

The background is a wooden surface. A stethoscope is visible in the upper right corner. On the left side, there are colorful letters: 'P' (blue), 'R' (orange), 'E' (blue), and 'CLAMP' (various colors). At the bottom, the word 'SIA' is visible in green and yellow letters.

AFECTIUNILE HIPERTENSIVE ASOCIATE SARCINII

Dr. Dinu Marina

Introducere

- Hipertensiunea arterială asociată sarcinii, este una dintre complicațiile importante ce pot surveni pe parcursul sarcinii.
- Se estimează că anual în lume mai mult de 4 milioane de gravide vor suferi de preeclampsie și aproximativ 100.000 vor dezvolta eclampsie.
- Preeclampsia complică 2-8% din numărul total de sarcini conform ACOG (incidență de 5-7% la nulipare).
- Aproximativ 2% dintre gravidele cu preeclampsie vor dezvolta eclampsie.

DEFINITII



Edeme



Proteinurie



**Hipertensiune
arterială**

HTA indusă de sarcină

HTA indusă de sarcină

- TAS $\geq$ 140 mmHg și/sau TAD $\geq$ 90 mmHg apărută pentru prima dată pe parcursul sarcinii la >20 de săptămâni de amenoree, de obicei aproape de termen, la o pacientă cunoscută anterior ca fiind normotensivă.
- nu este însoțită de proteinurie sau alte semne de preeclampsie.
- dispare în mai puțin de 42 de zile postpartum.

Preeclampsia

– **TAS ≥ 140 mmHg** sau **TAD ≥ 90 mmHg**, măsurată de 2 ori la un interval de cel puțin 4 ore, apărută pentru prima dată pe parcursul sarcinii, după vârsta gestațională de 20 de săptămâni de amenoree, la o pacientă anterior normotensivă.

ȘI

– **proteinurie $\geq 0,3$ g/24 ore** sau **raportul albumină/creatinină urinară $\geq 0,3$ /dipstick**

Proteinuria trebuie evaluată în primul trimestru de sarcină pentru a detecta o afectare renală preexistentă, ulterior după 20 de săptămâni de gestație pentru screening-ul preeclampsiei.

Preeclampsia

Un test calitativ pozitiv (dipstick urinar $\geq 1+$) va fi urmat de efectuarea **raportului albumină/creatinină** urinară:

- un raport $< 0,3$ exclude proteinuria
- un raport $> 0,3$ confirmă proteinuria și necesită testare cantitativă prin proteinurie/24 de ore.



**efectuarea proteinuriei/24 ore amână
nejustificat diagnosticul de preeclampsie!!**

un cut-off de 0,3 al raportului albumină/creatinină urinară poate fi utilizat pentru identificarea proteinuriei semnificative.

Eclampsia



– apariția **convulsiilor tonico-clonice**, focale sau multifocale, la o pacientă cunoscută cu preeclampsie, în absența altor condiții patologice ce asociază crize convulsive, precum: epilepsia, ischemia sau infarctul arterial cerebral, hemoragia intracraniană sau consumul de droguri.

Hipertensiunea cronică:

TAS $\geq$ 140 mm Hg și/sau TAD $\geq$ 90 mm Hg

ce poate fi:

- preexistentă sarcinii

SAU

- diagnosticată pe parcursul sarcinii, dar înainte de 20 de săptămâni de amenoree

SAU

- diagnosticată la mai mult de 20 de săptămâni de amenoree, dar care persista mai mult de 12 săptămâni postpartum.

Preeclampsia suprapusă pe HTA cronică:

– proteinurie $>0,3$ g/24 ore  HTA cronică  >20 de săptămâni de amenoree

SAU

–  TA (TAS ≥ 160 mmHg și/sau TAD ≥ 110 mmHg) sau a proteinuriei ($>0,3$ g/24 ore)
sau scăderea **trombocitelor** $\leq 100.000/\text{mm}^3$ la o pacientă cunoscută cu HTA și proteinurie înainte de 20 de săptămâni de amenoree.

Sindromul HELLP hemoliză + creșterea enzimelor hepatice + trombocitopenie

Criteriile Mississippi

- **Hemoliza** (cel puțin 2 criterii din 5): Frotiu din sânge periferic (prezența schizocitelor), Bilirubina serică $\geq 1,2$ mg/dL, Haptoglobina serică scăzută, Anemie severă necorelată cu hemoragia, lactat dehidrogenaza (LDH) $\geq$ decât limita superioară a normalului;
- **Enzime hepatice crescute**: AST sau ALT $\geq$ de 2 ori c normalului;
- **Trombocite** $< 100.000 / \text{mm}^3$.

H Hemolysis

E Elevated

L Liver Enzymes

L Low

P Platelet count

Hipertensiune neclasificabilă antenatal

– Hipertensiunea arterială diagnosticată prin măsurarea tensiunii pentru prima dată după vârsta de 20 de săptămâni de gestație.

Reevaluarea după 42 de zile postpartum stabilește tipul de hipertensiune.

Epidemiologie

- Mortalitatea maternă prin complicațiile preeclampsiei și eclampsiei - 17- 30 % din mortalitatea prin risc obstetrical .
- În SUA reprezintă a doua cauză de deces matern după embolia amniotică.
- ROCHAT raportează un procent de 12% mortalitate maternă între 1980 - 1985 în SUA prin HTAS; în Franța - 5%; în America Latină - 29, 9 %
- În țările subdezvoltate mortalitatea fetală este de 52,5 % , față de 20 - 25 % în țările dezvoltate .
- În România incidența este de 6-12 % din cazurile internate
- După studiile lui MABIE și SIBAI(1994), preeclampsia se instalează la aproximativ 8% din populația generală de gravide, incidența variind după localizarea geografică și rasă.
- După studiile lui CUNNINGHAM și LEVENO incidența HTAS a fost de 20% pentru gravidele hispanice și 22% pentru gravidele afro-americane.

Factorii de risc în HTAS

- 1. Primipare tinere < 15 ani
- 2. Primipare în vârstă > 35 ani
- 3. Multipare
- 4. Factori de risc vasculari

- *a. Antecedente familiale:*

- HTA;
- accidente neurologice, vasculare;
- diabet zaharat;
- boli de colagen;
- boli renale.

