

# Czy w domu bezpiecznie? Chyba nie

CHARLES J. LOCKWOOD, MD, MHCM

**J**ako położnicy dzielimy z naszymi pacjentkami wiele przyjemnych chwil, ale często to raczej tragedie zapadają nam w pamięć. Z ostatnich dziesięciu lat przychodzą mi na myśl dwa porody, które rzeczywiście były tragiczne, a w mojej opinii niepotrzebnie. W pierwszym rodziła młoda para, poród wydawał się prawidłowy. Wszyscy doznali szoku, kiedy dziecko urodziło się bez tętna i oddechu. Próby resuscytacji podejmowane przez osobę odbierającą poród były nieskuteczne. W innym przypadku rodzice oczekujący na dziecko szczegółowo zaplanowali poród i byli zachwyceni perspektywą rodzicielstwa. Poród postępował nieco wolno i ostatecznie był powikłany trudną dystocją barkową. Niestety, osoba odbierająca poród była sama i nie miała do pomocy nikogo, kto wykonałby właściwe manewry w celu uwolnienia zaklinowanego barku. Chociaż dziecko urodziło się żywe, badanie neurologiczne ujawniło ciężkie uszkodzenie mózgu związane z niedotlenieniem i ostatecznie zaprzestano udzielania pomocy.

Co te porody mają ze sobą wspólnego poza fatalnym zakończeniem? Oba były planowymi porodami domowymi, pierwszy był prowadzony przez położną, a drugi przez mającą uprawnienia pielęgniarkę położną specjalizującą się w porodach domowych.

## Bezpieczny poród: wiek triumfu

Prawdopodobnie największym medycznym osiągnięciem XX wieku było ogromne zmniejszenie zarówno umieralności matek, jak i dzieci. W 1900 roku 6-9 na 1000 Amerykanek umierało w trakcie porodu. Przed końcem wieku około 1 na 10 000. Zanotowano 99% zmniejszenie umieralności. Podobnie śmiertelność noworodków zmniejszyła się o ponad 90% w ciągu ostatnich 100 lat. Na ten spadek złożyły się liczne czynniki, w tym mające związek ze zdrowiem publicznym, takie jak bezpieczniejsza żywność, woda i warunki sanitarne, jak również wprowadzenie antyseptyki i antybiotyków. Istotnym czynnikiem, zwłaszcza w przypadkach dużego ryzyka, było jednak przeniesienie porodu z domu do szpitala, gdzie łatwo dostępne są monitorowanie płodu, produkty krwiopochodne, możliwość natychmiastowego ukończenia ciąży w nagłym przypadku czy zastosowanie innych metod ratujących życie.<sup>1</sup> Chociaż wciąż należy

dokładać starań, aby dalej zmniejszać te odsetki, to osiągnięcia zdrowia publicznego są naprawdę wielkie.

Wydaje się logiczne, że położne i lekarze tak samo pragną, aby matki i dzieci były zdrowe, aby stworzyć kobiecie warunki do indywidualnego porodu oraz aby poród był możliwy do odebrania i bezpieczny. Możemy jednak różnić się w naszych wysiłkach zmierzających do osiągnięcia tych celów. Historycznie te różnice stanowiły najbardziej drażliwy problem w kwestii porodu w domu. Ostatnio American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) wyraziło jasno sprzeciw przeciwko tej praktyce. Już w 2007 roku przekonywało, że monitorowanie w szpitalu lub w centrum narodzin jest konieczne, ponieważ powikłania pojawiają się często bez ostrzeżenia.<sup>2</sup> W tym roku, zgodnie z opinią numer 476, ACOG przyjęło nieco inne podejście:

*Chociaż Committee on Obstetric Practice uważa, że szpitale i centra narodzin są najbezpieczniejszymi miejscami do porodu, to szanuje prawo kobiet do podjęcia świadomej z medycznego punktu widzenia decyzji dotyczącej porodu. Kobietom dowiadującym się o planowy poród w domu należy udzielać informacji o ryzyku i korzyściach, opierając się na najnowszych dowodach naukowych. Przede wszystkim powinny zostać poinformowane, że chociaż ryzyko bezwzględne może być małe, to planowy poród w domu jest związany z 2-3-krotnie większym ryzykiem zgonu noworodka w porównaniu z planowym porodem w szpitalu. Co ważne, kobiety należy poinformować, że kwalifikacja najbardziej odpowiednich kandydatek do porodu w domu, dostępność przeszkolonej pielęgniarki położnej lub przeszkolonej położnej, lub lekarza praktykującego w obrębie zintegrowanego i uregulowanego systemu opieki zdrowotnej, możliwość konsultacji oraz zapewnienie na czas bezpiecznego transportu do najbliższych szpitali mają kluczowe znaczenie w zmniejszeniu śmiertelności okołoporodowej oraz osiągnięciu bezpieczeństwa porodów domowych.<sup>3</sup>*

W opinii komisji słusznie zauważono, że nie ma żadnych randomizowanych badań, które dotyczyłyby porodów w domu, chociaż ostatnia metaanaliza wykazała istotnie mniejszą częstość interwencji u matki idącą w parze z wymienionym wcześniej większym ryzykiem zgonu płodu.<sup>4</sup> Ponadto wiele pacjentek wymaga opieki szpitalnej: ryzyko konieczności transportu do szpitala w trakcie porodu wynosi 25-37% w grupie pierwiastek i 4-9% w grupie wieloródek.<sup>5</sup>

W późniejszym komentarzu Ecker i Minkoff popierają zmianę stanowiska ACOG, przekonując, że uczestnictwo lekarza w dialogu powoduje, że wiele, jeśli nie większość,

Dr Lockwood, redaktor naczelny Contemporary OB/GYN, dziekan College of Medicine, zastępca rektora Health Sciences, Ohio State University School of Medicine, Columbus, Ohio.

wyborów podejmowanych przez pacjentkę jest bezpieczniejszych.<sup>2</sup> Dalej postulują, aby przy tworzeniu zaleceń brać pod uwagę raczej ryzyko bezwzględne niż względne, i zaznaczają, że udział lekarza w porodach domowych może zwiększać bezpieczeństwo, co będzie stanowiło korzyść przewyższającą niewielkie zwiększenie ryzyka bezwzględnego.

W odróżnieniu od tego Chervenak, McCullough i Arabin wyrażają opinię, że ACOG Committee Opinion nr 476 odwołuje się do procesu wyrażania świadomej zgody bez zapewnienia właściwej informacji, aby położnicy mogli wypełnić ich etyczne zobowiązania. Zauważają, że ani zasada etyczna poszanowania autonomii, ani zasada działania dla dobra pacjenta nie są pozbawione ograniczeń.<sup>6</sup> Tworzą przekonujące zasady postępowania:

1. Położnicy są zobowiązani do ujawnienia, że ryzyko śmiertelności i chorobowości płodu i noworodka jest zwiększone w przypadku planowych porodów domowych, co w większym stopniu dotyczy Stanów Zjednoczonych niż Europy, ponieważ czas transportu pacjentki jest bardziej zmienny.
2. Położnicy powinni udzielać porad zgodnych z wytycznymi i zalecać poród w warunkach szpitalnych, a jednocześnie w przypadku odmowy zastosowania się do tych zaleceń spróbować przekonać pacjentkę, starając się jej nie urazić.
3. Kiedy ciężarna wyraża swoje preferencje dotyczące planowego porodu w domu, położnicy powinni wyjaśnić, dlaczego nie jest zgodne z zasadami profesjonalizmu, aby w nim uczestniczyć, a następnie z szacunkiem odmówić.
4. Jeśli ciężarna nadal pragnie planowego porodu w domu i nadal oczekuje od swojego położnika opieki w czasie ciąży, położnik w zgodzie z zasadą działania na korzyść pacjenta ma obowiązek w stosunku do matki i dziecka zapewnić pomoc w nagłych przypadkach położniczych.

