



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Φοιτήτριες : Αγίου Μαργαρίτα (Α.Μ. 618)

Ζαφείρη Ευδοξία (Α.Μ. 665)

Εισηγήτρια : Ζαμπίρα Τρις

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	iv
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο «ΕΙΣΑΓΩΓΗ»	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο «ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ»	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο «ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ»	3
3.1 Ορισμοί	3
3.1.1 Εγκυμοσύνη	3
3.1.2 Επιπλοκές	3
3.1.3 Επιπλοκές κύησης	3
3.1.4 Νοσηλευτική παρέμβαση	3
3.2 Τρίμηνα εγκυμοσύνης και αλλαγές στο γυναικείο σώμα	3
3.2.1 Πρώτο τρίμηνο κύησης	4
3.2.2 Δεύτερο τρίμηνο κύησης	6
3.2.3 Τρίτο τρίμηνο κύησης	7
3.3 Επιδημιολογία	8
3.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση επιπλοκών κατά την κύηση και πρόληψη	11
3.4.1 Αλκοόλ	11
3.4.2 Σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα	12
3.4.3 Ινομυώματα	13
3.4.4 Ναρκωτικές Ουσίες	14
3.4.5 Κάπνισμα	15
3.4.6 Παχυσαρκία	17
3.4.7 Θρομβοφιλία	18
3.4.8 Χρόνια υπέρταση	19
3.5 Επιπλοκές κατά την κύηση και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	20
3.5.1 Ολιγάμνιο	20

3.5.2 Κύηση στην εφηβεία και κύηση άνω των 35 ετών	21
3.5.3 Ενδοκρινικό Σύστημα	25
3.5.4 Γαστρεντερικό Σύστημα	31
3.5.5 Καρδιακό Σύστημα	35
3.5.6 Αιμοποιητικό Σύστημα	48
3.5.7 Αιμορραγίες κατά την κύηση	57
3.5.8 Λοιμώξεις στο Ουροποιητικό Σύστημα	65
3.5.9 Ψυχική κατάσταση της εγκύου	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	
4.1 Είδος έρευνας.....	73
4.2 Περιγραφή δείγματος.....	73
4.3 Μέθοδος συλλογής.	73
4.4 Διαδικασία συλλογής.....	73
4.5 Επιλογή Μελετών και Σύνθεση Δεδομένων	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	
5.1 Ανάλυση δεδομένων.....	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81

Περίληψη

Εισαγωγή: Στην παρούσα εργασία, αναλύονται οι σοβαρότερες επιπλοκές κύησης στην γυναίκα ανά σύστημα, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή όταν βρεθεί αντιμέτωπος με ένα τέτοιο περιστατικό.

Σκοπός: Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να αναδείξει την ανάγκη για άμεση και έγκαιρη διάγνωση των πιθανών επιπλοκών που μπορεί μια γυναίκα να εμφανίσει κατά την εγκυμοσύνη της, ειδικότερα εάν κατατάσσεται στην κατηγορία υψηλού κινδύνου, και παράλληλα να προβάλλει τη συνεισφορά του νοσηλευτή στον τρόπο φροντίδας της μητέρας για τη διαχείριση των επιπλοκών αυτών.

Μεθοδολογία: Για την συγγραφή της εργασίας, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σε επιστημονικά συγγράμματα καθώς και σε ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης και μελετήθηκαν άρθρα και ερευνητικές μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, το οικογενειακό ιστορικό ή τα προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, αποτελούν στοιχεία που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη. Παρά την εξέλιξη της ιατρικής, αρκετές είναι οι επιπλοκές οι οποίες μπορούν να επιφέρουν μεγάλα ποσοστά επικινδυνότητας ή ακόμη και θνησιμότητας. Η νοσηλευτική φροντίδα και παρακολούθηση αποτελεί τον νούμερο ένα παράγοντα πρόληψης και αντιμετώπισης των επιπλοκών.

Συμπεράσματα: Κάθε μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να ενημερώνεται για τις πιθανές επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν, ώστε εάν παρουσιάσει οποιοδήποτε σύμπτωμα να απευθυνθεί άμεσα, στον γυναικολόγο- μαιευτήρα. Ο νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι έτοιμος για να ανταπεξέλθει στην ιδιαίτερη φροντίδα και στις ψυχολογικές ανάγκες της μητέρα.

Λέξεις-κλειδιά: Εγκυμοσύνη, επιπλοκές κύησης, νοσηλευτικός ρόλος, πρόληψη, παράγοντες κινδύνου, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ABSTRACT

Introduction: In this thesis, we analyze the possible implications during pregnancy by system as well as the role of the nurse, when they come across such an incident.

Aim: The aim of this thesis is to highlight the need of immediate and early diagnosis of possible implications that a woman may face during her pregnancy, especially if she is characterized as a high-risked group and to stress out the nurse's contribution in providing proper care to treat these complications.

Methodology: A review of the existing international literature was conducted, based on scientific books as well as electronic search engines. Articles and research studies of the international literature published in Greek and English were read up to present all the information that fulfills the aim of this thesis.

Results: The unhealthy way of living, the family medical record and pre-existing health problems increase the possibility of occurring complications during pregnancy. Despite the evolution of medical science, a lot of implications may be still life-threatening and lead to high mortality. Nurse care and monitoring are important elements in preventing and coping with these implications.

Conclusions: A future mother should be aware of the possible implications that she might face so that she could immediately address to her personal obstetrician-gynecologist. The nurse should be ready to provide special care and cope with the psychological requirements that may occur.

Key words: pregnancy, pregnancy complications, nursing role, prevention, risk factors, nursing interventions

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία αναφέρεται στις επιπλοκές που μπορούν να προκύψουν στην γυναίκα κατά το διάστημα της κύησης, καθώς και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που πραγματοποιούνται για την αντιμετώπιση τους. Η πτυχιακή αυτή εργασία, αποτελείται συνολικά από έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται η εισαγωγή, η οποία και περιλαμβάνει τα σημαντικά σημεία της εργασίας και εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα της. Επιπλέον, στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η βιβλιογραφική ανασκόπηση και το κυρίως θέμα χωρίζεται σε επιμέρους υποκεφάλαια. Αρχικά ο αναγνώστης ενημερώνεται για τις σημαντικές έννοιες της εργασίας. Στο ίδιο κεφάλαιο ταξινομούνται ανά τρίμηνο τα στάδια της εγκυμοσύνης και αναφέρονται οι μεταβολές που συμβαίνουν στο γυναικείο σώμα. Στη συνέχεια καταγράφονται στοιχεία που σχετίζονται με την ιστορία και την επιδημιολογία των επιπλοκών. Επιπλέον, κατηγοριοποιούνται οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση των επιπλοκών και αναφέρονται τρόποι για την πρόληψη τους. Τέλος, αναλύονται ανά σύστημα οι σημαντικότερες και πιο σοβαρές επιπλοκές που μπορούν να συμβούν ενδεχομένως σε μία κύηση και παρατίθενται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να διενεργηθούν σε κάθε μία περίπτωση.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η δευτερογενούς τύπου έρευνα και περιγράφεται η μεθοδολογία για την ηλεκτρονική αναζήτηση και εύρεση των νεότερων δεδομένων σχετικά με την καθοδηγούμενη φροντίδα από νοσηλευτές για την αντιμετώπιση-διαχείριση των επιπλοκών κύησης βασισμένα σε έγκυρα επιστημονικά άρθρα. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στα αποτελέσματα από την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από το περιεχόμενο των άρθρων της ηλεκτρονικής αναζήτησης, και καταγράφονται οι θεματικές τους ενότητες. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την επιστημονική έρευνά μας, και που περιέχουν τις σημαντικότερες έννοιες. Στο τέλος της εργασίας, παρατίθεται η ξένη και η ελληνική βιβλιογραφία που βοήθησαν για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Σκοπός και στόχοι της εργασίας

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι μέσα από την διερεύνηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, να παρουσιαστούν και να αναλυθούν οι επιπλοκές που μπορούν να συμβούν στη γυναίκα κατά την κύηση, αλλά και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αναλυτικότερα, παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν την επιδημιολογία, τους παράγοντες κινδύνου, την πρόληψη, την διάγνωση και την θεραπεία των επιπλοκών, αλλά και την συμπτωματολογία που αυτές προκαλούν. Η εγκυμοσύνη είναι μια κατάσταση την οποία βιώνουν οι περισσότερες γυναίκες, άλλοτε επιθυμητά και άλλοτε ανεπιθύμητα. Κατά την πορεία αυτής, μπορεί να συμβούν διάφορες επιπλοκές, από την πιο απλή έως την πιο βαριά. Ως πρώτος στόχος λοιπόν της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι να ευαισθητοποιήσει και να ενημερώσει τις γυναίκες, αλλά και το περιβάλλον τους, για τους κινδύνους που μπορεί να παραμονεύουν. Βασική ιδέα του πρώτο στόχου, είναι να μπορέσει να προϊδεάσει την μέλλουσα μητέρα, για τους επερχόμενους κινδύνους που μπορεί να διατρέξει, να αναγνωρίσει συμπτώματα, και να συνειδητοποιήσει την αξία της πρόληψης. Ένας επιπλέον στόχος, είναι να αναδειχθεί ο πολύπλευρος ρόλος του νοσηλευτή, καθώς η μητρότητα αποτελεί ένα ευαίσθητο κομμάτι για κάθε γυναίκα, και ο συνδυασμός του με κάποια επιπλοκή το κάνει ακόμη πιο επίπονο. Ο νοσηλευτής λοιπόν, θα αναλαμβάνει το ρόλο του ατόμου που προσφέρει φροντίδα, του εκπαιδευτή, αλλά και αυτού που θα παρέχει όχι μόνο σωματική αλλά και ψυχολογική υποστήριξη στην έγκυο. Μέσω των παρεμβάσεων του, στοχεύει στην πρόληψη (ιδιαίτερα στις περιπτώσεις υψηλού κινδύνου), στην αποκατάσταση, και στην βοήθεια της εγκύου ώστε να αποκτήσει ξανά την αυτονομία της ανεπηρέαστη, στοχεύοντας στην επίτευξη των βέλτιστων δυνατών αποτελεσμάτων στην μετέπειτα πορεία της υγείας της (ψυχολογική ή σωματική).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

3.1.1 Κύηση-Εγκυμοσύνη

Εγκυμοσύνη καλείται η διαδικασία- κατάσταση, κατά την οποία ένα γονιμοποιημένο ωάριο αναπτύσσεται - μεγαλώνει και διαμορφώνεται μέσα στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας, μέχρι το τελικό στάδιο όπου το έμβρυο είναι έτοιμο για τον τοκετό, δηλαδή την έξοδό του από το σώμα της γυναίκας (Lowdermilk et al., 2013).

3.1.2 Επιπλοκές

Επιπλοκή, καλείται κάθε μη φυσιολογική κατάσταση ή δυσλειτουργία ή πρόσθετη παθολογική εξέλιξη της πορείας της υγείας ενός ατόμου(Lemcke et al., 2014).

3.1.3 Επιπλοκές Κύησης

Επιπλοκές κατά την κύηση, ονομάζονται οι παθολογικοί ή άλλοι εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την ομαλή ανάπτυξη ή λειτουργία του εμβρύου ή της μητέρας ή και των δύο (Lemcke et al., 2014).

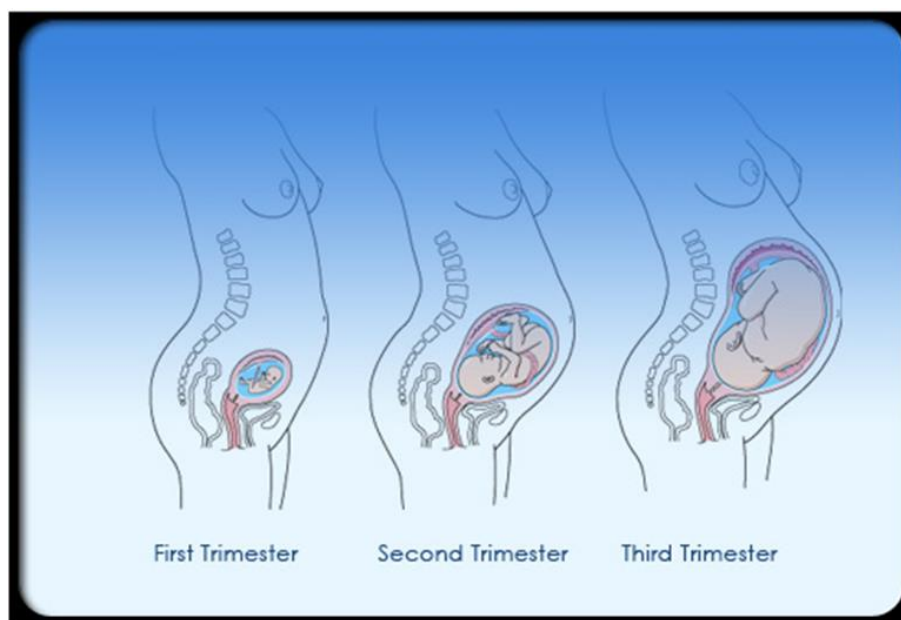
3.1.4. Νοσηλευτική Παρέμβαση

Νοσηλευτική παρέμβαση ορίζεται κάθε νοσηλευτική πράξη που σκοπό έχει την παρακολούθηση, την σταθεροποίηση και την αντιμετώπιση των πιθανών προβλημάτων και επιπλοκών και γενικά την αποκατάσταση της υγείας σε όλο το βιοψυχοκοινωνικό της υπόβαθρο σε όσους το έχουν ανάγκη. Έτσι ο νοσηλευτής καλείται να εκτιμά, να σχεδιάζει, να εφαρμόζει και να αξιολογεί τις ανάγκες και το σχέδιο φροντίδας που θέτει για την κάλυψή τους (Κελέση και συν, 2016).

3.2 ΣΤΑΔΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΣΩΜΑ

Τα στάδια της εγκυμοσύνης ταξινομούνται στο πρώτο τρίμηνο, στο δεύτερο τρίμηνο και στο τρίτο τρίμηνο. Το έμβρυο στα στάδια αυτά, αναπτύσσεται, εξελίσσεται και διαφοροποιείται από μέρα σε μέρα. Το κάθε τρίμηνο περιλαμβάνει αλλαγές τόσο στο

έμβρυο, όσο και στην μητέρα. Το πρώτο και το τρίτο τρίμηνο είναι οι πιο κρίσιμες χρονικές περιόδους καθώς σε αυτές γίνονται οι μεγαλύτερες αλλαγές. Στην εικόνα που ακολουθεί (εικόνα 1) περιγράφεται σχηματικά η ανάπτυξη του εμβρύου σε κάθε ένα από τα τρία στάδια της κύησης(Παναγιωτίδου, 2006).



Εικόνα 1:Μεταβολές στα στάδια της κύησης.(Πηγή: <https://www.onmed.gr/yeia/story/324450/ta-stadia-tis-egkymosynis-mesa-apo-fotografies>)

3.2.1 Πρώτο τρίμηνο εγκυμοσύνης

Το πρώτο τρίμηνο καλύπτει την χρονική περίοδο της σύλληψης, της γονιμοποίησης δηλαδή του ώριμου ωαρίου, μέχρι και την 12^η εβδομάδα κύησης. Κατά το διάστημα αυτό παρατηρούνται μεταβολές σε διάφορα συστήματα του γυναικείου σώματος. Αρχίζοντας με τις αλλαγές του καρδιαγγειακού συστήματος, παρατηρείται σταδιακή αύξηση του όγκου του αίματος της μητέρας από την 5^η κιόλας εβδομάδα της κύησης και εντονότερη καρδιακή συχνότητα. Αυτό βοηθάει στην αύξηση της καρδιακής παροχής για την στήριξη και την ανάπτυξη του εμβρύου. Ο όγκος παλμού αυξάνεται προοδευτικά, (ίσως και να είναι αποτέλεσμα της αύξησης του όγκου του πλάσματος). Ορατά σημεία αύξησης του όγκου αίματος είναι το στήθος, η κοιλιακή χώρα και τα πόδια, όπου οι φλέβες είναι φανερές (Campbell & Lees, 2009).

Λόγω μεταβολών που υφίσταται το ενδοκρινικό σύστημα, ο τράχηλος επιδέχεται κι αυτός μεταβολές. Οι βλεννογόνοι αδένες γίνονται πιο διατεταμένοι και σύνθετοι. Το

κολπικό επιθήλιο γίνεται παχύτερο, μέσω της επίδρασης των οιστρογόνων και άλλων ορμονών, ενώ παράλληλα αυξάνονται και οι κολπικές εκκρίσεις, όπου το pH τους είναι πιο όξινο από ότι σε καταστάσεις μη κύησης. Επίσης, ο μαστικός ιστός φέρει αλλαγές στο μέγεθος, όπου και διογκώνεται μετά την 8^η εβδομάδα και γίνεται πιο ευαίσθητος, οιδηματώδης και διαγράφονται οι φλέβες κάτω από το δέρμα. Τα οιστρογόνα συμβάλουν στην αύξηση των αδενικών πόρων ενώ η προγεστερόνη στην αύξηση των αδενικών κυψελίδων. Επίσης παρατηρείται αύξηση της συγκέντρωσης του λίπους γύρω από τον αδενικό ιστό (Campbell & Lees, 2009). Όσον αφορά το δέρμα, επηρεάζεται και αυτό λόγω των ορμονών, και γίνεται πιο λιπαρό μέχρι και το τέλος της κύησης (Αντσακλής, 2010).

Από την άλλη, η μήτρα είναι το όργανο που εμφανίζει τις περισσότερες αλλαγές κατά την διάρκεια της κύησης. Από την 4^η κιόλας εβδομάδα αρχίζει προοδευτικά να αυξάνεται. Η μεγένθυσή της, οφείλεται στην υπερτροφία και την υπερπλασία των μυϊκών ινών της, ενώ στην εξωτερική της κυρίως στιβάδα, παρατηρείται αύξηση του ελαστικού και ινώδους ιστού. Μέχρι και το τέλος του πρώτου τριμήνου, η μήτρα εξακολουθεί να αλλάζει μέγεθος και να μετατοπίζεται, γεμίζει όλη την πύελο και ο πυθμένας της μπορεί να ψηλαφιστεί στην ηβική σύμφυση (12^η εβδομάδα). Η μήτρα μεγεθύνεται κατά προσέγγιση 1000 φορές σε όγκο, ώστε να αποκτήσει χωρητικότητα 5L. Μετά την 12^η εβδομάδα μετατρέπεται από πυελικό όργανο σε κοιλιακό. Έτσι αρχίζει να ασκεί πιέσεις σε όργανα άλλων συστημάτων, όπως του γαστρεντερικού, του ουροποιητικού, του αναπνευστικού και του καρδιαγγειακού. Η μήτρα πιέζει την κύστη, προκαλώντας το φαινόμενο της συχνουρίας. Η ουροδόχος κύστη και οι ουρητήρες χάνουν τον τόνο τους υπό την επίδραση της προγεστερόνης. Η διάταση συνήθως είναι μεγαλύτερη δεξιά, διότι ο αριστερός ουρητήρας προστατεύεται από το παχύ έντερο. Μετά το πέρας του πρώτου τριμήνου, σημειώνεται σημαντική ελάττωση της συχνουρίας, ενώ οι νεφροί επανέρχονται στο φυσιολογικό τους 4 μήνες μετά τον τοκετό (Αντσακλής, 2010).

Οι ζαλάδες και η ναυτία είναι στοιχεία που πρωταγωνιστούν στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Αυτό φαίνεται να οφείλεται στις καινούριες αλλαγές του σώματος της γυναίκας και στην διαταραχή των ορμονών. Ακόμη οι γυναίκες σε αυτό το τρίμηνο αισθάνονται κόπωση και υπνηλία, κάτι το οποίο έρχεται ως αποτέλεσμα του αυξημένου επιπέδου προγεστερόνης (Αντσακλής, 2010).

3.2.2. Δεύτερο τρίμηνο εγκυμοσύνης

Το δεύτερο τρίμηνο καλύπτει την χρονική περίοδο της 13^{ης} εβδομάδας μέχρι και την 27^η εβδομάδα κύησης. Το τρίμηνο αυτό είναι το πιο ήπιο για τις περισσότερες γυναίκες. Φαίνεται ότι η καρδιακή συχνότητα και η καρδιακή παροχή βρίσκονται στη μεγαλύτερη αύξησή τους κατ' αυτό το τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Με την αύξηση της καρδιακής συχνότητας και του όγκου παλμού, η αύξηση της καρδιακής παροχής αυξάνεται από 5 L/min (που υπάρχει σε κατάσταση μη κύησης), σε 7L/min, κυρίως την 20^η εβδομάδα της κύησης. Η καρδιά πλέον δουλεύει σκληρά και εντατικά καθώς η μήτρα και ο πλακούντας χρειάζονται συνεχή, πλούσια και μεγάλη ποσότητα αίματος για την θρέψη τους. Παρόλα αυτά φαίνεται να



υπάρχει ελάττωση της αρτηριακής πίεσης, η οποία θα αρχίσει ξανά να αυξάνεται

Εικόνα 2 'Κύηση και αλλαγές στην μητέρα'
Πηγή: Google

όσο προχωράμε προς το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Στις αρχές του δεύτερου τριμήνου, αρχίζει η αύξηση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η οποία όμως δεν είναι αναλογική με την αύξηση του όγκου του πλάσματος. Ως αποτέλεσμα προκύπτει το φαινόμενο της φυσιολογικής αναιμίας της κύησης, καθώς ο αιματοκρίτης της εγκύου μειώνεται πλασματικά (Campbell & Lees, 2009).

Επίσης το στήθος αρχίζει και εκκρίνει το πρωτόγαλα υπό την επίδραση της ορμόνης προλακτίνης. Σε αρκετές γυναίκες βέβαια, φαίνεται ότι το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται μετά τον τοκετό. Η μήτρα σταδιακά καταλαμβάνει όλο και περισσότερο χώρο στην κοιλιακή χώρα όπου ενδεχομένως υπάρχει αίσθημα φουσκώματος και ελαφρού πόνου. Η διογκούμενη μήτρα παρόλο που στη αρχή έχει απιοειδές σχήμα, φαίνεται ότι στο τρίμηνο αυτό αλλάζει και να γίνεται σφαιρική, ενώ μετά το πέρας της 20^{ης} εβδομάδας επιμηκύνεται αποκτώντας κυλινδροειδές σχήμα. Την 16^η εβδομάδα ο πυθμένας της μήτρας βρίσκεται μεταξύ της απόστασης της ηβικής σύμφυσης και του ομφαλού, ενώ την 20^η εβδομάδα φτάνει στον ομφαλό (Αντσακλής, 2010).

Οι μεγαλύτερες εξωτερικές αλλαγές στο σώμα της εγκύου εμφανίζονται σε αυτό το τρίμηνο. Το βάρος του σώματος αυξάνεται στα φυσιολογικά επίπεδα της εγκυμοσύνης και το στήθος πλέον έχει διογκωθεί και οι θηλές σκουραίνουν περισσότερο. Κατά την 16^η εβδομάδα της κύησης εμφανίζεται ένα φαινόμενο που καλείται μάσκα της κύησης, όπου και παρατηρείται ένα χλόασμα στο πρόσωπο, το οποίο εκτείνεται στο μέτωπο, τη μύτη, αλλά και στα ζυγωματικά της εγκύου. Αλλαγή χρώματος φαίνεται και στη μέση γραμμή της κοιλιάς η οποία και σκουραίνει και ο ομφαλός προβάλλεται προς τα έξω, όπως παρουσιάζεται στην εικόνα 2. Όλες οι προαναφερθέντες χρωματικές αλλαγές προκύπτουν από την μελανοτρόπο ορμόνη που εκκρίνεται από τον πλακούντα και από την αύξηση των μελανοκυττάρων από τα στεροειδή του μέσου λοβού της υπόφυσης. Τέλος, οι ζαλάδες, η δυσφορία και η κούραση φαίνεται να μειώνονται ορατά, ενώ η έγκυος νιώθει ευφορία, λόγω των αυξημένων επιπέδων κορτιζόλης (Αντσακλής 2010).

3.2.3. Τρίτο τρίμηνο εγκυμοσύνης

Το τρίτο τρίμηνο καλύπτει την χρονική περίοδο από την 28^η εβδομάδα μέχρι και την 40^η εβδομάδα – εβδομάδα τοκετού. Κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής κύησης παρατηρείται ελάττωση κάποιων από τους κυκλοφορούντες παράγοντες. Παρόλο που γίνεται αύξηση της παραγωγής των ερυθροκυττάρων, ο όγκος του πλάσματος ξεπερνάει αυτήν την αύξηση, οπότε και οι αιματολογικοί δείκτες του κλάσματος του πλάσματος τείνουν να μειώνονται. Έτσι η αιμοσφαιρίνη μειώνεται κατά την 36^η εβδομάδα έως και 10,9 g/dl από 13,3 g/dl που υπάρχει σε κατάσταση μη κύησης. Παλαιότερα αυτό αντιμετωπιζόταν χορηγώντας σίδηρο στην έγκυο από το στόμα, καθώς θεωρούταν ως παθολογική αναιμία. Πλέον η ανάγκη για χορήγηση σιδήρου κρίνεται απαραίτητη όταν οι τιμές πέσουν κάτω από τις προκαθορισμένες, όπως δηλαδή εάν η αιμοσφαιρίνη είναι ίση ή λιγότερη από 10 g/dl (Campbell & Lees, 2009).

Όσον αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα, η διογκωμένη μήτρα κατά την ύπτια θέση δυσκολεύει την φλεβική επιστροφή στην καρδιά. Επίσης υπάρχει σταδιακή αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Επιπροσθέτως, διανύοντας το τρίτο τρίμηνο κύησης, η προγεστερόνη και άλλες ορμόνες, βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα παραγωγής τους και προκαλούν υπερπλασία και υπερτροφία των κυττάρων του μυομητρίου, αυξάνοντας το βάρος της μήτρας στα 1000g, από τα 50-60g που ζυγίζει μια μήτρα

πριν την εγκυμοσύνη. Το γεγονός αυτό με την σειρά του, δημιουργεί αίσθημα πόνου και βάρους χαμηλά στην πυελική χώρα. Ο πόνος στην πλάτη και στην μέση είναι φυσιολογικός έπειτα από την μετατόπιση της μήτρας στην κοιλιακή χώρα (Campbell & Lees, 2009).

Ακόμη, φαίνεται ότι η αυξανόμενη διάταση της μήτρας έρχεται σε συμφωνία με την αρτηριακή διάταση. Επιπλέον οι μητρικές συσπάσεις γίνονται συχνότερες, οι οποίες αρχικά είναι ανώδυνες, αλλά όσο προχωράει η εγκυμοσύνη γίνονται όλο και πιο έντονες σε ένταση. Η προλακτίνη ορού αυξάνεται σε όλη τη διάρκεια της κύησης και σε αυτό το τρίμηνο παρόλο που φτάνει σε μεγάλη ποσότητα, δεν οδηγεί σε παραγωγή γάλακτος. Επιπλέον οι μαστοί προς το τέλος της εγκυμοσύνης παράγουν το πύαρ, δηλαδή το πρωτόγαλα, το οποίο έχει τη μορφή κίτρινου, παχύ εκκρίματος και είναι πλούσιο σε ανοσοσφαιρίνες (Campbell & Lees, 2009).

3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η επιδημιολογία των επιπλοκών κύησης δικαιολογεί την έξαρση της εμφάνισής τους, τόσο λόγω του μεγάλου αριθμού γυναικών που προσβάλλονται από αυτές, όσο και της μη επαρκούς ενημέρωσής τους για την εμφάνιση και την εξέλιξη των επιπλοκών αυτών (Lowdermilk et al., 2013).

Στις Η.Π.Α σε απογραφή που έγινε το 2002 εντοπίστηκαν 19,6 εκατομμύρια έφηβες (από 15-19 ετών) που αφορούν το 13.8% του συνόλου του γυναικείου πληθυσμού των Η.Π.Α. Για κάθε 100 έφηβες που καθίστανται έγκυοι στις Η.Π.Α, 55 από αυτές θα γεννήσουν ένα ζωντανό νεογνό, 15 θα αποβάλλουν και 30 θα κάνουν έκτρωση. Ο ρυθμός γεννήσεων στις έφηβες μειώθηκε κατά 22% τα τελευταία δέκα χρόνια, φτάνοντας το 1992 στο μεγαλύτερο εύρος που ήταν 62 ζώσες γεννήσεις σε 1.000 κορίτσια, ενώ το 2000 έφτασε στο μικρότερο επίπεδο που ήταν 48,7 ζώσες γεννήσεις σε 1000 κορίτσια. Από την άλλη, στις γυναίκες που έχουν συμπληρώσει τα 35 τους χρόνια, η έκβαση της κύησης στην γέννηση ενός υγιούς βρέφους παρατηρείται σε ποσοστό 60%, η κύηση που δεν κατέληξε σε τοκετό ανέρχεται στο 10% και τέλος, η γέννηση νεκρού βρέφους σε ποσοστό 7% (Lowdermilk et al., 2013; Lemcke et al., 2014).

Όσον αφορά τον σακχαρώδη διαβήτη στις ΗΠΑ, παρουσιάζεται σε ποσοστό 4-6% του συνόλου των κυήσεων. Το 80% αφορά τον σακχαρώδη διαβήτη κύησης, το 8% το σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, και το 4% το σακχαρώδη διαβήτη τύπου I. Η

επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης παρατηρείται ότι παρουσιάζει αλλαγές ανάλογα με την φυλή. Στις καυκάσιες ανέρχεται στο 1,5-2% στις ισπανόφωνες, ασιατικές και αφρικανο-αμερικάνικες φυλές στο 5-8%. Τέλος σε κάποιες αυτόχθονες ομάδες της Νοτιοδυτικής Αμερικής, υπολογίζεται σε ποσοστό 15% (Lemcke et al., 2014).

Στις γαστρεντερικές διαταραχές, η δυσκοιλιότητα εμφανίζεται στο δεύτερο τρίμηνο σε ποσοστό 35-39%, ενώ στο τρίτο σε ποσοστό 21%. Στην Ελλάδα δείχνουν ότι 2 στις 5 εγκυμοσύνες παρουσιάζουν το σύμπτωμα αυτό. Η αιμορροϊδοπάθεια είναι μια συχνή πάθηση στην εγκυμοσύνη που μία στις τρεις γυναίκες θα το εμφανίσει στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Τέλος, η υπερέμεση της κύησης είναι μια σπάνια κατάσταση με ποσοστό εμφάνισης 0,5-2% κυρίως στο πρώτο τρίμηνο, που το 10% των εγκύων θα συνεχίσουν να έχουν τα συμπτώματα αυτής, καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης (Lowdermilk et al., 2013).

Το ποσοστό εμφάνισης κάποιας καρδιοπάθειας ως επιπλοκής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνεται μόλις στο 1-2%. Τα αποτελέσματα που προκαλεί είναι ως επί το πλείστον αρκετά σοβαρά και χρήζουν άμεση αντιμετώπιση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 192 γυναίκες πεθαίνουν από προεκλαμψία. Εμφανίζεται σε ποσοστό 3 έως 14% των κυήσεων παγκοσμίως και στις ΗΠΑ 5-8%. Στις ΗΠΑ το 75% των περιπτώσεων είναι ήπιες, ενώ το 25% είναι σοβαρές. Η προεκλαμψία εμφανίζεται συνήθως σε έγκυες κάτω των 20 ετών και άνω των 30 ετών. Η εκλαμψία εμφανίζεται σε ποσοστό 1:400 σε εγκύους που είχαν ήπια προεκλαμψία και 2% σε αυτές που είχαν σοβαρή. Σημειώνονται 50.000 θάνατοι παγκοσμίως ανά έτος, ενώ στις ΗΠΑ η μητρική θνησιμότητα σε λιγότερο από 1%.

