

PÉČE V MATEŘSTVÍ VÝZKUMY A PRAXE

Mgr. Markéta Pavlíková

www.biostatisticka.cz

PÉČE V MATEŘSTVÍ: VÝZKUMY A PRAXE

A. Jak funguje věda a výzkum v medicíně

- Co je to EBM
- Jak se dělá výzkum
- Jak se výzkum aplikuje

B. S čím se setkáváme a co na to věda

C. Jak se rodí v Česku?

D. Kde hledat informace?

A. JAK FUNGUJE VĚDA A VÝZKUM

TROCHA HISTORIE

- 1721 – test nákazy živými neštovicemi na 6 vězních (Anglie)
- 1796 – test nákazy kravskými neštovicemi – vaccinace (vacca = kráva)
- časté objekty testů: vězni, sirotci, mentálně postižení, otroci, děti chudých, lidé černošského původu ...
- bez souhlasu nebo povšechný souhlas, ale tajení důležitých informací
- etické otázky (souhlas, informace) – pokládány od 19. stol

TROCHA HISTORIE

- 1947 – Norimberský kodex
- pokusy bez souhlasu až do 70. let
- 1978 – National Perinatal Epidemiology Unit in Oxford
- 1993 – založena Cochrane Collaboration
- 1996 – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
- ČR ratifikovala 2001
- 1996, 2000: formulace principů EBM

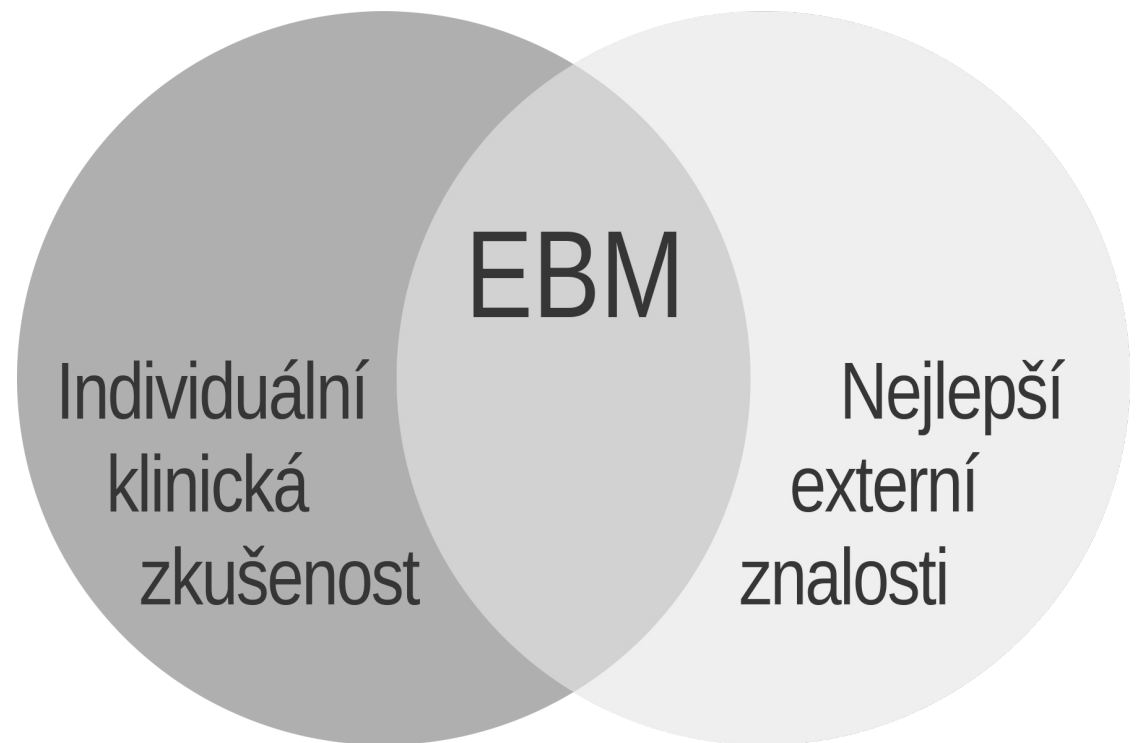
A1. CO JE EBM

EBM = Evidence Based Medicine
Medicína založená na důkazech

EBC = Evidence Based Care
Péče založená na důkazech

PŮVODNÍ DEFINICE EBM

EBM je pečlivé, důsledné a uvážené užití současných nejlepších vědeckých důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty. Praktikování EBM znamená spojení individuální klinické **zkušenosti** s nejlepšími dostupnými **důkazy** ze systematického výzkumu. (Sackett 1996)



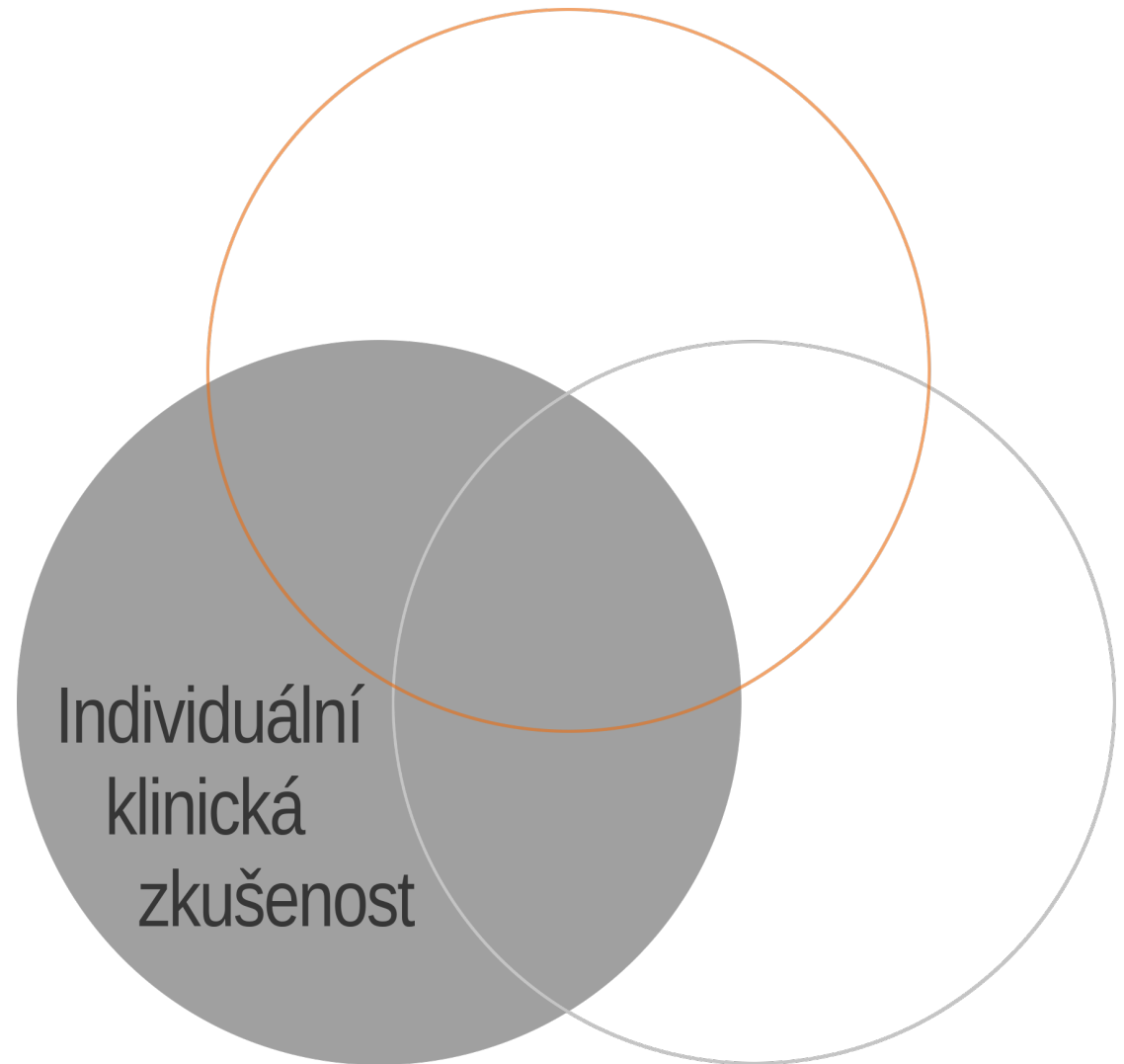
NOVÁ DEFINICE EBM

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



INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

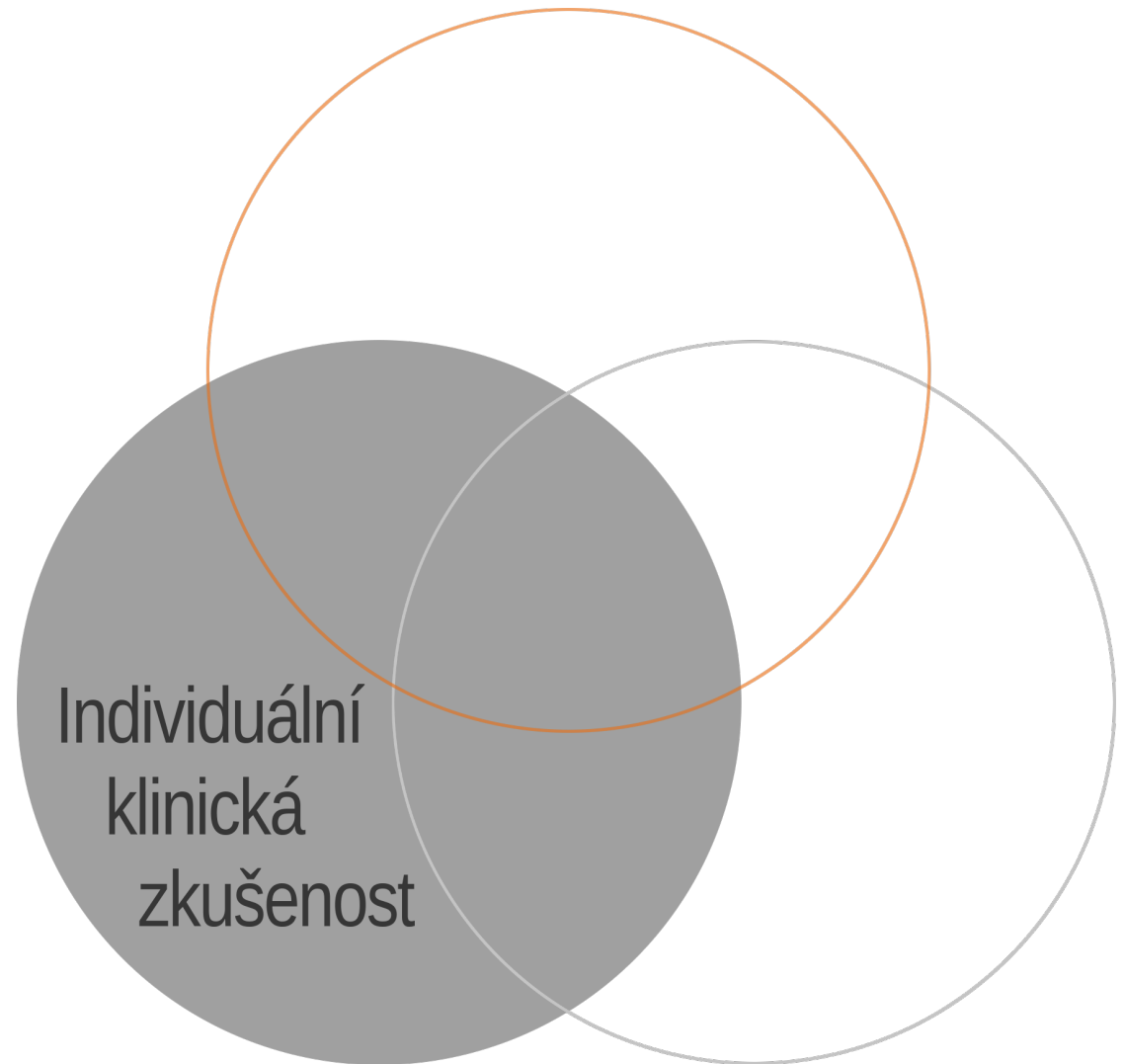
- schopnost rozpoznávat problémy
- nacvičené reakce eliminující chyby
- osvědčené postupy
- “takový ten pocit” - zapojení intuice



INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

ALE TAKÉ

- rutinní praxe
- role prostředí
- role authority

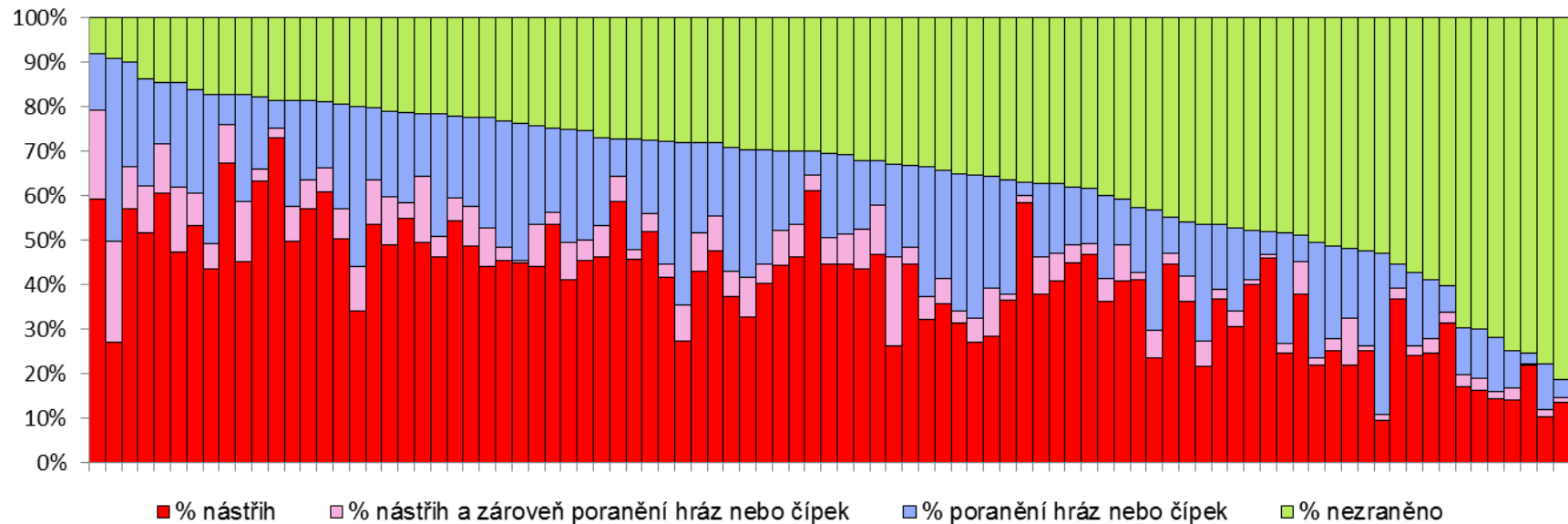


INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

Epiziotomie

Poranění žen při vaginálním porodu

www.jaksekerodi.cz



INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

Při aplikaci čistě individuální klinické zkušenosti

- hrozí užívání medicíny založené čistě na autoritě
- konflikt s externí zkušeností někoho jiného
- konflikt s externí vědeckou evidencí (popírání)
- konflikt se **zájmy** a **preferencemi pacienta**

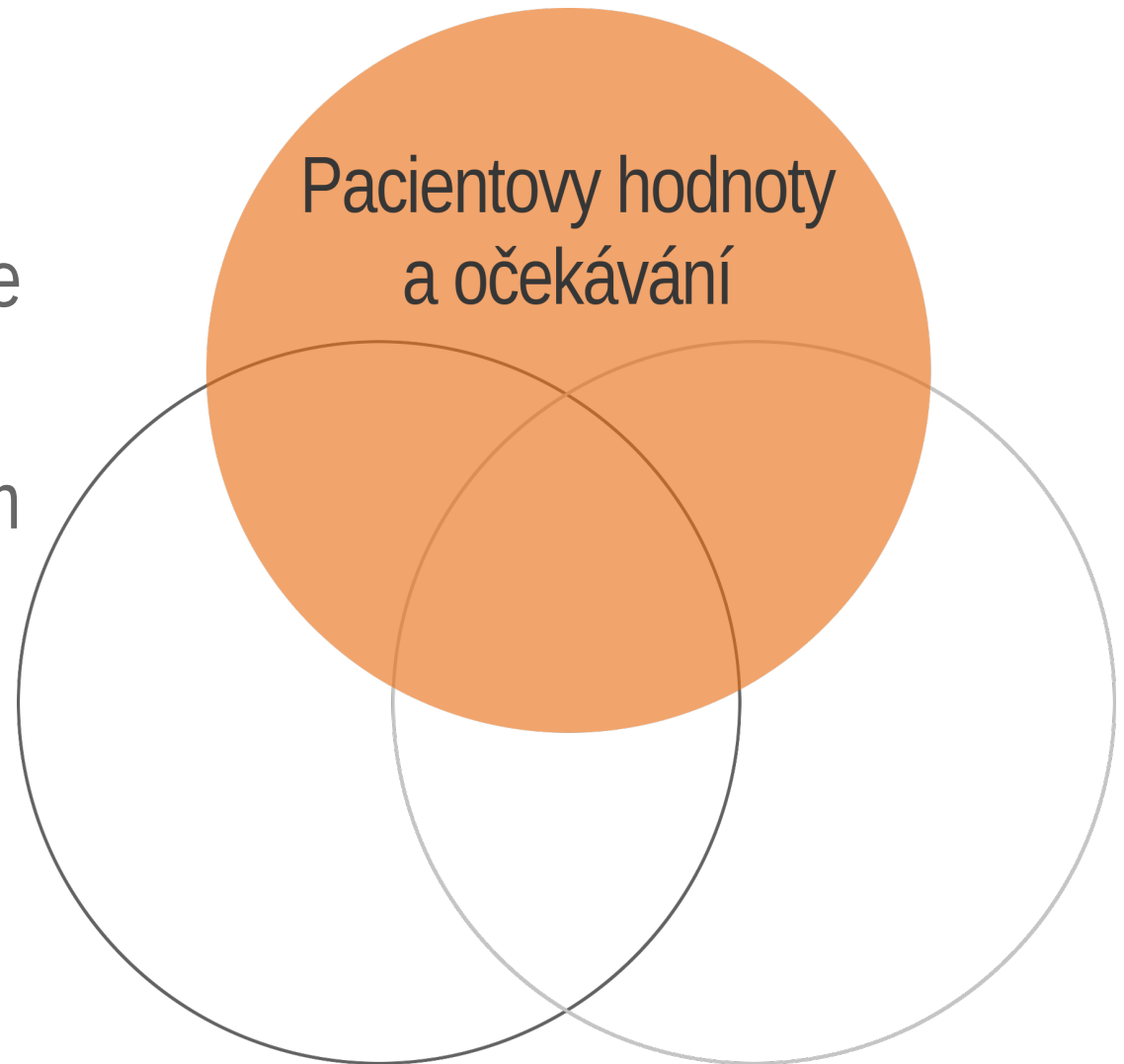
NEJLEPŠÍ EXTERNÍ ZNALOSTI

- graf první krok
“někde to dělají jinak”
- co říká odborná společnost?
- jsou na to nějaké výzkumy a co říkají?
- jak kvalitní to zjištění je?



