

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΒΡΕΦΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ(ΣΑΒΘ)- Ο ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΓΕΩΡΓΑΡΑΚΗ ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑ
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΓΑΣΠΑΡΑΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΡΤΗΣ ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2016

**«ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΒΡΕΦΙΚΟΥ
ΘΑΝΑΤΟΥ(ΣΑΒΘ)-
Ο ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ»**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον εισηγητή της πτυχιακής εργασίας κ. Κούρτη Γρηγόριο, ο οποίος μας καθοδήγησε συστηματικά με υπομονή και επιμονή, μας συμβούλεψε και ήταν πάντα στη διάθεση μας για την επίλυση των αποριών μας. Επιπρόσθετα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας που μας στήριξαν και μας βοήθησαν με κάθε δυνατό τρόπο στην περάτωση των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ΣΑΒΘ προσδιορίζεται από βρέφη ηλικίας έως 1 έτους που υποκύπτουν σε ξαφνικό θάνατο, άνευ εμφανών παθολογικών αιτιών, έπειτα από ενδελεχή έρευνα και πλήρη αυτοψία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διεΐσδυση στους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του ΣΑΒΘ, καθώς και ή παρουσίαση πιθανών τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης. Παρά το γεγονός ότι η ακριβής αιτιολογία παραμένει άγνωστη αναδεικνύονται «συνήθειες» που επιβαρύνουν το βρέφος. Η τοποθέτησή σε πρηνή θέση ύπνου, αλλά και το μοίρασμα του κρεβατιού με άλλα άτομα μεγιστοποιούν τις πιθανότητες προσβολής του από ΣΑΒΘ. Επιβαρυντικό παράγοντα φαίνεται να αποτελεί και η έκθεσή τόσο προγεννητικά, όσο και μεταγεννητικά στον καπνό του τσιγάρου. Προκειμένου να αποφευχθεί ο αιφνίδιος βρεφικός θάνατος είναι επιτακτική ανάγκη τόσο οι γονείς, όσο και οι νοσηλευτές να ακολουθούν συγκεκριμένες στρατηγικές. Η ύπτια θέση ύπνου οφείλει να καθιερωθεί. Το σύνθημα «Back to sleep» όπου ο όρος «back» παραπέμπει στο να κοιμάται το βρέφος στην πλάτη του, δημιουργήθηκε για να τονίσει στους υπεύθυνους την αναγκαιότητα τοποθέτησης στη σωστή θέση ύπνου. Ταυτόχρονα, πρέπει να αποφεύγεται η παρεμβολή άλλων αντικείμενων στο κρεβάτι, όπως μεγάλα μαξιλάρια που δύνανται να προκαλέσουν ασφυξία. Σε περίπτωση απώλειας του νηπίου, οι γονείς είναι αναγκαίο να θωρακιστούν ψυχικά προκειμένου να αντιμετωπίσουν το δυσάρεστο γεγονός, αλλά και να βρίσκονται σε συνεχή επαφή με ειδικούς για περαιτέρω ψυχολογική υποστήριξη.

ABSTRACT

The term SIDS is referred to infants aged until 1 year who succumb to sudden death, without obvious pathological etiology after detailed examination and full autopsy. The aim of this paper is to provide a deep investigation of the factors that contribute to the incidence of SIDS and to conclude to a presentation of potential ways of prevention and controlling. Despite the fact that concrete etiology remains unknown, there are emerging 'attitudes' that burden the infant. The prone position while sleeping, as well the bed sharing with other people maximizes the possibilities of SIDS infection. An aggravating factor also seems to be the exposition to cigarette smoke, during the prenatal and post natal period. In order to avoid sudden infant death it is of imperative necessity that both parents and nurses follow specific and strict strategies. The supine sleeping position must be established. The slogan «Back to sleep» where the term «back» refers to the infant who sleeps on his back, was created to illustrate to those who are responsible for the infants the emergency of putting the baby in the right sleep position. Simultaneously, the interference of other objects in the bed, such as large pads that are able to cause asphyxia, should be avoided. In case of loss of the infant the parents need to protect themselves psychologically in order to face the unpleasant fact, but they also have to be in continuous contact with specialists for further psychological counseling

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΣΑΒΘ= Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου

Α.Α.Π= Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής

N.I.C.E= National Institute for Health and Care Excellence

N.I.C.H.D= National Institute of Child Health and Human Development

Η.Β=Ηνωμένο Βασίλειο

AI/AN= American Indian/Alaska Native

A/PI= Asian/Pacific Islander

NHS= Non Hispanic White

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΑΒΣΤΑΚΤ	5
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΒΡΕΦΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΣΑΒΘ)	
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	11
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ	12
1.3 ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΨΙΑ	12
1.4 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	13
1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΘΕΩΡΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΣΑΒΘ	
2.1 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ TRIPLE –RISK	20
2.2 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ (ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ)	22
2.3 ΓΕΝΕΤΙΚΗ-ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΩΡΕΙΑ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΒΘ	
3.1 ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΒΡΕΦΙΚΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ	24
3.2 ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ	25
3.3 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ	25
3.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	26
3.5 ΓΟΝΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ	27
3.6 ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ	27
3.7 ΘΕΣΗ ΥΠΝΟΥ	29
3.8 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ-ΚΟΙΝΟ ΚΡΕΒΑΤΙ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ	
4.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	32
4.2 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΥΠΝΟ	33
4.3 ΧΡΗΣΗ ΠΠΠΛΑΣ	38
4.4 ΘΗΛΑΣΜΟΣ	41

4.5 ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	
5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΙΩΝ	
6.1 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΒΘ	47
6.2 ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΑΒΘ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ	48
6.3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΝΘΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΡΕΦΟΥΣ	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	53
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	56

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου (ΣΑΒΘ) - Ο Συμβουλευτικός Ρόλος της Νοσηλευτικής» εκπονήθηκε στα πλαίσια της περάτωσης των σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής της σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος. Ο αιφνίδιος βρεφικός θάνατος αποτελεί μείζον κοινωνικό και ιατρικό φαινόμενο, το οποίο δεν έχει διερευνηθεί στον απαραίτητο βαθμό στην Ελλάδα, γεγονός που αποτέλεσε ισχυρό κίνητρο για την ενασχόληση μας με το συγκεκριμένο θέμα.

Με τον όρο ΣΑΒΘ εννοούμε τα βρέφη ηλικίας έως ενός έτους, τα οποία πεθαίνουν ξαφνικά και ανεξήγητα. Οι αιτίες που ευθύνονται είναι δύσκολο να προσδιοριστούν, γι' αυτό έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες, οι οποίες εξετάζουν την συχνότητα με βάση τη χώρα που ζει κάποιος καθώς και τα πολιτισμικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα οποία συμβάλλουν στην όξυνση του ΣΑΒΘ. Επιπρόσθετα, αξιοσημείωτο ρόλο διαδραματίζει η στάση του σώματος κατά την διάρκεια του ύπνου, η οποία θα διερευνηθεί εκτενώς στη συνέχεια της εργασίας και θα αναδεχθεί η ημιμάθεια και η αμέλεια ως ισχυρούς παράγοντες οι όποιοι δύναται να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του βρέφους. Ακόμη, θα παρουσιαστούν μεμονωμένοι παράγοντες που προκαλούν το ΣΑΒΘ, όπως είναι η προωρότητα, οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, αλλά και η προσβολή από ιούς-βακτήρια. Ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει σε μια βασική συνήθεια όλων των λαών, η οποία εξελίσσεται καταστροφικά στην καθημερινότητα του νηπίου και δεν είναι άλλη από το κάπνισμα. Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου είτε προγεννητικά είτε μετά τη γέννηση μπορεί να προκαλέσει ασφυξία στο βρέφος μέσω μη ολοκληρωτικής ανάπτυξης του αναπνευστικού συστήματος και αδυναμίας πρόσληψης οξυγόνου. Παράλληλα θα τεθεί ως προστατευτικός μηχανισμός τόσο η χρήση της πιπίλας όσο και ο θηλασμός.

Ο αιφνίδιος βρεφικός θάνατος ανεξάρτητα από τα αίτια πρόκλησης, αλλά και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, ταλανίζει τις οικογένειες και πλήττει τους γονείς. Στο ειδικό τμήμα της εργασίας θα αναδείξουμε την επιτακτική ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, των νοσηλευτών αλλά και των γονέων, έτσι ώστε να δύνανται να ανταπεξέλθουν ιατρικά και ψυχικά στο σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Τέλος γίνεται παρουσίαση δυο περιστατικών όπως τα αφηγήθηκαν παθούσες οικογένειες, στα οποία διαφαίνεται το πένθος και η τραγικότητα του συνδρόμου.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΙΦΝΙΔΙΟΥ ΒΡΕΦΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ (ΣΑΒΘ)

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (ΣΑΒΘ) υπήρχε ανέκαθεν. Συγκεκριμένα, υπάρχει αναφορά σε μια τέτοια περίπτωση, στην Παλαιά Διαθήκη: «Και ο γιος της γυναίκας πέθανε τη νύχτα, επειδή ξάπλωσε πάνω σε αυτόν». Στη δεκαετία του 1950 και του 1960, τέτοιες περιπτώσεις εξετάζονταν από παθολόγους, καθώς τα βρέφη δεν είχαν καμία σημαντική ασθένεια που θα απαιτούσε ιατρική φροντίδα κι έτσι οι παιδίατροι σπάνια θα εξέταζαν μια τέτοια περίπτωση.

Οι Werne και Garrow (1953) σε μια σειρά εγγράφων που περιγράφουν την παθολογία του «Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου», ανέφεραν ότι τα ευρήματα κατά την αυτοψία ήταν ασαφή. Η ιστολογική εξέταση μπορεί να δείξει φλεγμονή της αναπνευστικής οδού, λεμφική υπερπλασία και ήπια εστιακή φλεγμονή σε πολλά όργανα. Τα βρέφη φέρεται να πεθαίνουν από ασφυξία και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η συνήθης αιτία θανάτου σε αυτές τις περιπτώσεις ήταν επιθετική αναπνευστική νόσος.

Οι Adelson και Kinney (1956) περιέγραψαν 126 περιπτώσεις αιφνίδιων βρεφικών θανάτων των οποίων η ηλικία άγγιζε τους 2 μήνες σε ποσοστό 86% λιγότερο από ότι τα βρέφη που ήταν σε ηλικία 6 μηνών. Προηγούμενα αναπνευστικά συμπτώματα, αν και ήταν κοινά, δεν είχαν καμία προγνωστική σημασία. Μικρή φλεγμονή στην αναπνευστική οδό ήταν κοινή όσο ήταν και η οξεία αιμορραγία στο πνευμονικό οίδημα. Οι προαναφερθέντες τόνισαν ότι «η απόφαση για το αν οι μεγάλες ή οι μικρές αλλοιώσεις που βρίσκονται κατά την νεκροψία αποτελούν επαρκή αιτία του θανάτου είναι ένα θέμα υποκειμενικό και θα ποικίλλει ανάλογα με την εμπειρία, την γνώση και τη φιλοσοφία του παθολόγου» γεγονός.

Από τις πρώτες μελέτες σχετικά με το ΣΑΒΘ ήταν η μελέτη ασθενών μαρτύρων που προέρχεται από τη Βόρεια Ιρλανδία το 1971. Οι Froggatt και συν. σύγκριναν 148 περιπτώσεις βρεφικών θανάτων και 148 μαρτυρίες. Η συχνότητα ήταν 2,5-3,0 ανά 1.000 γεννήσεις. Περιέγραψαν την κλασική επιδημιολογία του ΣΑΒΘ με βασικά στοιχεία την επικράτηση των αγοριών, ηλικιακή κατανομή (75% ηλικίας 4-25 εβδομάδες και <1% άνω του 1 έτους), αυξημένη συχνότητα κατά τους χειμερινούς μήνες, μεταξύ δίδυμων, κοινωνικό-οικονομικά ασθενέστερων και πολυπληθέστερων

κατοικιών καθώς και τη νεαρή ηλικία της μητέρας. Σημείωσαν επίσης, αυξημένο ποσοστό δευτερευόντων ασθενειών κατά τη διάρκεια της εβδομάδα που προηγούνταν του θανάτου.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως ΣΑΒΘ ορίζεται ο ξαφνικός θάνατος ενός βρέφους ηλικίας κάτω του ενός έτους που παραμένει ανεξήγητος μετά από ενδελεχή έρευνα, συμπεριλαμβανομένων των αποτελεσμάτων μιας πλήρους αυτοψίας, την εξέταση της σκηνης του θανάτου και την εξέταση του ιστορικού της οικογένειας του βρέφους.

Παρά το γεγονός ότι συνδέεται με την περίοδο του ύπνου, οι θάνατοι από ΣΑΒΘ είναι απρόβλεπτοι. Το ΣΑΒΘ συχνά αναφέρεται και ως «διάγνωση αποκλεισμού», διότι ο όρος αποδίδεται μόνο μετά τον αποκλεισμό όλων των πιθανών εναλλακτικών λύσεων, συμπεριλαμβανομένης της ασφυξίας, της προσβολής από ιούς, ή άλλες ασθένειες. (Willinger et al., 1991).

1.3 ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΨΙΑ

Αν και δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα αυτοψίας για το ΣΑΒΘ, υπάρχουν πολλά κοινά στοιχεία. Αιμορραγίες του θύμου αδένου, στον σπλαχνικό υπεζωκότα, και το επικάρδιο συμβαίνουν στο 68 με 95% των θανάτων ΣΑΒΘ και γενικά είναι πιο διαδεδομένες από ότι σε θανάτους που δε συνδέονται με ΣΑΒΘ. Επιπλέον, πνευμονική συμφόρηση και οίδημα είναι ενδεικτικά τελευταίου σταδίου ανεπάρκειας της αριστερής κοιλίας και είναι πιο κοινά σε περιπτώσεις ΣΑΒΘ. Επιπρόσθετα στοματορρινικές εκκρίσεις που είναι τυπικά αφρώδη, βλεννώδεις και ροζ ή περιέχουν αίμα εμφανίζονται σε αιφνίδιους βρεφικούς θανάτους.

Ακόμα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει πνευμονία χωρίς εμφανή παθολογικές αλλαγές σε αυτοψία πνευμόνων βρεφών που πέθαναν από ΣΑΒΘ. Σε μια πρόσφατη μελέτη από τον Vargas et al 2013, ανίχνευσαν στο DNA πνευμονοκύστες σε 105 από 128 περιπτώσεις ΣΑΒΘ. Η υπερβολική παραγωγή βλέννας σε συνδυασμό με την πνευμονία έχουν ρόλο " συμπαράγοντα " σε ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος σε βρέφη και μικρά παιδιά. Μελέτες έχουν επίσης αποκαλύψει διαφορετικά είδη Candida σε αυτοψίες ΣΑΒΘ, ωστόσο, καμία από αυτές δεν συσχετίζεται με σημάδια κλινικής λοίμωξης ή σήψης (Geertinger et al., 1982).

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Όλες οι αυτοψίες στα βρέφη τα οποία πέθαναν ξαφνικά και ανεξήγητα θα έπρεπε να ενταχθούν σε ένα πρωτόκολλο, το οποίο θα συμπεριλαμβάνει την ιστολογία και τις κατάλληλες βοηθητικές έρευνες.
- Η διάγνωση για το ΣΑΒΘ δεν θα έπρεπε να γίνεται πριν την ιστολογική εξέταση και προτού να είναι διαθέσιμα τα μικροβιολογικά αποτελέσματα.
- Ακόμη κι αν είναι δύσκολο να αιτιολογηθεί ο θάνατος, κάποιο ανεξήγητο τραύμα όπως πρόσφατα ή παλαιότερα κατάγματα πλευρών δύνανται να διεξάγουν μια διάγνωση για το ΣΑΒΘ.
- Η πιθανότητα ασφυξίας λόγω της απόφραξης των άνω αεραγωγών θα έπρεπε να ληφθεί υπόψιν σε περίπτωση παρουσίας αιμορραγίας από τη μύτη ή πνευμονικής αιμορραγίας ή ενδείξεων παλαιότερης πνευμονικής αιμορραγίας.

1.4 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το ΣΑΒΘ συμβαίνει λιγότερο στον πρώτο μήνα ζωής, κορυφώνεται κατά την ηλικία 2-4 μηνών και έπειτα μειώνεται. Περίπου ένα ποσοστό της τάξης του 90% συμβαίνει στους πρώτους 6 μήνες ζωής. Τα αγόρια είναι πιο πιθανό να υποκύψουν από ότι τα κορίτσια, με αναλογία 60: 40. Παρά την παγκόσμια μείωση του ΣΑΒΘ υπάρχουν ακόμη φυλετικές και εθνικές ανομοιότητες. Στις Η.Π.Α οι Αφροαμερικάνοι, οι Αμερικάνοι ή οι ιθαγενείς της Αλάσκα έχουν διπλάσιες με τριπλάσιες πιθανότητες ΣΑΒΘ, ανεξάρτητα από το κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο. Οι Μαόρι στη Νέα Ζηλανδία και οι ιθαγενείς Αυστραλοί επίσης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Παρά το γεγονός ότι οι βιολογικές διαφορές επεξηγούν εν μέρει τις ανισότητες, αξιοσημείωτο ρόλο διαδραματίζουν και οι τρόποι συμπεριφοράς. Για παράδειγμα οι Αφροαμερικάνοι έχουν διπλάσιες πιθανότητες να υιοθετήσουν την πρηνή θέση ύπνου, όπως και τον επιμερισμό του κρεβατιού από ότι οι λευκοί. Παρά το γεγονός ότι η ύπτια θέση ύπνου είναι κανόνας για τα βρέφη των Αμερικάνων, των ιθαγενών της Αλάσκα και της Αυστραλίας, καθώς και για τους Μαόρι της Νέας Ζηλανδίας υπάρχουν μεγάλα ποσοστά έκθεσης σε καπνό και επιμερισμός του κρεβατιού που διογκώνουν τον κίνδυνο για ΣΑΒΘ (Fleming 1999).

