückrutscht.
16. Wenn sich die Saugglocke von der Kopfhaut des Fötus löst, kann dies an einem übermäßigen Zug oder an einem Geburtshindernis liegen. Prüfen Sie die Indikationen für Vakuumentbindung, um auszuschließen, dass ein Kopf-Becken-Missverhältnis vorliegt (z. B. Beckenverengung). Vermeiden Ruckartige Bewegungen. Wenn Vakuum gleich ist, oder ist kurz vor dem Ausfallen, Sie stets einen gleichmäßigen Zug zuzu. Wenn beim Ziehen das Vakuum verloren geht, wird Luft unter die Saugglocke gezogen, wobei ein warnendes, hörbares Geräusch entsteht. Dann sollte der Zug sofort aus Ziehen unterbrochen werden, so dass die Saugglocke wieder festhaften kann. Korrigieren Sie die Richtung der Zugkraft und nehmen Sie das Ziehen mit der nächsten Wehe wieder auf. Die Notwendigkeit einer Episiotomie muss in jedem Fall individuell beurteilt werden. Das Geburtshilfliche Instrument erfordert nicht routinemäßige Episiotomie. Bei einer vorliegenden Gefährdung des Fötus kann eine Episiotomie jedoch eine sehr schnelle Entbindung begünstigen.
17. Die Entbindung des Kopfes kann normalerweise in drei Wehen und innerhalb von 15–20 Minuten **(Abb. 13)**. Sobald der Kopf entbunden ist, reduzieren Sie das Vakuum auf 0, stellen Sie die Vakuumquelle ab und entfernen Sie die Saugglocke. Schulter und Körper werden genau wie bei einer Spontangeburt entbunden.
18. Dokumentieren Sie die Verwendung der Saugglocke und benachrichtigen Sie das Pflegepersonal gemäß hausinternem Protokoll.

Einweg-Saugglocke Bird Cup/Edelstahl Saugglocken/CoosAid Kaiserschnittentbindung – Verfahren bei Kaiserschnitt
Folgendes Verfahren wird nicht bei tiefen vertikalen oder klassischen Uterusschnitt empfohlen.
1. Wenden Sie beim Anschließen des Geräts und bei der Überprüfung ihrer gewünschten Vakuumstufen gemäß den Richtlinien für vaginale Geburten.
2. Nehmen Sie den Uterusschnitt vor und ermitteln Sie die Fötuslage.
3. Untersuchen Sie behutsam die Position des Kopfes:
- Liegt der Kopf oben und unter dem Uterusschnitt, kann die CoosAid Saugglocke 30 mm hinter der vorderen Fontanelle über dem Flexionspunkt angebracht werden.
- Liegt der Kopf unten und ist nicht zugänglich, so schieben Sie die Finger unter den Kopf und bewegen Sie diesen in den Uterusschnitt. Eventuell kann nun die Entbindung ohne Vakuumassistenz erfolgen.
4. Befestigen Sie die Saugglocke und tasten Sie mit einem Finger den Saugglockenrand ab, um sicherzustellen, dass weder Gebärmutter- oder Plazentagewebe in der Saugglocke befindet. Prüfen Sie, ob die Nabelschnur eingeklemmt ist.
5. Ziehen Sie den Kopf behutsam durch den Einschnitt nach oben, sobald die Vakuumpumpe –60 kPa (–450 mmHg) gemessen.
6. Das Instrument **nicht** rotieren oder biegen, da dies den Sog unterbrechen kann.
7. Entfernen Sie die Saugglocke, sobald der Kopf entbunden ist.
8. Fahren Sie wie üblich mit der Entbindung fort.
9. Dokumentieren Sie die Verwendung der Vakuumpumpe und benachrichtigen Sie das Pflegepersonal gemäß hausinternem Protokoll.

Komplikationen bei der Vakuumentbindung
- Grundlage einer sicheren und wirksamen Vakuumentbindung ist eine fundierte medizinische Beurteilung.
Die Ursachen für fehlgeschlagene Vakuumentbindungen sind häufig auf einen falschen Zugwinkel, unsachgemäßes Ansetzen der Saugglocke oder ein Cephalo-pelvines Missverhältnis zurückzuführen.
- Vorgenannte Gründe sowie ein übergroßer Kopf oder ein Geburtsstillstand können zum Ablösen der Saugglocke bewirken.
Stellen Sie sicher, dass die Entbindung nicht länger als 15 Minuten dauert und ein Vakuum zwischen –60 und –80 kPa nicht überschritten wird.
Verletzungen der Mutter sind selten und treten meist in Form von Verletzungen an Vagina, Cervix oder Vulva auf.
Weichgewebeverletzungen.
Erweiterung der Episiotomie.
Kopfhautverletzung, Blutungen, Quetschung, Riss-Platzwunde und Kopfhautödem.
Schädelfraktur, Kephalhämatom, subgealeisches Hämatom.
Intrakraniale, parenchymale, subdurale, subperiostale, subarachnoidale, intraventrikuläre und oder intraparenchymale Blutung.
Neugeborenengelbsucht.
Kopfhautverletzungen und leichte Blutergüsse oder Riss-Platzwunden und Hämatome keine signifikanten Ursachen für fetale Morbidität. Kephalohämatomen und subaponeurotische Blutung können erhebliche Schäden verursachen, weshalb bei Babys mit entsprechenden Befunden eine pädiatrische Untersuchung und gegebenenfalls weiterführende Behandlung empfohlen sind.
Eine schriftliche Zusammenfassung aller instrumentellen Entbindungen zur Aufnahme in die Akte der Mutter.

VORSICHT: Gemäß US-Bundesgesetz darf dieses Gerät nur von Ärzten oder auf deren Anweisung verkauft werden.

Jede schwerwiegende Störung, die in Zusammenhang mit dem Produkt aufgetreten ist, sollte der Medela AG und der zuständigen Behörde gemeldet werden.

FRANÇAIS

Utilisateur
Un accouchement par ventouses doit uniquement être réalisé par des médecins formés et expérimentés ou sous leur surveillance.
Le médecin est responsable du respect des techniques et méthodes chirurgicales adéquates.
Il incombe à chaque médecin d'évaluer l'adéquation de la procédure, en se basant sur sa formation médicale et son expérience.
Le personnel responsable du nouveau-né doit connaître les indications, contre-indications et précautions relatives à l'accouchement par ventouses et doit observer l'enfant pour rechercher les signes de complication lors d'un tel accouchement.

Indications chez la mère
- Diminution du travail en deuxième phase (par ex. limite l'épuisement maternel, les efforts de la mère notamment en cas d'hypertension, de troubles cardiaques, de séquelles antérieures, de progression insuffisante en deuxième phase, de mauvaise présentation du fœtus, de tête non fléchie, d'asynclitisme, d'effort expulsif inadéquat)
- Cas particuliers (par ex. césarienne par ventouses, accouchement du deuxième jumeau)

Indications chez le fœtus
- Souffrance fœtale (par ex. accélérer l'accouchement avec CTG anormal, bradicardie)

Conditions d'utilisation
- Âge gestationnel > 36 semaines, poids fœtal estimé à 2 500 g ou plus
- Présentation du vertex, tête correctement fléchie
- Rupture des membranes
- Dilatation complète du col
- Engagement complet de la tête
- Vessie non-remplie

Contre-indications de l'accouchement par ventouse (Fig. 1 et 2)

Contre-indications chez la mère
- Tête du fœtus non engagée
- Suspicion de disproportion céphalo-pelvienne
- Dilatation incomplète du col
- Mère non coopérante
- Échec du forceps
- Ventouse destinée à deux reprises (ou davantage)
- Séropositivité au VIH

Contre-indications chez le fœtus
- Prématurité < 36 semaines de gestation ou poids fœtal < 2 500 g
- Présentation anormale
- Anomalies fœtales
- troubles hémorragiques/coagulopathies
- Ostéogénèse imparfaite
- Bosse sérosanguine ou déformation crânienne excessive
- Dommages au cuir chevelu du fœtus

Consignes de sécurité
Situations exigeant une étroite surveillance :
- Dommages au cuir chevelu du fœtus
- Accouchement nécessitant des quantités excessives et inhabituelles de tractions
- Chaque traction doit entraîner la progression de la tête du fœtus
- Si la tête ne descend pas, interrompre la tentative d'accouchement par ventouse.

Ces recommandations ne sont que des directives générales. Les médecins doivent suivre les directives institutionnelles et médicalement reconnues relatives aux ventouses et des procédures d'accouchement par ventouse. L'accouchement par voie basse avec assistance instrumentale chez les femmes vivant avec le VIH est probablement sûr, à condition qu'elles suivent un traitement antirétroviral combiné. Consulter les dernières conclusions de recherches disponibles sur ce sujet.

Technique
1. Évaluer précisément la position de la tête du fœtus et la fontanelle postérieure.
2. Lors de l'examen vaginal, la tête doit être complètement engagée.
L'examen vaginal indiquera le type et la taille de ventouse à utiliser. Utiliser en général la plus grande taille de ventouse.
Si le caput est excessif, ne pas utiliser la ventouse Silc Cup, utiliser plutôt une ventouse Bird ou Malmström.
Préparer les ventouses :
Les produits à usage unique sont stériles et prêts pour un usage immédiat, sauf si leur emballage est endommagé. Lorsque vous utilisez la ventouse Silc à usage unique, retirer le disque intérieur avant utilisation.
Raccorder le tuyau d'aspiration stérile à la ventouse et à la pompe **(Fig. 2)**. Vérifier l'intégrité du dispositif en fonction des niveaux souhaités conformément aux instructions d'utilisation de la pompe d'aspiration.
Remarque : l'aspiration murale ne doit pas être utilisée.
3. Placer la patiente en position gynécologique. L'accouchement peut également se dérouler en position dorsale, latérale gauche ou accroupie. Il recourra au bloc pudendal et/ou pudendal ou à l'anesthésie locale périnéale est semblable aux cas d'accouchement spontané et conforme aux usages cliniques locaux.
S'assurer que la vessie de la patiente est vide.
4. Obtenir le consentement éclairé de la patiente avant le début du processus d'accouchement par ventouse.
5. Essuyer le cuir chevelu du fœtus.
6. Examiner soigneusement la présentation fœtale avant de positionner la ventouse sur le point de flexion.
7. Positionner la ventouse en la faisant avancer vers la tête du fœtus **(Fig. 4–6)**.
En cas d'utilisation d'une ventouse en silicone souple (Silc Cup), la comprimer avant de la ramener vers la tête du fœtus **(Fig. 7)**.
Il est possible de lubrifier la ventouse à l'aide d'une crème antiseptique à usage obstétrique appropriée.
8. Autant que possible, placer la ventouse 30 mm devant la fontanelle postérieure **(Fig. 8)**.
9. S'assurer en passant doucement le doigt autour de la ventouse qu'aucun tissu cervico-vaginal n'est pris dans la ventouse.
10. Lorsque la ventouse est placée sur le point de flexion, augmenter le niveau de vide à environ –20kPa (–150mmHg).
11. Palper ensuite d'un doigt le pourtour de la ventouse pour s'assurer qu'aucun tissu n'est coincé **(Fig. 9 et 10)**.
12. Au début d'une contraction, augmenter le vide jusqu'à –60 à –80kPa (–450 à –600mmHg).
Ne jamais dépasser le vide maximal recommandé de –60 à –80 kPa (–450 à –600 mmHg).
Augmenter le vide jusqu'au niveau souhaité – augmenter par incrémentation n'est nécessaire ; augmenter progressivement n'est pas recommandé. L'adhérence sera satisfaisante dès que le vide nécessaire est atteint.
13. Appliquer alors la traction de manière synchronisée avec les contractions.
Appliquer la traction d'une main. D'une main, saisir la poignée et tirer doucement. De l'autre main, placer l'index contre la tête du fœtus et simultanément contre le bord de la ventouse pour s'assurer que la tête progresse dans l'axe du canal pelvien pendant la traction **(Fig. 11)**.
14. À chaque traction réussie, tirer doucement la tête du nourrisson vers le bas.
Si la tête du fœtus ne progresse pas pendant la traction, s'assurer que la traction suit bien l'axe du canal pelvien **(Fig. 12)**.
15. Entre les contractions, interrompre les tractions et réduire le vide à environ –20kPa (–150mmHg) en attendre la contraction suivante. Ne jamais dépasser 10 minutes de tractions cumulées.
La mère peut normalement pousser 2 à 3 fois pendant une contraction. Appliquer la traction pendant ce temps-ci. Parfois, il peut s'avérer utile de maintenir une légère traction entre les contractions afin de maintenir la tête et d'éviter qu'elle ne se rétracte.
16. Une traction excessive ou un travail obstrué peuvent expliquer le détachement de la ventouse de la tête du fœtus. Passer en revue les indications d'accouchement par ventouse pour contribuer à l'absence de toute disproportion céphalo-pelvienne (DCP). Chaque traction doit faire progresser la tête du fœtus. Éviter tout secousse et appliquer uniquement une traction ferme. Pendant une traction ferme, si le vide s'apprête à rompre, l'air sera aspiré sous la ventouse causant un sifflement sonore d'avertissement. Interrompre alors la traction jusqu'à ce que la ventouse adhère de nouveau. Corriger l'orientation de la traction et reprendre la traction lors de la prochaine contraction. Considérer le recours à l'épisiotomie pour chaque patiente. La ventouse obstétrique n'impose pas de pratiquer une épisiotomie systématique. Dans les cas de souffrance fœtale aiguë, l'épisiotomie peut permettre d'accélérer l'accouchement vaginal.
17. La tête est normalement expulsée en trois tractions dans un délai maximum de 15 à 20 minutes **(Fig. 13)**. Une fois la tête expulsée, réduire le vide à 0, couper l'aspiration et retirer la ventouse. Les épaules et le buste sont expulsés de la même façon que lors d'un accouchement spontané.
18. Consigner l'usage de la ventouse et informer le personnel soignant conformément aux directives internes.