Τέλος, στην υπέρταση της κύησης, η επίπτωσή της κυμαίνεται από 6-17% στις πρωτοτόκες γυναίκες ενώ σε ποσοστό 2-4% στις πολύτοκες (Lowdermilk et al., 2013 : Παπαθανάκος, 2017).

Στις αιματολογικές επιπλοκές, φαίνεται ότι η σιδηροπενική αναιμία σε κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες, ως και το 83% των αναιμικών εγκύων εμφανίζουν ανεπάρκεια σιδήρου. Η δρεπανοκυτταρική αναιμία αντίθετα, εμφανίζεται περισσότερο στην μαύρη φυλή της περιοχής της νότιας Σαχάρας και της βόρειας Αφρικής. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, περίπου το 8% του μαύρου πληθυσμού, φέρει το γονίδιο της δρεπανοκυτταρικής αιμοσφαιρίνης (HgbS). Έπειτα, αναφερόμενοι στην θρομβοκυττοπενία, σε μία μεγάλη προοπτική μελέτη, πάνω από 6.000 γυναικών, σχεδόν το 8% είχε ελαφρά θρομβοκυττοπενία στο τέλος της κύησης.

Παρόλα αυτά, δεν υπήρχε αρνητική έκβαση, τόσο στις μητέρες όσο και στα βρέφη τους (Lemcke et al., 2014).

Σημαντικό ποσοστό επιδημιολογίας κατέχουν και οι αιμορραγίες. Το 15-20% των αναγνωρισμένων κήσεων καταλήγουν σε αυτόματες αποβολές. Σχεδόν το 80% των αποβολών συμβαίνουν πριν την 12^η εβδομάδα κύησης, ενώ οι περισσότερες συμβαίνουν στην εμβρυονική περίοδο, δηλαδή ως την 8^η εβδομάδα κύησης, όπου τα 2/3 αυτών προκαλούνται λόγω κάποιας χρωμοσωμικής ανωμαλίας. Όσον αφορά την έκτοπη κύηση, η επίπτωσή της μεγαλώνει με σταθερό ρυθμό τα τελευταία 40 χρόνια. Το 1992 οι έκτοπες κήσεις που έλαβαν χώρα στις ΗΠΑ ήταν 108.000, δηλαδή 19,7 ανά 1.000 κλινικά αναγνωρισμένες κήσεις. Συμπερασματικά, 2 από τις 100 γυναίκες που είχαν συλλάβει, είχαν μια έκτοπη κύηση. Τέλος, η εμφάνιση της επαπειλούμενης αποβολής έχει ποσοστό επίπτωσης 30-40% του συνόλου των κήσεων παγκοσμίως. (Lemcke et al., 2014).

Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού επίσης, έχουν απασχολήσει πολύ με το χρόνο και τον βαθμό εμφάνισής τους, καθώς στις ΗΠΑ το ετήσιο κόστος θεραπείας και της αξιολόγησης των λοιμώξεων του ουροποιητικού στις γυναίκες υπερβαίνει το 1 δισεκατομμύριο δολάρια. Οι λοιμώξεις της ουροφόρου οδού που παρουσιάζονται στις γυναίκες κυρίως της αναπαραγωγικής ηλικίας, αλλά και κατά το διάστημα μιας κύησης, προσβάλλουν έως και το 20% αυτών. Η *Escherichia coli* είναι ο συχνότερος από τους μικροοργανισμούς που προσβάλλουν μια γυναίκα και ευθύνεται για το 85% της εμφάνισης λοίμωξης ενώ οι gram-θετικοί όπως ο *Staphylococcus saprophyticus*, ευθύνεται για το 10% των λοιμώξεων (Lemcke et al., 2014).

Οι διαταραχές της διάθεσης επίσης, είναι σύνηθες φαινόμενο με ποσοστό εμφάνισης στις ΗΠΑ, 17 εκατομμύρια άνθρωποι κάθε χρόνο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα ποσοστά του γυναικείου πληθυσμού είναι το μεγαλύτερο. Το 30% των περιπτώσεων με κάποιο επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης στις γυναίκες, ξεκινούν ως αποτέλεσμα ενός γεγονότος που σχετίζεται με το αναπαραγωγικό σύστημα όπως είναι και η εγκυμοσύνη. Αυτό οφείλεται και στις ορμονικές διακυμάνσεις που αλληλεπιδρούν με την ψυχική διάθεση, καθώς οι γυναίκες υπερτερούν αριθμητικά στις ορμόνες σε αντίθεση με τους άνδρες. Το 30% των ασθενών τείνουν προς τη χρονιότητα και το 20% να δείχνουν κάποια υποτροπιάζουσα πορεία. Η εμφάνιση δεύτερου επεισοδίου κατάθλιψης ή άλλου ψυχικού νοσήματος μετά το πρώτο, είναι 50%, μετά του δεύτερου είναι 80% και μετά του τρίτου 90% (Lemcke et al., 2014).

3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ

3.4.1 Αλκοόλ

Το αλκοόλ, και γενικά κάθε ουσία που μπορεί να γίνει εξαρτησιογόνος, πρέπει να απαγορευτεί καθ' όλη την διάρκειά της κύησης, καθώς τα αποτελέσματα της κατανάλωσης αυτής, αφήνουν μόνιμες βλάβες. Δεν υπάρχει σταθερή και ασφαλής ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια μιας κύησης (Παναγιωτίδου, 2006).

Τα οινοπνευματώδη ποτά και η κατανάλωσή τους, κατά την διάρκεια μιας κύησης, φαίνεται πως επηρεάζουν τόσο το έμβρυο, όσο και τη μητέρα. Πιο αναλυτικά, η αλκοόλη, περνάει στην εμβρυική κυκλοφορία και επηρεάζει την κινητικότητα του εμβρύου, τους καρδιακούς παλμούς, και προκαλεί ψυχικές και σωματικές διαταραχές. Οι κύριες διαταραχές του εμβρυικού αλκοολικού συνδρόμου είναι οι καρδιακές παθήσεις, παραμορφώσεις του προσώπου με μικροκεφαλία ή μικροφθαλμία, αποκλίσεις στην ανάπτυξη των άκρων, χαμηλή νοητική ικανότητα (Παρασκευοπούλου, 1985 : Lemcke et al., 2014).

Οι επιπτώσεις που φέρει η κατανάλωση αλκοόλ στην έγκυο γυναίκα είναι χαρακτηριστικές, με κύριο αποτέλεσμα την αλκοολική ηπατοπάθεια. Έρευνες μιλούν και για συσχέτιση της αύξησης καρκίνου του μαστού, της υπέρτασης και της οστεοπόρωσης με την αλκοόλη. Η ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε διαρκή παρακολούθηση όταν πρόκειται για εθισμό. Όταν μάλιστα, υπάρχει άρνηση αναγνώρισης του εθισμού από την ίδια, το οικογενειακό περιβάλλον πρέπει να κινητοποιηθεί εγκαίρως. Στις περιπτώσεις αυτές, η θεραπεία ξεκινάει με την συμφωνία του γιατρού και της ασθενούς, για το πόσο καιρό είναι δυνατή η μειωμένη λήψη του αλκοόλ στον οργανισμό της. Παράλληλα χρειάζεται η προτροπή της σε ειδικό κέντρο απεξάρτησης ή η συζήτηση για την επίσκεψη σε έναν ειδικό εξάρτησης ουσιών. Και στις τρεις περιπτώσεις προσέγγισης του προβλήματος, πρέπει να συγκαταθέσει η έγκυος και να γίνει κατανοητός ο λόγος για τον οποίο γίνονται οι ενέργειες αυτές, για την αποφυγή συνδρόμων στέρησης. Η απότομη στέρηση από το αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει εφίδρωση, άγχος, αϋπνία, ταχυκαρδία, σοβαρή υπέρταση, τρομώδες παραλήρημα, και επιληπτικούς σπασμούς (Lemcke et al., 2014).

3.4.2 Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Σ.Μ.Ν.)

Περισσότερα από 20 σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την ομαλή εξέλιξη της κύησης. Η καταγραφή προηγούμενου ιστορικού Σ.Μ.Ν., μιας φλεγμονώδους νόσου της πυέλου, ο μεγάλος αριθμός ερωτικών συντρόφων, η συχνότητα σεξουαλικής επαφής και η επαφή κατά την διάρκεια της κύησης, είναι παράγοντες που επηρεάζουν σε πολλές περιπτώσεις την ανάπτυξη τους και καθορίζουν τον τρόπο αντιμετώπισης των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων. Οι επιδράσεις των σεξουαλικών λοιμώξεων στην έγκυο γυναίκα, παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1) (Lowdermilk et al., 2013).

ΛΟΙΜΩΞΗ	ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ
Χλαμύδια	Πρώιμη ρήξη των υμένων Πρόωρος τοκετός Ενδομητρίτιδα της λοχείας
Γονόρροια	Αυτόματη έκτρωση Πρόωρος τοκετός Πρώιμη ρήξη των υμένων Σύνδρομο ενδοαμνιακής λοίμωξης Χοριοαμνιονίτιδα Ενδομητρίτιδα της λοχείας Σήψη της λοχείας
Στρεπτόκοκκος της ομάδας Β	Ουρολοίμωξη Χοριοαμνιονίτιδα Σήψη Μηνιγγίτιδα (σπάνια)
Ιός του απλού έρπητα	Ενδομητρική λοίμωξη (σπάνια)
Ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV)	Δυστοκία από μεγάλες βλάβες Υπερβολική αιμορραγία μετά από τραυματισμό κατά τον τοκετό
Σύφιλη	Αυτόματη έκτρωση Πρόωρος τοκετός

Πίνακας 1: Επιδράσεις των σεξουαλικών λοιμώξεων στην έγκυο γυναίκα. (Lowdermilk et al., 2013).

Η θεραπεία τους δεν είναι συγκεκριμένη, καθώς κάποια από αυτά φέρουν ανεπανόρθωτες βλάβες στον οργανισμό της γυναίκας. Όμως, οι επιλογές του τρόπου ζωής της μελλοντικής μητέρας, μπορούν να καθορίσουν και την εξέλιξη, την θεραπεία, ή την υποτροπή της νόσου. Η παράλληλη χρήση αλκοολούχων ποτών, το κάπνισμα, οι πολλαπλοί ερωτικοί σύντροφοι, και η χρήση ενδοφλέβιων ουσιών σαφώς και επηρεάζουν την εξελικτική πορεία της νόσου, τόσο της εγκύου, όσο και του εμβρύου. Η θεραπεία ειδικών ΣΜΝ είναι ίδια, για κάθε γυναίκα, είτε κυφορεί, είτε όχι (Lowdermilk et al., 2013).

Η πρόληψη θα αποτελεί πάντα τον πιο μεθοδικό και αποτελεσματικό τρόπο αποφυγής εξάπλωσης των ΣΜΝ στις γυναίκες. Πρωτογενής πρόληψη θεωρείται η έγκυρη ενημέρωση και η χρήση του προφυλακτικού κατά την ερωτική επαφή. Στην

δευτερογενή πρόληψη, ανήκει η έγκαιρη αναγνώριση, διάγνωση, και θεραπεία της νόσου. Όσον αφορά την τριτογενή πρόληψη, υπάγεται η αποθεραπεία ή η πιστή εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. Σημαντικός εδώ είναι ο ρόλος και της ψυχοθεραπείας με σκοπό την άμβλυνση των τυχόν αντιστάσεων του ασθενούς στην αποθεραπεία. Τέλος, η λήψη ενός πλήρους ιστορικού σεξουαλικής δραστηριότητας, από τον νοσηλευτή ή την μαία παίζει σημαντικό ρόλο για την παροχή συμβουλευτικής πρόληψης (Lowdermilk et al., 2013 : Lemcke et al., 2014).

3.4.3 Ινομώματα

Τα ινομώματα αποτελούν καλοήθεις όγκους του λείου μυϊκού ιστού της μήτρας. Η εμφάνισή τους και ο πολλαπλασιασμός τους, δεν έχει σαφή αιτία. Ωστόσο, η κληρονομικότητα και η μεγάλη αύξηση των οιστρογόνων, είναι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση των ινομωμάτων. Τα ινομώματα δεν είναι πάντα απειλητικά. Στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν φέρουν κανένα σύμπτωμα και η εύρεσή τους γίνεται τυχαία, ύστερα από την καθιερωμένη γυναικολογική εξάμηνη ή ετήσια εξέταση. Σε λίγες περιπτώσεις, και ανάλογα με τον αριθμό και το μέγεθος τους, τα ινομώματα θα προκαλέσουν συμπτώματα στην γυναίκα, όπως είναι πυελικός πόνος, ενοχλήσεις στο ουροποιητικό σύστημα, υπογονιμότητα, και επιπλοκές στην εγκυμοσύνη (Γκικόντες, 2005).

Κατά την διάρκεια της κύησης, τα ινομώματα έχουν την τάση να αυξάνονται σε μέγεθος λόγω της μεγάλης αύξησης αίματος που ακολουθεί. Αν δεν προκαλέσουν επιπλοκές (εξαρτάται από το σημείο που βρίσκονται και το τελικό μέγεθος που θα πάρουν), θα επιστρέψουν στο αρχικό τους μέγεθος, μετά το τέλος του τοκετού. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως, τα ινομώματα προκαλούν επιπλοκές που μπορούν να απειλήσουν την ζωή του εμβρύου, ή να δυσχεράνουν την κατάσταση της μέλλουσας μητέρας. Η αιμορραγία της μήτρας, η αυτόματη αποβολή, η ανώμαλη προβολή του εμβρύου, ο πρόωρος τοκετός, ο πόνος στο πυελικό τοίχωμα και στο κατώτερο ουροποιητικό σύστημα, μπορούν να εμφανιστούν, σε περίπτωση εκφύλισης των ινομωμάτων (Παπαθανάκος, 2018).

Η θεραπεία εκλογής για την ανίχνευση των ινομωμάτων βασίζεται στη διαδικασία του υπερήχου. Η διαδικασία κατά το διάστημα της κυοφορίας κάνει την εξέταση πιο

δύσκολη, λόγω της ήδη φυσιολογικής πάχυνσης του μυομητρίου. Σε γυναίκες με ιστορικό πολλαπλών αποβολών, η ινομυωματεκτομή κρίνεται απαραίτητη. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, επιβάλλεται τακτικός έλεγχος με την διαδικασία του υπερηχογραφήματος (Παπαθανάκος, 2018).

3.4.4 Ναρκωτικές Ουσίες

Η κατανάλωση ναρκωτικών και άλλων παραισθησιογόνων ουσιών, επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία σχεδόν όλων των συστημάτων του οργανισμού. Η χρήση των ναρκωτικών ουσιών, προκαλεί σοβαρές επιπτώσεις στον χρήστη, ιδιαίτερα στην περίπτωση της εγκύου γυναίκας, όπως καρδιακό ή εγκεφαλικό επεισόδιο, ηπατική νόσο, διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος, και ενίοτε σπασμούς και διάτρηση του ρινικού διαφράγματος, καταστολή αναπνευστικού συστήματος, και αυξημένο κίνδυνο προσβολής από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (όπως HIV) καθώς και από ιούς της ηπατίτιδας B,C και D (Lowdermilk et al., 2013).

Η σοβαρότητα της βλάβης που μπορεί να προκληθεί στο έμβρυο με την χρήση τέτοιων παραισθησιογόνων ουσιών από την έγκυο γυναίκα, εξαρτάται από την συχνότητα, την ποσότητα, και το χρονικό διάστημα λήψης τους. Οι επιπλοκές της χρήσης σε μία κύηση από μια έγκυο χρήστη, είναι η αυτόματη έκτρωση, ο πρόωρος τοκετός, γέννηση νεογνού με χαμηλό σωματικό βάρος, αποκόλληση πλακούντα, γέννηση θνησιγενούς παιδιού, ελαττωμένη εμβρυική ανάπτυξη και αύξηση εμβρυικών ανωμαλιών (Παρασκευοπούλου, 1985 : Lowdermilk et al., 2013).

Η θεραπεία που προτείνεται σε μία έγκυο με εθισμό στην χρήση των ναρκωτικών ουσιών, αλλά και στην οικογένεια της, είναι η επίσκεψή της σε έναν ειδικό που θα η βοηθήσει να κατανοήσει και να επεξεργαστεί μόνη της τις βλαβερές συνέπειες που επιφέρει η χρήση αυτή, τόσο στην ίδια, όσο και στο έμβρυο. Η θεραπεία σε υπερβολική δόση ισχυρών ναρκωτικών ουσιών, συνήθως περιλαμβάνει την χορήγηση ενός ανταγωνιστή ναρκωτικών ουσιών, όπως είναι η ναλοξόνη. Σε περιπτώσεις κατάχρησης διεγερτικών ουσιών του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως είναι η κοκαΐνη, θα πρέπει ο εκάστοτε γιατρός να ξεκινήσει ασυμπτωματική θεραπεία και χειρισμό με φάρμακα. Η έγκυος μπορεί να εμφανίσει επιθετική συμπεριφορά, κάτι το οποίο θα αντιμετωπιστεί με αγχολυτικά ή αντιψυχωτικά. Η καλύτερη βέβαια λύση,

πριν ακόμη η μέλλουσα μητέρα αποφασίσει να τεκνοποιήσει, είναι να σταματήσει κάθε είδους κατανάλωση τέτοιων ουσιών με μια επαγγελματική συμβουλευτική εκτίμηση ενός ειδικού, σε συνδυασμό με ιατρική παρακολούθηση και με ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Η σταδιακή μείωση της εξάρτησης αυτής μπορεί να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με έρευνες με την ελεγχόμενη δόση μεθαδόνης και βουπρενορφίνης (Edge & Butcher, 2019).

3.4.5. Κάπνισμα

Σύμφωνα με τα στατικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2007, στην Ελλάδα οι γυναίκες που κάπνιζαν σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο, βρίσκονταν πρώτες στη λίστα σε ποσοστό 31,3%. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει δύο ουσίες οι οποίες είναι υπεύθυνες τόσο για τις επιπλοκές στην έγκυο, όσο και στο έμβρυο. Τα δύο αυτά στοιχεία είναι η νικοτίνη και το μονοξείδιο

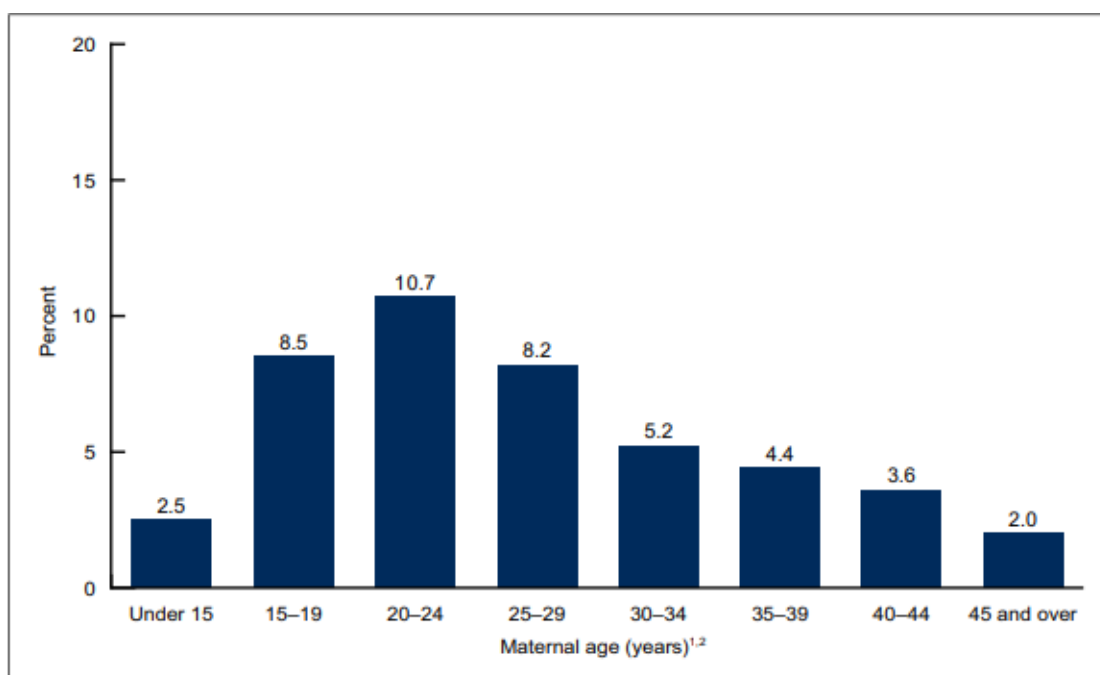


Εικόνα 3 Κάπνισμα κατά την κύηση. Πηγή : Google

του άνθρακα, Η νικοτίνη ανιχνεύεται στην εμβρυική κυκλοφορία και στο αμνιακό υγρό σε ποσοστό αρκετά υψηλότερο από αυτό που ανιχνεύεται στην έγκυο. Το μονοξείδιο του άνθρακα διαπερνά τον πλακουντιακό φραγμό και βρίσκεται στην εμβρυική κυκλοφορία σε ποσοστό 15% περισσότερο από ότι στη μητέρα (Γκικόντες, 2002 : Λουκοπούλου et al., 2010).

Η γονιμότητα μειώνεται ανάλογα με το βαθμό που το άτομο καπνίζει. Επιπλέον στην περίπτωση της σύλληψης, εάν η γυναίκα δεν διακόψει το κάπνισμα, οι πιθανότητες για τη διατήρησή της μειώνονται. Δημιουργούνται κι άλλες επιπλοκές, όπως είναι ανωμαλίες στην δομή του πλακούντα, η αποκόλλησή του, ο προδρομικός πλακούντας, η προεκλαμψία, η εκλαμψία και η έκτοπη κύηση. Ακόμη το 20- 30% των εμβρύων γεννιούνται με σημαντικά χαμηλό βάρος, 14% για την πρόωρη ρήξη των εμβρυικών μεμβρανών και τέλος 10% για το νεογνικό θάνατο (Γκικόντες, 2003).

Λόγω λοιπόν της σοβαρότητας και των κινδύνων που εμπεριέχει η κατάσταση αυτή, σημαντική και απαραίτητη είναι η πρόληψη. Πρέπει να παρέχεται ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας για τις επιπλοκές που μπορεί να έχει η ίδια και το έμβρυό της και η σύσταση κάποιου ιατρού διακοπής του καπνίσματος. Η έγκυος θα πρέπει να βρει άλλες διεξόδους απασχόλησης, όπως είναι η τεχνική αναπνοών όταν νιώθει ένταση ή η ενασχόληση με κάποια νέα δραστηριότητα. Σημαντικός είναι και ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης που πρέπει να γίνει πιο εκπαιδευτικός, με διάφορα βίντεο τα οποία σκοπό θα έχουν να ενημερώσουν και να προτείνουν λύσεις για την διακοπή του καπνίσματος, την πρόληψη των υποτροπών και τις καθοριστικές εκφάνσεις που μπορεί αυτό να έχει στην κύηση. Αυτό είναι κάτι που αποτελεί και κατευθυντήρια γραμμή του Οργανισμού για την Πολιτική Υγείας και Έρευνας για την παύση του καπνίσματος (Cinciripini et al., 2000 : Γκικόντες, 2003).



Πίνακας 2. Επικράτηση του μητρικού καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ανά ηλικία μητέρας; Ηνωμένες Πολιτείες, 2016. Πηγή: (Drake et al., 2018).

Ο παραπάνω πίνακα (πίνακας 2), βασίζεται σε δεδομένα από το αρχείο δεδομένων γεννήσεων του 2016 του National Vital Statistics System. Αυτή η έκθεση παρουσιάζει τον επιπολασμό του καπνίσματος στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής όπου βρέθηκε ότι το 7,2% των γυναικών που γέννησαν το 2016 καπνίζουν τσιγάρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η έρευνα αυτή διεξήχθη το 2018 και τα δεδομένα της πηγάζουν από το αρχείο γεννήσεων του 2016. Αναλύεται ο αριθμός των τσιγάρων (ή πακέτων) που καπνίστηκαν τους τρεις μήνες πριν από την εγκυμοσύνη και σε κάθε

τρίμηνο. Εάν η μητέρα ανέφερε κάπνισμα σε οποιοδήποτε από τα τρία τρίμηνα της εγκυμοσύνης, ταξινομήθηκε ως καπνιστής (κάπνισε ανά πάσα στιγμή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης). Οι γυναίκες με άγνωστη κατάσταση καπνίσματος για οποιοδήποτε τρίμηνο ταξινομήθηκαν ως "Άγνωστη κατάσταση καπνίσματος" και εξαιρέθηκαν από αυτήν την ανάλυση. Αποδείχτηκε ότι το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη διαφέρει μεταξύ των κρατών, καθώς και από τη μητρική ηλικία, τη φυλή και το μορφωτικό επίπεδο. Ο προσδιορισμός των μητρικών αυτών χαρακτηριστικών μπορεί να βοηθήσει στην ενημέρωση της ανάπτυξης στρατηγικών για τη μείωση του επιπολασμού του μητρικού καπνίσματος και την αύξηση της διακοπής του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ώστε να γίνει αποφυγή μιας σειράς αρνητικών αποτελεσμάτων για τα νεογνά, όπως το χαμηλό βάρος γέννησης, ο πρόωρος τοκετός και τα διάφορα γενετικά ελαττώματα (Drake et al., 2018).

3.4.6 Παχυσαρκία

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα διατροφικά προβλήματα και λαμβάνει χώρα τόσο στις αναπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μια γυναίκα θεωρείται υπέρβαρη όταν ο δείκτης μάζας σώματός της (BMI) κυμαίνεται από 25 έως 29,9 και παχύσαρκη όταν υπερβαίνει τα 30. Η παχυσαρκία μπορεί να δημιουργήσει σοβαρό πρόβλημα υπογονιμότητας, καθώς επιδρά στην ωοθυλακιόρρηξία και στην αυτόματη σύλληψη, στην αποτελεσματικότητα και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και τέλος στη φυσιολογική πορεία της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Για αυτό το λόγο, πολλές παχύσαρκες γυναίκες καταφεύγουν στην εξωσωματική γονιμοποίηση η οποία έχει ποσοστό επιτυχίας λιγότερο από 25%. Οι γυναίκες που έχουν BMI μεγαλύτερο από 35, πάσχουν από νοσογόνο παχυσαρκία και οι πιθανότητες για γονιμοποίηση και διατήρηση της εγκυμοσύνης είναι ακόμα μικρότερες (Γλεντής, 2010 : Riz, 2012).

Η παχυσαρκία λοιπόν αυξάνει τις πιθανότητες για την εμφάνιση επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη, τόσο στη μητέρα, όσο και στο έμβρυο. Οι επιπλοκές αυτές είναι ο διαβήτης κύησης, η προεκλαμψία, η εκλαμψία, η κατάθλιψη, η άπνοια ύπνου και η αύξηση του κινδύνου για την εμφάνιση θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Επιπλέον σχετίζεται με τον πρόωρο τοκετό, τον ενδομήτριο θάνατο, τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού είναι χαμηλότερα και υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος πρόωρης διακοπής

του θηλασμού σε γυναίκες με παχυσαρκία συγκριτικά με αυτές που έχουν φυσιολογικό βάρος (Βασδέκη, 2007 : Marchi et al., 2015).

Η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στην εγκυμοσύνη είναι πρόληψη. Με τη βοήθεια ενός διατροφολόγου θα σχεδιαστεί το κατάλληλο πρόγραμμα διατροφής σε συνδυασμό με άσκηση τρεις φορές την εβδομάδα από 20 λεπτά. Βελτιώνονται έτσι σημαντικά οι ορμονικές διαταραχές, και μειώνονται τα επίπεδα της ινσουλίνης. Επιπλέον, ως θεραπεία εκλογής για τις γυναίκες με νοσογόνο παχυσαρκία αποτελεί η βαριατρική χειρουργική επέμβαση, η οποία γίνεται πριν την εγκυμοσύνη. Η έναρξη της εγκυμοσύνης θα πρέπει να γίνεται αυστηρά 12 μήνες μετά την επέμβαση, καθώς εκείνο είναι και το διάστημα με την εντονότερη απώλεια βάρους. Επίσης χορηγείται αντιπηκτική αγωγή για την μείωση του κινδύνου θρομβοεμβολικών επεισοδίων και φαίνεται ότι η ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους συνίσταται καθώς δε προκαλεί κάποια επιπλοκή (Αλεξοπούλου και συν., 2017).

3.4.7 Θρομβοφιλία

Η θρομβοφιλία αποτελεί μια πολυπαραγοντική προδιάθεση για θρομβώσεις και ανευρίσκεται στο 15% του Ελληνικού πληθυσμού. Επίσης στην εγκυμοσύνη φαίνεται ότι στο πρώτο τρίμηνο, τα 2/3 των αυτόματων αποβολών οφείλονται σε αυτήν. Είναι κληρονομική πάθηση και οφείλεται σε μεταλλάξεις και πολυμορφισμούς του DNA, σε περιβαλλοντικούς και διατροφικούς παράγοντες και γενικά στον τρόπο ζωής (Γιαπιτζάκη, 2013).

Κατά την κύηση η αύξηση των επιπέδων των οιστρογόνων και η πίεση που ασκεί η διογκωμένη μήτρα στα αγγεία της κοιλιάς, αυξάνει την πηκτικότητα του αίματος. Λόγω λοιπόν της αύξησης της πηκτικότητας, δημιουργούνται θρόμβοι, οι οποίοι αποφράσσουν λίγο ή εντελώς τα αιμοφόρα αγγεία. Έτσι μπορεί να δημιουργηθούν μικροθρομβώσεις στον πλακούντα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση επιπλοκών τόσο στην έγκυο, όσο και στο έμβρυο. Τέτοιες επιπλοκές είναι η αποκόλληση του πλακούντα, η προεκλαμψία και η θρομβοφλεβίτιδα. Επιπλέον, μπορεί να προκληθεί ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης του εμβρύου, πρόωρος τοκετός (πριν την 34^η εβδομάδα) και τέλος όψιμη απώλεια της κύησης (μετά την 20^η εβδομάδα) (Simco et al., 2015).

Απαραίτητη λοιπόν κρίνεται η πρόληψη και η αντιμετώπιση της θρομβοφιλίας. Η καλύτερη και πιο αποτελεσματική πρόληψη ξεκινάει με την ενημέρωση, την αλλαγή συνηθειών (όπως διατροφή), τον προληπτικό γενετικό έλεγχο και την προληπτική φαρμακευτική αγωγή. Θα πρέπει να γίνει μοριακός έλεγχος θρομβοφιλίας. Με τη βοήθεια διατροφολόγου θα πρέπει να φτιαχτεί ειδική διατροφή η οποία θα συνδυαστεί με την κατάλληλη σωματική δραστηριότητα. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη για την αποφυγή του στρες. Επιπλέον ανάλογα με τη διάγνωση της εγκύου που πάσχει από θρομβοφιλία και την κατηγοριοποίησή της σε χαμηλού, ενδιάμεσου ή υψηλού κινδύνου, θα δοθεί και η κατάλληλη αντιπηκτική θεραπεία (ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους). Η αγωγή αυτή θα πρέπει να διακόπτεται 24 ώρες πριν την πρόκληση τοκετού ή της καισαρικής. Σε περίπτωση αυτόματου τοκετού χορηγείται στη γυναίκα ειδική αγωγή ώστε να την προφυλάξει από την αιμορραγία. Σε κάθε περίπτωση απαγορεύεται η επισκληρίδιος αναισθησία (Arachchillage & Makris, 2019).