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η συχνότητα των αιφνίδιων βρεφικών θανάτων ανερχόταν σε περίπου μία ανά 2000 γεννήσεις από το 1960 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1970 στις Ηνωμένες Πολιτείες. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970 άρχισε να αυξάνεται και στην διάρκεια της δεκαετίας του 1980, η αύξηση του ΣΑΒΘ άρχισε να προκαλεί ανησυχία τόσο στις σκανδιναβικές χώρες όσο και σε άλλες Δυτικές χώρες. Στην εύπορη Δύση, το ΣΑΒΘ είναι η πιο κοινή αιτία θανάτου των παιδιών μεταξύ 1 μήνα και 1 έτους. Σχεδόν 50% των θανάτων μεταξύ αυτών των ηλικιών οφείλονται στο ΣΑΒΘ.

1.5.1 ΑΓΓΛΙΑ

Ειδικότερα στην Αγγλία και την Ουαλία το 2012, υπήρξαν 221 θάνατοι από ΣΑΒΘ. Αυτό αντιστοιχεί σε 0.3 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις βρεφών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο συνολικά υπάρχουν περίπου 270 θάνατοι ετησίως που οφείλονται στο ΣΑΒΘ. Ο ανεξήγητος θάνατος είναι πιο κοινός στα αρσενικά νήπια (64% των περιπτώσεων ΣΑΒΘ ήταν αρσενικά νήπια στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2012). Ωστόσο, τα ετήσια ποσοστά θανάτων από αιφνίδιο θάνατο άρχισαν να μειώνονται. Ο αριθμός περιπτώσεων ΣΑΒΘ στο Ηνωμένο Βασίλειο μειώθηκε στο μισό σχεδόν μεταξύ του 1989 και 1992 όταν προωθήθηκαν εκστρατείες για την ύπτια θέση ύπνου (Kinney et Thach 2009).

1.5.2 ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ

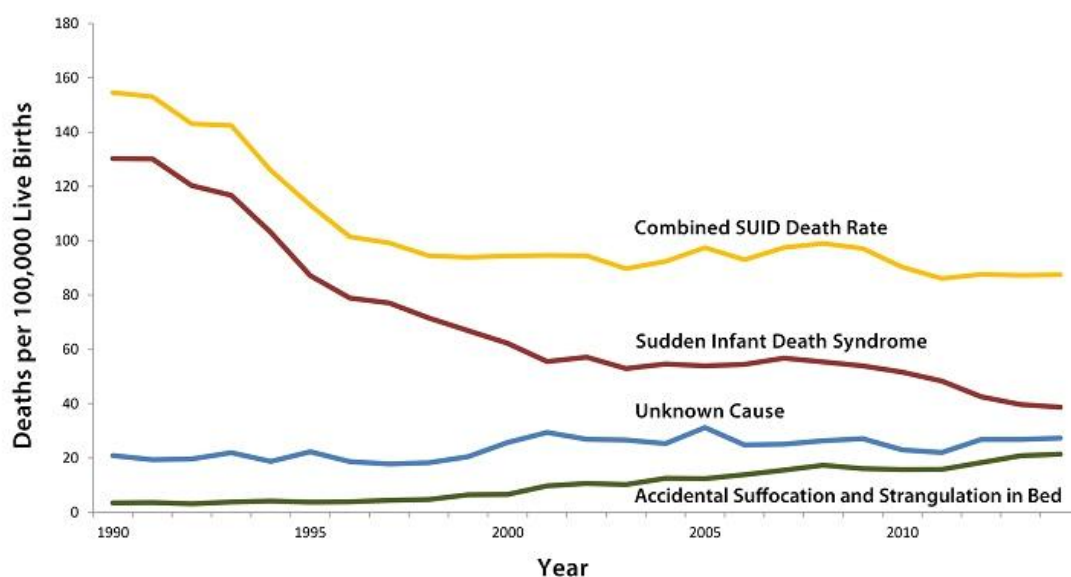
Περίπου 3.500 βρέφη στις ΗΠΑ πεθαίνουν ξαφνικά και απροσδόκητα κάθε χρόνο. Συχνά αναφερόμαστε σε αυτούς τους θανάτους ως Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου(ΣΑΒΘ). Αν και οι αιτίες θανάτου σε πολλά από αυτά τα παιδιά δεν μπορούν να εξηγηθούν, το βρέφος υποκύπτει συνήθως κατά τη διάρκεια του ύπνου. Οι ερευνητές δεν μπορούν να είναι σίγουροι για το πόσο συχνά συμβαίνουν αυτοί οι θάνατοι λόγω της ασφυξίας που προκαλείται από το μαλακό κρεβάτι ή όταν βρίσκεται σε επαφή με κάποιο άλλο άτομο. Σπάνια κάποιος είναι παρόν σε αυτούς τους θανάτους, και δεν υπάρχουν εξετάσεις που να επεξηγούν το ΣΑΒΘ παρά μόνο η ασφυξία. Τα πράγματα περιπλέκονται ,διότι οι άνθρωποι που ερευνούν τις περιπτώσεις ΣΑΒΘ είναι πιθανό να αναφέρουν την αιτία θανάτου με διαφορετικούς τρόπους και να μη συμπεριλάβουν αρκετές πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες του συμβάντος από τη σκηνή του θανάτου. Η νομική διερεύνηση, ο πρώτος άνθρωπος που αντιλαμβάνεται το θάνατο, οι ερευνητές της σκηνής του θανάτου, οι γιατροί και οι ιατροδικαστές διαδραματίζουν αξιοσημείωτο ρόλο για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Μια ενδελεχής έρευνα περιλαμβάνει:

- Εξέταση της σκηνής του θανάτου.
- Αυτοψία.
- Ανασκόπηση του ιατρικού ιστορικού του βρέφους.

Στο σχεδιάγραμμα παρακάτω σκιαγραφούνται οι θάνατοι από το 1990-2010 ανά 100.000 γεννήσεις στις Η.Π.Α

Γράφημα 1 :Συχνότητα απροσδόκητου βρεφικού θανάτου ανά 100.000 γεννήσεις από το 1990-2010.



Πηγή: CDC/NCHS, National Vital Statistics System, Compressed Mortality File.

Η συνδυασμένη συχνότητα αιφνίδιων θανάτων (που περιλαμβάνει το ΣΑΒΘ, την άγνωστη αιτία, την ασφυξία και τον στραγγαλισμό του βρέφους) μειώθηκε θεωρητικά ακολουθώντας τις συστάσεις της Α.Α.Π. για ασφαλείς συνθήκες ύπνου το 1992, τη σύσταση της καμπάνιας «Back to Sleep» το 1994 και την έκθεση της έρευνας για το ΣΑΒΘ το 1996. Μείωση παρουσιάζεται επίσης και στις αρχές του 2009.

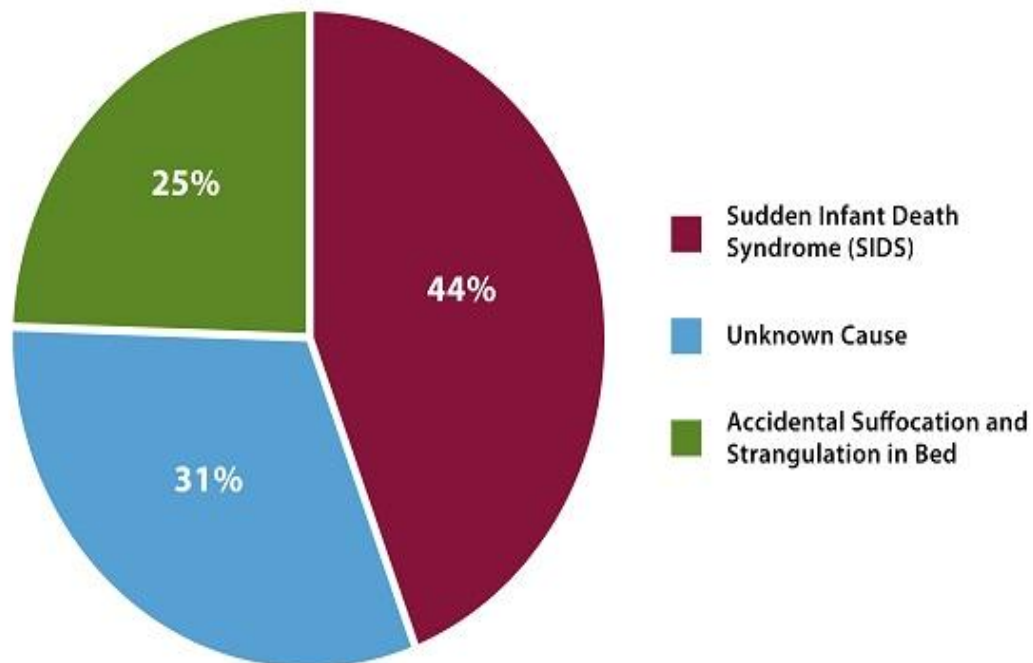
- Ο ρυθμός ΣΑΒΘ μειώθηκε θεωρητικά από 130.3 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις το 1990 σε 38.7 θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις το 2014.
- Ο ρυθμός άγνωστης αιτιολογίας για την βρεφική θνησιμότητα παρέμεινε ίδιος από το 1990 έως το 2014. Το 2014, η συχνότητα θανάτου από άγνωστη αιτιολογία ήταν 27.3 θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις.
- Η συχνότητα θανάτου λόγω ασφυξίας ή στραγγαλισμού στο κρεβάτι παρέμεινε αμείωτη έως τα τέλη του 1990. Ο ρυθμός άρχισε να αυξάνεται στις αρχές του

1998 και άγγιξε τα μεγαλύτερα ποσοστά 21.4 θάνατοι ανά 100.000 γεννήσεις το 2014.

Οι τρεις πιο κοινί τύποι αιφνίδιων βρεφικών θανάτων είναι:

- ΣΑΒΘ. Περίπου 1.500 βρέφη πέθαναν από ΣΑΒΘ το 2014.
- Άγνωστη αιτία.
- Ασφυξία και στραγγαλισμός στο κρεβάτι.

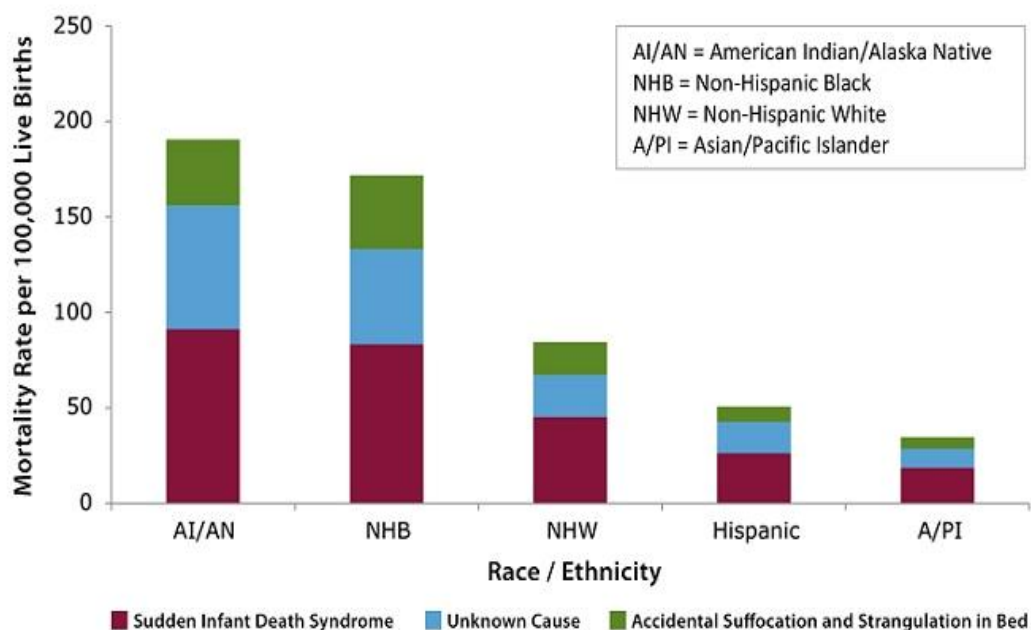
Γράφημα 2: Κατανομή του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου με βάση την αιτιολογία, 2014.



Πηγή: CDC/NCHS, National Vital Statistics System, Compressed Mortality File.

Το παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζει με ποσοστά τις αιτίες θανάτου των βρεφών κατά το έτος 2014. Ειδικότερα 44% των περιπτώσεων πέθαναν από ΣΑΒΘ. Ακολουθεί με ποσοστό 31% η άγνωστη αιτία και 25% λαμβάνει η ασφυξία και ο ακούσιος στραγγαλισμός στο κρεβάτι.

Γράφημα 3: Συχνότητα ΣΑΒΘ σύμφωνα με τη φυλή και την εθνικότητα κατά την περίοδο 2010-2013.



Πηγή: CDC/NCHS, National Vital Statistics System, Period Linked Birth/Infant Death Data.

Η συχνότητα απροσδόκητου βρεφικού θανάτου(συμπεριλαμβανομένων του ΣΑΒΘ, της άγνωστης αιτιολογίας, τον απροσδόκητο στραγγαλισμό ή ασφυξία) σε συνδυασμό με τη φυλή/την εθνικότητα στις Η.Π.Α κατά την περίοδο 2010-2013 διαφαίνεται στο παραπάνω σχήμα. Ειδικότερα ο ρυθμός ΣΑΒΘ ανά 100.000 γεννήσεις για τους Ινδιάνους και τους ιθαγενείς της Αλάσκα (190.5) και τα μη ισπανόφωνα μαύρα βρέφη (171.8) ήταν διπλάσιος από ότι τα λευκά μη ισπανόφωνα βρέφη (84.4). Η συχνότητα ΣΑΒΘ ανά 100.000 γεννήσεις ήταν χαμηλότερη ανάμεσα στα ισπανόφωνα βρέφη (50.8) και στα βρέφη της Ασίας/των νησιωτών του Ειρηνικού (34.7).

Το ΣΑΒΘ κατέκτησε το υψηλότερο ποσοστό ανάμεσα στους βρεφικούς θανάτους για όλες τις φυλές, με ποσοστά 48% μεταξύ των AI/AN και A/PI ,και 54% ανάμεσα στα NHW.Ο απροσδόκητος πνιγμός και η ασφυξία κατά την παραμονή στο κρεβάτι κατείχε τα χαμηλότερα ποσοστά για όλες τις εθνικότητες, λαμβάνοντας συχνότητα 16% στα ισπανόφωνα βρέφη και 23% στα γης.

1.5.3 ΕΙΔΙΚΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΟ ΣΑΒΘ ΣΤΙΣ Η.ΠΑ

Το ΣΑΒΘ χαρακτηρίζεται από ανισοκατανομή μεταξύ των φύλων με τα αρσενικά βρέφη να φτάνουν το 60% των περιπτώσεων του ΣΑΒΘ. Επιπλέον, μια συστηματική ανασκόπηση στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής από το 1979 μέχρι το 2006, έδειξε ότι ενώ η συχνότητα εμφάνισης του ΣΑΒΘ μειώθηκε δραματικά μετά από την εκστρατεία «Back-to-Sleep», το ποσοστό των αρσενικών περιπτώσεων με ΣΑΒΘ παρέμεινε στο 61% ή πολύ κοντά σ' αυτό. Η αρσενική υπεροχή στο κίνδυνο του ΣΑΒΘ, παρά τις σημαντικές αλλαγές στη συχνότητα του ΣΑΒΘ, συμφωνεί έντονα με μια βιολογική προέλευση στην προκατάληψη φύλου και ΣΑΒΘ. Ωστόσο, σε αντίθεση με την θέση μπρούμυτα, η οποία αναμφισβήτητα είναι ένας αυστηρός εξωτερικός παράγοντας κινδύνου για το ΣΑΒΘ, το άρρεν φύλο φαίνεται να είναι ένας ενδογενής παράγοντας κινδύνου που σχετίζεται με διάφορες προϋποθέσεις που αφορούν τα αναπνευστικά προβλήματα (Lewak 2012).

Κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, η βρογχοπνευμονική δυσπλασία, η τυχαία ασφυξία στο κρεβάτι, η οξεία αναπνευστική λοίμωξη και η ασφυξία από την εισπνοή τροφίμων ή άλλων ξένων αντικειμένων έχουν όλα ένα κλάσμα αρσενικής βρεφικής θνησιμότητας ίσο με 0,59 ή και μεγαλύτερο, παρόμοιο με το κλάσμα αρσενικής βρεφικής θνησιμότητας στο ΣΑΒΘ. Επομένως, τα αρσενικά βρέφη φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στη διακοπή της αναπνευστικής λειτουργίας και σε αναπνευστικές δυσχέρειες. Παράλληλα, ενώ έχει προταθεί ότι η διαταραχή της αφύπνισης μπορεί να παίζει ρόλο στην αιτιολογία του ΣΑΒΘ, η αφύπνιση πιθανόν δεν σχετίζεται με τη διαφορά των φύλων στο ΣΑΒΘ. Πρόσφατα έχει διατυπωθεί πως δεν υπάρχει καμία διαφορά στο κατώτερο όριο ή στην εμφάνιση είτε του υπο-φλοιού ή του φλοιού αφύπνισης μεταξύ αρσενικών και θηλυκών βρεφών. Η υποξία, παρόλα αυτά, είναι ένας κοινός παρονομαστής μεταξύ των συνθηκών της ανδροκρατούμενης αναπνευστικής δυσχέρειας. Επιπλέον, το κλάσμα των αρσενικών της παιδικής θνησιμότητας σε συγγενή καρδιακές ανωμαλίες που περιλαμβάνουν υποξική ή/και ισχαιμική προσβολή είναι και πάλι παρόμοιο με το κλάσμα του ΣΑΒΘ. Επομένως, υπάρχει η άποψη σύμφωνα με επιδημιολογικά και πειραματικά αποδεικτικά στοιχεία ότι πιθανές διαφορές μεταξύ των φύλων στην φυσιολογία σχετίζονται με την υποξία και τον κίνδυνο του ΣΑΒΘ.

Αναφορικά με την ηλικία, η εμφάνιση ηλικιακής κατανομής του ΣΑΒΘ αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά από τον Raring το 1974. Πιο πρόσφατα,

χρησιμοποιώντας ένα σύνολο δεδομένων που περιέχει περίπου 20.000 περιπτώσεις του ΣΑΒΘ σε ολόκληρο τον κόσμο, ο Mage διαπίστωσε ότι η ηλικιακή κατανομή του ΣΑΒΘ φαίνεται να ακολουθεί μια λογαριθμοκανονική συνάρτηση τεσσάρων παραμέτρων. Τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφονται μεταξύ τριών και τεσσάρων μηνών με διάμεση ηλικία κοντά στους 3.1 μήνες. Αναπτυξιακές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου υψηλού κινδύνου μπορεί να είναι ένας βασικός εγγενής παράγοντας που συμβάλλει στην ευαισθησία του ΣΑΒΘ. Ενώ τα επιδημιολογικά δεδομένα απεικονίζουν σαφώς την επίδραση τόσο της ηλικίας όσο και του φύλλου στον κίνδυνο του ΣΑΒΘ, το πως η ηλικία και το φύλο επηρεάζουν την κάρδιο-αναπνευστική λειτουργία στην αύξηση της ευαισθησίας παραμένει σε μεγάλο βαθμό άγνωστο (Raring, 1974).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΘΕΩΡΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΣΑΒΘ

2.1 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ TRIPLE -RISK

Οι περισσότεροι επιστήμονες πιστεύουν ότι τα βρέφη που πεθαίνουν από ΣΑΒΘ γεννιούνται με μία ή περισσότερες συνθήκες που προκαλούν απρόσμενες αποκρίσεις εσωτερικού και εξωτερικού άγχους κατά τη διάρκεια της ζωής ενός βρέφους. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η εύρεση της αιτίας του ΣΑΒΘ βρίσκεται σε μια βαθύτερη κατανόηση της ανάπτυξης των λειτουργιών του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος των βρεφών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που υποκύπτουν στο ΣΑΒΘ. Παρακάτω παρουσιάζεται το μοντέλο triple risk, το οποίο εκθέτει έναν συνδυασμό παραγόντων.

Σχήμα 1: Το μοντέλο triple-risk



Πηγή :Filiano et Kinney 1994

- **Ευάλωτο Βρέφος:** Μια υποκείμενη βλάβη ή εγκεφαλική διαταραχή που κάνει το βρέφος ευάλωτο. Στο μοντέλο triple-risk, ορισμένοι παράγοντες, όπως ελλείμματα στα τμήματα του εγκεφάλου που ελέγχουν την αναπνοή ή τον καρδιακό ρυθμό, ή γενετικές μεταλλάξεις, παρέχουν ευπάθεια.
- **Κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης:** Κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών της ζωής του βρέφους, προκύπτει η ταχεία φάση ανάπτυξης και οι αλλαγές στον ομοιοστατικό έλεγχο. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι εμφανής (π.χ., τον ύπνο ή στο ξύπνημα), ή μπορεί να είναι μη εμφανής (π.χ., μεταβολές στην αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση και τη θερμοκρασία του σώματος). Μερικές από αυτές τις αλλαγές μπορεί να αποσταθεροποιήσουν προσωρινά ή περιοδικά τα εσωτερικά συστήματα του βρέφους.
- **Εξωγενείς παράγοντες άγχους:** Τα περισσότερα βρέφη αντιμετωπίζουν και μπορεί να επιβιώσουν από περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως το παθητικό κάπνισμα, υπερθέρμανση, πρηνή θέση ύπνου, ή η αναπνευστική λοίμωξη. Ωστόσο, ένα ήδη ευάλωτο βρέφος μπορεί να μην είναι σε θέση να τις ξεπεράσει. Παρά το γεγονός ότι αυτοί οι παράγοντες άγχους δεν πιστεύεται ότι προκαλούν βρεφικό θάνατο, μπορούν όμως να ανατρέψουν την ισορροπία κατά τις πιθανότητες επιβίωσης ενός ευάλωτες βρέφους.

Σύμφωνα με το μοντέλο triple-risk, πρέπει να είναι παρόντα και τα τρία στοιχεία για να συμβεί το ΣΑΒΘ:

1. Η ευπάθεια του μωρού είναι απαραίτητη
2. Το βρέφος είναι σε μια κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο που μπορεί να αποσταθεροποιήσει προσωρινά τα συστήματα του.
3. Το βρέφος εκτίθεται σε έναν ή περισσότερους εξωγενείς στρεσογόνους παράγοντες που δεν μπορεί να ξεπεράσει, λόγω των δύο πρώτων παραγόντων. Αν οι φροντιστές μπορούν να αφαιρέσουν έναν ή περισσότερους από τους στρεσογόνους παράγοντες, όπως η τοποθέτηση ενός βρέφους στον ύπνο του στην ύπτια θέση αντί για το στομάχι, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο του ΣΑΒΘ.

2.2 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ (ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΑΝΩΜΑΛΙΕΣ)

Πληθώρα στοιχείων δείχνουν ότι μερικά μωρά που υποκύπτουν σε ΣΑΒΘ γεννιούνται με ανωμαλίες του εγκεφάλου. Αυτές οι ανωμαλίες είναι συνήθως μέσα σε ένα δίκτυο νευρώνων που χρησιμοποιούν σεροτονίνη ως νευροδιαβιβαστή και βρίσκονται σε ένα τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους που πιθανότατα να ελέγχει την αναπνοή, τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, τη θερμοκρασία και το ζύπνημα κατά τη διάρκεια του ύπνου.

Ωστόσο οι επιστήμονες πιστεύουν ότι οι ανωμαλίες του εγκεφάλου από μόνες τους δεν μπορούν να είναι αρκετές για να προκαλέσουν ΣΑΒΘ. Αυτοί πιστεύουν ότι άλλες εκδηλώσεις πρέπει επίσης να εμφανιστούν, όπως η έλλειψη οξυγόνου, η υπερβολική πρόσληψη διοξειδίου του άνθρακα, υπερθέρμανση ή μια μόλυνση, για να υποκύψει ένα βρέφος σε ΣΑΒΘ. Για παράδειγμα, πολλά μωρά βιώνουν την έλλειψη των επιπέδων οξυγόνου και το υπερβολικό διοξείδιο του άνθρακα όταν έχουν λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος ή όταν ανασαίνουν ξανά εκπνεόμενο αέρα που έχει παγιδευτεί στο κρεβάτι, καθώς κοιμούνται στα στομάχια τους. Κανονικά, τα νήπια αντιλαμβάνονται αυτή την ανεπαρκή πρόσληψη του αέρα, και ο εγκέφαλος τους, τα διεγείρει να ξυπνήσουν ή αυξάνει τους κτύπους της καρδιάς τους. Σε ένα βρέφος με ένα ελαττωματικό στέλεχος του εγκεφάλου, όμως, αυτοί οι προστατευτικοί μηχανισμοί μπορούν να απουσιάζουν, έτσι το βρέφος μπορεί να υποκύψει σε ΣΑΒΘ. Ένα τέτοιο σενάριο θα μπορούσε να εξηγήσει γιατί τα βρέφη που κοιμούνται στα στομάχια τους είναι πιο επιρρεπή σε ΣΑΒΘ (Panigrahy et al., 2000).

2.3 ΓΕΝΕΤΙΚΗ-ΓΟΝΙΔΙΑΚΗ ΘΕΩΡΕΙΑ

ΓΕΝΕΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΙ

Ακόμη κι αν είναι απίθανο ένα ελαττωματικό γονίδιο να προδιαθέτει ένα βρέφος για ΣΑΒΘ, τα γονίδια μπορεί να δρουν σε συνδυασμό με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου και να οδηγούν σε ΣΑΒΘ. Προδιαθεσικοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν μεταλλάξεις ή/και πολυμορφισμούς στα γονίδια που εμπλέκονται στο μεταβολισμό και το ανοσοποιητικό σύστημα, όπως επίσης και οι συνθήκες που επηρεάζουν το στέλεχος του εγκεφάλου και προκαλεί νευροχημικές ανισορροπίες στον εγκέφαλο.

Οι μεταλλάξεις μπορούν να προκαλέσουν γενετικές διαταραχές που δύνανται να προκαλέσουν το θάνατο, ενώ οι πολυμορφισμοί μπορεί να προδιαθέτουν τα βρέφη σε

θάνατο σε κρίσιμες καταστάσεις. Ένα παράδειγμα μιας γενετικής μετάλλαξης που μπορεί να διαγνωσθεί λανθασμένα ως ΣΑΒΘ είναι μια ανεπάρκεια στο μεταβολισμό λιπαρών οξέων. Μερικά βρέφη που πεθαίνουν ξαφνικά μπορεί να γεννηθούν με μια μεταβολική διαταραχή που τα εμποδίζει να επεξεργαστούν σωστά τα λιπαρά οξέα. Μια συσσώρευση των μεταβολιτών λιπαρών οξέων μπορεί να οδηγήσει σε ταχεία διακοπή της αναπνοής και της καρδιακής λειτουργίας, μια διαταραχή που μπορεί να αποβεί μοιραία. Αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό μιας μεταβολικής διαταραχής, ο γενετικός έλεγχος μπορεί να προσδιορίσει εάν ένας ή και οι δύο από τους γονείς είναι φορείς της μετάλλαξης και, εάν ναι, το μωρό μπορεί να ελεγχθεί σύντομα μετά τη γέννηση. Με τον αιφνίδιο θάνατο των βρεφών, είναι σημαντικό να αναζητήσουμε γενετικές μεταλλάξεις που είναι θανατηφόρες, τα βρέφη με τέτοιες μεταλλάξεις θα πρέπει να αποκλείονται από εκείνα που διαγνώστηκαν ότι πέθαναν από ΣΑΒΘ (Opdal et Rognum 2004).

Στο μέλλον, μερικά βρέφη, τα οποία ως σήμερα έχουν διαγνωστεί ότι πέθαναν από ΣΑΒΘ, κατά πάσα πιθανότητα θα διαγνωστούν ότι είχαν μεταβολικές ανεπάρκειες ή καρδιακή νόσο. Με το σημερινό επίπεδο γνώσεων, όμως, με τη χρήση γενετικών δεικτών και μεταλλάξεων σε σχέση με το ΣΑΒΘ απαιτείται προσοχή. Επειδή αυτή η περιοχή της έρευνας είναι νέα, μια διεξοδική μεταθανάτια έρευνα πρέπει να γίνεται πριν γίνει η τελική διάγνωση. Ένα παράδειγμα ενός γενετικού πολυμορφισμού που μπορεί να συνδέεται με το ΣΑΒΘ περιλαμβάνει το ανοσοποιητικό σύστημα. Μελέτες σε Νορβηγία και Γερμανία έχουν αποκαλύψει σύνδεση μεταξύ μερική εξαλείψεις του άκρως πολυμορφικού γονιδίου C4 και ήπιων λοιμώξεων του αναπνευστικού σε βρέφη που πέθαναν από ΣΑΒΘ. Διαφορές στην έκφραση του C4 μπορεί να συμβάλουν σε διαφορές στην αντοχή του ανοσοποιητικού συστήματος με τη ρύθμιση της προδιάθεσης σε μολυσματικές και αυτοάνοσες νόσους που θέτουν τα βρέφη σε μεγαλύτερο κίνδυνο του ΣΑΒΘ. Τμηματικές διαγραφές του γονιδίου C4 είναι αρκετά κοινές και βρίσκονται σε έως και 20 τοις εκατό στο λευκό πληθυσμό. Επίσης, πολλοί αιφνίδιοι θάνατοι βρεφών έχουν ένα ενεργοποιημένο ανοσοποιητικό σύστημα, που μπορεί να δείχνουν ότι είναι ευάλωτα σε απλές λοιμώξεις. Σε μια μελέτη, περίπου το 50 τοις εκατό των βρεφών που πέθαναν από ΣΑΒΘ είχαν ήπια λοίμωξη του αναπνευστικού πριν το θάνατο (Arnestad et al 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΒΘ

3.1 ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΩΝ ΒΡΕΦΙΚΩΝ ΘΑΝΑΤΩΝ

Το 1997 υπήρχαν 3.760 περιπτώσεις αιφνίδιων βρεφικών θανάτων. Το γραφείο διεθνών στατιστικών στοιχείων κατέγραψε διαφορές στις αιτίες του θανάτου ανάμεσα στα βρέφη που πεθάνουν αμέσως και στα μωρά που πεθαίνουν μετά τον πρώτο μήνα ζωής, όπως διαφαίνεται και στον πίνακα παρακάτω (Πίνακας 1). Η σύγκριση δίνει έμφαση στο συσχετισμό των σημαντικών παραγόντων, όπως είναι η προωρότητα και η ασφυξία. Το ΣΑΒΘ και οι μολύνσεις είναι οι κύριες υποκατηγορίες που ευθύνονται για 1250 νεογνικούς βρεφικούς θανάτους. Η συχνότητα βρεφικών θανάτων έχει μειωθεί πέφτοντας από 6 ανά 1000 γεννήσεις το 1971 σε 2 ανά 1000 γεννήσεις το 1997.

Πίνακας 1: Σύγκριση παραγόντων βρεφικού θανάτου στο πρώτο έτος ζωής με τη μεταγεννητική περίοδο από τις 28 ημέρες έως τον 1 χρόνο.

	Βρεφικοί θάνατοι (0-1 έτους)	Μεταγεννητικοί θάνατοι (28 ημέρες-1 έτους)
Κατάσταση πρωιμότητας	37%	7%
Εκ γενετής ανωμαλίες	25%	23%
ΣΑΒΘ	10%	27%
Μόλυνση	9%	19%
Ασφυξία	8%	1%
Εξωγενείς παράγοντες	2%	5%
Άλλοι παράγοντες	9%	18%

Πηγή: Berry et al 2000.

3.2 ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ

Τα βρέφη που γεννιούνται πρόωρα ή έχουν χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση έχουν μέχρι και τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο βρεφικού θανάτου από τα βρέφη που γεννήθηκαν στο σωστό διάστημα. Η άπνοια της προωρότητας καθώς και άλλες επιπλοκές της εξηγούν αυτό τον αυξημένο κίνδυνο.

Τα βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα συχνά υποβάλλονται σε εντατική θεραπεία για την ενίσχυση του αναπνευστικού συστήματος. Αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι πριν από την εισαγωγή σε ειδική μονάδα νεογνών, τα βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα κοιμόντουσαν περισσότερο, είχαν λιγότερες αφυπνίσεις από τον ύπνο, και περισσότερες κεντρικές άπνοιες κατά τον πρηνή ύπνο.

Αν και η άπνοια της προωρότητας για πολλά χρόνια θεωρείται η προκάτοχος του ΣΑΒΘ, δεν έχει αποδειχθεί ότι προηγείται ή βοηθά στην πρόληψη του ΣΑΒΘ (Ramanathan et al., 2001).

3.3 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι λοιμώξεις μπορεί να διαδραματίσουν ένα ρόλο στον αιφνίδιο θάνατο, είτε με άμεση εισβολή ή / και από βακτηριακές τοξίνες που σχετίζονται με ανώμαλη απόκριση του ξενιστή. Αρκετές οικολογικές μελέτες (μελέτες πληθυσμού της εποχιακής έκθεσης σε λοιμώξεις) έχουν εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ της εποχικότητας και των επιπτώσεων, που συχνά παρουσιάζουν αιχμή κατά τη χειμερινή περίοδο.

Αυτοψίες σε περιπτώσεις αιφνίδιου βρεφικού θανάτου έδειξαν αυξημένη απομόνωση σταφυλόκοκκων και αρνητικών βακίλλων σε σύγκριση με ανάλογους υγιείς ελέγχους. Ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι οι σταφυλοκοκκικές τοξίνες και ενδοτοξίνες ήταν παρόντες στους ιστούς όσων πέθαναν αιφνίδια, αλλά τα αντισώματα για τις ενδοτοξίνες ήταν χαμηλά, οδηγώντας στην κοινή βακτηριακή "υπόθεση τοξίνης". Βακτηριακές τοξίνες που προέρχονται από οργανισμούς ανώτερων αεραγωγών είναι παρόντες σε μικρά βρέφη, όταν οι συγκεντρώσεις της μητρικής IgG μειώνεται πριν την ωρίμανση του ανοσοποιητικού συστήματος των βρεφών. Ορισμένες τοξίνες μπορούν να δράσουν ως εξαιρετικά αντιγόνα καταλήγοντας σε μια μαζική απελευθέρωση των προ-φλεγμονωδών κυτοκινών οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σύνδρομο τοξικού σοκ-όπως το σηπτικό σοκ και θάνατο.

