

Newsletter (numero 6.2)

Il parto pianificato a casa è sicuro come quello in ospedale e offre alcuni vantaggi, indipendentemente dal professionista che fornisce assistenza

Janssen PA et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. CMAJ 2009; 181: 6-7; 377-383



Obiettivo

Studio osservazionale per confrontare gli esiti dei parti a domicilio assistiti da ostetriche con gli esiti dei parti in ospedale assistiti da medici e con gli esiti dei parti in ospedale assistiti da ostetriche.

Metodo

Popolazione	tutte le nascite pianificabili all'inizio del travaglio come parti domiciliari e avvenute in British Columbia (Canada) fra 01.01.2000 e 31.12.2004. Criteri di eleggibilità erano assenza di patologie precedenti o insorte in gravidanza, feto singolo in presentazione cefalica, età gestazionale (EG) compresa fra 36+0 e 41+6 settimane, anamnesi di non più di un parto cesareo, insorgenza spontanea del travaglio o travaglio indotto ambulatorialmente, madre che non era stata trasferita da un ospedale a un ospedale di livello superiore.
Esposizione	2899 donne che avevano pianificato un parto a domicilio assistite da una ostetrica. Dal gruppo di intervento non sono state escluse le donne con una presentazione podalica diagnosticata dopo l'inizio del travaglio.
Controllo	donne eleggibili per il parto a domicilio che all'inizio del travaglio avevano deciso di partorire in ospedale. Sono stati considerati due gruppi di controllo. Un primo gruppo (4752 donne) in cui erano incluse tutte le donne che avevano pianificato un parto in ospedale assistito da una ostetrica; la medesima coorte di ostetriche assisteva i parti in ospedale e quelli a domicilio. Il secondo gruppo (5331 donne) era costituito da controlli (estratti in modo randomizzato e in rapporto 2:1) di donne che avevano pianificato un parto in ospedale assistito da medici e con le medesime caratteristiche (anno del parto, parità, stato civile, età materna, ospedale di riferimento) delle donne avevano partorito a casa.
Outcomes/Esiti	<i>esito primario:</i> mortalità perinatale, definita come natimortalità dopo le 20 settimane di EG o morte entro la prima settimana di vita neonatale; <i>esiti secondari:</i> interventi ostetrici e esiti avversi materni e neonatali
Tempo	le nascite sono avvenute nel periodo fra 01.01.2000 e 31.12.2004. L'utilizzo di un database perinatale regionale con un tasso di dati perduti <0,01% ha permesso di conoscere gli esiti dei bambini ricoverati in ospedale o trasferiti da un ospedale all'altro fino a un anno di età e di quelli riammessi in ospedale dopo il parto fino a 28 giorni di età.

Risultati principali

Il tasso di mortalità perinatale è risultato sovrapponibile nei tre gruppi: 0,35 per mille (intervallo di confidenza al 95%, [IC 95%] 0.00-1.03) fra i parti pianificati a casa, 0,57 per mille (IC 95% 0.00-1.43) fra i parti pianificati in ospedale e assistiti dall'ostetrica e 0,64 per mille (IC 95% 0.00-1.56) fra i parti pianificati in ospedale e assistiti da un medico, senza alcun caso di morte fra 8 e 28 giorni di vita neonatale. Fra le donne del gruppo del parto pianificato a casa sono stati registrate frequenze inferiori, in misura statisticamente significativa, di interventi ostetrici sia rispetto alle donne con un parto pianificato in ospedale assistito da una ostetrica che rispetto alle donne con un parto pianificato in ospedale assistito da un medico. Fra i neonati delle donne del gruppo del parto pianificato a casa, rispetto agli altri due gruppi, si sono registrati, in misura statisticamente significativa, una riduzione della necessità di rianimazione alla nascita o ossigenoterapia oltre 24 ore, una minore frequenza di aspirazione di meconio e - limitatamente al confronto con i neonati nati da donne con un parto pianificato in ospedale assistito da un medico - una maggiore probabilità di essere ricoverati o riammessi in ospedale, prevalentemente per iperbilirubinemia. Gli esiti risultati differenti, in misura statisticamente significativa, nei tre gruppi studiati sono descritti in tabella 1 e 2 (vedi versione on line www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/512).

Conclusioni

Lo studio registra tassi di mortalità perinatale sovrapponibili fra parti a casa assistiti da ostetriche e parti in ospedale. Lo studio osserva anche una associazione fra parti a casa assistiti da ostetriche e riduzione della frequenza di interventi ostetrici e di esiti avversi materni rispetto ai parti in ospedale assistiti da medici o da ostetriche.

