

Κατευθυντήρια οδηγία

Καισαρική Τομή

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Μάιος 2025



Εισαγωγικό σημείωμα

Η κατευθυντήρια οδηγία NG196 του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περιθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) «Caesarean birth» αναπτύχθηκε το 2021, επικαιροποιήθηκε το 2024, και τέθηκε στη διάθεση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ως αποτέλεσμα συμφωνίας άδειας χρήσης με τον οργανισμό NICE, με σκοπό την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας στην πραγματικότητα του συστήματος υγείας της Κύπρου. Για αυτόν τον σκοπό, ο ΟΑΥ απευθύνθηκε στην Κύπρο σε ιατρούς εμπειρογνώμονες στον τομέα της καισαρικής τομής και της περιγεννητικής περιθαλψης, σε άλλους σχετικούς επαγγελματίες υγείας και σε εκπροσώπους ασθενών, και συγκρότησε την Τεχνική Επιτροπή Ειδικών. Τα μέλη της Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών στο πλαίσιο μιας σειράς συνεδριάσεων, αξιολόγησαν το πεδίο εφαρμογής και το πλήρες κείμενο της κατευθυντήριας οδηγίας και πραγματοποίησαν αλλαγές, εφόσον αυτές υποστηρίζονταν επαρκώς από επιστημονικά στοιχεία. Επιπλέον, η Τεχνική Επιτροπή Ειδικών εξέτασε τους δείκτες ποιότητας που σχετίζονται με την καισαρική τομή και έχουν αναπτυχθεί από το NICE για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS) ή προτάθηκαν από μέλη της Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών, τους αξιολόγησε ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) της Κύπρου και επέλεξε όσους κρίθηκαν κλινικά συναφείς και τεχνικά εφικτοί. Στη διαδικασία προσαρμογής η Τεχνική Επιτροπή Ειδικών βοηθήθηκε, σε οργανωτικό και μεθοδολογικό επίπεδο από τον ΟΑΥ και από εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat).

Το πρώτο προσχέδιο της κατευθυντήριας οδηγίας διαμορφώθηκε από την Τεχνική Επιτροπή Ειδικών στην αγγλική γλώσσα, για σκοπούς σύγκρισης με την πρωτότυπη οδηγία του NICE. Ακολούθως μεταφράστηκε στα ελληνικά και η τελική έκδοση της κατευθυντήριας οδηγίας και οι προτεινόμενοι δείκτες ποιότητας τέθηκαν σε δημόσια διαβούλευση στην οποία προσκλήθηκαν δυνητικά ενδιαφερόμενα μέρη, όπως κρατικοί οργανισμοί υγείας, ιατρικές/επιστημονικές ενώσεις και εταιρείες, σύνδεσμοι ασθενών και φαρμακευτικές εταιρείες/εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού. Με το πέρας της δημόσιας διαβούλευσης η Τεχνική Επιτροπή Ειδικών προέβη στις τελευταίες αλλαγές επί του κειμένου και οριστικοποίησε την κατευθυντήρια οδηγία στην τελική της μορφή.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία βασίζεται στην κατευθυντήρια οδηγία του οργανισμού NICE © NICE (2024) Caesarean birth. Διαθέσιμη από: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται. Υπόκειται σε [γνωστοποίηση δικαιωμάτων](#). Η κατευθυντήρια οδηγία του NICE αναπτύχθηκε για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Υπόκειται σε τακτική ανασκόπηση και αναθεώρηση και μπορεί να αποσυρθεί. Το NICE δεν αποδέχεται καμία ευθύνη για τη χρήση του περιεχομένου σε αυτή τη δημοσίευση.

Στην Τεχνική Επιτροπή Ειδικών προσκλήθηκαν και έλαβαν μέρος οι ακόλουθοι:

- Δρ Ελισσαίου Αφροδίτη (Πρόεδρος, Μαιευτική-Γυναικολογία)
- Δρ Παπαδούρη Θάλεια (Αντιπρόεδρος, Νεογνολογία-Παιδιατρική)
- Δρ Αργυρίδης Σάββας (Μέλος, Μαιευτική-Γυναικολογία)
- Δρ Βαβίλης Δημήτρης (Μέλος, Μαιευτική-Γυναικολογία)
- Δρ Όξινος Αντώνης (Μέλος, Αναισθησιολογία)
- Δρ Παντέχης Αβραάμ (Μέλος, Μαιευτική-Γυναικολογία)
- Δρ Ρήγα Παρασκευή (Μέλος, Νεογνολογία - Παιδιατρική)
- Δρ Σπύρου Γιώργος (Μέλος, Νεογνολογία - Παιδιατρική)
- Δρ Στυλιανίδης Κωνσταντίνος (Μέλος, Μαιευτική-Γυναικολογία)
- Δρ Ορφανίδη Ιόλη (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)
- Δουκανάρη Γιώτα (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)
- Λεοντίου Στέλλα (Μέλος, Μαιευτική νοσηλευτική)
- Εμμανουέλα Μανώλη (Μέλος, Μαιευτική νοσηλευτική)

Κατευθυντήρια οδηγία

Καισαρική Τομή

Τελικό, Μάιος 2025

Σύνοψη

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει το πότε πρέπει να προσφέρεται και να συζητείται η γέννηση με καισαρική τομή, τις διαδικαστικές πτυχές της χειρουργικής επέμβασης και τη φροντίδα μετά την καισαρική τομή. Στοχεύει στη βελτίωση της συνέπειας και της ποιότητας της φροντίδας για τις γυναίκες και τις εγκύους που σκέφτονται να γεννήσουν με καισαρική τομή ή είχαν γεννήσει με καισαρική τομή στο παρελθόν και είναι τώρα ξανά έγκυες.

Σε ποιους/ες απευθύνεται;

- Επαγγελματίες υγείας
- Πάροχους υπηρεσιών υγείας
- Γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν, τις οικογένειες τους και τα άτομα που τις φροντίζουν

Πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η κατευθυντήρια οδηγία βρίσκονται στην [ιστοσελίδα της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας](#). Εκεί είναι διαθέσιμα: ανασκοπήσεις των επιστημονικών δεδομένων τεκμηρίωσης, το πεδίο εφαρμογής της οδηγίας, τα στοιχεία των μελών της επιτροπής και τυχόν δηλώσεις συμφερόντων.

Περιεχόμενα

Συστάσεις.....	6
1.1 Προγραμματίζοντας τον τρόπο τοκετού	7
1.2 Προγραμματισμένος τοκετός με καισαρική τομή	10
1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα επείγουσας καισαρικής τομής κατά τη διάρκεια της φροντίδας κατά τον τοκετό	21
1.4 Διαδικαστικές πτυχές της καισαρικής τομής	22
1.5 Φροντίδα του μωρού που γεννήθηκε με καισαρική τομή.....	33
1.6 Φροντίδα της γυναίκας μετά από καισαρική τομή	34
1.7 Ανάρρωση μετά από καισαρική τομή.....	43
1.8 Εγκυμοσύνη και τοκετός μετά από καισαρική τομή.....	46
Σκεπτικό και επιπτώσεις.....	48
Παροχή πληροφοριών	48
Οφέλη και κίνδυνοι καισαρικής τομής και κολπικού τοκετού	49
Διεισδυτικός πλακούντας	51
Επιλογή μητέρας για τοκετό με καισαρική τομή	54
Πρόληψη και διαχείριση υποθερμίας και ρίγους	56
Μέθοδοι για τη μείωση της νοσηρότητας οφειλόμενης σε λοιμώξεις και της φροντίδας χειρουργικού τραύματος μετά τον τοκετό με καισαρική τομή	57
Τεχνική χειρουργικής διάνοιξης.....	58
Συρραφή της μήτρας.....	60
Παρακολούθηση μετά από καισαρική τομή.....	61
Διαχείριση πόνου μετά από καισαρική τομή	63
Πλαίσιο.....	67
Παρατήματα.....	68

Συστάσεις

Προσαρμογή κατευθυντήριας οδηγίας NG192 του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) «Caesarean birth» στο σύστημα υγείας της Κύπρου

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους, όπως περιγράφεται στο Παράρτημα Ι.

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία χρησιμοποιεί συγκεκριμένη, περιεκτική γλώσσα για να περιγράψει τις πληθυσμιακές ομάδες που καλύπτει (για παράδειγμα, γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν ή τρανς και μη δυαδικά άτομα) εκτός εάν:

- τα επιστημονικά δεδομένα/τεκμηρίωση για τη σύσταση δεν έχουν επανεξεταστεί και δεν είναι σαφές από τη γνώμη των εμπειρογνομόνων εάν μπορούν να καλύψουν περισσότερες ομάδες ή
- τα επιστημονικά δεδομένα/ τεκμηριώσεις εξετάστηκαν, αλλά οι πληροφορίες που ήταν διαθέσιμες για ορισμένες ομάδες κατά τη στιγμή της ανάπτυξης της οδηγίας ήταν πολύ περιορισμένες για να διατυπωθούν συγκεκριμένες συστάσεις ή
- μόνο ένας πολύ περιορισμένος αριθμός συστάσεων έχει επικαιροποιηθεί, ώστε να συμβαδίζει με τα νέα επιστημονικά δεδομένα ή αντικατοπτρίζοντας αλλαγές στην κλινική πρακτική

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούν την κλινική τους κρίση κατά την εφαρμογή συστάσεων ειδικών για κάθε φύλο, λαμβάνοντας υπόψη τις περιστάσεις, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του εκάστοτε ατόμου και διασφαλίζοντας ότι όλοι οι άνθρωποι αντιμετωπίζονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό καθ' όλη τη διάρκεια της φροντίδας τους.

Να σημειωθεί ότι η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μία συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η ισχύς των συστάσεων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.

- **Υποχρεωτική:** Εάν υπάρχει νομική υποχρέωση εφαρμογής μιας σύστασης ή εάν οι συνέπειες της μη τήρησης μιας σύστασης είναι εξαιρετικά σοβαρές, η σύσταση χρησιμοποιεί τους όρους «πρέπει» ή «δεν πρέπει» και διατυπώνεται με παθητική φωνή.
- **Ισχυρή:** Για συστάσεις ή δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που πρέπει (ή δεν πρέπει) να προσφέρονται, η γλώσσα κατευθύνει και χρησιμοποιεί όρους όπως «προσφέρετε» (ή «μην προσφέρετε»), «συμβουλευστε» ή «ρωτήστε για».
- **Αδύναμη:** Εάν η διαφορά μεταξύ οφέλους και βλάβης είναι μικρότερη (δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν), ο όρος που χρησιμοποιείται είναι «εξετάστε το ενδεχόμενο».

1.1 Προγραμματίζοντας τον τρόπο τοκετού

Παροχή πληροφοριών

1.1.1 Προσφέρετε σε όλες τις έγκυες γυναίκες πληροφορίες και υποστήριξη για να τους δώσετε τη δυνατότητα να λάβουν αποφάσεις βασισμένες σε τεκμηρωμένη πληροφόρηση σχετικά με τον τοκετό του παιδιού τους. Βεβαιωθείτε ότι:

- οι πληροφορίες βασίζονται σε επιστημονική τεκμηρίωση
- όλες οι πληροφορίες που παρέχονται είναι προσβάσιμες, ιδανικά σε μορφή που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες διαφορετικών γυναικών
- η γλώσσα που χρησιμοποιείται σε οποιαδήποτε πληροφορία (γραπτή ή προφορική) χαρακτηρίζεται από σεβασμό και είναι κατάλληλη για τη γυναίκα, λαμβάνοντας υπόψη τυχόν προσωπικούς, πολιτιστικούς ή θρησκευτικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να αποτελέσουν μέρος των επιλογών της

- όλες οι προτιμήσεις και οι ανησυχίες των γυναικών βρίσκονται στο επίκεντρο της διαδικασίας λήψης αποφάσεων
- θα γίνει συζήτηση για όλες τις ανάγκες και τις προτιμήσεις της γυναίκας σχετικά με τον τοκετό και την περιγεννητική φροντίδα.

1.1.2 Συζητήστε τον τρόπο τοκετού με όλες τις έγκυες γυναίκες κατά τα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης τους. Καλύψτε πληροφορίες όπως:

- περίπου το 26% των γυναικών στην Ευρώπη και το 53% των γυναικών στην Κύπρο υποβάλλονται σε καισαρική τομή
- παράγοντες που ενδέχεται να σηματοδοτούν την ανάγκη για καισαρική τομή στη γυναίκα [για παράδειγμα, προχωρημένη ηλικία μητέρας και αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ)]
- συνήθειες ενδείξεις για επείγουσα καισαρική τομή περιλαμβάνουν την αργή εξέλιξη του τοκετού ή ανησυχία για την κατάσταση του εμβρύου
- τι περιλαμβάνει η διαδικασία τοκετού με καισαρική τομή
- πώς μια καισαρική τομή μπορεί να επηρεάσει τη μεταγεννητική περίοδο (για παράδειγμα, ανάγκη για ανακούφιση από τον πόνο)
- επιπτώσεις για μελλοντικές εγκυμοσύνες και τοκετούς μετά από καισαρική τομή ή κολπικό τοκετό (για παράδειγμα, μετά από τοκετό με καισαρική τομή οι πιθανότητες τοκετού με καισαρική τομή σε μελλοντική εγκυμοσύνη μπορεί να αυξηθούν).

Οφέλη και κίνδυνοι καισαρικής τομής και κολπικού τοκετού

1.1.3 Συζητήστε με τις γυναίκες τα οφέλη και τους κινδύνους τόσο της καισαρικής τομής όσο και του κολπικού τοκετού, λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες, τις ανησυχίες, τις προτεραιότητες και τα σχέδιά τους για μελλοντικές εγκυμοσύνες.

1.1.4 Χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες στο [διαδικτυακό παράρτημα Α](#), εξηγήστε στις γυναίκες ότι:

- Υπάρχουν οφέλη και κίνδυνοι που συνδέονται τόσο με τον κοιλιακό τοκετό όσο και με την καισαρική τομή - μερικοί κίνδυνοι είναι πολύ μικροί σε απόλυτη τιμή και μερικοί είναι μεγαλύτεροι σε απόλυτη τιμή, και θα πρέπει να αποφασίσουν ποιοι κίνδυνοι είναι περισσότερο (ή λιγότερο) αποδεκτοί για αυτές
- Υπάρχουν και άλλοι κίνδυνοι που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς τους πίνακες που μπορεί να σχετίζονται με τις ατομικές τους περιστάσεις (για παράδειγμα, προβλήματα διείσδυσης του πλακούντα από πολλαπλούς τοκετούς με καισαρική τομή, τραυματική βλάβη στο έμβρυο κατά τη διάνοιξη της μήτρας στην καισαρική τομή, τραυματισμοί τελειόμηνων νεογνών κατά τον κοιλιακό τοκετό ή την καισαρική τομή)
- Οι πίνακες αυτοί παρέχουν μόνο συνοπτικές εκτιμήσεις και έχουν σκοπό να βοηθήσουν τις συζητήσεις, αλλά δεν μπορούν να δοθούν ακριβείς αριθμητικές εκτιμήσεις κινδύνου για μεμονωμένα περιστατικά γυναικών.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους καισαρικής τομής και κοιλιακού τοκετού](#).

1.2 Προγραμματισμένος τοκετός με καισαρική τομή

Ισχιακή προβολή

- 1.2.1 Συζητήστε με τις γυναίκες τα οφέλη και τους κινδύνους του προγραμματισμένου κολπικού τοκετού έναντι του προγραμματισμένου τοκετού με καισαρική τομή στην περίπτωση ισχιακής προβολής και την επιλογή του εξωτερικού μετασχηματισμού του εμβρύου. Συνιστάται ο εξωτερικός μετασχηματισμός του εμβρύου να πραγματοποιείται από επαγγελματίες υγείας με επαρκή εμπειρία σε αυτή την τεχνική και σε περιβάλλον που επιτρέπει την επείγουσα καισαρική τομή, για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα επιπλοκών.
- 1.2.2 Προσφέρετε στις γυναίκες που έχουν μία εγκυμοσύνη χαμηλού κινδύνου με μονήρη ισχιακή κύηση μετά τις 36+0 εβδομάδες, εξωτερικό εμβρυικό μετασχηματισμό, εκτός εάν:
- η γυναίκα βρίσκεται σε ενεργό στάδιο τοκετού
 - υπάρχει εμβρυϊκή δυσχέρεια
 - η γυναίκα έχει ρήξη μεμβρανών ή κολπική αιμορραγία
 - η γυναίκα έχει οποιοσδήποτε άλλες ιατρικές παθήσεις (για παράδειγμα, σοβαρή υπέρταση) που θα καθιστούσαν τον εξωτερικό εμβρυικό μετασχηματισμό μη ενδεδειγμένο.
- 1.2.3 Πριν διενεργήσετε την καισαρική τομή για μία μη επιπλεγμένη μονήρη κύηση με ισχιακή προβολή, πραγματοποιήστε ένα υπερηχογράφημα για να ελέγξετε ότι το νεογνό βρίσκεται σε ισχιακή θέση. Πραγματοποιήστε τον υπέρηχο όσο το δυνατόν αργότερα, πριν από τη διαδικασία της καισαρικής τομής.

Πολύδυμη κύηση

Δίδυμη κύηση: διχοριονική διαμνιακή ή μονοχοριονική διαμνιακή

1.2.4 Εξηγήστε στις γυναίκες με δίδυμη κύηση χαμηλού κινδύνου που προγραμματίζουν τον τρόπο τοκετού τους ότι ο προγραμματισμένος κολπικός τοκετός και η προγραμματισμένη καισαρική τομή είναι και οι δύο ασφαλείς επιλογές για αυτές και τα νεογνά τους, εφόσον ισχύουν όλα τα ακόλουθα:

η εγκυμοσύνη παραμένει μη επιπλεγμένη και έχει προχωρήσει πέραν των 32 εβδομάδων

- δεν υπάρχουν μαιευτικές αντενδείξεις για τοκετό
- το πρώτο νεογνό είναι σε κεφαλική προβολή
- δεν υπάρχει σημαντική απόκλιση μεγέθους μεταξύ των διδύμων

1.2.5 Εξηγήστε στις γυναίκες με μη επιπλεγμένη δίδυμη κύηση, ότι για τις γυναίκες που γεννούν μετά τις 32 εβδομάδες (παρακαλώ δείτε σύσταση 1.2.4):

- Περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών που προγραμματίζουν κολπικό τοκετό καταλήγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή
- Σχεδόν όλες οι γυναίκες που προγραμματίζουν καισαρική τομή προχωρούν σε αυτή, αλλά μερικές από αυτές καταλήγουν να γεννήσουν με κολπικό τοκετό πριν γίνει η καισαρική τομή
- Ένας μικρός αριθμός γυναικών που σχεδιάζουν κολπικό τοκετό θα χρειαστούν επείγουσα καισαρική τομή για να γεννήσουν το δεύτερο δίδυμο μετά τον κολπικό τοκετό του πρώτου διδύμου.

1.2.6 Προσφέρετε καισαρική τομή στις γυναίκες, εάν το πρώτο δίδυμο δεν έχει κεφαλική προβολή κατά τη στιγμή του προγραμματισμένου τοκετού.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.2.7 Προσφέρετε καισαρική τομή σε γυναίκες με πρόωρο τοκετό ενεργού σταδίου μεταξύ 26 και 32 εβδομάδων, εάν το πρώτο δίδυμο δεν έχει κεφαλική προβολή.
- 1.2.8 Προσφέρετε εξατομικευμένη αξιολόγηση της μεθόδου τοκετού σε γυναίκες με υποψία, διάγνωση ή πρόωρο τοκετό ενεργού σταδίου πριν τις 26 εβδομάδες. Λάβετε υπόψη τους κινδύνους του τοκετού με καισαρική τομή και την πιθανότητα επιβίωσης των νεογνών.

Δίδυμη κύηση: μονοχοριονική μονοαμνιακή

- 1.2.9 Προσφέρετε καισαρική τομή σε γυναίκες με μονοχοριονική μονοαμνιακή δίδυμη κύηση:
- κατά τη στιγμή του προγραμματισμένου τοκετού (μεταξύ 32+0 και 33+6 εβδομάδων) ή
 - μετά τη διάγνωση οποιασδήποτε επιπλοκής στην εγκυμοσύνη της που απαιτεί τοκετό του νεογνού νωρίτερα του προγραμματισμένου ή
 - εάν είναι σε πρόωρο τοκετό ενεργού σταδίου και η ηλικία κύησης υποδηλώνει ότι υπάρχει βάσιμη πιθανότητα επιβίωσης των νεογνών (εκτός εάν το πρώτο δίδυμο είναι κοντά στον κολπικό τοκετό και ένας/μία έμπειρος/η ιατρός μαιευτήρας συμβουλεύει τη συνέχιση του κολπικού τοκετού).

Τρίδυμη κύηση

- 1.2.10 Προσφέρετε καισαρική τομή σε γυναίκες με τρίδυμη κύηση:
- κατά τον προγραμματισμένο τοκετό (35 εβδομάδες) ή
 - μετά τη διάγνωση οποιασδήποτε επιπλοκής στην εγκυμοσύνη της που απαιτεί τοκετό νωρίτερα του προγραμματισμένου ή

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- εάν είναι σε πρόωρο τοκετό ενεργού σταδίου και η ηλικία κύησης υποδηλώνει ότι υπάρχει εύλογη πιθανότητα επιβίωσης των νεογνών.

Πρόωρος τοκετός

- 1.2.11 Συζητήστε τα γενικά οφέλη και τους κινδύνους της καισαρικής τομής και του κοιλιακού τοκετού με τις γυναίκες με υποψία, διάγνωση ή ενεργό πρόωρο τοκετό και με πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων (και με τα μέλη της οικογένειάς τους ή με τα άτομα που τις φροντίζουν, ανάλογα με την περίπτωση).
- 1.2.12 Εξηγήστε στις γυναίκες με υποψία, διάγνωση ή ενεργό πρόωρο τοκετό και στις γυναίκες με πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων, τα οφέλη και τους κινδύνους της καισαρικής τομής που αφορούν ειδικά την εκάστοτε ηλικία κύησης. Ειδικότερα, τονίστε τις δυσκολίες που σχετίζονται με την πραγματοποίηση καισαρικής τομής για πρόωρο τοκετό, ιδιαίτερα την αυξημένη πιθανότητα κάθετης τομής της μήτρας (κλασική) και τις επιπτώσεις αυτής για μελλοντικές εγκυμοσύνες.
- 1.2.13 Εξηγήστε στις γυναίκες με υποψία, διάγνωση ή εγκατεστημένο πρόωρο τοκετό, ότι δεν υπάρχουν οφέλη ή κίνδυνοι για το νεογνό από τη γέννηση με καισαρική τομή που να γνωρίζουμε, όμως τα επιστημονικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα.
- 1.2.14 Εξετάστε το ενδεχόμενο τοκετού με καισαρική τομή σε γυναίκες με υποψία, διάγνωση ή εγκατεστημένο πρόωρο τοκετό μεταξύ 26+0 και 36+6 εβδομάδων κύησης με ισχυρή προβολή.

Προδρομικός πλακούντας

- 1.2.15 Προσφέρετε καισαρική τομή σε γυναίκες με πλακούντα που επικαλύπτει μερικώς ή πλήρως το έσω τραχηλικό στόμιο (ελάσσων ή μείζων προδρομικός πλακούντας).

