

Hebammen-Literaturdienst

Objekttyp: **Appendix**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **112 (2014)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

<http://www.e-periodica.ch>

Hebammen-Literaturdienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft

- Zahnärztliche Behandlung während der Schwangerschaft

Geburt

- Einfluss von Ängsten, Einstellungen und Ansichten auf Geburtsmodus und Geburtserfahrung
- Outcome nach Sectio ohne dokumentierte medizinische Indikation
- Geburtsmodus bei Zwillingen

Wochenbett

- Stillen über das erste Lebensjahr hinaus

Neugeborene

- Behandlung des Nabelschnurrests

Andere Themen

- Hebammengeleitete Betreuung im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen

Liebe Hebammen,
liebe WeHen und Hebammenstudentinnen,

mit den hier vorgestellten Studien wird wieder ein breites Spektrum unserer Hebammenarbeit sichtbar: die Schwangerenberatung (zum Thema Zahngesundheit), die Begleitung von Schwangeren (bei Ängsten vor der Geburt), die Betreuung von Neugeborenen (Versorgung der Nabelschnur) sowie die Begleitung von Müttern, die langfristig stillen. Dass wir in diesen und anderen Bereichen qualitativ gute Arbeit leisten, zeigt nicht zuletzt die Untersuchung zur hebammengeleiteten Betreuung: Frauen, die im Rahmen von hebammengeleiteten Modellen betreut wurden, waren am zufriedensten.

Für unsere beratende Tätigkeit in der Schwangerenbetreuung sind auch zwei Studien zum Thema Sectio interessant: Eine schwedische Untersuchung zeigt, dass Kaiserschnitte ohne medizinische Indikation ein höheres Risiko für mütterliche und kindliche Morbidität aufweisen im Vergleich zu vaginalen Geburten. Eine andere Studie belegt, dass es keine signifikanten Unterschiede im primären Outcome gibt zwischen einer vaginalen Gemini-Geburt (mit dem 1. Zwilling in Schädellage) und einer primären Sectio.

Aber lesen Sie doch einfach selbst...

Die Herausgeberinnen

Dr. Katja Stahl,

Tel. 040 88189769, mail@katjastahl.de

Jutta Posch,

Tel. 0761 34232, jutta.posch@web.de

PD Dr. Mechthild Groß,

MHH Frauenklinik, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover,

Tel. 0511 5326116, gross.mechthild@mh-hannover.de

Schwangerschaft

Wie stehen Zahnärzte und in der Schwangerenvorsorge tätige Fachkräfte zur zahnärztlichen Versorgung während der Schwangerschaft? Verfügbare Evidenzen und Implikationen

George A Shamim S Johnson M et al. 2012 How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. Birth 39:238–47

Hintergrund: Zwischen mangelnder Zahngesundheit und unerwünschten mütterlichen und kindlichen Outcomes wird ein Zusammenhang vermutet. Gleichwohl suchen Schwangere nur selten einen Zahnarzt auf, wobei falsche Vorstellungen der betreuenden Fachkraft zu Zahnpflege und -gesundheit während der Schwangerschaft zu diesem Problem beitragen können. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, das Wissen und die Einstellung sowie das sich daraus ableitende Verhalten von Zahnärzten und in der Schwangerenvorsorge tätigen Fachkräften mit Blick auf das Thema Zahngesundheit während der Schwangerschaft zu untersuchen.

Methode: Gesichtet wurden alle englischsprachigen Studien, die sich mit Wissen, Einstellungen und dem sich daraus ableitenden Verhalten von Zahnärzten, Allgemeinärzten, Hebammen und geburtshilflichen Fachärzten hinsichtlich des Themas Zahngesundheit während der Schwangerschaft beschäftigten sowie mit den Schwierigkeiten, mit denen sie sich konfrontiert sehen.

