

Ενεργητική αντιμετώπιση τοκετού

Η παρακάτω ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ παρουσιάστηκε στο 1ο Συμπόσιο Αντιπαραθέσεων (Debates), 29 και 30 Μαρτίου 2014, Αθήνα.

Σκαρμούτσος Π. Μάριος MSc*, Αλεξόπουλος Ευάγγελος MD MRCOG**

*Μαιευτήρας-Γυναικολόγος

**Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Δ/ντης ΕΣΥ ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

Περίληψη

Η ενεργητική αντιμετώπιση τοκετού (EAT) αποτελεί πρωτόκολλο αντιμετώπισης της επιτόκου, το οποίο ξεκίνησε να εφαρμόζεται τη δεκαετία του '60. Η αρχική φιλοσοφία βασίστηκε στην ανάγκη ταχύτερης διεκπεραίωσης του τοκετού, με απώτερο σκοπό τη μείωση του stress της επιτόκου και την αποσυμφόρηση της αίθουσας τοκετών των μεγάλων μαιευτηρίων. Παράλληλα, οδήγησε και στη μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών. Στόχος της παρούσας ανασκόπησης είναι η ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της εφαρμογής του πρωτοκόλλου της EAT, με βάση δεδομένα που έχουν δημοσιευθεί στη διεθνή βιβλιογραφία.

Λέξεις κλειδιά: Ενεργητική αντιμετώπιση τοκετού, ωκυτοκίνη, τεχνητή ρήξη εμβρυϊκών υμένων, καισαρική τομή, επεμβατικός τοκετός, περιγεννητικό αποτέλεσμα.

Εισαγωγή

Η ιδέα της ενεργητικής αντιμετώπισης του τοκετού (EAT) εκφράστηκε και εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1968 από τον Kieran O' Driscoll και συν. στο National Maternity Hospital του Δουβλίνου. Πρόκειται για ένα από τα μεγαλύτερα μαιευτήρια της Δυτ. Ευρώπης με περισσότερους από 20 τοκετούς ημερησίως (>8.000 τοκετούς/έτος). Επί 40 και πλέον χρόνια εφαρμόζεται η ενεργητική αντιμετώπιση σε κάθε στάδιο του τοκετού με λεπτομερειακή καταγραφή των αποτελεσμάτων. Ο αριθμός των μελετηθεισών περιπτώσεων ξεπερνάει σήμερα κατά πολύ τις 300.000.

Η υποκείμενη φιλοσοφία της EAT συνίσταται στη μείωση της διάρκειας του χρόνου, όπου η γυναίκα εκτίθεται στο stress του τοκετού, με σκοπό να αποφευχθεί το φυσικό και συναισθηματικό τραύμα, που

είναι πιθανό να προκαλέσει ένας παρατεταμένος τοκετός. Έχοντας αυτό κατά νου, η επαρκής μυομητρική δραστηριότητα αναγνωρίζεται ως ο ρυθμιστικός παράγων του πρωτοκόλλου της EAT. Η εμπειρία του πρώτου τοκετού είναι υψίστης σημασίας, διότι θα καθορίσει τη στάση της γυναίκας στους επόμενους τοκετούς της. Μία δυσάρεστη πρώτη εμπειρία είναι πιθανό να τρομοκρατήσει μια γυναίκα με την προοπτική της επανάληψής της. Τυπικά, το αποτέλεσμα μιας δυσάρεστης πρώτης εμπειρίας προβάλλεται στη επόμενη κύηση με την επιτακτική απαίτηση της εγκύου για χρήση επισκληριδίου αναισθησίας ή για καισαρική τομή.