Διεισδυτικός Πλακούντας

- 1.2.16 Εάν το υπερηχογράφημα ρουτίνας στις 20 εβδομάδες δείχνει προδρομικό πλακούντα ή πλακούντα χαμηλής εντόπισης σε γυναίκα ή άτομο με προηγούμενο τοκετό με καισαρική τομή (ή ουλή μήτρας από άλλη χειρουργική επέμβαση), παραπέμψτε για δισδιάστατο υπερηχογράφημα (2D grey scale) με έγχρωμο doppler για να αξιολογήσετε την πιθανότητα διεισδυτικού πλακούντα. Αυτή η απεικόνιση θα πρέπει να γίνεται περίπου στις 28 εβδομάδες, αλλά όχι αργότερα από 29 εβδομάδες, από έμπειρο/η κλινικό/ή ιατρό με εξειδικευμένη γνώση στη διάγνωση του διεισδυτικού πλακούντα.
- 1.2.17 Εάν υπάρχει υποψία διεισδυτικού πλακούντα μετά το δισδιάστατο υπερηχογράφημα (2D grey scale) με έγχρωμο doppler (παρακαλώ δείτε σύσταση 1.2.16), παραπέμψτε την έγκυο σε εξειδικευμένο κέντρο που πληροί τα κριτήρια που περιγράφονται στο 1.2.21 για φροντίδα και συνεχή διαχείριση. Στην παρούσα φάση, το εξειδικευμένο κέντρο που διαχειρίζεται αυτά τα περιστατικά στην Κύπρο είναι το Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III.

Φροντίδα γυναικών με διεισδυτικό πλακούντα σε εξειδικευμένα κέντρα

- 1.2.18 Εξετάστε το ενδεχόμενο, εάν είναι διαθέσιμη, της απεικόνισης με μαγνητική τομογραφία, ώστε να έχετε μία ολοκληρωμένη εικόνα μαζί με τα υπερηχογραφικά ευρήματα κατά τον προγραμματισμό της συνεχιζόμενης χειρουργικής διαχείρισης του διεισδυτικού πλακούντα. Συζητήστε τα ακόλουθα με την έγκυο:

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- τι να περιμένει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της μαγνητικής τομογραφίας
- ότι η μαγνητική τομογραφία μπορεί να βοηθήσει στην αποσαφήνιση του βαθμού διείσδυσης, ιδιαίτερα στην περίπτωση του οπίσθιου πλακούντα
- ότι η τρέχουσα εμπειρία δείχνει ότι η μαγνητική τομογραφία είναι ασφαλής, όμως υπάρχει έλλειψη επιστημονικών δεδομένων σχετικά με τυχόν μακροπρόθεσμους κινδύνους για το νεογνό.

1.2.19 Συζητήστε τις επιλογές τοκετού (για παράδειγμα, το χρονοδιάγραμμα του τοκετού, τις χειρουργικές παρεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας υστερεκτομής και της ανάγκης μετάγγισης αίματος) με μία έγκυο με υποψία διεισδυτικού πλακούντα. Αυτή η συζήτηση πρέπει να διεξάγεται από έμπειρο/η μαιευτήρα.

1.2.20 Κατά τον προγραμματισμό ενός τοκετού με καισαρική τομή για εγκύους με υποψία διεισδυτικού πλακούντα, τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας θα πρέπει:

- να συμφωνήσουν ποιοι άλλοι/ες επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωμοδοτήσουν ή να παρευρίσκονται στον τοκετό (για παράδειγμα, ειδικοί στη γυναικολογική χειρουργική, την επεμβατική ακτινολογία, τη χειρουργική παχέος εντέρου, την ουρολογία ή την αγγειοχειρουργική, ανάλογα με τη φύση του διεισδυτικού πλακούντα) **και**
- να συμφωνήσουν σχετικά με τις ευθύνες κάθε μέλους της ομάδας.

1.2.21 Κατά τη διενέργεια μίας προγραμματισμένης καισαρικής τομής σε γυναίκα ή άτομο που βρίσκεται σε εγκυμοσύνη με υποψία διεισδυτικού πλακούντα, βεβαιωθείτε ότι:

- ένας/μία έμπειρος/η μαιευτήρας, γυναικολόγος και αναισθησιολόγος είναι παρόντες/ παρούσες στο χειρουργείο

- ένας/μία παιδίατρος ή νεογνολόγος είναι παρών/ ούσα για να παρέχει άμεση φροντίδα στο νεογνό αμέσως μόλις γεννηθεί
- ένας/μία αιματολόγος είναι διαθέσιμος/η για συμβουλευτική επικοινωνία
- ένα κρεβάτι εντατικής θεραπείας είναι διαθέσιμο για την έγκυο/το άτομο που εγκυμονεί και μια κλίνη στη μονάδα εντατικής νεογνών είναι διαθέσιμη για το νεογνό (αν και η επείγουσα χειρουργική επέμβαση δεν πρέπει να καθυστερεί εν αναμονή κλίνης)
- επαρκές διασταυρωμένο αίμα και προϊόντα αίματος είναι άμεσα διαθέσιμα (εάν οι μεταγγίσεις αίματος είναι αποδεκτές από τη γυναίκα ή το άτομο που εγκυμονεί).

1.2.22 Τα εξειδικευμένα κέντρα και οι τοπικές μαιευτικές μονάδες που υποστηρίζονται από αυτά, θα πρέπει να αναπτύξουν πρωτόκολλα που να καλύπτουν τον τρόπο διάγνωσης, αξιολόγησης και διαχείρισης του διεισδυτικού πλακούντα σε όλο το δίκτυό τους. Το πρωτόκολλο θα πρέπει να περιλαμβάνει τη φροντίδα και τη διαχείριση του διεισδυτικού πλακούντα που εντοπίζεται σε προχωρημένη εγκυμοσύνη ή κατά τη διάρκεια του τοκετού, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου με τον οποίο οι εξειδικευμένες μονάδες μπορούν να υποστηρίξουν την επείγουσα περίθαλψη σε τοπικές μαιευτικές μονάδες.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις και πώς αυτές θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» στην ενότητα σχετικά με τον διεισδυτικό πλακούντα.](#)

Πρόβλεψη τοκετού με καισαρική τομή για κεφαλοπυελική δυσαναλογία στον τοκετό

1.2.23 Μην χρησιμοποιείτε πυελομετρία για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο τοκετού.

1.2.24 Μην χρησιμοποιείτε τα ακόλουθα για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο τοκετού, καθώς δεν προβλέπουν με ακρίβεια την κεφαλοπυελική δυσαναλογία:

- μέγεθος παπουτσιού μητέρας
- ύψος μητέρας
- εκτιμήσεις του μεγέθους του εμβρύου (υπερηχογράφημα ή κλινική εξέταση).

Μετάδοση μητρικών λοιμώξεων από μητέρα σε παιδί

HIV

1.2.25 Παρέχετε πληροφορίες στις γυναίκες με HIV σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους για αυτές και το μωρό τους από τις επιλογές θεραπείας για τον ιό HIV και τη μέθοδο τοκετού όσο το δυνατόν νωρίτερα κατά την εγκυμοσύνη τους, ώστε να μπορούν να λάβουν μία απόφαση μετά από τεκμηριωμένη πληροφόρηση. Εξασφαλίστε εξειδικευμένες συμβουλές σχετικά με τον ιό HIV κατά την εγκυμοσύνη από ειδικό/ή σεξουαλικής υγείας, εάν είναι απαραίτητο.

Ιός Ηπατίτιδας Β

1.2.26 Μην προσφέρετε στις έγκυες γυναίκες με ηπατίτιδα Β προγραμματισμένη καισαρική τομή μόνο για αυτόν τον λόγο, καθώς η μετάδοση της ηπατίτιδας Β από τη μητέρα στο νεογνό μπορεί να μειωθεί εάν το νεογνό λάβει ανοσοσφαιρίνη και εμβολιασμό.

Ιός Ηπατίτιδας C (Γ)

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.2.27 Μην προσφέρετε στις γυναίκες που έχουν μολυνθεί από ηπατίτιδα C προγραμματισμένη καισαρική τομή μόνο για αυτόν τον λόγο.
- 1.2.28 Προσφέρετε στις έγκυες γυναίκες που έχουν συλλοίμωξη ηπατίτιδας C και ιού HIV, προγραμματισμένη καισαρική τομή, ώστε να μειώσετε τη μετάδοση του ιού της ηπατίτιδας C και του HIV από τη μητέρα στο νεογνό.

Ιός του απλού Έρπητα

- 1.2.29 Προσφέρετε στις γυναίκες με πρωτογενή λοίμωξη από τον ιό του απλού έρπητα των γεννητικών οργάνων (HSV) που εμφανίζεται στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, προγραμματισμένη καισαρική τομή για να μειώσετε τον κίνδυνο νεογνικής λοίμωξης από HSV.
- 1.2.30 Μην προσφέρετε συστηματικά σε έγκυες γυναίκες με υποτροπιάζουσα λοίμωξη HSV προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)

- 1.2.31 Μην χρησιμοποιείτε μόνο τον ΔΜΣ άνω των 50 kg/m² ως ένδειξη για τοκετό με προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Κοινή λήψη αποφάσεων

- 1.2.32 Ζητήστε συγκατάθεση για καισαρική τομή μόνο αφού παρέχετε στις έγκυες γυναίκες επιστημονικά τεκμηριωμένες πληροφορίες. Διασφαλίστε τον σεβασμό στην αξιοπρέπεια, στην ιδιωτική ζωή, στις απόψεις και στην κουλτούρα της γυναίκας, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την κλινική της κατάσταση.

1.2.33 Συμβουλευτέ τις γυναίκες ότι έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν την προσφορά θεραπείας, όπως η καισαρική τομή, ακόμη και όταν θα ωφελούσε την υγεία τους ή του μωρού τους.

1.2.34 Όταν μία γυναίκα αποφασίζει ή αρνείται την καισαρική τομή, καταγράψτε τους παράγοντες που είναι σημαντικοί για τη γυναίκα κατά τη λήψη της απόφασής της.

Επιλογή μητέρας για καισαρική τομή

1.2.35 Όταν μία γυναίκα ή άτομο που εγκυμονεί ζητά τοκετό με καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχει ιατρική ένδειξη για καισαρική τομή:

- προσφερθείτε να συζητήσετε και να διερευνήσετε τους λόγους για το αίτημα
- διασφαλίστε ότι έχουν αμερόληπτες και ακριβείς πληροφορίες
- προσφερθείτε να συζητήσετε εναλλακτικές επιλογές τρόπου τοκετού (για παράδειγμα, συνεχιζόμενη φροντίδα παρεχόμενη από μαίες/μαιευτές, όπου αυτή είναι διαθέσιμη, επιλογές ανακούφισης από τον πόνο), οι οποίες μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των ανησυχιών που έχουν σχετικά με τον τοκετό
- προσφέρετε συμβουλευτική συνάντηση με έμπειρη/ο μαία/μαιευτή, σε ένα προγραμματισμένο ραντεβού για να συζητηθούν οι επιλογές τοκετού
- προσφέρετε συζητήσεις με έμπειρο/η ιατρό μαιευτήρα και άλλα μέλη της ομάδας (για παράδειγμα, αναισθησιολόγο), εάν είναι απαραίτητο ή ζητηθεί από τη γυναίκα ή το άτομο που εγκυμονεί
- καταγράψτε τις συζητήσεις και τις αποφάσεις.

1.2.36 Εάν γυναίκα ή άτομο που εγκυμονεί ζητήσει καισαρική τομή, συζητήστε τα συνολικά οφέλη και τους κινδύνους της καισαρικής τομής, σε σύγκριση με τον κοιλιακό τοκετό (δείτε

την [ενότητα σχετικά με τον τρόπο προγραμματισμού του τοκετού](#)) και καταγράψτε ότι αυτή η συζήτηση έχει πραγματοποιηθεί.

- 1.2.37 Εάν γυναίκα ή άτομο που εγκυμονεί ζητήσει καισαρική τομή επειδή έχει τοκοφοβία ή άλλο σοβαρό άγχος σχετικά με τον τοκετό (για παράδειγμα, μετά από κακοποίηση ή προηγούμενο τραυματικό γεγονός), απευθυνθείτε σε επαγγελματία υγείας με εμπειρία στην παροχή περιγεννητικής υποστήριξης ψυχικής υγείας για να βοηθήσει με το άγχος της/του (εάν είναι διαθέσιμη αυτή η επιλογή)
- 1.2.38 Διασφαλίστε ότι οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν περιγεννητική υποστήριξη ψυχικής υγείας σε γυναίκες ή άτομα που εγκυμονούν με τοκοφοβία ή άλλο σοβαρό άγχος σχετικά με τον τοκετό, είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση στον προγραμματισμένο τόπο γέννησης με τη γυναίκα ή το άτομο που εγκυμονεί κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου, ως μέρος της υποστήριξης που προσφέρεται για να τις/τα βοηθήσει να ξεπεράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες σχετικά με τον τοκετό και τη γέννηση.
- 1.2.39 Εάν, μετά από τεκμηριωμένη συζήτηση σχετικά με τις επιλογές τοκετού (συμπεριλαμβανομένης της προσφοράς περιγεννητικής υποστήριξης ψυχικής υγείας, εάν χρειάζεται· βλέπε σύσταση 1.2.37), η γυναίκα ή το άτομο που εγκυμονεί ζητήσει καισαρική τομή, υποστηρίξτε την επιλογή τους.

Για μία σύντομη εξήγηση του γιατί η επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» στην παράγραφο για την επιλογή της μητέρας να υποβληθεί σε καισαρική τομή](#).

1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα επείγουσας καισαρικής τομής κατά τη διάρκεια της φροντίδας κατά τον τοκετό

Παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα γέννησης με καισαρική τομή

- 1.3.1 Ενημερώστε τις γυναίκες ότι η συνεχής υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού από άλλες γυναίκες, με ή χωρίς προηγούμενη εκπαίδευση, μειώνει την πιθανότητα τοκετού με καισαρική τομή.
- 1.3.2 Παρακολουθήστε την πρόοδο των γυναικών με αυτόματη έναρξη τοκετού μη επιπλεγμένης τελειόμηνης μονήρους κύησης για να μειώσετε την πιθανότητα τοκετού με καισαρική τομή.
- 1.3.3 Συμπεριλάβετε ιατρό μαιευτήρα στη λήψη αποφάσεων για τον τοκετό με καισαρική τομή.

Καμία επίδραση στην πιθανότητα γέννησης με καισαρική τομή

- 1.3.4 Ενημερώστε τις γυναίκες ότι οι ακόλουθες παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής φροντίδας δεν έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν την πιθανότητα τοκετού με καισαρική τομή, αν και μπορούν να επηρεάσουν άλλα αποτελέσματα:
- περπάτημα κατά τον τοκετό
 - μη ύπτια θέση κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού
 - βύθιση στο νερό κατά τη διάρκεια του τοκετού
 - επισκληρίδιος αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού
 - τσάι από φύλλα κόκκινου μούρου.

- 1.3.5 Ενημερώστε τις γυναίκες ότι η επίδραση στην πιθανότητα τοκετού με καισαρική τομή των συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού (όπως βελονισμός, αρωματοθεραπεία, ύπνωση, φυτικά προϊόντα, συμπληρώματα διατροφής, ομοιοπαθητικά φάρμακα και κινεζικά φάρμακα) είναι αμφίβολη.

Αργή εξέλιξη του τοκετού και της καισαρικής τομής

- 1.3.6 Ακολουθήστε τις συστάσεις του Παραρτήματος II, σε περίπτωση αργής εξέλιξης του τοκετού.

Κατανάλωση φαγητού κατά τη διάρκεια του τοκετού

- 1.3.7 Ενημερώστε τις γυναίκες ότι διατροφή χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες κατά τη διάρκεια του τοκετού (τοστ, κράκερ, τυρί χαμηλών λιπαρών) οδηγεί σε αύξηση του γαστρικού περιεχομένου, αλλά ο κίνδυνος εισρόφησης σε περίπτωση όπου απαιτείται αναισθησία είναι αμφίβολος.
- 1.3.8 Ενημερώστε τις γυναίκες ότι η κατανάλωση ισοτονικών ποτών κατά τη διάρκεια του τοκετού αποτρέπει την κέτωση, ενώ ταυτόχρονα δεν οδηγεί σε αύξηση του γαστρικού περιεχομένου.

1.4 Διαδικαστικές πτυχές της καισαρικής τομής

Χρόνος προγραμματισμένου τοκετού με καισαρική τομή

- 1.4.1 Μην πραγματοποιείτε συστηματικά (ως ρουτίνα) προγραμματισμένο τοκετό με καισαρική τομή πριν από τις 39

εβδομάδες, καθώς αυτό μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο αναπνευστικής νοσηρότητας στα νεογνά.

Ταξινόμηση του επείγοντος για τοκετό με καισαρική τομή

1.4.2 Χρησιμοποιήστε το ακόλουθο τυποποιημένο σχήμα για να καταγράψετε τον επείγοντα χαρακτήρα του τοκετού με καισαρική τομή και να βοηθήσετε στη σαφή επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας:

- Κατηγορία 1. Άμεση απειλή για τη ζωή της γυναίκας ή του εμβρύου (για παράδειγμα, υποψία ρήξης της μήτρας, μείζων αποκόλληση του πλακούντα, πρόπτωση του ομφάλιου λώρου, υποξία του εμβρύου ή επίμονη εμβρυϊκή βραδυκαρδία)
- Κατηγορία 2. Μητρική ή εμβρυϊκή δυσχέρεια που δεν είναι άμεσα απειλητική για τη ζωή
- Κατηγορία 3. Δεν υπάρχει δυσχέρεια μητέρας ή εμβρύου, αλλά υπάρχει ανάγκη πρόωρου τοκετού
- Κατηγορία 4. Προγραμματισμός τοκετού μετά από συζήτηση της γυναίκας με τον ιατρό μαιευτήρα.

Χρονικό διάστημα από την απόφαση έως τον τοκετό σε μη προγραμματισμένη και επείγουσα καισαρική τομή

Η καισαρική τομή κατηγορίας 1 αφορά περιπτώσεις άμεσης απειλής για τη ζωή της γυναίκας ή του εμβρύου και η καισαρική τομή κατηγορίας 2 αφορά περιπτώσεις όπου υπάρχει δυσχέρεια μητέρας ή εμβρύου που δεν είναι άμεσα απειλητική για τη ζωή.

1.4.3 Πραγματοποιήστε τοκετό με καισαρική τομή κατηγορίας 1 το συντομότερο δυνατό και στις περισσότερες περιπτώσεις εντός 30 λεπτών από τη λήψη της απόφασης.

1.4.4 Πραγματοποιήστε τοκετό με καισαρική τομή κατηγορίας 2 το συντομότερο δυνατό και στις περισσότερες περιπτώσεις εντός 75 λεπτών από τη λήψη της απόφασης.

- 1.4.5 Λάβετε υπόψη την κατάσταση της γυναίκας και του εμβρύου κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον επείγοντα τοκετό. Λάβετε υπόψη ότι ο επείγων τοκετός μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να είναι επιβλαβής.

Προεγχειρητικός έλεγχος και προετοιμασία για καισαρική τομή

- 1.4.6 Πριν από τη γέννηση με καισαρική τομή, πραγματοποιήστε γενική εξέταση αίματος για ανίχνευση τυχόν αναιμίας, έλεγχο αντισωμάτων και καθορισμό ομάδας αίματος. Βεβαιωθείτε ότι το δείγμα αίματος θα φυλαχθεί στην τράπεζα αίματος για άμεση διαθεσιμότητα.
- 1.4.7 Μην κάνετε συστηματικά τις ακόλουθες εξετάσεις ως ρουτίνα πριν τον τοκετό με καισαρική τομή:

- διασταύρωση αίματος
- προσδιορισμό παραγόντων πήξης
- προεγχειρητικό υπερηχογράφημα για εντοπισμό του πλακούντα.

- 1.4.8 Εάν ο αναμενόμενος χρόνος διακομιδής, η αιμοδυναμική σταθερότητα της εγκύου και η γενική κατάσταση του εμβρύου το επιτρέπουν, πραγματοποιήστε καισαρική τομή σε έγκυες γυναίκες με αιμορραγία πριν από τον τοκετό, αποκόλληση ή προδρομικό πλακούντα, σε μαιευτική μονάδα με επιτόπιες υπηρεσίες μετάγγισης αίματος, αφού διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο απώλειας αίματος άνω των 1.000 ml.

- 1.4.9 Τοποθετήστε ουροκαθετήρα στις γυναίκες που θα υποβληθούν σε καισαρική τομή με περιοχική αναισθησία για να αποφευχθεί η υπερβολική διάταση της ουροδόχου κύστης.

Αναισθησία για γέννηση με καισαρική τομή

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- 1.4.10 Παρέχετε πληροφορίες σχετικά με τους διάφορους τύπους αναλγησίας μετά από καισαρική τομή στις εγκύους που γεννούν με καισαρική τομή, ώστε να μπορούν να κάνουν τεκμηριωμένη επιλογή (παρακαλώ δείτε [σύσταση 1.6.9](#)).
- 1.4.11 Προσφέρετε κατά προτίμηση περιοχική αναισθησία αντί της γενικής αναισθησίας στις γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή, συμπεριλαμβανομένων των γυναικών που έχουν διάγνωση προδρομικού πλακούντα.
- 1.4.12 Πραγματοποιήστε εισαγωγή στην αναισθησία, συμπεριλαμβανομένης της περιοχικής αναισθησίας για καισαρική τομή εντός του χειρουργείου.
- 1.4.13 Εφαρμόστε αριστερή πλάγια θέση έως 15 μοίρες ή κατάλληλη μετατόπιση της μήτρας μόλις η γυναίκα τοποθετηθεί σε ύπτια θέση στο χειρουργικό τραπέζι, ώστε να μειώσετε τη μητρική υπόταση.
- 1.4.14 Προσφέρετε στις γυναίκες που υποβάλλονται σε τοκετό με καισαρική τομή υπό ραχιαία αναισθησία μία προφυλακτική ενδοφλέβια έγχυση φαινυλεφρίνης, που να ξεκινά αμέσως μετά την ραχιαία παρακέντηση. Προσαρμόστε τον ρυθμό έγχυσης για να διατηρήσετε την αρτηριακή πίεση της μητέρας στο 90% ή περισσότερο της αρχικής τιμής και αποφύγετε μειώσεις σε λιγότερο από 80% της αρχικής τιμής.
- 1.4.15 Όταν χρησιμοποιείτε έγχυση φαινυλεφρίνης, χορηγήστε μια εφάπαξ δόση ενδοφλέβιας εφεδρίνης για τη διαχείριση της υπότασης κατά τη γέννηση με καισαρική τομή - για παράδειγμα, εάν ο καρδιακός ρυθμός είναι χαμηλός και η αρτηριακή πίεση είναι μικρότερη από 90% της αρχικής τιμής.
- 1.4.16 Χρησιμοποιήστε ενδοφλέβια φόρτιση κρυσταλλοειδών επιπρόσθετα των αγγειοσυσπαστικών για να μειώσετε τον

κίνδυνο εμφάνισης υπότασης κατά τον τοκετό με καισαρική τομή.

