



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 26
Δεκέμβριος 2019

Σε αντικατάσταση της οδηγίας 18/2014

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Είναι ασφαλής ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι;
- Ποιοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναλάβουν την ασφαλή διεκπεραίωση του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι;
- Ποιες κυήσεις είναι κατάλληλες για προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι;
- Πότε αντενδείκνυται ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι;
- Ποια είναι η κατάλληλη προετοιμασία για ασφαλή προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι;
- Πώς πρέπει να γίνει η ενημέρωση του ζευγαριού;
- Σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να μεταφέρεται η έγκυος στο μαιευτήριο/νοσοκομείο;

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Εισαγωγή	2
II. Ασφάλεια του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι	2
III. Κριτήρια επιλογής των εγκύων	3
IV. Προετοιμασία τοκετού, ενημέρωση ζεύγους και διεκπεραίωση τοκετού	5
V. Ενδείξεις μεταφοράς στο μαιευτήριο/νοσοκομείο	6
VI. Σύνοψη	6
VII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (No 18/2014).....	6
VIII. Βιβλιογραφία	7

I. Εισαγωγή

Ο τοκετός αποτελεί μεταξύ άλλων ένα κοινωνικό και συναισθηματικό γεγονός και είναι ένα αναπόσπαστο μέρος της οικογενειακής ζωής. Επομένως η φροντίδα στον τοκετό πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πολιτισμικές και κοινωνικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Η τοποθεσία που λαμβάνει χώρα ο τοκετός μπορεί να είναι οποιοσδήποτε χώρος επιθυμεί η γυναίκα, που δεν εκθέτει σε κίνδυνο την ίδια και το κύημα [1]. Σύμφωνα με απόφαση του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου, η επιλογή για τοκετό στο σπίτι αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα [2].

Η συχνότητα του τοκετού στο σπίτι διαφέρει σημαντικά στις αναπτυγμένες χώρες κυμαινόμενη ενδεικτικά μεταξύ 20% στην Ολλανδία, 2,3% στην Αγγλία, 0,9% στις ΗΠΑ και 0,1% στη Σουηδία [3]. Στη χώρα μας δεν υπάρχουν επίσημα επιδημιολογικά δεδομένα, με κάποια στοιχεία να υπολογίζουν τη συχνότητα σε μικρότερη του 0,05%.

Η ΕΜΓΕ αναγνωρίζοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης κατευθυντήριων οδηγιών για ένα τόσο σπάνιο γεγονός, τη βαρύτητα των πιθανών επιπλοκών καθώς και τις ιατρονομικές επιπτώσεις αυτών των περιστατικών, εξέδωσε οδηγία το 2014, που ανανεώνεται σήμερα.

II. Ασφάλεια του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι

- *Είναι ασφαλής ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι;*
- *Ποιοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αναλάβουν την ασφαλή διεκπεραίωση του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι;*

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν επαρκείς τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες σχετικά με την ασφάλεια του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι κυρίως λόγω της απροθυμίας των γυναικών να συμμετέχουν σε τυχαιοποίηση μεταξύ ομάδας τοκετού στο σπίτι και ομάδας τοκετού στο μαιευτήριο. Επομένως τα περισσότερα δεδομένα προέρχονται από μελέτες παρατήρησης στις οποίες μπορεί να υπεισέρχονται στατιστικά σφάλματα λόγω του μεγέθους του δείγματος, της μη σταθερής ορολογίας, της μη δήλωσης πρόθεσης επιλογής τύπου τοκετού, του υπολογισμού των

παραγόντων κινδύνου της εγκύου, της αποσαφήνισης της ύπαρξης πιστοποίησης και προσόντων των επαγγελματιών υγείας, της μη ύπαρξης ομάδας ελέγχου, της ακρίβειας στα πιστοποιητικά δήλωσης γέννησης, της ακρίβειας στην προοπτική συλλογή στοιχείων και της ένταξης των επαγγελματιών υγείας στο υφιστάμενο σύστημα υγείας [4]. Τέλος έχει παρατηρηθεί ότι οι ίδιες μελέτες επιδέχονται διαφορετικής ερμηνείας από διαφορετικά επιστημονικά σώματα (κολλέγια Μαιευτήρων-Γυναικολόγων και κολλέγια Μαιών-Μαιευτών) βασισμένα κυρίως στη φιλοσοφία των μελών τους [5].

