

ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

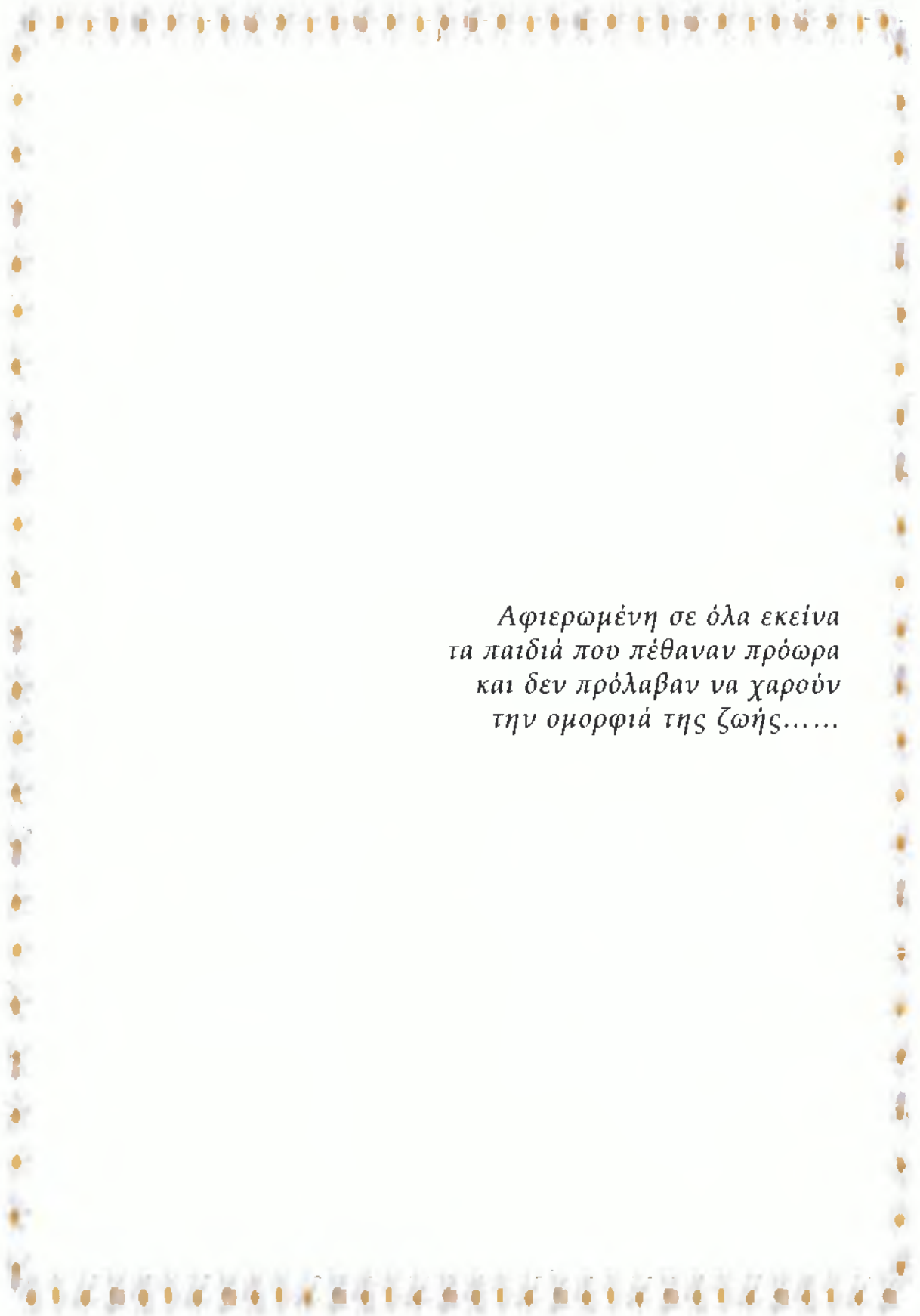
ΘΕΜΑ: ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΟ
ΕΤΟΣ 2000



ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΔΡΙΖΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:
ΣΠΥΡΟΥ ΧΡΥΣΑΝΘΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2003



*Αφιερωμένη σε όλα εκείνα
τα παιδιά που πέθαναν πρόωρα
και δεν πρόλαβαν να χαρούν
την ομορφιά της ζωής.....*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
Περιεχόμενα	1
Συνομογραφίες	4
Πρόλογος	5
Κεφάλαιο 1	8
Περιγεννητική Θνησιμότητα	
1.1 Εισαγωγή	9
1.2 Έννοια της περιγεννητικής θνησιμότητας	10
1.3 Ορολογία	13
1.4 Μέτρηση της περιγεννητικής θνησιμότητας	15
Κεφάλαιο 2	18
Βλαπτικοί παράγοντες του εμβρύου και μέτρα πρόληψης της γυναίκας	
2.1 Παράγοντες που δρουν βλαβερά στο έμβρυο και στο νεογέννητο	19
2.1.1 Βλαπτικοί παράγοντες πριν τη σύλληψη	19
2.1.2 Βλαπτικοί παράγοντες για το έμβρυο	20
2.2 Μέτρα πρόληψης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού	22
2.2.1 Προγεννητική φροντίδα	22
2.2.2 Ψυχολογία της εγκύου	24
2.2.3 Διατροφικές παρεμβάσεις	24
2.2.4 Ξεκούραση και ενυδάτωση	26
2.2.5 Αντιμετώπιση των λοιμώξεων	26
2.2.6 Άσθμα και εγκυμοσύνη	27
2.2.7 Οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες	30
2.2.8 Κύηση σε μικρή και μεγάλη ηλικία	31

Κεφάλαιο 3	34
Πρόωρα Νεογνά	
3.1 Έννοια του πρόωρου νεογνού	35
3.2 Αιτιολογία της προωρότητας	36
3.3 Διάγνωση του πρόωρου τοκετού	39
3.4 Πρόληψη του πρόωρου τοκετού	39
3.5 Φροντίδα των πρόωρων	40
3.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση	42
3.7 Ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του προβλήματος της νεογνικής προωρότητας	44
Κεφάλαιο 4	46
Εξετάσεις της εγκύου	
4.1 Βιοχημικές εξετάσεις	47
4.2 Βιοφυσικές εξετάσεις	47
4.2.1 Διαγνωστικοί υπέρηχοι	48
4.2.2 Καρδιοτοκογραφία	49
4.2.3 Doppler	50
Κεφάλαιο 5	52
Διαγνωστικές επεμβάσεις για την προγεννητική διάγνωση	
5.1 Αμνιοπαρακέντηση	53
5.2 Εμβρυοσκόπηση	54
5.3 Παρακέντηση ομφάλιου λώρου	55
5.4 Λήψη τροφοβλάστης	56
Κεφάλαιο 6	60
Κυήσεις υψηλού κινδύνου	
6.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα και κυήσεις υψηλού κινδύνου	61
6.2 Κυριότερα αίτια θανάτου νεογνών κατά την 1 ^η εβδομάδα ζωής τους	63

Κεφάλαιο 7	68
Περιγεννητικές λοιμώξεις	
7.1 Τοξοπλάσμωση	69
7.2 Ερυθρά	70
7.3 Ιός των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων	71
7.4 Έρπητας	72
Κεφάλαιο 8	75
Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών	
8.1 Λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών	76
8.2 Παράγοντες που ευθύνονται για Νοσοκομειακές Λοιμώξεις στη ΜΕΝΝ	79
8.3 Stress στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών	84
8.3.1 Μέτρα μείωσης του stress στις ΜΕΝΝ	88
Κεφάλαιο 9	89
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου	
9.1 Ίδρυση και λειτουργία του ΠΑΓΝΗ	90
9.2 Παιδιατρική κλινική	91
9.3 Περιγεννητική θνησιμότητα στην Κρήτη	93
9.3.1 Μέθοδος και υλικό	94
9.3.2 Αποτελέσματα	95
9.3.3 Παρατηρήσεις	99
Κεφάλαιο 10	
Συμπεράσματα	104

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΑΓΝΗ: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΜΕΝ: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας

ΜΕΝΝ: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

ΠΟΥ: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

ΚΝΣ: Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΝΣ: Νοσοκομειακές Λοιμώξεις

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία έχει ως κύριο σκοπό να αναλύσει την έννοια της περιγεννητικής θνησιμότητας, καθώς και όλους τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτήν. Η έννοια της σχετίζεται με τους θανάτους των νεογνών, τα οποία είναι πρόωρα ή έχουν ιδιαίτερα χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση.

Το θέμα είναι αρκετά ενδιαφέρον, αφού σε ωθεί στην γνωριμία ενός δείκτη, ο οποίος δεν μας δείχνει απλά τη θνησιμότητα των νεογνών, αλλά και τις επιπτώσεις που έχει στην οικονομική και κοινωνική ζωή της κάθε χώρας.

Ανάλογα με το μέγεθος του δείκτη σε κάθε χώρα, μας δίνεται η δυνατότητα να ελέγξουμε τη θνησιμότητα των βρεφών, καθώς και το επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης που έχει αυτή η χώρα σε αυτόν τον τομέα. Η προσπάθεια για μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας, οδηγεί σε δαπάνες που αφορούν την τεχνολογία ή ακόμα και έρευνες που πρέπει να πραγματοποιηθούν. Όταν το αποτέλεσμα είναι θετικό και παρατηρούμε μείωση του δείκτη, αυτό επιφέρει κοινωνική

ευημερία και ένα αισιόδοξο μήνυμα για το μέλλον και τη συνεχή μείωση του δείκτη της περιγεννητικής θνησιμότητας.

Σε περίπτωση όμως που ο δείκτης της περιγεννητικής θνησιμότητας έχει αυξηθεί, τότε πρέπει να αναρωτηθούμε για τις πολιτικές υγείας που επικρατούν και να ληφθούν μέτρα που θα αλλάξουν το μέγεθος του δείκτη με σκοπό πάντα με την ευημερία του κοινωνικού συνόλου.

Θεωρώ σημαντικό να αναφερθεί ότι η ελληνική βιβλιογραφία για το παρών θέμα είναι αρκετά ελλιπής σε σχέση με την ξένη βιβλιογραφία.

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια πρώτη προσέγγιση της ορολογίας της περιγεννητικής θνησιμότητας, στα αίτια που την προκαλούν και στις οικονομικές και κοινωνικές παραμέτρους της. Επίσης καταγράφονται στατιστικά στοιχεία για το έτος 2000 σε σύγκριση με το έτος 1995, που αφορούν την περιγεννητική θνησιμότητα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και γενικότερα στην περιφέρεια της Κρήτης.

Τα στοιχεία αντλήθηκαν από τα βιβλία που τηρούνται στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Ωστόσο υπήρξαν δυσκολίες, οι

οποίες οφείλονται στην ελλιπή γραμματειακή υποστήριξη του τμήματος.

Τέλος, σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και ιδιαίτερα το τμήμα Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών για την πολύτιμη βοήθεια του. Συγκεκριμένα θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Χατζηδάκη Ελευθερία, η οποία είναι στην γραμματεία του τμήματος Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και τον κύριο Μιχελάκη Νίκο από το τμήμα κίνησης ασθενών του νοσοκομείου. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Δρίζη Θεόδωρο, για την άριστη συνεργασία που είχαμε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Περιγεννητική Θνησιμότητα

1.1 Εισαγωγή

1.2 Έννοια της περιγεννητικής θνησιμότητας

1.3 Ορολογία

1.4 Μέτρηση της περιγεννητικής θνησιμότητας

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για να γίνει κατανοητή η έννοια της περιγεννητικής θνησιμότητας, η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δέκα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει βασικές έννοιες και ορολογία που θα μας χρειαστεί για την καλύτερη κατανόηση της εργασίας. Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει μέτρα πρόληψης και τους βλαπτικούς παράγοντες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια του πρόωρου νεογνού, αφού θεωρείται από τους πιο υπεύθυνους παράγοντες της περιγεννητικής θνησιμότητας. Τα κεφάλαια 4,5,6 και 7, ασχολούνται με όσα πρέπει να ξέρει μια γυναίκα ώστε να έχει ένα φυσιολογικό τοκετό όπως τις εξετάσεις, τις διαγνωστικές επεμβάσεις και τις σημαντικότερες περιγεννητικές λοιμώξεις.

Το κεφάλαιο 8 μας δίνει τη δυνατότητα να γνωρίσουμε έναν από τους πιο σημαντικούς, αλλά και συγχρόνως δύσκολους χώρους του νοσοκομείου όπως είναι οι Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Στο κεφάλαιο 9 περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα που βρέθηκαν για την περιγεννητική θνησιμότητα στην Κρήτη και συγκεκριμένα στο ΠΑΓΝΗ. Τα αποτελέσματα αφορούν το έτος 2000 σε σύγκριση με το

1995. Τέλος το κεφάλαιο 10 περιλαμβάνει τα συμπεράσματα που απορρέουν από την παρούσα εργασία.

1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί έναν από τους πιο αξιόπιστους δείκτες εκτίμησης του επιπέδου μαιευτικής και νεογνικής φροντίδας και γενικότερα των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας¹. Οι διακυμάνσεις της μεταξύ των διαφόρων χωρών είναι μεγάλες, με τάσεις συνεχούς μείωσης τα τελευταία χρόνια διεθνώς. Η βελτίωση που συντελέστηκε τα τελευταία χρόνια στα ποσοστά επιβίωσης νεογνών με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης υπήρξε θεαματική και αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά επιτεύγματα της ιατρικής του εικοστού αιώνα. Η πρόοδος αυτή οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως:

- Στην καλύτερη κατανόηση της παθολογίας του πρόωρου νεογνού

¹ Gissler M., Olivia E., Teperi J., Heminuinki E., Impact of induced abortions and statistical definitions on perinatal mortality figures. *Pediatric Perinat Epidemiol* 1994, σελ. 391-392

- Στις εξελίξεις της μαιευτικής
- Στη χρήση προηγμένης τεχνολογίας και
- Στη δημιουργία σύγχρονων νεογνολογικών μονάδων και περιγεννητικών κέντρων στελεχωμένων με εξειδικευμένους μαιευτήρες και νεογνολόγους ικανούς να φροντίσουν τόσο την έγκυο όσο και το νεογνό της.

Εννιά εκατομμύρια νεογνά σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο δεν προλαβαίνουν να συμπληρώσουν ένα μήνα ζωής και πεθαίνουν, στις αναπτυσσόμενες κυρίως χώρες, τα μισά από αιτίες, που μπορούν να προβλεφτούν και δυνητικά να προληφθούν, όπως είναι η αστία και οι λοιμώξεις. Αντίθετα σημαντικότερη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στις ανεπτυγμένες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, χάρη στις αλματώδεις προόδους, που έχουν σημειωθεί στη νεογνολογία, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρονται στην έγκυο και στο νεογέννητο.

Η νεογνική και η περιγεννητική θνησιμότητα αντικατοπτρίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που προσφέρονται στην έγκυο και στο νεογέννητο. Ωστόσο μέχρι τη δεκαετία του 1980 οι στρατηγικές στόχευαν κυρίως στη μείωση της θνησιμότητας των

βρεφών μετά τον πρώτο μήνα της ζωής, ενώ η θνησιμότητα των νεογνών καθώς και οι γεννήσεις νεκρών παρέμεναν υψηλές². Έτσι σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες η νεογνική θνησιμότητα αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της συνολικής βρεφικής θνησιμότητας. Τα Ηνωμένα Έθνη υπολογίζουν ότι η νεογνική θνησιμότητα στις αναπτυγμένες χώρες είναι υποεξαπλάσια εκείνης των αναπτυσσόμενων χωρών. Στην Ελλάδα, η νεογνική θνησιμότητα είναι υψηλότερη από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά η διαφορά έχει μειωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες

Η περιγεννητική περίοδος παρουσιάζει ιδιαιτερότητα καθώς χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα υψηλή μητρική, εμβρυϊκή και νεογνική θνησιμότητα. Για την περιγεννητική θνησιμότητα δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία, καθώς η καταγραφή των νεογνών που γεννιούνται νεκρά είναι ανεπαρκής ή λείπει τελείως σε πολλές χώρες.

Αναφορικά με τις αιτίες των θανάτων στις ηλικίες αυτές, το μεγαλύτερο ποσοστό των περιγεννητικών και νεογνικών θανάτων,

² Fenton AC et al. Attitudes to viability of preterm infants and their effect on figures for perinatal mortality. British Medical Journal 1990 σελ 434-436

τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, οφείλεται στις επιπλοκές της κύησης και του τοκετού.

1.3 ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Ο όρος περιγεννητική θνησιμότητα³ αναφέρεται στον αριθμό των θανάτων από την 28^η εβδομάδα της κύησης μέχρι την 7^η μέρα μετά τη γέννηση, ανά 1000 γεννήσεις. Η επιβίωση όμως των νεογνών που γεννήθηκαν μετά από κύηση 25 εβδομάδων δεν είναι πλέον σπάνιο γεγονός, ενώ έχει παρουσιαστεί επιβίωση νεογνών που γεννήθηκαν μετά από κύηση 24 ή και 23 εβδομάδων.

Στη συνέχεια ακολουθεί μια σύντομη ανάλυση κάποιων όρων που θα συναντάμε συχνά στην παρούσα εργασία και μια πρώτη γνωριμία με τους κυριότερους μητρικούς και περιγεννητικούς δείκτες.⁴

- **Η γέννηση** είναι η έξοδος από τη μητέρα ενός ή περισσότερων εμβρύων βάρους $\geq 500\text{g}$ ή μήκους $\geq 25\text{cm}$ ή ≥ 24 εβδομάδων κύησης.

³ Επίτομη Παιδιατρική-Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Σελ. 136-137

⁴ Σ.Ε. Καρπάθιος Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική. Β' Τόμος. Δεύτερη έκδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts Σελ. 607-608

- **Η έκτρωση** είναι η έξοδος από τη μητέρα, αυτόματα ή τεχνητά, ενός ή περισσότερων εμβρύων βάρους <500g ή <25cm ή <24 εβδομάδων κύησης.
- **Ο δείκτης γεννήσεων** είναι ο αριθμός των γεννήσεων σε πληθυσμό 1000 ατόμων.
- **Ο δείκτης γονιμότητας** είναι ο αριθμός γεννήσεων ζώντων νεογνών σε πληθυσμό 1000 γυναικών ηλικίας 15-44 ετών.
- **Η γέννηση ζώντος εμβρύου** είναι η γέννηση νεογνού (≥ 24 εβδομάδων κύησης) που αναπνέει κατά τη γέννηση ή δείχνει άλλα σημεία ζωής όπως είναι οι καρδιακοί παλμοί και οι αυτόματες κινήσεις.
- **Το θνησιγενές νεογνό ή γέννηση νεκρού εμβρύου**, ορίζεται το νεογνό (≥ 24 εβδομάδων κύησης), που κατά τη γέννησή του δε δείχνει κανένα από τα σημεία που αναφέραμε προηγουμένως.
- **Η περιγεννητική θνησιμότητα** είναι ο αριθμός των θνησιγενών νεογνών και των νεογνικών θανάτων, που συμβαίνουν σε 1000 γεννήσεις
- **Η νεογνική θνησιμότητα** είναι ο αριθμός των νεογνικών θανάτων που συμβαίνουν στις 29 πρώτες ημέρες της ζωής σε κάθε 1000 γεννήσεις ζώντων εμβρύων.

- Το πρόωρο νεογνό είναι αυτό που γεννάται πριν από τη συμπλήρωση της 37^{ης} εβδομάδας της κύησης.
- Το χαμηλού βάρους νεογνό είναι αυτό που γεννάται με βάρος μεταξύ 1000 και 2500g.
- Η μητρική θνησιμότητα είναι ο αριθμός των μητρικών θανάτων που οφείλονται στην αναπαραγωγική λειτουργία, σε 100000 γεννήσεις ζώντων νεογνών.

1.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ο Όρος Περιγεννητική Θνησιμότητα ήρθε στην επιφάνεια τη δεκαετία 1940-1950, επειδή τότε έγινε ξεκάθαρη η έννοια, εξαιτίας της τεράστιας πτώσης του συνολικού ποσοστού θνησιμότητας των βρεφών και τους κινδύνους που είχαν να πεθάνουν αμέσως μετά τη γέννηση. Η μέτρηση της Περιγεννητικής Θνησιμότητας γίνεται δύσκολα, επειδή ο ορισμός των χαρακτηριστικών της θεωρείται προβληματικός.

Κάθε χώρα με βάση το Σύνταγμα και τους νόμους της οριοθετεί τα δικά της όρια βιωσιμότητας και θεσμοθετεί τα δικά

της όρια καταγραφής των εμβρύων που γεννιούνται νεκρά στη δική της επικράτεια. Αυτή η διαφορά που υπάρχει μεταξύ των χωρών κάνει δύσκολη την σύγκριση μεταξύ τους. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προτείνει την καταγραφή κάθε εμβρύου με βάρος γέννησης μεγαλύτερου των 500 γραμμαρίων. Σε πολλές από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής κάθε νεογνό που γεννιέται νεκρό μετά από κύηση μεγαλύτερη των 20 εβδομάδων καταγράφεται σαν θνησιγενές, ενώ είναι γνωστό ότι στη Γαλλία κάθε εμβρυϊκός θάνατος που επισυμβαίνει πριν την 28^η εβδομάδα της κύησης δεν καταγράφεται. Σύμφωνα με την ισχύουσα από το 1976 νομοθεσία στη χώρα μας, καταγράφεται σαν νεκρό κάθε έμβρυο που γεννιέται μετά από κύηση 180 ημερών ή 25 εβδομάδων και 5 ημερών. Ο δείκτης της Περιγεννητικής Θνησιμότητας χρησιμοποιείται συχνά για να κατευθύνει μια χώρα σε ότι αφορά την ποιότητα της μαιευτικής και νεογνικής φροντίδας, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες. Για να γίνει η σύγκριση μεταξύ των χωρών, συνήθως τα ποσοστά της Περιγεννητικής Θνησιμότητας της κάθε χώρας δημοσιεύονται σε δύο καταστάσεις. Μία για τα εθνικά στατιστικά και μία για διεθνείς συγκρίσεις.

Στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα το ποσοστό της Περιγεννητικής Θνησιμότητας μειώθηκε σημαντικά λόγω των αναπτυγμένων κοινωνικών συνθηκών που δημιουργήθηκαν στον τομέα της παροχής φροντίδας. Επίσης η αναλογία των περιγεννητικών θανάτων οι οποίοι αφορούσαν τα πρόωρα και τα νεογνά με πολύ χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση, αυξήθηκε σημαντικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Βλαπτικοί παράγοντες του εμβρύου και μέτρα πρόληψης της γυναίκας

2.1 Παράγοντες που δρουν βλαβερά στο έμβρυο και στο νεογέννητο

2.1.1 Βλαπτικοί παράγοντες πριν τη σύλληψη

2.1.2 Βλαπτικοί παράγοντες για το έμβρυο

2.2 Μέτρα πρόληψης της γυναίκας κατά τη διάρκεια του τοκετού

2.2.1 Προγεννητική φροντίδα

2.2.2 Ψυχολογία της εγκύου

2.2.3 Διατροφικές παρεμβάσεις

2.2.4 Ξεκούραση και ενυδάτωση

2.2.5 Αντιμετώπιση των λοιμώξεων

2.2.6 Άσθμα και εγκυμοσύνη

2.2.7 Οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες

2.2.8 Κύηση σε μικρή και μεγάλη ηλικία

2.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΡΟΥΝ ΒΛΑΠΤΙΚΑ ΣΤΟ ΕΜΒΡΥΟ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ

2.1.1 Οι Κυριότεροι παράγοντες που δρουν βλαπτικά πριν από τη σύλληψη είναι οι εξής:⁵

Κοινωνικοί

- Χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Έλλειψη οικογενειακού προγραμματισμού.
- Κακή διατροφή της μητέρας

Νοσήματα της μητέρας

- Διαβήτης
 - Αναιμία
 - Υπέρταση
 - Χρόνιο νεφρικό νόσημα
 - Χρόνιο καρδιακό νόσημα
 - Παχυσαρκία

Μαιευτικοί

- Ηλικία της μητέρας
- Πολύτοκος

⁵ Επίτομη Παιδιατρική-Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Σελ. 139-140

- Προηγούμενο ιστορικό εμβρυϊκού θανάτου
- Προηγούμενο ιστορικό συγγενών ανωμαλιών ή κληρονομικών νοσημάτων
- Ηλικία του πατέρα
- Προηγούμενη καισαρική τομή

2.1.2 Βλαπτικοί παράγοντες για το έμβρυο θεωρούνται οι εξής:⁶

- **Νικοτίνη.** Η κατανάλωση 20 τσιγάρων έχει σαφή δυσμενή επίπτωση στην εξέλιξη της κύησης. Το κάπνισμα σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό Αυτομάτων Εκτρώσεων (ΑΕ), υπολειπόμενου βάρους γέννησης των νεογνών, πρόωρης αποκόλλησης του πλακούντα κ.α Σχετίζεται επίσης με το σύνδρομο αιφνίδιων θανάτων της παιδικής ηλικίας και διαταραχές της παιδικής συμπεριφοράς.
- **Καφεΐνη.** Παρόλο που δεν έχει διασταυρωθεί στατιστικά η επίδραση της καφεΐνης στην έγκυο και στο έμβρυο, καλό είναι να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της κύησης.

⁶ Σ.Ε. Καρπάθιος Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική. Β' Τόμος. Δεύτερη έκδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts Σελ. 607-608

- **Οινόπνευμα.** Η κατανάλωση οινοπνευματούχων ποτών, σε ποσότητα που να αντιστοιχεί σε 42 g καθαρού οινοπνεύματος το 24ωρο, σχετίζεται με το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο, που χαρακτηρίζεται από λειτουργικές και ανατομικές ανωμαλίες του ΚΝΣ και διαφόρων άλλων συστημάτων. Μέχρι σήμερα δεν κατορθώθηκε να προσδιοριστεί με βεβαιότητα αν υπάρχει μια ασφαλής δόση, που να μη θεωρείται βλαπτική για το έμβρυο, είναι όμως βέβαιο ότι η αιθανόλη διέρχεται τον πλακούντα με ευχέρεια και βρίσκεται στην εμβρυϊκή κυκλοφορία στις ίδιες συγκεντρώσεις που παρατηρούνται και στη μητέρα.
- **Άλλες εθισμογόνες ουσίες** Οι πιο συχνές εθισμογόνες ουσίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν από μια έγκυο γυναίκα είναι: η Ινδική κάνναβης, οινοπνευματώδη, παραισθησιογόνα και ναρκωτικά. Συνήθως οι γυναίκες αυτές υποσιτίζονται, δεν προσέχουν τον εαυτό τους και είναι επιρρεπείς στα διάφορα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η πορεία της κύησης αυτών των γυναικών χαρακτηρίζεται από σοβαρές επιπλοκές τόσο για τις ίδιες όσο και για το έμβρυο.
- **Ακτινοβολία- υπέρηχοι.** Η ιονίζουσα ακτινοβολία αναγνωρίζεται ως ένας βέβαιος βλαπτικός παράγοντας για το

έμβρυο. Μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στη διάπλαση του εμβρύου ή να προκαλέσει εμβρυϊκό θάνατο. Επίσης φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο ποσοστό εμφάνισης λευχαιμίας σε παιδιά που υποβλήθηκαν σε ακτινολογικές διαγνωστικές εκθέσεις. Η έκθεση του εμβρύου στους υπέρηχους δεν φαίνεται να έχει δυσμενείς αντιδράσεις.

2.2 ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

2.2.1 Προγεννητική φροντίδα

Με τον όρο προγεννητική φροντίδα εννοούμε τη φροντίδα που δέχεται η έγκυος γυναίκα κατά τη διάρκεια της κύησης. Η σωστή παροχή της προγεννητικής φροντίδας, βοηθάει συχνά στη μείωση των πρόωρων τοκετών. Αυτό αποδεικνύεται με το γεγονός, ότι οι γυναίκες που παρακολουθούνται συχνά και καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης τους παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα, έχουν λιγότερες πιθανότητες για έναν πρόωρο τοκετό σε σχέση με τις γυναίκες που κατά τη διάρκεια της κύησης τους δεν δίνουν

ιδιαίτερη προσοχή. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτο διότι μια γυναίκα που έχει πρόωρο τοκετό, είναι λογικό να έχει κάνει λιγότερες επισκέψεις στον γυναικολόγο της σε σχέση με μια γυναίκα με φυσιολογικό τοκετό.

Η προγεννητική φροντίδα περιλαμβάνει διάφορες δραστηριότητες όπως: τη σωστή ενημέρωση του ασθενή, τη μελέτη περιπτώσεων, επισκέψεις στο σπίτι και διατροφικές συμβουλές, οι οποίες επιδρούν θετικά στη μείωση των πρόωρων γεννήσεων.⁷

Επίσης υπάρχουν προγράμματα που αφορούν τη χρήση ναρκωτικών, την κατανάλωση αλκοόλ και του καπνίσματος και έχουν σκοπό την ενημέρωση για τη ζημιά που προκαλούν στον άνθρωπο και ιδιαίτερα σε μια έγκυο γυναίκα.

⁷ <http://content.nejm.org/cgi/content/full>

2.2.2 Ψυχολογία της εγκύου

Σημαντικός παράγοντας είναι η ψυχολογία που πρέπει να έχει μία έγκυος γυναίκα. Πάνω απ' όλα πρέπει να είναι ήρεμη και να αποφεύγει δυσάρεστες καταστάσεις. Να μην έχει άγχος και να αποφεύγει την πίεση και το στρες της καθημερινότητας. Να προτιμάει ήσυχους χώρους ώστε να μπορεί να ξεκουράζεται



και να ηρεμεί και τέλος να ακούει απαλή μουσική, η οποία θεωρείται ευεργετική για την ίδια αλλά και για το έμβryo.

2.2.3 Διατροφικές παρεμβάσεις

Στις αναπτυγμένες χώρες, οι γυναίκες που έχουν χαμηλότερο βάρος από το κανονικό και εκείνες που κερδίζουν πολύ λίγο βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θεωρούνται ότι έχουν περισσότερες πιθανότητες ενός πρόωρου τοκετού. Αυτό βέβαια

είναι κάτι το οποίο δεν είναι απόλυτο γιατί μπορεί να οφείλεται στον μεταβολισμό του ανθρώπου.

Υπάρχουν 4 τύποι διατροφής για μια έγκυο γυναίκα:

- Ειδικό διαιτολόγιο από τον γιατρό
- Συμπλήρωμα της διατροφής με πρωτεΐνες
- Συμπλήρωμα της διατροφής με περισσότερες θερμίδες
- Συμπλήρωμα της διατροφής με βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία

Οι γυναίκες οι οποίες έχουν αναιμία ή πολύ χαμηλό αιματοκρίτη πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα τη διατροφή τους και να τους παρέχονται τροφές πλούσιες σε σίδηρο.

Συνοπτικά, μία έγκυος γυναίκα είναι σημαντικό να προσέχει τη διατροφή της και να τις παρέχονται τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία. Επιπρόσθετα καλό θα ήταν να γυμνάζεται ώστε να έχει ευκολότερο τοκετό και να μην κάνει κατανάλωση σε αλκοόλ, τσιγάρα και φάρμακα τα οποία δεν έχουν εγκριθεί από το γιατρό της.

Ο συνδυασμός όλων των παραπάνω που αναφέρθηκαν σχετικά με τον τρόπο διατροφής της εγκυμονούσας, μπορεί να μειώσει το

ποσοστό του πρόωρου τοκετού, αρκεί η γυναίκα να είναι πολύ προσεκτική και να ακολουθεί πιστά τις συμβουλές των ειδικών.

2.2.4 Ξεκούραση και ενυδάτωση

Η ξεκούραση και η ενυδάτωση είναι βασικά στοιχεία στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και μετά τον τοκετό. Για αυτόν τον λόγο η νοσηλεία κάτω από τις κατάλληλες συνθήκες σχετίζεται με την μείωση των πρόωρων τοκετών. Ωστόσο κάποιες φορές η μη ακινησία της εγκυμονούσας και η πολλή ξεκούραση μπορεί να έχει αρνητικές επιδράσεις για την υγεία της, όπως είναι η θρόμβωση και το πνευμονικό οίδημα.

2.2.5 Αντιμετώπιση των λοιμώξεων

Τα τελευταία χρόνια γίνεται έρευνα για το πόσο επηρεάζεται ο πρόωρος τοκετός από τις λοιμώξεις της μήτρας. Πάνω από το 80% των πρόωρων τοκετών σχετίζονται με λοιμώξεις που παρουσιάζονται από τη ρήξη της μεμβράνης.

Η αντιμετώπιση των λοιμώξεων γίνεται με τη χρήση αντιβιοτικών φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτές και το έμβρυο. Η θεραπεία όμως με τα αντιβιοτικά θεωρείται αποτελεσματική και ασφαλής για την εγκυμονούσα εφόσον ακολουθείται η κατάλληλη δοσολογία.

2.2.6 Άσθμα και εγκυμοσύνη

Αυξημένη παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια η συχνότητα του άσθματος στις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας και το άσθμα είναι η πιο συχνή προϋπάρχουσα πάθηση που μπορεί να επιπλέξει την κύηση με συμπτώματα τόσο στην έγκυο, όσο και στο έμβρυο.

Το ποσοστό του άσθματος κατά την κύηση κυμαίνεται από 1-4%. Σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή διάγνωση και εκτίμηση της βαρύτητας της δύσπνοιας διότι πολλές φορές τα συμπτώματα υποεκτιμώνται και αποδίδονται λανθασμένα σε αίσθημα δύσπνοιας που παρατηρείται συχνά στην κύηση.⁸

⁸ <http://care.flash.gr/mag/topic/?id=4174>

Η πορεία του άσθματος κατά τη διάρκεια της κύησης, ποικίλει και η εξέλιξη της είναι απρόβλεπτη για κάθε συγκεκριμένη έγκυο. Το 35% περίπου των ασθματικών εγκύων παρουσιάζει βελτίωση του άσθματος κατά την κύηση, το 40% στασιμότητα και το 25% επιδείνωση.

Οι έγκυες με ήπιο άσθμα σπάνια παρουσιάζουν προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ εκείνες με βαρύ άσθμα βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ιδίως από την 24^η – 36^η εβδομάδα.

Σπάνια εμφανίζονται κρίσεις άσθματος τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες της κύησης και στον τοκετό. Υπάρχουν πολλές ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές κατά την κύηση που ευθύνονται για τη βελτίωση ή την επιδείνωση του άσθματος την περίοδο αυτή.

Όμως ένας κύριος λόγος επιδείνωσης της νόσου είναι ότι πολλές ασθματικές έγκυες ελαττώνουν ή και διακόπτουν τα αντιασθματικά φάρμακα από φόβο είτε δικό τους είτε μη ειδικών συμβούλων για την ασφάλεια τη δική τους αλλά κυρίως του εμβρύου.

Κάθε ασθματική έγκυος εκτός από τον τακτικό μηνιαίο έλεγχο από τον γυναικολόγο της, πρέπει να παρακολουθείται κάθε 4-6 εβδομάδες και από ειδικό πνευμονολόγο ο οποίος καθορίζει την εκάστοτε κατάλληλη αγωγή και οφείλει επιπλέον να την καθησυχάζει ότι τα

εισπνεόμενα αντιασθματικά φάρμακα έχουν ελάχιστο κίνδυνο για το έμβρυο σε σύγκριση με τον κίνδυνο που έχει μία ασθματική κρίση.

Η ανεπαρκής θεραπεία του άσθματος στην κύηση μπορεί να προκαλέσει παροξυσμούς με υποξυγοναιμία αρχικά στην έγκυο και στη συνέχεια στο έμβρυο. Αυτό οδηγεί σε επιπλοκές όπως: υπέρταση, προεκλαμψία και αιμορραγίες στη μητέρα και επιβράδυνση της ενδομήτριας ανάπτυξης, πρόωρο τοκετό, χαμηλό σωματικό βάρος, νεογνική υποξυγοναιμία και περιγεννητική θνησιμότητα στα νεογνά.

Η θεραπεία του άσθματος στην κύηση δε διαφέρει από την καθιερωμένη αντιμετώπιση της νόσου. Οι διεθνείς οδηγίες προτείνουν επιθετική θεραπεία του άσθματος. Σκοπός της θεραπείας είναι να περιορίζει τα συμπτώματα, να διατηρεί φυσιολογική αναπνευστική λειτουργία της εγκύου και να ελαχιστοποιεί τη συχνότητα εμφάνισης ασθματικών παροξυσμών.

Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις κήσεις ασθματικών γυναικών συγκριτικά με εκείνες υγιών γυναικών όταν το άσθμα θεραπεύεται σωστά. Τα εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά φάρμακα και η εισπνεόμενη κορτιζόνη αποτελούν το θεμέλιο λίθο της θεραπείας των ασθματικών γυναικών.

Σε μικρό ποσοστό γυναικών με σοβαρό άσθμα και συχνούς ασθματικούς παροξυσμούς απαιτείται θεραπεία με χάπια κορτιζόνης για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει μικρή επίδραση στην εμφάνιση υπέρτασης-προεκλαμψίας στην έγκυο και γέννηση νεογνού χαμηλού σωματικού βάρους που όμως σαφέστατα υπεραντισταθμίζεται από τον κίνδυνο της υποθεραπείας του άσθματος.

Το μήνυμα που πρέπει να πάρει κάθε ασθματική έγκυος είναι ότι με τη σωστή καθοδήγηση του ειδικού πνευμονολόγου η εγκυμοσύνη της μπορεί να έχει το ίδιο καλή εξέλιξη όπως και μιας φυσιολογικής εγκύου. Δεν πρέπει να φοβάται και να διακόπτει τα φάρμακά της διότι το μη ελεγχόμενο άσθμα θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο την υγεία αυτής και του εμβρύου από ότι οι παρενέργειες των αντιασθματικών φαρμάκων.

2.2.7 Οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες

Ο δείκτης της περιγεννητικής θνησιμότητας αντιπροσωπεύει για κάθε χώρα την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη του πληθυσμού της, καθώς υποτίθεται ότι δείχνει την ποιότητα της περιγεννητικής φροντίδας της χώρας, συμπεριλαμβάνοντας και την εγκυμοσύνη.

Χρησιμοποιείται για διεθνείς συγκρίσεις και οι στατιστικές της κάθε χώρας, βοηθούν στην προαγωγή της υγείας των πολιτών

Σε γενικές γραμμές ο δείκτης της περιγεννητικής θνησιμότητας, βοηθάει ώστε να παρέχεται μεγαλύτερη ποιότητα υπηρεσιών στα νοσοκομεία, στην αλλαγή υγειονομικών πολιτικών και στην αποδοτική κατανομή των πόρων, ώστε να προκύψουν καλύτερα αποτελέσματα.

2.2.8 Κύηση σε μικρή και μεγάλη ηλικία

Η μητρότητα αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή μιας γυναίκας. Δυστυχώς όμως η ηλικία που γίνεται μια γυναίκα μητέρα παίζει καθοριστικό ρόλο. Η πιο καλή αναπαραγωγική περίοδος είναι από 19-25 ετών. Όσο μεγαλύτερη είναι η απόκλιση από την οριοθέτηση αυτή των ηλικιών τόσο μεγαλώνει και η συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών.⁹

Η κύηση στην παιδική ηλικία είναι πολύ σπάνια και αφορά μόνο τα άτομα με πρόωμη εφηβεία. Ο αριθμός των κυήσεων στην περίοδο της εφηβείας, δηλαδή στις ηλικίες από 13-19 ετών, έχει αυξηθεί αισθητά, εξαιτίας της αντίστοιχης αύξησης στις ομάδες αυτών των

⁹ <http://.flash.gr/enc/diseases/gynecology/topic/?id=56>

ηλικιών της σεξουαλικής τους δραστηριότητας. Έτσι από τις έφηβες που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα ένα ποσοστό 25% θα μείνουν έγκυες. Από αυτό το ποσοστό το 60% θα φτάσει στον τοκετό, το 13% θα έχει αυτόματη αποβολή, ενώ το 27% θα καταλήξει σε τεχνητή αποβολή.

Σε αυτές τις ηλικίες στατιστικά προκύπτει ότι υπάρχει τριπλάσια περιγεννητική θνησιμότητα, ενώ αυξάνει κατά ποσοστό 60% η μητρική θνησιμότητα. Η αύξηση αυτή αποδίδεται στις συχνότερες μαιευτικές επεμβάσεις, που οφείλονται στην ανεπαρκή ιατρική παρακολούθηση και στην έλλειψη του αισθήματος ευθύνης των νεαρών εγκύων, γεγονός που προέρχεται από τη γενικότερη σωματική και ψυχική ανωριμότητά τους.

Με δεδομένο και το γεγονός ότι το 70% αυτών των κυήσεων είναι εξώγαμες επαυξάνεται ιδιαίτερα η ψυχολογική φόρτιση της εγκύου από το οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον. Οι κατευθυντήριες παράμετροι που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η παρεμβολή κοινωνικών λειτουργών και κλινικών ψυχολόγων, προκειμένου να εξομαλυνθεί η επικοινωνία της εγκύου με τους γονείς της και να δημιουργηθεί το αίσθημα της συμπάθειας και το κλίμα της αμοιβαιότητας, με άμεσο επακόλουθο

την απαραίτητα υποστήριξή της, η προσπάθεια του μαιευτήρα να εξηγήσει στη νεαρή έγκυο την αναγκαιότητα και σκοπιμότητα ορισμένων ιατρικών χειρισμών προκειμένου να επιτύχει τη συνεργασία της και ο χαρακτηρισμός της κύησης αυτής ως κύησης υψηλού κινδύνου.