Ορισμός

Η EAT, όπως αρχικά περιγράφηκε από τον O' Driscoll στις αρχές της δεκαετίας του '70.¹ Κατά τον

ίδιο τρόπο περιγράφεται το πρωτόκολλο της EAT από τους Brown HC, Paranjothy S και συν.² σε ανασκόπηση COCHRANE το 2013. Το πρωτόκολλο, λοιπόν, περιλαμβάνει:

- Συνεχή υποστηρικτική παρουσία μαίας καθ'όλη τη διάρκεια του τοκετού σε αναλογία 1:1
- Αυστηρά κριτήρια για τη διάγνωση της έναρξης του τοκετού
- Τεχνητή ρήξη των εμβρυϊκών υμένων
- Τακτική παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού με τη χρήση παροτογράμματος
- Σαφή και αυστηρά κριτήρια για την αναγνώριση της μη ικανοποιητικής προόδου του τοκετού και της εμβρυϊκής δυσπραγίας
- Ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης σε δόση 6mIU/min αρχικά, με διπλασιασμό ανά 15min έως 36mIU/min
- Συστηματική ανασκόπηση των αποτελεσμάτων

Η EAT ως κλινικό πρωτόκολλο στοχεύει στη φυσιολογική περάτωση του τοκετού, που θα πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένη. Φυσιολογική θεωρείται η εξέλιξη του τοκετού όταν το νεογνό γεννιέται μέσω της κολπικής οδού, με την προσπάθεια της μητέρας, μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα (έως 12 ώρες) και με την προϋπόθεση ότι δε θα υπάρξει κάποια βλάβη στη μητέρα ή το νεογνό. Αντιθέτως, η καισαρική τομή, ο κολπικά υποβοηθούμενος τοκετός, η παρατεταμένη διάρκεια άνω των 12 ωρών ή η κακή έκβαση μητέρας/νεογνού καθιστούν την εξέλιξη του τοκετού ως μη φυσιολογική. Όσον αφορά την ανώμαλη εξέλιξη τοκετού ή δυστοκία, οι βασικές αιτίες είναι: Η ανεπαρκής μυομητρική δραστηριότητα, η οπισθία ινιακή προβολή και η κεφαλοπυελική δυσαναλογία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι με την επίτευξη ικανοποιητικής μυομη-

τρικής δραστηριότητας με το πρωτόκολλο της EAT και εφόσον έχουμε αποκλείσει κλινικά την ύπαρξη οπισθίας ινιακής προβολής, μπορούμε να διαγνώσουμε την παρουσία κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας.

Αναφορικά με την επιλογή των επιτόκων, στις οποίες θα εφαρμοστεί το πρωτόκολλο της EAT, πρέπει να υπάρχουν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- Να είναι μονήρεις κηύσεις
- Να είναι πρωτοτόκες
- Η προβολή του εμβρύου να είναι κεφαλική
- Να έχει διαγνωσθεί με βάση συγκεκριμένα κριτήρια η έναρξη του τοκετού. Ανώμαλες προβολές, έμβρυα με συγγενείς ανωμαλίες (πχ υδροκεφαλία), πολύδυμες κηύσεις αποκλείονται από το πρωτόκολλο.

Η EAT ως κλινικό πρωτόκολλο, προκειμένου να εφαρμοστεί *lege artis*, προϋποθέτει ότι τηρούνται συγκεκριμένοι κανόνες. Οι συνιστώσες του πρωτοκόλλου της EAT, λοιπόν, χωρίζονται σε οργανωτικές και ιατρικές, όπως περιγράφεται από τους Pates και Satin.³ Οι παρακάτω πίνακες απαριθμούν και επεξηγούν τους στόχους κάθε συνιστώσας του πρωτοκόλλου.

Καθίσταται σαφές από τα παραπάνω, ότι προκειμένου να αποκομίσουμε τα μέγιστα δυνατά οφέλη από την εφαρμογή της EAT, απαιτείται συμπαγής οργανωτική δομή με στενή συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στον τοκετό καθώς και αυστηρά ιατρικά κριτήρια, τόσο για την επιλογή των επιτόκων, όσο και για την παρακολούθησή τους. Επιπρόσθετα, γίνεται κατανοητό ότι οι σημαντικότερες παράμετροι σε ένα τοκετό είναι: α) Η ορθή διάγνωση της έναρξης του και β) η ύπαρξη επαρκούς μυομητρικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά στην ορθή διάγνωση έναρξης τοκετού, οφείλουμε να επισημάνουμε, ότι είναι το πιο σημαν-

Πίνακας 1: Συνιστώσες της EAT (Τροποποίηση από Jason A. Pates, MD, Andrew J. Satin, MD-Obstet Gynecol Clin N Am 32 (2005) 221– 230).