1.4.17 Βεβαιωθείτε ότι κάθε μαιευτική μονάδα έχει πρωτόκολλο για αποτυχημένη διασωλήνωση κατά τη διάρκεια της μαιευτικής αναισθησίας.

1.4.18 Προσφέρετε στις γυναίκες αντιόξινα και φάρμακα (όπως ανταγωνιστές H₂-υποδοχέων ή αναστολείς αντλίας πρωτονίων) για τη μείωση του γαστρικού όγκου και της οξύτητας πριν από τον τοκετό με καισαρική τομή

Τον Δεκέμβριο του 2024, αυτή ήταν μία «εκτός προβλεπόμενης χρήσης» (off label) χρήση των αναστολέων αντλίας πρωτονίων.

1.4.19 Προσφέρετε στις γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή αντιεμετικά (είτε φαρμακολογικά ή με εφαρμογή πίεσης στο σημείο P6) για τη μείωση της ναυτίας και του εμέτου κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής.

1.4.20 Ενημερώστε τη γυναίκα ότι μπορεί να καταναλώνει υγρά κατά τη διάρκεια του τοκετού όταν διψάει, αλλά δεν υπάρχει όφελος να πίνει περισσότερο από το κανονικό. Τα ισοτονικά ποτά μπορεί να είναι πιο ευεργετικά από το νερό.

1.4.21 Ενημερώστε τη γυναίκα ότι μπορεί να ακολουθήσει μία ελαφριά διατροφή κατά τη διάρκεια του ενεργού σταδίου του τοκετού, εκτός εάν έχει λάβει οπιοειδή ή αναπτύξει παράγοντες κινδύνου που καθιστούν πιο πιθανό τον τοκετό με καισαρική τομή.

1.4.22 Συμπεριλάβετε προ-οξυγόνωση, κρικοειδική πίεση και την τεχνική της ταχείας εισαγωγής στη γενική αναισθησία για

τοκετό με καισαρική τομή, ώστε να μειώσετε τον κίνδυνο εισρόφησης.

Πρόληψη και διαχείριση υποθερμίας και ρίγους

- 1.4.23 Θερμάνετε ενδοφλέβια υγρά (500 ml ή περισσότερο) και προϊόντα αίματος που χρησιμοποιούνται κατά τον τοκετό με καισαρική τομή έως 37 βαθμούς Κελσίου με τη χρήση συσκευής θέρμανσης υγρών.
- 1.4.24 Θερμάνετε όλα τα διαλύματα έκπλυσης που χρησιμοποιούνται κατά τον τοκετό με καισαρική τομή στους 38 έως 40 βαθμούς Κελσίου σε θερμοστατικά ελεγχόμενο θάλαμο.
- 1.4.25 Εξετάστε τη χρήση θερμικής κουβέρτας για τις γυναίκες που έχουν ρίγος, αισθάνονται κρύο ή έχουν θερμοκρασία χαμηλότερη από 36 βαθμούς Κελσίου κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» στην πρόληψη και διαχείριση υποθερμίας και ρίγους](#).

Χειρουργικές τεχνικές για τον τοκετό με καισαρική τομή

Μέθοδοι μείωσης της οφειλόμενης σε λοιμώξεις νοσηρότητας

- 1.4.26 Χρησιμοποιήστε αλκοολούχο παρασκεύασμα χλωρεξιδίνης στο δέρμα πριν από τον τοκετό με καισαρική τομή για να μειώσετε τον κίνδυνο λοιμώξεων χειρουργικού τραύματος. Εάν η χλωρεξιδίνη αντενδείκνυται, χρησιμοποιήστε διαλύματα με βάση το ιώδιο.
- 1.4.27 Χρησιμοποιήστε υδατικό κολπικό παρασκεύασμα ποβιδόνης-ιωδίου πριν από τη γέννηση με καισαρική τομή σε γυναίκες με

ρήξη μεμβρανών για να μειώσετε τον κίνδυνο ενδομητρίτιδας. Εάν το υδατικό κολλικό παρασκεύασμα ποβιδόνης-ιωδίου δεν είναι διαθέσιμο ή αντενδείκνυται, μπορεί να χρησιμοποιηθεί υδατικό κολλικό παρασκεύασμα χλωρεξιδίνης.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τις μεθόδους μείωσης της λοιμώδους νοσηρότητας και της φροντίδας πληγής μετά από καισαρική τομή.](#)

Μέθοδοι πρόληψης της μετάδοσης του HIV εντός του χειρουργείου

- 1.4.28 Φορέστε διπλά γάντια όταν διενεργείτε ή βοηθάτε σε καισαρική τομή σε γυναίκες που έχουν βρεθεί θετικές στον HIV, ώστε να μειώσετε τον κίνδυνο μόλυνσης του προσωπικού από τον ιό.
- 1.4.29 Ακολουθήστε τις γενικές συστάσεις για ασφαλή χειρουργική πρακτική κατά τη διάρκεια του τοκετού με καισαρική τομή για να μειώσετε τον κίνδυνο μόλυνσης του προσωπικού από τον HIV.

Τομή κοιλιακού τοιχώματος

- 1.4.30 Πραγματοποιήστε καισαρική τομή χρησιμοποιώντας μία χαμηλή, εγκάρσια, ευθεία τομή του δέρματος, με επακόλουθη αμβλεία διάνοιξη των στρωμάτων των ιστών και, εάν είναι απαραίτητο, επέκταση διάνοιξης με τη χρήση αιχμηρών χειρουργικών εργαλείων. Αυτό μπορεί να χρειαστεί να τροποποιηθεί με υψηλότερη τομή για γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν και με παχυσαρκία κατηγορίας 3 (ΔΜΣ 40 kg/m² ή περισσότερο). Μία κάθετη τομή μέσης γραμμής μπορεί να απαιτείται υπό ορισμένες κλινικές ενδείξεις.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή έκανε τη σύσταση και πώς θα μπορούσε να επηρεάσει την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και Επιπτώσεις» σχετικά με την τεχνική χειρουργικής τομής](#).

Εργαλεία για τομή δέρματος

- 1.4.31 Μην χρησιμοποιείτε ξεχωριστά χειρουργικά νυστέρια για να διανοίξετε το δέρμα και τους βαθύτερους ιστούς κατά τον τοκετό με καισαρική τομή, καθώς δεν μειώνει τη μόλυνση του τραύματος.

Επέκταση της τομής της μήτρας

- 1.4.32 Όταν υπάρχει ένα καλά διαμορφωμένο κατώτερο τμήμα της μήτρας, αντί επέκτασης με χρήση αιχμηρών χειρουργικών εργαλείων, χρησιμοποιήστε αμβλεία επέκταση της τομής της μήτρας για να μειώσετε την απώλεια αίματος, τα περιστατικά αιμορραγίας μετά τον τοκετό και την ανάγκη μετάγγισης κατά τον τοκετό με καισαρική τομή.

Εμβρυικό τραύμα

- 1.4.33 Ενημερώστε τις γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή ότι ο κίνδυνος εμβρυϊκών τραυματισμών είναι περίπου 2%.

Χρήση εμβρυουλκού ή βεντούζας

- 1.4.34 Χρησιμοποιήστε εμβρυουλκό ή βεντούζα κατά την καισαρική τομή μόνο εάν υπάρχει δυσκολία στη γέννηση της κεφαλής του νεογνού. Η επίδραση της συστηματικής χρήσης εμβρυουλκού κατά τον τοκετό με καισαρική τομή στη νεογνική νοσηρότητα παραμένει αβέβαιη.

Χρήση μητροσυσπαστικών φαρμάκων

- 1.4.35 Χρησιμοποιήστε έως και 5 International Units ωκυτοκίνης με αργή ενδοφλέβια έγχυση κατά τον τοκετό με καισαρική τομή για να ενθαρρύνετε τη σύσπαση της μήτρας και να μειώσετε την απώλεια αίματος.

Μέθοδος αφαίρεσης πλακούντα

- 1.4.36 Αφαιρέστε τον πλακούντα κατά τη γέννηση με καισαρική τομή χρησιμοποιώντας ελεγχόμενη έλξη ομφάλιου λώρου και όχι χειροκίνητη αφαίρεση για να μειώσετε τον κίνδυνο ενδομητρίτιδας.

Εξωτερίκευση της μήτρας

- 1.4.37 Πραγματοποιήστε ενδοπεριτοναϊκή συρραφή της μήτρας για καισαρική τομή. Η εξωτερίκευση της μήτρας δεν συνιστάται ως μέθοδος ρουτίνας, καθώς σχετίζεται με περισσότερο πόνο και δεν βελτιώνει χειρουργικές εκβάσεις, όπως αιμορραγία και λοίμωξη.

Συρραφή της μήτρας

- 1.4.38 Χρησιμοποιήστε συρραφή μήτρας σε ένα ή δύο στρώματα κατά τον τοκετό με καισαρική τομή, ανάλογα με τις κλινικές συνθήκες. Σημειώστε ότι η συρραφή σε ένα στρώμα δεν αυξάνει τον κίνδυνο μετεγχειρητικής αιμορραγίας ή ρήξης της μήτρας σε επόμενη εγκυμοσύνη.

Για μία σύντομη εξήγηση του γιατί η επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για το κλείσιμο της μήτρας](#).

Συρραφή περιτοναίου

- 1.4.39 Εξετάστε το ενδεχόμενο συρραφής του σπλαχνικού ή τοιχωματικού περιτοναίου κατά τον τοκετό με καισαρική τομή, καθώς σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο σχηματισμού

συμφύσεων, αν και μπορεί να αυξήσει τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και την ανάγκη για μετεγχειρητική αναλγησία, καθώς και να επηρεάσει την ικανοποίηση της μητέρας.

Σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος

- 1.4.40 Εάν έχει διενεργηθεί τομή μέσης γραμμής σε καισαρική τομή, χρησιμοποιήστε σύγκλειση με βραδέως απορροφήσιμα ράμματα και συνεχή ραφή, καθώς αυτό έχει ως αποτέλεσμα λιγότερες μετεγχειρητικές κοιλιοκήλες και λιγότερη διάσπαση χειρουργικού τραύματος, συγκριτικά με τη σύγκλειση κατά στρώματα.

Συρραφή του υποδόριου ιστού

- 1.4.41 Μην διενεργείτε συστηματικά συρραφή του υποδόριου ιστού κατά τον τοκετό με καισαρική τομή ως μέθοδο ρουτίνας, εκτός εάν η γυναίκα έχει περισσότερο από 2 cm υποδόριο λίπος, καθώς δεν μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης χειρουργικού τραύματος.

Χρήση παροχτετευτικών σωλήνων του χειρουργικού τραύματος

- 1.4.42 Μην χρησιμοποιείτε παροχτετευτικούς σωλήνες του χειρουργικού τραύματος κατά τον τοκετό με καισαρική τομή ως μέθοδο ρουτίνας, καθώς δεν μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης λοίμωξης ή αιματώματος χειρουργικού τραύματος. Παρακαλώ δείτε τη [σύσταση 1.7.2](#) σχετικά με τη χρήση συσκευών αρνητικής πίεσης για το χειρουργικό τραύμα.

Συρραφή του δέρματος

- 1.4.43 Εξετάστε το ενδεχόμενο να χρησιμοποιήσετε ράμματα αντί για χειρουργικούς συνδετήρες για να συρράψετε το δέρμα

μετά από καισαρική τομή, ώστε να μειώσετε τον κίνδυνο επιπολής διάσπασης του χειρουργικού τραύματος.

Μέτρηση pH ομφαλικής αρτηρίας

1.4.44 Διενεργήστε ταυτόχρονες μετρήσεις αερίων αίματος σε δείγματα ομφαλικής αρτηρίας και φλέβας ομφαλοπλακουντιακού αίματος μετά από καισαρική τομή σε υποψία εμβρυϊκής δυσχέρειας, ώστε να επιτρέψετε την αξιολόγηση της σωματικής ακεραιότητας του εμβρύου και να καθοδηγήσετε τη συνεχιζόμενη φροντίδα του νεογνού.

Χρόνος χορήγησης αντιμικροβιακής αγωγής

1.4.45 Προσφέρετε στις γυναίκες προφυλακτική αντιμικροβιακή αγωγή πριν από την τομή του δέρματος για καισαρική τομή, επιλέγοντας αντιβιοτικά που είναι αποτελεσματικά κατά της ενδομητρίτιδας, των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος και των χειρουργικών τραυμάτων.

1.4.46 Ενημερώστε τις γυναίκες ότι:

- η ενδομητρίτιδα, οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος και των χειρουργικών τραυμάτων εμφανίζονται σε περίπου 8% των γυναικών που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή
- η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών, πριν από την τομή του δέρματος, μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης στη μητέρα περισσότερο, σε σχέση με την προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών μετά από την τομή του δέρματος και δεν υπάρχει γνωστή επίδραση στο νεογνό.

1.4.47 Μην χρησιμοποιείτε συνδυασμό κλαβουλανικού οξέος και αμοξικιλίνης (co-amoxiclav), όταν χορηγείτε προφυλακτικά αντιβιοτικά πριν από την τομή του δέρματος για καισαρική τομή.

Θρομβοπροφύλαξη για γέννηση με καισαρική τομή

- 1.4.48 Προσφέρετε θρομβοπροφύλαξη σε γυναίκες που γεννούν με καισαρική τομή. Λάβετε υπόψη τον κίνδυνο θρομβοεμβολικής νόσου (χρησιμοποιώντας κατάλληλο σύστημα βαθμολόγησης θρομβοεμβολικού κινδύνου) κατά την επιλογή της μεθόδου προφύλαξης (για παράδειγμα, κάλτσες διαβαθμισμένης πίεσης, ενυδάτωση, έγκαιρη κινητοποίηση, ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους).

Οι προτιμήσεις των γυναικών κατά τη γέννηση με καισαρική τομή

- 1.4.49 Εξυπηρετήστε τις προτιμήσεις της γυναίκας, όσον αφορά στον τοκετό με καισαρική τομή, όποτε είναι δυνατόν, όπως με ακρόαση μουσικής στο χειρουργείο, χαμήλωμα της διαχωριστικής κουρτίνας για να δει τη γέννηση του μωρού ή ησυχία, ώστε η φωνή της μητέρας να είναι η πρώτη που θα ακούσει το μωρό.

1.5 Φροντίδα του μωρού που γεννήθηκε με καισαρική τομή

Παρουσία παιδίατρου κατά τη γέννηση με καισαρική τομή

- 1.5.1 Βεβαιωθείτε ότι ένας/μία κατάλληλα εκπαιδευμένος/η παιδίατρος με ικανότητα στην ανάνηψη των νεογνών είναι παρών/ούσα για τον τοκετό με καισαρική τομή.
- 1.5.2 Ενημερώστε καταλλήλως τη μητέρα ή τον πατέρα για οποιαδήποτε ιατρική επιπλοκή ή ανάγκη σε σχέση με τη φροντίδα του νεογνού, για παράδειγμα, ανάγκη χρήσης θερμοκοιτίδας, χορήγησης οξυγόνου κτλ.

Φροντίδα θερμοκρασίας για νεογνά που γεννιούνται με καισαρική τομή

- 1.5.3 Καθώς τα νεογνά που γεννιούνται με καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλότερη θερμοκρασία, βεβαιωθείτε ότι η φροντίδα της θερμοκρασίας συνάδει με τις βέλτιστες πρακτικές για τη φροντίδα θερμοκρασίας των νεογνών.

Μητρική επαφή (δέρμα-με-δέρμα)

- 1.5.4 Προσφέρετε και διευκολύνετε την άμεση επαφή δέρμα με δέρμα μεταξύ της γυναίκας και του μωρού της.

Μητρικός θηλασμός

- 1.5.5 Προσφέρετε υποστήριξη στις γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή και επιθυμούν να θηλάσουν, ώστε να τις βοηθήσετε να ξεκινήσουν τον θηλασμό το συντομότερο δυνατό μετά τη γέννηση του μωρού τους.

1.6 Φροντίδα της γυναίκας μετά από καισαρική τομή

Εισαγωγή σε μονάδα αυξημένης φροντίδας/μονάδα εντατικής θεραπείας

- 1.6.1 Πρέπει να γνωρίζετε ότι, αν και είναι σπάνιο οι γυναίκες να χρειαστούν εντατική φροντίδα μετά τον τοκετό, αυτό μπορεί να συμβεί μετά από τοκετό με καισαρική τομή.

Παρακολούθηση μετά από καισαρική τομή

Μετά από γενική αναισθησία

- 1.6.2 Μετά από καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία, ένας/μία επαγγελματίας υγείας με δεξιότητες διαχείρισης του αεραγωγού, θα πρέπει να παρακολουθεί συνεχώς και ατομικά τη γυναίκα μέχρι:

- Να έχει ανακτήσει τον έλεγχο του αεραγωγού **και**
- Να είναι αιμοδυναμικά σταθερή **και**
- Να είναι σε θέση να επικοινωνεί.

- 1.6.3 Όταν μία γυναίκα έχει ανακτήσει τον έλεγχο του αεραγωγού, είναι αιμοδυναμικά σταθερή και είναι σε θέση να

επικοινωνήσει μετά από καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία:

- Συνεχίστε την παρακολούθηση (κορεσμός οξυγόνου, αναπνευστικός ρυθμός, καρδιακός ρυθμός, αρτηριακή πίεση, θερμοκρασία, πόνος και καταστολή) κάθε μισή ώρα για 2 ώρες
- Μετά από 2 ώρες, εάν αυτές οι μετρήσεις είναι σταθερές, πραγματοποιήστε παρακολούθηση ρουτίνας, σύμφωνα με την τοπική πρακτική
- Εάν αυτές οι μετρήσεις δεν είναι σταθερές ή η γυναίκα έχει άλλους παράγοντες κινδύνου ή επιπλοκές (για παράδειγμα, σοβαρή υπέρταση ή σημεία λοίμωξης ή σηψαιμίας), θα πρέπει να πραγματοποιηθεί ιατρική εκτίμηση και να αυξηθεί η διάρκεια και η συχνότητα των παρακολουθήσεων.

Δείτε επίσης τη σύσταση 1.6.6 σχετικά με τη χρήση παλμικών οξυμέτρων για άτομα με σκούρο δέρμα.

Μετά από ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία

1.6.4 Μετά από καισαρική τομή υπό ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία, ένας/μία επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να πραγματοποιεί συνεχή ατομική παρακολούθηση της γυναίκας ή του ατόμου που έχει γεννήσει, έως ότου σταθεροποιηθεί αιμοδυναμικά (για παράδειγμα, όταν ο σφυγμός και η αρτηριακή πίεση έχουν επιστρέψει στις αρχικές τιμές).

1.6.5 Για γυναίκες ή άτομα που είχαν λάβει ραχιαία ή επισκληρίδιο χορήγηση μορφίνης για καισαρική τομή και έχουν γνωστούς παράγοντες κινδύνου για αναπνευστική καταστολή:

- πραγματοποιήστε ωριαία παρακολούθηση του κορεσμού οξυγόνου, του αναπνευστικού ρυθμού και της καταστολής για τουλάχιστον 12 ώρες μετά τον τοκετό και **στη συνέχεια**

- συνεχίστε την παρακολούθηση ρουτίνας μετά τον τοκετό, σύμφωνα με τα τοπικά πρωτόκολλα.

1.6.6 Λάβετε υπόψη ότι ορισμένα παλμικά οξύμετρα μπορεί να υποεκτιμήσουν ή να υπερεκτιμήσουν τα επίπεδα κορεσμού οξυγόνου, ειδικά εάν το επίπεδο κορεσμού είναι οριακό. Έχει αναφερθεί υπερεκτίμηση σε άτομα με σκούρο δέρμα, συνεπώς η υποξαιμία πιθανόν να μην ανιχνευθεί. Επομένως, μπορεί να χρειαστεί ιδιαίτερη προσοχή στην παρακολούθηση του αναπνευστικού ρυθμού και του βαθμού καταστολής για την ανίχνευση της καταστολής της αναπνευστικής λειτουργίας.

Πρόσθετες πληροφορίες, σχετικά με τη χρήση οξυμέτρων και τον κίνδυνο βλάβης από την ακατάλληλη τοποθέτηση παλμικού οξυμέτρου, είναι διαθέσιμες στο Παράρτημα III.

1.6.7 Για γυναίκες ή άτομα που έχουν λάβει ραχιαία ή επισκληρίδιο χορήγηση μορφίνης για καισαρική τομή και έχουν γνωστούς παράγοντες κινδύνου για αναπνευστική καταστολή:

- πραγματοποιήστε ωριαία παρακολούθηση του κορεσμού οξυγόνου, του αναπνευστικού ρυθμού και της καταστολής, για τουλάχιστον 12 ώρες μετά τον τοκετό **και κατόπιν**
- συνεχίστε με παρακολούθηση ρουτίνας μετά τον τοκετό, σύμφωνα με την τοπική πρακτική, εκτός εάν η κλινική αξιολόγηση προκαλεί ανησυχίες, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας παρατεταμένων επιδράσεων της μορφίνης, πράγμα που σημαίνει ότι απαιτείται συνεχής παρακολούθηση της αναπνευστικής κατάστασης.

1.6.8 Σε γυναίκες ή άτομα που έχουν λάβει ραχιαία ή επισκληρίδιο χορήγηση μορφίνης για καισαρική τομή και τα οποία δεν έχουν γνωστούς παράγοντες κινδύνου για αναπνευστική

καταστολή, να διενεργούνται παρακολουθήσεις ρουτίνας μετά τον τοκετό, σύμφωνα με την τοπική πρακτική, εκτός εάν η κλινική αξιολόγηση προκαλεί ανησυχίες, συμπεριλαμβανομένης της πιθανότητας παρατεταμένων επιδράσεων της μορφίνης, γεγονός που σημαίνει ότι απαιτείται πρόσθετη παρακολούθηση της αναπνευστικής κατάστασης.

Για μία σύντομη εξήγηση του γιατί η επιτροπή έκανε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για την παρακολούθηση μετά από καισαρική τομή](#).

Διαχείριση πόνου μετά από καισαρική τομή

- 1.6.9 Προσφέρετε ραχιαία χορήγηση μορφίνης χωρίς συντηρητικά (έως 300 μικρογραμμάρια) για να μειώσετε την ανάγκη για συμπληρωματική αναλγησία μετά από καισαρική τομή. Χρησιμοποιήστε επισκληρίδιο μορφίνη χωρίς συντηρητικά (έως 3 mg) ως εναλλακτική λύση σε περίπτωση που δεν έχει χορηγηθεί μορφίνη ραχιαία.
- 1.6.10 Εναλλακτικά, προσφέρετε ραχιαία χορήγηση μορφίνης χωρίς συντηρητικά (έως 100 μικρογραμμάρια) και ραχιαία χορήγηση φαιντανύλης (έως 15 μικρογραμμάρια). Χρησιμοποιήστε επισκληρίδιο μορφίνη χωρίς συντηρητικά (έως 3 mg) ως εναλλακτική λύση σε περίπτωση που δεν έχει χορηγηθεί μορφίνη ραχιαία.