Η κύηση σε μεγάλη ηλικία δηλαδή σε ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζεται σε ένα ποσοστό 1-4%. Οι συνηθέστερες επιπλοκές που παρουσιάζονται σε αυτές τις κυήσεις αποδίδονται σε συνυπάρχουσες παθήσεις που πρωτοεκδηλώνονται στις γυναίκες των ομάδων αυτών των ηλικιών. Τέτοιες παθήσεις είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, το ινομύωμα της μήτρας, οι καρδιακές παθήσεις, οι νεφροπάθειες κ.λ.π. Η συνηθέστερη μαιευτική επιπλοκή είναι η προεκλαμψία. Οι επιπλοκές αυτές οδηγούν συνήθως σε ανώμαλους τοκετούς, που απαιτούν μαιευτικές επεμβάσεις και αυξάνεται το ποσοστό της περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Δεδομένου όμως ότι οι κυήσεις αυτές εκτός από κυήσεις υψηλού κινδύνου, χαρακτηρίζονται και πολύτιμες κυήσεις, εξαιτίας της ελαττωμένης πιθανότητας μίας νέας κύησης στις γυναίκες αυτές, λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την μεγαλύτερη δυνατή διασφάλιση της αποφυγής των επιπλοκών αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Πρόωρα Νεογνά

- 3.1 Έννοια του πρόωρου νεογνού
- 3.2 Αιτιολογία της προωρότητας
- 3.3 Διάγνωση του πρόωρου τοκετού
- 3.4 Πρόληψη του πρόωρου τοκετού
- 3.5 Φροντίδα των πρόωρων
- 3.6 Θεραπευτική αντιμετώπιση
- 3.7 Ψυχολογική και κοινωνική διάσταση του προβλήματος της νεογνικής προωρότητας

ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ

3.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΩΡΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Πρόωρο είναι το νεογνό που γεννιέται πριν την 37^η εβδομάδα κύησης (το τελειόμηνο γεννιέται μεταξύ 37η-42^η εβδομάδα) Στα πρόωρα το βάρος είναι μικρό μέχρι 1200-1500 γρ., το κεφάλι μεγάλο και το υποδόριο λίπος λίγο.¹⁰ Τα πρόωρα παρουσιάζουν διάφορες παθήσεις όπως ενδοκρανιακές αιμορραγίες, νεογνική εντεροκολίτιδα, αναπνευστικά δυσχέρεια και διάφορες συγγενείς ανωμαλίες. Τα πρόωρα τοποθετούνται σε θερμοκοιτίδα και νοσηλεύονται στο τμήμα πρόωρων.

Πολλές συγγενείς ανωμαλίες που παρατηρούνται σήμερα στα πρόωρα, χειρουργούνται με μεγάλη επιτυχία από τους παιδοχειρουργούς και δεν αφήνουν καμία αναπηρία. Εφόσον τα πρόωρα διατραφούν σωστά και ξεπεράσουν τον κίνδυνο των λοιμώξεων λόγω της ανωριμότητάς τους, αναπτύσσονται φυσιολογικά όπως και τα κανονικά τελειόμηνα μωρά.

¹⁰ Ντολατζιάς Θ. Ο γιατρός συμβουλεύει. Εκδόσεις Κορωναίου, τόμος 4 σελ. 584-585

Στην πρόωρη γέννηση οφείλεται ο μεγαλύτερος αριθμός εισαγωγών στην ΜΕΝΝ. Η προωρότητα και οι επιπλοκές της έχουν γίνει αποδεκτές ως ο μεγαλύτερος παράγοντας νεογνικής θνησιμότητας. Το ποσοστό του πρόωρου τοκετού είναι 12% στο σύνολο των κηύσεων και ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό για την περιγεννητική θνησιμότητα.

3.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ

Το πραγματικό αίτιο της προωρότητας δεν είναι γνωστό. Η συχνότητα της προωρότητας είναι μικρότερη στις μεσαίες και υψηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις, στις οποίες οι εγκυμονούσες γυναίκες έχουν καλύτερη υγεία, καλύτερη θρέψη και έγκαιρη και πλήρη προγεννητική παρακολούθηση, ενώ είναι μεγαλύτερη στις χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές τάξεις, στις οποίες επιδρά συνδυασμός επιβλαβών παραγόντων.¹¹ Άλλοι παράγοντες όπως η ηλικία της γυναίκας-πολύ μικρή ή πολύ μεγάλη-όταν είναι δηλαδή κάτω των είκοσι ή άνω των 35 ετών και οξείες ή χρόνιες λοιμώξεις που μπορεί να έχει η μητέρα ευθύνονται για μεγάλο αριθμό πρόωρων γεννήσεων.

¹¹ <http://care.flash.gr/enc/diseases/gynecology/topic/?id=17>

Η πρόγνωση για τα πρόωρα νεογνά σχετίζεται και με την κατάσταση της φυσιολογικής και ανατομικής ανωριμότητας των διαφόρων οργάνων και συστημάτων κατά το χρόνο της γέννησης. Τα τελειόμηνα έχουν φτάσει σε βαθμό ωριμότητας ικανοποιητικό, που επιτρέπει την επιτυχή προσαρμογή τους στο εξωμήτριο περιβάλλον. Τα νεογνά που γεννιούνται πρόωρα πρέπει να κάνουν τις ίδιες προσαρμογές, αλλά με λειτουργική ανωριμότητα ανάλογη με το στάδιο της ανάπτυξης που έφθασαν κατά το χρόνο της γέννησης. Ο βαθμός προσαρμογής του νεογνού στην εξωμήτρια ζωή μπορεί να προβλεφθεί κατά κάποιο τρόπο από το βάρος κατά τη γέννηση και από τη διάρκεια της κύησης.

Συνοπτικά μπορούμε να πούμε ότι τα γνωστά αίτια του πρόωρου τοκετού οφείλονται στη μητέρα, στην εμβρυοπλακουντιακή μονάδα, σε ιατρογενείς και σε περιβαλλοντολογικές επιδράσεις.

Από την πλευρά της μητέρας, αίτια για πρόωρο τοκετό είναι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η αγαμία και η κακή κατάσταση του γάμου, η ηλικία της μητέρας κάτω από 20 και από 35 ετών, οι γυναίκες με χαμηλό ανάστημα και μικρό βάρος σώματος πριν από την κύηση, η λευκή φυλή, το βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, δηλαδή η ύπαρξη ιστορικού έκτρωσης, αποβολής, ενδομήτριου

θανάτου του εμβρύου κ.λ.π. Επίσης, οι συστηματικές παθήσεις, όπως η αναιμία, οι παθήσεις του ήπατος, η αναπνευστική ανεπάρκεια, τα ενδοκρινικά νοσήματα, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών έχουν σχέση με την προωρότητα, καθώς και η ανεπαρκής ιατρική παρακολούθηση, οι μαιευτικές επιπλοκές της παρούσας κύησης, οι οξείες χειρουργικές παθήσεις κατά την κύηση, οι ανωμαλίες της διάπλασης της μήτρας και η ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου.¹²

Τα ιατρογενή αίτια είναι η πρόωρη πρόκληση τοκετού δηλαδή από λαθεμένη εκτίμηση και από αναγκαστική πρόκληση τοκετού λόγω επικείμενου εμβρυϊκού θανάτου όπως μπορεί να συμβεί σε διαβητικές εγκύους, σε βαρά προεκλαμψία, σε πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα κ.α. Επίσης πρόωρο τοκετό μπορεί να προκαλέσει η εκτέλεση διαφόρων θεραπευτικών και διαγνωστικών επεμβάσεων κατά την κύηση.

Οι έγκυες γυναίκες που ζουν σε περιοχές με αυξημένη μόλυνση του περιβάλλοντος, παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα πρόωρων τοκετών.

¹² Copper RL Goldenberg RL Creasy RK et al. A multicenter study of preterm birth weight and gestational age specific neonatal mortality. *Obstet Gynecol* 1998 σελ. 78-84

3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΡΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η διάγνωση του πρόωρου τοκετού στηρίζεται στην ύπαρξη συστολών του μυομητρίου με συχνότητα 8 συστολές την ώρα, σε συνδυασμό με πρόωρη ρήξη υμένων ή με διαστολή του τραχηλικού στομίου μεγαλύτερη των 2 cm και εξάλειψη κατά 80% ή προοδευτική μεταβολή των ανατομικών χαρακτηριστικών του τραχήλου.

3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΡΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η πρόληψη του πρόωρου τοκετού γίνεται με την αντιμετώπιση των καταστάσεων που τον προκαλούν. Σε περιπτώσεις με βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό επιβάλλεται η διερεύνηση για την ανεύρεση των αιτίων και η θεραπευτική αντιμετώπισή τους, ώστε να διασφαλιστεί η ομαλή εξέλιξη μιας νέας κύησης.

Επίσης, η καλή υγιεινοδιαιτητική αγωγή, η καθημερινή ανάπαυση και ο περιορισμός της καθημερινής δραστηριότητας, η έγκαιρη αντιμετώπιση των παθολογικών επιπλοκών και η διάγνωση της δίδυμης και πολύδυμης κύησης, αποτελούν βασικά στοιχεία για την πρόληψη του πρόωρου τοκετού.

Άλλα προληπτικά μέτρα είναι η αποφυγή του καπνίσματος, η συστηματική διερεύνηση για μικροβιουρία και φλεγμονές των

γεννητικών οργάνων, η περίδεση του τραχήλου, σε περίπτωση ανεπάρκειάς του, η άμεση αντιμετώπιση των αιμορραγιών της κύησης και η χορήγηση μητροχαλαρωτικών φαρμάκων.

3.5 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΠΡΩΩΡΩΝ

Πρόωρα ηλικίας κύησης 36-38 εβδομάδων δεν παρουσιάζουν συνήθως προβλήματα κατά την προσαρμογή τους στην εξωμήτρια ζωή και νοσηλεύονται σε τμήματα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης ή κοντά στις μητέρες τους.

Μικρότερης ηλικίας κύησης πρόωρα νοσηλεύονται αναλόγως της ηλικίας και της βαρύτητας της κατάστασής τους σε Μονάδες Ενδιάμεσης ή Εντατικής Περίθαλψης. Τοποθετούνται συνήθως σε κλειστές αλλά τελευταία και σε ανοιχτές θερμοκοιτίδες, με θερμαντικά σώματα.

Οι ανοιχτές θερμοκοιτίδες επιτρέπουν ευκολότερους χειρισμούς από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μειονεκτούν όμως ως προς τη δυνατότητα μετάδοσης λοιμώξεων, ενώ συμβάλλουν σημαντικά στην απώλεια υγρών από το δέρμα του νεογέννητου.

Η θερμοκρασία του δέρματος του πρόωρου, που νοσηλεύεται σε θερμοκοιτίδα, πρέπει να διατηρείται μεταξύ 36-37 ° C. Αυτό

επιτυγχάνεται με ρύθμιση της θερμοκρασίας του αέρα της θερμοκοιτίδας στους 32-36 ° C. Όσο μεγαλύτερο και ωριμότερο το πρόωρο, τόσο χαμηλότερη θερμοκρασία θερμοκοιτίδας απαιτείται για την επίτευξη ουδέτερης θερμικής ζώνης, στην οποία η κατανάλωση οξυγόνου είναι ελάχιστη.

Το πρόωρο παύει να νοσηλεύεται σε θερμοκοιτίδα και τοποθετείται σε κουνάκι, όταν το βάρος του φτάσει τα 2000 g περίπου και γενικότερα όταν αποκτήσει την ικανότητα να διατηρεί τη θερμοκρασία του σώματός του φυσιολογική. Τότε μεταφέρεται σε τμήμα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Η νοσηλευτική φροντίδα των πρόωρων περιλαμβάνει τη συχνή καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη μέτρηση των προσλαμβανόμενων θερμίδων καθώς και των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων ανά 24ωρο υγρών και την καθημερινή ζύγιση.

Η διατροφή του πρόωρου, εφόσον δεν παίρνει μητρικό ή εξανθρωποποιημένο γάλα λόγω επιβαρημένης γενικής κατάστασης, πρέπει να γίνεται με παρεντερικά διαλύματα υδατανθράκων, αμινοξέων και λιπιδίων, στα οποία να προσθέτονται ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, ιχνοστοιχεία και βιταμίνες.

Η έξοδος του πρόωρου από το νοσοκομείο γίνεται όταν το βάρος του φτάσει τα 2000-2500 g, δεν παρουσιάζει οργανικές διαταραχές και σιτίζεται ικανοποιητικά. Οι γονείς και περισσότερο η μητέρα, πρέπει να διδάσκονται από το νοσηλευτικό προσωπικό πώς να περιποιούνται και να σιτίζουν το πρόωρο παιδί τους, πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο.

Μικρού βάρους γέννησης πρόωρα (<1500g) είναι δυνατό να παρουσιάσουν αργότερα διάφορα προβλήματα, όπως χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, νευρολογικές διαταραχές, βλάβες των οφθαλμών, κώφωση, δυσκολίες μάθησης, πνευματική και ψυχοκινητική καθυστέρηση.¹⁵ Η έγκαιρη διάγνωση και σωστή αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων βελτιώνουν κατά πολύ την πρόγνωση.

3.6 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Όταν αναμένεται η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού, ειδοποιείται η ΜΕΝΝ και ένας γιατρός, προτιμότερο νεογνολόγος, να παρευρίσκεται στον τοκετό. Τα νεογνά που δεν χρειάζονται ανάνηψη, μεταφέρονται αμέσως στην ΜΕΝΝ, σε θερμοκοιτίδα που είναι ζεστή, όπου

¹⁵ Αραβαντινός, Διονύσιος-Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισσιανού, Αθήνα 1989 Σελ 339-340

ζυγίζονται και αρχίζουν όλες οι διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες καθορίζονται από τις ανάγκες των νεογνών. Η ανάνηψη γίνεται στην αίθουσα τοκετού και παραμένουν εκεί μέχρι η κατάστασή τους να βελτιωθεί και να μπορέσουν με ασφάλεια να μεταφερθούν στην ΜΕΝΝ.

Μετά τη διάγνωση του απειλούμενου πρόωρου τοκετού και προσδιορισμού του αιτίου που τον προκάλεσε, εφαρμόζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση του, που περιλαμβάνει την ανάπαυση της εγκύου με ενυδάτωση και τη χορήγηση τοκολυτικής αγωγής, δηλαδή χορήγηση φαρμάκων που αναστέλλουν τον τοκετό.

Η τοκολυτική αγωγή δεν πρέπει να χορηγείται πριν την 20^η και μετά την 36^η εβδομάδα της κύησης, όταν υπάρχει κίνδυνος για το έμβρυο, όταν υπάρχουν συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου που είναι ασυμβίβαστες με τη ζωή, σε βαριά προεκλαμψία και εκλαμψία, σε μεγάλη αιμορραγία και σε χοριοαμνιονιτίδα.

Από τον συνολικό αριθμό των πρόωρων θανάτων των νεογνών, οι περισσότεροι από τους μισούς περιλαμβάνουν τα νεογνά που γεννιούνται με πολύ χαμηλό βάρος και τους πρόωρους τοκετούς.

3.7 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΕΟΓΝΙΚΗΣ ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑΣ

Σε αυτό το σημείο θα εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας στην πρόληψη των προβλημάτων της ψυχολογικής ανάπτυξης των παιδιών που νοσηλεύτηκαν μετά τη γέννησή τους σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας.

Η προωρότητα είναι κατάσταση κινδύνου, αφού διακόπτει βίαια την ψυχοσυναισθηματική σχέση μητέρας-παιδιού. Αυτή η βίαιη διακοπή της σχέσης έχει ανασταλτικό χαρακτήρα στο δεσμό μητέρας-παιδιού. Έρευνες έχουν δείξει αυξημένο ποσοστό υπερπροστατευτικών, ή αντίθετα, απορριπτικών γονέων που μπορεί να φτάσουν και μέχρι την κακοποίηση. Το 26% των κακοποιημένων παιδιών γεννήθηκαν πρόωρα και για αυτό το λόγο, η έγκαιρη ψυχολογική παρέμβαση μπορεί να ενισχύσει μία θετική για την ανάπτυξη του παιδιού σχέση.¹⁴

Έμβρυο και μητέρα αποτελούν μια ενότητα, τόσο βιολογική όσο και συναισθηματική. Το παιδί εκφράζει όλες τις επιθυμίες και φαντασιώσεις της μητέρας και για αυτό το λόγο η γέννηση ενός πρόωρου παιδιού διαταράσσει αυτή την «τελειότητα». Η μητέρα

¹⁴ Πρακτικά 8^{ου} Πανελληνίου μεταπτυχιακού σεμιναρίου Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών-Νευρολογία εμβρύου και νεογνού. Αθήνα 1991 Εκδόσεις BHTA medical arts Σελ. 70-72

στερείται την ψυχολογική προετοιμασία που πραγματοποιείται τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης με αυξανόμενη ένταση, καθώς και τη συναισθηματική επικοινωνία με το βρέφος μετά τη γέννηση.

Το πρόωρο νεογνό δεν προλαβαίνει να επενδυθεί συναισθηματικά, συμβολίζει τους χειρότερους κινδύνους και κρύβει επώδυνες εντυπώσεις.

Είναι σημαντικό οι γονείς να ξέρουν την αλήθεια για τα προβλήματα που ενδεχομένως μπορεί να παρουσιάσει το βρέφος τους. Πρέπει να υπάρχει υποστηρικτική συνεργασία για το καλό όλων των μελών της οικογένειας.

Η συγκεκριμένη καθοδήγησή τους σε σχέση με την εκπαίδευση και τη διαπαιδαγώγηση ενισχύει την πραγματικότητα και οριοθετεί σαφέστερα το μέλλον. Στόχος του ψυχολόγου στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών και στη μετέπειτα παρακολούθησή είναι να πετύχει το παιδί να αγαπηθεί για αυτό που είναι και όχι για αυτό που θα έπρεπε να είναι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Εξετάσεις της εγκύου

4.1 Βιοχημικές εξετάσεις

4.2 Βιοφυσικές εξετάσεις

4.2.1 Διαγνωστικοί υπέρηχοι

4.2.2 Καρδιοτοκογραφία

4.2.3 Doppler

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Οι εξετάσεις τις οποίες πρέπει να κάνει η έγκυος κατά τη διάρκεια της κύησης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες.¹⁵ Τις βιοχημικές εξετάσεις κατά την κύηση και τις βιοφυσικές εξετάσεις κατά την κύηση. Οι εξετάσεις αυτές είναι απαραίτητες, διότι μπορούν να μας δείξουν την κατάσταση της εγκύου και του εμβρύου, καθώς και τυχόν ανωμαλίες που μπορεί να υπάρχουν κατά τη διάρκεια της κύησης.

4.1 Οι βιοχημικές εξετάσεις κατά την κύηση είναι οι εξής:

- ♦ Μετρήσεις οιστρογόνων
- ♦ Μετρήσεις πλακουντιακής γαλακτογόνου ορμόνης
- ♦ Μετρήσεις ειδικών πρωτεϊνών
- ♦ Μετρήσεις διαφόρων ουσιών στο αμνιακό υγρό

4.2 Οι βιοφυσικές εξετάσεις κατά την κύηση είναι:

- ♦ Οι διαγνωστικοί υπέρηχοι
- ♦ Η καρδιοτοκογραφία
- ♦ Το Doppler

¹⁵ Αραβαντινός Διονύσιος-Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1989
Σελ.197-198

4.2.1 Διαγνωστικοί υπέρηχοι

Οι υπέρηχοι αποτελούν βασική διαγνωστική μέθοδο για τον προσδιορισμό της φυσιολογικής αύξησης και ανάπτυξης του εμβρύου, της θέσης του πλακούντα, την έγκαιρη διάγνωση της πολύδυμης κύησης και την προγεννητική διάγνωση διαφόρων ανωμαλιών του εμβρύου.

Έχει πλέον διεθνώς αποφασιστεί ότι η υπερηχογραφική εξέταση πρέπει να είναι ενός ή δύο επιπέδων. Η εξέταση του πρώτου επιπέδου εκτελείται στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχει κλινική υποψία εμβρυϊκής ανωμαλίας. Στην εξέταση αυτή ανιχνεύεται ο αριθμός και η θέση των εμβρύων, η θέση του πλακούντα και γίνονται διάφορες μετρήσεις του εμβρύου. Ελεγχεται ανατομικά και λειτουργικά η καρδιά και εκτιμάται η ποσότητα του αμνιακού υγρού, η ωριμότητα του πλακούντα και υπολογίζεται το βάρος του εμβρύου. Η εξέταση του πρώτου επιπέδου διαρκεί περίπου 15 λεπτά.

Η υπερηχογραφική εξέταση του δευτέρου επιπέδου γίνεται σε επίτοκες που βρίσκονται σε κίνδυνο και η εγκυμοσύνη τους παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα. Περιλαμβάνει όλες τις προηγούμενες μετρήσεις και επιπλέον λεπτομερή έλεγχο όλων των



εμβρυϊκών οργάνων. Εκτελείται από ειδικό μαιευτήρα και διαρκεί τουλάχιστον 30 λεπτά.

4.2.2 Καρδιοτοκογραφία

Η αξιολόγηση των μεταβολών της καρδιακής συχνότητας του εμβρύου κατά τη διάρκεια της οξυγόνωσης του αποτελεί αξιόπιστη εξέταση για τον έλεγχο των υψηλού κινδύνου κυήσεων.

Η επιτάχυνση της καρδιακής συχνότητας συγχρόνως με τις εμβρυϊκές κινήσεις αποτελεί ένδειξη καλής ενδομήτριας κατάστασης του εμβρύου. Στο χρονικό διάστημα των 20 λεπτών που διαρκεί η εξέταση, ελέγχονται τουλάχιστον τέσσερις κινήσεις. Στις περιπτώσεις εκείνες που δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες εμβρυϊκές κινήσεις η εξέταση παρατείνεται για άλλα 20 λεπτά.

Η δοκιμασία αυτή εφαρμόζεται στις υψηλού κινδύνου κυήσεις, πριν από την έναρξη του τοκετού για την εκτίμηση των εμβρυϊκών εφεδρειών και της πλακουντιακής ικανότητας.

4.2.3 DOPPLER

Έχει αποδειχτεί ότι η καρδιοτοκογραφία έχει ένα ποσοστό ψευδώς θετικών και ψευδώς αρνητικών αποτελεσμάτων και η χρησιμοποίησή της απαιτεί εξειδίκευση και εμπειρία. Μια άλλη προσέγγιση στο πρόβλημα της εντατικής παρακολούθησης του εμβρύου είναι η απευθείας αξιολόγηση της κυκλοφορίας του αίματος στον πλακούντα και το έμβρυο.