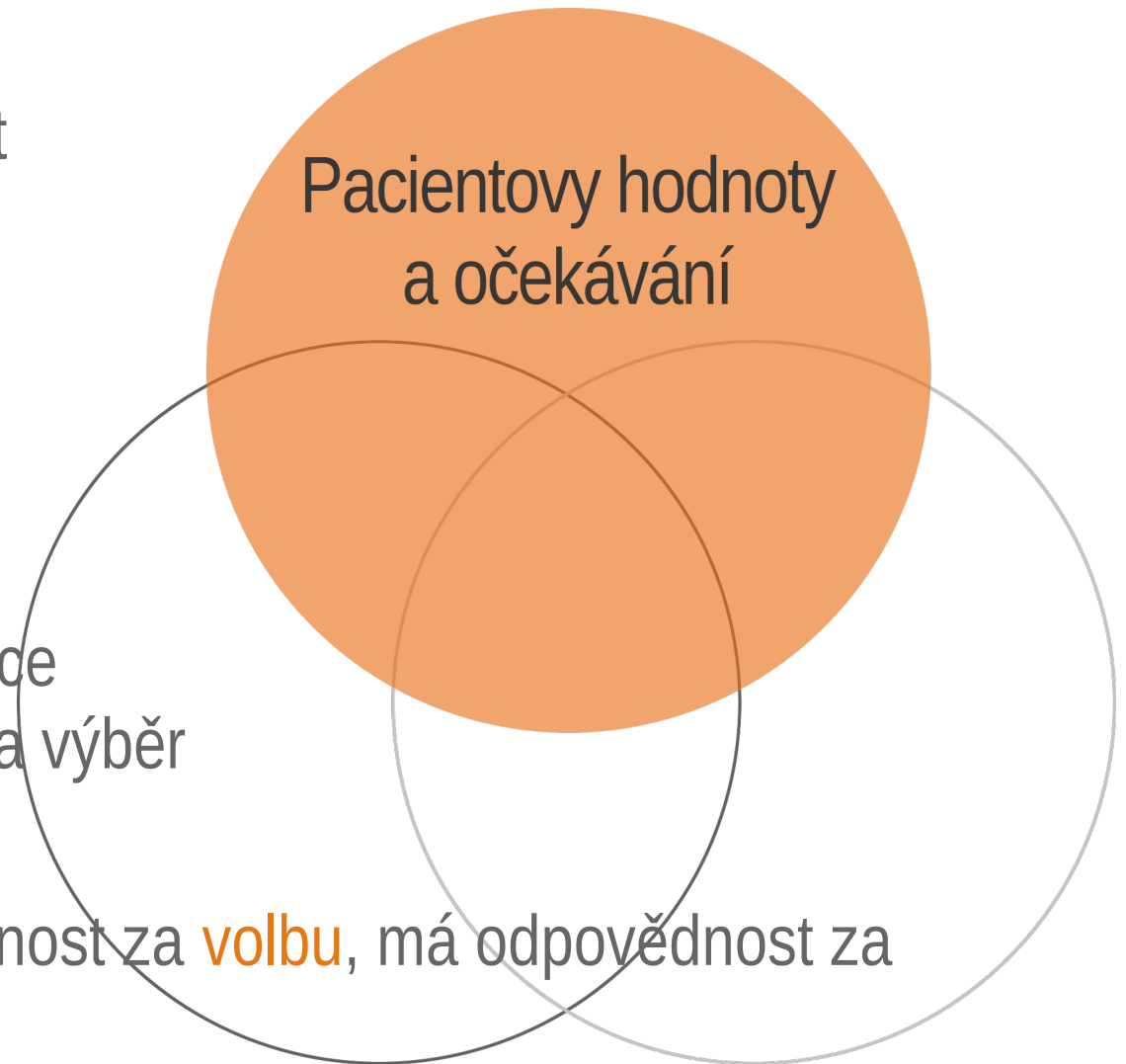
PACIENTOVY PREFERENCE

- forma péče, fyzický i psychický komfort
- hledání vhodné cesty je benefitem pro oba
- respekt k náboženským a osobním postojům
- péče poskytovaná proti něčí vůli není dobrá, nenaplňuje cíl uzdravit celého člověka



PACIENTOVY PREFERENCE

- pacient se sebou a svým rozhodnutím žije celý život
- právní aspekty
 - Úmluva o biomedicíně
 - informovaný souhlas
- individuální zkušenost
+ externí vědecké informace
= informované možnosti na výběr
= informovaný souhlas
- zdravotník nemá odpovědnost za **volbu**, má odpovědnost za **provedení** péče



CO JE EBM A K ČEMU JE DOBRÁ?

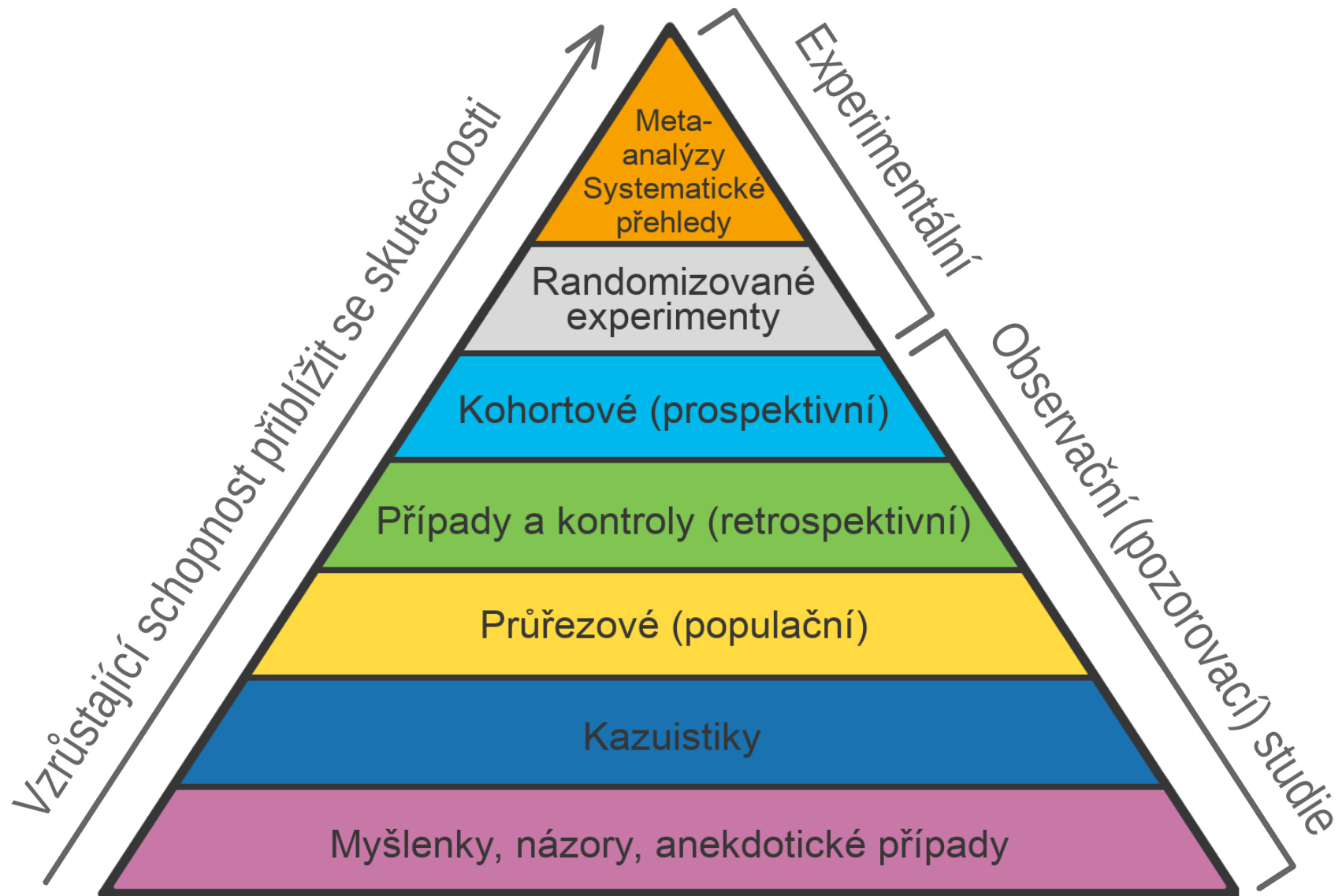
EBM je poskytování péče v souladu

- s přáními, postoji a **preferencemi** klientky
- s nejnovějšími a nejlepšími **poznatky** vědy
- s vlastní kriticky zhodnocenou **zkušeností**

Vede k výsledku, se kterým bude optimálně spokojená klientka i zdravotník.

A2. JAK SE TVOŘÍ EVIDENCE

PYRAMIDA EVIDENCE

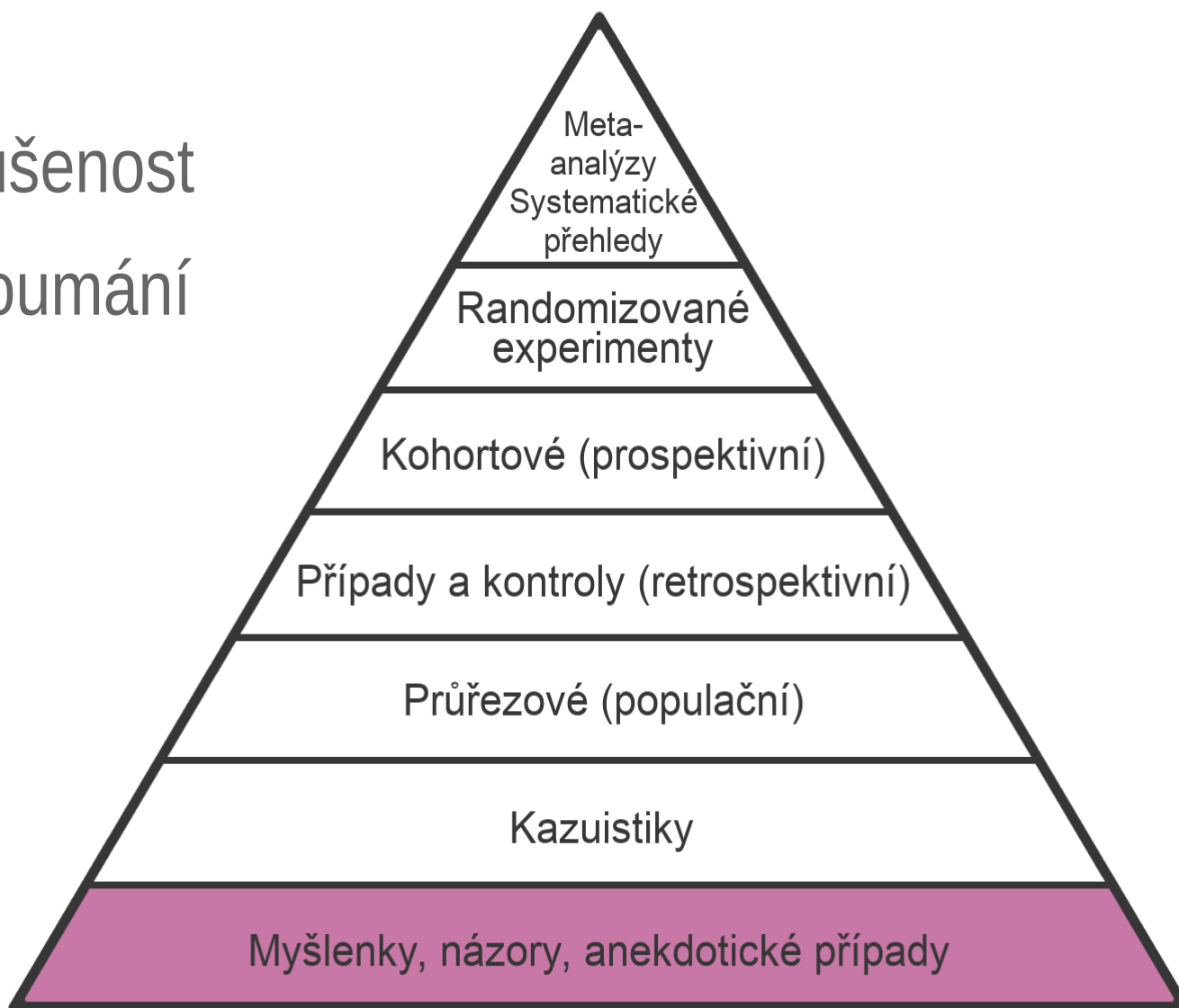


IDEAS, EDITORIALS, ANECDOTAL EVIDENCE

- bezprostřední zkušenost
- **ideje** pro další zkoumání

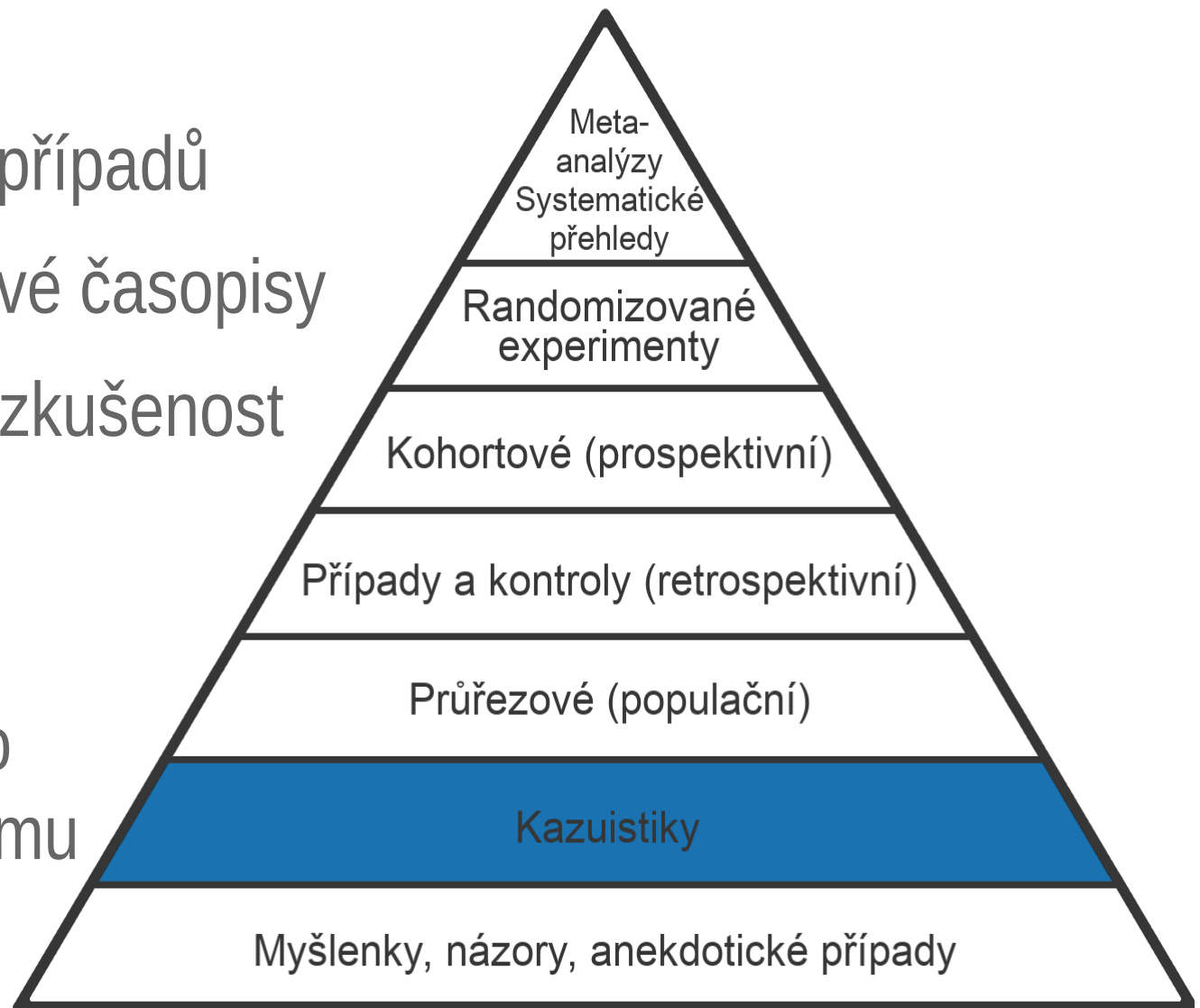
Úskalí

- selektivní paměť
- nemáme dobrý odhad četnosti
- tvorba mýtů



CASE REPORTS, CASE SERIES

- podrobné popisy případů
- interní tisk, oborové časopisy
- rozšířená osobní zkušenost
- nemáme dobrý odhad četnosti
- slouží hlavně jako **inspirace** k výzkumu



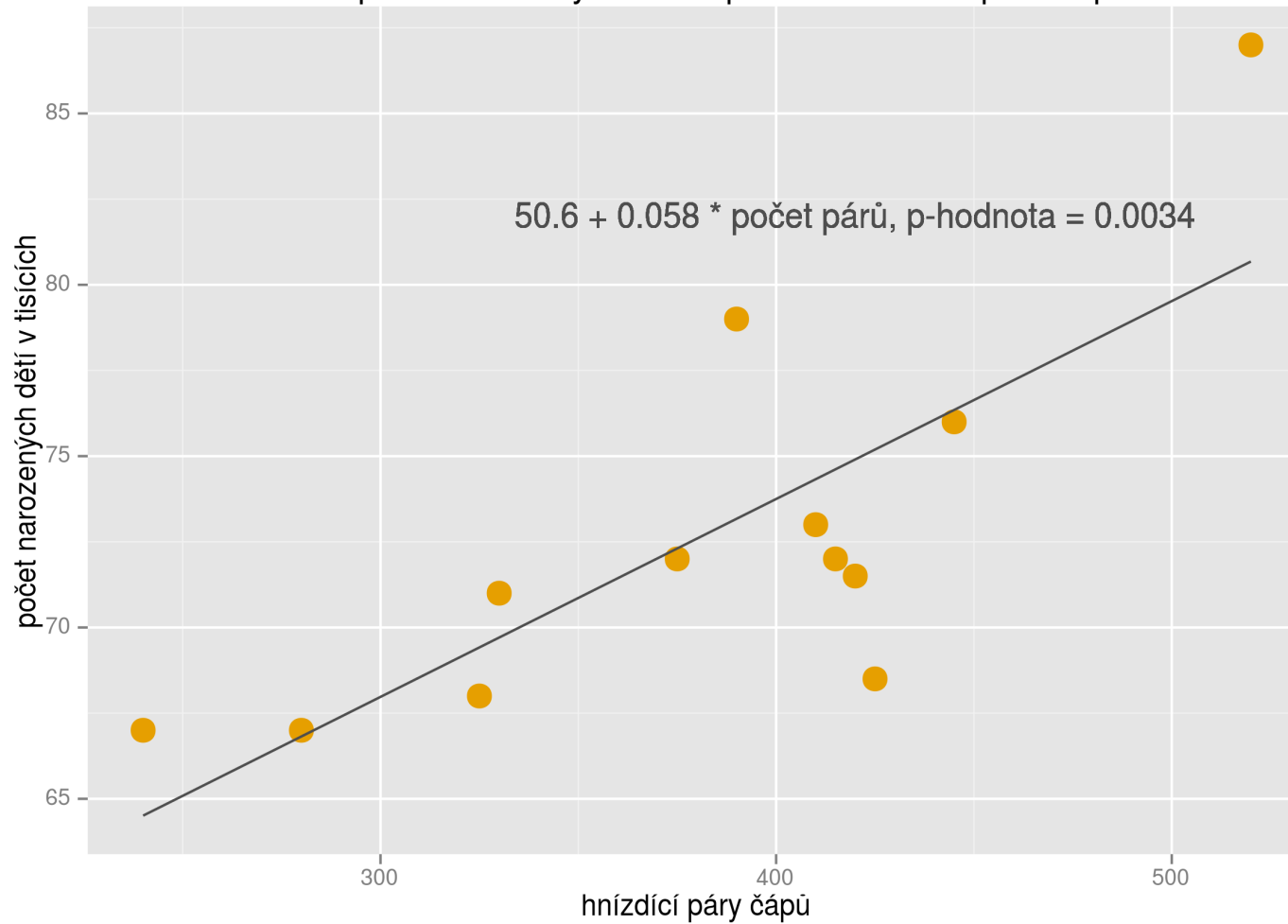
CROSS-SECTIONAL STUDIES

- stav, situace v jednom okamžiku
- může identifikovat **souvislosti**
- nemůže prokázat kauzalitu
(děti a čápi)