Ventouse Bird à usage unique/Acier inoxydable Ventouses/Ventouse CoosAid Accouchement par césarienne – Procédure
La procédure suivante n'est pas recommandée lors d'une incision basse ou classique de l'utérus.
1. Suivre les instructions relatives à l'accouchement par voie basse pour relier le dispositif et vérifier l'intégrité du dispositif en fonction des niveaux souhaités.
2. Inciser le segment inférieur de l'utérus et déterminer la présentation fœtale.
3. Examiner attentivement la position fœtale :
- Si la tête fœtale est haute et facilement accessible sitôt l'incision utérine, positionner la ventouse Bird Cup à 30 mm derrière la fontanelle antérieure sopra il punto di curvatura.
- Si la tête fœtale est basse et inaccessible, il est possible, mettre le dita con guanto sotto la testa e piegarla verso l'alto portando il cranio sotto l'incisione uterina.
Il parto può essere possibile senza necessità di assistenza ventosa.
4. Applicare la coppetta e controllare che il cordone ombelicale o tessuto non sia stato intrappolato tra la coppetta muovendo delicatamente un dito intorno al bordo della coppetta. Assicurarsi che la coppetta sia posizionata in modo uniforme contro il cuoio capelluto del feto.
5. Tirare delicatamente la testa verso l'alto attraverso l'incisione, quando l'aspirazione per vuoto indica –60kPa (–450mmHg).
6. **Non** ruotare o piegare il dispositivo, poiché ciò può rilasciare il vuoto.
7. Appena l'estrazione della testa è terminata, interrompere il vuoto e rimuovere la coppetta.
8. Continuare il parto in modo usuale.
9. Documentare l'uso dell'estrattore per vuoto e informare il personale infermieristico in accordo con il protocollo dell'ospedale.

Complicanze del parto assistito con vuoto
Un rigoroso giudizio clinico è alla base di una procedura per ventose sicura e efficace.
Le cause del fallimento sono comunemente dovute a un angolo di trazione errato, un errato posizionamento della coppa o a una sproporzione cefalopelvica.
Il distacco della coppetta può verificarsi per le ragioni sopra menzionate, durante una trazione o a causa di un guasto del dispositivo.
Assicurarsi che la durata non sia mai superiore ai 15 minuti, con un vuoto massimo tra –60 e –80kPa.
I danni alla madre sono rari e consistono prevalentemente in lacerazioni della vagina, della cervice della vulva.
Lesioni dei tessuti molli.
Estensione dell'incisione di episiotomia.
Traumi alla testa, ematomi, contusioni, lacerazioni e edema del cuoio capelluto.
Frattura del cranio, cefaloematoma ed ematoma subgaleale.
Emorragia intracranica, parenchimale, retinica, subdurale, subperiostale, subaracnoidea, intraventricolare e/o intraparenchimale.
Trauma neonatale.
Il trauma fetale del cuoio capelluto, alcuni ematomi o lacerazioni superficiali rappresentano cause significative di morbilità fetale.
I cefaloematomi ai sensi della aponeurosi possono rappresentare una lesione significativa e i bambini così diagnosticati dovrebbero essere sottoposti a una valutazione pediatrica ed eventualmente un ulteriore gestione.
Una sintesi scritta di tutti i parti strumentali, da inserire nella documentazione della madre.

ATTENZIONE: la legge federale statunitense limita la vendita di questo dispositivo ai medici o su prescrizione medica.

Qualsiasi incidente grave che si sia verificato in relazione al dispositivo deve essere segnalato a Medela AG e alla relativa autorità competente.

ITALIANO

Utente destinatario
L'estrazione con ventosa deve essere eseguita o supervisionata esclusivamente da medici qualificati ed esperti.
Il responsabilità del medico adottare la procedure e le tecniche chirurgiche appropriate.
Il medico deve valutare l'idoneità della procedura in base alla propria formazione ed esperienza clinica.
Il personale dell'unità neonatale deve conoscere le indicazioni, le controindicazioni e le precauzioni relative al parto assistito e deve esserre in grado di riconoscere i segni di complicazione nel parto assistito con vuoto.

Indicazioni materne
- Accorciamento del secondo stadio del travaglio (es. sfinimento della madre, riduzione dello sforzo della madre, ad es. ipertensione, cardiopatia, parto cesareo precedente, scarsi progressi del secondo stadio, tracciato fetale non rassicurante, presentata testa defleso, asinclitismo, sforzo espulsivo inadeguato)
- Casi speciali (ad es. parto cesareo vuoto-assistito, parto di un secondo gemello)

Indicazioni fetali
- Sofferenza fetale (ad es. per accelerare il parto per CTG anormale, bradicardia)

Condizioni
- Periodo di gestazione >36 settimane, peso fetale stimato <2.500 g o più
- Presentazione di vertice, tra testa ben flessa
- Membrane rotte
- Cervice completamente dilatata
- Testa completamente in posizione
- Vescica vuota

Controindicazioni per il parto vuoto-assistito (Fig. 1 e 2)

Controindicazioni materne
- Testa del feto non engagata
- Sospicion di sproporzione cefalo-pelvienne
- Dilatation incomplète du col
- Mère non coopérante
- Échec du forceps
- Ventouse destinée à deux reprises (ou davantage)
- Séropositivité au VIH

Controindicazioni fetali
- Gestazione <36 settimane o peso del feto <2.500 g
- Presentazione anomala
- Anomalie del feto
- Disturbi della coagulazione/coagulopatie
- Osteogenesi imperfetta
- Caput/modellamento eccessivo
- Lesioni del cuoio capelluto del feto

Note di sicurezza
Condizioni che richiedono una stretta osservazione:
- Lesioni del cuoio capelluto del feto
- Parto che richiede trazioni eccessive e inusuali
- Ogni sforzo di trazione dovrebbe favorire la discesa progressiva della testa del feto
- Se ciò non dovesse accadere, interrompere il parto con vuoto

Queste raccomandazioni devono essere intese solo come linee guida generali. Gli utenti devono seguire le linee guida istituzionali e medicalmente riconosciute, nonché, ad es. le linee guida sulla procedure di estrazione con ventosa. Il parto vaginale operativo nelle donne affette da HIV è probabilmente sicuro, a condizione che si utilizzi la terapia antiretrovirale combinata. Fare riferimento alle ultime ricerche disponibili in merito.

Procedura
1. È necessaria valutare attentamente la posizione della testa del feto e della fontanella posteriore.
2. Durante l'esame vaginale, la testa deve risultare completamente in posizione.
L'esplorazione vaginale indicherà il tipo e la grandezza della coppa da utilizzare.
In generale, utilizzare la coppa più grande.
In caso di caput eccessivo, non usare la coppetta Silc, usare invece una coppetta Bird o Malmström.
Preparazione della coppa di aspirazione:
I prodotti monouso sono sterili. Se la confezione non sia danneggiata, sono pronti per l'utilizzo immediato. Quando si usa la coppetta Silc monouso, rimuovere il disco al suo interno.
Collegare il tubo di aspirazione sterile con la coppetta e con l'aspiratore per vuoto **(Fig. 2)**.
Verificare l'integrità del dispositivo con i livelli di vuoto desiderati, secondo le istruzioni per l'uso dell'aspiratore per vuoto.
Note: non utilizzare un aspiratore a parete.
3. Disporre la paziente nella posizione litotomica. Tuttavia, il parto può avvenire anche in posizione supina, sul fianco sinistro o accovacciata.
La necessità di anestesia pudendale o infiltrazione

medela

SUOMI

Aiottu käyttöä
Imuvetoa saavut käyttämällä tai vahvaa voin kaulutetut ja kokeneet lääkärit.
Oikeat leikkaustoimenpiteet ja tekniikat ovat lääkärin vastuulla.
Kunkin lääkärin on arvioitava toimenpiteen oikeellisuus oman tietämyksensä ja kokemuksensa perusteella. Synnytyshenkilöstön on oltava tietoinen avustavan toimenpiteen käytöstä, vaikka olisivat jo varoitusta siitä tarkkailuista laite ensiavustaen synnytyksen komplikaatioiden varalta.

Ärsä koskevat käyttöohjeet
- Synnytyksen toisen vaiheen aikana, jäntäminen [esim. äidin väsymys, äidin heikentynyt kyky ponnistaa verenpaineisiksi/kyhmyiksi taka, sykkiminen, akiaalempi kesäminen/leikkaus, toisen vaiheen huono edistyminen, äidin sairaudet (esim. sydänvika, korkeat paine, vinous, riittämätön ponnistusvoima)
- Erikoisapuvälineet (esim. imukuppi, synnytyksen keisarinleikkaus, toisen kakasen synnytys)

Sikiöä koskevat käyttöohjeet
- Sikiön angelmat [esim. joudutetu synnytys epäonnistunut vardotukrgrafian taka, bradykardia]

Edellytykset
- Sikiöä > 36 viikkoa, sikiön arvioitu paino vähintään 2 500 g
- Verkka esillä, pää hyvin tapuinut
- Repeytymä ehkäisty
- Kohdunkuukku täysin avuinut
- Pääsy kohdunkuukku
- Tyhjä virtsarakko

VADin vasta-aiheet (kuvat 1 ja 2)
Äitiä koskevat vasta-aiheet
- Kiinnittymätön sikiön pää
- Sikiön ja bandan vaiheen epäselvä
- Kohdunkuukku ei täysin auennut
- Hiukan pääsy
- Epäsuoraan piihtaynytsys
- Kuppi-imukohdan kohdaan
- HIV-positiivinen tila

Sikiöä koskevat vasta-aiheet
- Ennenaikaisuus < 36 viikon sikiöikä tai sikiön paino < 2 500 g
- Epämiesmäisiä tarjoja
- Sikiön epäorganisaatiot
- Veremyötähäinrhäytymyshäinä
- Epätäydellinen osteogenesis
- Lisäilmen pidin turvuus/muotoutuminen
- Sikiön pääkiem vauria

Turvallisuusohjeet
Lähestä tarkkailua vaativat olosuhteet
- Sikiön pääkiem vaurioituminen
- Epätavallisen voimakasta vetoa vaativa synnytys.
- Pään pitäisi tulkaa sikiön pituus yläpäin tuotaan
- Jos pää ei laskeudu, imuvuotesta synnytystä ei saa jatkaa.

Nämä suukollaan ei tarkoitettu vain yksiksi ohjeksi. Henkilökunnan pätevyys ja kokemus ovat ratkaisevia hyvästyttä imukuppeja ja imuvastetista synnytystä koskeva ohjeita. Operatiivisen obstetriyn HY-positiivisilä naisilla on tadennäkösesti tavallisen edellytyksen, eli kyvyn ja kokemuksen antetreivivaikutusta. Tutustu viimeisimpiin saatavilla olevin tutkimuksin oleesta.

