

S ČÍM SE V PRAXI POTKÁVÁME A CO NA TO VĚDECKÉ VÝZKUMY

Mgr. Markéta Pavlíková

www.biostatisticka.cz/vyuka

JAK PRACUJE PORODNÍ ASISTENTKA?



rukama



hlavou



srdcem



JAK PRACUJE PORODNÍ ASISTENTKA?

Poskytuje péči v souladu



s vlastní kriticky zhodnocenou **zkušeností**



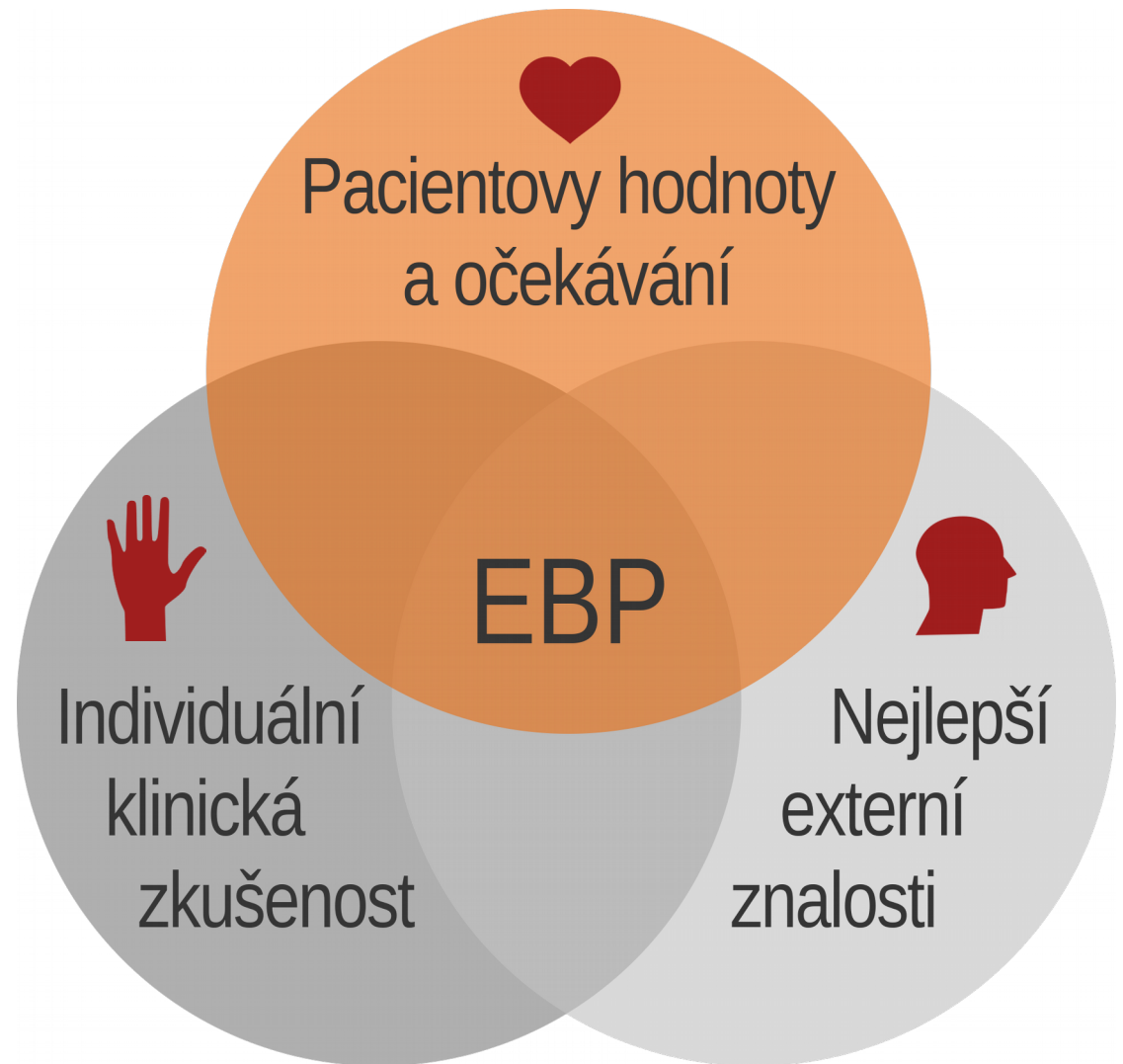
s nejnovějšími a nejlepšími **poznatky** vědy



s přáními, postoji a **preferencemi** klientky

DEFINICE EBP

EBP je systematický přístup k řešení klinických problémů, který umožňuje propojení nejlepších dostupných vědeckých **důkazů** s klinickou **zkušeností** a **preferencemi** pacienta (patient values). (Sackett 2000)