- *b. Antecedente personale patologice:*

- antecedente nefrologice;
- cronice;
- operații;
- cistite repetate.
- boli preexistente sarcinii:
- diabet zaharat;
- obezitate.

- *c. Antecedente personale obstetricale:*

- HTA produsă de sarcină;
- avorturi.

- *d. Evoluția sarcinii actuale:*

- sarcină gemelară;
- hidramnios.

- *5. Factori socio-economici:*

- malnutriția severă;
- deficiențe alimentare, vitaminice;
- deficit proteic.

- *6. Factori de mediu:*

- clima temperată

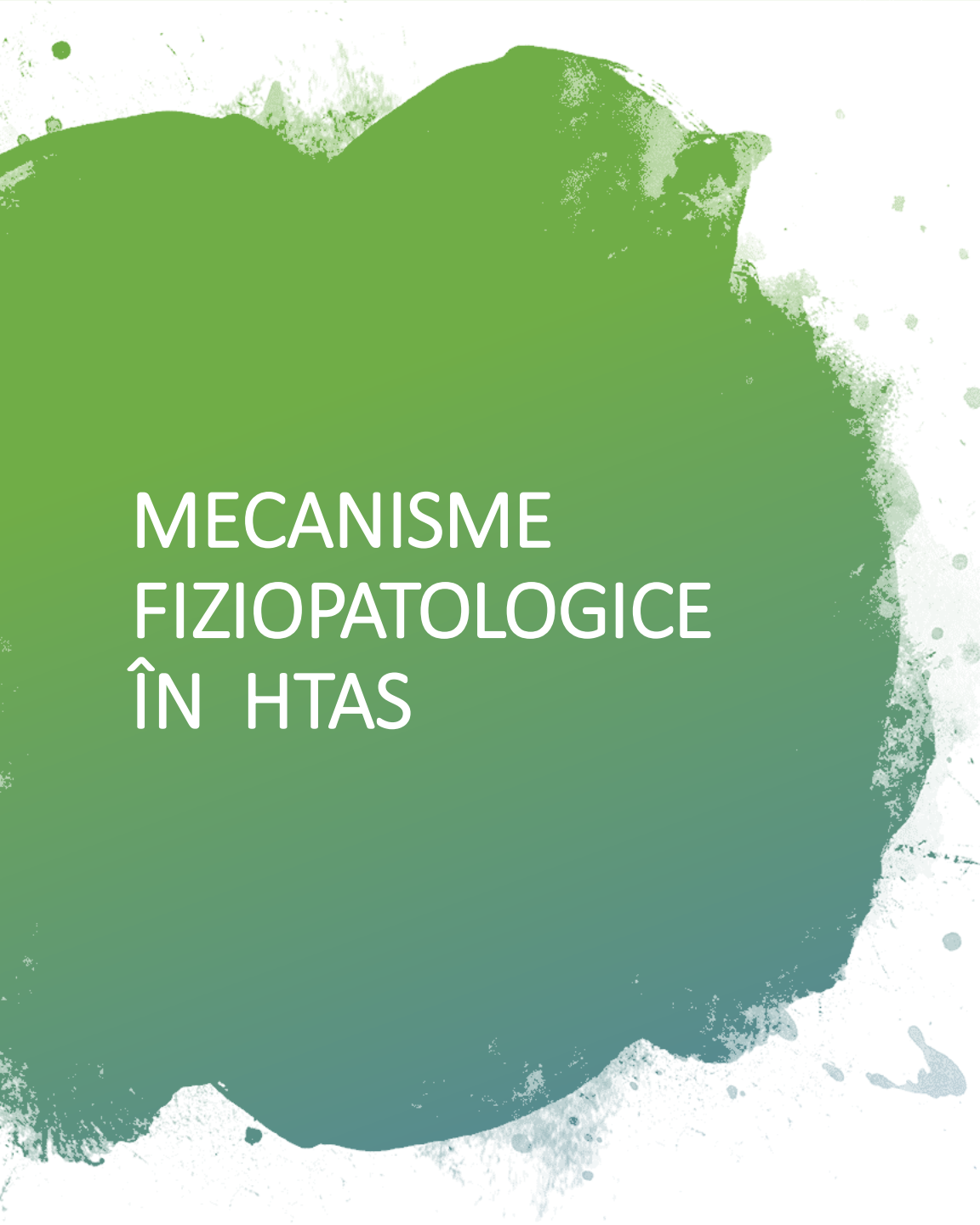
- *7. Factorii genetici.*

- *8. Dispensarizarea deficitară a gravidelor.*



Factorii de risc ai preeclampsiei

- nuliparitate
- preeclampsie la o sarcină anterioară
- vârstă >40 ani / <18 ani
- antecedente heredocolaterale de HTAIS
- HTA cronică
- afecțiuni renale cronice
- sindrom antifosfolipidic
- boli de colagen (lupus eritematos sistemic)
- diabet zaharat de tip 1 sau 2
- sarcină multiplă
- IMC > 35 Kg/m²
- trombofilie
- RCIU anterioară neexplicată
- Moarte fetală în utero
- Sarcină obținută prin fertilizare in vitro.



MECANISME FIZIOPATOLOGICE ÎN HTAS

Într-o boală în care patogenia este încă incomplet cunoscută, referindu-se la HTAS din punct de vedere etiopatogenic, CHESLEY în 1978 conturează noțiunea de *boală a teoriilor*.

S-au emis o serie de teorii patofiziologice, dar elementele comune care s-au remarcat au fost:

- necesitatea prezenței vilozităților coriale;
- expunerea la prezența vilozităților coriale pentru prima dată;
- cantitatea mare de vilozități coriale ca în cazul sarcinii molare sau gemelare;
- existența unei boli vasculare preexistente;
- predispoziția genetică.

Dar o ischemie utero-placentară acută sau cronică antrenează HTA, proteinurie și leziuni renale comparabile cu cele observate la specia umană, fenomenele dispărând imediat după naștere.