Οργανωτικές συνιστώσες

- Εκπαίδευση επιτόκου
- Καθημερινή κλινική αξιολόγηση
- Υποστήριξη και επίβλεψη «επί κλίνης»
- Συστηματική ανασκόπηση των αποτελεσμάτων

Ιατρικές συνιστώσες

- Αυστηρά κριτήρια επιλογής
- Σαφής και ακριβής διάγνωση έναρξης τοκετού
- Άμεση τεχνητή ρήξη θυλακίου
- Συχνή αξιολόγηση εξέλιξης τοκετού
- Χορήγηση υψηλών δόσεων ωκυτοκίνης (εφόσον δεν αντενδείκνυται)

Πίνακας 2: Οργανωτικές συνιστώσες της EAT (Τροποποίηση από Jason A. Pates, MD, Andrew J. Satin, MD-Obstet Gynecol Clin N Am 32 (2005) 221– 230)

Είδος παρέμβασης	Στόχοι
• Εκπαίδευση επιτόκου	Ενημέρωση επιτόκων και συγγενών σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού κατά την παραλαβή
• Καθημερινή κλινική αξιολόγηση	Διασφάλιση της προσήλωσης στις αρχές της EAT Αξιολόγηση της εξέλιξης του τοκετού Υποστήριξη της επιτόκου κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τον τοκετό
• Υποστήριξη και επίβλεψη «επί κλίνης»	Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στην επίτοκο και τους συγγενείς Ανταπόκριση σε τυχόν απορίες/ερωτήσεις Διασφάλιση εξέλιξης τοκετού
• Συστηματική ανασκόπηση των αποτελεσμάτων	Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας της EAT Αξιολόγηση συμμόρφωσης στο πρωτόκολλο Βελτίωση του πρωτοκόλλου

τικό στοιχείο για την επιτυχή έκβαση της EAT. Είναι μια διάγνωση που συνήθως τίθεται σε προοπτική βάση μετά από κλινική εκτίμηση της επιτόκου-ίσως περισσότερες από μια φορές- και με το ρόλο της μαίας να είναι κομβικός, καθώς αυτή είναι υπεύθυνη για την ορθή διάγνωση. Επιγραμματικά, ως έναρξη τοκετού ορίζουμε την ύπαρξη επώδυνων συστολών της μήτρας, οι οποίες οδηγούν σε διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου ή/και εμφάνιση «σημείου της επιτόκου» (“show”) ή/και αυτόματη ρήξη των εμβρυϊκών υμένων. Ταυτόχρονα, όπως προαναφέρθηκε, η παρουσία επαρκούς μυομητρικής δραστηριότητας αποτελεί σημείο-«κλειδί» για το φυσιολογικό τοκετό, και αφού εξασφαλισθεί μπορεί να βοηθήσει να αποκλεισθεί η ύπαρξη κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας.

Αποτελέσματα

Το κύριο ερώτημα που τίθεται σχετικά με την EAT είναι εάν αυτή υπερέχει σε αποτελέσματα σε σχέση με την αντιμετώπιση ρουτίνας που εφαρμόζεται στα περισσότερα μαιευτήρια. Από την εποχή που ο O’Driscoll εισήγαγε στη μαιευτική πρακτική το πρωτόκολλο της EAT, πληθώρα μελετητών έχουν ασχοληθεί με αυτό το θέμα. Τα μετρήσιμα αποτελέσματα ήταν διαφορετικά σε κάθε περίπτωση, πιο συχνά, εντούτοις, μελετήθηκαν το ποσοστό των καισαρικών τομών-επεμβατικών τοκετών, το περιγεννητικό αποτέλεσμα και η διάρκεια του τοκετού. Το 2013 σε μια

