

Υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης

Αικατερίνη Θεοδοσιάδου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια σειρά καταστάσεων γνωστών με τον όρο "Υπερτασικές Διαταραχές Εγκυμοσύνης". Αυτές περιπλέκουν το 6-10% του συνόλου των κυήσεων με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο, όπως πρόωρος τοκετός, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, οξεία νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, αιμορραγία στη διάρκεια της κύησης και της λοχείας, οι οποίες ευθύνονται για το 17,6% των μητρικών θανάτων.

Οι παρέχοντες μαιευτική φροντίδα θα πρέπει να επιτείνουν την προσοχή τους στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου. Η πρωτογενής και η δευτερογενής πρόληψη συμβάλλουν στον περιορισμό της εμφάνισης της νόσου και στην ηπιότερη μορφή της, όταν αυτή εμφανίζεται.

Στις γυναίκες πρέπει να δίνεται το δικαίωμα της επιλογής του τρόπου και του τόπου παρακολούθησης της εγκυμοσύνης τους στο πλαίσιο της συντηρητικής αντιμετώπισης της ήπιας μορφής των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης.

Το 80% των μητρικών θανάτων και το 65% της νοσηρότητας συνδέονται με την κάτω του μετρίου περιγεννητική φροντίδα. Η παρακολούθηση μπορεί να γίνεται και εξωνοσοκομειακά: είτε στο σπίτι, είτε στις μονάδες ημερήσιας φροντίδας ή με συνδυασμό και των δυο υπό την καθοδήγηση ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού (Μαιών), ικανού να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τις έγκυες γυναίκες.

Σκοπός της εναλλακτικής αυτής φροντίδας είναι η πρόληψη της νόσου ή της επιδείνωσής της, η επιβεβαίωση της φυσιολογικής ανάπτυξης του εμβρύου, η ευχαρίστηση των γυναικών και τέλος η μείωση του κόστους περίθαλψης, χωρίς φυσικά να υπάρχουν εκπτώσεις στα περιγεννητικά αποτελέσματα και στην ποιότητα της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης.

Λέξεις-κλειδιά: υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης, παράγοντες κινδύνου, πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη, παρακολούθηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρτηριακή πίεση του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν αυξάνεται, παρά το γεγονός της αύξησης του όγκου του παλμού λόγω

* Μαία Γ.Π.Ν. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" Θεσσαλονίκης.

της περιφερειακής αγγειοδιαστολής. Η συστολική πίεση του αίματος παραμένει σταθερή, ενώ η διαστολική πίεση καταγράφει πτώση κατά 15 mmHg στο 1ο τρίμηνο και στις αρχές του 2ου τριμήνου, φθάνοντας σ' ένα πλατό στις 22 εβδομάδες της κύησης. Αργότερα αυξάνεται αργά, ώστε στο τέλος της αγγίζει τα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα (Norwitz, 1999).

Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σειρά καταστάσεων γνωστών με τον όρο "Υπερτασικές Διαταραχές Εγκυμοσύνης (ΥΔΕ)", που δημιουργούν επιπλοκές τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο. Σύμφωνα με το "American National Center for Health Statistics" τα προβλήματα της αυξημένης αρτηριακής πίεσης συμβαίνουν στο 6-10% όλων των κυήσεων. Οι γυναίκες πρέπει να ελέγχονται αν είναι δυνατό προ της σύλληψης ή έστω στη διάρκεια της πρώτης περιγεννητικής επίσκεψης. Η ταξινόμηση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης γίνεται σύμφωνα:

- με την ανάγνωση κυρίως της διαστολικής πίεσης του αίματος, που μετρά την περιφερειακή αντίσταση και δεν επηρεάζεται από το συγκινησιακό καθεστώς της γυναίκας, γεγονός που δεν συμβαίνει με τη συστολική πίεση του αίματος. Τιμή ανησυχίας ≥ 90 mmHg, σε δυο μετρήσεις σε χρονικό διάστημα 4 ή 6 ωρών (WHO, GENEVA, 2003),
- με την ηλικία της εγκυμοσύνης,
- με την ανίχνευση ή όχι πρωτεϊνουρίας, που η τεκμηρίωσή της επιτυγχάνεται με τον προσδιορισμό της πρωτεΐνης $> 1+$ με stick, σε δυο τυχαία δείγματα των ούρων ή σε συλλογή ούρων 24ώρου ≥ 300 mg/ημέρα (χρυσός κανόνας) (Moran, 1999).

Ταξινόμηση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης (ACOG, 2002)

• Υπέρταση της εγκυμοσύνης

Υπέρταση οριζόμενη με τιμή αρτηριακής πίεσης αίματος $\geq 140/90-109$ mmHg, προηγούμενη πίεση αίματος φυσιολογική και απουσία πρωτεϊνουρίας. Ανιχνεύεται για πρώτη φορά μετά τις 20 εβδομάδες της κύησης, ή κατά τον τοκετό, ή 48 ώρες μετά τον τοκετό και παύει να ανιχνεύεται 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Πιο συχνά εμφανίζεται περί την 36η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, κυρίως σε πρωτοτόκες σε ποσοστό 7-18% (Saudan, 1998).

