



Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 67
Ιανουάριος 2025

Σε αντικατάσταση των οδηγιών 18/2014
και 26/2019

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΑ ΜΗ ΠΑΡΕΜΒΑΤΙΚΟΥ (ΦΥΣΙΚΟΥ) ΤΟΚΕΤΟΥ

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;
- Πως πρέπει να γίνει η ενημέρωση του ζευγαριού;
- Σε ποιες περιπτώσεις πρέπει να μεταφέρεται η έγκυος στο μαιευτήριο / νοσοκομείο;
- Ποιος είναι υπεύθυνος για την προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα των εγκύων και των νεογνών στα Κέντρα Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού;
- Ποιες είναι οι κατηγορίες κινδύνου με βάση τις οποίες αποφασίζεται η εισαγωγή ή μη στα Κέντρα Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού;
- Ποια είναι η διασύνδεση των Κέντρων Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού με τα οργανωμένα Νοσοκομεία / Μαιευτήρια;

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.....	3
V. Ενδείξεις μεταφοράς στο μαιευτήριο / νοσοκομείο.....	4
VI. Κέντρα Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού.....	4
VII. Συμπεράσματα	5
VIII. Πίνακες.....	6
IX. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (2019).....	12
X. Βιβλιογραφία.....	13

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 κήμα [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 ανανεώθηκε το 2019 και 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 τόπου 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 ακρί-

βειας 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]. 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].

Αντίστοιχη μετα-ανάλυση από την ίδια ερευνητική ομάδα και στον ίδιο πληθυσμό 500.000 τοκετών στο σπίτι, έδειξε ότι μεταξύ γυναικών χαμηλού κινδύνου, αυτές που προτίθενται να γεννήσουν στο σπίτι υπόκεινται σε λιγότερες επεμβατικές παρεμβάσεις και ανεπιθύμητα αποτελέσματα (καισαρικές τομές, επεμβατικούς τοκετούς, επισκληρίδιο αναισθησία, επισιοτομίες, 3/4ου βαθμού ρήξεις περινέου, πρόκληση με οκυτοκίνη, λοιμώξεις) σε σχέση με αυτές που προτίθενται να γεννήσουν στο νοσοκομείο ενώ και για τις αιμορραγίες, η πιθανότητα είναι η ίδια ή μικρότερη [7].

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 κύσεις 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

IV. Προετοιμασία τοκετού, ενημέρωση ζεύγους και διεκπεραίωση τοκετού

- Ποια είναι η κατάλληλη προετοιμασία για ασφαλή προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι;
- Πως 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 αναγκαιού 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, 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]:

- Κεχωσμένο αμνιακό υγρό
- Μη καθησυχαστική διαλείπουσα ακρόαση παλμών ή καρδιοτοκογράφημα
- Παράταση 1ου ή 2ου σταδίου τοκετού
- Επιθυμία/ανάγκη για ισχυρότερη αναλγησία
- Ανώμαλη προβολή εμβρύου

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

VI. Κέντρα Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού

- Ποιος είναι υπεύθυνος για την προγεννητική και περιγεννητική φροντίδα των εγκύων και των νεογνών στα Κέντρα Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού;
- Ποιες είναι οι κατηγορίες κινδύνου με βάση τις οποίες αποφασίζεται η εισαγωγή ή μη στα Κέντρα Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού;
- Ποια είναι η διασύνδεση των Κέντρων Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού με τα οργανωμένα Νοσοκομεία / Μαιευτήρια;

Παρότι ο όρος "φυσικός τοκετός" χρησιμοποιείται στην καθομιλουμένη, σημειώνεται ότι ο ορθός ιατρικός όρος είναι "μη παρεμβατικός τοκετός".

Με βάση τον νόμο 4999/2022 και την επακόλουθη ΚΥΑ Γ2α/οικ. 36395/2024 καθορίζονται οι όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Φυσικού Τοκετού (ΚΦΤ) [10].

Στα ΚΦΤ παρέχονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας σε υγιείς εγκύους, κατηγορίας χαμηλού και πιθανού κινδύνου, επιτόκους, λεχώνες, καθώς και σε νεογνά, στο πλαίσιο των επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας.

