

ΟΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΚΜΓ ΚΑΙ ΟΙ ΕΞΙ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ LAMAZE ΓΙΑ ΥΓΙΗ ΤΟΚΕΤΟ

Οι Έξι Πρακτικές Lamaze για Υγιή Τοκετό	Οι συστάσεις του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (ΑΚΜΓ)
1 Αφήστε τον τοκετό να ξεκινήσει αυθόρμητα.	Πριν από τη δημοσίευση της Μελέτης ARRIVE (μια Τυχαίοποιημένη Μελέτη για την Πρόκληση Τοκετού σε σχέση με την Αναμονή)¹ στο <i>New England Journal of Medicine</i>, τον Αύγουστο του 2018, το ΑΚΜΓ δεν συνιστούσε την επιλεκτική πρόκληση πριν από τις 41-42 εβδομάδες της κύησης. Ανταποκρινόμενο στη μελέτη ARRIVE, εξέδωσε οδηγίες προς επαγγελματίες², σημειώνοντας: «Επιλεκτική πρόκληση τοκετού είναι εύλογο να προτείνεται από μαιευτήρες και κέντρα υγειονομικής περίθαλψης, σε περιπτώσεις άτοκων [πρωτοτόκων] γυναικών με χαμηλού κινδύνου κύηση 39 εβδομάδων», εφόσον: • Η πιθανή ημερομηνία τοκετού έχει επιβεβαιωθεί εγκαίρως, με υπερηχογράφημα.³ • Το ζήτημα έχει συζητηθεί διεξοδικά μεταξύ του επαγγελματία υγείας και της μέλλουσας μητέρας² και • Έχει δοθεί άφθονος χρόνος για την εξέλιξη του τοκετού. Το ΑΚΜΓ συνιστά «να δίνεται μεγαλύτερο χρονικό περιθώριο για τον λανθάνοντα τοκετό (έως 24 ώρες ή και περισσότερο), και η ωκυτοκίνη να χορηγείται τουλάχιστον 12-18 ώρες μετά τη ρήξη των υμένων, προτού η πρόκληση κριθεί αποτυχημένη.»²
2 Περπατήστε, κινηθείτε και αλλάξτε θέσεις καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού.	«Η συχνή αλλαγή θέσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού, για την ενίσχυση της μητρικής άνεσης και την προαγωγή της βέλτιστης εμβρυϊκής θέσης, μπορεί να υποστηριχθεί, εφόσον οι θέσεις που υιοθετούνται επιτρέπουν τη σωστή μητρική και εμβρυϊκή παρακολούθηση, και η χορήγηση θεραπευτικών αγωγών δεν αντενδείκνυται, λόγω μητρικών, ιατρικών ή μαιευτικών επιπλοκών.» ⁴
3 Έχετε μαζί σας ένα αγαπημένο πρόσωπο, φίλο ή βοηθό μητρότητας, για συνεχή υποστήριξη.	• «Δημοσιευμένα στοιχεία δείχνουν πως ένα από τα πιο αποτελεσματικά εργαλεία για τη βελτίωση της έκβασης του τοκετού και της γέννησης είναι η συνεχής παρουσία προσωπικού υποστήριξης, όπως της βοηθού μητρώτητας.» • «Τα στοιχεία κατατείνουν στο ότι, πέραν της κλασικής νοσηλευτικής φροντίδας, η συνεχής, αποκλειστική συναισθηματική υποστήριξη συνδέεται με βελτίωση της έκβασης του τοκετού των γυναικών.»³
4 Αποφύγετε παρεμβάσεις που δεν είναι ιατρικές απαραίτητες.	• «...σε γυναίκες με κανονική εξέλιξη τοκετού, και χωρίς ενδείξεις κινδύνου για το έμβρυο, αμνιοτομή ρουτίνας διεξάγεται μόνο αν απαιτείται για διευκόλυνση της παρακολούθησης.»⁴ • «Για τη διευκόλυνση της διακοπτόμενης ακρόασης του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού, μαιευτήρες-γυναικολόγοι, πάροχοι μαιευτικής φροντίδας και κέντρα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να σκεφτούν την υιοθέτηση πρωτοκόλλων και την εκπαίδευση του προσωπικού τους στη χρήση συσκευής Doppler χειρός, για περιπτώσεις γυναικών με κύηση χαμηλού κινδύνου, που επιθυμούν αυτό το είδος παρακολούθησης κατά τον τοκετό.»⁴ • «Ποικίλες μη φαρμακολογικές και φαρμακολογικές τεχνικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν προς βοήθεια των επιτόκων στην αντιμετώπιση του πόνου.»⁴ • «... η χρήση της κλίμακας αντιμετώπισης πόνου [αντί της κλίμακας έντασης πόνου, από το 1 έως το 10] μπορεί να βοηθήσει τους μαιευτήρες-γυναικολόγους στην προσαρμογή των παρεμβάσεών τους, ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες κάθε γυναίκας.»⁴ • «Γυναίκες με αυθόρμητη εξέλιξη τοκετού, μπορεί να μην χρειάζονται συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση ορού.»⁴ • Δεν αποτελεί δήλωση επίσημης θέσης, αλλά, στη συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε στην επιθεώρηση <i>Obstetrics and Gynecology</i>, αναφέρεται το εξής: «Σε γυναίκες με μονήρη κύηση χαμηλού κινδύνου, στις οποίες επιτράπη η ελεύθερη κατανάλωση τροφής κατά τον τοκετό, η διάρκεια τοκετού ήταν μικρότερη. Η λιγότερο περιοριστική πολιτική σχετικά με τη λήψη τροφής κατά τον τοκετό δεν επηρέασε την έκβαση σε μαιευτικό ή νεογνικό επίπεδο, ούτε αύξησε τη συχνότητα έμεσης. Παρόμοια δεδομένα ισχύουν και στον επεμβατικό τοκετό.»⁶
5 Αποφύγετε τον τοκετό σε ύπτια θέση και εξωθήστε ακολουθώντας τη φυσική τάση του σώματός σας.	• «... κάθε γυναίκα πρέπει να ενθαρρύνεται να χρησιμοποιεί την τεχνική (αυθόρμητη αναπνοή συγκριτικά με χειρισμό Valsalva) που προτιμά και βρίσκει πιο αποτελεσματική.»⁴ • Αν και, στο παρελθόν, το ΑΚΜΓ υποστήριξε την ιδέα της καθυστερημένης εξώθησης (laboring-down) μετά τη δημοσίευση μιας νέας μελέτης στην <i>Επιθεώρηση της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας</i>⁷ (JAMA), εξέδωσε οδηγίες προς επαγγελματίες⁸, αναφέροντας πως: «Είναι εύλογη η επιλογή της άμεσης εξώθησης, συγκριτικά με την καθυστερημένη, σε ατόκους ασθενείς, με νευραξονική αναισθησία.»
6 Κρατήστε το μωρό μαζί σας – είναι το καλύτερο για εσάς, το μωρό σας και τον θηλασμό.	«Τα Δέκα Βήματα (συμπεριλαμβανομένης της πρώιμης φροντίδας για επαφή δέρμα με δέρμα και συνδιαμονή) πρέπει να ενσωματωθούν στη μητρική περίθαλψη, για να αυξηθεί η πιθανότητα της έναρξης και της διατήρησης του θηλασμού από την ίδια. Η επαφή δέρμα με δέρμα είναι εφικτή μέσα στο χειρουργείο, και συνδέεται με μειωμένη ανάγκη χρήσης υποκατάστατου μητρικού γάλακτος (φόρμουλα).» ⁹

