

JAK PRACOVAT S VÝZKUMY V OBLASTI PÉČE V MATEŘSTVÍ

Mgr. Markéta Pavlíková

www.biostatisticka.cz

JAK PRACOVAT S VÝZKUMY

1. Co je EBM a proč je potřeba
2. Jak se tvoří evidence
3. Standardy péče
4. Jak začlenit EBM do své praxe
5. Zajímavé studie

1. CO JE EBM A PROČ JE POTŘEBA

PÉČE V MATEŘSTVÍ

V tak náročné oblasti jako péče v mateřství jsou potřeba

- zkušenosti
- empatie a respekt
- přehled a znalosti

To je celá EBM v kostce.

EBM = Evidence Based Medicine

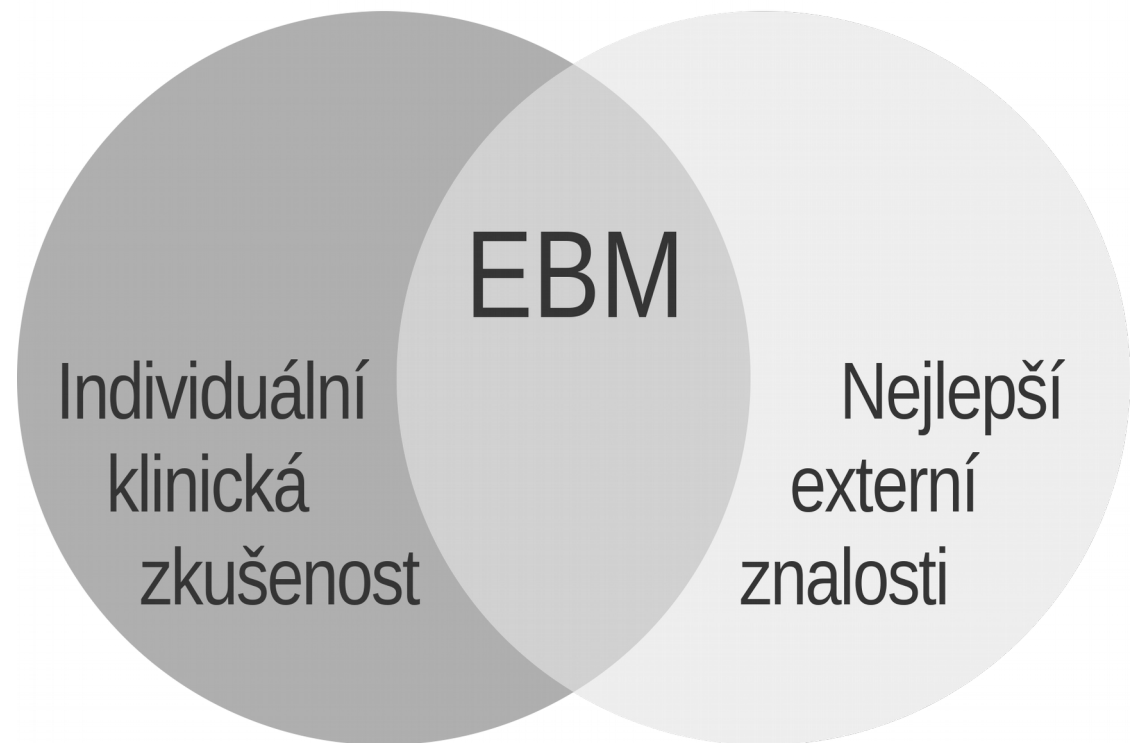
Medicína založená na důkazech

EBC = Evidence Based Care

Péče založená na důkazech

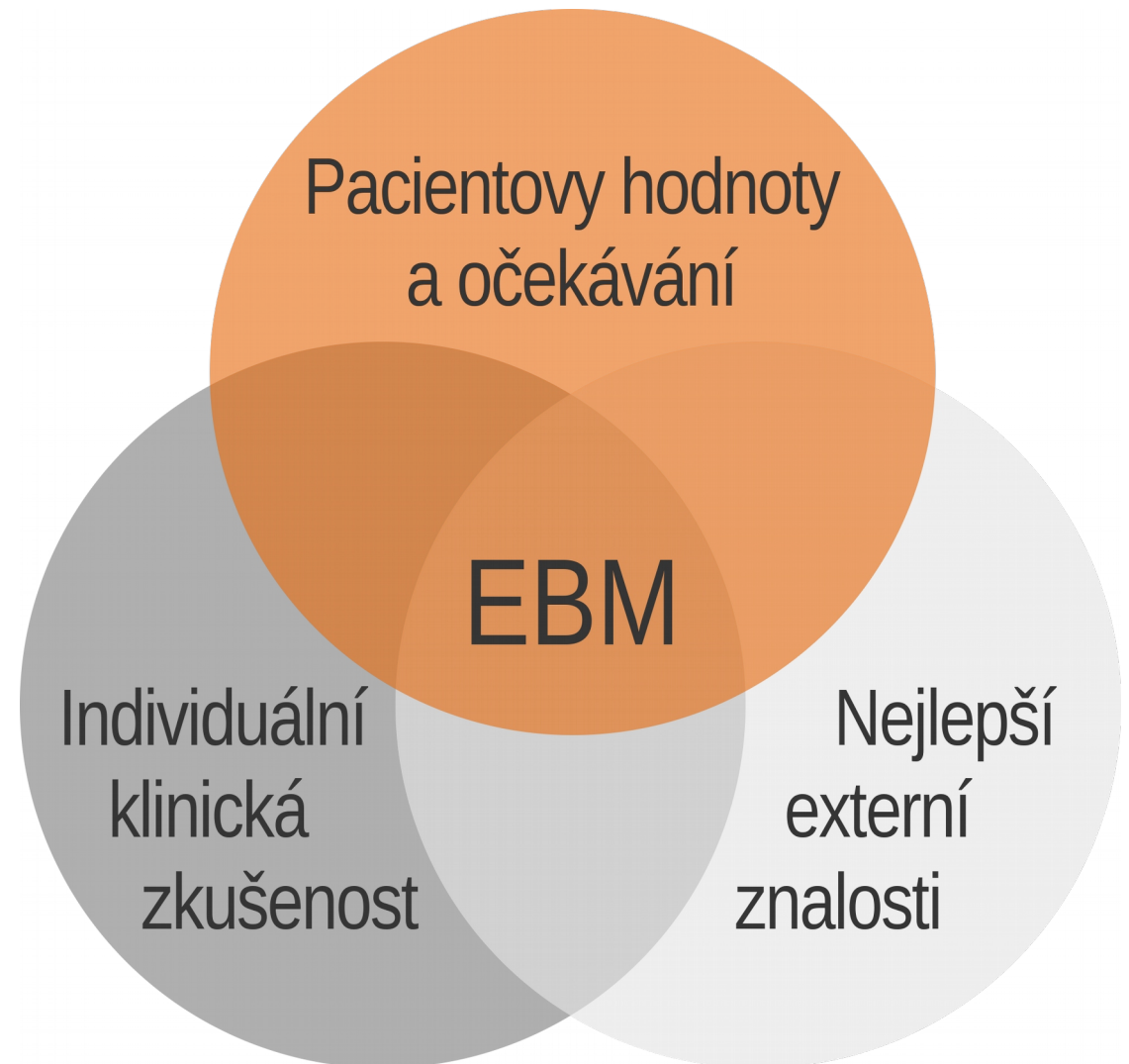
PŮVODNÍ DEFINICE EBM

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)



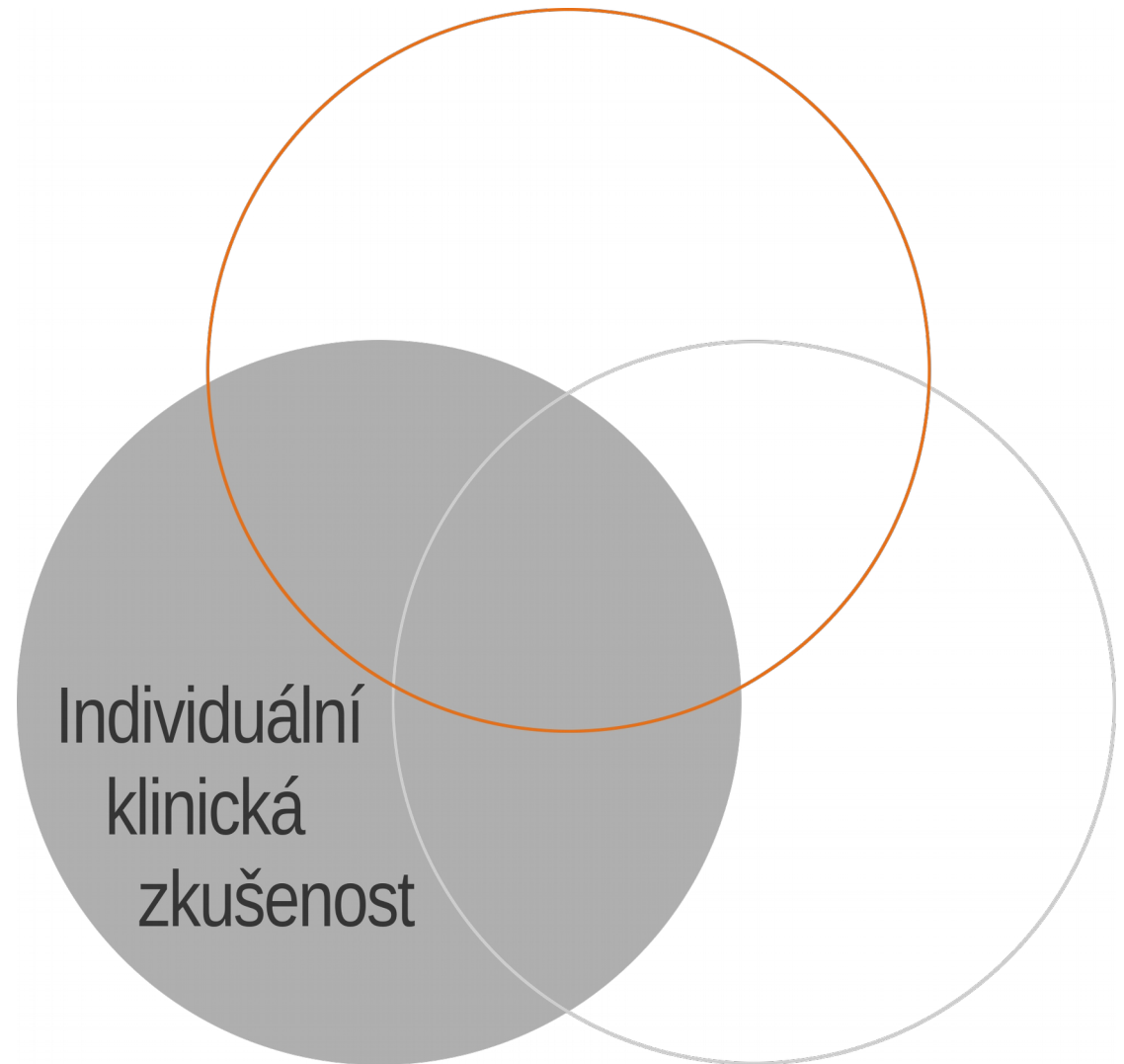
NOVÁ DEFINICE EBM

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

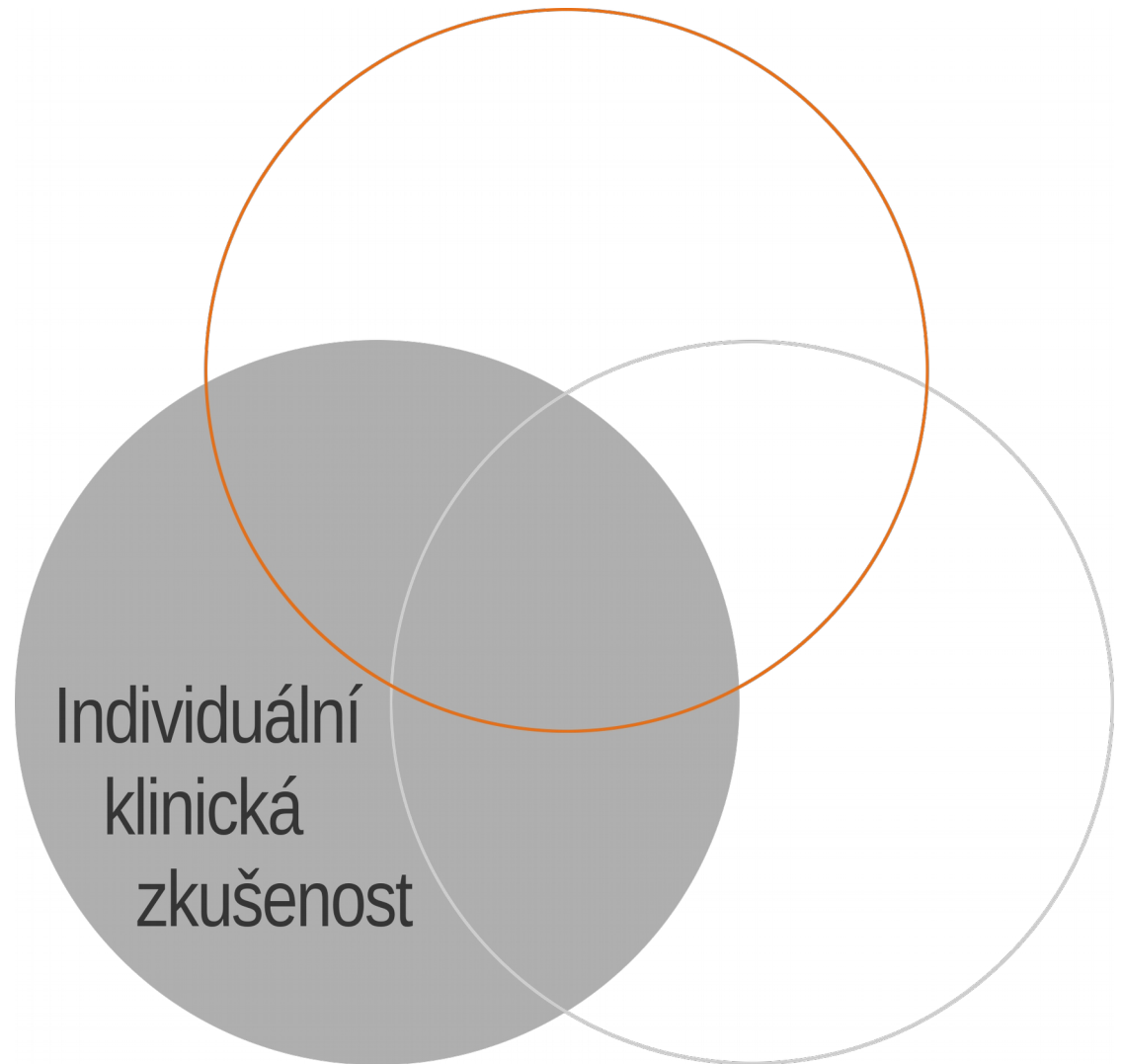
- schopnost rozpoznávat problémy
- nacvičené reakce eliminující chyby
- osvědčené postupy
- “takový ten pocit” - zapojení intuice



INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

ALE TAKÉ

- rutinní praxe
- role prostředí
- role authority

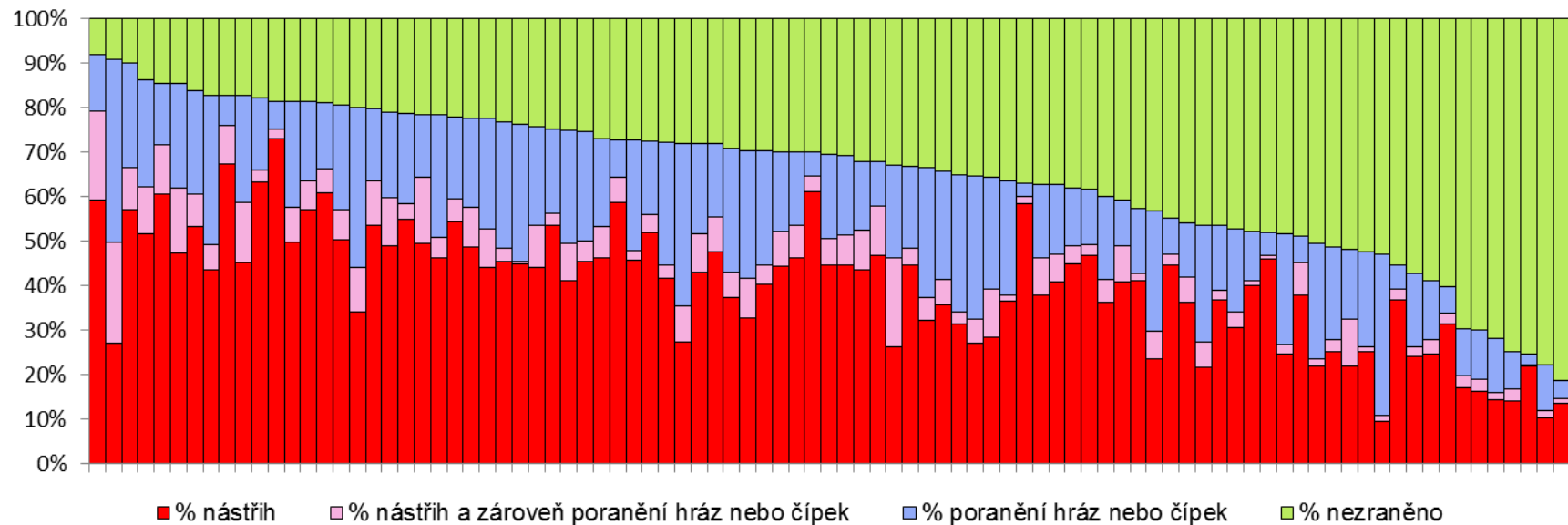


INDIVIDUÁLNÍ ZKUŠENOST

Epiziotomie

Poranění žen při vaginálním porodu

www.jaksekderodi.cz



www.porodniplan.cz - zpochybnění nařízení – Adam Houska

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**

PACIENTOVY PREFERENCE

- **nechce** být nastřižená.

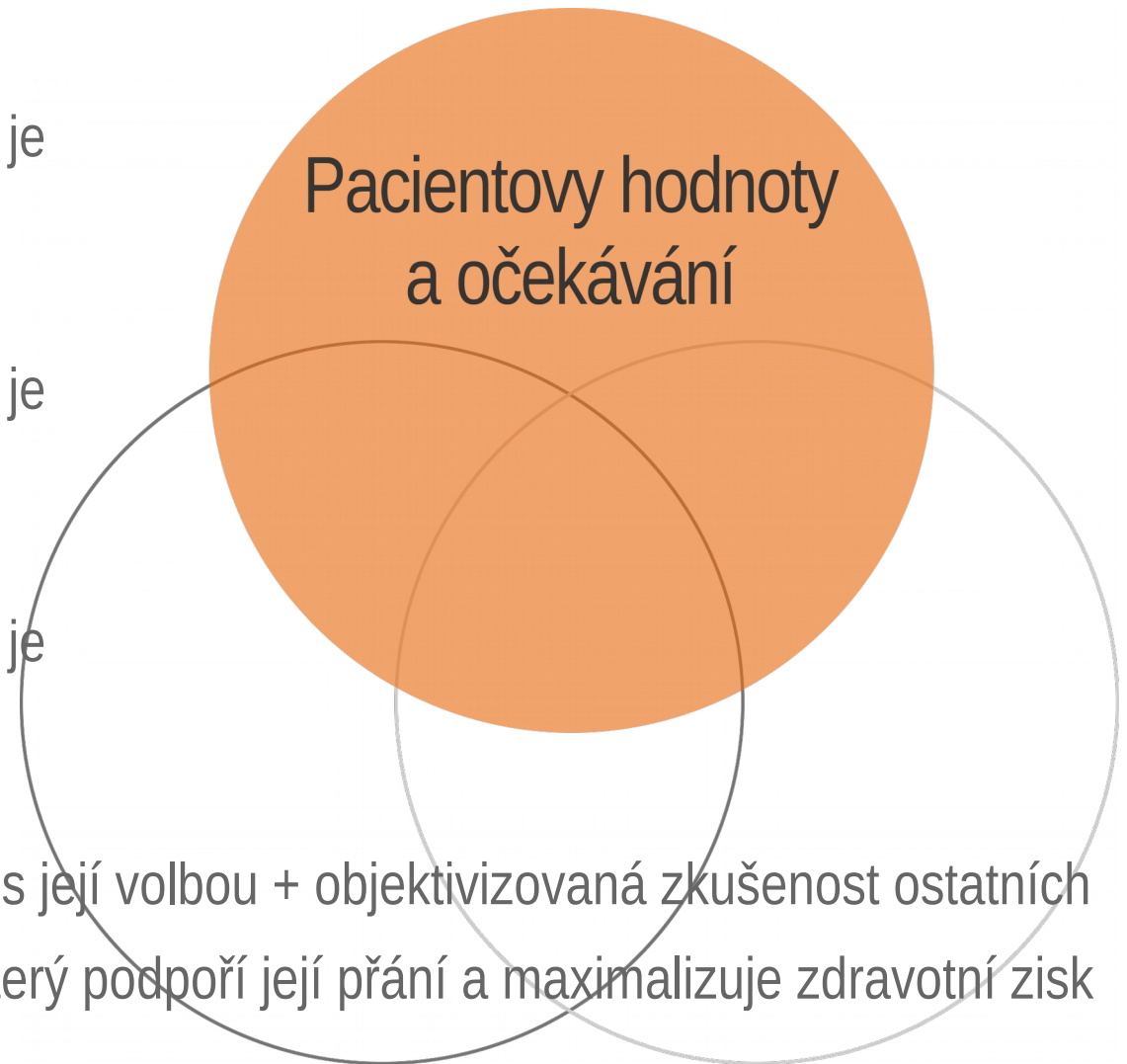
Známe výhody a nevýhody? Zná je ona? Je s tím srozuměná?

- **chce** být nastřižená

Známe výhody a nevýhody? Zná je ona? Je s tím srozuměná?

- **je jí to jedno**

Známe výhody a nevýhody? Zná je ona? Je s tím srozuměná?



Úplná informace = naše zkušenost s její volbou + objektivizovaná zkušenost ostatních

Hledání nejvhodnějšího postupu, který podpoří její přání a maximalizuje zdravotní zisk

NEJLEPŠÍ EXTERNÍ ZNALOSTI

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



CO JE EBM A K ČEMU JE DOBRÁ?

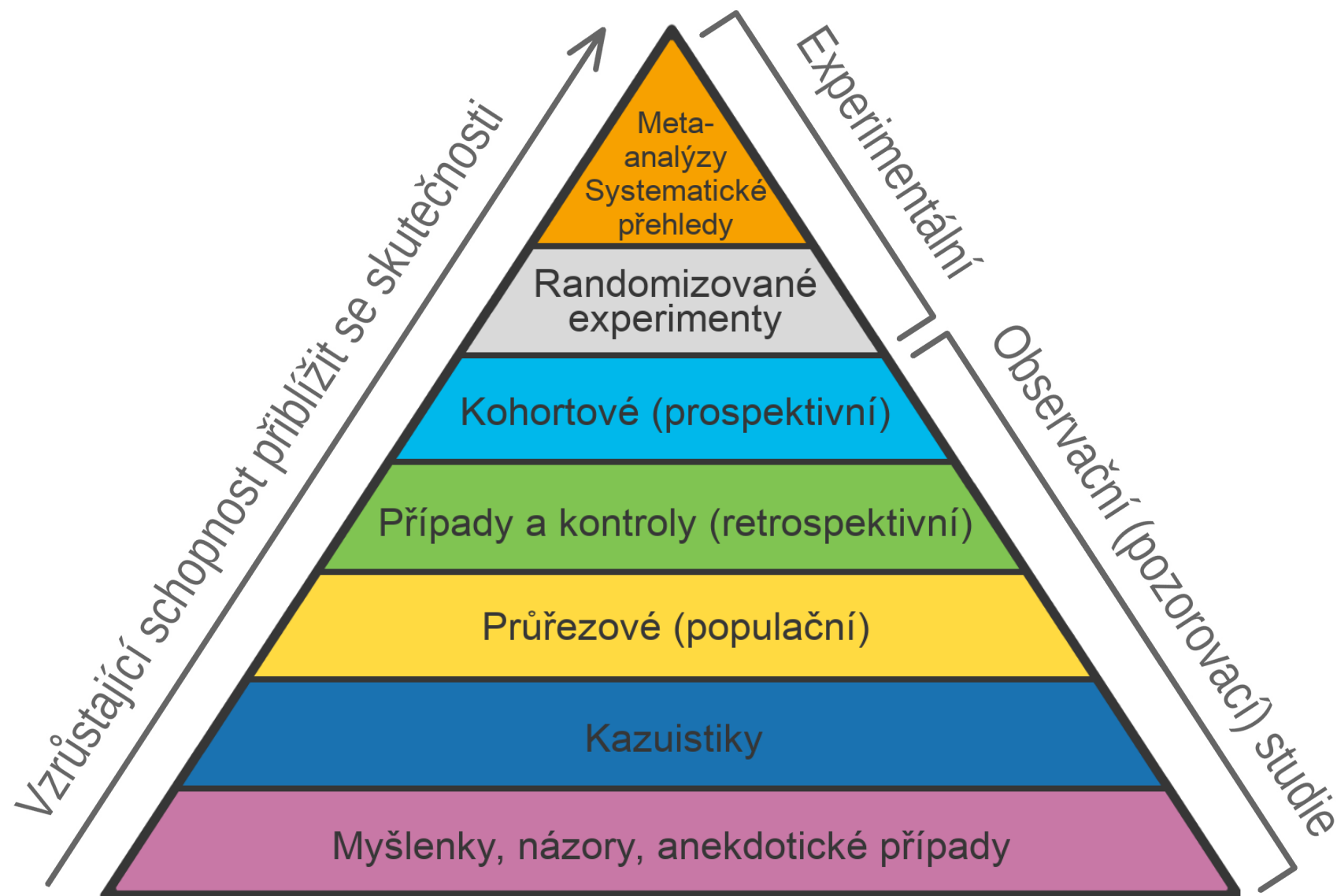
EBM je poskytování péče v souladu

- 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.