Tekniikka
1. Sikiön pään ja aukileen sijainti pitää arvioida tarkasti.
2. Endinuklimikkaassa pään pitää olla täysin kiinnittynyt.
Endinuklimikka osoittaa kuipin tyypin ja koon, jotta sitä käyttää. Yleisesti pitää valita suurin kuppikoko.
Jos pääsä on turvatusta, Silc-kuppia ei pidä käyttää. Sen sijaan pitäisi käyttää Bridz Malmström-kuppia.
Imukuppien valmistelu:
Kertakäyttöiset kuppi ovat steriilejä ja, jos pakkaus on ehjä, voimilla käytettävissä sellaisenkin. Kun käytät kertakäyttöisiä Silc-kuppia, ota sisältä aloa leikkaa ennen käyttöä.
Uitä steriili imulelku kuppiin ja imulaitteeseen **(kuva 3)**. Tarkista laitteen ehjeys, tulkuduvaisian tai ulkuosyrittimien repeämät.
Pehmeä Silicone-kuppi:
- Aseta pattiksi Tiitanoin-asentoon. Synnytys suoraan suorittamo mia dorsaaliin, vasemmassa lateraalissa tai kyykkyasennossa.
- Puhdistaa pöydän mahdollisimman puhtaaksi.
- Tutki sikiön tarjonta huolellisesti ennen sijoittamista ja sijoita kuppi liekisokkaan pääle.
- Imukuppi voidaan laittaa sikiön pääle **(kuva 4–6)**.
- Kun kuppien pehmeää silikonikuppia (Silc-kuppi), se pitäisi puristaa kokoon ja vieä kohti sikiön pääle **(kuva 7)**.
- Halutaessa kuppi voidaan voidella sopivalla öljytettävällä vaseenilla.
- Kuppi pitää yhtäkö sijoittaa 30-mm pasteriseen aukileen eteen **(kuva 8)**.
- Varmista, että kuppiosa ei ole kohdunkaulaa tai emätintä kuljettamalla sormea varovasti kuipin reunan ympäri.
- Kuipin ollessa fleksiokohdan päällä lisää imutaso noin –20 kPa/hpa (–150 mmHg/hpa).
- Tarkista nyt kuipin reunaa sormella tunnustelemalla. Jos pää ei ole pehmykäudosta **(kuva9 ja 10)**.
- Suojatukseen käynnistäjästä lisä imu vähille –60...–80 kPa/hPa (–450...–600 mmHg). **Älä kuitenkaan yhä imun ensimmäisellä kerralla (–450...–600 mmHg).**
- Lisää imu halutulle tasolle - inkrementaalista lisäystä ei edellytetä, asetettaisi lisäystä ei suositella. Tartunta on riittävä heti, kun tarpeellinen imu on saavuttettu.
- Vetaa imulaite siten kiertäen tahdistetusti sujistusten kanssa.
- Vetaa pitäisi käyttää yhdellä kädellä. Yksi käsi tartuu kahvaan ja vetää varovasti samalla, kun toisen käden eteenpäin pitäisin sikiön päää ja kuipin reunaa vasten sen varmistamiseksi, että pää laskeutuu vaiko mukana synnytyksenan suoritaisiin **(kuva 11)**.
- Vedä jokaisella perikkäisellä vedolla vauvan päää varovasti alaspäin.
Jos sikiön pää ei laskeudu vedon myötä, tarkista, että vetä on synnytyksenavan suuntainen **(kuva 12)**.
- Sujistusten väliaikä keskeytä vetä ja vähennä imu –20 kPa/hpa (–150 mmHg/hpa) odotusessaa uutta sujistusta.
Älä kuitenkaan yllä 10 minuutin kumulatiivista vetoaikaa.
Älä pysty normaalisti pysnintamaan 2–3 kertaa sujistuksen aikana. Vetoa pitää yläpitää koko lämän ajan.
Jos kuppi ei irtaa sikiön pääkesta, se voi johtua liullisesta imutasosta tai epäsuotuisesta pyrtaan. Tarkista VADn käyttöohjeet jo varmista, etteä sikiön ja lantion vähä ole epäsuotuisa. Jokaisen vedon jälkä jotkaa sikiön pään laskeutumisen. Yläilä tehkeen nykimisiä ja kiykiä vain tasaisin vetoa.
Jos imu alkuun menemtämässä tasisen vedon aikana, ilmaa imeytyy kuipin alle, mikä saa akaan kuuluvan varoittavan suhinan. Vetoa pitää silloin keskeyttää, jotta kuppi kiinnittyy uudelleen kakasti. Korjaa vedon suunta jo jotkra vetaa seuravaan sujistuksen yhteydessä. Jokaisessa tapauksessa pitää VAD poistaa ennen tarve. Synnytysinstrumentti ei edellytä riitinimmäisiä epäsiistmiä. Toipeilaan, jossa sikiö ahdinko on vakava, epäsiistmia voi kuitenkin mahdollistaa kohdunsisäinen synnytyksen.
- Pääin olaisilla saavutetaan normaalisti kalliista vedolla, enintään 15–20 minuutin **(kuva 13)**.
Ave pää on ulkona, vauvan ylävartalo, nolkaus sammua imulähde ja irrata kuppi. Olkapäät ja kyljet synnytetaan kuten tavallisesti ilman synnytyksessä.
- Dokumentoi imukuppi käyttö ja ilmoita siitä hoitohenkilökunnalle saraalan käyttöohjeen mukaisesti.

Kertakäyttöinen Bird-kuppi/vuosituntomto terähdi Imukuppi/CasaAid-kuppi
Käytön indikaatiot – ensiapu
Seuraavaa menettelyä ei suosittela metalun verkkaisilen tai klassisen kahvuilkin kanssa.
- Jotka lämmöllä lyö ja ilmoitaa sen eheys halutulla imuvaiolla alatesynnytyksen ohjeen mukaisesti.
- Tee viilto kahdun alaosan ja määrtä sikiön tarjonta.
- Vahvista pään sijainti huolellisesti.
- Jos sikiön pää on ylävyöhyt tavoittamisvaa kahdun viillon alapuolella, aseta CasaAid-kuppi 30-mm ensimmäisen kaksi viikkoa fleksiokohdan pääle.
- Jos sikiön pää on alhaalla ja tavoittamattomissa, laita käsinellä suojatu sormet pääle sikiö ja tavuta yläpäin tuotaan pääkeen kohdun viilkuun. Synnytys voi olla mahdollinen ilman imuvaa.
- Kiinnitä kuppi ja tarkista, ettei kuipin alle jäänyt napsnuvaisia kudoksia. Kuppi voidaan sammua varovasti kuipin reunan ympäri. Varmista, etä kuppi on yhdenmukaisesti kiinnittynyt.
- Vedä pääsä varovasti yläspäin viillon läpi, kun imulle asaitaa –60 kPa/hPa (–450 mmHg) käyttöohjeen.
Älä kierrä tai taivuta instrumenttia, sillä tämä voi vaaratuttaa pääsen.
- Kun pää on ulkona, lopeta imu ja irrata kuppi.
- Jatka synnytystä tavallisesti.
- Dokumentoi imun käyttö ja ilmoita siitä hoitohenkilökunnalle saraalan käyttöohjeen mukaisesti.

Tiihenkt brukar
Vakuumekstraktion mä bare ufteres eller overvåkes av kvalifisert og erfaret helsepersonell.
Henskttmessige kirurgiske prasedyrer og teknikker er legens ansvar.
Hver lege må vurdere hvor egnet prosedyren vil være, basert på egen kunnskap og erfaring.
Neonatal-personalet må være oppmerksom på indikasjoner, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler for assistert forlösning, og må observere spedbarnet for tegn på komplikasjoner ved vakuumassistert forlösning.

Indikasjoner hos mor
- Forkorter andre fødselstadium (f.eks. mor er utslitt, vedvarer innsats fra nye, dvs. hypertensjon, hjertesykdomme, tilligere keisersnitt, dårlig progresjon i 2. stadium, for lang varighet av presenterende del, innsunken fontanelle, epidurale bedøvelse, utilstrekkelig kraftanstrengelse)
- Spesielle tilfeller (f.eks. keisersnitt med vakuum, forlösning av andre tvillingen)

Indikasjoner hos barn
- Stress hos barnet (f.eks. fremskjøvet fødsel med unormal CTG, bradykardi)

Betingelser
- Gestasjonsalder >36 uker, beregnet fødselsvekt på 2 500 g eller mer
- Hodepresentasjon, med hodet godt flekset
- Revnede membraner
- Livmormunnen fullt åbnet
- Hodet helt fastet
- Tom blære

Kontraindikasjoner for VAD (Fig. 1 og 2)
Kontraindikasjoner hos mor
- Barnets hode har ikke fastet seg
- Malformasjoner i bekkenet og bløtdelene
- Livmormunnen ikke fullt åpnet
- Ikke sammenfaldende
- Misfykket tang
- Kikkken kjøner to ganger (eller mer)
- HIV-positiv status

Kontraindisjoner hos barnet
- Prematurtet < 36 uker gestasjonsalder eller fødselsvekt < 2 500 g
- Unormal presentasjon
- Unormalheter hos barnet
- Bladningssykdommer/koagulopatier
- Osteogenesis imperfecta
- For stor capuT/forming
- Skade på hodebunden

Sikkerhetsmerknader
Tilstander som krever tett observasjon:
- Skade på hodebunden
- Forlösning krever unormalt store mengder trykkjern
- Hode bør vende mot ryggen hvis hodet ikke er helt fastet og barnet kommer langer ned
- Hvis det ikke oppnår progresjon, skal forsøket på vakuumekstraktor stoppes.

Disse anbefalingene er bare ment som generelle retningslinjer. Helsepersonell må se institusjonens gjeldende og medisinske retningslinjer som var for seg sjukdeker og vakuumassistere forlösningsoperasjoner. Operatøren bør forlösning hos kvinner som lever med HIV, er tolig trygt så lenge de skikker forholdsregler som anbefaler. Se den nyeste tilgjengelige forskningen på nettet.

Teknikk
1. Plassjonen til barnets hode og den bakre fontanellen skal vurderes omhyggelig.
2. Ved vaginal undersøkelse skal hodet ha fastet seg helt.
Vaginal undersøkelse vil avgjøre hvilken klokkekopp og størrelse som skal brukes. Vanligvis skal den største klokkestørrelsen brukes. Hvis det er for mye caput, skal ikke Silc-kikkken brukes; i stedet bør en Bird- eller Malmström-klokke brukes.
Klargjøre sugekikken:
Engangssugekikken er steril og er klare for umiddelbar bruk med mindre emballasjen er skadet. Når Silc-kikken er i bruk, bruk en sterilt, ikke-sterilisert hånd for å åpne emballasjen og tilføre sugekikken til klikken og vakuumpumpen **(Fig. 3)**. Kontroller enhetens integritet med ønskede vakuumnivåer i henhold til bruksanvisningen for vakuumpumpen.
Merk: Vaggtoppen skal ikke brukes.
Plasser pasienten i liptomstilling. Forlösningen kan også skje i ryggliggende, liggende på venstre side eller stående på hus.
Behover for pudendalblokkering eller lokal perineal infiltrering er som vanlig nødvendig, og gjøres i samsvar med klinikkens lokale praksis. Ikke gi pasienten lokal bedøvelse.
Informert samtykke bør inntentes far prosesen med vakuumassistert forlösning.
Tørk hodebunnen så ren som mulig.
Unngå bruk av bomullsbuer med nøyer fer plassering, og sørt klokken over hodet.
Suggkikken bør ikke anvendes på hodet eller barnets hode **(Fig. 4–6)**.
Vri nye silikonkikke (Silc-kikkke) brukes, skal den klemmes sammen og fares mot barnets hode **(Fig. 7)**.
Klokken kan smøres med egnet oljetrekk antiseptisk krem hvis det er ønsket.
Klokken skal forsøkes plasert 30-mm foran den bakre fontanellen **(Fig. 8)**.
Pass på at verken livmorhalsen eller vagina er inni klokken, ved å forsikig bevege en finger rundt kanten på klokken.
Q. Vakuumnivået til ca. –20kPa (–150mmHg)
Nå er en stor del av hodet plassert i klokken. Fortsett på klokken med en finger for å kontrollere at ingen vev er blitt fanget.
(Fig. 9 og 10)
Nå er en stor del av hodet plassert i klokken. Trykksjon skal påføres med en hånd. En hånd gripen håndskjet og trekker forsikig, mens pekefingren på den andre hånden holdes mot barnets hode og kanter av klikken for å sørkke at hodet kommer ned med hånden.
Fødselskanalens akse **(Fig. 11)**.
14. Trekk barnets hode forsikig nedover ved hver etterfølgende trykksjon.
Hvis barnets hode ikke kommer ned når det pålæres trykksjon, må det kontrolleres at trykksjonen er langs fødselskanalens akse **(Fig. 12)**.
15. Avbryt trykksjonen mellom riene og redusser vakuumet til ca. –20kPa (–150mmHg) mens du venter på den neste rien.
Bruk aldri mer enn 10 minutter trykksjonstid til sammen.
Mæren kan vanligvis presse 2–3 ganger under en rl. Trykksjon skal påføres i hele denne perioden.
Noen ganger kan det være nyttig å opprettholde forsikig trykksjon mellom riene, for å holde hodet på plass og å det ikke glide tilbake.
Hvis klikken lænser fra barnets hodebunn, kan det skyldes far hay trykksjon eller hindret fødselskanal sans. Se indikasjonene for VAD for å sikre det ikke er misfostrelt mellom hodestørrelsen og fødselskanal (CPD). Hvis mæren er blitt ut at barnets hode kommer langer ned Ømgå 0 kykke instrumentet, og bruk bare den nye klikken. Denne vakuumet skulle bli dårlig under jævn trykksjon, vil tilt bli sugd inn under hodet og det er en dårlig eller en hæftet vorselsteivning. Trykksjonen skal da avbryte og klikken kasteis godt pæl hodet igjen. Korriger trykksjonsretningen og gjenopptø trykksjonen med den nye mæren. Behovet for episiotomi må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det obstetriske instrumentet kræver ikke ikke ytterligere episiotomi. I tilfeller med alvorlig stress hos barnet kan insidiferitt episiotomi forenkle svart vast forlösning.
17. Forlösning av hodet kan vanligvis oppnås med tre trykksjoner, inner maksimalt 15–20 minutter **(Fig. 13)**. Når hodet er født, reduseres vakuumet til 0, sugekikken tas av og klikken fernes. Skulderne og overkroppen forlæses på samme måte som ved andre fødsler.
18. Dokumenter bruken av sugekikken og avvikene i pleiejournalen i henhold til sykehusets retningslinjer.