Με τον όρο “επαγγελματίες υγείας” στην παρούσα οδηγία προσδιορίζονται τόσο οι Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι όσο και οι Μαιές-Μαιευτές που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι και πιστοποιημένοι από αντίστοιχη επίσημη κρατική αρχή για την εκτέλεση τοκετών. Σημειώνεται ότι πέραν της τυπικής εκπαίδευσης και πιστοποίησης, διεθνώς συνιστάται να υπάρχει και αντίστοιχη εκπαίδευση/πιστοποίηση και εμπειρία ειδικά στον τοκετό στο σπίτι, ακολουθώντας καθορισμένα πρωτόκολλα φροντίδας, εναρμονισμένα στο σύστημα υγείας ώστε να υπάρχει άμεση πρόσβαση σε μαιευτήριο / νοσοκομείο.

Το ζήτημα της ασφάλειας του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι μπορεί αδρά να προσεγγισθεί ως σύγκριση των ποσοστών της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε σχέση με τα αντίστοιχα ποσοστά στα μαιευτήρια. Επιπρόσθετοι παράγοντες προς μελέτη είναι οι κοινωνικοί, οικογενειακοί και πολιτιστικοί παράγοντες της εγκύου και της οικογένειάς της όσο και το οικονομικό κόστος κάθε τοποθεσίας τοκετού. Στην παρούσα κατευθυντήρια οδηγία δεν εξετάζονται οι επιπρόσθετοι αυτοί παράγοντες γιατί εν πολλοίς είναι υποκειμενικοί ή δύσκολα μετρήσιμοι στη χώρα μας.

Με βάση τις μέχρι τώρα διαθέσιμες μελέτες, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι έγκυες χαμηλού κινδύνου για περιγεννητικές επιπλοκές και οι οποίες επιθυμούν προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι με ένα πιστοποιημένο επαγγελματία υγείας, σε περιβάλλον όπου υπάρχει δυνατότητα απρόσκοπτης πρόσβασης σε μαιευτήριο, μπορούν να έχουν λιγότερες μητρικές επιπλοκές, χωρίς αυξημένη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα σε σχέση με τον τοκετό στο μαιευτήριο [4].

Οι μελέτες αυτές δείχνουν βελτιωμένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας και ισοδύναμα ποσοστά νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι σε σχέση με τον τοκετό στο μαιευτήριο. Για να ισχύσει όμως αυτό, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει απαραίτητως να πληρούν τις προϋποθέσεις που αναφέρονται παραπάνω και το σύστημα υγείας να μπορεί να ενσωματώσει τα περιστατικά αυτά, στη φροντίδα του.

Πιο συγκεκριμένα οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που σχεδιάζουν τοκετό στο σπίτι έχουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα κολπικού τοκετού, σημαντική μείωση στις μαιευτικές παρεμβάσεις και στη μητρική νοσηρότητα, συμπεριλαμβανομένης και της πρόκλησης τοκετού, ελαττωμένη χορήγηση φαρμακευτικής ανακούφισης από τον πόνο, μείωση στην πιθανότητα τραύματος σφικτήρα πρωκτού, επισιοτομής, εμβρυουλκίας, καισαρικής τομής και λοιμώξεων. Υπάρχει ακόμη μειωμένη ποσότητα στην απώλεια αίματος παρότι τα στοιχεία για την αιμορραγία είναι δυσκολότερο να μετρηθούν [4].