Λάβετε υπόψη ότι η μορφίνη που χορηγείται σε νευροαξονικούς αποκλεισμούς αυξάνει τον κίνδυνο ναυτίας,

εμέτου και κνησμού και ότι αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να χρειαστούν θεραπεία.

Τον Δεκέμβριο του 2024, αυτή ήταν μία «εκτός ενδείξεων» (off label) χρήση της ραχιαίας χορήγησης φαιντανύλης.

1.6.11 Όταν χρησιμοποιείτε μορφίνη για νευροαξονικό αποκλεισμό, βεβαιωθείτε ότι:

- χρησιμοποιείται μόνο μορφίνη χωρίς συντηρητικά
- η μορφίνη που περιέχει συντηρητικά και η μορφίνη που δεν περιέχει συντηρητικά αποθηκεύονται χωριστά
- σε περιβάλλοντα όπου διατηρούνται και οι δύο τύποι έγχυσης μορφίνης, η μορφίνη που περιέχει συντηρητικά προσδιορίζεται σαφώς ως «μη προοριζόμενη για νευροαξονικό αποκλεισμό».

1.6.12 Εξετάστε τη δυνατότητα εφάπαξ έγχυσης τοπικού αναισθητικού στο χειρουργικό τραύμα, συνεχούς έγχυσης τοπικού αναισθητικού στην περιοχή του χειρουργικού τραύματος, ή/ και αποκλεισμών στρωμάτων του κοιλιακού τοιχώματος, όπως ο αποκλεισμός του εγκάρσιου κοιλιακού μυός (transversus abdominis plane block) ή ο αποκλεισμός του τετράγωνου οσφυϊκού μυός (quadratus lumborum block), εάν δεν έχει χορηγηθεί οπιοειδές ραχιαία.

1.6.13 Συζητήστε τις επιλογές για την ανακούφιση από τον πόνο μετά από καισαρική τομή με τις γυναίκες και εξηγήστε ότι:

- ο πόνος μετά από καισαρική τομή μπορεί να ελεγχθεί χρησιμοποιώντας από του στόματος ή ενέσιμα φάρμακα
- η επιλογή των φαρμάκων ανακούφισης από τον πόνο μετά τον τοκετό με καισαρική τομή θα εξαρτηθεί από:

– τη σοβαρότητα του πόνου

- το αν υποβλήθηκαν σε ραχιαία, επισκληρίδιο αναισθησία ή γενική αναισθησία
- εάν επιθυμούν να θηλάσουν, συνήθως θα είναι σε θέση να το κάνουν και να φροντίσουν το μωρό τους, ενώ λαμβάνουν φάρμακα ανακούφισης από τον πόνο.

1.6.14 Προσφέρετε από του στόματος θειϊκή μορφίνη σε γυναίκες που έχουν λάβει ραχιαία ή επισκληρίδιο αναισθησία για καισαρική τομή. Εάν η γυναίκα δεν μπορεί να πάρει από του στόματος φαρμακευτική αγωγή (για παράδειγμα, λόγω ναυτίας ή εμέτου), προσφέρετε μορφίνη ενδοφλέβια, ενδομυϊκά ή υποδόρια.

1.6.15 Εξετάστε το ενδεχόμενο ενδοφλέβιας αναλγησίας ελεγχόμενης από την ασθενή (patient controlled analgesia - PCA) χρησιμοποιώντας μορφίνη για γυναίκες και άτομα που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή και έχουν υποβληθεί σε γενική αναισθησία. Εάν η ενδοφλέβια PCA δεν είναι αποδεκτή από τη γυναίκα ή το άτομο που έχει γεννήσει ή ο πόνος είναι λιγότερο έντονος, εξετάστε το ενδεχόμενο θειϊκής μορφίνης από του στόματος.

1.6.16 Βεβαιωθείτε ότι οι γυναίκες και τα άτομα που χρησιμοποιούν PCA με οπιοειδή μετά από καισαρική τομή έχουν συστηματική ωριαία παρακολούθηση του κορεσμού οξυγόνου, του αναπνευστικού ρυθμού, της καταστολής και των σκορ αξιολόγησης του πόνου καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπείας και για τουλάχιστον 2 ώρες μετά τη διακοπή της θεραπείας.

1.6.17 Χρησιμοποιήστε συνδυασμό παρακεταμόλης και, εκτός εάν αντενδείκνυται, ενός μη στεροειδούς αντιφλεγμονώδους φαρμάκου (για παράδειγμα, ιβουπροφαίνη) μετά από καισαρική τομή, ώστε να μειώσετε την ανάγκη για οπιοειδή και

να επιτρέψετε τον περιορισμό και τη διακοπή τους όσο το δυνατόν νωρίτερα.

- 1.6.18 Εάν η παρακεταμόλη δεν παρέχει επαρκή ανακούφιση από τον πόνο μετά από τοκετό με καισαρική τομή ή δεν μπορούν να ληφθούν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, εξετάστε το ενδεχόμενο προσθήκης διυδροκωδεΐνης στην παρακεταμόλη ή αλλαγής σε co-dydramol (παρασκευή συνδυασμού παρακεταμόλης και διυδροκωδεΐνης) ως εναλλακτική λύση στην παρακεταμόλη.
- 1.6.19 Μην προσφέρετε co-codamol (συνδυασμό παρακεταμόλης και κωδεΐνης) σε γυναίκες που θηλάζουν, επειδή αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καταστολή του νεογνού και της αναπνευστικής του λειτουργίας. Λάβετε υπόψη τυχόν αντενδείξεις για κάθε φάρμακο και ακολουθήστε τις οδηγίες από το [Μητρώο Φαρμακευτικών Προϊόντων Κύπρου](#) και το [Μητρώο Ιατρικών Προϊόντων της Ευρωπαϊκής Ένωσης](#).
- 1.6.20 Όταν χρησιμοποιείτε παρακεταμόλη, διυδροκωδεΐνη, co-dydramol (συνδυασμός παρακεταμόλης και διυδροκωδεΐνης) ή ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο μετά από καισαρική τομή, συνταγογραφήστε τα ώστε να λαμβάνονται συστηματικά και όχι μόνο όταν χρειάζεται για ανακούφιση από τον πόνο.
- 1.6.21 Για γυναίκες με έντονο πόνο μετά από καισαρική τομή, όταν δεν είναι επαρκής άλλη ανακούφιση από τον πόνο:
- διενεργήστε πλήρη αξιολόγηση για να αποκλείσετε άλλες αιτίες που ευθύνονται για τον πόνο (για παράδειγμα, σήψη, αιμορραγία, επίσχεση ούρων)
 - συζητήστε με τη γυναίκα ότι είναι διαθέσιμα ισχυρότερα φάρμακα ανακούφισης από τον πόνο

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- βεβαιωθείτε ότι η γυναίκα γνωρίζει ότι, εάν ληφθούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού αυτά τα φάρμακα, θα μπορούσαν να αυξήσουν τον κίνδυνο καταστολής του νεογνού και της αναπνευστικής του λειτουργίας.

Αν η γυναίκα επιλέξει να λάβει ισχυρότερα φάρμακα, εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης μίας σύντομης διάρκειας αγωγής με τραμαδόλη ή οξυκωδόνη στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση.

- 1.6.22 Σε γυναίκες που θηλάζουν, χρησιμοποιήστε οπιοειδή αναλγητικά (για παράδειγμα, μορφίνη, διυδροκωδεΐνη, τραμαδόλη ή οξυκωδόνη) στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση και για τη μικρότερη διάρκεια και όχι για περισσότερο από 3 ημέρες χωρίς στενή παρακολούθηση.
- 1.6.23 Εάν, μετά από καισαρική τομή, μία γυναίκα πάρει εξιτήριο με συνταγογράφηση για οπιοειδή στο σπίτι, συμβουλευστε τη να επικοινωνήσει με τον/την πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (μαιευτήρα ή παιδίατρο), εάν ανησυχεί για το μωρό της (για παράδειγμα λόγω υπνηλίας, αναπνευστικών δυσκολιών, δυσκοιλιότητας ή δυσκολίας στη σίτιση).
- 1.6.24 Εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης υπακτικών σε γυναίκες που λαμβάνουν οπιοειδή, για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας.
- 1.6.25 Εξετάστε το ενδεχόμενο χορήγησης αντιεμετικών σε γυναίκες που λαμβάνουν οπιοειδή, εάν χρειάζεται για τη ναυτία και τον έμετο.
- 1.6.26 Συμβουλευστε τις γυναίκες ότι ορισμένα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα περιέχουν κωδεΐνη και δεν πρέπει να λαμβάνονται κατά τη διάρκεια του θηλασμού,

επειδή αυτό μπορεί να οδηγήσει σε καταστολή του νεογνού και της αναπνευστικής του λειτουργίας.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Αιτιολόγηση και επιπτώσεις» στη διαχείριση του πόνου μετά από καισαρική τομή](#).

Πρώιμη κατανάλωση φαγητού και ροφημάτων μετά την καισαρική τομή

- 1.6.27 Εάν οι γυναίκες αναρρώνουν καλά μετά από την καισαρική τομή και δεν έχουν επιπλοκές, μπορούν να τρώνε και να πίνουν κανονικά.

Αφαίρεση ουροκαθετήρα μετά από καισαρική τομή

- 1.6.28 Προσφέρετε αφαίρεση του καθετήρα της ουροδόχου κύστης μόλις μία γυναίκα μετακινηθεί μετά από περιοχική αναισθησία για καισαρική τομή, αλλά όχι νωρίτερα από 12 ώρες μετά την τελευταία συμπληρωματική δόση.

Αναπνευστική φυσικοθεραπεία μετά από καισαρική τομή

- 1.6.29 Μην προσφέρετε φυσικοθεραπεία αναπνευστικού συστήματος σε γυναίκες μετά από καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία ως μέθοδο ρουτίνας, καθώς δεν βελτιώνει τα αποτελέσματα από το αναπνευστικό (για παράδειγμα, βήχα, φλέγματα, θερμοκρασία σώματος, ακροαστικά ευρήματα)

Διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και επανεισαγωγή σε αυτό

- 1.6.30 Ενημερώστε τις γυναίκες ότι η διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο είναι πιθανό να είναι μεγαλύτερη μετά από καισαρική τομή από ό,τι μετά από κολπικό τοκετό.
- 1.6.31 Προσφέρετε στις γυναίκες που αναρρώνουν καλά, είναι άπυρες και δεν παρουσιάζουν επιπλοκές μετά από καισαρική τομή, εξιτήριο από το νοσοκομείο μετά από 24

ώρες, εφόσον υπάρχει επαρκής φροντίδα και παρακολούθηση στο σπίτι, καθώς αυτό δεν συσχετίζεται με περισσότερες επανεισαγωγές στο νοσοκομείο για τα νεογνά ή τις μητέρες.

Ψυχολογική υποστήριξη

1.6.32 Διερευνήστε την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης της μητέρας αμέσως μετά την καισαρική τομή και διευκολύνετε την πρόσβασή της σε ψυχολογική υποστήριξη.

1.7 Ανάρρωση μετά από καισαρική τομή

1.7.1 Εκτός από τη γενική φροντίδα μετά τον τοκετό, παρέχετε στις γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή:

- ειδική φροντίδα που σχετίζεται με την ανάρρωση μετά από καισαρική τομή
- φροντίδα που σχετίζεται με τη διαχείριση άλλων επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού

Φροντίδα χειρουργικού τραύματος

1.7.2 Εξετάστε το ενδεχόμενο φροντίδας του χειρουργικού τραύματος με χρήση επιθεμάτων/ συσκευών αρνητικής πίεσης μετά από καισαρική τομή για γυναίκες με ΔΜΣ 35 kg/m² ή μεγαλύτερο, για να μειώσετε τον κίνδυνο λοιμώξεων του χειρουργικού τραύματος.

1.7.3 Όταν χρησιμοποιείτε τυποποιημένα (όχι αρνητικής πίεσης) επιθέματα χειρουργικού τραύματος μετά από καισαρική τομή, λάβετε υπόψη ότι:

- κανένας τύπος επιθέματος χειρουργικού τραύματος δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι καλύτερος από κάποιον άλλο στη μείωση του κινδύνου λοιμώξεων του τραύματος

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- δεν υπάρχει διαφορά στον κίνδυνο λοίμωξης του χειρουργικού τραύματος όταν τα επιθέματα αφαιρούνται 6 ώρες μετεγχειρητικά, σε σύγκριση με 24 ώρες μετεγχειρητικά.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» στις μεθόδους μείωσης της λοιμώδους νοσηρότητας και φροντίδας πληγών μετά από καισαρική τομή.](#)

1.7.4 Βεβαιωθείτε ότι η φροντίδα του χειρουργικού τραύματος κατά τον τοκετό με καισαρική τομή περιλαμβάνει:

- αφαίρεση τυποποιημένων επιθεμάτων 6 έως 24 ώρες μετά τον τοκετό με καισαρική τομή
- ειδική παρακολούθηση για πυρετό
- αξιολόγηση του χειρουργικού τραύματος για σημεία λοίμωξης (όπως αυξανόμενος πόνος, ερυθρότητα ή εκκρίσεις), διάνοιξη ή διάσπαση
- ενθάρρυνση της γυναίκας να φοράει χαλαρά, άνετα ρούχα και βαμβακερά εσώρουχα
- καθημερινός απαλός καθαρισμός και στέγνωμα του χειρουργικού τραύματος
- εάν χρειάζεται, προγραμματισμός της αφαίρεσης ραμμάτων ή των κλιπ.

Διαχείριση συμπτωμάτων

1.7.5 Όταν φροντίζετε γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή και έχουν συμπτώματα από το ουροποιητικό σύστημα, εξετάστε τις ακόλουθες πιθανές διαγνώσεις:

- ουρολοίμωξη

- ακράτεια ούρων από προσπάθεια (εμφανίζεται σε περίπου 4% των γυναικών μετά από καισαρική τομή)
- τραυματισμός του ουροποιητικού συστήματος (εμφανίζεται σε περίπου 1 ανά 1.000 τοκετούς με καισαρική τομή)
- κατακράτηση ούρων.

1.7.6 Όταν φροντίζετε γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή και έχουν βαριά ή/και ακανόνιστη κολπική αιμορραγία, εξετάστε εάν αυτό είναι πιο πιθανό να οφείλεται σε ενδομητρίτιδα από τα κατακρατημένα προϊόντα σύλληψης και διαχειριστείτε την περίπτωση ανάλογα.

1.7.7 Δώστε ιδιαίτερη προσοχή σε γυναίκες που έχουν αναπνευστικά συμπτώματα (όπως βήχα ή δύσπνοια) ή συμπτώματα στα πόδια (όπως επώδυνο οιδηματώδες κάτω άκρο), καθώς οι γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολικής νόσου (τόσο εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης όσο και πνευμονικής εμβολής).

Επανάναρξη δραστηριοτήτων και εξιτήριο

1.7.8 Ενημερώστε τις γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή ότι μπορούν να ξαναρχίσουν δραστηριότητες, όπως η οδήγηση, η μεταφορά βαρέων αντικειμένων, η σωματική άσκηση και η σεξουαλική επαφή, όταν αισθάνονται ότι έχουν αναρρώσει πλήρως μετά τον τοκετό με καισαρική τομή (συμπεριλαμβανομένων τυχόν σωματικών περιορισμών ή πόνου).

1.7.9 Όταν φροντίζετε γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε καισαρική τομή, συζητήστε μαζί τους ότι μετά από καισαρική τομή δεν

διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, πόνου κατά τη σεξουαλική επαφή, ακράτειας κοπράνων ή δυσκολιών στον θηλασμό.

1.7.10 Κατά τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο μετά από επείγουσα ή μη προγραμματισμένη καισαρική τομή, δώστε την ευκαιρία στις γυναίκες να συζητήσουν με επαγγελματίες υγείας τους λόγους για τον τοκετό με καισαρική τομή και να παρέχετε τόσο προφορικά όσο και γραπτώς πληροφορίες σχετικά με τις επιλογές μεθόδου τοκετού για τυχόν μελλοντικές εγκυμοσύνες. Εάν η γυναίκα προτιμά, δώστε αυτή την πληροφόρηση σε μεταγενέστερη ημερομηνία.

1.7.11 Εξετάστε την ανάγκη για περαιτέρω εξετάσεις μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (για παράδειγμα, επανάληψη γενικής αίματος εάν υπήρξε μεγάλη απώλεια αίματος) και συμπεριλάβετε λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης, εάν τα αποτελέσματα δεν είναι φυσιολογικά.

1.8 Εγκυμοσύνη και τοκετός μετά από καισαρική τομή

1.8.1 Όταν συμβουλευέτε για τη μέθοδο τοκετού μετά από προηγούμενη καισαρική τομή, λάβετε υπόψη:

- τις προτιμήσεις και προτεραιότητες της μητέρας
- τους κινδύνους και τα οφέλη της επαναλαμβανόμενης προγραμματισμένης καισαρικής τομής
- τους κινδύνους και τα οφέλη του προγραμματισμένου κολπικού τοκετού μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή, συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου μη προγραμματισμένης καισαρικής τομής

1.8.2 Ενημερώστε τις γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε έως και 4 προηγηθείσες καισαρικές τομές ότι ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας είναι υψηλότερος για προγραμματισμένο κολπικό

τοκετό, παρόλο που ο κίνδυνος πυρετού, τραυματισμών της ουροδόχου κύστης και χειρουργικών τραυματισμών δεν διαφέρει ανάλογα με τον προγραμματισμένο τρόπο τοκετού.

1.8.3 Προσφέρετε στις γυναίκες που σχεδιάζουν κολπικό τοκετό μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή:

- ηλεκτρονική παρακολούθηση εμβρύου κατά τη διάρκεια του τοκετού
- φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού σε μονάδα όπου υπάρχει άμεση πρόσβαση σε χειρουργείο για καισαρική τομή και επιτόπιες υπηρεσίες μετάγγισης αίματος.

1.8.4 Κατά τη διάρκεια της πρόκλησης τοκετού, οι γυναίκες που είχαν προηγούμενο τοκετό με καισαρική τομή θα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, με πρόσβαση σε ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου και με άμεση πρόσβαση σε καισαρική τομή, καθώς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ρήξης της μήτρας. Για περισσότερες πληροφορίες, δείτε το Παράρτημα IV.

1.8.5 Οι έγκυες γυναίκες με ιστορικό προηγούμενης καισαρικής τομής και προηγούμενου κολπικού τοκετού θα πρέπει να ενημερώνονται ότι έχουν αυξημένη πιθανότητα κολπικού τοκετού, σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν προηγούμενη καισαρική τομή αλλά όχι προηγούμενο κολπικό τοκετό.

ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗ ΣΥΝΗΘΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Τα πιο κάτω τμήματα εξηγούν, εν συντομία, γιατί η επιτροπή έχει κάνει τις συστάσεις και πώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή. Ως «Επιτροπή» ορίζεται η επιτροπή ειδικών του NICE που ανέπτυξε και επικαιροποίησε την αρχική κατευθυντήρια οδηγία NG192 «Γέννηση με Καισαρική Τομή». Ως «Τεχνική Επιτροπή Ειδικών» ορίζεται η επιτροπή ειδικών από την Κύπρο που έχει κάνει την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας στην Κυπριακή πραγματικότητα

Παροχή πληροφοριών

[Συστάσεις 1.1.1 και 1.1.2](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Το κείμενο των συστάσεων 1.1.1 και 1.1.2 παρέχει σημαντική καθοδήγηση για τη σημασία της παροχής πληροφοριών στην έγκυο γυναίκα/άτομο που εγκυμονεί σχετικά με τον τοκετό, τον τρόπο τοκετού και την περιγεννητική φροντίδα. Η Τεχνική Επιτροπή Ειδικών (ΤΕΕ), μετά και από σχετικό σχόλιο που λήφθηκε κατά τη δημόσια διαβούλευση, συζήτησε κατά πόσο θα έπρεπε να προστεθεί συγκεκριμένη αναφορά για την παρουσία ατόμου που επιθυμεί η γυναίκα/το άτομο που εγκυμονεί να την/το συντροφεύει κατά τη διάρκεια του τοκετού (σύντροφος τοκετού - birth companion). Η ΤΕΕ συμφωνεί ότι ο σεβασμός και η ικανοποίηση των επιθυμιών και των αναγκών της εγκύου/του ατόμου που εγκυμονεί είναι σημαντικά, ώστε η εμπειρία του τοκετού να είναι θετική. Η παρουσία συντρόφου στον τοκετό εμπίπτει σε αυτό το πλαίσιο. Ως εκ τούτου, και με βάση τις πρόνοιες της σύστασης 1.1.1, μπορεί η παρουσία συντρόφου στον τοκετό να περιλαμβάνεται στη συζήτηση για τις ανάγκες και τις προτιμήσεις της γυναίκας/ατόμου που εγκυμονεί σχετικά με τον τοκετό και τη περιγεννητική φροντίδα, εφόσον η έγκυος/το άτομο που εγκυμονεί το επιθυμεί. Ωστόσο, η παρούσα οδηγία είναι συγκεκριμένη για την καισαρική τομή, ενώ υπάρχει απουσία επαρκούς επιστημονικής τεκμηρίωσης για τα οφέλη από την παρουσία συντρόφου τοκετού, ειδικά κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής. Ταυτόχρονα, κατά τη συνεδρίαση της ΤΕΕ, υπήρξαν ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια κατά τη διάρκεια της χειρουργικής πράξης και ιατρονομικοί προβληματισμοί. Με βάση τα πιο πάνω, και παρόλο που μέλη της ΤΕΕ διατήρησαν την ισχυρή διαφωνία τους σε αυτό το θέμα, η ΤΕΕ, κατά

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

πλειοψηφία, αποφάσισε όπως το κείμενο των συστάσεων 1.1.1 και 1.1.2, παραμείνει, όπως καταγράφεται στην αρχική οδηγία του οργανισμού NICE, και να μην προστεθεί συγκεκριμένη αναφορά σε σύντροφο τοκετού. Όμως, η ΤΕΕ συμφώνησε να γίνει ειδική μνεία στο ότι θα συζητηθούν όλες οι προτιμήσεις με την έγκυο/ άτομο που εγκυμονεί για να τονίσει την σημασία της συζήτησης όλων των θεμάτων που την απασχολούν. Με αυτόν τον τρόπο, το συγκεκριμένο θέμα αντιμετωπίζεται όπως όλες οι άλλες επιθυμίες και ανάγκες της εγκύου/του ατόμου που εγκυμονεί και δύναται να συζητηθεί και να συμφωνηθεί με τον/την εκάστοτε μαιευτήρα/γυναικολόγο.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Η Επιτροπή θεωρεί ότι οι συστάσεις αυτές ενισχύουν τις βέλτιστες πρακτικές και ενισχύουν τη δυνατότητα της εγκύου να λαμβάνει αποφάσεις βασισμένες σε τεκμηριωμένη πληροφόρηση. Σε γενικές γραμμές είναι ήδη τρέχουσα πρακτική να συζητούνται οι επιθυμίες και οι ανάγκες της εγκύου και η προσθήκη αυτών των συστάσεων μπορεί μόνο να βελτιώσει και να αναβαθμίσει την σημασία και την ποιότητα αυτής της επικοινωνίας. Επιπλέον, όσον αφορά στην παρουσία συντρόφου κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής, η τρέχουσα πρακτική στην Κύπρο είναι να επιτρέπεται με τη σύμφωνη γνώμη του μαιευτήρα-γυναικολόγου και αναλόγως των πρωτοκόλλων που ακολουθεί η κάθε μαιευτική μονάδα, οπότε η εφαρμογή της προσαρμοσμένης οδηγίας για την καισαρική τομή, δεν αναμένεται να έχει σημαντικές επιπτώσεις σε αυτήν την πρακτική.