Ergebnisse: Viele Zahnärzte sind unsicher, was die Sicherheit zahnärztlicher Behandlungen während der Schwangerschaft angeht und verhalten sich entsprechend zurückhaltend, obwohl sie sich der Bedeutung des Themas Zahngesundheit in der Schwangerschaft bewusst sind. Allgemeinärzte und Hebammen sind über die Auswirkungen einer mangelnden Zahngesundheit in der Schwangerschaft unzureichend informiert und sprechen dieses Thema im Rahmen der Vorsorgetermine nur selten von sich aus an. Viele Allgemeinärzte zweifeln darüber hinaus die Unbedenklichkeit zahnärztlicher Behandlungen während der Schwangerschaft an. Geburtshilfliche Fachärzte sind über die Bedeutung und Auswirkungen der Zahngesundheit Schwangerer gut informiert und unterstützen erforderliche Behandlungen auch während der Schwangerschaft. Aufgrund mangelnder Erfahrung und anderer Prioritäten sprechen auch sie das Thema Zahngesundheit im Rahmen der Vorsorge nur selten an.

Schlussfolgerung: Unter Zahnärzten und den in der Schwangerschaft tätigen Fachkräften besteht keine Einigkeit hinsichtlich des Themas Zahngesundheit während der Schwangerschaft. Diese Situation trägt nicht unwesentlich dazu bei, dass Frauen während der Schwangerschaft nur selten einen Zahnarzt aufsuchen. Richtlinien für die Praxis zur Zahngesundheit sind dringend erforderlich, um die Bedeutung dieses wichtigen Themas zu verdeutlichen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Scale) und einen Fragebogen zu möglichen Ängsten hinsichtlich der Geburt. Die Frauen stammten aus je einer Region in Schweden (n=386) und Australien (n=123). Die Bestimmung der Profile erfolgte über eine Clusteranalyse. Es wurden Odds Ratios berechnet (mit dazugehörigem 95% Konfidenzintervall) um die Cluster mit Blick auf das Land, in dem sie geboren hatten, sowie hinsichtlich anamnestischer Merkmale, der Geburtserfahrung und der Geburtsoutcomes zu vergleichen.

Ergebnisse: Die Clusteranalyse ergab drei Profile: „die Selbstbestimmten“ (klare Haltung zur Geburt, einschließlich der Einstellung, dass es sich um einen natürlichen Prozess handelt und keine Ängste vor der Geburt), „die Dinge nehmen wie sie kommen“ (keine Angst vor der Geburt und geringe Zustimmung zu allen abgefragten Einstellungen) und „die Ängstlichen“ (Angst vor der Geburt, Sorge, wie sich die Geburt auf sie auswirken wird, einschließlich Angst vor Schmerzen und Verlust der Kontrolle, Sicherheitsbedürfnis, gering ausgeprägte Einstellung zur Geburt als einem normalen Prozess und dem Recht der Frau auf freie Entscheidung). Der Vergleich der „Selbstbestimmten“ mit den „Ängstlichen“ in der 18.–20. SSW zeigte, dass Letztere eher eine Sectio bevorzugten (Odds Ratio (OR) = 3,3, 95% Konfidenzintervall (KI) 1,6–6,8), der Schwangerschaft häufiger nicht positiv gegenüber standen (OR = 3,6, 95% KI 1,4–9,0), der Geburt seltener positiv entgegenstehen (OR = 7,2, 95% KI 4,4–12,0) ebenso den ersten Wochen mit dem Neugeborenen (OR = 2,0, 95% KI 1,2–3,6). Die Befragung 2 Monate nach der Geburt zeigte, dass die Wahrscheinlichkeit, einen geplanten Kaiserschnitt gehabt zu haben, in der Gruppe der ängstlichen Frauen höher war (OR = 5,4, 95% KI 2,1–14,2), sie hatten eher eine Periduralanästhesie während der Geburt (OR = 1,9, 95% KI 1,1–3,2) und sie empfanden den Wehenschmerz eher als stark im Vergleich zu den Frauen der anderen beiden Clustern. Die ängstlichen Frauen berichteten häufiger über eine negative Geburtserfahrung (OR = 1,7, 95% KI 1,02–2,9), die Frauen des Clusters „die Dinge nehmen wie sie kommen“ hatten eher einen geplanten Kaiserschnitt (OR = 3,0, 95% KI 1,1–8,0).