• Χρόνια υπέρταση

Υπέρταση οριζόμενη με τιμή αρτηριακής πίεσης αίματος $\geq 140/90-109$ mm Hg, γνωστή προ της εγκυμοσύνης ή ανιχνεύσιμη προ των 20 εβδομάδων της κύησης και η οποία παραμένει 12 εβδομάδες μετά

τον τοκετό. Το ποσοστό εμφάνισής της ανέρχεται στο 1-5% και όσο επιμηκύνεται η αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας τόσο αυξάνεται. Διακρίνεται σε ήπια-μέτρια με $\leq 159/109$ mmHg και σοβαρή με $\geq 160/110$ mmHg. Επίσης, μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- "ιδιοπαθής υπέρταση" όταν δεν υπάρχει γνωστή αιτία,
- "δευτεροπαθής υπέρταση" όταν σχετίζεται με προϋπάρχουσα γνωστή νόσο, όπως φαιοχρωμοκύττωμα, παρεγχυματική νεφρική νόσο ή στένωση της αορτής.

• Προεκλαμψία σε έδαφος χρόνιας υπέρτασης

Παρουσιάζεται με την εμφάνιση νέων σημείων ή συμπτωμάτων προεκλαμψίας μετά τις 20 εβδομάδες της κύησης σε ποσοστό 15-25% εγκύων με χρόνια υπέρταση. Έγκυες με σοβαρή χρόνια υπέρταση ανεβάζουν το παραπάνω ποσοστό σε 75% (Vigil De Gracia, 2004). Το ποσοστό των πρόωρων τοκετών αγγίζει σχεδόν το 100%, το 78% των νεογνών είναι υπολειπόμενης ανάπτυξης (SGA/Small for Gestational Age) και η περιγεννητική θνησιμότητα αγγίζει το 48% (Sterhen, 2005). Αν πριν τις 20 εβδομάδες ανιχνευθεί υπέρταση και πρωτεϊνουρία χωρίς νεφρική νόσο, τότε τίθεται υπόνοια μύλης κύησης ή ύδρωπα.

• Προεκλαμψία/εκλαμψία

Υπέρταση και πρωτεϊνουρία που ανιχνεύονται για πρώτη φορά μετά τις 20 εβδομάδες της κύησης και απουσιάζουν 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η υπέρταση ορίζεται με τιμή αρτηριακής πίεσης $\geq 140/90-109$ mmHg και η πρωτεϊνουρία ορίζεται με την ανίχνευση πρωτεΐνης $> 1+$ με stick, σε δυο τυχαία δείγματα ούρων ή σε συλλογή ούρων 24ώρου ≥ 300 mg/ημέρα. Τα ποσοστά εμφάνισής της ανέρχονται σε 2-8% και εμφανίζεται σε δυο μορφές: ήπια-μέτρια και σοβαρή. Παροξυσμός της εγκαταστημένης προεκλαμψίας ορίζεται ως εκλαμψία με συχνότητα 1/2.000 γεννήσεις (Douglas, 1994).

Η προεκλαμψία (ΠΕ) είναι πολυπαραγοντική νόσος, που προοδευτικά οδηγεί σε σημάδια και συμπτώματα που απαιτούν θεραπεία. Η ΠΕ σχετίζεται με γενικευμένη αγγειοσύσπαση και προοδευτική επιβάρυνση της λειτουργίας βασικών οργάνων, όπως οι νεφροί, το ήπαρ, ο εγκέφαλος και το κυκλοφορικό σύστημα. Η νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι αυξημένες.

Το "American National Center for Health Statistics" αναφέρει ότι τις τελευταίες τρεις δεκαετίες τα ποσοστά ΠΕ αυξήθηκαν λόγω της συνεχούς αύξησης της ηλικίας τεκνοποίησης της γυναίκας για πρώτη φορά,

καθώς και των πολυδύμων κυήσεων. Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, αλλά μετά την πάροδο 200 ετών από την πρώτη περιγραφή της εξακολοιθής να είναι “η νόσος των θεωριών” (Redman, 1996) και “η νόσος του πλακούντα” (Norwitz, 1999).

Από την πρώτη ακόμα επίσκεψη της εγκύου γυναίκας, ο σκοπός και οι ενέργειες εκείνων που παρέχουν μαιευτική φροντίδα πρέπει να επικεντρώνονται στον ασφαλή έλεγχο και στην πρώιμη ανίχνευση των παραγόντων, που δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν σε υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης. Δεν υπάρχουν κάποιες δοκιμασίες, που να μπορούν να τις προβλέψουν ή να προνοήσουν την επανάληψή τους (Brown, 2007).

Προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης

- **Ηλικία:** εάν η ηλικία της μητέρας είναι ≥ 40 ετών, τότε διπλασιάζεται ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΠΕ. Ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 30%, για κάθε χρόνο που προστίθεται μετά την ηλικία των 34 ετών (Roberts, 2000).

- **Μεσοδιάστημα κυήσεων:** χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 10 ετών μεταξύ των κυήσεων αυξάνει τον κίνδυνο στα επίπεδα της πρωτοτόκου. Στην υπόθεση συνεπικουρεί η ηλικία της μητέρας. Ως ιδανικό μεσοδιάστημα αναφέρεται το χρονικό διάστημα των 18-23 μηνών. Όχι νωρίτερα των 6 μηνών και αργότερα των 59 μηνών (Conde-Agudelo, 2000).

- **Οικογενειακό ιστορικό:** η ανάπτυξη ΠΕ στη μητέρα ή την αδελφή τριπλασιάζει τον κίνδυνο (Makhseed, 1999).