Bird-klikke til engangsbruk/rustfritt stål Sugekikken/CasaAid-klikke
Kasteistin – presentasjon
Følgende presentæje anbeøales ikke ved lavt vertskap og klasisk instrumentering.
1. Gå frem i samsvar med retningslinjer for vaginal ledsel for å sikke til enheten og kontrollere enhetens integritet og vakuumnivåer.
2. Gjør et innsnitt i den nedre delen av livmoren og fastslå barnets presentasjon.
3. Bekreft hodepresentasjon forsikig.
• Pas bevarsk for at ikke noe vev gjøt tilgjengelig under innsnittet i livmoren, kan CasaAid-klikke kan plassera 30 mm bakt den fremre fontanellen, over fleksjonspunktet.
• Hvis barnets hode er lavt og uligjøengelig, plasseres behanskede finger under hodet og bøyer det oppover slik at det kommer i innsnittet i livmoren. Forlösning kan være mulig uten bruk av vakuum.
Sett på klokken og kontroller for å sikre at navlestrengen ikke er mellom hodet og den lukkeen, ved å bevæge en finger forsikig rundt kanten av klikken. Pass på at klikken sitter jævt mot barnets hodebunn.
Trekk hodet forsikig nedover gjennom innsnittet når vakuumpumpen viser –60kPa (–450mmHg).
Ikke roter eller bøy instrumentet, da dette kan frigjøre vakuumet.
Når hodet er helt forlæst, avbryter vakuumet og klikken fernes.
Fortsett forlösningen på vanlig måte.
Dokumenter bruken av sugekikken/forlösningsenheten og varsle pleiepersonalet i henhold til sykehusets retningslinjer.

Komplikasjoner ved vakuumassistert forlösning
- Strengt klinisk skjøn er grunnlaget for en trygg og effektiv vakuumekstraksjonsprosedyre.
- De vanligste årsakene til å misykkes er feil trakssjonsvinkel, feil plassering av klikken eller for lav kraft i vakuumsystemet og/eller klikken.
- Klikken kan lænse av de Bråskene som er revnet overtier, eller det er for mye caput eller ved feil på utstyret.
- Pass på at prosedyren ikke tar mer enn 15 minutter, med et maksimalt vakuum på –60 til –80kPa.
- Skade på mor er sjeldent, og er vanligvis rifter på vagina, livmorhalsen eller vulva.
- Skade på mæver.
- Forlænget episiotomisvunde.
- Traume på hodebunnen, blåmerker, bløtdrettelser, rifter og hodebunnsskade.
- Hodeskallefrakturer, kefalohematom, subgeleat hematom.
- Intrakraniell, parenkymal, retinal, subdural, subperiostal, subaraknoidal og intraventrikulær gjøelse.
- Trykkelt gulsot.
- Traume på barnets hodebunn, noe blåmerker eller bløtdrettelser er vanligvis ikke signifikante og skaler klikkemærkene.
- Kefalohematomer ved subaponevrotisk blødning kan vigjøere significant skade, og bør følge med diagnose ber hervises til pediatrisk vurdering og mulig videre behandling.
- En skriftlig oppsummering over alle instrumentelle forlösninger, som skal inkludere i mors journal.

OBS: USA Federale lover begrenser salg og bruk av dette apparatet til eller etter ordre fra leger.

Enhver alvorlig hendelse som har oppstått i forbindelse med enheten skal rapporteres til Medela AG og relevant kompetent myndighet.

NORSK

Utsuvov brevis
La extracción con ventosa sola puede ser realizada o supervisada por médicos con formadas y experimentadas. El uso de técnicas y procedimientos quirúrgicos adecuados es responsabilidad del médico.
Cada médico debe evaluar se a prosedimiento apropriado, con base na sua própria formação e experiência.
El personal del departamento neonatal debe conocer las indicaciones, contraindicaciones y precauciones para el parto asistido, y debe observar al bebé en busca de signos de complicaciones durante el parto mediante vacío.

Indicaciones acerca de la madre
- Reducción de la segunda fase del trabajo del parto (por ejemplo, agotamiento de la madre, reducción del esfuerzo de la madre, es decir, enfermedades de hipertensión y cardíacas, cesárea anterior, evolución deficiente de la segunda fase, posición incorrecta de la presentación fetal, cabeza torcida, anirídeno o esfuerzo de pujo insuficiente, anestesia)
- Casos especiales (por ejemplo, cesárea mediante vacío, parto de un segundo gemelo)

Indicaciones acerca del feto
- Dificultades del feto (por ejemplo, parto acelerado con CTG anómalo, bradicardia)

Condiciones
- Edad gestacional >36 semanas, peso estimado del feto de 2 500 g o más
- Presentación de la coronilla, con la cabeza flexionada correctamente
- Membranas rotas
- Cuello uterino completamente dilatado
- Cabeza totalmente colocada
- Vejiga vacía

Contraindicaciones para VAD (Fig. 1 y 2)
Contraindicaciones relacionadas con la madre
- Cabeza del feto no encajada
- Desproporción cefalopélvica (DCP)
- Cuello uterino completamente dilatado
- Sujeto no cooperativo
- Falla en el uso del Kiwipa
- Ventosa solamente en dos ocasiones (o más)
- Presencia de fístulas

Contraindicaciones relacionadas con el feto
- Bebé prematuro <36 semanas de gestación o peso del feto inferior a 2 500 g
- Presentación anómala
- Anomalías en el feto
- Trastornos hemorrágicos / coagulopatías
- Osteogénesis imperfecta
- Hinchazón/deformación de la cabeza del feto
- Daños en el cuero cabelludo del feto

Notas acerca de la seguridad
Condiciones que requieren observación atenta:
- Daños en el cuero cabelludo del feto
- Parto que requiere un nivel de tracción excesivo
- Con cada contracción, el bebé tiende a producir un descenso progresivo de la cabeza del feto
- Si no se da este descenso, se debe interrumpir el intento de parto con ventosa

Estas recomendaciones se ofrecen únicamente a modo de directrices generales. Quienes ejercen actualmente las directrices médicas e institucionales actuales sobre parto con ventosa y fórceps de parto con ventosas y mediante vacío. Probablemente reconocidas que digan respecto a ventosas y fórceps. Consulte siempre que estén sometidas a un tratamiento antiretroviral combinado. Consulte las últimas estudios disponibles acerca de este tema.

Técnica
1. La posición de la cabeza del feto y de la fontanela posterior se deben evaluar con cuidado.
2. Durante el examen vaginal, la cabeza debe estar perfectamente colocada. El examen vaginal indicará el tipo y tamaño de ventosa que se debe utilizar. Por lo general, se debe utilizar el tamaño de ventosa más grande.
Si hay demasiado caput, no se debe utilizar la ventosa Silc Cup; en su lugar, se utilizará una ventosa Bird o Malmström.
Preparación de las ventosas:
Las tazas de producto de un solo uso y estériles que, a menos que el embalaje esteja dañado, estão prontas para su uso inmediato. Cuando se utilice la ventosa Silc Cup de un solo uso, retire el disco de la ventosa estéril de su sobre. Conecte el tubo de aspiración estéril a la ventosa y al aspirador **(Fig. 3)**. Compruebe la integridad del dispositivo y los niveles de vacío de acuerdo con lo indicado en las instrucciones del aspirador.
Nota: no se puede utilizar ningún sistema de vacío inferior.
3. Coloque a la paciente en la posición de litotomía. El parto también se puede realizar en posición dorsal, lateral izquierda o en cuclillas.
Es necesario que la paciente esté en una posición de una inclinación perineal local es similar a la de un parto vaginal. Es posible que sea realizar de acuerdo con la establecida en las prácticas locales. No se debe administrar anestesia local a la vagina de la paciente está vacía.
4. Se debe obtener un consentimiento informado antes de iniciar el proceso de parto mediante vacío.
5. Limpie el cuero cabelludo la mejor posible.
Evite los algodones de punta de bola del feto, ante de la colocación y coloque la ventosa sobre el punto de flexión.
6. La ventosa se coloca desplazándola hacia la cabeza del feto **(Fig. 4–6)**.
Si se utiliza una ventosa de silicona blanda (ventosa Silc Cup), apriétela y desplácela hacia la cabeza del feto **(Fig. 7)**.
Si así se prefiere, se puede lubricar la ventosa con ungüento o aceite de silicona antiséptico.
Se debe realizar un esfuerzo para colocar la ventosa lo más cerca posible de la fontanela posterior **(Fig. 8)**.
7. Asegúrese de que ni el cuello uterino ni la vagina queden atrapados por la ventosa desplazando con cuidado la ventosa hacia la cabeza del feto.
Con la ventosa sobre el punto de flexión, aumente el nivel de vacío aproximadamente hasta –20 kPa (–150 mmHg).
11. A continuación, palpe el reborde de la ventosa con un dedo para comprobar que no haya quedado ningún tejido bajo la ventosa **(Fig. 9 y 10)**.
Con el inicio de una contracción, aumente el nivel de vacío a un nivel comprendido entre –60 y –80kPa (–450 y –600 mmHg). **No supere nunca el nivel máximo de vacío recomendado: de –60 a –80kPa (de –450 a –600 mmHg).** Aumente el vacío hasta el nivel deseado: no es necesario aumentarlo en incrementos establecidos; no se recomienda aumentar el nivel de vacío en forma gradual. Se debe establecer un nivel de vacío que sea satisfactorio cuando se alcance el nivel de vacío necesario.
14. Trekk barnets hode forsikig nedover ved hver etterfølgende trykksjon.
Hvis barnets hode ikke kommer ned når det påføres trykksjon, må det kontrolleres at trykksjonen er langs fødselskanalens akse **(Fig. 12)**.
15. Avbryt trykksjonen mellom riene og reduser vakuumet til ca. –20kPa (–150mmHg) mens du venter på den neste rien.
Bruk aldri mer enn 10 minutter trykksjonstid til sammen.
Mæren kan vanligvis presse 2–3 ganger under en rl. Trykksjon skal påføres i hele denne perioden.
Noen ganger kan det være nyttig å opprettholde forsikig trykksjon mellom riene, for å holde hodet på plass og å det ikke glide tilbake.
Hvis klikken lænser fra barnets hodebunn, kan det skyldes far hay trykksjon eller hindret fødselskanal sans. Se indikasjonene for VAD for å sikre det ikke er misfostrelt mellom hodestørrelsen og fødselskanal (CPD). Hvis mæren er blitt ut at barnets hode kommer langer ned Ømgå 0 kykke instrumentet, og bruk bare den nye klikken. Denne vakuumet skulle bli dårlig under jævn trykksjon, vil tilt bli sugd inn under hodet og det er en dårlig eller en hæftet vorselsteivning. Trykksjonen skal da avbryte og klikken kasteis godt pæl hodet igjen. Korriger trykksjonsretningen og gjenopptø trykksjonen med den nye mæren. Behovet for episiotomi må vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det obstetriske instrumentet kræver ikke ikke ytterligere episiotomi. I tilfeller med alvorlig stress hos barnet kan insidiferitt episiotomi forenkle svart vast forlösning.
17. Forlösning av hodet kan vanligvis oppnås med tre trykksjoner, inner maksimalt 15–20 minutter **(Fig. 13)**. Når hodet er født, reduseres vakuumet til 0, sugekikken tas av og klikken fernes. Skulderne og overkroppen forlæses på samme måte som ved andre fødsler.
18. Dokumenter bruken av sugekikken og avvikene i pleiejournalen i henhold til sykehusets retningslinjer.

