



Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 18 Μάιος 2014

Προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι

Εισαγωγή

Στην Ελλάδα ακόμη δεν υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα και υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α οι τοκετοί στο σπίτι αποτελούν περίπου το 0,5% των γεννήσεων κάθε χρόνο, εκ των οποίων το 1/4 δεν είναι προγραμματισμένοι [1-2].

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν επαρκείς τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες σχετικά με τον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι και τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από μελέτες παρατήρησης, οι οποίες έχουν περιορισμένη ισχύ, είτε λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος, είτε λόγω της μη ύπαρξης ομάδας έλεγχου [3-5]. Επιπλέον πρόβλημα αποτελεί η εθελοντική υποβολή των δεδομένων σε πολλές περιπτώσεις, καθώς και η αδυναμία ακριβούς καθορισμού του προγραμματισμένου ή μη τοκετού στο σπίτι.

Αν και οι μέχρι τώρα μελέτες δεν είναι απολύτως επαρκείς για να συγκριθεί η θνησιμότητα και νοσηρότητα στον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι και στο νοσοκομείο, φαίνεται να προκύπτουν σημαντικά ζητήματα τόσο για την μητέρα, όσο και για το νεογνό στον τοκετό στο σπίτι [6]. Μια μετανάλυση των μελετών παρατήρησης [7] αν και διαπίστωσε παρόμοια ποσοστά περιγεννητικής θνησιμότητας, αναφέρει διπλάσιο κίνδυνο νεογνικού θανάτου σε τοκετό στο σπίτι. Επιπρόσθετα όταν η ανάλυση περιοριζόταν σε μη παθολογικές κυήσεις, τότε ο κίνδυνος νεογνικού θανάτου ήταν ακόμα μεγαλύτερος, περίπου τριπλάσιος.

Η πιθανότητα μεταφοράς σε νοσοκομείο στις πρωτοτόκες ήταν 25 – 37% και στις πολύτοκες 4 - 9% [8]. Οι κυριότερες αιτίες μεταφοράς είναι η μη πρόοδος τοκετού, η μη καθησυχαστική κατάσταση του εμβρύου - παρακολούθηση, αιμορραγία και η ανάγκη για αναλγησία.

Στον αντίποδα οι προγραμματισμένοι τοκετοί στο σπίτι σχετίζονται με λιγότερες παρεμβάσεις στις μητέρες, όπως η επισκληρίδιος αναλγησία και η ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου και λιγότερες περινεοτομές, επεμβατικούς τοκετούς και καισαρικές τομές.

Προϋποθέσεις

Σε όλες τις αναφορές από όπου κι αν προέρχονται αναφέρεται κατηγορηματικά ότι υποψήφιες για προγραμματισμένο κολπικό τοκετό θα πρέπει να είναι αποκλειστικά υγιείς γυναίκες [9-10]. Επιπλέον θα πρέπει να γίνεται διαλογή των κατάλληλων γυναικών με πολύ αυστηρά κριτήρια [6, 11]:

- Απουσία οποιασδήποτε νόσου στο ιστορικό της μητέρας
- Απουσία οποιασδήποτε παθολογικής κατάστασης στη διάρκεια της κύησης
- Μονήρης κύηση
- Κεφαλική προβολή
- Ηλικία κύησης 36+1 εβδομάδες έως 40+6 εβδομάδες
- Αυτόματη έναρξη τοκετού ή πρόκληση, χωρίς να έχει προηγηθεί νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Σε οποιαδήποτε περίπτωση δεν πληρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις, όπως για παράδειγμα σε παράταση κύησης, σε δίδυμη κύηση ή σε ισχιακή προβολή, τότε η περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα αυξάνεται δραματικά [12-13].

Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει επίσης να επιχειρηθεί προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι μετά από προηγηθείσα Καισαρική τομή, καθώς θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να υπάρχει δυνατότητα άμεσης διενέργειας επείγουσας Καισαρικής τομής [14].

Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ασφάλεια του προγραμματισμένου κολπικού τοκετού στο σπίτι είναι η δυνατότητα μετάβασης σε νοσοκομειακή μονάδα. Τα χαμηλά ποσοστά περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας αφορούν περιοχές και χώρες με άριστα οργανωμένα συστήματα υγείας και διακομιδής ασθενών, όπου υπήρχε άμεση μεταφορά της επίτοκου [3, 5]. Αντίθετα σε μελέτες όπου το νοσοκομείο υποδοχής ήταν απομακρυσμένο ή υπήρχε καθυστέρηση στην μεταφορά παρατηρήθηκαν τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας

και θνησιμότητας. Είναι λοιπόν μια ακόμη σημαντική προϋπόθεση η δυνατότητα έγκυρης και ασφαλούς μεταφοράς κάθε γυναίκας που θα επιχειρήσει τοκετό στο σπίτι. Αξιοσημείωτο είναι ακόμη το γεγονός ότι τα προαναφερθέντα χαμηλά ποσοστά επιπλοκών αναφέρονται σε μελέτες που περιλαμβάνουν τοκετούς από πολύ καλά εκπαιδευμένες, έμπειρες και πιστοποιημένους επαγγελματίες υγείας, με μακρόχρονη εμπειρία στο σύστημα υγείας. Η παραπάνω πιστοποίηση θα πρέπει να παρέχεται βεβαία από θεσμοθετημένα όργανα της επίσημης πολιτείας και όχι χωρίς έλεγχο από οποιαδήποτε αυτόκλητη οργάνωση.

Προετοιμασία

Πριν τον τοκετό πρέπει να υπάρξει λεπτομερής έλεγχος του χώρου και εξασφάλιση κατάλληλων συνθηκών. Ο έλεγχος αυτός θα πρέπει να πραγματοποιηθεί πριν τις 36 εβδομάδες και να ελεγχθεί η δυνατότητα ασφαλούς τοποθέτησης του αναγκαίου εξοπλισμού στον χώρο του τοκετού.

Η έγκυος θα πρέπει να ενημερώνεται για τους κινδύνους και τα οφέλη του τοκετού στο σπίτι και για τις εναλλακτικές της πριν, στη διάρκεια και μετά τον τοκετό, με αντικειμενικό και επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο.

Ο επαγγελματίας υγείας που θα αναλάβει τον τοκετό στο σπίτι θα πρέπει να είναι σε απόσταση μέχρι 40 λεπτών και να παραμείνει για τουλάχιστον 2 ώρες μετά την ολοκλήρωση του τοκετού στο χώρο, για την παρακολούθηση της μητέρας και του νεογνού.

Ενδείξεις μεταφοράς σε νοσοκομείο

- Κερωσμένο αμνιακό υγρό
- Μη καθησυχαστική διαλείπουσα ακρόαση παλμών ή καρδιοτοκογράφημα
- Παράταση 1^{ου} ή 2^{ου} σταδίου τοκετού
- Επιθυμία / ανάγκη για ισχυρότερη αναλγησία
- Ανώμαλη προβολή εμβρύου
- Πρόπτωση ομφαλίου
- Αιμορραγία στη διάρκεια του τοκετού
- Αιμορραγία μετά τον τοκετό

- Κατακράτηση πλακούντα
- Περινεϊκή ρήξη 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού
- Ανάνηψη νεογνού
- Βάρος νεογνού <2.5 kg
- Επιθυμία της μητέρας
- Μητρική κατάρρευση
- Αυξημένη Α.Π
- Πυρετός