- **Αριθμός κυήσεων:** η ΠΕ αναπτύσσεται στις μεν πρωτοτόκες από 3-7%, στις δε πολυτόκες από 0,8-5% (Sibai, 2002). Ακόμα και όταν η πρώτη εγκυμοσύνη δεν είναι επιτυχής ή έχει γίνει άμβλωση υπάρχει βαθμός προστασίας, όχι όμως ισότιμος μ' εκείνον της τελειόμηνης κύησης (Eras, 2000).

- **Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ):** όταν ο ΔΜΣ της εγκύου είναι ≥ 35 , τότε ο κίνδυνος τετραπλασιάζεται έναντι εκείνης της εγκύου με ΔΜΣ 19-27. Σ' αυτή την περίπτωση συνεκτιμάται η ηλικία της γυναίκας ή και η πιθανή ύπαρξη χρόνιας υπέρτασης ή διαβήτη Τύπου 2 (Bodnar, 2007).

- **Προεκλαμψία σε προηγούμενη εγκυμοσύνη:** ο κίνδυνος σχεδόν επταπλασιάζεται στη δεύτερη εγκυμοσύνη και η νόσος εμφανίζεται 0-4 εβδομάδες αργότερα (Dukler, 2001).

- **Πολύδυμη εγκυμοσύνη:** ο κίνδυνος στις δίδυμες (μονοχοριακές ή διχοριακές) και στις τρίδυμες κυήσεις τριπλασιάζεται, ίσως λόγω του μεγέθους

του πλακούντα (Savvidou, 2001).

- **Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή:** ο κίνδυνος διπλασιάζεται στις εγκυμοσύνες που επιτεύχθηκαν με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή με δωρεά γαμετών ή εμβρύων (Maxwell, 2001, Lynch, 2002).

Προϋπάρχοντα ιατρικά προβλήματα

- **Υπέρταση:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ είναι 25% (NIH, 2000). Η περιγεννητική θνησιμότητα ανέρχεται στο 8,8%, τα SGA νεογνά στο 5,6%, η προωρότητα (< 32 εβδομάδες) στο 15% (Chappell, 2008).

- **Διαβήτης:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ τετραπλασιάζεται στο διαβήτη Τύπου 1 και διπλασιάζεται στο διαβήτη κύησης (Ros, 1998).

- **Νεφρική νόσος:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ είναι 5,3% (Villar, 2006).

- **Χρόνια αυτοάνοσα νοσήματα:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ είναι 6,9% (Stamilio, 2000).

- **Αντιφωσφολιπιδιακό σύνδρομο:** το 1/3 των εγκύων γυναικών που έχουν αντιφωσφολιπιδιακά αντισώματα, είτε αντιθρομβωτικά του λύκου, είτε αντικαρδιολιπιδιακά ή και τα δυο, αναπτύσσουν ΠΕ (Clark, 2007).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπέρταση της εγκυμοσύνης

Ανίχνευση διαστολικής πίεσης αίματος ≥ 90 mmHg σχετίζεται με εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές. Αν στην πρώτη επίσκεψη ανιχνευθεί συστολική πίεση ≥ 130 mmHg, τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ διπλασιάζεται (Sibai, 2002). Ο κίνδυνος της εξέλιξης της υπέρτασης της εγκυμοσύνης σε ΠΕ δεν είναι ανυπόστατος. Εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης που ανιχνεύεται. Αν γίνει σε ηλικία κύησης 24-31 εβδομάδες, η εξέλιξη σε προεκλαμψία ανέρχεται στο 50%. Αν γίνει στις 32-35 εβδομάδες στο 40%, αν στις 36-38 εβδομάδες στο 10% (Precog, 2004b).

Χρόνια υπέρταση

Οι γυναίκες με ήπια-μέτρια χρόνια υπέρταση $\leq 160/110$ mmHg θεωρούνται ότι διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο για περιγεννητικές επιπλοκές. Όμως, σε σοβαρή χρόνια υπέρταση με προϋπάρχουσα καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο η πιθανότητα για επιπλοκές αυξάνεται (Ferrer, 2000).

Προεκλαμψία

Η πρόγνωση της ΠΕ ποικίλει ανάλογα της σοβαρότητάς της. Η εξέλιξή της μπορεί να είναι πολύ γρήγορη ώστε η ήπια υπέρταση να μετατραπεί σε σοβαρή (διαστολική πίεση ≥ 110 mmHg). Τότε το

25-55% των εγκύων γυναικών πρέπει να γεννήσουν εντός 48 ωρών από την ανίχνευση, γιατί η πραγματική "θεραπεία" είναι ο τοκετός (Piering, 1993).

ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι οι εγκυμοσύνες που περιπλέχθηκαν με ΠΕ ή υπέρταση, έχουν αργότερα αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη υπέρτασης, αιφνίδιας καρδιακής προσβολής, ισχαιμίας (Ferrer, 2000) και αυξημένα ποσοστά θρομβοεμβολικών επεισοδίων (Wilson, 2003). Το 70% περίπου των γυναικών με ΠΕ ή υπέρταση εγκυμοσύνης θα έχουν μια επόμενη εγκυμοσύνη χωρίς υπέρταση. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος καταγράφεται στις πολυτόκες με υπέρταση εγκυμοσύνης.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- **Χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών σκευασμάτων:** ασπιρίνη χαμηλής δόσης (75-100 mg) προ της 26ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με αυξημένους παράγοντες κινδύνου. Η χρήση τους έχει σκοπό να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την ανάπτυξη της ΠΕ. Σε 59 έρευνες, που περιλαμβάνουν 37.560 έγκυες με οφέλη μεγαλύτερα στις γυναίκες υψηλού κινδύνου, καταγράφηκε μείωση κατά 15%-17% του κινδύνου εμφάνισης ΠΕ, κατά 8% του κινδύνου πρόωρου τοκετού <37 εβδομάδων, κατά 14% του κινδύνου εμβρυϊκών θανάτων και κατά 10% του κινδύνου γέννησης SGA νεογνών. Δεν καταγράφηκε αυξημένος κίνδυνος αιμορραγιών στη μητέρα ή στο νεογνό (Duley, 2007).

- **Χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου:** σε 12 μελέτες που περιλάμβαναν 15.528 έγκυες γυναίκες, στις οποίες χορηγήθηκε συμπλήρωμα ασβεστίου τουλάχιστον 1 gr (1-2 gr) με σκοπό την ελάττωση του κινδύνου της ανάπτυξης υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης, καταγράφηκε υποδιπλασιασμός της εμφάνισης της ΠΕ (31% έως 67%). Η μεγαλύτερη μείωση του κινδύνου εμφανίστηκε στις γυναίκες που βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο και σ' εκείνες με χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου στη δίαιτά τους. Επίσης, υπήρξε μείωση κατά 30% του κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης της εγκυμοσύνης, ενώ οι μητρικοί θάνατοι και η σοβαρή νοσηρότητα μειώθηκαν κατά 20%. Δεν υπήρξε καμία γενική επίδραση στα ποσοστά του πρόωρου τοκετού (Hofmeyr, 2007).

- **Χορήγηση αντιοξειδωτικών συμπληρωμάτων:** βιταμίνη C 1.000 mg και E 400 mg. Η απόδειξη για τα οφέλη τους είναι περιορισμένη, ενώ έχει καταγραφεί αύξηση του αριθμού των πρόωρων τοκε-

τών, των νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης και ασαφής επιρροή στην περιγεννητική θνησιμότητα (Rumbold, 2008).

- **Χορήγηση συμπληρωμάτων μαγνησίου:** Mg 300 mg. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για σημαντική διαφορά στη μείωση του κινδύνου για ανάπτυξη ΠΕ (Makridis, 2005).

- **Χορήγηση σκευασμάτων προγεστερόνης:** τα στοιχεία των ερευνών είναι ανεπαρκή και δεν αποδεικνύουν την πρόληψη των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης (Meher, 2006).

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- **Αντιυπερτασικά σκευάσματα:** συνιστάται η χρήση τους όταν η πίεση του αίματος είναι $\geq 160/110$ mmHg, γιατί η επιθετική θεραπεία για μείωση της πίεσης του αίματος στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα δεν βελτιώνει τα περιγεννητικά αποτελέσματα. Χρησιμοποιούνται με την πεποίθηση της πρόληψης ή της καθυστέρησης ανάπτυξης σοβαρής υπέρτασης και ΠΕ. Όμως, η επίδρασή τους στη βελτίωση των περιγεννητικών αποτελεσμάτων δεν είναι ξεκάθαρη. Επίσης, στις έγκυες με χρόνια υπέρταση επιβάλλεται η χρήση σκευασμάτων συμβατών με την εγκυμοσύνη ώστε να διατηρείται η πίεση στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα (Podymow, 2008).

Διουρητικά σκευάσματα: είναι άπιθανο να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη ή αντιμετώπιση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης. Έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τον όγκο πλάσματος του αίματος της μητέρας, χωρίς περαιτέρω βελτίωση σε κανένα επίπεδο (Churchill, 2007).

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

• Καθημερινή κατάκλιση

Η κατάκλιση κατά τη διάρκεια της ημέρας και η μείωση της δραστηριότητας των εγκύων δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης καθώς δεν έχει αποδειχθεί μείωση της περιγεννητικής νοσηρότητας. Υποστηρίζεται ότι η κατάκλιση κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι προσωπικό ζήτημα και επιλογή της εγκύου και συχνά στρεσογόνος οδηγία (Meher, 2005).

• Κάπνισμα

Το κάπνισμα μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης υπερτασικών διαταραχών και γενικά δεν είναι σε συνέργεια μ' αυτές. Το μονοξείδιο του άνθρακα που βρίσκεται στον καπνό των τσιγάρων και στη συνέχεια μεταφέρεται με το κάπνισμα της μητέρας, πιθανολογείται ότι μπορεί να είναι η αιτία του μειωμένου

κινδύνου ανάπτυξης ΠΕ. Η έρευνα περιλάμβανε συνολικά 833.714 έγκυες. Όσες όμως προσβλήθηκαν υπέφεραν από σοβαρή ΠΕ (Pirkin, 2000), Ωστόσο, οποιοδήποτε όφελος κατά την εγκυμοσύνη δεν αντισταθμίζει τους κινδύνους που απορρέουν από αυτό: ΠΡΕΥ, ΠΤ, IUGR και σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών (Smith, 2006).

