Poród w szpitalu czy w domu – aktualny problem współczesnego położnictwa

- Umieralność okołoporodowa wśród noworodków urodzonych w warunkach domowych i w szpitalu – bezpieczeństwo porodów pozaszpitalnych
- Poród w domu w świetle najnowszych badań naukowych i stanowisk towarzystw naukowych
- Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w sprawie miejsca prowadzenia porodu

Medical Tribune Polska



dr n. med.
Maria Prośniewska-Obsada



dr n. med.
Katarzyna Sobczuk



dr n. med.
Bogumił Jaczewski



prof. dr hab. n. med.
Jarosław Kalinka

Klinika Perinatologii, I Katedra Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

kontakt@medical-tribune.pl

Miejsce porodu – w domu czy w szpitalu – jest przedmiotem dyskusji środowisk medycznych, lekarzy, położnych, jak również organizacji i stowarzyszeń w wielu krajach. Określenie niezbędnych warunków oraz kryteriów kwalifikacji ciężarnej do planowanego porodu w warunkach domowych bądź szpitalnych stało się wyzwaniem podejmowanym przez wielu autorów, co widać w światowym piśmiennictwie.

Zwolennicy porodu w domu podkreślają, że jest to naturalne, intymne, rodzinne wydarzenie, które przez wieki odbywało się w tym miejscu. Zdaniem niektórych autorów warunki szpitalne narzucają nadmierną kontrolę nad porodem oraz dodatkowe, często niepotrzebne, procedury, które zakłócają naturalny proces rodzenia i zamieniają poród w zdarzenie medyczne. Uważają również, że narodziny w domu pozbawione są uciążliwych, a nawet – w ich przekonaniu – zbędnych interwencji medycznych, takich jak: kardiotokografia, nacięcie krocza, cięcie cesarskie, znieczulenie zewnątrzoponowe[1-3]. Podkreślają również większą satysfakcję rodzących poza szpitalem oraz opowiadają się za bezpieczeństwem takich porodów[2,4-6].

Natomiast przeciwnicy porodów domowych zwracają przede wszystkim uwagę na prawdopodobne zagrożenia dla zdrowia i życia matki oraz dziecka, które mogą pojawić się podczas porodu poza szpitalem. Wynikają one z braku możliwości podjęcia, koniecznej w przypadku powikłań, natychmiastowej interwencji medycznej. Autorzy ci podkreślają, że nawet po pierwotnym wykluczeniu ciąży podwyższonego ryzyka na każdym etapie porodu może wystąpić nagła potrzeba wdrożenia procedury zabiegowej[7-9]. Są zatem sceptyczni wobec założenia, że kryterium braku położniczych czynników ryzyka jest wystarczające, aby zakwalifikować kobietę do bezpiecznego porodu w warunkach domowych.

Poród domowy w świetle badań

Van der Kooy i wsp.[5] w opublikowanej w 2017 roku pracy porównali planowe porody w domu z planowymi porodami w szpitalu oraz zbadali różnice w zakresie podejmowanych interwencji medycznych. Przeanalizowali dane z lat 2000-2007 pochodzące z holenderskiego rejestru okołoporodowego (PRN – Netherlands Perinatal Registry) dotyczące 693 592 porodów. Zwrócili uwagę na czynniki ryzyka w wywiadzie położniczym jako kryterium kwalifikacji do możliwości wyboru przez rodzącą miejsca porodu. Z badania wykluczono 13 384 ciężarne z grup średniego ryzyka (kobiety z wywiadem krwotoku poporodowego oraz ze współistniejącą otyłością). Badacze zaobserwowali wyższy wskaźnik umieralności okołoporodowej noworodków podczas planowanych porodów domowych. Autorzy dla porównania względnych korzyści i ryzyka porodu w warunkach domowych i szpitalnych wzięli pod uwagę częstość interwencji śródporodowych (porody zabiegowe, cięcie cesarskie) oraz współczynnik umieralności okołoporodowej, która została zdefiniowana jako umieralność śródporodowa i wczesna umieralność noworodków do 7 dni po porodzie. W przedstawionym badaniu odsetek interwencji medycznych (konieczność operacyjnego ukończenia porodu drogą pochwową lub wykonanie cięcia cesarskiego), szczególnie u wieloródek, był znacząco niższy w planowych porodach domowych w porównaniu z porodami szpitalnymi (10,9% vs 13,8%, p <0,001). Umieralność okołoporodowa wyniosła 0,15% dla porodów domowych i 0,18% dla planowanych porodów szpitalnych (p <0,001). Ponadto autorzy zauważyli, że obecność czynników ryzyka dotyczących zarówno matki, jak i dziecka, z wyjątkiem izolowanej zbyt małej masy ciała płodu w stosunku do wieku ciążowego (SGA – small for gestational age), powoduje znaczący wzrost umieralności okołoporodowej noworodków (11,69% vs 0,05%, p <0,05) w porównaniu z grupą bez czynników ryzyka. W konkluzji autorzy zauważają, że ewentualne korzyści wynikające ze zmniejszenia interwencji medycznych w grupie rodzących w domu związane są jednak z większą umieralnością noworodków[5].