Η ηλικιακή κατανομή των βρεφών που υπόκεινται στο ΣΑΒΘ υποστηρίζει επίσης την υπόθεση αυτή, όπως η συχνότητα εμφάνισης ΣΑΒΘ αυξάνεται με ταχείς

ρυθμούς από τη γέννηση έως τις 8-10 εβδομάδες και στη συνέχεια πέφτει. Οι θάνατοι από ΣΑΒΘ είναι ασυνήθιστοι μετά το πέρας των 6 μηνών. Αυτή η ηλικιακή κατανομή είναι συνεπής με το προφίλ συγκέντρωσης ανοσοσφαιρίνης που προστατεύει έναντι μολύνσεων από βακτήρια και τοξίνες. Επιπλέον, η πρηνής θέση ύπνου οδηγεί στη συνένωση των εκκρίσεων στην ανώτερη αναπνευστική οδό η οποία αυξάνει τελικά την ανάπτυξη των βακτηρίων και την παραγωγή τοξίνης (Morris JA, 1999).

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ΣΑΒΘ υποδηλώνουν σαφώς ότι οι ιοί, είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω αλληλεπιδράσεων με βακτηριακούς λοιμογόνους παράγοντες ή / και ανοσορυθμιστικούς πολυμορφισμούς, μπορεί να διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στο ΣΑΒΘ με την ενίσχυση της θνησιμότητας των βακτηριακών τοξινών.

Η ύπαρξη των ιών στην αναπνευστική οδό ενός βρέφους μπορεί να μεταβάλει υπο-θανατηφόρες δόσεις τις βακτηριακές τοξίνες σε θανατηφόρες. Ωστόσο, οι μηχανισμοί πίσω από αυτό δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητοί. Αναπνευστικές λοιμώξεις από ιούς ταιριάζουν με την λοιμώδη υπόθεση ως το πιο πιθανό έναυσμα για ΣΑΒΘ. Μελέτες έχουν δείξει ότι μια ιογενής ήπια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος έχει φανερωθεί συχνά, σε σχεδόν 80% των περιπτώσεων ΣΑΒΘ λίγες ημέρες πριν από το θάνατο. Μέχρι σήμερα κανένα αναπνευστικό παθογόνο δεν έχει βρεθεί ότι σχετίζεται αιτιολογικά με ΣΑΒΘ. Παρά τα αποκλίνοντα συμπεράσματα των μελετών, η σχέση μεταξύ ιογενούς λοίμωξης και της παθογένεσης του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου ενισχύεται με επιδημιολογικά και παθολογικά αποδεικτικά στοιχεία (Highet 2008).

3.4 ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η προγεννητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου που συνδέεται με το Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου (ΣΑΒΘ) και ο κίνδυνος έχει αυξηθεί, παρά τις διαρκείς συμβουλές κατά αυτής της πρακτικής. Στοιχεία από το Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι το μητρικό κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη έχει αυξηθεί μεταξύ των μητέρων που έχουν αντιμετωπίσει τον αιφνίδιο βρεφικό θάνατο (από 50% σε 80%), όταν το ποσοστό για τις μέλλουσες μητέρες στο γενικό πληθυσμό μειώθηκε (από 30% σε 20%), επιβεβαιώνοντας συγκεντρωτικές εκτιμήσεις από πρόσφατες μελέτες για μέγιστο κίνδυνο.

Επίσης έχει εντοπιστεί ένας πρόσθετος κίνδυνος από μεταγεννητική έκθεση, καθώς αυξάνεται ο αριθμός των καπνιστών στο νοικοκυριό ή οι καθημερινές ώρες που το βρέφος υποβάλλεται σε παθητικό κάπνισμα. Ωστόσο, μόνο δύο βασικά

χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τους ανεξήγητους θανάτους ΣΑΒΘ από τα βρέφη που πεθαίνουν από προσδιορισμένες αιτίες:

- η συγκεκριμένη ηλικία και
- το υψηλό επίπεδο έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου(Leach et al 1999).

3.5 ΓΟΝΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Οι Anderson et Cook 1997 διεξήγαγαν μια συστηματική ανασκόπηση 34 μελετών ασθενών-μαρτύρων και ομάδα διερεύνησης για το μητρικό προγεννητικό κάπνισμα και τη σύνδεση με το ΣΑΒΘ, 31 από αυτές παρουσίασαν σημαντική σύνδεση, και οι άλλες 2 έδειξαν μια (όχι τόσο σημαντική) τάση σε αυτή την κατεύθυνση. Η πλειοψηφία (91%) των μητέρων, οι οποίες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνέχισαν να καπνίζουν παρά το ότι το βρέφος γεννήθηκε, γεγονός που καθιστά δύσκολο να διαχωριστούν ο καπνός που λαμβάνει το βρέφος πριν και μετά τον τοκετό. Τρεις μελέτες αναφέρουν ότι ο κίνδυνος του μητρικού καπνίσματος κυρίως περιορίζεται σε αυτούς τους θανάτους ΣΑΒΘ που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της νύχτας το διάστημα του ύπνου, γεγονός που υποδηλώνει είτε επιπτώσεις στη βρεφική φυσιολογία ή ένα αποτέλεσμα κατά τις νυκτερινές ώρες που συνδέεται με τις μητέρες που καπνίζουν (Daltveit et al 2003).

Μια σημαντική αλληλεπίδραση, με αύξηση κατά 10 φορές σε κίνδυνο, έχει επίσης βρεθεί μεταξύ συχνού γονικού καπνίσματος και των βρέφων που κοιμούνται στο κρεβάτι των γονέων η οποία είναι συνήθως μια βραδινή πρακτική (Mitchell et al 1997).

Δεν είναι σαφές εάν η προγεννητική ή η μεταγεννητική έκθεση ή και τα δύο συνδέονται με τους θανάτους ΣΑΒΘ τις νυκτερινές ώρες, ιδιαίτερα στο κοινό περιβάλλον γονέων –βρεφών, αλλά περαιτέρω μελέτη είναι απαραίτητη για να εξετάσει το πόσο ευάλωτα είναι τα βρέφη και την τάση για διέγερση ανάμεσα στον ύπνο των βρεφών και τον καπνό των ενηλίκων.

3.6 ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΣΤΟ ΚΑΠΝΟ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Η μεταγεννητική έκθεση στο καπνό του τσιγάρου είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Επιστήμονες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν της επίδραση του καπνίσματος μετά τον τοκετό στο βρέφος μέσω μελετών όπου οι πατέρες κάπνιζαν και οι μητέρες δεν κάπνιζαν. Ο σχετικός κίνδυνος σε τέτοιες μελέτες βρέθηκε στατιστικά σημαντικός (RR=1.5 [95% CI: 1.2- 1.8]). Συγκεκριμένα, το πατρικό κάπνισμα παρέμεινε ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου σε εκείνες τις οικογένειες όπου η μητέρα δεν κάπνιζε,

όμως υπήρξε μια σαφή επίδραση σε σχέση με την δόση καθώς και σημαντική αλληλεπίδραση με τους νυχτερινούς θανάτους.

Επιπρόσθετα, υπάρχει γραμμική αύξηση στον κίνδυνο με τον αριθμό καπνιστών, με μια αναλογία πιθανοτήτων 4.7 για έναν καπνιστή, 11.3 για δύο καπνιστές και 16.9 για τρεις ή περισσότερους καπνιστές στην οικογένεια. Για τον καλύτερο τρόπο εκτίμησης της μεταγεννητικής έκθεσης, ζητήθηκε από τους γονείς και τα οικιακά μέλη για να υπολογιστεί ο αριθμός ωρών μιας μέσης ημέρας κατά τη διάρκεια στην οποία το νήπιο εκτέθηκε στον καπνό τσιγάρου. Ωστόσο αυτό δεν είναι απόλυτο δεδομένου ότι μερικοί γονείς υποστήριζαν ότι επειδή «φύσηξαν τον καπνό μακριά από το μωρό» ή «άνοιγαν πάντα το παράθυρο» ότι το νήπιό τους δεν εκτέθηκε ποτέ. Εντούτοις υπήρξε μια σαφής διαπίστωση : *όσο μεγαλύτερη η καθημερινή διάρκεια της έκθεσης, τόσο μεγαλύτερος ο σχετικός κίνδυνος* (Fleming et al., 2000).

Το μητρικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σαφώς η κύρια πηγή έκθεσης του βρέφους στον καπνό του τσιγάρου, ωστόσο τα στοιχεία αναδεικνύουν μικρότερη και ανεξάρτητη επίδραση από τη μητέρα, συγκριτικά με την επίδραση του καπνού άλλων οικιακών μελών μετά από τη γέννηση του νηπίου. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι το να βρίσκεται το βρέφος σε ένα περιβάλλον που είναι απαλλαγμένο από τον καπνό τσιγάρου με την γέννηση, μπορεί να συμβάλει στην μείωση του κινδύνου για ΣΑΒΘ, ακόμα κι αν οι μητέρες καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

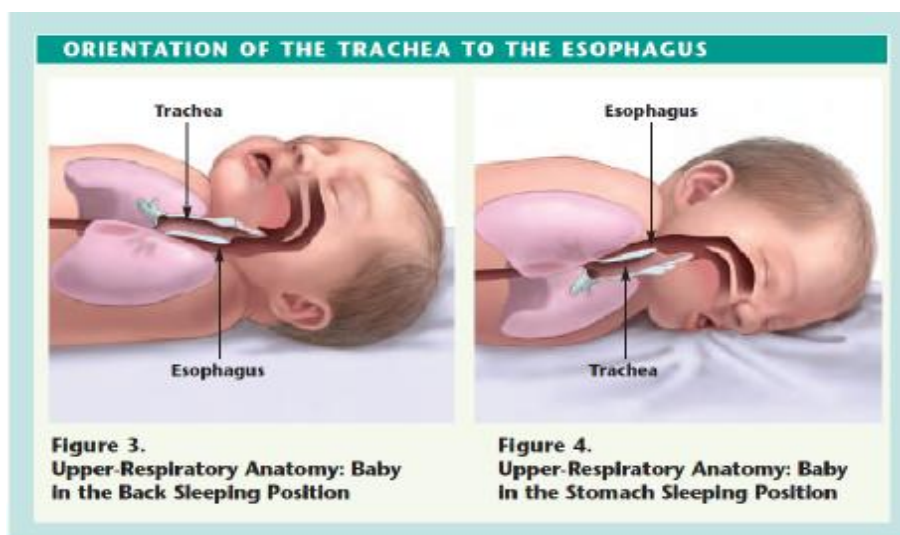
ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΟΥ ΤΟΥ ΤΣΙΓΑΡΟΥ

Η σχέση της έκθεσης στον καπνό τσιγάρου και του κινδύνου για ΣΑΒΘ είναι επαρκής για να αποδώσει έναν ρόλο για ένα ή περισσότερα από τα συστατικά του καπνού του τσιγάρου στον αιτιώδη μηχανισμό που οδηγεί στο θάνατο. Η εξασθένιση της ικανότητας των βρεφών να ξυπνήσουν από τον ύπνο λόγω της έλλειψης οξυγόνου έχει τεθεί ως ενδεχομένως ως σημαντικό κομμάτι της παθοφυσιολογίας που οδηγεί σε ΣΑΒΘ, με διάφορες μελέτες να έχουν παρουσιάσει λειτουργική εξασθένιση του αναπνευστικού συστήματος των βρεφών που εκτίθενται στον καπνό τσιγάρου ενδομήτρια. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί εξασθένιση της αύξησης των πνευμόνων των πρόωρων βρεφών των μητέρων που κάπνιζαν, έχοντας επιπτώσεις ιδιαίτερα σε συγκεκριμένες αναπνευστικές διαδρομές που είναι πιθανό να οδηγήσουν σε αυξανόμενη ευπάθεια στις δυσμενείς συνέπειες των προερχόμενων από ιό αναπνευστικών λοιμώξεων, οι οποίες είναι πιο κοινές στα βρέφη των καπνιζόντων γονέων.

Παράλληλα, μελέτες για τους ισθμούς εγκεφάλου των νηπίων που έχουν πεθάνει από ΣΑΒΘ έχουν παρουσιάσει ανωμαλίες του σεροτονικού συστήματος, αλλά όχι των δεκτών νικοτίνης, αν και δεν είναι σαφές εάν αυτές αντιπροσωπεύουν τις γενετικές ανωμαλίες ή την ενδομητριακή έκθεση στον καπνό τσιγάρου. Ακόμη, ζωικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εμβρυϊκή έκθεση νικοτίνης οδηγεί στη μειωμένη πυκνότητα μεταφορέων σεροτονίνης στις πολλαπλάσιες περιοχές εγκεφάλου στον ισθμό εγκεφάλου, τον μεσεγκέφαλο και τον πρόσθιο εγκέφαλο, αλλά καμία συνεπή επίδραση στους δέκτες νικοτίνης (Natie et Kinney 2005).

3.7 ΘΕΣΗ ΥΠΝΟΥ

Η θέση ύπνου είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου και μετά από τις εκστρατείες για να βελτιωθεί η πληροφόρηση για την σωστή θέση κατά τον ύπνο, οι αριθμοί θανάτων μειώθηκαν σημαντικά.



Εικόνα 1: Ανατομία ανώτερου αναπνευστικού συστήματος σε ύπτια και πρηνή θέση ύπνου.

Πηγή :Kahn et al 2003.

3.8 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΣΤΟΝ ΥΠΝΟ-ΚΟΙΝΟ ΚΡΕΒΑΤΙ

Το να κοιμούνται τα μέλη της οικογένειας στο ίδιο κρεβάτι με το βρέφος είναι συχνό φαινόμενο σε πολλές κοινωνίες. Πολλές μητέρες μοιράζονται το κρεβάτι τους με τα βρέφη τους, διότι καθιστά το θηλασμό πιο εύκολο. Ακόμη και αν ορισμένοι πιστεύουν ότι το μοίρασμα του κρεβατιού μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του ΣΑΒΘ, επειδή η μητέρα είναι σε κοντινή απόσταση για να παρακολουθεί το μωρό, οι μελέτες δεν υποστηρίζουν τον ύπνο μητέρας και βρέφους στο ίδιο κρεβάτι ως προστατευτική

στρατηγική για την πρόληψη του ΣΑΒΘ. Αντιθέτως, τα στοιχεία φανερώνουν ότι αποτελεί πρακτική υψηλής επικινδυνότητας.

Συγκεκριμένα, η κοινή χρήση του κρεβατιού φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο ΣΑΒΘ όταν:

- Η μητέρα καπνίζει
- έχει καταναλώσει αλκοόλ πρόσφατα
- είναι κουρασμένη
- Το βρέφος καλύπτεται από μια κουβέρτα ή πάπλωμα ή υπάρχουν πολλαπλά μέλη στο ίδιο κρεβάτι.

Η ασφαλέστερη εναλλακτική λύση είναι να βρίσκονται οι γονείς και το βρέφος στο ίδιο δωμάτιο, αλλά το βρέφος να έχει τη δική του κούνια. Οι γονείς που επιθυμούν να μοιραστούν το δωμάτιο θα πρέπει να τοποθετήσουν την κούνια του νηπίου κοντά στη μητέρα του για εύκολο θηλασμό και θα πρέπει να επιστρέψουν το βρέφος στην κούνια του μετά το θηλασμό.

Το ζήτημα της συμβουλής των γονέων για τη διαμονή στο ίδιο κρεβάτι με το βρέφος τους είναι ενδεχομένως ευαίσθητο και έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις. Αν και είναι μια πολύ κοινή πρακτική παγκοσμίως, υπάρχουν στοιχεία ότι ο κοινός ύπνος αυξάνει τον κίνδυνο ΣΑΒΘ. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2014, το Εθνικό Ίδρυμα για την Υγείας (NICE) ενημέρωσε τους γονείς ότι το να μοιράζονται το κρεβάτι τους με το μωρό τους συνδέεται με έναν αυξανόμενο κίνδυνο ΣΑΒΘ. Αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται περαιτέρω για τα χαμηλά μωρά βάρους γέννησης καθώς και όταν οι γονείς καπνίζουν. Το να κοιμάται κάποιος με ένα μωρό σε έναν καναπέ ή μια πολυθρόνα εγκυμονεί ακόμα υψηλότερο κίνδυνο. Η ασφαλέστερη θέση για τα μωρά στον ύπνο στους πρώτους έξι μήνες της ζωής είναι σε χωριστό καλάθι ή μια κούνια, στη γονική κρεβατοκάμαρα. Το να μοιράζεται κάποιος το ίδιο δωμάτιο είναι προστατευτικό αλλά το να μοιράζεται το ίδιο κρεβάτι αυξάνει τον κίνδυνο (Willinger et al 2003).



Εικόνα 2: Ορθές και λανθασμένες θέσεις ύπνου για τα βρέφη

Πηγή: www.sidsandkids.org



Εικόνα 3: Επικίνδυνα μέρη για ύπνο των βρεφών σε σχέση με την πρόκληση ΣΑΒΘ.