Οφέλη και κίνδυνοι καισαρικής τομής και κολπικού τοκετού

[Συστάσεις 1.1.3 και 1.1.4](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Υπήρχαν κάποια επιστημονικά δεδομένα στη βιβλιογραφία για επιλεγμένο αριθμό εκβάσεων σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της καισαρικής τομής, σε σύγκριση με τον κολπικό τοκετό. Ωστόσο, υπήρχαν ορισμένοι περιορισμοί σε σχέση με την ποιότητα των διαθέσιμων αυτών επιστημονικών στοιχείων, ενώ δεν προέρχονταν όλα τα δεδομένα από τη σύγκριση μεταξύ προγραμματισμένων μεθόδων τοκετού. Η Επιτροπή χρησιμοποίησε αυτά τα στοιχεία,

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

μαζί με την κλινική εμπειρογνωμοσύνη της, για να επικαιροποιήσει τις συμβουλές για τα σχετικά οφέλη και τους κινδύνους αυτών των 2 μεθόδων τοκετού.

Για ορισμένα αποτελέσματα υπήρχαν αντικρουόμενα ή περιορισμένα επιστημονικά δεδομένα. Επιπλέον, υπήρχαν ορισμένες εκβάσεις για τις οποίες δεν εντοπίστηκαν δεδομένα στη βιβλιογραφία που θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψιν. Συνεπώς, η Επιτροπή επεσήμανε αυτές τις ασάφειες.

Δεδομένου ότι τα επιστημονικά δεδομένα ήταν περιορισμένα για αυτήν την ανασκόπηση, η Επιτροπή εισηγήθηκε τη διεξαγωγή έρευνας.

Υπήρχαν επίσης 3 εκβάσεις που συμπεριλήφθηκαν σε προηγούμενες εκδόσεις αυτής της κατευθυντήριας οδηγίας αλλά δεν είχαν συμπεριληφθεί σε αυτήν την έκδοση (τραύμα περινέου, ρήξη κόλπου, διάρκεια παραμονής και πόνος). Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η σχετική σύσταση εξακολουθούσε να είναι κατάλληλη και θα πρέπει να μεταφερθεί στην επικαιροποιημένη κατευθυντήρια οδηγία.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Η Επιτροπή θεωρεί ότι οι συστάσεις της θα ενισχύσουν τις βέλτιστες πρακτικές. Είναι ήδη τρέχουσα πρακτική να συζητούνται οι κίνδυνοι και τα οφέλη των εναλλακτικών τρόπων τοκετού κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου και αυτή η ανασκόπηση οδήγησε απλώς σε επικαιροποίηση των πληροφοριών που πρέπει να συζητηθούν με τις γυναίκες.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Διεισδυτικός πλακούντας

[Συστάσεις 1.2.16 έως 1.2.22](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Το υπερηχογράφημα ρουτίνας 20 εβδομάδων που προσφέρεται σε γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν, χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της θέσης του πλακούντα. Συνεπώς, η Επιτροπή συμφώνησε ότι η ανίχνευση προδρομικού πλακούντα ή πλακούντα χαμηλής πρόσφυσης σε αυτή την εξέταση σε άτομα με προηγούμενη καισαρική τομή ή ουλή από προηγούμενη χειρουργική επέμβαση της μήτρας, θα

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

πρέπει να είναι το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση της παρουσίας διεισδυτικού πλακούντα. Υπήρξαν επιστημονικά δεδομένα από διάφορες μελέτες ότι το δισδιάστατο υπερηχογράφημα (2D grey scale) με έγχρωμο doppler είχε μέτρια ευαισθησία και υψηλή ειδικότητα στην ανίχνευση διεισδυτικού πλακούντα. Ωστόσο, η Επιτροπή γνώριζε ότι η ευαισθησία και η ειδικότητα των υπερήχων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το άτομο που χειρίζεται τον υπέρηχο και ότι, αν δεν διαγνωσθεί περίπτωση διεισδυτικού πλακούντα, υπάρχει κίνδυνος σοβαρής νοσηρότητας ή θανάτου κατά τον τοκετό. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συνέστησε η απεικόνιση να γίνεται από έμπειρο/η κλινικό/ή ιατρό με εξειδικευμένη γνώση στη διάγνωση του διεισδυτικού πλακούντα.

Η Επιτροπή συζήτησε τον χρόνο διενέργειας αυτού του απεικονιστικού ελέγχου και σημείωσε ότι, στις περισσότερες από τις μελέτες που λήφθηκαν υπόψιν, το υπερηχογράφημα διενεργήθηκε μεταξύ 28 και 37 εβδομάδων. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι ένας πιο έγκαιρος υπερηχογραφικός έλεγχος θα άφηνε περισσότερο χρόνο για τον προγραμματισμό του τοκετού, ειδικά εάν θεωρείται πως ίσως χρειασθεί ο τοκετός να είναι πρόωρος. Όμως, η πολύ πρώιμη απεικόνιση δεν θα αποτελούσε πλεονέκτημα, καθώς ο πλακούντας μπορεί να μετακινηθεί. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συνέστησε η απεικόνιση να γίνεται στις 28 εβδομάδες, αλλά όχι αργότερα από τις 29 εβδομάδες.

Η Επιτροπή συζήτησε ότι, από το 2020, το National Health Service (NHS) της Αγγλίας έχει προχωρήσει στη σύσταση [εξειδικευμένης μαιευτικής υπηρεσίας](#) για γυναίκες και άτομα σε εγκυμοσύνη που έχουν διαγνωστεί με διεισδυτικό πλακούντα (στον οποίο αναφέρονται ως παθολογικά διεισδυτικός πλακούντας ή AIP – abnormally invasive placenta). Η υπηρεσία αυτή επιτρέπει τη διάγνωση και φροντίδα, συμπεριλαμβανομένου του τοκετού, σε κέντρο με κατάλληλη διεπιστημονική ομάδα, πρόσβαση σε μονάδα εντατικής θεραπείας ενηλίκων, νεογνική φροντίδα επιπέδου 3 και πρόσβαση σε προϊόντα αίματος. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή συνέστησε, εάν υπάρχει υποψία για διεισδυτικό πλακούντα κατά τη διάρκεια διενέργειας υπερήχου περίπου στις 28 εβδομάδες, οι γυναίκες και τα άτομα που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη να παραπέμπονται σε εξειδικευμένο κέντρο διεισδυτικού πλακούντα. Για την Κύπρο, δεδομένου ότι δεν υπάρχει εξειδικευμένο κέντρο διεισδυτικού πλακούντα, η ΤΕΕ

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

προτείνει η φροντίδα και η διαχείριση να πραγματοποιούνται σε κέντρο με κατάλληλες εγκαταστάσεις και προσωπικό, όπως αναφέρεται στα σχετικά κριτήρια της σύστασης 1.2.21. Παρόλο που το Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος III δεν πληροί όλα τα κριτήρια, στην παρούσα φάση διαχειρίζεται τα περισσότερα, αν όχι όλα, τα περιστατικά, καθώς θεωρείται τριτοβάθμιο κέντρο εμβρυομητρικής και νεογνικής μαιευτικής φροντίδας.

Η Επιτροπή συζήτησε επιστημονικά δεδομένα που δείχνουν ότι οι τιμές ευαισθησίας και ειδικότητας της μαγνητικής τομογραφίας (χωρίς σκιαγραφικό ή με σκιαγραφικό που δεν προσδιορίστηκε) για την ανίχνευση διεισδυτικού πλακούντα, δεν ήταν καλύτερες από τις αντίστοιχες του υπερηχογραφήματος με έγχρωμο doppler. Ως εκ τούτου, συμφώνησε ότι δεν ήταν απαραίτητο να προσφερθεί μαγνητική τομογραφία για επιβεβαίωση διάγνωσης διεισδυτικού πλακούντα. Ωστόσο, η Επιτροπή συμφώνησε ότι η μαγνητική τομογραφία αποτελεί χρήσιμη τεχνική απεικόνισης, κατά τον σχεδιασμό της χειρουργικής διαχείρισης του διεισδυτικού πλακούντα, για να προσδιοριστεί, εάν για παράδειγμα, ο διεισδυτικός πλακούντας έχει επηρεάσει άλλα όργανα. Κατά συνέπεια, η Επιτροπή επικαιροποίησε τη σύσταση σχετικά με αυτό. Για την Κύπρο, η ΤΕΕ δεν διαφωνεί με αυτή τη σύσταση, αλλά η πρόσβαση σε μαγνητική τομογραφία για τον σκοπό αυτό στην Κύπρο είναι περιορισμένη. Ως εκ τούτου, πρόσθεσε τον όρο "εάν είναι διαθέσιμη" στην προσαρμοσμένη [σύσταση 1.2.18](#).

Παρόλο που τα μέλη της Επιτροπής γνώριζαν ότι οι γυναίκες και τα άτομα που εγκυμονούν με διεισδυτικό πλακούντα παραπέμπονται πλέον σε εξειδικευμένα κέντρα για διεισδυτικό πλακούντα, συζήτησαν ότι ορισμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα πολύ αργά στην εγκυμοσύνη ή κατά τη διάρκεια του τοκετού και να χρειαστεί να λάβουν φροντίδα στην τοπική τους μαιευτική μονάδα. Επομένως, οι συστάσεις για τη φροντίδα σε αυτό το πλαίσιο διατηρήθηκαν. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η συζήτηση σχετικά με τις επιλογές τοκετού θα πρέπει να γίνεται από/ή ειδικό μαιευτήρα. Επικαιροποίησε επίσης τις προτάσεις σχετικά με το ποιος/ποια μπορεί να χρειαστεί να δώσει ιατρική συμβουλή ή να είναι παρών/παρούσα κατά τη διάρκεια του τοκετού με καισαρική τομή, συμπεριλαμβανομένων των ρόλων τους. Η Επιτροπή συνέστησε επίσης ότι κρεβάτι εντατικής θεραπείας θα πρέπει να είναι διαθέσιμο για τη γυναίκα ή το άτομο που εγκυμονεί και για το μωρό σε περίπτωση που χρειαστεί, αλλά

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

η επείγουσα χειρουργική παρέμβαση δεν θα πρέπει να καθυστερήσει ελλείψει διαθέσιμης κλίνης. Η Επιτροπή τροποποίησε την υφιστάμενη σύσταση σχετικά με τη χρήση προϊόντων αίματος για να διευκρινίσει ότι αυτό θα πρέπει να γίνεται μόνο εάν η χρήση τους είναι αποδεκτή από τη γυναίκα ή το άτομο που εγκυμονεί.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι, δεδομένου ότι η διαχείριση του διεισδυτικού πλακούντα δεν γίνεται πλέον από τα τοπικά νοσοκομεία, δεν ενδείκνυται πλέον τοπικό πρωτόκολλο. Τα εξειδικευμένα κέντρα διεισδυτικού πλακούντα θα πρέπει να αναπτύξουν πρωτόκολλα με τις τοπικές μαιευτικές μονάδες τους, σχετικά με τον τρόπο διαχείρισης του διεισδυτικού πλακούντα εντός του δικτύου, όπως μέθοδοι παραπομπής και συνεχούς διαχείρισης. Η Επιτροπή συμφώνησε επίσης ότι το πρωτόκολλο θα πρέπει να περιλαμβάνει λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι τοπικές μαιευτικές μονάδες θα πρέπει να παρέχουν φροντίδα, εάν ο διεισδυτικός πλακούντας εντοπίστηκε πολύ αργά, πράγμα που μπορεί να περιλαμβάνει, για παράδειγμα, επείγουσα μεταφορά σε εξειδικευμένο κέντρο ή υποστήριξη από το εξειδικευμένο κέντρο που καλύπτει την τοπική μαιευτική μονάδα.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Το υπερηχογράφημα 20 εβδομάδων προσφέρεται ήδη σε όλες τις γυναίκες και τα άτομα που εγκυμονούν, οπότε αυτό δεν θα αλλάξει τη συνήθη πρακτική. Η χρήση υπερηχογραφήματος 28 εβδομάδων με έγχρωμο doppler για την αξιολόγηση της παρουσίας διεισδυτικού πλακούντα επίσης δεν αποτελεί αλλαγή στη συνήθη πρακτική και, παρόλο που ο προγραμματισμός λαμβάνει χώρα τώρα νωρίτερα από ό,τι συστηνόταν προηγουμένως, αυτό δεν θα οδηγήσει σε πρόσθετους υπερηχογραφικούς ελέγχους. Η συμβουλή ότι η απεικόνιση γίνεται από έμπειρο/η κλινικό/ή ιατρό με εξειδικευμένη γνώση στη διάγνωση του διεισδυτικού πλακούντα είναι μια αλλαγή σε σχέση με την προηγούμενη σύσταση, αλλά στην πράξη η απεικόνιση γίνεται ήδη από ειδικό/ή στις περισσότερες περιπτώσεις, οπότε δεν θεωρείται ότι αυτό θα οδηγήσει σε σημαντική αλλαγή στη συνήθη πρακτική. Η διενέργεια υπερηχογραφήματος από έμπειρο/η ιατρό κατά τη διάγνωση του διεισδυτικού πλακούντα είναι πιθανό να οδηγήσει σε αυξημένη ευαισθησία και ειδικότητα της εξέτασης. Αυτό με τη σειρά του είναι πιθανό να συμβάλει στον ορθό εντοπισμό περισσότερων περιπτώσεων, μειώνοντας τον κίνδυνο σοβαρής

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

νοσηρότητας ή θανάτου για τη μητέρα και το μωρό και βελτιστοποιώντας τη χρήση πόρων, με την πρόληψη επιπλοκών κατά τον τοκετό, που διαφορετικά μπορεί να χρειαστούν δαπανηρή εντατική ή εξειδικευμένη φροντίδα. Αυτό αναμένεται επίσης να μειώσει τον αριθμό των ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων που παραπέμπονται σε εξειδικευμένα κέντρα, όπου η αρχική διάγνωση του διεισδυτικού πλακούντα διαπιστώνεται αργότερα ότι είναι εσφαλμένη.

Η σύσταση να λαμβάνεται υπόψη η μαγνητική τομογραφία μόνο κατά τον προγραμματισμό χειρουργικής επέμβασης, μπορεί να μειώσει τη χρήση της για τη διάγνωση του διεισδυτικού πλακούντα, και με αυτόν τον τρόπο θα μειωθεί το κόστος. Η συζήτηση σχετικά με τις επιλογές τοκετού που διενεργείται από ειδικό/ή μαιευτήρα δεν αποτελεί αλλαγή στη συνήθη πρακτική και έτσι δεν θα έχει αντίκτυπο στους υφιστάμενους πόρους.

Η παροχή εξειδικευμένης φροντίδας στην Κύπρο σε κέντρα διεισδυτικού πλακούντα ήδη εφαρμόζεται, μέσω παραπομπής σε τριτοβάθμιο κέντρο εμβρυομητρικής και νεογνικής φροντίδας - επομένως η σύσταση κατάλληλης παραπομπής σε αυτά δεν θα έχει αντίκτυπο στους πόρους. Η διασφάλιση ότι όλα τα μαιευτήρια κατανοούν τις ευθύνες τους, θα επιτρέψει την παροχή ασφαλούς φροντίδας.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Επιλογή μητέρας για τοκετό με καισαρική τομή

[Συστάσεις 1.2.35 έως 1.2.39](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Η Επιτροπή συζήτησε το γεγονός ότι ορισμένες γυναίκες ή άτομα που εγκυμονούν μπορεί να ζητήσουν καισαρική τομή επειδή ανησυχούν για θέματα σχετικά με τον τοκετό και πιστεύουν ότι ο τοκετός με καισαρική τομή θα ήταν ο καλύτερος τρόπος για να μετριαστούν αυτές οι ανησυχίες. Ωστόσο, ίσως υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ανησυχίες μπορεί να αντιμετωπιστούν με άλλους τρόπους, όπως, η επιλογή τοκετού που θα δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη συνέχεια της μαιευτικής φροντίδας από μαιείς/μαιευτές, ή ο σχεδιασμός επαρκούς ανακούφισης από τον πόνο. Ως εκ τούτου,

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

η Επιτροπή διεύρυνε τη σύσταση για να συμπεριλάβει τις συγκεκριμένες πτυχές στη συζήτηση.

Η Επιτροπή γνώριζε ότι αυτή η συζήτηση θα ήταν καλύτερο να διεξαχθεί σε συνθήκες όπου θα υπήρχε χρόνος να διερευνηθούν οι διαφορετικές επιλογές και προτιμήσεις. Συνεπώς, πρότεινε οι επιλογές τοκετού να συζητηθούν κατά τη διάρκεια ενός ραντεβού. Γνωρίζοντας η Επιτροπή ότι οι μαιές/μαιευτές συμμετέχουν συχνά σε τέτοιες συζητήσεις, τις/τους συμπεριέλαβε στον κατάλογο των επαγγελματιών υγείας που πρέπει να συμμετέχουν.

Η Επιτροπή αναθεώρησε τη διατύπωση της σύστασης σχετικά με την περιγεννητική υποστήριξη σε θέματα ψυχικής υγείας ώστε να διευκρινίσει ότι η πρόσβαση στον προγραμματισμένο τόπο γέννησης είναι απαραίτητη κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου και όχι ότι όλη η προγεννητική υποστήριξη έπρεπε να παρέχεται στον προγραμματισμένο τόπο γέννησης.

Η Επιτροπή αναθεώρησε τη διατύπωση της σύστασης σχετικά με την προσφορά του τοκετού με καισαρική τομή, ώστε να είναι πιο προσωποκεντρική, και να διασφαλίσει ότι υποστηρίχθηκε η επιλογή της γυναίκας ή του ατόμου που εγκυμονεί να γεννήσει με καισαρική τομή.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι γυναίκες και τα άτομα που εγκυμονούν δεν θα πρέπει να μεταφέρονται σε διαφορετική μαιευτική μονάδα για καισαρική τομή. Κατά συνέπεια, συνέστησε να προσφέρεται καισαρική τομή εντός της μαιευτικής μονάδας. Η Επιτροπή συζήτησε τις πιθανές σπάνιες περιπτώσεις όπου υπήρχε κλινικός λόγος πίσω από τη διστακτικότητα να πραγματοποιηθεί καισαρική τομή μετά από αίτημα της μητέρας, αλλά συμφώνησε ότι σε αυτή την περίπτωση, θα χρειαζόταν πλήρης διεπιστημονική ομαδική συζήτηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να συμφωνηθεί ένα σχέδιο για τη γυναίκα ή το άτομο που εγκυμονεί. Η ΤΕΕ αφαίρεσε τον όρο «τόπος γέννησης» καθώς όλοι οι τοκετοί στην Κύπρο γίνονται σε μαιευτικές μονάδες. Επίσης, αντικατέστησε τον όρο «σύμβουλος/επικεφαλής» με τον «έμπειρο/η» καθώς ο ρόλος της/του συμβούλου/επικεφαλής μαιίας/μαιευτή δεν υπάρχει στην Κύπρο. Επίσης, αφαίρεσε το «σύμβουλος ή ανώτερος» πριν από τον/την μαιευτήρα, καθώς αυτοί οι τίτλοι δεν υπάρχουν στην Κύπρο.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Οι συστάσεις αυτές συνάδουν με την τρέχουσα πρακτική και δεν θα πρέπει να έχουν αντίκτυπο στους υφιστάμενους πόρους.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Πρόληψη και διαχείριση υποθερμίας και ρίγους

[Συστάσεις 1.4.23 έως 1.4.25](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των ενεργών μέτρων θέρμανσης (για παράδειγμα, συσκευή θέρμανσης, τοποθέτηση μαξιλαριών κάτωθεν του σώματος, θερμά ενδοφλέβια υγρά) στην πρόληψη του ρίγους και της υποθερμίας σε γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή. Υπήρχαν επίσης κάποια επιστημονικά δεδομένα που υποστήριζαν τη βελτίωση της άνεσης λόγω της θερμοκρασίας και τη βελτίωση της μητρικής θερμοκρασίας. Η Επιτροπή συνέστησε τη χρήση θερμών ενδοφλέβιων υγρών και υγρών έκπλυσης για όλες τις γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή. Ωστόσο, λόγω της χαμηλής συχνότητας εμφάνισης υποθερμίας και ρίγους κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής, των φυσιολογικών διαφορών μεταξύ των γυναικών που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή και του γενικού χειρουργικού πληθυσμού, της έλλειψης ευεργετικής επίδρασης στις λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος και του γεγονότος ότι οι μέθοδοι θέρμανσης είναι πιθανό να είναι εξίσου αποτελεσματικές στη διαχείριση της υποθερμίας και του ρίγους όσο και στην πρόληψή τους, η Επιτροπή συνέστησε ότι άλλα μέτρα θέρμανσης θα πρέπει να χρησιμοποιούνται. Τα πιο πάνω μέτρα αφορούν μόνο γυναίκες που έχουν ρίγος και δήλωσαν ότι αισθάνονται κρύο ή ήταν υποθερμικές και όχι σε όλες τις γυναίκες για πρόληψη. Η Επιτροπή συνέστησε τη χρήση θερμικής κουβέρτας ως προτιμητέα μέθοδο, καθώς ήταν ήδη ευρέως διαθέσιμη, ευκολότερη στη χρήση και μπορούσε να μεταφερθεί εύκολα μαζί με τη μετακίνηση της γυναίκας.

Υπήρχαν επίσης επιστημονικά δεδομένα ότι η πεθιδίνη είναι αποτελεσματική στη μείωση του ρίγους, αλλά η Επιτροπή δεν το συνέστησε λόγω των πιθανών δυσμενών επιπτώσεων στον θηλασμό.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Η σύσταση χρήσης θερμικής κουβέρτας θα τυποποιήσει την πρακτική σε ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου. Θα μπορούσαν να υπάρξουν επιπτώσεις στους διαθέσιμους πόρους των μονάδων που θα αγοράσουν τις «κουβέρτες» μίας χρήσης, αλλά αυτό θα μπορούσε να αντισταθμιστεί από τη γρηγορότερη μεταφορά της γυναίκας από την ανάνηψη στον θάλαμο νοσηλείας.

