

## ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΑΙΘΟΥΣΑΣ ΤΟΚΕΤΩΝ

Χριστοδουλοπούλου Βάσω

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή στη μαιευτική πράξη νέων μεθόδων εκτίμησης της εξέλιξης και της συμπεριφοράς του εμβρύου συνετέλεσε ώστε η Μαιευτική να πάρει τη σύγχρονη μορφή της. Ένα εξαιρετικά συνηθισμένο χαρακτηριστικό των εγκύων είναι η ύπαρξη ανησυχιών, αμφιβολιών και ερωτηματικών σχετικά με τη μέθοδο διεξαγωγής του τοκετού. Το σύνολο των μαιευτήρων και των Μαιών αντιμετωπίζουν με πολύ μεγάλη ευαισθησία την ποιότητα της περιγεννητικής έκβασης, καθώς γνωρίζουμε ότι με τα σημερινά δεδομένα δεν αρκεί ένα απλώς και μόνο καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα, αλλά το καλύτερο δυνατό. Για τον λόγο αυτό λοιπόν πρέπει να εξετασθεί η κάθε περίπτωση και να επιλέγεται ως μέθοδος τοκετού η πλέον συμφέρουσα για τη μητέρα και το παιδί. Μία σύγχρονη αίθουσα τοκετών πρέπει να σέβεται από τη μία το δικαίωμα της γυναίκας να βρει τη φύση της και να ζήσει την εμπειρία του χωρίς παρεμβάσεις τοκετού, εφόσον κάτι τέτοιο είναι εφικτό και από την άλλη να είναι σε ετοιμότητα και να διαθέτει το έμπειρο προσωπικό και την τεχνολογία για να αντεπεξέλθει στις δυνητικές επιπλοκές και στα επείγοντα που μπορεί να προκύψουν.

### ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΛΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Σε μία σύγχρονη αίθουσα τοκετών η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού των επιθυμιών της επιτόκου, των αναγκαίων παρεμβάσεων και της δυνατότητας παροχών. Πρώτο απαιτούμενο στοιχείο για αυτήν την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών είναι η παρουσία του κατάλληλου προσωπικού. Πρέπει να υπάρχει ένας διευθυντής, ένας υπεύθυνος της αίθουσας, μία προϊστάμενη μαιεύ, ειδικοποιημένες μαιευτρές και αναισθησιολόγος, νεογνολόγος. Στις σύγχρονες αίθουσες τοκετών παρόντες είναι επίσης μαιεύς, σπουδάστριες μαιευτικής, βοηθοί νοσηλείας και θαλάμου, ειδικοποιημένοι μαιευτρές, αναισθησιολόγος και νεογνολόγος, φοιτητές (σε Πανεπιστημιακά Ιδρύματα), νοσηλεύτριες. Τα κυριότερα συστατικά της σωστής λειτουργίας μίας αίθουσας τοκετών είναι η επικοινωνία με τις επιτόκους και μεταξύ των συνεργατών, η ικανή διοίκηση, η τήρηση των οδηγιών λειτουργίας, η καταγραφή δεδομένων και τήρηση αρχείου και φυσικά η ορθολογική χρήση της τεχνολογίας. Είναι πολύ σημαντικό επίσης να υπάρχει αλληλοσεβασμός ανάμεσα στο προσωπικό και καλές διαπροσωπικές σχέσεις.

Ακρογωνιαίος λίθος της καλής μαιεύσης είναι η επικοινωνία με την επίτοκο και το περιβάλλον της. Αυτή η επικοινωνία αφορά στις ανάγκες και τις επιθυμίες της επιτόκου, στα αποτελέσματα των εξετάσεων και την ερμηνεία τους, στις τυχούσες παρεμβάσεις που μπορεί να γίνουν και στη συγκατάθεση της επιτόκου για τα προκείμενα. Είναι σημαντικό να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ μαιευτήρων – γυναικολόγων, νεογνολόγων, αναισθησιολόγων, προσωπικού εργαστηρίων και προσωπικού του τμήματος. Είναι επίσης απαραίτητη η κάθετη επικοινωνία μεταξύ των ανώτερων και κατώτερων κλιμακίων. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η παρουσία μίας ικανής διοίκησης και φυσικά της στήριξης των παραγόντων υγείας. Αυτοί οι φορείς οφείλουν να κατανοούν τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του χώρου. Απαραίτητη είναι η τήρηση των πρωτοκόλλων από ιατρούς και μαιεύς, τα οποία πρέπει να είναι εύκολα στην εφαρμογή τους. Προϋπόθεση για κάτι τέτοιο είναι η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού.