Πηγή: www.sidsandkids.org

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

4.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ

Δεδομένου ότι τόσο το μητρικό κάπνισμα όσο και η έκθεση στον καπνό επηρεάζει την βρεφική υγεία δίνονται κάποιες κατευθυντήριες γραμμές για την πρόληψη των επιπτώσεων.

1. Ο κίνδυνος απροσδόκητου θανάτου του βρέφους αυξάνεται σημαντικά τόσο από την προγεννητική όσο και από τη μεταγεννητική έκθεση στον καπνό - θα πρέπει να στοχεύσουμε στην επίτευξη μιας "ελεύθερης ζώνης καπνίσματος" γύρω από τις εγκύους και τα βρέφη.
2. Μείωση της προγεννητικής έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου (από μείωση του καπνίσματος κατά την εγκυμοσύνη) και μεταγεννητική έκθεση στον καπνό (π.χ. με το να μην επιτρέπεται το κάπνισμα στο σπίτι) θα μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου.
3. Αν και οι μηχανισμοί των αρνητικών επιπτώσεων του καπνού του τσιγάρου είναι πολύπλοκοι και να αλληλεπιδρούν τόσο με την κοινωνική στέρηση όσο και με γενετικούς παράγοντες, η μείωση της έκθεσης σε καπνό θα μειώσει τον κίνδυνο του ΣΑΒΘ.
4. Απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους δεν πρέπει οδηγεί σε αυξημένη έκθεση των βρεφών ή των εγκύων γυναικών στο σπίτι.



Εικόνα 4. Η έκθεση του βρέφους στον καπνό του τσιγάρου απαγορεύεται.

Πηγή: www.sidsandkids.org

4.2 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΥΠΝΟ

«Η ΑΣΦΑΛΕΣΤΕΡΗ ΘΕΣΗ ΥΠΝΟΥ ΓΙΑ ΕΝΑ ΒΡΕΦΟΣ ΕΙΝΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΥΝΙΑ ΤΟΥ»

Η παραπάνω δήλωση έχει ισχυρή επιστημονική υποστήριξη. Μια εκτεταμένη μελέτη βασισμένη σε δεδομένα από ένα μεγάλο αριθμό μελετών έδειξε ότι αυτό ισχύει και για τα θηλάζοντα βρέφη και όταν η μητέρα δεν καπνίζει. Ο μηχανισμός έγκειται στο ότι η αναπνοή του μωρού μπορεί να παρεμποδίζεται αν το πρόσωπό του βρίσκεται έναντι του δέρματος του ενήλικου ή καλύπτεται από το χέρι ή τα κλινοσκεπάσματα. Επιπλέον, εικάζεται ότι υπάρχει κίνδυνος θερμικής καταπόνησης για ένα μωρό που βρίσκεται δίπλα σε ενήλικες.

Ωστόσο, αναγνωρίζεται ότι αυτή η συμβουλή αμφισβητείται. Μια κριτική είναι ότι καθιστά το θηλασμό πιο δύσκολο. Μια λύση είναι να θηλάσει η μητέρα στο κρεβάτι και, στη συνέχεια, να τοποθετήσει το μωρό σε μια κούνια δίπλα στο κρεβάτι της. Το μωρό θα πρέπει να κοιμάται στο ίδιο δωμάτιο με τους γονείς καθώς μειώνεται ο κίνδυνος ΣΑΒΘ από ό, τι αν το μωρό κοιμάται σε ένα δωμάτιο από μόνο του.

Μια άλλη δυσμενής κριτική είναι ότι ο επιμερισμός του κρεβατιού συνδέεται με συγκεκριμένες επικίνδυνες συνθήκες. Σε μια πρόσφατη ανάλυση που βασίζεται σε δύο μελέτες ασθενών-μαρτύρων που διεξήχθησαν στο Ηνωμένο Βασίλειο, διαπιστώθηκε ότι ο κίνδυνος που συνδέεται με τον επιμερισμό του κρεβατιού προμηνύει κινδύνους όπως το να κοιμάται το βρέφος στο ίδιο κρεβάτι με κάποιον ο οποίος έχει καταναλώσει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ ή είναι καπνιστής. Επιπρόσθετα κατά κύριο λόγο μέχρι την ηλικία των 3 μηνών η μητέρα επιλέγει να κρατήσει το μωρό το κρεβάτι, ωστόσο αυτό πρέπει να υλοποιηθεί με τον ασφαλέστερο τρόπο, συνίσταται να δημιουργηθεί ένας ξεχωριστός χώρος, ο οποίος θα βρίσκεται δίπλα στο κρεβάτι της μητέρας(Blair et al 2003).



Εικόνα 5: Το να κοιμάται το μωρό μαζί με κάποιον είναι επικίνδυνο.

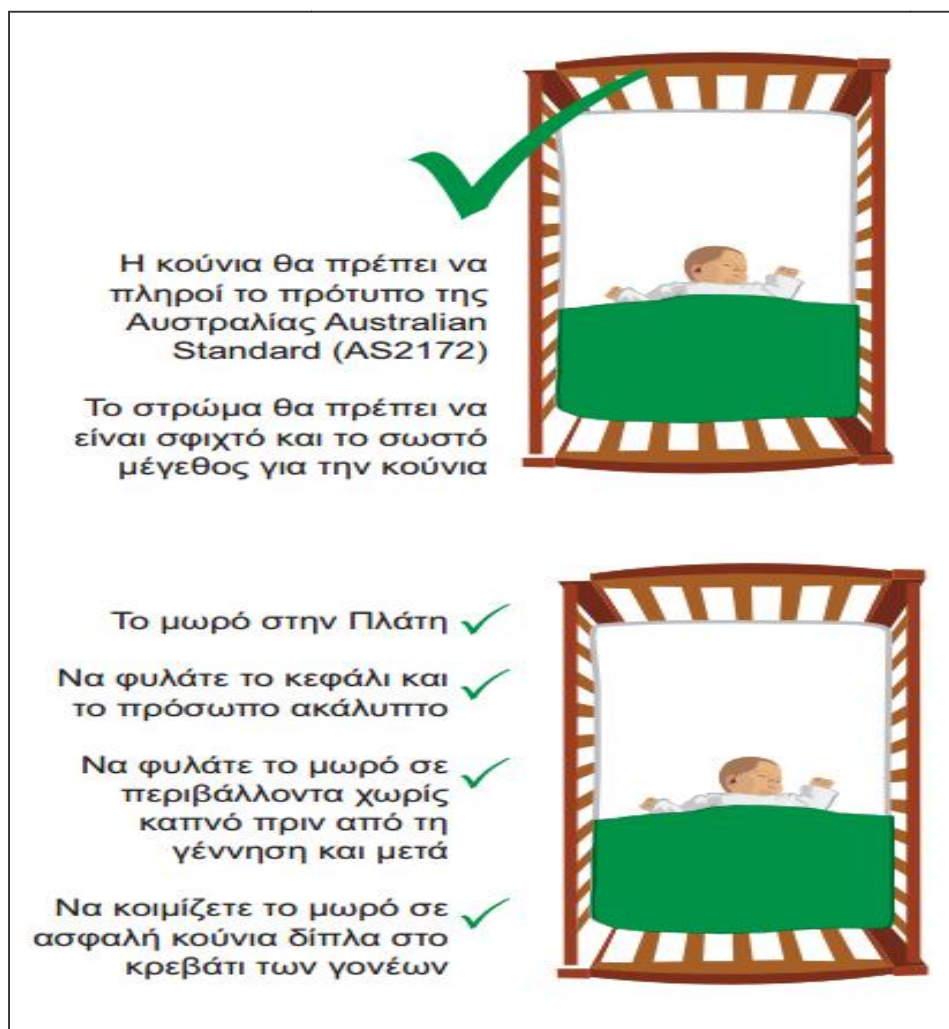
Πηγή: commons.wikimedia.org

ΥΠΤΙΑ ΘΕΣΗ ΥΠΝΟΥ

Μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου για ΣΑΒΘ είναι εύκολα τροποποιήσιμοι άλλοι είναι πολύ λιγότερο υποκείμενοι στην αλλαγή και μπορούν να απαιτήσουν μακροπρόθεσμη προσπάθεια και την επέμβαση. Ευτυχώς, η σημαντικότερη αλλαγή - ύπτιος ύπνος απαιτεί πολύ λίγη προσπάθεια. Άλλους παράγοντες κινδύνου για ΣΑΒΘ, όπως η τοποθέτηση της μαλακής κλινοστρωμνής, η υπερθέρμανση του βρέφους μπορούν επίσης να αλλάξουν εύκολα. Οι παράγοντες κινδύνου που είναι λιγότερο υποκείμενοι στην αλλαγή περιλαμβάνουν την πρόωρη γέννα, τη νεαρή μητρική ηλικία στην εγκυμοσύνη, το μητρικό κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ οιοπνεύματος, τη φτωχή προγενέθλια προσοχή και το χαμηλό βάρος γέννησης.

Επειδή η ύπτια θέση ύπνου είναι εύκολο να χρησιμοποιηθεί και δεν απαιτεί κανέναν πρόσθετο εξοπλισμό, μερικοί γονείς αμφιβάλλουν για την αποτελεσματικότητά της στρατηγικής αυτής ως μείωση κινδύνου και χρησιμοποιούν την πρηνή θέση, θεωρώντας ότι αρμόζει στα νήπιά τους. Επιπλέον, οι γονείς αποφεύγουν την ύπτια θέση ύπνου διότι φοβούνται πως τα βρέφη τους θα κάνουν εισρόφηση τροφής αν βρεθούν στην πλάτη τους καθώς και ότι μερικά νήπια θα αναπτύξουν μια «ισιωμένη εμφάνιση» στο πίσω μέρος των κρανίων τους (πλαγιοκεφαλία). Ένας ακόμη λόγος που οι γονείς επιλέγουν την πρηνή θέση για τον

ύπνο είναι διότι τους συμβούλεψε ένα άλλο πρόσωπο ή κάποιος συγγενής. Στην πραγματικότητα, μια πρόσφατη μελέτη των αφρικανικών-αμερικανικών οικογενειών χαμηλού εισοδήματος ανέδειξε ότι η πιθανότητα της τοποθέτησης του νηπίου στην πρηνή θέση σχεδόν διπλασιάστηκε εάν η γιαγιά ζούσε στο σπίτι (Arnold et al., 1982).



Εικόνα 6:Συνθήκες ύπνου του βρέφους-Ύπτια θέση.

Πηγή: www.sidsandkids.org

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΥΠΝΟΥ

Εκτός από την τοποθέτηση των μωρών στις πλάτες τους για να κοιμηθούν είτε για έναν χαλαρό ύπνο είτε το βράδυ, οι γονείς και όσοι αναλαμβάνουν την φροντίδα τους, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο του ΣΑΒΘ προστατεύοντας και από άλλους κινδύνους που προκύπτουν από το περιβάλλον του ύπνου.

Μαλακές επιφάνειες ύπνου και Loose Κλινοσκεπάσματα

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο ύπνος σε μαλακές επιφάνειες, όπως καναπέδες και μαλακά στρώματα, είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για ΣΑΒΘ. Για παράδειγμα, το 2003, μια μελέτη έδειξε ότι τοποθετώντας ένα βρέφος να κοιμάται σε μαλακό κρεβάτι, σε αντίθεση με ένα σταθερό, αντιμετώπισε πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για ΣΑΒΘ. Πιο εντυπωσιακό, όμως, ήταν το γεγονός ότι τα βρέφη που κοιμόντουσαν μπρούμυτα στο μαλακό κρεβάτι είχαν κατά 19 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ΣΑΒΘ από τα βρέφη που κοιμόντουσαν στις πλάτες τους σε σταθερό κρεβάτι. Οι ερευνητές δεν γνωρίζουν γιατί ο ύπνος σε τέτοιες επιφάνειες θα αύξανε τον κίνδυνο ΣΑΒΘ, αλλά προειδοποιούν ότι η πρακτική αυτή φαίνεται να είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη (Willinger et al 2000).



Εικόνα 7: Οι μαλακές επιφάνειες αυξάνουν τον κίνδυνο για ΣΑΒΘ.

Πηγή: www.sidsandkids.org

Υπερθέρμανση κατά τη διάρκεια του ύπνου

Τα μωρά πρέπει να διατηρούνται ζεστά κατά τη διάρκεια του ύπνου, αλλά όχι υπερβολικά ζεστά. Οι μελέτες δείχνουν ότι η υπερθέρμανση του μωρού είναι πιο πιθανό να καταλήξει σε βαθύ ύπνο από τον οποίο είναι δύσκολο να επανέλθει. Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι η αύξηση του κινδύνου ΣΑΒΘ συνδέεται με τα υπερβολικά ρούχα ή τις κουβέρτες και την υψηλή θερμοκρασία στο δωμάτιο. Ο κίνδυνος ΣΑΒΘ είναι υψηλότερος για τα βρέφη που κοιμούνται σε μια μαλακή επιφάνεια ή / και με τα κεφάλια τους που καλύπτονται από ό, τι τα βρέφη που κοιμούνται σε μια σταθερή επιφάνεια ή / και χωρίς κεφάλια τους να καλύπτονται. Η αυξημένη κατακράτηση της θερμότητας του σώματος θερμότητα μέσω της υπερβολικής μόνωσης από κλινοσκεπάσματα και είδη ένδυσης-μπορεί να είναι επικίνδυνη για μερικά βρέφη.

Αυξημένος κίνδυνος ΣΑΒΘ έχει επίσης συσχετιστεί με την εποχή του έτους. Στο παρελθόν, οι θάνατοι ΣΑΒΘ ήταν πιο συχνοί κατά τη διάρκεια του κρύου καιρού, πιθανόν διότι τα βρέφη είναι πιο πιθανό να έχουν υπερβολική ενδυμασία ή να σκεπαστούν με πολλές κουβέρτες και να υπερθερμανθούν, αλλά οι στατιστικές δείχνουν ότι αυτή η σύνδεση φαίνεται να ελαττώνεται. Μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει ότι η υπερθέρμανση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο του ΣΑΒΘ για ένα μωρό που έχει κρυώσει ή μολυνθεί. Οι γονείς και οι κηδεμόνες συνιστάται να μην ντύνουν βαριά το μωρό και να κρατούν την θερμοκρασία δωματίου σε μια άνετη θερμοκρασία. Γενικά, αν η θερμοκρασία του δωματίου είναι άνετη για έναν ενήλικα, τότε είναι κατάλληλη και για ένα μωρό (Malloy et al 2004).

Απαντήσεις σε ερωτήσεις για το ΣΑΒΘ σχετικά με τον ύπνο.

1. Μπορεί το μωρό να πνιγεί ενώ κοιμάται ύπτια?

Κάποιες μητέρες ανησυχούν ότι τα μωρά που κοιμούνται ύπτια μπορεί να πνιγούν ή να πάθουν αναρρόφηση ενώ κοιμούνται. Αλλά τα μωρά αυτόματα καταπίνουν ή βήχουν τέτοια υγρά. Στην πραγματικότητα οι γιατροί δεν έχουν εντοπίσει πνιγμούς ή άλλα προβλήματα στα μωρά που κοιμούνται στην πλάτη τους.

2. Γιατί είναι λάθος το μωρό να κοιμάται μπρούμυτα? Ενώ οι γονείς μπορούν?

Οι γιατροί δεν γνωρίζουν ποια μωρά θα πεθάνουν από ΣΑΒΘ, αλλά γνωρίζουν τρόπους ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος. Το 1992 η ΑΑΠ συνίστησε την ύπτια θέση ή την πλαγιά

για τον ύπνο. Περισσότερα από 5000 βρέφη πέθαιναν κάθε χρόνο από ΣΑΒΘ,απο την καθιέρωση και μετά όμως σημειώθηκε σημαντική μείωση σε λιγότερους από 3000 θανάτους ανά βρέφος.

3.Τι πληροφορίες υπάρχουν για τις νέες συσκευές που έχουν σχεδιαστεί για να κρατήσουν το μωρό σε μία συγκεκριμένη θέση για τον ύπνο?

Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι τέτοια προϊόντα θα συμβάλλουν στη μείωση ΣΑΒΘ. Στην πιο κρίσιμη ηλικία των 2-4 μηνών τα μωρά δεν είναι καν σε θέση να γυρίσουν από την πλάτη στο στομάχι τους.

4.Υπάρχουν φορές που το μωρό μπορεί να είναι μπρούμυτα?

Το μωρό πρέπει να έχει πολλές τέτοιες στιγμές,οταν είναι ξύπνιο και παρακολουθείται. Αυτό βοηθά στο να ενδυναμωθούν οι μύες και ο λαιμός του.

4.3 ΧΡΗΣΗ ΠΙΠΙΛΑΣ

Το μη θρεπτικό πιπίλισμα είναι ένα φυσιολογικό αντανακλαστικό τόσο στο έμβρυο όσο και στο νεογέννητο βρέφος. Η πιπίλα έχει χρησιμοποιηθεί για την εκπλήρωση αυτής της έμφυτης επιθυμίας για πάνω από 2000 έτη. Οι πιπίλες έχουν χρησιμοποιηθεί για να απαλύνουν ή να ηρεμήσουν τα βρέφη και να ανακουφίσουν τον πόνο στα νεογνά και βρέφη κάτω των 6 μηνών που υποβάλλονται σε διαδικασίες έκτακτης ανάγκης. Μια πρόσφατη μελέτη έχει δείξει ότι το πιπίλισμα μείωσε το κλάμα στα νεαρά βρέφη που υποβάλλονται σε φλεβοκέντηση. Εκτιμάται ότι περίπου στο 75% των παιδιών στις δυτικές χώρες προσφέρεται πιπίλα σε κάποιο χρονικό διάστημα (Niemela et al 2000).