Η χρήση θερμών ενδοφλέβιων υγρών, αίματος και υγρών έκπλυσης είναι ήδη συνήθης πρακτική, επομένως αυτή η σύσταση δεν θα έχει επίπτωση.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Μέθοδοι για τη μείωση της νοσηρότητας οφειλόμενης σε λοιμώξεις και της φροντίδας χειρουργικού τραύματος μετά τον τοκετό με καισαρική τομή

[Συστάσεις 1.4.26 και 1.4.27](#) και [συστάσεις 1.7.2 και 1.7.3](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα που υποστήριζαν ότι η εφαρμογή αλκοολούχων παρασκευασμάτων χλωρεξιδίνης στο δέρμα μειώνει τον κίνδυνο λοιμώξεων στο σημείο της χειρουργικής τομής, σε σύγκριση με αλκοολούχα παρασκευάσματα ιωδίου. Αν και τα μέλη της TEE αναγνωρίζουν ότι τα αλκοολούχα παρασκευάσματα χλωρεξιδίνης είναι πιο αποτελεσματικά από τα διαλύματα ιωδίου για την προετοιμασία του δέρματος, αναγνωρίζουν επίσης ότι υπάρχουν επιπλοκές της χλωρεξιδίνης, εάν εισέλθει στον ανθρώπινο οργανισμό. Ως εκ τούτου, η σύσταση τροποποιήθηκε ώστε να επιτρέπει τη χρήση αλκοολούχων παρασκευασμάτων ιωδίου όταν αντενδείκνυται η χλωρεξιδίνη.

Υπήρχαν επίσης επιστημονικά δεδομένα για το ότι τα υδατικά κολπικά παρασκευάσματα ιωδίου μειώνουν τον κίνδυνο ενδομητρίτιδας σε γυναίκες με ρήξη μεμβρανών. Αν και υπήρχαν και κάποια επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τα κολπικά παρασκευάσματα χλωρεξιδίνης, συνολικά τα διαθέσιμα στοιχεία έδειξαν ότι τα κολπικά παρασκευάσματα ιωδίου μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικά

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Υπήρχαν κάποια επιστημονικά δεδομένα που υποστήριζαν ότι η φροντίδα χειρουργικών τραυμάτων με επιθέματα/συσσκευές αρνητικής πίεσης, μειώνει τον κίνδυνο λοίμωξης του τραύματος για γυναίκες με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 30 kg/m² ή μεγαλύτερο. Ωστόσο, οικονομικά δεδομένα έδειξαν ότι αυτό δεν θα ήταν οικονομικά αποδοτικό στην ομάδα με ΔΜΣ μικρότερο από 35 kg/m² ενώ θα είχε οριακή οικονομική αποδοτικότητα στην ομάδα με ΔΜΣ 35 kg/m² ή μεγαλύτερο.

Τα επιστημονικά δεδομένα δεν έδειξαν διαφορά στη λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος ή στις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο, όταν το επίθεμα αφαιρέθηκε 6 ώρες ή 24 ώρες μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Υπήρχαν πολύ περιορισμένα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση δύο διαφορετικών τύπων επιθεμάτων, αλλά η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν ήταν αρκετά για να συστήσει έναν συγκεκριμένο τύπο.

Δεν υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση ειδικών χειρουργικών καλυμμάτων για την περιοχή της χειρουργικής τομής, τη χρήση διαθερμίας ή την αποτρίχωση σώματος. Συνεπώς, η Επιτροπή δεν έκανε συστάσεις σχετικά με αυτά, αλλά σημείωσε ότι η κατευθυντήρια οδηγία του NICE για τις λοιμώξεις του χειρουργικού τραύματος (η οποία καλύπτει τη γενική χειρουργική και όχι τον τοκετό με καισαρική τομή) έχει συστάσεις για ορισμένες από αυτές τις παρεμβάσεις.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Οι συστάσεις για την προετοιμασία του δέρματος είναι σε γενικές γραμμές σύμφωνες με την τρέχουσα κλινική πρακτική σε ολόκληρη την Κύπρο.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Τεχνική χειρουργικής διάνοιξης

[Σύσταση 1.4.30](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι κάθετες τομές μέσης γραμμής δεν χρησιμοποιούνται πλέον συστηματικά στην καισαρική τομή και έτσι αποσύρθηκε η σύσταση που συμβούλευε να χρησιμοποιηθεί εγκάρσια τομή. Η Επιτροπή σημείωσε ότι σε

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

ορισμένες σπάνιες κλινικές καταστάσεις (για παράδειγμα, προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα) μία κάθετη τομή μέσης γραμμής μπορεί να εξακολουθεί να είναι απαραίτητη και έτσι πρόσθεσε αυτό στη σύστασή της σχετικά με τον τύπο της τομής που πρέπει να χρησιμοποιηθεί.

Υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα για το ότι μία χαμηλή εγκάρσια ευθεία τομή δέρματος με αμβλεία διατομή των υποκείμενων ιστών (όπως περιγράφεται στις τεχνικές Joel-Cohen ή στις τροποποιημένες τεχνικές Joel-Cohen) οδήγησε σε μείωση της οφειλόμενης σε εμπύρετο μετεγχειρητικής νοσηρότητας, σε μείωση της χρήσης μετεγχειρητικής αναλγησίας, σε μικρότερη πιθανότητα πτώσης της αιμοσφαιρίνης και σε μείωση του χειρουργικού χρόνου, σε σύγκριση με τη χρήση πολύ χαμηλής εγκάρσιας τοξοειδούς τομής δέρματος και διάνοιξης με αιχμηρά χειρουργικά εργαλεία (όπως περιγράφεται στην τεχνική Pfannenstiel). Η Επιτροπή συμφώνησε ότι σε ορισμένες γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν, όπως εκείνες/α που είχαν προηγούμενους τοκετούς με καισαρική τομή, η παρουσία ουλώδους ιστού μπορεί να σημαίνει ότι η αμβλεία διατομή των ιστών δεν θα είναι πάντα εφικτή και συνεπώς σε ορισμένες περιπτώσεις (που αποφασίζονται από τον/ την χειρουργό κατά τη στιγμή της επέμβασης) η τομή των ιστών με χρήση αιχμηρών χειρουργικών εργαλείων θα είναι απαραίτητη για τη συνέχιση της διάνοιξης.

Υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα που υποστήριζαν ότι σε γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν, με παχυσαρκία κατηγορίας 3 ($\Delta\text{M}\Sigma$ 40 kg/m^2 ή μεγαλύτερο), υπήρχε αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών του χειρουργικού τραύματος με την τεχνική Pfannenstiel (η οποία χρησιμοποιεί πολύ χαμηλή τομή), σε σύγκριση με υψηλότερη εγκάρσια κοιλιακή τομή. Η Επιτροπή συζήτησε το γεγονός ότι σε πολύ παχύσαρκες γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν, η παρουσία υποδόριου λίπους οδηγεί στην κάλυψη του τραύματος, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο λοίμωξης. Με βάση αυτά τα δεδομένα και τη γνώση των μελών της Επιτροπής για τις επιπλοκές που προκαλούνται από το υποδόριο λίπος, υπήρξε σύσταση χρήσης τομής πιο ψηλά σε αυτές τις περιπτώσεις.

Η Επιτροπή συμφώνησε να μην χρησιμοποιήσει τα ονόματα των χειρουργικών τεχνικών στις συστάσεις, καθώς ο αριθμός των τεχνικών -συμπεριλαμβανομένων των τροποποιημένων τεχνικών- και οι μικρές διακυμάνσεις μεταξύ τους μπορεί να

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

οδηγήσουν σε σύγχυση. Ως εκ τούτου, συμφώνησαν τα μέλη της Επιτροπής ότι θα ήταν προτιμότερο να περιγραφούν τα χαρακτηριστικά της τομής και της επακόλουθης διάνοιξης των υποκείμενων ιστών.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή

Οι συστάσεις σχετικά με τη μέθοδο τομής του δέρματος και τη διάνοιξη των υποκείμενων ιστών, θα τυποποιήσουν τη φροντίδα σε ολόκληρο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο, ενώ θα εξακολουθούν να αφήνουν περιθώρια τροποποίησης από τον/τη χειρουργό κατά περίπτωση, όπως, για παράδειγμα, σε γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν που είναι παχύσαρκες/α ή είχαν προηγούμενους τοκετούς με καισαρική τομή. Η χρήση τεχνικής που μειώνει τον χειρουργικό χρόνο, την απώλεια αίματος, τον πόνο και τις λοιμώξεις μπορεί να οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων για την αντιμετώπιση όλων αυτών των επιπλοκών.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Συρραφή της μήτρας

[Σύσταση 1.4.38](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Υπήρχαν δεδομένα που έδειξαν ότι δεν υπήρχε διαφορά στις μελετώμενες εκβάσεις, κατά τη σύγκριση της συρραφής της μήτρας σε ένα ή δύο στρώματα. Υπήρχαν διαθέσιμα κάποια δεδομένα σχετικά με τη μειωμένη ανάγκη για μεταγγίσεις αίματος, όταν η συρραφή γινόταν σε ένα στρώμα, σε σύγκριση με τη συρραφή σε δύο στρώματα, ως μέρος μελετών σύγκρισης διαφορετικών τεχνικών καισαρικής τομής. Ωστόσο, αυτό θα μπορούσε να επηρεάζεται από άλλες διαφορές μεταξύ των χειρουργικών τεχνικών.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Η τρέχουσα πρακτική είναι να χρησιμοποιείται τεχνική συρραφής της μήτρας σε δύο στρώματα, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις όπου υπάρχει συγκεκριμένος λόγος για τη συρραφή σε ένα στρώμα. Αυτή η σύσταση θα επιτρέψει στους/στις χειρουργούς να επιλέξουν συρραφή σε ένα ή δύο στρώματα, ανάλογα με τις εξατομικευμένες κλινικές συνθήκες κατά τη στιγμή της χειρουργικής επέμβασης.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Παρακολούθηση μετά από καισαρική τομή

[Συστάσεις 1.6.1 έως 1.6.8](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Δεν βρέθηκαν δεδομένα για το καλύτερο πλάνο παρακολούθησης των γυναικών, αλλά η Επιτροπή χρησιμοποίησε τις γνώσεις και την εμπειρογνωμοσύνη της σχετικά με τις τρέχουσες βέλτιστες πρακτικές προκειμένου να αναπτύξει συστάσεις σχετικά με το πλάνο παρακολούθησης.

Οι παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής αναφέρονται στην τοποθέτηση της Επιστημονικής Εταιρείας Μαιευτικής Αναισθησίας και Περιγεννητικής (Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology) και περιλαμβάνουν την παχυσαρκία κατηγορίας 3 (ΔΜΣ 40 kg/m² ή μεγαλύτερο), την καρδιαγγειακή νόσο, τη χορήγηση μαγνησίου και την αποφρακτική υπνική άπνοια. Η Επιτροπή συζήτησε κατά πόσον η απαρίθμηση αυτών των παραγόντων θα ήταν χρήσιμη, αλλά συμφώνησε, με βάση την ανατροφοδότηση από τα ενδιαφερόμενα μέρη, ότι αφήνοντας τους παράγοντες κινδύνου απροσδιόριστους, θα ενθάρρυνε τους/τις επαγγελματίες υγείας να εξετάσουν όλους τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου για καταστολή αναπνευστικής λειτουργίας, όταν αποφασίζουν για τα κατάλληλα επίπεδα παρακολούθησης.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η συνεχής παρακολούθηση του κορεσμού του οξυγόνου με τη χρήση παλμικής οξυμετρίας, μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα μιας γυναίκας ή ενός ατόμου που έχει γεννήσει να κινητοποιηθεί και να φροντίσει το μωρό της. Συμφώνησαν τα μέλη της Επιτροπής ότι είναι επομένως καταλληλότερο να γίνεται παρακολούθηση των κορεσμών οξυγόνου σε ωριαία βάση, σε συνδυασμό με την ωριαία παρακολούθηση του επιπέδου συνείδησης και του αναπνευστικού ρυθμού, για την ανίχνευση καταστολής της αναπνευστικής λειτουργίας.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, της θερμοκρασίας και του πόνου θα πραγματοποιείται όπως και στα συνήθη πρωτόκολλα παρακολούθησης μετά τον τοκετό, αλλά δεν είναι

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

απαραίτητη η ωριαία παρακολούθηση των ανωτέρω για την ανίχνευση καταστολής της αναπνευστικής λειτουργίας.

Η Επιτροπή συμφώνησε να προσθέσει πληροφορίες στη σύσταση σχετικά με την υπερεκτίμηση των επιπέδων κορεσμού οξυγόνου, όταν χρησιμοποιείται παλμική οξυμετρία σε άτομα με σκούρο δέρμα, προκειμένου να συμβουλευτεί τους/τις επαγγελματίες υγείας για τις πιθανές επιπτώσεις σε αυτή την περίπτωση και ποια μέτρα θα μπορούσαν να ληφθούν για να ξεπεραστεί αυτός ο περιορισμός. Πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη χρήση οξυμέτρων και τον κίνδυνο βλάβης από ακατάλληλη τοποθέτηση του παλμικού οξυμέτρου, έχουν προστεθεί από την TEE στο σχετικό παράρτημα για την αντικατάσταση των συνδέσμων NICE/NHS.

Λόγω των μακροχρόνιων επιπτώσεων της νευροαξονικής μορφίνης και του πιθανού αυξημένου κινδύνου αναπνευστικής καταστολής, η Επιτροπή συζήτησε το εάν πρέπει να υιοθετήσει τις συστάσεις παρακολούθησης που αναπτύχθηκαν από την Επιστημονική Εταιρεία Μαιευτικής Αναισθησίας και Περιγεννητικής (Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology). Ωστόσο, συμφώνησαν τα μέλη της Επιτροπής ότι το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να ενημερωθεί ότι η παρακολούθηση θα μπορούσε να είναι η ίδια με εκείνη που συνιστάται για τη διαμορφίνη, εκτός εάν υπήρχαν ανησυχίες σχετικά με την αναπνευστική κατάσταση της γυναίκας ή του ατόμου. Στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να συνεχιστεί η εντατικότερη παρακολούθηση της αναπνοής. Η διαμορφίνη δεν κυκλοφορεί στην Κύπρο και οι σχετικές συστάσεις αφαιρέθηκαν από την προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις θα πρέπει να τυποποιήσουν τη συχνότητα και τη διάρκεια της παρακολούθησης των περισσότερων γυναικών που έχουν λάβει ραχιαία ή επισκληρίδιο χορήγηση οπιοειδών κατά τη στιγμή της καισαρικής τομής. Ταυτόχρονα σημαίνουν ότι οι γυναίκες θα αξιολογούνται για παράγοντες κινδύνου ή άλλους ανησυχητικούς παράγοντες σχετικά με την αναπνευστική λειτουργία, για να καθοριστεί εάν χρειάζονται ένα πιο εντατικό πλάνο παρακολούθησης. Οι συστάσεις μπορεί να αυξήσουν τον αριθμό των ατόμων που αξιολογούνται ως άτομα που διατρέχουν

κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής, καθώς ο προσδιορισμός του κινδύνου έχει πλέον αφεθεί στην κρίση του/της κλινικού/ής ιατρού, αντί να συμπεριληφθεί ένας κατάλογος προτεινόμενων παραγόντων κινδύνου στη σύσταση. Η αύξηση του αριθμού των ατόμων που παρακολουθούνται είναι πιθανό να αυξήσει το κόστος. Ωστόσο, η δαπάνη αυτή θα αντισταθμιστεί σε κάποιο βαθμό, καθώς οι αναθεωρημένες συστάσεις θα μειώσουν τη χρήση συνεχούς παλμικής οξυμετρίας και τον αριθμό των εκτιμήσεων που πραγματοποιούνται κάθε ώρα με σκοπό την ανίχνευση αναπνευστικής καταστολής. Η συχνότητα παρακολούθησης για αναπνευστική καταστολή δεν έχει αλλάξει.

Επιπρόσθετοι τρόποι παρακολούθησης για καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν περισσότερο για άτομα με σκούρο δέρμα. Δεν αναμένεται αντίκτυπος στους χρησιμοποιούμενους πόρους από αυτήν την αλλαγή.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Διαχείριση πόνου μετά από καισαρική τομή

[Συστάσεις 1.6.9 έως 1.6.26](#)

Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Η Επιτροπή διαμόρφωσε ξεχωριστές συστάσεις για τις γυναίκες που λαμβάνουν περιοχική ή γενική αναισθησία, με βάση τις γνώσεις τους για τις πιθανές διαφορές στις απαιτήσεις αναλγησίας. Για όλες τις γυναίκες, η επιτροπή συμφώνησε ότι οποιαδήποτε μετεγχειρητική αναλγησία θα πρέπει να είναι κατάλληλη για χρήση κατά τη διάρκεια του θηλασμού, όμως θα πρέπει να ενημερώνονται για τυχόν δυσμενείς επιπτώσεις στο μωρό τους.

Η Επιτροπή συμφώνησε να διατηρήσει την προηγούμενη σύσταση του NICE για την προσφορά διαμορφίνης (που χορηγείται ραχιαία ή μέσω επισκληριδίου) για γυναίκες που έχουν περιοχική αναισθησία. Η ραχιαία ή επισκληριδίου χορήγηση διαμορφίνης με αυτόν τον τρόπο μειώνει την ανάγκη για πρόσθετα οπιοειδή και άλλα φάρμακα έκτακτης ανάγκης κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης και παραμένει αποτελεσματική για έως και 12 ώρες (όταν ο πόνος είναι πιθανό να είναι πιο σοβαρός). Η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν ήταν απαραίτητο να καθοριστεί εύρος δόσεων για τη

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

διαμορφίνη. Η Επιτροπή είχε υπόψη της στοιχεία που υποδεικνύουν ένα ανώτατο όριο στις δόσεις νευροαξονικών οπιοειδών, πάνω από το οποίο δεν υπάρχει πλέον αναλγητική επίδραση, αλλά αυξημένος κίνδυνος παρενεργειών. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μία μέγιστη ραχιαία χορήγηση δόσης 300 μικρογραμμαρίων και μία μέγιστη επισκληρίδιος δόση 3 mg θεωρούνται επαρκείς. Αυτές είναι οι δόσεις που προτείνει η Ένωση Αναισθησιολόγων Μαιευτικής (Obstetric Anaesthetists' Association) του Ηνωμένου Βασιλείου και χρησιμοποιούνται στην τρέχουσα κλινική πρακτική. Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, και με βάση την κλινική κρίση, οι αναισθησιολόγοι μπορούν να επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν εναλλακτικές δόσεις ραχιαίας χορήγησης ή επισκληρίδιας διαμορφίνης.

Λόγω των ενδεχόμενων περιοδικών ελλείψεων διαμορφίνης, η Επιτροπή συμφώνησε ότι η συντηρητική μορφίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εναλλακτική λύση και ότι η συμβουλή για αυτήν την εναλλακτική λύση θα παρέχει σαφή καθοδήγηση που να μπορούν να ακολουθήσουν οι επαγγελματίες υγείας σε αυτήν την περίπτωση. Αυτό θα μειώσει την πιθανότητα να δίνονται λανθασμένα παρασκευάσματα ή δόσεις μορφίνης προς υποκατάσταση της διαμορφίνης. Ελλείπει διαμορφίνης, στην Κύπρο χρησιμοποιείται μορφίνη χωρίς συντηρητικά και οι αντίστοιχες συστάσεις έτυχαν ανάλογης προσαρμογής. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η φαιντανύλη έχει ταχεία έναρξη δράσης και θα βοηθήσει στην ταχεία ανακούφιση από τον πόνο, έως ότου η μορφίνη που έχει χορηγηθεί ραχιαία επιδράσει πλήρως. Η δόση της ενδοραχιαίας χορήγησης μορφίνης μαζί με φαιντανύλη και η δόση της επισκληρίδιας χορήγησης μορφίνης βασίζονται σε αυτές που συνιστά η Ένωση Αναισθησιολόγων Μαιευτικής (Obstetric Anaesthetists' Association). Σε μεμονωμένες περιπτώσεις, και με βάση την κλινική κρίση, οι αναισθησιολόγοι μπορούν να επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν εναλλακτικές δόσεις αυτών των φαρμάκων.

Η Επιτροπή γνώριζε ότι η νευροαξονική μορφίνη είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε παρενέργειες, σε σχέση με τη νευροαξονική διαμορφίνη, και, ως εκ τούτου, συνέστησε ότι οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυτές ενδέχεται να χρειάζονται αντιμετώπιση για τη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων. Με βάση τα σχόλια των ενδιαφερομένων μερών, η Επιτροπή προχώρησε σε πρόσθετη σύσταση σχετικά με την ασφαλή

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

αποθήκευση και χρήση της μορφίνης χωρίς συντηρητικά, ιδιαίτερα σε χώρους όπου διατίθενται τόσο μορφίνη χωρίς συντηρητικά όσο και μορφίνη με συντηρητικά.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι στις γυναίκες που λαμβάνουν περιοχική αναισθησία θα πρέπει να προσφέρεται θειική μορφίνη από το στόμα, καθώς τα επιστημονικά δεδομένα έδειξαν ότι είναι αποτελεσματική.

Τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την ανακούφιση των γυναικών από τον πόνο μετά από γενική αναισθησία ήταν περιορισμένα, αλλά η Επιτροπή συμφώνησε ότι η ενδοφλέβια αναλγησία, ελεγχόμενη από την ασθενή (PCA), χρησιμοποιώντας μορφίνη θα πρέπει να προσφέρεται, καθώς αυτές οι γυναίκες πιθανότατα θα έχουν υψηλότερα επίπεδα πόνου. Οι απαιτήσεις παρακολούθησης των γυναικών και των ατόμων που λαμβάνουν μορφίνη μέσω PCA, περιλαμβάνουν πλέον τη μέτρηση κορεσμού οξυγόνου μέσω παλμικού οξυμέτρου, καθώς αυτή είναι μία από τις μεθόδους παρακολούθησης της αναπνευστικής λειτουργίας που χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με την αξιολόγηση του αναπνευστικού ρυθμού και του επιπέδου συνείδησης. Εάν η μορφίνη μέσω PCA δεν είναι αποδεκτή από τη γυναίκα, τότε η από του στόματος μορφίνη θα πρέπει να θεωρείται ως μία λιγότερο επεμβατική εναλλακτική λύση.

Από τις γνώσεις και την εμπειρία τους, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι η παρακεταμόλη και ένα μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες φάρμακο (ΜΣΑΦ), όπως η ιβουπροφαίνη, θα πρέπει να προσφέρονται σε συνδυασμό σε όλες τις γυναίκες, για να περιοριστεί η ποσότητα οπιοειδών που χρειάζονται και να επιτραπεί η διακοπή των τελευταίων. Με βάση τα επιστημονικά δεδομένα για τα οφέλη της διαχείρισης του πόνου σε σταθερά χρονικά διαστήματα, η Επιτροπή συνέστησε, όπως αυτά συνταγογραφούνται να λαμβάνονται τακτικά, ώστε να διατηρηθεί ο καλός έλεγχος του πόνου, προτιμώντας αυτή την προσέγγιση, σε σχέση με τη χορήγησή τους κατά την εμφάνιση του πόνου, η οποία συνδέθηκε με χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις γυναίκες.