3.4.8 Χρόνια Υπέρταση

Η χρόνια υπέρταση έχει επίπτωση 3% του συνόλου των κυήσεων. Το 90% των γυναικών αυτών η υπέρταση είναι ιδιοπαθής, ενώ στο υπόλοιπο 10% οφείλεται σε κάποια άλλη παθολογική κατάσταση, όπως είναι η νεφρική νόσος. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου είναι η ηλικία της μητέρας (> 40 έτη), ο σακχαρώδης διαβήτης, νεφρική πάθηση, η ισθμική στένωση της αορτής και η αρτηριακή πίεση (> 160/ 100 mmHg κατά τα αρχικά στάδια της κύησης) (Campbell & Lees, 2009).

Κι αυτή με τη σειρά της δημιουργεί εάν δεν αντιμετωπιστεί ορισμένες επιπλοκές στην έγκυο. Αυτές μπορεί να είναι η αποκόλληση του πλακούντα, η προεκλαμψία, η εκλαμψία, η καρδιακή κάμψη και η ενδοκράνια αιμορραγία. Επιπλέον μπορεί να προκαλέσει καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη, πρόωρο τοκετό (< 37 εβδομάδες κύησης), χαμηλό βάρος γέννησης (< 2500 g) και περιγεννητικός θάνατος (Lowdermilk et al., 2013 : Martins, 2017).

Η πρόληψη λοιπόν έχει πολύ μεγάλη σημασία για την αποφυγή των επιπλοκών κατά την κύηση. Θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση για το ποια είναι τα συμπτώματα της

χρόνιας υπέρτασης, όπως είναι οι ζαλάδες, το βούισμα στα αυτιά, οι πρωίνοι πονοκέφαλοι και άλλα. Επίσης θα πρέπει να μετριέται τακτικά η πίεση ιδίως μετά τα 30 έτη. Επίσης η γυναίκα θα πρέπει να ενθαρρύνεται για την τήρηση υγιεινής διατροφής και την έναρξη σωματικής άσκησης. Σαφές είναι ότι το κάπνισμα και το αλκοόλ πρέπει αυστηρά να διακοπούν κατά την κύηση (Lowdermilk et al., 2013).

Σε περίπτωση που διαγνωσθεί η χρόνια υπέρταση, θα πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά η ανάπτυξη του εμβρύου, καθώς όπως προαναφέρθηκε μπορεί να υπάρχει καθυστέρηση. Η παρακολούθηση αυτή γίνεται μέσω υπερήχων. Οι έγκυοι που λάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή πριν την εγκυμοσύνη θα πρέπει να τη διακόψουν, καθώς κάποια από τα αντιυπερτασικά φάρμακα προκαλούν σοβαρές βλάβες στο έμβρυο. Βέβαια σε περίπτωση που η αρτηριακή πίεση παραμένει σταθερή πάνω από 150/ 100 mmHg, τότε η αντιυπερτασική αγωγή κρίνεται απαραίτητη για τη μείωση του κινδύνου εγκεφαλικής αιμορραγίας ή καρδιακής κάμψης. Φάρμακο εκλογής αποτελεί η μεθυλντόπα, η οποία έχει καλή πρόγνωση για το έμβρυο (Lowdermilk et al., 2013).

3.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.5.1 Ολιγάμνιο

Αμνιακό υγρό ονομάζεται το υδαρές περιεχόμενο της αμνιακής κοιλότητας που μέσα ζει και αναπτύσσεται το έμβρυο σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Το αμνιακό υγρό βοηθάει στην διατήρηση της θερμοκρασίας του εμβρύου, στην προστασία του εμβρύου από τραυματισμούς και επιτρέπει την ελευθερία κινήσεων του εμβρύου για την ανάπτυξη του μυοσκελετικού συστήματός του. Για όλους τους παραπάνω λόγους η παρακολούθηση και ο έλεγχος της ποσότητας του αμνιακού υγρού είναι πολύ σημαντική (Campbell & Lees, 2009).

Η διαδικασία παραγωγής αμνιακού υγρού ξεκινάει περίπου την 12^η μέρα μετά απ' την σύλληψη. Η ποσότητα αυτή προοδευτικά αυξάνεται κάθε εβδομάδα, μέχρι και το τρίτο εξάμηνο που αρχίζει η φυσιολογική του μείωση, μέχρι την στιγμή του τοκετού. Οι φυσιολογικές τιμές αμνιακού υγρού σε γυναίκα λίγο πριν τον τοκετό είναι στα

800-1200ml. Σε περιπτώσεις που το υγρό αυτό είναι >300ml τότε θεωρείται ως ολιγάμνιο. Ο τρόπος που υπολογίζεται η ποσότητα του αμνιακού υγρού, είναι η υπερηχογραφική παρακολούθηση, η ψηλάφηση και η επισκόπηση. Το ολιγάμνιο μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης (συχνότερη εμφάνιση στο τρίτο τρίμηνο) και μπορεί να προκλήθηκε από εμβρυικές αιτίες (ενδομήτρια καθυστέρηση, αποκόλληση πλακούντα ή πρόωρη ρήξη μεμβρανών), μητρικές αιτίες (κάπνισμα, ουσίες, χρόνια υπέρταση, προεκλαμψία, διαβήτης) ή τέλος συγγενείς ανωμαλίες συσχετιζόμενες με ολιγάμνιο (χρωμοσωμικές ανωμαλίες). Στην κατάσταση του ολιγάμνιου, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για περιγεννητικό θάνατο του εμβρύου, εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών στην καρδιά του εμβρύου, δυστοκία και μη σωστή ανάπτυξη όλων των οργάνων του εμβρύου. Στην περίπτωση της ρήξης μεμβρανών, η γυναίκα κινδυνεύει από εμφάνιση φλεγμονής στην ενδομητρική κοιλότητα, εξ' αιτίας της εισχώρησης παθογόνων μικροοργανισμών (Lowdermilk et al., 2013).

Η αντιμετώπιση εξαρτάται από την ηλικία της κύησης που θα εντοπιστεί η εμφάνιση του αμνιακού υγρού. Συχνότερη μέθοδος παρακολούθησης είναι ο υπερηχογραφικός έλεγχος, και η μέθοδος εξέτασης Doppler. Σε καταστάσεις εμφάνισης ολιγάμνιου υγρού γίνεται προσπάθεια παράτασης της κύησης για την παρακολούθηση και τον ενδεδειγμένο έλεγχο της αιτίας που το προκάλεσε. Στις περιπτώσεις υποψίας κάποιας χρωμοσωμικής ανωμαλίας εκτελείται και αμνιοκέντηση προκειμένου να εξεταστεί το δείγμα του υγρού. Η χορήγηση αντιβίωσης στην γυναίκα συνιστάται μόνο όταν υπάρχει ρήξη των υμένων για την αποφυγή ενδομητρικών λοιμώξεων (Campbell & Lees, 2009 : Lowdermilk et al., 2013).

3.5.2 Επιπλοκές που σχετίζονται με την ηλικία κύησης(κύηση στην εφηβεία και κύηση μετά τα 35 έτη)

3.5.2.1.Κύηση στην Εφηβεία:

Οι παράγοντες που μπορεί να θέσουν σε υψηλό κίνδυνο μια εγκυμοσύνη θα μπορούσαν να χωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες: στα υπάρχοντα προβλήματα υγείας, την ηλικία, τους παράγοντες του τρόπου ζωής και τις συνθήκες της εγκυμοσύνης (Lowdermilk et al., 2013).

Οι περισσότεροι έφηβοι υφίστανται μια προοδευτική ανάπτυξη των χαρακτηριστικών του φύλου τους, τόσο εσωτερικά, όσο και εξωτερικά. Η σεξουαλική προτίμηση και η γρήγορη αναζήτηση της επαφής με το αντίθετο φύλλο, αποτελεί ένα δύσκολο κομμάτι προσέγγισης και πολλές φορές επικίνδυνο. Συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α οι 4/10 γυναίκες, έχουν αυξημένο ποσοστό κύησης πριν την ηλικία των είκοσι ετών. Η εφηβική εγκυμοσύνη και τεκνοποίηση κυρίως στις χώρες των Η.Π.Α από το 2016 έως και σήμερα φαίνεται ότι απασχολεί περισσότερο τους ειδικούς καθώς έχει παρατηρηθεί ένας μεγάλος αριθμός εκτρώσεων στις ηλικίες από 15 έως 19 ετών. Φυσικά, με λιγότερα ποσοστά εκτρώσεων αλλά το ίδιο ανησυχητικά επίπεδα φαίνεται ότι καταλαμβάνουν και χώρες της Ευρώπης. Παρά το γεγονός ότι οι έφηβες δείχνουν να έχουν μεγαλύτερη ανησυχία σχετικά με την κύηση, δεν τηρούν τα μέτρα σεξουαλικής προστασίας. Λόγοι που δύο έφηβοι, σύμφωνα με ερευνητές, αποφασίζουν να προχωρήσουν στην σεξουαλική πράξη με εμφάνιση ανεπιθύμητης κύησης από τα πρώιμα στάδια της εφηβείας είναι η άγνοια της φυσιολογίας της σύλληψης, έλλειψη χρήσης αντισυλληπτικής μεθόδου, κακή επικοινωνία με τους γονείς, αυξημένη σεξουαλική δραστηριότητα, έλλειψη ενημέρωσης και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Lemcke et al., 2014 : Brown, 2016).

Οι νέοι φυσικά, συμπεριφέρονται παρορμητικά χωρίς να σκεφτούν τις συνέπειες που αυτές θα επηρεάσουν τόσο την υγεία της νεαρής μητέρας, όσο και το ψυχοκοινωνικό-οικονομικό τους υπόβαθρο. Μια εγκυμοσύνη έφηβης, θεωρείται κύηση υψηλού κινδύνου. Οι έφηβες μητέρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης πληθώρας κλινικών επιπλοκών και άλλων ανεπιθύμητων εκβάσεων σε σύγκριση με γυναίκες ώριμες και ενήλικες. Η αυτόματη αποβολή, ο πρόωρος τοκετός αλλά και άλλες επιπλοκές κατά την διάρκεια του τοκετού, μπορούν να εμφανιστούν σε υψηλά ποσοστά κατά την κύηση. Κάποιες από τις σοβαρότερες επιπλοκές που μπορούν να συμβούν σε μία έφηβη που κυοφορεί είναι: η αυξημένη αρτηριακή πίεση (προεκλαμψία-εκλαμψία), η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα προκαλώντας σοβαρές αιμορραγίες, αναιμίες, και χαμηλό βάρος εμβρύου ή ακόμη και πρόωρος τοκετός. Η εμφάνιση σιδηροπενίας και ανεπάρκεια βιταμίνης D παρατηρούνται σε ποσοστό 30 έως 60% των εφηβικών κυήσεων και προφανώς προκαλείται από τη μη ολοκληρωμένη ανάπτυξη των θρεπτικών και δομικών στοιχείων στον οργανισμό της μητέρας (Lemcke et al., 2014).

Όσον αφορά τα μυοσκελετικά χαρακτηριστικά της μητέρας, οι κίνδυνοι για τραυματισμό του κόλπου ή και του αιδοίου λόγω ανωριμότητας των ιστών είναι πολλοί. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό και από το γεγονός ότι στο 16^ο έτος η μήτρα έχει αποκτήσει μόνο το 60% του τελικού της μεγέθους. Επιπλέον η ομάδα αυτή των γυναικών χαρακτηρίζεται από βραχύτερη διάρκεια κύησης και μεγαλύτερη πιθανότητα κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας(δηλαδή η κεφαλή είναι πολύ μεγάλη για το γεννητικό σωλήνα). Η δυσαναλογία της πυέλου και της ανώριμης ανάπτυξής της, μπορεί να προκαλέσει λανθασμένη τοποθέτηση του εμβρύου κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης. Τέλος, οι έφηβες που έχουν κακό επίπεδο θρέψης και η ανάπτυξή τους είναι ακόμη σε εξέλιξη, είναι πολύ πιθανόν να ανταγωνίζονται το έμβρυό τους ως προς την διανομή και αξιοποίηση των θερμιδικών και θρεπτικών συστατικών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι έφηβες συνεχίζουν να αναπτύσσονται με αύξηση του λιπώδη ιστού μέχρι και κατά την διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της κύησης. Αυτό συμβαίνει επειδή παρουσιάζουν αύξηση των επιπέδων λεπτίνης στο τελευταίο τρίμηνο, γεγονός που μειώνει την αξιοποίηση των αποθηκών λίπους και αυξάνει την αξιοποίηση της γλυκόζης από τον οργανισμό (Lowdermilk et al., 2013 : iatronet, 2018).

Παράλληλα, εκτός της σωματικής και ορμονικής ανωριμότητας, συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα, ψυχοκοινωνικά, όπου μια έφηβη έγκυος δεν μπορεί να αντιληφθεί ή και να εκτιμήσει σωστά. Η εγκατάλειψη των σχολικών υποχρεώσεων, η καταφυγή σε βιαστικές αποφάσεις για το μέλλον και την ζωή, ακόμη και η εγκατάλειψη του μωρού μετά την γέννηση λόγω κατάθλιψης ή εξαναγκασμού από το στενό περιβάλλον, είναι καταστάσεις που ενισχύουν και επιβεβαιώνουν την ανεπαρκή ενημέρωση των εφήβων (Lemcke et al., 2014).

3.5.2.2 Κύηση μετά τα 35 έτη

Πολλές γυναίκες για διάφορους λόγους, αποφασίζουν ή τυχαίνει να κυοφορήσουν από τα 35 έτη και μετά. Αυτό, ίσως μπορεί να δικαιολογηθεί από την καθυστέρηση επιλογής του κατάλληλου συντρόφου, πιθανόν από πολλές αποτυχημένες προσπάθειες σύλληψης, ή την επιλογή εξωσωματικής, αλλά και από άλλους προσωπικούς λόγους. Φυσικά κάθε γυναίκα είναι υπεύθυνη σε αυτή την ηλικία για τις αποφάσεις της και το δικαίωμα για τεκνοποίηση. Το γυναικείο σώμα, όμως, από την

ηλικία των 30 κιόλας, σταματάει να παράγει σημαντικές ορμόνες που πρωταγωνιστούν στην κύηση. Επίσης, και δομικά, το σώμα παύει να είναι τόσο «ελαστικό», ανθεκτικό και έτοιμο για μεγάλες αλλαγές. Στις μεγαλύτερης ηλικίας μητέρες η περίοδος της καλύτερης απόδοσης του γεννητικού συστήματος έχει ίσως παρέλθει (Lowdermilk et al., 2013).

Μια γυναίκα άνω των 35 χρόνων διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών που σχετίζονται με την ηλικία και που μπορούν να επηρεάσουν την κύηση. Μια εγκυμοσύνη μετά τα 35 έτη, ειδικότερα αν πρόκειται για το πρώτο τέκνο, συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα τοκετού με καισαρική, καθώς θεωρείται επικίνδυνος ο τοκετός από τον γενετικό σωλήνα λόγω ανεπάρκειας ελαστικών και γερών ιστών και οργάνων. Επίσης, ο κίνδυνος για ανάπτυξη σοβαρών προβλημάτων γενετικών ανωμαλιών, όπως σύνδρομο Down, ή σύνδρομο αιφνίδιου εμβρυικού θανάτου ή νοητικών προβλημάτων πρωταγωνιστούν. Όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας, είναι φυσιολογικό να συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας, όπως παχυσαρκία, αρτηριακή πίεση και λοιπά. Τέλος, στην ηλικία των τριάντα και άνω ετών, ο κίνδυνος για διαβήτη αυξάνεται. Μία κύηση σ' αυτήν την χρονική στιγμή θα ήταν ρίσκο για την μητέρα και για το παιδί. Ο διαβήτης χαρακτηρίζεται από μεγάλη αύξηση της γλυκόζης στο αίμα, και στην περίπτωση της κύησης, η γλυκόζη αυτή θα διαπερνούσε τον πλακούντα με αποτέλεσμα να προκαλέσει χρόνια προβλήματα στον έμβryo αλλά και στη μητέρα. Ο διαβήτης κύησης μπορεί να προκαλέσει στην μητέρα δυστοκία με αυξημένη συχνότητα τραυματισμού και του νεογνού, η οποία μπορεί πολλές φορές να καταλήξει σε καισαρική τομή, εξ αιτίας του μεγάλου μεγέθους του μωρού. Ο πρόωρος τοκετός απασχολεί επίσης πολλούς γιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, όπως και το φαινόμενο ανάπτυξης προεκλαμψίας (Lowdermilk et al., 2013 : iatronet, 2016).

3.5.2.3 Νοσηλευτικές διατροφικές συστάσεις για έγκυες έφηβες και γυναίκες άνω των 35 ετών :

Οι διατροφικές συστάσεις για μια έφηβη έγκυο, είναι παρόμοιες με αυτές που απευθύνονται σε έγκυο μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 35 ετών). Οι θερμιδικές ανάγκες των γυναικών αυτών, είναι ιδιαίτερα απαιτητικές και κάθε άλλο, απαραίτητες. Οι οδηγίες για πρόσληψη βάρους και την πρόσληψη πρωτεϊνών είναι οι

ίδιες και στις δυο γυναίκες, με την διαφορά ότι η αύξηση του βάρους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη στην κατηγορία της εφηβικής κύησης. Η έφηβη γυναίκα έχει μεγαλύτερη ανάγκη πρόσληψης περισσότερων θερμίδων, βιταμίνης D και ασβεστίου, προκειμένου να στηρίξει τόσο την δική της ανάπτυξη, όσο και αυτή του εμβρύου. Αυτή η αυξημένη ανάγκη πρόσληψης βάρους και απαραίτητων δομικών στοιχείων γίνεται με την κατανάλωση τεσσάρων μερίδων γάλακτος και γαλακτοκομικών προϊόντων ημερησίως, σε συνδυασμό με μία βασική διατροφή με ποικιλία τροφών. Για τον ίδιο λόγο, και μία μεγαλύτερη σε ηλικία έγκυος γυναίκα χρειάζεται τις κατάλληλες διατροφικές οδηγίες για την αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων και την ρύθμιση ορισμένων στοιχείων που πάσχουν. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη και στις δυο κατηγορίες (Brown, 2016 : MedlinePlus.gov, 2018).

3.5.3 Ενδοκρινικό Σύστημα

Παθήσεις του Θυρεοειδούς Αδένα:

Ο θυρεοειδής αδένας είναι ο μεγαλύτερος ενδοκρινής αδένας του ανθρώπινου σώματος και εντοπίζεται στον τράχηλο του ανθρώπου. Η λειτουργία του ρυθμίζεται από τον εγκέφαλο με τη βοήθεια της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης TSH που παράγεται από την υπόφυση και παράγει τις θυρεοειδικές ορμόνες T3 και T4. Κατά τη διάρκεια της κύησης, η λειτουργία του θυρεοειδούς αδένα διαταράσσεται, όπως και τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών, ακόμα και στις εγκύους που δεν είχαν στο παρελθόν παρόμοιο πρόβλημα. Η διαταραχή αυτή, μπορεί να επηρεάσει την πορεία της εγκυμοσύνης, αλλά και την υγεία τόσο της εγκύου, όσο και του εμβρύου. Για αυτό το λόγο θα πρέπει η θυρεοειδική λειτουργία να ελέγχεται ανεξαρτήτως σε όλες τις εγκύους, ιδιαίτερα σε αυτές με προηγούμενο οικογενειακό ιστορικό, με διογκωμένο θυρεοειδή ή με προηγούμενο ιστορικό θυρεοειδούς ή αυτοάνοσου νοσήματος (Lemcke et al., 2014).

Σημαντικός είναι εδώ ο ρόλος του νοσηλευτή, ο οποίος εκτός του ότι θα πρέπει να είναι άγρυπνος παρατηρητής για τυχόν συμπτωματολογία, θα πρέπει εάν τελικά η έγκυος διαγνωστεί με διαταραχή του θυρεοειδούς να την εκπαιδεύσει ως προς το πλάνο φροντίδας της. Ακόμη θα πρέπει να συζητήσει τόσο με την ίδια αλλά και με την οικογένειά της την πιθανή επίδραση του θυρεοειδούς στην ίδια αλλά και στο

έμβρυο, τις δυνατότητες αλλά και παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και τέλος την απαραίτητη παρακολούθηση της πορείας της (Lowdermilk et al., 2013).

Υπερθυρεοειδισμός:

Το 90% με 95% των γυναικών που στην κύησή τους εμφανίζουν υπερθυρεοειδισμό, προκαλείται από τη νόσο Graves και είναι τόσο σπάνια με συχνότητα 1 ή 2/ 1000 κύησεις. Αν παρατηρήσει κανείς τα συμπτώματά του, θα διαπιστώσει ότι αρκετά θυμίζουν εκείνα που προκαλεί φυσιολογικά η εγκυμοσύνη, όπως είναι η εφίδρωση, η εύκολη κούραση, η ταχυκαρδία, η μη ανοχή στη ζέστη και οι συναισθηματικές μεταπτώσεις. Για να μπορέσει κανείς λοιπόν να τα διαχωρίσει, θα πρέπει να επικεντρωθεί σε στοιχεία όπως η απώλεια του σωματικού βάρους, η άνοδος της καρδιακής συχνότητας σε ποσό υψηλότερο των 100 σφίξεων το λεπτό και τέλος την διόγκωση του θυρεοειδούς αδένος (Campbell & Lees, 2009).

Ένας λοιπόν νοσηλευτής θα πρέπει να επαγρυπνεί και να παρατηρεί για τυχόν τέτοιες αλλαγές. Πραγματοποιείται εργαστηριακός έλεγχος, καθώς στον υπερθυρεοειδισμό, αναμένεται να βρεθούν αυξημένες η τριιωδοθυρονίνη (T3) και η θυροξίνη (T4), ενώ το επίπεδο της εκλυτικής ορμόνης (TSH) θα είναι ελαττωμένο. Ωστόσο, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού δεν γίνεται σπινθηρογράφημα. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγεί κατάλληλα την φαρμακευτική αγωγή, έπειτα από την ιατρική οδηγία. Η αγωγή αυτή είναι απαραίτητη, καθώς η έλλειψή της ή η μη σωστή διάρκεια και δοσολογία της, μπορεί να οδηγήσει σε προεκλαμψία, καρδιακή ανεπάρκεια, πρόωρο τοκετό, αυτόματη έκτρωση, γέννηση νεογνών με υπό ή υπερθυρεοειδισμό ή ακόμα και γέννηση θνησιγενών νεογνών (Campbell & Lees, 2009).

Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξηγήσει τις παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής που μπορούν να υπάρξουν. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει την προπυλοθειουρακίλη (PTU). Η πιο σοβαρή παρενέργεια είναι η ακοκκιοκυτταραιμία, η οποία κάνει πυρετό και πονόλαιμο. Σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να γίνει ραγδαία διακοπή του φαρμάκου (PTU) (Campbell & Lees, 2009).

Τέλος ο νοσηλευτής σε περίπτωση που παρατηρήσει συμπτώματα όπως η απώλεια βάρους, ο πυρετός, ο τρόμος, η υπερκινητικότητα, η νευρική κατάσταση, η ανησυχία, η

ταχυκαρδία, ο έμετος, η υπόταση ή ο λήθαργος, τότε θα πρέπει να υποπτευθεί θυρεοτοξική κρίση ή αλλιώς θυρεοτοξίκωση. Η θυρεοτοξίκωση είναι η αυξημένη ποσότητα θυρεοειδικών ορμονών στον οργανισμό, από οποιαδήποτε αιτία. Αυτή είναι πιθανό να εμφανιστεί σε καταστάσεις στρες (όπως στην περίπτωση προεκλαμψίας, ή λοίμωξης), όπου ο υπερθυρεοειδισμός είναι αδιάγνωστος ή μη επαρκώς ελεγχόμενος. Στην περίπτωση λοιπόν αυτή ο νοσηλευτής θα πρέπει άμεσα να χορηγήσει οξυγόνο και ενδοφλέβια υγρά και μεγάλη δόση προπυλοθειουρακίλη (PTU)βάσει των ιατρικών οδηγιών που θα λάβει. Μετά την τελευταία, μπορεί να δοθούν αντιπυρετικά, β- αναστολείς, ιώδιο, αλλά και δεξαμεθαζόνη (Campbell & Lees, 2009).

Υποθυρεοειδισμός:

Ο υποθυρεοειδισμός κατά την κύηση παρατηρείται σε μικρότερα ποσοστά σε σχέση με τον υπερθυρεοειδισμό, δηλαδή, 1,3/1000κυήσεις. Συχνό αίτιο υποθυρεοειδισμού στην εγκυμονούσα αποτελούν τα χαμηλά επίπεδα ιωδίου, αν και δεν είναι συνηθισμένα. Ο υποθυρεοειδισμός μπορεί να γίνει αντιληπτός μέσα από μια γκάμα συμπτωμάτων, όπως υπνηλία, δυσφορία στο κρύο, δυσκολία κατά την άσκηση και αύξηση του σωματικού βάρους. Πέραν αυτών, ένας νοσηλευτής θα πρέπει να είναι παρατηρητικός και για ήπια συμπτωματολογία, όπως είναι η τριχόπτωση, τα εύθραυστα νύχια, και το ξηρό δέρμα. Για να γίνει η διάγνωση του θα πρέπει να γίνει εργαστηριακός έλεγχος, όπου εάν επιβεβαιώνεται ότι η γυναίκα πάσχει από υποθυρεοειδισμό, τα επίπεδα της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης(TSH) θα είναι αυξημένα, δηλαδή, να βρεθούν>2.5 IU/ml σε δύο διαφορετικές μετρήσεις, ενώ η θυροξίνη (T4) μπορεί να έχει ή και όχι χαμηλά επίπεδα. Σε περίπτωση λοιπόν που η έγκυος πάσχει από υποθυρεοειδισμό, θα πρέπει να γίνει άμεσα η έναρξη της θεραπείας της, καθώς εάν δεν συμβεί, κινδυνεύει για πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα ή και πρόωρο τοκετό, υπέρταση, προεκλαμψία, αυτόματη έκτρωση, ακόμα και θνησιγένεια (Campbell & Lees, 2009).

Κατά την θεραπεία, ο νοσηλευτής χορηγεί έπειτα από ιατρική οδηγία, συνήθως λεβοθυροξίνη και θυρεοειδικές ορμόνες. Σκοπό της θεραπείας αποτελεί η διατήρηση των επιπέδων της TSHσε φυσιολογικές τιμές. Η δόση της λεβοθυροξίνης αυξάνεται ανάλογα με την ανικανότητα λειτουργίας του θυρεοειδούς. Ακόμη καθώς τα οιστρογόνα αυξάνονται, κατά την πορεία της κύησης, θα πρέπει να αυξηθεί και η

χορήγηση των θυρεοειδικών ορμονών. Στις έγκυες υπό θεραπεία συνιστάται έλεγχος των θυρεοειδικών ορμονών κάθε μήνα, μέχρι την 24η εβδομάδα και κάθε 6 εβδομάδες μετά αυτής (Campbell & Lees, 2009).



Τέλος ο νοσηλευτής θα πρέπει να **Εικόνα 4 'Διαβήτης κύησης' Πηγή: Google** ενημερώσει και να εξηγήσει στην έγκυο, ότι εάν παίρνει συμπληρώματα σιδήρου, θα πρέπει να τα λαμβάνει σε διαφορετικό χρόνο από όταν της χορηγείται η λεβοθυροξίνη. Αυτό συμβαίνει καθώς η απορρόφηση της T4 ορμόνης, ελαττώνεται με τον θεικό σίδηρο (Campbell & Lees, 2009).

Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης

Ο Σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια διαταραχή του μεταβολισμού με αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα. Ο διαβήτης χωρίζεται σε τύπου 1, τύπου 2 και στον διαβήτη κύησης. Ο τύπου 1, παλαιότερα γνωστός και ως ινσουλινοεξαρτώμενος με ποσοστό εμφάνισης 5%- 10%στα άτομα που πάσχουν από διαβήτη. Εμφανίζεται κυρίως στα παιδιά και τους νέους και χαρακτηρίζεται από τη μη παραγωγή ινσουλίνης, λόγω της αυτοάνοσης καταστροφής των β κυττάρων του παγκρέατος που παράγουν την ινσουλίνη αυτή (Association, 2012).

Ο διαβήτης τύπου 2, ή αλλιώς μη ινσουλινοεξαρτώμενος εκδηλώνεται κυρίως στους ενήλικες και τα ποσοστά εμφάνισής του σε διαβητικό πληθυσμό φτάνουν το 90%-95%. Εδώ το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ποσότητα ινσουλίνης, ή παράγεται, αλλά υπάρχει μειονεκτική δράση της. (Association, 2012).

Τέλος, ο διαβήτης κύησης (εικόνα 4), ο οποίος μπορεί να εντοπιστεί μέσω εξέτασης, κατά τη διάστημα μεταξύ της 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας της κύησης. Εκδηλώνεται σε ποσοστό 7% στο σύνολο των κύσεων και είναι αποτέλεσμα των ορμονικών μεταβολών που συμβαίνουν κατά την κύηση, αλλά και άλλων παραγόντων όπως είναι η κληρονομικότητα. Είναι αρκετά επικίνδυνος τόσο για την μητέρα, όσο και για το έμβρυο, οπότε χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση και παρακολούθηση (Association, 2013).

Κατά την κύηση, προαναφέρθηκε ότι συμβαίνουν ορισμένες ορμονικές μεταβολές. Υπάρχει λοιπόν σχετική αντίσταση στην ινσουλίνη στην έγκυο, λόγω μιας αύξησης στο ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο και στην κορτιζόλη. Το πάγκρεας της εγκύου αρχίζει να εκκρίνει μεγάλες ποσότητες ινσουλίνης, ώστε να αρχίσουν πάλι οι υδατάνθρακες να μεταβολίζονται φυσιολογικά και να εξαλειφτούν οι αλλαγές. Παρατηρείται μη ανοχή στην γλυκόζη. Η μητρική υπεργλυκαιμία θα επηρεάσει το έμβryo το οποίο θα εμφανίσει υπερινσουλιναιμία, η οποία προκαλεί μεταβολικές διαταραχές σε αυτό, μακροσωμία κ.α. Δηλαδή, όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα γλυκόζης της μητέρας, τόσο μεγαλύτερη θα είναι και η παραγωγή ινσουλίνης στο έμβryo (Campbell & Lees, 2009).

Σημαντικό να αναφερθεί είναι το ότι ο διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί στην εγκυμοσύνη με δύο τρόπους. Είτε να προϋπάρχει και έτσι να επηρεάσει την εγκυμοσύνη, που είναι ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης, είτε να εμφανιστεί κατά την πορεία της ως διαταραγμένη ανοχή της γλυκόζης (Campbell & Lees, 2009).

Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες κινδύνου όπου οι πιθανότητες για την εκδήλωση διαβήτη κύησης είναι αυξημένες. Τέτοιοι παράγοντες είναι η παχυσαρκία με μεγάλα επίπεδα κεντρικής κατανομής του σωματικού λίπους, η μεγάλη ηλικία (άνω των 35 ετών), η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, η εκδήλωση διαβήτη σε προηγούμενη κύηση, αλλά και το μεταβολικό σύνδρομο. Ακόμη ως παράγοντας κινδύνου θεωρείται και το ιστορικό ανεξήγητου εμβρυϊκού θανάτου, η γέννηση νεογνού με μακροσωμία (>4500 γρ.) και οι πολύδυμες κυήσεις. Τέλος το ισχυρό οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, η χρόνια υπέρταση, αλλά και το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι σημεία που πρέπει να εξετάζονται και να παρακολουθούνται (Brown, 2016).