Schlussfolgerung: In dieser Studie konnten drei unterschiedliche Profile von Schwangeren ermittelt werden. Die Zugehörigkeit zu dem Cluster „die Ängstlichen“ hatte einen negativen Effekt auf die psychische Gesundheit der Frauen während der Schwangerschaft und war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine negative Geburtserfahrung verbunden. Sowohl die Frauen des Clusters „die Dinge nehmen wie sie kommen“ als auch die ängstlichen Frauen hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit ihr Kind per geplantem Kaiserschnitt zur Welt zu bringen verglichen mit der Gruppe der „Selbstbestimmten“. Ein besseres Verständnis für die Einstellungen der Frauen zur Geburt und ihrer Ängste kann Hebammen, Ärzte und Ärztinnen darin unterstützen, die Betreuung und Interaktion wirklich an den Bedürfnissen der Frauen auszurichten.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

GEBURT

Der Einfluss von Ängsten, Einstellungen und Ansichten zur Geburt auf Geburtsmodus und Geburtserfahrung

Haines HM Rubertsson C Pallant JF et al. 2012 The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. BMC Pregnancy and Childbirth 12(55). doi:10.1186/1471-2393-12-55

Hintergrund: Die Ängste und Einstellungen einer Frau zur Geburt können ihre geburtshilfliche Betreuung sowie die Geburtsoutcomes beeinflussen. In dieser Studie sollten Profile von Frauen auf der Grundlage ihrer Einstellung zur Geburt und dem Ausmaß ihrer Ängste vor der Geburt entwickelt werden. Der Zusammenhang zwischen diesen Profilen, dem Geburtsmodus und den Geburtsoutcomes wurde untersucht.

Methode: Es wurde eine prospektive Längsschnittstudie durchgeführt. Die Teilnehmerinnen erhielten in der 18.–20. Schwangerschaftswoche (SSW) sowie zwei Monate nach der Geburt einen Fragebogen zu ihren Einstellungen zur Geburt (Birth Attitudes Profile

Mütterliches und kindliches Outcome nach Sectio ohne dokumentierte medizinische Indikation: Ergebnisse einer schwedischen Fall-Kontroll-Studie

Karlstrom A Lindgren H Hildingsson I 2013 maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control-study. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 120: 479–86

Hintergrund: Vergleich der mütterlichen Komplikationen und kindlichen Outcomes bei Kaiserschnittgeburten ohne dokumentierte medizinische Indikation und bei Geburten mit spontanem Wehenbeginn und geplanter vaginaler Geburt.

Design: Retrospektive Fall-Kontroll-Studie.

Setting: Schweden, Daten des schwedischen Geburtsregisters.

Methode: Die Fallgruppe umfasst 5877 Einträge von Frauen mit Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation, die Kontrollgruppe 13744 Frauen mit spontanem Geburtsbeginn. Die Kontrollgruppe wurde weiter unterteilt in Frauen mit Spontangeburt und Frauen mit sekundärer Sectio.

Ergebnisse: Mütterliche Komplikationen traten bei Frauen mit Kaiserschnittgeburt häufiger auf. Das Blutungsrisiko war bei elektiver Sectio mehr als doppelt so hoch (Odds Ratio (OR) 2,5, 95% Konfidenzintervall (KI) 2,1–3,0) und in der Gruppe mit sekundärer Sectio um den Faktor 2 erhöht (OR 2,0, 95% KI 1,5–2,6). Das Risiko für Infektionen war in beiden Gruppen um den Faktor 2,6 höher. Das Risiko für Still-schwierigkeiten war in der Gruppe mit elektiver Sectio am höchsten (OR 6,8, 95% KI 3,2–14,5). Atemprobleme waren bei Neugeborenen der Gruppe mit elektiver Sectio um den Faktor 2,7 (95% KI 1,8–3,9) höher als in der Gruppe mit sekundärer Sectio. Das Risiko für eine Hypoglykämie war bei per Kaiserschnitt geborenen Kindern mindestens um das Doppelte erhöht im Vergleich zu vaginal geborenen Kindern.