Εικόνα 8:Χρήση πιπίλας κατά την διάρκεια του ύπνου.

Πηγή: www.mommy.gr

Το 1979 τέθηκε ως ζήτημα, ότι η χρήση πιπίλας μειώνει τον κίνδυνο για το ΣΑΒΘ σε μία εποχή που θεωρήθηκε ότι το ΣΑΒΘ μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη οξυγόνου κατά την διάρκεια του ύπνου. Αν και αυτή η σχέση μεταξύ ΣΑΒΘ και άπνοιας κατά την διάρκεια του ύπνου δεν θεωρείται πλέον εύλογη, υπάρχουν ισχυρά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι τα βρέφη που χρησιμοποιούν πιπίλες έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΣΑΒΘ από τα βρέφη που δεν τις χρησιμοποιούν. Μερικές χώρες υποστηρίζουν την χρήση πιπίλας ως στρατηγική μείωσης του κινδύνου για ΣΑΒΘ ενώ άλλες είναι περισσότερο δύσπιστες απαιτώντας περαιτέρω στοιχεία για το πώς αυτή η συσκευή, δύναται να παράσχει προστασία. Επιπλέον, έχει υπάρξει κάποια ανησυχία για τα πιθανά μειονεκτήματα της χρήσης πιπίλας συμπεριλαμβανομένης μιας πιθανής καταστρεπτικής επίδρασης στο θηλασμό.

Ερευνα που διεξήχθη στη Νέα Ζηλανδία ανέδειξε την σύνδεση ανάμεσα στην χρήση πιπίλας και του μικρότερου κινδύνου για ΣΑΒΘ. Στα επόμενα έτη, αρκετές ακόμα μελέτες εξέτασαν την σχέση μεταξύ ΣΑΒΘ και της χρήσης πιπίλας. Μια μετανάλυση επτά μελετών ελέγχου περίπτωσης έδειξε μείωση 61% ΣΑΒΘ από την χρήση πιπίλας έναντι της ομάδας ελέγχου με αποτέλεσμα, οι συντάκτες να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι οι πιπίλες πρέπει να συστηθούν ως πιθανή στρατηγική μείωσης κινδύνου (Hauck et al., 2005).

Άλλη μετανάλυση χρησιμοποιώντας ουσιαστικά τις ίδιες μελέτες βρήκε μια μείωση 52% ΣΑΒΘ μεταξύ των χρηστών πιπίλας. Εντούτοις, οι συγκεκριμένοι συντάκτες ήταν περισσότερο διστακτικοί στο συμπέρασμά τους και η υποβολή προτάσεων μιας τέτοιας σύστασης ήταν ανοικτή σε συζήτηση και με επερώτηση του αντίκτυπου της χρήσης πιπίλας στο θηλασμό. Επιπλέον, μερικοί ερευνητές έχουν εγείρει αξιώσεις, αναφέροντας ότι η υπόθεση μιας άμεσης αιτιώδους σχέσης μεταξύ της έλλειψης πιπίλας και ΣΑΒΘ δεν έχει τεκμηριωθεί (Blair et Fleming 2006).

Η περαιτέρω ανάλυση μιας γερμανικής μελέτης 333 περιπτώσεις βρεφών που προσβλήθηκαν από ΣΑΒΘ, διαπίστωσε ότι η χρήση πιπίλας κατά την διάρκεια του ύπνου ήταν προστατευτική ως προς το ΣΑΒΘ. Ωστόσο, μια μικρότερη αγγλική μελέτη (βασισμένη σε 70 περιπτώσεις ΣΑΒΘ και 87 περιπτώσεις ελέγχου) που δημοσιεύθηκε το ίδιο έτος, δεν προσδιόρισε μια σημαντική προστατευτική επίδραση των πιπίλων. Ακόμα, η περαιτέρω ανάλυση μιας μελέτης στο Σικάγου που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 1993 και 1996 πρότεινε ότι η χρήση πιπίλας μείωσε τον κίνδυνο ΣΑΒΘ περισσότερο όταν οι μητέρες ήταν ετών ≥ 20 , παντρεμένες, μη καπνίστριες και το βρέφος θήλαζε.

Η χρήση πιπίλας μείωσε επίσης τον κίνδυνο ΣΑΒΘ περισσότερο όταν κοιμόταν το βρέφος ανάσκελα ή στο πλάι, μοιραζόταν το κρεβάτι και όταν ήταν υπήρχε μαλακό

στρώμα στο κρεβάτι. Επίσης, η ένωση μεταξύ των δυσμενών περιβαλλοντικών παραγόντων και του κινδύνου ΣΑΒΘ τροποποιήθηκε ευνοϊκά από την χρήση πιπίλων, αλλά οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των πιπίλων και αυτών των παραγόντων δεν ήταν σημαντικές. Ωστόσο, η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση πιπίλων μπορεί να παρέχει μια πρόσθετη στρατηγική για μείωση του κινδύνου ΣΑΒΘ για τα νήπια που τίθενται σε υψηλό κίνδυνο ή σε δυσμενές περιβάλλον ύπνου (Moon et al 2012).

Από την άλλη μεριά ωστόσο, μια ιρλανδική μελέτη ανέφερε ότι τα βρέφη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για ΣΑΒΘ εάν χρησιμοποιούν τακτικά μια πιπίλα και μια βρετανική μελέτη εξέθεσε παρόμοια αποτελέσματα, αλλά στην ανάλυση πολλαπλή παλινδρόμησης δεν έφθασε σε στατιστικά αποδεικτικά στοιχεία (McGarvey et al 2003).

Αναγνωρίζεται ότι οι μελέτες ασθενών-μαρτύρων είναι η καλύτερη διαθέσιμη μεθοδολογία έρευνας για τη μελέτη της συσχέτισης μεταξύ χρήσης πιπίλας και ΣΑΒΘ. Είναι γενικά αποδεκτό ότι, για να συμπεράνουμε την αιτιότητα, υπάρχουν διάφορα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται, συμπεριλαμβανομένων μια ισχυρής και συνεπής συσχέτισης του βιολογικού μηχανισμού με τον οποίο ασκείται αυτή η προστατευτική επίδραση.

Ενώ μερικοί θα θεωρήσουν τη σχέση μεταξύ χρήσης πιπίλας και μειωμένου κινδύνου ΣΑΒΘ να είναι σχετικά ισχυρή και συνεπής, αναγνωρίζεται ότι ορισμένες μελέτες δεν έχουν δείξει μια προστατευτική επίδραση. Επιπλέον, υπάρχει ανησυχία ότι ένας βιολογικός μηχανισμός δεν υπολογίζει το γεγονός ότι η πιπίλα πέφτει συχνά από το στόμα του βρέφους σύντομα μετά τον ύπνο, ούτε έχει τεκμηριωθεί μια βιολογική βαθμίδα που να έχει χρησιμοποιηθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια του ύπνου μεταξύ των ομάδων ελέγχου σε σχέση με το ΣΑΒΘ (Larsson 1992).

ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Επί του παρόντος, οι μηχανισμοί με τους οποίους οι πιπίλες παρέχουν προστασία είναι ασαφείς. Μια μελέτη σε ένα βρέφος με μικρογναθία (μικρό σαγόι) έχει στοιχεία που αποδεικνύουν ότι το μέγεθος των αεραγωγών αυξάνεται από το πιπίλισμα. Ένας σημαντικός περιοριστικός παράγοντας για αυτό το μηχανισμό είναι ότι έχει αναφερθεί ότι τα βρέφη χάνουν την πιπίλα τους αμέσως αφού κοιμηθούν.

Δύο περαιτέρω μηχανισμοί έχουν προταθεί ως προς το γιατί μια πιπίλα μπορεί να είναι προστατευτική ενάντια του ΣΑΒΘ. Πρώτον, η προστασία μπορεί να σχετίζεται με επιδράσεις στον αυτόνομο έλεγχο και, δεύτερον οι πιπίλες μπορεί επίσης να αυξάνουν τις διεγέρσεις κατά την διάρκεια του ύπνου. Υπάρχει μόνο μία μελέτη που διερεύνησε τα αποτελέσματα της πιπίλας στον καρδιαγγειακό έλεγχο και αυτή η μελέτη προτείνει

ότι το πιπίλισμα μπορεί κατά κάποιο τρόπο να μεταβάλλει τον καρδιαγγειακό έλεγχο, καθώς οι περίοδοι πιπίλισματος σχετίζονται με την αυξημένη ενεργοποίηση του συμπαθητικού, ενώ κατά τη διάρκεια της περιόδου που δεν χρησιμοποιείται η πιπίλα τα βρέφη χρησιμοποίησαν ένα ομοίωμα (πιπίλα) είχαν μειωμένη συμπαθητική ενεργοποίηση και αυξημένη παρασυμπαθητική ενεργοποίηση του καρδιακού ρυθμού σε σύγκριση με τα βρέφη που δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ πιπίλα (Franco et al., 2004).

Οι συγγραφείς πρότειναν, ότι η χρήση πιπίλας μπορεί να συμβάλει στην επαναφορά του καρδιακού αυτόνομου τόνου, βελτιώνοντας έτσι τις αντιδράσεις συμπεριφοράς σε περιβαλλοντικές συνθήκες και ενισχύοντας την επιβίωση. Υπάρχουν αντιφατικά στοιχεία για τις επιπτώσεις των πιπίλων στην διέγερση του βρέφους, με την αναφορά μιας μελέτης ότι τα βρέφη είχαν μεγαλύτερη δυνατότητα επαναφοράς στον ενεργό ύπνο όταν χρησιμοποίησαν μια πιπίλα, ωστόσο μια πιο πρόσφατη μελέτη η οποία εξέτασε τις δύο καταστάσεις ύπνου έχει δείξει ότι δεν υπάρχουν επιπτώσεις στην διέγερση με την χρήση πιπίλας (Hanzer M et al 2009).

4.4 ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν παράγει ασαφή ευρήματα σχετικά με τα προστατευτικά αποτελέσματα του θηλασμού για το ΣΑΒΘ. Αποτελέσματα ορισμένων μελετών έχουν δείξει μια προστατευτική επίδραση. Μελέτες στη Γερμανία έχουν δείξει ότι η έναρξη του θηλασμού συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο ΣΑΒΘ. Οι Chen και Rogan (2004) ανέφεραν ότι ο μετανεογνικός θάνατος σε γενικές γραμμές, αλλά όχι το ΣΑΒΘ, μειώνεται σε βρέφη που θηλάζουν. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα βρέφη που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη διέγερση σε ηλικία 2-3 μηνών από τα βρέφη που πίνουν ξένο γάλα, τα οποία όταν υπέκυψαν στο ΣΑΒΘ αποδείχθηκε ότι είχαν σημαντικά χαμηλότερες συγκεντρώσεις δοκοσαεξανοϊκού οξέος στο μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου τους από τα βρέφη που θηλάζαν.

Ο θηλασμός λοιπόν συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο ΣΑΒΘ. Ο μηχανισμός που συμβάλλει στο αποτέλεσμα δεν είναι εντελώς ξεκάθαρος. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι το μητρικό γάλα μέσω των αντισωμάτων που περιέχει μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης από ιούς, παράγοντες που είναι συχνά παρόντες σε περιπτώσεις ΣΑΒΘ. Έχει πρόσφατα αποδειχθεί ότι η ιντερλευκίνη-1β που παράγεται κατά τη διάρκεια μιας μόλυνσης, επάγει την απελευθέρωση της προσταγλανδίνης E2, η οποία παρεμποδίζει την αναπνοή μέσω υποδοχέων στο εγκεφαλικό στέλεχος.



Εικόνα 9: Ο θηλασμός ως προστατευτικός μηχανισμός ενάντια στο ΣΑΒΘ.

Πηγή : www.sid.org

Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τις επιδράσεις του περιβάλλοντος και τις πρακτικές ανατροφής των παιδιών που μπορούν να βοηθήσουν στην προστασία ενός βρέφους από ΣΑΒΘ. Μια τέτοια πρακτική είναι ο θηλασμός. Φυσιολογικές μελέτες δείχνουν ότι παιδιά που έχουν θηλάσει είναι πιο εύκολο να ξυπνήσουν από άλλα βρέφη κατά τη διάρκεια του ύπνου, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει την προστατευτική επίδραση του θηλασμού ενάντια στο ΣΑΒΘ. Ενδεικτικά, συμφωνά με μελέτες, για βρέφη που θηλάσαν τουλάχιστον κατά τους δύο πρώτους μήνες ζωής, η πιθανότητα εμφάνισης ΣΑΒΘ έπεφτε κατά 60%, ενώ για βρέφη που θηλάσαν έστω και για λίγο – οποιαδήποτε διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού – η πιθανότητα αιφνίδιου θανάτου έπεφτε κατά 70% σε σύγκριση με όσα δεν θηλάσαν καθόλου (Horne et al 2004).

Οι ερευνητές συμπέραναν ανεπιφύλακτα ότι ο μητρικός θηλασμός προστατεύει ενάντια στο ΣΑΒΘ και το αποτέλεσμα αυτό είναι τόσο πιο ισχυρό όσο μεγαλύτερη η διάρκεια του θηλασμού και όσο πιο αποκλειστικός είναι. Η σύσταση να θηλάζουν τα βρέφη πρέπει να συμπεριληφθεί στα μηνύματα που δίνονται προς το κοινό για τη μείωση του κινδύνου ΣΑΒΘ, ώστε να βοηθήσουμε στην μείωση της εμφάνισης του συνδρόμου και να προάγουμε το μητρικό θηλασμό για τα πολλά άλλα οφέλη στην υγεία παιδιού και μητέρας. Ειδικότερα το γάλα που λαμβάνουν τα μωρά μετά τη γέννησή τους ισοδυναμεί με ένα εμβόλιο, αναπτύσσουν αντισώματα τα οποία τα προστατεύουν από λοιμώξεις του αναπνευστικού, του πεπτικού και γενικά από κάθε είδους λοίμωξη. Πρόκειται για την ιδανική τροφή που παρέχεται ανά πάσα στιγμή. Επιπρόσθετα και για τη μητέρα ο θηλασμός λειτουργεί ως ασπίδα ενάντια στον καρκίνο του τραχήλου και

του μαστού και γενικότερα μειώνονται οι πιθανότητες να εκδηλωθεί καρκίνος στις ωοθήκες.

4.5 ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

Τα μωρά εμβολιάζονται συχνά όταν είναι στην ηλικία μεταξύ 2-4 μηνών, ηλικία κατά τη οποία εμφανίζεται κυρίως και το ΣΑΒΘ. Η χρονική σχέση των εμβολιασμών και του ΣΑΒΘ έχει δημιουργήσει την εντύπωση πως συσχετίζονται. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι τα εμβόλια ούτε προκαλούν ούτε συνδέονται με το ΣΑΒΘ. Η ανοσοποίηση, δηλαδή ο εμβολιασμός ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα ενάντια στις ασθένειες και τις λοιμώξεις. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το εμβόλιο του πνευμονιόκοκου, το οποίο θωρακίζει το αναπνευστικό σύστημα και έτσι το βρέφος δε δυσκολεύεται κατά την αναπνοή. Συνεπώς προφυλάσσεται από το ΣΑΒΘ (www.cdc.gov).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι το μήνυμα για ασφαλή ύπνο δεν φτάνει επαρκώς σε όλα τα τμήματα της κοινωνίας. Η μείωση της συχνότητας του ΣΑΒΘ απαιτεί γνώση και δράση από τους γονείς, φροντιστές, και όλους τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλεύτες που φροντίζουν νεογέννητα και βρέφη παίζουν έναν κρίσιμο ρόλο σε αυτή την προσπάθεια. Η εκστρατεία «Back to Sleep» έχει ως στόχο να εκπαιδεύσει τους φροντιστές σχετικά με τις στρατηγικές μείωσης του κινδύνου από ΣΑΒΘ ενώ παράλληλα συνεργάζεται με εθνικές ενώσεις νοσηλευτικής για να εξαπλωθούν τα ασφαλή μηνύματα του ύπνου.

Οι νοσηλεύτες συνιστούν σημαντικό πρότυπο για τους γονείς και τις οικογένειες. Τοποθετώντας με συνέπεια τα βρέφη να κοιμούνται στις πλάτες τους και χρησιμοποιώντας πρακτικές ασφαλούς ύπνου, ενώ τα βρέφη είναι ακόμα στο νοσοκομείο δύνανται να μοντελοποιήσουν τις συστάσεις μείωσης του κινδύνου για ΣΑΒΘ. Με τη διάδοση των πληροφοριών, μπορούν επίσης να βοηθήσουν στην εκπαίδευση των οικογενειών για τους παράγοντες κινδύνου ΣΑΒΘ και να ενισχύσουν τους τρόπους για να μειώσουν τον κίνδυνο που το προκαλεί (Willinger et al 2000).



Εικόνα 10: Η σχέση των νοσηλευτών με τα βρέφη.