Όσον αφορά τα στοιχεία για το νεογνό, στον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι σε σχέση με τον τοκετό στο μαιευτήριο δεν υπάρχουν διαφορές στα ποσοστά ενδομητρίων και νεογνικών θανάτων στις πρώτες 28 ημέρες, δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ πρωτοτόκων και πολυτόκων, ούτε στα ποσοστά νεογνικού θανάτου στις πρώτες 7 ημέρες, στο Apgar score κάτω του 7 στα 5 λεπτά, στις εισαγωγές στη μονάδα εντατικής νεογνών ή στα σοβαρού βαθμού πτωχά νεογνικά αποτελέσματα [4]. Πρόσφατη μεγάλη μετα-ανάλυση 500.000 τοκετών στο σπίτι, έδειξε ότι γυναίκες που είναι χαμηλού κινδύνου και πρόκειται να γεννήσουν στο σπίτι, δεν έχουν διαφορετικό κίνδυνο εμβρυικού ή νεογνικού θανάτου σε σχέση με πληθυσμό παρόμοιου χαμηλού κινδύνου που προτίθεται να γεννήσει στο νοσοκομείο. Η ίδια μετα-ανάλυση επιβεβαίωσε και ότι όσον αφορά την πιθανότητα εμβρυικού / νεογνικού θανάτου δεν υπάρχουν διαφορές μεταξύ πρωτοτόκων και πολυτόκων γυναικών [6].

Σε κάθε περίπτωση οι μελέτες αυτές έχουν μειωμένη στατιστική ισχύ για να περιγράψουν σπάνια γεγονότα όπως οι μητρικοί θάνατοι.

Οι ίδιες μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και σε αναπτυγμένες χώρες (πχ ΗΠΑ) όπου δεν πληρούνται οι παραπάνω προϋποθέσεις, ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική αύξηση, τουλάχιστον 2-3 φορές, του ποσοστού νεογνικής και περιγεννητικής νοσηρότητας, ιδιαίτερα της εγκεφαλικής παράλυσης και θνησιμότητας [4,7].

Στη χώρα μας, με το εκτεταμένο δίκτυο νησιών και απομακρυσμένων περιοχών αλλά και τις δυσκολίες μεταφοράς ακόμη και σε αστικές περιοχές, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη οι πιθανότητες επιπλοκών και δυσμενούς έκβασης.

III. Κριτήρια επιλογής των εγκύων

- Ποιες κήσεις είναι κατάλληλες για προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι;
- Πότε αντενδείκνυται ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι;

Τα κριτήρια επιλογής που χαρακτηρίζουν μια κύηση ως χαμηλού κινδύνου και άρα κατάλληλη για προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι περιλαμβάνουν την απουσία οποιασδήποτε παθολογικής κατάστασης ή παράγοντα όπως αυτοί παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2 [8]. Εν συντομία θα πρέπει να υπάρχει:

- Απουσία οποιασδήποτε νόσου στο ιστορικό της μητέρας.
- Απουσία οποιασδήποτε παθολογικής κατάστασης στη διάρκεια της κύησης.
- Απουσία προηγηθείσας καισαρικής τομής.
- Μονήρης κύηση.
- Κεφαλική προβολή.
- Τελειόμηνη κύηση, μετά από τις 37 εβδομάδες.
- Αυτόματη έναρξη τοκετού, αποφυγή πρόκλησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Καταστάσεις που δείχνουν κύηση υψηλού κινδύνου χρήζουσα προγραμματισμένο τοκετό στο μαιευτήριο/νοσοκομείο.