S-a emis ipoteza în urma acestor studii experimentale, că *ischemia placentară este responsabilă de producerea hipertensiunii arteriale și nu invers.*

- Măsurarea TA trebuie să țină cont de orientarea pacientei, aceasta fiind într-o poziție șezândă cu picioarele pe o suprafață plată, astfel încât manșeta tensiometrului să fie la nivelul cordului.
- În sala de travaliu TA se va măsura în decubit lateral stâng.



- În clinostatism valoarea TA este modificată prin presiunea exercitată de uterul gravid asupra venei cave inferioare, cu reducerea întoarcerii venoase

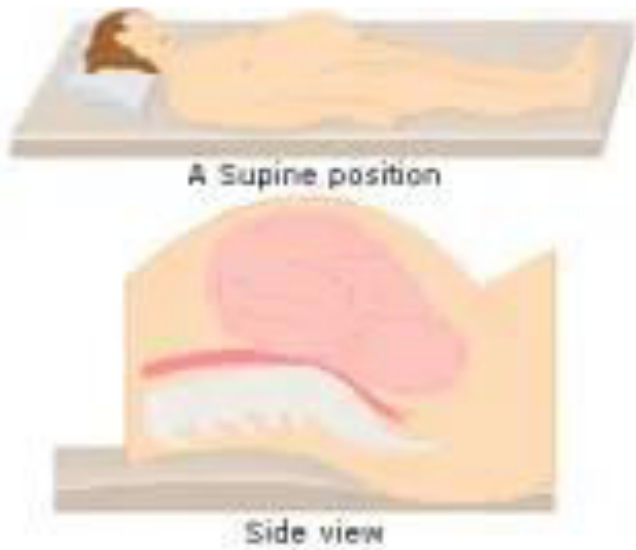


Fig 1 Supine position

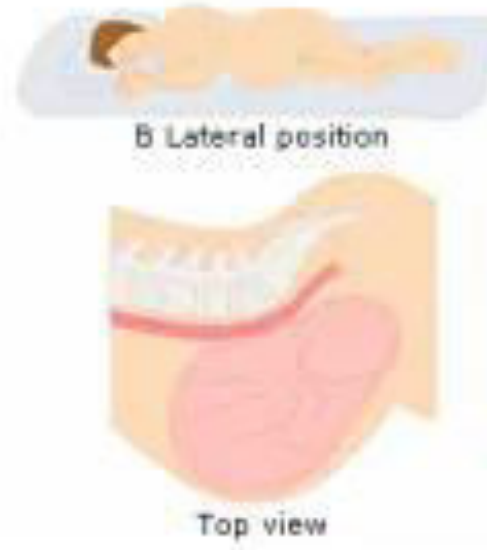
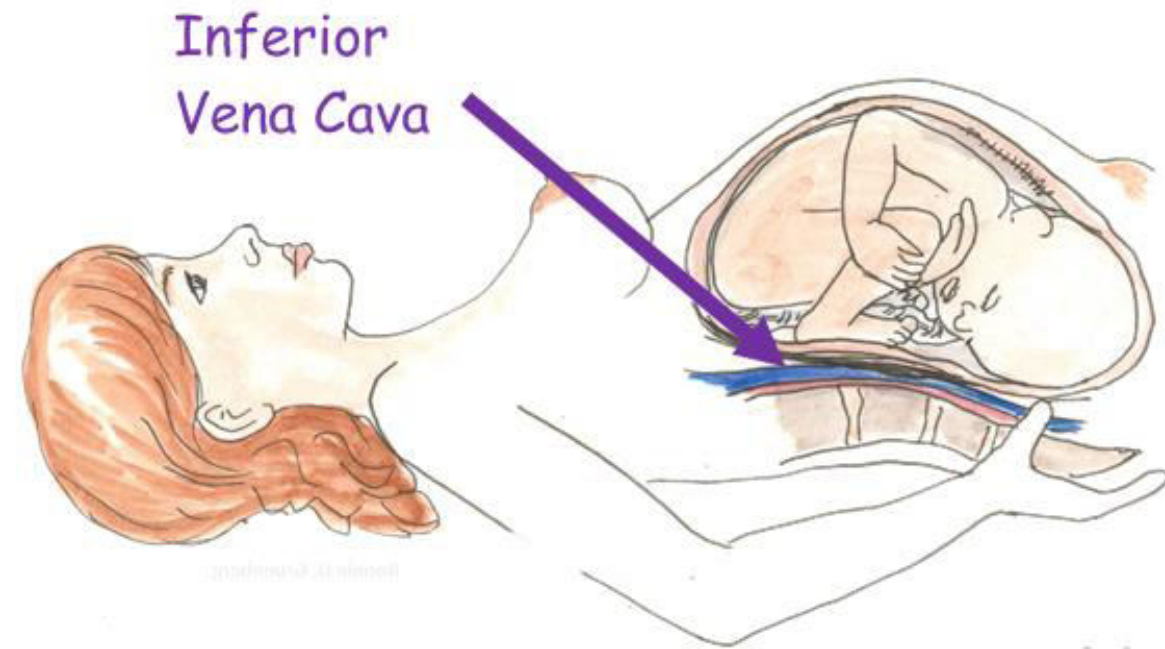
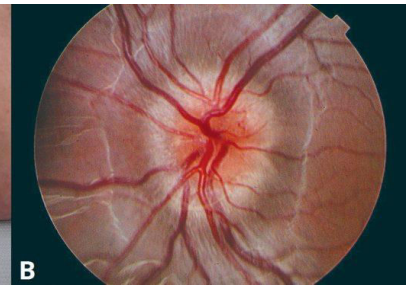
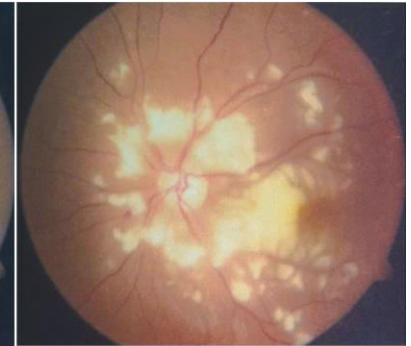
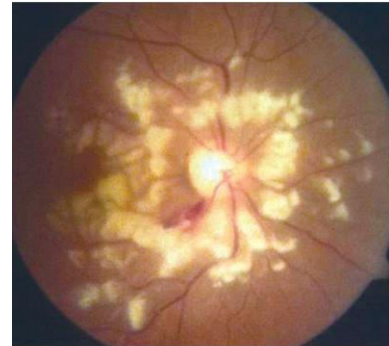
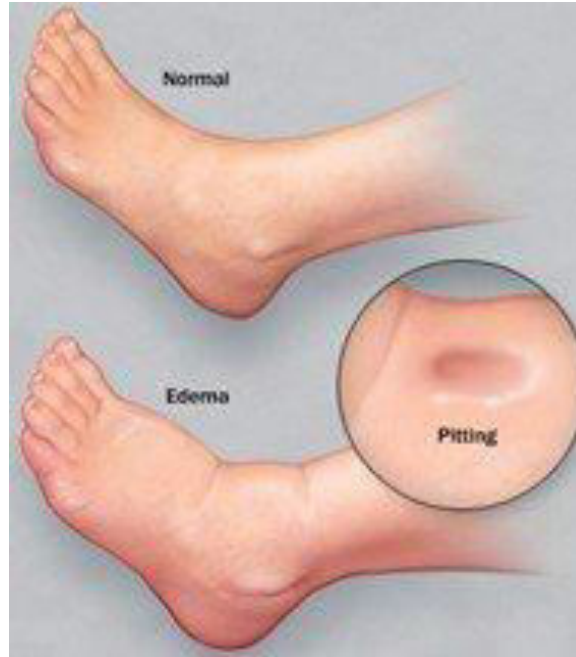