Πηγή: Task Force on Sudden Infant Death Syndrome 2005

Ακόμα, οι νοσηλευτές πρέπει να αισθάνονται γνώστες των πληροφοριών που παρουσιάζουν στις οικογένειες. Μία από τις κοινές ανησυχίες που εκφράζονται συχνά από τους νοσηλευτές είναι αν η ύπτια θέση αυξάνει τον κίνδυνο εισρόφησης, ειδικά μεταξύ των βρεφών που διαγιγνώσκονται με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Πράγματι, πολλαπλές μελέτες από διαφορετικές χώρες έχουν δείξει ότι δεν παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα εισρόφησης από την επιλογή ύπνου σε ύπτια θέση. Μια άλλη ανησυχία σχετίζεται με την αύξηση της πλαγιοκεφαλίας από την παρατεταμένη ύπτια θέση ύπνου. Αυτή η κατάσταση είναι γενικά προσωρινή γιατί τα κρανία των βρεφών διαμορφώνονται καθώς αναπτύσσονται και γίνουν πιο άκαμπτα (Moon 2011).

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης για τους νοσηλευτές η ανάπτυξη μακροπρόθεσμα υποστηρικτικών σχέσεων με τους γονείς, οι οποίες δύναται να βοηθήσουν στη μείωση του κίνδυνου από ΣΑΒΘ α)παρέχοντας εκπαίδευση σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου ΣΑΒΘ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης β) συνεχίζοντας το εκπαιδευτικό μήνυμα μετά τη γέννηση ενός βρέφους γ) παρακολουθώντας το βρέφος όταν κοιμάται και σε ποια θέση και ζητώντας επ' αυτού αναφορά σε κάθε νέα επίσκεψη ή κάνοντας περιοδικές τηλεφωνικές κλήσεις προς τους γονείς δ)βοηθώντας τους γονείς να τροποποιήσουν άλλους παράγοντες κινδύνου στην κούνια και στο οικιακό περιβάλλον.

Χαρακτηριστικά, μελέτες δείχνουν ότι μερικοί γονείς που είχαν δεσμευτεί να χρησιμοποιούν την ύπτια θέση ύπνου και επαναβεβαίωσαν την απόφαση αυτή πριν από την έξοδο από το νοσοκομείο, τελικά άλλαξαν τον τρόπο ύπνου των βρεφών τους σε πρηνή θέση. Αυτό κρίνεται ιδιαίτερα επικίνδυνη επιλογή, δεδομένου ότι τα βρέφη που συνηθίζουν στην ύπτια θέση και στη συνέχεια τοποθετούνται σε πρηνή, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ΣΑΒΘ από ό, τι αν κοιμόντουσαν εξ αρχής σε πρηνή θέση.

Η διαπίστωση αυτή, αναδεικνύει την ανάγκη για τους νοσηλευτές να έχουν συνεπείς και μακροχρόνιες σχέσεις με τους γονείς, προκειμένου να στηρίξουν και να ενθαρρύνουν την απόφασή τους να χρησιμοποιήσουν την ύπτια θέση ύπνου καθώς και για τον έλεγχο άλλων παραγόντων κινδύνου ΣΑΒΘ. Οι προσπάθειες είναι περισσότερο αποτελεσματικές αν οι νοσηλευτές συζητούν τις θέσεις ύπνου πριν και μετά τη γέννηση ενός βρέφους και συνεχίσουν να παράσχουν στήριξη μέσω τηλεφωνικών κλήσεων με τους γονείς, έτσι ώστε να ενημερώνονται συνεχώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΓΟΝΙΩΝ

6.1 ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΒΘ

ΜΥΘΟΙ	ΑΛΗΘΕΙΕΣ
Τα βρέφη μπορούν να αντιληφθούν το ΣΑΒΘ.	Το ΣΑΒΘ δεν είναι μεταδοτικό και δεν υπάρχουν συμπτώματα πριν συμβεί.
Οι κούνιες προκαλούν το ΣΑΒΘ.	Οι κούνιες δεν προκαλούν ΣΑΒΘ.
Τα μωρά που κοιμούνται στις πλάτες τους μπορεί να πνιγούν ή να πάθουν αναρρόφηση.	Τα μωρά καταπίνουν τα υγρά στους ή βήχουν.
Ένας θάνατος που προκαλείται από ΣΑΒΘ μπορεί να αποφευχθεί.	Οι γιατροί δεν έχουν εντοπίσει αύξηση πνιγμών ή άλλα προβλήματα στα μωρά που κοιμούνται.
Τα εμβόλια και τα φάρμακα προκαλούν το ΣΑΒΘ.	Τα εμβόλια προστατεύουν τα βρέφη.
Το ΣΑΒΘ συμβαίνει σε οποιαδήποτε ηλικία.	Το ΣΑΒΘ προσβάλλει τα βρέφη έως 1 έτους.
Τα λευκά βρέφη μόνο προσβάλλονται από ΣΑΒΘ.	Τα μωρά των αφροαμερικανων έχουν διπλάσιες πιθανότητες να πεθάνουν από ΣΑΒΘ από ότι τα λευκά βρέφη.

Πηγή: NICHD Back to sleep campaign.

6.2 ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΜΕΙΩΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΑΒΘ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ

- Ύπτια θέση ύπνου
- Σταθερή επιφάνεια ύπνου
- Ασφαλές περιβάλλον ύπνου
- Απαγορεύεται το κάπνισμα γύρω από το μωρό
- Ένας στενός αλλά ξεχωριστός χώρος ύπνου για το μωρό
- Πιθανή χρήση μιας καθαρής, στεγνής πιπίλας
- Αποφυγή της υπερθέρμανσης του μωρού
- Επικοινωνία με τους πάροχους φροντίδας παιδιών, παππούδες και γιαγιάδες, babysitters, και τον καθένα που ενδιαφέρεται για το μωρό σχετικά με τον κίνδυνο ΣΑΒΘ.

6.3 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΕΝΘΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΡΕΦΟΥΣ

Πένθος

Ο τρόπος με τον οποίο διδαχθήκαμε να πενθούμε με βάση την οικογένεια, τον πολιτισμό, τα ήθη, την θρησκεία, τις πεποιθήσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο εκφράζουμε το πένθος μας. Οι γονείς εκφράζουν τον θρήνο τους με διαφορετικό τρόπο. Ειδικότερα η μητέρα προτιμά να εξωτερικεύσει τον πόνο της, ενώ ο πατέρας υποφέρει σιωπηλά. Ο πατέρας θεωρεί πιο δύσκολο να αναζητήσει υποστήριξη και ψάχνει διέξοδο μέσω της δουλειάς, ακόμη κι αναζητώντας επιπρόσθετη απασχόληση για να ξεπεράσει την απώλεια του βρέφους. Είναι σημαντικό οι γονείς να εκφράσουν την θλίψη τους. Δεν υπάρχει σωστό και λάθος σε αυτό, ο καθένας αποτελεί μια οντότητα με προσωπικά χαρακτηριστικά. Συχνά αναζητούν οικογένειες με ίδιο πένθος, ώστε να παραλληλίσουν την δική τους κατάσταση, δημιουργώντας έτσι ένα κλίμα αλληλεγγύης.

Για τις μονογονεϊκές οικογένειες η απώλεια του βρέφους αποτελεί οδυνηρή κατάσταση, είναι πιθανό να αισθανθεί κάποιος απομόνωση. Η επικοινωνία με ειδικούς φορείς είναι αναγκαία, καθώς και με φίλους, αλλά και την οικογένεια. Από την άλλη τα ζευγάρια μπορεί να ακούσουν ή να διαβάσουν για τον αυξητικό ρυθμό διαζυγίων μεταξύ γονέων που έχασαν το μωρό τους. Ωστόσο έρευνες δείχνουν πως ο ρυθμός διαζυγίων είναι πολύ μικρότερος σε τέτοιες καταστάσεις από ότι σε υγιείς οικογένειες.

Τα παιδιά είναι δεδομένο πως θα επηρεαστούν από την απώλεια ενός βρέφους. Συνήθως εκφράζουν ανησυχία για το αν θα πεθάνουν και τα ίδια ή εάν θα πάθει κάτι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο. Είναι απαγορευτικό να πει κάποιος στο παιδί του ότι το

μωρό θα κοιμάται για πάντα, γιατί μετά θα φοβάται να κοιμηθεί. Η παροχή ειλικρινών απαντήσεων είναι προτιμότερη, όπως και η έκφραση των συναισθημάτων, διότι τα παιδιά λαμβάνουν ως μήνυμα ότι είναι φυσιολογική η εξωτερική των συναισθημάτων, η ειλικρινής επικοινωνία είναι ιδανική.

Τα βασικά καθήκοντα που εμπλέκονται στην παροχή συμβουλών για τους πενθούντες γονείς περιλαμβάνουν:

1. Απόκτηση γνώσεων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την θλίψη του γονέα.
2. Πρόβλεψη γονικής συμπεριφοράς και των εκφράσεων της θλίψης.
3. Η θλίψη είναι μοναδική για κάθε άτομο.
4. Διάκριση φυσιολογικών από περίπλοκων αντιδράσεων θλίψης.
5. Αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης των γονέων και της ικανότητας να φροντίσουν για τον εαυτό τους και τους άλλους (δηλαδή, την ικανότητα να παρέχει τόσο λειτουργική όσο και συναισθηματική υποστήριξη).
6. Προσδιορισμός των αναγκών κάθε οικογένειας και των πηγών υποστήριξης. (Shaefer 2002).

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Όταν συμβαίνει το θλιβερό γεγονός της απώλειας του βρέφους πληθώρα συναισθημάτων κυριεύουν τους γονείς. Ορισμένοι άνθρωποι, όταν βιώνουν ένα τραγικό γεγονός παρασύρονται σε απρεπείς καταστάσεις, όπως η μέθη, η λήψη ναρκωτικών ή η υπερβολική δόση ηρεμιστικών, υπνωτικών φαρμάκων. Ωστόσο τα συναισθήματα είναι ανθρώπινα και είναι απαραίτητο να διερευνήσει κάποιος τρόπους, ώστε να φροντίσει τον εαυτό του κυρίως κατά τις στιγμές έντονων συναισθημάτων. Τα κυρίαρχα συναισθήματα είναι ο θυμός, οι ενοχές, η κατάθλιψη και το άγχος. Ειδικότερα:

Θυμός:

Ο θυμός προκύπτει θεωρώντας τη ζωή άδικη, καθώς και άδικη την απώλεια του βρέφους. Οι άνθρωποι μπορεί να θυμώσουν με τους ίδιους, με την οικογένειά τους, τους φίλους τους ακόμη και με τον ίδιο το Θεό. Κατανοώντας πως ο θυμός είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα, αν και έντονο, μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του. Είναι καλή η καταγραφή των συναισθημάτων ή η επίσκεψη σε κάποιο μέρος που προσφέρει ηρεμία.

Ενοχές

Ακόμη κι αν γνωρίζει κάποιος πως δεν μπορούσε να αποτρέψει μια κατάσταση, διακατέχεται από ενοχές. Η υψηλή αίσθηση ευθύνης των γονέων απέναντι στο βρέφος καθιστά δύσκολο το συμβιβασμό με την απώλεια, ειδικά όταν προσπαθεί να κατηγορήσει κάποιον, παρά το ότι ξέρει πως δεν μπορεί να αλλάξει το παρελθόν. Η διερεύνηση των αιτιών του ΣΑΒΘ βοηθά στην εξάλειψη των ενοχών.

Κατάθλιψη

Συχνά η θλίψη που συνοδεύει το θάνατο ενός βρέφους συγκαταλέγεται στην κατάθλιψη. Είναι πιθανό να υπάρχουν συναισθήματα αποξένωσης από άλλους ανθρώπους, απομόνωσης από τις χαρές της ζωής, δυσκολία στον ύπνο και απώλεια διάθεσης για φαγητό. Ωστόσο όσο κι αν έχει επηρεαστεί κάποιος είναι αναγκαίο να ξαναβρεί τους ρυθμούς της καθημερινότητας, να προστατέψει την υγεία του και την οικογένειά του. Η επίσκεψη σε κάποιον ειδικό είναι καλή για να εντοπιστεί το έντονο συναίσθημα της κατάθλιψης και να αντιμετωπιστεί.

Φόβος:

Όταν βρεθεί κάποιος αντιμέτωπος με τον αιφνίδιο θάνατο, αυτόματα τον κυριεύει φόβος και για τα άλλα παιδιά του. Έτσι γίνεται υπερπροστατευτικός και τα παιδιά φοβούνται να αποχωριστούν τον γονέα. Το άγχος πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να συμβεί δεν επιτρέπει την χαλάρωση και την επίσκεψη ακόμη και σε φιλικά πρόσωπα. Είναι προτιμότερη η καθημερινή αντιμετώπιση του άγχους, ο χρόνος δύναται να επουλώσει τις πληγές, όχι βέβαια να τις εξαλείψει. Χρειάζεται υπομονή για να επιστρέψει η καθημερινότητα στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με τον όρο ΣΑΒΘ εννοούμε τον αιφνίδιο βρεφικό θάνατο, ο οποίος παραμένει ανεξήγητος, διχάζει τους επιστήμονες και υλοποιούνται αλληπάλληλες έρευνες, προκειμένου να διευκρινιστούν τα αίτια πρόκλησής του. Το ΣΑΒΘ προϋπήρχε από τα αρχαία χρόνια, απλώς τότε δεν υπήρχαν επιστημονικές εξηγήσεις ούτε συγκεκριμένος ορισμός. Χαρακτηριστικό παράδειγμα επισημαίνεται στην Παλαιά Διαθήκη.

Η συχνή εμφάνιση των αιφνίδιων θανάτων θορύβησε τόσο αναπτυσσόμενες χώρες, όσο και αναπτυγμένες. Ειδικότερα, στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρούνται 0,3 θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις, στην Αυστραλία 5 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις για το χρονικό διάστημα 2001-2003 και 4,6 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις από το 2005-2007. Στις Ηνωμένες Πολιτείες σημειώθηκε σημαντική μείωση, κυρίως μετά την προώθηση καμπανιών για τον έλεγχο του ΣΑΒΘ, ωστόσο οι ανισότητες παραμένουν ανάμεσα στα αφρικανικά βρέφη και στα λευκά, γεγονός που δικαιολογείται από πολιτιστικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Πολλαπλοί παράγοντες συνθέτουν το ΣΑΒΘ. Έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια πρόκλησης του. Αρχικά το σχήμα triple-risk τονίζει το συνδυασμό τριών καταστάσεων: α) Ευάλωτο βρέφος, β) Κρίσιμη περίοδος ανάπτυξης και γ) Εξωγενείς στρεσογόνοι παράγοντες. Επιπρόσθετα, αξιοσημείωτο ρόλο διαδραματίζουν τα ακόλουθα: πρόωρη γέννηση βρεφών, χαμηλό βάρος γέννησης, μικρή ηλικία της μητέρας, γενετικές ανωμαλίες στο δίκτυο των νευρώνων που ελέγχει την αρτηριακή πίεση, τη θερμοκρασία καθώς και την αφύπνιση του βρέφους, ελαττωματικά γονίδια, οικογενειακό ιστορικό, καρδιακή νόσος, μεταβολικές διαταραχές, βακτηριακές μολύνσεις και προσβολή από ιούς καθώς και φλεγμονή στην αναπνευστική οδό-ασφυξία.

Στην προσπάθεια περιορισμού του φαινομένου επισημαίνονται:

- η σύσταση για την ύπτια θέση ύπνου
- η χρήση πιπίλας στο ύπνο
- η αποφυγή του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- η αποφυγή επαφής του βρέφους με τον καπνό του τσιγάρου μετά την γέννηση του καθώς όσο μεγαλύτερη είναι η έκθεσή του, τόσο υψηλότερο κίνδυνο διατρέχει
- η ανάγκη τα βρέφη να βρίσκονται σε κοντινή απόσταση με την μητέρα, αλλά και με όσους αναλαμβάνουν την φροντίδα τους, ακόμη και κατά τη διάρκεια της νύχτας.
- όποιος έχει καταναλώσει αλκοόλ ή ηρεμιστικές ουσίες πρέπει να αποφεύγει να ξαπλώνει δίπλα σε ένα βρέφος σε οποιαδήποτε επιφάνεια

- ο επιμερισμός του κρεβατιού εγκυμονεί κινδύνους για το βρέφος, ιδιαίτερα εάν η μητέρα καπνίζει, κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών και είναι κουρασμένη. Η ασφαλέστερη θέση για να κοιμηθεί ένα βρέφος είναι στην κούνια του, κοντά στη μητέρα του, αλλά ποτέ μαζί.
- τα βρέφη θα πρέπει να είναι απαλλαγμένα από τυχόν αντικείμενα, συμπεριλαμβανομένων μαξιλαριών που θα μπορούσαν να τα παγιδεύσουν ή να τα οδηγήσουν σε ασφυξία
- οποιαδήποτε ρούχα φοριούνται από το μωρό θα πρέπει να είναι απαλλαγμένα από κορδόνια που θα μπορούσαν να το στραγγαλίσουν.

Εκτός από τα προαναφερθέντα οι νοσηλευτές πρωταγωνιστούν στην πρόληψη του ΣΑΒΘ. Ειδικότερα επιβάλλεται να εκπαιδεύονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και να υιοθετούν τις πρακτικές πρόληψης, όπως είναι η ύπτια θέση ύπνου. Επιπλέον οφείλουν να παρακολουθούν την πορεία του βρέφους, ακόμη κι όταν αποχωρεί από το νοσοκομείο, να βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία με τους γονείς και να συμμετέχουν στην εκπαίδευσή τους. Είναι αναγκαίο και οι γονείς να συμβουλευτούν τους αρμόδιους υγείας για την άριστη μεταχείριση του βρέφους του. Δεδομένου ότι η απώλεια ενός βρέφους διαλύει συναισθηματικά μια οικογένεια είναι απαραίτητη και η ψυχολογική τους ενδυνάμωση, προκειμένου να διαχειριστούν όσο πιο ανώδυνα έναν ενδεχόμενη απώλεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Adelson L., Kinney ER(1956). Sudden and unexpected death in infancy and childhood. *Pediatrics*, 17: 663–99.

