



Κατευθυντήριες Οδηγίες Μαιευτικής Φροντίδας

4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας Θράκης



Όροι Χρήσης

Οι κατευθυντήριες οδηγίες μαιευτικής φροντίδας που ακολουθούν, αναπτύχθηκαν από μαιέες/ευτές της 4^{ης} ΥΠΕ, πρωταρχικά για εφαρμογή στα μαιευτικά τμήματα της οικείας περιφέρειας.

Περιγράφει τον τρόπο προσέγγισης και διαχείρισης κάποιων κοινών ή περισσότερο πολύπλοκων καταστάσεων, που μπορεί να προκύψουν κατά την παροχή μαιευτικής φροντίδας.

Παρέχουν σχετικά περιορισμένες πληροφορίες, αναφορικά με την αιτιολογία και το θεωρητικό υπόβαθρο των καταστάσεων που περιγράφουν, καθώς ο πρωταρχικός σκοπός ανάπτυξής τους δεν υπήρξε η θεωρητική κατάρτιση, αλλά η υποστήριξη και τεκμηρίωση της μαιευτικής πρακτικής.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες μαιευτικής φροντίδας εκπορεύονται από τα επαγγελματικά δικαιώματα των μαιών (ΠΔ 351/89), αλλά και των δικαιωμάτων των ασθενών όπως αυτά ορίζονται από τις διατάξεις του νόμου 2071/92.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που ακολουθούν δεν υποδεικνύουν τον αποκλειστικό τρόπο παροχής μαιευτικής φροντίδας, χαράσσουν όμως, οπωσδήποτε, το γενικό πλαίσιο. Μικρές διαφοροποιήσεις που λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς, μπορεί να είναι αποδεκτές ή και απαραίτητες. Ανάλογες διαφοροποιήσεις μπορεί να προκύψουν και από καταστάσεις ή συνθήκες που δεν μπορούν να προβλεφθούν από την παρούσα έκδοση.

Το πρωτόκολλο υπόκειται σε αναθεώρηση κάθε δύο χρόνια, εκτός αν νεότερα επιστημονικά δεδομένα ή τα αποτελέσματα από την αξιολόγηση της εφαρμογής του, ορίζουν διαφορετικά. Με δεδομένο τον περιορισμό των ανθρώπινων πόρων, η ομάδα ελέγχου και αξιολόγησης δεσμεύεται να καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για συστηματική αξιολόγηση και περιοδική επικαιροποίηση του πρωτοκόλλου.

Κατευθυντήριες Οδηγίες Μαιευτικής Φροντίδας

Πρωτόκολλο της 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας & Θράκης

Ημερομηνία έγκρισης:

1/10/2012

Ημερομηνία αναθεώρησης:

1/10/2014



Οκτώβριος 2012

© 2012 4^η ΥΠΕ.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται αναδημοσίευση της έκδοσης σε οποιαδήποτε μορφή, ολόκληρης ή μέρους αυτής, χωρίς την έγγραφη εξουσιοδότηση του εκδότη

All rights reserved.

No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the Publishers

Κατευθυντήριες Οδηγίες Μαιευτικής Φροντίδας

Εισαγωγή στην Παροχή Μαιευτικής Φροντίδας

Οι Μαιέες οφείλουν να είναι γνώστες των γενικών κατευθυντηρίων οδηγιών της σύγχρονης Νοσηλευτικής τέχνης και συγχρόνως θα πρέπει να γνωρίζουν και να εφαρμόζουν τις δεξιότητες της τεκμηριωμένης Μαιευτικής τέχνης, με γνώμονα το Μαιευτικό μοντέλο περίθαλψης, όπως το ορίζουν: η εθνική νομοθεσία (Π.Δ. 351/1989), η οδηγία 2005/36/EC της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο WHO, η ICM (*International Confederation Midwives*) και άλλοι Διεθνείς οργανισμοί.

Το Μαιευτικό μοντέλο περίθαλψης, που βασίζεται στην παραδοχή ότι η εγκυμοσύνη και η γέννηση είναι φυσιολογικά γεγονότα της ζωής, **επικεντρώνεται στη γυναίκα** και την παρέχει τεκμηριωμένη Μαιευτική φροντίδα, πληροφόρηση, στήριξη και ενδυνάμωση, ώστε να είναι ικανή να επιλέξει, να αποφασίσει και να αναλάβει την ευθύνη των επιλογών και των αποφάσεών της στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της.

Η **τεκμηριωμένη Μαιευτική φροντίδα**, επικεντρώνεται στη(ν):

- ✘ εξατομικευμένη εκπαίδευση, παροχή συμβουλών και προγεννητική φροντίδα,
- ✘ συνεχή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια του τοκετού, με ελαχιστοποίηση των παρεμβάσεων,
- ✘ γέννηση και τοκετό,
- ✘ φροντίδα και συνεχή υποστήριξη κατά τη διάρκεια της λοχείας και
- ✘ εντόπιση των παθολογικών σημείων και καταστάσεων, με άμεση παραπομπή των γυναικών σε εξειδικευμένα κέντρα παροχής μαιευτικής φροντίδας στη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, του τοκετού και της περιόδου της λοχείας.

Γενικές απόψεις για την Περιγεννητική φροντίδα.

Σε όλες τις έγκυες γυναίκες θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα υγείας που βελτιώνει τα αποτελέσματα τόσο σε αυτές όσο και στα νεογέννητα τους. Στη διάρκεια των επισκέψεων παροχής περιγεννητικής φροντίδας, δυνητικά ανιχνεύονται, καταγράφονται και επιλύονται με τον ιδανικότερο τρόπο τα προβλήματα υγείας με παρεμβάσεις, αν υπάρξει ανάγκη, ώστε να προστατευτεί η υγεία των γυναικών και των νεογέννητων (ACOG,2005a).

Η αξιολόγηση του κινδύνου (χαμηλού ή υψηλού) πραγματοποιείται σε κάθε επαφή με το εξειδικευμένο προσωπικό (Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant, WHO, 2004), **που είναι** επαγγελματίες υγείας διαπιστευμένοι, όπως η Μαία, ο Μαιευτήρας, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί και καταρτιστεί με επάρκεια στις δεξιότητες που απαιτούνται για τη διαχείριση κάθε εγκυμοσύνης, κάθε τοκετού και κάθε άμεσης μεταγεννητικής περιόδου και στον εντοπισμό, στη διαχείριση και στην παραπομπή των γυναικών και των νεογνών σε εξειδικευμένα κέντρα παροχής μαιευτικής φροντίδας, όταν παραστεί ανάγκη. Είναι μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία, που δεν τεκμηριώνεται με μια μόνο αξιολόγηση.

1. Μαιευτική φροντίδα στο φυσιολογικό τοκετό: «Πρακτικός οδηγός»

Ο WHO, από το 1985 ακόμα, είχε δημοσιεύσει μια σειρά προτροπών για τον φυσιολογικό τοκετό. Αργότερα, το 1996, δημοσιεύτηκε το *Safe motherhood "Care in Normal Birth: a practical guide"*, βασισμένο σε τεκμηριωμένες έρευνες που ενισχύουν τις αρχικές προτροπές και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως **Τεκμηριωμένες Πρακτικές** για κάθε Μονάδα Μητρότητας, οπουδήποτε στον κόσμο.

Στο πνεύμα του Μαιευτικού μοντέλου περιθάλψης, το 2007 National Institute for Health and Clinical Excellence με εντολή του National Collaborating Centre for Women's and Children's Health της Μεγάλης Βρετανίας, εξέδωσε το *"Intrapartum care - Clinical guideline"* και ακολούθως το Μάιο του 2008 το Βασιλικού Κολλεγίου Μαιών (RCM) της Μεγάλης Βρετανίας, στηριζόμενο στο ίδιο πλαίσιο εξέδωσε το *"Practice guidelines-Evidence-based guidelines for midwifery-led care in labour"*. Τέλος στο Βέλγιο το, Health Care Knowledge Centre εξέδωσε το *"Guideline relative to low risk birth"* KCE reports 139C(2010).

Χρησιμοποιώντας τις τεκμηριωμένες πρακτικές, που προκύπτουν από την κατά-ξωμένη γνώση των παραπάνω οργανισμών και της σχετικής σύγχρονης βιβλιογραφίας, έγινε το ακόλουθο πόνημα.

Περί του φυσιολογικού τοκετού

Το φυσιολογικό γεγονός, του **τοκετού**, συχνά μετατρέπεται σε ιατρική διαδικασία με παρεμβάσεις και επεμβάσεις που δεν χρειάζονται, με περιορισμό της ελευθερίας των γυναικών να ζήσουν την γέννηση των παιδιών τους με το δικό τους τρόπο και στο χώρο που εκείνες επιλέγουν, με συγκέντρωση μεγάλου αριθμού επιτόκων στα νοσοκομεία, με χρήση υψηλού τεχνολογικού εξοπλισμού (τριτοβάθμια κέντρα) και με τις δαπάνες συνεχώς να αυξάνονται.

Ορισμός

Φυσιολογικός τοκετός είναι αυτός που ξεκινάει αυθόρμητα, μεταξύ της 37^{ης} και 42ης εβδομάδας της κύησης. Από την αρχή μέχρι το τέλος του δεν υπάρχουν εμφανείς κίνδυνοι, το νεογνό γεννιέται σε ινιακή προβολή και μετά το τοκετό η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή κατάσταση.(WHO, 1996)

Ο ορισμός συμπληρώνεται και επεξηγείται ως ακολούθως: **φυσιολογικός τοκετός** (Normal delivery) ορίζεται ο τοκετός χωρίς πρόκληση (προσταγλανδίνες, οξυτοκίνη, τεχνητή ρήξη θυλακίου), χωρίς χρήση γενικής, ραχιαίας ή επισκληρίδιου αναλγησίας πριν ή κατά τη διάρκεια του, χωρίς εφαρμογή περινεοτομής, χωρίς χρήση συκίας ή εμβρυουλκού και καισαρικής τομής. (Joint Statement, RCOG, RCM, 2007).

Θα πρέπει να είναι: **«Η φυσική πορεία του τοκετού διαταράσσεται, μόνο όταν υπάρχει σημαντικός λόγος.»**

Εισαγωγή στο Μαιευτήριο

Καλωσόρισμα

Συνιστάται το καλωσόρισμα της εγκύου γυναίκας στο μαιευτήριο με συμπάθεια και διάθεση για απαντήσεις σε όλες τις απορίες της σχετικά με τον επερχόμενο τοκετό, τις ενέργειές μας, τις δυνατές επιλογές της.

Κλινική εξέταση

Συνιστάται

- ο η λήψη του Μαιευτικού-Γυναικολογικού ιστορικού της, του Ιατρικού ιστορικού της
- ο διενέργεια ελάχιστης κλινικής εξέτασης: μέτρηση του βάρους, αρτηριακής πίεσης, θερμοκρασίας, καρδιακού ρυθμού εκείνης και του εμβρύου, ψηλάφηση της κοιλιάς και ύψους της μήτρας, κολπική εξέταση (εάν οι υμένες είναι ακέραιοι).

Εξέταση εμβρύου

Συνιστάται η αξιολόγηση της κατάστασης του εμβρύου με ακρόαση του καρδιακού ρυθμού για τουλάχιστον ένα λεπτό αμέσως μετά από σύσπαση της μήτρας. Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει χρησιμοποιώντας καρδιοτοκογράφημα (CTG).

Ενεργός τοκετός ή μη

Συνιστάται η εισαγωγή των γυναικών να γίνεται όταν αυτές βρίσκονται στην ενεργό φάση του τοκετού (σε ακέραιους εμβρυϊκούς υμένες), ώστε να μην επιμηκύνεται ο χρόνος διάρκειας του τοκετού και της παραμονής στην αίθουσα τοκετών, να γίνονται λιγότερες παρεμβάσεις (μειωμένα ποσοστά ωδινοποίησης, αναλγησίας, αμνιοτομών, Κ.Τ. κατά 30-40%). Σε μη ακέραιους εμβρυϊκούς υμένες, η εισαγωγή ακολουθεί τα πρωτόκολλα της κλινικής.

Προϋπόθεση, οι έγκυες γυναίκες να έχουν άριστη πληροφόρηση για τα σημεία «έναρξης του τοκετού» κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας ή να ενημερώνονται για τις περιστάσεις υπό τις οποίες πρέπει να επιστρέψουν στο Νοσοκομείο.

1.1. Διαδικασίες ρουτίνας

Η προετοιμασία της επιτόκου κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο προϋποθέτει κάποιες διαδικασίες ρουτίνας, όπως η παρακολούθηση της φυσικής και συναισθηματικής κατάστασης της επιτόκου σε όλη τη διάρκεια του τοκετού και μετά το τέλος του. Ως διαδικασίες ρουτίνας αναφέρονται:

- ☑ η ακρόαση του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού,
- ☑ η μέτρηση της θερμοκρασίας, των σφίξεων, της Α.Π.,
- ☑ η χορήγηση ενέματος,
- ☑ η εφαρμογή του ακολουθούμενου ξυρίσματος του εφηβαίου και περινέου,
- ☑ η παρακολούθηση των υγρών που προσλαμβάνει και της διούρησής της,
- ☑ η συναισθηματική υποστήριξη,
- ☑ η διαφύλαξη της ιδιωτικότητας της γυναίκας,
- ☑ ο σεβασμός της επιθυμίας της για παρουσία συγκεκριμένων ατόμων και
- ☑ η απομάκρυνση άλλων που δεν είναι απαραίτητοι στο χώρο του τοκετού.

1.1.1. Η μέτρηση της θερμοκρασίας, των σφίξεων, της Α.Π.: επιβάλλεται να εφαρμόζονται κάθε 4 ώρες, σύμφωνα με το παρτόγραμμα (WHO, 1993), επηρεάζοντας το τελικό αποτέλεσμα και το είδος της αντιμετώπισης του τοκετού. Είναι διαδικασίες που έχουν σημαίνουσα θέση στη φροντίδα.

1.1.2. Υποκλυσμός: η πρακτική του κλύσματος κατά την εισαγωγή για τοκετό **πρέπει να αποθαρρύνεται**. Τα αποδεικτικά στοιχεία που έδωσαν οι έρευνες δείχνουν ότι το κλύσμα δεν έχει σημαντικές επιπτώσεις στα ποσοστά λοιμώξεων τόσο των γυναικών από τις ρήξεις ή το τραύμα της περινεοτομής, όσο των νεογνών. Επίσης δεν επηρεάζεται η διάρκεια του τοκετού και προκαλείται μείωση της ικανοποίησης των γυναικών. (1.SAFE MOTHERHOOD Care in Normal Birth: a practical guide, WHO, 2003 - 2.Cuervo LG,2007.- 3.Vincenzo Berghella, MD, 2008).

1.1.3. Ξύρισμα: η πεποίθηση ότι το ξύρισμα των γυναικών στην περιοχή του εφηβαίου μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης, διευκολύνει την αποκατάσταση των ρήξεων και της συρραφής της περινεοτομής, **δεν αποδεικνύεται βιβλιογραφικά και θα πρέπει να αποθαρρύνεται**. Οι τρίχες του εφηβαίου, είτε αφαιρεθούν με ξυράφι, είτε κοπούν ή παραμείνουν χωρίς ξύρισμα, δεν διαφοροποιούν τα αποτελέσματα των λοιμώξεων, όσον αφορά τις γυναίκες και αργότερα τα νεογνά. Επιπρόσθετα δημιουργούνται παρενέργειες, όπως ερεθισμός, ερύθημα, πολλαπλές επιφανειακές εκδορές από το ξυράφι και αυξάνεται η νοσηρότητα των γυναικών, η αίσθηση του πόνου, η αμηχανία ή η δυσφορία κατά τη διάρκεια του επανέκφυσης της τρίχας. (Basevi V, Lavender T. 2008)

1^ο στάδιο τοκετού

Υποστήριξη

Συνιστάται: οι έγκυες γυναίκες να συνοδεύονται από πρόσωπο της επιλογής τους. Το πρόσωπο αυτό μπορεί να είναι επαγγελματίας υγείας ή άλλο άτομο αποδεκτό από την επίτοκο και εκπαιδευμένο σε θέματα του τοκετού. Εκτός αν υπάρχει η προϋπόθεση μια Μαία σε κάθε επίτοκο.

Έλεγχος τοκετού

Συνιστάται: η χρήση του παρτογράμματος, από WHO και από NICE, αν και οι απόψεις για τη χρήση του δεν είναι από όλους αποδεκτή. Η κολπική εξέταση θα πρέπει να περιορίζεται στο όριο της 1 κάθε 4h και αυστηρότερα μετά την ρήξη των μεμβρανών, εκτός αν υπάρχουν ειδικές ενδείξεις ή αίτημα της εγκύου γυναίκας.

Φροντίδα

Συνιστάται:

- να ενθαρρύνεται η έγκυος γυναίκα να κινείται και να λαμβάνει την θέση που επιθυμεί, την ιδανική για την ίδια και το έμβρυο,
- να επιτρέπεται να πίνει υγρά και να έχει κάποια μικρά γεύματα, για όσο διάστημα δεν υπάρχει ιατρική αντένδειξη. Οφείλουμε να «ακούμε» τις επιθυμίες της

Έλεγχος εμβρύου

Συνιστάται:

- διαλείπουσα ακρόαση των εμβρυικών καρδιακών παλμών κάθε 15-30 λεπτά και διάρκεια τουλάχιστον ένα λεπτό, αμέσως μετά από συστολή.
- συνεχής ακρόαση των εμβρυικών καρδιακών παλμών (με την καταγραφή CTG) να γίνεται εάν δεν υπάρχει το απαραίτητο διαθέσιμο προσωπικό (μία Μαία /μία επίτοκο).

Μεμβράνες

Συνιστάται: η τεχνητή ρήξη των εμβρυικών υμένων να μην είναι πρακτική ρουτίνας, όταν ο τοκετός εξελίσσεται κανονικά (1cm/h).

Η τεχνητή ρήξη των εμβρυικών υμένων μόνη της ή σε συνδυασμό με χορήγηση οξυτοκίνης και φροντίδα μίας Μαιάς /επίτοκο, συχνά είναι αποδεκτή για πρόληψη του παρατεταμένου τοκετού, αφού προηγηθεί όμως ενημέρωση και έγκριση της εγκύου γυναίκας.

1.2. Φροντίδα 1^{ου} σταδίου τοκετού

1.2.1. Διατροφή

Οι απόψεις για τη διατροφή στη διάρκεια του τοκετού διαφέρουν ευρέως. Ο φόβος ότι το γεμάτο στομάχι στη διάρκεια γενικής αναισθησίας, αν παραστεί ανάγκη, μπορεί να καταλήξει σε εισρόφηση είναι πραγματικός και σοβαρός κίνδυνος (σύνδρομο του Mendelson).

Ο τοκετός απαιτεί από τον οργανισμό πολλή ενέργεια. Επειδή η διάρκεια του δεν μπορεί να καθοριστεί εκ των προτέρων, οι ανάγκες της μητέρας πρέπει να καλύπτονται ώστε να μην διαταραχτεί τόσο η υγεία της όσο και εκείνη του εμβρύου. Η απαγόρευση κάθε πρόσληψης από το στόμα μπορεί να οδηγήσει σε αφυδάτωση και κετονουρία. Για να αποφευχθεί αυτό συνήθως δίνεται διάλυμα γλυκόζης, ενδοφλέβια. Τα αποτελέσματα της αλόγιστης αυτής τακτικής έχουν αξιολογηθεί από μία σειρά τυχαιοποιημένων μελετών και έτσι μπορεί να παρατηρηθούν:

- ☑ στη μητέρα άνοδος στον ορό των επιπέδων της μέσης τιμής γλυκόζης, που συνοδεύεται από άνοδο των επιπέδων ινσουλίνης,
- ☑ στο έμβρυο άνοδος του επιπέδου της γλυκόζης, που μπορεί να επιφέρει πτώση του pH στο αρτηριακό αίμα του ομφαλίου λώρου και υπερινσουλιναιμία που εμφανίζεται όταν οι προσλαμβανόμενες ποσότητες γλυκόζης είναι μεγάλες, με αποτέλεσμα τη νεογνική υπογλυκαιμία και τα υψηλά επίπεδα γαλακτικού οξέως στο αίμα του νεογνού.

Επιπρόσθετα, η υπερβολική χρήση ενδοφλέβιων υγρών που δεν περιέχουν άλατα μπορεί να οδηγήσει σε υπονατρίαζ της μητέρας και του εμβρύου.

Όλες αυτές οι επιπλοκές **συνήθως αποφεύγονται**, αν προσφέρουμε υγρά στην επίτοκο από το στόμα στη διάρκεια του τοκετού ή και ελαφρά γεύματα. Η σωστότερη στάση είναι **να ακούμε** την επιθυμία της επιτόκου για υγρά και τροφή κατά τον τοκετό.

Σημαντική σύσταση είναι η ενθάρρυνση των γυναικών να ουρούν, περίπου ανά 2h, κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, ώστε να αποφεύγεται-αποτρέπεται ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης και στο 1^ο και στο 2^ο στάδιο του τοκετού.

1.2.2. Εκτίμηση έναρξης τοκετού

Η εκτίμηση της έναρξης του τοκετού είναι ένα από τα **σπουδαιότερα** σημεία διαχείρισης του τοκετού. Τα σημεία της έναρξης είναι:

- ☑ ρήξη εμβρυικών υμένων
- ☑ επώδυνες συστολές της μήτρας με περιοδικότητα
- ☑ εξάλειψη και/ή διαστολή του τραχήλου της μήτρας
- ☑ μικρή αιματηρή έκκριση

⚡ Η **Πρόωρη Ρήξη των εμβρυικών υμένων** είναι σαφές σημάδι ότι έχει συμβεί κάτι αμετάκλητο. Για τα ελληνικά δεδομένα οι επίτοκες εισάγονται στο νοσοκομείο και τις χορηγείται προληπτική αντιβίωση. Σε άλλες χώρες Μ.Β., ΗΠΑ, οι επίτοκες **δεν** εισάγονται στις μονάδες μητρότητας, **δεν** τις χορηγείται προληπτική αντιβίωση, **αλλά επιστρέφουν** στο σπίτι τους και επανέρχονται σε 24h ή 48h μετά, αν στο διάστημα αυτό δεν έχει ξεκινήσει ο τοκετός.

✂ Τα άλλα σημεία είναι λιγότερο προφανή: **οι συστολές** μπορεί να γίνουν αισθητές πολύ πριν την έναρξη του τοκετού (Braxton-Hicks), **η διαφοροποίηση της σύστασης και η διαστολή του τραχήλου ή η μικρή αιματηρή έκκριση** από τον τράχηλο, μπορεί να υπάρχουν εβδομάδες πριν την έναρξη του τοκετού (Crowther 1989). Επομένως, αυτό που καθορίζει την εισαγωγή της επιτόκου στο νοσοκομείο και τη σωστή διαχείριση του τοκετού που ακολουθεί, είναι η ορθή εκτίμηση της «έναρξης του τοκετού».

✂ Επί άρρηκτων εμβρυικών υμένων, η κατάλληλη στιγμή για εισαγωγή της επιτόκου στο νοσοκομείο είναι η στιγμή προς το τέλος της **λανθάνουσας φάσης** του τοκετού, δηλ. όταν ο τράχηλος έχει μετακινηθεί στην πρόσθια θέση, έχει μαλακή σύσταση, έχει εξαλειφθεί και έχει διαστολή 3-4cm, η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου περιστρέφεται, πιέζει και το έμβρυο έχει αρχίσει την κάθοδό του στον πυελογεννητικό σωλήνα. Οι συστολές της μήτρας είναι επώδυνες, με περιοδικότητα 2/10min, δηλαδή ο τοκετός βρίσκεται στην **ενεργό φάση του**. Η εισαγωγή με κριτήρια σε σύγκριση με την άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο, συνδέονται με λιγότερο χρόνο στην αίθουσα τοκετών, λιγότερες παρεμβάσεις (λιγότερη ωδινοποίηση, λιγότερη αναλγησία, μειωμένα ποσοστά αμνιοτομών) και μείωση κατά 30-40% των Καισαρικών Τομών. Προϋπόθεση, οι έγκυες γυναίκες να έχουν άριστη πληροφόρηση για τα σημεία «έναρξης του τοκετού» κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας.

✂ Η **κολπική εξέταση** έχει θέση την στιγμή αυτή, ώστε να εκτιμηθεί η σύσταση και η διαστολή του τραχήλου καθώς και το ύψος της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Φυσικά, επιβάλλεται η παρακολούθηση της επιτόκου στο χώρο υποδοχής (ακρόαση παλμών, συστολές) και η επανάληψη της εξέτασης για την επανεκτίμηση της διαστολής, που σε φυσιολογικές συνθήκες είναι 0,3-1 cm /h.

1.2.3. Κολπική εξέταση

Είναι μια από τις βασικές διαγνωστικές ενέργειες για την εκτίμηση της έναρξης και της προόδου του τοκετού. Θεωρείται τραυματική και επίπονη εμπειρία, όταν μάλιστα γίνεται κάθε φορά από άλλο άτομο, ένα «αγκάθι» στη διάρκεια του τοκετού και όπως ομολογούν πολλές γυναίκες είναι διαδικασία που δημιουργεί αίσθηση μεγάλης αμηχανίας. «Η κολπική εξέταση πρέπει να γίνεται από τον ίδιο υγειονομικό». (Rodson 1991, Clement 1994)

Είναι επιβεβλημένη εξέταση και θεωρείται αποδεκτή μέθοδος εκτίμησης της έναρξης και της προόδου του τοκετού. Ο αριθμός των κολπικών εξετάσεων θα πρέπει να περιορίζεται στις αυστηρώς απαραίτητες, να μη γίνεται ρουτίνα ή ρυθμιστής, αλλά να πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχει κλινική ανάγκη, φυσικά μετά από συζήτηση και ενημέρωση της γυναίκας και τηρώντας όλους τους κανόνες αντισηψίας. «Η επαναλαμβανόμενη κολπική εξέταση είναι μια εισβολή –παρέμβαση, από μας χωρίς αποδεδειγμένη αξία» (Enkin, 1992)

Ο WHO (1993) συστήνει η διαδικασία να επαναλαμβάνεται ανά 4 ώρες κατά το 1^ο στάδιο του τοκετού, με σύγχρονη ενημέρωση του γραφήματος του τοκετού (Partograph). Όσοι όμως, εφαρμόζουν επιταχυνόμενο τοκετό, συστήνουν τη διενέργειά της ανά 2ωρο, χωρίς όμως αποδεδειγμένο όφελος. (Berghella et al, 2008)

1.2.4. Κίνηση και θέση προτίμησης της επιτόκου στη διάρκεια του 1^{ου} σταδίου

Η ανακούφιση του πόνου είναι συνυφασμένη με τη ελεύθερη κίνηση. Υπάρχουν εργασίες που δείχνουν ότι κατά το 1^ο στάδιο του τοκετού η ύπτια θέση επηρεάζει τη ροή αίματος στη μήτρα. Η μήτρα με το βάρος της πιέζει την αορτή και την κάτω κοίλη φλέβα με αποτέλεσμα την ελαττωμένη ροή του αίματος, που σαφώς επηρεάζει την κατάσταση του εμβρύου. Επίσης έχει βρεθεί ότι η ύπτια θέση ελαττώνει την ένταση των συστολών (Williams et al 1980, Chen et al 1987). Η όρθια στάση αλλά και η ύπτια θέση με κατάκλιση στο πλάι, σχετίζονται με συστολές μεγαλύτερης έντασης και καλύτερης αποτελεσματικότητας (όσον αφορά τη διαστολή του τραχήλου). Όταν επιτρέπεται στην επίτοκο να στέκεται, να περπατάει, να κάθεται, να στηρίζεται στα τέσσερα, να κάνει ντους για να χαλαρώνει, ακόμα να εναλλάσσει τις θέσεις κατά την επιθυμία της, ο τοκετός γίνεται λιγότερο επώδυνος, αισθητά (υπάρχει μικρότερη ανάγκη χρήσης αναλγητικών) και σπανιότερα απαιτείται η ενίσχυση του με ωκυτοκίνη (Hemminki 1983, Melzack 1991). Στη μόνη περίπτωση που επιβάλλεται η ύπτια θέση είναι η κατάσταση της μη εμπεδωμένης κεφαλής του εμβρύου με σύγχρονη ρήξη των υμένων. Η έρευνα, επίσης, έδειξε μικρότερη συχνότητα διαταραχών του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού στις όρθιες θέσεις και υψηλότερο pH του αίματος στον ομφάλιο λώρο. Όταν δε ερωτήθηκαν οι γυναίκες για τις όρθιες στάσεις, έδειξαν ιδιαίτερο ενθουσιασμό καθώς ανέφεραν λιγότερη αίσθηση πόνου στη διάρκεια των συστολών (Bhardwaj, 1995).

Καταλήγοντας: οι γυναίκες μπορούν να υιοθετούν όποια θέση επιθυμούν, αποφεύγοντας την κατάκλιση για μεγάλο χρονικό διάστημα και σίγουρα θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται στην προσπάθεια αναζήτησης τους της πιο άνετης και ανακουφιστικής θέσης. Όλοι εμείς, πρέπει να επανεκπαιδευτούμε για τον τοκετό σε διάφορες στάσεις ώστε να μην δρούμε οι ίδιοι ως ανασταλτικοί παράγοντες στην κίνηση και στις θέσεις προτίμησης της επιτόκου.

1.2.5. Παρακολούθηση του εμβρύου στη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού

Παρόλο ότι η καταγραφή των εμβρυϊκών παλμών είναι πιο σαφής με την ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία (EFM) απ' ότι με την διακεκομμένη ακρόαση (φορητό Doppler), η ερμηνεία είναι δύσκολη. Παραμένει σημείο αντιπαράθεσης μεταξύ των ιθυνόντων. Η καταγραφή ερμηνεύεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο και ακόμα και από το ίδιο άτομο σε διάφορους χρόνους (Cohen et al 1982, Van Geijin 1987, Nielsen et al 1987). Η ευαισθησία της μεθόδου όσον αφορά την εξακρίβωση της εμβρυϊκής δυσχέρειας είναι υψηλή αλλά η ειδικότητα είναι χαμηλή, χωρίς να παρουσιάζεται μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας ή της συχνότητας εγκεφαλικής παράλυσης (Grant, 1989). Αυτό σημαίνει ότι «η καθολική εφαρμογή της EFM έχει κάνει περισσότερο κακό παρά καλό, αυξάνοντας τα ποσοστά των χειρουργικών επεμβάσεων με αποτέλεσμα την απώλεια πολύτιμων κλινικών δεξιοτήτων αξιολόγησης και συμβάλλοντας στην εκτίναξη του κόστους της μαιευτικής φροντίδας, χωρίς να παρέχονται αποδείξιμα πλεονεκτήματα» (Simkin, 1987). Επίσης «μπορεί να οδηγήσει σε κακή χρήση, παρεξηγήσεις και άσκοπες ανησυχίες σχετικά με αθέμιτες πρακτικές και διαδικασίες» (Thacker, 1997)

Η πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση (Alfirevic et al, 2005) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι το μόνο όφελος από τη χρήση ρουτίνας συνεχούς EFM ήταν η μείωση της νεογνικής αποπληξίας.

Υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός εργασιών που συγκρίνει την διακεκομμένη ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών με την συνεχή καταγραφή αυτών. Στην έρευνα του Δουβλίνου, η μοναδική που ανέφερε σημαντική μείωση των σπασμών στα νεογνά υπό EFM, δηλώνεται ότι η διαφορά της ανίχνευσης των εμβρύων που δυσπραγούν παρατηρήθηκε μόνο μεταξύ των νεογνών που οι μητέρες τους λάμβαναν ωκυτοκίνη, είτε γιατί οι τοκετοί τους ενισχύθηκαν είτε γιατί ήταν προκλητοί. (Mc Donald et al. 1985) Σε τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, έχουν παρουσιαστεί στοιχεία ότι στην αρχή με την EFM, καταγράφηκε αύξηση της καισαρικής τομής, κατά περίπου 250% που στη συνέχεια μειώθηκαν στο 30%, λόγω της χρήσης δειγματοληψίας εμβρυϊκού αίματος ή της βελτίωσης των δεξιοτήτων ερμηνείας. Αναφέρεται, επίσης, ότι η αλλαγή αυτή αύξησε κατά 30% τους επεμβατικούς κολπικού τοκετούς.(MIDIRS 2005)

Μεταξύ των μειονεκτημάτων της EFM, είναι η τάση που δημιουργείται στους υπεύθυνους αλλά και στους συντρόφους και την οικογένεια της επιτόκου, να εστιάζονται στο μηχάνημα παρά στη γυναίκα. Καθώς, επίσης μειώνεται και η δυνατότητα της επιτόκου να κινείται.

Η διακεκομμένη ηλεκτρονική καρδιοτοκογραφία είναι μια άλλη παραλλαγή. Συνήθως γίνεται καταγραφή για μισή ώρα στην αρχή του τοκετού και από κει και πέρα κατά τακτά χρονικά διαστήματα για 20 περίπου λεπτά κάθε φορά.

Συνιστάται η διαλείπουσα ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού **ως μέθοδος επιλογής** για τους τοκετούς χαμηλού κινδύνου, λόγω των αυξημένων παρεμβάσεων που συνδέονται με την EFM. Προτείνεται η διαλείπουσα ακρόαση να εφαρμόζεται μετά από συστολή για τουλάχιστον 60 δευτερόλεπτα, **όταν υπάρχει η αναλογία 1:1, Μαία/επίτοκο:**

- στη διάρκεια της ενεργούς φάσης του 1^{ου} σταδίου του τοκετού, ανά 15' - 30'
- στη διάρκεια του 2^{ου} σταδίου του τοκετού, ανά 5' - 15' (KCE, 2010; SOGC & RCOG/NICE, 2007; MIDIRS, 2005)
- Σύμφωνα με το SOGC, η διαλείπουσα ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού συνεχίζεται και κατά την τοποθέτηση του επισκληρίδιου καθετήρα και σε κάθε επανάληψη της χορήγησης αναλγησίας ανά 5' για τα επόμενα 30' από τη χορήγηση. (GL N^ο 197, 2007)

1.2.6. Αξιολόγηση της προόδου του τοκετού

Σύμφωνα, με τον WHO(1996), η αξιολόγηση της προόδου του τοκετού γίνεται από την παρατήρηση:

- της εμφάνισης της γυναίκας,
- της συμπεριφοράς της γυναίκας,
- των συσπάσεων της μήτρας,
- της καθόδου της κεφαλής.
- της διαστολής του τραχήλου της μήτρας.

Σύμφωνα, με τους Simkin & Ancheta (2000), υπάρχουν έξι τρόποι για να σημειωθεί η πρόοδος του τοκετού:

- ο τράχηλος της μήτρας μετακινείται από την οπίσθια στην πρόσθια θέση
- ο τράχηλος της μήτρας ωριμάζει ή μαλακώνει και εξαλείφεται

- ο τράχηλος της μήτρας διαστέλλεται
- το κεφάλι του εμβρύου περιστρέφεται, κάμπτεται και πιέζει, το έμβρυο κατεβαίνει.
- πρόοδος της διαστολής του τραχήλου
- εκτίμηση της συχνότητας, της έντασης και της διάρκειας των συστολών της μήτρας.

Σύμφωνα, με το NICE (2007), προτείνεται, ότι η πρόοδος στο πρώτο στάδιο του τοκετού θα πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση:

- της διαστολής του τραχήλου της μήτρας με ρυθμό 2cm σε 4h,
- της καθόδου και της περιστροφής της κεφαλής του εμβρύου
- των αλλαγών στην ένταση, στη διάρκεια και στη συχνότητα των συστολών.

Η πρόοδος πρέπει να εξεταστεί στο πλαίσιο της συνολικής ευημερίας της γυναίκας, γιατί μια γυναίκα με ρυθμό διαστολής 1cm/h που αισθάνεται ισχυρές συστολές και αισθάνεται έντονη δυσφορία, προκαλεί περισσότερη ανησυχία σε σχέση με μια γυναίκα με ρυθμό διαστολής 0.3cm/h που αισθάνεται άνετα, περπατά, πίνει τσάι και συζητά με τους συντρόφους της. (Enkin et al. 2000)

Οι Μαιές θα πρέπει να δίνουν βάρος και στις άλλες δεξιότητές τους για να καθορίσουν την πρόοδο του τοκετού, όπως η ψηλάφηση της κοιλιάς (Stuart 2000) και οι γνώσεις για τη διαφορετική συμπεριφορά των γυναικών στα διάφορα στάδια του τοκετού. (Baker και Kenner 1993, McKay και Roberts 1990)

1.2.7. Πρόληψη του παρατεταμένου τοκετού

Στη μέθοδο της καταγραφής της προόδου του τοκετού σε γράφημα τοκετού-παρτόγραμμα (WHO, 1993), αν η διαστολή αναγνωσθεί πιο αργή από 1 cm/h, παύει ο εφησυχασμός. Ακολούθως, αν η καθυστέρηση της προόδου του τοκετού συνεχίσει στις επόμενες 4 h, τότε πρέπει να ληφθεί απόφαση σχετικά με την κατάλληλη διαχείριση του επόμενου βήματος. Φυσικά, αυτή η οδηγία δεν είναι αυστηρός κανόνας που ακολουθείται σε όλες τις χώρες, όμως αποτελεί πολύτιμη κατευθυντήρια οδηγία. (WHO, 2003)

Η σχέση μεταξύ του παρατεταμένου τοκετού και των αρνητικών επιπτώσεων στη μητέρα και στο έμβρυο, είναι ο λόγος για τον οποίο είναι τόσο σημαντικό να παρακολουθείται η πρόοδος του τοκετού, με ακρίβεια. **Η αργή πρόοδος πρέπει να είναι ένας λόγος για την αξιολόγηση και όχι για την παρέμβαση.** Η κεφαλοπυελική δυσαναλογία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν η πρόοδος είναι αργή. Πριν τη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, η αργή πρόοδος συνήθως δεν σχετίζεται με δυσαναλογία, όμως μετά τη ρήξη είναι περισσότερες οι πιθανότητες να υπάρχει μηχανικό πρόβλημα.

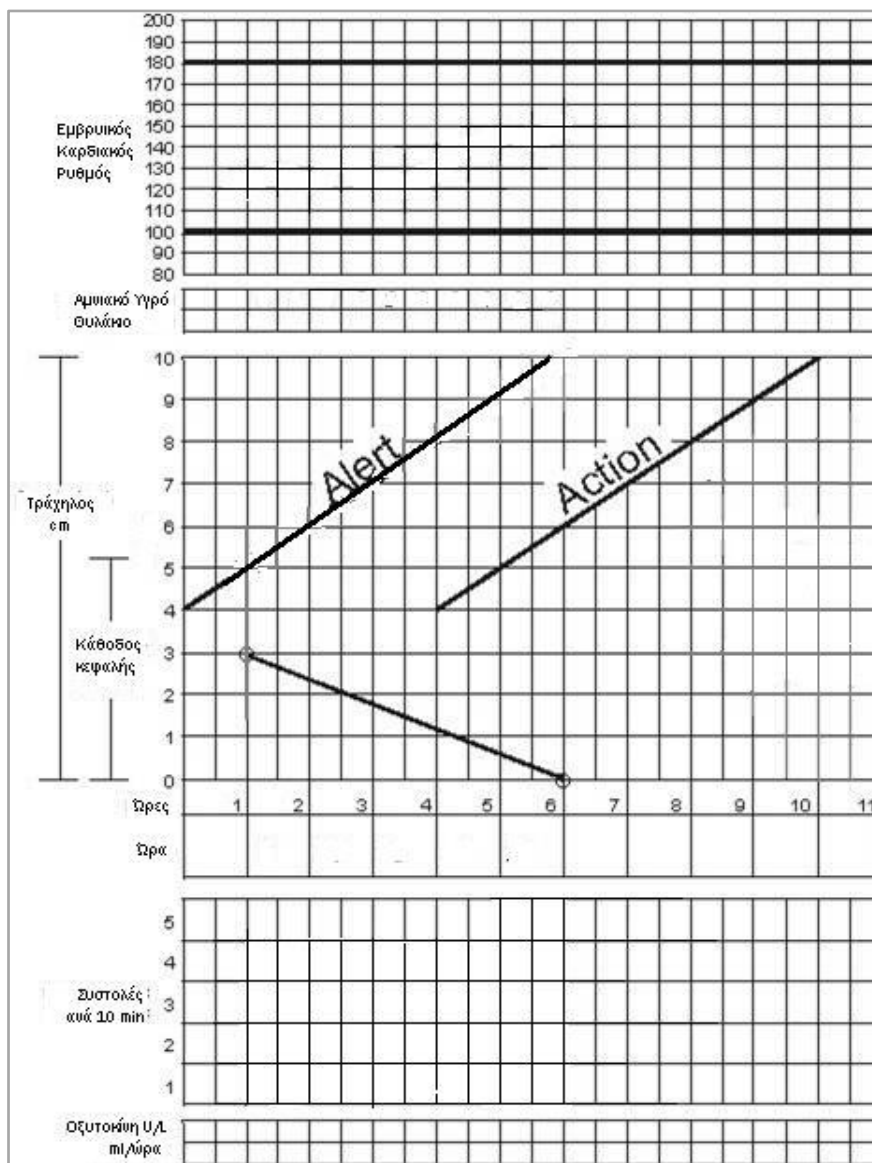
1.2.8. Ενέργειες για την πρόληψη του παρατεταμένου τοκετού.

Συστήνονται για ήπιες ενέργειες, όπως αλλαγή θέσης, περπάτημα, αύξηση των προσλαμβανομένων θερμίδων, για να προληφθεί η μεγάλη διάρκεια του τοκετού. Όταν αυτές δεν αποδώσουν, ο τοκετό παύει να θεωρείται φυσιολογικός και υπάρχει ανάγκη εφαρμογής περισσότερο ενεργών παρεμβάσεων: πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων, έγχυση ωκυτοκίνης, ή συνδυασμός και των δύο.

- Η πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων, παρεμβαίνει στη φυσιολογική χρονική στιγμή της ρήξης εμβρυϊκών υμένων που σε κανονικές συνθήκες, πρέπει να παραμένουν ανέπαφες μέχρι την πλήρη διαστολή στο 75% των περιπτώσεων. Η ρήξη εμβρυϊκών υμένων πριν από την πλήρη διαστολή συχνά ασκείται ως μέθοδος για την επιτάχυνση του τοκετού. Μελέτες

δείχνουν ότι η πρόωρη τεχνητή ρήξη του θυλακίου οδηγεί σε σημαντική αύξηση της συχνότητας του τύπου I επιβραδύνσεων στο ΚΤΓ, μειώνει την διάρκεια του 1^{ου} σταδίου σε πρωτότοκες κατά 6', χωρίς να υπάρχει διαφορά όσον αφορά τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας ή τον αριθμό επεμβατικών τοκετών. Επίσης, δεν φαίνεται να υπάρχει επίδραση στα νεογνά. Δεν συνιστάται η αμνιοτομή ως πρακτική ρουτίνας, σε τοκετό με φυσιολογική εξέλιξη και δεν υπάρχει απόδειξη ότι η πρόωρη τεχνητή ρήξη των υμένων πλεονεκτεί έναντι της τακτικής της αναμονής. (Smyth RMD, et al 2007)

Η ενδοφλέβια έγχυση της ωκυτοκίνης, χρησιμοποιείται συχνά για να επισπευθεί ο τοκετός, μετά είτε αυτόματη ή τεχνητή ρήξη των υμένων. Ο συνδυασμός με πρόωρη τεχνητή ρήξη των υμένων, συνιστά την «ενεργό διαχείριση του τοκετού», πρωτοεφαρμόστηκε το 1973 στην Ιρλανδία και έκτοτε έχει υιοθετηθεί ευρέως σε ολόκληρο τον κόσμο. Χρησιμοποιείται με διάφορα πρωτόκολλα, μόνη της ή σε συνδυασμό με τεχνητή ρήξη εμβρυϊκών υμένων ή σε συνδυασμό με προσταγλανδίνες.



ΓΡΑΦΗΜΑ ΤΟΚΕΤΟΥ- ΠΑΡΤΟΓΡΑΜΜΑ (WHO,1993)
(καταγραφή κάθε ενέργειας στη διάρκεια του τοκετού)

Διαχείριση του πόνου κατά τον τοκετό

Υποστήριξη

Συνιστάται: στους επαγγελματίες υγείας να δείχνουν συμπάθεια για το αίσθημα πόνου που βιώνουν οι επίτοκες και να είναι εμφανής ο σεβασμός των επιλογών τους, σε σχέση με τη διαχείριση του πόνου. Ασφαλώς, προηγείται ενημέρωση και ακολουθεί συγκατάθεση της επιτόκου για τον τρόπο διαχείρισής του.

Φροντίδα

Οι μη επεμβατικές-μη φαρμακολογικές μέθοδοι, όπως η ελευθερία κινήσεων και στάσεων, το ντους ή το μπάνιο, αλλά και το άγγιγμα, το μασάζ, οι μέθοδοι χαλάρωσης που απομακρύνουν την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο των συστολών της μήτρας, προσφέρουν σημαντική ανακούφιση στη διάρκεια του τοκετού.

Ανακούφιση του πόνου

Συνιστάται: η ενημέρωση της επιτόκου για τις παρενέργειες των φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης από τον πόνο (οποιοειδή, επισκληρίδιος αναλγησία, υποξείδιο του αζώτου), πριν την εφαρμογή τους.

1.3. Αναλγησία για την ανακούφιση του πόνου κατά τον τοκετό

1.3.1. Χρήση φαρμακολογικών μεθόδων

Όλες οι φαρμακολογικές μέθοδοι ανακούφισης από τον πόνο έχουν παρενέργειες, που οι γυναίκες πρέπει να τις γνωρίζουν προγεννητικά ή να τις πληροφορούνται υπεύθυνα όταν τους προσφέρονται. (Enkin et al, 2000)

Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται ότι η πεθιδίνη και τα άλλα οπιοειδή, παρέχουν περιορισμένη ανακούφιση από τον πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού και μπορεί να έχουν σημαντικές παρενέργειες για τις ίδιες (υπνηλία, ναυτία και έμετο) και το μωρό τους (βραχυπρόθεσμη αναπνευστική καταστολή και υπνηλία) (NICE,2007).

Το **υποξείδιο του αζώτου** φαίνεται να ανακουφίσει από τον πόνο, αλλά μπορεί να αισθανθούν ναυτία και ζάλη. Δεν υπάρχουν στοιχεία παρενεργειών στο έμβρυο. (NICE,2007)

Η **επισκληρίδιος αναλγησία** είναι η πιο κοινή χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την ανακούφιση του πόνου κατά τον τοκετό, με αποτέλεσμα την ύφεση ή την πλήρη απαλλαγή από τον πόνο (MIDIRS 2005). Φυσικά, δεν στερείται παρενεργειών, όπως πυρετός στη διάρκεια του τοκετού και κατακράτηση ούρων (Anin-Somuah et al,2005; Lieberman et al, 2000). Συνδέεται με μεγαλύτερης διάρκειας 1^ο και 2^ο στάδιο τοκετού, με αυξημένη συχνότητα ανώμαλων θέσεων του εμβρύου, με αυξημένη χρήση ωκυτοκίνης και μεγαλύτερο ποσοστό επεμβατικών τοκετών (Tracy et al,2007; Lieberman et al,2002; Lieberman et al,2005; Anin-Somuah et al,2005; MIDIRS, 2005) . Επίσης, έχει ενοχοποιηθεί για αύξηση του σχετικού κινδύνου καισαρικών τομών κατά 2,4 (95% CI: 1.5, 3.7) σε άτοκες γυναίκες και κατά 1,8 (95% CI: 0.6, 5.3) σε πολύτοκες γυναίκες και του σχετικού κινδύνου επεμβατικών τοκετών κατά 2.5 (95% CI: 1.8, 3.4) σε άτοκες γυναίκες και κατά 5.9 (95% CI: 3.2, 11.1) σε πολύτοκες γυναίκες. (Nguyen U. et al, 2010)

1.3.2. Χρήση μη επεμβατικών - μη φαρμακολογικών μεθόδων:

Η πληροφόρηση και η ενθάρρυνση της μέλλουσας μητέρας και του συντρόφου της κατά τις προγεννητικές επισκέψεις και η διαρκής υποστήριξη κατά τον τοκετό, την ενδυναμώνουν και ελαχιστοποιείται η ανάγκη χρήσης επεμβατικών - φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου. (NHS, 2005). Η εκπαίδευση στη συμβουλευτική και στην τέχνη της διαπροσωπικής επικοινωνίας, είναι ζωτικής σημασίας για όσους ασχολούνται με την έγκυο. (Kwast 1995a)

Οι μη επεμβατικές - μη φαρμακολογικές μέθοδοι, όπως η ελευθερία κίνησης και στάσεων, το ντους ή το μπάνιο, αλλά και το άγγιγμα, το μασάζ, οι μέθοδοι χαλάρωσης που απομακρύνουν την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο των συστολών της μήτρας, προσφέρουν σημαντική ανακούφιση στη διάρκεια του τοκετού.

Επίσης δρουν ευεργετικά σειρά άλλων πρακτικών όπως: η ύπνωση, η μουσική ή η yoga, (ψυχοσωματική προσέγγιση), η χρήση μεθόδων που ενεργοποιούν περιφερικούς αισθητηριακούς υποδοχείς, TENS (διαδερμικός ερεθισμός με ηλεκτρισμό), αλλά και τοπικά η χρήση ζεστών ή κρύων κομπρεσών, ο βελονισμός, η αρωματοθεραπεία, η χρήση βοτάνων. Τέλος, γίνεται λόγος για την ημιφαρμακολογική μέθοδο των ενδοδερμικών ή υποδόριων ενέσεων water for injection σε 4 σημεία στην οσφύ, στο ρόμβο του Michaelis. Η μέθοδος έχει συμπεριληφθεί στις Καναδικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη μητρότητα και τη φροντίδα των νεογέννητων (Canadian Health, 2000) και αναφέρεται από Enkin, Keirse,

Neilson, et al. (2000), ως μέθοδος μείωσης του πόνου του τοκετού. (Για τις περισσότερες απ' αυτές τις πρακτικές-τεχνικές δεν έχουν ακόμα γίνει μεγάλες τυχαιοποιημένες δοκιμασίες για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητά τους. Οι αναφορές ότι οι γυναίκες βρίσκουν ανακούφιση με αυτές προέρχονται βασικά από παρατηρήσεις, ωστόσο επειδή οι περισσότερες απ' αυτές τις μεθόδους είναι ακίνδυνες, δικαιολογείται η χρησιμοποίησή τους).



2^ο στάδιο τοκετού

Διάρκεια

Η διάρκεια ποικίλει, στη μεν πρωτοτόκο, χωρίς περιοχική αναλγησία από 0,5 έως 2,5h, με αναλγησία έως 3h και στη δε πολυτόκο αντίστοιχα από 1h και έως 2h.

Χωρίς περιοχική αναλγησία

Συστήνεται, η εξώθηση να γίνεται μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου και την ακούσια επιθυμία και ανάγκη της επιτόκου να ωθήσει.

Με περιοχική αναλγησία

Συστήνεται, στις επίτοκες με περιοχική αναλγησία, να καθυστερούν την εξώθηση για τουλάχιστο 1h μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου ή νωρίτερα και να σπρώξουν, εάν έχουν ακούσια επιθυμία.

Φροντίδα

Συστήνεται, η ενθάρρυνση της γυναίκας να υιοθετεί τη θέση εξώθησης που βρίσκει πιο άνετη, με την προϋπόθεση ότι ο εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός παραμένει φυσιολογικός. Η βιβλιογραφία, δεν επιβεβαιώνει ή δεν διαψεύδει το γεγονός ότι υποστήριξη του περινέου ("hand on") μειώνει τον αριθμό των ρήξεων του περινέου

Πίεση πυθμένα της μήτρας

Συστήνεται, η αποθάρρυνση της εφαρμογής πίεσης στον πυθμένα της μήτρας, (χειρισμός Kristeller), στη διάρκεια του σταδίου.

Περινεοτομή

Συστήνεται: να μην εφαρμόζεται η περινεοτομή ως πρακτική ρουτίνας. Όταν υπάρχει ιατρική ένδειξη (επεμβατικός τοκετός ή υποψία δυσπραγίας του εμβρύου), τότε προτείνεται η εφαρμογή μεσοπλάγιας τομής, λόγω καλύτερης αποκατάστασης.

1.4. Φροντίδα 2^{ου} σταδίου τοκετού

Δεύτερο στάδιο τοκετού, ορίζεται ως η περίοδος του τοκετού που αρχίζει μετά την πλήρη διαστολή του τραχηλικού στομίου, έως τον τοκετό του εμβρύου. Η οξυγόνωση του εμβρύου μειώνεται σταδιακά επειδή το έμβρυο εξωθείται από την κοιλότητα της μήτρας, με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση της μήτρας και τη μείωση της κυκλοφορίας του πλακούντα. Η κατάσταση επιτείνεται όταν υπάρχουν ισχυρές συσπάσεις και έντονη πίεση. Η μείωση της οξυγόνωσης συνοδεύεται από οξέωση και η προσεκτική παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου, επιβάλλεται.

Η **ιδανική αντιμετώπιση** του 2ου σταδίου τοκετού οφείλει να **μεγιστοποιεί** την πιθανότητα του κολπικού τοκετού, και συγχρόνως να **ελαχιστοποιεί** τους κινδύνους της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας. (Chueng, Hopkins, & Caughey, 2004). Το 2^ο στάδιο τοκετού έχει 2 φάσεις:

1.4.1. Λανθάνουσα φάση (latent phase)

Είναι η στιγμή που οι συστολές της μήτρας, μετά την πλήρη διαστολή του τραχηλικού στομίου, μειώνονται σε συχνότητα και ένταση και δεν υπάρχει επιθυμία της επιτόκου για εξώθηση. Η κάθοδος και η στροφή του εμβρύου χρειάζονται χρόνο και για το λόγο αυτό καθυστερεί η εξώθηση, μετά την πλήρη διαστολή του τραχηλικού στομίου. Δίνει την ευκαιρία για ξεκούραση στην επίτοκο, πριν την ενεργό φάση της εξώθησης. Διαρκεί ως και 1 ώρα. Δεν παρουσιάζεται σ' όλους τους τοκετούς.

Συστήνεται: ακρόαση εμβρυϊκών παλμών κάθε 15 λεπτά για 1 λεπτό, καθώς και αλλαγή θέσης ή ενυδάτωση της επιτόκου. Αν η διάρκεια της είναι μεγαλύτερη και η ενθάρρυνση για εξώθηση δεν παράγει αυθόρμητη επιθυμία, δεν σημειώνεται πρόοδος στην καθόδο της προβάλλουσας μοίρας τότε έχει θέση αγωγή για αύξηση ή ενίσχυση των συστολών.

1.4.2. Ενεργός φάση (active phase)

Αρχίζει μετά την πλήρη διαστολή του τραχηλικού στομίου, όταν η επίτοκος έχοντας επαρκείς συστολές, έχει αυθόρμητη επιθυμία να εξωθήσει και το έμβρυο είναι ορατό. Η αυθόρμητη επιθυμία για ώθηση είναι η καλύτερη προσέγγιση της φάσης. Συχνά, η ίδια η επίτοκος με την συμπεριφορά της δίνει το στίγμα της φάσης.

Συστήνεται: ακρόαση εμβρυϊκών παλμών μετά από κάθε συστολή ή ανά 5', η διάρκεια κάθε ώθησης είναι 6-10'', με μικρές περιόδους κρατήματος της αναπνοής και επανάληψης της προσπάθειας ώθησης όσο διαρκεί η συστολή. Οι προσπάθειες αυξάνονται σε ένταση και διάρκεια, καθώς το δεύτερο στάδιο προχωρεί.

Η διάρκεια του σταδίου ποικίλει στην μεν πρωτοτόκο χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία 0,5 έως 2,5h, με επισκληρίδιο αναλγησία έως 3h και στη δε πολυτόκο αντίστοιχα έως 1h και έως 2h. (NICE, 2007) Όταν ο **EKP** δεν είναι ανησυχητικός, η διάρκεια του σταδίου μπορεί να παραταθεί γιατί δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να την οριοθετούν χρονικά. (Erkin, 2000)

Στην επίτοκο χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία οι βλαβερές συνέπειες που αποδίδονται σε παρατεταμένο 2^ο στάδιο είναι αποτέλεσμα υποκειμενικής κρίσης, αν και από μεγάλες αναδρομικές μελέτες διαφαίνεται η σχέση της διάρκειας πέρα των 3h με αιμορραγία και λοιμώξεις.

Στις επίτοκες με επισκληρίδιο αναλγησία, **συστήνεται**, να καθυστερούν την εξώθηση για τουλάχιστο 1h μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου ή νωρίτερα και να σπρώξουν, εάν έχουν ακούσια επιθυμία. Η καθυστερημένη εξώθηση από 1-3h, αυξάνει την ευκαιρία για αυτόματο τοκετό, χωρίς δυσάρεστα αποτελέσματα στα νεογνά.

Η θέση που θα επιλέξει η επίτοκος για το 2^ο στάδιο είναι εκείνη που την καθορίζει η ίδια και εγγυάται τις εξωθητικές προσπάθειές της. Οι όρθιες θέσεις ή η πλαγία κατάκλιση πλεονεκτούν και μειώνουν τα ποσοστά επεμβατικών τοκετών, την αίσθηση του πόνου, διευκολύνουν την εξώθηση, ελαττώνουν τη συχνότητα τραυματισμού του περινέου και του κόλπου και ίσως τις ανωμαλίες του ΕΚΡ, αλλά ίσως σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο απώλειας αίματος ≥ 500 ml οι όρθιες στάσεις. (Crowley, 1991; Allahbadia & Vaidya 1992)

Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να τα οφέλη της **δοκιμασίας Valsava**, που μπορεί να μειώνει τη διάρκεια του σταδίου, αλλά επηρεάζει την ανταλλαγή αερίων μεταξύ μητέρας και εμβρύου με αποτέλεσμα τη μείωση του pH του εμβρυϊκού αίματος και του Apgar score του.

Η συνήθης πρακτική της **πίεσης του πυθμένα της μήτρας** (χειρισμός Kristeller) κατά το 2^ο στάδιο, που έχει ως στόχο την επιτάχυνση του, δεν έχει επιβεβαιωμένα οφέλη. Δυνητικά, προκαλεί στη μητέρα περινεϊκό τραύμα, ρήξη σφικτήρα, ρήξη μήτρας και στο νεογνό δυστοκία ώμων, τραυματισμούς βραχιονίου πλέγματος και αυξάνει τον ασφυξίας. (AWHONN, 2000; Merhi-Awonuga, 2005; Verheijen, Raven, Hofmeyr, 2008)

Επισιοτομή - περινεοτομή

Οι ρήξεις του κόλπου είναι οι πιο συχνές επιπλοκές του φυσιολογικού τοκετού και μπορούν να δημιουργηθούν στο δέρμα του περινέου, να επεκταθούν στους μυς, στο σφικτήρα και στο έντερο. Ενώ η περινεοτομή είναι η χειρουργική διαδικασία κοπής του περινέου. **Συστήνεται** η αποφυγή της ως πρακτική ρουτίνας και η χρήση της μόνο εάν υπάρχει κλινική ανάγκη σε επεμβατικούς τοκετούς ή σε υπόνοια κινδύνου του εμβρύου. Η περιορισμένη χρήση της περινεοτομής προφυλάσσει από εκτεταμένο περινεϊκό τραύμα και τις επιπλοκές του. Όταν παρίσταται ανάγκη θα πρέπει να προτιμάται η μεσοπλάγια τομή.

Όσο δε αφορά την υποστήριξη του περινέου 'hands on', η βιβλιογραφία δεν παρέχει επαρκή στοιχεία που να επιβεβαιώνουν ή να διαψεύδουν το γεγονός ότι μειώνεται ο αριθμός των ρήξεων. Το μόνο που αναφέρεται είναι η μείωση του πόνου του περινέου 10 ημέρες μετά τον τοκετό.

3^ο στάδιο τοκετού

Ενεργός διαχείριση

Για τις γυναίκες με υψηλό κίνδυνο αιμορραγίας (πολυτοκία, ιστορικό προηγούμενης αιμορραγίας(ατονία) ή προεκλαμψίας ή Κ.Τ., επισκληρίδιος αναλγησία, παρατεταμένος ή επεμβατικός τοκετός), **συστάσεις για ενεργό διαχείριση**, δηλ. χορήγηση οξυτοκίνης, σύσφιξη και απολίνωση του ομφαλίου λώρου, που ακολουθείται από ήπια έλξη του και μασάζ του πυθμένα της μήτρας.

Φυσιολογική διαχείριση

Εάν η γυναίκα δεν έχει αυξημένο κίνδυνο για αιμορραγία μετά τον τοκετό, είναι αποδεκτό το τρίτο στάδιο του τοκετού να αντιμετωπισθεί με φυσιολογική διαχείριση. Προϋπόθεση ότι δεν θα υπάρχει αιμορραγία και θα διαρκέσει έως μια ώρα.

Φροντίδα μητέρας

Συνιστάται, η φροντίδα της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης της γυναίκας αμέσως μετά τη γέννηση. Το περίνεο, ο κόλπος και το ορθό πρέπει να ελέγχονται για την ακεραιότητά τους και να αποκατασταθούν, αν παρίσταται ανάγκη. Η λεχвіδα δεν αφήνεται χωρίς στενή επιτήρηση και παρακολούθηση στη διάρκεια των πρώτων από τον τοκετό, σε περιβάλλον φιλικό γι'αυτή.

Παρακολουθείται για κολπική αιμόρροια και σύσταση της μήτρας, ανά 15' την πρώτη ώρα, ανά 30' τις επόμενες 3 ώρες και τέλος ανά ώρα τις 3 ώρες που ακολουθούν.

1.5. Φροντίδα 3ου σταδίου τοκετού

Το 3^ο στάδιο τοκετού είναι η περίοδος του τοκετού που αρχίζει αμέσως μετά την έξοδο του νεογνού και ολοκληρώνεται με την εξόδου του πλακούντα και των υμένων από το γεννητικό κανάλι. Η διάρκεια του σταδίου είναι από 5' έως 60'.

Το 3^ο στάδιο τοκετού, είναι η στιγμή του τοκετού όπου οι γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίσουν απώλεια αίματος, απειλητική για τη ζωή τους (Post Partum Haemorrhage - PPH - Αιμορραγία μετά τον τοκετό). Οι αναιμικές γυναίκες είναι ακόμη πιο ευάλωτες και σε μέτρια απώλειας αίματος. Το ποσοστό θανάτων με αιτία την PPH ανέρχεται στο 13,1% του συνόλου των μητρικών θανάτων, στην Ευρώπη. (European Perinatal Health Report, 2008)

Εικονογραφημένες οδηγίες για την εκτίμηση της οπτικής απώλειας αίματος στη Μαιευτική Αιμορραγία

A 	B 	C
Σερβιέτα με αίμα: 30ml	Σερβιέτα με αίμα: 100ml	Ποτισμένη γάζα 10cm
D 	E 	I
Υπόστρωμα με αίμα: 250ml	Κομπρέσα χειρ. 45x45: 350ml	Γεμάτο νεφροειδές: 500 ml
G 	F 	H
Περίπου 1000 ml	Κηλίδα 50cm=500ml, 75cm =1000 ml, 1m=1500ml	Ροή αίματος στο πάτωμα 2000 ml

Bose P, Regan F, Paterson-Brown S.: Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. BJOG 2006; 113:919–924

Σε κάθε κολπικό τοκετό, η τυπική απώλεια αίματος είναι 250–500 ml, έχει ελάχιστες επιπτώσεις σε υγιείς έγκυες γυναίκες και ευτυχώς, οι περισσότερες ΡΡΗ μπορεί να προληφθούν.

Σύμφωνα με τον WHO (Technical Consultation, 2006), ως:

- ☑ **ΡΡΗ** χαρακτηρίζεται η απώλεια αίματος > 500 ml μετά από κολπικό τοκετό το πρώτο 24h, αφορά το 25-30% του συνόλου των αιμορραγιών & επηρεάζει 5-15% των κολπικών τοκετών
- ☑ **σοβαρή ΡΡΗ** χαρακτηρίζεται η απώλεια αίματος > 1000 ml μετά από Κ.Τ. ή κολπικό τοκετό, με συχνότητα 5-15% στις αναπτυσσόμενες και 1-5% στις αναπτυγμένες χώρες.

Το 3^ο στάδιο τοκετού αντιμετωπίζεται με δυο διαφορετικές προσεγγίσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανάλογα των συνθηκών του κάθε τοκετού. Ο WHO και FIGO & ICM με κοινές κατευθυντήριες οδηγίες του '03 & '06, συντάσσονται με την ενεργό διαχείριση του 3^{ου} σταδίου του τοκετού, ώστε να προληφθεί η ΡΡΗ. Θεωρούν την **εκπαίδευση** ως το κλειδί για τη μείωση της σοβαρότητας της ΡΡΗ και την πρόληψη των αρνητικών επιπτώσεών της. **Κάθε Μαία-της**, ως το ιδανικά ειδικευμένο προσωπικό γέννησης (skilled birth attendant), οφείλει να έχει εκπαιδευτεί: στους δυο τρόπους αντιμετώπισης του 3^{ου} σταδίου του τοκετού, στην εκτίμηση της απώλειας αίματος, στις αρχές παρακολούθησης των γυναικών μετά τον τοκετό.

1.5.1. Φυσιολογική αντιμετώπιση (*physiological ή expectant management-FMTSL*)

Είναι μια προσέγγιση χωρίς παρεμβάσεις στη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού. Μετά την έξοδο του νεογνού:

- ⌘ αναμένουμε για σημεία αποκόλλησης του πλακούντα, δηλ. μικρή αιμορραγία κατά μήκος του ομφαλίου λώρου, αύξηση του μήκους του ομφαλίου λώρου, αλλαγή στο σχήμα, στη σύσταση & στο μέγεθος της μήτρας)
- ⌘ δεν χορηγούνται μητροσυσπαστικά σκευάσματα,
- ⌘ ακολουθεί η αυτόματη αποβολή του πλακούντα, με τη βοήθεια της βαρύτητας, τις προσπάθειες της μητέρας, συχνά με τη διέγερση των θηλών και την άμεση επαφή μητέρας-νεογέννητου (skin to skin contact).

Η οκλαδόν και η καθιστή θέση της γυναίκας, επιτείνουν τη δύναμη της βαρύτητας συμβάλλοντας στην ευκολότερη αποβολή του πλακούντα. Ο ομφάλιος λώρος απολινώνεται, **μόνο**, όταν πάψει να σφύζει.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται: η ελεύθερη δράση των φυσικών ορμονών της εμβρυομητρικής κυκλοφορίας (ωκυτοκίνη, ενδορφίνες), ο μη απότομος διαχωρισμός της μητέρας-νεογνού και επιπλέον η καθυστερημένη απολίνωση του ομφαλίου λώρου, που παρέχει στο νεογνό επιπλέον 50 - 160 ml αίματος και 50 mg σιδήρου, οπότε προλαμβάνεται η αναιμία τους έξι πρώτους μήνες της ζωής και διασφαλίζεται η καλύτερη οξυγόνωση του νεογέννητου.

Αναφέρονται και μειονεκτήματα της μεθόδου, όπως η αυξημένη διάρκεια σταδίου έως και 60', τα αυξημένα ποσοστά αιμορραγιών μετά τον τοκετό και την εμφάνιση υπερχολερυθριναιμίας σε υψηλότερα ποσοστά λόγω της μεγάλης μετάγγισης αίματος από τον πλακούντα, ειδικά σε πρόωρα και σε IUGR νεογνά.

1.5.2. Ενεργός αντιμετώπιση (active management-AMTSL)

Είναι παρεμβατική προσέγγιση. Το 3^ο στάδιο τοκετού αντιμετωπίζεται με:

- ☑ χορήγηση μητροσυσπαστικών σκευασμάτων το 1' μετά την έξοδο του εμβρύου,
- ☑ απολίνωση του ομφαλίου λώρου τα επόμενα 2'-3' από την έξοδο του νεογνού, κοντά στο περίνεο (εάν το νεογέννητο είναι υγιές) και κρατιέται με το ένα χέρι,
- ☑ τοποθέτηση του άλλου χεριού στην ηβική σύμφυση και άσκηση του χειρισμού Brandt-Andrews,
- ☑ διατήρηση του ομφαλίου λώρου ελαφρά τεντωμένου,
- ☑ αναμονή της έναρξης των υστεραίων ωδίνων (2'-3')
- ☑ έναρξη της συστολής, ενθάρρυνση της μητέρας να σπρώξει και εφαρμογή ελεγχόμενης έλξης του ομφαλίου λώρου ώστε να αποβληθεί ο πλακούντας. Συνέχιση της εφαρμογής ήπιας συμπίεσης της μήτρας, ώστε να προληφθεί η εκτροπή της
- ☑ εάν δεν αποκολληθεί ο πλακούντας στα 30''-40'', η έλξη του ομφαλίου λώρου δεν συνεχίζεται, αναμονή της επόμενης συστολής της μήτρας & επανάληψη της διαδικασίας.
- ☑ προσεκτική επισκόπηση της ακεραιότητας του πλακούντα και των υμένων.

Με την έξοδο του πλακούντα και των υμένων, ξεκινούν μαλάξεις του πυθμένα της μήτρας κάθε 15' για τις επόμενες 2h και επιβεβαίωση ότι η μήτρα παραμένει συσπασμένη.

Στα πλεονεκτήματα της μεθόδου αναφέρονται: η μείωση της διάρκειας του 3^{ου} σταδίου σε 5' - 15', η μείωση κατά 60% της PPH, της σοβαρής PPH, των μεταγγίσεων μετά τον τοκετό, της επιπρόσθετης αγωγής με μητροσυσπαστικά σκευάσματα κατά 80%, των μαιευτικών χειρισμών και τέλος η μείωση της πιθανότητας μετάδοσης ιογενών λοιμώξεων (HBV, HIV, HCV) λόγω της άμεσης απολίνωσης του ομφαλίου λώρου.

Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται: η χρήση μητροσυσπαστικών σκευασμάτων, η κατακράτηση του πλακούντα, η αποκοπή του ομφαλίου λώρου από τον πλακούντα, η εκτροπή της μήτρας, η πιθανότητα υπερβολικής μετάγγισης αίματος στο νεογνό όταν χορηγηθούν σκευάσματα προ της απολίνωσης του ομφαλίου λώρου.

1.5.2.1. Τρόπος χρήσης μητροσυσπαστικών σκευασμάτων

Το πρώτο λεπτό μετά τον τοκετό του νεογνού, χορηγούνται:

- ☑ **Οξυτοκίνη** (συνθετικό του οκταπεπτιδίου της ωκυτοκίνης), 10IU ενδομυϊκά. Η οξυτοκίνη προτιμάται γιατί δρα σε 2'-3', προκαλεί λιγότερες παρενέργειες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις γυναίκες. Αν η οξυτοκίνη δεν είναι διαθέσιμη, τότε μπορεί να χρησιμοποιηθούν και άλλα σκευάσματα
- ☑ **Εργομητρίνη** (ημισυνθετικό παράγωγο της ερισυβώδους ολύρας) 0.2 mg ενδομυϊκά, έχει δράση έως 2-4h, αλλά απαιτούνται 6'-7' για την έναρξη της δράσης της και προκαλεί τετανική σύσπαση της μήτρας, ναυτία, εμετούς, δύσπνοια. **Αντενδείκνυται:** σε γυναίκες με υπέρταση, τοξιναιμία, προεκλαμψία και καρδιαγγειακά νοσήματα.
- ☑ **Συντομετρίνη** (συνδυασμός των παραπάνω) 1 amp ενδομυϊκά. Δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα.
- ☑ **Μισοπροστόλη** (συνθετικό ανάλογο της προσταγλανδίνης E1) 400-600 mcg από του στόματος ή υπογλώσσια και 800 mcg από του ορθού. Προκαλεί γενικευμένες και ομαλές συστολές της μήτρας, είναι ανθεκτική στη ζέστη αλλά υπολείπεται σε αποτελεσματικότητας την οξυτοκίνη και η χορήγησή της δεν επαναλαμβάνεται, όταν η

αιμορραγία συνεχίζεται. Προκαλεί παροδικό τρόμο, υπερπυρεξία, διάρροια, βρογχόσπασμο. Μειώνει την ΡΡΗ με ή χωρίς ελεγχόμενη έλξη του ομφαλίου λώρου ή τη χρήση του μασάζ στη μήτρα.

1.5.2.2. Τρόπος αποθήκευσης μητροσυσπαστικών σκευασμάτων

- ☑ **Εργομητρίνη:** 2-8° C και προστασία από το φως και τη ψύξη
- ☑ **Μισοπροστόλη:** θερμοκρασία δωματίου, σε κλειστό δοχείο
- ☑ **Οξυτοκίνη:** 2-8° C, προφύλαξη από τη ψύξη. Επίσης μπορεί να αποθηκευθεί στους 15-30°C για διάστημα 30 -90 ημερών, χωρίς σημαντική απώλεια της ισχύος της.

Η φυσιολογική αντιμετώπιση του 3^{ου} σταδίου του τοκετού, **ως φυσικό επακόλουθο της όλης διαδικασίας**, είναι ο λογικός επίλογος μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης και ενός καθ' όλα φυσιολογικού τοκετού, χωρίς παρεμβάσεις (RCM, 1997) με τις γυναίκες να υποστηρίζονται αν επιλέξουν την φυσιολογική αντιμετώπιση του σταδίου. Αλλά, επειδή περισσότερες από 28% των ΡΡΗ συμβαίνουν σε επίτοκες με **μη αναγνωρίσιμους παράγοντες κινδύνου** (Reyel E, et al, 2004). Οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν και να συναινέσουν, ότι αν παρουσιαστεί αιμορραγία ή καθυστέρηση της εξόδου του πλακούντα πέρα της 1h, η φυσιολογική αντιμετώπιση του σταδίου θα μετατραπεί σε ενεργό

1.5.3. Φροντίδα λοχείας

Η λοχεία είναι η χρονική περίοδος των 6 εβδομάδων, που ακολουθεί τον τοκετό. Η διαχείριση της διακρίνεται:

1.5.3.1. Διαχείριση των πρώτων ωρών μετά τον τοκετό

Η λεχώιδα **δεν πρέπει** να αφήνεται χωρίς στενή επιτήρηση και παρακολούθηση στη διάρκεια των πρώτων από τον τοκετό, σε περιβάλλον φιλικό γι' αυτή με θερμοκρασία $\geq 25^{\circ}\text{C}$.

