

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ. ΑΙΤΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ****Καθηγητής Β. Καραγιάννης***ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ*

Η συστηματική παρακολούθηση της κύησης έχει σαν σκοπό να οδηγήσει κάθε επιθυμητή εγκυμοσύνη στον τοκετό υγιούς παιδιού, χωρίς να επηρεασθεί η υγεία της μητέρας. Η εγκυμοσύνη σε ποσοστό 5-10% επιπλέκεται από παθολογικές καταστάσεις, επικίνδυνες για την υγεία της μητέρας και του παιδιού και είναι υπεύθυνες κατά μεγάλο μέρος για τη μητρική θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

ΟΡΙΣΜΟΙ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) ως μητρική θνησιμότητα ορίζεται ο αριθμός των μητρικών θανάτων σε 100.000 γεννήσεις ζωντανών νεογνών.

ΑΙΤΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Αίτια της μητρικής θνησιμότητας μπορεί να είναι:

α) «Άμεσα» μαιευτικά αίτια: Στις περιπτώσεις αυτές ο μητρικός θάνατος, προέρχεται από μαιευτικές παθήσεις και επιπλοκές, που έχουν σχέση με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, όπως είναι η έκτρωση, αιμορραγία, εκλαμψία ή από επιπλοκές, που οφείλονται σε παρεμβάσεις, παραλήψεις ή λαθεμένη θεραπεία.

β) «Έμμεσα» μαιευτικά αίτια: Στις περιπτώσεις αυτές ο μητρικός θάνατος προέρχεται από προϋπάρχουσα νόσο ή νόσο που αναπτύχθηκε και επιδεινώθηκε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως π.χ. καρδιοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, ναρκωτικά.

γ) Μη μαιευτικά αίτια: Συμπτωματικός θάνατος, που προέρχεται από μη σχετιζόμενες με την κύηση αιτίες.

Η ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Τα αίτια του μητρικού θανάτου ποικίλλουν από χώρα σε χώρα και μεταβάλλονται ανάλογα με το επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι σχετικές με τη μητρική θνησιμότητα έρευνες άρχισαν ήδη από το 1901 στη Βοστώνη, ΗΠΑ από την Miss Williams, ενώ η Εμπιστευτική Έρευνα για τη μητρική θνησιμότητα (CEMD-Confidential Enquires into Maternal Deaths), άρχισε στην Αγγλία το 1952 και σε κάθε νέα τριετία εκτιμάται η εφαρμογή των προηγούμενων προτεινόμενων οδηγιών. Η CEMD θεωρείται ως η πιο τεκμηριωμένη και αξιόπιστη έρευνα στον τομέα αυτό και αποτελεί σήμερα πρότυπο για την συγκριτική αξιολόγηση των διεθνών αναφορών. Στην Ελλάδα οι πρώτες αναφορές της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας καταγράφονται από το 1962.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι στόχοι της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- Να καθορίσει τις κυριότερες αιτίες των μητρικών θανάτων
- Να μειώσει περαιτέρω τη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα (συμπεριλαμβανομένων και περιπτώσεων με ανεπαρκή φροντίδα)
- Να αναγνωρίσει γεγονότα που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί
- Να ενημερώσει όλους τους επαγγελματίες υγείας
- Να συστήσει βελτιώσεις στην κλινική πρακτική και την παροχή υπηρεσιών
- Να προτείνει θέματα μελλοντικής έρευνας και εσωτερικού ελέγχου

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ

Ο αριθμός των μητρικών θανάτων ανά 100.000 γεννήσεις ζώντων νεογνών έχει ελαττωθεί αξιολογικά κατά το τελευταίο μισό του 20^{ου} αιώνα. Στις Η.Π.Α. π.χ. το 1935, ο μέσος όρος μητρικής θνησιμότητας ήταν 582,1 ανά 100.000 γεννήσεις, και το 1985 έπεσε στο 7,8. Η μητρική θνησιμότητα έχει εμφανίσει και στην Αγγλία κλιμακωτή ελάττωση κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις ήταν 98,9 το 1951, 41,7 το 1961, 21,1 το 1971 και 8,9 το 1981.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε. (Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος), ήταν 33 θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις για την τριετία 1967-1969 και έπεσε στους 11,3 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις στη δεκαετία του 80 και τους 5 στη δεκαετία του 1990.

ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΜΗΤΡΙΚΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ

Ως κυριότερα από τα αίτια μητρικού θανάτου αναφέρονται στις σχετικές έρευνες η υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης, η αναισθησία και οι αιμορραγίες από τη μήτρα και η εξωμήτρια εγκυμοσύνη.

Η υπέρταση που αναπτύσσεται για πρώτη φορά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή προϋπάρχει και επιδεινώνεται από την εγκυμοσύνη, αποτελεί ένα από τα κυριότερα «άμεσα» αίτια μητρικού θανάτου. Η υπερτασική νόσος εμφανίζεται σε αναλογία περίπου 6-7% στο σύνολο των κήσεων και αποτελεί συνεπώς μια από τις συνηθέστερες επιπλοκές της εγκυμοσύνης.

Η μαιευτική αναισθησία συμπεριλαμβανόταν παλαιότερα στα κυριότερα «άμεσα» αίτια μητρικών θανάτων, αλλά από το 1980 θεωρείται ως ανεξάρτητη αιτία μητρικών θανάτων, σύμφωνα με την 9^η Κλινική Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD:9-International Classification of Diseases: 9th Revision). Ο θάνατος οφείλεται κυρίως σε αδυναμία διατήρησης ανοικτών αεροφόρων οδών, ή σε χορήγηση των αναισθητικών, αναλγητικών και κατασταλτικών του τοκετού φαρμάκων ή από τρώση της σκληρής μήνιγγας στην περιοχική επισκληρίδιο κυρίως αναισθησία. Φαίνεται όμως ότι η περιοχική αναισθησία συνδέεται με σημαντικά μικρότερο αριθμό μητρικών θανάτων σε σύγκριση με τη γενική αναισθησία και εφαρμόζεται σήμερα ευρύτατα στο φυσιολογικό τοκετό και στην καισαρική τομή. Ο θάνατος στην εξωμήτρια εγκυμοσύνη οφείλεται κυρίως σε ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

Στις επιπλοκές που συνδέονται με αιμορραγίες κατά την κύηση και τον τοκετό περιλαμβάνονται, εκτός από την εξωμήτρια εγκυμοσύνη, οι εκτρώσεις, ο προδρομικός πλακούντας, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και η ρήξη της μήτρας. Οι αιμορραγίες αυτές εμφανίζονται με αυξημένη μητρική θνησιμότητα, επειδή συχνά καθιστούν αναγκαία την αποπεράτωση του τοκετού με μαιευτικές επεμβάσεις και κυρίως με καισαρική τομή.

Οι θάνατοι από πνευμονική εμβολή έχουν ελαττωθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία. Η προεκλαμψία και η εκλαμψία εξακολουθούν να αποτελούν τις πιο επικίνδυνες καταστάσεις στη μαιευτική, παρά το γεγονός ότι η μητρική θνησιμότητα στις περιπτώσεις αυτές έχει ελαττωθεί σχεδόν στο 1/3 κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Σήμερα η μητρική θνησιμότητα από εκλαμψία κυμαίνεται από χώρα σε χώρα μεταξύ του 0,5 και του 5%. Στην Ελλάδα ο μέσος όρος θνησιμότητας από «τοξιναιμία» (προεκλαμψία και εκλαμψία) κατά τη διάρκεια του 1978-1988 ήταν 188/100.000 γεννήσεις (0,19%), ενώ η αναλογία των περιπτώσεων τοξιναιμίας, στο σύνολο των τοκετών ήταν 0,6% κατά το ίδιο χρονικό διάστημα. Οι αιμορραγίες στην προχωρημένη κύηση και τον τοκετό (σε προδρομικό πλακούντα, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και ρήξη της μήτρας) αποτελούσαν παλαιότερα μαζί με τη σηψαιμία τα κυριότερα αίτια του μητρικού θανάτου. Κατά την τελευταία όμως δεκαετία σημειώθηκε σημαντική προς τα κάτω απόκλιση της μητρικής θνησιμότητας από τα αίτια αυτά.