Bird-klikke til engangsbruk/rustfritt stål Sugekikken/CasaAid-klikke
Kasteistin – presentasjon
Følgende presentæje anbeøales ikke ved lavt vertskap og klasisk instrumentering.
1. Gå frem i samsvar med retningslinjer for vaginal ledsel for å sikke til enheten og kontrollere enhetens integritet og vakuumnivåer.
2. Gjør et innsnitt i den nedre delen av livmoren og fastslå barnets presentasjon.
3. Bekreft hodepresentasjon forsikig.
• Pas bevarsk for at ikke noe vev gjøt tilgjengelig under innsnittet i livmoren, kan CasaAid-klikke kan plassera 30 mm bakt den fremre fontanellen, over fleksjonspunktet.
• Hvis barnets hode er lavt og uligjøengelig, plasseres behanskede finger under hodet og bøyer det oppover slik at det kommer i innsnittet i livmoren. Forlösning kan være mulig uten bruk av vakuum.
Sett på klokken og kontroller for å sikre at navlestrengen ikke er mellom hodet og den lukkeen, ved å bevæge en finger forsikig rundt kanten av klikken. Pass på at klikken sitter jævt mot barnets hodebunn.
Trekk hodet forsikig nedover gjennom innsnittet når vakuumpumpen viser –60kPa (–450mmHg).
Ikke roter eller bøy instrumentet, da dette kan frigjøre vakuumet.
Når hodet er helt forlæst, avbryter vakuumet og klikken fernes.
Fortsett forlösningen på vanlig måte.
Dokumenter bruken av sugekikken/forlösningsenheten og varsle pleiepersonalet i henhold til sykehusets retningslinjer.

Komplikasjoner ved vakuumassistert forlösning
- Strengt klinisk skjøn er grunnlaget for en trygg og effektiv vakuumekstraksjonsprosedyre.
- De vanligste årsakene til å misykkes er feil trakssjonsvinkel, feil plassering av klikken eller for lav kraft i vakuumsystemet og/eller klikken.
- Klikken kan lænse av de Bråskene som er revnet overtier, eller det er for mye caput eller ved feil på utstyret.
- Pass på at prosedyren ikke tar mer enn 15 minutter, med et maksimalt vakuum på –60 til –80kPa.
- Skade på mor er sjeldent, og er vanligvis rifter på vagina, livmorhalsen eller vulva.
- Skade på mæver.
- Forlænget episiotomisvunde.
- Traume på hodebunnen, blåmerker, bløtdrettelser, rifter og hodebunnsskade.
- Hodeskallefrakturer, kefalohematom, subgeleat hematom.
- Intrakraniell, parenkymal, retinal, subdural, subperiostal, subaraknoidal og intraventrikulær gjøelse.
- Trykkelt gulsot.
- Traume på barnets hodebunn, noe blåmerker eller bløtdrettelser er vanligvis ikke signifikante og skaler klikkemærkene.
- Kefalohematomer ved subaponevrotisk blødning kan vigjøere significant skade, og bør følge med diagnose ber hervises til pediatrisk vurdering og mulig videre behandling.
- En skriftlig oppsummering over alle instrumentelle forlösninger, som skal inkludere i mors journal.

OBS: USA Federale lover begrenser salg og bruk av dette apparatet til eller etter ordre fra leger.

Enhver alvorlig hendelse som har oppstått i forbindelse med enheten skal rapporteres til Medela AG og relevant kompetent myndighet.

PORTUGUÊS

Utilizador previsto
A extração a vácuo só deve ser executada e supervisionada por médicos com formação e experiência.
Os procedimentos e técnicas cirúrgicas adequados são da responsabilidade do médico.
Cada médico deve avaliar se o procedimento é apropriado, com base na sua própria formação e experiência.
O pessoal de cuidados neonatais deve estar consciente das indicações, contraindicações e precauções para o parto assistido e deve observar a bebé quanto aos indícios de complicações do parto assistido a vácuo.

Indicações para a mãe
- O encurtamento da segunda fase do parto (por exemplo, esgotamento da mãe, redução do esforço da mãe, doenças hipertensivas e cardíacas, cesárea anterior, progressão deficiente, baixa progressão da 2.ª fase, mau posicionamento da parte apresentada, cabeça fletida, anomalias, esforço de expulsão inadequado)
- Casos especiais (por exemplo, cesariana por vácuo, parto do segundo gémeo)

Indicações para a feto
- Problemas com o feto (por exemplo, parto expedito com CTG anormal, bradicardia)

Condições
- Idade gestacional > 36 semanas, semanas, peso estimado do feto de 2 500 g ou mais
- Apresentação da coroa, com a cabeça bem fletida
- Membranas rompidas
- Cuello uterino totalmente dilatado
- Cabeça totalmente colocada
- Bexiga vazia

Contraindicações para VAD (Fig. 1 e 2)
Contraindicações relacionadas com a mãe
- Cabeça do feto não encaixada
- Desproporção cefalopélvica (DCP)
- Cuello uterino completamente dilatado
- Sujeito não cooperativo
- Falha em el uso del Kiwepa
- Ventosa solamente em dois ocasiões (o mês)
- Presença de fístulas

Contraindicações relacionadas com el feto
- Bebé prematuro <36 semanas de gestação o peso del feto inferior a 2 500 g
- Presentación anómala
- Anomalías en el feto
- Trastornos hemorrágicos / coagulopatías
- Osteogénesis imperfecta
- Hinchazón/deformación de la cabeza del feto
- Daños en el cuero cabelludo del feto

Notas acerca de la seguridad
Condiciones que requieren observación atenta:
- Daños en el cuero cabelludo del feto
- Parto que requiere un nivel de tracción excesivo
- Con cada contracción, el bebé tiende a producir un descenso progresivo de la cabeza del feto
- Si no se da este descenso, se debe interrumpir el intento de parto con ventosa

Estas recomendaciones se ofrecen únicamente a modo de directrices generales. Quienes ejercen actualmente las directrices médicas e institucionales actuales sobre parto con ventosa y fórceps de parto con ventosas y mediante vacío. Probablemente reconocidas que digan respecto a ventosas y fórceps. Consulte siempre que estén sometidas a un tratamiento antiretroviral combinado. Consulte las últimas estudios disponibles acerca de este tema.

Técnica
1. La posición de la cabeza del feto y de la fontanela posterior se deben evaluar con cuidado.
2. Durante el examen vaginal, la cabeza debe estar perfectamente colocada. El examen vaginal indicará el tipo y tamaño de ventosa que se debe utilizar. Por lo general, se debe utilizar el tamaño de ventosa más grande.
Si hay demasiado caput, no se debe utilizar la ventosa Silc Cup; en su lugar, se utilizará una ventosa Bird o Malmström.
Preparación de las ventosas:
Las tazas de producto de un solo uso y estériles que, a menos que el embalaje esteja danificado, estão prontas para su uso inmediato.
Cuando se utilice la ventosa Silc Cup de un solo uso, retire el disco de la ventosa estéril de su sobre.
Conecte el tubo de aspiración estéril a la ventosa y al aspirador **(Fig. 3)**. Compruebe la integridad del dispositivo y los niveles de vacío de acuerdo con lo indicado en las instrucciones del aspirador.
Nota: no se puede utilizar ningún sistema de vacío inferior.
3. Coloque a la paciente en la posición de litotomía. El parto también se puede realizar en posición dorsal, lateral izquierda o en cuclillas.
Es necesario que la paciente esté en una posición de una inclinación perineal local es similar a la de un parto vaginal. Es posible que sea realizar de acuerdo con la establecida en las prácticas locales. No se debe administrar anestesia local a la vagina de la paciente está vacía.
4. Se debe obtener un consentimiento informado antes de iniciar el proceso de parto mediante vacío.
5. Limpie el cuero cabelludo la mejor posible.
Evite los algodones de punta de bola del feto, ante de la colocación y coloque la ventosa sobre el punto de flexión.
7. La ventosa se coloca desplazándola hacia la cabeza del feto **(Fig. 4–6)**.
Si se utiliza una ventosa de silicona blanda (ventosa Silc Cup), apriétela y desplácela hacia la cabeza del feto **(Fig. 7)**.
Si así se prefiere, se puede lubricar la ventosa con ungüento o aceite de silicona antiséptico.
Se debe realizar un esfuerzo para colocar la ventosa lo más cerca posible de la fontanela posterior **(Fig. 8)**.
9. Asegúrese de que ni el cuello uterino ni la vagina queden atrapados por la ventosa desplazando con cuidado la ventosa hacia la cabeza del feto.
Con la ventosa sobre el punto de flexión, aumente el nivel de vacío aproximadamente hasta –20 kPa (–150 mmHg).
11. A continuación, palpe el reborde de la ventosa con un dedo para comprobar que no haya quedado ningún tejido bajo la ventosa **(Fig. 9 y 10)**.
Con el inicio de una contracción, aumente el nivel de vacío a un nivel comprendido entre –60 y –80kPa (–450 y –600 mmHg). **No supere nunca el nivel máximo de vacío recomendado: de –60 a –80kPa (de –450 a –600 mmHg).** Aumente el vacío hasta el nivel deseado: no es necesario aumentarlo en incrementos establecidos; no se recomienda aumentar el nivel de vacío en forma gradual. Se debe establecer un nivel de vacío que sea satisfactorio cuando se alcance el

ИНСТРУКЦИЯ ОБЩЕГО
Technika

ИНСТРУКЦИЯ ЗА УПОТРЕБА
Техника

KASUTUSJUHEND
Technika

ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
Technika

NAUDOJIMO INSTRUKCIJA
Technika

LIETOŠANAS NOR. ĪSLUMI
Technika

INSTRUCȚIUNI DE UTILIZARE
Technică

NÁVOD NA POUŽÍVANIE
Technika

NAVODILA ZA UPORABO
Technika

KULLANIM TALIMATLARI
Teknik

POLSKI

Użytkownik docelowy

Prażnicą musi być obsługiwana lub nadzorowany przez wykwalifikowanych i doświadczonych lekarzy przyjmujący porad odpowiednio za zastosowanie procedury i techniki chirurgiczne.

Każdy lekarz musi ocenić słuszność zastosowania procedury zgodnie ze swoją wiedzą i doświadczeniem medycznym.

Personel neonatologiczny powinien znać wskazania, przeciwwskazania i środki ostrożności dla porodu wspomaganego próżnociągiem oraz powinien obserwować noworodka w kierunku komplikacji wynikających z zastosowania tej procedury.