S ČÍM SE POTKÁVÁME A CO NA TO VĚDA



ZDROJE

primární zdroj

- Cochrane Library www.cochranelibrary.org

další zdroje

- Doporučené postupy ČGPS ČLS JEP (přehledně a aktualizované zde:
www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy-cgps-cls-jep-k17.html)
- národní doporučení, jako NICE guidelines (nice.org.uk)
- národní zdroje statistik
- další odborná literatura

S ČÍM SE POTKÁVÁME

- předporodní odtok plodové vody
- podání antibiotik během porodu
- klystýr
- amniotomie
- indukce proodu v termínu/po termínu
- tišení bolesti, epidurál
- polohy v 2. době proodní
- tlak na fundus
- epiziotomie
- časování přerušení pupečníku
- kontakt kůže na kůži

PŘEDPORODNÍ ODTOK PLODOVÉ VODY V TERMÍNU

- riziko novorozenecké infekce 1 % oproti 0.5 % bez odtoku
- Wojcieszek AM et al.: Antibiotics for rupture of membranes when a pregnant women is at or near term but not in labour, *Cochrane 2014*
- 4 studie, 2639 žen, žádné přesvědčivé rozdíly ve výskytu infekcí na straně matky nebo dítěte při a bez použití ATB
- „Vzhledem k rizikům spojeným s ATB by se mělo od rutinní administrace ATB upustit.“
- Middleton et al.: Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more), *Cochrane 2017*
- 23 studií (8615 žen), většina závěrů low-quality evidence
- při vyvolání porodu (oxytocin, prostaglandiny) nižší riziko některých infekcí matky (5 % vs. 11 %), stejná míra operativních porodů (CS, kleště, VEX). Nižší riziko novorozeneckých infekcí (3 ‰ vs. 4 ‰).
- „Vyvolání porodu může přinést menší míru infekce u matek i dětí.“
- doporučení ČGPS: ATB bez jasného benefitu, indukce po 24h (2013)

PODÁNÍ ANTIBIOTIK BĚHEM PORODU

- podání ATB pouze kvůli odtoku plodové vody: nedoporučeno (i ČGPS)
- Ohlsson A, Shah VS: Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization, *Cochrane 2014*
- plošné podávání ATB při GBS zavedeno bez jasných důkazů prospěšnosti
- 4 studie, 852 žen
- „Zdá se, že snižuje výskyt časně GBS infekce, nesnižuje pozdní GBS infekci a nelze dělat závěry ohledně mortality.“
- tam, kde zavedli plošně, se výskyt snížil (ale mohou být další faktory)
- *USA* plošný screening zavedlo: výskyt poklesl po zavedení z 1.8 na 0.26 případů z 1000
- *UK* plošný screening nezavedlo: 0.5 případů na 1000 (podání pouze při rizicích: horečka, nedonošenost, náhodné zjištění GBS+)

PODÁNÍ ANTIBIOTIK BĚHEM PORODU

- mechanismus: podání nejméně 4h před porodem, aby se zajistila dostatečná koncentrace ATB v krvi dítěte
- české vzdělávací zdroje ohledně rizik mlží
 - *doporučení ČGPS* zmiňuje jen výskyt u matek (5-35 %) a mortalitu novorozenců (5-20 %)
 - *Sestra 2009*: onemocní 5 % novorozenců GBS pozitivních matek, mortalita 40 %. Riziko nejméně **10x** nadhodnocené!
- **US** data, termínové GBS + : 5 z 1000 dětí se nakazí, z toho 2-3% zemřou
- tedy pokud jste těhotná GBS+ v termínu, je šance 1:10000, že vaše dítě zemře, pokud vám nebudou podána ATB před porodem

KLYSTÝR

- Reveiz L. et al: Enemas during labour, *Cochrane 2013*
- 4 randomizované studie, 1917 žen
- nemá významný vliv na míru výskytu infekce (poraněné hráze nebo novorozenecké)
- nemá významný vliv na spokojenost žen
- má vliv na spokojenost zdravotníků – spokojenější, když podají klystýr
- únik stolice bez klystýru: 35 %, s klystýrem: 10-20 %

„Tyto důkazy nepodporují rutinní aplikaci klystýru u porodu, proto by od tohoto postupu mělo být upuštěno.“

AMNIOTOMIE

- Smyth RMD et al.: Amniotomy for shortening spontaneous labour, *Cochrane 2013*
- 15 studií zahrnujících 5583 žen
- nehodnotily bolestivost
- důkazy neukázaly zkrácení první doby porodní
- ukázaly potenciální nárůst množství císařských řezů

„Rutinní amniotomie není doporučována pro normálně probíhající porody ani pro porody, které se protahují. Na základě nálezů nemůžeme doporučit rutinní provádění amniotomie jako standardního postupu. Doporučujeme, aby zde uvedené důkazy byly zpřístupněny ženám, kterým je amniotomie nabídnuta; mohou být užitečné jako podklad pro diskusi a jakákoli výsledná rozhodnutí učiněná ženami a jejich poskytovateli péče.“