Σαφώς μία σύγχρονη αίθουσα τοκετών δεν μπορεί να μη τηρεί αρχείο. Η καταγραφή των δεδομένων έχει νομική διάσταση, καθώς μελλοντικά μπορεί να αναζητηθούν ευθύνες. Πέρα όμως από αυτό είναι απαραίτητη η συνεχής ενημέρωση των ιατρών και μαιών για την τρέχουσα κατάσταση των εποτόκων και τις οιοσδήποτε παρεμβάσεις έχουν λάβει χώρα. Το προσωπικό της αίθουσας πρέπει να είναι εξοικειωμένο με την διαθέσιμη τεχνολογία: monitor, συσκευές έγχυσης ενδοφλεβίων υγρών, αναλυτής αερίων, απινιδωτής, αναπνευστήρας. Είναι σημαντικό να έχει τη δυνατότητα χρησιμοποίησης καθετήρα για τη μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης, την παρουσία κεντρικής αρτηριακής γραμμής κ.λπ. Αυτά όλα απαιτούν ειδική και επαρκή εκπαίδευση.



Εικόνα 1. Αίθουσα υποδοχής των επιτόκων.



Εικόνα 2. Ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία εισαγωγής.

Τέλος στη λειτουργία της αίθουσας τοκετών συμβάλλουν επικουρικά το «blue line system» για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, η απευθείας σύνδεση με τα εργαστήρια για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, η επικοινωνία με τα εργαστήρια με χρήση αυτοματοποιημένου συστήματος (OBΙΔΑ) και η άμεση πρόσβαση στο Γενικό Χειρουργείο και στην Κεντρική Αποστείρωση.

#### ΧΩΡΟΤΑΞΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Η υποδοχή (εικ.1) των επιτόκων πρέπει να γίνεται υπό την τήρηση κάποιων προϋποθέσεων. Ο ιατρός και η μαία μπορούν να υποδεχτούν όλες τις εγκύους τουλάχιστον 24 εβδομάδων και να αξιολογήσουν το κάθε περιστατικό. Είναι απαραίτητη η καταγραφή και συμπλήρωση του ιστορικού, ενώ σημαντικό είναι να γίνει και ένα ηλεκτρονικό καρδιοτοκογράφημα εισαγωγής (εικ.2). Ακολουθούν η υπερηχογραφική εκτίμηση του εμβρύου, η λήψη των εργαστηριακών εξετάσεων και η κλινική λογιστική υποδοχή. Κατά την αξιολόγηση των εγκύων είναι σημαντικό να εξετάζονται κάποια κριτήρια. Όταν αυτά είναι αρνητικά, δίδεται εξιτήριο, η έγκυος καταγράφεται στο μητρώο εξερχομένων, ενώ τηρείται και φάκελος. Όταν τα κριτήρια είναι θετικά γίνεται εισαγωγή της εγκύου στο θάλαμο εφόσον υπάρχουν φαινόμενα τοκετού ή παθήσεις κύησης, ή στην αίθουσα, όταν πρόκειται για την ενεργό φάση του τοκετού, απαιτείται πρόκληση ή υπάρχουν επείγουσες επιπλοκές της κύησης.