μετα-ανάλυση της Cochrane Collaboration από τον Brown και συν., έγινε η μεγαλύτερη έως τώρα συστηματική ανασκόπηση μελετών που συγκρίνουν τη EAT με την αντιμετώπιση ρουτίνας. Παρά το γεγονός, ότι επικεντρώθηκε στη μείωση του ποσοστού καισαρικών τομών και στο βαθμό ικανοποίησης της μητέρας σε κάθε μέθοδο, προέκυψαν επίσης σημαντικά δευτερεύοντα αποτελέσματα. Οι αξιολογηθείσες παράμετροι χωρίστηκαν σε πρωτεύουσες και δευτερεύουσες, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.

Συμπερασματικά, οι μελετητές κατέληξαν ότι (παρατίθεται όπως στο αυθεντικό κείμενο): «Η ενεργητική αντιμετώπιση τοκετού σχετίζεται με μικρή μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών, αλλά και με αυξημένη ιατρική παρέμβαση. Είναι πιθανό ότι κάποιες συνιστώσες του πρωτοκόλλου της EAT να είναι αποτελεσματικότερες από άλλες. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να εξακριβωθεί κατά πόσον αποδεκτή από τις επιτόκους είναι η EAT».²

Τα επιμέρους αποτελέσματα για κάθε μια από αυτές τις παραμέτρους ήταν τα εξής:

α) Ποσοστό καισαρικών τομών

Στις μελέτες που ανασκοπήθηκαν φαίνεται πως οι γυναίκες που αντιμετωπίστηκαν ενεργητικά ήταν λιγότερο πιθανό να υποβληθούν σε καισαρική τομή, σε σχέση με τις γυναίκες που ακολουθήθηκε το πρωτόκολλο ρουτίνας, όχι όμως σε βαθμό στατιστικά ση-

Πίνακας 3: Ιατρικές συνιστώσες της EAT (Τροποποίηση από Jason A. Pates, MD, Andrew J. Satin, MD-Obstet Gynecol Clin N Am 32 (2005) 221– 230)

Είδος παρέμβασης	Στόχοι
• Αυστηρά κριτήρια επιλογής	Διασφάλιση ότι μόνο τελειόμηνες πρωτοτόκες με ανεπίπλεκη κύηση αντιμετωπίζονται ενεργητικά
• Σαφής και ακριβής διάγνωση έναρξης τοκετού	Αποτροπή εισαγωγής επιτόκων σε λανθάνοντα τοκετό Μείωση διάρκειας τοκετού που λαμβάνει χώρα σε νοσοκομειακό περιβάλλον Μείωση ποσοστού ΚΤ
• Άμεση τεχνητή ρήξη θυλακίου	Ποσοτικός και ποιοτικός έλεγχος ΑΥ, ως σημεία εμβρυϊκής δυσπραγίας
• Συχνή αξιολόγηση εξέλιξης τοκετού (κολπική εξέταση)	Διασφάλιση ικανοποιητικής εξέλιξης τοκετού Αναγνώριση δυστοκίας στο πρώτο στάδιο του τοκετού
• Χορήγηση υψηλών δόσεων ωκυτοκίνης (εφόσον δεν αντενδείκνυται)	Αντιμετώπιση δυστοκίας μέσω της επίτευξης ικανοποιητικότερης μυομητρικής δραστηριότητας

μαντικό (RR 0,88- CI 95% 0,77-1,01). Παρόλα αυτά, όταν εξαιρέθηκε η μελέτη του 1995 από τον Frigoletto και συν.⁴, στην οποία η τυχαιοποίηση είχε γίνει την 30η εβδομάδα της κύησης, με αποτέλεσμα να αποκλεισθεί περίπου το 1/3 των συμπεριληφθεισών γυναικών και από τις δυο ομάδες (post-randomisation exclusion), η μείωση του ποσοστού των ΚΤ στην ομάδα της EAT ήταν στατιστικώς σημαντική (RR 0,77- CI 95% 0,63-0,94), με ποσοστό ΚΤ 12,3% για την EAT. Σε άλλη μελέτη Cochrane του 2013 από τους Wei και συν.⁵ φάνηκε ότι και μόνο η άμεση τεχνητή ρήξη θυλακίου, σε συνδυασμό με την ταυτόχρονη χορήγηση ωκυτοκίνης, σχετίζεται με μέτρια μείωση του ποσοστού των ΚΤ (RR 0,87- 95% CI 0,77- 0,99).