Τα τελευταία χρόνια η παρακολούθηση και ο έλεγχος της πλακουντιακής κυκλοφορίας γίνεται με μια νέα μέθοδο εφαρμογής του φαινομένου Doppler. Η εφαρμογή της τεχνικής αυτής προσφέρει πολλές δυνατότητες, διότι βελτιώνει τον τρόπο παρακολούθησης της εγκυμοσύνης, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας.

Η αξιοπιστία των εξετάσεων αυτών είναι σημαντική και όταν χρησιμοποιούνται σωστά, μπορούν να δώσουν μια επιστημονική βάση για την αντιμετώπιση και παρακολούθηση των υψηλού κινδύνου κήσεων.

Είναι φανερό ότι καθεμιά από τις εξετάσεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως, δίνει διαφορετική πληροφορία, όσον αφορά την

κατάσταση του εμβρύου. Για την αντιμετώπιση όμως των υψηλού κινδύνου κυήσεων και τον έλεγχο της χρόνιας εμβρυϊκής δυσχέρειας απαιτείται συνδυασμός όλων των εξετάσεων αυτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διαγνωστικές επεμβάσεις για την προγεννητική διάγνωση

5.1 Αμνιοπαρακέντηση

5.2 Εμβρυοσκόπηση

5.3 Παρακέντηση ομφάλιου λώρου

5.4 Λήψη τροφοβλάστης

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

5.1 ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Η αμνιοπαρακέντηση, η λήψη δηλαδή αμνιακού υγρού με βελόνα μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων της μητέρας, αποτελεί τη πρωταρχική διαγνωστική εξέταση για την προγεννητική διάγνωση.¹⁶

Η πλέον συχνή ένδειξη για προγεννητική διάγνωση είναι η προχωρημένη ηλικία της μητέρας και η διαγνωστική αυτή εξέταση επιβάλλεται να προσφέρεται σε όλες τις έγκυες γυναίκες που είναι άνω των 35 ετών.

Η αμνιοπαρακέντηση πριν από την 15^η εβδομάδα εγκυμοσύνης είναι επικίνδυνη. Υπάρχει φόβος τραυματισμού και αποτυχίας λήψης αμνιακού υγρού. Η επέμβαση αυτή πρέπει να πραγματοποιείται μεταξύ της 17^{ης} και 18^{ης} εβδομάδας της εγκυμοσύνης.

Η συμβολή των διαγνωστικών υπερήχων στην επιτυχή ή μη έκβαση της αμνιοπαρακέντησης είναι μεγάλη γιατί μειώνει τη συχνότητα των επιπλοκών και αυξάνει το ποσοστό επιτυχίας της εξέτασης.

¹⁶ Αραβαντινός Διονύσιος-Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1989 Σελ 436-437

Η αμνιοπαρακέντηση μπορεί να προκαλέσει σε ορισμένες περιπτώσεις επιλοκές στη μητέρα και στο παιδί. Στην μητέρα μπορεί να προκαλέσει φλεγμονές ή αιμορραγία και στο εμβryo αυτόματη αποβολή, αναπνευστικά προβλήματα και ορθοπεδικές ανωμαλίες και να αυξήσει την περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Συνολτικά, αν ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και η αμνιοπαρακέντηση γίνει στο 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης με χρήση υπερήχου και εξειδικευμένου προσωπικού, θεωρείται απλή, ασφαλής και αξιόπιστη τεχνική για προγεννητική διάγνωση.

5.2 ΕΜΒΡΥΟΣΚΟΠΗΣΗ

Η εμβρυοσκόπηση αποτελεί τεχνική χρήσιμη για την προγεννητική διάγνωση μεγάλου αριθμού γενετικών νοσημάτων και συγγενών διαμαρτιών, η εκτίμηση των οποίων δεν είναι δυνατό να γίνει με την αμνιοπαρακέντηση ή τους υπερήχους.

Με την εμβρυοσκόπηση παρέχεται η δυνατότητα άμεσης επισκόπησης του εμβρύου στο ενδομήτριο περιβάλλον του και επιτρέπεται η λήψη δειγμάτων εμβρυϊκού αίματος, δέρματος ή ήπατος.

Πριν από την εμβρυοσκόπηση γίνεται λεπτομερής εξέταση με υπερήχους για να υπολογιστεί η ηλικία της εγκυμοσύνης και να

εντοπιστεί το σημείο εισόδου του εμβρυοσκοπίου, ώστε να είναι κατάλληλο και να αποφευχθούν τυχόν τραυματισμοί στο έμβρυο και στον πλακούντα.

Οι κυριότεροι κίνδυνοι που μπορεί να προκληθούν από την εμβρυοσκόπηση είναι η αυτόματη έκτρωση, κίνδυνοι ενδομήτριας λοίμωξης και ο ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου.

Η εμβρυοσκόπηση αποτελεί σήμερα τεχνική ασφαλή για την επισκόπηση του εμβρύου και τη λήψη εμβρυϊκού αίματος στο 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και φαίνεται ότι δεν επηρεάζει την εμβρυϊκή και νεογνική ανάπτυξη. Θεωρείται ως καλή τεχνική προγεννητικής διάγνωσης αρκεί να εφαρμόζεται σε καλά οργανωμένα κέντρα με εκπαιδευμένους γιατρούς.

5.3 ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΟΜΦΑΛΙΟΥ ΛΩΡΟΥ ΓΙΑ ΛΗΨΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗ

Η τεχνική αυτή άρχισε να εφαρμόζεται από τις αρχές της δεκαετίας του '80. Το μεγάλο πλεονέκτημα της τεχνικής αυτής είναι ότι καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης η άκρη της βελόνας παρακολουθείται και ελέγχεται η πορεία της στον παλμογράφο του υπερηχογραφικού μηχανήματος.

Τα αποτελέσματα και η μέχρι σήμερα εμπειρία από την εφαρμογή της τεχνικής αυτής δείχνουν ότι η μέθοδος είναι αξιόπιστη και ασφαλής για τη μητέρα και το έμβρυο. Εφαρμόζεται στο 2^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης για προγεννητική διάγνωση όσο και στο 3^ο τρίμηνο για θεραπευτικούς λόγους. Οι κίνδυνοι, όσον αφορά το έμβρυο, ανέρχονται σε 1-1,15%

5.4 ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΗΣ

Οι σημαντικότερες μαιευτικές επεμβάσεις που χρησιμοποιούνται σήμερα στην προγεννητική διάγνωση και έχουν πλέον καθιερωθεί όπως αναφέραμε παραπάνω, είναι η αμνιοπαρακέντηση και η εμβρυοσκόπηση. Οι διαγνωστικοί υπέρηχοι προωθούν σημαντικά την ασφάλεια των επεμβάσεων αυτών, ενώ συγχρόνως ανιχνεύουν μεγάλο αριθμό μορφολογικών και ανατομικών διαμαρτιών του εμβρύου από τη 14^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης.

Το μεγάλο όμως μειονέκτημα των επεμβάσεων αυτών είναι ότι εφαρμόζονται και δίνουν αξιόπιστες πληροφορίες στο μέσο του δευτέρου τριμήνου της εγκυμοσύνης. Η καθυστέρηση όμως αυτή για τη διάγνωση και η μεγάλη αναμονή των αποτελεσμάτων, αυξάνει το άγχος και προκαλεί την αγωνία των γονέων, ενώ ο σπουδαιότερος παράγοντας που αποτρέπει πολλά ζευγάρια από την προσπάθεια μιας

νέας εγκυμοσύνης είναι η κακή εμπειρία μιας προηγούμενης διακοπής της εγκυμοσύνης στο 2^ο τρίμηνο, επειδή αυτή προκαλεί σοβαρά ιατρικά, κοινωνικά και ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα.

Η ιδέα προγεννητικής διάγνωσης στο 1^ο τρίμηνο δεν είναι νέα και από το τέλος της δεκαετίας του '60, οδήγησε στην ανάπτυξη τεχνικών λήψης τροφοβλάστης που άρχισαν να εφαρμόζονται συγχρόνως με τις πρώτες αμνιοπαρακεντήσεις.

Σήμερα πλέον έχει αποδειχτεί ότι η τροφοβλάστη αποτελεί τον πλέον κατάλληλο ιστό για προγεννητική διάγνωση, γιατί αντανακλά με ακρίβεια τη χρωμοσωμική και γενετική κατάσταση του εμβρύου.

Όπως κάθε νέα τεχνική για προγεννητική διάγνωση, έτσι και η τεχνική λήψης τροφοβλάστης στο 1^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης παρουσιάζει ορισμένα προβλήματα και κινδύνους για την εγκυμοσύνη. Στους κινδύνους αυτούς περιλαμβάνονται η φλεγμονή, η κοιλική αιμόρροια, η αυτόματη έκτρωση, ο ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου και η τραυματική ρήξη του αμνιακού σάκου που είναι δυνατόν να προκαλέσει αποβολή ή ανωμαλίες στο έμβρυο.

Η συχνότητα επιπλοκών έχει σχέση με την ποιότητα του μηχανήματος των υπερήχων που χρησιμοποιείται, τη μέθοδο λήψης,

την ηλικία της εγκυμοσύνης, το σημείο που γίνεται η λήψη και την εμπειρία του γιατρού που εκτελεί την επέμβαση.

Το ερώτημα του πιθανού κινδύνου στο νεογνό παραμένει αναπάντητο, γιατί απαιτείται παρακολούθηση μεγάλου αριθμού νεογμών επί ένα τουλάχιστον έτος, ώστε να εκτιμηθούν οι πιθανοί κίνδυνοι.

Συνοπτικά οδηγούμαστε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Η λήψη τροφοβλάστης πρέπει να γίνεται μεταξύ 8^{ης} και 11^{ης} εβδομάδας εγκυμοσύνης και απαραίτητα πρέπει να προηγείται υπερηχογραφικός έλεγχος της εγκυμοσύνης.
- Οι προσπάθειες λήψης τροφοβλάστης πρέπει να γίνονται κάτω από υπερηχογραφικό έλεγχο και να περιορίζονται στις τρεις.
- Το δείγμα πρέπει να είναι ικανοποιητικής ποσότητας και σε καλή κατάσταση, ώστε να είναι δυνατή η προγεννητική διάγνωση.
- Το κυτταρογενετικό εργαστήριο πρέπει να έχει τον τεχνολογικό εξοπλισμό για καλλιέργεια τροφοβλάστης με αξιόπιστα αποτελέσματα.

- Η εμπειρία του ιατρικού προσωπικού πρέπει να είναι ικανοποιητική.

Η προγεννητική διάγνωση στο πρώτο τρίμηνο με τη λήψη τροφοβλάστης αποτελεί τεχνική που όπως φαίνεται ανοίγει νέους ορίζοντες στην ενδομήτρια διάγνωση του εμβρύου, μειώνει τις υπάρχουσες ηθικές αναστολές, λόγω ενδεχόμενης διακοπής της εγκυμοσύνης στο 2^ο τρίμηνο και αυξάνει την ευκολία αποδοχής της προγεννητικής διάγνωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Κυήσεις υψηλού κινδύνου

6.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα και κυήσεις υψηλού κινδύνου

6.2 Κυριότερα αίτια θανάτου νεογνών κατά την 1^η εβδομάδα

ζωής τους

ΚΥΗΣΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

6.1 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΥΗΣΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Για πολλά χρόνια η μαιευτική είχε συγκεντρωμένο το ενδιαφέρον στη μητέρα, ενώ το έμβρυο αποτελούσε έναν ασθενή που η παρακολούθησή του, η διάγνωση και η θεραπεία του ήταν δύσκολη και πέρα από τις δυνατότητες της εποχής.¹⁷ Η παρακολούθηση του εμβρύου γινόταν μόνο μέσω διαφόρων βιοχημικών εξετάσεων στον ορό του αίματος της μητέρας και η περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα αναπόφευκτα ήταν απαράδεκτα υψηλή.

Σήμερα όμως η κατάσταση αυτή έχει αλλάξει, διότι υπάρχουν διάφοροι τρόποι άμεσης επικοινωνίας με το έμβρυο. Οι νέες γνώσεις για τη φυσιολογία του εμβρύου και της μητέρας, οι τεχνολογικές βελτιώσεις και οι διάφορες βιοχημικές και βιοφυσικές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της ενδομήτριας καλής κατάστασης και φυσιολογικής ανάπτυξης του εμβρύου έχουν μεταβάλλει τις

¹⁷ Αντσακλής Α. Κύηση υψηλού κινδύνου. Επίκαιρα θέματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, Τόμος 2, Αθήνα 1984.3

στατιστικές της περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας. Παρά όμως την εξελιγμένη τεχνολογία, πολύ λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν θεραπευτικά στο έμβρυο πριν από την 26^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Έτσι η περιγεννητική ιατρική, κλινικά τουλάχιστον, περιορίζεται στις 14 τελευταίες εβδομάδες της ενδομήτριας ζωής του εμβρύου και στις 2 πρώτες μετά τη γέννησή του. Ένας άλλος παράγοντας που συντέλεσε ουσιαστικά στη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας είναι η συνεργασία μεταξύ μαιευτήρων και νεογνολόγων.

Κάθε προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας της περιγεννητικής παρακολούθησης πρέπει να αφορά την πρόοδο στη διάγνωση και αντιμετώπιση των καταστάσεων εκείνων που βλάπτουν το έμβρυο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην αυξημένη περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα και τοποθετούν την κύηση στην ομάδα των υψηλού κινδύνου κυήσεων. Σοβαρά προβλήματα υγείας μιας επιτόκου, το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδό της ή διάφορα βιολογικά μειονεκτήματά της αποτελούν παράγοντες που δυνητικά τουλάχιστον είναι εχθρικοί στην περιγεννητική υγεία.

Κάθε επίτοκος πρέπει να εξετάζεται από τις αρχές του πρώτου τριμήνου σε κανονικά μηνιαία διαστήματα μέχρι τον 8^ο μήνα και στη συνέχεια κάθε 15 μέρες μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης.

Το ακριβές ιατρικό ιστορικό και η λεπτομερής φυσική εξέταση της επιτόκου, αποτελούν αξιόπιστους τρόπους για την εκτίμηση του βαθμού του σχετικού κινδύνου. Ιστορικό προηγούμενου πρόωρου ή πρώιμου τοκετού, ενδομητρίου θανάτου, τοκετού με νεογνό υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης, έχει διαφορετικό βαθμό κινδύνου για επόμενη εγκυμοσύνη.

Σκοπός της περιγεννητικής φροντίδας είναι η διάγνωση της δυσχέρειας και της κατάστασης του εμβρύου στο ενδομήτριο περιβάλλον προσφέρει περισσότερους κινδύνους παρά οφέλη από αυτά που μπορούν να δοθούν σε μια καλά εξοπλισμένη νεογνική Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας.

6.2 ΚΥΡΙΟΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 1^η ΒΔΟΜΑΔΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ

- Προωρότητα
- Περιγεννητική Ασφυξία
- Σηψαιμία

- Συγγενείς Ανωμαλίες
- Εισρόφηση μηκωνίου
- Άγνωστες αιτίες

Περιγεννητική ασφυξία είναι η ελαττωμένη παροχή οξυγόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού στο έμβρυο και αποτελεί συχνή αιτία μόνιμων εγκεφαλικών βλαβών ή και θάνατο.

Συνήθως συμβαίνει όταν υπάρχουν ανώμαλες προβολές του εμβρύου, καισαρική τομή, πρόωρος τοκετός, συγγενείς ανωμαλίες ή νοσήματα της μητέρας όπως υπέρταση, τοξιναιμία της κύησης κ.α¹⁸

Η συχνότητά της τείνει να ελαττωθεί με τον καθορισμό της κύησης ως υψηλού κινδύνου, την παρακολούθηση του εμβρύου με monitor κατά την κύηση και τον τοκετό, τη σωστή επιλογή του είδους του τοκετού και την άμεση και κατάλληλη αντιμετώπιση του νεογνού.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει το νεογνό μετά τη γέννηση είναι υποτονία, βραδυκαρδία, κυάνωση, καθυστέρηση της αναπνοής και μειωμένη αντίδραση στα εξωτερικά ερεθίσματα.

Σηψαιμία είναι από τους συχνούς κινδύνους που αντιμετωπίζουν τα νεογνά, αφού είναι σε μεγάλο βαθμό επιρρεπή στις

¹⁸ Πρακτικά του Πανελλήνιου μετεκπαιδευτικού σεμιναρίου εντατικής νοσηλείας νεογνών-Είκοσι χρόνια εντατικής νοσηλείας νεογνών, νεότερες απόψεις. Αθήνα 1995 σελ. 103-105

λοιμώξεις. Αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό των λοιμώξεων αφού 1:250 πρόωρα και 1:1500 τελειόμηνα νεογνά προσβάλλονται από σηψαιμία. Το ανώριμο ανοσολογικό σύστημα και η αδυναμία τους να περιορίζουν τις λοιμώξεις, τα κάνουν ιδιαίτερα ευάλωτα στους λοιμώδης μικροοργανισμούς.

Η πρόληψη λοιμώξεων στα νεογνά θεωρείται νοσηλευτική ευθύνη, αφού ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ενήμερος για τις πηγές μετάδοσης λοιμώξεων και να αναγνωρίζει τα νεογνά που βρίσκονται σε κίνδυνο. Η θνητότητα της νεογνικής σηψαιμίας κυμαίνεται από 15-30%.

Συγγενείς ανωμαλίες. Η γέννηση ενός παιδιού με συγγενείς ανωμαλίες αποτελεί τραγικό γεγονός για την οικογένεια και ένα από τα πιο δυσάρεστα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο νεογνολόγος.¹⁹

Οι περισσότερες συγγενείς ανωμαλίες συμβαίνουν σε τελειόμηνα νεογνά και είναι απρόβλεπτες. Θεωρείται όμως ότι περίπου 2% των εμβρύων ηλικίας κύησης μεγαλύτερης των 20 εβδομάδων παρουσιάζουν κάποια σοβαρή συγγενή ανωμαλία. Πολύ συχνά τα πάσχοντα αυτά έμβρυα αποβάλλονται. Στα γνωστά αίτια πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο συγκαταλέγονται οι

¹⁹ Αραβαντινός Διονύσιος-Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1989 Σελ. 475-480

γενετικές ανωμαλίες, οι παράγοντες που προκαλούνται από την μητέρα, τα φάρμακα που έπαιρνε η μητέρα κατά την κύηση και νόσοι της μητέρας, το AIDS ή ο χρόνιος αλκοολισμός.

Η λήψη καλού ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, η αναζήτηση προβλημάτων κατά την παρούσα ή προηγούμενες εγκυμοσύνες και ο προγεννητικός έλεγχος με υπερηχογράφημα ή αμνιοκέντηση μπορεί να αποδειχτούν εξαιρετικά χρήσιμα στη διάγνωση του αιτίου της συγγενούς ανωμαλίας.

Η διαπίστωση συγγενών ανωμαλιών επιβάλλει λεπτομερειακή εξέταση του νεογνού και καταγραφή ακόμα και των μικρότερων παραμορφώσεων. Και οι δυο γονείς πρέπει να πληροφορηθούν τη διαταραχή που παρουσιάζει το παιδί τους από το γιατρό, να το δουν το συντομότερο δυνατόν και να συζητήσουν μαζί με το γιατρό τα αίτια, την πρόγνωση και την επίπτωση σε μελλοντικά παιδιά.

Ο ρόλος του γιατρού στην υποστήριξη της βαριάς δοκιμαζόμενης οικογένειας είναι καθοριστικός. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα συμβουλευσει τους γονείς στην αντιμετώπιση πρακτικών προβλημάτων που σχετίζονται με την περιποίηση του παιδιού τους, ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί θα συνεχίσουν να

παρέχουν ψυχολογική και κοινωνική βοήθεια στην οικογένεια, όταν το νεογνό μεταφερθεί σπίτι του.

Εισρόφηση Μηκώνιου έχουμε όταν σε ειδικές συνθήκες το έμβρυο μπορεί να αποβάλλει μηκόνιο μέσα στη μήτρα και να το εισροφήσει.

Η εισρόφηση εκδηλώνεται με γογγυσμό, κυάνωση και αναπνευστική δυσχέρεια. Θεραπευτικά γίνεται αναρρόφηση τοποθέτηση του νεογνού σε θερμοκοιτίδα, χορήγηση ορού και αντιβίωσης.

Εννοεί επίσης την ανάπτυξη μικροβίου και ευθύνεται ακόμη και για χημική πνευμονία. Η αντιμετώπιση είναι εκείνη της αναπνευστικής δυσχέρειας. Σοβαρή επιπλοκή της εισρόφησης μηκώνιου είναι η ανάπτυξη πνευμονικής υπέρτασης των νεογνών που απαιτεί μηχανικό αερισμό με υψηλές παραμέτρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Περιγεννητικές λοιμώξεις

7.1 Τοξοπλάσμωση

7.2 Ερυθρά

7.3 Ιός των μεγαλοκυτταρικών εγκλείστων

7.4 Έρπητας

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Οι πιο συνηθισμένες περιγεννητικές λοιμώξεις είναι η τοξοπλάσμωση, η ερυθρά. Ο ιός των μεγαλοκυτταρικών εγκλειστών, ο έρπητας και άλλα. Η ομάδα αυτή των λοιμώξεων χαρακτηρίζεται με τη λέξη Torch από τα αρχικά των λέξεων στην αγγλική βιβλιογραφία (**T**οxoplasmosis, **O**thers, **R**ubella, **C**ytomegalovirus, **H**erpes).²⁰

Η συχνότητα των λοιμώξεων από ιούς στην εγκυμοσύνη υπολογίζεται σε 5% και αυτές προκαλούνται κατά κύριο λόγο από μη ειδικές λοιμώξεις, όπως το κοινό κρυολόγημα, η γαστρεντερίτιδα, η φαρυγγίτιδα και η αμυγδαλίτιδα, ενώ ειδικές λοιμώξεις, όπως η ερυθρά και η ανεμοβλογιά συμβαίνουν με σημαντικά μικρότερη συχνότητα.