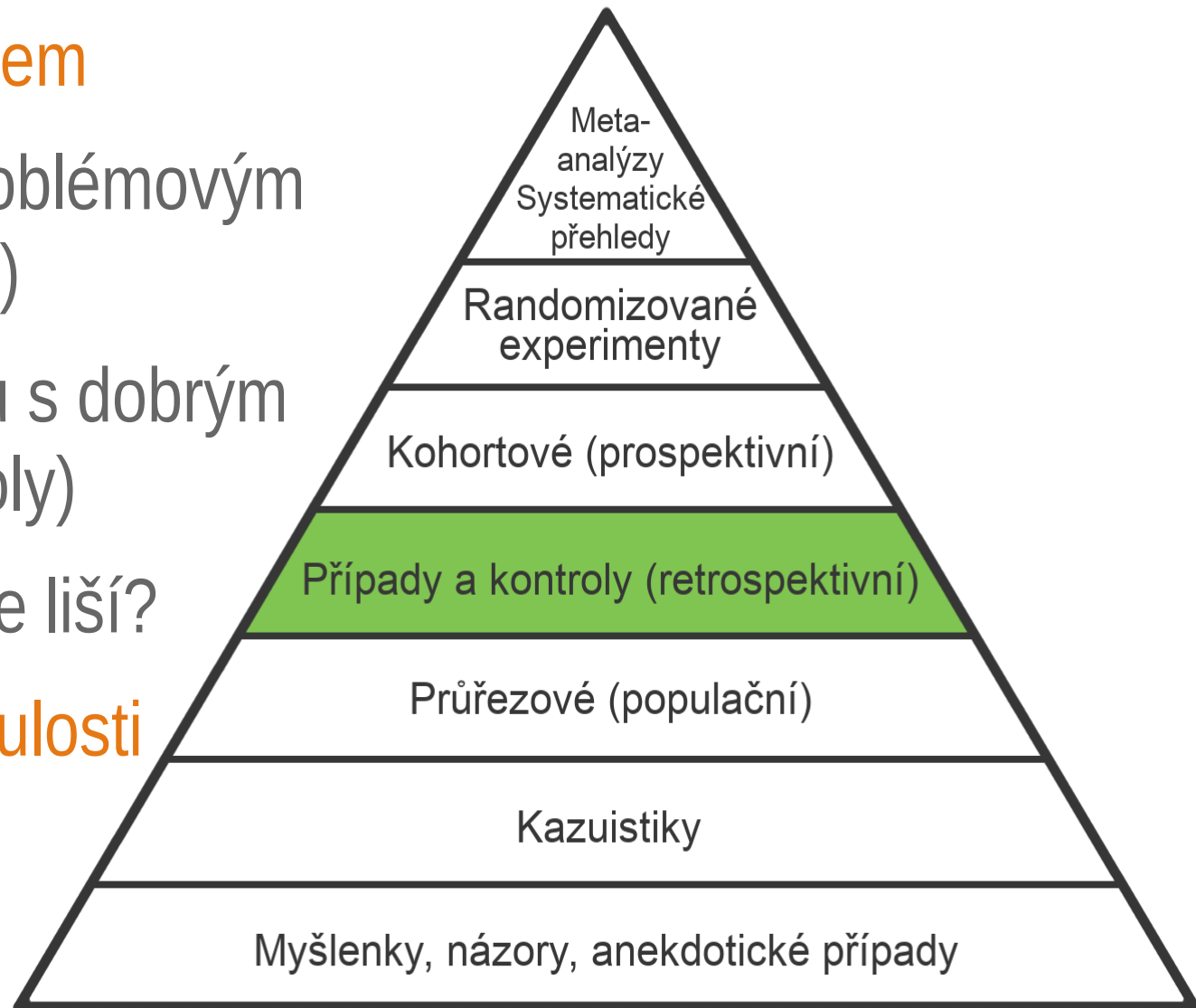
KORELACE vs. KAUZALITA

Vztah počtu narozených dětí k počtu hnízdících párů čápů



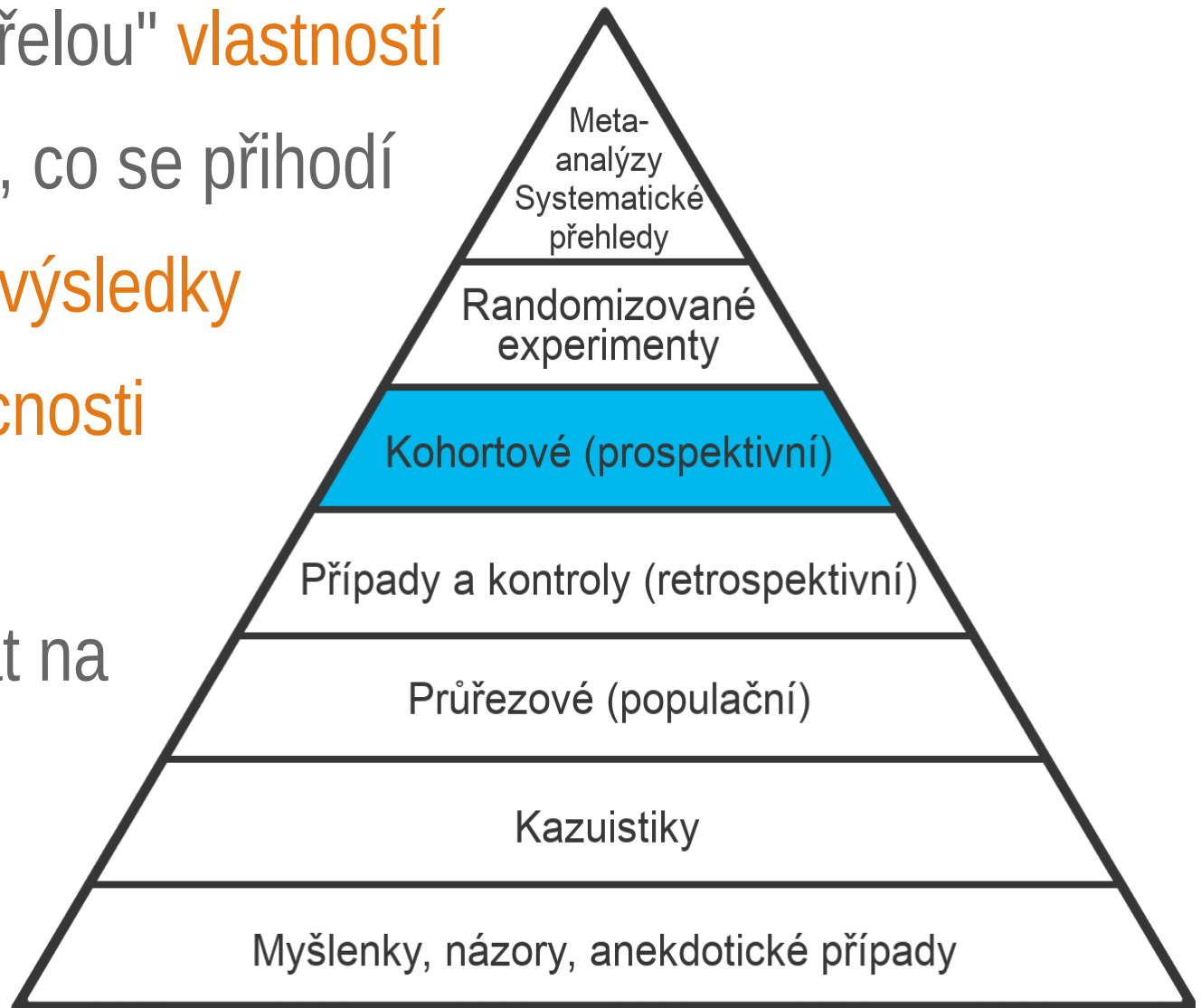
CASE-CONTROL STUDIES

- začínáme **výsledkem**
- máme osoby s problémovým výsledkem (cases)
- vybereme skupinu s dobrým výsledkem (kontroly)
- v jaké **vlastnosti** se liší?
- díváme se do **minulosti**
- **souvislost** ano, kauzalita ne



COHORT STUDIES

- začínáme "podezřelou" **vlastností**
- sledujeme v čase, co se přihodí
- poté zhodnotíme **výsledky**
- pohled do **budoucnosti**
- intention-to-treat
- můžeme usuzovat na **kauzalitu**
- trvání i desítky let
- samovýběr



PRO/RETROSPEKTIVNÍ KOHORTOVÁ STUDIE

Porovnání porodů doma a v porodnici – Kanada, UK, Nizozemí

- porod doma: **všechny**, které se rozhodly a byly vhodné pro PD po 37tt
- porodnice: **všechny** (Nizozemí, UK) nebo **náhodně vybrané** (Kanada) ty, které se rozhodly pro porod v porodnici a měly podobné charakteristiky jako v PD skupině (kriteria pro nízkorizikovost + Kanada „matching“)
- intent-to-treat: skupinu definuje **plánované** místo, ne skutečné
- výsledkem jsou četnosti různých situací: morbidita, mortalita, intervence, poranění, operace atd.
- porovnáváme rizika nebo podíl šancí (RR, OR)
- eticky nejlepší možný design, samovýběr (self-selection)

Nizozemí: de Jonge A et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529, 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG*. 2009

Kanada: Hutton EK, Reitsma A, Kaufman K. Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives, Ontario, Canada, 2003-2006: A retrospective cohort study. *BIRTH*. 2009

Kanada: Hutton E et al. Outcomes associated with planned place of birth among women with low-risk pregnancies, *Can Med Assoc J*. 2015

Kanada: Janssen P et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Can Med Assoc J*. 2009

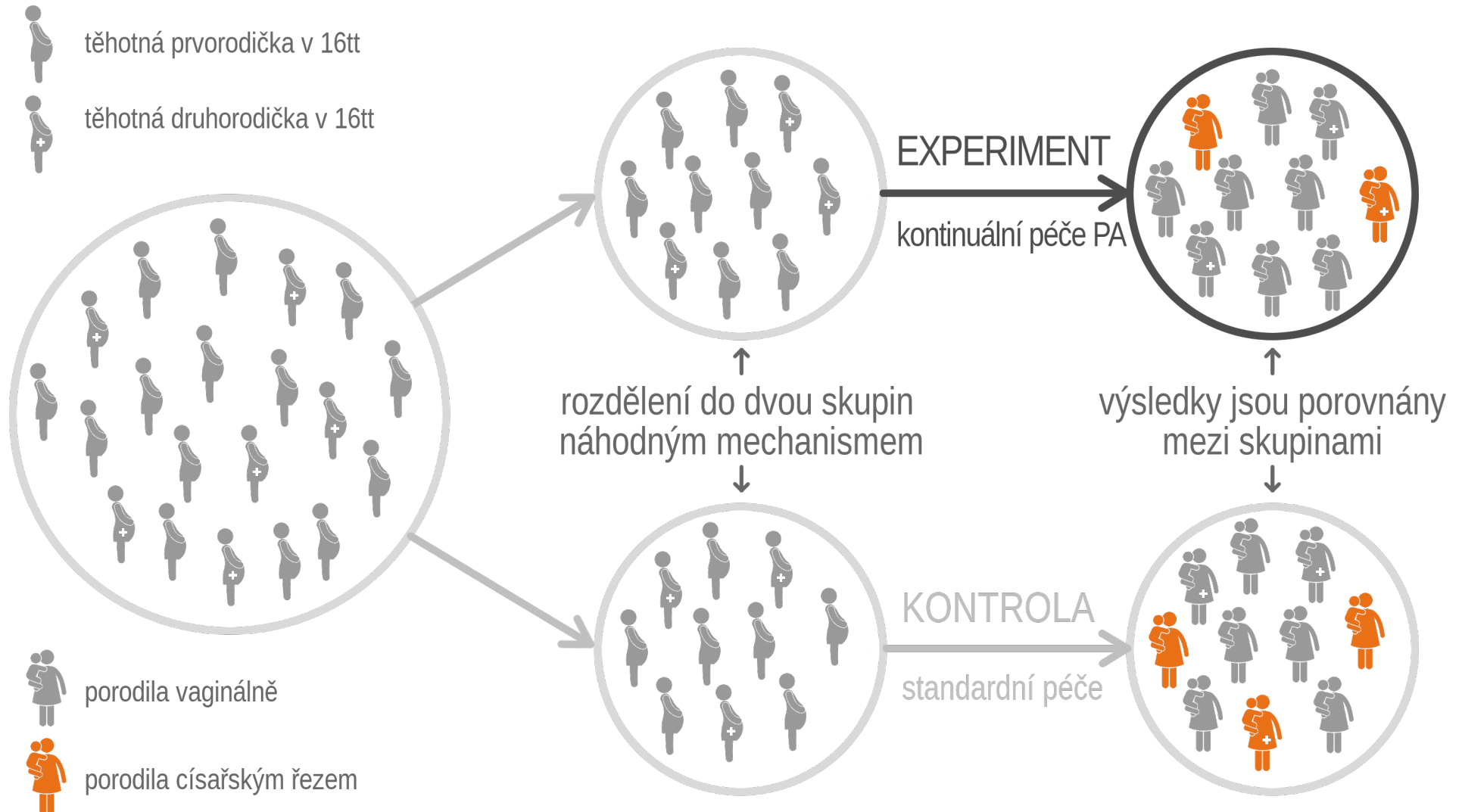
UK: Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study., Birthplace in England Collaborative Group. *BMJ* 2011;343

RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

- „zlatý standard“
- maximální eliminace jiných vlivů
- **náhodné přiřazení** ke kontrole nebo k intervenci
- zaslepení (jde-li)
- výpočet potřebné velikosti