β) Βαθμός ικανοποίησης της μητέρας

Η άλλη πρωτεύουσα παράμετρος που αξιολογήθηκε ήταν ο βαθμός ικανοποίησης της μητέρας. Ο Sadler και συν το 2000⁶ και το 2001⁷ σε τυχαιοποιημένες μελέτες που αφορούσαν στην EAT ήταν ο μοναδικός που ανέδειξε την ανταπόκριση και την ικανοποίηση των επιτόκων από την εφαρμογή της EAT. Παρότι τέτοιου είδους αποτελέσματα πρέπει να αξιολογούνται με επιφυλακτικότητα, λόγω της υποκειμενικότητας που εμπεριέχουν, αξίζει να σημειωθεί ότι ο βαθμός ικανοποίησης της επιτόκου ήταν ο ίδιος, τόσο στην ομάδα της EAT όσο και στην ομάδα ελέγχου. Αναλυτικότερα, οι

μητέρες δήλωσαν εξίσου ικανοποιημένες από το πρωτόκολλο που ακολουθήθηκε (RR 1,04-CI 95% 0,94-1,15), καθώς και ότι θα επέλεγαν το ίδιο πρωτόκολλο στον επόμενο τοκετό τους (RR 1,05-CI 95% 0,94-1,18). Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο αίσθημα επιτυχίας και πραγμάτωσης (strong sense of achievement) των γυναικών μετά τον τοκετό (RR 1,07- CI 95% 0,96-1,19).

γ) Διάρκεια τοκετού

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, ένας από τους στόχους της EAT είναι η ελάττωση της διάρκειας του τοκετού. Φαίνεται λοιπόν ότι στην ομάδα της EAT η διάρκεια του τοκετού είναι στατιστικώς σημαντικά μικρότερη από την ομάδα του πρωτοκόλλου ρουτίνας. Στα επιμέρους αποτελέσματα καταδεικνύεται ότι τόσο η συνολική διάρκεια τοκετού από τη στιγμή της εισαγωγής στο νοσοκομείο έως την περάτωσή του όσο και η παράταση της διάρκειάς του άνω των 12 ωρών είναι στατιστικώς σημαντικά χαμηλότερες από την ομάδα ελέγχου (1,69 ώρες λιγότερο και RR 0,47 αντίστοιχα). Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η διάρκεια του 1ου σταδίου στην ομάδα της EAT ήταν κατά 1,56 ώρες μικρότερη. Η διάρκεια του 2ου σταδίου δεν παρουσίασε στατιστικώς σημαντική διαφορά στις δυο ομάδες.

Πίνακας 4: Αξιολογηθείσες παράμετροι

Πρωτεύουσες

Ποσοστό ΚΤ

Βαθμός ικανοποίησης της μητέρας

Δευτερεύουσες

Διάρκεια τοκετού

Αναλγησία

Επεμβατικοί κολπικοί τοκετοί

Νεογνικές επιπλοκές

Μητρικές επιπλοκές

Μητρικός θηλασμός

δ) Χρήση αναλγησίας

Άλλη μια σημαντική παράμετρος που μελετήθηκε ήταν η ανάγκη χορήγησης αναλγησίας στην επίτοκο σε κάθε μια από τις δύο ομάδες. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά στο ποσοστό των επιτόκων, στις οποίες χορηγήθηκε επισκληρίδιος αναισθησία (RR 1,06- CI 95% 0,98-1,14) ή άλλη μέθοδος αναλγησίας κατά τον τοκετό (πεθιδίνη) (RR 1,06-CI 95% 0,84-1,32).⁸

ε) Υποβοηθούμενος κολπικός τοκετός

Η χρήση εμβρουουλκών ή σικουουλκίας, με σκοπό την περάτωση του τοκετού διά της κολπικής οδού φάνηκε να μη διαφέρει στατιστικώς σημαντικά μεταξύ της ομάδας της EAT και της ομάδας ελέγχου (RR 0,99- CI 95% 0,87-1,14), με ποσοστό υποβοηθούμενου κολπικού τοκετού στην ομάδα πρωτοκόλλου ρουτίνας 18,8%.