Również angielscy badacze porównywali wyniki okołoporodowe i interwencje medyczne podczas porodu w zależności od planowanego miejsca narodzin dziecka. Do badania zostały zakwalifikowane kobiety w ukończonym 37 tygodniu ciąży, bez współistniejących czynników ryzyka. Autorzy zwrócili uwagę, że u wieloródek poród zaplanowany w domu wiązał się ze znacząco mniejszą liczbą interwencji medycznych niż u kobiet planujących poród na oddziale położniczym, jednak nie miał wpływu na wyniki okołoporodowe. Natomiast w grupie pierwiastek rodzących w domu częściej występowały powikłania okołoporodowe (9,5% vs 2%), takie jak: martwe porody i wczesne zgony noworodków, encefalopatia noworodków, zespół aspiracji smółki, uszkodzenie splotu ramiennego, złamanie kości ramiennej lub złamanie obojczyka. Kobiety rodzące po raz pierwszy częściej również wymagały transportu do ośrodków położniczych przed urodzeniem dziecka lub po porodzie (36-45%) w porównaniu z wieloródkami rodzącymi poza szpitalem (9-13%)[6].

Z kolei w klinice położnictwa i ginekologii uniwersytetu w Brescii we Włoszech przeanalizowano dane z lat 2000-2017 dotyczące zakończenia ciąży małego ryzyka pod względem planowanego miejsca urodzenia dziecka. Z badania wykluczono pacjentki w ciąży dużego ryzyka oraz z chorobami współistniejącymi. Kobiety, które rodziły w domu, stanowiły 32,6% przebadanej grupy, rzadziej wymagały interwencji medycznych (operacyjnego ukończenia porodu, wykonania cięcia cesarskiego) w porównaniu z rodzącymi w szpitalu (iloraz szans [OR – odds ratio] 0,61; 95% przedział ufności [CI – confidence interval] 0,55-0,67). U rodzących w domu odnotowano też mniejsze ryzyko krwotoku poporodowego niż u rodzących w szpitalu (OR 0,69; 95% CI 0,634-0,755). Obie grupy były podobne pod względem zachorowalności i umieralności niemowląt. Autorzy pracy podkreślają również, że konieczne są dalsze badania oceniające bezpieczeństwo porodów w domu[4].

Olsen i wsp.[10] porównali porody w szpitalu z porodami w domu (w asyście doświadczonych położnych i przy dostępie do zaplecza medycznego) u wybranych kobiet w ciąży niskiego ryzyka. W tym celu przeanalizowali bazę Cochrane dwukrotnie: pierwszy raz w 1998 roku i ponownie w 2012 roku. Analizowali takie zmienne, jak: częstość porodów drogą pochwową w asyście położnej, odsetek cięć cesarskich, zapotrzebowanie na środki przeciwbólowe (tlen, tlenek azotu, petydyna), potrzeba nacięcia i szycia krocza, możliwość przystawienia dziecka do piersi zaraz po urodzeniu oraz wpływ wybranego miejsca porodu na satysfakcję matki. Na

Medical Tribune Polska

podstawie prześledzonych badań obserwacyjnych autorzy sugerują, że planowane porody w szpitalu nie są bezpieczniejsze od planowanych porodów domowych (w asyście doświadczonej położnej, ze współpracującym wsparciem medycznym), natomiast mogą prowadzić do większej liczby zbędnych interwencji medycznych, a nawet do powikłań. Zidentyfikowano 6 badań, w których porównano poród w domu z porodem w szpitalu, z czego jedynie 2 (Hendrix 2009 i Dowswell 1996) były randomizowane, a tylko jedno badanie (Dowswell z udziałem 11 kobiet [sic!]) mogło zostać włączone do analizy. Badana grupa była zbyt mała, dlatego też uzyskane dane nie pozwoliły na wyciągnięcie wniosków dotyczących bezpieczeństwa porodów w domu. Autorzy stwierdzili jedynie, że kobiety mieszkające w obszarach, gdzie nie ma dostatecznego dostępu do wiedzy na temat porodów w domu, chętnie otrzymałyby więcej informacji opartych na dobrze zaplanowanych badaniach naukowych umożliwiających świadomy wybór miejsca porodu[10].