Υπηρεσίες φυσικού (μη παρεμβατικού) τοκετού δύνανται να παρέχονται αφενός εντός των κτηριακών συγκροτημάτων των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) (Δημόσια Κέντρα Φυσικού Τοκετού), υπό την προϋπόθεση ότι διαθέτουν Μαιευτικό - Γυναικολογικό Τμήμα, και αφετέρου εντός των ιδιωτικών κλινικών (Ιδιωτικά Κέντρα Φυσικού Τοκετού), υπό την προϋπόθεση ότι διαθέτουν Τμήμα Μαιευτικών Επεμβάσεων. Επιπλέον, υπηρεσίες μη παρεμβατικού τοκετού δύνανται να παρέχονται και από ιδιωτικούς φορείς (Ανεξάρτητα Κέντρα Φυσικού Τοκετού), ως φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, εποπτεύονται από την κατά τόπον αρμόδια Περιφέρεια και διασυνδέονται με τα δημόσια νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές.

Τα Κέντρα οργανώνονται και λειτουργούν με βάση το «Μαιοκεντρικό Μοντέλο Φροντίδας». Ο Μαιευτής ή η Μαία αποτελεί τον κύριο επαγγελματία υγείας, που έχει την ευθύνη για τις υπηρεσίες προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας. Στα Κέντρα εφαρμόζονται αποκλειστικά πρακτικές που προσήκουν στον ανεπίπλεκτο τοκετό, συμπεριλαμβανομένων των τεχνικών της επισιτομής και συρραφής περινέου, ενώ δεν παρέχεται επισκληρίδιος ή άλλου είδους αναισθησία στις επιτόκους.

Οι γυναίκες γίνονται δεκτές για εισαγωγή σε ΚΦΤ κατόπιν σχετικής αιτήσεώς τους και αξιολόγησης της φυσικής και σωματικής τους κατάστασης από μαιευτική ομάδα και από μαιευτήρα-γυναικολόγο. Αναλόγως των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης, κατατάσσονται σε τρεις (3) κατηγορίες κινδύνου: χαμηλό, πιθανό και υψηλό, σύμφωνα με τους πίνακες 3,4 και 5.

Στην κατηγορία χαμηλού κινδύνου εμπίπτουν οι έγκυες όπου το ΚΦΤ ενδείκνυται και αποτελεί ασφαλή επιλογή για τη φροντίδα τους. Στην κατηγορία πιθανού κινδύνου εμπίπτουν οι έγκυες όπου κρίνεται απαραίτητη, πριν από την εισαγωγή τους σε ΚΦΤ, η αξιολόγησή τους. Στην κατηγορία υψηλού κινδύνου εμπίπτουν οι έγκυες όπου, για λόγους υγείας, αντενδείκνυται η εισαγωγή ή παραμονή στο ΚΦΤ και ο τοκετός θα πρέπει να πραγματοποιηθεί εντός αίθουσας τοκετών οργανωμένου νοσοκομείου ή κλινικής.

VII. Συμπεράσματα

- Με τα σημερινά δεδομένα, η ΕΜΓΕ θεωρεί ότι το μαιευτήριο/νοσοκομείο αποτελεί την ασφαλέστερη τοποθεσία τοκετού λόγω της ύπαρξης εξειδικευμένου και εκπαιδευμένου προσωπικού, πρωτοκόλλων ασφαλείας και εξοπλισμού.
- Τα κέντρα μη παρεμβατικού (φυσικού) τοκετού θα πρέπει να λειτουργήσουν με εξειδικευμένο και εκπαιδευμένο προσωπικό, πρωτοκόλλα 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 δύνανται 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 μαιευτήριου/νοσοκομείου πρέπει να είναι συνεχής κατά τη διάρκεια του τοκετού, αφού υπάρξει προηγούμενη αναγγελία.