Wskazania ze strony matki

- Skrócenie drugiego okresu porodu (np. wyczerpanie matki, ograniczenie wysiłku ze względu na nadciśnienie, choroby serca, przebyte operacje cesarskie, słaby postęp drugiego okresu, niepodejmowanie prób mimo obecności zapadki do głowicy, nieosiowe wstawianie się głowy, niewyrzynanie się porodu)
- Przypadki szczególne (np. poród metodą cięcia cesarskiego, poród drogami naturalnymi)

Wskazania ze strony płodu

- Zagrożenie płodu (np. patologiczne porady ze względu na nieprawidłowy wynik KTG lub brodykardię)

Warunki

- Ciąża > 36 tygodni, szacowana masa ciała płodu co najmniej 2 500 g
- Prawidłowe wierzchołkowe z prawidłową zgięty główką
- Pęknięte błony płodowe
- Całkowite rozwarcie szyjki macicy
- Całkowite wstawienie głowy
- Puty pęcherz matki

Przeciwwskazania do VAD (rys. 1 i 2)

Przeciwwskazania ze strony matki

- Główka płodu niestabilna
- Dystrypancja między główką płodu a miednicą matki (CPD)
- Niepełne rozwarcie szyjki macicy
- Brak współpracy ze strony matki
- Nieufane zastawki lub kardiomiopatia
- Co najmniej dwukrotne oderwanie się pętlicy
- Nosicielstwo wirusa HIV

Przeciwwskazania ze strony płodu

- Ciąża < 36 tygodni lub masa ciała płodu < 2 500 g
- Nieprawidłowe przodowanie
- Wady wrodzone płodu
- Zaburzenia krzepnięcia/koagulopatia
- Nieprawidłowe łożysko
- Znaczne przedpłyniowe/ustalenie główki płodu
- Uszkodzenie powłoki czaszki

Uwagi dotyczące bezpieczeństwa

Warunki wymagające uwagi obserwacji:

- Uszkodzenie skóry głowy płodu
- Konieczność bardziej mocnego ciągnięcia podczas porodu
- Zetępowania głowy płodu powodują następował co każdym pociągnięciem
- Jeśli zetępienie nie wystąpi, należy przerwać próżnicę wspomagania porodu

Niniejsze zalecenia są jedynie ogólnymi wytycznymi. Lekarz używający tego urządzenia musi ocenić ryzyko dla aktualnych lekarskich wytycznych dotyczących zastosowania porodu wspomagania próżnociągiem w procedurach wspomagania porodu. Stosowanie wspomagania porodu próżnociągiem powinno być zarządzanych wnuseem HIT jest najprawdopodobniej bezpieczne w porównaniu z odpowiednimi procedurami przeciwwstawiającymi. Należy kierować się najbardziej aktualnymi wynikami badań w tym zakresie.

Technika

1. Należy dokładnie określić położenie główki płodu i tylnego ciemięcia.
2. W badaniu przedpłynowym główka powinna być całkowicie wstawiona. Badanie przepochwowe powinien określić tylne ciemięcie, jaką należy zastosować. Zasadniczo należy unikać wywierania dodatkowego ciśnienia na głowę.
3. Wypróżnienie pęcherza moczowego
4. Przed zastosowaniem jednorazowej pętlicy Kiwi Cup należy usunąć torcz wewnętrzny pętlicy. Podłączyć strzykiwę przewód ssący do pętlicy i ssąc podciśnienie ssące. Ssąc pętlicy zgodnie z wymaganymi poziomami podciśnienia w instrukcji ssaka podciśnieniowego. **Uwaga:** Nie wolno stosować podciśnienia z centralnego przyssawki.
5. Umieścić pacjentkę w pozycji litotomijnej. Poród można także odbierać w pozycji grzbietowej lewej bocznej lub w kucki. Konieczność blokady nerwu sromowego lub znieczulenia miejscowego krocza jest taka sama, jak w przypadku porodu naturalnego i zgodnie z obowiązującą praktyką w placówce prokładną klinicyną. Uwierzyć się, że pacjentka jest odpowiednio znieczulona.
6. Należy uzyskać świadomą zgodę pacjentki na poród wspomagany próżnociągiem.
7. W miarę możliwości wytrzeć skórę głowy płodu do czysta.
8. Dokładnie zbadać część przodującą płodu przed przyłożeniem pętlicy, a następnie umieścić pętlę małą pętlicy.
9. Pętlę pokrzyżową wprowadza się, zbliżając ją w kierunku głowy płodu (**rys. A-B**). Przy stosowaniu miękkiej pętlicy silikonowej (Silc Cup), zacząć ją zbliżać w kierunku głowy płodu (**rys. 7**).
10. Wyjąć pokrzywę można zwilżyć pełną antyseptycznym kremem odpowiednim do stosowania w pochwie. Pętlicy, ułożyć zostały one zdagnozowane, powinny zostać podane bezpośrednio na nienaruszonej dłoniowej postępowaniu.
11. Pierwsze podowanie wszystkich porodów zabiegowych powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej matki.

PRZESTROGA: Prawo federalne Stanów Zjednoczonych dopuszcza sprzedaż tego urządzenia wyłącznie przez lekarza lub na jego zlecenie.

Wszelkie poważne wypadki, jakie wydarzyły się w związku z tym urządzeniem, należy zgłaszać do Medela AG i właściwego organu zaintereswanego.

12. Ciągnąć równocześnie ze skurczami. Ciągnąć jedną ręką. Jedna ręka trzyma za uchwyt i lekko pociąga, podczas gdy palec wskazujący drugiej ręki jest oparty na głowie i kowędzi pałcy, dyr uśmewić się, że podczas pociągania głowa zstępuje równolegle do kanału rodnego (**rys. 11**).
13. Z każdym ułożeniem pociągniętym należy delikatnie przemieścić głowę w dół.
Jeśli głowa nie zstępuje podczas pociągania, należy sprawdzić, czy pociągnięte odbywa się równolegle do kanału rodnego (**rys. 12**).
14. Pomiędzy skurczami (czekając na następny skurcz) należy przerwać pociąganie i zmieszczyć pociągnięcie do ok. -20kPa (-150 mmHg). Nigdy nie pociągać na 10 minut łącznego czasu pociągania. Można może nawodnić przez 2-3 razy podczas skurczu. W Tym czasie należy pociągnąć. W niektórych przypadkach pomoże może być lekkie pociągnięcie pomiędzy skurczami, aby utrzymać głowę na miejscu i zapobiec jej zsfonu się.
15. Oddzielenie się pętlicy od główki może być spowodowane zbyt silnym pociągnięciem lub zsfrynyzowane pochwy. Należy sprawdzić wskazania do stosowania VAD, aby upewnić się, że nie ma dysproporcji między głową płodu a miednicą matki (CPD). Główka płodu może i stępować. Należy sprawdzić. Należy unikać nagłych szarpnięć i pociągać ze stały się jeśli podczas równomiernego pociągania podciśnienie zanikne, pod pełną będzie wsysane powietrze, powodując zjeżdżanie się pętlicy.
W. Tak wkam wypadku należy przerwać wyciąganie pasowski, dbę pętlicy powinna mocno przylegania do główki. Następnie należy skorygować kierunek pociągania i ponownie ciągnąć z kolejnym skurczem. Konieczność nacięcia krocza przy porodzie należy rozważyć indywidualnie dla pacjentki przy porodzie. Narzędzie położnicze nie wymaga rutynowego nacięcia krocza. Jedynie w niektórych przypadkach powinnego zagrożenia płodu nacięcie krocza, ponieważ zjeżdżanie się pętlicy.
17. W normalnych warunkach główka można wydobyć bez pociągania. Jednakże, pokazywane w ciągu 15-20 mm (**rys. 12**). Po wydobyciu główki należy ustawić pętlicy w kierunku płodu wytączyć żródło podciśnienia i usunąć pętlę. Wykastrać łeb i kołnierz ssący z kontrolą pętlicy. Jeśli głowa równo mienie przyłożą do skóry głowy płodu.
18. Delikatnie wyciągnąć głowę do góry przez nacięcie przy wskazaniu. Ostatnie porady próżniowego wnuscypnięcie ~40kPa (~450 mmHg).
19. **Nie obracać i nie ugniatać** - ponieważ może to spowodować utratę podciśnienia.
20. Po wydobyciu głowy należy zmieszczyć podciśnienie do zera i usunąć pętlę.
21. Kontynuować porod w zwykły sposób.
22. Udokumentować zastosowanie próżnociągu i poinformować o tym personel pielęgniarski zgodnie ze zaplanowanym protokołem.

Możliwe komplikacje podczas porodu wspomagającego próżnociągiem

- Podawaj bezpieczeństwo i skuteczność zastosowania procedury próżnociągu wspomagającego jest ograniczone, ponieważ ocena kliniczna.
- Nieprawidłowe porady zwiększają ryzyko nowiełkowych kąpień, nieprawidłowego wnieszczenia pętlicy lub dysproporcji między głową płodu a miednicą.
- Oddzielenie się pętlicy może nastąpić z wielej wymienionych przyczyn lub ze względu na znaczne przedgłowie lub owrzeję przyrządu.
- Czas trwania porodu może ulec przedłużeniu. 15 minut, a maksymalnie podciśnienie od -60 do -80kPa.
- Obrażenia u matki występują rzadko, najczęściej są to rany liczne powierzchowne i małe mocny lub sromu.
- Zranienie tkanek miękkich
- Rozszerzenie nacięcia sąsiedzkiego
- Urazy powłok czaszki, stłuczenie, sinizn, zranienie i obrzęk skóry głowy.
- Pęknięcie czaszki, krwiak podokostnowy czaszki, krwiak podczepcowy
- Krwotok wewnątrzczaszkowy, miąższowy, siatkówkowy, podpajęczynowy, podtwardzówkowy, podpajęczynówkowy, wewnątrzkomorowy i/lub mózgowo-rdzeniowy
- Zółtaczka noworodkowa
- Krwiak podskórnego pęcherzowego krwawienia podczepcegnowych mogą stanowić powstania urazu. Objawy krwiaka są: zmiana zostały one zdiagnozowane, powinny zostać podane bezpośrednio na nienaruszonej dłoniowej postępowaniu.
- Pierwsze podowanie wszystkich porodów zabiegowych powinna znaleźć się w dokumentacji medycznej matki.

BЪЛГАРСКИ

Предназначена group потребители

Вакуум екстрактори трябва да се извършва или наблюдава единствено от обучени и опитни лекари.

Неонатологическият специалист носи отговорност за подходящите хирургически процедури и техники.

Всеки лекар трябва да преценя целесъобразността на процедурата на базата на своите медицинско обучение и опит.

Персоналът за неонатални грижи трябва да е запознат с показанията, противопоказанията и предпазните мерки при подпомогнато раждане с трябва да наблюдава новороденото за признаци за усложнения при използване на вакуум за подпомогнато раждане (Vacuum assisted delivery).

Показания от страна на майката

- Съкращаване на втория етап на раждането (напр. изтощаване на майката, намалено натоварване поради кардиомиопатия, сърдечни проблеми, предишно операдено сечение, слаб напредъка на Дри етап, неправилно подреждане на плода, дефекциите на главата, асинклитизъм, недостатъчно ефективни контракции)
- Особени случаи (напр. цезарско сечение с вакуум, раждане на близнаци)

Показания от страна на плода

- Дистрес на плода (напр. усложено раждане при CTG (кардиотокографиите с ефектрикъ), брадикардия)

Условия

- Гестационна възраст > 36 седмици, сегашно, прогнозно тегло на плода 2 500 грама или повече
- Тясно предлежание на плода при силно изявена глава
- Разкъсани мембрани
- Пълно разширение и напълно разширена глава в матката; заседнала
- Пълен пикнеф

Противопоказания за VAD (фиг. 1 и 2)

Противопоказания от страна на майката

- Незаякавена глава на плода
- Цефалопелвиен диспропорция (CPD)
- Маточната шийка не е напълно разширена
- Некооперативна майка
- Проблеми фрорнеус
- Чакала се е по-малко от два (или повече) пъти
- HIV позитивен статус

Противопоказания от страна на плода

- Гестационна възраст < 36 седмици, сегашно или прогнозно тегло на плода < 2 500 грама
- Аномалии на плода
- Аномалии при плода
- Нарушения на кръвосъсирване/коагулопатия
- Остеогенезис несъвършена
- Ниско разположена плацента
- Нараняване на скалпа на плода

Бележки за безопасност

Условия, които изискват внимателно наблюдение:

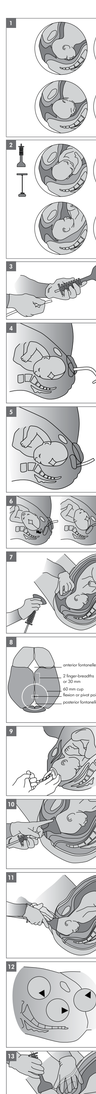
- Нараняване на скалпа на плода
- Раждане, изискващо прекомерно необяснимо количество тяга
- Всяко успешно при тяга трябва да воде до прогресивно спускане на главата на плода
- Ако не настъпи напредък, опитът за раждане с вакуум трябва да се прекрати

Тази препоръка са предназначени само за общи насоки. Медицинският специалист трябва да се консултира с действащите институционални и медицинските насоки, когато са насочени към процедурите за раждане, подпомогнато с вакуум. Отчетливото вакуумно раждане при жени, живеещи с HIV, вероятно е безопасно в сравнение с условие на използват комбинирана антиретровирусна терапия. Трябва да бъдем внимателни предпазени по тази тема.