Είναι αρκετά επικίνδυνος, καθώς μπορεί να προκαλέσει πολλές ανεπιθύμητες εκβάσεις τόσο στην μητέρα, όσο και στο έμβryo. Αναλυτικότερα η μητέρα μπορεί να εμφανίσει Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, υπέρταση, αλλά και παχυσαρκία στην μετέπειτα ζωή της. Ακόμη μπορεί να προκαλέσει νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, θρομβοεμβολική νόσο, δυστοκία ώμων και αυξημένο κίνδυνο προεκλαμψίας. Τέλος υπάρχει έντονος κίνδυνος για διαβήτη κύησης σε επόμενη εγκυμοσύνη, λοιμώξεις μέχρι και τον θάνατο της μητέρας (Brown, 2016).

Για την διάγνωση υπάρχουν δύο φάσεις. Αρχικά η έγκυος στην πρώτη προγεννητική επίσκεψη, θα πρέπει να ελεγχθεί για προϋπάρχων σακχαρώδη διαβήτη, ο οποίος δεν σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Στη δεύτερη φάση οι έγκυες εκείνες που ήταν αρνητικές για τον προϋπάρχων σακχαρώδη διαβήτη, θα πρέπει να υποβάλλονται στην εξέταση που καλείται, καμπύλη σακχάρου ή από του στόματος δοκιμασία ανοχής στην γλυκόζη. Η εξέταση αυτή λαμβάνει χώρα κατά την 24^η έως την 28^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Έπειτα από την χορήγηση 75 γραμμαρίων γλυκόζης και αφού περάσουν δύο ώρες, πραγματοποιείται η εξέταση. Οι μητέρες που θα διαγνωσθούν με διαβήτη κύησης σημαίνει ότι θα έχουν αυξημένα επίπεδα γλυκόζης σε σχέση με τις ακόλουθες τιμές(Brown, 2016):

- Σε νηστεία ≥ 92 mg/ dL
- Στη μία ώρα ≥ 180 mg/ dL
- Στις δύο ώρες ≥ 153 mg/ dL

Επιπλέον, χρησιμοποιείται ευρέως η αποκαλούμενη μικρή δοκιμασία ανοχής στην γλυκόζη, όπου μία ώρα πριν την μέτρηση προηγείται λήψη 50 γραμμαρίων γλυκόζης. Εάν οι τιμές της γλυκόζης που βρεθούν μετά το πέρας αυτής της μεθόδου είναι υψηλότερες από 7,7 mmol/L, θα ακολουθήσει η δοκιμασία ανοχής ή καμπύλη σακχάρου (Brown, 2016).

Στην περίπτωση λοιπόν που η γυναίκα θα διαγνωσθεί με διαβήτη κύησης, ένας νοσηλευτής σε συνεργασία με έναν ενδοκρινολόγο, έναν μαιευτήρα και έναν διαιτολόγο θα πρέπει να βρίσκονται σε διαρκή επαφή και παρακολούθηση με την έγκυο. Ο νοσηλευτής καλείται να ενημερώσει την έγκυο και να την εκπαιδεύσει γύρω από τα νέα δεδομένα με τα οποία θα πρέπει να έρθει αντιμέτωπη και να τα εντάξει στην καθημερινότητά της. Αρχικά η διατροφική της θεραπεία, έχει ως στόχο την επαναφορά της γλυκόζης σε φυσιολογικά επίπεδά. Παράλληλα ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλευσει επίσης την έγκυο για τα ευεργετικά αποτελέσματα που θα φέρει η έναρξη της σωματικής άσκησης. Ακόμη, μετά από την ιατρική οδηγία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να διδάξει την έγκυο για την ορθή χορήγηση ινσουλίνης, στη σωστή δόση και ώρα. Σκοπός είναι η διατήρηση του σακχάρου χαμηλότερο από 5 mmol/ L στο 24ωρο. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω τριών ή τεσσάρων δόσεων ινσουλίνης ημερησίως. Θα πρέπει επίσης ο νοσηλευτής να ενημερώσει την έγκυο ότι σε περίπτωση που δεν προτιμά τις ενέσεις ινσουλίνης, υπάρχουν αντλίες συνεχούς

έγκυσης. Σε κάθε περίπτωση, η εκπαίδευση πάνω στον αυτοέλεγχο της γλυκόζης με φορητές συσκευές μέτρησης θεωρείται απαραίτητη. Επιπλέον ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι όλες οι δοκιμασίες διαλογής έχουν τελεσθεί με επιτυχία. Τέλος, είναι σημαντικό να ενημερώσει την έγκυο και την οικογένειά της ότι σε περίπτωση που προκύψει μακροσωμία στο μωρό ή κάποια επιπλοκή στη μητέρα (όπως είναι η προεκλαμψία), θα είναι πιθανό να χρειαστεί καισαρική τομή, ενώ εάν η πορεία της κύησης προχωράει ομαλά, η αντιμετώπιση θα έχει ως στόχο τον κοιλιακό τοκετό, έπειτα από τις 38 – 40 εβδομάδες (Brown, 2016).

3.5.4 Γαστρεντερικό σύστημα

Υπερέμεση

Η κύηση αρκετά συχνά εμπεριέχει στο πρώτο κυρίως τρίμηνο ναυτία και έμετο, με ποσοστό εμφάνισης 70%- 80% και προκαλούν στην έγκυο έντονη δυσφορία. Όταν ο έμετος γίνεται υπερβολικός και φτάνει σε σημείο να προκαλέσει μείωση του σωματικού βάρους της εγκύου, διαταραχή του ισοζυγίου ηλεκτρολυτών και κετονουρία, τότε γίνεται λόγος για μια διαταραχή η οποία ονομάζεται υπερέμεση (Lowdermilk et al., 2013).

Η υπερέμεση εμφανίζεται σε ποσοστό 0,5% - 2% του συνόλου των κυήσεων και η αιχμή της δράσης της παρουσιάζεται κατά το πρώτο τρίμηνο, ενώ το 10% των εγκύων με υπερέμεση συνεχίζουν να έχουν τα συμπτώματά της καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Η αιτιολογία της είναι ασαφής, αλλά είναι πιθανό να οφείλεται στη χάλαση του λείου μυός του στομάχου και στην αυξημένη παραγωγή οιστρογόνων, προγεστερόνης και ανθρώπινης χοριακής γοναδοτροπίνης και στον παροδικό υπερθυρεοειδισμό κατά τη διάρκεια της κύησης. Επίσης σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή της μπορεί να παίζουν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα είναι τα υψηλά επίπεδα στρες που μπορεί να έχει η έγκυος, ή όταν μια κύηση είναι ανεπιθύμητη, οι αλλαγές στο σώμα και στον τρόπο ζωής, αλλά και η ανυπαρξία καμιά φορά του οικογενειακού υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Lowdermilk et al., 2013).

Ο κίνδυνος εμφάνισης της υπερέμεσης αυξάνεται στις πρωτότοκες γυναίκες ή σε γυναίκες με αυξημένο σωματικό βάρος. Επίσης ρόλο μπορεί να παίζει η ηλικία της

εγκύου (μικρή ηλικία), το ιστορικό ημικρανιών, όπως και το οικογενειακό ιστορικό υπερέμεσης. Ακόμη οι γυναίκες αυτές είναι πιθανό να έχουν θήλυ έμβρυο, πολύδυμη ή μύλη κύηση ή το έμβρυο να έχει κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία, όπως είναι η τρισωμία 21 (Lowdermilk et al., 2013).

Όσον αφορά τις επιπλοκές που μπορεί η διαταραχή αυτή να προκαλέσει, είναι αρκετές και σημαντικές. Σε αυτές περιλαμβάνεται η απώλεια σωματικού βάρους έως και 16 κιλά, ή η αδυναμία πρόσληψης βάρους και η αφυδάτωση. Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι η ξηρότητα των βλεννογόνων, η μειωμένη σπαργή του δέρματος, η κίτρινη χρώση του δέρματος (ίκτηρος), ενώ οφθαλμολογική εξέταση μπορεί να δείξει μικροαιμορραγίες στον αμφιβληστροειδή. Τέλος, η αρτηριακή πίεση είναι μειωμένη, η συχνότητα του σφυγμού αυξημένη και καμιά φορά μπορεί να συνοδεύεται με πυρετό (Lowdermilk et al., 2013).

Επομένως, σε όλες τις περιπτώσεις υπερέμεσης, θα πρέπει να γίνει εκτίμηση για τον προσδιορισμό της βαρύτητας του προβλήματος, σε συνδυασμό με υπερηχογράφημα για τον αποκλεισμό πολύδυμης κύησης και άλλων αιτιών, όπως είναι η υδατιδώδης μύλη. Επίσης προσδιορίζονται οι δείκτες της θυρεοειδικής λειτουργίας, οι ηπατικοί δείκτες, η χοριακή γοναδοτροπίνη και η χολερυθρίνη ορού. Τέλος γίνεται γενική ούρων, αίματος και προσδιορισμός της κετονουρίας (Campbell & Lees, 2009).

Ο νοσηλευτικός ρόλος εδώ παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο, καθώς θα πρέπει να παρακολουθεί και να εκτιμά την κατάσταση της εγκύου συνεχώς για κάθε πιθανή επιπλοκή, όπως είναι η μεταβολική οξέωση, ο ίκτηρος ή η αιμορραγία, όπου και θα ενημερώσει αμέσως τον ιατρό. Θα πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμά την αίσθηση της ναυτίας και την θέληση για έμετο της εγκύου, ενώ παράλληλα θα πρέπει να μετρούνται τα ζωτικά σημεία και τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. Επιπλέον ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει ένα ήσυχο περιβάλλον, χωρίς έντονες οσμές για την έγκυο, ώστε να ξεκουράζεται αρκετά και να την βοηθάει στην αλλαγή της θέσης της. Επίσης θα πρέπει να ενημερώσει την έγκυο για το περιεχόμενο του διαιτολογίου της και να την προτρέπει στο να προσλαμβάνει μικρά και συχνά γεύματα, να προτιμά τις πλούσιες σε πρωτεΐνη τροφές, ενώ να αποφεύγει τα λιπαρά, αλμυρά, αλλά και γλυκά τρόφιμα (Lowdermilk et al., 2013).

Βέβαια υπάρχει και η περίπτωση του να μην μπορεί η έγκυος να συγκρατήσει υγρά από το στόμα. Εκεί ο νοσηλευτής, θα πρέπει να της χορηγήσει ενδοφλέβια υγρά (για

την αποκατάσταση του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών), φάρμακα και συμπληρώματα διατροφής. Επίσης εάν η ναυτία και ο έμετος εμφανίζονται σε μεγάλη συχνότητα, τότε θα πρέπει ο νοσηλευτής έπειτα από ιατρική οδηγία να χορηγήσει αντιεμετικά, όπως μετοκλοπραμίδη ή προχλωπεραζίνη. Στις σοβαρότερες περιπτώσεις, ο νοσηλευτής θα πρέπει να σιτίζει την έγκυο εντερικά ή παρεντερικά. Τέλος ο νοσηλευτής καλείται να παραμείνει συμπονετικός, φιλικός και ήρεμος απέναντι στην έγκυο, ώστε να τη βοηθήσει να μειώσει το σωματικό και ψυχικό της στρες. Μπορεί να την ενθαρρύνει, να τις λύνει απορίες και να την ενημερώνει για την πορεία της, ενώ παράλληλα θα πρέπει να επικοινωνήσει και με την οικογένεια της γυναίκας ώστε να τους ενημερώσει και να τους συμβουλευτεί για το υποστηρικτικό ρόλο που θα πρέπει να επιδείξουν, αλλά και για να τους εκπαιδεύσει για το σωστό τρόπο φροντίδας της (Campbell & Lees, 2009).

Δυσκοιλιότητα

Κατά την εγκυμοσύνη, η δυσκοιλιότητα αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή γαστρεντερική διαταραχή. Εμφανίζεται κυρίως στο πρώτο και δεύτερο τρίμηνο σε ποσοστό 35%- 39%, και μπορεί να συνεχίζει να υπάρχει έως και τρεις μήνες μετά τη γέννα (Campbell & Monga, 2008).

Τα αίτια της δυσκοιλιότητας ποικίλουν. Αρχικά υπάρχει χάλαση των μυών του εντέρου με αποτέλεσμα να μειώνεται η σύσπασή του, οπότε η κίνηση της τροφής εντός του πεπτικού σωλήνα επιβραδύνεται. Η μυϊκή αυτή χάλαση οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης. Ένα άλλο αίτιο μπορεί να είναι το μεγάλο μέγεθος της μήτρας που πιέζει το ορθό, με αποτέλεσμα την επιβράδυνση της κινητικότητας του εντέρου. Η επιβράδυνση αυτή των κινήσεων του εντέρου μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη κινητικότητας και άσκησης της εγκύου ή και σε ορισμένα συμπληρώματα σιδήρου που μπορεί να παίρνει (Αρμενιάκος, 2008).

Για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας κατά την εγκυμοσύνη θα χρειαστεί η συνεργασία ενός παθολόγου, ενός διατροφολόγου και ενός νοσηλευτή. Όσον αφορά τις νοσηλευτικές πράξεις, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την έγκυο για την κατάστασή της, να της λύσει τυχόν απορίες και να την εκπαιδεύσει. Για παράδειγμα την σωστή στάση του σώματος στην τουαλέτα και να την συμβουλευτεί για την

σωματική της άσκηση όσο το επιτρέπει η εγκυμοσύνη (τέσσερις με πέντε φορές την εβδομάδα για 20 με 30 λεπτά). Επίσης θα πρέπει να την ενημερώσει για τις νέες διατροφικές συνήθειες που θα πρέπει να αποκτήσει, δηλαδή να προσλαμβάνει τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες (25 με 30g καθημερινά) και να καταναλώνει επαρκές ποσότητες νερού (1,5 - 2L ημερησίως). Τέλος έπειτα από ιατρική οδηγία, ο νοσηλευτής ίσως χρειαστεί να χορηγήσει ήπια καθαρτικά, μη ερεθιστικά, τα οποία αυξάνουν την κατακράτηση υγρών από τα κόπρανα μέσω μιας διαδικασίας που λέγεται ώσμωση, ενώ δεν απορροφώνται από το έντερο. Τα δύο κύρια είναι η λακτουλόζη και η μακρογόλη (Παναγιαννοπούλου, 2014).

Εάν η δυσκοιλιότητα δεν αντιμετωπιστεί και παραμένει για μεγάλο διάστημα, μπορεί μερικές φορές να οδηγήσει σε άλλα προβλήματα, όπως είναι οι αιμορροΐδες (Campbell & Lees, 2009).

Αιμορροΐδες:

Περίπου μία στις τρεις γυναίκες κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης εμφανίζουν αιμορροΐδες, λόγω της φλεβικής στάσης που προκαλείται από το βάρος της μήτρας πάνω στην κοίλη φλέβα και λόγω της αύξησης της προγεστερόνης που ασκεί χάλαση στο λείο μυ των αγγείων (Lowdermilk et al., 2013).

Η θεραπεία των αιμορροΐδων κατά την κύηση είναι συντηρητική και απαγορεύεται να αντιμετωπιστεί χειρουργικά. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να συστήσει χλιαρά μπάνια τα οποία δρουν ανακουφιστικά στην περιοχή (δύο με τρεις φορές την ημέρα) και τοπικές αναισθητικές αντιερεθιστικές κρέμες. Ακόμη, όπως και στην δυσκοιλιότητα, η άσκηση, η ενυδάτωση και οι τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες δρουν ευεργετικά. Αυτά είναι στοιχεία τα οποία ο νοσηλευτής πρέπει να αναφέρει στον ασθενή και να του λύσει τυχόν απορίες του (Παρασύρης, 2014 : iatronet, 2017).

Επιγαστραλγία

Ο επιγαστρικός καύσος αποτελεί μια αρκετά συνηθισμένη διαταραχή κατά την κύηση και ορίζεται ως ένα αίσθημα καύσους στο επιγάστριο και παρατηρείται κυρίως στην

ανάπαυση σε κατακεκλιμένη θέση. Θεωρείται ότι οφείλεται στην επίδραση χάλασης που ασκεί η προγεστερόνη στον σφιγκτήρα του οισοφάγου και λόγω του ότι η μήτρα της εγκύου έχει μεγαλώσει και ασκεί πίεση, δυσκολεύοντας έτσι την κένωση του στομάχου. Κατά την αντιμετώπισή του, έπειτα από ιατρική οδηγία, ο νοσηλευτής καλείται να χορηγήσει στην έγκυο αντιόξινα υγρά. Επίσης θα πρέπει να την συμβουλεύσει και να την ενθαρρύνει να τρώει ελαφρά και τακτικά γεύματα, ενώ όσον αφορά την νυχτερινή κατάκλιση, το κεφάλι θα πρέπει να βρίσκεται σε όρθια θέση. Τέλος η μείωση του στρες μπορεί κι αυτή να δράσει ευεργετικά στην πορεία της εγκύου (Lowdermilk et al., 2013).

3.5.5 Καρδιαγγειακό Σύστημα

Οι καρδιακές παθήσεις κατά την διάρκεια της κύησης εμφανίζονται σε ποσοστό 0,5% έως και 2%. Λόγω των διάφορων μεταβολών που συμβαίνουν στον οργανισμό της εγκύου κατά την κύηση, η καρδιά επιφορτίζεται παραπάνω. Αναλυτικότερα, ο όγκος του κυκλοφορούντος αίματος αυξάνεται κατά 40%- 50%, ενώ για να μπορέσει η καρδιακή παροχή να ανταπεξέλθει στις νέες συνθήκες, αυξάνεται ο όγκος παλμού και η καρδιακή συχνότητα κατά 12 με 15 παλμούς το λεπτό. Ο έλεγχος της κατάστασης της εγκύου θα πρέπει να είναι αρκετά προσεκτικός, καθώς πολλά από τα συμπτώματα που εμφανίζονται στην αρχή στην επικείμενη καρδιακή ανεπάρκεια μοιάζουν με αυτά που περιμένει κανείς να δει σε μια εγκυμοσύνη (Campbell & Lees, 2009).

Στένωση της Μιτροειδούς Βαλβίδας

Η στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας αποτελεί την πιο συχνή βαλβιδική ανωμαλία, και οφείλεται στην ρευματική καρδιοπάθεια, η οποία αποτελεί συνέπεια του ρευματικού πυρετού. Αποτελεί την στένωση του βαλβιδικού στομίου, όπου η αύξηση του όγκου αίματος, η αύξηση της καρδιακής συχνότητας, αλλά και η αύξηση της καρδιακής παροχής, προκαλούν αυξημένη ροή αίματος. Το αίμα αυτό περνάει μέσα από την στενωμένη μιτροειδή βαλβίδα με αποτέλεσμα να προκαλεί έτσι πιέσεις στον αριστερό κόλπο και αυξημένη πίεση ενσφηνώσεως στα πνευμονικά τριχοειδή. Τελικά μπορεί να προκληθεί πνευμονικό οίδημα, κολπική μαρμαρυγή, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, μαζική αιμόπτυση και πνευμονική εμβολή. Η πιο επικίνδυνη περίοδος,

είναι αυτή του τρίτου τριμήνου της κύησης, καθώς η καρδιακή συχνότητα και η καρδιακή παροχή αίματος βρίσκονται στο μέγιστο ποσοστό τους (Lowdermilk et al., 2013).

Όσο η στένωση εξελίσσεται, παρατηρούνται συμπτώματα όπως είναι η δύσπνοια, η παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια, η ορθόπνοια και αιμόπτυση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι άμεση και θα πρέπει να υπάρχει συνεχή παρακολούθηση της κατάστασης και της εξέλιξης της εγκύου. Ακόμη η έγκυος θα πρέπει να παρακολουθείται υπερηχοκαρδιογραφικά, ώστε να ελέγχεται το μέγεθος των κόλπων και των κοιλιών και η λειτουργία των βαλβίδων και θα πρέπει να γίνει στις αρχές της εγκυμοσύνης, με σκοπό να αποτελέσει σημείο σύγκρισης με επόμενους ελέγχους σε περίπτωση που χειροτερέψει η κατάστασή της (Lemcke et al., 2014).

Η αντιμετώπιση μπορεί είναι συντηρητική ή και χειρουργική. Στη συντηρητική θεραπεία περιλαμβάνεται η φαρμακευτική αντιμετώπιση και η αλλαγή του τρόπου ζωής. Φαρμακευτικά, περιλαμβάνεται η βενζαθινική πενικιλίνη G, τα διουρητικά που δρουν κατά του πνευμονικού οιδήματος, β- αναστολείς ή αποκλειστές των διαύλων ασβεστίου που δρουν για την πρόληψη της ταχυκαρδίας και τέλος σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται χορήγηση αντιπηκτικής αγωγής, για την πρόληψη της πνευμονικής εμβολής. Συνήθως οι έγκυες με ήπια έως και μέτρια στένωση της μιτροειδούς βαλβίδας, ανταποκρίνονται θετικά στην αγωγή αυτή. Η χειρουργική επέμβαση, από την άλλη, κρίνεται απαραίτητη στις έγκυες που δεν ανταποκρίνονται στη συντηρητική θεραπεία. Ως επέμβαση εκλογής υπάρχει η βαλβιδοπλαστική επέμβαση με «μπαλονάκι», η οποία έχει λάβει χώρα με επιτυχία σε έγκυες και προτιμάται σε σχέση με τη συνδεσμοτομή της μιτροειδούς βαλβίδας (Lowdermilk et al., 2013).

Ο νοσηλευτής έρχεται για άλλη μια φορά με ρόλο ενεργό, όπου θα πρέπει να συνεργαστεί με ένα καρδιολόγο, γυναικολόγο, αλλά και ένα διαιτολόγο, ώστε να υπάρξει ολική προσέγγιση της κατάστασης της πάσχουσας εγκύου, και καλύτερος σχεδιασμός ως προς την φροντίδα της. Αρχικά η έγκυος θα πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας της, τη σοβαρότητα, τα συμπτώματα αλλά και όλα αυτά που θα πρέπει από εδώ και πέρα να προσέξει. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να τονίσει την αναγκαιότητα της φαρμακευτικής αγωγής, να της τα χορηγεί βάση της

ιατρικής οδηγίας και να την ενημερώσει ως προς τον χρόνο και τρόπο λήψης της . Ακόμη αναγκαίο είναι να την συμβουλεύσει να περιορίσει τις δραστηριότητες ανάλογα με το βαθμό καρδιοπάθειάς της και να αναπαύεται επαρκώς. Οι διατροφικές συμβουλές είναι εξίσου σημαντικές και περιλαμβάνουν την αύξηση πρόσληψης υγρών και φυτικών ινών και σιδήρου. Σε περίπτωση που η κατάσταση της εγκύου καθιστά απαραίτητη την αντιπηκτική αγωγή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τους χρόνους προθρομβίνης και να ξέρει τους θεραπευτικούς στόχους. Τέλος αρκετά σημαντική είναι η ενίσχυση του ενδιαφέροντος και της ανάγκης της εγκύου για στενή ιατρική παρακολούθηση (Lowdermilk et al., 2013).

Στένωση Αορτικής Βαλβίδας

Στένωση της αορτικής βαλβίδας, ονομάζεται η στένωση του αυλού της βαλβίδας, που έχει ως συνέπεια την απόφραξη της εξόδου της αριστερής κοιλίας. Τα πιο συχνά αίτια είναι το ιστορικό ρευματικού πυρετού ή η ύπαρξη δίπτυχης αορτικής βαλβίδας συνοδευόμενη συνήθως και από άλλες αορτοπάθειες (όπως η στένωση του ισθμού της αορτής). Τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχουν μειωθεί σημαντικά, ενώ παλαιότερα το ποσοστό άγγιζε το 17%(Lowdermilk et al., 2013).

Οι φυσιολογικές αιμοδυναμικές μεταβολές που συμβαίνουν στην εγκυμοσύνη, σε συνδυασμό με τον αυξημένο όγκο του κυκλοφορούντος αίματος και σε συνδυασμό με το αυξανόμενο καρδιακό ρυθμό, μπορεί να είναι αρκετά επικίνδυνα για την πορεία μιας στένωσης. Επίσης οι βαλβιδικές κλίσεις παρουσιάζουν αύξηση στην περίοδο αυτή και σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να συμβεί συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Berry et al., 2018).

Κατά την κύηση η ήπια ή μέτρια στένωση μπορεί να έχει καλή έκβαση, όμως η σοβαρή στένωση, δηλαδή όταν η αορτική βαλβίδα είναι <1 cm² χρειάζεται συνεχή παρακολούθηση. Τα συμπτώματα που μπορεί κανείς να εντοπίσει είναι η σοβαρότερου βαθμού δύσπνοια και ταχυκαρδία από αυτήν που αναμένει κανείς σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, η στηθάγχη, το πνευμονικό οίδημα, η υπόταση που μπορεί να προκαλέσει συγκοπτικό επεισόδιο ή ακόμα και αιφνίδιο θάνατο(Lemcke et al., 2014).

Η αντιμετώπιση αρχικά περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, η οποία είναι παρόμοια με αυτήν της στένωσης της μιτροειδούς βαλβίδας. Ο νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να χορηγεί β- αναστολείς και διουρητικά(βάσει ιατρικής οδηγίας). Επίσης θα πρέπει να συμβουλεύσει την γυναίκα ώστε να παραμένει σε κλινοστατισμό και να της χορηγεί οξυγονοθεραπεία σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τόσο την ίδια, όσο και την οικογένειά της για τους πιθανούς κινδύνους και για τις αλλαγές στην καθημερινότητά της. Ακόμη η έγκυος θα πρέπει να είναι ενήμερη για την ιατρική υπερηχογραφική παρακολούθηση που θα πρέπει να της γίνεται μηνιαία ή κάθε δύο μήνες, για την εκτίμηση της κατάστασής της (Lemcke et al., 2014).

Η χειρουργική αποκατάσταση σε στένωση της αορτικής βαλβίδας θα πρέπει να αποφασίζεται αφού χειροτερέψει η κλινική κατάσταση της εγκύου, και αφού η ηλικία κύησης δεν επιτρέπει τον τοκετό. Οι επιλογές είναι η χειρουργική εκτομή, αντικατάσταση της βαλβίδας ή η εκτομή της βαλβίδας με μπαλόνι. Για την εκτομή με μπαλόνι, θα πρέπει να γίνει πρώτα υπερηχογραφικός έλεγχος και αξιολόγηση της βαλβίδας, καθώς σε περίπτωση που δεν πάει καλά απαιτείται υψηλού κινδύνου χειρουργική αντιμετώπιση και εμβολιασμός (Stout&Otto, 2006).

Σε έρευνα ενός παγκόσμιου, προοπτικού μητρώου παρατήρησης γυναικών με καρδιακές παθήσεις (ROPAC), αναλύθηκαν δεδομένα γυναικών με μέτρια (μέγιστη κλίση 36 έως και 63 mmHg) και σοβαρή (μέγιστη κλίση \geq 64 mmHg) στένωση αορτικής βαλβίδας. Σε δείγμα 2.966 κυήσεων, 96 γυναίκες βρέθηκαν να έχουν μέτρια αορτική στένωση. Δεν υπήρξαν θάνατοι κατά την κύηση, το 20,8% όμως των γυναικών αυτών νοσηλεύτηκαν για καρδιακούς λόγους. Τα ποσοστά στις γυναίκες με σοβαρή στένωση ήταν ακόμα πιο σημαντικά, καθώς αυτές που νοσηλεύτηκαν ήταν πολύ περισσότερες, αλλά όλες μπόρεσαν να αντιμετωπιστούν ιατρικά. Επιπλέον τα έμβρυα των γυναικών με μεγάλη στένωση είχαν αρκετά υψηλότερο ποσοστό χαμηλού βάρους γέννησης. Το συμπέρασμα της έρευνας ήταν πως πλέον η στένωση της αορτικής βαλβίδας αντιμετωπίζεται επιτυχώς στην εποχή μας και σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί η γυναίκα να ενέχει κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας, η οποία όμως αντιμετωπίζεται επαρκώς. Τέλος υπογραμμίζεται η σημασία του ελέγχου και η σημασία της παροχής συμβουλών στους ασθενείς (Orwat et al., 2016).

Περιγεννητική μυοκαρδιοπάθεια

Η περιγεννητική μυοκαρδιοπάθεια, αποτελεί μια σπάνια μορφή μυοκαρδιοπάθειας και καταλήγει σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Τα κριτήρια από τα οποία προσδιορίζεται, είναι η ανάπτυξη συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της εγκυμοσύνης ή στους πέντε πρώτους μήνες μετά από τον τοκετό. Επίσης στα κριτήρια εντάσσεται η απουσία κάποιας φανεράς αιτίας και η μη παρουσία κάποιας οργανικής νόσου πριν από τον τελευταίο μήνα της κύησης (Lemcke et al., 2014).

Στις ΗΠΑ η περιγεννητική μυοκαρδιοπάθεια, έχει επίπτωση 1 ανά 3000- 4000 γεννήσεις ζώντων εμβρύων. Τα αίτια της νόσου είναι άγνωστα, αλλά οι παράγοντες που φαίνεται να εμπλέκονται με αυτήν είναι η γενετική προδιάθεση, η αυτοανοσία, οι διατροφικές ελλείψεις και η μη επαρκή περιεκτικότητα του αίματος σε σελήνιο. Παρατηρείται συχνότερα σε εγκύους που η ηλικία τους ξεπερνάει τα 30 έτη, σε πολύδυμες κύσεις, σε πολυτοκία και στην αφρικανική καταγωγή (Lowdermilk et al., 2013).

Κατά τη διάγνωση, το υπερηχογράφημα θα δείξει διόγκωση των «τεσσάρων δωματίων» της καρδιάς και το κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας θα είναι αρκετά μειωμένο. Τα συμπτώματα αρχίζουν να εμφανίζονται κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Στις κλινικές εκδηλώσεις της νόσου παρατηρούμε δύσπνοια, ορθόπνοια, βήχα, εύκολη κόπωση, θωρακικό ή κοιλιακό άλγος και αίσθημα παλμών (Lemcke et al., 2014).

Η αντιμετώπιση της περιγεννητικής μυοκαρδιοπάθειας, μοιάζει με αυτή της καρδιακής ανεπάρκειας. Δηλαδή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να χορηγεί διουρητικά και β- αναστολείς κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Ακόμη έπειτα από εκτίμηση του διατροφολόγου θα πρέπει να τη συμβουλεύσει να ελαχιστοποιήσει την πρόσληψη Na (άλατος). Επιπλέον έπειτα από ιατρική οδηγία, ο νοσηλευτής θα πρέπει να της χορηγήσει αντιπηκτική αγωγή, ώστε να αποφευχθούν θρομβοεμβολικά επεισόδια. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι υποστηρικτικός και να απαντά σε πιθανά ερωτήματα της εγκύου και να την συμβουλεύει πέραν της διατροφής, για την σωματική δραστηριότητα που θα πρέπει να βάλει στην καθημερινότητά της. Συνίσταται προσεκτική και χαλαρή δραστηριότητα όπως είναι το βάδισμα και όχι όπως

λανθασμένα υποστηριζόταν στο παρελθόν ο κλινοστατισμός, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολής (Lowdermilk et al., 2013).