Schlussfolgerung: Geburten per Sectio ohne medizinische Indikation sowie sekundäre Kaiserschnitte weisen ein höheres Risiko für mütterliche und kindliche Morbidität auf als vaginale Geburten.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Geplanter Kaiserschnitt oder vaginale Geburt bei Zwillingen: eine randomisierte Studie

Barrett JFR Hannah ME Hutton KE et al. 2013 A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *NEJM* 369:1295–1305

Hintergrund: Zwillingsgeburten haben ein höheres Risiko für unerwünschte Outcomes als Einlingsgeburten. Es ist nicht eindeutig geklärt, ob ein geplanter Kaiserschnitt bei Zwillingsgeburten mit einem geringeren Risiko verbunden ist als eine vaginale Geburt.

Methode: Frauen mit Zwillingschwangerschaften, bei denen der erste Zwilling in Schädellage lag, und einem Schwangerschaftsalter zwischen 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) und 38+6 SSW wurden nach dem Zufallsprinzip der Gruppe mit geplantem Kaiserschnitt bzw. geplanter vaginaler Geburt zugeordnet. Die elektive Geburt war für den Zeitraum zwischen 37+5 und 38+6 SSW geplant.

Primäre Outcomeparameter: Ein zusammengesetztes Outcome bestehend aus fetalen oder neonatalen Todesfällen bzw. schwerer neonataler Morbidität. Für die statistische Analyse wurde das Vorkommen des Outcomeparameters je Kind gezählt.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 1398 Frauen (2795 Kinder) nach dem Zufallsprinzip der Gruppe mit geplanter Sectio zugeordnet und 1406 Frauen (2812 Kinder) der Gruppe mit geplanter vaginaler Geburt. In der Kaiserschnittgruppe lag die Sectiorate bei 90,7%, in der Gruppe mit geplanter vaginaler Geburt bei 43,8%. Frauen der Kaiserschnittgruppe bekamen ihre Kinder früher als Frauen der Gruppe mit geplanter vaginaler Geburt (durchschnittliche Zahl der Tage vom Zeitpunkt der Randomisierung bis zur Geburt: 12,4 vs. 13,3 Tage, $p=0,04$). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens des primären Outcomes zwischen den beiden Gruppen (2,2 vs. 1,9%; Odds Ratio bei geplanter Sectio 1,16, 95% Konfidenzintervall 0,77–1,44; $p=0,49$).

Schlussfolgerung: Bei Zwillingschwangerschaften zwischen der 32+0 und 38+6 SSW mit dem ersten Zwilling in Schädellage ist eine geplante vaginale Geburt weder mit einem niedrigeren noch mit einem höheren Risiko für einen intrauterinen oder neonatalen Todesfall oder eine schwerwiegende neonatale Morbidität verbunden im Vergleich zu einer geplanten Sectio.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Wochenbett

Erfahrungen von Frauen, die länger als ein Jahr stillen

Dowling S Brown A 2013 An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: what are the issues and why does it matter? *Breastfeed Med* 8:45–52

Hintergrund: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert das Stillen bis zum 2. Lebensjahr und darüber hinaus. Trotz dieser Empfehlung stillen nur 25% der Mütter ihre Kinder bis zum 6. Monat

und nur eine Minderheit über das 1. Lebensjahr hinaus. Diejenigen die so lange stillen, berichten häufig, dass sie das Gefühl haben, dass man sich über sie lustig macht oder dass sie sich durch ihre Entscheidung ausgegrenzt fühlen. Ziel dieser Studie war es, die Erfahrungen langfristig stillender Frauen zu untersuchen und aufzuzeigen, welche Möglichkeiten sie sehen, das Stillen über das 1. Lebensjahr hinaus zu normalisieren.

Teilnehmerinnen und Methode: Für diese Studie wurden die qualitativen Ergebnisse zweier Studien zusammengeführt, in denen die Sichtweisen und Erfahrungen von Frauen, die lange gestillt haben, untersucht wurden. In der ersten Studie wurde eine Methodenkombination eingesetzt, u.a. wurden Interviews durchgeführt zu den Herausforderungen, Einstellungen und Erfahrungen von Frauen, die länger als 6 Monate gestillt hatten. In der zweiten Studie füllten 1319 Frauen, die schwanger waren oder ein Kind im Alter von 0–2 Jahren hatten, einen Fragebogen mit offenen Fragen zu ihren Ansichten zum langfristigen Stillen aus.