Παράγοντας	Κατάσταση
Καρδιαγγειακός	Επιβεβαιωμένη καρδιολογική πάθηση, υπέρταση
Αναπνευστικός	Ασθμα που χρειάζεται αύξηση στη θεραπεία ή νοσηλεία, κυστική ίνωση
Αιματολογικός	Αιμοσφαιρινοπάθειες (δρεπανοκυτταρική αναιμία, ομόζυγη β-μεσογειακή αναιμία), ιστορικό θρομβοεμβολικής νόσου, αυτοάνοση θρομβοκυτταροπενική πορφύρα ή άλλη πάθηση αιμοπεταλίων ή αριθμός αιμοπεταλίων μικρότερος από 100×10^9 /lt, νόσος Von Willebrand, αιμορραγική διάθεση μητέρας/εμβρύου, άτυπα αντισώματα που σχετίζονται με αιμολυτική νόσο νεογνού
Ενδοκρινολογικός	Υπερθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης
Λοιμώξεις	Group B στρεπτόκοκκος όπου χρειάζεται χορήγηση αντιβιοτικών, ηπατίτιδα Β/С με παθολογικά ηπατικά ένζυμα, φορέας/λοίμωξη από HIV, Τοξοπλάσωση όπου χορηγείται θεραπεία, ενεργός λοίμωξη από ανεμευλογιά/ερυθρά/έρπητα γεννητικών οργάνων σε γυναίκα ή νεογνό, φυματίωση υπό θεραπεία
Ανοσολογικός	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, σκληρόδερμα
Νεφρολογικός	Παθολογική νεφρική λειτουργία, νεφρική νόσος που χρήζει επίβλεψη από ειδικό
Νευρολογικός	Επιληψία, myasthenia gravis, ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου
Γαστρεντερικός	Ηπατική νόσος με παθολογικά ηπατικά ένζυμα
Ψυχιατρικός	Ψυχιατρική νόσος που χρήζει ενδονοσοκομειακής φροντίδας
Επιπλοκές σε προηγούμενη κύηση	Ανεξήγητος ενδομήτριος/νεογνικός θάνατος ή θάνατος σχετιζόμενος με δυσκολίες στον τοκετό, προηγούμενο νεογνό με νεογνική εγκεφαλοπάθεια, προεκλαμψία που οδήγησε σε πρόωρο τοκετό, αποκόλληση πλακούντα με δυσμενές αποτέλεσμα, εκλαμψία, ρήξη μήτρας, πρωτοπαθής αιμορραγία μετά τον τοκετό χρήζουσα επιπρόσθετη αγωγή ή μετάγγιση, κατακράτηση πλακούντα χρήζουσα χειρισμούς σε χειρουργική αίθουσα, καισαρική τομή, δυστοκία ώμων
Παρούσα κύηση	Δίδυμος/πολύδυμος κύηση, επιπωματικός/χαμηλός πλακούντας, προεκλαμψία ή υπέρταση κύησης, πρόωρος τοκετός ή πρόωρη ρήξη υμένων, αποκόλληση πλακούντα, αναιμία με αιμοσφαιρίνη μικρότερη 85 g/lt στην έναρξη τοκετού, επιβεβαιωμένος ενδομήτριος θάνατος, πρόκληση τοκετού, χρήση ναρκωτικών ουσιών, εξάρτηση από αλκοόλ χρήζουσα εκτίμησης ή αντιμετώπισης, σακχαρώδης διαβήτης, ανώμαλη προβολή (ισχιακή, εγκάρσια), BMI μεγαλύτερο του 35 kg/m^2 στην έναρξη της κύησης, υποτροπιάζουσα αιμορραγία κατά την κύηση, μικρό για την ηλικία κύησης έμβρυο, παθολογικός καρδιακός ρυθμός εμβρύου ή μελέτες Doppler, ολιγάμνιο/υδράμνιο στο υπερηχογράφημα
Προηγούμενο γυναικολογικό ιστορικό	Ινομυωματεκτομή, υστεροτομία

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Καταστάσεις που χρήζουν περαιτέρω εκτίμησης όταν αποφασίζεται ο τόπος τοκετού.