Συμπεράσματα

Παρόλο που η ΕΜΓΕ πιστεύει ακράδαντα ότι τα Μαιευτήρια - Νοσοκομεία αποτελούν το ασφαλέστερο μέρος τοκετού, σέβεται το δικαίωμα κάθε γυναίκας να αποφασίζει για τον τόπο τοκετού, μετά από τεκμηριωμένη ενημέρωσή της. Θα πρέπει να αναλύονται όλα τα πρόσφατα δεδομένα σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη του τοκετού στο σπίτι και παρόλο που ο απόλυτος κίνδυνος είναι χαμηλός, η έγκυος επιβάλλεται να γνωρίζει ότι ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι σχετίζεται με διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο νεογνικού θανάτου, σε σχέση με τον τοκετό σε νοσοκομείο. Επίσης θα πρέπει να τονισθεί και η σημασία της σωστής επιλογής των υποψηφίων εγκύων, της παρακολούθησης από κατάλληλα εκπαιδευμένους και πιστοποιημένους επαγγελματίες υγείας καθώς της άμεσης και ασφαλούς μεταφοράς σε οργανωμένη νοσοκομειακή μονάδα.

Βιβλιογραφία

1. MacDorman, M.F., F. Menacker, and E. Declercq, *Trends and characteristics of home and other out-of-hospital births in the United States, 1990-2006*. Natl Vital Stat Rep, 2010. **58**(11): p. 1-14, 16.
2. Wax, J.R., et al., *Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births*. Am J Obstet Gynecol, 2010. **202**(2): p. 152 e1-5.
3. Johnson, K.C. and B.A. Daviss, *Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America*. BMJ, 2005. **330**(7505): p. 1416.
4. Janssen, P.A., et al., *Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia*. CMAJ, 2002. **166**(3): p. 315-23.
5. Murphy, P.A. and J. Fullerton, *Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: a prospective descriptive study*. Obstet Gynecol, 1998. **92**(3): p. 461-70.
6. *ACOG Committee Opinion No. 476: Planned home birth*. Obstet Gynecol, 2011. **117**(2 Pt 1): p. 425-8.
7. Wax, J.R., et al., *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol, 2010. **203**(3): p. 243 e1-8.
8. Wax, J.R., M.G. Pinette, and A. Cartin, *Home versus hospital birth--process and outcome*. Obstet Gynecol Surv, 2010. **65**(2): p. 132-40.
9. Janssen, P.A., et al., *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*. CMAJ, 2009. **181**(6-7): p. 377-83.
10. Hutton, E.K., A.H. Reitsma, and K. Kaufman, *Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003-2006: a retrospective cohort study*. Birth, 2009. **36**(3): p. 180-9.
11. Olsen, O. and J.A. Clausen, *Planned hospital birth versus planned home birth*. Cochrane Database Syst Rev, 2012. **9**: p. CD000352.
12. Kennare, R.M., et al., *Planned home and hospital births in South Australia, 1991-2006: differences in outcomes*. Med J Aust, 2010. **192**(2): p. 76-80.
13. Bastian, H., M.J. Keirse, and P.A. Lancaster, *Perinatal death associated with planned home birth in Australia: population based study*. BMJ, 1998. **317**(7155): p. 384-8.
14. *ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery*. Obstet Gynecol, 2010. **116**(2 Pt 1): p. 450-63.

Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή και τον Δ. Ζυγούρη.

Η οδηγία εγκρίθηκε από την επιτροπή του ΕΟΦ για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποτελείται από τους Καθηγητές Γ. Κρεατσά, Ι. Μεσσήνη, Γ. Δεκαβάλα, τον Συντονιστή Διευθυντή ΕΣΥ Γ. Φαρμακίδη και τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή.

Η τελική δημοσιευμένη οδηγία είναι ευθύνη της Επιτροπής για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της ΕΜΓΕ που αποτελείται από τους Καθηγητές Β.

Ταρλατζή, Α. Λουφόπουλο, Δ. Κασσάνο, Γ. Γαλάζιο, Θ. Στέφο και τον Αν. Καθηγητή Γ. Γκριμπίζη.

Πρώτη δημοσίευση Μάιος 2014.

Δημοσιεύθηκε από **Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.)**.

Αλκαίου 10, Αθήνα 115 28. Τηλ. : 2107774607 Fax : 2107774609.

Ιστοσελίδα: www.hsog.gr e-mail: helobgyn@otenet.gr.