VIII. Πίνακες

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

Παράγοντας	Κατάσταση
Καρδιαγγειακός	Επιβεβαιωμένη καρδιολογική πάθηση, υπέρταση
Αναπνευστικός	Άσθμα 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 $100 \times 10^9 / \text{lt}$, 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, Τοξοπλάσμωση 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 ενδοноσοκομειακής 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	Άτυπα 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, ελκώδης 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, ινομώματα

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Έγκυες χαμηλού κινδύνου

Κριτήρια καταλληλότητας / ένταξης (green criteria)
Ηλικία της εγκύου ≥18 ετών κατά την πρώτη επίσκεψη και <40 ετών κατά την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης
Μονήρης κύηση
Τελειόμηνη κύηση (≥37 εβδομάδων κύησης και ≤40 ⁺⁶ εβδομάδων κύησης)
Κεφαλική προβολή εμβρύου
Τόκος 1 ^{ος} -4 ^{ος}
Αυτόματη έναρξη τοκετού
Άρρηκτο θυλάκιο ή ερρηγμένο για ≤24 ώρες από την έναρξη του τοκετού
Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) πριν από την εγκυμοσύνη ≥18 και ≤35 kg/m ²
Ελεύθερο ιστορικό από μαιευτικά επείγοντα προηγούμενων κυήσεων όπως, αιμορραγία 3 ^{ου} σταδίου, δυστοκία ώμων κ.ο.κ.
Πραγματοποίηση δύο υπερηχογραφημάτων μεταξύ 18-22 και 32-36 εβδομάδων κύησης
Πραγματοποίηση σειράς αιματολογικών εξετάσεων κατά την έναρξη της φροντίδας, εάν δεν έχουν ήδη πραγματοποιηθεί στην αρχή της εγκυμοσύνης. Οι εξετάσεις θα περιλαμβάνουν πλήρη αιματολογικό έλεγχο, ομάδα αίματος και Rhesus
Τιμή Αιμοσφαιρίνης (Hb) ≥10 g/dl κατά την 36 ^η εβδομάδα κύησης

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Έγκυες πιθανού (μέτριου) κινδύνου

Χαρακτηριστικά	Κριτήρια αξιολόγησης (<i>amber criteria</i>)
Καρδιαγγειακές παθήσεις	Καρδιοπάθεια που δεν επηρεάζει τον τοκετό
Αιματολογικές παθήσεις	Άτυπα αντιγονικά συστήματα που δεν μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή αιμολυτική νόσο
Λοιμώδεις ασθένειες	<ul style="list-style-type: none"> Β-αιμολυτικός στρεπτόκοκκος ομάδας Β (group B strep ή GBS) υπό αντιβιοτική θεραπεία κατά τη διάρκεια του τοκετού Ηπατίτιδα Β ή/και C με φυσιολογικά εργαστηριακά ευρήματα και λειτουργία του ήπατος
Ενδοκρινολογικές παθήσεις	Όλες οι ενδοκρινικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένου του υποθυρεοειδισμού και του διαβήτη υπό δίαιτα
Σκελετικές/Νευρολογικές παθήσεις	<ul style="list-style-type: none"> Ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης Ιστορικό καταγμάτων λεκάνης Νευρολογικά ελλείμματα Ρευματοειδής αρθρίτιδα χωρίς έξαρση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης Σκλήρυνση κατά πλάκας (πρέπει να αποφεύγεται ο παρατεταμένος τοκετός)
Γαστρεντερικές παθήσεις	<ul style="list-style-type: none"> Ηπατική νόσος που δεν επηρεάζεται από τον τοκετό Νόσος Crohn/Ελκώδης κολίτιδα, χωρίς ανάπτυξη της νόσου κατά τη διάρκεια της κύησης
Επιπλοκές σε προηγούμενη κύηση	<ul style="list-style-type: none"> Αιμορραγία μετά τον τοκετό $\geq 1000\text{ml}$ (Προτείνεται η ενεργή αντιμετώπιση του 3^{ου} σταδίου του τοκετού) Εκτεταμένο περινεϊκό τραύμα, ρήξεις 3^{ου}/4^{ου} βαθμού Μαιευτική χολόσταση σε προηγούμενη εγκυμοσύνη Περιγεννητική/Νεογνική απώλεια με γνωστή μη υποτροπιάζουσα αιτία, π.χ. μια εμβρυϊκή ανωμαλία Νεογνό με βάρος γέννησης $>4.5\text{kg}$ Δυστοκία ώμων Ιστορικό νεογνού που χρειάστηκε μετάγγιση αίματος