Σύνδρομο Eisenmenger

Το σύνδρομο Eisenmenger είναι αρκετά σπάνιο, αλλά στις περιπτώσεις εμφάνισής του είναι αρκετά επικίνδυνο. Σχετίζεται με μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας, τα οποία αγγίζουν το 30% - 50%, ενώ στις έγκυες που ο τοκετός θα διεξαχθεί μέσω καισαρικής τομής, μπορεί να φτάσει και το 65%. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από διαφυγή αίματος από τα δεξιά προς τα αριστερά λόγω ελλείμματος στο μεσοκοιλιακό διάφραγμα και συνδυάζεται με αυξημένη αντίσταση των πνευμονικών αγγείων. Λόγω την κακής έκβασης που έχει, η έγκυος πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη της τον τερματισμό της εγκυμοσύνης. Σε περίπτωση που αποφασίσει να τη συνεχίσει, υπάρχει ο κίνδυνος της αποβολής, της καθυστέρησης της εμβρυικής ανάπτυξης, αλλά και αυτός του θανάτου (Srikanth et al., 2020).

Κατά την εγκυμοσύνη, οι γυναίκες με το σύνδρομο αυτό, μπορεί να εκδηλώσουν κυάνωση, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, ζάλη και δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Ακόμη έχει παρατηρηθεί σε κάποιες περιπτώσεις αιμορραγική τάση όπως αιμόπτυση. Επιπλέον μπορεί να παρατηρηθεί ήπιο οίδημα των κάτω άκρων. Η φυσική εξέταση μπορεί να δείξει κυάνωση και κτύπημα των δακτύλων (Yuan, 2016).

Μπορεί να εμφανιστούν σοβαρές επιπλοκές λόγω του Eisenmenger οι οποίες πρέπει και να αντιμετωπιστούν. Τέτοιες επιπλοκές μπορεί να είναι η προεκλαμψία, η θρομβοεμβολή και η ενδοκαρδίτιδα. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα για την καλύτερη παρακολούθηση και φροντίδα της εγκύου. Τα μέτρα αυτά έρχονται εις πέρας από μια έμπειρη διεπιστημονική ομάδα. Στην ομάδα αυτή συμπεριλαμβάνεται και ο νοσηλευτής, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την παρακολούθηση της εγκύου, την στήριξή της, την ενημέρωση, αλλά και την εκπαίδευσή της. Ο νοσηλευτής πρέπει να χορηγήσει οξυγόνο στην έγκυο, ώστε να βελτιωθεί η υποξική της κατάσταση και να μειωθεί η πνευμονική αρτηριακή πίεσή της. Επιπλέον της χορηγεί διουρητικά, τα οποία είναι χρήσιμα για την ανακούφιση της ηπατικής συμφόρησης και για την αύξηση του ενδοαγγειακού όγκου. Ακόμη για την αποφυγή των θρομβοεμβολικών επιπλοκών συνίσταται η χρήση καλσόν

διαβαθμιζόμενης πίεσης και η χορήγηση αγγειοδιασταλτικών. Τέλος ο νοσηλευτής πρέπει να συμβουλευθεί την έγκυο να περιορίσει αυστηρά την σωματική της άσκηση και να επικοινωνήσει με το οικογενειακό της περιβάλλον ώστε να τους ενημερώσει για την κατάστασή της και για τη βοήθεια που θα πρέπει να της παρέχουν (Lowdermilk et al., 2013).

Υπέρταση της κύησης

Η υπέρταση της κύησης, χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, κατά το δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, με απουσία ανάπτυξης λευκωματουρίας. Ακόμη μπορεί να έχει σχέση και με μεγάλο βάρος γέννησης. Συνήθως, η ήπια υπέρταση, δεν έχει σοβαρές επιπτώσεις στη μητέρα και στο έμβρυο. Η επίπτωσή της, κυμαίνεται από 6% - 17% σε πρωτοτόκες και 2% - 4% σε πολυτόκες μητέρες (Campbell & Lees, 2009).

Υπέρταση σημειώνεται όταν η συστολική αρτηριακή πίεση είναι μεγαλύτερη από 140 mmHg ή όταν η διαστολική αρτηριακή πίεση είναι μεγαλύτερη από 90 mmHg. Πρέπει να γίνεται λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), για περισσότερο από μία εβδομάδα, τουλάχιστον δύο φορές την ημέρα και με μεσοδιάστημα 4 – 6 ωρών (Lowdermilk et al., 2013).

Εμφανίζεται τρεις φορές περισσότερο στις πολύδυμες σε σχέση με τις μονήρεις κύσεις. Συνήθως εμφανίζεται μετά το πέρας της 37^{ης} εβδομάδας. Οι γυναίκες που εμφανίζουν υπέρταση της κύησης δεν έχουν παρουσιάσει προηγούμενο ιστορικό υπέρτασης και εντός 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό, η αρτηριακή τους πίεση επανέρχεται στις φυσιολογικές της τιμές. Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις όπου αναπτύσσεται και λευκωματουρία, οπότε και θα διαγνωστεί τελικά προεκλαμψία, ενώ σε κάποιες άλλες που η αρχική διάγνωση ήταν η υπέρταση, τελικά φαίνεται η παρουσία χρόνιας υπέρτασης. Επιπλέον όσον αφορά την προεκλαμψία, οι γυναίκες που εμφανίζουν υπέρταση πριν την 35^η εβδομάδα κύησης αυξάνουν οι πιθανότητες να αναπτύξουν προεκλαμψία σε σχέση με τις έγκυες που την εμφανίζουν στο τέλος της κύησης (Lowdermilk et al., 2013).

Για την αντιμετώπιση, ο νοσηλευτής, έπειτα από συνεννόηση με τον ιατρό της εγκύου, θα πρέπει να την ενημερώσει για την τρέχουσα κατάστασή της, να την

συμβουλεύσει και να της χορηγήσει την κατάλληλη αγωγή. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από το ύψος της ΑΠ, από την ηλικία της κύησης, από την παρουσία ή μη παραγόντων κινδύνου για τη μητέρα και το έμβρυο και περιλαμβάνει (Μακρής & Θωμόπουλος, 2016):

- Στενή παρακολούθηση
- Περιορισμό δραστηριοτήτων
- Ανάπαυση στο κρεβάτι στην αριστερή πλάγια θέση
- Διακοπή του καπνίσματος
- Διακοπή της λήψης οινόπνευματων
- Διακοπή της αεροβικής άσκησης

Η έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής στην υπέρταση της κύησης θα πρέπει να γίνεται όταν οι τιμές της ΑΠ είναι $>150/95-100$ mmHg. Όλα τα αντιυπερτασικά φάρμακα διαπερνούν τον πλακούντα, χωρίς όμως να έχουν δείξει σημάδια τερατογένεσης, εκτός από τους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου και τους ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης II, που είναι εμβρυοτοξικά φάρμακα. Η μεθυλντόπα και η υδραλαζίνη θεωρούνται τα φάρμακα εκλογής (Μακρής & Θωμόπουλος, 2016).

Προεκλαμψία

Η προεκλαμψία, αποτελεί νόσο της κύησης, εμφανίζεται συνήθως μετά την 20ή εβδομάδα της κύησης και μέχρι 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Χαρακτηρίζεται από αρτηριακή πίεση $140/90$ mmHg ή μεγαλύτερη σε δύο διαφορετικές μετρήσεις σε μια έγκυο, η οποία όμως είχε κατά τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης της φυσιολογικές τιμές. Επίσης συνυπάρχει πρωτεϊνουρία > 300 mg σε συλλογή ούρων 24ώρου. Καμιά φορά μπορεί να εμφανίζεται και οίδημα των ιστών. Περιπλέκει το 3% - 7% του συνόλου των κυήσεων και συνήθως ταξινομείται ως ήπια ή βαριά βάση της αντιμετώπισής της (Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, n.d.).

Οι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης προεκλαμψίας, είναι οι καταστάσεις αύξησης του μεγέθους του πλακούντα όπως είναι η πολλαπλή κύηση και ο διαβήτης. Επιπλέον η προϋπάρχουσα υπέρταση και η προϋπάρχουσα αγγειακή νόσος αυξάνουν τα ποσοστά πιθανότητας. Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο

καθώς ο κίνδυνος αυξάνεται σε γυναίκες άνω των 35 ετών, αλλά και σε αυτές που είναι μικρότερες από τα 15 έτη. Οι πρωτότοκες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο από τις πολύτοκες. Ακόμη το οικογενειακό ιστορικό προεκλαμψίας ή η εμφάνιση προεκλαμψίας σε προηγούμενη κύηση δυσχεραίνουν την κατάσταση. Η παχυσαρκία παίζει και αυτή το ρόλο της, καθώς ο κίνδυνος εμφάνισης της προεκλαμψίας αυξάνεται αναλογικά με την αύξηση τους βάρους και του δείκτη μάζας σώματος (BMI) της γυναίκας. Τέλος σημαντικό ρόλο παίζουν και προϋπάρχουσες παθολογικές – γενετικές καταστάσεις όπως είναι η χρόνια υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 αλλά και οι θρομβοφιλίες (Παπανικολάου, 2012).

Όσον αφορά τα συμπτώματα της νόσου, η αυξημένη αρτηριακή πίεση και η πρωτεϊνουρία είναι από τα πρώτα που θα πρέπει να μας απασχολήσουν. Επίσης, συνυπάρχουν έντονη και εμμένουσα κεφαλαλγία, μειωμένη διούρηση και δυσκολία στην αναπνοή. Ακόμη παρατηρείται κοιλιακό άλγος κυρίως στο στομάχι και κάτω από τις δεξιές πλευρές. Συχνά συμπτώματα είναι και η ναυτία με τον έμετο, οι διαταραχές της όρασης, τα οιδήματα αλλά και η απότομη αύξηση βάρους. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 3.) καταγράφονται κάποια από αυτά τα συμπτώματα, και πώς αυτά εμφανίζονται στην ήπια και πώς στη βαριά προεκλαμψία (Παπαθανάκος, 2017).

<i>Διαφορική Διάγνωση Μεταξύ Ήπιας και Βαρίας Προεκλαμψίας</i>		
ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ	ΗΠΙΑ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ	ΒΑΡΙΑ ΠΡΟΕΚΚΛΑΜΨΙΑ
Αρτηριακή πίεση (ΑΠ)	ΑΠ \geq 140/90 mm Hg x 2 που απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον 4-6 ώρες, σε χρονικό διάστημα το πολύ μίας εβδομάδας	Αύξηση σε επίπεδα \geq 160/110 mm Hg σε δύο διαφορετικές μετρήσεις, σε μεσοδιάστημα 6 ωρών με τη γυναίκα κλινήρη
Λευκωματουρία Ποιοτική δοκιμασία με εμβαπτιζόμενη ταινία Ποσοτική ανάλυση ούρων 24ώρου	\geq 1+ με εμβαπτιζόμενη ταινία Λευκωματουρία \geq 300 mg σε δείγμα ούρων 24ώρου	\geq 3+ με εμβαπτιζόμενη ταινία Λευκωματουρία \geq 5 gr σε δείγμα ούρων 24ώρου
Αποβαλλόμενα ούρα	Αποβολή ανάλογη με την πρόσληψη, \geq 25-30 ml/ώρα	< 400-500 ml/24ωρο
Κεφαλαλγία	Απούσα ή παροδική	Εμμένουσα ή σοβαρή
Διαταραχές της όρασης	Απούσες	Θόλωση της όρασης, φωτοφοβία
Ευερεθιστότητα/συναισθηματικές μεταβολές	Παροδικές	Πιθανώς σοβαρή
Επιγαστραλγία ή άλγος δεξιού άνω τεταρτημορίου της κοιλίας, ναυτία και έμετος	Απούσα	Πιθανώς παρούσα

Πίνακας 3. Συμπτωματολογία και μεταβολές στην μητέρα μεταξύ ήπιας και βαριάς προεκλαμψίας (Lowdermilk et al., 2013).

Λόγω αυτής της νόσου, μπορούν να συμβούν ορισμένες επιπλοκές. Σε αυτές εμπεριέχεται η μη σωστή ανάπτυξη του εμβρύου λόγω της πτώσης της

πλακουντιακής λειτουργίας, άρα και της αιμάτωσης του εμβρύου. Ακόμη υπάρχουν διαταραχές της πηκτικότητας, αλλά και η αποκόλληση του πλακούντα είναι πιθανή. Οι διαταραχές της πηκτικότητας σε συνδυασμό με την αυξημένη αρτηριακή πίεση μπορούν να οδηγήσουν σε αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Τέλος στις επιπλοκές εντάσσεται η εμφάνιση του συνδρόμου HELLP, ή της εκλαμψίας (Παπαθανάκος, 2017).

Περνώντας στο θεραπευτικό σκέλος, απαραίτητη είναι η συνεργασία καρδιολόγου, παθολόγου, γυναικολόγου, αλλά και ενός νοσηλευτή, για την καλύτερη φροντίδα της εγκύου. Θα πρέπει να ενισχυθεί η ανάγκη προγραμματισμού των συναντήσεων για την εκτέλεση των προγεννητικών εξετάσεων και να γίνει μέσω της βοήθειας του νοσηλευτή, διδασκαλία της γυναίκας για τον ορθό τρόπο που μπορεί να προβεί μόνη της σε μετρήσεις της αρτηριακής πίεσης, των εμβρυικών κινήσεων, αλλά και της εξέτασης των ούρων με ταινίες εμβάπτισης. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την έγκυο για τις διατροφικές συνήθειες που θα πρέπει να ακολουθήσει και για τον περιορισμό της σωματικής δραστηριότητας. Πολύ σημαντική είναι η αξιολόγηση από το νοσηλευτή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος της γυναίκας και η ένταξη της γυναίκας και της οικογένειάς της στο πλάνο φροντίδας (Lowdermilk et al., 2013).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να θέσει ορισμένα σημεία αναφοράς, ώστε να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Θα πρέπει να φροντίσει ώστε το η έγκυος να βρίσκεται σε ένα ήσυχο και σκοτεινό περιβάλλον. Το φάρμακο εκλογής είναι η μεθυλντόπα το οποίο είναι αντιυπερτασικό φάρμακο και βάση της μακρόχρονης χρήσης του φαίνεται να είναι αρκετά ασφαλές. Η αντιμετώπιση όταν η αρτηριακή πίεση με διαστολική τιμή που υπερβαίνει τα 105 mmHg μειώνει τις πιθανότητες αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Βέβαια πρέπει να τονιστεί ότι βασική αρχή της αντιμετώπισης της προεκλαμψίας παραμένει ο τερματισμός της κύησης (Campbell & Lees, 2009).

Εκλαμψία

Αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της προεκλαμψίας και χαρακτηρίζεται από αυξημένη τόσο μητρική, όσο και εμβρυική θνητότητα. Επιπλέκει το 1- 2 % των κύσεων με

προεκλαμψία και εμφανίζεται σε ποσοστό 0,4% - 5% όλων των τοκετών. Χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση σπασμών τύπου «grandmal» και κόμα, περίπου στα μέσα της 20^{ης} εβδομάδας (iatronet, n.d.).

Πρέπει να εντοπιστούν τα συμπτώματα προ της εμφάνισης των σπασμών. Αυτά μπορεί να είναι ο έντονος αγγειοσπασμός, η ευερεθιστότητα, η έντονη κεφαλαλγία, η νωθρότητα και η ανησυχία. Ακόμα μπορεί να είναι η οπτική διαταραχή, το επιγαστρικό άλγος, η ολιγουρία και η ταχυκαρδία. Τέλος η απότομη αύξηση βάρους, η μείωση αίσθησης των εμβρυικών κινήσεων και το οίδημα των ιστών είναι σημεία που θα πρέπει να μας ανησυχίσουν (Campbell & Lees, 2009).

Κατά την κύηση, οποιαδήποτε κρίση σπασμών θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως εκλαμψία, μέχρι αποδείξεως του αντιθέτου. Οι σπασμοί μπορεί να εμφανισθούν λίγα λεπτά έπειτα από το πρώτο κύμα σπασμών ή μπορεί να μην εμφανίσει ποτέ ξανά άλλη κρίση. Κατά τη διάρκεια των σπασμών η έγκυος, αλλά και το έμβρυο δεν οξυγονώνονται. Αυτό μπορεί να προκαλέσει σοβαρή μεταβολική διαταραχή και στη γυναίκα και στο έμβρυο (Lowdermilk et al., 2013).

Η αντιμετώπιση των σπασμών πρέπει να είναι άμεση. Οριστική θεραπεία είναι ο τοκετός, όμως πρώτα θα πρέπει να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της γυναίκας. Προτεραιότητα θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση της βατότητας των αεραγωγών και η ασφάλεια της εγκύου. Αφού υποχωρήσουν οι σπασμοί, η γυναίκα θα πρέπει να τοποθετηθεί στην κατάλληλη θέση. Ο νοσηλευτής, θα πρέπει να τοποθετήσει την έγκυο σε αριστερή πλάγια θέση, ώστε να μη γίνει εισρόφηση των εμεσμάτων και να υποβοηθηθεί η αυξημένη πλακουντιακή αιμάτωση. Επίσης, θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι οι πλαϊνές προστατευτικές μπάρες του κρεβατιού της είναι ανυψωμένες και να τα καλύψει με μια κουβέρτα ή ένα μαξιλάρι σε περίπτωση νέου κύματος σπασμών (iatronet, n.d.).

Επιπλέον θα πρέπει ο νοσηλευτής να παρέχει στην έγκυο ένα ήσυχο και σκοτεινό περιβάλλον, ώστε να παρεμποδιστούν τυχόν ερεθίσματα που μπορεί να ενεργοποιήσουν την δραστηριότητα των σπασμών εκ νέου. Επίσης χρειάζεται συνεχής παρακολούθηση, ενημέρωση και στήριξη τόσο σε αυτήν, όσο και στην οικογένειά της. Ακόμη ο νοσηλευτής, τοποθετεί καθετήρα ώστε να ελέγχονται τα παραγόμενα ούρα και να αντιμετωπίζεται καλύτερα η υδροηλεκτρική ισορροπία. Η ολιγουρία αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, που μπορεί να σημαίνει νεφρική

ανεπάρκεια ή τοξικότητα από το μαγνήσιο. Παρακολουθεί την κεντρική φλεβική πίεση και χορηγεί ενδοφλέβια φάρμακα. Ορισμένες φορές μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιηθεί αναρρόφηση. Η χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών κρίνεται επίσης σημαντική από τον νοσηλευτή. Ακόμη έπειτα από ιατρική οδηγία, χορηγεί θειικό μαγνήσιο σε σταθερή ενδοφλέβια έγχυση για τον περιορισμό των επιπλέον κρίσεων (Lowdermilk et al., 2013).

Τοξιναιμία κύησης

Η Τοξιναιμία της κύησης ή σύνδρομο προεκλαμψίας-εκλαμψίας είναι μία αγνώστου αιτιολογίας κατάσταση που οφείλεται στην υπέρταση. Πλήττει περίπου 5 στις 100 έγκυες γυναίκες και ιδιαίτερα τις πρωτοτόκες, ενώ εάν μια γυναίκα είχε εμφανίσει σε προηγούμενη κύηση προεκλαμψία, τότε είναι κατά 7 φορές πιθανότερη στην επόμενη εγκυμοσύνη της να εμφανίσει τοξιναιμία. Άλλοι παράγοντες κινδύνου μπορεί να είναι η χρόνια υψηλή πίεση, η παχυσαρκία και η ηλικία της εγκύου (άνω των 40 ετών). Εμφανίζεται μετά την 20η εβδομάδα κύησης και κυρίως κατά την 27η με 28η εβδομάδα. Τα κύρια χαρακτηριστικά της τοξιναιμίας είναι η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, που συχνά συνοδεύεται από δυσλειτουργία των νεφρών, η παρουσία λευκώματος στα ούρα, τα οιδήματα, η θολή όραση και το κοιλιακό άλγος. Όταν η τιμή της αρτηριακής πίεσης της εγκύου είναι ίση ή μεγαλύτερη από 140/ 90, τότε θα πρέπει να γίνει συνεχής παρακολούθησή της, καθώς σε περίπτωση απότομης αύξησής της, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πλήρη εκδήλωση εκλαμψίας (Lowdermilk et al., 2010 : Ιατράκης, 2015).

Ανάλογα με το στάδιο ανίχνευσής, μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Ωστόσο, αν διαγνωσθεί έγκαιρα με όλους τους απαραίτητους ελέγχους και εξετάσεις, μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Εάν βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, μπορεί να θεραπευθεί με ξεκούραση και κατάλληλη διατροφή. Σε περίπτωση τώρα εισαγωγής της στο νοσοκομείο χρειάζεται η συνεργασία ενός γυναικολόγου, ενός νοσηλευτή και ενός διατροφολόγου. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να της παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, ενημέρωση για την εξέλιξη της κατάστασής της και να δώσει απαντήσεις στις απορίες της. Η έγκυος θα πρέπει να παραμείνει κλινήρης και ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει ανά τακτά χρονικά διαστήματα την αρτηριακή της πίεση. Ακόμη ο νοσηλευτής θα πρέπει να συλλέγει τα ούρα της ανά 24ωρο ώστε να ελέγχεται η λευκωματουρία (ως λευκωματουρία έχει οριστεί η ανεύρεση λευκώματος >300mg

στα ούρα 24ώρου (Reynolds et al., 2003). Ακόμη θα πρέπει να παρατηρεί για τυχόν οίδημα. Το οίδημα εκτιμάται όσον αφορά την κατανομή, τον βαθμό και το εντύπωμα που δημιουργεί. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να την ενημερώσει για τη διατροφή που θα πρέπει να ακολουθήσει. Η διατροφή της θα πρέπει να είναι πλούσια σε φυτικές ίνες ασβέστιο και πρωτεΐνες, ενώ το αλάτι θα πρέπει να περιοριστεί. Τέλος ο νοσηλευτής θα πρέπει να διατηρεί ένα ήσυχο περιβάλλον για την έγκυο (Ιατράκης, 2010).

Σύνδρομο HELLP

Αποτελεί ένα είδος βαριάς προεκλαμψίας και χαρακτηρίζεται από αυξημένα ηπατικά ένζυμα, χαμηλό βαθμό αιμοπεταλίων και από αιμόλυση. Δεν αποτελεί ξεχωριστή νόσο και δεν έχουν ακόμη καθοριστεί ομόφωνα οι εργαστηριακές διαγνωστικές εξετάσεις και το εύρος των τιμών που θα θεωρηθούν παθολογικές. Εμφανίζεται κατά το τρίτο τρίμηνο και το 1% - 25% των γυναικών που πάσχουν από αυτό το σύνδρομο πεθαίνουν (iatronet, n.d.).

Εμφανίζεται κυρίως στις λευκές γυναίκες και η κλινική εκδήλωσή του τις περισσότερες φορές είναι μη ειδική. Πολλές γυναίκες αναφέρουν αίσθημα κακουχίας πολλών ημερών, ενώ άλλες αναφέρουν συμπτώματα που θυμίζουν αυτά της ιογενούς λοίμωξης. Συνήθεις εκδηλώσεις αποτελούν η ναυτία, ο έμετος και η επιγαστραλγία ή πόνο στο δεξί άνω τεταρτημόριο της κοιλιάς (Lowdermilk et al., 2013).

Με το σύνδρομο αυτό, αυξάνεται ο κίνδυνος κάποιων ανεπιθύμητων περιγεννητικών εκβάσεων. Τέτοιες εκβάσεις είναι η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, η ηπατική ανεπάρκεια και η αναπνευστική ανεπάρκεια. Επιπλέον στις επιπλοκές μπορεί να επάγονται διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, η αποκόλληση του πλακούντα και το πνευμονικό οίδημα (iatronet., n.d.).

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρακολουθεί την κατάσταση της εγκύου και να κάνει λήψη και καταγραφή της αρτηριακής της πίεσης. Θα πρέπει να υπάρχει σταθερότητα στις μετρήσεις βάση κάποιου τυποποιημένου τρόπου, γιατί για παράδειγμα οι τιμές της αρτηριακής πίεσης επηρεάζονται από τη στάση του σώματος της εγκύου κατά την μέτρηση. Ακόμη η εκτίμηση του οιδήματος είναι πολύ σημαντικό για την πορεία του συνδρόμου. Στην επισκόπηση του οιδήματος ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει την κατανομή, το βαθμό και το εντύπωμα που αυτό

δημιουργεί. Όπου η υδροστατική πίεση είναι μεγαλύτερη, το οίδημα είναι εντοπισμένο. Εάν η έγκυος είναι κλινήρης, τότε το οίδημα πρωτοεμφανίζεται στην περιοχή του ιερού οστού. Εάν η έγκυος είναι περιπατητική, τότε το οίδημα πρωτοεμφανίζεται στα κάτω άκρα και ιδιαίτερα στους αστραγάλους (Lowdermilk et al., 2013).

Τέλος, αξιολογούνται τα εν τω βάθει τεντόνια αντανακλαστικά ώστε να παρατηρηθούν τυχόν αλλαγές (πίνακας 4). Ο κλόνος του άκρου ποδός, αλλά και τα αντανακλαστικά του δικεφάλου και της επιγονατίδας ελέγχονται και τα αποτελέσματα της επισκόπησης καταγράφονται (Lowdermilk et al., 2013).

*Εκτίμηση των εν τω Βάθει
Τενόντιων Αντανακλαστικών*

ΒΑΘΜΟΣ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΕΝ ΤΩ ΒΑΘΕΙ ΤΕΝΟΝΤΙΩΝ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΩΝ
0	Καμία αντίδραση
1+	Βραδεία ή ελαττωμένη
2+	Ενεργός ή αναμενόμενη αντίδραση
3+	Πιο έντονη (ζωηρή) από την αναμενόμενη, ελαφρά υπεραντιδραστική
4+	Έντονη, υπεραντιδραστική με διαλείποντα ή παροδικό κλόνο.

Πίνακας 4. Εκτίμηση των εν τω Βάθει Τενόντιων Αντανακλαστικών (Lowdermilk et al., 2013).

3.5.6 Αιμοποιητικό Σύστημα

Ο όγκος και η σύσταση του αίματος ποικίλει από άνθρωπο σε άνθρωπο, σε φυσιολογικά επίπεδα. Το εύρος αυτών των φυσιολογικών τιμών όμως, δεν αντιπροσωπεύει τις ρεαλιστικές τιμές που θα πρέπει να έχει μία έγκυος γυναίκα σε μία γενική εξέταση αίματος. Σε έναν πλήρη αιματολογικό έλεγχο, οι εργαστηριακές τιμές μιας εγκύου γυναίκας, είναι φυσιολογικά υψηλότερες σε σχέση με τις τιμές μιας μη εγκύου γυναίκας. Αυτό, δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου, καθώς και δεν υποδηλώνει κάποια νόσο ή επιπλοκή της κύησης. Οι έγκυες έχουν διαφορετικές, φυσιολογικές εργαστηριακές τιμές. Δεν είναι σπάνιο όμως το φαινόμενο, μία έγκυος γυναίκα, να αποκτήσει λόγω των αλλαγών αυτών και προβλήματα που σχετίζονται με το αιμοποιητικό σύστημα, όπως μία πιθανή αναιμία, νόσο Rhesus, μια ελαφρά ως μέτρια ανεπάρκεια σιδήρου, περιστασιακή θρομβοκυττοπενία της κύησης ή το φαινόμενο ασυμπτωματικής κατάστασης υπερπηκτικότητας. Για την λήψη οποιασδήποτε θεραπευτικής απόφασης, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο η υγεία

της εγκύου όσο και του εμβρύου (Campbell & Lees, 2009 : Lowdermilk et al., 2013 : Lemcke et al., 2014).

Τα αιματολογικά προβλήματα που μπορεί να προκληθούν από μία κύηση, είναι πολλά και κάποια απ' αυτά δύσκολα αντιμετωπίσιμα και απειλητικά για την ζωή τόσο του εμβρύου, όσο και της εγκύου. Ωστόσο, όταν αξιολογούνται τα αιματολογικά ζητήματα μιας εγκύου, είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζει κανείς τις φυσιολογικές αλλαγές της κύησης και τις φυσιολογικές τιμές των συστατικών του αίματος για την αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων. Η φυσική εξέταση, και οι εργαστηριακές εξετάσεις (πίνακας 5), μπορεί να καθορίσουν και την τελική θεραπεία αλλά και το τελικό αποτέλεσμα της κατάστασης (Παρασκευοπούλου, 1985 : Lemcke et al., 2014).

Εξέταση	Μη έγκυος γυναίκα	Έγκυος γυναίκα
Αριθμός λευκοκυττάρων	4.000-10.500/μL	9.000-15.500/μL
Αιμοσφαιρίνη	12,5-14 g/dl	10-13 g/dl
Αιμοπετάλια	150.000-400.000/μL	125.000-400.000/μL
Δικτυοερυθροκύτταρα	0,5-1%	1-2,5%
Οθική σιδηροδεσμευτική ικανότητα	250-300μg/dL	280-400μg/dL
Κορεσμός τρανσφερίνης	25-35%	15-30%
Φερριτίνη ορού	75-100 μg/L	55-70 μg/L
Φοθικός σίδηρος	6,5-19,6 μg/mL	4-10 μg/mL

Πίνακας 5. Αιματολογικές εξετάσεις (Lemcke et al., 2014)

Αιματολογικές Παθήσεις : Παράγοντας Rhesus

Το Rhesus είναι ένα γονύλλιο του αίματος, όπως είναι η ομάδα αίματος, που μεταβιβάζεται στο παιδί. Το Rh μπορεί να είναι είτε θετικό RH^+ , είτε αρνητικό RH^- . Η νόσος Rhesus δεν προσβάλλει ποτέ την πρώτη κύηση. Αυτό αποδίδεται, στο γεγονός ότι αν η γυναίκα έχει το ίδιο Rh^+ θετικό με τον άνδρα, τότε το γονύλλιο του αίματος που θα κυκλοφορεί από την γυναίκα στο έμβρυο για την θρέψη του μέσω του πλακούντα, δεν θα είναι άλλο παρά Rh^+ . Όμως, στην περίπτωση που τα Rhesus είναι διαφορετικά μεταξύ του ζευγαριού, λόγω χάρη η γυναίκα να είναι Rh^- και ο άνδρας Rh^+ και στο έμβρυο μεταβιβαστεί το Rh του πατέρα, τότε υπάρχει ασυμβατότητα

μεταξύ εμβρυικού και μητρικού Rhesus. Ο οργανισμός της μητέρας θα δημιουργήσει μητρικά αντισώματα IgG τα οποία θα διοχετευτούν στην εμβρυική κυκλοφορία παρεμποδίζοντας την οξυγόνωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων του εμβρύου. Το πρώτο έμβρυο δεν διατρέχει κίνδυνο καθώς η μητέρα δεν προλαβαίνει ακόμη να ανοσοποιηθεί. Στην επομένη κύηση όμως που τυχόν θα έχει, εάν πάλι το έμβρυο έχει ασυμβατότητα με το μητρικό Rhesus τότε υπάρχει υψηλός κίνδυνος για αναπτυξιακές ανωμαλίες στο παιδί, παρουσία αιμολυτικής νόσου, αποβολή, και τερματισμός κύησης (Παρασκευοπούλου, 1985 : Campbell & Lees, 2009).

Ο νοσηλεύτης και ο γιατρός πρέπει να προβούν σε πρώτο στάδιο σε μια επεμβατική προγεννητική εξέταση με δειγματοληψία χοριακών λαχνών, αμνιοκέντηση και ομφαλοκέντηση. Σε δεύτερη φάση, ανάλογα με το ιατρικό ιστορικό της γυναίκας, η στενή και καθημερινή παρακολούθησή της καθίσταται απαραίτητη. Η παρακολούθηση των αντισωμάτων πρέπει να γίνεται κάθε 2 με 4 εβδομάδες. Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο, εάν το επίπεδο των αντισωμάτων είναι μικρό, δηλαδή < 10-15 iu/mL καθιστά αδύνατη την παρουσία μιας αναιμικής προσβολής του εμβρύου. Στην περίπτωση όμως που τα αντισώματα της μητέρας φαίνεται να αυξάνονται (>15 iu/mL) τότε είναι απαραίτητη η επαφή και η συνεργασία και με έναν εμβρυολόγο, καθώς το βρέφος διατρέχει πιθανόν μεγάλο κίνδυνο για αναιμία που πιθανόν θα επηρεάσει και την υγεία της μητέρας. Στην περίπτωση αυτή, συνήθως προκαλείται τεχνητός πρόωρος τοκετός με καισαρική τομή και εφαρμόζεται στο νεογέννητο πλήρης αφαιμαξομετάγγιση, για να απαλλαγεί από τα μητρικά αντισώματα (Παρασκευοπούλου, 1985 : Παναγιωτίδου 2006 : Campbell & Lees, 2009).