Αρχικά παρακολουθείται,

- ☑ κάθε 15' την πρώτη ώρα,
- ☑ κάθε 30' τις επόμενες 3 ώρες και τέλος
- ☑ κάθε ώρα τις 3 ώρες που ακολουθούν.

Η παρακολούθηση περιλαμβάνει:

- ☑ την παρακολούθηση κατά κύριο λόγο της κοιλιακής αιμόρροιας και της σύστασης της μήτρας,
- ☑ τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων,
- ☑ την κένωση της ουροδόχου κύστης

1.5.3.2. Διαχείριση του υπόλοιπου της λοχείας

Η λεχώνα παραμένει στο μαιευτήριο 2-3 ημέρες μετά από κοιλιακό τοκετό και 4-5 ημέρες μετά από καισαρική τομή. Αν και παρατηρείται αυξημένη νοσηρότητα (πόνος στο περίνεο, οσφυαλγία, δυσκολίες στο θηλασμό κ.ά.), οι περισσότερες γυναίκες μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους, με ασφάλεια μετά από 12h.

Ελέγχονται καθημερινά:

- ☑ Ζωτικά σημεία (Α.Π., σφύξεις, θερμοκρασία),
- ☑ Ύψος και υφή μήτρας της μήτρας
- ☑ Λόχια (ποσότητα, σύσταση, οσμή)
- ☑ Γαστροκνημίες και Μαστοί

Η λεχώνα στη διάρκεια της παραμονής της στο μαιευτήριο θα πρέπει να ενημερώνεται:

- ◆ Για τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό της κατά τη διάρκεια της λοχείας,
- ◆ για τα συμπτώματα που θα την ανησυχήσουν, όπως:
 - ◇ μεγάλη κοιλιακή αιμορραγία,
 - ◇ έντονη ταχυκαρδία,
 - ◇ πόνος στη γαστροκνημία,
 - ◇ πόνος στο θώρακα ή δύσπνοια και
 - ◇ αύξηση της θερμοκρασίας δηλ. η πυρετική κίνηση $\geq 38^{\circ}\text{C}$ σε τουλάχιστον 2 μετρήσεις, τις πρώτες 14 ημέρες της λοχείας.
- ◆ Για την προσωπική της υγιεινή, με έμφαση στο τραύμα της περινεοτομίας ή της καισαρικής τομής που πρέπει να διατηρείται καθαρό και στεγνό. Η φροντίδα του περινέου δεν απαιτεί συνήθως τίποτε περισσότερο από τη συνηθισμένη καθαριότητα με χρήση απλού σαπουνιού τουλάχιστον 3-4 φορές την ημέρα (επιπλέον μετά ούρηση ή αφόδευση)
- ◆ Για τους τρόπους ανακούφισης από το αίσθημα πόνου και καύσου στο περίνεο (παυσίπονο επιλογής η παρακεταμόλη).
- ◆ Για την ανάγκη άμεσης κινητοποίησης, που παρέχει αίσθημα ευεξίας στη μητέρα, μειώνει τις επιπλοκές από την ουροδόχο κύστη, το έντερο, την πιθανότητα για εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων και διευκολύνει την έξοδο των λοχιών. Η πρόωρη κινητοποίηση δεν σημαίνει, άμεση επιστροφή στις κανονικές δραστηριότητες.
- ◆ Για την ανάγκη Ανοσοποίηση που την θωρακίζει για τις επόμενες κυήσεις:
 - ◇ αντι-D ανοσοσφαιρίνη σε διάστημα των 72h, για Rh αρνητική μητέρα με νεογνό Rh θετικό,
 - ◇ εμβόλιο MMR (ιλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς), πριν της εξόδου από το μαιευτήριο, για γυναίκες οροαρνητικές σε αντι σώματα ερυθράς. Το εμβόλιο MMR μπορεί να δοθεί με την αντι-D ανοσοσφαιρίνης, ταυτόχρονα, με την προϋπόθεση ότι τα φάρμακα ενίονται σε διαφορετικά άκρα. Εάν δεν χορηγηθούν ταυτόχρονα, τότε το MMR θα πρέπει να χορηγηθεί 3 μήνες μετά την αντι-D ανοσοσφαιρίνη. Μετά από χορήγηση MMR, αποφεύγεται η εγκυμοσύνη για 1 μήνα. Ο θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί.
- ◆ Για το θηλασμό
- ◆ Για την αντισύλληψη και την επανεκκίνηση των σεξουαλικών σχέσεων.

Άμεση φροντίδα νεογνού

Ενέργειες
σχετιζόμενες με το
νεογνό

Το πρώτο βήμα, αμέσως μετά την έξοδο του, είναι να καθοριστεί η βαθμολογία της Apgar στο 1^ο & 5^ο λεπτό, αξιολογώντας τις παραμέτρους: της αναπνοής ή του κλάματος, του χρώματος του δέρματος, του μυϊκού τόνου, της αντίδρασης στα ερεθίσματα και της καρδιακής συχνότητας (>100/min) & τέλος, η ποσότητα του αμνιακού υγρού.

Αν η βαθμολογία Apgar είναι 7-10, τότε το νεογέννητο θεωρείται φυσιολογικό και υγιές,
☺ καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να μην υπάρχει απώλεια θερμότητας,

☺ καθαρίζονται το στόμα και η μύτη από τις εκκρίσεις, απλά με γάζα.

☺ τοποθετείται σε επαφή (skin to skin contact) με τη μητέρα, για τη διαδικασία του πρώτου θηλασμού (**πρώιμος θηλασμός**). Τη στιγμή της γέννησης καθορίζεται ο συναισθηματικός δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος, πάρα πολύ σημαντικός για τη μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού.

Οι διαδικασίες ρουτίνας όπως το ζύγισμα, το μπάνιο ή η μέτρηση και η λήψη θερμοκρασίας, ιδανικά μπορούν να περιμένουν για μία ώρα.

Αν η βαθμολογία της Apgar είναι χαμηλότερη η παρατήρηση συνεχίζεται με τις αναγκαίες διαδικασίες ανάνηψης.

1.6. Άμεση φροντίδα νεογέννητου

Το πρώτο βήμα, αμέσως μετά την έξοδο του, είναι να καθοριστεί η βαθμολογία της Apgar. Η δοκιμή έχει σχεδιαστεί για να αξιολογήσει γρήγορα τη φυσική κατάσταση του νεογέννητου μετά την γέννηση και να καθορίσει εάν υπάρχει άμεση ανάγκη για επιπλέον επείγουσα ιατρική περίθαλψη. Η εκτίμηση γίνεται στα 1', 5' και 10'-20' μετά τη γέννηση με βάση 5 παραμέτρους:

Βαθμολογία:	0	1	2
A Activity - Μυϊκός τόνος	Χαλαρός ή απών	Ελαφριά κάμψη άκρων	Ζωηρές κινήσεις χεριών & ποδιών
P Pulse - Καρδιακές σφύξεις	Απουσίες	Λιγότερες από 100	Περισσότερες από 100
G Grimace - Αντανακλαστικά	Απόντα	Μορφασμός	Μορφασμός, βήχας & φτάρνισμα
A Appearance - Χρώμα δέρματος	Κυανωτικό ή ωχρό	Σώμα ροδαλό, άκρα κυανωτικά	Εξ ολοκλήρου ροδαλό
R Respiration - Αναπνοή	Απουσία	Αργή, άρρυθμη, αδύναμο κλάμα	Καλή, δυνατό κλάμα

Νεογνό με βαθμολογία 7-10 στα πρώτα 5' θεωρείται φυσιολογικό και δεν χρειάζεται ανάνηψη. Βαθμολογία 5-7 σημαίνει μικρού βαθμού υποξία, 3-4 μέσου βαθμού υποξία και 0-2 σοβαρού βαθμού υποξία.

1.6.1. Βαθμολογία Apgar 7-10

Το νεογέννητο θεωρείται φυσιολογικό και υγιές και η αντιμετώπισή του είναι στα πλαίσια αυτού του πονήματος. Έτσι :

Καταβάλλεται προσπάθεια ώστε να μην υπάρχει απώλεια θερμότητας που είναι πολύ σημαντική για τα νεογέννητα και κύριο μέλημα η αποφυγή θερμικού stress. Το stress από το κρύο είναι πολύ σοβαρό για ένα νεογνό που προσπαθεί να προσαρμοσθεί στην εξωμήτρια ζωή. Για να αποφευχθεί αυτή η απώλεια θερμότητας σκουπίζεται το νεογνό με μία ζεστή πετσέτα, απομακρύνεται ο βρεγμένος ιματισμός και στη συνέχεια τοποθετείται πάνω στην κοιλιά ή στο θώρακα της μητέρας, σκεπασμένο με μια ζεστή κουβέρτα και σκουφί.

Καθαρίζονται το στόμα και η μύτη από τις εκκρίσεις, απλά με γάλα. Συνιστάται η αποφυγή της αναρρόφησης του στοματοφάρυγγα, της πρακτικής της γαστρικής πλύσης ή της εισαγωγής καθετήρων στον οισοφάγο ή στις ρινικές χοάνες για την απομάκρυνση εκκρίσεων, με σκοπό αφ' ενός να αποφευχθούν τραυματισμοί των βλεννογόνων οι οποίοι θα μπορούσαν να επιδράσουν στην εγκαθίδρυση του θηλασμού και αφετέρου να προκληθεί βραδυκαρδία μέσω των αντανακλαστικών του πνευμονογαστρικού. [Η μόνη περίπτωση που επιβάλλεται βαθιά αναρρόφηση είναι εκείνη για την απομάκρυνση μηκωνίου]

☑ Η επαφή δέρμα με δέρμα (skin to skin contact) μέσω των ερεθισμάτων των αισθήσεων αφής, οσμής, γεύσης είναι ένα δυνατό παρασυμπαθητικό ερέθισμα που μεταξύ άλλων, ελευθερώνει ωκυτοκίνη. Η ωκυτοκίνη προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας των μαστών της μητέρας και έτσι θερμορυθμίζεται το νεογνό καλύτερα, παρά αν τοποθετηθεί κάτω από μία θερμαντική πηγή όπως γίνεται σχεδόν σε όλα τα Μαιευτήρια. Η στιγμή είναι κατάλληλη για να γίνει και ο πρώτος θηλασμός, ο **πρώιμος θηλασμός**, στο επόμενο ημίωρο από τον τοκετό, αν το επιθυμεί η μητέρα. Τη στιγμή της γέννησης καθορίζεται ο συναισθηματικός δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος, ο οποίος είναι πάρα πολύ σημαντικός για τη μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού.

1.6.2. Προφύλαξη από την αιμορραγία λόγω ανεπάρκειας βιταμίνης Κ στο νεογνό

Για την αποφυγή της αιμορραγικής νόσου του νεογνού συνιστάται χορήγηση βιταμίνης Κ τις 2-4 πρώτες ώρες της ζωής του νεογνού. Η χορήγηση δεν πρέπει να καθυστερήσει περισσότερο από 12 ώρες. Η συνιστώμενη δόση είναι 1mg ενδομυϊκά ή από του στόματος.

1.6.3. Το πρώτο μπάνιο του νεογέννητου

Το πρώτο μπάνιο θα πρέπει να γίνεται μετά από τη σταθεροποίηση της θερμοκρασίας του βρέφους, περίπου μετά από 2-4 ώρες από τον τοκετό του, με βασικό σκοπό τον καθαρισμό του δέρματος του. Στα πρόωρα νεογνά το σμήγμα αποδεικνύεται δίχτυ προστασίας για τη θερμορύθμισή τους. Το πρώτο μπάνιο γίνεται με τη χρήση ζεστού νερού, θερμοκρασίας 38 C°, χωρίς σαπούνι και απολυμαντικά, με τη βοήθεια βάμβακος ή μαλακού πανιού και χωρίς βύθιση του κεφαλιού και του προσώπου του νεογνού, στο νερό. Στη συνέχεια, χρήση στεγνών και ζεστών ρούχων και κάλυψη του κεφαλιού με καπέλο, γιατί εκείνο είναι η πηγή της μεγαλύτερης απώλειας θερμότητας του νεογνού.

Το μπάνιο, συστήνεται, να γίνεται **μόνο** 2 έως 3 φορές την εβδομάδα, με χρήση σαπουνιού ουδέτερου pH, με ελάχιστες ή χωρίς χρωστικές και άρωμα για την προστασία από μελλοντικό κίνδυνο ευαισθητοποίησης. Ο περιορισμός συστήνεται, για την αποτροπή πρόκλησης ξηρότητας και ερεθισμού του δέρματος και της αποσταθεροποίησης των ζωτικών σημείων και της θερμοκρασίας του νεογέννητου. (Quinn, D. et al, 2005; Haubrich, K.A. 2003)

1.6.4. Φροντίδα ομφαλικού κολοβώματος

Μελέτες έχουν δείξει ότι η χρήση απολυμαντικών δεν επηρεάζουν τον αποικισμό βακτηριδίων ή τις λοιμώξεις του ομφαλικού κολοβώματος και του δέρματος. Οι αντισηπτικές αλοιφές και ισοπροπυλική αλκοόλη έχει αποδειχθεί ότι καθυστερούν την απόπτωση του ομφαλικού κολοβώματος.

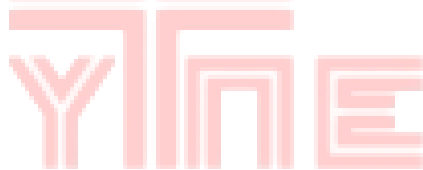
Συστήνεται, καθαρισμός του ομφαλικού κολοβώματος και του περιβάλλοντος δέρματος με απολυμαντικό, στο πρώτο ή στο μπάνιο ρουτίνας, έπειτα ξέπλυμα με άφθονο νερό ή εναλλακτικά καθαρισμός τους με αποστειρωμένο νερό. Η περιοχή θα πρέπει να παραμένει εξαιρετικά καθαρή και στεγνή. Οι πάνες διπλώνονται κάτω από τον ομφαλό που όταν λερωθεί με ούρα ή κόπρανα, καθαρίζεται με νερό και στεγνώνεται.

1.6.5.Χρήση απολυμαντικών στα τελειόμηνα ή πρόωρα νεογνά

Συστήνεται: απολύμανση του δέρματος πριν από επεμβατικές διαδικασίες με σύνεση, αφαίρεση του πλεονάζοντος απολυμαντικού με αποστειρωμένο νερό ή φυσιολογικό ορό, γνωρίζοντας ότι όλα τα απολυμαντικά δυνητικά προκαλούν βλάβες στους ιστούς.