Техника

1. Трябва предварително да се оцени позицията на главата на плода и на постеринорната фонтанела.
2. При задкръвен предлежание главата на плода е дадо напълно заклинена.
Задкръвният предлежание е, когато предлежащата част е по-ниска от тазовата равнина. Задкръвен предлежание е, когато предлежащата част е по-ниска от тазовата равнина. Ако е на предлежание голяма глава, трябва да се изполява чашката Silc; трябва да се използва чашка Bird или Malmström.
Подготовка на вакуума:
Ако е на предлежание голяма главата се отстранете и двете чашки, ако е извършен опит тяга в задрасяно, лено патерално или приклинено положение.
Необходимостта от пуфендален блок или локална анестезия на нервуса на срамен отвор при спонтанно раждане и е в съответствие с местната клинична практика.
Уверете се, че пикочният мехур на пациента е празен.
Преди процедурата вакуумно подпомогнато раждане, трябва да се изпразни пикочния мехур.
Избягвайте силна взаимно-най-чисто.
Внимателно проверете дали предлежащата плода предпоставлено и позиционирано правилно.
Уверете се, че сте в правилна позиция.
Ако е на предлежание голяма главата, трябва да се изполява чашка Silc; трябва да се използва чашка Bird или Malmström.
Ако е на предлежание голяма главата, трябва да се изполява чашка Silc; трябва да се изполява

medela



RUMUNJSKI

Utilizator vizat
Videcuttrajo trebuie efectuată numai de către medici clinicieni cu pregătire și experiență în acest sens sau sub supravegherea acestora.
Responsabilitatea pentru folosirea procedurilor și a tehnicilor chirurgicale pertinente revine medicului. Fiecare medic trebuie să evalueze caracteristicel advacut al procedurii pe baza cunoștințelor și a experienței medicale.
Personalul de neonatologie trebuie să cunoască indicațiile, contraindicațiile și riduurile de precauție pentru naterea asistată și să știe să recunoască semnele de complicații în cazul nașterii asistate cu vidextractor.

Indicații materne
- Scurtarea celei de a doua etape a travaliului (de ex. epuizare maternă, efort matern redus, și oruna persoane hipertensive, cardiace, cezariană anterioară, evoluție lentă a celei de a 2-a etape, poziție incorectă de prezentație, cap deflectat, asinclitism, efort expulziv necorespunzător)
- Căsuri speciale (de ex. cezariană asistată cu vidextractor, naterea celui de-al doilea geamăn)

Indicații fetale
- Suferință fetală (de ex. naștere rapidă cu CTG anormal, bradicardie)

Condiții
- Vârsta gestațională > 36 de săptămâni, ajustămâni, greutate fetală estimată de 2.500 grame sau mai mult
- Prezentație cefalică a vertexului, cu capul bine flectat
- Membrane rupte
- Cervix complet dilatat
- Cap complet angajat
- Vezică golită

Contraindicații pentru naterea asistată cu vidextractor [fig. 1 și 2]
- Contraindicații materne
- Cap fetal nesecurizat
- Disproporție cefalopelvină (DCP)
- Cervix insuficient dilatat
- Sângerare
- Aplicare de forceps nereușită
- Cupa deteriorată de fiecare dată (au de mai multe) ori
- Status de HIV pozitiv

Contraindicații fetale
- Prematuritate < 36 săptămâni de sarcină sau greutate fetală < 2.500 de grame
- Prezentație pelviană
- Anomalii fetale
- Tulburări de coagulare/coagulopatii
- Osteogeneză imperfectă
- Dimensiune anormală a capului/deformare
- Leziuni la nivelul scalpului fetal

Observații privind siguranța
Afectiuni care necesită o atenție observație:
- Leziuni la nivelul scalpului fetal
- Naștere care necesită o cupulă neobișnuit de mare
- Fiecare efort de tracțiune se trebui să antreneze zabonirea treptată a capului fetal
- În cazul în care capul fetal este sus și nu este accesibil medicului sub incizia uterină, apoezi de tracțiune ar trebui folosite cu foarte multă grijă și de mărginea cupei pentru a verifica dacă capul cabonării odată cu mișcarea de tracțiune de-a lungul axei canalului de naștere **[fig. 11]**.
- La fiecare mișcare de tracțiune succesivă, tragerii vor fi tot mai puțin puternice. În cazul în care capul fetal nu coborâ, câmd se efectuează mișcarea de tracțiune, asigurați-vă că aceasta are loc de-a lungul axei canalului de naștere **[fig. 12]**.
- Este cunoscut faptul că o tracțiune cu o reducere vidă la aproximativ –20kPa (–150 mmHg), ajungând uneori chiar la –30kPa, în cazuri excepționale 10 minute ca timp de tracțiune cumulat. În mod normal, mama poate împinge de 2–3 ori pe durata unei contracții. Mișcarea de tracțiune trebue efectuată în acest interval. Uneori poate fi util să efectuați o tracțiune opusă între contracții pentru a menține capul în poziție, astfel încât să nu alunece înapoi.
- În cazul în care cupa se desprinde de scalpul fetal, cauza poate fi mișcarea de tracțiune excesivă sau travaliul obstructivul. Verificați indicațiile pentru naterea asistată cu vidextractor și luați în considerare dacă este necesar ca o operațiune de cezariană.

Contraindicații pentru naterea asistată cu vidextractor [fig. 1 și 2]
- Cap fetal nesecurizat
- Disproporție cefalopelvină (DCP)
- Cervix insuficient dilatat
- Sângerare
- Aplicare de forceps nereușită
- Cupa deteriorată de fiecare dată (au de mai multe) ori
- Status de HIV pozitiv

Contraindicații fetale
- Prematuritate < 36 săptămâni de sarcină sau greutate fetală < 2.500 de grame
- Prezentație pelviană
- Anomalii fetale
- Tulburări de coagulare/coagulopatii
- Osteogeneză imperfectă
- Dimensiune anormală a capului/deformare
- Leziuni la nivelul scalpului fetal

Aceste recomandări sunt oferite doar cu titlu orientativ. Medicii trebuie să consulte normele medicale și instituționale care țin de naștere asistată și procedurile de naștere asistată cu vidextractor. Naterea vaginală instrumentală în cazul femeilor care trăiesc cu HIV este probabil sigură, cu condiția ca aceasta să primească un tratament antiretroviral combinat. Consultați care mai recente cercetări disponibile pe aceeași temă.

Tehnică
1. Poziție: capul fetal și o fontanelă posterioare trebuie evaluată cu exactitate.
2. La examinarea vaginală, capul trebuie să fie complet angajat.
3. În urma examinării vaginale se va stabili tipul și dimensiunea cupei care trebuie utilizată. În general, se recomandă utilizarea cupei cu dimensiunea cea mai mare.
4. În cazul unei dimensiuni excesive a capului, un trebuie folosită cupa Soft. În schimb, se recomandă utilizarea unei cupe Bird sau Malmström.

Pregătiți cupele:
Produsele din plastic folosește sunt sterile și, cu excepția cazului în care ambalajul este deteriorat, acestea pot fi utilizate imediat. La utilizarea cupei Silc de unică folosință, scoateți discul din interior, lăsând de utilizare.
Conectați tubul de aspirație steril la cupă și la pompa de vid **[fig. 3]**. Verificați integritatea dispozitivului cu valorile de vid dorite, conform instrucțiunilor pompei de vid.
Notă: A nu se utiliza aspirarea de perete.
Ajustați poziția în punctul pentru litotomie. Naterea poate avea loc și în poziție dorsal, lateral stângă sau ghemuit.
Necesitatea blocajului pudendal sau a infiltrației perineale locale este la fel de ca cazul nașterii spontane și în conformitate cu practica clinică locală.
Asigurați-vă că vezica pacientului este golită.
4. Consimțământul informat trebuie obținut înainte ca procesul de naștere asistată cu vidextractor să aibă loc.
5. Cupa este introdusă pe vagin.
6. Inainte de poziționare, examinați cu atenție prezentația fetală și poziționați cupa pe punctul de flexie.
7. Cupa este introdusă prin limpingere înspre cupul fetal **[fig. 4-6]**.
Axul cării fătului și cupă din silicon made (cupa Silc), strângeți-o și avansați înpre cupul fetal **[fig. 7]**. Dacă dorți, lubrifiați cupa cu o cremă pțitoare antiseptică adecvată.
8. Inserați în poziționați cupa la 30 mm în fața fontanelei posterioare **(fig. 8)**.
9. Asigurați-vă de nivelul, nici vaginul nu sunt prinse sub cupă, plimbând ușor un deget de jur împrejurul mărginii cupei.
10. Poziționând cupa peste punctul de flexie, creșteți nivelul de vid la aproximativ –20kPa (–150mmHg).
11. Acum, palpați cu un degat mărginea cupei pentru a verifica dacă nu se află țesut moale sub cupă **(fig. 9 și 10)**.
12. La declanșarea unei contracții, creșteți nivelul vidului la o valoare cuprinsă între –60 și –80kPa (–450 și –600 mmHg). **Nu depășiți niciodată vidul maxim recomandat, respectiv între –60 și –80kPa (–450 și –600 mmHg).**
Creșteți vidul la nivelul dorit – nu este necesară o creștere incrementală, nu se recomandă creșterea treptată.
Aderența va fi suficientă de îndată ce se atinge vidul necesar.
13. Mișcarea de tracțiune poate fi apoi efectuată simultan cu contracțiile. Mișcarea de tracțiune trebue efectuată cu o singurătate.
Apucați cu o mână mâneru și trageți ușor, trând în oceiași timp degetul arătător de la cestatată mână lipit de capul fetal și de marginea cupei pentru a verifica dacă capul coborârâ odată cu mișcarea de tracțiune de-a lungul axei canalului de naștere **[fig. 11]**.
14. La fiecare mișcare de tracțiune succesivă, tragerii vor fi tot mai puțin puternice. În cazul în care capul fetal nu coborârâ, câmd se efectuează mișcarea de tracțiune, asigurați-vă că aceasta are loc de-a lungul axei canalului de naștere **(fig. 12)**.
15. Este cunoscut faptul că o tracțiune cu o reducere vidă la aproximativ –20kPa (–150mmHg), ajungând uneori chiar la –30kPa, în cazuri excepționale 10 minute ca timp de tracțiune cumulat. În mod normal, mama poate împinge de 2–3 ori pe durata unei contracții. Mișcarea de tracțiune trebue efectuată în acest interval. Uneori poate fi util să efectuați o tracțiune opusă între contracții pentru a menține capul în poziție, astfel încât să nu alunece înapoi.
16. În cazul în care cupa se desprinde de scalpul fetal, cauza poate fi mișcarea de tracțiune excesivă sau travaliul obstructivul. Verificați indicațiile pentru naterea asistată cu vidextractor și luați în considerare dacă este necesar ca o operațiune de cezariană.