INDUKCE PORODU V/PO TERMÍNU

- Middleton et al.: Induction of labour in women with normal pregnancies at or beyond term, *Cochrane 2018*
 - 30 studií, 12 479 žen
 - vyvolání porodu okolo 41tt (před i po podle studie) oproti vyčkávání nebo odloženému vyvolání
 - nižší riziko perinatálního úmrtí při vyvolání (1 ‰ vs. 3 ‰)
 - o něco více sekcí při indukce před 41tt, jinak stejné
- „I když je absolutní riziko perinatálního úmrtí malé, měly by být ženy správně informovány, aby mohly zvolit mezi plánovaným vyvoláním potermínové gravidity a sledováním bez vyvolání nebo s odkladem vyvolání.“
- aktuálně běží velká rand. studie ve *Švédsku*, jestli 41tt nebo 42tt

INDUKCE PORODU - METODY

- Cochrane zkoumá řadu metod indukce porodu: hypnóza, homeopatie, akupunktura, sex, stimulace bradavek, amniotomie, Hamiltonův hmat (membrane sweeping), oxytocin, prostaglandiny orálně a cervikálně, další léky
- Hamiltonův hmat (2005, 22 studií, 2729 žen)
 - rutinní aplikace po 38tt nepřináší podstatné výhody
 - jako prostředek vyvolání ušetří 1 ženě z 8 indukci jiným způsobem
 - ČGPS (2016) bez zdrojů tvrdí, že nejde o indukci a že je to metoda efektivní
- Indukce oxytocinem (2009, 61 studií, 12 819 žen):
 - oproti vyčkávání uspíší porod do 24h, ale více žen si vyžádá epidurál
 - oproti prostaglandinům menší šance na vaginální porod do 24h

TIŠENÍ BOLESTI

- Jones et al: Pain management for women in labour – an overview, *Cochrane 2012*
- farmakologické i nefarmakologické
- Intrapartum care for healthy women and babies, *NICE 2014*

„Zdravotník by si měl rozmyslet, jaké jsou jeho vlastní hodnoty a přesvědčení ohledně zvládání bolesti při porodu, a zajistit, aby jeho péče zcela podporovala vlastní volbu ženy.“

opioidy: „Informujte ženu, že **schopnost opioidů tlumit bolest je omezená**, a že mohou mít významné vedlejší účinky pro ni (**ospalost, nevolnost, zvracení**) a její dítě (**krátkodobé obtíže s dechem** a ospalost, které může trvat i několik dní). Informujte ji, že **opioidy mohou ovlivňovat kojení**.“

- doporučení *ČGPS 2018*: opioidy mezi doporučenými (nalbuphin, remifentanil)

TIŠENÍ BOLESTI – EPIDURÁLNÍ ANALGESIE

- Anim-Somuah et al: Epidural versus non-ep. or no analgesia in labour, *Cochrane 2011*
- 38 studií, 9658 žen, až na 5 studií porovnání s opioidy
- větší riziko ukončení kleštěmi/VEX, delší 2. doba porodní
- oproti opioidům menší důsledky pro dítě
- některé studie našly i zvýšené riziko císařského řezu (hrají roli další faktory)
- Intrapartum care for healthy women and babies, *NICE 2014*: Podejte tyto informace:
 - Dostupná pouze v nemocnici na porodnickém oddělení (častý důvod transferu v UK)
 - Tlumí bolest efektivněji než opiody
 - Není asociována s dlouhodobou bolestí zad.
 - Nepřináší delší 1. dobu porodní ani celkově nezvyšuje riziko císařského řezu.
 - Souvisí s delší 2. dobou porodní a zvýšeným rizikem porodu kleštěmi/VEX
 - Je doprovázena vyšší úrovní sledování, přístupem k žíle, může omezit mobilitu [2007, 2014]
- I s epidurálem lze užít *vertikální polohy* (video)!

POLOHY PRO 2. DOBU PORODNÍ

- Gupta JK et al.: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia, *Cochrane 2017*
- teorie PRO vzpřímené pozice: lepší přívod kyslíku dítěti, efektivnější kontrakce, lepší rotace a průchod pánví, větší otvor v pánvi (RTG)
- 32 studií, 9015 žen; vzpřímená = stoj, klek, sed na stoličce
- o **25 %** nižší riziko kleští/VEX, o **54 %** nižší riziko abnormálního srdečního rytmu
- méně epiziotomií, více natržení; více krevních ztrát nad 500 ml, stejně transfúzí
- bez rozdílů v délce tlačení, míře císařských řezů, natržení III. a IV. stupně, potřeby transfúze, přijetí na JIP a v perinatální úmrtnosti
- menší studie žen s epidurálem (*2017*): závěry nejasné, málo pozorování

„Ženy mají být povzbuzovány, aby porodily v pozici, která je jim pohodlná. Platí i při užití epidurální analgesie. “