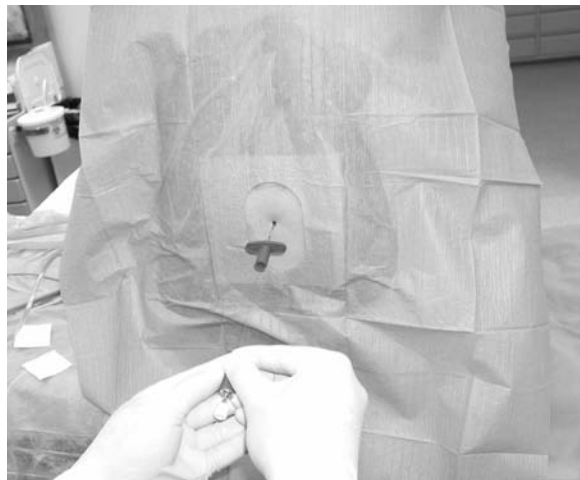
Εκτός από την αίθουσα υποδοχής των επιτόκων, υπάρχει η αίθουσα προετοιμασίας της επιτόκου και η αίθουσα ωδίνων – τοκετών (εικ.3). Στην αίθουσα ωδίνων – τοκετών λαμβάνουν χώρα αρχικά η παρακολούθηση της επιτόκου και του εμβρύου, η χορήγηση ενδοφλεβίως υγρών και η κινητοποίηση των επιτόκων. Γίνεται εξωτερική και εσωτερική καρδιοτοκογραφία, παλμική οξυμετρία, συνδυασμός εξωτερικής καρδιοτοκογραφίας και παλμικής οξυμετρίας, λήψη εμβρυϊκού αίματος από την κεφαλή του εμβρύου για αέρια αίματος και pH. Η κινητοποίηση της επιτόκου είναι σημαντική γιατί αυξάνει την αιμάτωση της μήτρας, απαλύνει το αίσθημα πίεσης στην οσφυ, διορθώνει την τυχούσα λανθασμένη θέση του κνήματος και τη μονομερή διαστολή του τραχήλου. Προϋπόθεση βέβαια είναι η συνεχής ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών και η απουσία προβλημάτων.

Ο τοκετός μπορεί να γίνει χωρίς αναλγησία ή με αναλγησία. Η έγκυος πρέπει να ενημερώνεται και να επιλέγει τον τρόπο. Ο πρώτος αφορά σε αναπνευστικές ασκήσεις και χαλάρωση και ο δεύτερος σε αναισθησία, που μπορεί να επιτευχθεί δια εισπνοής, με οπιοειδή, με βελονισμό και με επισκληρίδιο ένεση (εικ.4). στην αίθουσα μπορεί να είναι παρών ο σύντροφος. Ο τοκετός χωρίς αναλγησία βασίζεται στην ενημέρωση. Γνωρίζοντας τη φυσιολογική πορεία της γέννησης η γυναίκα κατανοεί τα φυσικά της γνωρίσματα, τα θεωρεί φυσιολογικά και τελικά επιζητά την εμπειρία. Η γέννηση σαν ψυχοσωματική υπόθεση έχει τα δικά της νευροενδοκρινικά δυναμικά στοιχεία που χαρακτηρίζονται κυρίως από την ωκυτοκίνη και τις ενδορφίνες. Οι ενδορφίνες ασκούν πολλές και ευεργετικές δράσεις στον άνθρωπο. Σε ότι αφορά τη γέννηση μειώνουν την ευαισθησία στον πόνο και στην ένταση, δημιουργούν αίσθημα ευεξίας και αλλοιώνουν την αντίληψη του τόπου και του χρόνου. Αυξημένα επίπεδα ενδορφινών κατά τον τοκετό επιτυγχάνονται με κίνηση, χαλάρωση, αυτοσυγκέντρωση, αναπνευστικές κινήσεις, χαμηλό φωτισμό.

Ο τοκετός με αναλγησία στοχεύει στη μείωση του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού. Μέθοδοι μείωσης του



Εικόνα 3. Αίθουσα ωδίνων – τοκετών.



Εικόνα 4. Επισκληρίδιος αναλγησία.