W gruncie rzeczy Chervenak, McCullough i Arabin dowodzą, że chociaż kobieta, która ma zostać matką, ma prawo do nieingerowania w proces podejmowania przez nią decyzji, to nie ma prawa zmuszać położnika do naruszenia jego lub jej zobowiązań do działania dla dobra pacjenta. W ostatnim komentarzu redakcyjnym w piśmie *Lancet* do ACOG Committee Opinion zauważono, że: „Kobiety mają prawo dokonać wyboru, gdzie i jak chcą urodzić, ale nie mają prawa narażać swojego dziecka. To są sprzeczne interesy, które należy rozważyć ostrożnie”.<sup>7</sup> Autorzy kontynuują wypowiedź wymijająco, twierdząc, że poród szpitalny jest preferowany w przypadkach dużego ryzyka, a poród w domu jest jedną z możliwości dla dobrze poinformowanych matek z grupy małego ryzyka, pod warunkiem, że „mają opiekę położnej jeden na jeden (obejmującą odpowiednie umiejętności reanimacji oraz akredytację miejscowego organu urzędowego) oraz zamieszkują w okolicy, która umożliwi szybki dostęp do opieki położniczej”.

W pełni popieram stanowisko Chervenaka, McCullougha i Arabina, chociaż uważam, że Ecker i Minkoff mają

rację w przypadku co najmniej jednego z podpunktów. Twierdzą, że: „W przypadku tych, którzy są zainteresowani zachęcaniem do porodów w szpitalu, dialog i wypracowanie praktyk szpitalnych przemawiających do osób skłaniających się do porodów domowych są bardziej właściwe niż prowadzenie kampanii w celu ograniczenia porodów domowych”.<sup>2</sup> Ten punkt ma ogromne znaczenie. Kobiety, które poszukują innych miejsc do porodu, często robią tak, ponieważ nie postrzegają szpitala jako miejsca spełniającego ich potrzeby emocjonalne oraz osobiste preferencje. Prawdą jest również, że w ciągu minionej dekady porody szpitalne były związane z alarmująco dużym ryzykiem cięć cesarskich bez przekonujących dowodów dotyczących znamienych korzyści dla matki i noworodka.

Z pewnością musimy zmniejszyć odsetek pierwotnych cięć cesarskich, aby osiągnąć bardziej realistyczną liczbę. Szpitale muszą się jednak stać miejscami bardziej przyjaznymi dla rodzin szukających opieki położniczej. Wiele szpitali nie poświęciło wystarczająco dużo energii usługom pozamedycznym, takim jak wyżywienie, wystrój wnętrza, odosobnienie, parking i ogólnie ciche i przyjemne otoczenie. Należy temu poświęcić uwagę przy tworzeniu szpitalnych „centrów narodzin”. Czy nam się to podoba, czy nie, udogodnienia pełnią coraz większą rolę w wyborze miejsc, w których pacjentki chcą być leczone i takie rozważania stanowią aspekt opieki skupionej na pacjentce.<sup>8</sup> Chociaż takie „luksusy” wydają się nie na miejscu, w obecnym wieku medycznych oszczędności oraz ekonomicznej niepewności szpitale powinny dążyć do bycia przyjaznymi i domowymi, na ile to tylko możliwe.

W skrócie, dostępne dowody naukowe pozwalają przypuszczać, że poród w domu to gra hazardowa zakładająca, że nic nie pójdzie źle, ale czasami poświęcająca bezpieczeństwo dla estetyki. Chociaż dla położników ważne jest zaangażowanie w dialog z pacjentkami i ciągle opowiadanie się za poprawę warunków szpitalnych, to powinniśmy również zdecydowanie odradzać pacjentkom wybór porodu domowego.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 12, December 2011, p. 9. Safe at home? Probably not.

## PIŚMIENNICTWO

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Healthier mothers and babies. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(38):849-858. Erratum in: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1999;48(39):892.
2. Ecker J, Minkoff H. Home birth: what are physicians' ethical obligations when patient choices may carry increased risk? *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1179-1182.
3. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 476: Planned home birth. *Obstet Gynecol.* 2011;117(2 Pt 1):425-428.
4. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(3):243.e1-243.e8.
5. Wax JR, Pinette MG, Cartin A. Home versus hospital birth—process and outcome. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(2):132-140.
6. Chervenak FA, McCullough LB, Arabin B. Obstetric ethics: an essential dimension of planned home birth. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1183-1187.
7. Home birth—proceed with caution. *Lancet.* 2010;376(9738):303.
8. Goldman DP, Vaiana M, Romley JA. The emerging importance of patient amenities in hospital care. *N Engl J Med.* 2010;363(23):2185-2187.