TLAK NA FUNDUS

- Hofmeyr et al: Fundal pressure during the second stage of labour, *Cochrane 2017* (starší verze 2006 a 2009)
- riziko ruptury dělohy, poranění dítěte, poškození svěrače
- 5 studií manuální (3057 žen), 4 studie nafukovací pás (891 žen)
- užití tlaku na fundus nevedlo k více spontánním vaginálním porodům, tedy nevedlo k menšímu užití kleští/VEX/císařských řezů, stejný stav dítěte, **vyšší míra ruptur čípku a hráze**
- podobný závěr rakouská observační *studie*: standardní (23 %) a omezované (12 %) užití KE: 2x vyšší míra poranění hráze

„Neexistují dostatečné důkazy, zda provádění tlaku na fundus efektivně zkracuje druhou dobu porodní a zda je bezpečné. Rutinní praxi nelze na základě evidence podpořit.“

TLAK NA FUNDUS

- ČGPS: Čepický P. (2012) Doporučení k pomoci rodičce při tlačení ve II. době porodní
- předpokládá polohu na zádech
- **necituje vůbec žádnou vědeckou literaturu!**

c) Přidržení fundu

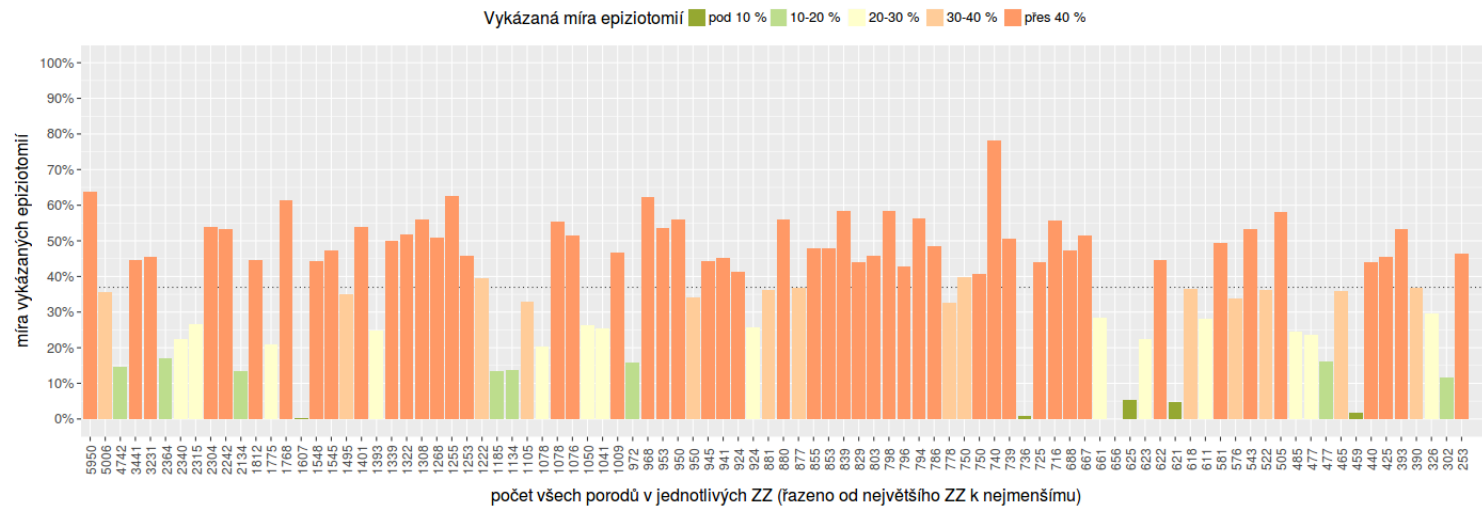
- Provádí se tlakem na fundus děložní. Tlak se provádí předloktím nebo oběma dlaněmi. Je nutno se vyhnout bodovému tlaku loktem, pěstí apod. Tlak je veden na fundus děložní. Provádí se během kontrakce děložní a intenzita tlaku kopíruje kontrakční vlnu. Rodička vždy používá současně břišní lis.
- Přidržení fundu provádí pouze porodní asistentka nebo lékař a lze ho provádět pouze v přítomnosti a z indikace lékaře.