πόνου είναι η εισπνευστική αναλγησία, η ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση οπιοειδών, εναλλακτική μέθοδος είναι ο βελονισμός και τέλος η ευρύτατα πλέον χρησιμοποιούμενη επισκληρίδιος αναλγησία. Η εισπνευστική αναλγησία συνίσταται στη χορήγηση μίγματος οξυγόνου και πρωτοξειδίου του αζώτου σε αναλογία 1:1. το σχήμα αυτό έχει ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες, μπορεί να εφαρμοστεί άμεσα από τις επίτοκες, εξασφαλίζει όμως μικρή μόνο μείωση του πόνου. Η ενδοφλέβια ή ενδομυϊκή χορήγηση οπιοειδών αφορά συνήθως στη χορήγηση πεθιδίνης και παρέχει ανακούφιση από τον πόνο. Μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι η πρόκληση καταστολής, ναυτίας και εμέτου στη μητέρα και αναπνευστικής καταστολής στο έμβρυο. Εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου είναι ο βελονισμός που γίνεται με την εισαγωγή λεπτών βελόνων 30-32 G σε συγκεκριμένα σημεία στα άκρα του σώματος. Μελέτες δείχνουν ότι ο βελονισμός μειώνει τις ανάγκες αναλγησίας και σκοπός του είναι η μείωση της διάρκειας του τοκετού, αφού δρα υπέρ της χαλάρωσης του τραχηλικού στομίου και του συντονισμού των ωδίνων. Η επισκληρίδιος αναλγησία είναι ευρύτατα διαδεδομένη. Η δυνατότητα τοποθέτησης καθετήρα στον επισκληρίδιο χώρο σε συνθήκες ασηψίας εξασφαλίζει αναλγησία σε όλα τα στάδια του τοκετού. Η επισκληρίδιος αναλγησία επιτυγχάνεται με τη χορήγηση επαναλαμβανόμενων δόσεων τοπικών αναλγητικών φαρμάκων σε μικρές συγκεντρώσεις και μικρών δόσεων οπιοειδών. Με τη χρήση αντλιών παρέχεται η δυνατότητα στην επίτοκο να χορηγεί η ίδια το φάρμακο όταν κρίνει ότι το έχει ανάγκη. Στόχος της επισκληρίδιος αναλγησίας είναι η ανακούφιση του άλγους χωρίς τον κινητικό ή αισθητικό αποκλεισμό της μητέρας.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πότε θα γίνει πρόκληση τοκετού. Οι βασικές ενδείξεις είναι 2: παράταση κύησης πέραν των 41 εβδομάδων και επιπλοκές κύησης. Η πρόκληση τοκετού γίνεται με φαρμακευτικά σκευάσματα (προσταγλανδίνες, ωκυτοκίνη). Σε κάθε περίπτωση γίνεται καταγραφή δεδομένων και κεντρικό monitoring. Πρέπει να συνιστάται όταν κρίνεται ότι ο τερατισμός της κύησης προσφέρει όφελος στη μητέρα και στο παιδί, περισσότερο από ότι αν συνεχιστεί η κύηση. Προϋποθέτει ενημέρωση και συγκατάθεση της επιτόκου. Γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή θα πρέπει να ενημερώνονται από νωρίς στην κύηση για τις ιδιαιτερότητες που πρέπει να παρακολουθούν και την προσοχή που πρέπει να υπάρχει. Υπάρχουν 2 βασικές μέθοδοι πρόκλησης τοκετού: η τεχνητή ρήξη των υμένων και η χορήγηση φαρμακολογικών ορμονικών σκευασμάτων, δηλαδή προσταγλανδίνης και ωκυτοκίνης. Κατά τη χορήγηση ωκυτοκίνης εφαρμόζεται το ακόλουθο πρωτόκολλο:

- Η ωκυτοκίνη χορηγείται με αντλία έγχυσης σε ml/ώρα
- Δεν χορηγείται όταν το Bishop's score είναι μικρότερο του 4
- Η χορήγηση γίνεται υπό συνεχή καρδιοτοκογραφικό έλεγχο
- Όταν η μυομητρική δραστηριότητα είναι ικανοποιητική, σταθεροποιείται η δόση ή διακόπτεται αν δεν είναι πλέον απαραίτητη η χορήγησή της
- Η διαδικασία διακόπτεται μετά 4 ώρες, όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση, γίνεται παρακολούθηση για μία ώρα και στη συνέχεια η έγκυος μεταφέρεται στην κλινική και επανεισάγεται στην αίθουσα τοκετών την επόμενη μέρα εάν δεν υπάρξει κάποια εξέλιξη. Η πρόκληση με προσταγλανδίνη γίνεται όταν το Bishop' score είναι κάτω του 4. Συνήθως τοποθετείται progress ενδοκολπικά. Βελτιώνει την εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου. Γίνεται φυσικά