Αναιμία

Αναιμία καλείται η πάθηση του αιμοποιητικού συστήματος όταν η συγκέντρωση της αιμοσφαιρίνης είναι μικρότερη από 11,0 g/dL. Μπορεί να αποτελέσει προκαλέσει το κύριο πρόβλημα μιας κύησης, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και ως δευτεροπαθής επίπτωση της ομαλής εξέλιξης της κύησης. Κατά την κύηση είναι συχνό φαινόμενο η εμφάνιση αναιμίας η οποία όμως, μετά τον τοκετό, επανέρχεται η τιμή της αιμοσφαιρίνης με σταδιακό ρυθμό, στα φυσιολογικά επίπεδα. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στην μεγάλη αύξηση των ερυθρών κυττάρων του αίματος και του πλάσματος του, ενώ αντίθετα η αιμοσφαιρίνη, το φολικό οξύ και ο σίδηρος,

μειώνονται ορατά. Παρόλα αυτά, η εμφάνιση μιας αναιμίας μπορεί να υποδηλώνει και κάποια προϋπάρχουσα παθολογική κατάσταση, όπως μία χρόνια απώλεια αίματος ή αιμόλυση. Μία αναιμία μπορεί να αντιμετωπιστεί σχετικά εύκολα με συμπληρώματα σιδήρου και σωστή διατροφή (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014 : Centers of Disease Control and Prevention, 2018).

I. Σιδηροπενική Αναιμία

Ο πιο συχνός τύπος αναιμίας κατά την κύηση, είναι η σιδηροπενική, προκαλούμενη από ανεπαρκή ποσότητα σιδήρου, προκειμένου να μπορέσει να στηρίξει την φυσιολογική παραγωγή ερυθροκυττάρων. Ο απορροφήσιμος σίδηρος που χρειάζεται μία έγκυος θα πρέπει να είναι ιδανικά περισσότερο από 15-20mg ημερησίως, αν υπολογιστούν κατά προσέγγιση τα 2mg/d σιδήρου που χάνονται κάθε μέρα από τα ούρα, τα κόπρανα και το δέρμα. Όσο η εγκυμοσύνη προχωράει, οι ανάγκες για σίδηρο αυξάνονται ταχύρρυθμα. Κατά τα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης η καθημερινή ανάγκη σιδήρου είναι 4mg, ενώ κατά το τρίτο τρίμηνο οι τιμές εκτοξεύονται από 6,6-8,4mg/d. Οι ημερήσιες τιμές αυτές, είναι σχεδόν ακατόρθωτες να ληφθούν από την έγκυο, ακόμη και αν γίνει σωστή και επιλεγμένη διατροφή. Συνεπώς, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει και να παροτρύνει την έγκυο για την λήψη συμπληρωμάτων σιδήρου προκειμένου να αποφευχθεί η σιδηροπενική αναιμία (Lemcke et al., 2014).

Τα συμπτώματα της σιδηροπενικής αναιμίας είναι ελαφρά και μη ειδικά, και αυτό τα καθιστά ύπουλα και αναγκαία για να γίνονται γρήγορα και διεξοδικά όλες οι απαραίτητες αιματολογικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Όταν πια το επίπεδο αιμοσφαιρίνης της εγκύου πέσει κάτω από 9mg/d, η υποψία για την σιδηροπενική αναιμία πρωταγωνιστεί. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρατηρεί και να έρχεται σε επαφή συχνά με την έγκυο προκειμένου να γίνουν αντιληπτά τυχόν συμπτώματα όπως ωχρότητα, γλωσσίτιδα, στοματίτιδα, κατά τόπους αλωπεκία ή η κοιλονυχία. Σημαντικός επίσης τρόπος γρήγορης αντιμετώπισης της εμφάνισης σιδηροπενικής αναιμίας ,αποτελεί και ο ενδεδειγμένος έλεγχος του οικογενειακού ιστορικού της κάθε εγκύου γυναίκας. Η συχνή αξιολόγηση και παρακολούθηση των τιμών του σιδήρου (< 30μg /dl), TIBC (> 450μg/dl) και της φερριτίνης (< 10μg/dl),μπορούν να φανούν αξιόπιστες εργαστηριακές ενδείξεις για την ύπαρξη της αναιμίας αυτής. Οι βασικοί

τρόποι αναγνώρισης της σιδηροπενικής αναιμίας γίνονται από το ιστορικό της εγκύου, την φυσική εξέταση και την εξέταση του περιφερικού αίματος. Στη θεραπεία της περιέχεται η λήψη τριών με τεσσάρων ταμπλετών θειικού σιδήρου 325mg την ημέρα πριν από το φαγητό για την βέλτιστη ,επαρκή και συνεχή εξασφάλιση της αιμοσφαιρίνης. Εντός 4-6 εβδομάδων μετά την λήψη των ταμπλετών αυτών, θα πρέπει ο αιματοκρίτης της εγκύου να γίνεται και πάλι φυσιολογικός. Για τις ασθενείς που δεν δέχονται την από του στόματος θεραπεία, η χορήγηση σιδήρου γίνεται από έμπειρους νοσηλευτές, παρεντερικά. Η αντιμετώπιση της σιδηροπενικής αναιμίας είναι απαραίτητη και καθοριστική για την μετέπειτα πορεία της κύησης καθώς μπορεί να φανεί δυνητικά επιβλαβής τόσο για την μητέρα, όσο και για το έμβρυο. Τέλος, τα συμπληρώματα διατροφής πλούσια σε σίδηρο μειώνουν την περιγεννητική θνησιμότητα και θα πρέπει ο νοσηλευτής να ενημερώνει και να ενημερώνει την έγκυο για τα οφέλη της διατροφής (Lemcke et al., 2014).

II. Δρεπανοκυτταρική Αναιμία:

Η δρεπανοκυτταρική αναιμία είναι μια παθολογική νόσος που συνήθως εμφανίζεται στις μαύρες φυλές τόσο της βόρειας όσο και της νότιας Αφρικής. Η αναιμία αυτή είναι μια κληρονομούμενη μορφή αναιμίας που μπορεί να εμφανιστεί στην διάρκεια της κύησης και να δυσχεραίνει την έγκυο γυναίκα. Η βιοχημική βάση της αιμοσφαιρίνης είναι παθολογική, καθώς αποτελείται από β αλυσίδες στις οποίες έχει συμβεί αντικατάσταση της βαλίνης από γλουταμικό οξύ. Αυτή η αντικατάσταση της αιμοσφαιρίνης προκαλεί ανώμαλη μορφολογική ανάπτυξη των αιμοσφαιρίων και προκαλείται παραμόρφωση της μεμβράνης τους με αποτέλεσμα να λαμβάνουν ημισελήνοειδές σχήμα που μοιάζει με «δρεπάνι», και αποφράζει μικρά αιμοφόρα αγγεία κατά το πέρασμά τους. Η απόφραξη αυτή των αγγείων μπορεί να προκαλέσει σημαντικές και επείγουσες επιπλοκές στον οργανισμό, όπως υποξαιμία και όργανα για πιθανή ισχαιμική βλάβη (καρδιά, πνεύμονες, νεφροί, μάτια, μακριά οστά και εγκέφαλος). Οι ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία πάσχουν από σοβαρά προβλήματα του σκελετικού συστήματος, κοιλιακά και θωρακικά άλγη και σύνδρομα που συχνά σχετίζονται από τον πυρετό (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

Κατά την περίοδο κύησης μιας γυναίκας με δρεπανοκυτταρική αναιμία, ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι το οξύ θωρακικό άλγος, στο οποίο ένα πνευμονικό διήθημα με πυρετό μπορεί να οδηγήσει σε υποξαιμία. Ωστόσο, προς αποφυγή τέτοιων περίπλοκων καταστάσεων, συνήθως οι γυναίκες με δρεπανοκυτταρική αναιμία διαγιγνώσκονται πριν την εγκυμοσύνη. Σπάνια μία έγκυος θα εμφανίσει για πρώτη φορά ,συμπτώματα με επίτονες κρίσεις με επεισόδια ισχυρού πόνου στο στήθος, στα οστά ή στον θώρακα, λοίμωξη ή έκδηλα έμφρακτα που θα οδηγούν σε δρεπανοκυτταρική αναιμία. Οι έγκυες αυτές, έχουν αυξημένο κίνδυνο αποβολής, προεκλαμψίας, λοιμώξεων του ουροποιητικού ή του αναπνευστικού συστήματος, καθώς και πρόωρο τοκετό. Η δρεπανοκυτταρική αναιμία διαγιγνώσκεται μέσα από τις εργαστηριακές εξετάσεις, από απλή εξέταση αίματος της εγκύου. Στο επίχρισμα του δείγματος αίματος, το δρεπανοειδές σχήμα των αιμοσφαιρίων είναι ορατό. Η τιμή του αιματοκρίτη κάτω από 25% και ο αριθμός της ΔΕΚ πάνω από 10% είναι στοιχεία εμφανούς δρεπανοκυτταρικής αναιμίας (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

Είναι σημαντικό, τα δυνητικά προβλήματα που πιθανόν θα προκύψουν στην κύηση ως αποτέλεσμα της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας της μητέρας, να συζητηθούν με την ασθενή από τον κατάλληλο γιατρό ή νοσηλεύτη με εμπειρία, πριν καταστεί έγκυος. Πολλές περιπτώσεις περιγεννητικής θνησιμότητας, μειώθηκαν χάρη στην έγκαιρη ενημέρωση και λήψη άμεσων μέτρων προστασίας της εγκύου από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Ο νοσηλεύτης θα πρέπει να παρακολουθεί και να διδάξει την έγκυο να αναγνωρίζει τα μικρά συμπτώματα της νόσου, όπως επίμονες κεφαλαλγίες, μυϊκές συσπάσεις, πίεση στην κατώτερη κοιλιακή χώρα, οίδημα των χεριών και των ποδιών και βλενώδες κολπικό έκκριμα. Η μετάγγιση ανταλλαγής για τις έγκυες με δρεπανοκυτταρική νόσο μπορεί να βοηθήσει την ομαλή εξέλιξη της κύησης διότι, αυξάνεται το επίπεδο αιμοσφαιρίνης Α στο αίμα, και υπάρχει επαρκής ποσότητα μεταφοράς του οξυγόνου, παρά την ύπαρξη των δρεπανοκυτταρικών αιμοσφαιρίων (Lemcke et al., 2014).

Σε μία πιθανή κρίση, η αντιμετώπιση είναι η ίδια όπως και σε μία έγκυο χωρίς δρεπανοκυτταρική νόσο, με χορήγηση οξυγόνου, ενυδάτωση και επαρκή αναλγησία. Τα συμπληρώματα σιδήρου είναι απαραίτητα σε κάθε κύηση, ιδιαίτερα σημαντικά είναι όμως, αν υπάρχει κάποια αναιμία. Τέλος, είναι σημαντικό να υπάρχει μετά από κάθε κρίση της εγκύου, και έλεγχος κάποιας αγγειο-αποφρακτικής επιπλοκής. Ο

νοσηλευτής θα πρέπει να συμβουλεύει σωστά την γυναίκα, και να αναλάβει πολλούς ρόλους, όπως του παρατηρητή για την πρόληψη υποτροπής της αναιμίας, και του ανθρώπου για την ενθάρρυνση και την άμεση ενημέρωση της εγκύου(Lemcke et al., 2014).

III. Θρομβοκυττοπενία

Η θρομβοκυττοπενία είναι ένα είδος αναιμίας, το οποίο εμφανίζεται συχνά σε ήπιο βαθμό και σε φυσιολογικές κυήσεις, και χαρακτηρίζεται από το μικρό αριθμό των αιμοπεταλίων. Ο ήπιος βαθμός θρομβοκυττοπενίας ορίζεται κάτω από 150.000/μL αιμοπετάλια . Υπάρχει περίπτωση ο αριθμός αυτός να κυμανθεί και μεταξύ 75.000-150.000/ μL. Στην περίπτωση αυτή, αν η κύηση δεν έχει εμφανίσει κατά τα άλλα, άλλες επιπλοκές στην μέχρι τώρα πορεία της, δεν είναι ανησυχητικές οι τιμές αυτές, ωστόσο θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω διευκρινιστικές εξετάσεις. Οι τόσο χαμηλές τιμές μπορεί να οφείλονται σε πολλούς παράγοντες όπως μια παροδική θρομβοκυττοπενία της κύησης (7%-8% των εγκύων) λόγω φυσιολογικών αλλαγών του όγκου του πλάσματος, αυτοάνοση θρομβοκυττοπενία, ενεργοποίηση μηχανισμού πήξης από προεκλαμψία ή σύνδρομο HELLP ή και από υπερσπληνισμό (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

Στην περίπτωση της θρομβοκυττοπενίας προκαλούμενη από την κύηση, η αναγνώριση και η αντιμετώπιση του προβλήματος έχει πολύ μεγάλη σημασία, καθώς εξαρτάται από αυτή η υγεία της εγκύου, αλλά και του εμβρύου, από διάφορες αιμορραγίες που μπορεί να προκληθούν, και να επηρεάσουν την μέθοδο του τοκετού αλλά και την μετεγεννητική φροντίδα και των δυο(Lemcke et al., 2014).

Για την αποφυγή αυτών των επιπλοκών, θα πρέπει να γίνει ενδελεχής έλεγχος και συστηματική εκτίμηση και αξιολόγηση των αριθμών των αιμοπεταλίων της εγκύου με τακτική λήψη δείγματος αίματος. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός για την σωστή λήψη ιστορικού της ασθενούς, καθώς ένας αριθμός φαρμάκων που χρησιμοποιούταν συχνά κατά την κύηση, μπορεί να προκαλέσει θρομβοπενία. Επίσης, η φυσική εξέταση που πρέπει να εφαρμόζει ο νοσηλευτής είναι απαραίτητη για μια γρήγορη κινητοποίηση, καθώς εύκολη δημιουργία μωλώπων, επίσταξη ή αιμορραγία από ούλα, ή πετεχειώδη ευρήματα, μπορεί να αποτελέσουν ακρογωνιαίο λίθο για την σωστή θεραπεία. Σπάνιο φαινόμενο θρομβοκυττοπενίας

είναι η ύπαρξη κάτω από 20.000μ/L αιμοπεταλίων, που οδηγεί σε έκδηλη αιμορραγία (Lemcke et al., 2014).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την έγκυο για τον κίνδυνο που διατρέχει η ίδια αλλά και το έμβρυο, και να επιστήσει την προσοχή της για τις επόμενες κινήσεις στην μετέπειτα πορεία της κύησής της. Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) θα πρέπει να αποφεύγονται καθώς εμποδίζουν την συσσώρευση των αιμοπεταλίων. Επίσης, ενέσεις όπως οι ενδομυϊκές, και άλλες μέθοδοι που προκαλούν αιματώματα, θα πρέπει να ελαχιστοποιούνται. Τέλος, ανάλογα με των αριθμό αιμοπεταλίων, εάν είναι κάτω από 30.000μ/L πρέπει ο νοσηλευτής να συμβουλεύει την αποφυγή χρήσης σκληρής ή μέτριας οδοντόβουρτσας, και την χρήση ξυραφιού για προληπτικούς λόγους. Η συνεργασία, στις περιπτώσεις αυτές, ενός αιματολόγου, μαιευτήρα, αναισθησιολόγου και ενός έμπειρου νοσηλευτή, κρίνεται απαραίτητη. (Lemcke et al., 2014)

Αιματολογικές Ανωμαλίες σχετιζόμενες με Προεκλαμψία και Εκλαμψία:

Η θρομβοπενία αναπτύσσεται στο 15-50% των ασθενών με προεκλαμψία και αυτό το κατατάσσει στην νούμερο ένα αιματολογική ανωμαλία που μπορεί να συσχετιστεί με την προεκλαμψία και την εκλαμψία. Η παθογένεια και ο λόγος σύμπτυξης των δυο αυτών παθολογικών καταστάσεων, είναι ωστόσο αβέβαιη. Αυτοί οι ασθενείς, μέσα από εργαστηριακούς ελέγχους, φαίνεται πως έχουν χαρακτηριστικά μεγάλο μέσο όγκο αιμοπεταλίων και αυξημένα μεγαλοκύτταρα (Lemcke et al., 2014).

Η κλινική εικόνα της προεκλαμψίας είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση στα 140/90mmHg τουλάχιστον. Τα περιφερικά συμπτώματα που συνοδεύουν την παθολογική αυτή κατάσταση, είναι το οίδημα, η πρωτεϊνουρία πάνω από 0,3gr το 24ωρο. Σε ήπιες περιπτώσεις, οι μεταβολές το αιματοκρίτη συχνά δεν είναι εμφανείς. Αντίθετα, σε σοβαρές περιπτώσεις, υπάρχει μία μείωση του όγκου του πλάσματος και παρατηρείται μία ταχεία άνοδο του αιματοκρίτη μέσα σε μία περίπου εβδομάδα. Η πιθανότητα εμφάνισης μιας αναιμίας, είναι συχνή σε βαριές κλινικές περιπτώσεις, λόγω ενδαγγειακής/ μηχανικής αιμόλυσης εξαιτίας της ραγδαίας αύξησης της αρτηριακής πίεσης. Η υποτροπή της νόσου σε μια διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, απειλεί το 20% περίπου των εγκύων αυτών, λόγω της κατανάλωσης των σημαντικών πρωτεϊνών που είναι απαραίτητες για την πήξη του αίματος. (Lemcke et al., 2014).

Ο νοσηλευτής, στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να δρα γρήγορα κατόπιν ιατρικής εντολής. Οι υποτροπές στην προεκλαμψία/ εκλαμψία, είναι ταχείες και μερικές φορές αιφνίδιες. Η χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών παραγόντων όπως η ασπιρίνη, μπορεί να κρατήσουν σταθερή μια κατάσταση, μέχρι να γίνουν όλες οι ενέργειες για την αντιμετώπιση της υποτροπής αυτής. Ο νοσηλευτής αντίθετα, πρέπει να γνωρίζει ότι η χρήση της ηπαρίνης είναι απαγορευτική καθώς εντείνει την αιμορραγική διάθεση. Η φυσική εξέταση από τον νοσηλευτή στην ασθενή είναι απαραίτητη και άκρως σημαντική. Σημεία αυξημένης αιμορραγίας ή μωλωπισμού μπορεί να επιτελέσουν την καθοριστική επιλογή του τοκετού. Η καισαρική τομή είναι επικίνδυνη ωστόσο θα πρέπει να είναι όλο το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό σε ετοιμότητα για πιθανή μετάγγιση αιμοπεταλίων για να διατηρηθούν τα αιμοπετάλια της εγκύου πάνω από 20.000-50.000/ μL (Lemcke et al., 2014).

Διάχυτη Ενδαγγειακή Πήξη (ΔΕΠ):

Το σύνδρομο ΔΕΠ, είναι συχνή αιτία ανώμαλης αιμορραγίας που οφείλεται σε κατανάλωση σημαντικών πρωτεϊνών κυρίως των αιμοπεταλίων, της προθρομβίνης, του παράγοντα V και του παράγοντα VIII, που είναι υπεύθυνες για την πήξη του αίματος και ενεργοποιείται το σύστημα της ινωδόλυσης. Οι αιτίες έναρξης της ΔΕΠ είναι η πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, σήψη από οργανισμούς Gram-, ενδομήτριο εμβρυικό θάνατο, εμβολή με αμνιακό υγρό, ηπατική νόσο, saline αποβολή, τραύμα, η εκλαμψία και η προεκλαμψία και υπογκαιμικό σοκ. Αυτό οφείλεται στην καταστροφή του φυσιολογικού μηχανισμού πήξης και βλάβη στο ενδοθήλιο με αποτέλεσμα μεγάλη αγγειακή διαπερατότητα, αιμορραγία, και ισχαιμία τελικών οργάνων. Συνήθως, η ΔΕΠ είναι υποτροπή μιας θρομοκυττοπενίας, καθώς όλες οι παραπάνω αιτίες δημιουργίας νόσου ΔΕΠ, περιλαμβάνουν επιλοκές στην πήξη του αίματος, καθώς απελευθερώνεται θρομβοπλαστίνη, που προκαλεί θρόμβους στο μικραγγειακό δίκτυο (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

Η ΔΕΠ μπορεί να αποβεί μοιραία για την ζωή της γυναίκας. Οι νοσηλευτές και οι γιατροί πρέπει να βρίσκονται σε ετοιμότητα και επιφυλακή διότι η εξέλιξη της νόσου αυτής είναι πολύ γρήγορη. Πιθανή υποξαιμία, σοκ ή αιμορραγία θα πρέπει να κινήσουν την προσοχή και να επικεντρωθεί η προσοχή όλου του προσωπικού. Ενδεικτικοί παράγοντες του κινδύνου αυτού, μπορεί να αποτελέσει η υπόταση, η

ατονία της μήτρας, η αιμοσφαιρινουρία, η αιμορραγία, η λύση των ερυθροκυττάρων, και κάποια θρόμβωση. Σε κάθε γυναίκα λοιπόν, με τα παραπάνω σημεία και συμπτώματα, θα πρέπει να θεωρείται πιθανή η ΔΕΠ. Μέσα από τους εργαστηριακούς ελέγχους γίνεται σαφής η ύπαρξη ή όχι της ΔΕΠ. Τα ινωδογόνα που στην φυσιολογική κύηση είναι υψηλά σε ένα δείγμα αίματος, στην ασθενή με ΔΕΠ είναι ελάχιστα (λιγότερο από 250mg/dL). Επίσης, ξεκάθαρη εικόνα έχουν και τα ερυθροκύτταρα το οποία είναι φθαρμένα και «σχιστά» λόγω της πίεσης που δέχονται για να διαπεράσουν το αποφραγμένο αγγειακό δίκτυο (Lemcke et al., 2014).

Η αντιμετώπιση δεν είναι δύσκολη, αν έχει προηγηθεί μια σωστή και γρήγορη διάγνωση. Σε περιπτώσεις με χρόνια ΔΕΠ, τα προβλήματα είναι σπάνια που μπορούν να δημιουργηθούν, καθώς ο ενδομητρικός θάνατος είναι πλέον πολύ εύκολα ανιχνεύσιμος, και οι αιματολογικές διαταραχές που υπέστη ο οργανισμός, θα επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα γρήγορα μετά την πρόκληση τοκετού με οκυτοκίνη και θεραπεία με παράγωγα αίματος. Ο νοσηλευτής δύναται να αποκαταστήσει την τιμή του αιματοκρίτη ίσου με 20%-25%, του όγκου του αίματος με αποβολή ούρων μεγαλύτερη από 30ml/h, και αριθμό αιμοπεταλίων πάνω από 20.000/μl, που αφορά σε όλες τις περιπτώσεις της ΔΕΠ, οξεία ή χρόνια. Οι ενδαγγειακές εγχύσεις υγρών για την διατήρηση της καρδιακής παροχής, κρίνεται απαραίτητη. Επίσης, η ελεγχόμενη χορήγηση ηπαρίνης, μπορεί να αποτελέσει σημαντική λύση για μικρές θρομβώσεις, με την καθοδήγηση ενός ειδικού αιματολόγου. (Lemcke et al., 2014).

3.5.7 Αιμορραγίες

Πέρα από τα συνηθισμένα προβλήματα που μπορεί να προκληθούν σε μία κύηση, ανεξαρτήτως του τριμήνου, υπάρχουν και επιπλοκές οι οποίες μπορεί να αποτελέσουν και το τέλος της κυοφορίας, να αφήσουν χρόνια προβλήματα στην μητέρα ή στο παιδί ή ακόμη πολλές φορές παραμονεύει και ο κίνδυνος για την ίδια τη ζωή της μητέρας. Τα αιμορραγικά ίχνη μπορεί να είναι από αθώα (όπως οι πρώτες κηλίδες αίματος μετά από την σύλληψη ή τραυματισμός του κόλπου), σοβαρά (σημάδι της επιτόκου ή προβλήματα πήκτικότητας της μητέρας), έως και επείγοντα (ρήξη μήτρας ή αποκόλληση πλακούντα). Η αιμορραγία είναι μία επιπλοκή που είναι πιθανό να εμφανιστεί σε όλους τους μήνες της εγκυμοσύνης. Η αντιμετώπιση σε αυτές τις

περιπτώσεις είναι αναγκαία, άμεση, και σε βάθος χρόνου παρακολούθηση από τον γιατρό της ασθενούς. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, η διαμονή της γυναίκας στην γυναικολογική κλινική, θεωρείται απαραίτητη (Χηνιάδης, 2011 : Lemcke et al., 2014).

I. Προδρομικός Πλακούντας

Η συνηθέστερη διάγνωση μετά από μια σοβαρή ή επείγουσα αιμορραγία είναι η αποκόλληση του πλακούντα. Το μεγαλύτερο μάλιστα ποσοστό αποκόλλησης είναι στον προδρομικό. Προδρομικός πλακούντας καλείται η επιπλοκή που προκαλείται από την λανθασμένη τοποθέτηση και σχηματισμό του πλακούντα. Στην περίπτωση αυτή, αντί ο πλακούντας να αναπτύσσεται στο επάνω τμήμα των τοιχωμάτων της μήτρας, αυτός είναι προσκολλημένος σε κάποιο κατώτερο τμήμα, κοντά στον τράχηλο. Ανάλογα με την απόσταση του πλακούντα από τον τράχηλο, αυτός χαρακτηρίζεται παραχείλιος, επιχείλιος, και επιπωματικός (εικόνα 5) (πίνακας 6), ο οποίος είναι και ο πιο επικίνδυνος καθώς κλείνει τελείως το τραχηλικό στόμιο. Σοβαρή αιτία δημιουργίας προδρομικού πλακούντα είναι η ηλικία της γυναίκας (άνω των 35), εγχείρηση στην μήτρα, ή παλαιότερη καισαρική τομή. Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η επιπλοκή αυτή στον σχηματισμό του πλακούντα, είναι ο υπέρηχος (Lemcke et al., 2014).



Εικόνα 5. Προδρομικός πλακούντας Πηγή: Google

Παραχείλιος	Το όριο του πλακούντα αγγίζει αλλά δεν καλύπτει το τραχηλικό στόμιο
Επιχείλιος	Το χείλος του πλακούντα καλύπτει μερικώς το τραχηλικό στόμιο.
Επιπωματικός	Καλύπτει πλήρως το τραχηλικό στόμιο.

Πίνακας 6. Είδη προδρομικού πλακούντα, ανάλογα με την απόστασή του από τον τράχηλο (Lemcke et al., 2014).

Ο νοσηλευτής και ο εκάστοτε γιατρός- μαιευτήρας θα πρέπει να δώσει στην έγκυο και στο περιβάλλον της, κατευθυντήριες οδηγίες σε περίπτωση μιας μεγάλης αιμορραγίας για την άμεση κινητοποίησή τους, καθώς το κάθε λεπτό θεωρείται πολύτιμο. Οι οδηγίες αυτές περιλαμβάνουν την ψυχραιμία της εγκύου διότι ο έντονος πανικός επηρεάζει στην αύξηση της αιμορραγίας και φέρει τα αντίθετα επιθυμητά αποτελέσματα. Στην συνέχεια, το περιβάλλον της γυναίκας, πρέπει να τοποθετήσει τυλιγμένες πετσέτες ή σεντόνια ανάμεσα στα πόδια της εγκύου για την απορρόφηση του χαμένου αίματος. Η προσπάθεια μείωσης της ανεξέλεγκτης αιμορραγίας επιτυγχάνεται με την τοποθέτηση πάγου στην κοιλιακή χώρα, προκειμένου να προκληθεί σύσπαση των μυών και των αιμοφόρων αγγείων. Ακολουθώντας τις οδηγίες αυτές, σοβαρές, και μη αναστρέψιμες βλάβες στην έγκυο ή στο έμβρυο μπορεί να αποτραπούν. Η άμεση κλήση για βοήθεια και η μεταφορά της εγκύου με ασθενοφόρο στο κοντινότερο νοσοκομείο κρίνεται απαραίτητη (Μπαλτόπουλος, 2001).

Συνήθως μια αιμορραγία δεν προμηνύει κάτι καλό, ωστόσο υπάρχουν πολλές περιπτώσεις ακόμη και σε μεγάλη αιμορραγία να συνεχίσει η κύηση κανονικά, χωρίς καμία άλλη επιπλοκή. Η αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση παρόλα αυτά καθώς η μητέρα, ανάλογα από την αιμορραγία διατρέχει μεγάλο κίνδυνο για κάποιο ισχαιμικό σοκ λόγω της μεγάλης απώλειας αίματος (Μπαλτόπουλος, 2001 : Παναγιωτίδου, 2006).

II. Αποκόλληση πλακούντα

Μία πρόωρη αποκόλληση είναι μια δύσκολη κατάσταση για την έγκυο και αποτελεί το 6% περίπου των κύησεων. Οι λόγοι που μπορεί να έχουμε πρόωρη αποκόλληση πλακούντα είναι μια πιθανή πολύδυμη κύηση, αυξημένη αρτηριακή πίεση της μητέρας, ή αυξημένη ποσότητα αμνιακού υγρού, κάπνισμα, ή τραυματισμός/ λοίμωξη της μήτρας. Η επιπλοκή αυτή συμβαίνει σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης, από το πρώτο τρίμηνο, έως και λίγο πριν τον τοκετό. Η αποκόλληση μπορεί να είναι μερική ή ολική. Ανάλογα λοιπόν με την περίπτωση, εξαρτάται και η αιμορραγία και τα συμπτώματά της. Μια επιπλοκή με αποκόλληση πλακούντα μπορεί με μία άμεση κινητοποίηση να αποκατασταθεί, αλλά υπάρχουν και πολλές περιπτώσεις που έχει αποβεί μοιραία για το έμβρυο (Campbell & Lees, 2009).

Όταν η αποκόλληση γίνεται στην κεντρική μοίρα του πλακούντα, τότε υπάρχει συγκεντρωτική αιμορραγία ανάμεσα στον πλακούντα και στο μητρικό τοίχωμα. Τα συμπτώματα είναι μεγάλη εσωτερική αιμορραγία, (σπάνια θα διαφύγει κάποια μικρή ποσότητα αίματος στον κόλπο) και η μητέρα θα έχει συνεχόμενο πόνο. Η κεντρική αποκόλληση είναι λιγότερο συχνή, αλλά πιο επικίνδυνη. Τα συμπτώματα δεν είναι φανερά, και η διάγνωση και η αντιμετώπιση μπορεί να καθυστερήσουν σημαντικά με σοβαρά προβλήματα. Ένα υπογκαιμικό σοκ στην περίπτωση αυτή δεν είναι σπάνιο σε υποτασικές γυναίκες (Παρασκευοπούλου, 1985).

Σε αντίθεση με την κεντρική αποκόλληση, η περιφερειακή αποκόλληση φέρει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία με μέτριο πόνο. Η γυναίκα μπορεί να αντιληφθεί κατευθείαν την επιπλοκή, από το αίμα που θα εξέρχεται από τον τράχηλο και τον κόλπο. Η αντίδραση πρέπει να είμαι άμεση, καθώς μετά από τον πόνο αυτό θα επέλθουν όλα τα συμπτώματα της αιμορραγίας όπως είναι η εξάντληση, η λιποθυμία ή η δύσπνοια (Campbell & Lees, 2009).