2. JAK SE TVOŘÍ EVIDENCE

PYRAMIDA EVIDENCE

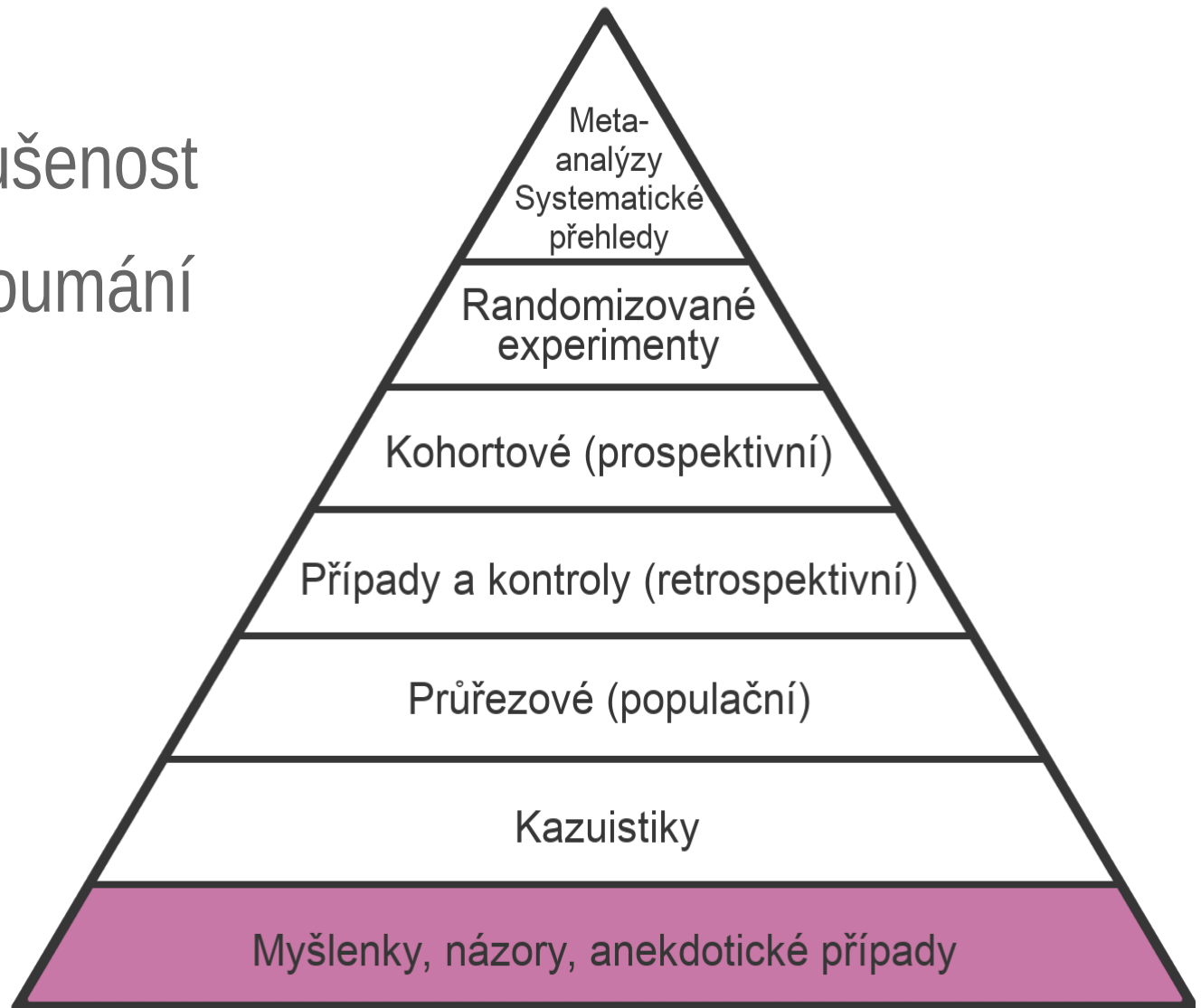


IDEAS, EDITORIALS, ANECDOTAL EVIDENCE

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

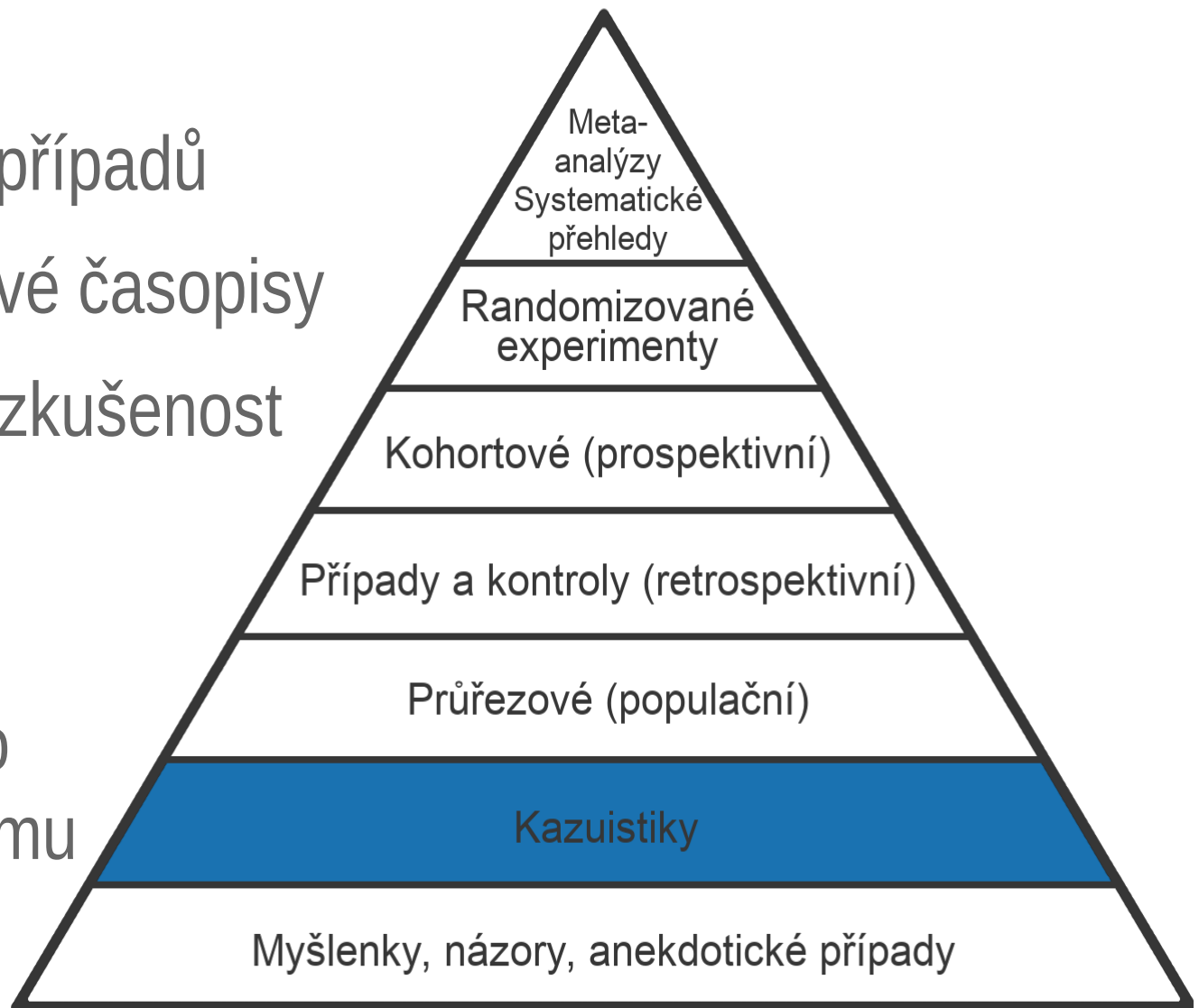
Úskalí

- 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



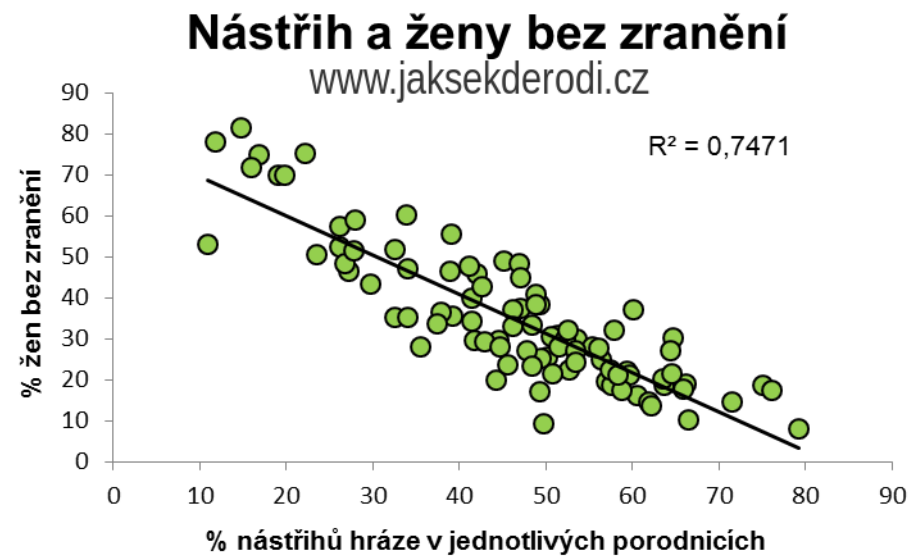
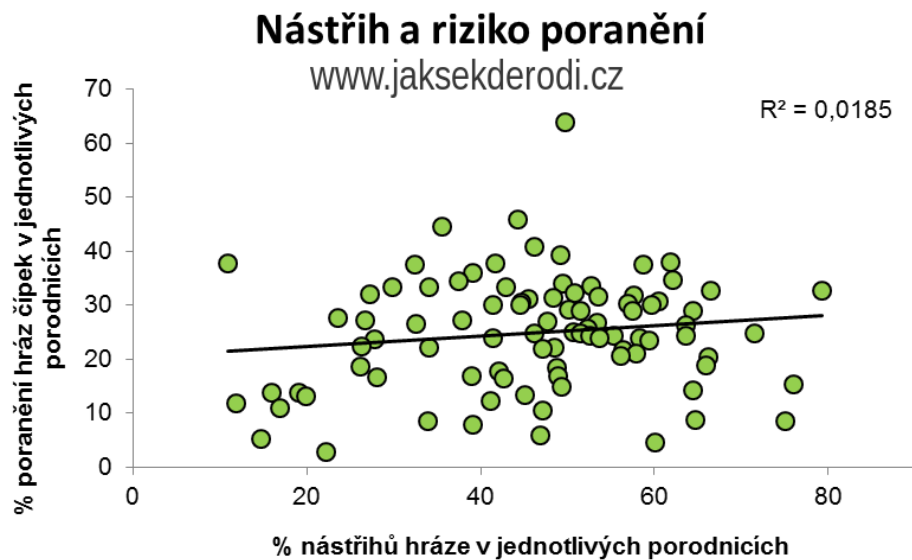
CROSS-SECTIONAL STUDIES

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



PRŮŘEZOVÁ STUDIE (CROSS-SECTIONAL)

Rok 2013 – data ÚZIS – 96 českých porodnic, pro každou informace o podílu nástřihů a podílu všech poranění hráze/čípku



V porodnicích, kde často používají nástřih hráze, mají ženy stejné množství dalších poporodních poranění jako v porodnicích, kde nástřih hráze používají málo.

Čím méně nástřihů se v porodnici provede, tím více žen bude nakonec bez poranění. Nástřih hráze pouze zvyšuje množství poraněných žen. (J. Hnilicová, 2015)

STATISTICKÁ VSUVKA

RR = RISK RATIO = PODÍL RIZIK

	kontinuální péče PA	standardní péče
epiziotomie	a	c
bez epiziotomie	b	d
celkem	a+b	c+d

R_{PA} = riziko epiziotomie, pokud péče PA = $a / (a+b)$

$R_{standard}$ = riziko epiziotomie, pokud standardní péče = $c / (c+d)$

RR = risk ratio = podíl rizik = $R_{PA} / R_{standard}$

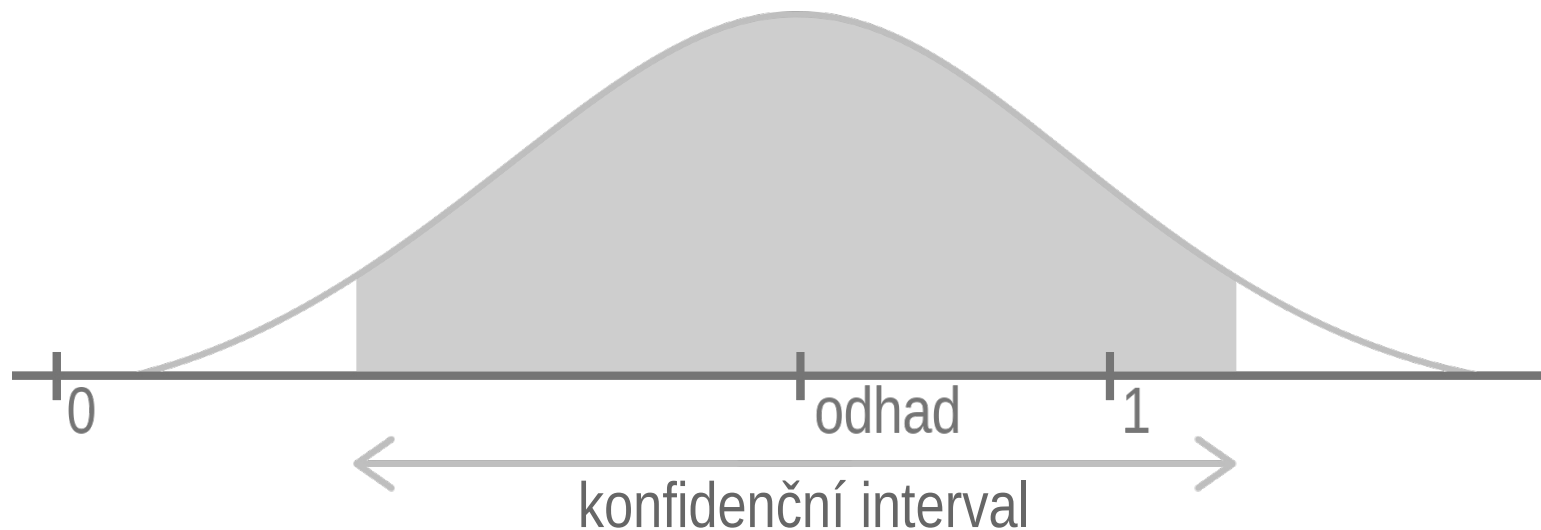
RR < 1 ... riziko je menší v péči PA

RR > 1 ... riziko je větší v péči PA

- data slouží k odhadu skrytého „skutečného“ RR
- odhad je vždy zatížený možností náhody = je tu možnost chyby

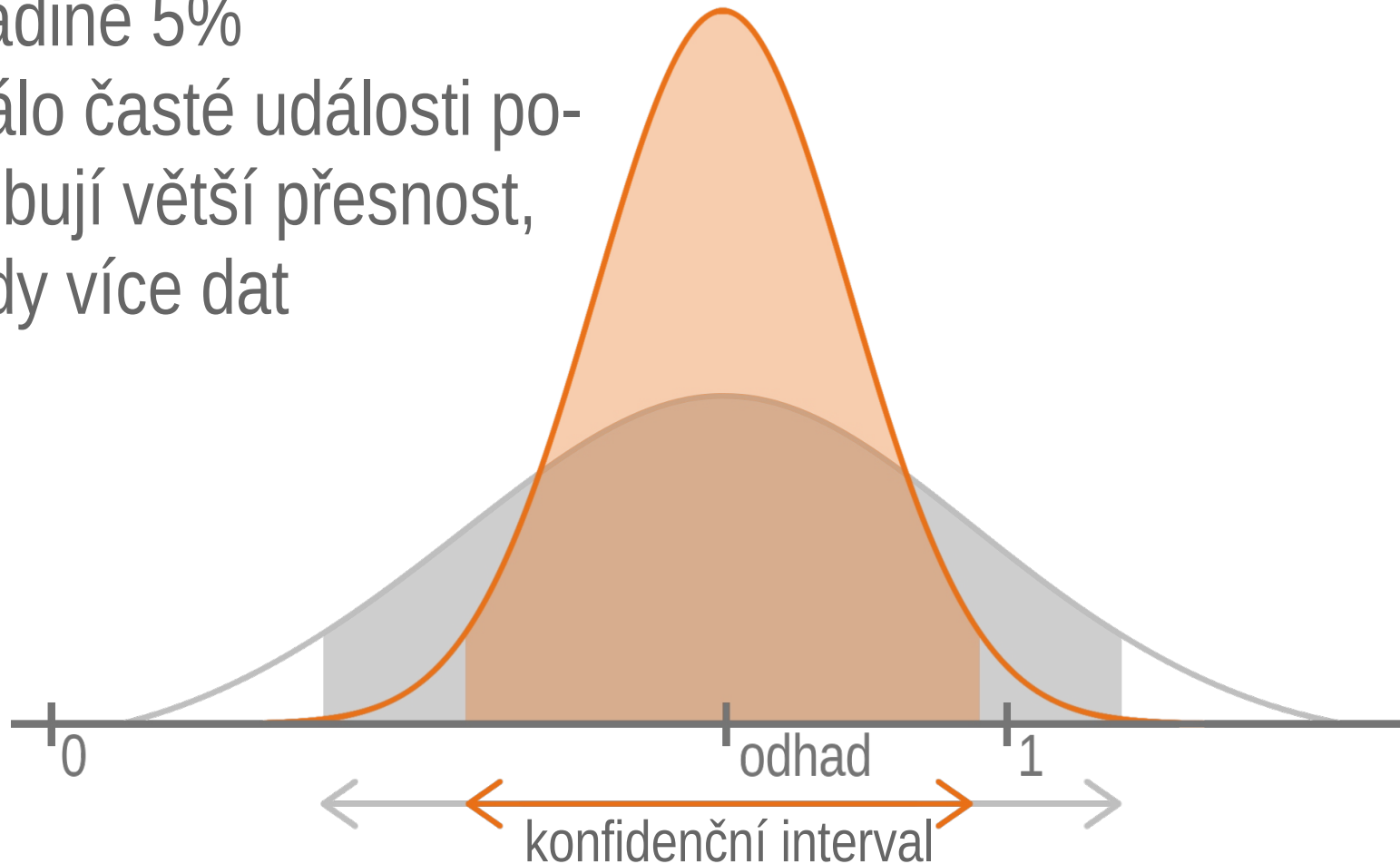
KONFIDENČNÍ INTERVAL (CI)

- málo dat = více nejistoty ohledně správnosti odhadu
- CI = odhad se spolehlivostí 95 %
- „někde v této oblasti je skutečnost“
- překrývá **1** = statisticky **nevýznamný** podíl rizik na hladině (možné chyby) 5 %



KONFIDENČNÍ INTERVAL (CI)

- více dat = méně nejistoty ohledně výsledku
- nepřekrývá 1 = statisticky významně nižší riziko na hladině 5%
- málo časté události potřebují větší přesnost, tedy více dat



OR = ODDS RATIO = PODÍL ŠANCÍ

	kontinuální péče PA	standardní péče
epiziotomie	a	c
bez epiziotomie	b	d
celkem	a+b	c+d

O_{PA} = šanci mít epiziotomii při péči PA = a : b (tedy a / b)

$O_{standard}$ = šanci mít epiziotomii při standardní péči = c : d (tedy c / d)

OR = odds ratio = podíl šancí = $O_{PA} / O_{standard} = ad / bc$

OR < 1 ... šance je menší v péči PA

OR > 1 ... šance je větší v péči PA

- pro vzácné jevy je OR dobré přiblížení RR
- vhodný vždy když nemáme výběr z populace a při modelování