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Έγκυες πιθανού (μέτριου) κινδύνου

Χαρακτηριστικά	Κριτήρια αξιολόγησης (amber criteria)
Παρούσα εγκυμοσύνη	<ul style="list-style-type: none"> • Ηλικία κύησης 41-41⁺⁶ • Τόκος 5^{ος} • Αιμορραγία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης • Δείκτης μάζας σώματος πριν την εγκυμοσύνη $\geq 36-39 \text{ kg/m}^2$ • Αναμία Hb= 8.5-10g/dl, MCV<80, Αιμοπετάλια ≥ 80 και $<100 \times 10^3 \text{ml}$ • Μειωμένες εμβρυικές κινήσεις το τελευταίο 24ωρο • Δύο ή περισσότερα επεισόδια μειωμένων εμβρυικών κινήσεων μετά τις 34 εβδομάδες <p>Στις τελευταίες δύο περιπτώσεις, εάν έχουν παρουσιαστεί δύο ή περισσότερα επεισόδια μειωμένων εμβρυικών κινήσεων μετά από τις 34 εβδομάδες κύησης ή αν έχουν αναφερθεί μειωμένες εμβρυικές κινήσεις τις τελευταίες 24 ώρες από την εισαγωγή, θα πρέπει να διενεργηθεί καρδιοτοκογράφημα και υπερηχογράφημα στη μονάδα διασύνδεσης πριν την εισαγωγή στο Κέντρο Φυσικού Τοκετού και να γίνει η εισαγωγή της</p>
Εμβρυικές ενδείξεις	<ul style="list-style-type: none"> • Εμβρυικές ανωμαλίες • Κλινική ή υπερηχογραφική υποψία μακροσωμίας
Γυναικολογικό ιστορικό	<ul style="list-style-type: none"> • Ινομώματα (ανάλογα με το μέγεθος και τη θέση τους). Στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να γίνει συζήτηση με τον μαιευτήρα-γυναικολόγο (εάν δεν υπάρχει ήδη τεκμηριωμένο πλάνο τοκετού) σχετικά με το μέγεθος και τη θέση του ινομώματος και πώς μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη του τοκετού • Χειρουργική επέμβαση για ακράτεια ούρων ή κοπράνων

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Έγκυες υψηλού κινδύνου

Χαρακτηριστικά	Κριτήρια αποκλεισμού από το Κέντρο φυσικού Τοκετού (Αντενδείξεις - red criteria)
Τρέχουσα εγκυμοσύνη	<ul style="list-style-type: none"> • Πολύδυμη κύηση. • Προδρομικός πλακούντας. • Πολυτοκία (≥ 6). • Ανώμαλη προβολή (μετωπική, προσωπική, ωμική). • Εγκάρσιο σχήμα εμβρύου. • Ισχιακή προβολή. • Προεκλαμψία ή υπέρταση. • Πρόωρος τοκετός ή πρόωρη ρήξη υμένων. • Πρόκληση τοκετού, • Αποκόλληση πλακούντα. • Παρουσία μηκωνίου στο αμνιακό υγρό [εάν έχει συμβεί Αυτόματη Ρήξη θυλακίου (ARΘ)].