Με ένα απλό υπερηχογράφημα μπορεί να γίνει αντιληπτό το μέγεθος και το ακριβές σημείο αιμορραγίας καθώς και τον έλεγχο του εμβρύου. Ωστόσο δεν υπάρχει κάποια σίγουρη αντιμετώπιση στην αποκόλληση του πλακούντα. Ποικίλει ανάλογα με το μέγεθος και το σημείο που αιμορραγεί. Σε άλλες περιπτώσεις με σοβαρή αιμορραγία μπορεί να χρειαστεί μετάγγιση αίματος, ή έναρξη πρόωρου τοκετού (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

III. Ανεπάρκεια Τραχήλου Μήτρας

Κατά την διάρκεια της κύησης, το στόμιο του τραχήλου της μήτρας παραμένει κλειστό για να συγκρατεί το έμβρυο κατά την διάρκεια της ανάπτυξής του. Πολλές φορές όμως, λόγω βλαβών των μυϊκών ιστών, ο τράχηλος μπορεί να φέρει κάποια ρήξη. Οι συνηθέστερες αιτίες είναι η ηλικία της γυναίκας (λόγω αδυναμίας των ιστών), προηγούμενος δύσκολος ή οξύς τοκετός με μεγαλόσωμο νεογνό, χειρουργικές επεμβάσεις ή μία έκτρωση με κακή τεχνική. Αυτό που πραγματικά συμβαίνει κατά την «ανεπάρκεια του τραχήλου μήτρας» είναι ότι κατά την 20^η εβδομάδα, προκαλείται μεγάλη διαστολή του τραχήλου με αποτέλεσμα να προβάλλει ο αμνιακός σάκος με τα υγρά από τον τράχηλο στον κόλπο και τελικά να σπάσει. Δυστυχώς, η αντίδραση που πρέπει να είναι άμεση, γίνεται για να σωθεί η μητέρα από τυχόν λοιμώξεις ή άλλες επιπλοκές της ανεπάρκειας αυτής. Η αποβολή είναι σχεδόν αναπόφευκτη (Παναγιωτίδου, 2006 : Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

Οδηγίες για αντιμετώπιση ανεπάρκειας τραχήλου μήτρας

Ο τρόπος εκλογής για τη διαπίστωση της τραχηλικής ανεπάρκειας είναι ο υπερηχογραφικός έλεγχος. Φυσιολογικές τιμές του μήκος του τραχήλου κατά την 12^η εβδομάδα όπου γίνεται και ο υπέρηχος, είναι 4-5 εκατοστά. Εάν βρεθεί μικρότερο το μήκος, κάτω από 2.5 εκατοστά χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται συρραφή του τραχήλου με την τεχνική Shirodkar. Με αυτόν τον τρόπο, προκαλείται γύρω από τον τράχηλο μια στένωση που τον σφίγγει. Η θεραπεία αυτή έχει μεγάλα ποσοστά επιτυχίας, καθώς στην 36^η εβδομάδα η ραφή αφαιρείται. Χωρίς να υπάρχουν ενδείξεις για συρραφή τραχήλου, δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται αυτή η μέθοδος καθώς μπορεί να προκληθούν προβλήματα όπως λοίμωξη στην μητέρα, ρήξη μεμβρανών, καταστροφή του τραχήλου ή πρόωρος τοκετός (Lemcke et al., 2014).

IV. Επαπειλούμενη Αποβολή

Σε μία επαπειλούμενη αποβολή υπάρχει αιμορραγία ή συσπάσεις από τον κόλπο, και το τραχηλικό στόμιο δεν είναι διατεταμένο. Σε ποσοστό 30-40% των επαπειλούμενων

αποβολών, η αιμορραγία συμβαίνει εντός των είκοσι πρώτων εβδομάδων και οι περισσότερες καταλήγουν σε αυτόματη αποβολή. Ο κίνδυνος για να καταλήξει σε αποβολή είναι μεγάλος, και εξαρτάται από τις μέρες της αιμορραγίας (περισσότερες από τρεις μέρες). Η αιμορραγία μπορεί να είναι ελαφριά με καφέ κηλίδες ή έντονη κόκκινη (Campbell & Lees, 2009).

Θεραπεία που να εγγυάται τη συνέχεια μιας ομαλής κύησης, δεν υπάρχει. Μια ορμονική θεραπεία με προγεστερόνη θα μπορούσε να χορηγηθεί για κάποια πιθανή βελτίωση, όμως δεν μπορεί να εξασφαλίσει και την άριστη επίδραση στο αποτέλεσμα. Οι χρήσιμες συμβουλές που μπορεί να δώσει ένας νοσηλευτής στις γυναίκες που χαρακτηρίζονται με επαπειλούμενη αποβολή, είναι μεγάλη ανάπαυση της πύελου μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία, αποχή από κάθε φυσική δραστηριότητα και συνεχής υπερηχογραφική αξιολόγηση από τον εκάστοτε γιατρό. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει την γυναίκα για όλους τους πιθανούς κινδύνους που μπορεί να υπάρξουν, να λύσει τυχόν απορίες της, αλλά και να επικοινωνήσει με το οικογενειακό περιβάλλον της, για την ψυχολογική υποστήριξή της. Σε περίπτωση που η αιμορραγία συνεχίσει να υπάρχει και μετά το πέρας των τριών ημερών, η αποβολή είναι αναπόφευκτη. Η μήτρα πρέπει να εκκενωθεί μέσω D&C ή φαρμακευτικά μέσω οξυτοξικού παράγοντα (Lemcke et al., 2014).

V. Αναπόφευκτη Αποβολή

Στην αναπόφευκτη αποβολή έχουμε αιμορραγία και συσπάσεις του τραχήλου ή της μήτρας, με διατεταμένο τραχηλικό στόμιο ή παρουσία ιστού στο τραχηλικό κανάλι. Αν κατά την διάρκεια της αιμορραγίας, η μήτρα συσπάται και ο κόλπος διαστέλλεται, τότε η αποβολή είναι αναπόφευκτη. Στο σημείο αυτό υπάρχουν δύο περιπτώσεις της αποβολής: η ατελής αποβολή, και η πλήρης (Campbell & Lees, 2009).

Στην ατελή αποβολή (συνήθως 8^η με 14^η εβδομάδας κύησης). μεγάλοι θρόμβοι αίματος, μαζί με άφθονη αιμορραγία παρατηρούνται στον κόλπο κατά την εξέταση. Αυτό σημαίνει πως μόνο ένα μέρος της σύλληψης έχει διαφύγει, με τον τράχηλο να είναι ακόμη σε διαστολή (Lemcke et al., 2014).

Στην πλήρη αποβολή, αποβάλλονται όλοι οι εμβρυικοί και οι πλακουντιακοί ιστοί, η αιμορραγία μαζί με τις συσπάσεις μετά από λίγη ώρα σταματάνε ή μειώνονται

αισθητά και ο τράχηλος φαίνεται να είναι κλειστός κατά την εξέταση (Campbell & Lees, 2009).

Η χειρουργική προσέγγιση σε μία ατελή αποβολή είναι απαραίτητη. Συνήθως, κατά το πρώτο τρίμηνο, όταν υπάρχει βαριά αιμορραγία η γυναίκα χρειάζεται άμεσα μετάγγιση αίματος. Η μήτρα πρέπει να εκκενωθεί πλήρως για να μην υπάρξουν μετέπειτα ενδογενείς λοιμώξεις. Ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να επιτευχθεί η απομάκρυνση των μικρών κατακρατημένων προϊόντων είναι με κολπική χορήγηση μισοπροστόλης. Με επιφύλαξη γίνεται και η χορήγηση οξυτοξικών από το στόμα για τουλάχιστον τρεις μέρες μετά την εκκένωση της μήτρας, καθώς χορηγούνται από τον νοσηλευτή και συμπληρώματα σιδήρου και αντιβιοτικά. Στην περίπτωση της αναπόφευκτης αποβολής του δεύτερου τριμήνου, εκτελείται διαδικασία παρόμοια με αυτή του τοκετού. Αυτό γίνεται είτε με τεχνητή διαστολή του τραχήλου και εκκένωση της μήτρας, είτε πρόκληση τοκετού με προσταγλανδίνη. Η διαστολή του τραχήλου και η εκκένωση της μήτρας απαιτεί έναν έμπειρο χειρουργό, με λεπτούς χειρισμούς, καθώς η μήτρα διανύει το δεύτερο μήνα και είναι πολύ εύθραυστη και η διάτρησή της είναι εύκολη. Η απομάκρυνση του νεκρωτικού ιστού είναι άκρως απαραίτητη και πολύ σημαντικό είναι να γίνει με απόλυτη προσοχή, καθώς όσο περισσότερο παραβρίσκεται μέσα στην μήτρα, υπάρχει κίνδυνος υπερπηκτικότητας και ινωδόλυσης (Lemcke et al., 2014).

Στην περίπτωση της πλήρους αποβολής, η αντιμετώπιση είναι πιο απλή και εύκολη για τον χειρουργό, και λιγότερο επώδυνη για την μητέρα. Με υπερηχογραφήματα μπορεί ο γιατρός να διακρίνει και να μετρήσει το πάχος του ενδομητρίου και να κρίνει την κατάλληλη θεραπεία της κατάστασης. Αν το πάχος του ενδομητρίου έχει βάθος 10 χιλιοστά ή μικρότερο, συνεπάγεται ότι έχει γίνει πλήρης εκκένωση της μήτρας και ξεκινάει να παίρνει πάλι τα αρχικά της ανατομικά χαρακτηριστικά και έτσι δεν χρειάζεται να επέμβει ο γιατρός χειρουργικά (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

VI. Έκτοπη Κύηση (εξωμήτρια κύηση):

Φυσιολογικά, στην σύλληψη, το γονιμοποιημένο ωάριο από τις σάλπιγγες κατεβαίνει για την εμφύτευσή του στην μήτρα. Σε μία έκτοπη κύηση, το γονιμοποιημένο ωάριο

δεν εμφυτεύεται στην μήτρα αλλά στον ωαγωγό, στην κοιλιακή κοιλότητα ή και στην ωοθήκη. Η έκτοπη κύηση συνεχίζει να αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο μητρικού θανάτου κατά το πρώτο μισό της εγκυμοσύνης. Κύρια αιτία μητρικού θανάτου σε ποσοστό 88%, είναι η ραγδαία και υπερβολική απώλεια αίματος. Η συνηθέστερη αιμορραγία είναι η ενδοπεριτοναϊκή που προκαλείται από το αίμα που εξέρχεται μέσω του κροσσωτού άκρου της σάλπιγγας ή λόγω ρήξης της σάλπιγγας. Με μεγάλη διαφορά από την πρωταρχική αιτία, ακολουθεί η λοίμωξη και οι επιπλοκές της αναισθησίας που προκαλείται. Από την έναρξη των συμπτωμάτων της αιμορραγίας, η οποιαδήποτε καθυστέρηση επιβαρύνει την υγεία της μητέρας (Campbell & Lees, 2009).

Το 30% των μητρικών θανάτων οφείλονται σε καθυστερημένη παραπομπή σε γιατρό. Σε ποσοστό 50% , οι επιπτώσεις οξείας σαλπιγγίτιδας είναι η κύρια αιτία επεισοδίων έκτοπης κύησης. Ακολουθούν άλλοι μορφολογικοί παράγοντες από ουλές ή συμφύσεις από παλαιότερα κοιλιακά χειρουργεία, επεμβάσεις αντιστροφής στις σάλπιγγες, ή ανατομικές ανωμαλίες που επηρεάζουν την ενδομήτρια ανάπτυξη. Υπάρχουν ωστόσο και περιπτώσεις, που οι αιτίες είναι άγνωστες και οφείλονται πιθανότατα σε καθυστέρηση μετακίνησης και εμφύτευσης του εμβρύου στην κοιλότητα της μήτρας. Υποθετικά μπορεί να θεωρηθεί ότι τέτοιες καθυστερήσεις οφείλονται ενδοσαλπιγγικές ορμονικές ανωμαλίες ή ανωμαλίες της εμβρυονικής ανάπτυξης. Προδιάθεση για μία έκτοπη κύηση έχουν οι γυναίκες με ιστορικό πολλαπλών ερωτικών συντρόφων, με κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα, με κάποια φλεγμονώδη νόσο της πυέλου, ή έχοντας κάνει κάποια χειρουργική επέμβαση στις σάλπιγγες ή ρήξη της σκωληκοειδούς απόφυσης (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

Κύρια συμπτώματα υποψίας έκτοπης κύησης είναι ο κοιλιακός πόνος, η απουσία έμμηνου ρύσης, η ακανόνιστη αιμορραγία από τον κόλπο, ζάλη, πόνος στο ορθό, και τάση αφόδευσης. Ο πόνος στην περιοχή των ώμων είναι ύποπτος καθώς δηλώνει ερεθισμό του διαφράγματος από το αιμοπεριτόναιο. Η χρήση υπερηχογραφήματος τακτικά, και η αξιολόγηση των πρώιμων επιπέδων βHCG (β-ανθρώπινη χοριακή γοναδοτροπίνη), θα επιβεβαιώνει την κατάσταση και τοπογραφικά την θέση της κύησης, ειδικότερα σε μια γυναίκα με κάποιον προδιαθεσικό παράγοντα. Η γυναίκα κατά την εξέταση θέλει γρήγορο και μεθοδικό χειρισμό διότι είναι πιθανό να

παρουσιάσει ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, και εντοπισμένο πόνο κατά την ψηλάφηση της περιοχής(Lemcke et al., 2014).

Η θεραπεία είναι δύσκολη και χρειάζεται έμπειρο γιατρό. Ωστόσο, η μέθοδος που θα ακολουθήσει ο γιατρός εξαρτάται από την κλινική εικόνα της ασθενούς. Κατά κανόνα, η θεραπεία εκλογής είναι το χειρουργείο. Όμως, αν η ασθενής έχει μια σταθερή κλινική πορεία, τότε μπορεί να αντιμετωπισθεί συντηρητικά με φαρμακευτική αγωγή. Θεωρώντας την χειρουργική αντιμετώπιση ως κυριότερη λύση στις έκτοπες κηύσεις, η σαλπινγοστομία, η σαλπινγοτομή ή σαλπινγεκτομή είναι απαραίτητες, ανάλογα με το μέγεθος της βλάβης και της αιμορραγίας. Η κένωση του κροσσώτου τμήματος των ωαγωγών δεν συνιστάται, καθώς ούτε και η απόξεση, διότι αυξάνονται τα ποσοστά υποτροπιάζουσας έκτοπης κηύσης στο μέλλον. Στην μοναδική περίπτωση που η αιμορραγία είναι μη διαχειρίσιμη και η ανατομική βλάβη μη αναστρέψιμη και απειλητική για την ζωή, είναι απαραίτητη η υστερεκτομή (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

3.5.8 Λοιμώξεις του Ουροποιογεννητικού σωλήνα:

Τα προβλήματα που συχνά αντιμετωπίζουν οι έγκυες γυναίκες κατά την κηύση ποικίλουν, από φυσιολογικές ενοχλήσεις του ουροποιητικού συστήματος, έως και βαριές λοιμώξεις όπου κρίνεται απαραίτητη η νοσηλευτική παρέμβαση και η έναρξη χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής. Ο κίνδυνος για υποτροπή κάποιας λοίμωξης και η αξιολόγηση της κατάστασης της εγκύου, γίνεται με καλλιέργειες ούρων ή και έλεγχο με υπερηχογραφία. Ένας προληπτικός έλεγχος των ούρων σε κάθε γυναίκα ,πριν την πρώτη επίσκεψη με τον γιατρό, θα αποτελούσε χρήσιμη λύση για την μετέπειτα πορεία, ειδικότερα στις γυναίκες με υπάρχων ιστορικό λοιμώξεων ή επιπλοκών του ουροποιητικού(Lemcke et al., 2014).

I. Ουρολοίμωξη

Σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, οι γυναίκες κατά την κηύση αντιμετωπίζουν πρόβλημα ή ενοχλήσεις στο κατώτερο ουροποιητικό σύστημα από μια απλή ασυμπτωματική βακτηριουρία έως και μια βαριά λοίμωξη του ουροποιητικού. Τέτοιες λοιμώξεις

μπορεί να είναι απλές με συμπτώματα ήπιας δυσφορίας ή χαμηλού πυελικού πόνου, είτε με συχνουρία, δυσουρία ή αιματουρία τα οποία είναι και πιο σπάνια σαν κλινική εικόνα ουρολοίμωξης. Κατά την φυσική εξέταση μπορεί να υπάρχει ταχυκαρδία, πυρετός, αφυδάτωση και ευαισθησία της πλευρο-σπονδυλικής περιοχής (Lemcke et al., 2014).

Η διάγνωση γίνεται με εργαστηριακό έλεγχο που περιλαμβάνει γενική εξέταση αίματος και καλλιέργεια πρωινών μέσων ούρων για να γίνει άμεση μικροσκόπηση, και αντιβιογράμμα. Στην περίπτωση που οι εξετάσεις της ασθενούς δείξουν ισχυρή παρουσία ουρολοίμωξης, ο νοσηλευτής πρέπει να ξεκινήσει αμέσως την χορήγηση αντιβιοτικών για να αποφευχθεί η υποτροπή της ουρολοίμωξης σε οξεία πυελονεφρίτιδα. Στην ουρολοίμωξη συνηθέστερος παθογόνος μικροοργανισμός είναι η *Escherichia coli*, ενώ πιο σπάνια προσβάλλουν οι στρεπτόκοκκοι, ο πρωτέας, η ψευδομονάδα και *klebsiella*. Ο νοσηλευτής πρέπει να συμβουλέψει την ασθενή να καταναλώνει άφθονες ποσότητες διαυγών υγρών, και όποτε χρειάζεται να της χορηγείται απλή αναλγησία, όπως η παρακεταμόλη (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

II. Ασυμπτωματική βακτηριουρία

Σε ποσοστό 8- 10% των συνολικών κηύσεων, γίνεται η εμφάνιση ασυμπτωματικής βακτηριουρίας, η οποία είναι ελεγχόμενη με μία έγκαιρη διάγνωση. Σε περίπτωση που δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να προκληθεί οξεία λοίμωξη του ουροποιογεννητικού σωλήνα(ουρολοίμωξη) και πυελονεφρίτιδα. Προδιάθεση έχουν οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη, οι πολύτοκες, και αυτές με το στίγμα της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας(Lemcke et al., 2014).

Για την ακριβή διάγνωση της λοίμωξης, γίνεται καλλιέργεια καθαρού δείγματος ούρων από το μέσο της ούρησης. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει και να βοηθήσει την έγκυο για τη λοίμωξη, χορηγώντας κατάλληλα αντιβιοτικά ακολουθώντας την ιατρική συνταγή, και μετά από ένα εύλογο χρονικό διάστημα που θα το προσδιορίσει ο γιατρός, πρέπει να γίνει επανεξέταση της διάγνωσης με καλλιέργεια, για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Lemcke et al., 2014 : Centers of Disease Control and Prevention, 2018).

III. Οξεία πυελονεφρίτιδα

Η οξεία πυελονεφρίτιδα είναι μία βαριά προχωρημένη φλεγμονή, η οποία εμφανίζει πολλά κοινά συμπτώματα με αυτά της κυστίτιδας, και επιπλέον συνδυάζει πυρετό ($> 38,5^{\circ} \text{C}$), ρίγος, ευαισθησία της ιερολαγονίου άρθρωσης, αφυδάτωση, περιστασιακά καταπληξία και χαμηλό κοιλιακό πόνο. Όταν σε καλλιέργεια ούρων μιας συμπτωματικής ασθενούς βρεθούν πάνω από 10^5 βακτήρια ανά ml ούρων σε ένα καθαρό δείγμα, με την παρουσία πολλών λευκών αιμοσφαιρίων, τότε η υποψία για οξεία πυελονεφρίτιδα αρχίζει και εντείνεται. Σε αυτή τη λοίμωξη η *Escherichia coli* είναι η πιο συχνή απειλή για το ουροποιογεννητικό σωλήνα. Ακολουθούν οι μικροοργανισμοί: εντερόκοκκος, σταφυλόκοκκος, ο πρωτέας, και η *klebsiella* (Lemcke et al., 2014).

Για την αντιμετώπιση της πυελονεφρίτιδας η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη. Ο νοσηλευτής πρέπει να χορηγήσει ενδοφλέβια αντιβίωση με σκοπό η ασθενής να μείνει άπυρετη για τουλάχιστον ένα με δύο εικοσιτετράωρα, ενδοφλέβια αναλγησία με οπιοειδή, και χορήγηση υγρών. Η αμπικιλίνη αποτελούσε φάρμακο εκλογής για την πυελονεφρίτιδα, όμως με τα χρόνια χρήσης, η *E.Coli* αύξησε την αντοχή της σε αυτήν και έτσι αντικαταστάθηκε το φάρμακο σε μια αμινογλυκοσίδη ή κεφαλοσπορίνη. Σε κάποιες περιπτώσεις ο νοσηλευτής, με ιατρική εντολή, αντί να αντικαταστήσει, συνδυάζει τα φάρμακα αυτά με την αμπικιλίνη για δραστικότερα αποτελέσματα. Επιπλέον, στις περιπτώσεις που μπορεί η χορήγηση φαρμάκων να γίνει από του στόματος χρήση, οι σουλφοναμίδες και η τριμεθοπρίμη είναι τα φάρμακα εκλογής. Ο νοσηλευτής όμως εδώ πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός καθώς, ανάλογα με την ηλικία της κύησης κάποια φάρμακα απαγορεύονται αυστηρά. Για παράδειγμα η τριμεθοπρίμη απαγορεύεται να χορηγείται κατά το πρώτο τρίμηνο, ενώ αντίθετα οι σουλφοναμίδες απαγορεύονται στα τέλη του τρίτου τριμήνου. Τέλος, είναι απαραίτητο να γίνεται αξιολόγηση της νεφρικής λειτουργίας της γυναίκας και συχνή καρδιοτοκογραφία στο έμβρυο. (Lemcke et al., 2014)

IV. Κυστίτιδα :

Η κυστίτιδα, είναι μια λοίμωξη του ουροποιογεννητικού σωλήνα, που είναι πολύ συχνή κατά την διάρκεια της κύησης, και φέρει ποικίλα συμπτώματα. Τα

συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν κοιλιακή δυσφορία, δυσουρία, συχνουρία, και ισχυρή επιθυμία για ούρηση που είναι αδύνατο να ανασταλεί. Η κυστίτιδα μπορεί να εμφανιστεί είτε ως φλεγμονή ή ως λοίμωξη της κύστης, είτε αντίστοιχα του τοιχώματός της (Lemcke et al., 2014).

Η διάγνωση της κυστίτιδας είναι ίδια με την ασυμπτωματική βακτηριουρία, δηλαδή πρώτα πρέπει να γίνει η κατάλληλη καλλιέργεια των μέσων ούρων, και στην συνέχεια να γίνει η σωστή εκτίμηση και θεραπεία. Αν στην καλλιέργεια υπάρχει πυουρία, σε συνδυασμό με θετική λευκοκυτταρική εστεράση ή τεστ νιτρώδων, τότε ο κίνδυνος ύπαρξης κυστίτιδας είναι σχεδόν εμφανής. Κύρια παθογόνα μικρόβια τα οποία προκαλούν την λοίμωξη αυτή είναι η *Escherichia coli*, η *Chlamydia trachomatis*, και ο *Staphylococcus saprophyticus* (Lemcke et al., 2014).

Τα αντιβιοτικά που χορηγούνται από το στόμα, έχουν σημαντικό ρόλο για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτής της λοίμωξης-φλεγμονής. Για την επιτυχία της θεραπείας, θα πρέπει να επαναληφθεί η καλλιέργεια για να συγκριθούν τις τιμές των βακτηρίων που βρίσκονται στα ούρα, με αυτές της πρώτης εξέτασης (Lemcke et al., 2014).

3.5.9 Ψυχική κατάσταση της εγκύου

Κατά κανόνα η εγκυμοσύνη για πολλές γυναίκες συνδέεται με μια αίσθηση ευφορίας, χαράς, και ολοκλήρωσης. Η εγκυμοσύνη για μια γυναίκα αποτελεί χαρμόσυνο γεγονός, και μια πρωτόγνωρη κατάσταση με αλλαγές στο σώμα της που σε πολλές περιπτώσεις καλύπτει και ψυχολογικά «κενά» της ίδιας της γυναίκας, αλλά και του οικογενειακού της κύκλου (Lowdermilk et al., 2013).

Ωστόσο, πολυάριθμες πληθυσμιακές και διαπολιτισμικές μελέτες, έδειξαν ότι οι διαταραχές διάθεσης είναι συχνές νόσοι που καταβάλουν συνήθως γυναίκες. Το 30% των περιπτώσεων κατάθλιψης στις γυναίκες σχετίζεται με το αναπαραγωγικό σύστημα, όπως είναι η εμμηνόπαυση, η εγκυμοσύνη, το τοκετός ή η στειρότητα. Η έρευνα αυτή αποκαλύπτει ότι τα αίτια της κατάθλιψης και οι διαταραχές διάθεσης των γυναικών αυτών, δεν είναι ξεκάθαρα. Τα αίτια μπορεί να είναι πολυπαραγοντικά και πολύπλοκα. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες καθιστούν ενδεχομένως τις γυναίκες να έχουν κάποια προδιάθεση ανάπτυξης κάποιας ψυχολογικής διαταραχής, όπως είναι οι

ορμονικές αλλαγές, οι αναπαραγωγικές απώλειες, οι απότομες αλλαγές περιβάλλοντος και λοιπά (Lemcke et al., 2014).

Σε μια γυναίκα με υπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή, ο κίνδυνος για κάποια υποτροπή κατά την διάρκεια της κύησης είναι αυξημένος. Η συναισθηματική ζωή της εγκύου μπορεί να επηρεάσει τις αντιδράσεις και την ανάπτυξη του εμβρύου, αν και δεν υπάρχει καμία άμεση σύνδεση των νευρικών κυττάρων μητέρας και παιδιού. Καμία μορφή ψυχιατρικής κατάστασης δεν ελαττώνει την βιολογική γονιμότητα της μητέρας, και για το λόγο αυτό όλες οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να θεωρηθούν ως συσχετιζόμενη κατάσταση με την κύηση (Center of Disease Control and Prevention, 2018).

Το μεγάλο πρόβλημα για το ψυχιατρικό και μαιευτικό προσωπικό είναι όταν η ψυχική υγεία της γυναίκας εξαρτάται από την λήψη συνεχούς φαρμακευτικής αγωγής. Με τα έντονα αρνητικά συναισθήματα που νιώθει η γυναίκα (φόβος, πίεση, άγχος, θυμός) ενεργοποιείται το αυτόνομο νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ροή αίματος στο έμβρυο. Μια τέτοια κατάσταση μπορεί να γίνει πολύ επικίνδυνη για το έμβρυο. Επιπρόσθετα, σε γυναίκες με ψυχολογικές διαταραχές και έντονες αντιδράσεις, παρατηρείται ότι το έμβρυο γίνεται υπερβολικά κινητικό και μια συνεχής και μόνιμη τέτοια κύηση μπορεί να προκαλέσει μόνιμες επιπτώσεις στο νέο οργανισμό. Επιπλοκές όπως οι υπερβολικές ναυτίες, έμετοι, αίσθημα κόπωσης και πονοκέφαλοι, αποβολές, πρόωρο τοκετό, ή και αναπτυξιακές ανωμαλίες στο παιδί, είναι αποδεδειγμένα ότι εμφανίζονται σε γυναίκες έγκυες με αρνητική στάση προς την κύησή τους. Στην περίπτωση αυτή, κατά την διάρκεια κυρίως της πρώτης κυοφορίας, από την πιο σοβαρή και σπάνια διαταραχή (μανιοκαταθλιπτική ή αλλιώς διπολική διαταραχή) μέχρι την πιο ήπια, η διάγνωση είναι η ίδια, ότι υπάρχει δηλαδή μια παραλλαγή μιας συναισθηματικής διαταραχής. Στις γυναίκες που εμφανίζουν ήπια συμπτώματα ψυχιατρικής διαταραχής, η παρότρυνση για ψυχοτρόπα φάρμακα δεν εφαρμόζεται, αλλά εστιάζεται η προσοχή στον τρόπο βελτίωσης της κοινωνικής υποστήριξης. Όμως, αν υπάρξει κάποια υποτροπή ή εμφανιστεί η διαταραχή αυτή για πρώτη φορά κατά την κύηση, τότε αυτές οι παθήσεις θα χρειαστούν φαρμακευτική αγωγή (Παρασκευοπούλου, 1985 : Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

I. Μανιοκαταθλιπτική (διπολική) διαταραχή και Νοσηλευτική Διεργασία :

Τα άτομα με μανιοκαταθλιπτική ή διπολική διαταραχή αντιμετωπίζουν επεισόδια ευφορίας, και άλλοτε κατάθλιψης. Αυτή η απότομη εναλλαγή διάθεσης μπορεί να εμποδίζει το άτομο που την έχει να λειτουργήσει φυσιολογικά. Αν μια γυναίκα έχει πολλαπλά συμπτώματα μανιοκατάθλιψης στο παρελθόν, τότε θα πρέπει να λάβει φαρμακευτική αγωγή ενός ή περισσότερων φαρμάκων της κατηγορίας των αντικαταθλιπτικών, νευροληπτικών ή λίθιο. Στην περίπτωση του λιθίου όμως, θα πρέπει να γίνεται συχνή παρακολούθηση της υγείας και της μητέρας, αλλά και του εμβρύου, καθώς το λίθιο δεν πρέπει να χορηγείται κατά την εγκυμοσύνη αφού είναι τερατογόνο κατά το πρώτο τρίμηνο(καρδιακές ανωμαλίες), ενώ η χρήση του κατά το τελευταίο τρίμηνο έχει συσχετιστεί με εμβρυικό υποθυρεοειδισμό. Δεν συνίσταται η διακοπή της λήψης τέτοιας φαρμακευτικής αγωγής, ιδιαίτερα αν η λήψη γινόταν και πριν την σύλληψη. Η ψυχολογική υποστήριξη από το στενό οικογενειακό κύκλο και τον αρμόδιο νοσηλευτή και γιατρό μπορούν να επηρεάσουν θετικά την θεραπεία. Σημαντικό όμως είναι η επικοινωνία με την οικογένεια και τον ψυχίατρο της μέλλουσας μητέρας για να εκτιμήσει καλύτερα την κατάσταση και να σχεδιάσει την βέλτιστη αγωγή της. Εξαιρέση αποτελεί το λίθιο, όπου θα πρέπει να αντικατασταθεί με άλλη παρόμοια δραστική ουσία. Κατά την διάρκεια της κύησης, πιθανόν ψυχολογικά θα υπάρχει μια βελτίωση της υγείας της η οποία όμως, θα πρέπει να είναι υπό παρακολούθηση. Μετά το τέλος του τοκετού, η αγωγή θα πρέπει να συνεχιστεί για να μην υπάρχουν υποτροπιάζουσες μορφές της ψυχιατρικής διαταραχής. Κάθε απότομη διακοπή οποιουδήποτε τέτοιου δραστικού φαρμάκου μπορεί να φέρει άσχημες επιπτώσεις στην ίδια την μητέρα και στην συνύπαρξή της με το νεογνό. Σε καταστάσεις σοκ ή έξαρσης, η μητέρα μπορεί να γίνει επικίνδυνη για το νεογνό, χωρίς απαραίτητα να το επιθυμεί. Σε αυτή την περίπτωση θα ήταν απαραίτητη η νοσηλευτική δράση. Ο νοσηλευτής με δεξιότητα πρέπει να ενθαρρύνει τον καινούργιο ρόλο της γυναίκας αυτής ως μητέρα και να είναι εκεί για κάθε ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση για την καινούρια καθημερινότητά της (Παρασκευοπούλου, 1985 : Campbell & Lees, 2009).