PREZENTOVÁNÍ VÝSLEDKŮ STUDIÍ

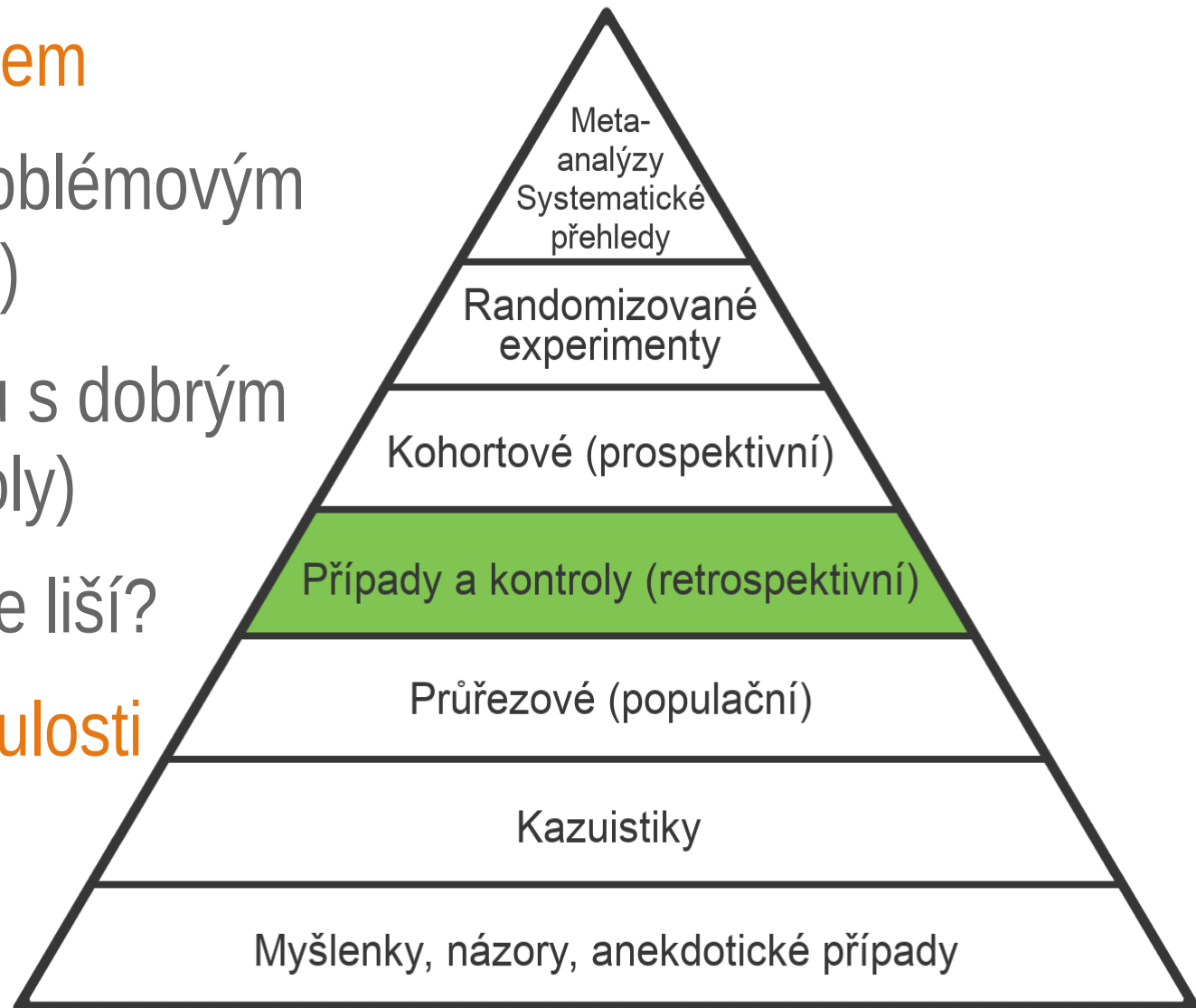
Porovnání rizik ve dvou skupinách

- uvedení odhadu RR nebo OR
- uvedení 95% konfidenčního intervalu pro tento odhad
 - pokud **překrývá 1**, pak statisticky **nevýznamné**
 - pokud **nepřekrývá 1**, pak statisticky **významné**
- uvedení p-hodnoty = pravděpodobnosti, že „skutečnost“ = 1
 - pokud **> 0.05**, pak statisticky **nevýznamné** na hladině 5 %
 - pokud **< 0.05**, pak statistický **významné** na hladině 5 %

POKRAČUJEME V PYRAMIDĚ

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



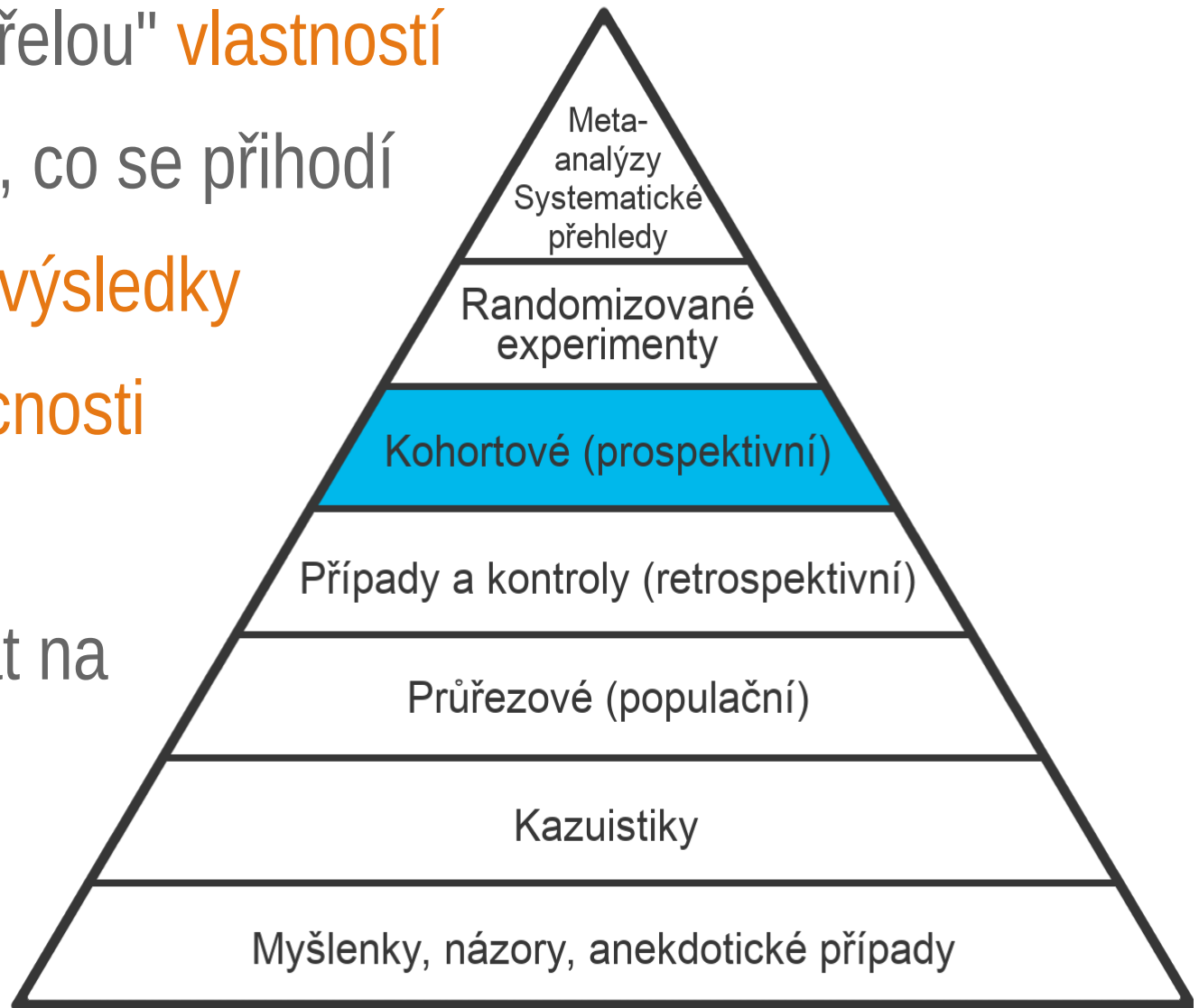
PŘÍPADY A KONTROLY

Epiziotomie: brazilská studie

- 173 žen s epiziotomií a 349 bez (k jedné s vybrali 2 bez)
- pohled do minulosti: kdo byl u porodu, jak proběhl, kdy proběhl, poloha, léky, parita
- lékař u porodu OR = 3.36 (CI 1.97 – 5.72): pokud měla žena u porodu lékaře, je 2x vyšší šance, že bude mít epiziotomii než že ji mít nebude
 - epiziotomie: 22 : 145 lékař / nelékař
 - bez epiziotomie: 27 : 322 lékař / nelékař
- adjustováno na způsob porodu, paritu atd:
OR = 1.88 (CI 1.01 – 3.48), p = 0.0457

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

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

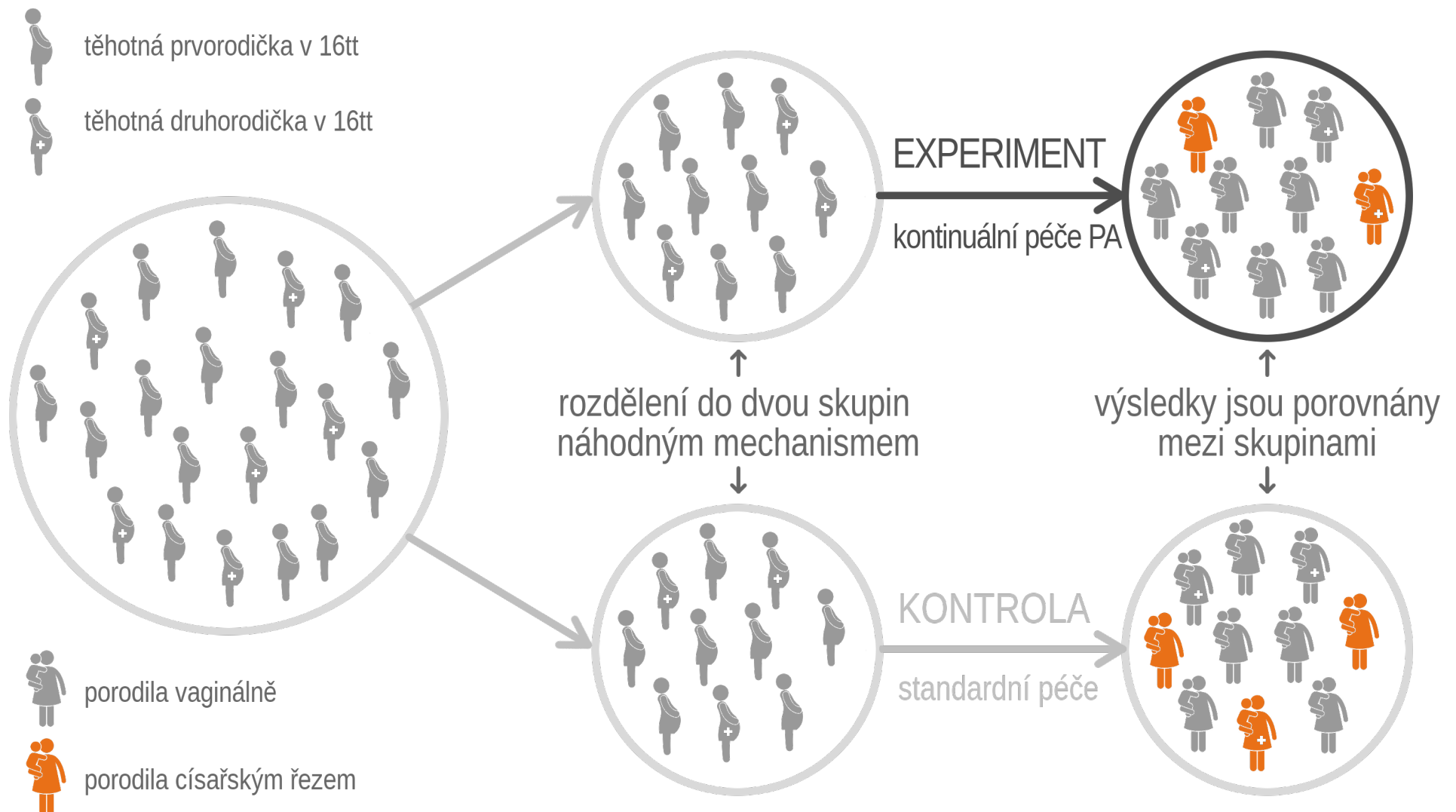
UK: Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study., Birthplace in England Collaborative Group. *BMJ* 2011;343

RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

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



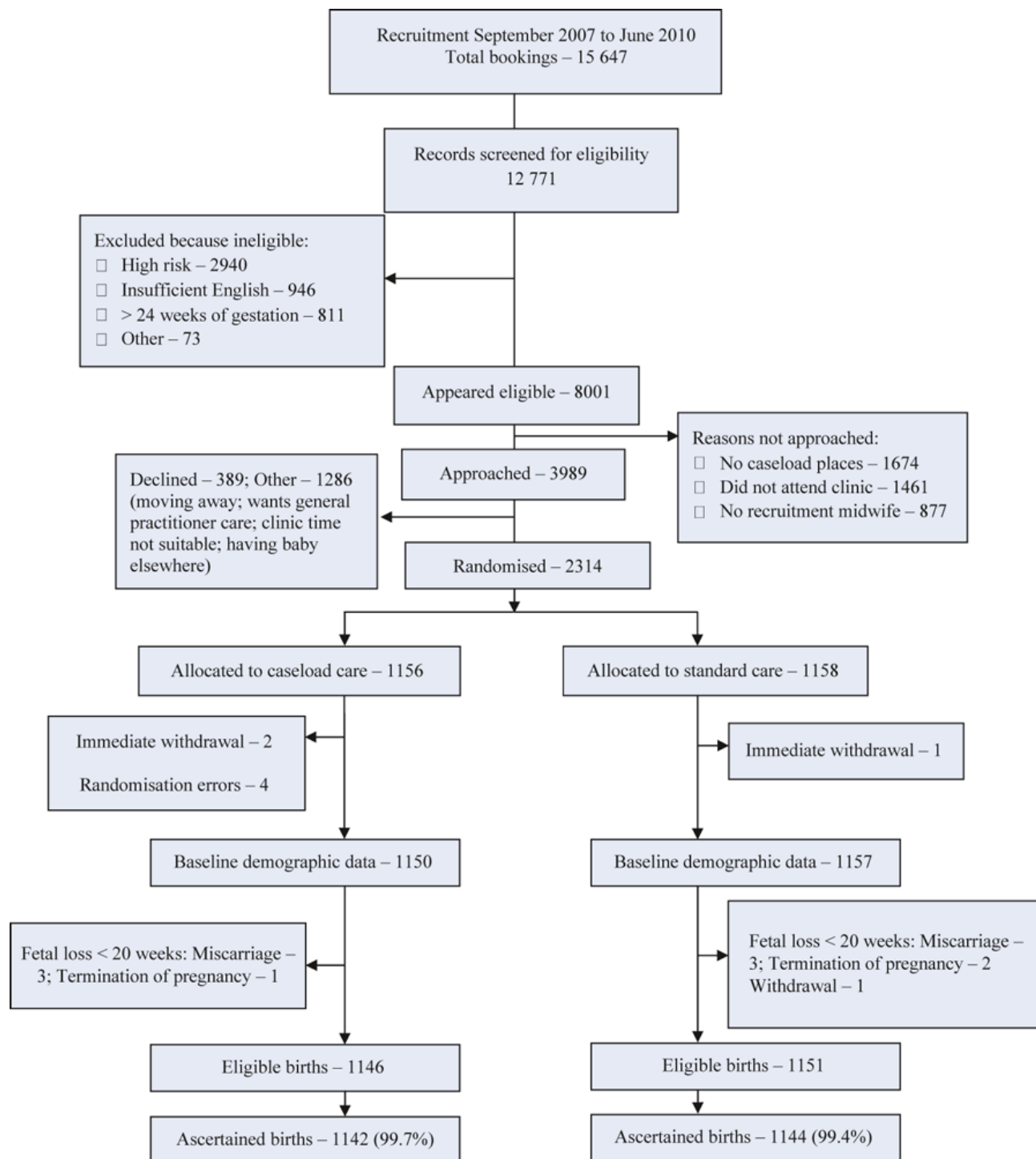
RANDOMIZOVANÁ STUDIE



RANDOMIZOVANÁ STUDIE

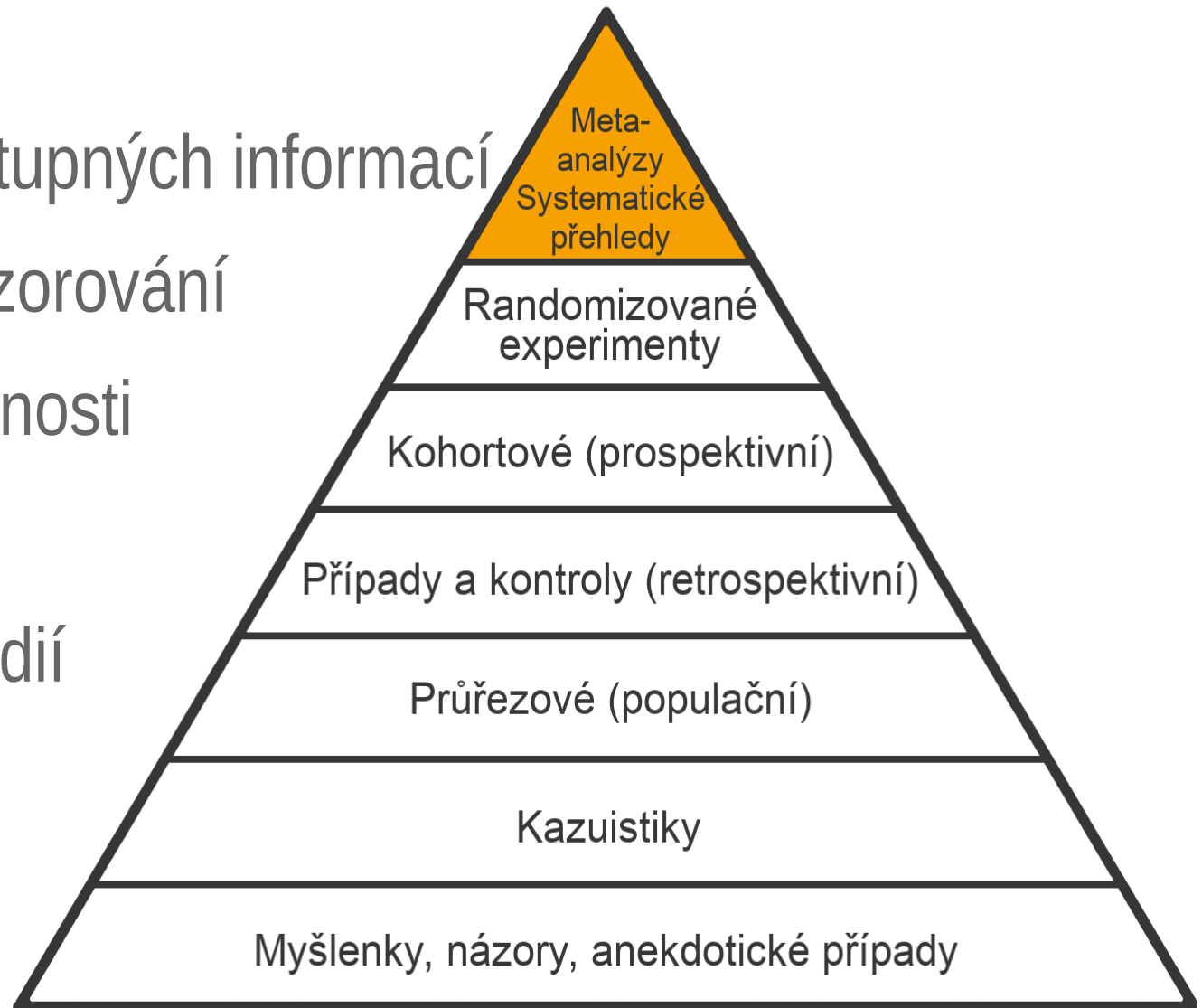
Australská studie COSMOS (McLachlan 2012), sběr dat 2007-2010

- hlavní sledovaný jev (outcome): snižuje kontinuální péče PA míru císařských řezů oproti běžné péči u nízkorizikových?
- výpočet velikosti v závislosti na očekávaném rozdílu
 - původně (příprava 2005) předpokládali 14 % a 19 %
 - vzhledem k trendu před začátkem přepočítali, aby byli schopni prokázat rozdíl 20 % a 25 %
- výsledky ČR
 - všechny 19.4 % vs. 24.9 %, RR = 0.78 (CI 0.67–0.91), p-value = 0.001
 - primipary 24.9 vs. 32.4, RR = 0.77 (0.66–0.90), p-value < 0.001
 - multipary 6.2 vs. 8.0, RR = 0.78 (0.45–1.34), p-value < 0.62
- vedlejší výsledky – epiziotomie RR = 0.70 (p = 0.003), epidurál RR = 0.88 (p = 0.04)
- úmrtí dítěte před porodem/po porodu (včetně VVV) RR = 0.56 (0.19 – 1.65)



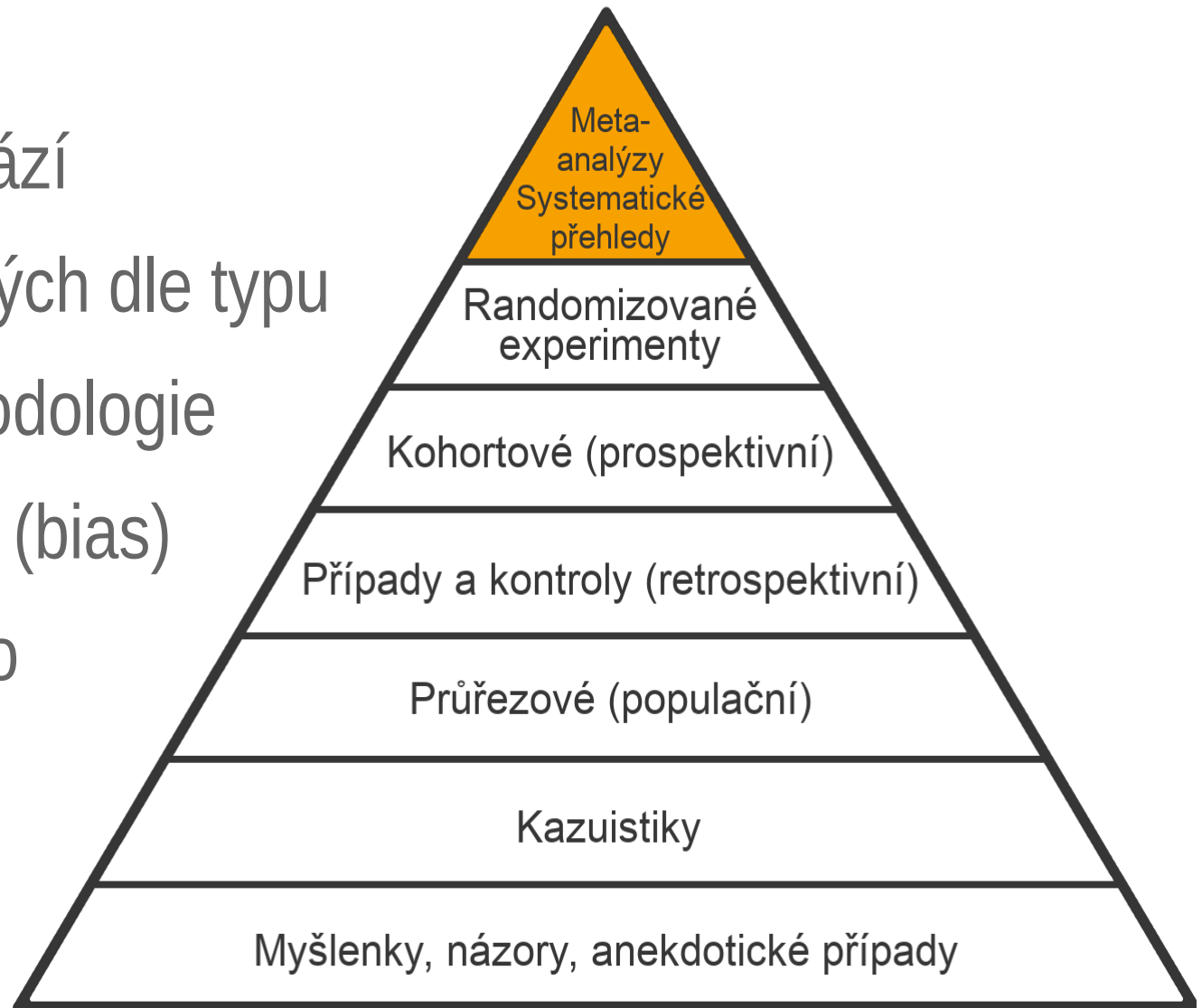
SYSTEMIC REVIEWS

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



SYSTEMIC REVIEWS

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

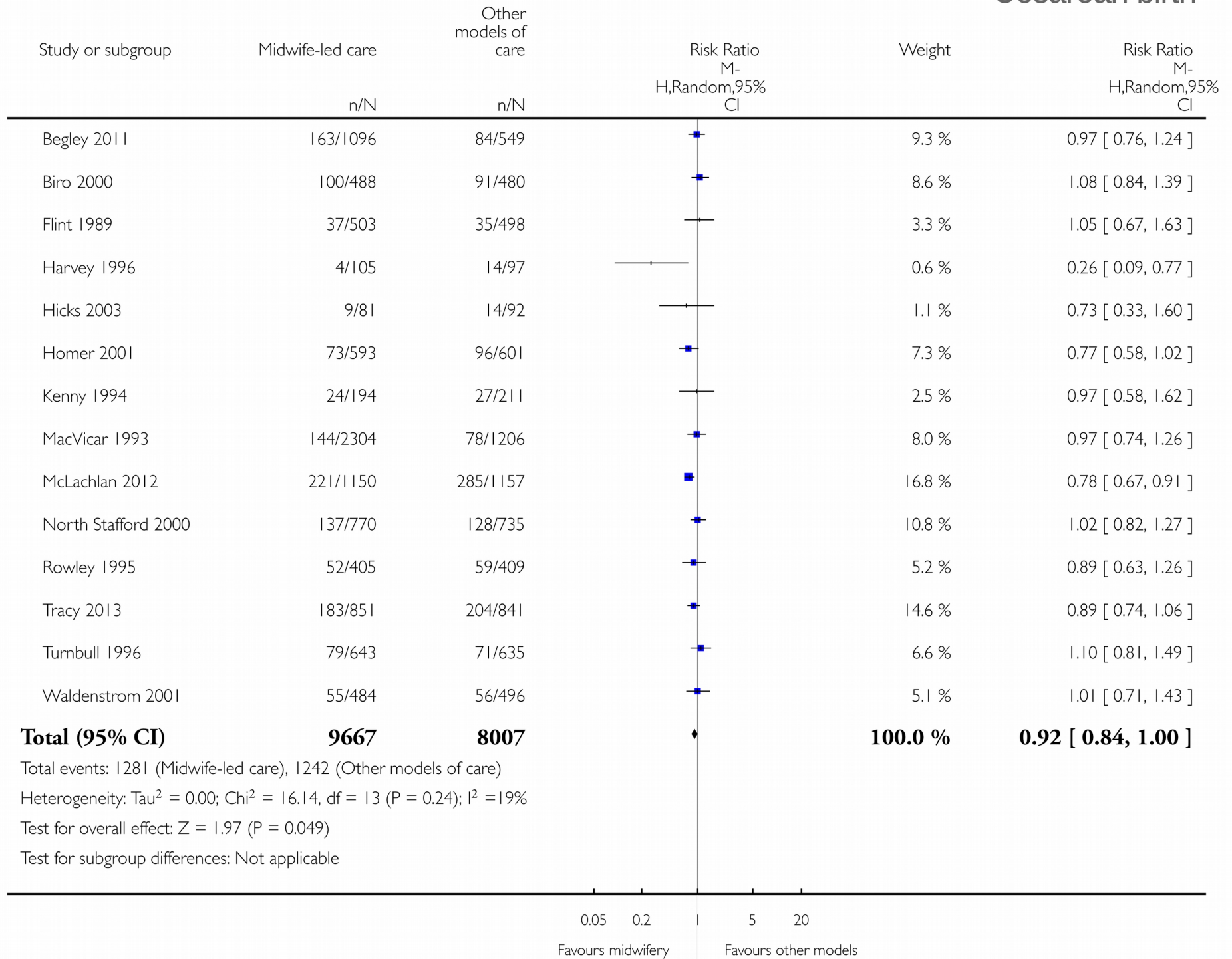


METAANALÝZA KONTINUÁLNÍ PÉČE PA

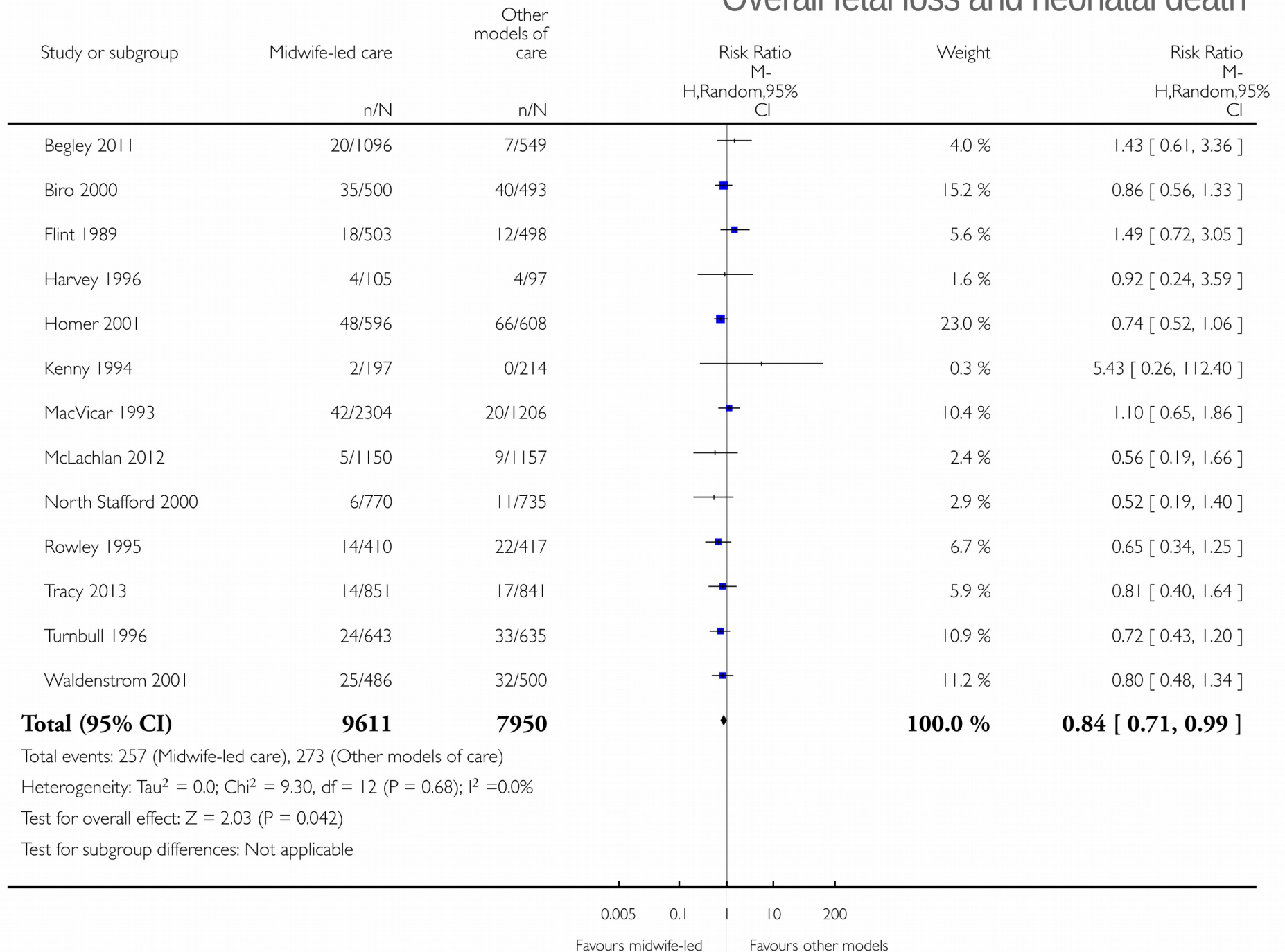
Sandall et al. – 2008, 2013, 2015 – postupně přibývají studie