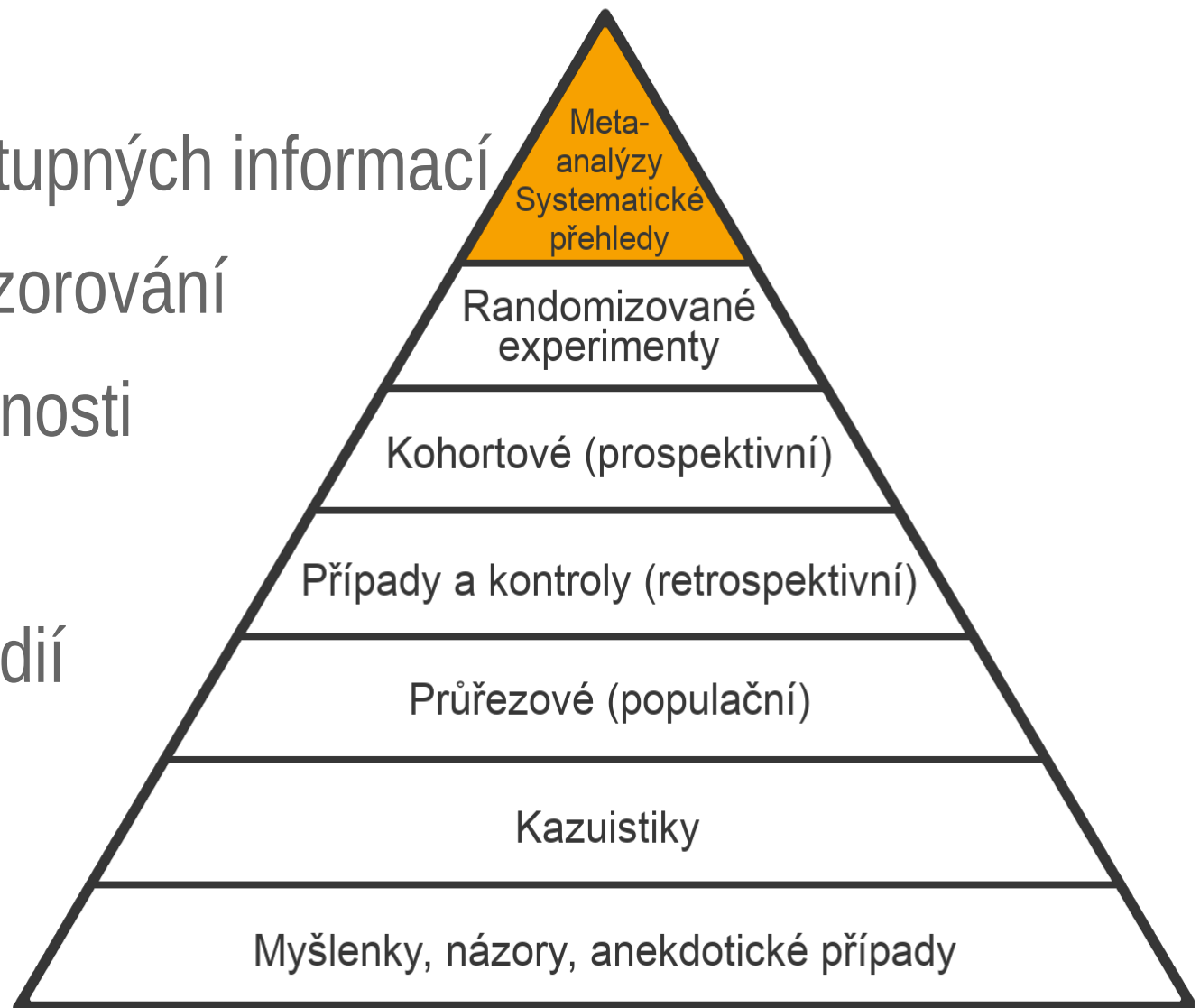


RANDOMIZOVANÁ STUDIE



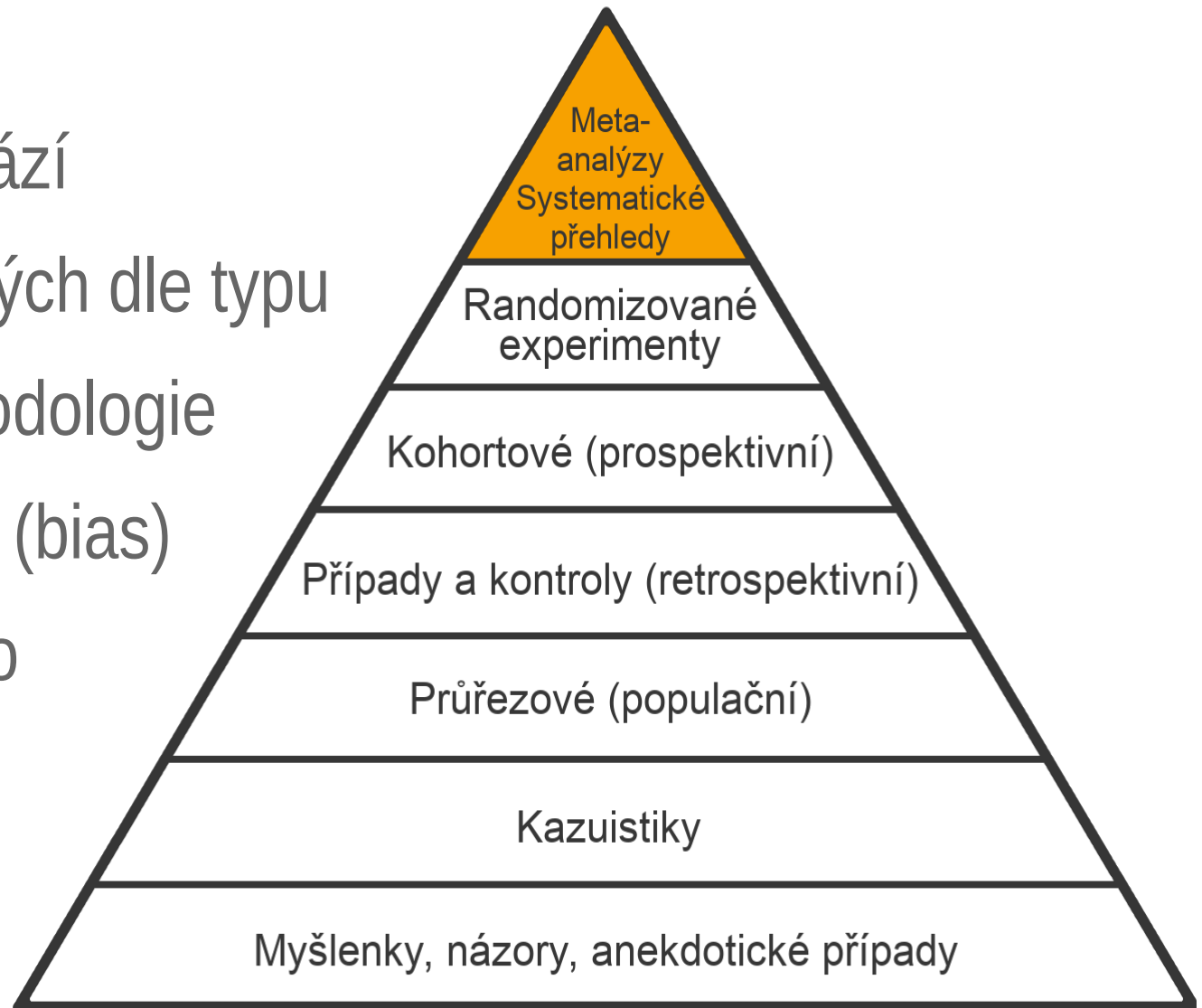
SYSTEMIC REVIEWS

- využití všech dostupných informací
- společně více pozorování
- větší jistota správnosti
- zdroj doporučení
- ! heterogenita studií
- ! heterogenita výstupů



SYSTEMIC REVIEWS

- prohledání databází
- vytrídění nalezených dle typu
- vytrídění dle metodologie
- posouzení kvality (bias)
- výpočet váženého výsledku
- Cochrane



COCHRANE COLLABORATION

- Cochrane Collaboration, www.cochrane.org
- založeno 1993
- 37 000 lidí ze 130 zemí, kteří jsou organizováni v 53 skupinách (Review Groups)
- www.cochranelibrary.org
- vždy podrobný abstrakt s vypíchnutými hlavními výsledky
- vždy „plain language summary“ - shrnutí pro „vědeckého laika“
- ne vždy veřejně dostupný celý text (akademická knihovna ano)



Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women

Published:

15 September 2015

Authors:

Sandall J, Soltani H, Gates S,
Shennan A, Devane D

Primary Review Group:

Pregnancy and Childbirth Group

See the full Review on
the Cochrane Library 

► Related resources

Share 

Print 

PDF 

Citation 

In many parts of the world, midwives are the main providers of care for childbearing women. Midwife-led continuity models aim to support women to experience a healthy pregnancy and birth, and provide care from a known and trusted midwife during the pregnancy, birth and early parenting journey. Midwife-led continuity of care is provided in a multi-disciplinary network of consultation and referral with other care providers. This contrasts with medical-led models of care where an obstetrician or family physician is primarily responsible for care. In shared-care models, responsibility is shared between different healthcare professionals.

We identified 15 studies involving 17,674 women both at low and increased [risk](#) of complications. Midwife-led continuity of care was associated with several benefits for mothers and babies, and had no identified [adverse effects](#) compared with models of medical-led care and shared care. The main benefits were a reduction in the use of epidurals, with fewer episiotomies or instrumental births. Women's chances of being cared for in labour by a midwife she had got to know, and having a spontaneous vaginal birth were also increased. There was no difference in the number of caesarean births. Women who received midwife-led continuity of care were less likely to experience preterm birth, or lose their baby before 24 weeks' gestation, and to lose their baby overall, although there were no differences in the [risk](#) of losing the baby after 24 weeks. All trials included licensed midwives, and none included lay or traditional midwives. No [trial](#) included models of care that offered out of hospital birth.

We used reliable methods to assess the quality of the [trial](#) evidence for seven key outcomes: Preterm birth < 37 weeks, overall fetal loss and neonatal death, spontaneous vaginal birth, caesarean birth, instrumental vaginal birth, intact perineum and regional [analgesia](#). All of the evidence for these outcomes was considered to be of high quality. Good-quality trials contributed enough [data](#) to each [outcome](#) to give us a reliable estimate of the effect of midwifery care versus other types of care. We can be reasonably confident that future trials would also find similar results for these key outcomes.

The [review](#) concludes that most women should be offered midwife-led continuity models of care, although caution should be exercised in applying this advice to women with substantial medical or obstetric complications.

Authors' conclusions:

This [review](#) suggests that women who received midwife-led continuity models of care were less likely to experience [intervention](#) and more likely to be satisfied with their care with at least comparable adverse outcomes for women or their infants than women who received other models of care.

Further [research](#) is needed to explore findings of fewer preterm births and fewer fetal deaths less than 24 weeks, and overall fetal loss/neonatal death associated with midwife-led continuity models of care.

Read the full abstract...

Am score 117

Who is talking about this article?



Cochrane Review - How can it help you?

For 20 years, Cochrane has produced systematic reviews of primary research in human health care and health policy, and these are internationally recognized as the highest standard in evidence-based health care resources. **Read more...**

Cochrane evidence in other languages

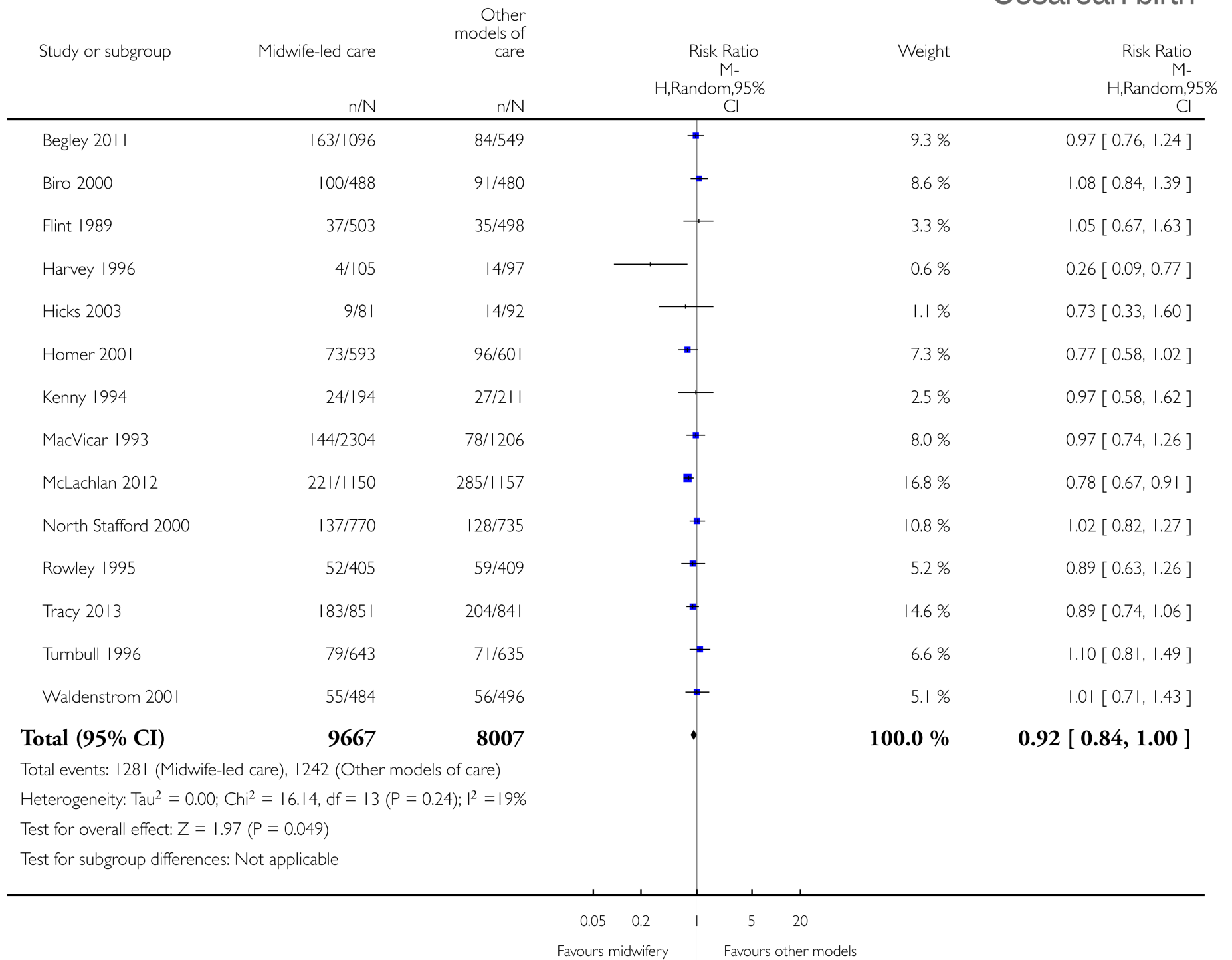


METAANALÝZA KONTINUÁLNÍ PÉČE PA

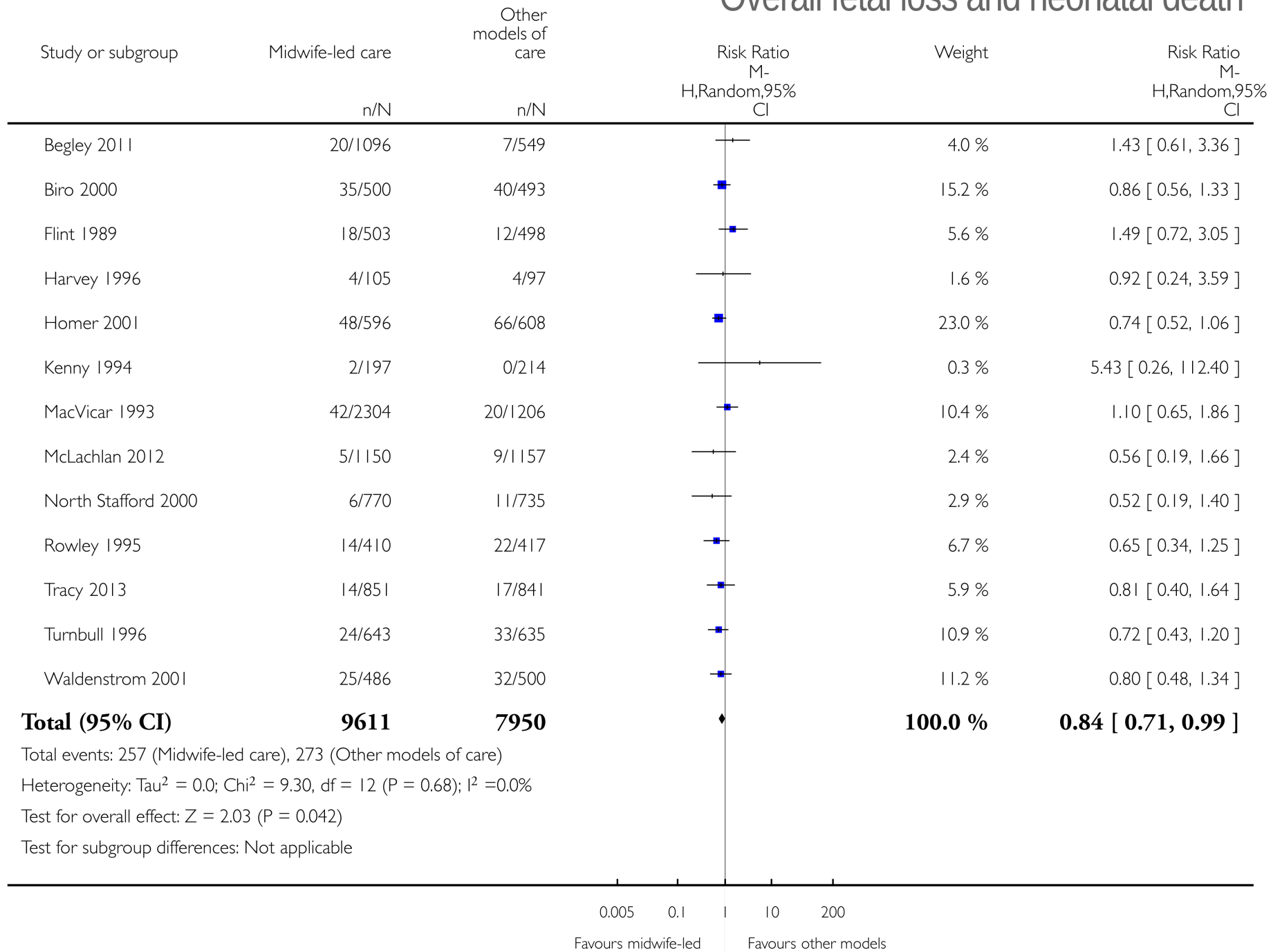
Sandall et al. – 2008, 2013, 2015 – postupně přibývají studie

- 99 citací → 37 studií → **15** vhodných (eligible)
 - 2008: 11 studií, 12 276 žen
 - 2013: 13 studií, 16 242 žen
 - 2015: 15 studií, 17 674 žen
- dva vědci nezávisle na sobě posuzovali možnost chyby, vychýlení (bias) v každé ze zahrnutých studií
- 6 hlavních výstupů (epidurál, CŘ, kleště/VEX, spontánní porod, bez poranění hráze, předčasný porod) – GRADE **high**
- 22 dalších výstupů včetně mortality, morbidity, dalších zásahů

Cesarean birth



Overall fetal loss and neonatal death



I VĚDCI PODLÉHAJÍ EMOCÍM A PŘEDSUDKŮM

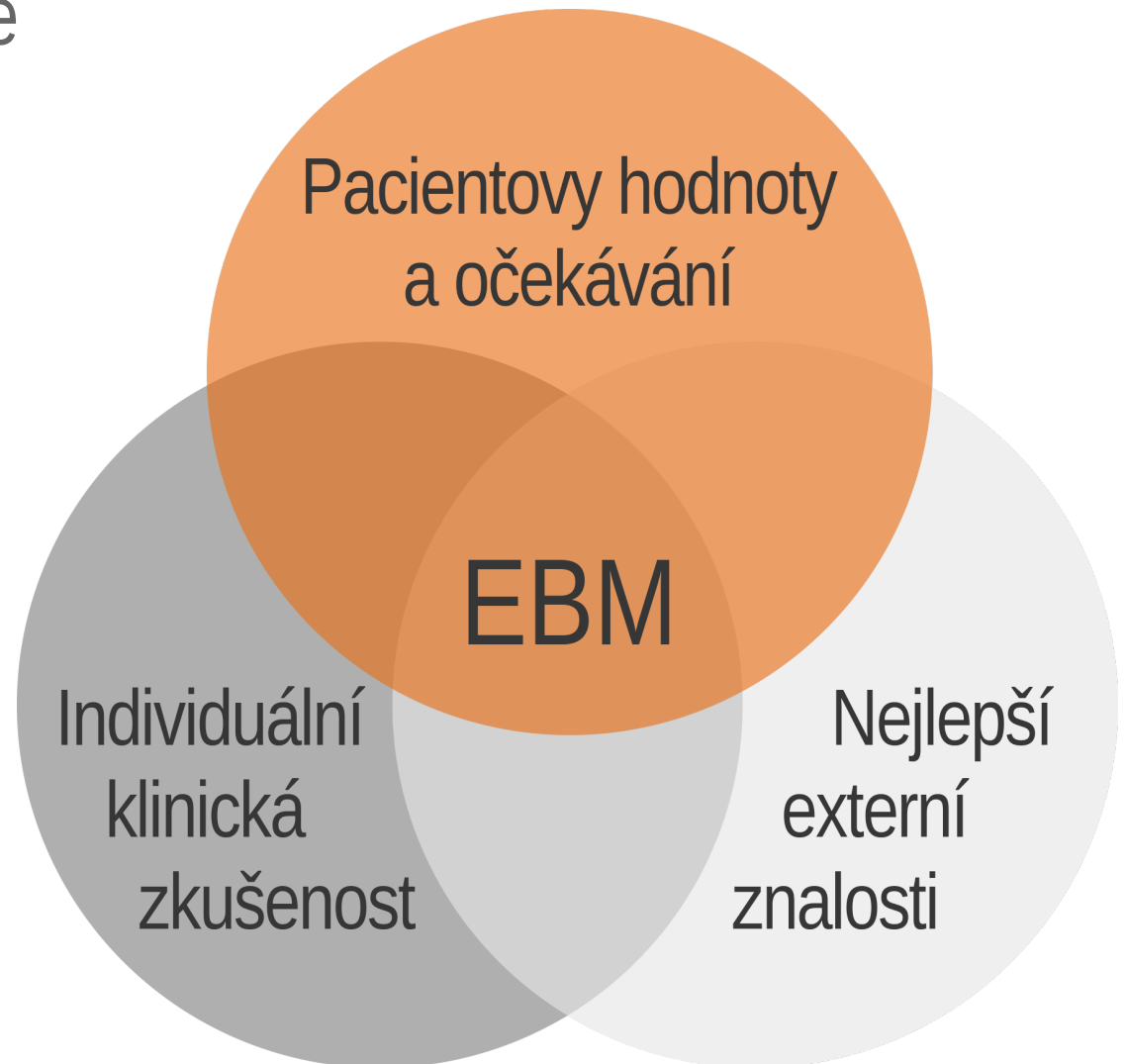
- Může být těžké prosadit realizaci, publikaci, aplikaci, pokud jdete proti hlavnímu proudu a přesvědčení
 - Michael Klein, autor první randomizované studie epiziotomií
- Přesvědčení ovlivňuje čtení a interpretaci studií
 - Archie Cochrane
 - porody doma: nad stejnými daty vysloví každý jiný závěr
 - porod doma vs. TOLAC (pokus o vaginální porod po císaři)

A3. STANDARDY PÉČE

DEFINICE EBM

EBM je poskytování péče v souladu

- s přáními, postoji a **preferencemi** klientky
- s nejnovějšími a nejlepšími **poznatky** vědy
- s vlastní kriticky zhodnocenou **zkušeností**








PŘÍKLAD Č. 1

Jste zdravotník a máte v péči ženu

- s fyziologickým těhotenstvím
- v 39tt
- odtekla plodová voda
- GBS negativní

Nejste si jistí dalším postupem péče a chcete to zkonzultovat s vašimi národními doporučeními k péči.

vydáno 2014	 HELLP syndrom - diagnostika a léčba	stáhnout (90,9 kB)
vydáno 2013	 Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen	stáhnout (113,9 kB)
vydáno 2013	 Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče	stáhnout (89,8 kB)
vydáno 2013	 Ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatalní péče o vícečetná těhotenství	stáhnout (287,7 kB)
vydáno 2013	 Péče o těhotenství s intrauterinní růstovou retardací plodu	stáhnout (80,7 kB)
vydáno 2013	 Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze, Ultrazvukové vyšetření před stanovením taktiky vedení porodu	stáhnout (79,8 kB)
vydáno 2013	 Diagnostika a léčba streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu	stáhnout (277,8 kB)
vydáno 2013	 Současné názory na management odtoku plodové vody	stáhnout (124,4 kB)
vydáno 2013	 Vedení prenatalní péče a porodu donošeného plodu v poloze koncem pánevním	stáhnout (83,4 kB)
vydáno 2013	 Prenatální péče o vícečetná těhotenství	stáhnout (95,6 kB)
vydáno 2013	 Vedení porodu vícečetného těhotenství	stáhnout (91,6 kB)
vydáno 2013	 Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se k takové alternativě rozhodnou	stáhnout (82,1 kB)
vydáno 2013	 Zásady pro poskytování porodní péče v České republice	stáhnout (80,7 kB)
vydáno 2013	 Perinatální infekce a podávání antibiotik podle nových poznatků	stáhnout (79,1 kB)
vydáno 2012	 Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství	stáhnout (59,1 kB)
vydáno 2012	 Tokolýza	stáhnout (97 kB)
vydáno 2012	 Aplikace kortikosteroidů	stáhnout (80,9 kB)

Rizikové faktory:

- vícečetná těhotenství,
- STD,
- předčasný porod v anamnéze,
- krvácení,
- konizace,
- VVV dělohy.