στ) Έκβαση νεογνού- Επιπλοκές στη μητέρα

Όσον αφορά στην έκβαση του νεογνού και στις δυο ομάδες που μελετήθηκαν δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε κανένα μετρήσιμο αποτέλεσμα, όπως το χαμηλό Apgar score στα 5 λεπτά, η εισαγωγή του νεογνού σε ειδικές μονάδες παρακολούθησης και η παρουσία κερωσμένου αμνιακού υγρού. Οι επιπλοκές στη μητέρα που αξιολογήθηκαν ήταν η εμφάνιση λοίμωξης και η αιμορραγία της υστεροτοκίας (απώλεια αίματος >500ml) Δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε καμία από τις δύο παραμέτρους που μελετήθηκαν (RR 1,14-CI 95% 0,65-1,98 και RR 0,93-CI 95% 0.67-1,31 αντίστοιχα).

ζ) Θηλασμός

Το ποσοστό μητρικού θηλασμού στις μητέρες που αντιμετωπίστηκαν ενεργητικά στον τοκετό σε σχέση με

αυτές στις οποίες ακολουθήθηκε το πρωτόκολλο ρουτίνας ήταν το ίδιο, με βάση τις μελέτες που ανασκοπήθηκαν (RR 0.94- CI 95% 0,84-1,05).

Ενεργητική αντιμετώπιση 3ου σταδίου του τοκετού

Μιλώντας για ενεργητική αντιμετώπιση του τοκετού, αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθούμε και στα δεδομένα που αφορούν στην ενεργητική αντιμετώπιση του 3ου σταδίου. Ως γνωστόν, η ενεργητική αντιμετώπιση του 3ου σταδίου του τοκετού συνίσταται σε: 1) Χορήγηση ωκυτοκίνης μετά την έξοδο του πρόσθιου ώμου, 2) άμεση απολίνωση του ομφάλιου λώρου και 3) ελεγχόμενη έλξη του ομφάλιου λώρου (σε συνδυασμό με χειρισμό Brandt-Andrews ή Credé). Οι κατευθυντήριες οδηγίες για το πρωτόκολλο της ενεργητικής αντιμετώπισης μπορεί να διαφέρουν σε κάποιες περιοχές και είναι αναγκαία η θέσπιση ενός κοινού πρωτοκόλλου.⁹

Η ενεργητική αντιμετώπιση του 3ου σταδίου μειώνει αποδεδειγμένα την πιθανότητα εμφάνισης αιμορραγίας στην υστεροτοκία συγκριτικά με την αντιμετώπιση αναμονής.¹⁰ Οι αναφορές στη βιβλιογραφία παρέχουν μη συμπερασματικά στοιχεία, σε σχέση με την καταλληλότερη χρονική στιγμή απολίνωσης του ομφάλιου λώρου ή την άμεξή του (milking) προ της απολίνωσης.

Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η ενεργητική αντιμετώπιση του τοκετού φαίνεται να υπερέχει του πρωτοκόλλου ρουτίνας σε διάφορους τομείς. Αναλογιζόμενοι το αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών στη χώρα μας σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η EAT, έστω και σε μέτριο βαθμό, οδηγεί στην ελάττωσή του, είναι εύκολο να συμπεράνουμε ότι η εφαρμογή του πρωτοκόλλου αυτού θα ήταν χρή-

σιμη. Ταυτόχρονα, φαίνεται ότι η ΕΑΤ οδηγεί σε μείωση της συνολικής διάρκειας του τοκετού, με συνέπεια την αποσυμφόρηση της αίθουσας τοκετού –σημαντικός παράγων σε μεγάλα μαιευτήρια, λόγω του bottleneck effect. Συμβάλλει επίσης στη μείωση του χρόνου απασχόλησης του προσωπικού και τη μείωση του εργασιακού stress.¹¹ Ορισμένοι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η ΕΑΤ σχετίζεται και με μείωση του συνολικού κόστους, καθιστώντας τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας καλύτερη από αυτή του πρωτοκόλλου ρουτίνας (cost-effective).¹² Ενώ, λοιπόν, η ΕΑΤ έχει τα ανωτέρω πλεονεκτήματα, ταυτόχρονα δε διαφέρει σε σχέση με την αντιμετώπιση ρουτίνας ως προς το βαθμό ικανοποίησης της μητέρας, τη χρήση αναλγησίας, τους υποβοηθούμενους κολπικούς τοκετούς, τις επιπλοκές μητέρας και νεογνού και το ποσοστό μητρικού θηλασμού.

Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι η ΕΑΤ συνιστά κλινικό πρωτόκολλο, το οποίο είναι αποδεκτό από τις επιτόκους και το προσωπικό, ασφαλές για τη μητέρα και το νεογνό, προάγει το φυσιολογικό τοκετό μέσω της μείωσης των καισαρικών τομών και είναι εύκολα εφαρμόσιμο από εκπαιδευμένους (μαίες-ιατρούς). Τέλος, αποτελεί πρωτόκολλο ωφέλιμο και πρακτικό για την αποσυμφόρηση μεγάλων μαιευτηρίων και οικονομικά συμφέρον για το σύστημα υγείας.

Summary

Active management of labour (AML) is a clinical protocol which has its origins back in the 1960's. The underlying philosophy of AML was based on the necessity for a faster completion of the labour process, which aims to reduce the parturient's stress and to decongest the labour ward of busy maternity hospitals. At the same time, applying of the AML protocol led to a reduction of caesarean section rates. The main purpose of the current review is to highlight the advantages and disadvantages of AML, according to published data from the international medical literature.

Key words: Active management of labour, oxytocin, artificial rupture of membranes, caesarean section, assisted vaginal delivery, perinatal outcome.

Βιβλιογραφία

- 1.Kieran O'Driscoll, John M. Stronge, and Maurice Minogue -Br Med J. Jul 21, 1973; 3(5872): 135–137.
- 2.Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD004907. DOI:10.1002/14651858.CD004907.pub3.
- 3.Jason A. Pates, MD, Andrew J. Satin, MD-Obstet Gynecol Clin N Am 32 (2005) 221– 230
- 4.Frigoletto FD, Lieberman E, Lang JM, Cohen A, Barss V, Ringer S, et al. A clinical trial of active management of labor. New England Journal of Medicine 1995;333:745–50
- 5.Wei S,Wo BL, QiHP, Xu H, Luo ZC, Roy C, FraserWD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 8. Art. No.: CD006794. DOI: 10.1002/14651858.CD006794.pub4.
- 6.Sadler LC, Davison T, McCowan LM. A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2000;107(7):909–15.
- 7.Sadler LC, Davison T, McCowan LME. Maternal satisfaction with active management of labor: a randomized controlled trial. Birth 2001;28(4):225–35
- 8.Somprasit C, Tanprasertkul C, Kamudhamas A. Reducing caesarean delivery rates: an active management labor program in a setting with limited resources. Journal of the Medical Association of Thailand 2005;88(1):20–5
- 9.Miranda JE, et al, The effect of guideline variations on the implementation of active management of the third stage of labor, Int J Gynecol Obstet (2013)
- 10.Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 11. Art. No.: CD007412. DOI: 10.1002/14651858.CD007412.pub3
- 11.Kieran O'Driscoll, Declan Meagher, Michael Robson- Active Management of Labour: The Dublin Experience- Mosby, 2003
- 12.Rogers RG, Gardner MO, Tool KJ, et al. Active management of labor: a cost analysis of a randomized controlled trial. West J Med 2000;172:240–3.