7.1 ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ

Είναι μια σχετικά συχνή λοίμωξη, που εμφανίζεται κυρίως στη Γαλλία και στις Τροπικές χώρες. Υπάρχουν κυρίως δύο τρόποι μετάδοσης της λοίμωξης. Αυτοί είναι το ωμό ή όχι καλά ψημένο κρέας και τα κόπρανα από τις γάτες, όταν τρέφονται με μολυσμένη τροφή.

²⁰ Αραβαντινός Διονύσιος-Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισσιανού, Αθήνα 1989 Σελ 277-280

Το έμβρυο επηρεάζεται από τη λοίμωξη, που γίνεται ακριβώς πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι εκδηλώσεις της συγγενούς λοίμωξης περιλαμβάνουν προωρότητα, βραδύτητα ανάπτυξης, μικροκεφαλία, ίκτερο, πυρετό και θρομβοκυτοπενία.

Όταν έχουμε λοίμωξη στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, συνιστάται η διακοπή της εγκυμοσύνης, αφού το 1/3 των παιδιών αυτών προσβάλλεται. Η πρόγνωση των παιδιών με συγγενή τοξοπλάσμωση είναι πολύ κακή. Περίπου 12% πεθαίνουν. Από αυτά που ζουν, 85% έχουν διανοητική καθυστέρηση, 80% έχουν οπτικές διαταραχές και 20% έχουν υδροκεφαλία και μικροκεφαλία. Αν η διακοπή της εγκυμοσύνης δεν είναι αποδεκτή από τη μητέρα ή αν η λοίμωξη συμβεί στο τελευταίο μισό της εγκυμοσύνης, επιβάλλεται θεραπεία.

7.2 ΕΡΥΘΡΑ

Είναι το πρότυπο των περιγεννητικών λοιμώξεων και είναι από καιρό γνωστό ότι έχει σοβαρές επιδράσεις στο έμβρυο, κυρίως όταν συμβαίνει πρώιμα στην κύηση. Όταν η ερυθρά προσβάλλει το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, συμβαίνει αυτόματα αποβολή στο 50% των περιπτώσεων.

Οι επιδράσεις της μητρικής ερυθράς στο δεύτερο τρίμηνο είναι κάπως λιγότερο δραματικές αλλά σημαντικές και περιλαμβάνουν κώφωση, ψυχοσωματική καθυστέρηση και μικροκεφαλία.

Ένα από τα πιο συχνά κλινικά προβλήματα, σχετικά με την ερυθρά, είναι αυτό της επαφής μιας εγκύου γυναίκας με ένα παιδί που πάσχει από ερυθρά. Εάν η γυναίκα που προσβλήθηκε δεν είναι έγκυος, πρέπει να αποφύγει την κύηση για 2-3 γεννητικούς κύκλους.

Η προστασία που προσφέρεται από το εμβόλιο, φαίνεται ότι είναι ατελής, όπως αυτό διαπιστώνεται κατά τις επιδημίες ερυθράς σε έφηβους και μεγαλύτερα παιδιά, παρά τον εμβολιασμό που προηγήθηκε. Ο ιός παράγει μόνιμη ανοσία όταν το παιδί νοσήσει.

Έλεγχος και εμβολιασμός των γυναικών πρέπει να γίνεται πριν την εγκυμοσύνη διότι στην περίοδο της εγκυμοσύνης ο εμβολιασμός δεν συνιστάται.

7.3 ΙΟΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΟΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΕΓΚΛΕΙΣΤΩΝ

Εκτιμάται ότι είναι η πιο συχνή από τις περιγεννητικές λοιμώξεις. Ο ιός μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή και με τις μεταγγίσεις αίματος. Μπορεί να απομονωθεί από τον τράχηλο σε 3-6% των γυναικών. Κλινικά η λοίμωξη στον ενήλικο σπάνια αναγνωρίζεται, εκτός σε άτομα που έχουν ανεπάρκεια του

ανοσολογικού τους συστήματος. Μπορεί συνήθως να παρουσιαστεί ως ελαφρά ίωση.

Συγγενής λοίμωξη συμβαίνει σε 1% των νεογέννητων και από αυτά το ένα 10% παρουσιάζει κλινικές εκδηλώσεις. Η λοίμωξη μπορεί να γίνει αιματογενώς ή κατά τον τοκετό από μολυσμένο τράχηλο. Όπως και στις άλλες λοιμώξεις το έμβρυο μπορεί να προσβληθεί σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης, αλλά εκδηλώσεις παρουσιάζονται μόνο όταν η λοίμωξη συμβαίνει πρώιμα.

Λοίμωξη στο πρώτο τρίμηνο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τη γέννηση παιδιού μικρού σε βάρος για την ηλικία της εγκυμοσύνης, που μπορεί να εμφανίζει μικροκεφαλία και ενδοαγγειακή πήξη. Η κλινική εικόνα είναι τόσο όμοια με τις άλλες λοιμώξεις, ώστε μόνο με εργαστηριακή βοήθεια μπορεί να γίνει η διάγνωση. Στο δεύτερο τρίμηνο προκαλεί λιγότερο σοβαρά προβλήματα και στο τρίτο τρίμηνο γενικά δεν έχει δυσμενή επίδραση.

7.4 ΕΡΠΗΤΑΣ

Η λοίμωξη του γεννητικού συστήματος με ιό του έρπητα φέρεται ως σεξουαλικά μεταδιδόμενη νόσος. Υπάρχουν δυο τύποι του συγκεκριμένου ιού. Ο ένας βρίσκεται στις λοιμώξεις του γεννητικού συστήματος και ο άλλος στις στοματικές εντοπίσεις.

Από τις έγκυες γυναίκες με λοίμωξη με ιό έρπητα, μόνο το 1/3 έχει τυπικές αλλοιώσεις. Ο ιός του έρπητα αναπτύσσεται σχετικά εύκολα στην καλλιέργεια και το αποτέλεσμα επιτυγχάνεται σε 24-48 ώρες. Η κυτταρολογική εξέταση είναι επίσης αποτελεσματική, αλλά ακόμη και έμπειροι κυτταρολόγοι είναι πιθανόν να κάνουν λάθος στη διάγνωση.

Στην αρχή της εγκυμοσύνης μόνο η πρωτοπαθής λοίμωξη έχει σημασία. Ο ιός μπορεί να φτάσει στο έμβρυο και σε αυτήν την περίπτωση συνήθως ακολουθεί αυτόματη έκτρωση. Εάν το έμβρυο επιζήσει από την πρωτοπαθή λοίμωξη, τότε έχουμε συγγενή λοίμωξη.

Αργότερα στην κύηση η πρωτοπαθής λοίμωξη, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πρόωρο τοκετό, καθώς και συγγενή λοίμωξη. Σοβαρή νεογνική λοίμωξη συμβαίνει κατά τη διάρκεια του τοκετού με έκθεση του εμβρύου στον ιό.

Η νεογνική λοίμωξη με ιό έρπητα μπορεί να είναι γενικευμένη ή εντοπισμένη. Όταν αυτή συμβαίνει με τη συστηματική μορφή, έχει ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και τα περισσότερα από τα νεογνήνητα, που επιζούν, παρουσιάζουν σοβαρές βλάβες.

Ακόμη και όταν η νόσος είναι εντοπισμένη στα μάτια ή σε περιοχές του δέρματος, μπορεί να εξελιχτεί σε γενικευμένη νόσο

περίπου σε ποσοστό 50%. Στις περιπτώσεις που η λοίμωξη παραμένει εντοπισμένη, η πρόγνωση για την επιβίωση και για τις υπόλοιπες επιδράσεις είναι ευτυχώς καλή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

8.1 Λειτουργία της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

8.2 Παράγοντες που ευθύνονται για Νοσοκομειακές Λοιμώξεις

στη ΜΕΝΝ

8.3 Stress στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

8.3.1 Μέτρα μείωσης του stress στις ΜΕΝΝ

8.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

Η προοδευτικά βελτιούμενη περιγεννητική φροντίδα και η συνεχώς αναβαθμιζόμενη λειτουργία των

Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας

(MEN) νεογνών έχουν

συμβάλλει σε σημαντική μείωση

της θνητότητας των πολύ

πρόωρων και βαριά αρρώστων



τελειομήνων νεογνών. Ενδεικτικά, επισημαίνεται η μείωση της θνητότητας στα νεογνά με βάρος γέννησης κάτω των 1000 γραμμαρίων από 90% που ήταν στα τέλη της δεκαετίας του 1970 σε 45% περίπου σήμερα.²¹ Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στο γεγονός ότι η αύξηση της επιβίωσης δεν συνοδεύεται με αντίστοιχη αύξηση του ποσοστού των μέτριων και βαριών αναπηριών.

Τα νεογνά με πολύ μικρό βάρος κατά τη γέννηση, δηλαδή κάτω των 1500 γραμμαρίων κατά τον τοκετό, στην πλειονότητα των

²¹ Πάνου Μαρία- Παιδιατρική Νοσηλευτική εννοιολογική προσέγγιση- Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts, Αθήνα 19926

περιπτώσεων εξελίσσονται φυσιολογικά. Τα παιδιά αυτά όμως, έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν νευρολογικά και νοητικά προβλήματα.

Η γέννηση ενός νεογνού υψηλού κινδύνου μπορεί να έχει μακροχρόνιες συνέπειες για την οικογένειά του και επομένως η έγκαιρη αναγνώριση των προβλημάτων, η σωστή αντιμετώπιση και η υποστήριξη της οικογένειας, αποτελούν μια γερή βάση για τη σωστή φροντίδα της παρακολούθησης των παιδιών αυτών.

Το πλέον ιδανικό πρόγραμμα παρακολούθησης για μια MEN νεογνών είναι το πρόγραμμα, του οποίου η προετοιμασία αρχίζει, ενώ το μωρό βρίσκεται μέσα στη μονάδα και νοσηλεύεται. Σχετικά με το χρόνο έναρξης της παρακολούθησης μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, υποστηρίζεται ότι η πλέον κατάλληλη θεωρείται η ηλικία 2-6 εβδομάδων. Η περίοδος αυτή θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη, αφού οι γονείς και το παιδί έχουν πλήρως αποκοπεί από την υποστήριξη της Μονάδας και αρχίζει η υποστήριξη από τα άτομα που ασχολούνται με την πρωτοβάθμια φροντίδα. Στο σημείο αυτό, διαφαίνεται αν οι γονείς έχουν προσαρμοστεί στα προβλήματα του μωρού, αν ακολουθούν τις οδηγίες που τους δόθηκαν κατά την έξοδο και αν έχουν καινούργια προβλήματα. Η περαιτέρω παρακολούθηση γίνεται

σε τακτά ανά τετράμηνο ή εξάμηνο, χρονικά διαστήματα, ανάλογα με το πώς έχει προγραμματίσει κάθε μονάδα την παρακολούθηση.

Τα άτομα που ασχολούνται με την προετοιμασία της παρακολούθησης συγκεντρώνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, για να συζητήσουν τα προβλήματα των νεογνών, να ενημερώσουν τους γονείς και να προγραμματίσουν την περαιτέρω παρακολούθηση. Στην ομάδα αυτή συμμετέχουν, εκτός από τον νεογνολόγο και τον παιδονευρολόγο, η ψυχολόγος και η επισκέπτρια υγείας, η οποία προηγουμένως έχει επισκεφτεί το σπίτι και έχει τις πληροφορίες της σχετικά με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση της οικογένειας.

Μετά το πέρας κάθε εξέτασης γίνεται παρουσία όλων των μελών της ομάδας ενημέρωση των γονέων για την κατάσταση του παιδιού τους. Ιδιαίτερα για τους γονείς, των οποίων τα παιδιά είναι ύποπτα ή παρουσιάζουν πρόβλημα, η ενημέρωση είναι διακριτική, με απλούς και όχι επιστημονικούς όρους και με αισιόδοξα μηνύματα για την μελλοντική εξέλιξη.

8.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΓΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΝΕΟΓΝΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Η πρώτη προσπάθεια για εντατική νοσηλεία νεογνών στην Ελλάδα, άρχισε στην Αθήνα το 1973. Στόχος των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), είναι η μείωση της νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς και η εξασφάλιση ποιότητας στη μετέπειτα ζωή τους, δηλαδή χωρίς αναπηρίες και προβλήματα στη βιολογική και ψυχοκινητική τους εξέλιξη.²²

Αποτελέσματα της ραγδαίας εξέλιξης της ιατρικής τεχνολογίας τα τελευταία πέντε χρόνια, είναι η επιβίωση όλο και περισσότερων νεογνών με πολύ χαμηλό βάρος γέννησης.

Σήμερα σαν το μεγαλύτερο πρόβλημα στη MENN αναγνωρίζεται η νοσοκομειακή λοίμωξη, αφού στα τμήματα αυτά νοσηλεύονται νεογνά με σοβαρές παθήσεις, που απαιτούν εντατική και επιθετική διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση.

Τα ποσοστά Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΝΛ) στις MENN, μπορεί να είναι 300% έως 400% υψηλότερα από το αντίστοιχο γενικό ποσοστό του νοσοκομείου.

²² Πρακτικά 21^{ου} ετήσιου πανελλήνιου νοσηλευτικού συνεδρίου- Βελτίωση ποιότητας νοσηλευτικής πράξης. Αθήνα, Μάιος 1994 Σελ. 143-145

Η θνητότητα από ΝΛ κυμαίνεται από 12-27% και αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στα <1000g νεογνά μετά την 5^η μέρα ζωής.

Ανάλογα με τον χρόνο που γίνεται η μόλυνση οι νεογνικές λοιμώξεις διακρίνονται σε:

- Ενδομήτριες
- Κατά τον τοκετό
- Μετά τη γέννηση

Από αυτές τις νεογνικές λοιμώξεις, νοσοκομειακές χαρακτηρίζονται εκείνες όπου έχουμε μόλυνση του νεογνού κατά τον τοκετό και φυσικά μόλυνση μετά τη γέννησή του. Δε χαρακτηρίζονται νοσοκομειακές, οι γνωστές ή αποδεδειγμένες λοιμώξεις που εμφανίζονται μετά τη γέννηση και αποκτήθηκαν δια της ενδομητρίου οδού. Στη μεγαλύτερη συχνότητα και στη βαρύτερη εξέλιξη των λοιμώξεων στα νεογνά συμβάλλουν δύο παράγοντες

Οι **ενδογενείς** που οφείλονται σε ανεπαρκείς αμυντικούς μηχανισμούς ιδιαίτερα του νεογνού, όπως:

- Χαμηλό βάρος γέννησης <1500g (ποσοστό ΝΛ τρεις φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό ΝΛ στα μεγαλύτερα νεογνά)

- Ηλικία κύησης <32 εβδομάδων (ποσοστό ΝΛ 2,5 φορές υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό στα μεγαλύτερα νεογνά)
- Βασική νόσο όπως περιγεννητική ασφυξία, συγγενείς ανωμαλίες ή Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας

Οι **περιβαλλοντικοί** όπως:

- Η διάρκεια παραμονής (μετά τις είκοσι μέρες αυξάνεται δραματικά η σχέση διάρκειας νοσηλείας και ΝΛ)
- Ο μεγάλος αριθμός ιατρονοσηλευτικών χειρισμών και επεμβατικών πράξεων που διενεργούνται σε συνδυασμό με την παρατεταμένη διάρκεια νοσηλείας
- Η μη επάρκεια νοσηλευτικού χώρου
- Η ποιοτική και αριθμητική ανεπάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού

Η παρεμπόδιση μετάδοσης μικροοργανισμών επιτυγχάνεται με την τήρηση «κανόνων υγιεινής» στα νοσοκομεία, δηλαδή εφαρμογή άσηπτων τεχνικών, πλύσιμο χεριών, καθαριότητα-απολύμανση χώρων και επιφανειών, αποστείρωση οργάνων και υλικών νοσηλείας,

σωστό διαθέσιμο νοσηλευτικό χώρο και σωστή αναλογία νοσηλευτριών / νεογνών.

Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν φαίνεται ότι στην πρόκληση ΝΛ συμβάλλουν και ο ανεπαρκής νοσηλευτικός χώρος καθώς και το ανεπαρκές ποσοτικό-ποιοτικό νοσηλευτικό προσωπικό.

Σε ένα νεογνολογικό τμήμα παρέχεται νοσηλεία σε τρία επίπεδα:

- Επίπεδο 1 (απλή νοσηλεία)
- Επίπεδο 2 (ενδιάμεση νοσηλεία)
- Επίπεδο 3 (εντατική νοσηλεία)

Στην εντατική νοσηλεία οι συνηθέστεροι τύποι νοσηλευόμενων περιστατικών είναι:²³ τα πρόωρα < 32 εβδομάδων (1500g), τα βαριά αναπνευστικά προβλήματα, η βαριά περιγεννητική ασφυξία, η συμπτωματική συγγενή καρδιοπάθεια, χειρουργικά προβλήματα και επεμβάσεις, ειδικά μεταβολικά νοσήματα και κάθε περίπτωση που θεωρείται ότι απαιτείται εντατική νοσηλεία.

²³ Π. Λάγος, Σ. Αντωνιάδης. Βασική παιδιατρική Γ' Έκδοση-Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης Σελ. 63-65

Το επιθυμητό μέγεθος του νεογνολογικού τμήματος είναι 30-45 κλίνες εκ των οποίων 10-15 εντατικής νοσηλείας, 15-20 ενδιάμεσης νοσηλείας, 5-10 απλής νοσηλείας. Δεν νοείται η λειτουργία νεογνολογικού τμήματος με λιγότερες από 6 κλίνες εντατικής νοσηλείας.

Από όσα αναφέρθηκαν φαίνεται η άμεση επίδραση προδιαθεσικών παραγόντων του νεογνού και του περιβάλλοντος στην πρόκληση ΝΛ. Επειδή η θεραπεία σοβαρών λοιμώξεων στα νεογνά κρίνεται μερικές φορές ανεπιτυχής και με δυσάρεστες συνέπειες, στόχος της πολιτικής πρέπει να είναι η πρόληψη. Το υλικό όμως των μονάδων είναι δεδομένο και η χρήση θεραπευτικών μέσων αναπόφευκτη.

8.3 STRESS ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΝΕΟΓΝΩΝ

Η ικανότητα του προσωπικού των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, έχει μεγάλη επίδραση στην ποιότητα νοσηλείας των νεογνών υψηλού κινδύνου.²⁴



Η παραδοχή και μόνο της αναγκαιότητας της σχεδόν τέλει απόδοσης τους για την πρόληψη του θανάτου και των αναπηριών βαριά πασχόντων νεογνών, αποτελεί σημαντικό παράγοντα stress για το προσωπικό των Μονάδων. Σήμερα, τόσο η επιστημονική όσο και η τεχνολογική πρόοδος στον τομέα της Νεογνολογίας, καθιστά απαραίτητα την εξοικείωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα υψηλής τεχνολογίας και απόλυτης εξειδίκευσης.

Ενώ το ποσοστό επιβίωσης των πολύ χαμηλού βάρους νεογνών έχει αυξηθεί σημαντικά, ο αριθμός των κατάλληλα εκπαιδευμένων ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι ανάλογος με την

²⁴ Arch Dis Child 1982, Neonatal Intensive Care and Stress σελ.85-88

αύξηση του φόρτου εργασίας στις Μονάδες, πολλές από τις οποίες λειτουργούν με ελλιπές προσωπικό, η αντικατάσταση του οποίου είναι από δύσκολη ως αδύνατη.

Οι εργαζόμενοι στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας αντιμετωπίζουν πλήθος παραγόντων που προκαλούν stress, όπως τη βαριά γενική κατάσταση των ασθενών, το ενδεχόμενο του θανάτου τους, την κοπιαστική δουλειά, σύνθετες και απαιτητικές υπευθυνότητες, διαπροσωπικές συγκρούσεις, ηθικά διλήμματα και νομικές ασάφειες.

Στα νεογνικά τμήματα, 10-20% των νεογνών πεθαίνουν, και από αυτά το 20% μετά την 28^η μέρα θεραπείας. Τα ισχυρά συναισθήματα που προκαλούν η αρρώστια και ο θάνατος, κοινά για τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, μπορεί να είναι ισχυρότερα για αυτούς που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Η απασχόληση για πολλές ώρες (80 ώρες την εβδομάδα με 24-32 συνεχούς παρουσίας στη Μονάδα κάθε 3^η-4^η μέρα) σε ένα περιβάλλον υψηλής έντασης, οδηγεί με την πάροδο του χρόνου στο σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης, μιας κατάστασης σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. Ο εργαζόμενος βιώνει ένα έντονο stress,

αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό του, τους ασθενείς και τους συνεργάτες του και δεν είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά του.

Το σύνδρομο της εξάντλησης είναι πλέον εμφανές τόσο στο ανώτερο όσο και στο κατώτερο ιατρικό προσωπικό. Αν και το ανώτερο απασχολούμενο με άλλα καθήκοντα μπορεί να περνάει αρκετό χρόνο εκτός μονάδας, το φορτίο των ευθυνών που δεν μπορεί να μετατοπισθεί, η αγωνία της λήψης αποφάσεων ζωής και θανάτου και της πιθανότητας μακρόχρονης αναπηρίας στα επιζήσαντα νεογνά, με την πάροδο του χρόνου επιφέρουν τη φθορά.