Diagnostika odtoku plodové vody (VP):

- klinický průkaz masivního odtoku VP,
- při nejasnostech - možné je využít některý z rychlých manuálních testů pro detekci přítomnosti plodové vody ve vaginálním sekretu,
- stanovení množství VP ultrazvukem.

Doporučená vyšetření při odtoku plodové vody

Při průkazu odtoku plodové vody je nezbytná hospitalizace a:

- laboratorní stanovení markerů infekce (KO + diferenciál, C-reaktivní protein (CRP), event. cytokiny (IL-6), prokalcitonin a jiné,
- monitorace teploty a pulzu matky,
- CTG plodu.

K známám klinické chorioamnionitidy patří zvýšení teploty nad 38 °C a přítomnost nejméně dvou z následujících příznaků:

tachykardie matky > 100/min., tachykardie plodu > 160 za min., hnisavý vaginální fluor, citlivost dělohy, bolesti břicha a leukocytóza > 15 000/mm³).

Ultrazvukové vyšetření, kde určujeme polohu plodu (plodů), biometrii, množství plodové vody, ev. flowmetrické vyšetření při známkách IUGR.

Vaginální vyšetření omezit na nejmenší možnou míru pro snížení rizika infekce.

Při rozhodování o dalším vedení je nutno zohlednit gestační stáří, polohu plodu, jeho stav a stav těhotné ženy.

Současné názory při předčasném odtoku plodové vody

Předčasný odtok plodové vody u těhotenství gestačního stáří 37 + 0 týdnů a více

Při nepřítomnosti klinické chorioamnionitidy a při negativě GBS screeningu

- a) provokujeme porod za 24 hodin po odtoku plodové vody,
- b) aplikace antibiotik po 18 hodinách po odtoku plodové vody nemá jasný benefit, rozhodnutí o jejich aplikaci je na ošetřujícím lékaři.

Při přítomnosti klinické chorioamnionitidy či pozitivě GBS screeningu

- a) nasazujeme ATB terapii (viz sekce ATB terapie) ihned a porod provokujeme.

DOPORUČENÝ POSTUP ČGPS

Co jsem se jako český pečovatel o klientku dozvěděla?

- je nutné být v nemocnici
- mám ji jen omezeně vaginálně vyšetřovat
- není nutné, aby dostala antibiotika
- po 24 h mám začít provokovat porod

Vím něco o důvodech proč? Mám to jak vysvětlit klientce?

DOPORUČENÝ POSTUP V UK

National Institute for Health and Care Excellence

- NICE guidelines [CG190], update 2014: Intrapartum care for healthy women and babies
- <http://www.nice.org.uk/guidance/cg190/>

Search...



News About Get involved Communities

Home > NICE Guidance > Conditions and diseases > Fertility, pregnancy and childbirth > Intrapartum care

Intrapartum care for healthy women and babies

NICE guidelines [CG190] Published date: December 2014 [Uptake of this guidance](#)

Guidance

Tools and resources

Information for the public

Evidence

History

Overview

Guidance

Share Download

Introduction

Woman-centred care

Key priorities for implementation

1 Recommendations

2 Research recommendations

3 Other information

4 The Guideline Development Group, National Collaborating Centre and NICE project team

Appendix A: Adverse outcomes

About this guideline

1 Recommendations

- 1.1 Place of birth
- 1.2 Care throughout labour
- 1.3 Latent first stage of labour
- 1.4 Initial assessment
- 1.5 Ongoing assessment
- 1.6 General principles for transfer of care
- 1.7 Care in established labour
- 1.8 Pain relief in labour: non-regional
- 1.9 Pain relief in labour: regional analgesia
- 1.10 Monitoring during labour
- 1.11 Prelabour rupture of membranes at term
- 1.12 First stage of labour
- 1.13 Second stage of labour
- 1.14 Third stage of labour
- 1.15 Care of the newborn baby
- 1.16 Care of the woman after birth



The following guidance is based on the best available evidence. The [full guideline](#) gives details of the methods

1.11 Prelabour rupture of membranes at term

- 1.11.1 Do not carry out a speculum examination if it is certain that the membranes have ruptured. [2007]
- 1.11.2 If it is uncertain whether prelabour rupture of the membranes has occurred, offer the woman a speculum examination to determine whether the membranes have ruptured. Avoid digital vaginal examination in the absence of contractions. [2007]
- 1.11.3 Advise women presenting with prelabour rupture of the membranes at term that:
- the risk of serious neonatal infection is 1%, rather than 0.5% for women with intact membranes
 - 60% of women with prelabour rupture of the membranes will go into labour within 24 hours
 - induction of labour^[5] is appropriate approximately 24 hours after rupture of the membranes. [2007]
- 1.11.4 Until the induction is started or if expectant management beyond 24 hours is chosen by the woman:
- do not offer lower vaginal swabs and measurement of maternal C-reactive protein
 - to detect any infection that may be developing, advise the woman to record her temperature every 4 hours during waking hours and to report immediately any change in the colour or smell of her vaginal loss
 - inform the woman that bathing or showering is not associated with an increase in infection, but that having sexual intercourse may be. [2007]
- 1.11.5 Assess fetal movement and heart rate at initial contact and then every 24 hours after rupture of the membranes while the woman is not in labour, and advise the woman to report immediately any decrease in fetal movements. [2007]
- 1.11.6 If labour has not started 24 hours after rupture of the membranes, advise the woman to give birth where there is access to neonatal services and to stay in hospital for at least 12 hours after the birth. [2007]

1.11 Předporodní odtok plodové vody v termínu

1.11.1 Pokud je jisté, že plodová voda odtekla, neprovádějte vyšetření zrcadly [2007]

1.11.2 Pokud není jisté, zda plodová voda odtekla, nabídněte ženě vyšetření zrcadly, abyste zjistili, zda jsou obaly porušené. Vyhněte se vyšetření prsty, pokud nejsou přítomny kontrakce [2007]

1.11.3 Informujete ženu, které odtekla plodová voda v termínu, že:

- riziko vážné infekce u novorozence je 1 % místo 0.5 % u ženy s nedotčenými obaly
- 60 % žen s odteklou plodovou vodou před porodem začne rodit během 24 hodin
- indukce porodu je vhodná po přibližně 24 hodinách [2007]

1.11.4 Dokud nebyla zahájena indukce nebo pokud se žena rozhodla pro vyčkávací postup po 24h od odtoku plodové vody

- nenabízejte výtěr z vaginy ani měření CRP matky
- aby se zachytila možná rozvíjející se infekce, poradte ženě, aby si zaznamenávala teplotu každé 4 hodiny, když je vzhůru, a oznámila jakoukoli změnu barvy nebo pachy výtoku z vaginy
- informujte ženu, že koupel ani sprchování není spojeno se zvýšením rizika infekce, ale pohlavní styk s ním souviset může [2007]

1.11.5 Kontrolujte pohyby a srdeční tep plodu při prvním setkání a každých 24h dokud nezačne porod a poradte ženě, aby hlásila každé snížení pohybů plodu [2007]

1.11.6 Pokud porod nezačal do 24 od odtoku plodové vody, poradte ženě, aby rodila v zařízení, které má přístup ke službám neonatologa a aby zůstala v nemocnici alespoň 12h po porodu [2007]

DOPORUČENÝ POSTUP NICE

Co jsem se jako anglický pečovatel o klientku dozvěděla?

- jak ji mám informovat o tom, co její situace znamená (komplexně: riziko infekce, obvyklý vývoj)
- mám ji jen omezeně vaginálně vyšetřovat, konkrétní instrukce pro různé situace
- doporučení k (samo)péči: co sledovat, co je důležité čemu se vyhnout
- antibiotika nejsou zmiňována
- sdělit klientce existující doporučení k indukci po 24 h
- doporučení k péči v případě, že si klientka zvolí vyčkávací postup
- jaké informace podat klientce ohledně volby místa porodu a vhodnosti 12h dohledu nad novorozencem v případě vyčkávacího postupu

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

- omezení vaginálních vyšetření
- sledování teploty a ozev
- není plošné doporučení ATB
- doporučení indukce po 24h

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

- česká doporučení jsou čistě technická, neberou v potaz konkrétního klienta
- anglická poskytují rámec externích vědomostí (číselně riziko infekce, číselně očekávané rozběhnutí porodu)
- česká jsou formulována autoritativně a popisují jen jeden způsob péče
- anglická jsou formulována směrem k ženě, jako podklad pro její rozhodování
- ukazují možné cesty, kterými se péče může ubírat
- z českých lze snadno vybočit tím, že se žena nějak rozhodne
- anglická nabízejí cesty pro větší spektrum možností dle volby klientky

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

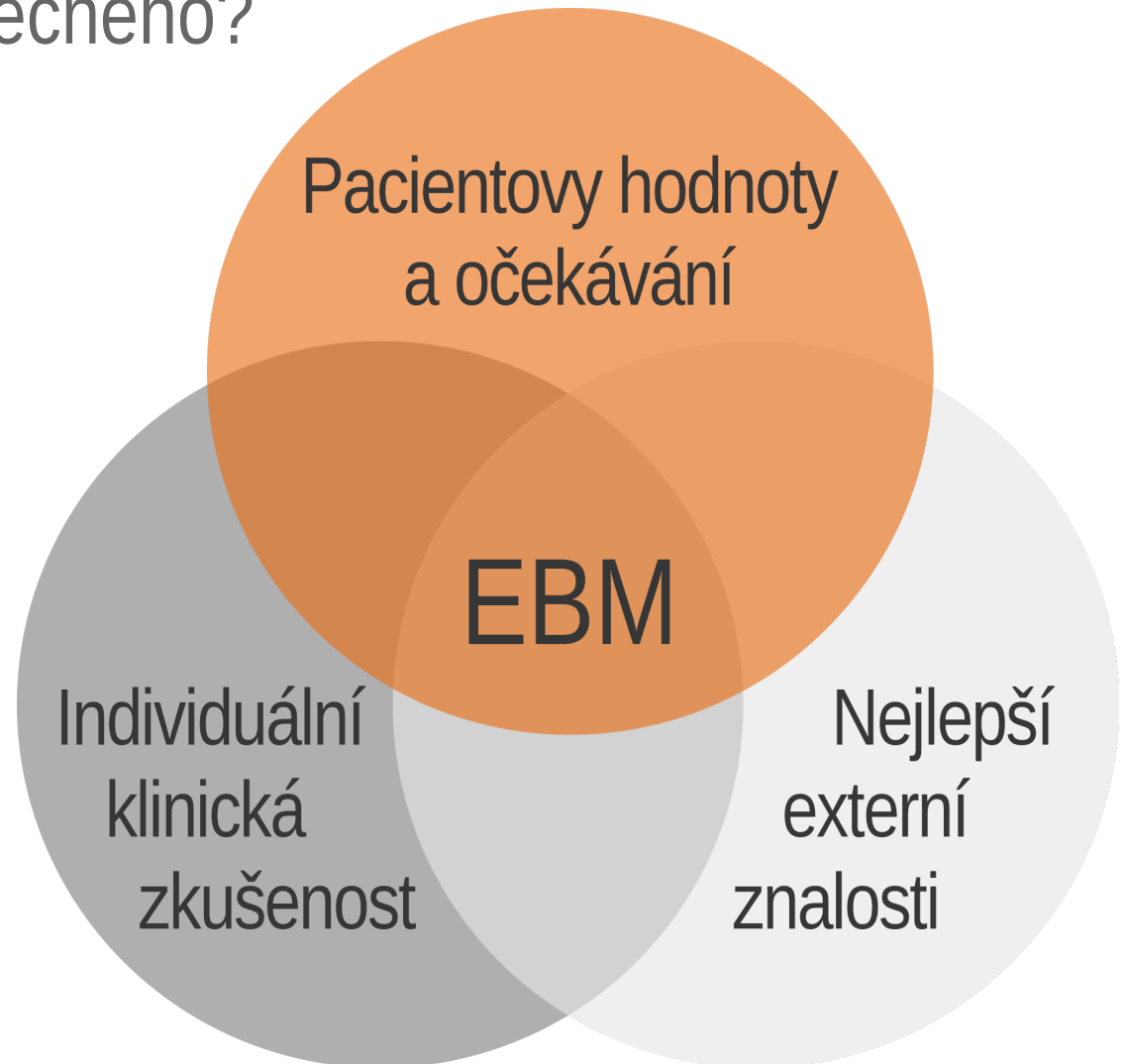
Která z doporučení jsou
psána podle EBM?

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

Která z doporučení jsou psána podle EBM?



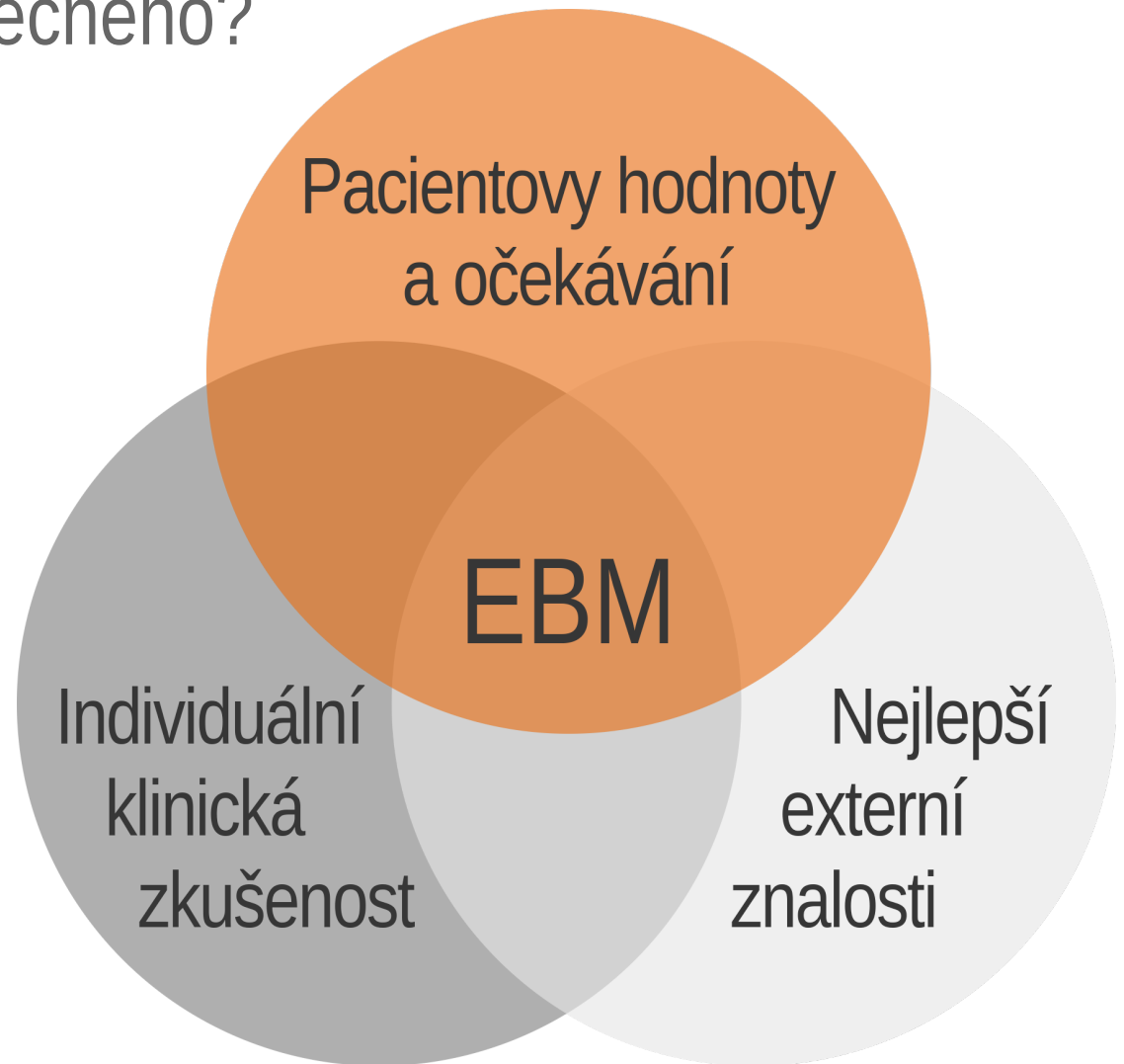
NICE A ČGPPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

Která z doporučení jsou psána podle EBM?

Při práci s kterými se budete cítit lépe, jistěji?



ZÁVĚR

1. Odborná doporučení nemusí být vždy v souladu s EBM, i když správně využívají vědeckých poznatků.
2. EBM je koncept péče, kde je žena odpovědná za **volbu způsobu** a zdravotník za **provedení** péče.