EPIZIOTOMIE

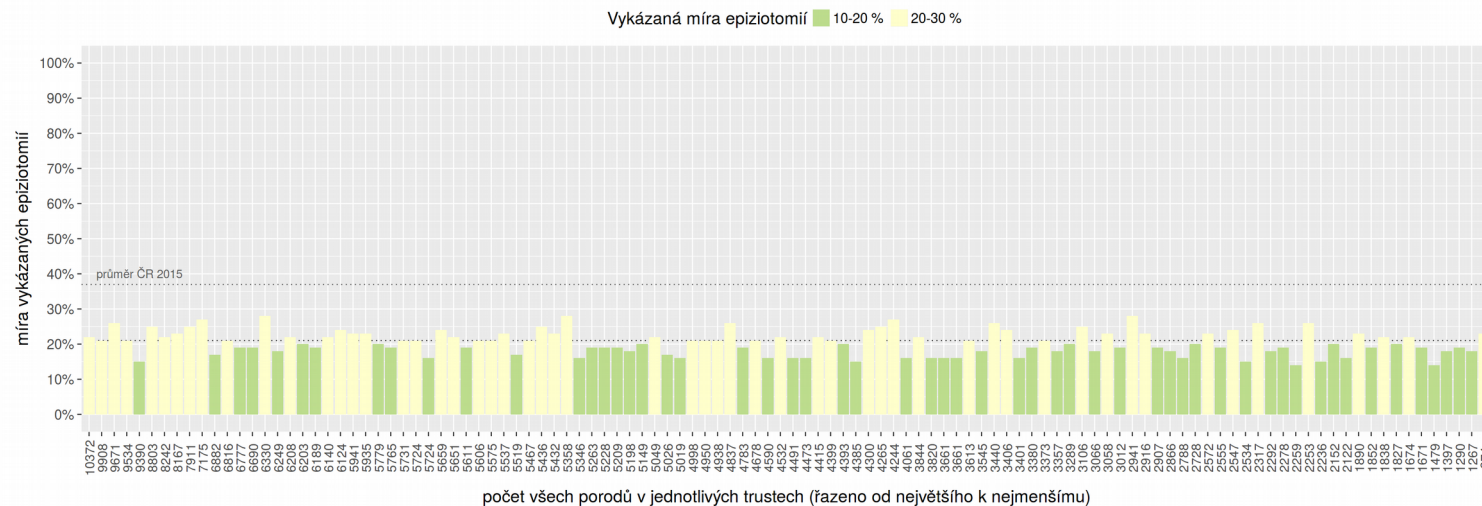
- Jiang et al: Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth, Cochrane 2017
- 12 studií, 6177 žen
- omezené užití („vyhněte se pokud možno epiziotomii“) – 8-59 %
- rutinní užití („chraňte hráz tak, jak jste zvyklí“) - 61-100 %
- omezení = menší množství poranění hráze a vaginy, nižší potřeba šití. Není vyšší množství ruptur III. a IV. stupně, není horší zdraví dětí, nebyly nalezeny rozdíly ve výskytu inkontinence moči, krvácení atd.
- UK: 21 %, podle nemocnic max 28 %. ČR: 37 %, rozsah 10-80 %.

EPIZIOTOMIE

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů na porodních odděleních v ČR, 2015



Vykazovaná míra epiziotomií v NHS trustech v Anglii, 2014-2015



ČASOVÁNÍ PŘERUŠENÍ PUPEČNÍKU

- McDonald SJ et al.: Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on mother and baby outcomes, *Cochrane 2013*
- 5 studií, 3911 žen+dětí
- při pozdějším (neuspěchaném) přerušení není vyšší krvácení matky
- je vyšší porodní hmotnost, vyšší koncentrace hemoglobinu, vyšší zásoby železa až 6 měsíců po porodu, malé riziko častější fototerapie (může být způsobeno nastavením léčby)

FIGO a WHO již okamžité přerušení nedoporučují, NICE zatím doporučuje v rozmezí 1-5 minut, ale bez problémů později na přání ženy

- dítě na matčině hrudi, nemá se dávat ani dolů, ani držet výše
- vhodné i pro porody nedonošených dětí (jiná *Cochrane review*)

KONTAKT KŮŽE NA KŮŽI (KKK)

- nahé nezabalené dítě, nahá hrud', nejméně do prvního samopřisátí
 - Moore et al.: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants, *Cochrane 2016*
 - 38 studií, 3472 dětí
 - při KKK děti stejná teplota jako zabalené (nepodchazují se!), lepší kardiopulmonární stabilizace, více glukózy v krvi
 - lepší zahájení kojení, delší kojení
- „Vědecké důkazy podporují KKK jako rutinní praxi pro všechny zdravé novorozence narozené vaginálně, císařským řezem i předčasně (od 35tt).“
- pro další informace práce Kerstin Uvnäs Moberg, Nilse Bergmana
 - organizace praxe např. *přednáška* Ivany Kušnierové

JAK PRACOVAT PODLE EBP?