Παράγοντας	Κατάσταση
Καρδιαγγειακός	Καρδιολογική νόσος χωρίς συνέπειες κατά την κύηση
Αιματολογικός	Ατυπα αντισώματα που δεν σχετίζονται με αιμολυτική νόσο νεογνού, στίγμα δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, στίγμα μεσογειακής αναιμίας, αναιμία με αιμοσφαιρίνη 85-105 g/lt στην έναρξη του τοκετού
Λοιμώξεις	Ηπατίτιδα Β/С με φυσιολογικά ηπατικά ένζυμα
Ανοσολογικός	Μη ειδική νόσος κολλαγόνου
Ενδοκρινολογικός	Ασταθής υποθυρεοειδισμός που χρήζει αλλαγή στη θεραπεία
Σκελετικός/νευρολογικός	Ανωμαλίες σπονδυλικής στήλης, προηγούμενο κάταγμα πυέλου, νευρολογικές παθήσεις
Γαστρεντερικός	Ηπατική νόσος με παθολογικά ηπατικά ένζυμα, νόσος Crohn, εκκώδης κολίτιδα
Επιπλοκές σε προηγούμενη κύηση	Ενδομήτριος/νεογνικός θάνατος με γνωστή μη υποτροπιάζουσα αιτία, όψιμη προεκλαμψία, αποκόλληση πλακούντα με ευμενές αποτέλεσμα, προηγούμενο νεογνό μεγαλύτερο από 4500 gr, εκτεταμένη ρήξη κόλπου/τραχήλου ή ρήξη περινέου 3 ^{ου} /4 ^{ου} βαθμού, προηγούμενο τελειόμηνο νεογνό με ίκτερο που χρειάστηκε μετάγγιση
Παρούσα κύηση	Αιμορραγία στην κύηση αγνώστου προελεύσεως (ένα επεισόδιο μετά την 24 ^η εβδομάδα), BMI 30-35 kg/m ² στην έναρξη της κύησης, αρτηριακή πίεση 140/90 mmHg ή μεγαλύτερη σε 2 περιστάσεις, κλινική ή υπερηχογραφική υπόνοια μακροσωμίας, πολυτόκος (4 ή παραπάνω), κοινωνική χρήση ουσιών, εξωνοσοκομειακή ψυχιατρική φροντίδα, ηλικία μητέρας άνω των 35 ετών στην έναρξη της κύησης
Έμβρυο	Εμβρυική ανωμαλία
Προηγούμενο γυναικολογικό ιστορικό	Μείζον γυναικολογικό χειρουργείο, κωνοειδής βιοψία τραχήλου ή LLETZ, ινομυώματα

IV. Προετοιμασία τοκετού, ενημέρωση ζεύγους και διεκπεραίωση τοκετού

- Ποια είναι η κατάλληλη προετοιμασία για ασφαλή προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι;
- Πώς πρέπει να γίνει η ενημέρωση του ζευγαριού;

Πρέπει να γίνει λεπτομερής έλεγχος του χώρου από τον επαγγελματία υγείας πριν τις 36 εβδομάδες κύησης. Ο έλεγχος περιλαμβάνει την εξασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών, τη δυνατότητα τοποθέτησης και λειτουργίας του αναγκαίου εξοπλισμού και τη δυνατότητα άμεσης και ασφαλούς μεταφοράς στο πλησιέστερο μαιευτήριο/νοσοκομείο [9]. Αυτονόητο θεωρείται

ότι ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα και τα μέσα, ώστε να μπορεί να προσφέρει άσηπτες συνθήκες τοκετού, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση του νεογέννητου και υποβοήθηση εξόδου του εμβρύου. Ιδιαίτερα πρέπει να τονιστεί ότι η έγκυος θα πρέπει να ενημερωθεί για τον χρόνο που θα χρειαστεί η πιθανή επείγουσα μεταφορά της, ανάλογα με το νοσοκομείο που εφημερεύει εκείνη την ημέρα.