- 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

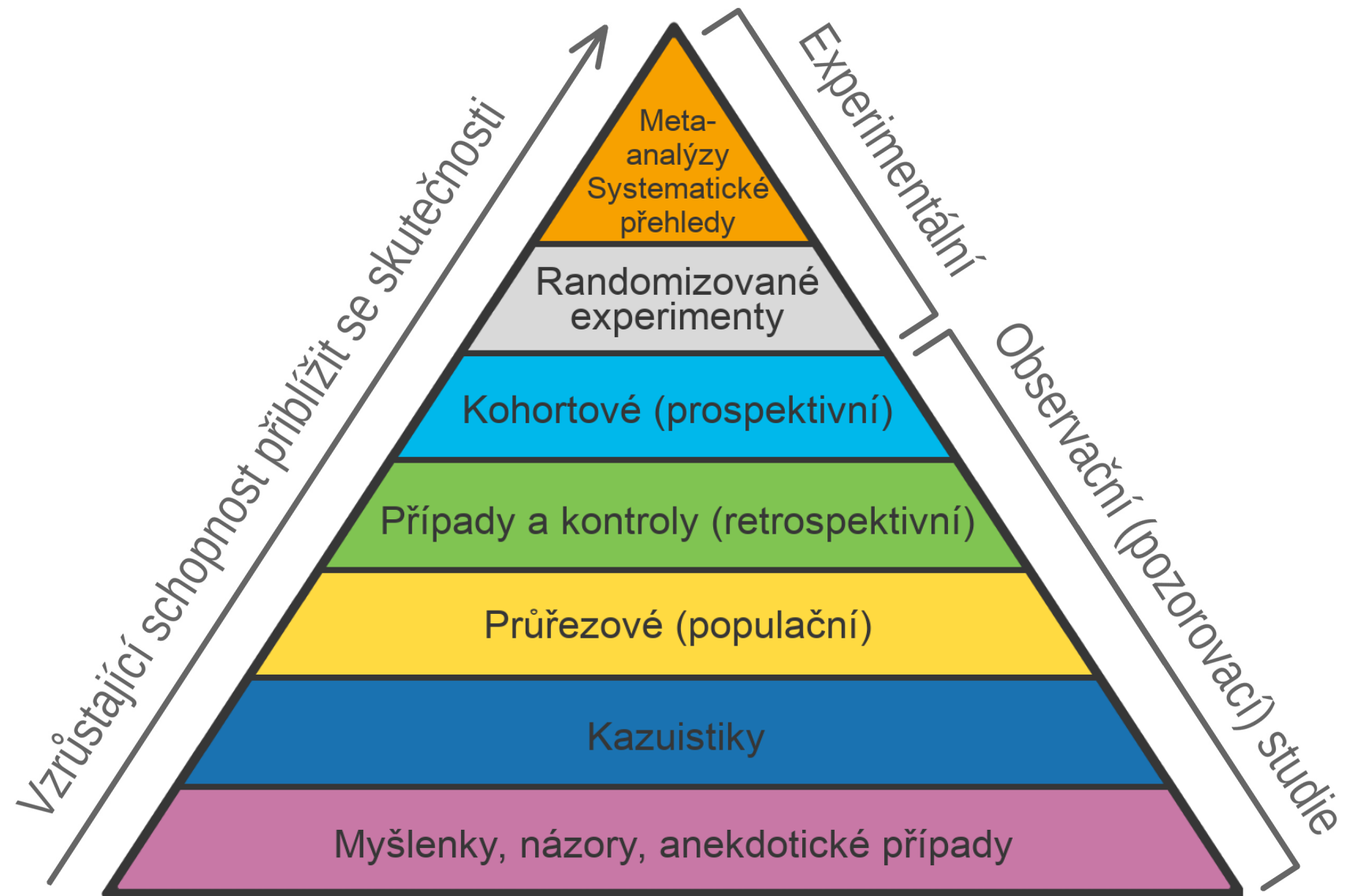


CHYBY PŘI METAANALÝZE

Wax et al. (2010) – Plánované porody doma (342 056 případů)

- abstrakt – porody doma asociovány s 2-3x vyšším rizikem úmrtí novorozence
- vybráno 12 studií, celkem
 - z let 1976 – 2006, polovina publikována před rokem 2000
 - neodůvodňují ani zahrnutí ani vynechání
 - heterogenita zdrojů: prospektivní kohortové i založené na „birth certificates“ bez definovaného plánování a/nebo asistence; různě definovaná období sledované úmrtnosti
- výpočty
 - obskurní software s dokumentovanými chybami
 - z výpočtu NÚ některé studie bez vysvětlení vynechali, PÚ definováno nestandardně
 - neuvádějí přehled výsledků jednotlivých studií, test heterogenity, nezabývají se biasem
 - z výpočtu NÚ vynechána studie de Jonge (2009) s 321 307 porody doma
 - de Jonge zahrnuta pouze do perinatálních úmrtí – nenalazeny rozdíly mezi PD a v nemocnici
- přesto na této studii zakládá nejen ACOG svoje stanovisko k porodům doma

ZÁVĚR

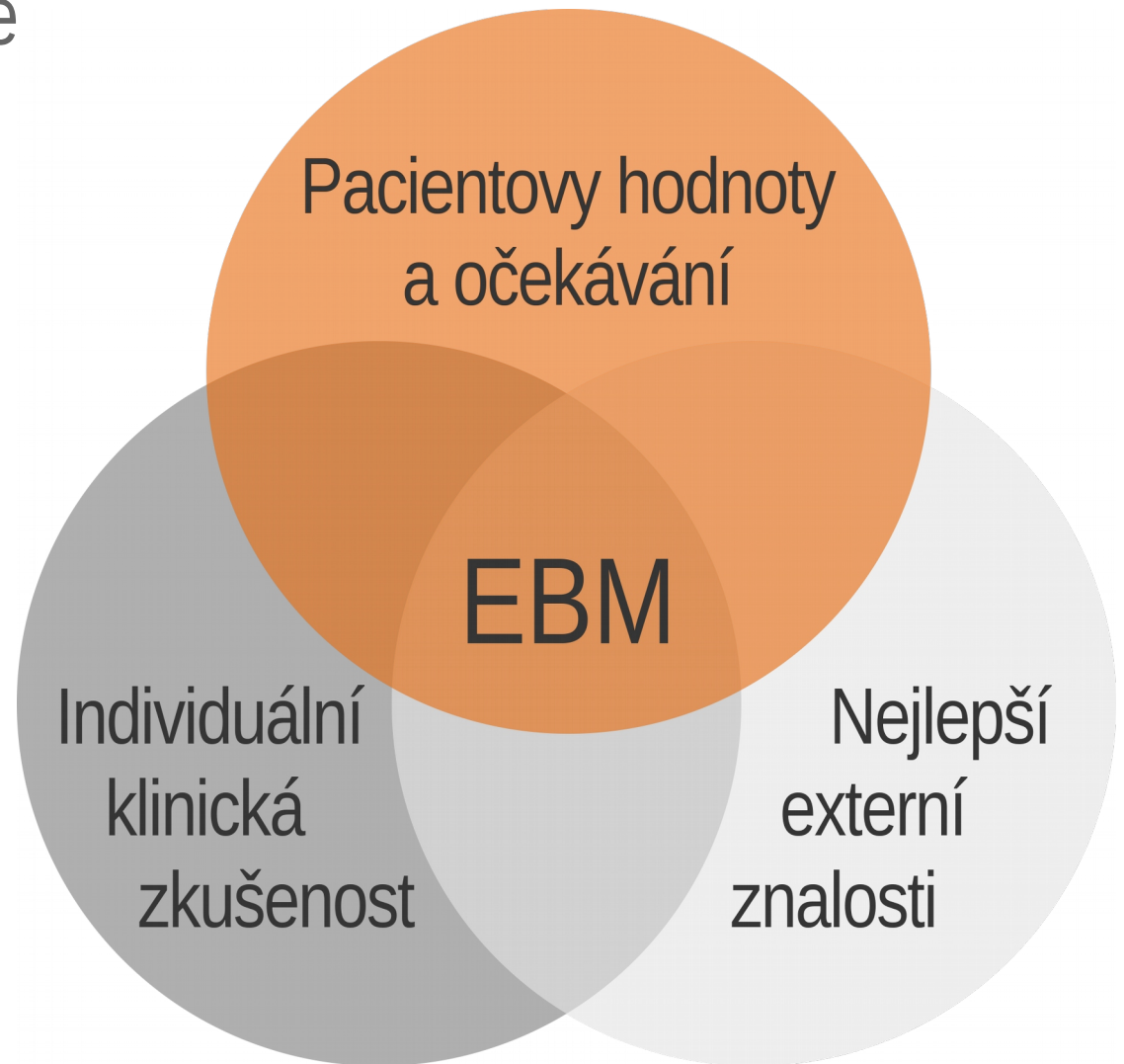


3. STANDARDY PÉČE

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**



MODELOVÝ PŘÍKLAD Č. 1

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

DOPORUČENÝ POSTUP ČGPS

Měchurová A. (2010) Současné názory na management odtoku plodové vody

• publikováno v Suplementu České gynekologie

4. SOUČASNÉ NÁZORY NA MANAGEMENT ODTOKU PLODOVÉ VODY

Autorka
A. Měchurová

Revize doporučeného postupu 2010
A. Měchurová, Z. Stráňák, J. Malata, P. Švihovec

Revize doporučeného postupu 2013
A. Měchurová, J. Malata, P. Švihovec, M. Kacerovský

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPyS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČGPyS ČLS JEP
Výbor České neonatologické společnosti ČGPyS ČLS JEP

Definice

- Předčasný odtok plodové vody (premature rupture of membranes, PROM) je definován jako odtok plodové vody více než 1 hodinou před začátkem porodu.
- Rozlišujeme předčasný odtok plodové vody v terminu, tj. u těhotenství staršího než 37 týdnů (term PROM, TPROM) a předčasný odtok plodové vody před termínem, tj. u těhotenství před ukončením 37. týdnem (preterm PROM - PPROM).

Rizikové faktory:

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

Diagnostika odtoku plodové vody (VP):

- klinický příkaz masážímo odtoku VP,
- při nejasnostech - možné je vyjádřit některý z rychlých manévrů testů pro detekci přítomnosti plodové vody ve vaginálním sekretu,
- stanovení množství VP ultrazvukem.

Doporučení vyšetření při odtoku plodové vody

- Při příjmu odtoku plodové vody je nutná hospitalizace a:
 - laboratorní stanovení markerů infekce (RO + diferenciální, C reaktivní protein (CRP), event. cytokiny (IL-6), prokalcitonin a jiné),
 - monitorace teploty a pulzu matky,
 - CTG plodu.

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

- tachykardie matky > 100/min., tachykardie plodu > 160 za min., hraničný vaginální fluor, citlivost dělohy, bolest břicha a leukocyturie > 15 000/mm³).

Odtěr kultivace - screening CBS, screening osídlení dolního genitálního traktu (alternativně lze i použít rychlostest ke stanovení CBS osídlení).

Budoucnosti v diagnostice se ukazuje odtěr plodové vody amniocentézou, stanovení IL-6 v plodové vodě a bakteriální DNA, alternativou by mohla být senzení/anzenení kultivace PCR na genitální mykoplazmata) v plodové vodě.

Ultrazvukové vyšetření, kde určujeme polohu plodu (ploché), biometrii, množství plodové vody, ev. flowmetrické vyšetření při známých 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

Při nepřítomnosti klinické chorioamniolitidy a při negativě CBS screeningu

- a) provokace porodu 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 chorioamniolitidy či pozitivě CBS screeningu

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

- gravidity > 37+0 týden s neznámým CBS statusem a přítomností rizikových faktorů, např. **febrilie matky** (teplota > 38 °C), **pozitivní rychlostest pro CBS**, ev. (podle rozhodnutí lékaře) **odtěr plodové vody > 18 hodin**.

Empirickou ATB terapii **nezahajujeme** při odtoku plodové vody u:

- gravidity > 37+0 týden s negativní CBS kultivací (aplikace antibiotik po 18 hodinách po odtoku VP nemá jasný benefit);
- rozhodnutí o aplikaci ATB je na ošetřujícím lékaři.

- Empirická strategie je použitelná bez ohledu na týden gravidity.

- Při malosti výsledků kultivací je nutné přejít z empirické léčby na léčbu cílenou podle konkrétního kultivačního nálezu a citlivosti.

- Při PPROM v pásmu těžké a extrémní nezálosti je vhodné individualizovat ATB terapii i strategií vedení porodu ve spolupráci s neonatologem.

2. Dětské empirické ATB terapie

- Závěs na strategii péče (konzervativní přístup - snaha o proloužení těhotenství, nebo provokace porodu, či ukončení porodu per sectionem caesarem).
- Na cílenou ATB terapii je povinnost přejít při známých infekce po zjištění výsledku kultivačních vyšetření a citlivosti, pokud nedošlo k porodu.

- Při konzervativním přístupu, nepřítomnosti dělohy (čimoty, negativě (negativizací) infekčních parametrů je indikováno ukončení ATB terapie.

3. Volba ATB

Při negativě klinických a/nebo laboratorních známek infekce

ATB první volby: penicilin G i.v., iniciální dávka 5 milioinů i.v., dále 2,5-3 milioinů v intervalu 4 hodin. Nepovinná žena do 8 hodin od iniciální dávky, doporučujeme prodloužit interval podání na 2,5 milioinů. U každých 6 hodin do porodu plodu (nebo do zjištění negativit screeningového vyšetření).

ATB alternativní: ampicilin i.v., iniciální dávka 2 g i.v., dále 1 g i.v. v intervalu 6 hodin až do porodu.