Fig 2 Lateral position



- determinarea TA ➡ de 3 ori la interval de 10 minute, după ce pacienta s-a odihnit o perioadă (~10min.) sau să determine de două ori valorile TA, la interval de 4 ore.
- folosirea tensiometrelor manuale în detrimentul celor automate, cele din urmă subestimând, în majoritatea cazurilor, valoarea TA.
- utilizarea de tensiometre cu manșetă suficient de largă (1,5 x circumferința brațului).
- o manșetă a tensiometrului prea scurtă va supraestima valoarea TA, iar o manșeta prea lungă poate subestima valoarea T

simptomatologie



Teste de laborator

- Hemoleucogramă completă (inclusiv numărul trombocitelor)
- Proteinurie pe 24 ore sau raport proteine/creatinină urinară
- Creatinină serică
- ALT, AST.



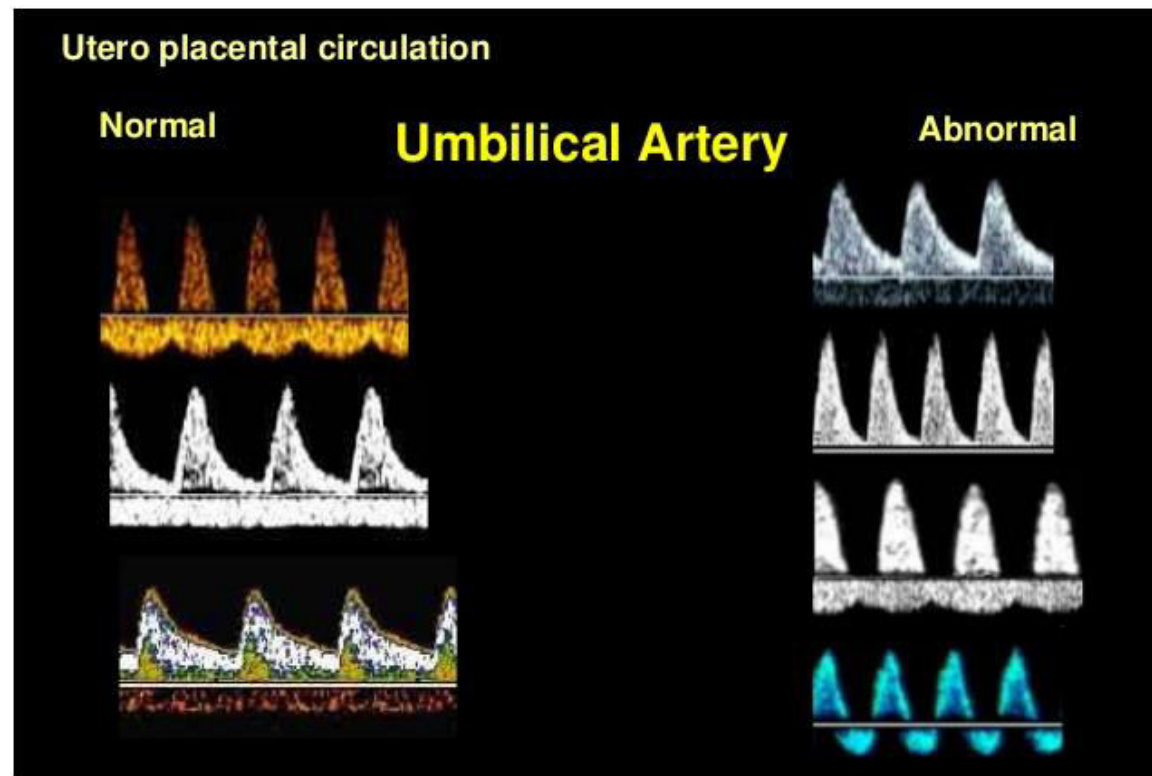
reflecta impactul preeclampsiei asupra organismului matern

evaluarea fetală **examenul ecografic obstetrical.**

- evaluarea greutății fetale (percentila EFW)
- evaluarea Doppler pe artera ombilicală
- estimarea lichidului amniotic: fie prin ILA (indice de lichid amniotic) sau DVP (diametrul vertical maxim al pungii de lichid amniotic)
- evaluarea aspectului ecografic al placentei

ecografia Doppler pe artera ombilicală ➡ cel mai bun test predictiv al suferinței fetale în preeclampsie, urmărindu-se:

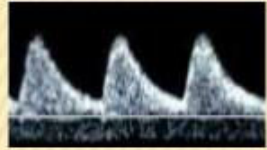
- PI/RI (indice de pulsilitate/indice de rezistență)
- fluxul diastolic pe artera ombilicală (absent sau inversat)



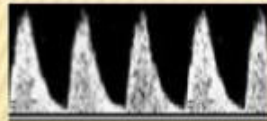
Indicii Doppler (PI și RI) reflectă indirect rezistența din circulația materno-fetală, corelându-se semnificativ cu hipoxia și acidoza fetală.