Τα παραπάνω, θα πρέπει, να καταγραφούν και να υπογραφούν από την επίτοκο και τον σύντροφό της ότι ενημερώθηκαν.

Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να βρίσκεται σε ετοιμότητα και σε λογική απόσταση από το σπίτι της εγκύου για την περίοδο που αναμένεται ο τοκετός.

Τέλος μετά το πέρας του τοκετού θα πρέπει να παραμείνει στο χώρο για το επιβεβλημένο χρονικό διάστημα που ορίζεται από τις αρχές της μαιευτικής δεοντολογίας και πρακτικής για τον έλεγχο του καλώς έχειν της μητέρας και του νεογνού [9].

V. Ενδείξεις μεταφοράς στο μαιευτήριο/νοσοκομείο

- Σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να μεταφέρεται η έγκυος στο μαιευτήριο/νοσοκομείο;

Σε οποιαδήποτε απόκλιση από το φυσιολογικό κολπικό τοκετό συνιστάται η μεταφορά σε μαιευτήριο/νοσοκομείο. Ενδεικτικά αναφέρονται [8,9]:

- Κεχρωσμένο 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 ομφαλίδας
- Αιμορραγία στον τοκετό
- Αιμορραγία μετά τον τοκετό
- Κατακράτηση πλακούντα
- Ρήξη περινέου 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού
- Ανάνηψη/μη ικανοποιητική κατάσταση νεογνού
- Βάρος νεογνού μικρότερο των 2500 γρ.
- Μητρική κατάρρευση
- Αυξημένη αρτηριακή πίεση μητέρας
- Πυρετός
- Επιθυμία μητέρας

VI. Σύνοψη

- Η ΕΜΓΕ θεωρεί ότι το μαιευτήριο/νοσοκομείο αποτελεί την ασφαλέστερη τοποθεσία τοκετού λόγω της ύπαρξης εξειδικευμένου και εκπαιδευμένου προσωπικού, πρωτοκόλλων ασφαλείας και εξοπλισμού.
- Η ΕΜΓΕ σέβεται το δικαίωμα κάθε γυναίκας να αποφασίζει για τον τόπο και τον τρόπο του τοκετού μετά από αναλυτική, αντικειμενική και τεκμηριωμένη ενημέρωσή της. Στην ενημέρωση αυτή θα πρέπει να αναλύονται όλα τα δεδομένα σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη του τοκετού στο σπίτι καθώς και του τοκετού στο μαιευτήριο.
- Σε περίπτωση που η έγκυος επιθυμεί τοκετό στο σπίτι, θα πρέπει να επιλέξει επαγγελματία

υγείας ο οποίος να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος, πιστοποιημένος και με ανάλογο εξοπλισμό και εμπειρία.

- Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει κατά τη διάρκεια της κύησης να κάνει λεπτομερή εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου της, βάσει του ιστορικού της γυναίκας και της παρούσας κατάστασης και να ελέγξει το χώρο του τοκετού. Οι γυναίκες που προσδιορίζονται ως χαμηλού κινδύνου δύναται να επιλέξουν τοκετό στο σπίτι κι εφόσον ο τόπος τοκετού είναι κατάλληλος. Όλα τα παραπάνω, πρέπει να καταγραφούν κι υπογραφούν.
- Πρέπει να υπάρχουν πρωτόκολλα ασφαλείας και να υπάρχει δυνατότητα άμεσης και ασφαλούς μεταφοράς σε οργανωμένο μαιευτήριο/νοσοκομείο. Η διασύνδεση εγκύου/επαγγελματία υγείας και μαιευτηρίου/νοσοκομείου πρέπει να είναι συνεχής κατά τη διάρκεια του τοκετού, αφού υπάρξει προηγούμενη αναγγελία.