I testi della scheda di presentazione dello studio sono a cura di Vittorio Basevi e Daniela Spettoli

Publicato on line il 10/11/2009
<http://www.burlo.trieste.it> - <http://www.saperidoc.it>

Altri studi sull'argomento

L'unico studio randomizzato controllato (RCT) che ha confrontato gli esiti del parto pianificato a domicilio con gli esiti del parto in ospedale ha incluso 11 donne [1], confermando la riluttanza delle donne ad accettare di essere randomizzate per il luogo del parto. È stato determinato che per valutare una differenza di 20% nella mortalità perinatale fra parto a domicilio e parto in ospedale per donne a basso rischio (con una potenza di 80% e al livello di significatività di 5%) sarebbe necessario un campione di 704.000 donne [2] e, quindi, le informazioni sul rapporto benefici/danni del parto a domicilio possono derivare esclusivamente da studi osservazionali o da studi comparativi non randomizzati che, anche tentando di minimizzare i bias, non possono essere aggiustati per i fattori di confondimento non conosciuti o non rilevabili. Pochi studi hanno dimensioni sufficienti per confrontare esiti rari nei paesi industrializzati come la mortalità perinatale; inoltre, risulta difficile combinare in metanalisi i risultati dei singoli studi, a causa sia delle differenze fra i diversi paesi nella organizzazione dei servizi di assistenza, sia delle diversità nel disegno degli studi disponibili [3]. Una revisione sistematica di 17 studi invita a considerare con cautela le informazioni disponibili, dal momento che la loro validità è condizionata da una incerta accuratezza dei dati raccolti, dalla compresenza di donne a basso e alto rischio, dall'autoselezione delle donne incluse e dalla incoerenza delle definizioni utilizzate [4]. Queste debolezze metodologiche non consentono di fornire una stima affidabile della sicurezza relativa, in donne a basso rischio, dei parti pianificati a domicilio o in ospedale. L'incidenza di mortalità perinatale e mortalità perinatale intrapartum risulta molto bassa in entrambi i setting e non vi sono prove di una maggiore sicurezza, per queste donne a basso rischio, del parto in ospedale [3,5].

Referenze

1. Dowswell T, Thornton JG, Hewison J, Lilford RJ, Raisler J, Macfarlane A, Young G, Newburn M, Dodds R, Settattree RS. Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom? *BMJ* 1996; 312: 753-7
2. Lilford RJ. Clinical experimentation in obstetrics. *Br Med J (Clin Res Ed)* 198-7; 295: 1298-300
3. Gyte G, Dodwell M, Newburn M, Sandall J, Macfarlane A, Bewley S. Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: when the 'best' available data are not good enough. *BJOG* 2009; 116: 933-42
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth (corrected June 2008). London: RCOG Press; 2008. pg 48-54
5. Gyte G, Dodwell M. Safety of planned home birth: an NCT review of evidence. *New Digest* 2007; 40: 20-9

Che cosa aggiunge questo studio

Lo studio conferma che, in una popolazione selezionata, il parto a casa assistito da ostetriche competenti è associato a una incidenza di mortalità perinatale comparabile a quella dei parti in ospedale e a una riduzione dei tassi di interventi ostetrici e di alcuni esiti avversi materni e neonatali. Poiché la medesima coorte di ostetriche assisteva i parti a domicilio e quelli in ospedale, questo è il primo studio nel quale, eliminato il fattore di confondimento rappresentato dalla diversa professione di chi forniva assistenza, la differenza negli esiti può essere attribuita esclusivamente al luogo del parto.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: studio osservazionale nel quale gli esiti sono stati valutati per tipo di assistenza pianificata (ostetrica a domicilio vs ostetrica in ospedale o medico in ospedale) e non per luogo effettivo del parto. Hanno partorito in casa 78,8% dei parti pianificati a domicilio; in ospedale 96,9% dei parti pianificati in ospedale. Non è possibile escludere che differenze negli esiti fra i gruppi siano attribuibili a fattori prognostici favorevoli non conosciuti delle donne che avevano pianificato il parto a domicilio.

Esiti: rilevanti e documentati. Le donne con pregresso taglio cesareo sono state escluse dal gruppo di controllo perché avrebbero potuto ricevere in ospedale una assistenza maggiormente intensiva. Una errata classificazione del luogo pianificato del parto non avrebbe modificato le conclusioni dello studio: se tutte le morti perinatali avvenute nel gruppo delle donne che avevano partorito in ospedale assistite da una ostetrica venissero attribuite al gruppo delle donne che avevano partorito a casa, il tasso di mortalità perinatale sarebbe 1,4 per mille parti a casa e la differenza fra i due gruppi non raggiungerebbe comunque la significatività statistica.

Trasferibilità

Popolazione studiata: la popolazione descritta nello studio non presenta caratteristiche diverse da quelle prevalenti nei paesi dell'occidente sviluppato con un sistema pubblico di assistenza sanitaria.

Tipo di intervento: i criteri di eleggibilità per il parto a casa utilizzati nello studio sono definiti, descritti dettagliatamente, identificabili senza particolari difficoltà e possono essere senza modifiche trasferiti in altri contesti. Il parto a domicilio è una realtà particolarmente limitata in Italia; nel 2005 - secondo l'ultima elaborazione nazionale disponibile del Certificato di assistenza al parto - i parti a domicilio hanno rappresentato 0,1% delle nascite. I criteri proposti possono comunque essere adottati per identificare a priori la popolazione alla quale assicurare - indipendentemente dal luogo scelto per la nascita - una assistenza in sicurezza e una riduzione delle interferenze mediche con l'evoluzione spontanea del travaglio di parto fisiologico.