Το συναίσθημα της επαγγελματικής κόπωσης στο ανώτερο προσωπικό περιλαμβάνει την προτίμηση ασχολιών που τους κάνουν λιγότερο διαθέσιμους για την Μονάδα, την αδιαλλαξία σε θέματα νοσηλείας και τη απροθυμία να επισκεφτούν την Μονάδα.

Αν και οι ειδικευόμενοι παιδίατροι που παρακολουθούν τις μονάδες είναι λιγότερο εκτεθειμένοι στους παράγοντες έντασης, παρατηρείται ότι και αυτοί περνούν από διάφορες φάσεις πίεσης. Ο ρυθμός και η επείγουσα φύση της δουλειάς στη μονάδα είναι σημαντικά διαφορετικός από την προηγούμενη εμπειρία τους ώστε συχνά τους βρίσκει απροετοίμαστους.

Το αίσθημα της επιστημονικής ανεπάρκειας προκαλεί stress ειδικά σε αυτούς που αισθάνονται ότι «όφειλαν να ξέρουν» και «έπρεπε να μπορούσαν να αντιμετωπίσουν». Έτσι αρκετοί γιατροί αισθάνονται και είναι υποχρεωμένοι να είναι συνεχώς διαθέσιμοι στη Μονάδα, πράγμα που έρχεται σε αντιπαράθεση με την προσωπική τους ζωή και επιτείνει το stress.

Η παρατεταμένη παραμονή στις μονάδες, οι συνεχείς εισαγωγές 24 ώρες το 24ωρο οι εξαντλητικές εφημερίες και οι άλλο αναφερόμενοι παράγοντες έντασης μειώνουν σημαντικά την απόδοση του προσωπικού.

Υπάρχουν στιγμές που όλοι οι γιατροί πρέπει να δώσουν άσχημα νέα στους ασθενείς τους και να ενημερώσουν τους γονείς ότι το παιδί τους αρχίζει τη ζωή του με κάποιο σοβαρό μειονέκτημα.

Επειδή οι σχέσεις με τους γονείς και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις αποτελούν σημαντικό παράγοντα έντασης για τους εργαζόμενους στις μονάδες ακόμη και στα οργανωμένα κέντρα του εξωτερικού, η παντελής έλλειψη υποδομής στην ελληνική πραγματικότητα πολλαπλασιάζει το πρόβλημα.

8.3.1 Μέτρα που προτείνονται για την αντιμετώπιση και τη μικρή μείωση του stress στους εργαζόμενους των Μονάδων

Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών:

- Εξειδίκευση
- Δυνατότητα επιλογής της θέσης εργασίας
- Πολυμορφία στην εργασία
- Επιπλέον δυνατότητα διαλειμμάτων
- Ακριβής προσδιορισμός των καθηκόντων σε ιατρούς, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό
- Αποκατάσταση ομαδικής λειτουργίας του τμήματος και συζητήσεις ανάμεσα στο προσωπικό
- Διαχωρισμός εργασίας, σπιτιού και προσωπικής ζωής.
- Ηθικά και οικονομικά κίνητρα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

9.1 Ίδρυση και λειτουργία του ΠΑΓΝΗ

9.2 Παιδιατρική κλινική

9.3 Περιγεννητική θνησιμότητα στην Κρήτη

9.3.1 Μέθοδος και υλικό

9.3.2 Αποτελέσματα

9.3.3 Παρατηρήσεις



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

9.1 ΊΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΑΓΝΗ

Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, το ΠΑΓΝΗ, είναι η μεγαλύτερη δημόσια λειτουργία στην Κρήτη.

Η ίδρυση του νοσοκομείου ως ΝΠΔΔ έγινε με το ΠΔ 186/24-4-85 ΦΕΚ75/26-4-85 και ο οργανισμός του εγκρίθηκε με την Α3β/οικ825/21-1-88 ΦΕΚ 11/22-1-88 απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.²⁵ Τα εγκαίνια έγιναν στις 21-5-89 ενώ η λειτουργία των πρώτων Εξωτερικών Ιατρείων είχε αρχίσει από 17-5-89. Ακολούθησαν τα εργαστηριακά τμήματα σταδιακά από 14-6-89 και τα νοσηλευτικά τμήματα από 21-10-89 με 60 περίπου κρεβάτια.

Από τότε μέχρι σήμερα το νοσοκομείο βρίσκεται σε συνεχή ανοδική πορεία με την αύξηση των δραστηριοτήτων του σε όλα τα επίπεδα υγείας.

Το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου διαθέτει 70000 μ² κτιρίων, τα οποία στεγάζουν 29 εξειδικευμένες κλινικές, που διαθέτουν συνολικά 684 κρεβάτια νοσηλείας, ενώ παράλληλα λειτουργούν και 18 ειδικά εργαστήρια. Στις κλινικές και στα

²⁵ http://www.pepagnh.gr/pnh_information/history.htm

εργαστήρια, που είναι όλα σχεδόν Πανεπιστημιακά, εργάζονται 90 Πανεπιστημιακοί ιατροί 160 ιατροί του ΕΣΥ και 250 ειδικευόμενοι ιατροί.

9.2 ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Η παιδιατρική κλινική είναι ένα από τα τέσσερα τμήματα του τομέα Μητέρας και Παιδιού της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Τα άλλα τρία είναι:

- Γυναικολογική-μαιευτική κλινική
- Νεογνολογική κλινική
- Παιδοαιματολογική κλινική

Η λειτουργία της Παιδιατρικής Κλινικής στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου ξεκίνησε το 1990. Βρίσκεται στο ισόγειο του πρώτου κτιρίου και σκοπός της είναι η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον παιδιατρικό πληθυσμό. Η εκμετάλλευση της ακαδημαϊκής γνώσης, η κλινική εμπειρία των εργαζομένων και η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα της υγείας του παιδιού εξασφαλίζουν την επίτευξη του παραπάνω στόχου.

Το ιατρικό προσωπικό της Παιδιατρικής Κλινικής προέρχεται από την Ιατρική Σχολή και το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Κατά το έτος 2000 το τμήμα της παιδιατρικής αποτελούνταν από 4 Ακαδημαϊκούς, 2 Επιμελητές Α' και 3 Επιμελητές Β', 17 Ειδικευόμενους, την Προϊσταμένη του Νοσηλευτικού Προσωπικού και την Γραμματειακή υποστήριξη του τμήματος.²⁶



²⁶ http://www.papagnh.gr/pnh_klinikes/kli_paidiatrikhs/staff_pediatrics.htm

9.3 ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΡΗΤΗ

Σε αυτό το σημείο θα γίνει μια σύντομη καταγραφή της περιγεννητικής θνησιμότητας, το έτος 2000 και η σύγκρισή της με τα στοιχεία του 1995 στο νησί της Κρήτης.

Η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί έναν από τους πλέον αξιόπιστους δείκτες εκτίμησης του επιπέδου μαιευτικής και νεογνικής φροντίδας και γενικότερα των υπηρεσιών υγείας μιας χώρας. Οι διακυμάνσεις της μεταξύ των διαφόρων χωρών είναι μεγάλες, με τάσεις συνεχούς μείωσης τα τελευταία χρόνια διεθνώς. Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή της περιγεννητικής θνησιμότητας το έτος 2000 και η σύγκρισή της με τα στοιχεία του 1995 στο νησί της Κρήτης, καταγράφοντας το σύνολο των γεννήσεων, τα θνησιγενή και τους θανάτους της πρώτης εβδομάδας μετά τη γέννηση. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η περιγεννητική θνησιμότητα τα τελευταία χρόνια στο νησί της Κρήτης έχει παρουσιάσει σημαντική μείωση από 9,58 σε 7,2 τοις χιλίοις. Η εμφάνιση ενός συγκρίσιμου με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ποσοστού περιγεννητικής θνησιμότητας καταδεικνύει την βελτίωση που έχει επέλθει τα τελευταία χρόνια στην περιγεννητική φροντίδα στο νησί.

9.3.1 Μέθοδος και υλικό

Η Κρήτη είναι το μεγαλύτερο νησί της ελληνικής επικράτειας. Είναι μια κλειστή κοινότητα της ελληνικής περιφέρειας που λόγω της γεωγραφικής της θέσης είναι δύσκολη η αναζήτηση φροντίδας υγείας στο κέντρο. Τα νεογνά νοσηλεύονται σε 2 Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, μια στο κρατικό και μια στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου που άρχισαν να λειτουργούν από το 1987 η πρώτη και από το 1991 η δεύτερη έχοντας βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα παροχής περιγεννητικής φροντίδας. Στην ευρύτερη περιοχή του νησιού λειτουργούν έξι ιδιωτικές κλινικές και έξι μαιευτικές κλινικές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενώ η μαιευτική κλινική που λειτουργεί τα τελευταία χρόνια στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου αναλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος των τοκετών και την πλειοψηφία των τοκετών υψηλού κινδύνου. Τα τελευταία χρόνια ένα σημαντικό μέρος των τοκετών στο νησί καλύπτεται από ειδικευμένο νεογνολόγο.

Καταγράφηκαν στην περιοχή της Κρήτης το σύνολο των γεννήσεων, τα θνησιγενή και τα νεογνά που πέθαναν τις πρώτες 7 μέρες μετά τη γέννηση. Στον υπολογισμό της περιγεννητικής θνησιμότητας συμπεριλήφθηκαν τα νεογνά που πέθαναν την 1^η

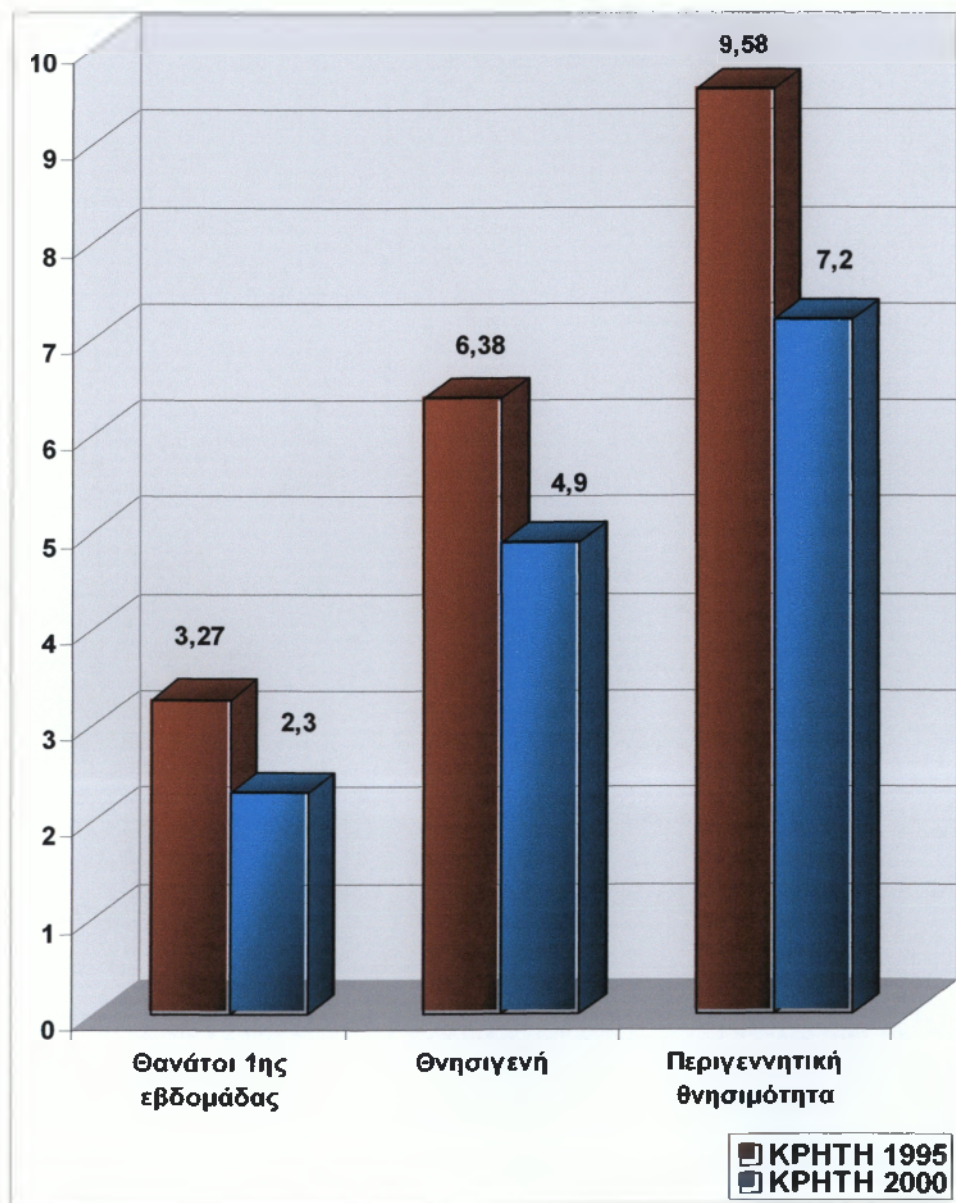
εβδομάδα μετά τη γέννηση τους και τα έμβρυα που γεννήθηκαν νεκρά με ηλικία κύησης μεγαλύτερη των 28 εβδομάδων ή βάρους γέννησης μεγαλύτερου ή ίσου των 500 γραμμαρίων.

9.3.2 Αποτελέσματα

Το έτος 2000 γεννήθηκαν 6513 νεογνά. 15 νεογνά πέθαναν την πρώτη εβδομάδα μετά τη γέννηση (2,3‰), ενώ 32 ήταν θνησιγενή (4,9‰). Η περιγεννητική θνησιμότητα βρέθηκε 7,2‰. Κατά το έτος 1995 γεννήθηκαν 6114 νεογνά. Ο αριθμός των θανάτων της πρώτης εβδομάδας μετά τη γέννηση ήταν 20 νεογνά (3,27‰), ενώ τα θνησιγενή ήταν 39 (6,38‰). Η περιγεννητική θνησιμότητα ήταν 9,58‰.

Διάγραμμα 1

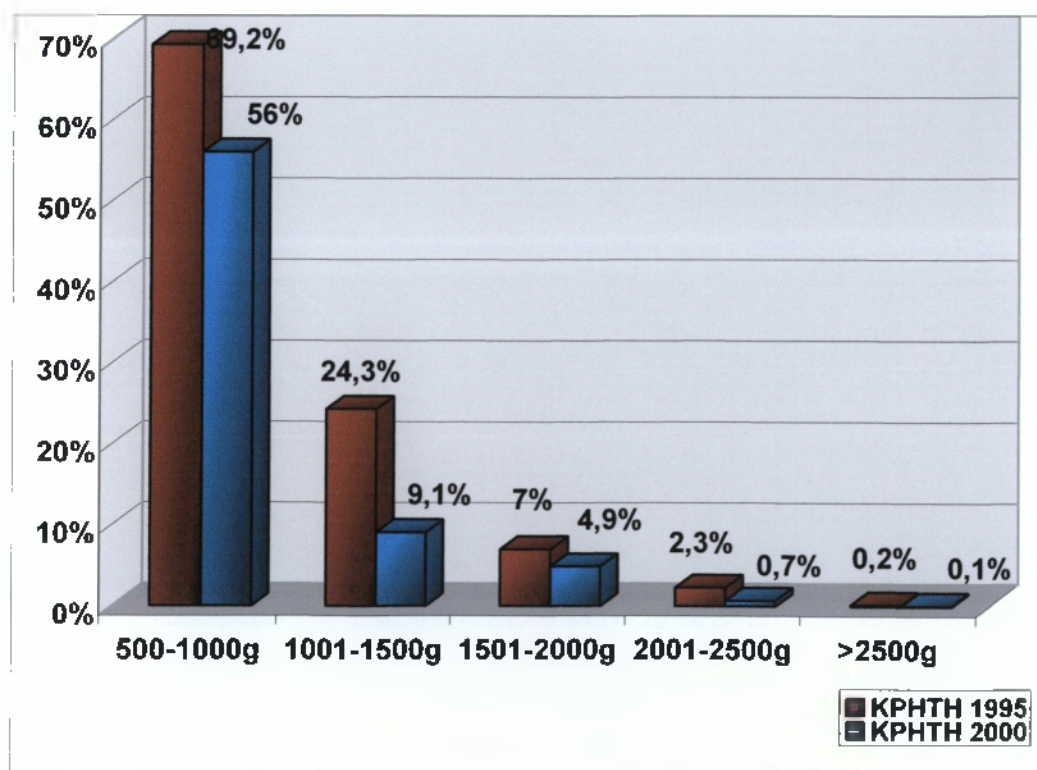
Θάνατοι 1^{ης} εβδομάδας ζωής, θνησιγενή και περιγεννητική θνησιμότητα κατά τα έτη 1995 και 2000.



Τα νεογνά μελετήθηκαν ανάλογα με το βάρος γέννησης αφού χωρίστηκαν στις παρακάτω ομάδες: 500-1000 γραμμάρια, 1001-1500, 1501-2000, 2001-2500, και >2500 γραμμάρια. Σχετικά με την κατανομή των θνησιγενών ανάλογα με το βάρος τους, ως ποσοστό του συνόλου των γεννηθέντων σε αυτήν την ομάδα νεογνών παρατηρήθηκε μείωση σε όλες τις ομάδες.

Διάγραμμα 2

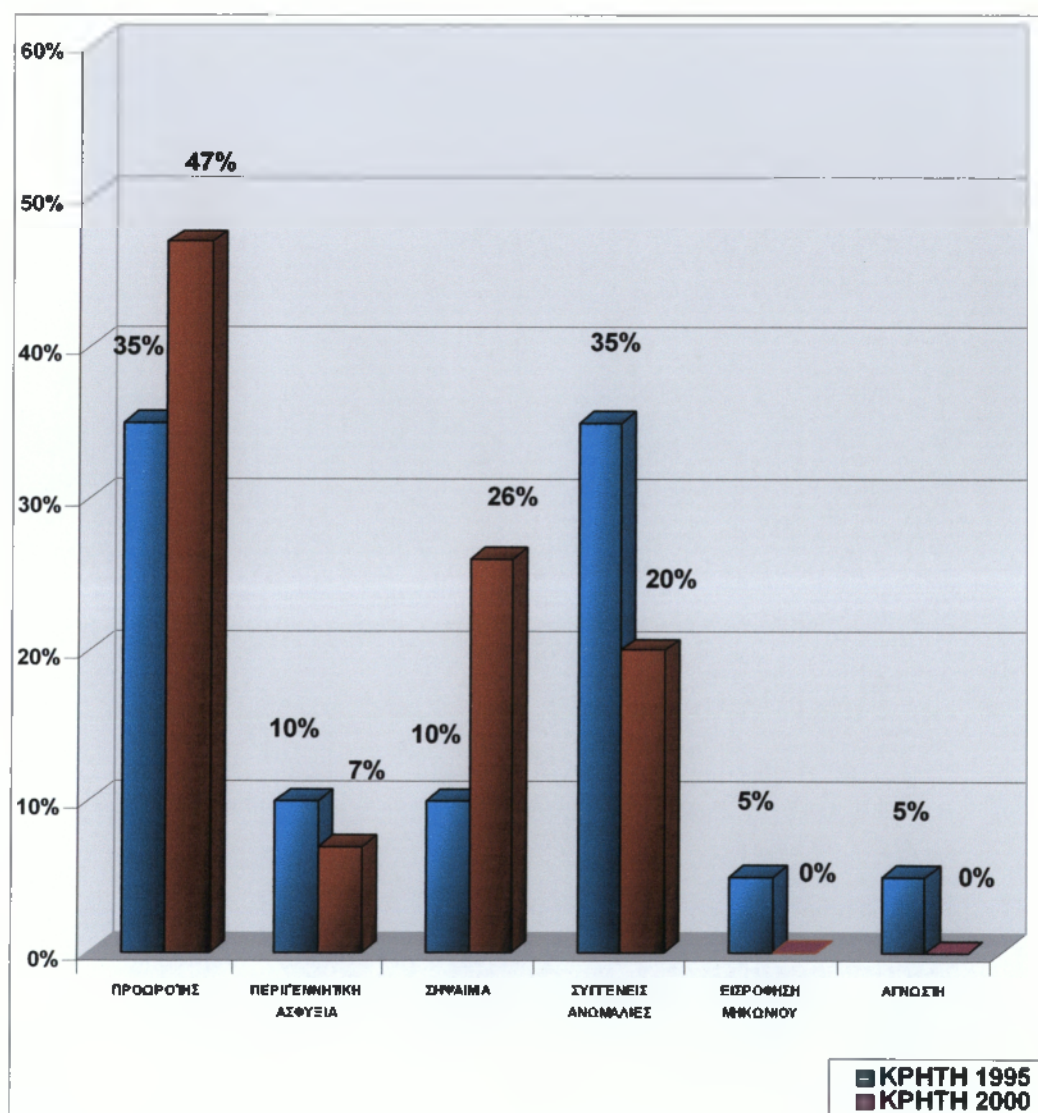
Κατανομή (%) των θνησιγενών ανάλογα του βάρους τους ως ποσοστό του συνόλου των γεννηθέντων σε αυτή την ομάδα νεογνών κατά τα έτη 1995 και 2000.



Όσον αφορά την αιτία των θανάτων της 1^{ης} εβδομάδας μετά τη γέννηση κατά το 2000 σημειώθηκε μικρή αύξηση της σηψαιμίας, ενώ η περιγεννητική ασφυξία και οι συγγενείς ανωμαλίες μειώθηκαν.