PŘÍKLAD Č. 2

ÚZIS * 2013

- 9757 žen rodilo po 1 a více CŘ (18 % vícerodiček, 2005: 10 %)
- 2544 z nich porodilo vaginálně (26 %, 2005: 40 %)
- odhadem 3-5 tisíc se o vaginální porod pokusilo (TOLAC)
- zvýšené riziko ruptury dělohy (45 případů celkem) → hypoxie, HIE, úmrtí (4 mrtvorozené + 2 patologické)
- česká doporučení

Roztočil A, Velebil P, Vedení porodu u těhotné s císařským řezem v anamnéze – doporučený postup 2012

* Rodička a novorozenec 2013, tabulka 2.6

TOLAC

TOLAC

- málo studií; prospektivní + metaanalýza ukázaly 2-3x vyšší riziko úmrtí dítěte
- ročně zdravotníci asistují u nejméně 2500 případů
- je součástí doporučených postupů ACOG, podporuje zařazení do systému
- má vypracované doporučení ČGPS

TOLAC vs. POROD DOMA

TOLAC

- málo studií, prospektivní + metaanalýza ukázaly 2-3x vyšší riziko úmrtí dítěte
- ročně zdravotníci asistují u nejméně 2500 případů
- je součástí doporučených postupů ACOG, podporuje zařazení do systému
- má vypracované doporučení ČGPS

Porod mimo ZZ s porodní asistentkou

- hodně studií; některé s kritizovanou metodologií 2-3x vyšší riziko úmrtí dítěte, kohortové opakovaně ukazují, že riziko je stejné, zejména u vícerodiček
- ročně se týká cca 1000 žen
- ACOG respektuje, ale varuje, nepodporuje zařazení do systému
- ČGPS velmi nedoporučuje a aktivně zabraňuje zařazení do systému

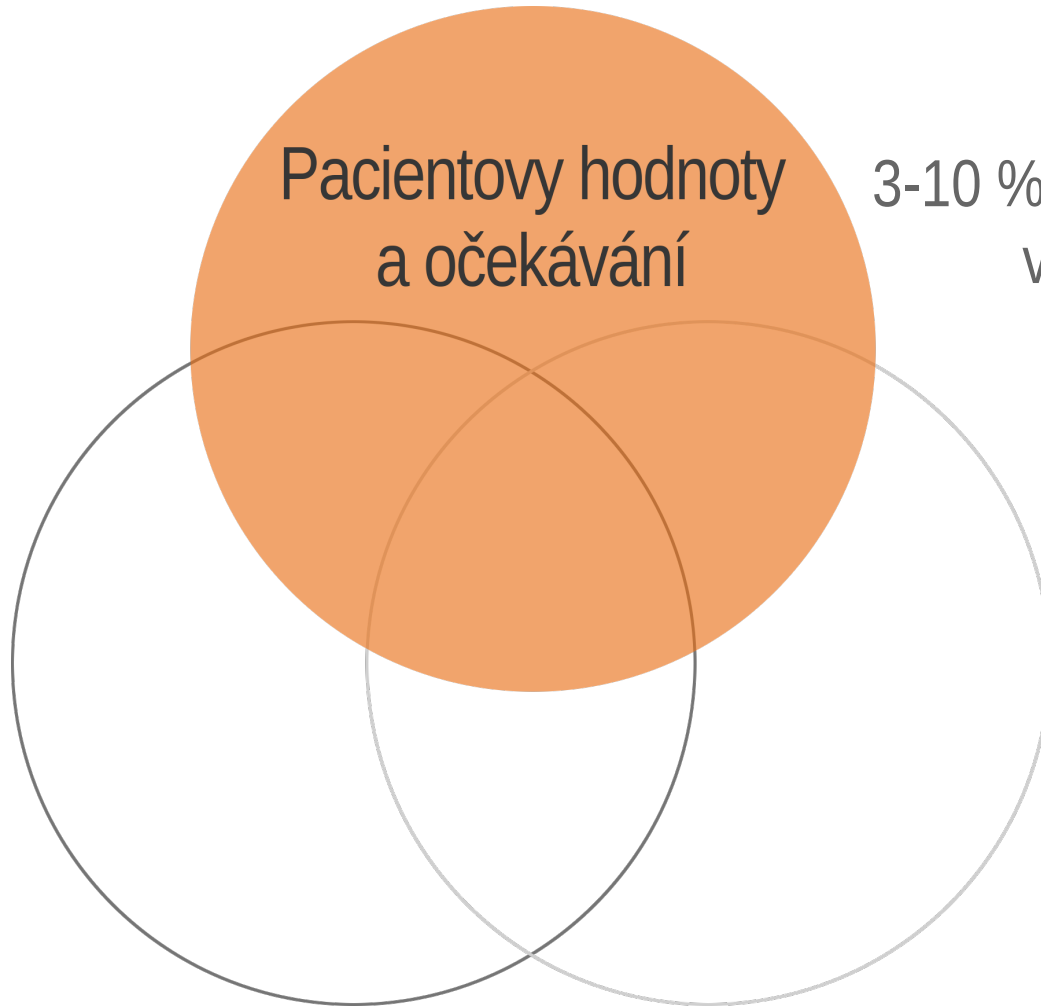
TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

1-5 % žen řeší porod doma
vs. v nemocnici

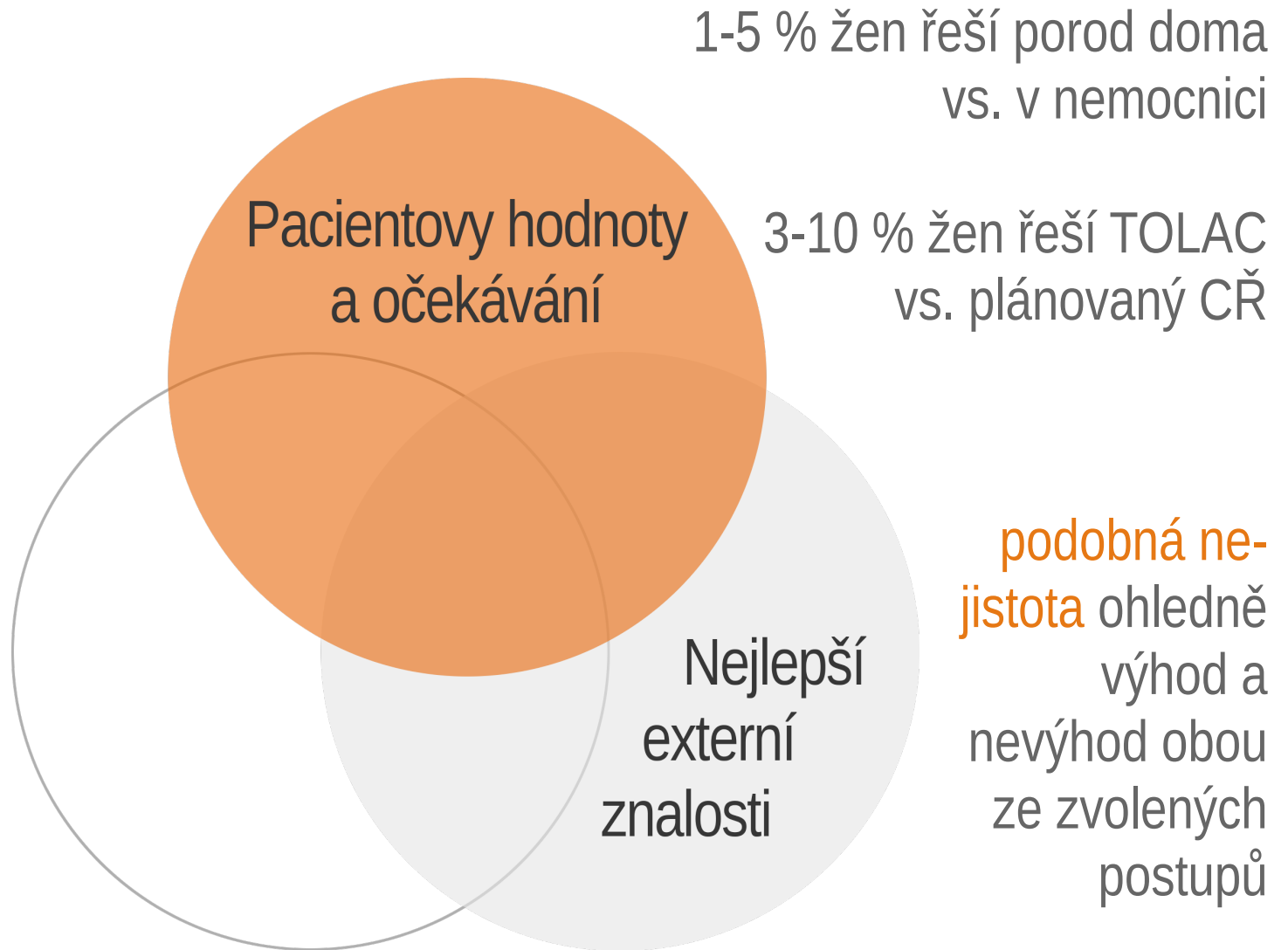
Pacientovy hodnoty
a očekávání

3-10 % žen řeší TOLAC
vs. plánovaný CŘ



TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

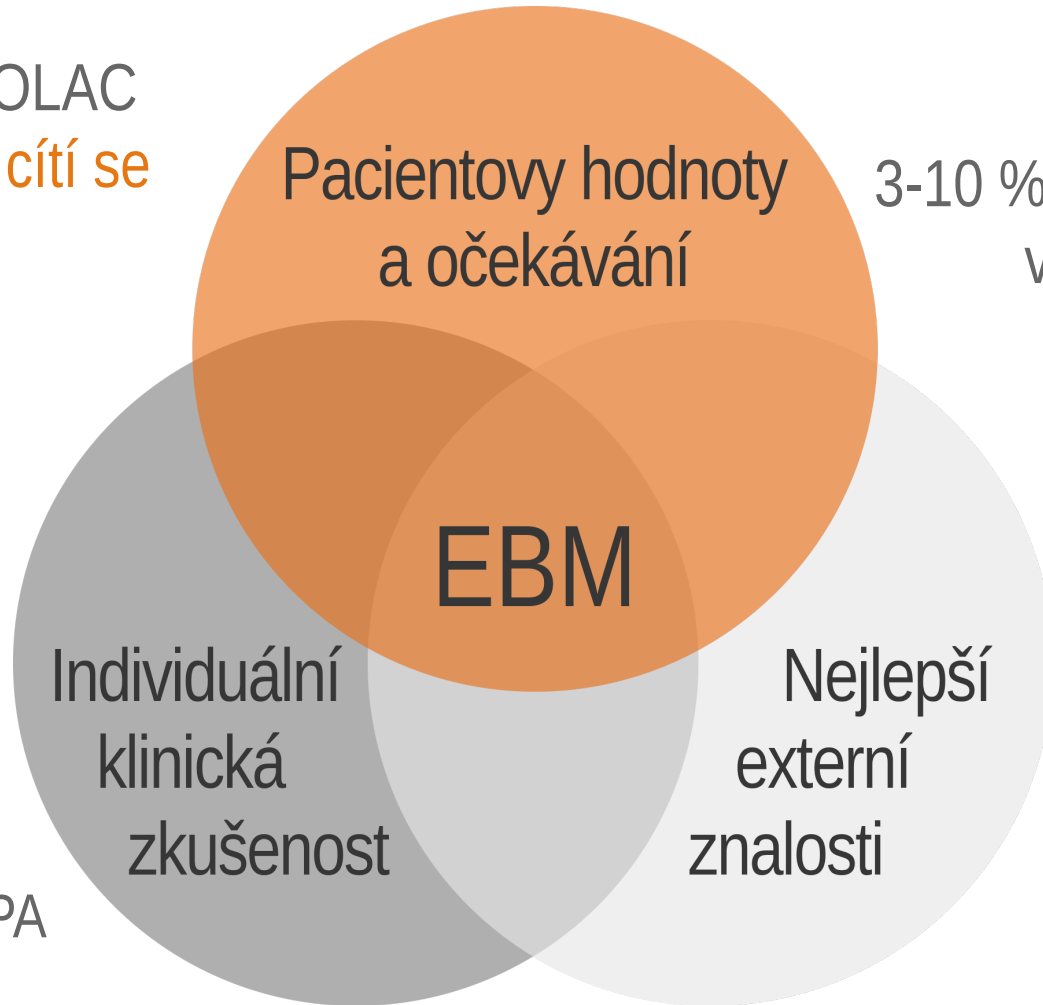


TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

Porodníci **mají** s TOLAC osobní zkušenost, **cítí se bezpečně** při poskytování péče

Porodníci **nemají** osobní zkušenost s prací samostatné PA, neinterventovaným porodem, **ne cítí se bezpečně** při představě péče PA



1-5 % žen řeší porod doma vs. v nemocnici

3-10 % žen řeší TOLAC vs. plánovaný CŘ

podobná nejistota ohledně výhod a nevýhod obou ze zvolených postupů

ZÁVĚR

3. Při tvoření doporučení stále hrají **osobní** zkušenosti a větší roli než bychom dle EBM očekávali.
4. Klíčem pro změnu takto zatížených doporučení je **vytváření** chybějících zkušeností mezioborovou spoluprací.

ČESKÁ DOPORUČENÍ

- neexistují nezávislá národní doporučení k péči
- ohledně péče v mateřství existuje jediný soubor doporučení k péči vydávaný ČGPS
- **doporučení nejsou právně závazná!**
 - zcela rozhodně ne pro rodičku/pacientku
 - nejsou závazná ani pro zdravotníky, ale měli by být schopni si profesně obhájit, proč zvolili postup v rozporu s doporučením
 - ALE příliš silné postavení soudních znalců u českých soudů
- ČGPS svá doporučení neposkytuje veřejně na stránkách
- nepracuje s ucelenou koncepcí, ale řeší jednotlivé problémy

B. S ČÍM SE POTKÁVÁME A CO NA TO VĚDA

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.“
- Dare MR et al.: Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more), Cochrane 2006
- 12 studií (6814 žen)
- při vyvolání porodu (oxytocin, prostaglandiny) nižší riziko některých infekcí matky, stejná míra operativních porodů (CS, kleště, VEX). Při vyčkávání novorozenci častěji umístění na JIP, ačkoli nebyly pozorovány rozdíly ve výskytu infekcí.
- „Protože mezi vyvoláním a vyčkáváním nejsou zásadní rozdíly, ženy by měly být s tímto seznámeny, aby se mohly informovaně rozhodnout.“

PODÁNÍ ANTIBIOTIK BĚHEM PORODU

- podání ATB kvůli odtoku plodové vody: nedoporučeno
- 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

- Gülmezoglu AM et al.: Induction of labour in women with normal pregnancies at or beyond term, Cochrane 2013
- 22 studií, 9383 žen, některé hodně staré
- vyvolání porodu po dosažení 41tt oproti vyčkávání nebo odloženému vyvolání
- nižší riziko perinatálního úmrtí při vyvolání

„Nicméně, absolutní riziko perinatálního úmrtí je malé. Ženy by měly být správně informovány, aby mohly zvolit mezi plánovaným vyvoláním potermínové gravidity a sledováním bez vyvolání nebo s odkladem vyvolání.“

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 (22 studií, 2729 žen)
 - rutinní aplikace po 38tt nepřináší podstatné výhody
 - jako prostředek vyvolání ušetří 1 ženě z 8 indukci jiným způsobem
- Indukce oxytocinem (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
- <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>
- „Zdravotník by si měl rozmyslet, jaké jsou jeho vlastní hodnoty a přesvědčení ohledně zvládnání 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**.“

TIŠENÍ BOLESTI – EPIDURÁLNÍ ANALGESIE

- Anim-Somuah et al: Epidurals for pain relief 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 opioidy
 - 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!

POLOHY PRO 2. DOBU PORODNÍ

- Gupta JK et al.: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia, Cochrane 2012
- teorie PRO vzpřímené pozice: lepší přívod kyslíku dítěti, efektivnější kontrakce, lepší rotace a průchod pánví, větší otvor v pánvi (RTG)
- 22 studií, 7280 žen; vzpřímená = stoj, klek, sed na stoličce
- o **23 %** 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: kratší porod, kratší doba tlačení

„Ženy mají být povzbuzovány, aby porodily v pozici, která je jim pohodlná; tyto pozice jsou obvykle vzpřímené.“

TLAK NA FUNDUS

- Verheijen EC et al: Fundal pressure during the second stage of labour, Cochrane 2009
- riziko ruptury dělohy, poranění dítěte, poškození svěrače
- pouze jedna randomizovaná studie, užívala nafukovací pás
- užití tlaku na fundus nevedlo k více spontánním vaginálním porodům, tedy nevedlo k menšímu užití kleští/VEX
- podobný závěr rakouská observační studie: standardní (23 %) a omezované (12 %) užití KE
- 2x vyšší míra poranění hráze

„Neexistují dostatečné důkazy k podpoře nebo jednoznačnému odmítnutí provádění tlaku na fundus v druhé době porodní.“

TLAK NA FUNDUS

- 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 (NÁSTŘIH HRÁZE)

- Carroli G, Mignini L: Episiotomy for vaginal birth, Cochrane 2009
- 8 studií, 5541 žen
- omezené užití („vyhněte se pokud možno epiziotomii“) – 28 %
- rutinní užití („chraňte hráz tak, jak jste zvyklí“) - 75 %
- omezení = **menší množství poranění hráze**, nižší potřeba šití, méně komplikací, vyšší riziko poranění přední stěny pochvy a pysků. Není vyšší množství ruptur III. a IV. stupně, není horší zdraví dětí, nebyly nalezeny rozdíly ve výskytu inkontinence moči.
- UK: 8 %, podle nemocnic max 15 %. ČR: 42 %, rozsah 10-80 %.

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)

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 ZÁSADNÍCH 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 zavedli 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
- nejbliže 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% vícerodiček), 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		Gesamt	
	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		Gesamt	
	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 Anecephalus (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 Lippspalten (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.

C. JAK SE RODÍ V ČESKU?

VÍME, JAKÁ JE V ČR OPRAVDU PÉČE?

- nedostatečné sledování výkonů jednotlivých ZZ, natož jednotlivých zdravotníků; chybějící zpětná vazba od plátců
- nedostatečné sledování a vyhodnocování specifických morbidit: DMO, srdeční vady, novorozenecké infekce ...
 - nepracuje se s daty, ale s odhady z literatury, které mohou být (a jsou) zastaralé, zkreslené jinou populací/situací
- neexistující sledování a vyhodnocování mateřské mortality a „near-misses“
- nedostatečná kontrola těch dat, která se sbírají
- **když nejsou data, není ani zpětná vazba a zlepšení péče**

KDE JSOU DATA?

- ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky)
 - má data, podrobná a dle ZZ
 - poskytl pouze anonymizovaně (Hnilicová, jakzekderodi.cz)
 - právní pignpong o zveřejnění jmen
 - má obavy z toho, že do horších nemocnic by přestaly ženy chodit
 - má v datech chyby, neprovádí dostatečnou kontrolu
 - nesnaží se skutečně dobře ošetřit informace o porodech doma

KDE JSOU DATA?