Contraindicații pentru naterea asistată cu vidextractor [fig. 1 și 2]
- Cap fetal nesecurizat
- Disproporție cefalopelvină (DCP)
- Cervix insuficient dilatat
- Sângerare
- Aplicare de forceps nereușită
- Cupa deteriorată de fiecare dată (au de mai multe) ori
- Status de HIV pozitiv

Contraindicații fetale
- Prematuritate < 36 săptămâni de sarcină sau greutate fetală < 2.500 de grame
- Prezentație pelviană
- Anomalii fetale
- Tulburări de coagulare/coagulopatii
- Osteogeneză imperfectă
- Dimensiune anormală a capului/deformare
- Leziuni la nivelul scalpului fetal

Cupă Bird de unică folosință/cupa din aiet inoxidabil/cupă CaseAid pentru naștere prin aspirație – Procedure
Umătoarea procedură nu este recomandată femeilor care au fost operate anterior prin secțiune uterină.
1. Procedați conform normelor privind naterea vaginală în conștiență. Asigurați-vă de verificarea integrității acestuia cu valorile de vid dorite.
2. Inițiați segmentul inferior al uterului și stabiliți prezentația fetală.
3. Verificați cu atenție poziția cupei.
- În cazul în care cupa fetal este sus și nu este accesibil medicului sub incizia uterină, apoezi de tracțiune ar trebui folosite cu foarte multă grijă și de mărginea cupei.
- În cazul în care cupa fetal este jos și inaccesibil, apoezii degetului îmbrăcat în mănușă trebue folosite în sus, advocând scăpării în incizia uterină. Este recomandat ca cel puțin un deț fără o fi necesar un vidextractor.
4. Aplicați cupa și asigurați-vă că sub cupă nu s-a prins țesut sau cordonul ombilical, plimbând ușor un degat de jur împrejurul cupei.
Asigurați-vă că cupa este așezată uniform pe scalpul fetal.
5. Trageți ușor capul în sus prin incizie câmd pompa de vid indică –60kPa (–450mmHg).
Nu rotiți sau înclopți instrumentul, deoarece aceștia se poate pierde vid.
6. După ce capul a ieșit, întrerupeți vidul și scoateți cupa.
7. Continuați procedura de naștere în mudul obișnuit.
8. Consemnați utilizarea vidextractorului și anunțați personalul medical conform protocolului spitalului.

Cupă Bird de unică folosință/cupa din aiet inoxidabil/cupă CaseAid pentru naștere prin aspirație – Procedure
Umătoarea procedură nu este recomandată femeilor care au fost operate anterior prin secțiune uterină.
1. Procedați conform normelor privind naterea vaginală în conștiență. Asigurați-vă de verificarea integrității acestuia cu valorile de vid dorite.
2. Inițiați segmentul inferior al uterului și stabiliți prezentația fetală.
3. Verificați cu atenție poziția cupei.
- În cazul în care cupa fetal este sus și nu este accesibil medicului sub incizia uterină, apoezi de tracțiune ar trebui folosite cu foarte multă grijă și de mărginea cupei.
- În cazul în care cupa fetal este jos și inaccesibil, apoezii degetului îmbrăcat în mănușă trebue folosite în sus, advocând scăpării în incizia uterină. Este recomandat ca cel puțin un deț fără o fi necesar un vidextractor.
4. Aplicați cupa și asigurați-vă că sub cupă nu s-a prins țesut sau cordonul ombilical, plimbând ușor un degat de jur împrejurul cupei.
Asigurați-vă că cupa este așezată uniform pe scalpul fetal.
5. Trageți ușor capul în sus prin incizie câmd pompa de vid indică –60kPa (–450mmHg).
Nu rotiți sau înclopți instrumentul, deoarece aceștia se poate pierde vid.
6. După ce capul a ieșit, întrerupeți vidul și scoateți cupa.
7. Continuați procedura de naștere în mudul obișnuit.
8. Consemnați utilizarea vidextractorului și anunțați personalul medical conform protocolului spitalului.

Complicații la naterea asistată cu vidextractor
- O procedură eșuată la naterea asistată cu vidextractor se bazează pe un raționament clinic rigoros.
- Cauzele unei procedurii nereușite sunt cel mai frecvent prezența unei distocii de tracțiune, poziționarea incorectă a cupei sau de dimensiunea cupei.
- Cupa se poate detașa din motivele prezentate mai sus sau în cazul unei dimensiuni excesive a capului ori al unei deflectiuni a echipamentului.
- Dacă este vorba de o procedura nu durează mai mult de 15 minute, cu un vid maxim între –60 și –80kPa.
- Leziunile materne sunt rare și implică în cea mai mare parte leziunile ale vaginei, cervicelui sau ale vulvei.
- Leziuni ale țesutului moale.
- Extensia episiotomiei.
- Traumatisme, edeme, contuzii, lacerații și eșecul unei episiotomie.
- Hematom vaginal, vulvar, perineal, hematom subgaleal.
- Hemoragie intracranială, parenchimatoasă, retinală, subdurală, subperiostală, subarahnoidiană, intraventriculară și/sau intraparenchimatoasă.
- Icter neonatal.
- În general, traumatismul fetal la nivelul scalpului, câmea contuzii sau lacerații sunt cele mai suse semnificative de morbiditate fetală.
- Cefalohematomul sau hemoragia subaponevrotică poate reprezenta o leziune semnificativă, iar bebelușii cu un astfel de diagnostic se trăiesc mai greu decât bebelușii cu probleme, câmd sunt tratament ulterior.
- Un rezultat scris al tuturor naterilor instrumentale, pentru a fi incluse în fișa maternă.

PRECAUȚIE: Legislația federală a SUA restricționează comercializarea acestui dispozitiv de câtre sau la recomandarea unui medic.

Orice incident grav apărut în legătură cu dispozitivul trebue raportat Medela AG și autorității competente relevante.

SLOVAKI

Používateľ
Vákuová extrakcia smie byť vykonávaná len vyškolenými a skúsenými lekármi oblasť pod ich dohľadom.
Za správnu chirurgických postupov a technik zodpovedá lekár.
Každý lekár musí posúdiť vhodnosť postupu na základe svojho lekárskeho vzdelania a skúseností.
Personál zabezpečujúci starostlivosť o novorodencov musí byť oboznámený s indikáciami, kontraindikáciami a bezpečnostnými opatreniami vákuovej extrakcie a musí dieťa sledovať. O nevykazuje známky komplikácií pri ašpirácii.

Indikácie matky
- Skrátenie druhej fázy pôrodu (napr. vyčerpanie matky, znížené úsilie matky, t. j. hypertenzia, ochorenie srdca, predchádzajúci císarský rez, nedostatočný postup 2. fázy, nesprávna poloha v prípadoch čiel, deflexia hlavy, asynklitizmus, neodekvátne expulzívne úsilie)
- Špeciálne prípady (napr. císarsky rez s podporou vákua, pôrod druhého dvojčaťa)

Indikácie plodu
- Ohrozenie plodu (napr. urýchlený pôrod s abnormálnym CTG, bradykardia)

Podmienky
- Gestačný vek > 36 týždňov, odhadovaná hmotnosť plodu 2 500 gramov alebo viac
- Poloha plodu vertex s hlavou v dobrom uhle
- Praskliné membrány
- Cervix úplne dilatovaný
- Hlava úplne zasunutá
- Prázdny močový mechúr

Kontraindikácie pre VAD [obr. 1 a 2]

Kontraindikácie matky
- Nezaistená hlava plodu
- Cefalopelvická disproporcia (CPD)
- Cervix nie je úplne dilatovaný
- Nespokojovujúci subjekt
- Pulkadenie krvou
- Dvojité odopnutie zvona (alebo viac)
- HIV pozitívny stav

Kontraindikácie plodu
- Predčasný pôrod < 36 týždňov tehotenstva alebo hmotnosť plodu < 2 500 gramov
- Abnormálny plod
- Abnormálny pôrodný kanál
- Osteogenéza nedokonalá
- Nadmerná veľkosť hlavičky
- Poškodenie kože na temene plodu

Bezpečnostné upozornenia
Podmienky, pri ktorých sa vyžaduje dôsledné sledovanie:
- Poškodenie kože na temene plodu
- Pôrod vyžadujúci nadmerne veľký poťah riadkl
- Kadiaľ úže pri tracích by malo viesť k prospešnému pôrodu v pôrodnej osi
- Ak nedôjde k prospešnej, musí sa poku o vákuovú extrakciu ukončiť.

Tieto odporúčania sú určené len ako všeobecné usmernenie. Lekári sa musia oboznámiť s aktuálnymi informáciami týkajúcimi sa vaginálnych porodov, ktorá sa venujú vaginálnemu vedeniu a postupom pôrodov s vákuovou extrakciou. Operatívne vaginálne porody u žien bijúcich s HIV je pravdepodobne bezpečný za predpokladu, že vyučujú kombinovanú antiretrovírusovú terapiu. Pozrite si najnovší dostupný výskum na túto tému.

Technika
1. Poloha: Stav plodu a zadnej fontanely je tehdy
2. Pri vaginálnom preglede mora biti glava v celari aktivovaná.
Vrata in velikost skodelice, ki jo je treba uporabiti, se določi na podlagi vaginalnega pregleda.
Na splošno je treba uporabiti največjo velikost skodelice.
Če obstaja prekomerna otekline (capuť), ne uporabite silikonske skodelice; namesto tega uporabite skodelico Bird ali Malmström.
Pripravite sukcijsko skodelico:
Proizvodi za jednokratnu upotrebu cy cterpisne e, ako nakoravar nije oštećen, sterilni. Ako je oštećen, ne smiju se upotrebljavati.
Pažljivo sterilno sukcijsko cev s skodelico in vakuumsko črpalko **(slika 3)**. Preverite integriteto napravo z želenimi sterilnimi vakuumi v skladu z navodili vakuumske črpalke.
Opombe: Ne uporabljajte stene sukcije.
2. Položite bolnico v položaj za litotomijo. Porod je mogoč tudi v dorzalnem, levem lateralnem ali čepečem položaju.
Poskrbite, da je mehur pacienta prazen.
Potrebna bo pudendalna blokada oziroma infiltracija perineja infiltracija je ravnaki ako pri spontanem porodu in mora biti v skladu z lokalno klinično prakso.
Prepričajte se, da je bolnišnic nehpat prazen.
3. Pacientu zagotovite ustrezno anestezijo.
4. Pacientu zagotovite ustrezno pomoč.
5. Obrišite kožo, da bo čista in suha.
6. Pred nameščitvijo pazorna preglejte vaginalni del plodu in nameščanje skodelice. Ce tolšiu fleksije.
7. Sukcijsko skodelico vstavite tako, da jo pomaknete naprej proti glavici plodu **(slika 4-6)**.
Če uporabljate mehko silikonsko skodelico, jo stavite in pomaknite proti glavi plodu **(slika 7)**.
Ce želite, lahko skodelico podmažete s sintetno pordrážitko antiseptično krema.
8. Pokaže nameščati skodelico 30 mm pred zadnjo fontanelo **(slika 8)**.
9. Zagotovite, da skodelica ne bo obsegala materničnega vratu ali vagina, tako da prst nato povlečete okoli roba skodelice.
10. Ko je skodelica čez ročko fleksije, ustvarite vnajrite vakuum na vrednost –20kPa (–150mmHg).
11. Zdaj otipajte robb skodelice i enim prstom, da zagotovite, da ni nobenega mehkega tkiva **(slika 9 in 10)**.
12. Ob izbruhu pogovorov, povečajte vakuum na stopnjo med –60 do –80kPa (–450 do –600 mmHg). **Nikoli ne prekoračite največjega priporočenega vakuuma –60 do –80kPa (–450 do –600 mmHg).**
Povečajte vakuum na želeno raven – enkrat mentalno povečanje ni potrebno, a postopno povečanje ni priporočeno.
Prilagoditev bo zadostna tako, ko dosežete potreben vakuum.
13. Nato je mogoče uporabiti trakcijo sinhrono s popadki. Trakcija izvajajte z eno roko.
Z eno roko držite ročico in vlecite nazaj, medtem ko držite kazalec drugo roke ob glavi plodu in roko sledite, da ga ne zamaknete. Ta se s trakcijo glava spusti vzdolž osi porodnega kanala **(slika 11)**.
14. Z vsako uspešno trakcijo povlecite glavo direktno nazaj navzdol. Ce se glava plodu ne spusti po izvedbi trakcije, zagotovite, da se trakcija izvaja vzdolž osi porodnega kanala **(slika 12)**.
15. Med popadki ne izvajajte trakcije in zmanjšajte vakuum na približno –20kPa (–150mmHg), medtem ko čakate na naslednji popadek. Nikoli ne prekoračite 10 minut skupnega časa trakcije. Mati lahko obdobju med popadkom pritisne – to bo pomagalo pri izvajanju trakcije. Vzajem je lahko koristna, de med popadki izvajate nežne trakcije, da drže glava na mestu, ko se umaknete.
16. Ce se skodelica loči od kožice plada, je to morda zaradi prekomerne trakcije ali otrpnega porodna. Preglejte indikacije za porod s pomočjo vakuuma, da zagotovite, da ni kršitev navodil.
Preglejte indikacije za porod s pomočjo vakuuma, da zagotovite, da ni kršitev navodil.
Preglejte indikacije za porod s pomočjo vakuuma, da zagotovite, da ni kršitev navodil.
Upoštevajte navodila