V péči o ženu v mateřství by



všechny vaše zkušenosti z **praxe**



a zjištěné nejnovější a nejlepší **poznatky** vědy



měly sloužit k péči řízené přáními, postoji a
preferencemi ženy

DALŠÍ TÉMATA

S ČÍM SE POTKÁVÁME

- porod po předchozím císařském řezu (VBAC)
- porod doma
- porod bez intervencí (zpracováno na základě dotazů, zda je možné nějak vyhodnotit, jak takové porody vypadají)

POROD PO PŘEDCHOZÍM CÍSAŘSKÉM ŘEZU

- Dodd et al: Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth, *Cochrane 2013*
- 2 studie, 320 žen, ale jen studie s 22 ženami sledovala úmrtnost → je potřeba více dat
- observační studie: podobně nejasné závěry jako v případě porodů doma
- odhad 2x vyšší mortalita / morbidita novorozenců
- chybí observační studie s dobrou metodikou

POROD DOMA

- Olsen. O, Clausen JA: Planned hospital birth versus planned home birth, *Cochrane 2012*
- pouze jedna randomizovaná studie s 11 ženami

„Neexistují dostatečné důkazy z randomizovaných studií, které by řekly, zda preferovat porod v nemocnici nebo porod doma. Studie ukazují, že ženy, které žijí v oblastech, kde nejsou k dispozici dobré informace o porodech doma, by uvítaly dobře navržené studie, které by jim zajistily možnost volby. Jak postupně rostou kvalitní důkazy ve prospěch porodů doma z observačních studií, doporučujeme raději připravit systemický přehled observačních studií než pokoušet se o randomizovanou studii.“

POROD DOMA – PŘEHLED ZÁŠADNÍCH STUDIÍ



POROD DOMA

I přes heterogenitu a ideové interpretace je zřejmé:

- matky z porodu doma zásadně zdravotně benefitují
 - méně císařských řezů
 - méně poranění hráze a dalších obtíží
- tam, kde existuje systém kontinuální péče PA, to funguje a výsledky jsou stejně dobré pro děti a lepší pro matky
- tam, kde asistuje kdekdo, transfer do vyšší péče probíhá v nevráživosti, nadávkách a strachu, jsou výsledky pro matky stále o hodně lepší, ale pro děti jsou o něco horší (i když absolutně jde stále o velmi malé rozdíly, srovnatelné třeba s pokusem o vaginální porod po sekci)

POROD BEZ INTERVENCÍ

- neexistuje systematický přehled, neznáme ani četnost
- EuroPERISTAT zavedl kód R19: Births without obstetric intervention, ale sběr dat je velmi obtížný, zatím žádná publikace
- nejbližše porodu bez intervencí zůstávají porody doma
 - podmnožina v zásadě zdravých žen v termínu s jednočetným těhotenstvím a zpravidla v poloze hlavičkou
- nejpodrobnější přehled si vede QUAG (quag.de - německy)
 - pravidelná ročenka, podrobný dotazník
 - účast dobrovolná, ale je zachycena většina z cca 10000 mimoklinických porodů v Německu za rok
 - 1/3 doma, 2/3 porodní domy

QUAG

- QUAG definuje jako mírnou intervenci masáž, přírodní prostředky a akupunkturu, jako invazivní homeopatii, prostředky na povzbuzení děložní činnosti, amniotomii, epiziotomii
- zcela bez intervence porodí cca třetina žen, 25 % s mírnou, 40 % s invazivní
- 90 % spontánně vaginálně, 6 % císařem po převozu
- převoz cca 15 % před porodem (28 % prvorodiček, 5% vícero diček), 3.5 % matek a 1.5 % dětí po porodu
- 45 % po vaginálním porodu bez poranění, epiziotomie 5 %, poranění III-IV. stupně okolo 1 % žen
- 8 % porodů delších než 24h

Tabelle 35 Geburtsbefunde mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsbefunde nach Katalog C			Hauptverlegungsgrund je Verlegungsfall in 2014					
			Befund		in Ruhe		in Eile	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
C60 Vorzeitiger Blasensprung (658.1)	2.283	20,46	121	7,0	0	0,0	121	6,5
C61 Überschreitung des Termins (645)	5.715	51,22	8	0,5	0	0,0	8	0,4
C62 Mißbildung (655)	7	0,06	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C63 Frühgeburt (644.1)	73	0,65	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C64 Mehrlingsschwangerschaft (651.-)	1	0,01	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C65 Plazentainsuffizienz (Vd. auf) (656.5)	20	0,18	1	0,1	1	0,7	2	0,1
C66 Gestose/Eklampsie (642.5)	17	0,15	8	0,5	1	0,7	9	0,5
C67 RH-Inkompatibilität (656.1)	30	0,27	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C68 Diabetesmellitus (648.0)	24	0,22	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C69 Zust. n. Sectio o. anderen Uterusop. (654.2)	851	7,63	15	0,9	2	1,5	17	0,9
C70 Plazentapraevia (641.-)	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C71 Vorzeitige Plazentalösung (641.2)	14	0,13	1	0,1	5	3,7	6	0,3
C72 Sonstige uterine Blutungen (641.9)	33	0,30	5	0,3	2	1,5	7	0,4
C73 Amnion-Infektionssyndr. (Vd. auf) (658.4)	29	0,26	19	1,1	0	0,0	19	1,0
C74 Fieber unter der Geburt (659.2)	11	0,10	5	0,3	0	0,0	5	0,3
C75 Mütterliche Erkrankung (648.-)	62	0,56	7	0,4	1	0,7	8	0,4
C76 Mangelnde Kooperation der Mutter	42	0,38	16	0,9	0	0,0	16	0,9
C77 Path. CTG oder auskult schlechte kindl. HT	376	3,37	151	8,7	81	60,0	232	12,4
C78 Grünes Fruchtwasser (656.3)	595	5,33	48	2,8	2	1,5	50	2,7
C79 Azidose während der Geburt (656.3)	1	0,01	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C80 Nabelschnurvorfall (663.0)	2	0,02	0	0,0	1	0,7	1	0,1