II. Χρόνια σχιζοφρένεια και Νοσηλευτική Διεργασία :

Η σχιζοφρένεια είναι μία ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχές αντίληψης της πραγματικότητας. Κυρίως οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια έχουν ακουστικά ερεθίσματα και λιγότερο οπτικά. Η σχιζοφρένεια είναι διαταραχή που εμφανίζεται στην νεαρή ηλικία- εφηβική και καταλαμβάνει το 1% των ανθρώπων παγκοσμίως. Σε γυναίκες με χρόνια σχιζοφρένεια, ένας έμπειρος νοσηλευτής, θα πρέπει να τους χορηγεί είτε μία ενδομυϊκή εφάπαξ ένεση νευροληπτικού φαρμάκου είτε ένα σχήμα νευροληπτικών φαρμάκων από του στόματος χρήση. Φάρμακα εκλογής είναι η δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη ή η φλουπενθιζόλη έπειτα από ιατρική αξιολόγηση και απόφαση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει και να προετοιμάσει το περιβάλλον της γυναίκας ότι η χορήγηση αυτή δεν πρέπει να διακοπεί, διότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος υποτροπής της διαταραχής εντός τριών μηνών. Μία γυναίκα με χρόνια σχιζοφρένεια πρέπει να μιλήσει πολύ διεξοδικά με τον γιατρό και τον νοσηλευτή που την παρακολουθούν, για την απόφαση μιας κύησης. Αν η κατάσταση της γυναίκας δείχνει ότι είναι σταθερή χωρίς υποτροπές, και θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά της ως μέλλουσα μητέρα, η αγωγή της δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να διακοπεί, παρά μόνο την ώρα του τοκετού, και η δοσολογία θα μειωθεί αρκετά παρακολουθώντας την υγεία της μητέρας. Μετά τον τοκετό, αντίθετα, η δοσολογία της αγωγής θα αυξηθεί περισσότερο από τις φυσιολογικές τιμές, προκειμένου να καλυφθεί και το διάστημα του τοκετού όπου ήταν μειωμένη. Το ιδανικό είναι μετά τον τοκετό, στις γυναίκες αυτές να δοθεί μια ευκαιρία να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να προσέχουν το παιδί, παρέχοντάς τους την βοήθεια να έχουν ένα καλύτερο πρώτο ξεκίνημα με το νεογνό, σε μία νοσοκομειακή μονάδα (Campbell & Lees, 2009).

Οι υποτροπές μετά τον τοκετό, και έπειτα από συνέχιση λήψης των φαρμάκων, είναι σπάνιες, όμως αυτό δεν αποτελεί στοιχείο για να μείνει χωρίς παρακολούθηση η μητέρα. Είναι μητέρα υψηλού κινδύνου και ευάλωτη στο άγχος και σε στρεσογόνες καταστάσεις (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

III. Κατάθλιψη και Νοσηλευτική Διεργασία :

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη είναι τα ίδια με αυτά της κατάθλιψης που μπορεί να περάσει μια γυναίκα οποιαδήποτε άλλη χρονική στιγμή.

Τα απαραίτητα διαγνωστικά στοιχεία της κατάθλιψης είναι η μελαγχολική διάθεση, οι αλλαγές στον ύπνο και στην όρεξη (μειωμένη συνήθως αλλά ενίοτε σε άλλες γυναίκες μπορεί να αυξηθεί), έλλειψη ευχαρίστησης από καθημερινές δραστηριότητες ή χαρούμενα περιστατικά, ακόμη και απελπισία ή αυτοκτονικός ιδεασμός. Σε πολλές περιπτώσεις αν μια γυναίκα αντιμετωπίζει σοβαρό κίνδυνο καταθλιπτικού επεισοδίου με κάποιο ιστορικό, είναι πιθανό να ακολουθήσει και σε επόμενο κατάθλιψη. Οι γυναίκες με κατάθλιψη που διανύουν κάποιο μήνα κύηση φαίνεται ότι λαμβάνουν φτωχή διατροφή, και συχνά αρνούνται να ακολουθήσουν κάποια ιατρική οδηγία (Campbell & Lees, 2009 : Lemcke et al., 2014).

Ο τρόπος θεραπείας είναι ο ίδιος στις έγκυες γυναίκες, αλλά και στις μη έγκυες. Ωστόσο, η εκλογή της κατάλληλης θεραπείας για την έγκυο καταθλιπτική γυναίκα, είναι πολύ σημαντική καθώς υπάρχουν δυνητικά κίνδυνοι που θα διατρέξει το έμβρυο. Ίδανικό θα ήταν να αποφευχθεί η χρήση αντικαταθλιπτικών χαπιών κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης, όταν αυτό είναι δυνατό. Στο δεύτερο τρίμηνο ωστόσο, η αύξηση της δόσης των αντικαταθλιπτικών είναι συχνή, λόγω των φυσιολογικών αποτελεσμάτων της εγκυμοσύνης. Λόγω της μεγαλύτερης κινητικότητας του εμβρύου, της μειωμένης κινητικότητας του εντέρου, του αυξημένου όγκου αίματος, και των χαμηλότερων επιπέδων αλβουμίνης, αυξάνονται οι απαιτήσεις δόσεων για πολλά φάρμακα. Έρευνα έδειξε ότι η αυξημένη χορήγηση αντικαταθλιπτικών στη γυναίκα κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, μειώνει το στρες και την μελαγχολία και πετυχαίνει μια σταθερότερη διάθεση για το τρίμηνο αυτό (Lemcke et al., 2014). Η καθημερινή και συχνή παρακολούθηση από τον γιατρό και τον νοσηλευτή είναι απαραίτητη έως και αναγκαία. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει και η οικογένεια. Οποιαδήποτε αλλαγή στην συμπεριφορά της εγκύου θα πρέπει να αναφέρεται στον νοσηλευτή ή γιατρό. Η ψυχολογική βοήθεια είτε από τον νοσηλευτή, είτε από κάποιον ειδικό κάποιες φορές είναι απαραίτητη για την αποφυγή κάποιας υποτροπής (iatronet., 2013 : Lemcke et al., 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Το είδος της έρευνας

Η έρευνα που χρησιμοποιήθηκε για την ολοκλήρωση της εργασίας είναι δευτερογενής και στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφία με στόχο να συλλεχθούν νεότερα δεδομένα σχετικά με την καθοδηγούμενη φροντίδα από νοσηλευτές για την αντιμετώπιση-διαχείριση των επιπλοκών κύησης βασισμένα σε έγκυρα επιστημονικά άρθρα.

4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από έξι επιστημονικά άρθρα στην αγγλική γλώσσα, τα οποία είναι δημοσιευμένα την τελευταία δεκαετία, στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed.

4.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Για την συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας.

4.4 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε δευτερογενής μελέτη, βασιζόμενη σε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Pubmed με στόχο να συλλεχθούν τα νεότερα δεδομένα σχετικά με την «καθοδηγούμενη φροντίδα από νοσηλευτές για την αντιμετώπιση-διαχείριση των επιπλοκών κύησης». Χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος: (((pregnancy) AND (complication*)) AND (nurse-led)) AND (care) με αποτέλεσμα να προκύψουν 15 αποτελέσματα. Με τη χρήση των φίλτρων αγγλικής γλώσσας και της χρονολογίας δημοσίευσης τη 10ετία, προέκυψαν 11 αποτελέσματα. Από αυτά απορρίφθηκαν δύο καθώς δεν αποτελούσαν πρωτογενείς μελέτες αλλά ανασκοπήσεις, ενώ κατόπιν μελέτης του τίτλου και της περίληψης (abstract) απορρίφθηκαν τα τρία. Εν κατακλείδι στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 6 άρθρα. Τα

κύρια χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στο πίνακα 7. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.

4.5. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

a/a	Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	(Alhusen et al., 2015), Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.	Η έρευνα είναι ποσοτική καθώς περιγράφεται με ακρίβεια το σύνδρομο (IPV), παρουσιάζεται μέσα από ποσοστά και διερευνώνται οι συνέπειες και οι παροχές φροντίδας για την αντιμετώπισή του.	Ο σκοπός αυτού του άρθρου είναι να αναλύσει τις επιπτώσεις του συνδρόμου I.P.V. κατά την διάρκεια της κύησης, και να αναφέρει τα πρώτα βήματα για την αντιμετώπιση του προβλήματος.	Κύρια ευρήματα του άρθρου αυτού είναι ότι, η κακοποίηση εγκύων φέρει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο στην έγκυο όσο και στο έμβρυο, και κυρίως οι ανύπαντρες γυναίκες χαμηλού εισοδήματος διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο έκθεσης τους σε IPV.
2	(Tan et al., 2014), Αγγλία	Συγκριτική μελέτη διότι πραγματοποιήθηκε έρευνα ανάμεσα στη διαχείριση και τα αποτελέσματα μιας έκτοπης εγκυμοσύνης ένα χρόνο πριν δημιουργηθεί μονάδα πρώιμης εγκυμοσύνης σε σχέση με ένα χρόνο αργότερα, μετά την δημιουργία της.	Σκοπός του άρθρου είναι ανάδειξη της μελέτης αυτής, που αποδεικνύει την αποτελεσματικότητα μιας ειδικής μονάδας πρόωρης εγκυμοσύνης σε ένα νοσοκομείο και οι θετικές του παρεμβάσεις στην έγκυο.	Κύριο εύρημα του άρθρου είναι ότι η μονάδα πρώιμης εγκυμοσύνης σε ένα νοσοκομείο, σημειώνει στατιστικά σημαντική μείωση των επιπλοκών και της θνησιμότητας της γυναίκας.
3	(Grezskowiak et al., 2014), Νότια Αυστραλία	Η έρευνα είναι πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε δείγμα 378 γυναικών στην	Ο στόχος αυτής της τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής είναι να αξιολογηθεί η κλινική και η αποτελεσματικότητα κόστους	Το κύριο εύρημα του άρθρου είναι ότι το άσθμα μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην πορεία μιας εγκυμοσύνης. Γι' αυτόν τον λόγο μια υπηρεσία

		Νότια Αυστραλία.	μιας Υπηρεσίας Διαχείρισης Άσθματος.	διαχείρισης άσθματος είναι απαραίτητη σε μια έγκυο καθώς μπορεί να συμβάλει θετικά στον τρόπο αντιμετώπισης και να μειώσει την σχετική θνησιμότητα που προκαλείται.
4	(Krishnaswamy et al., 2018), Αυστραλία	Πολυκεντρική μελέτη.	Σκοπός της μελέτης είναι η ανάδειξη του μητρικού εμβολιασμού από τη νοσοκόμα, ως μια ασφαλή και αποτελεσματική στρατηγική για τη μείωση της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας από κοκκύτη και γρίπη.	Η πρόσληψη βελτιώθηκε σημαντικά και στα τρία νοσοκομεία μελέτης, με την πιο σημαντική αλλαγή να σημειώνεται στο νοσοκομείο όπου εισήχθησαν πάγιες εντολές.
5	(Grzeskowiak et al., 2015), Ιρλανδία	Προοπτική μελέτη παρατήρησης κοόρτης εγκύων ασθματικών γυναικών που παρακολουθήθηκαν προοπτικά με επισκέψεις στις 12, 20, 28 και 36 εβδομάδες κύησης	Διερευνάται το αντίκτυπο της εισαγωγής μιας υπηρεσίας διαχείρισης για τον έλεγχο του άσθματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπό την καθοδήγηση νοσοκόμων που προσφέρει εκπαίδευση και υποστήριξη αυτοδιαχείρισης του άσθματος.	Όσοι συμμετείχαν στην υπηρεσία διαχείρισης του προγεννητικού άσθματος εμφάνισαν σημαντική ελάττωση για παροξύνσεις, απώλεια ελέγχου και για επίμονο ανεξέλεγκτο άσθμα.
6	(Pallitto et al., 2016), Γιοχάνεσμπουργκ, Νότια Αφρική	Τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή 504 εγκύων γυναικών από τρεις προγεννητικές κλινικές οι οποίες θα τυχαιοποιηθούν υπό την καθοδήγηση της νοσοκόμας σε δύο συνεδρίες συμβουλευτικής 30 λεπτών.	Η ανάδειξη της σημασίας και της αποτελεσματικότητας της συμβουλευτικής παρέμβασης που δοκιμάζεται υπό της καθοδήγηση νοσοκόμας, ως προς την βελτίωση της ασφάλειας, της ενδυνάμωσης, της ψυχικής υγείας και της συμπεριφοράς των κακοποιημένων εγκύων γυναικών που αναζητούν βοήθεια.	Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιβεβαίωσαν ότι μια τέτοια παρέμβαση θα ήταν ευπρόσδεκτη και θα μπορούσε να είναι ένα σημαντικό βήμα στη στήριξη των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για τη βελτίωση της υγείας τόσο της δικής τους όσο και των παιδιών τους.

Πίνακας 7. Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ανάλυση Δεδομένων

Καθοδηγούμενη φροντίδα από νοσηλευτές για την αντιμετώπιση-διαχείριση των επιπλοκών κύησης

Σύμφωνα με την μελέτη των (Alhusen et al., 2015) η βία της συντρόφου (Intimate Partner Violence – IPV) κατά την κύηση προκαλεί ανεπανόρθωτες βλάβες στην γυναίκα και στο έμβρυο. Η νοσηλευτική δράση στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να είναι τάχιστα. Με βάση τα στοιχεία της μελέτης, η αμοιβαία εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή – ασθενούς, αποτελεί το πιο σημαντικό κομμάτι της θεραπείας. Επιπλέον, οι επισκέψεις νοσηλευτών στην οικία των γυναικών με υποψία IPV, έχει συμβάλλει στην μείωση τέτοιων επεισοδίων και στη βελτίωση της μετέπειτα ζωής όχι μόνο της μητέρας αλλά και του μωρού. Αυτό επιτυγχάνεται με την αξιολόγηση του χώρου και την εξέταση της ίδιας της γυναίκας σε καθημερινή βάση, όπως επίσης και η εκτίμηση πιθανών ψυχοκοινωνικών συμπεριφορών. Όπως αναφέρεται σε μία δοκιμή στις ΗΠΑ, μετά από τις νοσηλευτικές αυτές παρεμβάσεις στο σπίτι των γυναικών υψηλού κινδύνου, οι γυναίκες αυτές ανέφεραν σημαντική μείωση έκθεσής τους σε IPV.

Συνεχίζοντας για την βία στην εγκυμοσύνη, σε μελέτη που διεξήχθη στο Γιοχάνεσμπουργκ της Νότιας Αφρικής, φάνηκαν τα αρνητικά αποτελέσματά της τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβryo. Η προγεννητική φροντίδα κατείχε κυρίαρχο ρόλο με τον νοσηλευτή στην πρώτη θέση, όπου έγιναν παρεμβάσεις για τον εντοπισμό της βίας και παρείχαν υποστήριξη και συμβουλές στις γυναίκες αυτές, κάτι που όπως αποδείχτηκε μείωσε επόμενες εκδηλώσεις βίας και μετρίασε τις συνέπειές της. Στόχος του νοσηλευτή αποτέλεσε η βελτίωση της ψυχικής υγείας, της ασφάλειας και της αυτο-αποτελεσματικότητας των γυναικών αυτών. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 504 έγκυες γυναίκες από τρεις προγεννητικές κλινικές στο Γιοχάνεσμπουργκ. Στη συνέχεια υπό την καθοδήγηση των νοσηλευτών συμμετείχαν σε δύο συνεδρίες συμβουλευτικής διάρκειας 30 λεπτών. Η παρέμβαση που χρησιμοποιήθηκε ονομαζόταν «Safe & Sound» και βασίστηκε σε ένα "μοντέλο παροχής συμβουλών ενδυνάμωσης" υπό την καθοδήγηση νοσηλευτών. Περιλάμβανε την ενσυναισθητική ακρόαση, την κυκλική φύση της βίας των συντρόφων (εδώ γίνεται λόγος για τις καταχρηστικές σχέσεις, οι οποίες συχνά ακολουθούν το ίδιο μοτίβο, όταν δηλαδή μια

συμπεριφορά κακοποίησης υποχωρεί για ένα χρονικό διάστημα, μόνο για να αρχίσει ξανά αργότερα), την αξιολόγηση του κινδύνου, την συζήτηση επιλογών και την ανάπτυξη στρατηγικών ασφάλειας. Οι νοσηλευτές οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι στο πρόγραμμα αυτό, ήταν καταρτισμένοι και ειδικά εκπαιδευμένοι σε ένα πρόγραμμα διάρκειας 30 ωρών, σε περίοδο μίας εβδομάδας και βασίστηκε σε ένα εγχειρίδιο το οποίο περιλάμβανε συνδυασμό παρουσιάσεων, συμμετοχικών δραστηριοτήτων, αναγνώσεων, προβληματισμών και ρόλων. Η συμβολή των νοσηλευτών μέσω αυτού του προγράμματος, είχε ως στόχο τον έλεγχο της συμπεριφοράς των γυναικών, τη βελτίωση της αίσθησης ελέγχου της γυναίκας στη ζωή της και την ανάπτυξη στρατηγικών για τη μείωση της ενδοοικογενειακής βίας (Pallitto et al., 2016).

Μία σημαντική επιπλοκή κατά την κύηση, είναι αυτή της πρώιμης εγκυμοσύνης, όπου τα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας της μητέρας και του εμβρύου είναι υψηλά. Ένας ανασταλτικός παράγοντας για την αντιμετώπιση των επιπλοκών στην πρώιμη εγκυμοσύνη, είναι οι περιορισμένοι νοσοκομειακοί πόροι. Σε έρευνα που έλαβε χώρα σε νοσοκομείο του Λονδίνου, σύμφωνα με την έρευνα των Tan et al., (2014) στην οποία υπήρχε σύγκριση περιστατικού γυναίκας με έκτοπη κύηση ένα χρόνο πριν την δημιουργία καθοδήγησης υπηρεσιών από αρμόδιους νοσηλευτές, σε σχέση με ένα χρόνο μετά την δημιουργία της φάνηκε να προδίδει αρκετά οφέλη. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα των γυναικών που δέχτηκαν την απαραίτητη συμβουλευτική βοήθεια από εξειδικευμένους νοσηλευτές για τις περιστάσεις αυτές έδειξαν πως η αξιολόγηση της κατάστασης ήταν πιο εύκολη και διαχειρίσιμη, οι εξετάσεις ήταν λιγότερες και ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο μειωμένος.

Επίσης, η συμβολή των νοσηλευτών κρίνεται απαραίτητη και στην αντιμετώπιση του άσθματος στις περιπτώσεις περιγεννητικής φροντίδας των γυναικών σύμφωνα με την μελέτη (Grzeskowiak et al., 2014). Παρά την αναγκαιότητα διαχείρισης του άσθματος και τη βελτιστοποίηση των συνθηκών που επηρεάζουν την εγκυμονούσα ασθενή, όπως και το έμβρυο, έχουν πραγματοποιηθεί ελάχιστες έρευνες για την αντιμετώπισή του. Στόχος της έρευνας αυτής λοιπόν, που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία, ήταν η σωστή εκμάθηση αυτοδιαχείρισης του άσθματος στις εγκυμονούσες από τον αρμόδιο νοσηλευτή, με σκοπό την λιγότερη δυνατή ενόχληση ή βλάβη του εμβρύου κατά την προγεννητική περίοδο και την καλύτερη έκβαση της εγκυμοσύνης. Σύμφωνα με την έρευνα, το άσθμα αποτελεί κυριότερη πηγή επιπλοκών σε ποσοστό

12% των εγκύων κάθε χρόνο. Σημαίνοντα ρόλο διαδραματίζει η χρήση ειδικά εκπαιδευμένων σε τομείς του αναπνευστικού νοσηλευτών, η οποία ελαχιστοποιεί τους κινδύνους επιπλοκών τόσο πριν, όσο και μετά την κύηση.

Η διαχείριση του άσθματος όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί βασικό κομμάτι της προγεννητικής φροντίδας. Η μελέτη των Grzeskowiak et al., (2015) αποτελεί μία προοπτική, μελέτη παρατήρησης κοόρτης εγκύων ασθματικών γυναικών, στην οποία οι έγκυες γυναίκες που συμμετείχαν, παρακολούθηθηκαν κατά την 12η, 20η, 28η και 36η εβδομάδα κύησής του προοπτικά. Σε αυτή τη διαδικασία γινόταν συνεχείς επιδιώξεις διαχείρισης του άσθματος και μελετήθηκαν τα περιγεννητικά αποτελέσματα. Μέσω λοιπόν της φροντίδας των νοσηλευτών, την παρακολούθησής τους και της εκπαίδευσης των εγκύων για την διαχείριση του άσθματος, φάνηκε στο τέλος της μελέτης ότι οι παροξύνσεις, η απώλεια ελέγχου και το επίμονο άσθμα μειώθηκαν αισθητά. Η εισαγωγή λοιπόν μιας υπηρεσίας διαχείρισης για τον έλεγχο του άσθματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης υπό την καθοδήγηση νοσοκόμων που προσφέρει εκπαίδευση και υποστήριξη αυτοδιαχείρισης του άσθματος φαίνεται πως επέτυχε.

Τέλος, σύμφωνα με τους Krishnaswamy et al., (2018). η συμβολή των νοσηλευτών στην εφαρμογή της στρατηγικής για τη μείωση της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας από κοκκύτη και γρίπη είναι αρκετά σημαντική. Σε μελέτη που έγινε αποδείχθηκε ότι ο μητρικός εμβολιασμός αποτελεί μια αποτελεσματική και ασφαλή λύση. Οι νοσηλευτές ενημερώνουν τις έγκυες μητέρες και βοηθούν στην πρόσβασή τους στον εμβολιασμό. Οι πάγιες εντολές εφαρμοζόμενες από τους νοσηλευτές σε συνδυασμό με την πρωτοβάθμια περίθαλψη ενός γενικού ιατρού, βελτιώνει σημαντικά την κατάσταση της εγκύου και την γνωστοποίηση και αποδοχή του μητρικού εμβολιασμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε για την εκπόνηση της εργασίας, προκύπτουν συμπεράσματα τόσο για τον σπουδαίο ρόλο της σχέσης του νοσηλευτή με την έγκυο, όσο και για τις πρακτικές πρόληψης και θεραπείας των επιπλοκών που συνδέονται με την προαγωγή της υγείας της εγκύου. Μία επιπλοκή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της κύησης, από τις πρώτες εβδομάδες, έως και την στιγμή πριν τον τοκετό. Σε κάποιες περιπτώσεις, μία επιπλοκή μπορεί απλά να δυσχεραίνει την έγκυο κατά την πορεία της κύησης, ενώ σε άλλες περιπτώσεις, η διακοπή της κύησης είναι η μόνη λύση για την ασφάλεια της γυναίκας. Σε κάθε λοιπόν περίπτωση, η έγκυος θα πρέπει να ενημερώνεται και να βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με τον μαιευτήρα- γυναικολόγο της, για τις πιθανές επιπλοκές αλλά και για την αναγνώρισή τους. Για την αντιμετώπιση της κάθε επιπλοκής, σημαντικό ρόλο θα παίζει και ο νοσηλευτής και η νοσηλευτική διεργασία που θα πραγματοποιηθεί.

Ο ρόλος του νοσηλευτή, είναι πολυδιάστατος. Αυτό συμβαίνει, καθώς ο νοσηλευτής αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στις πρακτικές πρόληψης των επικείμενων επιπλοκών. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την ενθάρρυνση της επίτευξης του ιδανικού βάρους, της διακοπής του καπνίσματος, της επαρκούς φυσικής δραστηριότητας, της διακοπής των ναρκωτικών ουσιών, και της ελαχιστοποίησης της κατανάλωσης οινοπνεύματος και της ενημέρωσης της εγκύου. Οι πρακτικές αυτές, είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την προαγωγή της υγείας της εγκύου.

Ο νοσηλευτής καλείται συχνά να παρέχει σαφείς πληροφορίες και εξηγήσεις στην έγκυο και να απαντάει στις ερωτήσεις της. Επιπλέον, ο νοσηλευτής, θα πρέπει να παρέχει ένα περιβάλλον στην έγκυο τέτοιο ώστε να αισθάνεται άνετα και ασφαλής και να την καθησυχάζει για την πορεία και την εξέλιξη της υγείας της. Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί επίσης ένα σπουδαίο κομμάτι της διεργασίας του, που έχει ως στόχο την μείωση και την σταθεροποίηση της αίσθησης του φόβου, του στρες και της αγωνίας, και της ανάπτυξης μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ της εγκύου και του νοσηλευτή. Εν κατακλείδι, για την καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών αυτών, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκπαιδεύεται επαρκώς και να ακολουθεί λεπτομερώς τις

εντολές και οδηγίες που δίνονται από τον γιατρό, μαιευτήρα- γυναικολόγο. Τέλος, πρέπει να υπογραμμιστεί, ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να μένει ανεπηρέαστος ψυχολογικά από τα περιστατικά αυτά, ώστε να μπορεί να είναι ψύχραιμος, και να εφαρμόζει την λογική και την ορθή κρίση του σε όποια κατάσταση κληθεί να αντιμετωπίσει.

Βιβλιογραφία

Arachchillage, D.R.J. & Makris, M., 2019. *Inherited Thrombophilia and Pregnancy Complications: Should We Test?*. National Library of Medicine.

Association, A.D., 2012. *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*.

Berry, N. et al., 2018. *Transcatheter Aortic Valve Replacement for Bioprosthetic Aortic Stenosis in Pregnancy*. American Collage of Cardiology Foundation.

Brown, J.E., 2016. *ΗΔιατροφήστονΚύκλοτηςΖωής*. 5^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Campbell, S. & Lees, C., 2009. *Μαιευτική & Γυναικολογία*. 17^η έκδοση. Αθήνα: Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Campello, E., Spiezia, L., Adamo, A. & Simioni, P., 2019. *Thrombophilia, risk factors and prevention*. Expert Review of Hematology.

Cinciripini, P.M. et al., 2000. *An Evaluation of Videotaped Vignettes for Smoking Cessation and Relapse Prevention During Pregnancy: the Very Important Pregnant Smokers (VIPS) program*.

Drake, P., Driscoll, A.K. & Mathews, T.J., 2018. *Cigarette Smoking During Pregnancy*. United States: CDC Stacks.

Edge, R. & Butcher, R., 2019. *Buprenorphine for Opioid Use Disorders during Pregnancy: A Review of Comparative Clinical Effectiveness, Safety, Cost-Effectiveness, and Guidelines*.

iatronet.gr, n.d., 2020. *Εκλαμψία*.

iatronet.gr, n.d., 2020 *Σύνδρομο HELLP*.

iatronet, 2016. *Μήπως είστε υποψήφια μητέρα υψηλού κινδύνου*.

iatronet, 2017. *Αιμορροΐδες*.

iatronet, 2018. *Εγκυμοσύνη Κατά την Διάρκεια της Εφηβείας*.

Lemcke, D., Pattison, J., Marshall, L.A. & Cowley, D.S., 2014. *ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ: Διάγνωση & Θεραπεία*. 1^η έκδοση. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Lowdermilk, D.L., Perry, S.E. & Cashion, K., 2013. *Νοσηλευτική Μητρότητας*. 8^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Marchi, J. et al., 2015. *Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews*.

Martins, L.G., 2017. *Chronic Hypertension and Pregnancy*. National Library of Medicine. p.395-407.

Orwat, S. et al., 2016. *Risk of Pregnancy in Moderate and Severe Aortic Stenosis*. Journal of the American College of Cardiology. p.1727-1737.

Riz, A.M.S., 2012. *Prepregnancy Obesity: Determinants*. American Society for Nutrition. p.105- 107.

Simcox, L.E., Ormsher, L., Tower, C. & Greer, I.A., 2015. *Thrombophilia and Pregnancy Complications*. National Library of Medicine.

Srikanth, J.K., Gupta, N., Chakrabarti, S. & Ish, P., 2020. *Eisenmenger syndrome with pregnancy – Double trouble*. Indian Journal of Medical specialities. p.44-46.

Stout, K.K. & Otto, C.M., 2006. *Pregnancy in women with valvular heart disease*. PMC. p.552-558.

Yuan, S.-M., 2016. *Eisenmenger Syndrome in Pregnancy*. Brazilian Journal Cardiovascular Surgery. p.325–329.

Αλεξοπούλου, Ε., Γιαννούση, Ν. & Θανασάς, Ι.Κ., 2017. *Πρόληψη και Αντιμετώπιση της Μητρικής Παχυσαρκίας στην Κύηση*.

Αντσακλής, Α., 2010. *Μαιευτική και Γυναικολογία*. 2^η έκδοση. Αθήνα : Παρισιάνου Α.Ε..

Αρμενιάκος, Α., 2008. *Γαστρεντερικές Ενοχλήσεις στην Εγκυμοσύνη*.

Βασδέκη, Δ., 2007. *Μητρική παχυσαρκία, εγκυμοσύνη και περιγεννητική έκβαση*. "ΕΛΕΥΘΩ". p. 109-115.

Γιαπιτζάκη, Χ., 2013. *Θρομβοφιλία: Κληρονομική προδιάθεση για θρομβωτικά επεισόδια*.

Γκικόντες, Ε., 2002. *Κάπνισμα*.

Γκικόντες, Ε., 2003. *Κάπνισμα και εγκυμοσύνη*.

Γκικόντες, Ε., 2005. *Ινομώματα*. iatronet.gr.

Γλεντής, Π., 2010. *Παχυσαρκία και Υπογονιμότητα*.

Ιατράκης, Γ., 2010. *Παθολογία Κύησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.

Ιατράκης, Γ., 2015. *Μαιευτικά προβλήματα και λύσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Καλλίπος.

Λουκοπούλου, Α., Ευαγγελοπούλου, Β. & Μπεχράκης, Π., 2010. *Κάπνισμα και Κύηση*.

Μακρής, Θ.Κ. & Θωμόπουλος, Κ., 2016. *Υπέρταση στην εγκυμοσύνη*. p.82-92.

- Μπαλτόπουλος, Γ.Ι., 2001. *ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ*. Αθήνα: Π.Χ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, n.d. *Υπέρταση στην κύηση :Προεκλαμψία*.
- Παναγιαννοπούλου, Γ., 2014. *Εγκυμοσύνη: Τι προσέχουμε στην Διατροφή ανά Τρίμηνο*. iatronet.gr.
- Παναγιωτίδου, Α.Π., 2006. *Το Βιβλίο της Μητρότητας*. Αθήνα : Μίνωας.
- Παπαθανάκος, Ξ., 2017. *Προεκλαμψία: Μια ύπουλη απειλή για την εγκυμοσύνη*.
- Παπαθανάκος, Ξ., 2018. *Ινομώματα: Πόσο Επηρεάζουν την Εγκυμοσύνη*.iatronet.gr.
- Παπανικολάου, Ν., 2012. *Υπέρταση στην Κύηση : Προεκλαμψία*.
- Παρασκευοπούλου, Ι.Ν., 1985. *Εξελικτική Ψυχολογία: Η Ψυχική Ζωή από τη Σύλληψη ως τη Ενηλικίωση*. Αθήνα : ΑΘΗΝΑ.
- Παρασύρης, Β., 2014. *Αιμορροΐδες: Αιτίες Συμπτώματα και Θεραπεία*. iatronet.gr.
- Χηνιάδης, Χ.Χ., 2011. *Αποβολή ή Έμμηνος Ρύση;*. iatronet.gr.