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Έγκυες υψηλού κινδύνου (συνέχεια)

Χαρακτηριστικά	Κριτήρια αποκλεισμού από το Κέντρο φυσικού Τοκετού (Αντενδείξεις - red criteria)
Τρέχουσα εγκυμοσύνη	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατεταμένη Αυτόματη Ρήξη Θυλακίου (ΑΡΘ) >24 ώρες. Εάν η ΑΡΘ είναι >24 ώρες, αλλά κατά την ενεργό φάση του τοκετού, το Κέντρο Τοκετού αποτελεί μια ασφαλή επιλογή, ωστόσο, οποιαδήποτε καθυστέρηση στην πρόοδο ή κλινικά σημάδια λοίμωξης θα πρέπει να καθιστούν αναγκαία την άμεση μεταφορά σε αίθουσα τοκετών οργανωμένου νοσοκομείου/κλινικής. Οι νεογνικές παρατηρήσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται μεταγεννητικά για 12 ώρες τουλάχιστον, συστηματικά, όπως ορίζουν οι αντίστοιχες διεθνείς οδηγίες. • Αναιμία (Hb <8.5 g/dl) κατά την έναρξη του τοκετού. • Επιβεβαιωμένος ενδομήτριος θάνατος. • Κατάχρηση ουσιών/χρήση ναρκωτικών κατά την εγκυμοσύνη. • Εξάρτηση από παράνομα ή συνταγογραφούμενα ναρκωτικά (εντός των τελευταίων 12 μηνών). • Εκτεταμένη χρήση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, • Διαβήτης κύησης υπό ινσουλίνη. • ΔΜΣ ≥40 kg/m² κατά την έναρξη της κύησης. • ΔΜΣ >35 kg/m² κατά την έναρξη της κύησης, εάν πρόκειται για πρωτότοκο. • Υποτροπιάζουσα προγεννητική αιμορραγία. • Μικρό για την ηλικία κύησης έμβρυο (μικρότερη από τη 10^η εκατοστιαία δέση). • Μεγάλο για την ηλικία κύησης έμβρυο (εκτιμώμενο βάρος εμβρύου μεγαλύτερο από την 90^η εκατοστιαία δέση). • Ανώμαλος εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός. • Υπερηχογραφική διάγνωση ολιγο-υδράμιου. • Ευγενείς ή επίκτητες ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας. • Ινομώματα {τραχηλικά, πολλαπλά >2, υποβλεννογόνια > 4cm σε μέγεθος}. • Παράταση κύησης ≥42 εβδομάδες.
Επιπλοκές από προηγούμενες κύσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Ανεξήγητη θνησιγένεια/νεογνικός θάνατος. • Προηγούμενος θάνατος εμβρύου που σχετίζεται με επιπλοκή κατά τον τοκετό. • Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα. • Ατονία μήτρας, αιμορραγία 3^{ου} σταδίου. • Προηγούμενο παιδί με νεογνική εγκεφαλοπάθεια. • Προεκλαμψία που οδήγησε σε πρόωρο τοκετό. • Εκλαμψία, σπασμοί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Έγκυες υψηλού κινδύνου

Χαρακτηριστικά	Κριτήρια αποκλεισμού από το Κέντρο φυσικού Τοκετού (Αντενδείξεις - red criteria)
Καρδιαγγειακό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> • Επιβεβαιωμένη καρδιακή νόσος με επίπτωση στην εξέλιξη του τοκετού. • Αίσθημα παλμών - παρατεταμένο, συμπτωματικό ή σχετιζόμενο με άλλα σημαντικά συμπτώματα.
Αναπνευστικό σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> • Άσθμα που απαιτεί επιπρόσθετη φαρμακευτική αντιμετώπιση ή νοσοκομειακή νοσηλεία. • Κυστική ίνωση.
Αιματολογικά προβλήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Αιμοσφαιρινοπάθειες: δρεπανοκυτταρική νόσος, Ομόζυγη ή Μείζονα Θαλασσαιμία. • Ιστορικό θρομβοεμβολικών διαταραχών. • Προηγούμενο ιστορικό εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης (DVT) ή πνευμονικής εμβολής. • Αυτοάνοση θρομβοπενική πορφύρα (ITP) ή άλλη διαταραχή των αιμοπεταλίων ή αριθμός αιμοπεταλίων <100.000/ml. • Αιμορραγική διαταραχή στη γυναίκα ή στο αγέννητο παιδί. • Άτυπα αντισώματα που ενέχουν κίνδυνο αιμολυτικής νόσου του νεογνού.
Ενδοκρινικό Σύστημα-Παθήσεις	<ul style="list-style-type: none"> • Υπερθυρεοειδισμός • Μη ρυθμισμένος υποθυρεοειδισμός • Διαβήτης Τύπου 1 - 2 • Προϋπάρχουσα ενδοκρινική διαταραχή (συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Addison και του Συνδρόμου Cushing)
Λοιμώξεις	<ul style="list-style-type: none"> • Ηπατίτιδα Β, C με εκτός φυσιολογικών τιμών ηπατική λειτουργία. • Τρέχουσα ενεργή λοίμωξη. • Κυτταρομεγαλοϊός - επαναλαμβανόμενη λοίμωξη. • Λοίμωξη HIV, ανεξάρτητα από το ιικό φορτίο • Λίστερωση που αποκτήθηκε κατά το πρώτο ή το δεύτερο τρίμηνο κύησης. • Ερυθρά - υποτροπιάζουσα λοίμωξη. • Σύφιλη. • Τοξοπλάσωση - οξεία λοίμωξη κατά το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο (και υπό θεραπεία). • Φυματίωση - ενεργός ή υπό θεραπεία. • Ιός Ζίκα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Έγκυες υψηλού κινδύνου (συνέχεια)