Arnestad M., Andersen M., Vege A., & Rognum T.O. (2001). Changes in the epidemiological pattern of sudden infant death syndrome in southeast Norway, 1984–1998: Implications for future prevention and research. *Archives of Disease in Childhood*. 85, 108–115.

Arnold J., McClain M., & Shaefer S. J. M. (1998). Reaching out to the family of a SIDS baby. In J. R. Woods & J.L.E. Woods (Eds.), *Loss during pregnancy or in the newborn period*. Pittman, NJ: Jannetti Publications, Inc.

Blair PS., Fleming P. (2006) Dummies and SIDS: causality has not been established. *BMJ*: 332: 178.

Daltveit AK., Irgens LM., Oyen N., Skjaerven R., Markestad T., Wennergren G.(2003) Circadian variations in sudden infant death syndrome: associations with maternal smoking, sleeping position and infections. The Nordic Epidemiological SIDS study. *Acta Paediatrica*,92:1007–13

Franco P., Chabanski S., Scaillet S., Grosswasser J., Kahn A.(2004) Pacifier use modifies infant's cardiac autonomic controls during sleep. *Early Hum. Dev.*: 77: 99–108.

Hauck FR., Omojokun OO., Siadaty MS.(2005) Do pacifiers reduce the risk of sudden infant death syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*, 116:716–23.

Howard CR., Howard FM., Lanphear B et al.(2003) Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics*, 111: 511–18.

Kahn, A., Groswasser, J., Franco, P., Scaillet, S., Sawaguchi, T., Kelmanson, I., & Dan, B. (2003). Sudden infant deaths: Stress, arousal, and SIDS. *Early Human Development*, 75(Suppl.), 147–166.

Kinney HC., Thach BT.(2009) The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med*.Aug 20:795-805

Larsson E., Ogaard B., Lindsten R.(1992) Dummy- and finger-sucking habits in young Swedish and Norwegian children. *Scand. J. Dent. Res.*, 100: 292–5.

Leach CEA., Blair PS., Fleming PJ., Smith JJ., Ward Platt M., Berry PJ., Golding J.(1999) Epidemiology of SIDS and explained sudden infant deaths. CESDI SUDI research group. *Pediatrics*,104(4):43-53

Lewak, N., (2012) Prone sleeping is a risk for SIDS, not for suffocation. *Pediatrics*, (130), 1389–1390.

Mage D.T., (1996). A probability model for the age distribution of SIDS. *Journal of Sudden Infant Death Syndrome and Infant Mortality*, (1), 13–31.

Malloy M.H., & Freeman D.H. (2004). Age at death, season, and day of death as indicators of the effect of the back to sleep program on sudden infant death syndrome in the United States, 1992–1999. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, (158), 359–365.

Mitchell EA., Blair PS., L’Hoir MP.(2006) Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, (117):1755–8.

Mitchell EA., Freemantle J., Young J., Byard RW.(2010). Scientific consensus forum to review the evidence underpinning the recommendations of the Australian SIDS and Kids Safe Sleeping Health Promotion Programme–October. *J. Paediatr. Child Health*, (48): 626–33.

Mitchell EA., Tuohy PG., Brunt JM. et al. (1997): Risk factors for sudden infant death syndrome following the prevention campaign in New Zealand: A prospective study. *Pediatrics*, (100):835-840.

Moon RY., Tanabe KO., Yang DC., Young HA., Hauck FR.(2012) Pacifier use and SIDS: evidence for a consistently reduced risk. *Matern. Child Health Journal*, (16): 609–14.

Niemela M., Pihakari O., Pokka T., Uhari M.(2000) Pacifier as a risk factor for acute otitis media: a randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics*, (106): 483–8.

Opdal S.H., & Rognum, T.O. (2004). The sudden infant death syndrome gene: Does it exist? *Pediatrics*, 114(4), 506–512.

Panigrahy A., Filiano J., Sleeper L.A., et al. (2000). Decreased serotonergic receptor binding in rhombic lip-derived regions of the medulla oblongata in the SIDS. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, (59), 377–384.

Raring R.H., (1974). A note on the age distribution of the syndrome. In: Robinson, R.R.

Shaefer J., Noell D., & McClain M. (2002). *Fetal and infant mortality review: A guide for home interviewers*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.

Vargas SL, Ponce CA, Gallo M, Pe' rez F, Astorga J-F, Bustamante R, et al.(2013) Near-universal prevalence of Pneumocystis and associated increase in mucus in the lungs of infants with sudden unexpected death. *Clin Infect Dis*;56:171–9

Werne J, Garrow I.(1953) Sudden apparently unexplained death during infancy. I. Pathologic findings in infants found dead. *Am. J. Pathol*; 29: 633–75.

Willinger M., Ko C.W., Hoffman H.J., Kessler R.C., & Corwin, M.G. (2000). Factors associated with caregivers' choice of infant sleep position: The National Infant Sleep Position Study. *Journal of the American Medical Association*, (283): 2135–2142.

Willinger A., Ko C., Hoffman H., Kessler R., & Corwin, M. (2003). Trends in infant bed sharing in the United States, 1993–2000: The National Infant Sleep Position Study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, (157): 43–49.

Willinger M., Hoffman H.J., Wu K., et al. (1998). Factors associated with the transition to nonprone sleep positions of infants in the United States. *Journal of the American Medical Association*, (280):329–335.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Παραπάνω παρουσιάσαμε το ρόλο των νοσηλευτών στην αντιμετώπιση του ΣΑΒΘ, αλλά και τρόπους εκπαίδευσης και ενδυνάμωσης των γονέων. Στη συνέχεια θα παραθέσουμε δυο περιστατικά ΣΑΒΘ, προκειμένου να σκιαγραφήσουμε την τραγικότητα της κατάληξης, αλλά και την αντιμετώπιση των συγγενών. Πανθομολογούμενα ο αιφνίδιος βρεφικός θάνατος ταλανίζει τους ανθρώπους και τις κοινωνίες.

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Στην μνήμη του Sean Paul

24 Ιαν-19 Φεβ, 1987

Αυτό το έτος, ο Sean θα γινόταν 26. Πέθανε όταν ήταν μόλις λίγων εβδομάδων, και προς τιμήν του, αυτή είναι η ιστορία του:

Η εγκυμοσύνη μου με τον Sean ήταν τόσο εύκολη, καθώς και η γέννα. Στις 18 Φεβρουαρίου, ήταν λίγο περισσότερο ανήσυχος από το κανονικό και δεν μπορούσα να βρω κανένα λόγο. Μετά από μερικές ώρες κλάματος, τελικά αποκοιμήθηκε λίγο πριν από τα μεσάνυχτα. Κοιμήθηκα βαθιά, μόλις 10 πόδια μακριά, και ξύπνησα γύρω στις 8 τρομαγμένη γιατί πραγματικά είχα κοιμηθεί όλη τη νύχτα μετά από τόσες εβδομάδες ταραγμένου ύπνου. Πήγα πάνω στην κούνια του, αναρωτιόμουν γιατί ήταν τόσο ήσυχος. Ήταν στριμωγμένος στη γωνία και ακουμπούσε το στομάχι του. Όταν τον ακούμπησα ήταν σκληρός και κρύος, όπως μια πλαστική κούκλα. Το δέρμα του ήταν ένα μωβ-μπλε. Έτρεξα, προσευχήθηκα σιωπηλά στο Θεό να του επιτρέψει να ζήσει και σε εκείνο το σημείο δεν με ένοιαζε αν θα έχει σοβαρή εγκεφαλική βλάβη, απλά τον ήθελα πίσω. Ήταν φοβερά, σκληρά λεπτά όπου ο χρόνος σταμάτησε και ολόκληρο το σύμπαν πάγωσε. Είμαι αρκετά βέβαιη ότι η αστυνομία και ο γιατρός έφτασαν γρήγορα. Αντάλλαξαν βλέμματα, μπήκαν και τον πήραν από μένα. Μου είπαν ότι ήταν πολύ αργά και δεν υπήρχε τίποτα που μπορούσα να κάνω. Τον άφησαν στο πάτωμα, σε ένα μικρό πακέτο που καλύπτεται με μια μικρή κουβέρτα και θυμάμαι ακόμα το αίσθημα πως ήταν απλά λάθος να έχει ένα μικρό μωρό κρεβάτι, όπως αυτό το κρύο πάτωμα.

Αλλά είπε ότι έπρεπε να παραμείνει έτσι μέχρι να έρθει ο ιατροδικαστής και να το διερευνήσει.

Δεν είχα καμία ιδέα γιατί ο γιος μου είχε πεθάνει. Η αυτοψία έδειξε ότι πέθανε από ΣΑΒΘ(Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου). Είχα ακούσει για αυτό λίγο πριν, αλλά πραγματικά δεν ξέρω πολλά γι 'αυτό. Έστειλαν ένα λεπτομερές ενημερωτικό δελτίο από το γραφείο στους εξεταστές, και αυτό ήταν η εισαγωγή μου στα γεγονότα του ΣΑΒΘ.

Αν και μπορεί να ακούσετε για ορισμένους παράγοντες που φαίνεται να είναι παρόντες σε περιπτώσεις ΣΑΒΘ, οι παράγοντες αυτοί δεν το προκαλούν και δεν μπορεί κανείς να το αποτρέψει, αποφεύγοντας τους. Πρόκειται για τον ανεξήγητο θάνατο.

Η «επούλωση μου» ήταν αργή και επίπονη, αλλά βοηθήθηκε με τη συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης ΣΑΒΘ. Αλλά ένα πράγμα που ξεχώρισαν σχεδόν σε όλες τις ομάδες υποστήριξης ήταν αυτή η ιδέα ότι τα μωρά που πέθαναν ήταν τώρα άγγελοι. Όμως, με την πάροδο των ετών, μετά την ανάγνωση της Βίβλου, έχω δει ότι τα μωρά δεν γίνονται άγγελοι μετά το θάνατό, αλλά πιστεύω τα παιδιά που πεθαίνουν πηγαίνουν αμέσως στον Παράδεισο.

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Στις 31 Δεκ 2006 έγινα θείος. Ήμουν συνεπαρμένος. Τρεις μήνες αργότερα, σε μια κατάσταση που δε θα μπορούσα ποτέ να φανταστώ ούτε σε ένα εκατομμύριο χρόνια, η οικογένειά μου και εγώ περιβάλλαμε μια κούνια σε ένα νεκροταφείο. Δεν γνώριζα για το Σύνδρομο Αιφνίδιου Θανάτου Βρεφών (ΣΑΒΘ) ότι ήταν μια παγκόσμια πραγματικότητα, έως ότου έφυγε απροσδόκητα ο γλυκός ανιψιός μου μια κρύα ημέρα του Απριλίου.

Αν δεν είστε έγκυος και δεν έχετε κανένα παιδί, πιθανώς δεν έχετε ποτέ σκεφτεί το ΣΑΒΘ. Όταν άκουσα λέξεις όπως "βρεφική θνησιμότητα," συνδέονται αυτόματα με μια μη αναπτυγμένη χώρα, αγροτικά χωριά της Αφρικής ή της Μογγολίας ή της Παπούα Νέα Γουινέα. Τα μωρά δεν πεθαίνουν χωρίς λόγο στην Αμερική.

Αυτή την Πέμπτη (10 Απριλίου), θα είναι επτά έτη από τότε που πέθανε ο Christian και κάθε τέτοια ημέρα η οικογένειά μου αγωνίζεται να διατηρήσει στην μνήμη της το γλυκό πρόσωπό του, πάρα την πολύ σύντομη ζωή του. Όπως αναλογίζομαι για τον Christian τις τελευταίες ημέρες θέλω να μοιραστώ την ιστορία

του για να μάθει ο κόσμος ότι το ΣΑΒΘ είναι πραγματικό, όπως και το ότι τα αποτελέσματα που έχει στις οικογένειες είναι καταστρεπτικά.

Ο θάνατος του αδερφού μου με συνέτριψε. Ακόμα κι αν δεν έχουμε ζήσει μαζί κατά τη διάρκεια μιας δεκαετίας, θεωρώ ακόμα τον αδελφό μου τον καλύτερο φίλο μου. Είναι το ισχυρότερο πρόσωπο που έχω συναντηθεί. Έχει αντιμετωπίσει και υπερνικήσει στη σύντομη ζωή του περισσότερα από όσα πολλοί άνθρωποι μέσα σε πολλά έτη. Όχι μόνο έχει κατορθώσει να επιζήσει μιας τέτοιας τραγικής απώλειας, το έχει κάνει με την επιείκεια, και με την πίστη του στο Θεό. Εδώ είναι η ιστορία του, οι λέξεις του:

Από τον Aaron Robinson

Το ΣΑΒΘ ή (σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου) είναι πιο κοινό από ότι οι άνθρωποι πιστεύουν. Είναι ο χειρότερος εφιάλτης κάθε γονέα. Φανταστείτε ότι ένα λεπτό προσέχετε το γέλιο των μωρών σας, παίζετε, μιλάτε ασυνάρτητα, και στο επόμενο φεύγουν από αυτόν τον κόσμο για πάντα-όλα στην αναλαμπή ενός ματιού. Σύμφωνα με τα στοιχεία από τα κέντρα για τον έλεγχο και την πρόληψη ασθενειών, 2.063 μωρά πέθαναν το 2010 από ΣΑΒΘ. Ακόμα κι αν οι προσπάθειες «back to sleep» βοήθησαν να μειωθεί το ποσοστό ΣΑΒΘ περισσότερο από το μισό από το 1994, το 2013 το ΣΑΒΘ ήταν η κύρια αιτία του θανάτου μεταξύ των ΗΠΑ.

Τι είναι το ΣΑΒΘ; Πώς γίνεται; Είναι μεταδοτικό; Ποια προληπτικά μέτρα μπορώ να πάρω για να έχω την ηρεμία για την οικογένειά μου; Ποια συμπτώματα έχουν αυτά τα μωρά με SIDS; Αυτές είναι οι πιο κοινές ερωτήσεις των ανθρώπων σε αυτό το θέμα. Ευτυχώς, υπάρχουν μερικές ερωτήσεις που μπορούν να εξηγηθούν, αλλά σας προειδοποιώ ότι αυτό δεν πρόκειται να περιλαμβάνει το χαρακτηριστικό τελείωμα ιστορίας νεράιδων.

Θυμάμαι την ημέρα που πέθανε σαν μια ταινία τρόμου που έχει ενσωματωθεί στο ίδιο το μυαλό μου. Ο Christian ξύπνησε νωρίς γύρω στις 7:30 το πρωί. Η γυναίκα μου εκείνη την εποχή είχε ήδη φύγει για τη δουλειά, έτσι έπρεπε να τον προσέχω εγώ, τον τάισα και τον κράτησα στον καναπέ στο σαλόνι μας, μίλησα και γέλασα μαζί του μέχρι που άρχισε να νυστάζει. Ήταν αρκετά ιδιότροπος και δεν μπορούσε να κοιμηθεί εντελώς, γι 'αυτό τον πήρα επάνω για ένα μπάνιο για να τον ηρεμήσω. Μετά το μπάνιο του, τον τάισα ξανά και κάθισα μαζί του στον καναπέ. Μετά από μερικές ώρες, αποκοιμήθηκε στην αγκαλιά μου. Καθάρισα την κουζίνα, αλλά παρατήρησα πως δεν είχα ακούσει κανένα θόρυβο που να προέρχεται από το δωμάτιο του Christian. Πήγα πάνω για να ελέγξω την κατάστασή του, και όταν μπήκα στο παρατήρησα ότι ήταν μπρούμυτα στη μέση της κούνιας του. Όταν τον άγγιξα, ήταν δύσκαμπτος και ψυχρός .

Όταν τον γύρισα το πρόσωπό του ήταν μωβ και μπλε. Ποτέ δεν είχα τρομοκρατηθεί περισσότερο. Δεν είχα δει ποτέ νεκρό σώμα πριν, και το πρώτο που είδα ήταν του δικού μου γιού. Ούρλιαξα και πανικοβλήθηκα όπως ποτέ πριν. Κάλεσα το 911 αμέσως και μετά κάλεσα τη γυναίκα μου. Το ασθενοφόρο έφτασε στη σκηνή μέσα σε δύο λεπτά από την κλήση μου. Για έξι μήνες καιρό, κατηγορούσα τον εαυτό μου. Αναλογιζόμουν «Αν τον είχα κρατήσει ακριβώς στην αγκαλιά μου, ή αν τον είχα αφήσει στην κουνιστή πολυθρόνα του, ή απλώς δεν τον άφηνα από τα μάτια μου θα ήταν ακόμα ζωντανός ...».

Θα είμαι πάντα επιφυλακτικός. Έχω δει τόσες πολλές περιπτώσεις που ήταν πολύ παρόμοια με τη δική μου, όπου τα παιδιά ήταν απολύτως υγιής και κάναμε τα πάντα σωστά, αλλά εξακολουθούν να πεθάνουν. Έχω συμβιβαστεί με την κατάσταση και πιστεύω ακράδαντα ότι ήρθε η ώρα του να είναι με το Θεό. Είναι σε καλύτερη θέση τώρα, και εγώ θα επανενωθώ με αυτόν μία ημέρα.