Διάγραμμα 3

Αίτια θανάτου (%) κατά τη διάρκεια της 1^{ης} βδομάδας ζωής κατά τα έτη 1995 και 2000

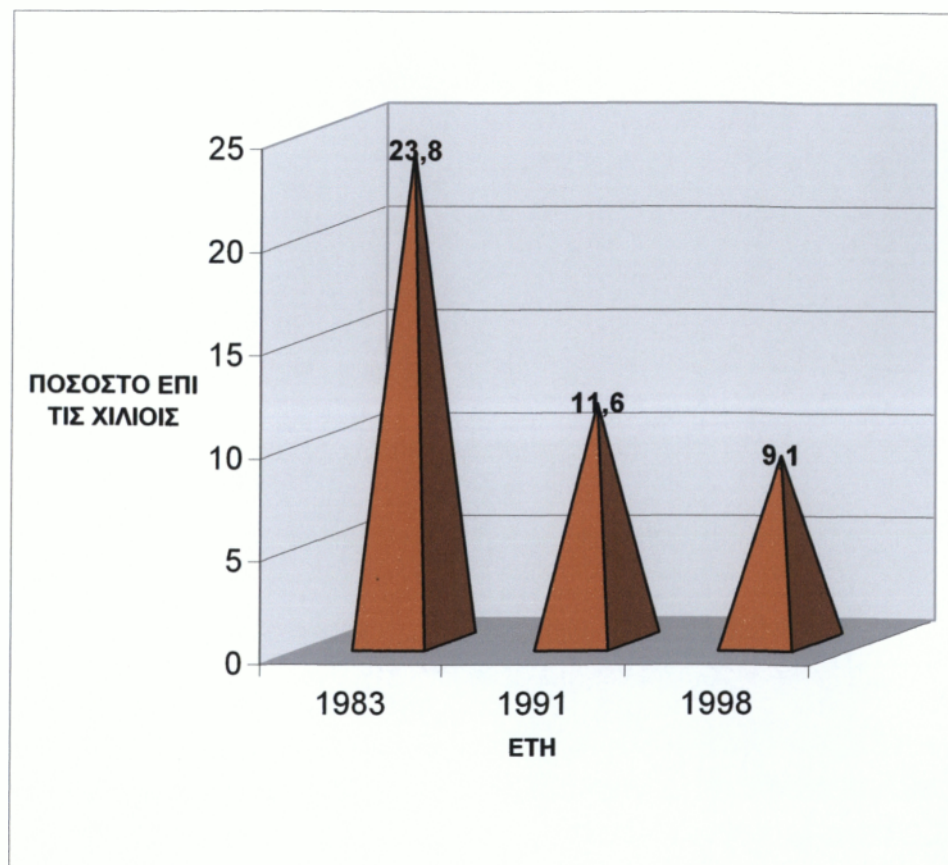


9.3.3 Παρατηρήσεις

Η περιγεννητική θνησιμότητα τα τελευταία χρόνια στην Κρήτη έχει παρουσιάσει σημαντική μείωση από 9,58‰ το 1995 σε 7,2‰ το 2000. Είναι γνωστό ότι το αντίστοιχο ποσοστό το 1983 στην Ελλάδα ήταν 23,8‰, το 1991 μειώθηκε σε 11,06‰ για να φτάσει στο 9,1‰ το 1998.

Διάγραμμα 4

Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα τα έτη 1983, 1991 και 1998



Αντίστοιχα σε Ευρωπαϊκές χώρες το 1983 ήταν: Στη Σκωτία 11,3‰, στην Αγγλία 10,8‰, στη Γερμανία 9,6‰, στη Νορβηγία 9,4‰ και στη Σουηδία 7,5‰. Το 1998 ήταν: στην Ισπανία 7,3‰, στη Δανία 7,1‰, στη Σκωτία και το Βέλγιο 7‰, στην Ολλανδία 6‰, στη Νορβηγία 5,7‰, στη Φιλανδία 4,7‰ και στη Σουηδία 4,1‰. Παρά τις δυσκολίες που υπάρχουν στην διακρατική σύγκριση, η εμφάνιση ενός συγκρίσιμου με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ποσοστού περιγεννητικής θνησιμότητας καταδεικνύει τη βελτίωση που έχει επέλθει τα τελευταία χρόνια στην περιγεννητική φροντίδα του νησιού. Η μείωση του ποσοστού των θνησιγενών νεογνών από 6,38‰ το 1995 σε 4,9‰ 2000 αντανακλά την καλύτερη παρακολούθηση των εγκύων και ιδιαίτερα των κυήσεων υψηλού κινδύνου. Η μείωση του ποσοστού των θανάτων κατά τη διάρκεια της 1^{ης} εβδομάδας μετά τη γέννηση από 3,27‰ σε 2,3‰ αποδίδεται στη λειτουργία σύγχρονων Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών που λειτουργούν στο νησί, αλλά και στη σωστότερη μαιευτική παρακολούθηση και τη συνεργασία μαιευτήρων-νεογνολόγων. Η περιγεννητική ασφυξία σαν αιτία θανάτου μειώθηκε σημαντικά, όπως και η εισρόφηση μηκωνίου, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στην καλύτερη μαιευτική παρακολούθηση της επιτόκου και στην

παρουσία εξειδικευμένου ατόμου ικανού να κάνει ανάνηψη στο νεογνό σε ένα σημαντικό αριθμό τοκετών. Παράλληλα παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας της προωρότητας και της σηψαιμίας σαν αιτίες θανάτου. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν διενεργήθηκε ιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη οπότε και ο προσδιορισμός της αιτίας θανάτου βασίζεται κυρίως στην κλινική άποψη του θεράποντα και μπορεί ενδεχομένως να μην είναι ακριβής. Σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκε κάποια παρέκκλιση σε σχέση με άλλες προηγμένες χώρες όπου σαν κύρια αιτία θανάτου κατά την περιγεννητική περίοδο αναφέρονται οι συγγενείς ανωμαλίες.

Αν λοιπόν κάποιος ήθελε να συσχετίσει αυτούς τους θανάτους με την ποιότητα παροχής υγείας και να δώσει ενδεχομένως κατευθυντήριες γραμμές παρέμβασης, εκτός από τις συνθήκες νοσηλείας στη συγκεκριμένη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας δε θα ήταν σωστό να αγνοήσει τις συνθήκες με τις οποίες διενεργήθηκε ο τοκετός, τις συνθήκες ανάνηψης και μεταφοράς του προώρου στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας νεογνών, αλλά και την επαρκή ή όχι παρακολούθηση και προετοιμασία της επιτόκου, τη χορήγηση ή όχι κορτικοειδών στην έγκυο με στόχο την επιτάχυνση της ωρίμανσης των πνευμόνων του εμβρύου και τη μείωση της νοσηρότητας και

θνησιμότητας, αλλά και τη σωστή αντιμετώπιση της ενδεχόμενης πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών υμένων που εκτός από την πρόκληση πρόωρου τοκετού προδιαθέτει στην ανάπτυξη πρώιμων νεογνικών λοιμώξεων επιβαρύνοντας σημαντικά το μικρό πρόωρο και ανώριμο νεογνό. Στόχος είναι η αναστολή ή έστω και η καθυστέρηση του πρόωρου τοκετού. Η σωστή ενημέρωση και παιδεία τόσο των εγκύων όσο και των φορέων πρωτοβάθμιας υγείας για την κατανόηση των επιβαρυντικών παραγόντων για πρόωρο τοκετό, την αναγνώριση των κήσεων υψηλού κινδύνου και την αναζήτηση φροντίδας σε περιγεννητικά κέντρα, ικανά να αντιμετωπίσουν τόσο την έγκυο όσο και το πρόωρο νεογνό της, αλλά και η στελέχωση των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας νεογνών με εξειδικευμένο προσωπικό και σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό θεωρείται επιτακτική ανάγκη. Σημαντική επίσης θεωρείται και η οργάνωση δικτύου μεταφοράς νεογνών στελεχωμένου με έμπειρους νεογνολόγους αλλά και εξοπλισμένου με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό που δεν υπάρχει μέχρι στιγμής στο νησί μας. Με αυτόν τον τρόπο θα περιοριστεί κατά το δυνατόν η επιβάρυνση που υφίσταται το νεογνό και ιδιαίτερα το μικρό πρόωρο κατά τη μεταφορά του στη Μονάδα Εντατικής

Νοσηλείας νεογνών που όπως είναι γνωστό έχει σχετιστεί με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σημαντική παρατήρηση αποτελεί το γεγονός ότι από τα 6513 νεογνά που γεννήθηκαν στην Κρήτη, τα 695, ποσοστό 10,67% προέρχεται από αλλοδαπές οικογένειες κυρίως οικονομικούς πρόσφυγες που έχουν έρθει τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας για αναζήτηση εργασίας, κυρίως από την Αλβανία, τη Βουλγαρία και από χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Με βάση το γεγονός ότι το 1995 ο αριθμός αυτός ήταν κατά πολύ μικρότερος σημειώνεται μια σχετική μείωση στον αριθμό των νεογνών που γεννιούνται από ελληνικές οικογένειες. Από αυτή την παρατήρηση υποσημαίνεται για άλλη μια φορά το πρόβλημα της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων στην ελληνική οικογένεια. Αυτοί οι άνθρωποι σε αρκετές των περιπτώσεων ζουν σε συνθήκες κάτω από τα όρια της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και δεν έχουν κανενός είδους περιγεννητική φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας. Η προσέγγισή τους από την κοινωνική πρόνοια και η καθοδήγησή τους για αναζήτηση παροχής περιγεννητικής φροντίδας από τις υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα μπορούσε δυνητικά να βοηθήσει στην επίτευξη του στόχου για περαιτέρω μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η περιγεννητική θνησιμότητα θεωρείται από τους σημαντικότερους δείκτες μιας χώρας, αφού μπορεί να μας δώσει μια σαφή εικόνα για την οικονομία και την κοινωνία μιας χώρας, καθώς επίσης και για τις πολιτικές υγείας που ακολουθεί.

Ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες που έχει η κάθε χώρα, λαμβάνει μέτρα για την αντιμετώπιση της περιγεννητικής θνησιμότητας. Τέτοια μέτρα μπορεί να είναι η αγορά νέα ιατρικής τεχνολογίας, η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού ή ακόμα και διάφορα προγράμματα ενημέρωσης για την πρόληψη της μητέρας και του εμβρύου. Η σωστή πληροφόρηση αυξάνει το επίπεδο της κοινωνίας και μπορεί να βοηθήσει στην περαιτέρω μείωση του δείκτη της περιγεννητικής θνησιμότητας.

Η μητέρα και το έμβρυο κατά τη διάρκεια της κύησης χρειάζονται μεγάλη προσοχή και ιδιαίτερη παρακολούθηση, ώστε να πραγματοποιηθεί ένας πετυχημένος τοκετός χωρίς επιπλοκές.

Είναι θετικό το γεγονός, ότι τα τελευταία χρόνια ο δείκτης της περιγεννητικής θνησιμότητας συνεχώς μειώνεται οπότε αυξάνεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Στην Κρήτη, η περιγεννητική θνησιμότητα τα τελευταία χρόνια έχει μειωθεί σημαντικά. Η μείωσή της αποδίδεται στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στην έγκυο μητέρα και στο νεογνό της. Υπάρχουν όμως ακόμα περιθώρια βελτίωσης. Στόχος είναι η περαιτέρω βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την πρόληψη του πρόωρου τοκετού αλλά και σε επίπεδο βελτίωσης της λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Εκτός από τις προσπάθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που σε μερικές των περιπτώσεων θεωρείται ότι ξεπερνούν τις δυνατότητες και τις αντοχές της ανθρώπινης φύσης τους, είναι χρήσιμη και επιτακτική η βοήθεια της πολιτείας.

Η σωστή πληροφόρηση, η κατάλληλη υποδομή, η συνεργασία του ιατρικού προσωπικού με το νοσηλευτικό, τα μέτρα της πολιτείας, η εξέλιξη και εφαρμογή της νεοεισερχόμενης τεχνολογίας είναι μερικά από τα μέτρα, τα οποία αν τηρηθούν αποτελούν πρόσφορο έδαφος για τη συνεχή μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας.

Προς το παρών, το μόνο που μπορεί να γίνει, είναι να περιμένουμε να δούμε την πορεία που θα έχει ο δείκτης στα επόμενα χρόνια και να ελπίζουμε ότι θα συνεχίσει να μειώνεται και να μας ενθαρρύνει για ένα καλύτερο μέλλον, που δεν αφορά μόνο τη μητέρα και το έμβρυο, αλλά ολόκληρο τον κόσμο.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Αντσακλής Α. – Κύηση Υψηλού Κινδύνου.
Επίκαιρα θέματα μαιευτικής και γυναικολογίας.
Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Τόμος 2 Αθήνα 1984.
- 2) Αραβαντινός Διονύσης-Μαιευτική. Επιστημονικές Εκδόσεις
Γρ. Παρισιανού, Αθήνα 1989.
- 3) Επίτομη Παιδιατρική-Β' Παιδιατρική κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. 1987.
- 4) Καρπάθιος Σ.Ε. Βασική μαιευτική και περιγεννητική ιατρική.
Β' Τόμος, Δεύτερη Έκδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts.
1999.
- 5) Λάγος Π, Αντωνιάδης Σ, - Βασική παιδιατρική. Γ' Έκδοση.
Ιατρικές. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα 1995.
- 6) Ντολαντζάς Θ.- Ο γιατρός συμβουλεύει. Εκδόσεις Κορωναίου
Τόμος 4. 1998.
- 7) Πάνου Μαρία - Παιδιατρική Νοσηλευτική, εννοιολογική
προσέγγιση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts. Αθήνα 1992.

- 8) Πρακτικά 8^{ου} Πανελλήνιου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών-Νευρολογία εμβρύου και νεογνού. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts. Αθήνα 1991.
- 9) Πρακτικά 10^{ου} Πανελλήνιου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.- 20 Χρόνια Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, νεότερες απόψεις. Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts. Αθήνα 1995
- 10) Πρακτικά 21^{ου} Ετήσιου Πανελλήνιου Νοσηλευτικού Συνεδρίου-Βελτίωση ποιότητας νοσηλευτικής πράξης. Αθήνα, Μάιος 1994.

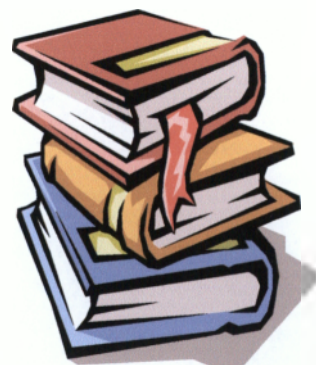
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Arch Dis Child 1982- Neonatal Intensive Care and Stress
- 2) Copper RL Goldenberg RL RK et al.- A multicenter study of preterm birth weight and gestational age specific neonatal mortality. Obstet Gynecol 1998.
- 3) Fenton AC et al. Attitudes to viability of preterm infants and their effect on figures for perinatal mortality. British Medical Journal 1990.

- 4) Gissler M., Olivia E., Teperi J., Heminuinki E.- Impact of induced abortions and statistical definitions on perinatal mortality figures. *Pediatric Perinat Epidemiol* 1994.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ

- 1) www.content.nejm.org
- 2) www.care.flash.gr
- 3) www.pepagnh.gr



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



97.
~~ΟΡΓΑΝΩΣΗ~~
~~ΠΡΩΤΟΕΠΙΣΤΗΜΟΝ~~

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1988

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
11

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

- 1. Απόφαση του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. 1
- 2. Απόφαση της Δ1γ/49076/85/9.1.86 (ΦΕΚ 4/15.1.1986, Τεύχος Β') αποφάσεως του Υπ. Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. 2

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Υφ.δ.α. 138/εφ. 825 (1)

Απόφαση του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις των παραγράφων 1,2,3 και 4 του άρθρου 1/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/83).

2. Τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 10 του Ν.1570/1986 (ΦΕΚ 217/Α/85) περί της εφαρμογής και ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 217/Α/85).

3. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος 87/86 «Ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/86).

4. Τις Π.δ.δ. 87 και 18/12.11.87 αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου, αποφασίζουμε :

Άρθρο 1.

Το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, που ιδρύθηκε με το Π.Δ/γμα 186/85 «Ίδρυση Γενικού Νοσοκομείου» (Φ.Ε.Κ. 75/Α/85) και αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που υπάγεται στις διατάξεις του Ν. Δ/τος 25/12/83 περί οργανώσεως της Ιατρικής Παιδείας (ΦΕΚ 254/Α/83), όπως τροποποιήθηκαν με τις διατάξεις του Ν. Δ/τος 17/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83).

τακτού Συμβουλίου και σύμφωνα με τις κάθε φορά αποφάσεις και κατευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 2.

Επωνυμία - Έδρα - Στραγίδα.

1. Το νοσοκομείο αυτό ορίζεται ως Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της 9ης Υγειονομικής Περιφέρειας, όπως αυτή προβλέπεται από το Π.Δ/γμα 31/86 «Διάρθρωση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες» (ΦΕΚ 12/Α/86), όπως αυτή ισχύει κάθε φορά. Το νοσοκομείο αυτό ερείκει την επωνυμία Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου.

2. Έδρα του νοσοκομείου είναι η πόλη του Ηρακλείου Κρήτης.

3. Το νοσοκομείο έχει στραγίδα στρογγυλή, στην οποία αναγράφονται σε απόδοξη τους ελληνικούς χαρακτήρες Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ - ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ - ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ και στη μέση το εθνόσημο.

Άρθρο 3.

Σκοπός.

Σκοπός του νοσοκομείου είναι :

α) Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα και κλίμακα εξειδικευμένης (επιτελεστικού επιπέδου) περίθαλψης στον χώρο του υγειονομικού περιβάλλοντος, καθώς και σε άλλα που παραπέμπονται από άλλες υγειονομικές περιφέρειες. Η περίθαλψη παρέχεται ελεύθερα για κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

β) Η πρωτογενής εκπαίδευση σε φοιτητές του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης καθώς και σε φοιτητές σχολών άλλων επαγγελματίων υγείας.

γ) Η ειδικότητα γιατρών και η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση γιατρών και λειτουργών άλλων κλάδων υγείας με την ανάπτυξη και εφαρμογή αντίστοιχων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

δ) Η ανάπτυξη και προώθηση της έρευνας στον χώρο της ιατρικής και των άλλων συναφών επιστημών. Στη κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προ-

γράμματα.

ε) Η νοσοκομεία με όλα τα νοσηλευτικά και υγειονομικά μέσα της 9ης υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και ανα-

μισή συνολικά του έργου στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων που αφορούν το χώρο της υγείας στην περιφέρεια, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 12 του Ν.1397/83 και στο πλαίσιο της προβλεπόμενης, από τις διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 6 του ίδιου νόμου, όπως συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85, νοσηλευτικής, επιστημονικής και λειτουργικής διασύνδεσης.

Στην έννοια της συνεργασίας και διασύνδεσης αυτής περιλαμβάνεται η οργάνωση και η εφαρμογή με ευθύνη των πανεπιστημιακών κλινικών, σε κάθε νοσηλευτική μονάδα της υγειονομικής περιφέρειας, προγραμμάτων, σεμιναρίων, μαθημάτων, διαλέξεων για την συνεχή αναβάθμιση του επιπέδου λειτουργίας τους καθώς και η μετάβαση στις νοσηλευτικές μονάδες αυτές επιστημόνων του νοσοκομείου για την οργάνωση, σε συνεργασία με την ιατρική υπηρεσία της κάθε νοσηλευτικής μονάδας, παροχής εξειδικευμένης περίθαλψης στον πληθυσμό της κάθε νομαρχιακής περιφέρειας.

Άρθρο 4.

Δύναμη κρεβατιών.

Το νοσοκομείο μπορεί να αναπτύσσει συνολική δύναμη μέτρ: 820 κρεβάτια.

Άρθρο 5

Διάκριση υπηρεσιών.

1. Το νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:
 - α) Ιατρική
 - β) Νοσηλευτική
 - γ) Διοικητική

2. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου.

3. Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία απ' αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής, υπάγεται ιεραρχικά στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Άρθρο 6.

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας.

1. Η Ιατρική Υπηρεσία αποτελείται από κλινικά και εργαστηριακά τμήματα και μονάδες του Ε.Σ.Υ. καθώς και από πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες και διαρθρώνονται στους τομείς: Παθολογικό, Χειρουργικό, Ψυχιατρικό, Εργαστηριακό και Κοινωνικής Ιατρικής.

2. Στο πρώτο στάδιο ανάπτυξης του νοσοκομείου σε κάθε τομέα λειτουργούν οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες που εγκαθίστανται σ' αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν.1397/83.

Στο στάδιο αυτό ο κάθε κλινικός τομέας λειτουργεί με τον αριθμό κρεβατιών που ορίζεται με την κοινή απόφαση, που προβλέπουν οι διατάξεις αυτές, συνολικά για τις αντίστοιχες πανεπιστημιακές κλινικές που εντάσσονται σ' αυτόν.

Άρθρο 7.

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

1. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε επτά (7) τομείς 1ο, 2ο, 3ο, 4ο, 5ο, 6ο και 7ο που ο καθένας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

- α) Ο 1ος και 2ος τομείς σε πέντε (5) τμήματα ο καθένας, που καλύπτουν τον παιδιατρικό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας, εκτός του αναισθησιολογικού τμήματος και της

γ) Ο 3ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τον ψυχιατρικό τομέα και τον τομέα Κοινωνικής Ιατρικής της ιατρικής υπηρεσίας.