Χαρακτηριστικά	Κριτήρια αποκλεισμού από το Κέντρο φυσικού Τοκετού (Αντενδείξεις - red criteria)
Νεφρική δυσλειτουργία	<ul style="list-style-type: none"> • Διαταραγμένη ή ανεπαρκής νεφρική λειτουργία. • Νεφρική νόσος που απαιτεί παρακολούθηση από ειδικό νεφρολόγο.
Νευρολογικά προβλήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Επιληψία • Μυασθένεια Gravis • Προηγούμενο Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
Γαστρεντερικά προβλήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Ηπατική νόσος που σχετίζεται με τρέχουσες, μη φυσιολογικές εξετάσεις για την ηπατική λειτουργία. • Μαιευτική χολόσταση. • Ιστορικό Βαριατρικού χειρουργείου. • Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (νόσος του Crohn, ελκώδης κολίτιδα).
Ψυχιατρικά νοσήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχιατρική διαταραχή που απαιτεί ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. • Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπέρ κινητικότητας (ΔΕΠΥ-ADHD) υπό φαρμακευτική αγωγή. • Διπολική διαταραχή I. • Σχιζοφρένεια • Καταστάσεις που απαιτούν συνεχή αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή
Αυτοάνοσα νοσήματα	<ul style="list-style-type: none"> • Ρευματοειδής αρθρίτιδα non απαιτεί θεραπεία • Σύνδρομο Ehlers - Danlos • Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ) • Σκληρόδερμα (συστηματική σκλήρυνση)

ΙΧ. Τι αλλάζει από την προηγούμενη κατευθυντήρια οδηγία της ΕΜΓΕ (2019)

- 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.
- Ενσωματώνονται οι διατάξεις για την ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Μη Παρεμβατικού (Φυσικού) Τοκετού.
- Επαναβεβαιώνεται η πεποίθηση της ΕΜΓΕ ότι στην Ελλάδα, στις περισσότερες περιπτώσεις, ο τοκετός στο μαιευτήριο αποτελεί την ασφαλέστερη επιλογή.

X. 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%22itemid%22:%5B%22001-102254%22%22%7D>
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-maieytkh-kai-gynaikologia>
10. Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ2α/οικ. 36395/2024, ΦΕΚ 4109/Β/15-07-2024. Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Φυσικού Τοκετού. Διαθέσιμο: <https://www.e-nomothesia.gr/kat-yegeia/kya-g2a-oik-36395-2024.html>

Ομάδα σύνταξης παρούσας οδηγίας

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Κλαίρη Γουρουντή

Μαία, Αθήνα

Μαριάννα Θεοδωρά

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Απόστολος Μαμόπουλος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Ομάδα συντονισμού οδηγιών

Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

Βασίλειος Περγιαλιώτης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

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.