Tabelle 35 Geburtsbefunde mit Hauptverlegungsgründen

Geburtsbefunde nach Katalog C			Hauptverlegungsgrund je Verlegungsfall in 2014					
			Befund		in Ruhe		in Eile	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
C81 Verdacht auf sonst. NS-Komplikationen (663.9)	73	0,65	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C82 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der EP (662.0)	1.018	9,12	774	44,7	12	8,9	786	42,1
C83 Protr. Geb./Geburtsstillst. in der AP (662.2)	477	4,28	271	15,7	15	11,1	286	15,3
C84 Absolutes oder relatives Missverhältnis zw. kindl. Kopf und mütterl. Becken (653.4)	47	0,42	17	1,0	1	0,7	18	1,0
C85 Droh./erfolgte Uterusruptur (660.8/665.1)	6	0,05	3	0,2	1	0,7	4	0,2
C86 Querlage/Schräglage (652.2)	6	0,05	6	0,3	0	0,0	6	0,3
C87 Beckenendlage (652.3)	44	0,39	19	1,1	7	5,2	26	1,4
C88 Hintere Hinterhauptslage (660.3)	83	0,74	10	0,6	0	0,0	10	0,5
C89 Vorderhauptslage (652.5)	32	0,29	4	0,2	0	0,0	4	0,2
C90 Gesichtslage/Stirnlage (652.4)	11	0,10	8	0,5	1	0,7	9	0,5
C91 Tiefer Querstand (660.3)	23	0,21	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C92 Hoher Geradstand (652.5)	126	1,13	37	2,1	1	0,7	38	2,0
C93 Sonstige regelwidrige Schädellagen (652.8)	112	1,00	21	1,2	0	0,0	21	1,1
C94 Sonstiges	142	1,27	18	1,0	1	0,7	19	1,0
C95 HELLP	2	0,02	1	0,1	0	0,0	1	0,1
C96 intrauteriner Fruchttod (656.4)	4	0,04	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C97 pathologischer Dopplerbefund	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0
C98 Schulterdystokie	41	0,37	0	0,0	0	0,0	0	0,0
E100 Auf Wunsch der Mutter	-	-	128	7,4	0	0,0	128	6,9
Gesamt			1.730	100,0	135	100,0	1.865	100,0

QUAG

Tabelle 55 Probleme der Mutter nach der Geburt laut Katalog E/ Jahr

Mütterliche Probleme nach der Geburt	2014		2013	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine mütterlichen Probleme	10.585	94,9	10.038	94,7
101 Blutungen über 1000 ml	183	1,6	178	1,7
102 Plazentalösungsstörg. / unvollst. Plazenta	223	2,0	221	2,1
103 komplizierte Geburtsverletzung	98	0,9	99	0,9
105 Eklampsie	1	0,0	2	0,0
106 HELLP	1	0,0	1	0,0
107 Sepsis	0	0,0	2	0,0
108 Verdacht auf Embolie	1	0,0	3	0,0
keine Spezifizierung	65	0,6	56	0,5

Mehrfachnennungen möglich. Prozent bezogen auf alle Geburten des Jahrgangs

Tabelle 67 Morbiditäten der Kinder und Verlegungsgründe

Morbiditäten der Kinder	Diagnose nach der Geburt		Verlegungsgrund	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
D01 Unreife/Mangelgeburt (765)	31	0,28	6	0,05
D02 Asphyxie / Hypoxie / Zyanose (768)	81	0,73	37	0,33
D03 Atemnotsyndrom / kardiopulmonale Krankheit (769)	25	0,22	20	0,18
D04 andere Atemstörungen (770)	198	1,77	84	0,75
D05 Schockzustand (785)	29	0,26	5	0,04
D06 Ikterus (774)	31	0,28	17	0,15
D07 hämolytische Krankheit (Rh-, ABO- Isoimmunisierung etc.)(773)	3	0,03	3	0,03
D08 hämatologische Störung (Anämie, Polyglobulie etc.)(773)	3	0,03	3	0,03
D09 Stoffwechselstörung (mütterl. Diabetes, Hypoglykämie, Hypokalzämie, Elektrolytstörung)(775)	8	0,07	9	0,08
D10 hereditäre Stoffwechseldefekte, Aminosäuren (270), Galaktose, Fructose (271), AGS (255), Mucoviszidose (277)	3	0,03	0	0,00
D11 Schilddrüsenstörungen (Hypothyreose (243), Struma (246)	0	0,00	0	0,00
D12 Blutungskrankheiten (Darm/Nabel) (772)	2	0,02	2	0,02
D13 intrakranielle Blutungen	0	0,00	0	0,00
D14 Krämpfe, Encephalopathie (Apathie, Hyperexzitabilität, Hemissyndrom) (779)	2	0,02	2	0,02
D15 gastrointestinale Störungen (Erbrechen/Durchfall), Ernährungsprobleme (777)	2	0,02	1	0,01
D16 Verletzungen/Frakturen/Paresen (767)	15	0,13	3	0,03
D17 generalisierte Infektion / TORCH etc. (771), Sepsis (038), Meningitis (320)	25	0,22	24	0,22
D18 umschriebene Infektion (Schälblasen, Konjunktivitis etc.)(771)	10	0,09	5	0,04
D19 zur Beobachtung	58	0,52	67	0,60
D20 Sonstiges	35	0,31	14	0,13