δ) Ο 4ος τομέας σε πέντε (5) τμήματα που καλύπτουν τα εξωτερικά ιατρεία, τα διατομεακά τμήματα και τον εργαστηριακό τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

ε) Ο 7ος τομέας σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν το αναισθησιολογικό τμήμα, την μονάδα ανάνηψης, τη κεντρική αποστείρωση και τα χειρουργεία της ιατρικής υπηρεσίας.

2. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου μπορεί να μεταφέρονται νοσηλευτικά τμήματα από τον ένα νοσηλευτικό τομέα στον άλλο, μέσα στα πλαίσια του κατώτερου και ανώτερου ορίου διάρθρωσης αυτών.

3. Στο Νοσοκομείο συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή που αποτελείται από:

α) Τον διευθυντή-ιατρία της νοσηλευτικής υπηρεσίας, ως Πρόεδρο.

β) Ένα (1) προϊστάμενο τμήματος από κάθε τομέα.

γ) Ένα (1) διπλωματούχο τμήματος από κάθε τομέα.

Τα μέλη (β) και (γ) εκλέγονται για δύο (2) χρόνια με μυστική ψηφοφορία από το νοσηλευτικό προσωπικό του αντίστοιχου τομέα που συνέρχεται με πρόσκληση του προϊσταμένου αυτού. Τα μέλη της νοσηλευτικής επιτροπής εκλέγον με μυστική ψηφοφορία τον αντιπρόεδρο μεταξύ των υπό στοιχείων (β) μελών και τον γραμματέα μεταξύ των υπό στοιχεία (γ) μελών. Η νοσηλευτική επιτροπή γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά την οργάνωση και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας και εισηγείται σχετικά με τον πρόεδρό της στα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου.

Άρθρο 8.

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας.

1. Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) υποδιευθύνσεις:

α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού

β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού.

γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού.

Κάθε υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε τμήματα και αυτοτελή γραφεία, όπως στις ακόλουθες παραγράφους.

2. Η υποδιεύθυνση Διοικητικού στα τμήματα:

α) Προσωπικού

β) Γραμματείας

γ) Κίνησης Ασφόστων.

δ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων

ε) Κοινωνικής Υπηρεσίας

στ) Παραϊατρικών Επαγγελματιών (Τεχνολόγων).

3. Η υποδιεύθυνση Οικονομικού στα τμήματα:

α) Οικονομικού

β) Πληροφορικής - Οργάνωσης

γ) Διατροφής.

και στα αυτοτελή γραφεία:

α) Επιστάσις

β) Γκαρτσοπού.

4. Η υποδιεύθυνση Τεχνικού στα τμήματα:

α) Τεχνικού

β) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας.

Άρθρο 9.

Αρμοδιότητες υπηρεσιών.

Οι αρμοδιότητες κάθε υπηρεσίας του νοσοκομείου ορίζονται ως ακολούθως:

1. Αρμοδιότητες Ιατρικής Υπηρεσίας είναι:

Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας της κοινότητας

Η αντιμετώπιση των ασθενειών και η αντιμετώπιση των τραυματισμών και ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

Εφαρμόζοντας τις διατάξεις της παρ. 7 του άρθρου 12 του Ν.1579/85

και χείριστος του φαρμακευτικού και λοιπού υλικού χρη-
μοδότης του Ε.Ο.Φ. Ακόμη έχει την ευθύνη του επιστημο-
νικού ελέγχου του συνταγολογίου, της εκτέλεσης οπειδή-
ποτε συνταγής που θα ζητήσει το ιατρικό τμήμα, καθώς
και του ελέγχου των προς εκτέλεση συνταγών.

3. Αρμοδιότητες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας είναι :

Η παροχή νοσηλείας στους άρρωστους, σύμφωνα με τα
διδάγματα της νοσηλευτικής και στο πλαίσιο των κατευθύν-
σεων των υπευθύνων σε κάθε περίπτωση γιατρών, η προώ-
θηση και προαγωγή της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης
στον τομέα αυτό και ο προγραμματισμός και ο έλεγχος
των παρεχόμενων υπηρεσιών.

4. Αρμοδιότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας είναι :

α) Τμήμα Προσωπικού : Φροντίζει για κάθε θέμα που
έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού
του νοσοκομείου, καθώς και για την αποτίμηση και έλεγχο
του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

β) Τμήμα Γραμματείας : Φροντίζει για κάθε θέμα που
έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής στήριξης
σύμφωνα με τις αποφάσεις της διοίκησης και των άλλων
υπηρεσιών του νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού πρω-
τοκόλλου, την διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντι-
μετώπιση κάθε προβλήματος για την διακτεπαίωση του
έργου του νοσοκομείου.

γ) Τμήμα Κίνησης Αρρώστων : Η φροντίδα για την έκ-
δοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την
έξοδο, των εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγου ενταξιακής
εισαγωγής. Τηρεί βιβλίο κινήσεων κάθε φορά κρεβατιών και
ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα
με την σειρά στον κατάλογο ενταξιακής. Φροντίζει για την
λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων,
την χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων
παροχής υπηρεσιών. Τηρεί βιβλίο ασθενών και παρέχει
κάθε πληροφορία γι' αυτούς. Επίσης τηρεί λεπτομερή στα-
τιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Χρησι-
μοποιείται στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά την
υποβολή σχετικής αίτησης.

δ) Τμήμα Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρειών : Η ευθύνη
και φροντίδα για την γραμματειακή στήριξη των τακτικών
εξωτερικών ιατρειών, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των
προσερχομένων σ' αυτά αρρώστων. Τηρεί τα αρχεία και
τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρειών.

Ρυθμίζει την σειρά προσέλευσης των αρρώστων και προ-
γραμματίζει την επανεξέτασή τους με προσυνεννόηση. Χο-
ρηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά
από υποβολή σχετικής αίτησης. Ενημερώνει το κοινό για
τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρειών
και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

ε) Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας : Η ευθύνη και φρο-
ντίδα για την συμπράξη στους νοσηλευόμενους στο
νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, την αναζή-
τηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλή-
ματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την
αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο
πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της Πολι-
τείας.

στ) Τμήμα Περιεπιτηρικών Επιτηρημάτων (Τεχνολό-
γων) : Εντάσσονται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων
ιατρικών εργαστηρίων, των τεχνολόγων χειριστών-εμρα-
νιστών, των εργοθεραπευτών, των ορθοπαιστών και των
φυσιοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον εσωτερικό
κανονισμό λειτουργίας του νοσοκομείου.

ζ) Τμήμα Οικονομικού : Η φροντίδα για την μελέτη των
οικονομικών αναγκών του ιδρύματος και την εισήγηση
για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατέρ-
τιση του προϋπολογισμού του ιδρύματος, την πραγματο-
ποίηση των δαπάνων, την καταμέτρηση των εσόδων προ-
σωπικού και λοιπών εργαζομένων.

χέρου, και γενικά
νται για την λειτουργία του νοσοκομείου, την κατέρτιση
του ισολογισμού και απολογισμού, την τήρηση των λογι-
στικών βιβλίων, καθώς και την εισπραξη των εσόδων του
νοσοκομείου, την ευθύνη για την διακίνηση της περιουσίας
του ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στατιστι-
κών στοιχείων.

η) Τμήμα Πληροφορικής - Οργάνωσης : Η ευθύνη για
την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της
επεξεργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών
στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις
υπηρεσίες του νοσοκομείου, στο Υπουργείο Υγείας, Πρό-
νοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στους άλλους αρμό-
διους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

θ) Τμήμα Διατροφής : Ανήκουν οι δραστηριότητες που
σχετίζονται με την διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων
ασθενών και προσωπικού και με την πληροφόρηση και εκ-
παίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών
των εξωτερικών ιατρειών, που έχουν ανάγκη από ειδική
διατροφική αγωγή. Στο τμήμα διατροφής εντάσσονται επί-
σης οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοι-
κητικές δραστηριότητες όλων όσων απασχολούνται με τα
τρόφιμα από την προμήθεια μέχρι την κατανάλωσή τους.

ι) Γραφείο Επισιτισίας : Φροντίζει για κάθε θέμα που
έχει σχέση με την καθιέρωση των χώρων του νοσοκομείου
και την αποτίμηση των γενικών εργασιών και μεταφορών.

ια) Γραφείο Μυκτησμού : Η φύλαξη, η διανομή, η επι-
δότηση και η καθιέρωση του μυκτησμού του προσωπικού
του νοσοκομείου, καθώς και του μυκτησμού για εξυπηρέτηση
των νοσηλευόμενων.

ιβ) Τμήμα Τεχνικού : Η ευθύνη για τον προγραμματι-
σμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων
έργων ανάπτυξης, συντήρησης, αντικατάστασης και διαρκούς
βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστά-
σεων του ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου
εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων,
επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την
ποιότητα και ποσότητα παραλαβή τους.

Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών
εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των
εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και
γενικά για την ομαλή λειτουργία του επιστημονικού και
τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των σχημάτων του
Ιδρύματος.

ιγ) Τμήμα Βιοιατρικής Τεχνολογίας : Η ευθύνη και
φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού επιστη-
μονικού εξοπλισμού, καθώς και η οργανωμένη τεχνική υπο-
στήριξή του.

5. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών, όπως καθορίζονται
με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ισχύουν σύμφωνα
με όσα λεπτομερώς ορίζονται με τον εσωτερικό κανονισμό
λειτουργίας του νοσοκομείου και εφόσον δεν έχει εκδοθεί
εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας, σύμφωνα με τις απο-
φάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου και τις γενικότερες
κατευθύνσεις και υποδείξεις του Υπουργείου Υγείας, Πρό-
νοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 10.

Στελέχωση Ιατρικής Υπηρεσίας.

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται : 1369

α) Από πανεπιστημιακούς γιατρούς του ιατρικού τμή-
ματος του Πανεπιστημίου Κρήτης που υπηρετούν στις
πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες που
εγκαθίστανται και λειτουργούν στους τομείς της ιατρικής
υπηρεσίας του νοσοκομείου, σύμφωνα με τις διατάξεις του
άρθρου 13 του Ν. 1397/83.

β) Από γιατρούς που διορίζονται σε θέσεις κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. που συνιστώνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 1397/83, στο κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κατανέμονται στο νοσοκομείο αυτό.

γ) Από ειδικευμένους γιατρούς που τοποθετούνται για ειδικότητα στο νοσοκομείο αυτό, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά.

δ) Από άλλους επιστήμονες που προστέθουν συναρείς υπηρεσίες με το έργο της ιατρικής υπηρεσίας των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις :

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

- Κλάδος ΠΕ Φαρμακοποιών < 0 45
- Έξι (6) θέσεις
- Κλάδος ΠΕ - Χημικών - Βιοχημικών <
- Δέκα (10) θέσεις
- Κλάδος ΠΕ Βιολόγων <
- Έξι (6) θέσεις
- Κλάδος ΠΕ Φυσικών - Ακτινοφυσικών <
- Έξι (6) θέσεις
- Κλάδος ΠΕ Γυκολόγων <
- Μία (1) θέση και

ε) Από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις :

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

- Κλάδος ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου <
- Δέκα πέντε (15) θέσεις

Άρθρο 11.

Στελέχωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις :

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

- Κλάδος ΠΕ Νοσηλευτών - τριών <
- Πενήντα (50) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

Κλάδος ΤΕ Νοσηλευτών - τριών
Τριακόσιες πενήντα (350) θέσεις
Είκοσι (20) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΠΕ νοσηλευτών - τριών.

Κλάδος ΤΕ Επισκεπτών - τριών <

Είκοσι (20) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Μαιών - τών <

Εξήντα (60) θέσεις
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

Κλάδος ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων <

Τετρακόσιες (400) θέσεις

Εκκτόν είκοσι (120) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται, κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω έλλειψης υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ νοσηλευτών - τριών.

Κλάδος ΔΕ Βρεφοκόμων <

Δέκα (10) θέσεις

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

Κλάδος ΤΕ Βοηθητικού Υγιον. Προσωπικού <

Διακόσιες τριάντα (230) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες :

Βοηθών Θαλάμου, Μεταφορέων ασθενών, Νεκροτόμων - Σαβηνωτών και άλλες συναρείς ειδικότητες. Τα 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτής κατανέμονται στις ειδικότητες :

Βοηθών Θαλάμου, μεταφορέων ασθενών (15) θέσεις

Μεταφορέων ασθενών, νεκροτόμων (70) θέσεις

Η κατανέμηση γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά με την απόφαση του αρμόδιου οργάνου.

Στελέχωση Διοικητικής Υπηρεσίας

Η Διοικητική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατά κατηγορία κλάδων, σε καθένα από τους οποίους συνιστώνται οι αντίστοιχα οριζόμενες θέσεις :

Α' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΕ

Κλάδος ΠΕ Διοικητικός - Λογιστικός <

Δέκα οκτώ (18) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Μηχανικών <

Επτά (7) θέσεις :

Οι θέσεις του κλάδου κατανέμονται στις ειδικότητες :

Ηλεκτρολόγων - Μηχανικών : μία (1) θέση <

Αρχιτεκτόνων - Μηχανικών : μία (1) θέση <

Πολιτικών - Μηχανικών : μία (1) θέση <

Μηχανολόγων - Μηχανικών : δύο (2) θέσεις <

Ηλεκτρονικών - Μηχανικών : δύο (2) θέσεις <

Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής <

Τέσσερις (4) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Γυμναστών <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Διαιτολόγων <

Έξι (6) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργιών <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Καστολόγων <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Λογοθεραπευτών <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΠΕ Στατιστικής <

Τρεις (3) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Κοινωνιολόγων <

Μία (1) θέση + 1 προσωπική

Κλάδος ΠΕ Παιδαγωγών <

Δύο (2) θέσεις

Κλάδος ΠΕ Εκπαιδευτικών <

Δύο (2) θέσεις

Β' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ

Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Νοσοκομείων <

Δέκα πέντε (15) θέσεις + 1 ΤΕ Διοικ. Προβ.

Κλάδος ΤΕ Λογιστικής <

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Οδοντοτεχνιτών <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Τεχνολόγων Τροφίμων <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Φυσιοθεραπευτών <

Είκοσι (20) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Εργοθεραπευτών <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών <

Επτά (7) θέσεις + 1 Προσωπική

Κλάδος ΤΕ Ραδιολογίας - Ακτινολογίας <

(Χειριστών - Εμπνησιστών)

Τριάντα (30) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων (Τεχνολό

Είκοσι δύο (22) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Επιστημών Δημόσιας Υγείας <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Ορθοπαιστών <

Μία (1) θέση

Κλάδος ΤΕ Βιθιολογικών <

Μία (1) θέση

1 ΤΕ Ραδιολογίας Εργαστηρίων (Προβ)

Κλάδος ΤΕ Τεχνολογικών Εφαρμογών
Δέκα θέσεις (14) θέσεις + 1 Προβλεπόμενη

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Ηλεκτρονικών - Τεχνικών, Υπομηχανικών και Σχεδιαστών. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Ηλεκτρονικών - Τεχνικών: τέσσερις (4) θέσεις
- Υπομηχανικών: δύο (2) θέσεις
- Σχεδιαστών: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Γ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

Κλάδος ΔΕ Διοικητικός Λογιστικός

Πενήντα (50) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Διοικητικού - Λογιστικού, Εισπρακτόρων και Αποθηκείων.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Διοικητικού - Λογιστικού: είκοσι τρεις (23) θέσεις
- Εισπρακτόρων: μία (1) θέση
- Αποθηκείων: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Κλάδος ΔΕ Δακτυλογράφων - Στυκογράφων

Οκτώ (8) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Γραμματέων Νοσηλευτικών Τμημάτων
Πενήντα πέντε (55) θέσεις + 1 Γραφ. ΥΕ 608 Βαθμ.

Κλάδος ΔΕ Ιερών

Μία (1) θέση

Κλάδος ΔΕ Μαιών

Οκτώ (8) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Τηλεφωνητών

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Παρασκευαστών

Εβδομήντα τρεις (73) θέσεις

Πέντε (5) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω θλιψής υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ ιατρικών εργασιολόγων (τεχνολόγων).

Κλάδος ΔΕ Χειριστών - Εμφρακτών

Είκοσι οκτώ (28) θέσεις + 8 (36)

Οκτώ (8) από τις θέσεις του κλάδου αυτού συμπληρώνονται κατά τον αριθμό που δεν συμπληρώνονται, λόγω θλιψής υποψηφίων, οι θέσεις του κλάδου ΤΕ ραδιολογίας - ακτινολογίας (χειριστών - εμφρακτών).

Κλάδος ΔΕ Προσωπικού Η/Υ

Έξι (6) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Προσωπικού Ασφαλείας

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΔΕ Τεχνικός

Εκατόν τριάντα δύο (132) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Μηχανοτεχνικών, Ηλεκτροτεχνικών, Εργοδηγών, Ηλεκτρονικών-Τεχνικών, Υδραυλικών - Θερμοϋδραυλικών, Θερμαστών, Κλιβανιστών - Αποστειρωτών - Απολυμαντών, Σιδηρουργών - Ηλεκτροσυγκολλητών - Αλουμινοκατασκευαστών, Οικοδόμων - Κτιστών - Αμμοκονιαστών, Σχεδιαστών, Χρωματιστών - Υδροχρωματιστών, Ευλουργών - Επιπλαστών, Τραμίδων - Ταπιστέρηδων, Κοπριών - Ραπτριών - Γαζωτριών, Γυκτικών, Οδηγών αυτοκινήτων - δικύκλων, Κουρέων και άλλες συναφείς ειδικότητες.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

- Μηχανοτεχνικών: εννέα (9) θέσεις
- Ηλεκτροτεχνικών: δέκα τέσσερις (14) θέσεις
- Εργοδηγών: Τρεις (3) θέσεις
- Ηλεκτροτεχνικών - Τεχνικών: τρεις (3) θέσεις
- Υδραυλικών - Θερμοϋδραυλικών: επτά (7) θέσεις

Θερμαστών: τρεις (3) θέσεις

Κλιβανιστών - Αποστειρωτών - Απολυμαντών: επτά (7) θέσεις

Σιδηρουργών - Ηλεκτροσυγκολλητών - Αλουμινοκατασκευαστών: δύο (2) θέσεις

Οικοδόμων - Κτιστών - Αμμοκονιαστών: δύο (2) θέσεις

Σχεδιαστών: μία (1) θέση

Χρωματιστών - Υδροχρωματιστών: μία (1) θέση

Ευλουργών - Επιπλαστών: μία (1) θέση

Τραμίδων - Ταπιστέρηδων: μία (1) θέση

Κοπριών - Ραπτριών - Γαζωτριών: τέσσερις (4) θέσεις

Γυκτικών: δύο (2) θέσεις

Οδηγών αυτοκινήτων - δικύκλων: πέντε (5) θέσεις

Κουρέων: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Δ' ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΕ

Κλάδος ΥΕ Βοηθητικού Προσωπικού

Σεράτζα τέσσερις (44) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Κλητήρων, Θυρωρών, Συνδίκων κλιματιστήρων, Χειριστών μηχανημάτων αναπαραγωγής και ταξινόμησης εγγράφων, Βοηθών αποθηκείων, ταξινόμησης γραμματίων και μεταφορών.

Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Κλητήρων: έξι (6) θέσεις

Θυρωρών: επτά (7) θέσεις

Συνδίκων κλιματιστήρων: δύο (2) θέσεις

Χειριστών μηχανημάτων αναπαραγωγής και ταξινόμησης

εγγράφων: μία (1) θέση

Βοηθών αποθηκείων: μία (1) θέση

Ταξινόμησης γραμματίων: δύο (2) θέσεις

Μεταφορών: τρεις (3) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Κλάδος ΥΕ Προσωπικού Καθαριότητας

Εκατόν εξήντα δύο (162) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Καθαριστών - τριών και Επιμέλειες κήπων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Καθαριστών-τριών: εβδομήντα (70) θέσεις

Επιμέλειες κήπων: πέντε (5) θέσεις

Προσακόδων - Σιδερωτών-τριών: πέντε (5) θέσεις

Επιμέλειες κήπων: μία (1) θέση

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Κλάδος ΥΕ Προσωπικού Εστίασης

Εκατόν τριάντα δύο (132) θέσεις

Ο κλάδος αυτός περιλαμβάνει τις ειδικότητες: Βοηθών μαγειρών, Τραπεζοκόμων και Λαυτζέρηδων. Το 1/2 των θέσεων του κλάδου αυτού κατανέμεται στις ειδικότητες:

Βοηθών μαγειρών: τέσσερις (4) θέσεις

Τραπεζοκόμων: σαράντα τέσσερις (44) θέσεις

Λαυτζέρηδων: τέσσερις (4) θέσεις

Η κατανομή των λοιπών θέσεων στις ειδικότητες γίνεται κάθε φορά με την απόφαση προκήρυξης αυτών.

Κλάδος ΥΕ Εργατών

Δέκα (10) θέσεις

Κλάδος ΥΕ Φυλάκων-Νυκτεφύλακων

Δέκα έξι (16) θέσεις

Έξι θέσεις με μισθό Εντολής

Δύο (2) θέσεις δικηγόρων

Άρθρο 13.

Προσόντα διακριτού.

1. Για το διορισμό των υπαλλήλων που κατανέμονται με τις θέσεις αυτές των 2 θέσεων 10...