• Διαιτητικές συνήθειες

Στη διεθνή βιβλιογραφία πολλοί διατροφικοί μύθοι που σχετίζονται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση του αίματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να αναιρούνται. Η ελάττωση των θερμίδων και υγρών, καθώς και η αύξηση πρωτεϊνών στη διατροφή συνήθως δεν αποδίδουν ως τακτικές. Η απώλεια βάρους, ακόμη και σε υπέρβαρες γυναίκες, σύμφωνα με το "National high blood pressure education program 2000" δεν συνιστάται. Η πρόσληψη αλατιού και άφθονου νερού είναι ωφέλιμη, κυρίως για τη διατήρηση του φυσιολογικού όγκου του αίματος και της ροής αυτού στους νεφρούς και στον πλακούντα. Η εγκυμοσύνη είναι περίοδος "σπατάλης αλατιού". Πιστεύεται ότι η μείωση της πρόσληψης επιδεινώνει την ΠΕ και είναι επισφαλής για το έμβρυο (Duley, 2005). Η αυξημένη πρόσληψη σκόρδου δεν αποδεικνύεται ότι προλαμβάνει την ΠΕ και τις επιπλοκές της (Meher, 2007). Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα πρέπει να διεξαχθεί για να αποδειχθούν και να επαναπροσδιοριστούν οι "καλές πρακτικές".

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Στις γυναίκες πρέπει να δίνεται το δικαίωμα της επιλογής του τρόπου και του τόπου παρακολούθησης της εγκυμοσύνης τους στο πλαίσιο της συστηρητικής αντιμετώπισης των ήπιων μορφών των υπερτασικών διαταραχών της κύησης.

Σκοπός της εναλλακτικής αυτής φροντίδας είναι η πρόληψη της ΠΕ ή της επιδείνωσής της, η επιβεβαίωση της φυσιολογικής ανάπτυξης του εμβρύου, η ευχαρίστηση των γυναικών και τέλος η μείωση του κόστους της περίθαλψης, χωρίς φυσικά να υπάρχουν εκπτώσεις στα περιγεννητικά αποτελέσματα και στην ποιότητα της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης. Το 80% των μητρικών θανάτων και το 65% της νοσηρότητας συνδέονται με την κάτω του μετρίου περιγεννητική φροντίδα. Οι έγκυες γυναίκες που δυνητικά μπορεί να συμπεριληφθούν σε πρόγραμμα παρακολούθησης της αρτηριακής πίεσης εξωνοσοκομειακά, είναι εκείνες που έχουν:

- Υπέρταση εγκυμοσύνης με διαστολική πίεση ≤ 90 mmHg, με αντιυπερτασικά σκευάσματα ή

χωρίς και δεν εμφανίζουν πρωτεϊνουρία.

- Χρόνια υπέρταση (ήπια-μέτρια) με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, διαστολική πίεση ≤ 90 mmHg από την αρχή της κύησης, με χρήση αντιυπερτασικών σκευασμάτων συμβατών με την εγκυμοσύνη και δεν έχει ανιχνευθεί πρωτεϊνουρία.
- Προεκλαμψία ήπια-μέτρια με αρτηριακή πίεση $\leq 140/90$ mmHg, πρωτεϊνουρία από 300 mg - 1 gr/24ωρο ή 1+ \rightarrow 2+ σε δείγμα ούρων (WHO, 2003).

Οι εναλλακτικές επιλογές που συνεπικουρούν στην αντιμετώπιση των εγκύων είναι:

- α) Οι μονάδες ημερήσιας φροντίδας. Το 75% των αναπτυγμένων χωρών διαθέτουν μονάδες, που προσφέρουν εργαστηριακό, υπερηχογραφικό, καρδιοτοκογραφικό έλεγχο.
- β) Η παρακολούθηση στο σπίτι.
- γ) Ο συνδυασμός και των δυο.

Στις επιλογές για την επιτυχή έκβαση της εγκυμοσύνης πρέπει να συνηγορούν:

1. Η αξιοπιστία της εγκύου που σίγουρα μπορεί να χτιστεί, γιατί αξιόπιστη είναι η ενημερωμένη γυναίκα που γνωρίζει την κατάστασή της, τους πιθανούς κινδύνους, τα σημάδια ή τα συμπτώματα ανησυχίας, η ασφαλής γυναίκα που γνωρίζει ότι υπάρχει πάντα προσωπικό υγείας που μπορεί να την συνδράμει, να την καθοδηγήσει και να της παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας.

2. Η εκπαίδευση της εγκύου που παρέχεται μέσω ενημέρωσης από το προσωπικό υγείας με γραπτές και προφορικές συστάσεις και οδηγίες, που περιλαμβάνουν:

- τον τρόπο μέτρησης της πίεσης του αίματος,
- τον τρόπο μέτρησης της πρωτεΐνης στα ούρα με stick.

3. Οι συστάσεις για άμεση εισαγωγή στο Νοσοκομείο στις έγκυες γυναίκες, που παρόλη την εκπαίδευση και ενημέρωση παραμένουν αναξιόπιστες, εμφανίζουν δυο ή περισσότερες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης 160/110 mmHg, έχουν επίμονα συμπτώματα (πονοκεφάλους, προβλήματα όρασης, εμετούς, επιγαστραλγία) ή έντονο οίδημα σε χέρια και πρόσωπο και τέλος, καταγράφεται αύξηση του σωματικού βάρους κατά 1,5 kg το μήνα στο 2ο τρίμηνο και 0,5 kg την εβδομάδα στο 3ο τρίμηνο.

Η επικοινωνία με τους υγειονομικούς πρέπει να είναι άμεση ώστε να δίνεται λύση σε οποιοδήποτε πρόβλημα. Η συχνότητα των επισκέψεων από την 24η-32η εβδομάδα είναι κάθε 3 εβδομάδες και από την 32η μέχρι τέλος κάθε 2 εβδομάδες ή συχνότερα όταν χρειάζεται.

Ο τοκετός πρέπει να προγραμματιστεί στην κατάλληλη μέρα, στο κατάλληλο μέρος. Η προτεινόμενη ιδανική επιλογή ολοκλήρωσης της εγκυμοσύνης, όταν η προβολή είναι κεφαλική και η ηλικία της εγκυμοσύνης >34 εβδομάδων, είναι ο **φυσιολογικός τοκετός** (αυτόματος ή προκλητός). Στη διάρκεια του 1ου σταδίου μπορεί να συσταθεί επισκληρίδιος αναισθησία. Η διάρκεια του 2ου σταδίου πρέπει να είναι μικρή και μπορεί να συσταθεί η επιλογή του εκλεκτικού επεμβατικού κολπικού τοκετού. Το 3ο στάδιο πρέπει να αντιμετωπίζεται με χορήγηση ωκυτοκίνης 5iu→IV ή 10iu→IM. Η χρήση εργομητρίνης στο 3ο στάδιο πρέπει να **αποφεύγεται** (FIFO, ICM, 2006).

Υπάρχουν δημοσιευμένες έρευνες που ενδυναμώνουν την άποψη, ότι η αντιμετώπιση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης στο σπίτι με τη συνδρομή των μονάδων ημερήσιας φροντίδας έχει ισότιμα αποτελέσματα για τις μητέρες και τα νεογνά. Επίσης, τα ποσοστά ευχαρίστησης των γυναικών είναι υψηλά ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους και υπάρχει οικονομικό όφελος (Duley L., 1995, Dunlop L., 2003).

Σε πρόσφατη εργασία προερχόμενη από τις ΗΠΑ (Barton, 2006) αναλύθηκαν μονήρεις κυήσεις γυναικών, που είχαν δεχθεί προφορική και γραπτή εκπαίδευση φροντίδας στο σπίτι. Το κόστος της περιγεννητικής φροντίδας στις έγκυες του προγράμματος ήταν 4.888 \$ κατά μέσο όρο, ενώ στις έγκυες ελέγχου στις ΗΠΑ είναι 10.327 \$, δηλαδή η αναλογία είναι 1:2,5.

Από το "Preeclampsia Foundation Statistics" στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι οι υπερτασικές διαταραχές επηρεάζουν τη σωματική υγεία 358.784 εγκύων με κόστος 837\$/έγκυο ή 3 δις \$/έτος. Η θνησιμότητα των εγκύων γυναικών ανέρχεται περίπου στο 17,6 % του συνόλου των μητρικών θανάτων. Συγχρόνως διαταράσσεται και η ψυχική υγεία τους με σημάδια μετατραυματικού stress, θλίψης, απώλειας της ελπίδας για οικογένεια, προβληματικές οικογενειακές σχέσεις, διαζύγια και φόβος για μελλοντική εγκυμοσύνη τόσο των ίδιων, όσο των παιδιών τους και των αδελφών τους. Όσον αφορά τη νεογνική νοσηρότητα με κύρια αιτία την προωρότητα (15%), προσβάλλονται 81.708 νεογνά με κόστος 50.303 \$/νεογνό ή 4 δις \$/έτος. Καταγράφονται 6.000 περιπτώσεις ΣΑΔ με κόστος 67.622 \$/νεογνό ή 405.000.000 \$/έτος, 75.000 περιπτώσεις εγκεφαλικής παράλυσης το 15% των οποίων υποφέρει από τύφλωση, επιληψία, κώφωση, αναπνευστικά προβλήματα, μαθησιακές δυσκολίες με κόστος ανυπολόγιστο.

Οι υπερτασικές διαταραχές κάθε χρόνο επηρεάζουν

ζουν παγκόσμια 50.000-76.000 μητέρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η σοβαρή προεκλαμψία επηρεάζει το 4,4% όλων των γεννήσεων (WHO/RHR, 2001). Σύμφωνα με τον οργανισμό "Safe Motherhood", από τους 585.000 μητρικούς θανάτους ετησίως το 13% ή 76.000 οφείλονται στην εκλαμψία (WHO, Geneva, 1996).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτογενή πρόληψη της διαταραχής: «*Προτιμότερη μια σταγόνα πρόληψης, παρά μια καταιγίδα θεραπείας*».

Οι έγκυες γυναίκες ενημερώνονται ιδανικά και εκπαιδεύονται ώστε να συμβάλουν στην προσπάθεια μείωσης των κινδύνων και των επιπλοκών από τις υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης. Η επιλογή και παρακολούθηση των καταστάσεων αυτών σύμφωνα με τη βαρύτητα της νόσου, συμβάλλει στην ορθολογική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, στη μείωση του κόστους αντιμετώπισης της νόσου και στη βελτίωση των περιγεννητικών αποτελεσμάτων. Η απόλυτη "θεραπεία" είναι ο τοκετός.