Tabelle 67 Morbiditäten der Kinder und Verlegungsgründe

Morbiditäten der Kinder	Diagnose nach der Geburt		Verlegungsgrund	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
D25 Chromosomenanomalie (DOWN-, PÄTAU-, EDWARDS-Syndrom etc.)(758)	20	0,18	9	0,08
D26 (andere) multiple Mißbildungen (759)	4	0,04	1	0,01
D27 Anenzephalus (740)	0	0,00	0	0,00
D28 Neuralrohrdefekt (Spina bifida, Zelen)(741)	2	0,02	0	0,00
D29 Hydrozephalus, Mikrozephalie, andere zerebrale Anomalien (742)	2	0,02	0	0,00
D30 Anomalie Auge (743), Ohr/Hals (744)	4	0,04	0	0,00
D31 Anomalie Herz/große Gefäße (745-747)	6	0,05	3	0,03
D32 Anomalie Respirationstrakt (Nase bis Lunge) (748)	2	0,02	1	0,01
D33 Gaumen- und Lippenspalten (749)	10	0,09	2	0,02
D34 Anomalie Ösophagus/Magen (750)	1	0,01	1	0,01
D35 Anomalie Darm/Leber/Pankreas (751)	1	0,01	1	0,01
D36 Anomalie Niere/ Blase/ Urethra (753)	4	0,04	1	0,01
D37 Anomalie Genitalorgane (752)	14	0,13	0	0,00
D38 Anomalie Knochen, Gelenke, Muskeln (755, 756)	23	0,21	1	0,01
D39 Zwerchfellmißbildung (7566)	2	0,02	2	0,02
D40 Gastroschisis/ Omphalozele (75671)	1	0,01	1	0,01
D41 Anomalie Körperdecke (Nävi, Ichthyosis etc.) (57)	3	0,03	0	0,00
D42 Hernien (550-553)	1	0,01	0	0,00
D43 biomechanische Verformung (durch Lage-, Haltungsanomalie, Hüft dysplasie, Hüftluxation) (754)	7	0,06	0	0,00
D44 andere Anomalie	14	0,13	2	0,02

Mehrfachnennungen waren möglich. Prozentbezug auf alle Geburten des Jahrgangs.

KDE HLEDAT INFORMACE?

KDE HLEDAT INFORMACE

- Cochrane Library www.cochranelibrary.org
- profesní databáze UpToDate, BMJ Clinical Evidence, DynaMed
- dobře vypracovaná zahraniční doporučení
NICE guidelines (nice.org.uk)
- *PubMed* – netříděné, neinterpretované, je tam vše
 - abstrakt + odkaz na plný text, je-li online
- scholar.google.com – prohledává i česky psané publikace

KDE HLEDAT INFORMACE

- blogy odborníků a profesně blízkých osobností
 - Sarah Wickham, UK <http://www.sarawickham.com/>
 - Lamaze tým, USA <http://www.scienceandsensibility.org/>
 - Rachel Reed, Austrálie <http://midwifethinking.com/>

ČESKÉ ZDROJE INFORMACÍ O PORODNÍ PÉČI

- ÚZIS – ročenka *Rodička a novorozenec*
 - zpoždění až dva roky, jen přehled
- stránky porodnic, výroční zprávy
 - některé publikují, jiné ne; jen co si samy vyberou
- Průvodce porodnicemi *Aperio*
 - různé stáří informací, jen co se porodnice rozhodly sdělit
- *Přirozený porod v porodnici*: sběr dat za účelem udělení certifikátu a jeho vyhodnocování
- *mujporod.eu*: anketní sběr dat na internetu
- *jaksekderodi.cz*
 - snaha získat ucelená data dle porodnic, zajímavé analýzy
- *biostatisticka.cz*
 - analýzy, komentáře, postřehy
 - Analýza dat z Národního referenčního centra 2009-2013