VII. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (No 18/2014)

- Ενισχύεται ο πρωταρχικός ρόλος της γυναίκας στη λήψη αποφάσεων που αφορούν το ανθρώπινο δικαίωμά της στην επιλογή της τοποθεσίας τοκετού.
- Τονίζεται η κομβική σημασία της αντικειμενικής ενημέρωσης της εγκύου και του συντρόφου της για τα πιθανά οφέλη και τους κινδύνους του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι και συνιστάται η έγγραφη συναίνεσή τους.
- Παρουσιάζονται αναλυτικά τα κριτήρια για να χαρακτηριστεί μια κύηση ως χαμηλού κινδύνου, ενώ θέτονται οι προδιαγραφές ώστε ο τοκετός στο σπίτι να γίνεται με ασφάλεια για τη μητέρα και το νεογνό της.
- Σημειώνεται η ανάγκη εκπαίδευσης/πιστοποίησης των επαγγελματιών υγείας και της ενσωμάτωσης της διαδικασίας τοκετού στο σπίτι στο υπάρχον σύστημα υγείας με αντίστοιχη διασύνδεση με τα μαιευτήρια/νοσοκομεία.
- Επαναβεβαιώνεται η πεποίθηση της ΕΜΓΕ ότι στην Ελλάδα, στις περισσότερες περιπτώσεις, ο τοκετός στο μαιευτήριο αποτελεί την ασφαλέστερη επιλογή.

Ομάδα σύνταξης παρούσας οδηγίας**Παναγιώτης Μπεναρδής**

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Απόστολος Αθανασιάδης

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Θεσσαλονίκη

Κλαίρη Γουρουνητή

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής, Αθήνα

Μαριάννα Θεοδωρά

Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Αθήνα

Απόστολος Μαμόπουλος

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Θεσσαλονίκη

Ομάδα συντονισμού οδηγίων**Απόστολος Αθανασιάδης**

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Θεσσαλονίκη

Θεμιστοκλής Δαγκλής

Επίκουρος Καθηγητής

Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Θεσσαλονίκη

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

3. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health*. 2015;7:361-377. Published 2015 Apr 8. doi:10.2147/IJWH.S55561.
4. SOGC clinical practice guideline. No 372-Statement on Planned Homebirth. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41(2):223-227.
5. Roome, S, Hartz, D, Tracy, S, Welsh, AW. Why such differing stances? A review of position statements on home birth from professional colleges. *BJOG* 2016; 123: 376- 382.
6. Hutton E, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine* 2019;14: 59-70.
7. ACOG Committee Opinion No 697: Planned Home Birth, April 2017. Διαθέσιμο: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Planned-Home-Birth?IsMobileSet=false>
8. NICE Clinical Guideline CG190: Intrapartum care for healthy women and babies. Διαθέσιμο: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>.
9. ΕΜΓΕ. Κατευθυντήρια οδηγία Νο 18, Προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι, Μάιος 2014. Διαθέσιμο: <http://www.moh.gov.gr/articles/kentriko-symboyllo-ygeias-ndash-kesy/kateythynthries-odhgies/4531-kateythynthries-odhgies-kai-synaineseis-asthenwn-sth-maieytikh-kai-gynaikologia>.

VIII. Βιβλιογραφία

1. International Confederation of Midwives. Position statement: Home birth. Διαθέσιμο: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-home-birth14.pdf>.
2. European Court of Human Rights, Second Section. (2010). Case of Ternovszky v. Hungary. (Application no. 67545/09). Διαθέσιμο: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22dmdocnumber%22:%5B%22878621%22%2C%22itemid%22:%5B%22001-102254%22%5D%7D>.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναρτώνται στην επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, βασίζονται σε αντίστοιχες οδηγίες/κείμενα Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών του εξωτερικού προσαρμοσμένες στην Ελληνική πραγματικότητα και για τη σύνταξή τους χρησιμοποιούνται έγκυρες βιβλιογραφικές αναφορές.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.