Absența fluxului diastolic sau fluxul diastolic inversat pe artera ombilicală fetală se corelează cu gradul de hipoxie fetală

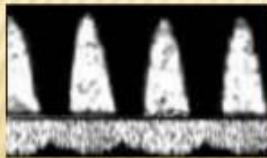
ABNORMAL UMBILICAL A. DOPPLER WAVEFORM



- High pulsatility index



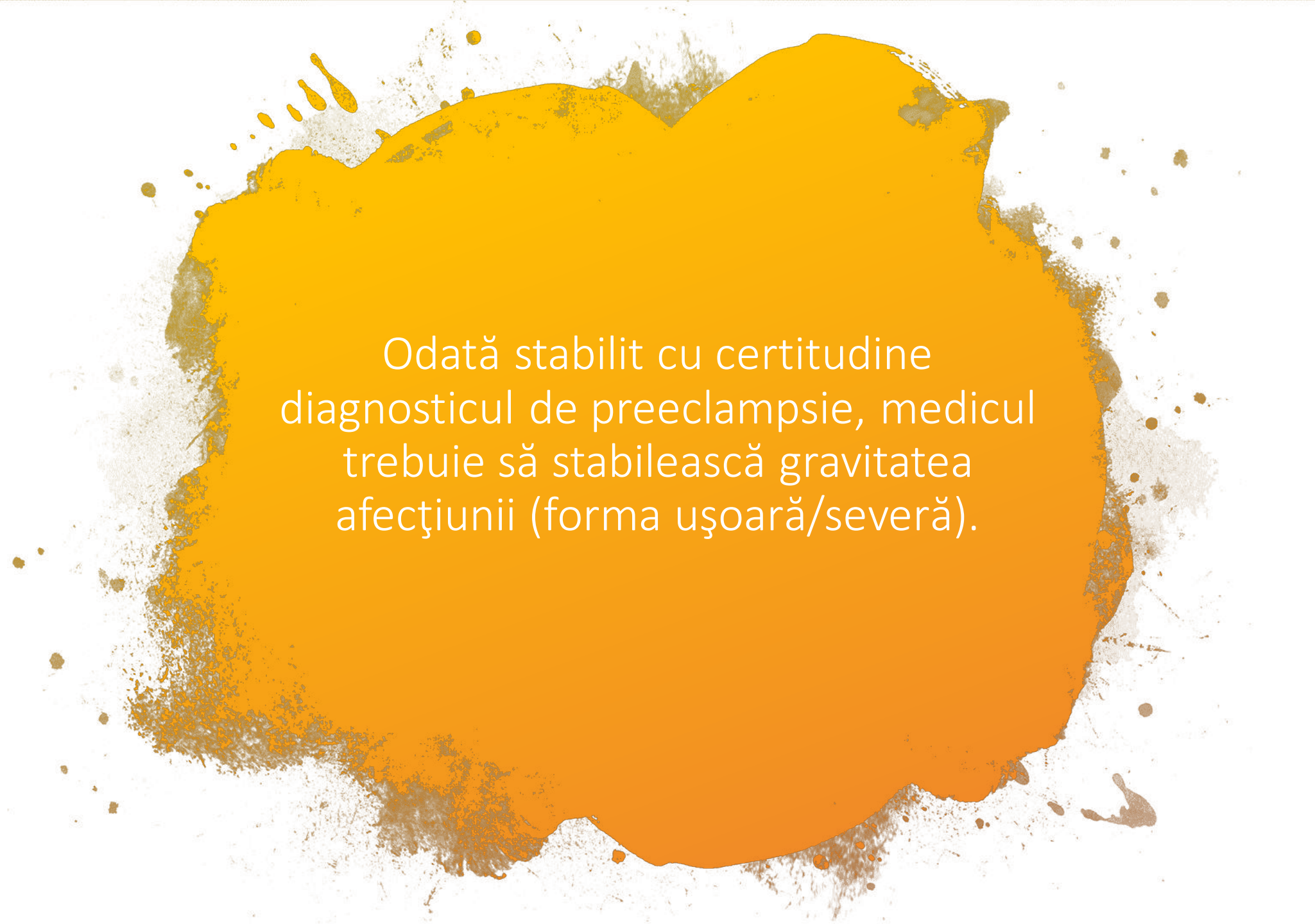
- Very high pulsatility index



Umbilical arteries (AEDV)
- Very high pulsatility index.
- End diastolic velocity
- Pulsation in the umbilical vein



Umbilical arteries(REDV)
- Severe cases absence of reversal of
end diastolic frequencies

The background of the slide is a large, irregular orange watercolor splash. The splash has a textured, painterly appearance with darker orange and brownish tones at the edges, creating a sense of depth and movement. The text is centered within the lighter part of the splash.

Odată stabilit cu certitudine
diagnosticul de preeclampsie, medicul
trebuie să stabilească gravitatea
afecțiunii (forma ușoară/severă).

Preeclampsia usoara

- **Evaluarea materna** (valorile TA, semne si simptome clinice, evaluari biochimice si hematologice, varsta gestationala, statusul colului) si evaluarea fetala (ecografia, testul non-stress).
 - *Evaluarea de laborator* a gravidei va include
 - hemograma cu numaratoare de trombocite,
 - evaluarea transaminazelor si proteinuriei in 24 h.
 - acidului uric seric
 - coagulograma,
 - *Evaluarea clinica* va monitoriza TA si precum si prezenta si severitatea simptomelor neurosenzoriale si a durerilor epigastrice.
- **Evaluarea fetala**
 - estimarea varstei ecografice a fatului si existenta unei eventuale restrictii de crestere intrauterine.
 - evaluarea indexului de lichid amniotic, a placentei si a velocimetriei materno-fetale.
 - Efectuarea testului non-stress.
 - Daca gravida este la termen (37 saptamani sau mai mult), fatul este dezvoltat corespunzator si colul este favorabil, se va discuta optiunea inducerii travaliului.
 - Prognosticul unei astfel de paciente in situatia data este similar celui al gravidei fara complicatia hipertensiva a sarcinii. Intrucat evolutia preeclampsiei este imprezibila, iar nasterea este tratamentul cel mai eficient al acestei afectiuni, optiunea nasterii este cea mai logica.