Εικόνα 5. Χειρουργείο καισαρικών τομών



Εικόνα 6. Ανάνηψη νεογνού

υπό συνεχή καρδιοτοκογραφικό έλεγχο. Επί εμφάνισης ταχυσυστολίας θα πρέπει να γίνεται άμεση αφαίρεση λόγω του κινδύνου υπετονίας της μήτρας και εμβρυϊκής υποξίας. Για τη διεξαγωγή του τοκετού, όταν βρισκόμαστε στο 2ο στάδιο τοκετού, πρέπει να σκεφτούμε αν η γυναίκα θα γεννήσει φυσιολογικά ή με εμβρουουλκία. Ανεξάρτητα από την απόφαση που θα ληφθεί είναι απαραίτητο να υπάρχουν συνθήκες αποστείρωσης, να υπάρχει δυνατότητα λήψης εμβρυϊκού αίματος από τον ομφάλιο λώρο, βλαστικών κυττάρων, ανάνηψης του νεογνού και εκπαίδευσης των φοιτητών. Ο τοκετός που εμφανίζει προβλήματα στη διεκπεραίωσή του γίνεται με τη χρήση εμβρουουλκίας σε συνθήκες αποστείρωσης.

Στο χώρο της αίθουσας τοκετών λειτουργούν 2 χειρουργεία για καισαρική τομή (εικ.5). Ένα για τις επείγουσες και ένα για τις προγραμματισμένες καισαρικές τομές. Και οι 2 χώροι των χειρουργείων πρέπει πάντα να είναι σε ετοιμότητα. Οι διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τον τοκετό είναι οι ακόλουθες:

- Αντισηψία
- Έτοιμη ομάδα επέμβασης
- Νάρκωση
- Καταμέτρηση εργαλείων
- Τήρηση οδηγιών αιθούσης τοκετού
- Λήψη αίματος από ομφάλιο λώρο
- Λήψη βλαστικών κυττάρων
- Ανάνηψη νεογνού
- Εκπαίδευση φοιτητών

Το χειρουργείο πρέπει να είναι σε κατάσταση πλήρους αντισηψίας, να γίνεται χρήση αποστειρωμένων εργαλείων και υλικών οθονίων. Η ομάδα επέμβασης πρέπει να αποτελείται από μαιευτήρα, ειδικευόμενο μαιευτήρα, αναισθησιολόγο, νεογνολόγο, μαίες και νοσηλεύτριες. Συνηθέστερη νάρκωση είναι ο συνδυασμός ραχιαίας και επισκληριδίου αναισθησίας. Γενική νάρκωση χορηγείται συνήθως σε επείγουσες καταστάσεις, επί αντένδειξης επισκληριδίου και επί επιθυμίας της επιτόκου. Γίνεται καταμέτρηση των εργαλείων και των υλικών για να διασφαλιστεί το ασφαλές κλείσιμο του χειρουργικού πεδίου. Σημαντικό είναι να τηρούνται οι οδηγίες κατά την επέμβαση και τη συρραφή.

#### ΑΝΑΝΗΨΗ ΝΕΟΓΝΟΥ

Ο νεογνολόγος ιατρός και η μαία που κάνουν την ανάνηψη του νεογνού θα πρέπει να γνωρίζουν τις αλλαγές που συμβαίνουν στα διάφορα συστήματα κατά τη μετάβαση από την ενδομήτριο στην εξωμήτριο ζωή και να γνωρίζουν τους πολύπλοκους χειρισμούς στα διάφορα στάδια ανάνηψης ώστε να είναι όσο το δυνατόν λιγότερο επώδυνη για το νεογνό. Πρέπει να γίνεται εκτίμηση του χρώματος, του τόνου, της αναπνοής και του καρδιακού ρυθμού του νεογνού ώστε να προσδιοριστεί το Apgar Score του εμβρύου. Οι διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη γέννηση είναι το στέγνωμα, το απτικό ερέθισμα, η θέρμανση, η αναρρόφηση. Σε ένα νεογνό με καλό Apgar Score γίνεται κλινική επισκόπηση, πιστοποίηση στοιχείων και λήψη δακτυλικών αποτυπωμάτων. Το παιδί στη συνέχεια παραμένει κοντά στη μητέρα.