Při alergi na peniciliny ATB

Pacienti s žádným traktérem analýzy (či nedobrohodnotný alergický anamnézou: cefalosporiny 1. generace i.v. (cefazolin, cefotaxim) iniciální dávka 2 g i.v., dále 1 g i.v. v intervalu 8 hodin až do porodu.

Pacienti s vysokým rizikem analýzy (analýza, angioedém, respirační obtíže, urtika po podání PNC v anamnéze):

klindamycin i.v., iniciální dávka 900 mg i.v., dále 900 mg i.v. v intervalu 8 hodin až do porodu;
vankomycin i.v. 1 g i.v. v intervalu 12 hodin až do porodu (rezervní ATB - vyhrazeno pro pacienty s vysokým rizikem analýzy a prokazovanou rezistencí k jiným ATB).

Při pozitivních klinických a/nebo laboratorních známých infekce

Zahájení empirické terapie: ampicilin v iniciální dávce 2 g i.v. a dále 1 g po 6 hodinách ve schématu shodném s peripartální profylaxí CBS (viz výše) a gentamicin 240 mg i.v. v intervalu 24 hodin.

Při alergi na PNC - volba alternativního ATB (za PNC, za ampicilin) stejná jako u profylaxe CBS.

V případě klinické chorioamniolitidy zvolit ATB podle konzultace s ATB centrem, pokud není konzultace možná, zahájíme se empirické terapie dvojkombinací: ampicilin i.v., iniciální dávka 2 g (v tomto případě možno volit), dále 1,0 g v intervalu 6 hodin a gentamicin 240 mg i.v. v intervalu 24 hodin a připojíme se radikální postup (viz níže).

Zahájenou empirickou ATB terapii je vždy povinnost upravit po konzultaci s antibiotickým centrem na terapii cílenou. Ihned po zjištění výsledku kultivačních vyšetření a citlivosti (tj. po 24-48 hodinách).

Volba preparátu při známém výsledku kultivačního vyšetření (cílená terapie):
Volba preparátu se řídí kultivačním nálezem a citlivostí, zahájíme se přímo cíleně léčba (účinné ATB s co nejúplnějším spektrem proti identifikovanému patogenu).

ATB se podává vždy intravenózně.
V případě klinického záchytu atypických bakterií (ureaplazma, mykoplazma, chlamydie) je indikováno zintravenózně 500 mg i.v. v intervalu 24 hodin, celková doba léčby 6-7 dnů.

Předčasný odtok plodové vody a cerclage

Provádíme extrakt stehu a další postup volíme podle gestačního stáří a polohy plodu.

Předčasný odtok plodové vody a provokace porodu

Pro provokaci porodu ultrazvukem prostaglandiny (při zohlednění kontraindikací). Při nezářném hrdle, tj. při cervix skóre (CS) 5 a méně aplikujeme vaginální tabletu dinoprostu (1,5 až 3 mg) do zadní klenby, podání lze opakovat za 8 hodin, nebo zavádíme deporní pesar uvolňující kontinuální dinoprost po dobu 12 hodin. Při CS větším než 5 zavádíme 1 tabletu dinoprostu 0,5 mg endocervikálně. Nemazopřít-li děložní čimoty, podání opakuje za 2 hodiny. Dále provokaci přerušeme do druhého dne (kontrolujeme markery infekce). U zřalého hrdla je možné provokovat porod také infúzí s oxytocinem.

Předčasný odtok plodové vody ve 34+0 - 36+6 týdnů těhotenství

- a) Nejsou-li přítomny známky klinické chorioamniolitidy, distrese plodu matky, abrupce placenty, provokujeme porod u 34+0 až 34+6 gestačního týdně po konzultaci s pediatrem, nejdříve však za 48 hodin.
- b) U PPROM po 34+6 týdně postupujeme jako u TPROM.
- c) Preventivní tokolytika aplikujeme do 34+6 týdně po dobu maturace plic (při děložní čimotě).
- d) Kortikosteroidy podáváme do 34+6 týdně těhotenství.
- e) Antibiotická léčba ve fidi vlastním doporučením a doporučením pro CBS profylaxi.

Předčasný odtok plodové vody ve 24+0 až 33+6 týdnů těhotenství

- Transfer in utero do perinatologického centra.
- Nejsou-li přítomny známky klinické chorioamniolitidy či distrese plodu, abrupce placenty:
 - podáváme kortikosteroidy,
 - aplikujeme preventivní tokolytika,
 - profylakticky podáváme antibiotika.

A. Individualizovaný přístup k PPROM po ukončení placentální ztráty

Pokud má pracoviště možnost, jsou splněny podmínky a výsledek kontrindikací: odtěr plodové vody, stanovení IL-6 v plodové vodě a bakteriální DNA (alternativně je aerobní/anzenení kultivace + PCR na genitální mykoplazmata) v plodové vodě.

Podmínky: možnost odtěru plodové vody.

Kontraindikace: klinické chorioamniolitida, známky hypoxie plodu, abrupce placenty, další mateřské a fetální kontraindikace k oddělení porodu.

Konzervativní postup:

hladina IL-6 v plodové vodě:

- < 1000 pg/ml a negativní bakteriální DNA v plodové vodě:
 - antibiotická terapie na 7 dní;
 - kontrola CRP v mateřské krvi v pravidelných intervalech;
- při známých hypoxie, krvácení a/nebo klinické chorioamniolitidy a/nebo vnetupu CRP induce porodu či ukončení těhotenství per SC podle aktuálního stavu;
- při nástupu děložní aktivity (při netlumi porod; ukončení těhotenství po dokončení 34. týdne).

Aktivní postup:

hladina IL-6 v plodové vodě > 1000 pg/ml a/nebo pozitivní bakteriální DNA:

- indukce porodu či ukončení těhotenství per SC podle aktuálního stavu.

B. Pokud pracoviště nemá možnost této diagnostiky či nejsou splněny podmínky, ukončení těhotenství

Podle individualizovaného postupu na základě vývoje laboratorních a klinických parametrů a konzultace s neonatologem (viz níže). **Nepodmíněné minimum u předčasně odtoku plodové vody ve 24+0 až 33+6 týdnů těhotenství - doporučený postup**).

Nepodmíněné minimum u předčasně odtoku plodové vody ve 24+0 - 33+6 týdnů těhotenství - doporučený postup

- Transfer in utero do perinatologického centra.
- Nejsou-li přítomny známky klinické chorioamniolitidy či distrese plodu, abrupce placenty:
 - podáváme kortikosteroidy podle sekce „Předčasný odtok plodové vody a tokolytika“;
 - aplikujeme preventivní tokolytika podle sekce „Předčasný odtok plodové vody a tokolytika“;
 - profylakticky podáváme antibiotika podle sekce „Předčasný odtok plodové vody a antibiotika“.

Dále volíme individualní postup ukončení těhotenství na podkladě vývoje laboratorních a klinických parametrů a konzultace s neonatologem.

Předčasný odtok plodové vody a tokolytika (viz doporučený postup Tokolytika)

Profylaktický (preventivní) podání tokolytika prodlužuje latentní období, terapeuť aplikujeme tokolytika při děložní čimotě. Oba způsobů umožňují antenatální podání antibiotik a kortikoidů. Tokolytika podáváme (jsou-li indikována) do doby ukončení aplikace kortikoidů, tj. do 34+6 týdně těhotenství.

Předčasný odtok plodové vody a kortikosteroidy (viz doporučený postup Aplikace kortikosteroidů)

Kortikoidy aplikujeme do 34+6 týdně optimálně, při negativních zánětlivých markerech, při pozitivních markerech volíme vždy individualizovaný přístup podle týdně gestace a po konzultaci s neonatologem. Aplikace v případě klinické chorioamniolitidy je s opatrností možná, neměla by však být důvodem k oddělení porodu.

Předčasný odtok plodové vody a antibiotika

Před zahájením ATB terapie je vždy povinné odebrání odpovědných markerů pro mikrobiologické vyšetření, včetně stanovení citlivosti.

Podání antibiotik u PPROM snižuje:

- výskyt chorioamniolitidy,
- neonatální morbiditu (snižuje výskyt neonatální infekci),
- nutnost použít surfaktantu,
- trvání oxygenterapie.

Preparát ATB profylaxe CBS infekce se řídí samostatným standardem a je i nutné zahájit vždy při PPROM, u pacientek bez známek klinické chorioamniolitidy není nutné přidávat další antibiotická léčba.

1. Indikace k zahájení empirické ATB terapie

Empirickou ATB terapii zahájíme při odtoku plodové vody ihned u:

- gravidity > 37+0 týden
- gravidity > 37+0 týden s CBS pozitivitou či pozitivními zánětlivými markery,

Předčasný odtok plodové vody a sectio caesarea, resp. ukončení těhotenství

Při známých klinické chorioamniolitidy či distrese plodu, abrupce placenty, či SIRS matky je nutný radikální postup v křečce či zajištění těhotenství. U extrémně nezralého plodu, resp. do 28. týdně těhotenství je volí vždy individualizovaný postup po rozmluvě porodnická a neonatologů s těhotnou.

Elektivní (profylaktický, primární) císařský řez je indikován, pokud je plod v poloze koncem pánevním do hmotnosti 2500 gramů a u vícečetného těhotenství do 32. týdne, u starších těhotenství potom, nejsou-li plody v poloze podélné hlavičkov. Provedení císařského řezu v nízkém gestačním týdně je mnohdy technicky náročná. Další děložní segment není rozvíven, volíme proto řez ve tvaru širokého U.

1. Kenyon, S., Boulvain, M., Neilson, J. Antibiotic for preterm rupture of membranes: a systematic review. Obstet. Gynecol. 2004; 104 (SP1): p. 1051-1057.

2. Mercer, BM. Is there a role for corticosteroid therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes? Clin. Obstet. Gynecol. 2007; 50 (2): p. 487-496.

3. Simhan, H., Canavan, TP. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. B.O.G. 2005; 102 (suppl. 1): p. 32-37.

4. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. MMWR 2010; 59, RR-10, p. 3-23.

5. PETERMINOVÁ GRAVIDITA - DOPORUČENÝ POSTUP

Autorka

A. Rostěh, A. Měchurová

1. revize 2011

A. Rostěh, A. Měchurová

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPyS ČLS JEP
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Definice

Ukončení 42. týdně těhotenství (294 dnů).

Fetal surveillance

Nejpozději na počátku 41. týdně těhotenství odeslat těhotnou k dalšímu předporodnímu ambulantnímu sledování a zařízení, kde se rozhodla rodit.

Po 40. týdně těhotenství kontrolu 2x týdně.

Po 41. týdně podnikat kroky k ukončení těhotenství.

Těhotenství ukončit do 42. týdne + 0 dnů.

Hospitalizace pro potěrnou graviditu per se není indikována.

Vstupní (první) vyšetření

1. Odebrání anamnézy, patologie těhotenství.

2. Korekce termínu porodu podle prvního UZ vyšetření.

3. Subjektivní stav a steský těhotné.

4. Porodnické vyšetření se stanovením cervix skóre, rutinní těhotná poražka.

5. Nonstress test: fyziologický - opakování při další návštěvě, 2x úspěšný v intervalu 6 hodin - flowmetrie, eventuelně

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 známkám 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 родit 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 pachu výtoků 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 srdečná 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 12 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?

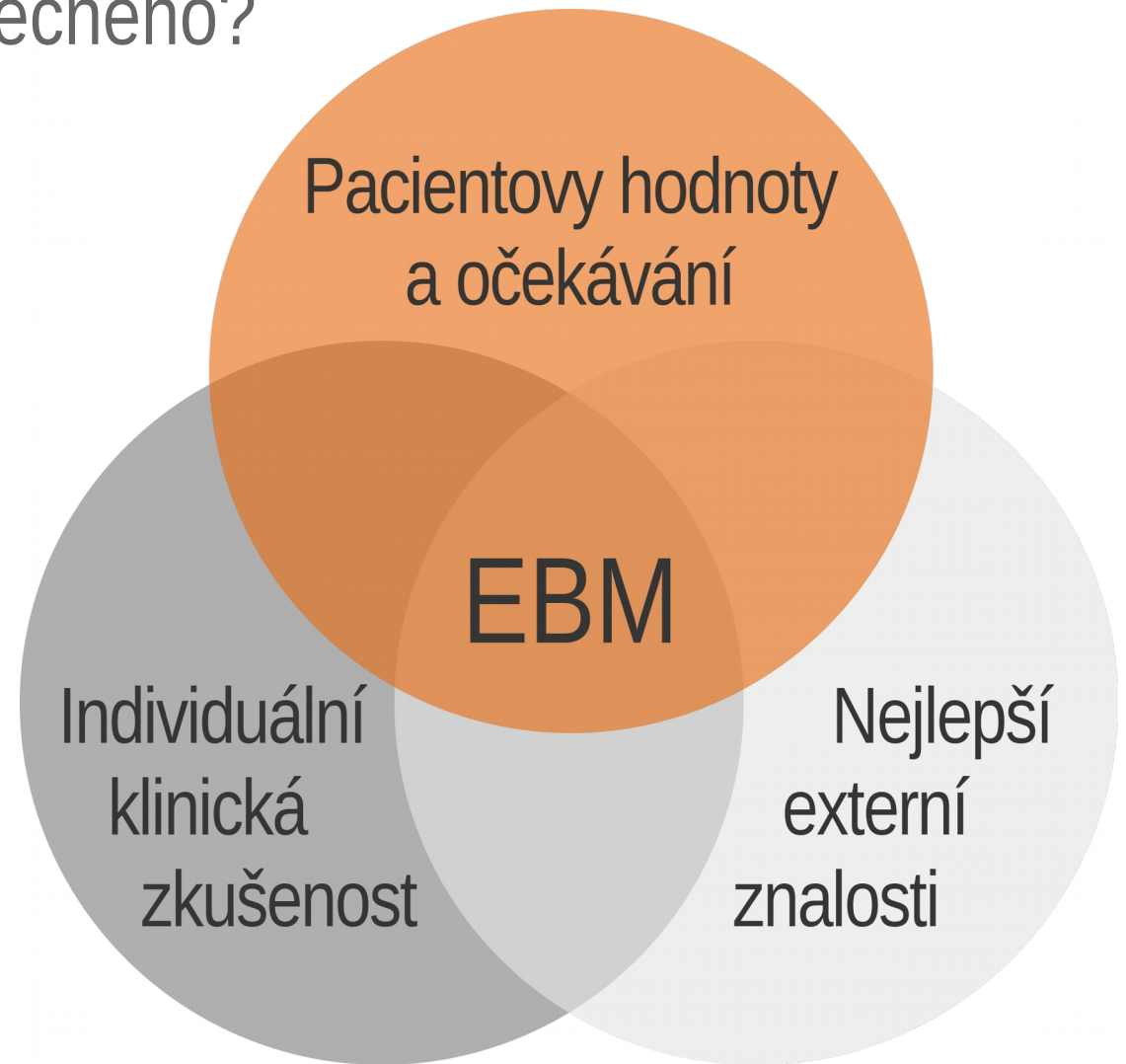
Která z doporučení jsou
psána podle EBM?

NICE A ČGPS

Co mají doporučení společného?

V čem je rozdíl?

Která z doporučení jsou psána podle EBM?



NICE A ČGPS

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

Jediná * studie z osmi odkazů v českých doporučeních se zabývá mortalitou

- Risk of neonatal death: 1.8 (CI 0.7 - 4.6)
- Risk of death or HIE: 2.9 (CI 1.7 - 4.8)

Metaanalýza z roku 2000 **

- Fetal or neonatal death: 1.7 (CI 1.3 - 2.3)
- 5-minute Apgar <7: 2.2 (1.3 - 3.9)

Randomizované studie - nejsou

3-5000 žen ročně tedy rodí způsobem, který jejich dítě možná ohrožuje na zdraví / životě až 2x více než plánovaný císařský řez.

* Landon, MB., et al. Maternal et perinatal outcomes associated with the trial of labor after prior caesarean delivery. N Engl J Med. 2004

** Mozkewich EL, Hutton EK: Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. AJOG 2000

POROD DOMA

↑ kohortové studie ↓	Kanada: Britské Kolumbie (Janssen 2009, 2889 PD) / Ontario (Hutton 2009, 6692 PD) • perinatal mortality: RR= 0.55 (0.06 - 5.3) / 1.50 (0.5 - 4.2), composite: 0.84 (0.7 - 1.03) Birthplace in England (16 840 porodů doma) • mortalita + morbidita: primipary OR = 1.75 (1.07 - 2.7), multipary 0.72 (0.4 - 1.3) Nizozemské kohortové studie (de Jonge 2009, 2013, Wiegerinck 2015) – 321 307 a 466 112 porodů doma vs. a porody v nemocnici (v péči PA); porovnání s porodníky v regionu • perinatal mortality RR = 1.0 (0.8 - 1.3), neonatal 0.97 / 1.07, Apgar 5 < 4: 0.91 / 0.92 • primární / sekundární perinatal mortality RR = 0.88 (CI 0.5 - 1.5)
	Metaanalýza Wax et. al 2010 (metodologické chyby, vynechání studií, neplánované, neasistované porody) • perinatální OR = 0.95 (0.8 - 1.2), novorozenecká OR = 2.87 (1.3 – 6.3)
	Průřezové studie USA, (Grunebaum 2013 a 2014, 65 000 PD, nízká kvalita zdrojových dat, založeno na „birth certificates“, nejasně definována asistence) • riziko Apgar 0 RR = 10.5, křeče 3.8, nov. mortalita 3.8 vs. 0.3 PD vs. PA v nemocnici

TOLAC

TOLAC

- málo studií; prospektivní + metaanalýza ukázaly 2-3 x 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

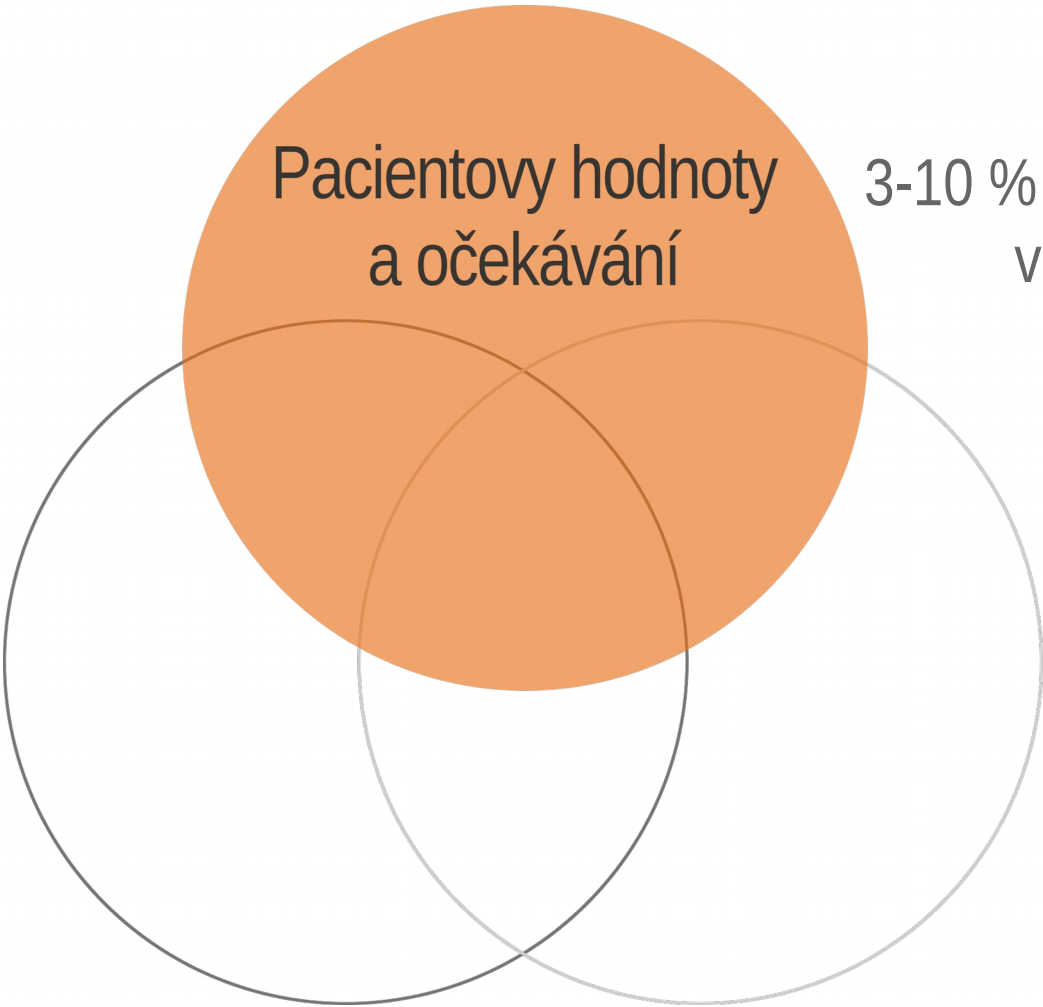
TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

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

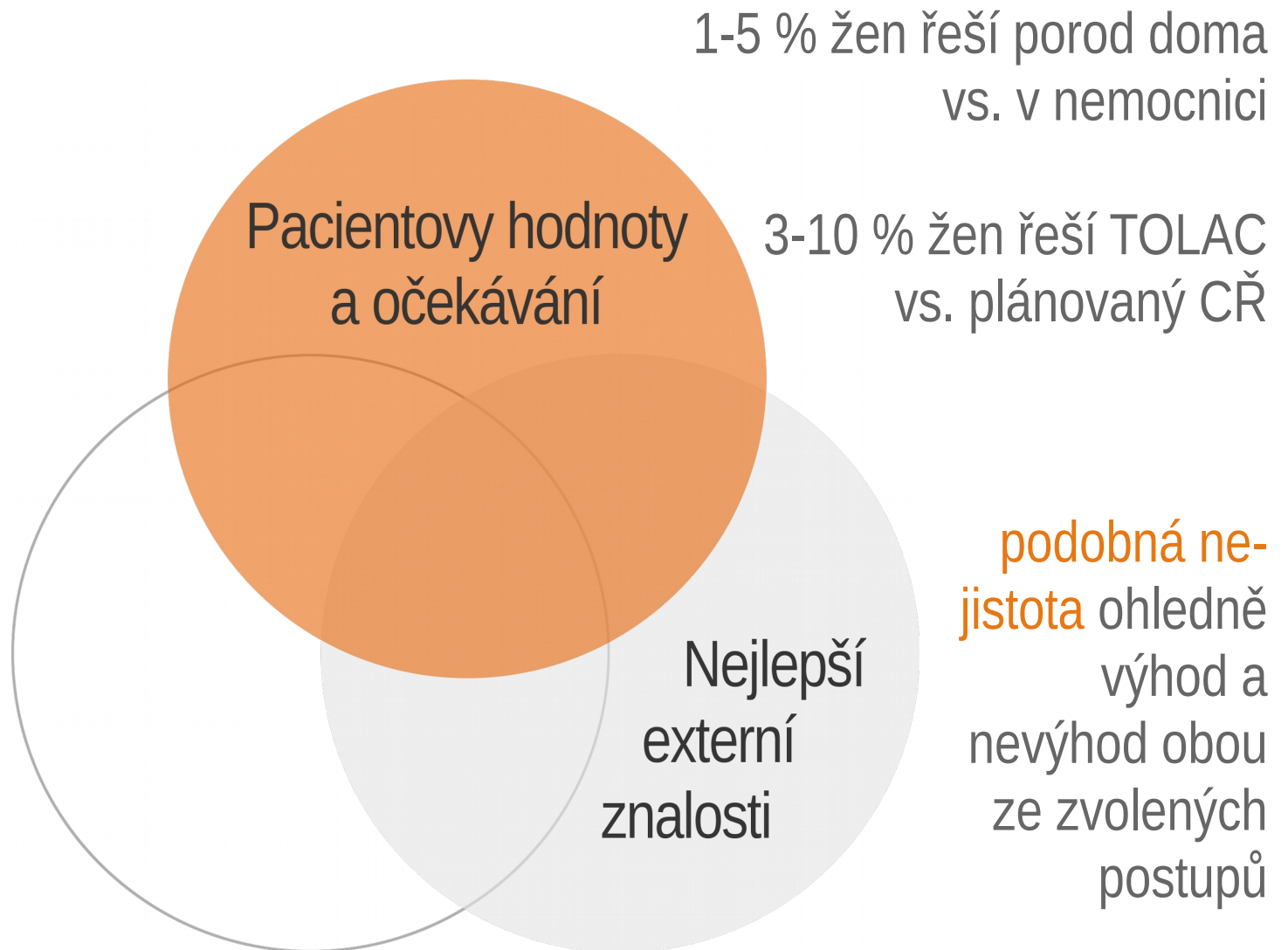
Pacientovy hodnoty
a očekávání

3-10 % žen řeší TOLAC
vs. plánovaný CŘ



TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

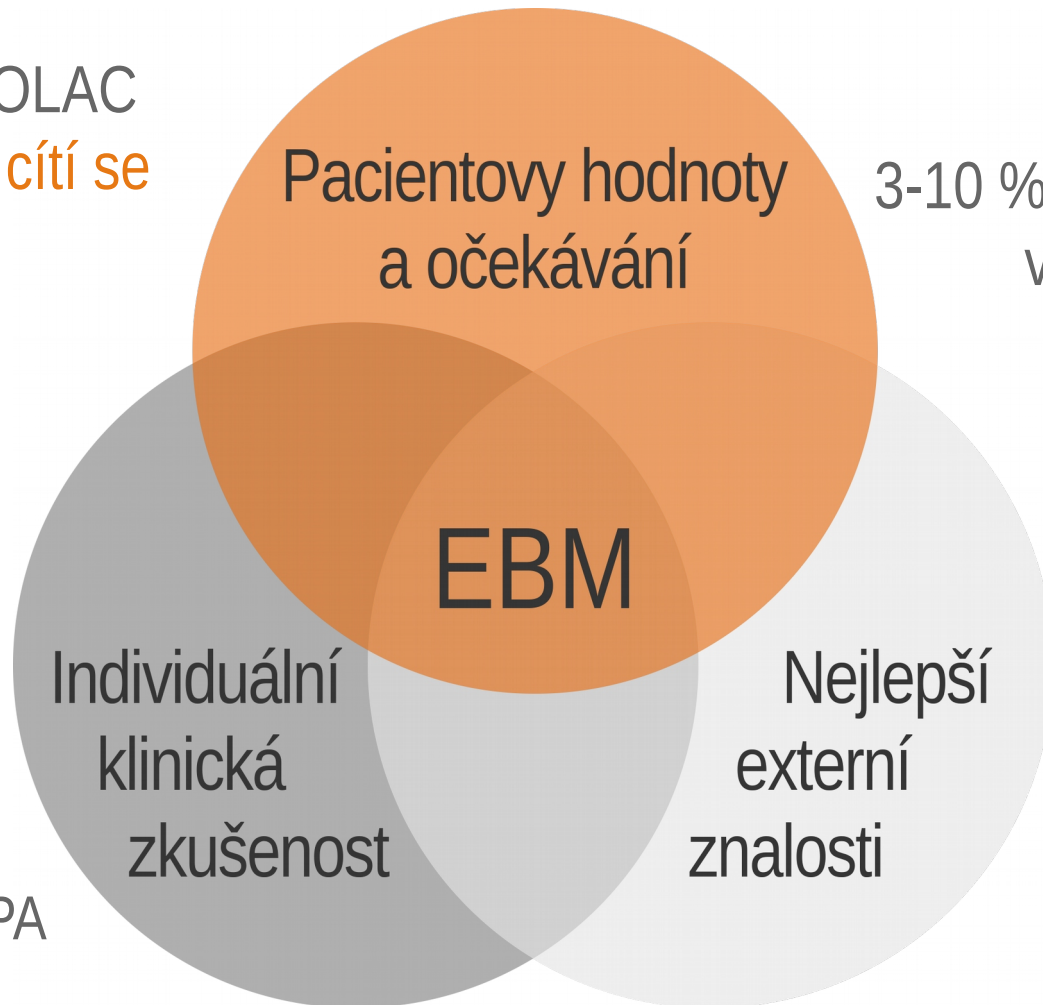


TOLAC vs. POROD DOMA

Kde je rozdíl?

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

Porodníci **nemají** osobní zkušenost s prací samostatné PA, neinterveno-
vaným 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 ne-
jistota** 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

4. JAK ZAČLENIT EBM DO SVÉ PRAXE

EBM V PRAXI

Posilování všech složek

- shromažďování, ověřování **znalostí**, vyžadování standardů odpovídajících novým poznatkům
- posilování **praxe** i v neznámých oblastech, výměna zkušeností, mezioborová spolupráce
- naslouchání ženám; efektivní podpora jejich **přání** a **potřeb**, ať je váš osobní postoj jakýkoli; tvorba standardů, které reflektují možné postupy dle takových přání

JAK HLEDAT INFORMACE

- umět anglicky
- umět si přeložit alespoň klíčová slova – vybudujte si slovníček
- naučit se orientovat ve výstupech dle nadpisů, v abstraktech – pomoci si například Google Translate
- zkusit to v týmu
- sledovat blogy nebo FB vědecky orientovaných kolegyň
- kontaktovat statistika

KDE HLEDAT INFORMACE

- Cochrane Library
- průvodní dokumenty NICE guidances
- scholar.google.com – prohledává i česky psané publikace
- profesní databáze UpToDate, BMJ Clinical Evidence
 - placený přístup, omezený volný přístup se základními tezemi
- PubMed – netříděné, neinterpretované, je tam vše
- blogy a profesně blízkých osobností
 - Sarah Wickham, UK <http://www.sarawickham.com/>
 - Lamaze tým, USA <http://www.scienceandsensibility.org/>
 - Rachel Reed, Austrálie <http://midwifethinking.com/>

COCHRANE LIBRARY

- Cochrane Collaboration
- <http://www.cochranelibrary.com/>
- vždy podrobný abstrakt s vypíchnutými hlavními výsledky
- vždy „plain language summary“ - shrnutí pro „vědeckého laika“
- ne vždy přímo dostupný celý text

PUBMED

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- vždy stručný abstrakt
- odkaz na plný text
- často jsou články s **volným přístupem**, zejména starší

NA CO SI DÁVAT POZOR

- velikost studie
- dobře definované skupiny
- bias – systematická chyba
 - ve výběru skupin (self-selection)
 - ve sbírání a hodnocení výsledků
 - v publikování výsledků atd.
- nevhodně zvolený nástroj pro analýzu
- metaanalýzy: nezohlednění heterogenity dat a výstupů

PĚT KROKŮ PRAKTICKÉ EBM

1. Formulujte svůj problém do otázek
2. Vyhledejte ve zdrojích nejlepší evidenci, která na ně odpovídá
3. Kriticky tuto evidenci zhodnotte – je validní a užitečná?
4. Zjištění aplikujte v praxi
5. Vyhodnocujte výsledky!

ZÁVĚREM

Praktikujte péči založenou na důkazech.

Používejte ruce, hlavu a srdce.