Conduita in formele usoare

- Inducerea travaliului in cazul colului favorabil se poate face prin amniotomie si administrare de oxitocina, iar in caz de col defavorabil (scor Bishop ≤ 6) este recomandata folosirea prostaglandinelor specifice inductiei.
- Daca se ia decizia de conduita expectativa gravida si fatul vor fi monitorizate periodic.
- Gravida va fi educata sa isi masoare zilnic sau de mai multe ori pe zi TA si sa-si determine zilnic proteinuria calitativ.
- ***Evaluarea materno-fetala*** va fi efectuata de doua ori pe saptamana in ambulatoriul spitalului in care gravida este planificata sa nasca sau in unitatea de spitalizare de zi.
- Evaluarea va consta in **masurarea TA, recoltarea analizelor de sange si urina, ecografia fetala** (estimarea cresterii fetale, ILA) si **testul non-stress**. In functie de rezultatul acestor evaluari se va lua decizia de continuare a expectativei sau nastere

Conduita in formele usoare

- Medicul trebuie să inducă nașterea pacientelor cu preeclampsie ușoară asociată sarcinii cu o vârstă gestațională > 37 săptămâni de amenoree.



După 34 de săptămâni de amenoree se consideră că fătul atinge maturitatea pulmonară la care riscul fetal devine mai mic decât riscul matern dat de continuarea evoluției sarcinii

- Medicul trebuie să decidă modul de naștere (vaginală sau prin operație cezariană) al pacientelor cu preeclampsie ușoară numai în funcție de indicațiile obstetrice.

Preeclampsia în sine nu reprezintă o indicație pentru operația cezariană!!

Preeclampsia nu accelerează maturarea pulmonară fetală, iar complicațiile fetale, precum detresa respiratorie, hemoragia intraventriculară, enterocolita ulcero-necrotică, au aceeași frecvență ca și la nou-născuții prematuri din mame normotensive.

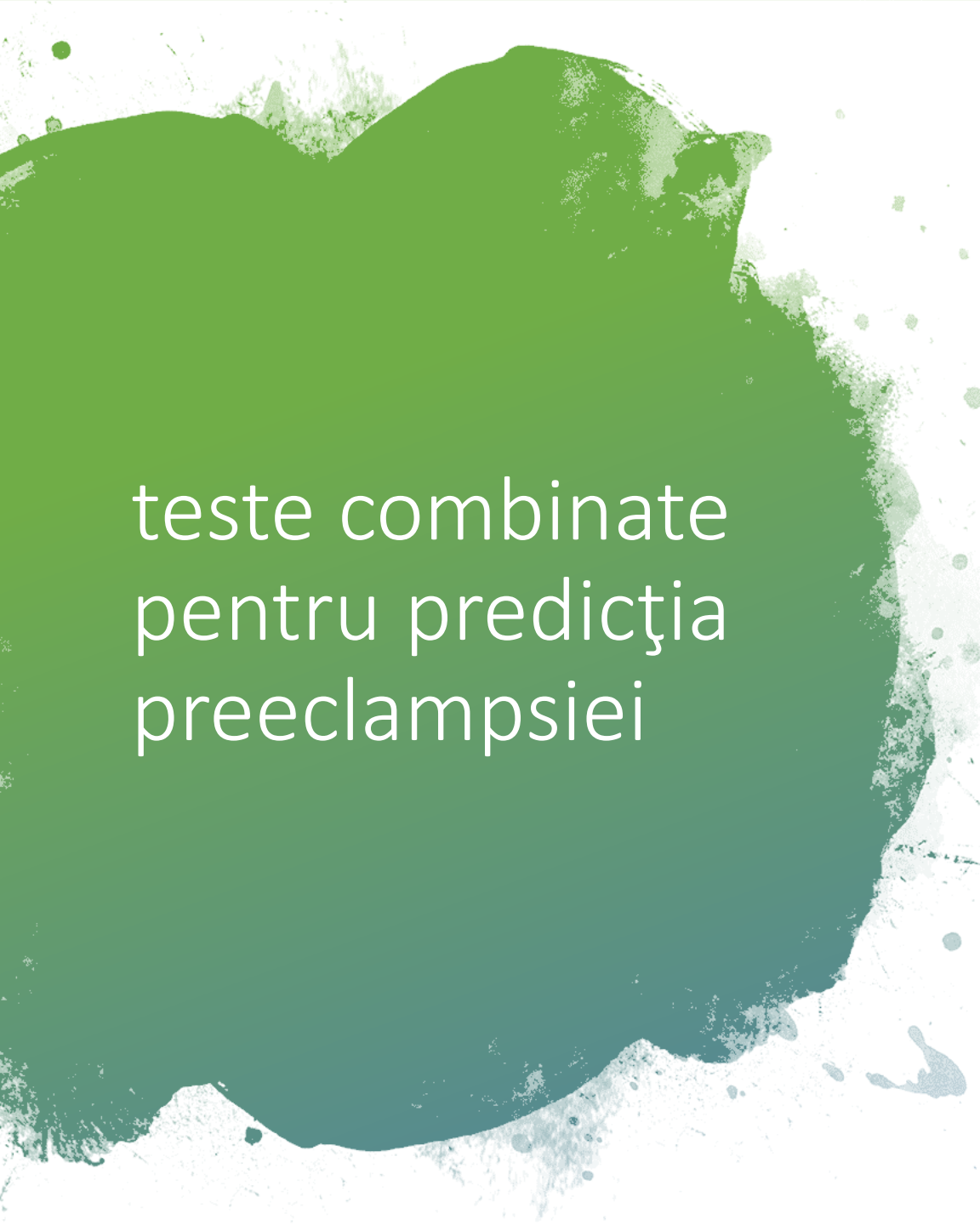
Este esentiala consilierea pacientelor cu preeclampsie ușoară de a se prezenta la maternitatea cea mai apropiată în cazul apariției unor simptome ca:

- *sângerare vaginală*
- *contracții uterine dureroase*
- *modificarea mișcărilor active fetale*
- *ruptura spontană de membrane*
- *creșteri ale TA.*



Indicatii MATERNE de nastere imediata in formele usoare de preeclamsie

- vârstă gestațională ≥ 37 de săptămâni de amenoree
- nr. de trombocite $\leq 100.000/\text{mm}^3$
- alterare a funcției hepatice (AST, ALT crescute)
- deteriorare a funcției renale (creatinina $> 2 \text{ mg/dl}$; oligurie)
- decolare prematură de placentă
- cefalee persistentă sau severă
- tulburări vizuale
- durere epigastrică persistentă sau severă.



teste combinate pentru predicția preeclampsiei

Folosesc regresia logistică pentru a combina:

- indicele de pulsatilitate al arterelor uterine,
- presiunea arterială medie,
- dozarea biomarkerilor materni (PAPP-A - proteina plasmatică asociată sarcinii și PIGF - factor de creștere placentar),
- indicele de masă corporală (IMC)
- date din istoricul pacientei (nuliparitatea și istoricul de preeclampsie).

Preventie

La sarcinile cu risc crescut pentru preeclampsie, medicul trebuie să recomande ca administrarea de acid acetilsalicilic pentru prevenția preeclampsiei precoce să fie începută înainte de 16 săptămâni de amenoree și continuată până la 36 de săptămâni de amenoree.

Conduita

Medicul trebuie să își aleagă atitudinea terapeutică ținând cont de:

- – forma preeclampsiei
- – starea de sănătate a mamei și a fătului
- – vârsta gestațională a sarcinii
- – prezența travaliului și starea membranelor
- – sângerarea vaginală.

Conduita

- Conduita in HTA gestationala are ca obiectiv nasterea in siguranta atat a mamei cat si a fatului. Nasterea in siguranta pentru mama se refera la evitarea complicatiilor HTA cat si a celor legate de caracterul multiorganic al suferintei induse de HTA gestationala.
- Nasterea fatului trebuie sa aiba loc cat mai aproape de termen astfel incat acesta sa se adapteze cat mai usor la viata extrauterina si sa nu necesite terapie intensiva agresiva si prelungita.
- Nasterea se poate face atat pe cale vaginala cat si prin operatie cezariana, luandu-se in calcul evaluarea materna (severitatea TA si a preeclampsiei, statusul obstetrical, evaluarea biochimica si hematologica) cat si cea fetala (varsta gestationala, prezentatia, statusul fetal).



Indicatii FETALE de
nastere imediata
in formele usoare
de preeclamsie

- RCIU severă
- oligohidramnios
- scorul biofizic $< 4/10$ în două
evaluări la interval de 6 ore
- flux diastolic inversat în artera
ombilicală
- decelerații tardive sau variabile sau
absența variabilității pe termen scurt
pe
testul non-stres (TNS)
- deces fetal intrauterin.

Diagnosticul formei severe de preeclampsie

Creșterea TA: TAS $\geq$ 160 mmHg sau TAD $\geq$ 110 mmHg măsurată la cel puțin 2 măsurători efectuate la interval de minim 4 ore cu pacienta în repaus la pat

- Trombocitopenie $< 100.000/\text{mm}^3$
- Afectarea funcției hepatice: creșterea transaminazelor cu dublarea valorilor normale sau durere în hipocondrul drept sau durere epigastrică, necorelate cu alte afecțiuni medicale și refractare la tratament
- Afectarea funcției renale: creatinina serică $>1,1 \text{ mg/dL}$ sau dublarea valorilor în absența altei patologii renale.
- Edem pulmonar
- Apariția unor noi simptome vizuale sau manifestări cerebrale centrale

Conduita

În cazul preeclampsiei severe, medicul trebuie să evalueze testele de laborator în dinamică, la interval de 6 ore

În cazul deteriorării parametrilor de laborator în 6 ore

finalizarea nașterii.

Conduita

Medicul trebuie sa consilieze pacienta în sensul informării acesteia despre apariția unor simptome ca:

- – cefalee (frontală/occipitală) severă, persistentă
- – tulburări vizuale
- – fotofobie
- – durere la nivelul hipocondrului drept
- – alterarea statusului mental



preced criza eclamptică !!

Eclampsia

- Este diagnosticata atunci cand la o gravida cu semne si simptome de preeclampsia apar convulsii tonico-clonice si/sau o stare comatoasa.
- De regula eclampsia apare la o gravida in trimestrul al treilea sau in primele 24 h dupa nastere, dar in cazuri foarte rare poate apare si inainte de saptamana 20 de gestatie si dupa 48 ore postpartum.
- In functie de momentul producerii, eclampsia poate fi clasificata
 - antepartum,
 - intrapartum
 - postpartum.



ECLAMPSIA

- Durata unei crize convulsive eclamptice este de aproximativ un minut dupa care se instaleaza o stare letargica.
- Aceasta poate fi urmata uneori de o noua criza eclamptica tonico-clonica sau instalarea unei stari comatoase.
- Dupa o criza convulsiva respiratia se reia progresiv iar frecventa respiratorie creste datorita hipoxiei, hipercarbiei si lactacidemiei.
- Forta contractiilor generalizate ale musculaturii striate este atat de mare incat pacienta poate fi proiectata in afara patului sau isi poate sectiona limba.

Conduita intr-o criza eclamptica

- **Primul gest** consta in *mentinerea permeabilitatii cailor respiratorii superioare si prevenirea bronhopneumoniei aspirative secundare varsaturii sau secretiilor orofaringiene*. Acest deziderat va fi realizat prin introducerea unei pipe orofaringiene Guedel si plasarea gravidei in decubit lateral. Oxigenarea va fi asigurata prin ventilatie pe masca sau la nevoie se va recurge la intubatia pacientei. Nu trebuie omisa imobilizarea pacientei in pat pentru a evita accidentarea sa.
- **Al doilea gest** consta in *abordul unei linii venoase pentru administrarea medicatiei anticonvulsivante si a fluidelor necesare mentinerii echilibrului hemodinamic*. Montarea unui pulsoximetru este foarte utila pentru a estima saturatia in O₂.