ABSTRACT

Ekaterini Theodosiadou: Pregnancy hypertension disorders.

"ELEFTHO", 3:108-115, 2008

"Pregnancy Hypertensive Disorders – PHD" is the term currently used to define any condition which is related with abnormal increase in blood pressure during pregnancy. PHD complicate 6-10% of pregnancies and they could have serious adverse effects both in mother and fetus, like prematurity, intrauterine growth retardation, acute renal or liver damage, intrapartum or postpartum haemorrhage. PHD are responsible for 17,6% of maternal deaths.

In cases of PHD, almost 80% of maternal deaths and 65% of maternal morbidity is related to suboptimal perinatal care.

Both primary and secondary prevention help to diminish the rates and the main sequel of the disease. Health professionals should be trained in the early recognition of risk factors for PHD.

In cases with mild PHD, pregnant women should be given the option of expectant and conservative management of this condition. The follow-up of mild PHD can be on an outpatient basis: either at home, or at pregnancy day unit, or at both, as long as there are specially trained midwives who can educate and guide

pregnant women who suffer from such conditions.

Conservative management of PHD aims at primary PHD prevention or at least prevention of the serious complications of the disease, the follow-up of the fetal well being, women satisfaction from their antenatal care, and the reduction of the cost of medical intervention in this group of patients without deteriorating perinatal fetal and maternal optimum outcome.

Key-words: pregnancy hypertension disorders, risk factors, primary and secondary prevention, follow-up.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ACOG.: Classification of Hypertensive Disorders of Pregnancy, 2002.
- Barton J.R., Istwan N.B.: Cost saving analysis of an outpatient management program for women with pregnancy related hypertensive conditions. Review, U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2006, Aug.
- Bewley C.: Hypertensive disorders of pregnancy. "Mayes" Midwifery, 13th edition, Elsevier Limited, London, 2004:780-792.
- Bodnar L.M., Catov J.M., Klebanoff M.A., Ness R.B., Roberts J.M.: Prepregnancy body mass index and the occurrence of severe hypertensive disorders of pregnancy. *Epidemiology* 2007; 18(2):234-9.
- Brown M.A., Mackenzie C., Dunsmuir W., Roberts L., Ikin K., Matthews J., Mangos G., Davis G.: Can we predict recurrence of preeclampsia or gestational hypertension? *BJOG* 2007; 114(8):984-93.
- Chappell Lucy C.: Adverse Perinatal Outcomes and Risk Factors for Preeclampsia in Women With Chronic Hypertension. A Prospective Study, *Hypertension* 2008.
- Churchill D.: Diuretics for preventing Preeclampsia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007, Jan.
- Clark E.A., Silver R.M., Branch D.W.: Do antiphospholipid antibodies cause preeclampsia and HELLP syndrome? *Curr Rheumatol Rep*. 2007; 9(3):219-25.
- Conde-Agudelo A., Belizán J.M.: Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval. Cross sectional study. *BMJ*. 2000; 321 (7271): 1255-9.
- Douglas K.A., Redman C.W.: Eclampsia in the United Kingdom. *British Medical Journal* 1994; 309:1395-1400.
- Dukler D., Porath A., Bashiri A., Erez O., Mazor M.: Remote prognosis of primiparous women with preeclampsia. *Eur J Obstet & Gynecol Reprod Biol*, 2001; 96: 69-74.
- Duley L.: Hospitalisation for nonproteinuric pregnancy Hypertension. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*, 1995.
- Duley L.: Altered dietary salt for preventing Preeclampsia and its complications. *Cochrane Library*, Issue 4, 2005.
- Duley L.: Antiplatelet agents for Preventing Preeclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst. Rev*, 2007 Apr.
- Dunlop L., Umstad M.: Cost-effectiveness and patient satisfaction with pregnancy day care for hypertensive disorders of pregnancy. *ANZJOG*; 2003.
- Eras J.L., et al.: Abortion and its effect on risk of preeclampsia and transient hypertension. *Epidemiology* 2000; 11(1):36-43.
- Ferrer et al.: Management of mild chronic hypertension during pregnancy. *Rev. Obstet & Gynecol*, 2000; 96(5 Pt 2):849-60.
- Hofmeyr G.J., Duley L.: Dietary calcium supplementation for prevention of preeclampsia and related problems. a systematic review and commentary *Systematic review*, 2007 June, 12.
- Joint Statement International ICM, FIGO, 2003: Management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Retrieved, October 12, 2006..
- Lynch A., et al.: Preeclampsia in multiple gestation: the role of assisted reproductive technologies. *Obst & Gyn*, 2002; 99(3):445-51.
- Makhseed M., et al: Influence of seasonal variation on pregnancy induced hypertension and/or preeclampsia. *ANZJOG* 1999; 39(2):196-199.
- Makridis M.: Magnesium supplementation in pregnancy. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2005.
- Maxwell C.V., Lieberman E., Norton M., Cohen A., Seely E.W.: Relationship of twin zygosity and risk of preeclampsia. *Am J Obst & Gynec*, 2001;185: 819-21.
- Meher S., Abalos E., Carroli G.: Bed rest with or without hospitalization for Hypertension during pregnancy. *Cochrane Library*, Issue 4, 2005.
- Meher S.: Progesterone for Preventing Preeclampsia. *Cochrane Database Syst. Rev*, 2006 Oct, 18.
- Moran P., Davison J.M.: Clinical management of established preeclampsia. *Bailliere Best Practice: Clinical Obst & Gynecol*,1999; 13(1):77-93.
- Norwitz E.A., Robinson J.N.: Prevention of preeclampsia: is it possible? *Clinical Obstet & Gynecol*, 1999; 42(3):436-454.
- Piering W.F., Garancis J.G., Becker C.G., Beres J.A., Lemann J.: Preeclampsia related to a functioning extrauterine placenta: report of a case and 25-year follow-up *Am J Kid. Dis*. 1993; 21:310-313.
- Pipkin F.: Broughton and on behalf of The Genetics of Preeclampsia Consortium "Smoking in Moderate/ Severe Preeclampsia Worsens Pregnancy Outcome, but Smoking Cessation Limits the Damage. *Hypertension*. Feb 7, 2008.