1.6.5.1. Απολυμαντικά δέρματος:

- ♦ **Γλυκονική Χλωρεξιδίνη (Chlorhexidine gluconate-CHG)**: αποτελεσματική στη μείωση των μολύνσεων που σχετίζονται με εισαγωγή καθετήρων, στους ενήλικες. Αποδεδειγμένα μειώνει τον αποικισμό βακτηριδίων στα νεογνά των ΜΕΝΝ. Δεν έχει σημειωθεί κλινικά βλάβη του δέρματος.
- ♦ **Υδατικό διάλυμα Ιωδιούχου ποβιδόνης 10%-PI, (Betadine)**: πιο αποτελεσματική από την ισοπροπυλική αλκοόλη ως απολυμαντικό του δέρματος, μπορεί όμως να απορροφηθεί από το δέρμα των πρόωρων νεογνών και να οδηγήσει σε καταστολή λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένα.
- ♦ **Ισοπροπυλική αλκοόλη (Isopropyl alcohol -70%)**: συνετή χρήση ως απολυμαντικό του δέρματος, ερεθίζει και στεγνώνει το δέρμα και έχει συνδεθεί με χημικά εγκαύματα και αυξημένα ποσοστά βλάβης ιστών στα νεογνά. Δεν πρέπει να αντικαθιστά τη χρήση της CHG και PI.(Lund CH, Osborne JW, Kuller J, Lane AT, Lott JW, Raines DA. 2001; Garland JS, Buck RK, Maloney P, et al. 1995.)



2. Μέτρηση & διαχείριση της αρτηριακής πίεσης στην έγκυο & στη λεχωίδα

Η Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης είναι μια επιβεβλημένη διαδικασία στη φροντίδα της μητρότητας. Ωστόσο, οι μαιές πρέπει να εξετάζουν τις συνθήκες που επηρεάζουν την αρτηριακή πίεση και να διασφαλίζουν την ακρίβεια της μέτρησης της. Στη διάρκεια του καπνίσματος, της άσκησης, της ομιλίας, του γεύματος η αρτηριακή πίεση αυξάνεται. Χρειάζονται τουλάχιστον 5' χαλάρωσης. Η αρτηριακή πίεση θα πρέπει να λαμβάνεται όταν η γυναίκα νιώθει άνετα, κατανοεί τις διαδικασίες, καθησυχάζεται από τους φόβους της και μπορεί να συμβάλει η ίδια στην επιτυχή ακριβή ανάγνωση της αρτηριακής πίεσης, αποφεύγοντας το «σύνδρομο της λευκής μπλούζας» (*O'Brien et al, 2001*).

Αρτηριακή πίεση είναι η δύναμη που ασκείται στο τοίχωμα των αιμοφόρων αγγείων και εξαρτάται από τον όγκο παλμού και την περιφερική αγγειακή αντίσταση. Η Συστολική αρτηριακή πίεση είναι η μέγιστη πίεση όταν το αίμα αντλείται στην αορτή, όπως συσπάται η αριστερή κοιλία. Τα φυσιολογικά όρια είναι 100-139 mmHg. Η Διαστολική αρτηριακή πίεση είναι η ελάχιστη πίεση, όταν η αορτική βαλβίδα κλείνει, με φυσιολογικό εύρος 60-89 mmHg.

2.1. Ενδείξεις για την καταγραφή της αρτηριακής πίεσης του αίματος:

- ♦ Στην πρώτη επαφή, επίσκεψη, ώστε να υπάρχει αναφορά.
- ♦ Σε κάθε προγεννητική επίσκεψη για την ανίχνευση προεκλαμψίας και άλλων παθήσεων
- ♦ Κατά τη διάρκεια του τοκετού
- ♦ Κατά τη διάρκεια και μετά από χειρουργική επέμβαση
- ♦ Όταν μια γυναίκα έχει παρουσιάσει σημεία και συμπτώματα προεκλαμψίας όπως κεφαλαλγία, πρωτεϊνουρία, οπτικές διαταραχές, επιγαστραλγία.

2.2. Τεχνική καταγραφής Αρτηριακής πίεσης με χειροκίνητο πιεσόμετρο

- ♦ Η γυναίκα πρέπει να είναι είτε σε καθιστή είτε σε ημι-οριζόντια θέση με το χέρι της να υποστηρίζεται στο επίπεδο της καρδιάς. Τα στενά ρούχα, αφαιρούνται από το μπράτσο.
- ♦ Χρήση επικυρωμένης συσκευής, που είναι κατάλληλα βαθμονομημένη και διατηρημένη.
- ♦ Η περιχειρίδα θα πρέπει να καλύπτει το 80% της περιφέρειας του βραχίονα και να τοποθετείται 2-3 cm πάνω από τη γραμμή της βραχιόνιας αρτηρίας, όπου θα τοποθετηθεί το στηθοσκόπιο. (*Beevers et al, 2001a*)
- ♦ Ψηλαφώντας τη βραχιόνια αρτηρία, φουσκώνουμε την περιχειρίδα επιπλέον κατά 20-30mmHg, από το σημείο όπου εξαφανίζεται ο σφυγμός(κατ' εκτίμηση συστολική πίεση).
- ♦ Τοποθέτηση απαλά του στηθοσκοπίου πάνω από τη βραχιόνια αρτηρία και αρχίζουμε να ξεφουσκώνουμε τη μανσέτα με ρυθμό 2-3 mm/sec. Το σημείο στο οποίο επαναλαμβάνονται οι σαφείς ήχοι, δίνει τη συστολική αρτηριακή πίεση.
- ♦ Αποφυγή επαναλαμβανόμενου ή με γρήγορους ρυθμούς φούσκωμα και ξεφούσκωμα της περιχειρίδας (*Reinders et al, 2006*)

- ♦ Καταχώρηση της ανάγνωσης αμέσως, καταγράφοντας την πίεση προς τον πλησιέστερα κατά 2mmHg. Στρογγυλοποίηση της ανάγνωσης από 0 ή 5 είναι ένα κοινό λάθος, στην πράξη είναι γνωστή ως ψηφίο προτίμησης (Beever et al, 2001b)

2.3. Τεχνική καταγραφής Αρτηριακής Πίεσης με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο:

Η τεχνική μέτρησης της ΑΠ με ηλεκτρονικό πιεσόμετρο στην έγκυο και τη λεχвіδα είναι όμοια με την περιγραφόμενη στο αντίστοιχο πρωτόκολλο του παρόντος εγχειριδίου.

2.4. Διαχείριση της ΑΠ σε εγκύους γυναίκες

Ανάγνωση υψηλής αρτηριακής πίεσης για μια φορά, δεν προσφέρει διάγνωση.

- ♦ Ανάγνωση ΔΠ $\geq 90\text{mmHg}$, τότε επανάληψη μέτρησης μετά από 1h ανάπαυσης.
- ♦ Αν στην επόμενη μέτρηση η ΔΠ $\leq 90\text{mmHg}$, **δε χρειάζεται κάτι περαιτέρω.**
- ♦ Αν η Δ.Π. παραμένει $\geq 90\text{mmHg}$, τότε ελέγχεται και ερωτάται η γυναίκα, αν έχει:
 - ❖ Οιδήματα
 - ❖ Σοβαρή κεφαλαλγία
 - ❖ Οπτικές διαταραχές (θολή όραση)
 - ❖ Επιγαστραλγία
 - ❖ Έλεγχο λευκώματος στα ούρα.

Αν δεν υπάρχουν επιπλέον συμπτώματα → **υπέρταση**. Παρέχονται συμβουλές: για ανάπαυση, εντατικοποίηση της παρακολούθησης καθώς και ενημέρωση της γυναίκας για τα πιθανά συνοδά συμπτώματα.

- ♦ Διαστολική πίεση $\geq 90-110\text{mmHg}$ και 2+ πρωτεϊνουρία → **προεκλαμψία**. Σύσταση εισαγωγής σε νοσοκομείο.
- ♦ Διαστολική πίεση $\geq 110\text{mmHg}$ και 3+ πρωτεϊνουρία ή διαστολική πίεση $\geq 90\text{mmHg}$, 2+ πρωτεϊνουρία ή εύρημα πρωτεΐνης 300 mg/24 h και επιπλέον σοβαρή κεφαλαλγία, οπτικές διαταραχές (θολή όραση), επιγαστραλγία → **σοβαρή προεκλαμψία**. Σύσταση εισαγωγή σε νοσοκομείο ή παραπομπή σε 3^ο βάθμιο νοσοκομείο.

3. Σύσταση προσυμπτωματικού ελέγχου με test Παπανικολάου

Η λήψη επιχρισμάτων από τον τράχηλο **ΔΕΝ είναι τεστ για τον καρκίνο**. Είναι μέθοδος πρόληψης του καρκίνου μέσω του έγκαιρου εντοπισμού και της έγκαιρης θεραπείας των ανωμαλιών που πιθανά να ανιχνευθούν και αν αφεθούν χωρίς θεραπεία, μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Ο καρκίνος είναι συχνός σε ηλικιωμένα άτομα, αλλά ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας πλήττει κυρίως νεότερες γυναίκες, με την πλειονότητα των περιπτώσεων να εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 35 και 50. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αναφέρονται ετησίως, 34000 νέες περιπτώσεις και πάνω από 16000 θάνατοι οφείλονται σε καρκίνο του τραχήλου (Arbyn et al., 2007a&c).

Συνιστάται ότι όλες οι μαιές οφείλουν να ενημερώνονται σε τακτική βάση, γιατί η λήψη του τεστ είναι μέρος των δεξιοτήτων τους. Σύμφωνα, με European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening Second Edition, European Communities, 2008, προτείνεται η λήψη των τραχηλικών επιχρισμάτων να ξεκινά από την ηλικιακή ομάδα 20-30 χρόνων και συνιστάται να επαναλαμβάνεται κάθε 3 με 5 έτη, μέχρι την ηλικία των 60 (Advisory Committee on Cancer Prevention, 2000; Boyle et al., 2003) ή 65 (Coleman et al 1993; IARC, 2005). Το ανώτατο όριο δεν πρέπει να είναι κάτω της ηλικίας των 60 ετών (Advisory Committee on Cancer Prevention, 2000). Η διακοπή σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας συνιστάται αν αυτές είχαν τρία ή περισσότερα test με φυσιολογικά ευρήματα. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στις ηλικιωμένες γυναίκες, που ποτέ δεν έχουν υποβληθεί στη διαδικασία, καθώς παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του τραχήλου.

Ο κυτταρολογικός πληθυσμιακός έλεγχος κάθε 3-5 έτη μειώνει τα ποσοστά καρκίνου του τραχήλου περισσότερο του 80% (IARC, 2005). Επίσης:

- ◆ γυναίκες που δεν ήταν ποτέ σεξουαλικά ενεργές βρίσκονται σε χαμηλό κίνδυνο για ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου.
- ◆ γυναίκες που έχουν υποστεί υστερεκτομή μπορούν να εξαιρεθούν από τον έλεγχο ασφάλειας, εφόσον η χειρουργική επέμβαση δεν ήταν συνδεδεμένη με νεοπλασία του τραχήλου της μήτρας. Ωστόσο, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε υφολική υστερεκτομή θα πρέπει να συνεχίζουν τον έλεγχο, κανονικά.

Οι οδηγίες από το Εθνικό πρόγραμμα του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS, Cancer Screening Programmes, 2006, UK), συστήνουν, έλεγχο:

- ◆ κάθε 3 έτη σε γυναίκες 25-49 ετών και
- ◆ κάθε 5 έτη σε γυναίκες 50-64 ετών, **εφόσον τα ευρήματα είναι φυσιολογικά**.

Τέλος η ACOG Committee Opinion, May, 2009, συστήνει:

- ◆ κυτταρολογικός έλεγχος του τραχήλου πρέπει να **αρχίζει** από την ηλικία των 21 χρόνων ή 3 χρόνια μετά την αρχή των σεξουαλικών επαφών, αν αυτές συμβούν νωρίτερα,
- ◆ γυναίκες 30 χρόνων ή μεγαλύτερες, που έχουν 3 συνεχόμενους αρνητικούς κυτταρολογικούς ελέγχους, πρέπει να ελέγχονται κάθε 2-3 χρόνια, **εάν**:
 - ◆ **δεν έχουν ιστορικό με CIN2 ή CIN3**

- ✦ **ΔΕΝ** είναι ανοσοκατεσταλμένες
- ✦ **ΔΕΝ** έχουν μολυνθεί με HIV
- ✦ **ΔΕΝ** έχουν εκτεθεί σε διαιθυλστυλβεστρόλη (*diethylstilbestrol*), στην ενδομήτρια ζωή τους
- ◆ Όλες οι άλλες γυναίκες πρέπει να ελέγχονται κάθε χρόνο.
- ◆ Οι γυναίκες που έχουν εκτεθεί στο HIV, πρέπει να ελέγχονται κυτταρολογικά κάθε 6 μήνες μετά τη διάγνωση του και εάν έχουν 2 συνεχόμενα αρνητικά κυτταρολογικά τραχηλικά επιχρίσματα, ο έλεγχος επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο
- ◆ Με τη στρατηγική που ακολουθείται, δηλ. των συχνών επαναλήψεων της εξέτασης, επιτυγχάνεται ευαισθησία που υπερβαίνει το 85% και ειδικότητα μεγαλύτερη του 90%.

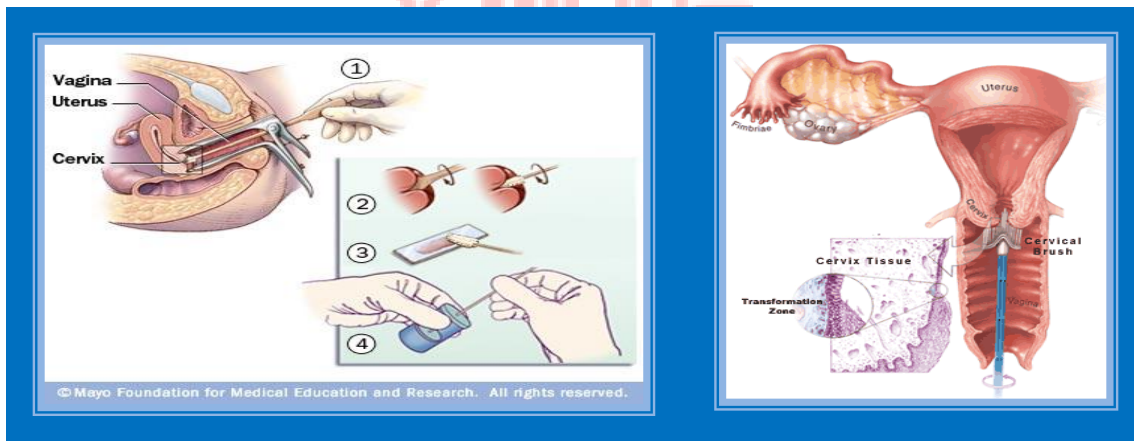
Πότε λαμβάνεται το test pap;

- ◆ Όλες τις ημέρες του κύκλου, εκτός της εμμηνορυσίας.
- ◆ Μετά από 24 ώρες σεξουαλικής αποχής.
- ◆ Χωρίς χρήση κολπικών πλύσεων ή λιπαντικών σκευασμάτων 48h πριν την λήψη του.
- ◆ 3 εβδομάδες μετά το πέρας θεραπείας για φλεγμονές του κόλπου ή του τραχήλου.
- ◆ Όταν παρατηρηθεί οποιαδήποτε διαφοροποίηση π.χ στις εκκρίσεις, πόνος στην επαφή, αίμα στην επαφή, αίμα εκτός εμμηνορυσίας.

Πώς λαμβάνεται το test pap;

1. Κλασική λήψη:

Λήψη τραχηλικών επιχρισμάτων με χρήση ψήκτρας ή σπάτουλας, επίστρωση του υλικού σε πλακάκι και μονιμοποίηση του (ψεκασμός με σπρέι μονιμοποίησης από απόσταση 20 cm, ώστε να μην καταστραφεί το παρασκεύασμα).