Μερικές γυναίκες θα έχουν αντενδείξεις στη χορήγηση ΜΣΑΦ (για παράδειγμα, φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, πεπτικό έλκος ή προεκλαμψία) και δεν θα ανακουφίζονται επαρκώς από τον πόνο μόνο με τη λήψη παρακεταμόλης. Με βάση

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

την εμπειρία της, η Επιτροπή πρότεινε, ως εναλλακτική λύση, τον συνδυασμό διυδροκωδεΐνης και παρακεταμόλης (co-dydramol), καθώς αυτά είναι επίσης κατάλληλα για χρήση κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της οξυκωδόνης και κάποια για την τραμαδόλη, αλλά η Επιτροπή γνώριζε ότι και τα δύο αυτά φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν σοβαρής μορφής μείωση του επιπέδου συνείδησης στα νεογνά και καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας, εάν χρησιμοποιηθούν κατά το θηλασμό. Ωστόσο, σε γυναίκες με έντονο πόνο, η Επιτροπή συμφώνησε ότι η θα μπορούσε να εξεταστεί η χορήγηση τραμαδόλης ή οξυκωδόνης για βραχύ χρονικό διάστημα, εφόσον η γυναίκα ενημερωθεί για τους κινδύνους και επιλέξει να χρησιμοποιήσει αυτά τα φάρμακα. Η διάρκεια της χορήγησης δεν καθορίστηκε, καθώς δεν υπήρχαν δεδομένα για συγκεκριμένη περίοδο ή δοσολογία.

Η Επιτροπή γνώριζε ότι υπήρχαν γενικές συστάσεις στο Βρετανικό Εθνικό Συνταγολόγιο (British National Formulary) σχετικά με τη χρήση οπιοειδών σε γυναίκες που θηλάζουν και τις συμπεριέλαβε ως μέρος των συστάσεων. Η ΤΕΕ γνώριζε επίσης, από τους ειδικούς φορείς ασφάλειας φαρμάκων της Κύπρου και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), για τον κίνδυνο σοβαρής καταστολής του νεογνού και της αναπνευστικής του λειτουργίας, όταν γίνεται χρήση κωδεΐνης σε ορισμένες γυναίκες. Εξαιτίας αυτού, τα μέλη της ΤΕΕ συνέστησαν να μη χρησιμοποιείται η κωδεΐνη ή τα φάρμακα που περιέχουν κωδεΐνη (όπως το φάρμακο co-codamol), και να αποτρέπονται οι γυναίκες από το να χρησιμοποιούν φάρμακα που περιέχουν κωδεΐνη ενώ θηλάζουν.

Με βάση τις γνώσεις και την εμπειρία της, η Επιτροπή συνέστησε τη συνταγογράφηση αντιεμετικών, εφόσον χρειάζονται, για την αντιμετώπιση της ναυτίας και του εμέτου, και την εξέταση του ενδεχομένου χορήγησης υπακτικών για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας.

Πώς οι συστάσεις ενδέχεται να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική

Οι συστάσεις αυτές συνάδουν με την τρέχουσα πρακτική και δεν αναμένεται να έχουν αντίκτυπο στους χρησιμοποιούμενους/υφιστάμενους πόρους.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

Η αντιμετώπιση των πιθανών παρενεργειών της μορφίνης δεν αναμένεται να έχει αντίκτυπο στους χρησιμοποιούμενους/υφιστάμενους πόρους, καθώς δεν θα επηρεαστούν όλες οι γυναίκες, ορισμένες γυναίκες θα λάβουν ούτως ή άλλως αντιεμετικά μετά από καισαρική τομή και τα φάρμακα είναι γενόσημα.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι συστάσεις για τη μετεγχειρητική διαχείριση του πόνου θα ενισχύσουν την τρέχουσα πρακτική. Ωστόσο, μπορεί να υπάρξει μείωση της χρήσης ενδοφλέβιων οπιοειδών μέσω PCA για τη διαχείριση του πόνου μετά από καισαρική τομή και αύξηση της χρήσης μορφίνης από του στόματος. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι συστάσεις σχετικά με τη διυδροκωδεΐνη και τα φάρμακα που περιέχουν κωδεΐνη θα παρέχουν μεγαλύτερη σαφήνεια και θα αυξήσουν την ασφάλεια.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

Πλαίσιο

Αυτή είναι μια προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας του NICE «[NG192] Τοκετός με καισαρική τομή» στο σύστημα υγείας της Κύπρου. Η κατευθυντήρια οδηγία NG192 καλύπτει το πότε πρέπει να προσφέρουμε καισαρική τομή, τη συζήτηση για τον τοκετό με καισαρική τομή, τις διαδικαστικές πτυχές της επέμβασης και τη φροντίδα μετά από καισαρική τομή. Στοχεύει στη βελτίωση της συνέπειας και της ποιότητας της φροντίδας για τις γυναίκες που σκέφτονται να γεννήσουν με καισαρική τομή ή είχαν προηγούμενη καισαρική τομή και είναι ξανά έγκυες. Η κατευθυντήρια οδηγία απευθύνεται στους/στις επαγγελματίες υγείας, στους/στις παρόχους υγείας, καθώς και στις εγκύους, τις οικογένειες τους και τους ανθρώπους που τις φροντίζουν.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Πληροφορίες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας

Η φροντίδα σας

Είναι δικαίωμά σας να συμμετέχετε σε αποφάσεις σχετικές με τις διαθέσιμες επιλογές που αφορούν τη φροντίδα σας. Για να αποφασίσετε, πρέπει να ξέρετε ποιες είναι οι επιλογές σας και τι μπορεί να συμβεί εάν δεν θέλετε αγωγή ή φροντίδα.

Λάβετε πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε:

- πριν δείτε τον/την επαγγελματία υγείας/περίθαλψης
- όταν δείτε τον/την επαγγελματία υγείας/περίθαλψης
- όταν εμπλέκονται άλλα άτομα
- όταν δεν μπορείτε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας.

Κοινή λήψη αποφάσεων

Η κοινή λήψη αποφάσεων είναι το αποτέλεσμα συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με τους/τις ασθενείς. Σας βάζει στο επίκεντρο των αποφάσεων σχετικά με τη δική σας θεραπεία και φροντίδα.

Αυτό σημαίνει ότι:

- συζητούνται διαφορετικές επιλογές που έχει στη διάθεσή του ο/η ασθενής
- οι επιλογές φροντίδας ή θεραπείας διερευνώνται πλήρως, μαζί με τους κινδύνους και τα οφέλη
- οι ασθενείς λαμβάνουν απόφαση σε συνεργασία με τον/τη δικό/ή τους επαγγελματία υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Διάρκεια του πρώτου σταδίου

1. Ενημερώστε τις γυναίκες ότι ενώ η διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού ποικίλλει μεταξύ των γυναικών:
 - Στην πρωτότοκο διαρκεί κατά μέσο όρο 8 ώρες και είναι απίθανο να διαρκέσει πάνω από 18 ώρες
 - Στη δευτερότοκο και σε οποιοδήποτε επόμενο τοκετό, διαρκεί κατά μέσο όρο 5 ώρες και είναι απίθανο να διαρκέσει πάνω από 12 ώρες.
2. Μην προσφέρετε ή προτείνετε κλινική παρέμβαση, εάν ο τοκετός εξελίσσεται κανονικά και η γυναίκα και το έμβρυο είναι καλά.
3. Σε όλα τα στάδια του τοκετού, εάν οι γυναίκες έχουν ξεφύγει από το φυσιολογικό πλάνο φροντίδας λόγω της ανάπτυξης επιπλοκών, μπορούν να επιστρέψουν σε αυτό σε περίπτωση που αντιμετωπισθεί η οποιαδήποτε επιπλοκή.

Παρεμβάσεις στο πρώτο στάδιο

4. Μην διενεργείτε συστηματικά αμνιοτομή (τεχνητή ρήξη θηλακίου) σε φυσιολογικά εξελισσόμενο τοκετό.
5. Μην χρησιμοποιείτε συστηματικά συνδυασμό πρώιμης αμνιοτομής με χρήση ωκυτοκίνης.

Καθυστέρηση στο πρώτο στάδιο

6. Εάν υπάρχει υποψία καθυστέρησης στο ενεργό πρώτο στάδιο, λάβετε υπόψη τα ακόλουθα:
 - αριθμός προηγούμενων τοκετών
 - διαστολή του τραχήλου της μήτρας και ρυθμός εξέλιξης
 - συσπάσεις της μήτρας

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- ύψος και θέση του προβάλλουσας μοίρας.

Προσφέρετε στη γυναίκα υποστήριξη, ενυδάτωση, όπως και κατάλληλη και αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο.

7. Εάν υπάρχει υποψία καθυστέρησης στο πρώτο στάδιο, αξιολογήστε όλες τις πτυχές της προόδου στον τοκετό κατά τη διάγνωση της καθυστέρησης, συμπεριλαμβανομένων:

- διαστολή του τραχήλου της μήτρας μικρότερη από 2 cm σε 4 ώρες σε πρωτότοκο
- διαστολή τραχήλου της μήτρας μικρότερη από 2 cm σε 4 ώρες ή επιβράδυνση της προόδου του τοκετού σε δευτερότοκο ή επόμενο τοκετό
- κάθοδο και περιστροφή του κεφαλής του εμβρύου
- αλλαγές στην ένταση, στη διάρκεια και στη συχνότητα των συσπάσεων της μήτρας.

8. Εάν υπάρχει υποψία καθυστέρησης στο πρώτο στάδιο του τοκετού, συζητήστε τα ευρήματα και τις διαθέσιμες επιλογές με τη γυναίκα και υποστηρίξτε την απόφασή της.

9. Προσφέρετε σε όλες τις γυναίκες με καθυστέρηση στο πρώτο στάδιο τοκετού υποστήριξη και αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο.

10. Συμβουλευστε όλες τις γυναίκες με υποψία καθυστέρησης στο πρώτο στάδιο του τοκετού, να δεχτούν κολπική εξέταση μετά από 2 ώρες και διαγνώστε καθυστέρηση, εάν η εξέλιξη της διαστολής είναι μικρότερη από 1 cm.

11. Εάν διαγνωστεί καθυστέρηση στο πρώτο στάδιο του τοκετού, εξετάστε το ενδεχόμενο αμνιοτομής για όλες τις γυναίκες με άθικτες μεμβράνες, μετά από επεξήγηση της διαδικασίας και συμβουλευστε ότι θα συντομεύσει τον τοκετό κατά περίπου μία ώρα και μπορεί να αυξήσει τη ένταση και τον πόνο των συσπάσεων.

12. Μην προτείνετε τη μεταφορά σε αίθουσα τοκετού μόνο για αμνιοτομή.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

13. Μετά την αμνιοτομή, προτείνεται στη γυναίκα να γίνει επαναληπτική κολπική εξέταση μετά από 2 ώρες.
14. Εάν δεν υπάρξει πρόοδος 2 ώρες μετά την αμνιοτομή, διαγνώστε καθυστέρηση και διευθετήστε μεταφορά της γυναίκας σε αίθουσα τοκετού. Λάβετε υπόψη ότι η παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου (πέραν της καθυστέρησης) μπορεί να αυξήσει τον επείγοντα χαρακτήρα της μεταφοράς.
15. Για όλες τις γυναίκες με επιβεβαιωμένη καθυστέρηση στο πρώτο στάδιο του τοκετού, ένας/μία μαιευτήρας θα πρέπει να προσφέρει πλήρη αξιολόγηση. Η μαιευτική αυτή αξιολόγηση θα πρέπει να περιλαμβάνει ψηλάφηση κοιλιάς και κολπική εξέταση, ενώ θα συνεκτιμηθεί και η χρήση της ωκυτοκίνης.
16. Συζητήστε τη χρήση της ωκυτοκίνης με τη γυναίκα και πάρτε απόφαση μαζί της σχετικά με τη χρήση της. Εξηγήστε ότι:
 - η επιλογή της να ξεκινήσει, να σταματήσει ή να ξαναρχίσει την ωκυτοκίνη θα υποστηριχθεί
 - η χρήση ωκυτοκίνης μετά από αυτόματη ή προκλητή ρήξη των μεμβρανών θα επισπεύσει την ώρα του τοκετού, αλλά δεν θα επηρεάσει τον τρόπο του τοκετού ή τις εκβάσεις στο νεογνό
 - η ωκυτοκίνη θα αυξήσει τη συχνότητα και την ένταση των συσπάσεων - η χρήση της προϋποθέτει συνεχή παρακολούθηση των συσπάσεων και του εμβρυικού καρδιακού ρυθμού με τον καρδιοτοκογράφο
 - η ωκυτοκίνη μπορεί να προκαλέσει υπερδιέγερση, η οποία μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα παροδικής υποξίας του εμβρύου και, εάν εμφανιστεί υπερδιέγερση, η δόση θα μειωθεί ή θα διακοπεί.
17. Προσφέρετε στη γυναίκα επισκληρίδιο αναισθησία πριν ξεκινήσει η ωκυτοκίνη ή αν το ζητήσει σε μεταγενέστερο στάδιο.
18. Κατά την έναρξη της ενδοφλέβιας ωκυτοκίνης στο πρώτο στάδιο του τοκετού:

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- μην ξεκινάτε τη χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών χωρίς κλινική ένδειξη (για παράδειγμα, όταν η γυναίκα δεν πίνει, είναι αφυδατωμένη ή είναι υποτασική)
 - παρακολουθήστε το ισοζύγιο υγρών.
19. Εάν η ωκυτοκίνη χρησιμοποιηθεί στο πρώτο στάδιο του τοκετού, βεβαιωθείτε ότι ο χρόνος μεταξύ των αυξήσεων της δόσης δεν είναι συχνότερος από 30 λεπτά. Αυξήστε την ωκυτοκίνη μέχρι να υπάρξουν 3 έως 4 συσπάσεις σε χρονικό διάστημα 10 λεπτών.
20. Χρησιμοποιήστε την ωκυτοκίνη στον τοκετό με προσοχή. Εάν η γυναίκα παρουσιάζει περισσότερες από 4 συσπάσεις μέσα σε χρονικό διάστημα 10 λεπτών, μειώστε ή σταματήστε την ωκυτοκίνη μέχρι η γυναίκα να έχει 4 ή λιγότερες συσπάσεις σε χρονικό διάστημα 10 λεπτών.
50. Η ωκυτοκίνη πρέπει να διακόπτεται αμέσως, εάν το καρδιοτοκογράφημα δείξει παθολογικά ευρήματα, και να ζητηθεί επείγουσα εκτίμηση από ιατρό μαιευτήρα ή έμπειρη/ο μαία/μαιευτή.
51. Εξετάστε το ενδεχόμενο επανέναρξης της ωκυτοκίνης στο πρώτο στάδιο του τοκετού εάν:
- έχει πραγματοποιηθεί μαιευτική εκτίμηση και το καρδιοτοκογράφημα δεν είναι πλέον παθολογικό
 - η γυναίκα συμφωνεί ότι μπορεί να επαναχορηγηθεί.
- Βασίστε τη δόση κατά την επανέναρξη σε πλήρη κλινική αξιολόγηση, λαμβάνοντας υπόψη την προηγούμενη δόση.
52. Προτείνετε στη γυναίκα να γίνει κολπική εξέταση 4 ώρες αφού η έγχυση ωκυτοκίνης έχει οδηγήσει σε τακτικές συσπάσεις στον εγκατεστημένο τοκετό:
- εάν η διαστολή του τραχήλου της μήτρας έχει αυξηθεί κατά λιγότερο από 2 cm μετά από 4 ώρες χορήγησης ωκυτοκίνης, απαιτείται μαιευτική

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

εκτίμηση για να εκτιμηθεί κατά πόσον συστήνεται ο τοκετός με καισαρική τομή

- εάν η διαστολή του τραχήλου της μήτρας έχει αυξηθεί κατά 2cm ή περισσότερο, προτείνετε κολπική εξέταση ανά 4ωρο.
53. Εάν η ωκυτοκίνη ξαναξεκινήσει στο πρώτο στάδιο του τοκετού, βασίστε το χρονοδιάγραμμα της επόμενης κολπικής εξέτασης σε κλινική αξιολόγηση της γυναίκας και των εξατομικευμένων συνθηκών.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Η χρήση παλμικών οξυμέτρων (πληροφορίες για επαγγελματίες υγείας)

Πληροφορίες για επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον τρόπο ρύθμισης των παλμικών οξυμέτρων, την οικιακή χρήση και ζητήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν κατά τη χρήση τους.

Παλμικά οξυμέτρα και γιατί χρησιμοποιούνται

Η παλμική οξυμετρία είναι μια καθιερωμένη μη επεμβατική τεχνική που χρησιμοποιείται στην υγειονομική περίθαλψη για τη μέτρηση του επιπέδου οξυγόνου στο αίμα ενός/μίας ασθενούς. Αυτή η μέτρηση μπορεί να βοηθήσει στην έγκαιρη ανίχνευση σημείων επιδείνωσης. Η τιμή που παράγεται είναι μόνο ένα μέρος του εύρους των μετρήσεων που χρησιμοποιούν οι κλινικοί γιατροί για να αποφασίσουν την καταλληλότερη θεραπεία. Οι διακυμάνσεις στην τιμή κορεσμού οξυγόνου μπορεί να είναι πιο σημαντικές από τον αριθμό που καταγράφεται.

Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ακρίβεια των παλμικών οξυμέτρων

- χρώμα δέρματος
- χαμηλή αιμάτωση
- κίνηση
- βερνίκι νυχιών
- βαφή χέννας
- τατουάζ
- λανθασμένη τοποθέτηση ανιχνευτή
- φωτισμός περιβάλλοντος που χτυπά τον αισθητήρα

Η σχετική μεταβολή στις μετρήσεις ενός/μίας ασθενούς μπορεί να έχει μεγαλύτερη κλινική σημασία από την απόλυτη τιμή. Δεν είναι γνωστά περιστατικά όπου το χρώμα του δέρματος είχε αρνητική επίδραση στη χρήση παλμικών οξυμέτρων κατά την παροχή αποτελεσματικής κλινικής φροντίδας.

Συμβουλές για κλινικούς ιατρούς που ερμηνεύουν μετρήσεις παλμικής οξυμετρίας σε αισθητήρες SpO₂ και αυτόνομες συσκευές δακτύλων

- Χρησιμοποιήστε μια κατάλληλη συσκευή και βεβαιωθείτε ότι εφαρμόζει με ασφάλεια (πολύ σφιχτή τοποθέτηση προκαλεί συστολή, πολύ χαλαρή τοποθέτηση αφήνει το φως να εισέλθει). Λάβετε υπόψη τα ακόλουθα:
 - Επικάλυψη νυχιών. Όπου είναι δυνατόν, αφαιρέστε το βερνίκι νυχιών, ελέγξτε για ψεύτικα νύχια ή εξετάστε ένα εναλλακτικό μέρος τοποθέτησης του αισθητήρα.
- Η κακή κυκλοφορία του περιφερικού αίματος μπορεί να μειώσει τον αρτηριακό παλμό, καθιστώντας δύσκολη τη λήψη ενός σήματος. Καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από κακή κυκλοφορία του περιφερικού αίματος περιλαμβάνουν:
 - Υποογκαιμία
 - Λοίμωξη του αναπνευστικού
 - Καρδιακή ανεπάρκεια
 - Αρρυθμίες
 - Περιφερική αγγειακή νόσος και
 - Θέση όπου τοποθετείται η περιχειρίδα για τη μη επεμβατική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.
- Υπέρχρωση του δέρματος (μπορεί να προκαλέσει υπερεκτίμηση των κορεσμών SpO₂)
 - Εξετάστε τις σχετικές αλλαγές στις μετρήσεις του/της ασθενούς, καθώς και το αριθμητικό αποτέλεσμα.
- Οι βαφές, το μελάνι χέννας ή τα τατουάζ μπορεί να επηρεάσουν την απορρόφηση του φωτός και τα παραγόμενα αποτελέσματα.
- Καθαρίστε και συντηρήστε τις συσκευές, σύμφωνα με τις συστάσεις του κατασκευαστή.
- Αντικαταστήστε κατεστραμμένες ή ελαττωματικές συσκευές.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

- Σε περιβάλλον μαγνητικής τομογραφίας, χρησιμοποιήστε μόνο ανιχνευτές που έχουν χαρακτηριστεί ως MR CONDITIONAL ή MR SAFE.

Προειδοποίηση για την ασφάλεια των ασθενών

Κίνδυνος βλάβης από ακατάλληλη τοποθέτηση ανιχνευτών παλμικού οξυμέτρου.

Η μέτρηση του κορεσμού οξυγόνου, χρησιμοποιώντας έναν αισθητήρα παλμικού οξυμέτρου, πραγματοποιείται συνήθως ως μέρος των ζωτικών σημείων των ασθενών κατά τη διάρκεια της διάγνωσης και της συνεχούς παρακολούθησης.

Οι ανιχνευτές οξυμέτρου μπορούν να είναι μίας ή πολλαπλής χρήσης και έχουν σχεδιαστεί για να συνδέονται με συγκεκριμένα μέρη του σώματος. Οι ανιχνευτές οξυμέτρου ενηλίκων μπορούν να συνδεθούν είτε σε ένα δάχτυλο είτε σε ένα αυτί, αλλά δεν είναι εναλλάξιμοι μεταξύ αυτών των θέσεων, ενώ οι ανιχνευτές για μωρά και παιδιά πρέπει να επιλέγονται ανάλογα με το βάρος του/της ασθενούς.

Εάν ένας αισθητήρας οξυμέτρου που προορίζεται για το δάχτυλο είναι προσαρτημένος στο αυτί (ή αντίστροφα) ή ένας αισθητήρας που προορίζεται για ενήλικα είναι προσαρτημένος σε ένα μωρό ή ένα παιδί (ή αντίστροφα), μπορεί να παράγει μια ένδειξη έως και 50% χαμηλότερη ή 30% υψηλότερη από την πραγματική τιμή. Η κλινική επίπτωση ανακριβούς υψηλής τιμής είναι ότι το προσωπικό μπορεί να καθυστερήσει ψευδώς για την κατάσταση του/της ασθενούς, όταν στην πραγματικότητα ο/η ασθενής επιδεινώνεται, ή μπορεί να κάνει μία ακατάλληλη παρέμβαση, όταν στην πραγματικότητα ο/η ασθενής είναι σταθερός/ή ή βελτιώνεται.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Πρόκληση τοκετού σε γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή

Συζητήστε τις μεθόδους πρόκλησης τοκετού με μια γυναίκα με προηγηθείσα καισαρική τομή, ώστε να μπορεί να λάβει συνειδητή απόφαση σχετικά με την καταλληλότερη επιλογή. Η συζήτηση θα πρέπει να καλύπτει τα ακόλουθα:

- η πρόκληση τοκετού μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο επείγουσας καισαρικής τομής
- η πρόκληση τοκετού μπορεί να οδηγήσει σε κίνδυνο ρήξης της μήτρας
- την καταλληλότητα των μηχανικών μεθόδων πρόκλησης, συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου λοίμωξης
- τους κινδύνους και τις συνέπειες του τοκετού με καισαρική τομή, συμπεριλαμβανομένης τόσο της βραχυπρόθεσμης όσο και της μακροπρόθεσμης νοσηρότητας.

Εάν ο τοκετός πρέπει να επισπευσθεί, προσφέρετε στις γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή την επιλογή:

- πρόκλησης τοκετού, ή
- προγραμματισμένης καισαρικής τομής

Λάβετε υπόψη τις συνθήκες και τις προτιμήσεις της γυναίκας και καταγράψτε τις συζητήσεις και το πλάνο στον ιατρικό φάκελο της γυναίκας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Right-Ad@pt checklist
για την Κλινική Κατευθυντήρια Οδηγία
Καισαρική Τομή

A/A	Παράμετρος εργαλείου Right Ad@pt	Σχόλια / Απάντηση
1	Η έννοια «προσαρμογή» για την κατευθυντήρια οδηγία περιέχεται στον τίτλο	ΝΑΙ - Περιέχεται στη σελίδα τίτλου
2	Στον τίτλο περιγράφεται το θέμα/εστίαση/σκοπός της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ - Περιέχεται
3	Αναφορά των αντίστοιχων ημερομηνιών δημοσίευσης και βιβλιογραφικής αναζήτησης της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Ημερομηνία δημοσίευσης: 05/2025 ΝΑΙ – Τελευταίο evidence review – 30/1/2024
4	Περιγραφή του φορέα ανάπτυξης και της χώρας/περιοχής της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Φορέας ανάπτυξης είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και η προσαρμογή έγινε για το σύστημα υγείας της Κύπρου
5	Παροχή περίληψης των συστάσεων που περιέχονται στην προσαρμοσμένη κατευθυντήριας οδηγίας	ΟΧΙ – Δεν ισχύει. Η μορφή της προσαρμοσμένης οδηγίας είναι η ίδια με την αρχική οδηγία (του οργανισμού NICE) και δεν περιλαμβάνει περίληψη των συστάσεων.
6	Καθορισμός όρων κλειδιών και παροχή λίστας ακρωνυμίων (όπου ισχύει)	ΟΧΙ – Δεν παρουσιάζονται όροι κλειδιά. ΝΑΙ – Λίστα ακρωνυμίων: 1. 2D - Δισδιάστατο 2. AIP - Abnormally Invasive Placenta 3. HIV - Human Immunodeficiency Virus 4. HSV - Herpes Simplex Virus 5. IU – International Units 6. NHS – National Health Service 7. PCA - Patient Controlled Analgesia 8. ΔΜΣ – Δείκτης Μάζας Σώματος 9. ΜΣΑΦ - Μη Στεροειδές Αντιφλεγμονώδες Φάρμακο

Προσαρμογή κατευθυντήριας οδηγίας NG192 του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) «Caesarean birth» στο σύστημα υγείας της Κύπρου

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

		10. ΤΕΕ – Τεχνική Επιτροπή Ειδικών
7	Στοιχεία επικοινωνίας του φορέα ανάπτυξης της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Κλήμεντος 17-19, 1061 Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία Επικοινωνία - τηλ: 22557200 Επικοινωνία – ηλ. ταχ: hioguidelines@hio.org.cy
8	Αναφορά του ονόματος και του έτους δημοσίευσης της πηγής της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, παροχή αναφοράς(ών) και ενημέρωση εάν έγινε επικοινωνία των συγγραφέων	ΝΑΙ - Έτος δημοσίευσης αρχικής οδηγίας: 2021 ΝΑΙ - Έτος επικαιροποίησης αρχικής οδηγίας: 2024 ΝΑΙ – Η προσαρμογή της οδηγίας NG192 γίνεται στο πλαίσιο του της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον οργανισμό NICE. Στα πλαίσια αυτής της συνεργασίας ο ΟΑΥ εξασφάλισε τα δικαιώματα προσαρμογής της συγκεκριμένης οδηγίας
9	Παροχή των βασικών επιδημιολογικών πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα (συμπεριλαμβανομένου του σχετικού φορτίου), τα ζητήματα που αφορούν τα συστήματα υγείας, και σημειώστε τυχόν σχετικές διαφορές σε σύγκριση με τις αρχικές κατευθυντήριες οδηγίες.	ΝΑΙ – Βασικές επιδημιολογικές πληροφορίες για την καισαρική τομή στην Ευρώπη και στην Κύπρο περιγράφονται τόσο εντός της οδηγίας (1.1.2) όσο και στο Score. ΝΑΙ – Στην προσαρμοσμένη οδηγία, στο σημείο 1.2.2. αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα για την Κύπρο και την Ευρώπη ενώ στην αρχική οδηγία αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο. Αντιστοίχως, στο Score, αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα από την Ευρώπη και την Κύπρο.
10	Περιγραφή του/των σκοπού/ών της προσαρμοσμένης οδηγίας, των επί μέρους στόχων και σημείωση οποιωνδήποτε διαφορών σε σύγκριση με της πηγής της οδηγίας	ΝΑΙ – Ο σκοπός και στόχοι της οδηγίας αναφέρεται στο τμήμα «Σύνοψη» της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας. ΝΑΙ – Δεν υπήρχαν διαφορές στο σκοπό και τους στόχους της προσαρμοσμένης οδηγίας σε σύγκριση με του σκοπούς/στόχους της αρχικής
11	Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου και των υπο-ομάδων (όπου ισχύει) στους οποίους αναφέρεται η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία και σημείωση οποιωνδήποτε	ΝΑΙ – Η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία αναφέρεται στις γυναίκες και στις εγκύους που σκέφτονται να γεννήσουν με καισαρική τομή ή είχαν γεννήσει με καισαρική τομή στο παρελθόν και είναι τώρα ξανά έγκυες

Προσαρμογή κατευθυντήριας οδηγίας NG192 του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περιθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) «Caesarean birth» στο σύστημα υγείας της Κύπρου

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

	διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	ΟΧΙ – Ο πληθυσμός στόχος δεν διαφοροποιείται από την πρωτότυπη οδηγία.
12	Περιγραφή των τελικών χρηστών του οποίους στοχεύει η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία και σημείωση οποιωνδήποτε διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία.	<p>ΝΑΙ – Στο τμήμα «Σε ποιους/ες απευθύνεται;» της προσαρμοσμένης οδηγίας, περιγράφονται οι τελικοί χρήστες στους οποίους στοχεύει η προσαρμοσμένη οδηγία.</p> <p>ΝΑΙ – Οι χρήστες της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας διαφοροποιούνται σε σχέση με την αρχική οδηγία για την καλύτερη προσαρμογή στα κυπριακά δεδομένα και στον σκοπό της κατευθυντήριας οδηγίας: η έννοια «Commissioners» προσαρμόζεται «Παρόχους υπηρεσιών υγείας». Οι όροι «επαγγελματίες υγείας και γυναίκες και άτομα που εγκυμονούν, τις οικογένειες τους και τα άτομα που τις φροντίζουν παραμένουν όπως και στην αρχική οδηγία.</p>
13	Περιγραφή του/των περιβάλλοντος/των εφαρμογή στα οποία προορίζεται η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία και σημείωση οποιωνδήποτε διαφορών σε σύγκριση με της πηγή της οδηγίας	<p>ΝΑΙ - Στο Scope περιγράφεται το περιβάλλον στο οποίο θα εφαρμόζεται η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία (Όλα τα περιβάλλοντα στα οποία παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο – Πρωτοβάθμια, στην Κοινότητα, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη).</p> <p>ΟΧΙ – Δεν υπάρχουν διαφορές στην περιγραφή του/των περιβάλλοντος/των εφαρμογής της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας σε σύγκριση με την πρωτότυπη οδηγία..</p>
14	Λίστα όλων όσοι συνέβαλαν στη προσαρμογή της κατευθυντήρια οδηγία και περιγραφή της διαδικασίας επιλογής τους και των αρμοδιοτήτων τους	<p>ΝΑΙ - Τα μέλη της ΤΕΕ είναι:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Δρ Ελισσαίου Αφροδίτη (Πρόεδρος) - Δρ Παπαδούρη Θάλεια (Αντιπρόεδρος) - Δρ Αργυρίδης Σάββας (Μέλος) - Δρ Βαβίλης Δημήτρης (Μέλος) - Δρ Όξινος Αντώνης (Μέλος) - Δρ Παντέχης Αβραάμ (Μέλος) - Δρ Ρήγα Παρασκευή (Μέλος) - Δρ Σπύρου Γιώργος (Μέλος)

		<ul style="list-style-type: none"> - Δρ Στυλιανίδης Κωνσταντίνος (Μέλος) - Δρ Ορφανίδη Ιόλη (Μέλος) - Δουκανάρη Γιώτα (Μέλος) - Λεοντίου Στέλλα (Μέλος) - Εμμανουέλα Μανώλη (Μέλος) <p>Η επιλογή τους έγινε κατόπιν εισήγησης τους από τα επίσημα επαγγελματικά σώματα (Αναισθησιολογική Εταιρεία Κύπρου, Παγκύπρια Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής Κύπρου, Παιδιατρική Εταιρεία Κύπρου, Εταιρεία Εμβρυικής Ιατρικής Κύπρου, Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών Κύπρου) και τον ΜΚΟ Birth Forward.</p>
15	Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε	ΝΑΙ – Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ακολούθησε τις αρχές του ADAPTE Framework
16	Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο επιλέχθηκε η πρωτότυπη οδηγία	Η οδηγία NG192 του οργανισμού NICE επιλέχθηκε στο πλαίσιο του της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον εν λόγω οργανισμό.
17	Καθορισμός των βασικών ερωτημάτων της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	<p>Τα βασικά ερωτήματα στα οποία η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία απαντά περιέχονται στο Score και αναφέρονται πιο κάτω:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Τεχνικές απεικόνισης (υπερηχογράφημα με έγχρωμη ροή και μαγνητική τομογραφία) για τη διάγνωση διεισδυτικού πλακούντα σε έγκυες γυναίκες με προηγούμενη καισαρική τομή και τρέχουσα διάγνωση προδρομικού πλακούντα. 2. Η διάγνωση διεισδυτικού πλακούντα μέσω τεχνικών απεικόνισης οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα για έγκυες γυναίκες με προηγούμενη καισαρική τομή και τρέχουσα διάγνωση προδρομικού πλακούντα; 3. Αποτελεσματικότητα της προγραμματισμένης καισαρικής τομής σε σύγκριση με τον κοιλιακό τοκετό για τη μείωση της μετάδοσης του ιού HIV από τη μητέρα στο παιδί σε έγκυες

		<p>γυναίκες με HIV, τόσο με χαμηλό όσο και με υψηλό ιικό φορτίο.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Κατάλληλη φροντίδα των γυναικών που ζητούν καισαρική τομή. 5. Κίνδυνοι και οφέλη της καισαρικής τομής σε σύγκριση με τον κοιλιακό τοκετό, τόσο για τις γυναίκες όσο και για τα βρέφη. 6. Αποτελεσματικότητα του προγραμματισμένου κοιλιακού τοκετού σε σύγκριση με την προγραμματισμένη καισαρική τομή στο τέλος της κύησης για τη βελτίωση των μητρικών και νεογνικών αποτελεσμάτων σε γυναίκες με προηγούμενη καισαρική τομή. 7. Η χορήγηση αντιβιοτικών στην αρχή της καισαρικής τομής αντί μετά την απολίνωση του ομφάλιου λώρου, βελτιώνει τα αποτελέσματα για τη μητέρα και το νεογνό; 8. Χρονικό διάστημα λήψης απόφασης για τοκετό με καισαρική τομή σε περιπτώσεις μητρικής ή εμβρυϊκής δυσχέρειας. 9. Τομείς που καλύφθηκαν στην κατευθυντήρια οδηγία του 2004 και δεν θα επικαιροποιηθούν: 10. Φροντίδα με επίκεντρο τη γυναίκα: παροχή πληροφοριών, συναίνεση για καισαρική τομή και κατάταξη επείγοντος. 11. Προγραμματισμένη καισαρική τομή: ισχιακή εμβρυϊκή προβολή, πολύδυμη κύηση, πρόωρος τοκετός, μικρό έμβρυο για την ηλικία κύησης, πρόβλεψη καισαρικής τομής λόγω δυσαναλογίας κεφαλής-λεκάνης κατά τον τοκετό, μετάδοση Ηπατίτιδας Β, Ηπατίτιδας C και έρπητα των γεννητικών οργάνων από τη μητέρα στο παιδί. 12. Παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα καισαρικής τομής κατά τη διάρκεια του τοκετού: τόπος τοκετού, παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα καισαρικής τομής. 13. Παράγοντες που δεν επηρεάζουν την πιθανότητα, καισαρικής τομής και
--	--	---

		<p>παρατεταμένου τοκετού και σίτιση κατά τον τοκετό.</p> <p>14. Διαδικαστικές πτυχές της καισαρικής τομής: χρόνος διενέργειας της προγραμματισμένης καισαρικής τομής, προεγχειρητικός έλεγχος και προετοιμασία, αναισθησία και χειρουργικές τεχνικές.</p> <p>15. Φροντίδα του νεογνού που γεννιέται με καισαρική τομή: παρουσία κατάλληλα εκπαιδευμένου επαγγελματία στον τοκετό με καισαρική, εγκεφαλοπάθεια/εγκεφαλική παράλυση, τραυματισμοί κατά τον τοκετό, θερμική φροντίδα, επαφή μητέρας-νεογνού (δέρμα με δέρμα) και θηλασμός.</p> <p>16. Φροντίδα της γυναίκας μετά την καισαρική τομή: συστηματική παρακολούθηση, αντιμετώπιση πόνου, έγκαιρη σίτιση και ενυδάτωση, αφαίρεση ουροκαθετήρα, αναπνευστική φυσικοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη, διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και επανεισαγωγή.</p> <p>17. Ανάρρωση μετά την καισαρική τομή.</p>
18	<p>Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο αναπτύχθηκαν/τροποποιήθηκαν και/ή προτεραιοποιήθηκαν τα βασικά ερωτήματα</p>	<p>Όλα τα ερωτήματα που υπήρχαν στην αρχική οδηγία αξιολογήθηκαν από την ΤΕΕ στην πρώτη προπαρασκευαστική συνεδρία ενώ συμπληρώθηκε και το εργαλείο AGREE για να εξακριβωθεί εάν υπήρχαν κενά στην αρχική οδηγία και αν υπάρχει ανάγκη για τροποποίηση ή προσθήκη νέων ερωτημάτων.</p>
19	<p>Τρόπος αξιολόγηση συστάσεων της πρωτότυπης οδηγίας</p>	<p>ΝΑΙ – Οι συστάσεις τις πρωτότυπης οδηγίας αξιολογήθηκαν μία προς μία από την ΤΕΕ. Κατόπιν συζήτησης και εφόσον υπήρχε επαρκής τεκμηρίωση έγιναν οι απαραίτητες τροποποιήσεις. Για κάποιες από τις συστάσεις γίνεται επιπλέον αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις». Εκεί περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο αναπτύχθηκαν οι συστάσεις της αρχικής οδηγίας και πως τροποποιήθηκαν ή υιοθετήθηκαν από τα μέλη της ΤΕΕ κατά την προσαρμογή.</p>

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

20	Τεκμηρίωση με βάση σε ερευνητικά δεδομένα από την πρωτότυπη πηγή και/ή επιπρόσθετα στοιχεία	ΝΑΙ – Στην ιστοσελίδα της αρχικής οδηγίας υπάρχει διαθέσιμη η απαραίτητη τεκμηρίωση για την κάθε σύσταση. Επιπλέον, εντός του αρχείου τις οδηγίας, στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» γίνεται αναλυτική αναφορά στο σκεπτικό για επιλογή της αρχικής σύστασης ή και της προσαρμογής της από την ΤΕΕ.
21	Τρόπος εύρεσης και αξιολόγησης νέων ερευνητικών δεδομένων, σε περίπτωση που χρησιμοποιήθηκαν	ΝΑΙ – Τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, προέκυψαν από ανασκόπηση της επιστημονική τεκμηρίωσης όπως αυτή αναφέρεται στην σελίδα της αρχικής οδηγίας .
22	Περιγραφή της προσέγγισης που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας του σώματος των επιστημονικών δεδομένων και της ισχύος της οδηγίας στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία και σημείωση οποιωνδήποτε διαφορών σε σύγκριση με της πηγή της οδηγίας	ΝΑΙ – Η προσέγγιση για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας των επιστημονικών δεδομένων περιγράφεται στη σελίδα της αρχικής οδηγίας και για ορισμένες συστάσεις γίνεται ενδελεχής αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις».
23	Περιγραφή των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την ΤΕΕ για την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας, κυρίως όσον αφορά στη διαμόρφωση των συστάσεων	<p>ΝΑΙ – Οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την ΤΕΕ περιγράφονται αναλυτικά στο Πλάνο Προσαρμογής που συμφωνήθηκε από τα μέλη της ΤΕΕ πριν την έναρξη της διαδικασίας προσαρμογής. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων περιγράφεται πιο κάτω:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οι αποφάσεις της ΤΕΕ λαμβάνονται κανονικά με συναίνεση των παρόντων μελών της επιτροπής. • Η ψηφοφορία θα χρησιμοποιείται μόνο για τη λήψη αποφάσεων σε εξαιρετικές περιπτώσεις. • Πριν από τη λήψη απόφασης για τη διεξαγωγή ψηφοφορίας, ο/η πρόεδρος εξετάζει, σε κάθε περίπτωση, κατά πόσον η συνέχιση της συζήτησης σε επόμενη συνεδρίαση είναι πιθανό να οδηγήσει σε συναίνεση. • Η ψηφοφορία είναι ανώνυμη και οι αποφάσεις θα παίρνονται από την

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

		<p>απλή πλειοψηφία των παρισταμένων μελών της επιτροπής.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Δικαίωμα ψήφου θα έχουν μόνο τα μέλη της επιτροπής που παρίστανται στη συνεδρίαση. Δεν υπάρχει ψήφος μέσω πληρεξουσίου. <p>Επιπλέον, όπου υπήρχε συζήτηση για την ανάπτυξη ή προσαρμογή συγκεκριμένης σύστασης γίνεται αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις».</p>
24	Αναφορά των συστάσεων και υπόδειξη εάν αυτές τροποποιήθηκαν, υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες	<p>ΝΑΙ – Γίνεται αναφορά των συστάσεων της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας</p> <p>ΝΑΙ – Στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» υποδεικνύεται εάν οι συστάσεις τροποποιήθηκαν, υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες σε σύγκριση με την αρχική οδηγία.</p>
25	Δήλωση της κατεύθυνσης και της ισχύος των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών στοιχείων και σημείωση οποιωνδήποτε διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	<p>ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μια συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η κατεύθυνση και η ισχύς των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών στοιχείων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.</p> <p>ΝΑΙ – Τυχόν σημαντικές διαφοροποιήσεις από την αρχική οδηγία περιγράφονται στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις».</p>
26	Ξεχωριστή παρουσίαση συστάσεων για ειδικές υπο-ομάδες πληθυσμού εάν η οδηγία εισηγείται σημαντικές διαφορές σε παράγοντες που επηρεάζουν τις συστάσεις και σημείωση οποιωνδήποτε διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	<p>ΝΑΙ – Στην οδηγία παρουσιάζονται ξεχωριστά οι συστάσεις οι οποίες αφορούν σε ειδικές υπο-ομάδες (πχ συστάσεις 1.2.1-1.2.31)</p>
27	Περιγραφή των κριτηρίων/παραγόντων που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων ή σημείωση οποιωνδήποτε σχετικών διαφορών	<p>ΝΑΙ – Τα κριτήρια/παραγόντες που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων αναφέρονται στη σελίδα της αρχικής οδηγίας και περιγράφονται στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις».</p>

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

	σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	
28	Αναφορά εάν η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία υποβλήθηκε σε ανεξάρτητη εξωτερική αξιολόγηση. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία.	<p>ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία, μετά την προσαρμογή της και μετάφραση της στα ελληνικά από την ΤΕΕ, τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση. Με βάση προκαθορισμένο πλάνο, στη δημόσια διαβούλευση, προσκλήθηκαν να λάβουν μέρος όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς συμπεριλαμβανομένου ιατρικών εταιρειών, συνδέσμων ασθενών, φαρμακευτών και εταιρειών ιατρικών μηχανημάτων. Πέραν των προσκεκλημένων φορέων, κατά τη διαδικασία της δημόσιας διαβούλευσης οποιοσδήποτε είχε τη δυνατότητα να υποβάλει σχόλια και ερωτήματα που αφορούσαν στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία.</p> <p>Ακολούθως η ΤΕΕ μελέτησε όλα τα σχόλια και, εφόσον συμφωνούσε με τη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση, ενσωμάτωσε τις προτεινόμενες αλλαγές. Σε περίπτωση που διαφωνούσε με την επιστημονική τεκμηρίωση απέρριπτε τα συγκεκριμένα σχόλια ή εισηγήσεις για αλλαγές. Με το τέλος της διαδικασίας, δόθηκαν απαντήσεις από την ΤΕΕ, για κάθε σημείο σχολιασμού σε όλους τους φορείς που συμμετείχαν στη δημόσια διαβούλευση.</p>
29	Αναφορά εάν η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία έλαβε έγκριση από οργανισμό. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία	ΟΧΙ – Τα μέλη της ΤΕΕ (εμπειρογνώμονες σε θέματα καισαρικής τομής) διορίστηκαν από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας μετά από εισηγήσεις που λήφθηκαν από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.
30	Αναφορά όλων των χρηματοδοτήσεων για την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας και της πηγής της κατευθυντήριας οδηγίας και το ρόλο των χρηματοδοτών	ΝΑΙ - Η διαδικασία της προσαρμογής της κατευθυντήριας οδηγίας χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας ο οποίος κατά τη διαδικασία της προσαρμογής της κατευθυντήριας οδηγίας είχε ρόλο ακροατή. Όπου θεωρήθηκε απαραίτητο, η ΤΕΕ απευθύνθηκε στον ΟΑΥ για διευκρίνηση διαδικασιών ή για παροχή στοιχείων. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δεν είχε κανένα ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

31	Αναφορά για σύγκρουση συμφερόντων όλων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας και πώς αυτά αξιολογήθηκαν και διαχειρίστηκαν	ΝΑΙ – Τυχόν ύπαρξη σύγκρουσης συμφερόντων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας αξιολογήθηκαν μέσω ενυπόγραφης έντυπης δήλωσης συμφερόντων. Στην εν λόγω δήλωση περιγράφονται οποιαδήποτε άμεσα ή έμμεσα συμφέροντα για κάθε μέλος της ΤΕΕ και τα οποία αξιολογήθηκαν από την εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) για να διαπιστωθεί εάν υπήρχε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο από τα μέλη της ΤΕΕ. Δεν διαπιστώθηκε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο μέλος.
32	Περιγραφή των πιθανών εμποδίων και στρατηγικών για την υλοποίηση της κατευθυντήριας οδηγίας (εάν ισχύει)	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ
33	Συνοπτική περιγραφή της στρατηγικής για την επικαιροποίηση της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας (εάν ισχύει)	ΝΑΙ – Θα αναπτυχθεί πλάνο αξιολόγησης και επικαιροποίησης της οδηγίας (Aftercare Plan) από εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) και το οποίο θα εγκριθεί από την ΤΕΕ.
34	Περιγραφή των προκλήσεων και της διαδικασίας προσαρμογής, των περιορισμών στα επιστημονικά δεδομένα, και παροχή εισηγήσεων για μελλοντική έρευνα	ΝΑΙ – Στην σελίδα της αρχικής οδηγίας και στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις», περιγράφονται οι περιορισμοί που παρουσιάζονται στα επιστημονικά δεδομένα και για ορισμένα θέματα αναφέρεται η ανάγκη για μελλοντική έρευνα.