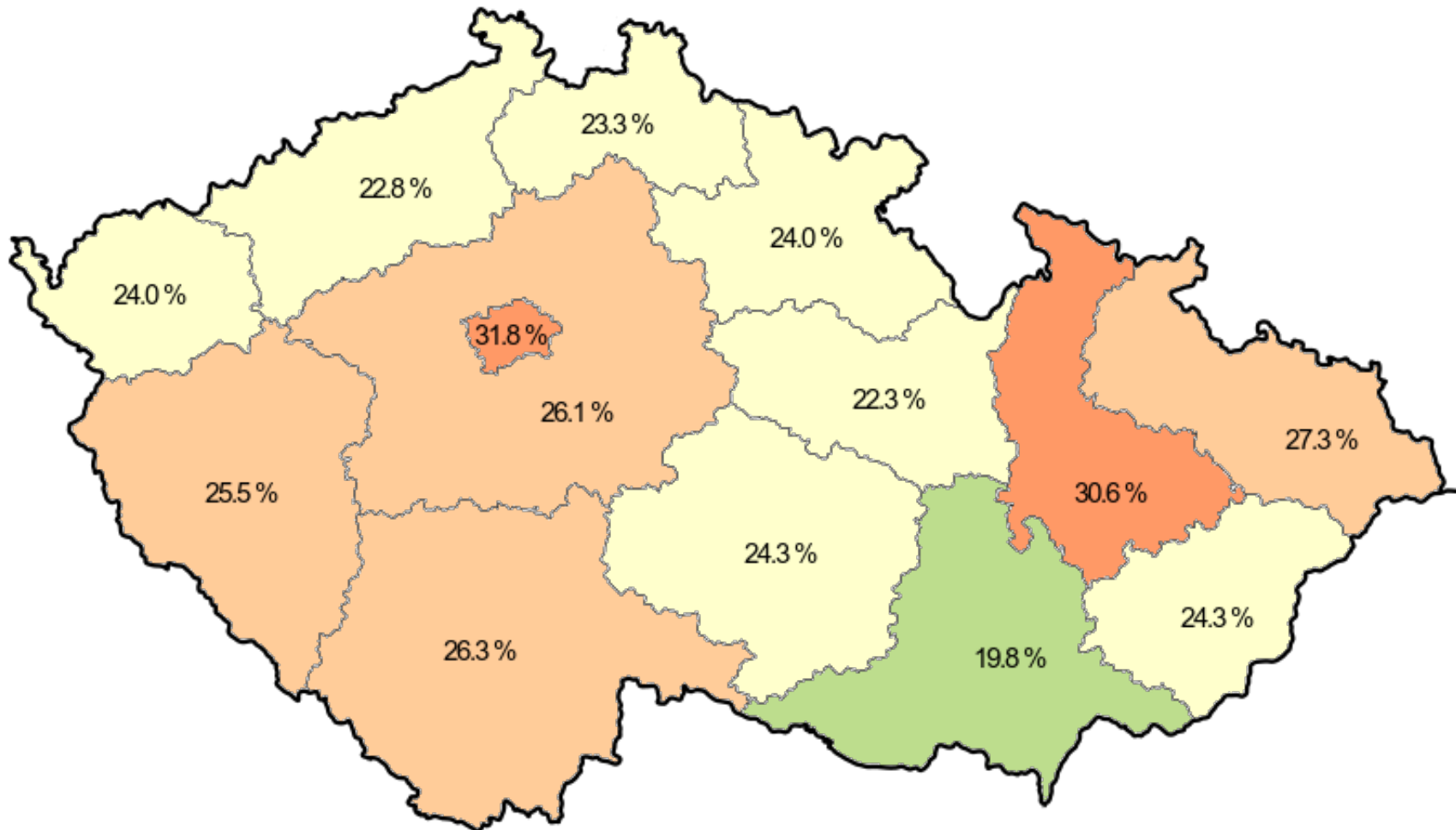
- Zdravotní pojišťovny
 - Národní referenční centrum (vloni zaniklo)
 - data kódovaná v rámci DRG systému („balíčky“)
 - hrubé rozlišení
 - známe např. jen množství všech šití, ale už ne nástřihů
 - víme, kolik bylo císařských řezů, ale už ne proč (KP)
 - k analýze získána politicky, veřejná nejsou
- Analýza dat z NRC – na biostatisticka.cz

CÍSAŘSKÉ ŘEZY

Růst míry císařských řezů v ČR od roku 2000 do roku 2013

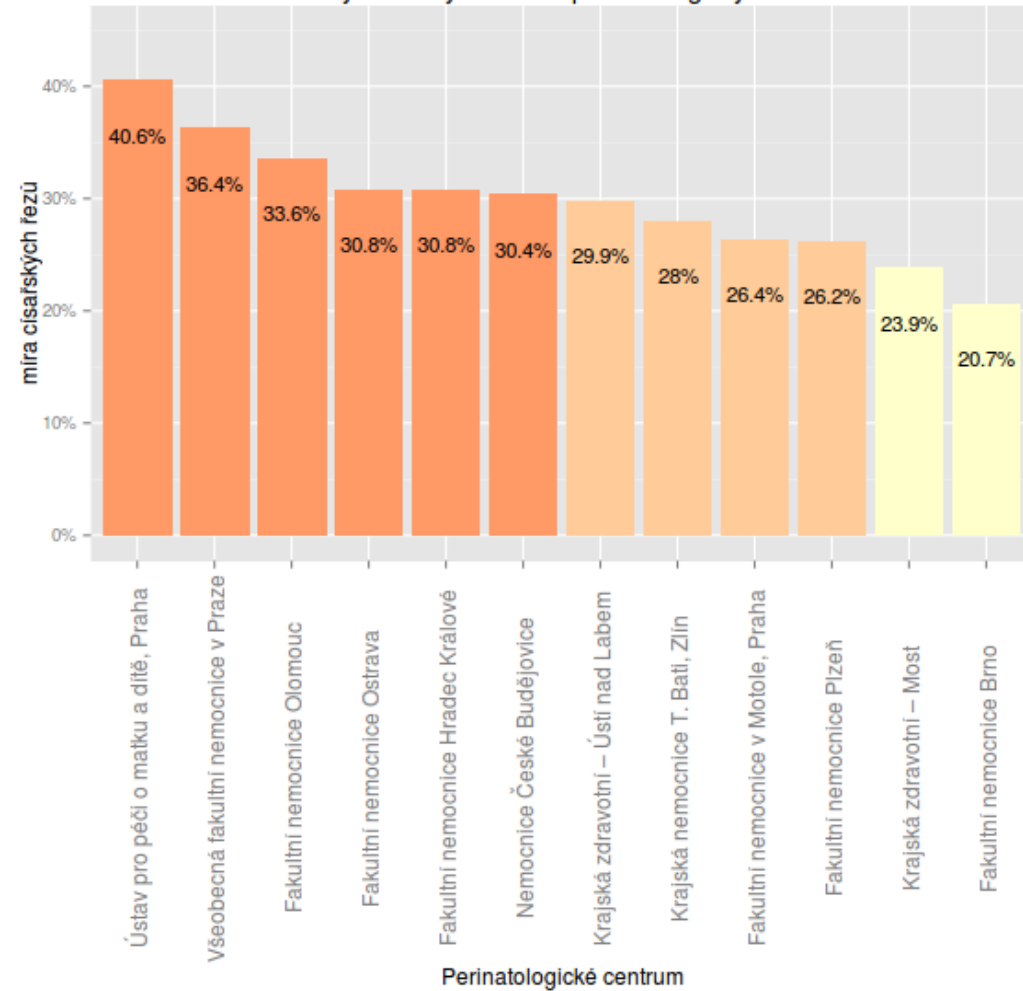


CÍSAŘSKÉ ŘEZY 2013

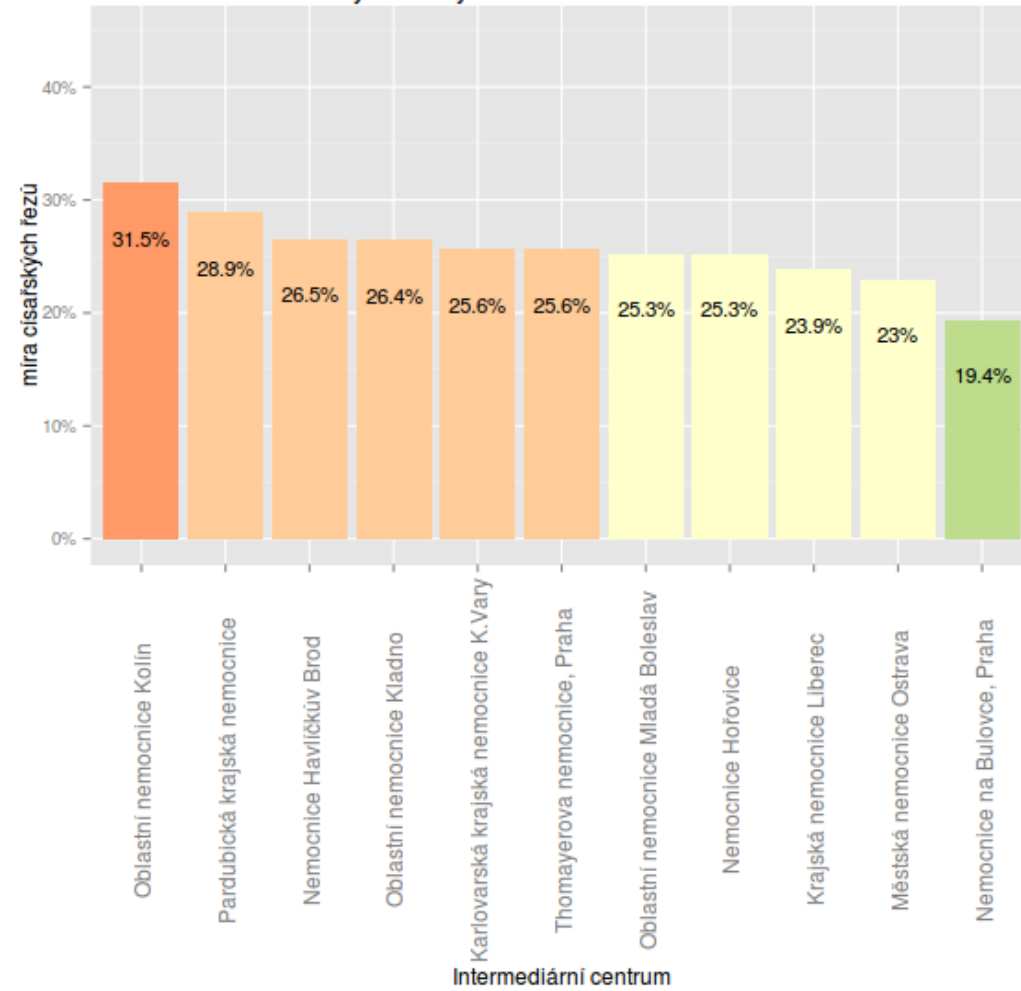


CÍSAŘSKÉ ŘEZY 2013

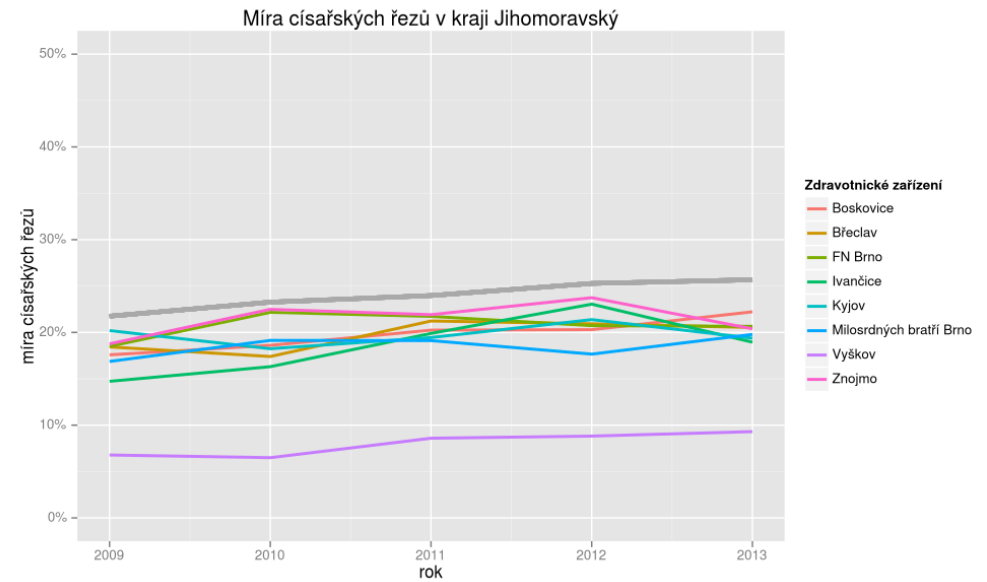
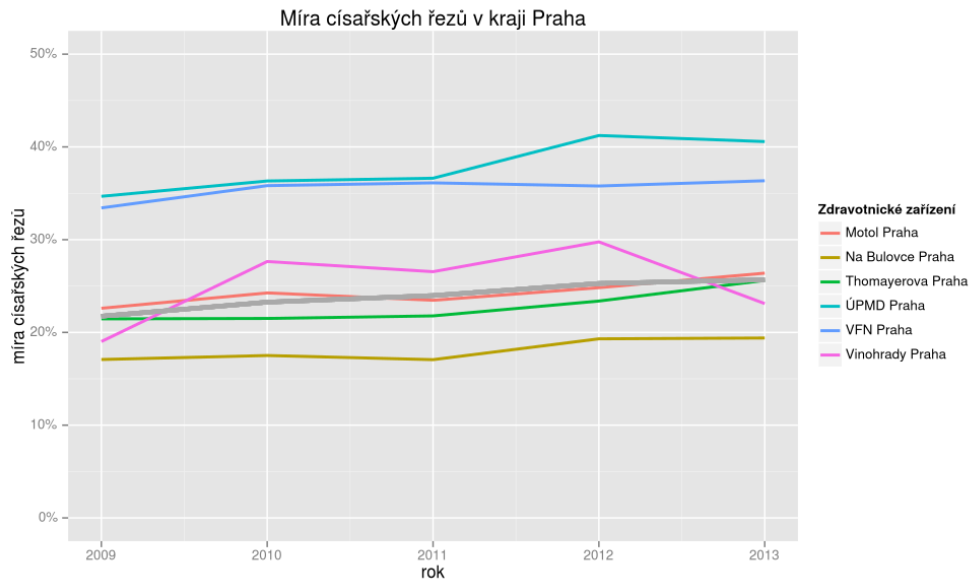
Porovnání míry císařských řezů v perinatologických centrech 2013



Porovnání míry císařských řezů v intermediárních centrech 2013



CÍSAŘSKÉ ŘEZY 2013

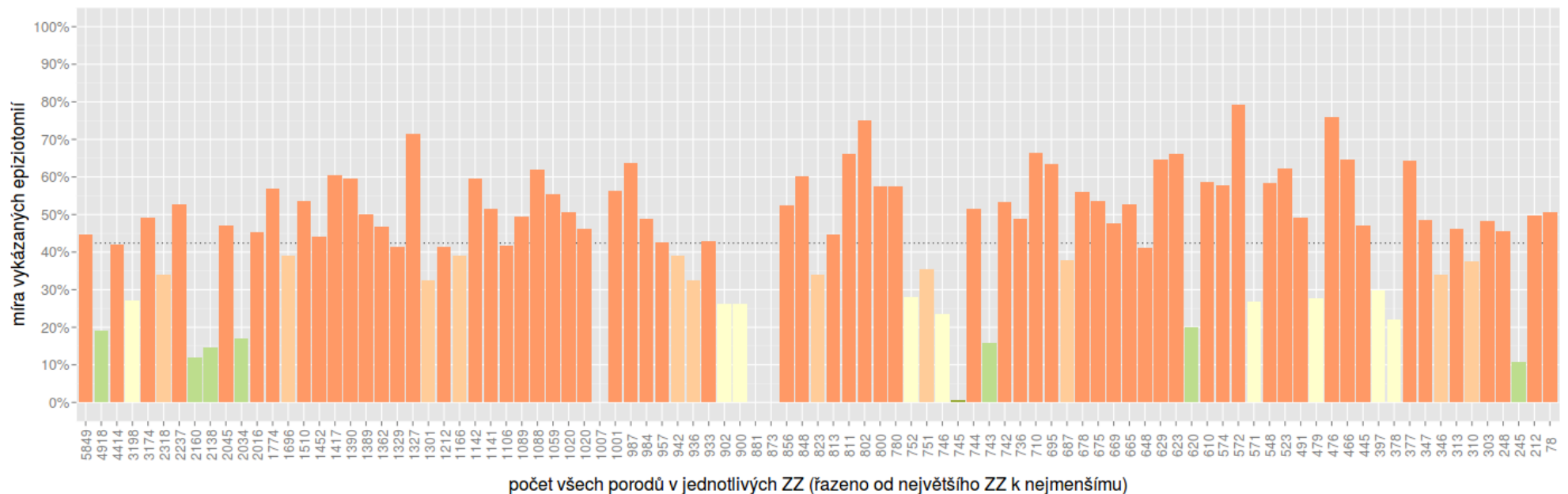


- „Your Biggest C-Section Risk May Be Your Hospital“
- (článek v Consumer Reports, duben 2016, USA)

NÁSTŘIH HRÁZE

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů na porodních odděleních v ČR

Vykázaná míra epiziotomií pod 10 % 10-20 % 20-30 % 30-40 % přes 40 %

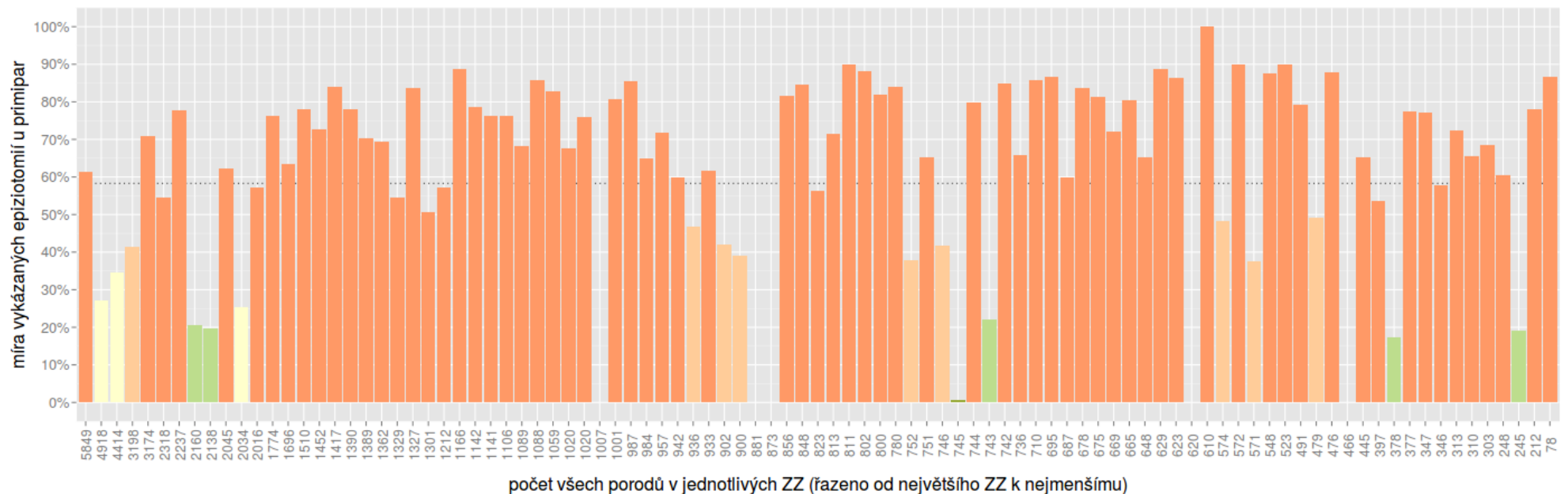


- celostátně 42 %, jen 7 zařízení pod 20 %
- i u nástřihu je největším rizikem porodnice

NÁSTŘIH HRÁZE

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů PRIMIPAR na porodních odděleních v ČR