W innym badaniu porównywano zachorowalność oraz umieralność okołoporodową noworodków w grupie kobiet w ciąży małego ryzyka, które zdecydowały się na poród w domu, z dziećmi matek, które rodziły w szpitalu. Przeszukano bazy danych od roku 1990 do roku 2018. Badacze uwzględnili podział na umieralność okołoporodową, która obejmowała łącznie martwe urodzenia i wczesne zgony noworodków w ciągu pierwszych 7 dni życia, oraz umieralność noworodków definiowaną jako zgony w 0-28 dobie życia żywo urodzonych dzieci. Dodatkowo wyniki obejmowały przypadki resuscytacji noworodków oraz leczenia na oddziałach intensywnej terapii. W metaanalizie uwzględniono 14 badań, łącznie przeanalizowano ponad 500 000 porodów. Okazało się, że wśród pierwiastek planujących poród w domu w asyście położnych dobrze zintegrowanych z systemem opieki zdrowotnej ryzyko względne (RR – relative risk) umieralności okołoporodowej noworodków w porównaniu z porodami w szpitalu wynosiło 1,07 (95% CI 0,70-1,65), a w systemach gorzej zintegrowanych RR = 3,17 (95% CI 0,73-13,76). U wieloródek planujących poród w warunkach domowych w systemach dobrze zintegrowanych szacowane ryzyko w porównaniu z porodami w warunkach szpitalnych wynosiło 1,08 (95% CI 0,84-1,38), w systemach gorzej zintegrowanych zaś OR = 1,58 (95% CI 0,50-5,03). Przedstawione dane pokazują, że w systemach gorzej zintegrowanych istniała korelacja z ryzykiem umieralności okołoporodowej, jednak otrzymane wartości nie osiągnęły istotności statystycznej. Natomiast w przypadku systemów zintegrowanych z dobrym dostępem położnych do służb ratunkowych, konsultacji i z możliwością pilnego przeniesienia rodzącej na wyższy poziom opieki wyniki kobiet planujących porody domowe były korzystniejsze.

We wnioskach autorzy stwierdzają, że ryzyko umieralności okołoporodowej noworodków nie różni się od siebie w przypadku porodów planowanych w domu czy w szpitalu. Zaznaczają jednak, że międzynarodowe towarzystwa naukowe nie ustaliły jednego konsensusu i wymagane jest badanie randomizowane przeprowadzone na dużej grupie kobiet potwierdzające powyższe wyniki.

Ryzyko umieralności okołoporodowej noworodków w grupie kobiet w ciąży małego ryzyka, które planują poród w domu, wydaje się podobne do ryzyka w populacji ciężarnych planujących poród w szpitalu[11].

Henderson i wsp. przeanalizowali zagadnienie porodów domowych vs porodów w szpitalu od strony ekonomicznej. Przyjęli założenie, że kwalifikacja do porodu domowego kobiet w ciąży niepowikłanej może pomóc obniżyć koszty opieki nad ciężarną. Autorzy przeanalizowali 11 badań z Wielkiej Brytanii, USA, Australii i Kanady. Zużycie środków i niezbędnego sprzętu było mniejsze podczas porodów domowych ze względu na niższy odsetek interwencji i krótszy czas opieki nad rodzącą.

W badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii wykazano, że koszt zużycia środków może być jednak wyższy w przypadku porodów domowych ze względu na potrzebę zatrudnienia bardziej wykwalifikowanych położnych od tych zatrudnionych na oddziałach położniczych. W podsumowaniu autorzy podkreślają, że piśmiennictwo dotyczące zagadnienia porodów domowych jest bardzo skąpe. Różne wnioski wyciągnięte na podstawie pojedynczych badań mogą wynikać z odmiennych metod prowadzenia badań, różnic w systemach opieki zdrowotnej i uwzględnionych kosztach. Konieczne są dalsze badania nad kosztami alternatywnych miejsc porodu[12].