Στα νεογνά με κάποιου βαθμού αναπνευστική δυσχέρεια τηρούνται οι οδηγίες ανάνηψης και αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση τους μεταφέρονται στην αίθουσα ανάνηψης νεογνών, η οποία βρίσκεται μέσα στην αίθουσα τοκετών και παρέχει τη δυνατότητα παροχής οξυγόνου, τοποθέτησης στον αναπνευστήρα, ενδοφλέβια χορήγηση υγρών με συσκευή, λήψη εργαστηριακών από το αίμα της ομφαλικής αρτηρίας, τοποθέτηση monitor για τη μέτρηση των ζωτικών σημείων και καταμέτρηση του ποσοστού κορεσμού του οξυγόνου. Επίσης γίνεται λήψη αερίων αίματος. Σε επείγουσες καταστάσεις όπου δεν μπορεί να αντιμετωπισθούν επί τόπου, το νεογνό τοποθετείται σε θερμοκοιτίδα μεταφοράς και γίνεται η μεταφορά του σε Εντατική Μονάδα Νεογνών 2ου ή 3ου επιπέδου.

#### ΑΝΑΝΗΨΗ ΛΕΧΩΙΔΑΣ

Οι λεχωίδες μετά τον τοκετό ή την καισαρική τομή παραμένουν 2 ώρες στην ανάνηψη, όπου γίνεται συνεχής παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της με χρήση monitor, χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως, παρακολούθηση ισοζυγίου υγρών, κλινικός έλεγχος για αιμορραγία, ψυχολογική υποστήριξη και στήριξη του μητρικού θηλασμού.

Στη διάρκεια της πρώτης ώρας μητέρα και παιδί είναι διαποτισμένα από τα φυσικά οπιοειδή και έτσι δημιουργείται αμοιβαία χημική εξάρτηση μεταξύ τους. Μέσα σε μία ώρα από την τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας θα ψάξει να θηλάσει ενστικτωδώς.

#### Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙΘΟΥΣΑ ΤΟΚΕΤΩΝ

Οι μαιές συμμετέχουν και έχουν την επιστασία στην παραλαβή, στον τοκετό, στην καισαρική τομή και στην ανάνηψη. Ελέγχουν την τήρηση των κανόνων ασφαλείας και αντισηψίας. Επιβλέπουν το υπό εκπαίδευση προσωπικό και τους φοιτητές ιατρικής και ΤΕΙ. Επίσης καταγράφουν τα μητρώα και ελέγχουν την εφαρμογή των οδηγιών. Είναι υπεύθυνες για τον εξοπλισμό υλικών αναλώσιμων και μη καθώς και για τον έλεγχο λειτουργίας του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού. Κάθε μαιά οφείλει να έχει υψηλή κριτική ικανότητα, αντίληψη και υπευθυνότητα καθώς και να είναι σε θέση να κάνει έγκαιρη διάγνωση της παθολογίας. Η μαιά καλείται να συντονίσει διαφορετικούς ανθρώπους και ειδικότητες, όπως την επίτοκο, το γυναικολόγο, τον αναισθησιολόγο, τον νεογνολόγο και το νοσηλευτικό προσωπικό.

#### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ταχύτατες εξελίξεις στον τομέα της υγείας όπως και η αναθεώρηση των παλαιών γνώσεων και η προσθήκη καινούριων, καθιστούν το επάγγελμα της μαιάς αρκετά δύσκολο, αν θέλει να μη παραμείνει στατικός παρατηρητής, αλλά δημιουργικός και αποτελεσματικός παράγον. Η τεχνολογική ανάπτυξη επέφερε μία σημαντική μείωση στο ποσοστό θνησιμότητας και περιγεννητικής νοσηρότητας καθώς επίσης και την ελαχιστοποίηση της μητρικής θνησιμότητας. Το προσωπικό της αίθουσας τοκετών καλείται να παρέχει τη μέγιστη φροντίδα στην ασθενή δουλεύοντας με την τεχνολογία και συμβαδίζοντας με την εξέλιξή της. Οφείλει όμως να παραμένει πάντα δίπλα στον άνθρωπο που έχει δικαίωμα να ενημερώνεται και να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν άμεσα.