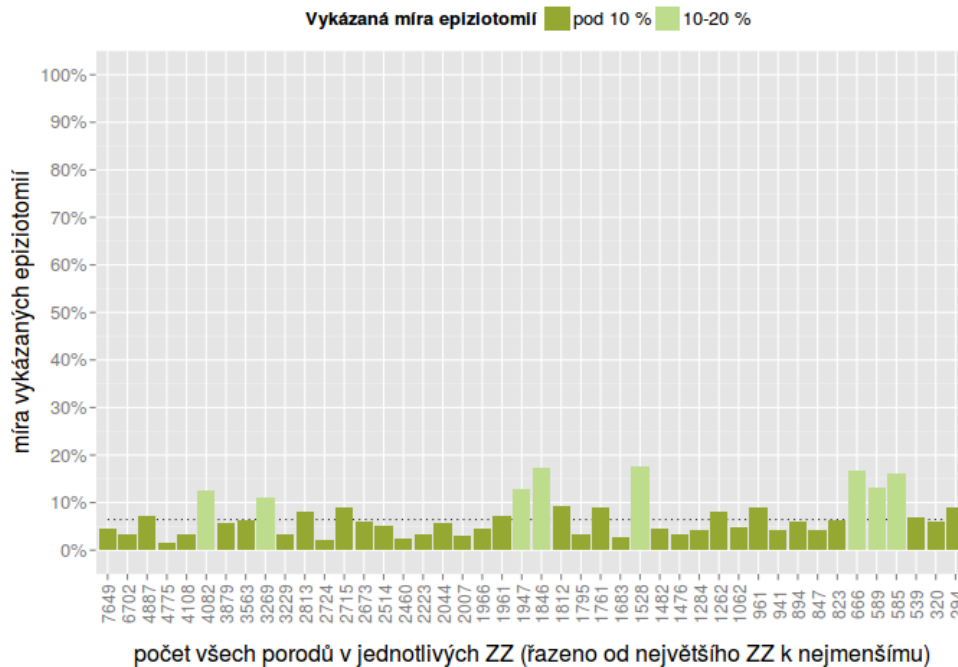
Vykázaná míra epiziotomií pod 15 % 15-25 % 25-35 % 35-50 % přes 50 %



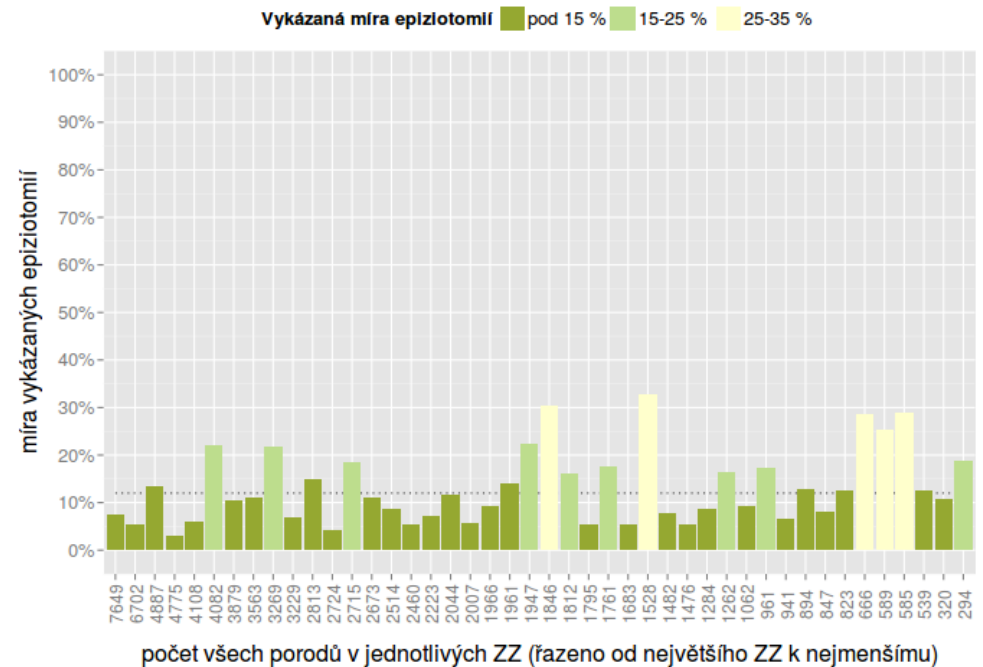
- u primipar ještě horší, u čtvrtiny ZZ nad 80 %!
- celostátně 58 %, jen 5 zařízení pod 25 %

NÁSTŘIH HRÁZE

Vykazovaná míra epiziotomií v porodnicích ve Švédsku



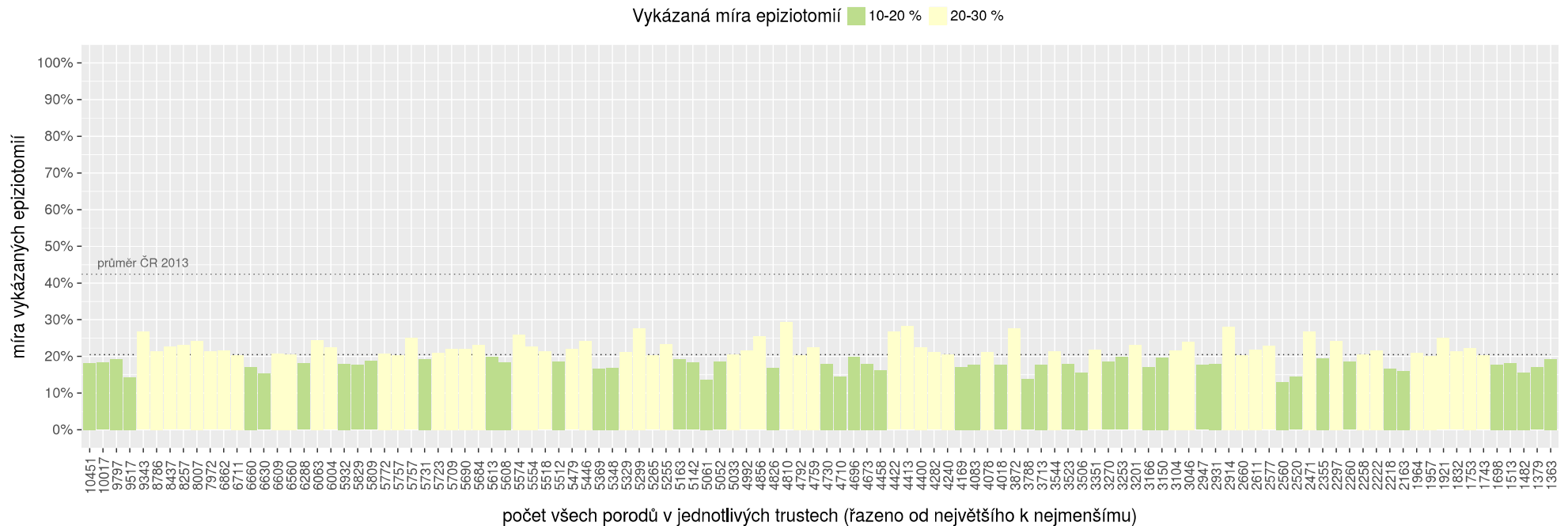
Vykazovaná míra epiziotomií u PRIMIPAR v porodnicích ve Švédsku



- Švédsko: 6.5 % celkově, 12 % u primipar

NÁSTŘIH HRÁZE

Vykazovaná míra epiziotomií v NHS trustech v Anglii, 2013-2014

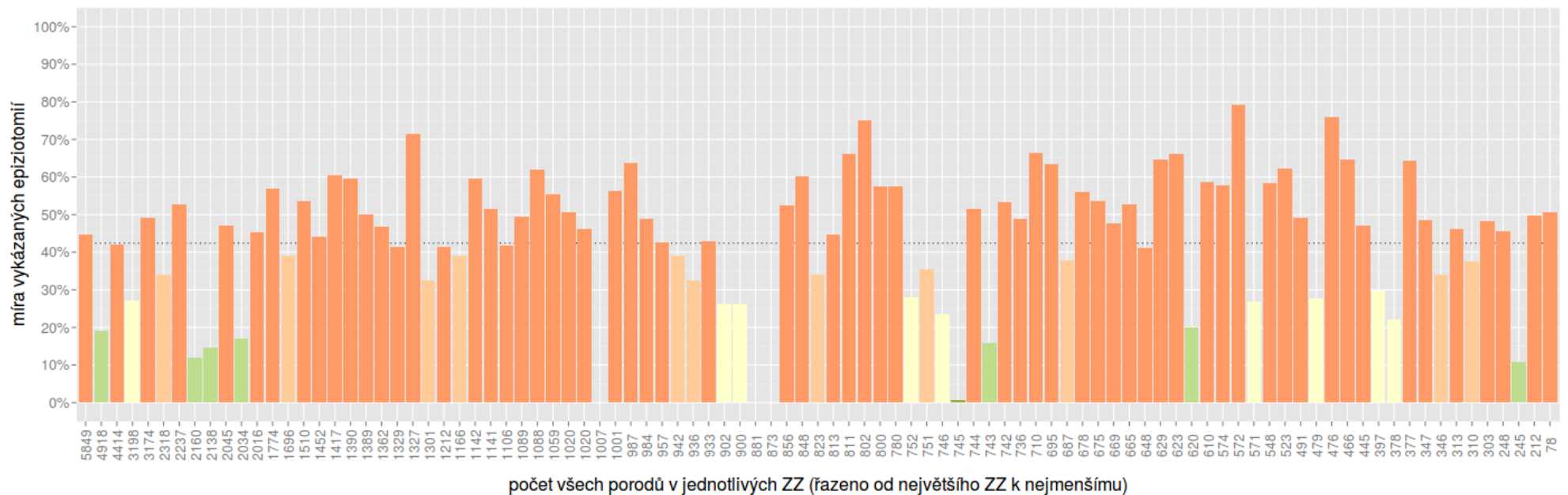


- Anglie: 20.0 % celkově

NÁSTŘIH HRÁZE

Vykazovaná míra epiziotomií u vaginálních porodů na porodních odděleních v ČR

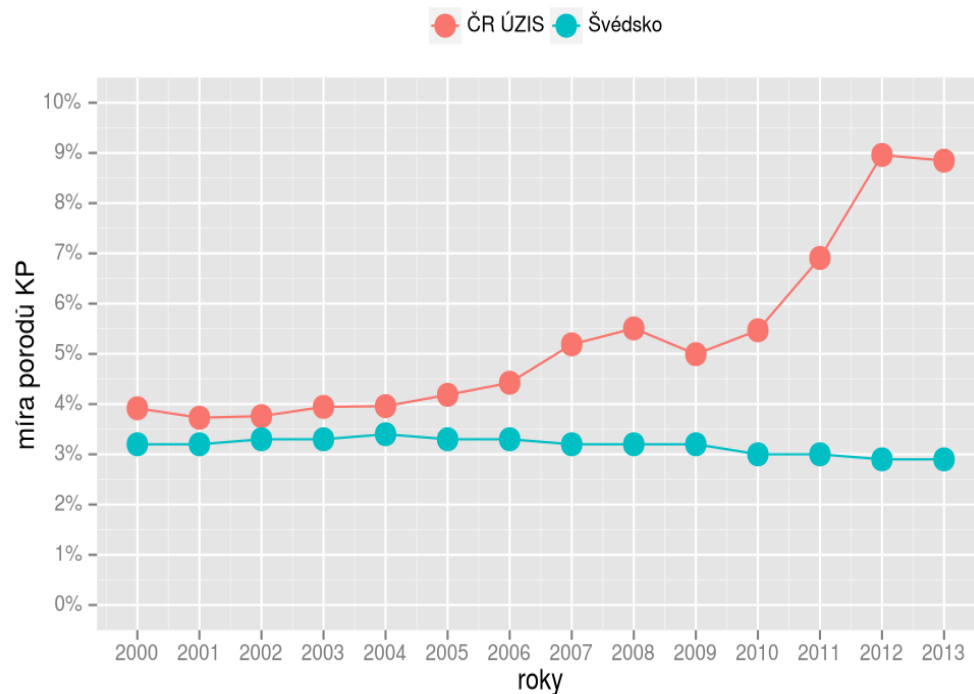
Vykázaná míra epiziotomií pod 10 % 10-20 % 20-30 % 30-40 % přes 40 %



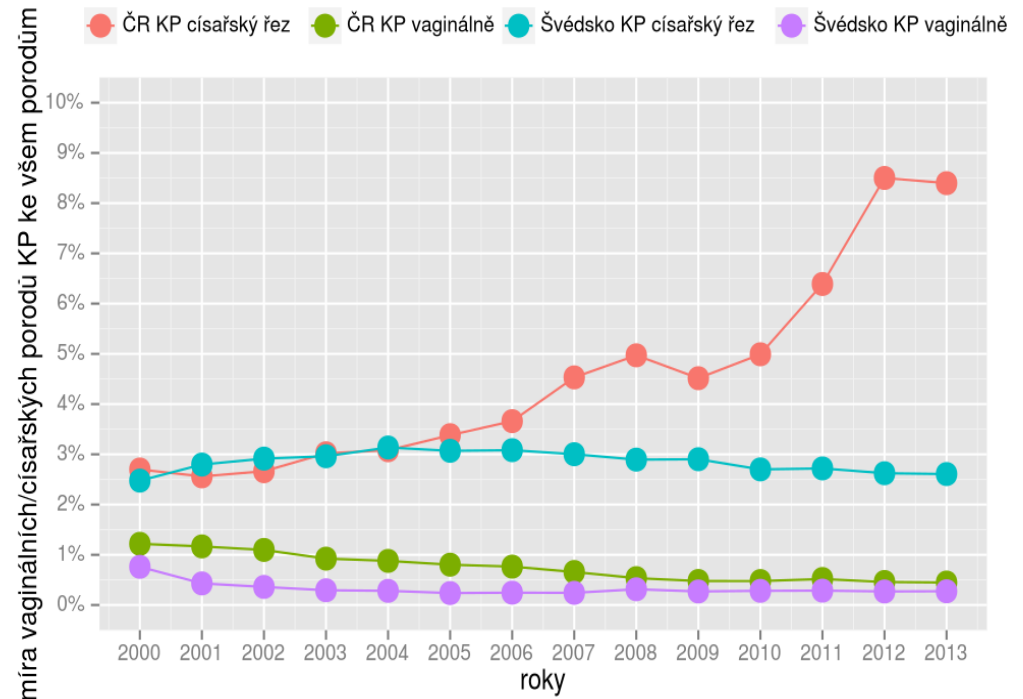
- jak pomůže epi-no, masáž hráze, když stříhají rutinně?
- jasné odmítnutí předem i během, vertikální poloha

JSOU ČESKÉ ŽENY BIOLOGICKÁ ODCHYLKA?

Podíl porodu koncem pánevním v ČR a Švédsku od roku 2009 a 2013

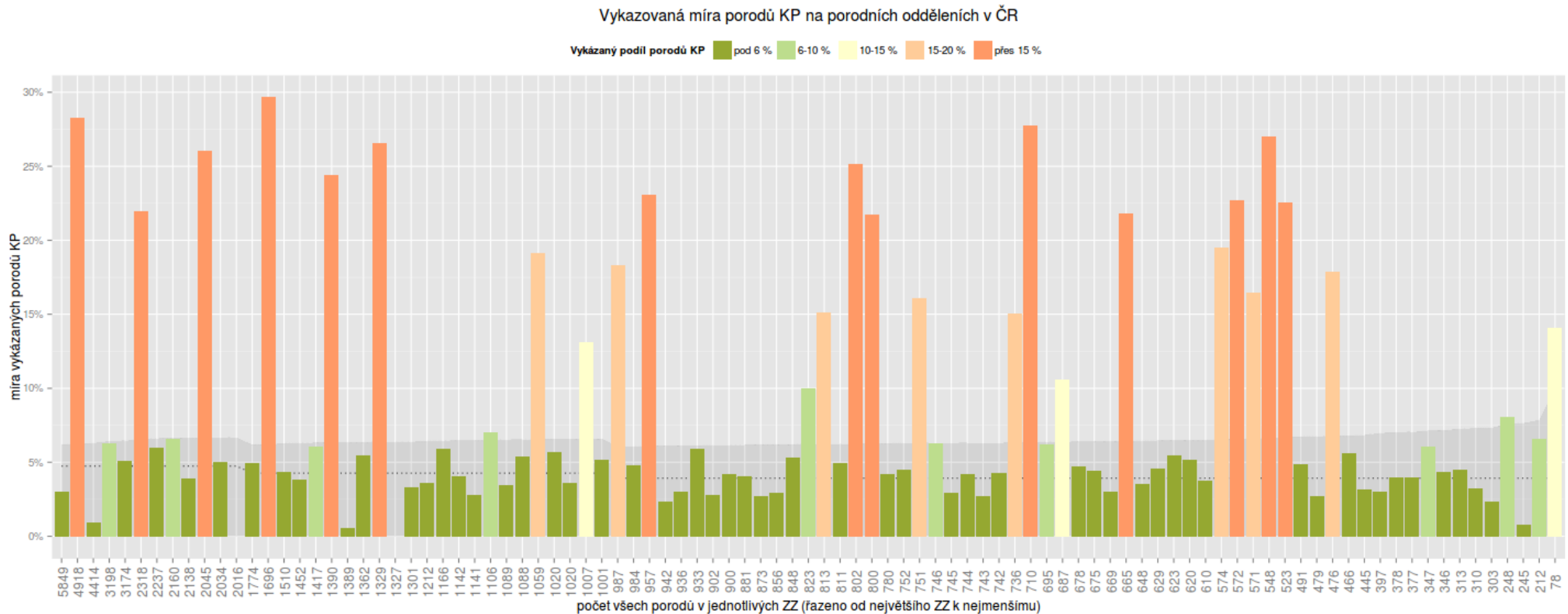


Ukončení porodu polohou KP v ČR a Švédsku od roku 2009 a 2013



- normální je 4-5 %, v letech 2012 a 2013 vykázáno 2x tolik!
- všechny navíc jsou císařským řezem

JSOU ČESKÉ ŽENY BIOLOGICKÁ ODCHYLKA?



- 14 pracovišť vykazuje míru porodů KP přes 20 %!
- 7 pracovišť přes 25 % - to není ani u extrémně nedonošených!

POUČENÍ ZE STUDIA DAT

- česká porodní péče velmi závisí na zdravotnickém zařízení, tvrzení „všude je špičková“ je nutné zcela odmítnout
- chlubení se zdravím a přežíváním novorozenců (převážně skvělá neonatologická péče o nedonošence)
- zdraví žen je prakticky ignorováno
- kontrola vnitřní logiky dat neprobíhá dobře
 - buď neprobíhá vůbec nebo neprobíhá schválně
 - kontrola veřejností není záměrně umožněna
- ptejte se, porovnávejte, žádejte vysvětlení
- tlačte na zveřejňování podle porodnic – pište na MZ!

D. 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
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
 - 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

- 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
- jaksekderodi.cz
 - snaha získat ucelená data dle porodnic, zajímavé analýzy
- biostatisticka.cz
 - analýzy, komentáře, postřehy
 - Analýza dat z Národního referenčního centra 2009-2013

CO MOHU UDĚLAT?

- vyzvěte klienty, aby si sehnali informace
- **sežeňte jim informace**
 - obvolejte porodnice ve vašem okolí
 - chtějte po nich, nejlépe za minulé dva roky
 - počet porodů
 - počet císařských řezů
 - počet porodů koncem pánevním císařem a vaginálně
 - počet (podíl) epiziotomií, nejlépe u prvorodiček a vícerodiček zvlášt'
 - jak zajišťují klid při navazování rané vazby
 - jak zajišťují odchod 0-2 dny po porodu
 - ...
- pište na MZ, žádejte vysvětlení, žádejte zveřejňování