Dotychczasowe dane są niewystarczające, żeby jednoznacznie stwierdzić, że poród zaplanowany w domu, przy spełnieniu określonych kryteriów, jest procedurą bezpieczną zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Dlatego jest to nadal temat budzący liczne kontrowersje.

Zarówno na świecie, jak i w Polsce (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej) kobieta ma prawo do wyboru miejsca porodu w szpitalu lub poza nim. Eksperci podkreślają, że warunkiem kwalifikacji ciężarnej przez lekarza położnika do porodu w domu jest brak jakichkolwiek czynników ryzyka położniczego[4-6,13,14].

Poród planowany w domu u kobiet w niepowikłanej ciąży popierają towarzystwa lekarskie i położnych w Wielkiej Brytanii oraz położne z towarzystw w Australii, Nowej Zelandii i Kanady[7,8]. Dane pochodzące z dużych badań przeprowadzonych w tych krajach sugerują, że porodom domowym, w których uczestniczyły położne, nie towarzyszyło zwiększone ryzyko niekorzystnych wyników okołoporodowych w stosunku do porodów w szpitalu. Należy jednak podkreślić, że grupy porównywane w powyższych analizach były niereprezentatywne ze względu na brak wystandaryzowanych metod uzyskiwania danych. Dlatego też towarzystwo położników i ginekologów z Kanady nie zajmuje konkretnego stanowiska w sprawie porodów domowych oraz zachęca do dalszych badań oceniających ich bezpieczeństwo. Warto zwrócić uwagę, że odsetek rodzących w domu w tych krajach jest nadal stosunkowo niewielki. Z danych z 2017 roku wynika, że w Kanadzie, Wielkiej Brytanii i Nowej Zelandii około 2% porodów odbywa się w domu, z czego najwyższy odsetek – blisko 3% – dotyczy ciężarnych w wieku 35-39 lat, natomiast w Australii odnotowano 0,3% porodów domowych. Dla porównania w Polsce tylko 0,09% kobiet rodzi poza szpitalem.

Medical Tribune Polska

W czasopiśmie „American Journal of Obstetrics and Gynecology" ukazał się artykuł mający na celu ustanowienie wytycznych opartych na dowodach naukowych (EBM – evidence based medicine) dotyczących prowadzenia porodu. Autorzy sceptycznie podchodzą do porodów w domu, co argumentują brakiem dobrze przeprowadzonych badań i niewystarczającą ilością danych. Prawdopodobnie z powodu braku danych opinie dotyczące bezpieczeństwa porodu w domu różnią się w krajach zachodnich – według danych na 2008 rok w Danii około 30% porodów odbyło się w domu, podczas gdy <1% porodów domowych było w USA. Autorzy zgodni są natomiast co do tego, że ciężarne ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka powinny rodzić w szpitalu[15].

Według najnowszych doniesień z piśmiennictwa w Holandii odnotowano stale zmniejszający się odsetek (do 17% wszystkich porodów) porodów domowych[5]. Jednocześnie van der Kooy i wsp. w swojej pracy zwrócili uwagę, że w tym kraju wskaźnik umieralności okołoporodowej noworodków okazał się jednym z najwyższych w Europie, chociaż różnica występuje głównie w przypadku porodów przedwczesnych. Według autorów wzrost umieralności okołoporodowej noworodków może mieć związek z opóźnionym czasem interwencji spowodowanym podróżą z domu do szpitala u pacjentek z powikłaniami w czasie porodu[5].

Amelink-Verburg i wsp. stwierdzili, że około 3,6% kobiet w ciąży małego ryzyka pozostających na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej pod nadzorem położnej (SLMC – start of labour under midwifery care) wymagało pilnego skierowania do szpitala. W latach 2001-2003 zbadano 280 097 kobiet, z których 67,5% rodziło pod opieką położnej. Autorzy oszacowali powikłania na różnych etapach porodu, które wiązały się z koniecznością natychmiastowej diagnostyki lub leczenia. Przyczyny pilnego transportu rodzącej do szpitala były następujące: zagrażające niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodu (1,8% przypadków), zatrzymanie łożyska i towarzyszący krwotok poporodowy (1,2%), krwawienia związane z nieprawidłowościami łożyska w trakcie porodu (0,2%). Ze wszystkich SLMC 0,4% stanowiły przyczyny noworodkowe, takie jak: niedotlenienie (oceniane jako Apgar <7 pkt po 5 min), zaburzenia oddychania z zespołem aspiracji smółki, wrodzone wady rozwojowe[9].

Evers i wsp. odnotowali 3,5-krotnie wyższy wskaźnik zgonów okołoporodowych wśród dzieci urodzonych przez kobiety, które – zdaniem autorów – zostały skierowane z opóźnieniem z podstawowego na wyższy poziom opieki medycznej podczas porodu, w porównaniu z noworodkami matek, które rozpoczęły poród w szpitalu pod nadzorem położnika. Co ciekawe, w przedstawionej pracy odnotowano większe ryzyko zgonu okołoporodowego u dzieci urodzonych przez kobiety w ciąży o małym ryzyku powikłań, których poród rozpoczął się pod nadzorem położnej, w porównaniu z noworodkami kobiet w ciąży o dużym ryzyku, których poród rozpoczął się w szpitalu pod nadzorem położnika[8].

Na podstawie przedstawionego piśmiennictwa można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że wywiad sugerujący prawidłowy przebieg ciąży oraz brak czynników ryzyka powikłań położniczych nie są kryteriami wystarczającymi do całkowicie bezpiecznej kwalifikacji ciężarnej do planowanego porodu w domu. Fizjologiczny proces rodzenia bowiem w krótkim czasie może się zmienić w stan bezpośredniego zagrożenia zdrowia oraz życia matki i/lub jej dziecka.

Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PTGiP) rekomenduje prowadzenie porodu w warunkach szpitalnych, z zagwarantowanym dostępem do wydzielonej dla cięć cesarskich sali operacyjnej, gdyż tylko takie postępowanie, niezależnie od ryzyka szacowanego przed rozpoczęciem porodu, w sposób zasadniczy zwiększa szansę na uniknięcie wielu niebezpiecznych powikłań zarówno u matki, jak i u płodu oraz szybkie podjęcie interwencji w razie ich wystąpienia. PTGiP nie sformułowało jednoznacznego stanowiska w sprawie porodów w domu[16].

Warto także podkreślić, że na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród położnych w Krakowie 50% z nich popiera poród w domu, ale tylko 9% wyraża gotowość do prowadzenia takiego porodu[17].

Podsumowanie

Zmiany w opiece okołoporodowej, które rozpoczęły się w latach 90. XX wieku, zaowocowały przeobrażeniem się opieki położniczej w szpitalach. Obecnie zwraca się dużą uwagę na indywidualne traktowanie rodzącej. Zgodnie z przygotowanym planem porodu pacjentka bierze udział w podejmowaniu decyzji związanych z jego przebiegiem oraz niezbędnymi interwencjami. Podkreślane niejednokrotnie przez zwolenników porodów domowych korzyści psychospołeczne dla matki wynikające z obecności osoby towarzyszącej, wyboru naturalnych metod łagodzenia bólu porodowego, zachowania intymności, stałego kontaktu z dzieckiem są obecnie przedmiotem starań w warunkach szpitalnych. Biorąc więc pod uwagę zwiększoną satysfakcję pacjentek przy zachowaniu warunków bezpieczeństwa, z pewnością szpital wydaje się preferowanym miejscem prowadzenia porodu.

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Jarosław Kalinka
Klinika Perinatologii, I Katedra Ginekologii i Położnictwa,
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Wileńska 37, 94-029 Łódź
e-mail: jkalinka@jkalinka.pl

© 2020 Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

ABSTRACT

Hospital vs home birth – topical problem in contemporary obstetrics

The choice of where to give birth (at home vs in hospital) is debated in medical communities among doctors and obstetricians in many countries. Home birthing enthusiasts stress the psychosocial benefits for the mother associated with the presence of another person, the use of natural methods for alleviating birth pain, intimacy and uninterrupted contact with the child. Opponents of home birthing point out, above all, possible threats to the health and life of the mother and the child that may arise during an out-of-hospital birth. These dangers are related to the inability to provide immediate medical help should complications arise.
Based on the referenced literature, concerned, among other, with the safety of out-of-hospital births, research on home births and relevant statements from scientific societies, it can be stated with high probability that a history indicating a normal course of pregnancy and absence of obstetrical risk factors cannot be treated as an assurance that the pregnant woman can safely qualify for an elective home birth as the physiologic process of giving birth can quickly change into a state of direct threat to the health or life of the mother and/or the child.

Piśmiennictwo na str. 81

Medical Tribune Polska