Ergebnisse: Frauen mit Erfahrungen mit langfristigem Stillen berichteten über Ablehnung und Kritik anderer und Äußerungen, dass längeres Stillen komisch, absurd und sinnlos sei. Die Frauen diskutierten Wege, langfristiges Stillen zu normalisieren anstatt es zu propagieren. Hierbei sollten Gesundheitsfachkräfte und die Gesellschaft insgesamt einbezogen werden, anstatt nur die Mütter zum langfristigen Stillen zu ermutigen. Hauptideen waren eine größere visuelle Präsenz stillender Mütter (in der Öffentlichkeit), Information und Entstigmatisierung.

Schlussfolgerung: Zur besseren gesellschaftlichen Akzeptanz langfristigen Stillens muss eine Normalisierung erfolgen, um in der Folge die ablehnenden Haltungen, mit denen sich länger stillende Mütter trotz der WHO-Empfehlungen oft konfrontiert sehen, abzubauen. Hierzu bedarf es stärkerer Unterstützung durch Gesundheitsfachkräfte und Gesundheitspolitik.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Neugeborene

Behandlung des Nabelschnurrests mit Antiseptika zur Prävention von Sepsis oder neonataler Mortalität (Cochrane Review)

Imdad A Bautista RMM Senen KAA et al. 2013 Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5*

Hintergrund: Die Nabelschnur besteht aus gallertigem Bindegewebe und Blutgefäßen und verbindet das Ungeborene über die Plazenta mit dem Blutkreislauf der Mutter. Sie wird nach der Geburt durchtrennt, Mutter und Kind werden sowohl physisch als auch symbolisch voneinander getrennt. Eine Omphalitis ist definiert als eine Infektion des Nabelschnurrests. Die Ausbreitung der Bakterien kann bis zu einer Sepsis mit nachfolgender neonataler Morbidität und Mortalität führen, insbesondere in Entwicklungsländern.

Ziel: Untersuchung der Auswirkungen des Auftragens antimikrobieller Substanzen auf den Nabelschnurrest im Vergleich zu einer Standardversorgung zur Prävention von neonataler Morbidität und Mortalität in stationären und ambulanten Settings.

Methode: Durchsucht wurde das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's trials Register (1. Oktober 2012). Zusätzlich wurden LILACS (1982 bis 11. Oktober 2012) und HERDIN NeON durchsucht (Oktober 2012).

Einschlusskriterien: In den Review aufgenommen wurden randomisierte, cluster-randomisierte und quasi-randomisierte kontrollierte Studien zur Versorgung des Nabelschnurrests in denen das Auftragen desinfizierender Substanzen mit keiner speziellen Versorgung oder das Auftragen verschiedener Substanzen miteinander verglichen wurden.

Datenerhebung und -analyse: Zwei Review-Autoren prüften unabhängig voneinander die Eignung der identifizierten Studien zur Aufnahme in den Review sowie ihre methodische Qualität und extrahierten die Daten. Die Daten wurden auf Korrektheit geprüft.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 77 Studien identifiziert, von denen 34 mit insgesamt 69.338 Neugeborenen aufgenommen wurden. Bei fünf Studien steht die Klassifizierung noch aus, zwei weitere sind noch nicht abgeschlossen. Die aufgenommenen Studien wurden sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern durchgeführt. Von den 34 Studien bezogen sich drei große, cluster-randomisierte Studien auf ambulante Settings in Entwicklungsländern, die verbleibenden 31 Studien wurden in Krankenhäusern überwiegend in Industrieländern durchgeführt. Die Daten aus stationären und ambulanten Settings wurden separat ausgewertet. Mehr als drei Viertel der Kinder (78%) dieses Reviews stammen aus den drei großen, cluster-randomisierten Studien. In der Mehrzahl der in stationären Settings durchgeführten Studien wurde mit kleinen Stichproben gearbeitet. In den eingeschlossenen Studien wurden insgesamt 22 verschiedene Interventionen untersucht. Zu den am häufigsten untersuchten Antiseptika gehörten Alkohol, Triple dye und Chlorhexidin (70% der Interventionen).