Συγκέντρωση στοιχείων για τον Lamaze International: Debby Amis, LCCE, FACCE του [The Family Way Publications](#).
Διαβάστε περισσότερα για τις Πρακτικές Lamaze για Υγιή Τοκετό.



Μετάφραση - επιμέλεια προσαρμογής στα ελληνικά: BLOSSOM - Pregnancy • Birth • Early Parenting, www.blossombirth.gr
Ευτυχία Τοπούζη, πιστοποιημένη εκπαιδύτρια περιγεννητικής αγωγής Lamaze (LCCE), διεθνώς πιστοποιημένη βοηθός μητρότητας CD(DONA), εκπαιδύτρια γονέων Spinning Babies® (SpBCPE) και Attached at the Heart (CAHPE), εκπαιδύτρια Hypnobirthing DipHB(KGH) & The Leclair Method, εκπαιδύτρια βρεφικού μασάζ (CIMI)
 Το παρόν εκδίδεται με την άδεια του οργανισμού Lamaze International, 2021

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Grobman, W.A., et al. (2018). Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. New England Journal of Medicine, 379(6), 513-523. PubMed abstract: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30089070
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice advisory: Clinical guidelines for integration of the findings of THE ARRIVE Trial: Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. <https://bit.ly/2qltsnA>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine. (2018). Leaders in obstetric care respond to the published results of the ARRIVE Trial. <https://bit.ly/2PyfwVB>
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (Endorsed by ACNM & AWHONN). (2017). Committee Opinion #687: Approaches to limit intervention during labor and birth. Obstetrics & Gynecology, 129(2), 1-9. <https://bit.ly/2qIK6DI>
5. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) and the Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). (2014, reaffirmed 2016). Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology, 123(3), 693-711. <https://bit.ly/2yKdAQu>
6. Ciardulli, A., Saccone, G., Anastasio, H. & Berghella, V. (2017). Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies. A systematic review and meta-analysis. Obstetrics and Gynecology, 129(3), 473-480. PubMed abstract: <https://bit.ly/2RsevMc>
7. Cahill, A.G., et al. (2018). Effect of immediate vs. delayed pushing on rates of spontaneous vaginal delivery among nulliparous women receiving neuraxial analgesia. A Randomized clinical trial. JAMA, 320(14), 1444-1454. PubMed abstract: <https://bit.ly/2OhEzYx>
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (Endorsed by the American College of Nurse-Midwives and the Society for Maternal-Fetal Medicine). (2018). Practice advisory: Immediate versus delayed pushing in nulliparous women receiving neuraxial analgesia. <https://bit.ly/2yewmiC>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). Committee opinion #658: Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. Obstetrics and Gynecology, 127(2), 1-7.