- Podymow T., August P.*: The Use of Anti hypertensive Drugs in Pregnancy. Hypertension, 2008, Feb.
- Redman C., Walker I.*: Preeclampsia: The Facts. Harrow: Action on Preeclampsia, 1996.
- Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*: Am J Obstet & Gynecol, 2000; 183(1): S1-S22.
- Roberts J.M.*: Preeclampsia: what know and what we do not know: Seminars in Perinatology, 2000 24(1) 24-28.
- Ros H.S., Cnattingius S., Lipworth L.*: Comparison of risk factors for pre-eclampsia and gestational hypertension in a population-based cohort study. Am J Epidemiol. 1998; 147(11):1062-70.
- Rumbold A.*: Antioxidants for Preventing Preeclampsia; Cochrane Database Syst. Rev, 2008 Jan, 23.
- Saudan P., et al.*: Does gestational hypertension become preeclampsia. Br J Obst & Gynecol, 1998; 105: 1177-1184.
- Savidou M.D., Karanastasi E., Skentou C., Gee L., Nicolaides K.H.*: Twin chorionicity and preeclampsia. Ultrasound Obstet & Gynecol, 2001; 18: 228-31.
- Sibai B.M.*: Chronic hypertension in pregnancy. Obst & Gynecol, 2002; 100(2):369-77. Review.
- Smith G.*: Why Smoking Mothers Less Prone To Preeclampsia. Hypertension, 2006.
- Meher S.*: Garlic for preventing Preeclampsia and its complications. Cochrane Data Syst Rev, 2007, Jul.
- Stamilio D.M., Sehdev H.M., Morgan M.A., Probert K., Macones G.A.*: Can antenatal clinical and biochemical markers predict the development of severe preeclampsia? Am J Obstet & Gynecol, 2000; 182: 589-94.
- Sterhen P.*: Hypertensive disorders of pregnancy: overdiagnosis is appropriate, 2005.
- Vigil De Gracia P.*: Pregnancy and severe chronic hypertension: maternal outcome. Hypertension Pregnancy 23, 2004.
- Villar J., et al.*: Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? Am J Obstet & Gynecol, 2006.
- WHO*: Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: Geneva, 2003.
- Wilson B.J., Watson M.S.*: Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from coh. study. BMJ, 2003 Apr 19;326(7394):845.

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΑΠΟ ΜΑΙΕΣ ΤΩΝ ΜΟΛΩΝ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Προς το Σ.Ε.Μ. Αθηνών

Οι Μαίες του Γ.Ν.-Κέντρου Υγείας Μολάων Λακωνίας ευχαριστούμε θερμά το Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου για την άμεση και αποτελεσματική αντίδρασή του όσον αφορά την ανάθεση προς εμάς καθηκόντων Νοσηλευτριών από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου μας.

Όπως όλοι γνωρίζουμε, δεν είναι η μοναδική φορά που καθήκοντα Νοσηλευτριών ανατίθενται σε Μαίες στα Νοσοκομεία μας. Θεωρούμε, όμως, πως η Νοσηλευτική και Μαιευτική είναι δυο διαφορετικές ειδικότητες. Υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές μεταξύ τους. Υπάρχει σαφής διαχωρισμός στα πεδία απασχόλησής τους, υπάρχει διαφορετικό καθηκοντολόγιο όπως αυτό προβλέπεται από το Π.Δ. "Περί καθορισμού επαγγελματικών δικαιωμάτων". Το καθηκοντολόγιο κάθε επαγγελματικού κλάδου πρέπει να μη διαστρεφώνεται και να τηρείται αυστηρά.

Θεωρούμε, λοιπόν, πως είναι υποχρέωση όλων μας να υπερασπιζόμαστε τα δικαιώματά μας και καλό θα ήταν να βάλουμε στόχο στη ζωή μας η κάθε μας ημέρα να είναι ένας διαρκής αγώνας για την αξιοπρέπειά μας και την καταξίωσή μας, όχι μόνο τη δική μας αλλά και του επαγγέλματός μας.

Εργαζόμενες σε αλλότρια καθήκοντα δεν μπορούμε να αναδείξουμε την επαγγελματική μας ταυτότητα, τις δυνατότητες και την προσφορά του λειτουργήματός μας στο κοινωνικό σύνολο.

Οι Μαίες του Γ.Ν.-Κ.Υ. Μολάων Λακωνίας

**ΝΙΚΗ ΒΑΡΟΥΤΣΑ
ΕΥΓΕΝΙΑ ΧΑΡΑΜΗ**