Conduita intr-o criza eclamptica

- **Al treilea gest** consta in administrarea sulfatului de magneziu pentru a stopa si apoi a preveni convulsiile. Schema de administrare a fost prezentata la subcapitolul Preeclampsia severa. In situatiile rare in care gravida poate repeta convulsiile tonico-clonice dupa administrarea dozei de incarcare cu sulfat de magneziu, se poate repeta inca un bolus de 2 g sulfat de magneziu in 3-5 min. Gravida eclamptica trebuie sa aiba un cateter Foley in vezica urinara pentru a monitoriza diureza orara, stiindu-se ca efectele toxice ale magneziului apar mai frecvent in caz de oligurie, urmare a scaderii filtrarii glomerulare.
- **Al patrulea gest** consta in administrarea medicatiei antihipertensive pentru a scadea valorile crescute ale TA. Se recomanda ca valorile TA sistolice sa fie mentinute intre 140 si 160 mm Hg, iar cele diastolice intre 90 si 110 mmHg.. Cele mai frecvente medicamente folosite in criza eclamptica sunt *labetalolul*, *nifedipina* si *hidralazina*.

Criza eclamptica

Conduita

- Odata stopate convulsiile si controlata TA se pune problema modului de rezolvare a nasterii.
- Cea mai importanta conduita care trebuie adoptata este schimbarea mentalitatii conform careia nasterea la o gravida cu eclampsie trebuie rezolvata prin operatie cezariana.
- Nu este recomandabil medical sa se inceapa terapia eclampsiei cu operatia cezariana, supunand interventiei o pacienta instabila si neinvestigata.
- Cresterea riscurilor materno-fetale este inacceptabila. Ori de cate ori nasterea vaginala este posibila (status fetal, status cervical, status matern, varsta gestationala, prezentatie) ea va fi preferata, intrucat morbiditatea intrapartum si postpartum este mult mai mica comparativ cu operatia cezariana.

STOPAREA CONVULSIILOR

Sulfatul de magneziu nu este un agent hipotensiv, dar prin acțiunile sale

- duce la creșterea fluxului sanghin utero-placentar protejând în felul acesta fătul și crește producția de prostaciclina prevenind vasoconstricția uterină. În crizele eclamptice:
- se administrează inițial 4 - 6g $MgSO_4$ timp de 20 - 30 minute i.v.
- Dacă convulsiile se repetă, atunci se mai pot administra 2 - 4g peste 10 minute.
- Urmează apoi o perfuzie continuă de 1 - 2g/oră, ritmul de perfuzie fiind ajustat în funcție de magneziemie și de efectele clinice.
- Nivelul terapeutic al sulfatului de magneziu este de 6 - 8mg/dl.
- La 10mg/dl se pierde reflexele osteotendinoase profunde, la 16mg/dl apare depresia respiratorie și la 30mg/dl se produce stopul cardiac în diastola.
- În caz de supradozaj se administrează calciu gluconic, 10ml i.v.

Conduita

Sedative

- Fenobarbitalul 0,06 g/6ore - dar s-a dovedit că reduce fluxul sanghin cerebral;
- derivați de morfină - Mialgin 1 ml/6ore - dar numai când nașterea nu se va produce în următoarele 6 ore;
- Diazepamul în doze de 5 - 10mg i.v., nu influențează travaliul și scorul Apgar, decât dacă este administrat pe termen lung;

Conduita

- **2. Asigurarea funcției cardio-respiratorii**
- prin eliberarea căilor respiratorii superioare, prin aspirarea de secreții, salivă, sânge.
- Capul se menține decliv, întors lateral, cu o pipă oro-faringiană sau un depărtător pentru a împiedica mușcarea limbii.
- Se va face o oxigenare continuă prin dispozitiv (mască facială) sau sondă nazală.
- **3. Corectarea acidozei și hipoxiei**
- în funcție de tabloul electrolitic, de rezultatele oximetriei pulsatile transcutanate, a evaluării gazelor din sângele arterial se administrează seruri bicarbonatate, oxigen în debit de 8 - 10l/min.

Conduita

- **4. Controlul TA**
- se va face prin administrarea de droguri antihipertensive. Tratamentul standard în SUA la ora actuală, este sulfatul de magneziu pentru controlul convulsiilor și hidralazina pentru controlul TA.
- Diureticele nu sunt folosite din cauza efectelor adverse asupra fătului.
- **5.Nasterea**
- După 2 - 4 ore de observație dacă travaliul nu se declanșează spontan, se va reevalua situația și se va lua decizia obstetricală.

Conduita

Operatia cezariana va fi luata in considerare in cazul unei gravide stabilizate, in functie de analiza urmatorilor factori:

- statusul fetal,
- varsta gestationala,
- scorul Bishop,
- starea membranelor,
- prezenta travaliului.
- varsta gestationala ≤ 30 saptamani,
- un scor Bishop < 5 ,
- prezentatia pelviana,
- statusul fetal incert,

Conduita

- Varsta gestationala ≥ 30 saptamani, membranele rupte, prezenta contractiilor uterine, prezentatia craniana, un status fetal bun si un scor Bishop favorabil, sunt argumente pentru decizia de nastere vaginala.
- In cazul in care singurul element defavorabil declansarii este scorul Bishop, se poate recurge la folosirea prostaglandinelor pentru inducerea travaliului.
- Oxitocina poate fi folosita pentru stimularea contractilitatii uterine. Doua treimi din gravidele al caror travaliu va fi indus vor naste vaginal.

Conduita în post-partum

- În post-partum, tratamentul cu sulfat de magneziu se menține încă 24 - 48 ore, fiind cunoscut faptul că 25% dintre lehuze pot face criza eclamptică în această perioadă.
- Tratamentul hipotensiv, diuretic este indicat la pacientele la care TAd rămâne peste 100 mg.
- La 7 zile se face o reevaluare a cazului, HTA putând persista 6 săptămâni post-partum.
- La 3 luni de la naștere sunt recomandate unele investigații într-un serviciu de medicină internă
- Această supraveghere este importantă deoarece un număr important de femei pot prezenta aceleași tulburări și complicații la sarcinile următoare