In den ambulanten Settings wurde nur ein Antiseptikum (Chlorhexidin) untersucht. In drei der Studien aus dem ambulanten Bereich wurden Daten zur Gesamtmortalität berichtet mit 1325 Todesfällen bei insgesamt 54.624 Teilnehmern. Die kombinierten Ergebnisse zeigten eine Reduktion der Mortalität um 23% in der Chlorhexidin-Gruppe (mittlere Risk Ratio (RR) 0,77, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,63–0,94, random effects, T2 = 0,02, I2 = 50%) im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der Rückgang der Omphalitis-Rate reichte von 27 bis 56%, je nach Schwere der Infektion. Die Zeit bis zum Abfall des Nabelschnurrests war in der Chlorhexidin-Gruppe im Schnitt 1,7 Tage länger als in der Kontrollgruppe, in der der Nabel trocken versorgt wurde (mittlerer Unterschied (MD) 1,75 Tage, 95% KI 0,44–3,05; random effects, T2 = 0,88, I2 = 100%). Das Säubern des Nabelschnurrests mit Wasser und Seife bot keine Vorteile gegenüber der trockenen Versorgung in ambulanten Settings.

In den im stationären Setting durchgeführten Studien wurden keine Ergebnisse zu Mortalität oder Tetanus berichtet. Die Versorgung mit einem Antiseptikum war im Krankenhaussetting mit Blick auf eine Reduktion der Omphalitis-Rate der trockenen Versorgung nicht überlegen. Die Applikation von Triple dye führte zu einer Reduktion der Besiedelung mit *Staphylococcus aureus* verglichen mit der trockenen Versorgung (mittlere RR 0,15, 95% KI 0,10–0,22, vier Studien, n = 1319, random effects, T2 = 0,04, I2 = 24%) oder mit der Applikation von Alkohol (mittlere RR 0,45, 95% KI 0,25–0,80, zwei Studien, n = 487, random effects, T2 = 0,00, I2 = 0%). Die Versorgung mit Alkohol oder Triple dye bot keinen Vorteil mit Blick auf eine Verringerung der Besiedelung des Nabelschnurrests mit Streptokokken. Die Applikation von Alkohol war der trockenen Versorgung hinsichtlich einer Verringerung der Besiedelung mit *Enterococcus coli* überlegen (mittlere RR 0,73, 95% KI 0,58–0,92, zwei Studien, n = 432, random effects, T2 = 0,00, I2 = 0%). In einer separaten Analyse erhöhte die Applikation von Triple dye das Risiko einer Besiedelung mit *Enterococcus coli* im Vergleich zur Applikation von Alkohol (mittlere RR 3,44, 95% KI 2,10–5,64, eine Studie, n = 373). Die Zeit bis zum Abfallen des Nabelschnurrests war bei der Versorgung mit Alkohol (MD 1,76 Tage, 95% KI 0,03–3,48, neun Studien, n = 2921, random effects, T2 = 6,54, I2 = 97%) und Triple dye (MD 4,10 Tage, 95% KI 3,07–5,13, eine Studie, n = 372) signifikant länger als bei trockener Versorgung. Die Zahl der Studien war zu klein, um Aussagen über die Wirksamkeit der Versorgung mit anderen Antiseptika treffen zu können.

Schlussfolgerung: Die Evidenzen belegen, dass eine Versorgung des Nabelschnurrests mit Chlorhexidin in ambulanten Settings in Entwicklungsländern zu einer signifikanten Verringerung der neonatalen Mortalität und Omphalitis-Rate führt. Die Zeit bis zum Abfallen des Nabelschnurrests kann sich dadurch etwas verlängern, es gibt jedoch keine Hinweise, dass dies das Risiko für eine daraus resultierende Morbidität oder Infektion erhöht.