2. Λήψη με Κυτταρολογία Υγρής Φάσης (*Thin prep*):

Λήψη επιχρισμάτων με ψήκτρα που την περιστρέφουμε 5 φορές δεξιόστροφα στο στόμιο του τραχήλου. Ακολουθεί, εναπόθεση της κεφαλής της ψήκτρας στο φιαλίδιο με το αντιδραστήριο.



Λήψη test Pap στην εγκυμοσύνη

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η λήψη test Pap δεν συνιστάται ως εξέταση ρουτίνας. Λαμβάνεται, μόνο όταν υπάρχουν συγκεκριμένες

ενδείξεις, γιατί η εγκυμοσύνη ή οι περίοδοι που οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα επίπεδα οιστρογόνων, (περίοδος του θηλασμού ή της χρήσης αντισυλληπτικών δισκίων-προγεστερόνης μόνο), τα ενδοτραχηλικά κύτταρα δεν ανιχνεύονται εύκολα και αυξάνεται η αναγκαιότητα για επανάληψη των επιχρισμάτων. Η λήψη γίνεται με σπάτουλα, αντενδείκνυται η χρήση ψήκτρας (cytobrush).

- ♦ Αν οι γυναίκες χρειάζονται επίχρισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνιστάται ότι πρέπει να ληφθούν πριν από τις 12 εβδομάδες κύησης, αν είναι δυνατόν.
- ♦ Αν οι γυναίκες απαιτούν μεταγεννητική λήψη test Pap, συνιστάται η λήψη τουλάχιστον τρεις μήνες μετά τον τοκετό. (NZCOM Consensus Statements, 2000)

Εξήγηση-εκτίμηση των αποτελεσμάτων test Pap:

Ταξινόμηση	Εξήγηση	Ενέργεια
Αρνητικό	Μη ανίχνευση ανωμαλιών	Επανάληψη του test σε 3-5 χρόνια, ανάλογα της ηλικίας της γυναίκας
Μη φυσιολογικό		
Οριακές αλλαγές	Παρουσία μη φυσιολογικών κυττάρων.	Επανάληψη του test σε 6-12 μήνες. Παραπομπή για κολποσκόπηση εάν το test παραμείνει ίδιο.
Ήπια δυσκαρίωση	Παρουσία κυττάρων που συνηγορούν με CIN 1 ¹ .	Άμεση παραπομπή για κολποσκόπηση ή επανάληψη του test πριν τους 6 μήνες. Παραπομπή για κολποσκόπηση εάν το test παραμείνει ίδιο.
Μέτρια δυσκαρίωση	Παρουσία κυττάρων που συνηγορούν με CIN 2.	Άμεση παραπομπή για κολποσκόπηση.
Σοβαρή δυσκαρίωση	Παρουσία κυττάρων που συνηγορούν με CIN 3.	Άμεση παραπομπή για κολποσκόπηση.
Υποπτος διηθητικός καρκίνος ²	Πιθανότητα διηθητικού καρκίνου.	Επείγουσα παραπομπή για κολποσκόπηση.
Ανεπαρκής λήψη	Το test δεν πρέπει να ερμηνευθεί.	Επανάληψη του test

Πηγή: Cervical Screening Programme, NHS, UK, (2009)

¹ Οι μη φυσιολογικές αλλαγές ή αλλοιώσεις στο τράχηλο είναι γνωστές ως τραχηλικές ενδοεπιθηλιακές νεοπλασίες (CIN). Η εμφάνιση αυτών στο τραχηλικό test αποκαλείται δυσκαρίωση

² Περιέχει αδενώδεις ανωμαλίες.

Βιβλιογραφία

- Albers, L 2001, Monitoring the fetus in labor: evidence to support the methods, *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 46, no. 6, pp. 366-73.
- Albers, L, Schiff, M & Gorwoda, J 1999, The Length of Active Labour in Normal Pregnancies, *Obstetrics and Gynecology*, vol. 87, no. 3, pp. 355-9.
- Alfirevic, Z, Devane, D & Gyte, G 2006, "Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labour" (Cochrane Review), In *The Cochrane Library*, Issue 1, John Wiley and Sons, Chichester, UK.
- Anin-Somuah, M, Smyth, M & Howell, C 2005, "Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain relief in labour" (Cochrane Review), In *The Cochrane Library*, Issue 4, John Wiley and Sons, Chichester, UK.
- Baker, A & Kenner, A 1993, Communication of pain: vocalization as an indicator of the stage of labour, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 33, no. 4, pp. 384-5.
- Basevi, V & Lavender, T 2008, Routine: Perineal shaving on admission in labour, *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 1, CD001236.
- Berghella, V, Baxter, KJ & Chauhan, PS 2008, Evidence-based labor and delivery management, *American Journal of Obs & Gyn*, vol. 199, no. 5, pp. 445-54.
- Bergstrom, L, Roberts, J, Skillman, L & Seidel, J 1992, "You'll Feel Me Touching You, Sweetie": Vaginal Examinations During the Second Stage of Labour, *Birth*, vol. 19, no. 1, pp. 10-8.
- Burvill, S 2002, Midwifery diagnosis of labour onset, *British Journal of Midwifery*, vol. 10, no. 10, pp. 600-5.
- Clement, S 1994, Unwanted vaginal examinations, *British Journal of Midwifery*, vol. 2, pp. 368-70.
- Cohen, AR, Klapholz, H & Thompson, MS 1982, Electronic fetal monitoring and clinical practice - a survey of obstetric opinion, *Med Decision Making*, vol. 2, no. 1, pp. 79-95.
- Cuervo, LG, Rodríguez, MN & Delgado, MB 2007, Enemas during labour, *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 3, CD0 00 330.
- Darouiche, RO, Wall, MJ, Itani, KMF, Otterson, MF, Webb, AL, Carrick, MM, Miller, HJ, Awad, SS, Crosby, CT, Mosier, MC, AlSharif, A & Berger, DH 2010, Chlorhexidine-Alcohol versus Povidone-Iodine for Surgical-Site Antisepsis, *N Engl J Med*, vol. 362, no. 1, pp. 18-26.
- Devane, D 1996, Sexuality and Midwifery, *British Journal of Midwifery*, vol. 4, no. 8, pp. 413-6.
- Enkin, M 1992, Commentary: Do I do that? Do I really do that? Like that?, *Birth*, vol. 19, no. 1, pp. 19-20.
- Enkin, M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther, C, Duley, L, Hodnett, E & Hofmeyr J 2000, *A Guide to Effective Care in Childbirth*, Oxford University Press, Oxford.
- Enkin, M, Keirse, M, Renfrew, M & Neilson, J 2000, *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford University Press, Oxford.
- Freidman, A 1954, The Graphic Analysis of Labour, *American Journal Obstetrics and Gynecology*, vol. 68, no. 3-4, pp. 1568-75.
- Garland, JS, Buck, RK, Maloney, P, Durkin, DM, Toth-Lloyd, S, Duffy, M, Szocik, P, McAuliffe, TL & Goldman, D 1995, Comparison of 10% povidone-iodine and 0.5% chlorhexidine

- gluconate for the prevention of peripheral intravenous catheter colonization in neonates: a prospective trial, *Pediatr Infect Dis J*, vol. 14, no. 6, pp. 510-6.
- Grant, A 1989, "Monitoring the fetus during labour", In *Effective care in pregnancy and childbirth*, eds I Chalmers, M Enkin & MJNC Keirse, Oxford University Press, Oxford, pp. 281-8.
- Gross, M, Haunschild, T, Stoexen, T, Methner, V & Guentner, H 2003, Women's recognition of the Spontaneous Onset of Labour, *Birth*, vol. 30, no. 4, pp. 267-71.
- Haubrich, KA 2003, Role of Vernix Caseosa in the Neonate. Potential Application in the Adult Population, *AACN Clinical Issues*, vol. 14, no. 4, pp. 457-64.
- Hogerzeil, HV, Walker, GJ & de Goeje, MJ 1993, Stability of injectable oxytocics in tropical climates: results of field surveys and simulation studies on ergometrine, methylergometrine, and oxytocin, WHO, viewed 15 September 2012, <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2205e/s2205e.pdf>>.
- International Confederation of Midwives (ICM) & International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) 2006, *Joint Statement: Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings*, viewed 16 September 2012, <http://www.pphprevention.org/files/FIGO-ICM_Statement_November2006_Final.pdf>.
- International Confederation of Midwives (ICM) & International Federation of Gynaecologists and Obstetricians (FIGO) 2003, *Joint Statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage*, viewed 16 September 2012, <http://www.accesstohealth.org/toolres/amtslweb/resources/FIGO_ICM_Joint_Statement.pdf>.
- Lewin, D, Fearon, B, Hemmings, V & Johnson, G 2005, Women's experiences of vaginal examinations in labour, *Midwifery*, vol. 21, no. 3, pp. 267-77.
- Lieberman, E, Davidson, K, Lee-Parritz, A & Shearer, A 2005, Changes in fetal position during labour and their association with epidural analgesia, *Obstetrics and Gynecology*, vol. 105, no. 5, 974-82.
- Lieberman, E, Lang, J, Richardson, D, Frigoletto, F, Heffner, L & Cohen, A 2000, A Intrapartum Maternal Fever and Neonatal Outcome, *Pediatrics*, vol. 105, no. 1pt1, pp.8-13.
- Lieberman, E & O'Donoghue, C 2002, Unintended effects of epidural analgesia during labour: a systematic review, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 186, no. 5, pp. S31-S68.
- Lund, CH, Osborne, JW, Kuller, J, Lane, AT, Lott, JW & Raines, DA 2001, Neonatal skin care: clinical outcomes of the Association for Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) and the National Association of Neonatal Nurses (NANN) Clinical Practice Guideline, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 30, no.1, pp.41-51.
- MacDonald, D, Grant, A, Sheridan-Pereira, M, Boylan, P & Chalmers, I 1985, The Dublin randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 152, no. 5, pp. 524-39.
- Mambourg, F, Gailly, J & Zhang WH 2010, *Guideline relative to low risk birth*, KCE reports 139C, Belgium Health Care Knowledge Centre, viewed 16 September 2012, <https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_139c_guideline_low_risk_birth_0.pdf>.
- Maternity Care Working Party 2007, *Making normal birth a reality*, RCOG, viewed 13 September 2012, <http://www.rsfg.qc.ca/normal_birth_consensus.pdf>.

- McDonald, JS & Middleton, P 2009, *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes*, Cochrane Database of Systematic Reviews, viewed 12 September 2012, <<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD004074sp.pdf>>.
- McKay, S & Roberts, J 1990, Obstetrics by Ear: Maternal and Caregivers Perceptions of the Meaning of Maternal Sounds During Second Stage of Labour, *Journal of Nurse Midwifery*, vol. 35, no. 5, 266-73.
- Menage, J 1996, Post-traumatic stress disorder following obstetric/ gynaecological procedures, *British Journal of Midwifery*, vol. 4, no. 10, pp. 532-3.
- MIDIRS Essence 2008, *Fetal heart rate monitoring in labour*, MIDIRS, Bristol.
- MIDIRS Essence 2005, *The use of epidural analgesia for women in labour Informed choice for professionals leaflet*, MIDIRS, Bristol.
- Milestone, AM, Passaretti, CL & Perl, TM 2008, Chlorhexidine: expanding the armamentarium for infection control and prevention, *Clin Infect Dis*, vol. 46, no. 2, pp. 274-81.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2007, *Intrapartum Care; care of healthy women and their babies during childbirth*, NICE, viewed 16 September 2012, <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>>.
- Nguyen, U, Rothman, K, Demissie, S, Jackson, D, Lang, J & Ecker, J 2010, Epidurals and Risks of Caesarean and Operative Vaginal Deliveries in Women, *Maternal and Child Health Journal*, vol. 14, no. 5, pp. 705-12.
- NHS Quality Improvement Scotland 2005, *Clinical standards - maternity services*, NHS Scotland, viewed 15 September 2012, <<http://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/National%20Guidelines/MaternityServices.pdf>>.
- Nielsen, PV, Stigsby, B, Nickelson, C & Nim, J 1987, Intra- and interobserver variability in the assessment of intrapartum cardiotocograms, *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 66, no. 3, pp. 421-4.
- Quinn, D, Newton, N & Piecuch, R 2005, Effect of Less Frequent Bathing on Premature Skin. *JOGNN Clinical Research*, vol. 34, no. 6, 741-6.
- Robson, S 1991, 'Variation of cervical dilatation estimation by midwives, doctors, student midwives and medical students in 1985 - a small study using cervical simulation models', *Research and the Midwife Conference Proceedings Manchester*, University of Manchester.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1997, *Intimate Examinations*, RCOG Press, London.
- Seaward, PG, Hannah, ME, Myhr, TL, Farine, D, Ohlsson, A, Wang, EE, Haque, K, Weston, JA, Hewson, SA, Ohel, G & Hodnett, ED 1997, International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and post partum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 177, no. 5, pp. 1024-9.
- Simkin, P 1987, Electronic Fetal Monitoring: Back to the Drawing Board, *Birth*, vol. 14, no. 3, pp. 124.
- Simkin, P & Ancheta, R 2000, *The Labor Progress Handbook*, Blackwell Science, Oxford.
- Smyth, RMD, Alldred, SK & Markham, C 2007, Amniotomy for shortening spontaneous labour, *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 4, CD006167.

-
- Stone, PW, Braccia, D & Larson, E 2005, Systematic review of economic analyses of health care-associated infections, *Am J Infect Control*, vol.33, no. 9, pp. 501-9.
- Stuart, C 2000, Invasive actions in labour, *Practising Midwife*, vol. 3, pp. 30-3.
- Tanner, J, Woodings, D & Moncaster, K 2006, Preoperative hair removal to reduce surgical site infection, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, CD004122.
- Thacker, S 1997, Lessons in Technology Diffusion: The Electronic Fetal Monitoring Experience, *Birth*, vol. 24, no. 1, pp. 58-60.
- Tufnell, D, Bryce, F, Johnson, N & Lilford, R 1989, Simulation of cervical changes in labour: reproducibility of expert assessment, *The Lancet*, vol. 2, no. 8671, pp. 1089-90.
- Van Geijn, H 1987, Fetal monitoring-present and future: the evaluation of fetal heart rate patterns, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 24, pp. 117-9.
- Warren, C 1999, Why should I do vaginal examinations?, *Practising Midwife*, vol. 2, no. 6, pp. 12-3.
- WHO 2006, Promoting optimal fetal development, Report of a Technical Consultation, WHO, viewed 16 September 2012, <http://www.who.int/nutrition/topics/fetal_dev_report_EN.pdf>.
- WHO 2004, Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant, A joint statement by WHO, ICM and FIGO, WHO, viewed 16 September 2012, <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591692.pdf>>.
- WHO 1996, Safe Motherhood: Care in Normal Birth: a practical guide, WHO, viewed 15 September 2012, <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf>.
- Zhang, J, Troendel, J & Yancey, M 2002, Reassessing the labour curve in nulliparous women, *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 187, no. 4, pp. 824-8.
-