Στην Ελλάδα ο μέσος όρος μητρικής θνησιμότητας από αιμορραγίες ήταν 35/100.000 γεννήσεις ή 0,035% στη δεκαετία του 70, αλλά ελαττώθηκε σημαντικά στη δεκαετία του 80 (19/100.000 γεννήσεις ή 0,019%). Εντυπωσιακά χαμηλή εμφανίζεται επίσης η θνησιμότητα από λοιμώξεις κατά την τελευταία δεκαετία, αφού στο διάστημα αυτό ήταν 29/100.000 γεννήσεις ή 0,29%. Η μητρική θνησιμότητα από καισαρική τομή δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί στον Ελλαδικό χώρο, επειδή παρόμοια στοιχεία δεν καταχωρούνται στην Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. Στα δυτικά κράτη η σχετική μητρική θνησιμότητα είναι μικρότερη από 1%. Οι κίνδυνοι από καισαρική τομή αυξάνουν τις σηπτικές επιπλοκές και τα θρομβοεμβολικά επεισόδια. Θεωρείται επομένως λογικό το συμπέρασμα ότι σημαντική ελάττωση της μητρικής θνησιμότητας μπορεί να επιτευχθεί, εάν ελαττωθεί η συχνότητα των καισαρικών τομών, χωρίς βέβαια να τίθεται σε κίνδυνο η ζωή του εμβρύου.

Σε πολλές περιπτώσεις η μητρική θνησιμότητα συνδέεται μερικώς τουλάχιστον με ορισμένα παθολογικά αίτια, όπως είναι οι καρδιοπάθειες και ο σακχαρώδης διαβήτης (έμμεσος μαιευτικός θάνατος). Στο σακχαρώδη διαβήτη η μητρική θνησιμότητα αυξάνει στο τριπλάσιο λόγω των συνοδών επιπλοκών, όπως είναι η κετοξέωση, η υπέρταση, η προεκλαμψία και η πυελονεφρίτιδα.

Στην Αγγλία η υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης, η πνευμονική εμβολή (θρομβοεμβολική νόσος) και τα καρδιακά νοσήματα μαζί με τις αυτοκτονίες και την αναισθησία αποτελούν τα κυριότερα αίτια μητρικού θανάτου.

- Κυριότερες αιτίες μητρικών θανάτων (1997-1999)
- Υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης
- Πνευμονική εμβολή
- Αναισθησία
- Εξωμήτρια εγκυμοσύνη
- Εμβολή αμνιακού υγρού
- Αιμορραγίες από τη μήτρα
- Σηψαιμία
- Έκτρωση
- Αυτοκτονίες

CEMD

Στην Ελλάδα προηγείται η αιμορραγία κατά την κύηση και τον τοκετό και έπονται οι θάνατοι από θρομβοεμβολικά επεισόδια, από καρδιακά νοσήματα, από υπέρταση και ρήξη της μήτρας. Τα αίτια αυτά ευθύνονται για το 90% των μητρικών θανάτων στην Ελλάδα.

Σκοπός της Εμπιστευτικής Έρευνας (CEMD)

Ο σκοπός της Εμπιστευτικής Έρευνας στην Αγγλία, η οποία κάνει αναφορά ανά τριετία, είναι η διασφάλιση της καλύτερης δυνατής περίθαλψης σε όλες τις έγκυες γυναίκες και σε αυτές που έχουν γεννήσει πρόσφατα καθώς και η διασφάλιση περίθαλψης σε κέντρα τα οποία δίνουν προτεραιότητα στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε γυναίκας. Σύμφωνα με τις έρευνες της CEMD στην Αγγλία, το ποσοστό της ανεπαρκούς περίθαλψης σε σχέση με το είδος του μητρικού θανάτου για το 1997-99 ήταν 90% για τον άμεσο μητρικό θάνατο, 17% για τον έμμεσο, 10% για το συμπτωματικό και 10% για τον όψιμο μητρικό θάνατο.

ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Ως ανεπαρκής περίθαλψη στην πρόληψη του μητρικού θανάτου θεωρείται:

- Η αδυναμία του μη έμπειρου προσωπικού να παραπέμψει σε πιο έμπειρο προσωπικό ή νοσοκομείο
- Η αδυναμία των έμπειρων ιατρών να παραστούν (ακατάλληλη ανάθεση έργου)
- Οι ασαφείς ή μη πλήρεις οδηγίες για την αντιμετώπιση της μαζικής αιμορραγίας, της εκλαμψίας και της πνευμονικής εμβολής
- Η έλλειψη ομαδικότητας
- Η αδυναμία του κλινικού προσωπικού να αναγνωρίσει καταστάσεις που δεν άπτονται της ειδικότητάς του ή να αναζητήσει συμβουλή έγκαιρα

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι παράγοντες κινδύνου που πρέπει να αξιολογούνται κατά τη διάρκεια της περίθαλψης της εγκύου γυναίκας είναι:

- Πολύ νεαρή ηλικία/ κάτω των 18 ετών
- Κοινωνική περιθωριοποίηση
- Υπό επίβλεψη κοινωνικών λειτουργών
- Παχυσαρκία
- Ηλικία
- Τόκος
- Οικιακή βία
- Πολύδυμη κύηση
- Εξωσωματική γονιμοποίηση

ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Θεωρείται απαραίτητη η διαδικασία της συστηματικής ενημέρωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και η παροχή σημαντικών οδηγιών για ορισμένα νοσήματα, όπως είναι:

- Η φλεβοθρόμβωση
- Η υπερτασική νόσος της εγκυμοσύνης
- Η αιμορραγία σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- Η καρδιακή νόσος
- Η σηψαιμία

ΕΜΦΑΣΗ ΣΕ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΣΗΜΕΙΑ

Είναι χρήσιμη η ευαισθητοποίηση όλων των εμπλεκομένων στη νοσηλευτική διαδικασία απόμων σε συγκεκριμένα σημεία όπως είναι:

- Η νοητική ασθένεια
- Η οικιακή βία
- Η δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Τα κατεστημένα πρότυπα συμπεριφοράς
- Η συνεργασία πολλών ειδικοτήτων για την παροχή φροντίδας και
- Η συνεργασία ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών

ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ

Για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σύμφωνα με τη CEMD γίνονται σεβαστές οι ακόλουθες οδηγίες:

- Τακτική ανανέωση των κατευθυντηρίων οδηγιών με τη συμμετοχή επαγγελματιών από πολλές ειδικότητες
- Αντιμετώπιση των περιστατικών ως ομάδα
- Δημιουργία επίσημων ομάδων συνεργασίας από έμπειρους μαιευτήρες, εντατικολόγους, αναισθησιολόγους και αγγειοχειρουργούς
- Στελέχωση των μαιευτικών Κλινικών από υψηλής στάθμης ειδικούς
- Προγράμματα συνεχούς και ευρείας εκπαίδευσης του προσωπικού για την επαρκέστερη αντιμετώπιση των επιπλοκών της κύησης

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Σύμφωνα με δημοσιευμένη μελέτη με τίτλο “Healthy pregnant woman effect” στο κεφ. 20 Why Mothers Die 2000-02, πρέπει να τονισθεί ότι η εγκυμοσύνη προστατεύεται με ποικίλους ρυθμιστικούς μηχανισμούς και ότι:

Μόνο το 1/3 όλων των θανάτων των γυναικών ηλικίας 15-44 ετών είναι μητρικοί θάνατοι και

Ο κίνδυνος θανάτου στις εγκυμονούσες και στις λεχωίδες από μαιευτικά αίτια είναι 5 φορές μικρότερος, σε σύγκριση με τους θανάτους των μη εγκύων γυναικών από ποικίλα άλλα αίτια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. CEMD: Confidential Enquires into Maternal Deaths in the United Kingdom. Why mothers die: 2000-2002 report. London RCOG Press
2. Cunningham FG, MacDonald PG, Gant NF. Williams Obstetrics Prentice Hall International Inc, 1989.
3. Α. Καλογερόπουλος, Μαιευτική. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1992; 285-289.
4. Β. Καραγιάννης: Στατιστική μελέτη των αιτίων του καλούμενου «Μαιευτικού θανάτου» και Συμβολή κατ' αυτήν της νεκροτομής. Διατριβή επί διδακτορία, Θεσσαλονίκη 1981.
5. Δ. Λώλης, Γυναικολογία και Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγορίου Παρισιάνου», 1998; 23-24.
6. Στράντζη-Πασχαλάκη Νίκη. Μητρική θνησιμότητα στην Ανασθησιολογία. Ελληνική Ανασθησιολογία, Τόμ. 25, 2(83-89).