Es gibt keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege, dass die Versorgung des Nabelschnurrests mit einem Antiseptikum in Krankenhaus-Settings in Industrieländern der trockenen Versorgung überlegen ist.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Andere Themen

Kontinuierliche hebammengeleitete Betreuung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen

Sandall J Soltani H Gates S Shennan A Devane D 2013 *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 8. Art No.: CD004667.*

Hintergrund: Überall auf der Welt werden Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen von Hebammen betreut. Gleichwohl mangelt es bisher an systematisch zusammengefassten Evidenzen darüber, ob es Unterschiede zwischen hebammengeleiteten und anderen Betreuungsmodellen mit Blick auf Morbidität und Mortalität, Effektivität und psychosoziale Outcomes gibt.

Ziel: Vergleich von hebammengeleiteten und anderen Betreuungsmodellen für Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen und ihre Kinder.

Method: Durchsucht wurde das Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (28.01.2013) sowie die Literaturangaben der gefundenen Studien.

Einschlusskriterien: Alle veröffentlichten und nicht-veröffentlichten Studien, in denen Schwangere nach dem Zufallsprinzip einem hebammengeleiteten bzw. einem anderen Betreuungsmodell zugewiesen wurden.

Datenanalyse: Die methodische Qualität der Studien wurde von allen Review-Autoren bewertet. Zwei Review-Autoren nahmen die Datenextraktion vor.

Hauptergebnisse: Insgesamt wurden 13 Studien mit insgesamt 16.242 Teilnehmerinnen in den Review aufgenommen. Frauen in hebammengeleiteten Modellen mit kontinuierlicher Betreuung hatten während der Geburt seltener eine Regionalanästhesie (mittlere Risk Ratio (RR) 0,83, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,76–0,90), eine Episiotomie (mittlere RR 0,84, 95% KI 0,76–0,92) oder eine instrumentelle Geburtsbeendigung (mittlere RR 0,88, 95% KI 0,81–0,96). Sie benötigten mit höherer Wahrscheinlichkeit intrapartal keine Schmerzmittel (mittlere RR 1,16, 95% KI 1,04–1,31), hatten häufiger eine Spontangeburt (mittlere RR 1,05, 95% KI 1,03–1,08), wurden während der Geburt häufiger von einer ihnen bereits bekannten Hebamme betreut (mittlere RR 7,83, 95% KI 4,15–14,80) und die durchschnittliche Geburtsdauer war länger (mittlerer Unterschied (Stunden) 0,50, 95% KI 0,27–0,74). Hinsichtlich der Kaiserschnitttrate zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen (mittlere RR 0,93, 95% KI 0,84–1,02). Frauen in hebammengeleiteten Modellen mit kontinuierlicher Betreuung hatten seltener eine Frühgeburt (mittlere RR 0,77, 95% KI 0,62–0,94) und es trat seltener ein intrauteriner Fruchttod vor der 24. Schwangerschaftswoche (SSW) auf (mittlere RR 0,81, 95% KI 0,66–0,99). Hinsichtlich des intrauterinen Fruchttods nach der 24.SSW und neonataler Todesfälle zeigten sich keine Unterschiede (mittlere RR 1,00, 95% KI 0,67–1,51), ebenso mit Blick auf die fetale/neonatale Mortalität insgesamt (mittlere RR 0,84, 95% KI 0,71–1,00). Die Zufriedenheit der Frauen sowie die Kosten der verschiedenen Betreuungsmodelle wurden in den analysierten Studien sehr unterschiedlich erhoben, sodass diese Outcomes keiner Metaanalyse unterzogen werden konnten. In der Mehrzahl der Untersuchungen waren die Frauen, die im Rahmen hebammengeleiteter Modelle betreut wurden, zufriedener. Ebenso zeichnete sich ein Trend hin zu einer Kostenersparnis bei hebammengeleiteten Modellen im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen ab.

Schlussfolgerung: Die Mehrheit der Schwangeren sollte im Rahmen hebammengeleiteter Modelle betreut werden. Die Schwangeren sollten ermutigt werden, diese Modelle nachzufragen, es sei denn die Frauen weisen schwerwiegende medizinische oder geburtshilfliche Komplikationen auf.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg