



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA



RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ

PRACTICA MEDICALĂ

UoToDate

Nașterea la domiciliu planificată – opțiune bazată pe dovezi sau doar alegere subiectivă?

Șef de lucr. univ. dr. Aida Puia^{1,2,3}, Asist. univ. dr. Bianca Cojan Mânzat^{1,2,3}, Asist. univ. asoc. dr. Corina Dascăl^{1,2,3}, Dr. Emiliana Coștiug^{2,3}, Șef de lucr. univ. dr. Codruța Marginean^{1,4}, Șef de lucr. univ. dr. Emil Onaca^{1,4}, Dr. Loubna Sbaa^{2,3}, Asist. univ. dr. Sorina Rodica Pop^{1,2,3}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca, România, ²Cabinet Medical Individual Medicină de Familie, Cluj-Napoca România,

³Medicină de familie, ⁴Medicină internă

Primit: 20.02.2022 • Acceptat pentru publicare: 28.02.2022

Rezumat

Nașterea la domiciliu rămâne contemporană, inegal răspândită și acceptată. Creșterea numărului de paturi în spitale, a controverselor privind siguranța nașterii la domiciliu și a mobilității populației a generat la nivel global o scădere a prevalenței nașterii la domiciliu. În prezent țara cu procentul cel mai mare de nașteri la domiciliu este Țările de Jos alături de Marea Britanie și Australia, acestea fiind recunoscute ca țări cu tradiție în asistarea nașterii la domiciliu. În România, fenomen relativ rar și izolat, nașterea acasă este exclusiv alegerea personală a viitoarei mame, cadrul legislativ al țării noastre reglementând doar situațiile accidentale în care apare o naștere precipitată.

Motivația femeii însărcinate pentru intenția de a naște acasă este datorată în principal dorinței ca acest moment să decurgă cât mai natural posibil în contrast cu medicalizarea excesivă a nașterii. Se mai aduc în discuție motive culturale, religioase și experiențe anterioare neplăcute în mediul spitalicesc.

Alegerea de a naște acasă ar trebui să facă parte dintr-un proces complex de evaluare a cunoștințelor, consiliere, obținerea acordurilor informate legate de riscuri, beneficii și alternative și mai ales de selectarea optimă a candidadelor pentru nașterea la domiciliu, astfel apărând noțiunea de naștere la domiciliu planificată. Dorința gravidei de a naște acasă este doar preambulul procesului de naștere la domiciliu planificată, proces care dorim să devină și în România o opțiune bazată și susținută de dovezi medicale, o alegere responsabilă a unei echipe complexe centrată pe sănătatea viitoarei mame și copilului acesteia.

Cuvinte cheie: *naștere planificată la domiciliu, candidată optimă, naștere acasă*

MEDICAL PRACTICE

UpToDate

Planned home birth – evidence-based option or subjective choice?

Abstract

Birth at home still is contemporary, unevenly spread, and accepted. The increase in the number of hospital beds, the controversy over the safety of home births, and the mobility of the population have led to a global decline in the prevalence of home births. Currently, the country with the highest percentage of home births is the Netherlands, which along with the United Kingdom and Australia is recognized as a country with a tradition of home birth assistance. In Romania home birth, a relatively rare and isolated phenomenon is exclusively the personal choice of the future mother, the legislation of our country regulating only accidental situations in which a precipitate birth occurs.

The motivation of the pregnant woman who wants to give birth at home is mainly due to the desire for this moment to take place as naturally as possible, in contrast to the excessive medicalization of the birth. Cultural, religious motives and previous unpleasant experiences in the hospital environment are also discussed.

Choosing to give birth at home should be part of a complex process of assessing knowledge, counselling, obtaining informed consent regarding the risks, benefits, and alternatives, and especially the optimal selection of candidates for home birth, thus defending the notion of planned home birth. The pregnant woman's desire to give birth at home is just the preamble to the planned home birth process, a process that we want to become in Romania option-based and supported by medical evidence, a responsible choice of a multi-disciplinary team focused on the health of the mother and her child.

Keywords: home planned birth, optimal candidate, home birth

Material și metodă

Am studiat literatura de specialitate recentă cu privire la definirea conceptului de naștere planificată la domiciliu NPD, în dorința de a evidenția motivele pentru care pacientele fac această alegere și care sunt recomandările bazate pe dovezi în vederea alegerii responsabile a nașterii planificate la domiciliu.

Ce este nașterea planificată la domiciliu

Nașterea planificată la domiciliu (NPD) este definită prin intenția de a naște la domiciliu, intenție exprimată de la prima vizita prenatală (1).

Din totalul femeilor ce își exprimă această opțiune se citează un procent de 30.6% situații în care nașterea va avea loc în spital.

Până în anii '40 mai mult de jumătate din femei nășteau acasă pe întreg mapamondul. Prevalența NPD variază de la o țară la alta, de la 0,4% în Australia până la 3,3% în Noua Zeelandă, cel mai mare procent, 20%, fiind în Țările de Jos (2).

În România prevalența NPD nu este cunoscută, majoritatea cazurilor de naștere la domiciliu sunt accidentale și admise în spital în perioada postpartum imediată (10-19 min) fiind evident faptul că încă nu putem face referire la naștere la domiciliu planificată (3).

Totuși dorința de a naște acasă și creșterea numărului de nașteri la domiciliu în România din ultimii ani fac necesară implementarea conceptului de naștere planificată la domiciliu. Aceasta presupune cunoașterea și înțelegerea motivelor pentru care o femeie face această alegere, stabilirea faptului că este o candidată potrivită și NPD este o opțiune sigură pentru ea.

De ce doresc femeile să nască acasă

Sarcina, alături de naștere au fost percepute o lungă perioadă de timp fenomene naturale, ele devenind în ultimele decenii unele din cele mai medicalizate aspecte ale vieții individului alături de fenomenul de îmbătrânire și stress (4). Medicalizarea excesivă a nașterii a devenit astfel principalul motiv care determină alegerea de a naște la domiciliu. Nivelul de intervenție medicală, locul ales pentru naștere și tehnologia utilizată este percepută diferit în funcție de nivelul cunoștințelor, de factorii socioculturali, de îngrijorarea pentru perioada postnatală (5). Încrederea în normalitatea actului nașterii și în propriile decizii, faptul că femeile se simt mai confortabil cu propria intuiție versus sfatul profesional, convingerea că corpul lor va face față fără interferențe medicale alături de adversitatea pentru intervenția medicală și tehnologie sunt motive care stau la baza deciziei de a naște la domiciliu.

Studiile disting două modele, dorința de a obține informații pentru a putea face o alegere în cunoștință de cauză și poziționarea împotriva modelului de îngrijire spitalicească.

Motivele enumerate de viitoarele mame care se gândesc la posibilitatea de a naște acasă arată că dobândirea de cunoștințe este o condiție de bază pentru a susține această decizie, dezvăluind totodată marea nemulțumire a acestor femei față de modelul instituționalizat actual de îngrijire în timpul nașterii (6).

Factorii socioculturali menționați pentru decizia de a naște la domiciliu sunt frica și nemulțumirea legată de experiențe anterior din spital, îngrijorarea privind complicațiile iatrogene spitalicești, convingerile culturale și religioase.

Factorii personali evocați în luarea deciziei de a naște acasă sunt mediu confortabil, familiar, prezența familiei și a celor apropiați, dorința de libertate și control personal în procesul nașterii și nu în ultimul rând percepția disponibilității crescute a personalului calificat care sprijină femeia pe parcursul sarcinii și a nașterii (7).

Planificarea nașterii la domiciliu ar trebui discutată cu medicul de familie, de preferat în timpul consultației preconcepție sau la prima consultație prenatală când se ia în evidență sarcina. Medicul de familie trebuie să afle și să înțeleagă motivele pentru alegerea exprimată și totodată să ofere informațiile necesare pentru ca decizia să fie bazată pe cunoaștere (8).

Este nașterea la domiciliu o opțiune sigură?

Siguranța NPD este unul din cele mai importante aspecte care se iau în discuție în vederea luării deciziei de a naște la domiciliu, studiile demonstrând că siguranța nașterii la domiciliu este corelată cu capacitatea sistemului medical de a oferi acest serviciu medical, existența personalului medical pregătit corespunzător și selectarea sarcinilor eligibile pentru nașterea acasă.

Mortalitatea prenatală (făt mort după declanșarea travaliului/deces în primele 7 zile de la naștere), mortalitatea neonatală - primele 28 zile, resuscitarea neonatală, scorul APGAR sub 7 la 1 și 5 min, internarea în NICU (Neonatal Intensive Care Unit) au fost similare într-o meta analiză incluzând aproximativ 500.000 de nașteri la domiciliu intenționate, comparate cu un grup de control bine definit - sarcini cu risc scăzut planificate la spital, din aceeași regiune și perioadă. Studiul a folosit registre din zonele în care moașele sunt bine integrate în sistemul de sănătate și a stratificat datele după paritate. Rezultatele obținute sugerează ca nașterea la domiciliu este sigură când sistemul oferă planuri de îngrijire bine integrate și disponibile la sarcinile cu risc scăzut identificate corespunzător (9).

Siguranța nașterii planificate la domiciliu depinde de selecția adecvată a sarcinilor cu risc scăzut la multipare, de calitatea programului de naștere la domiciliu, inclusiv de formarea/acreditările personalului medical implicat, accesul la materiale și echipamente, sistem de transfer la spital, comunicare/relație bună între furnizorii de servicii clinice de acasă și spital și un sistem clar definit de îngrijire după transfer (10).

Există heterogenitate între diferitele sisteme medicale atât privind recunoașterea și formarea practicienilor ce vor asista nașterea la domiciliu, accesul la facilitățile spitalicești și la materiale și echipamente, modul de comunicare pacient - furnizor de servicii medicale, cadru legislativ. Propunerea și adoptarea unor criterii standardizate ce vizează toate aceste aspecte devin astfel esențiale pentru evaluarea nașterii planificate la domiciliu.

Studiile internaționale au demonstrat că nașterile la domiciliu în sarcinile cu risc scăzut sunt cele mai sigure atunci când sunt prezente toate circumstanțele: sistem integrat, reglementat, multiple opțiuni de furnizori pe toată durata îngrijirii, furnizori bine calificați, pregătiți pentru a gestiona complicațiile de primă linie, transferul domiciliu - maternitate asigurat continuu, evaluarea adecvată a riscurilor, selecția corectă a sarcinilor cu risc scăzut pe toată durata acestora (11).

Care sunt candidatele optime pentru nașterea la domiciliu?

Femeile care se gândesc să nască acasă trebuie informate despre dovezile medicale actuale privind riscurile și beneficiile planificării unei nașteri la domiciliu.

În țările cu tradiție (Țările de Jos, Noua Zeelandă, Anglia, Canada) în care sistemul medical pregătește personal medical specializat pentru NPD, stratificarea riscului în sarcină este foarte strict reglementată. În ultimul deceniu, prevalența raportată a nașterii la domiciliu este în scădere. Această reducere a fost atribuită publicității negative despre siguranța NPD, trimiterea frecventă la spital în timpul travaliului la indicația moașelor, proporției mari de imigranți care nu sunt familiarizați cu nașterea la domiciliu și de cererea tot mai mare pentru anestezie epidurală (12).

Cu toate acestea, Societatea Obstetricienilor și Ginecologilor din Canada descrie o naștere planificată la domiciliu cu o moașă înregistrată sau un medic instruit corespunzător în sistemul lor integrat ca o alegere rezonabilă pentru gravidele cu un grad scăzut de risc, unde se anticipează că nașterea va fi necomplicată iar femeia care naște și nou-născutul nu vor necesita resurse medicale dincolo de posibilitățile existente la domiciliu (1).

Candidatele optime pentru NPD sunt:

- Femeile care și-au exprimat în scris acordul informat privind riscurile, beneficiile și alternativele nașterii la domiciliu la prima vizită prenatală;

- Sarcina cu făt unic între 37-41 săptămâni sarcină în prezența craniană cu o greutate corespunzătoare vârstei gestaționale;

- Absența contraindicațiilor de naștere pe cale vaginală - placenta previa or accreta, herpes genital activ, histerectomie;

- Absența unor boli severe preexistente: cardiovasculare, pulmonare, neurologice, renale, anemia severă, coagulopatiile, diabetul zaharat insulinodependent, obezitatea severă;

- Dorința de a naște spontan;

- Naștere spontană anterioară pe cale vaginală;
- Existența în vecinătate a unui spital și a unui protocol de transfer în timp util.

Există consens în ce privește *contraindicațiile pentru nașterea la domiciliu* și anume: malpoziția fătului, sarcina cu feți multipli, nașterea prin operație cezariană în antecedente și vârsta mamei peste 35 ani (13).

Femeile multipare sunt în mod frecvent cele care decid să nască acasă, ele experimentează mult mai puține intervenții obstetrice, nașterea este grevată de o mortalitate perinatală, neonatală și maternă mult mai scăzută dar acest fapt nu este corelat cu locul nașterii.

Cum consiliem femeia care face alegerea de a naște la domiciliu?

În Țările de Jos, în sarcina fără complicații medicale, femeile sunt întrebate de rutină unde doresc să nască: acasă sau într-un spital de scurtă ședere. În Statele Unite, Comitetul pentru Practică Obstetrică a Colegiului American de Obstetricieni și Ginecologi (ACOG) afirmă că spitalele și centrele de naștere acreditate sunt cel mai sigur cadru pentru naștere, dar respectă dreptul persoanelor de a lua decizii informate din punct de vedere medical cu privire la locul nașterii.

În Regatul Unit, NICE a emis linii directoare privind îngrijirea intrapartum care includeau următoarea recomandare privind locul nașterii: „Explicați atât persoanelor multipare, cât și persoanelor nulipare că pot alege orice cadru de naștere și vor avea sprijin în alegerea locului oriunde aleg să nască” (14).

În România nu există reglementări medicale privind nașterea la domiciliu iar legislația în vigoare prevede doar situațiile accidentale când nașterea are loc precipitat în afara maternităților (15).

În comunicarea cu pacienta care și-a exprimat dorința de a naște acasă se recomandă o abordare calmă și încrezătoare, astfel încât comportamentul personalului medical să inducă liniște și deschidere spre dialog.

Prima întrebare care se impune este cea legată de motivele pentru care femeia ia în considerare o naștere la domiciliu. Ne informăm dacă există aspecte legate de nașterea în spital care o preocupă. Putem echilibra conversația oferind informații despre politicile spitalului privind opțiuni pentru ameliorarea durerii și sprijin în timpul travaliului, monitorizarea fătului, amniotomie, episiotomie, prezența familiei/prietenilor în camera de naștere, îngrijirea nou-născuților, asistență pentru alăptare.

Evaluarea cunoștințelor, informarea privind aspectele care o fac sau nu o fac candidată ideală pentru alegerea ei și formularea de comun acord a unui plan pentru situațiile în care pot apărea diverse complicații legate de sarcină sau naștere, stabilirea unui spital de vecinătate care să

efectueze un transfer rapid sunt aspecte ce trebuie abordate repetat pe durata sarcinii.

Este important să aflăm ce a întreprins viitoarea mama pentru a găsi furnizori medicali pentru asistență la naștere la domiciliu și care sunt acreditările acestora. În calitate de medic de familie putem să nu fim de acord cu planul unei femei de a avea o naștere la domiciliu, dar este recomandat să oferim în continuare îngrijire prenatală după nevoi. Unii furnizori medicali se simt incomod oferind îngrijiri prenatale femeilor care doresc naștere la domiciliu din cauza îngrijorării cu privire la responsabilitatea medico-legală în cazul unui rezultat necorespunzător legat de naștere. Acești furnizori ar trebui să trimită pacientul la un coleg instruit și care agreează planul de naștere la domiciliu a pacientei.

Dorința gravidei de a naște acasă este doar preambulul procesului de naștere la domiciliu planificată. Alegerea de a naște acasă ar trebui să fie consecința unui proces complex de evaluare a cunoștințelor, de selectare a candidatelor, de consiliere pe toată durata sarcinii și a nașterii, de obținere a acordurilor informate legate de riscuri, beneficii și alternative.

Concluzii

Candidatele optime pentru nașterea planificată la domiciliu sunt femeile care doresc să nască spontan, cu o sarcină cu făt unic cu greutate corespunzătoare vârstei gestaționale 37-41 săptămâni în prezentație craniană, cu acces facil și rapid la o maternitate.

Viitoarea mama trebuie să-și exprime clar și să facă cunoscute motivele pentru care dorește să nască acasă la prima vizită prenatală.

NPD trebuie să fie o alegere bazată pe informații obținute de la un furnizor de servicii medicale instruit pentru nașterea la domiciliu.

Decizia de a naște la domiciliu trebuie luată împreună cu profesionistul medical – medic de familie au moașe instruite pentru urmărirea sarcinii și a nașterii la domiciliu.

Femeia care a luat această decizie trebuie să se asigure că are acces și poate colabora cu un furnizor de servicii medicale pe parcursul sarcinii și a nașterii.

Împreună cu furnizorul acreditat pentru acest serviciu trebuie să întocmească planul de supraveghere a sarcinii și nașterii și a unui transfer către spital în caz de necesitate.

Ea trebuie să accepte ideea ca planul de a naște la domiciliu se poate modifica în interesul sănătății ei sau a nou-născutului.

În România există nevoia formării de specialiști în acest domeniu, medici și moașe alături de reglementări legislative.

Conflict de interese: nu există

Acknowledgments: Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

Bibliografie

1. Campbell K, Carson G, Azzam H, Hutton E. Statement on Planned Homebirth No. 372. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(2):223.
2. Zielinski R, Ackerson K, Kane Low L. Planned home birth: benefits, risks, and opportunities. *Int J Womens Health.* 2015; 7:361-77.
3. Bernad E, Moza A, Craina M, Nanu A. Home birth in Romania – a retrospective study. *ObsGin* 2019;1(1):10-12.
4. Sargu E. Aspecte situaționale privind fenomenul de medicalizare. *MJHS* 2018;17(4):77.
5. Smith JN, Taylor B, Shaw K, Hewison A, Kenyon S. 'I didn't think you were allowed that, they didn't mention that.' A qualitative study exploring women's perceptions of home birth *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:105-16.
6. Fróes de Oliveira C, Sanfelice A, Kakuda Shimo K. A HOME BIRTH: UNDERSTANDING THE REASONS FOR THIS CHOICE. *Text Context Nursing* 2015;24(3):875-82.
7. Bolten N, de Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart JJ, Geerts CC. Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;1699(1):329.
8. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, Hutton E. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending 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.* 2020;21:100319. Available from: doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100319.
9. Hutton EK, 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; 25:59-70. Available from: DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.07.005.
10. Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, Darling EK. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. *Birth.* 2018;45(3):311-21.
11. Birth Settings in America: Outcomes, Quality, Access, and Choice. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2020 Available at: file:///C:/Users/Puia%20Aida/Downloads/25636%20(1).pdf [Accessed 20th January 2022].
12. Visser GHA. Obstetric care in the Netherlands: relic or example? *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(10):971.
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 697: Planned home birth. Available from: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-ObstetricPractice/co697.pdf?dmc=1&ts=20170506T1034060833> [Accessed 11th December 2021].
14. NICE. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth> [Accessed 15th February 2022].
15. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII. ORDIN nr. 359 din 4 aprilie 2012 privind criteriile de înregistrare și declarare a nou-născutului. *MONITORUL OFICIAL* 2012: 237(9).