

- 1. Tratatamentul bazat pe dovezi al pre-eclampsiei și eclampsiei.**
- 2. Tratatamentul bazat pe dovezi al hemoragiei postpartum bazat pe dovezi.**
- 3. Standarde pentru îngrijirea maternă și neonatală.**
- 4. Probleme de sănătate mintală perinatală: natură, prevalență, determinanți și răspunsuri.**
- 5. Infecții materne (HIV, infecții ale tractului urinar, sepsis matern, sifilis, malarie).**
- 6. Fistula obstetrică**

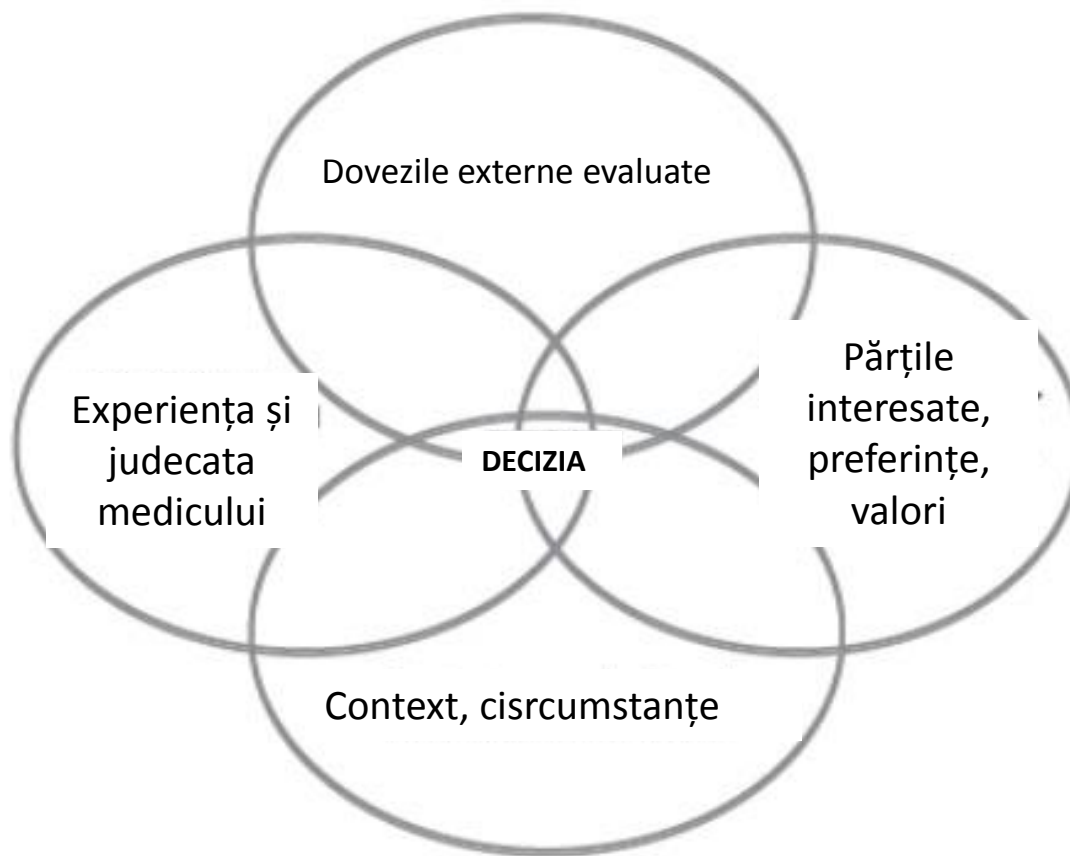
Tratamentul bazat pe dovezi

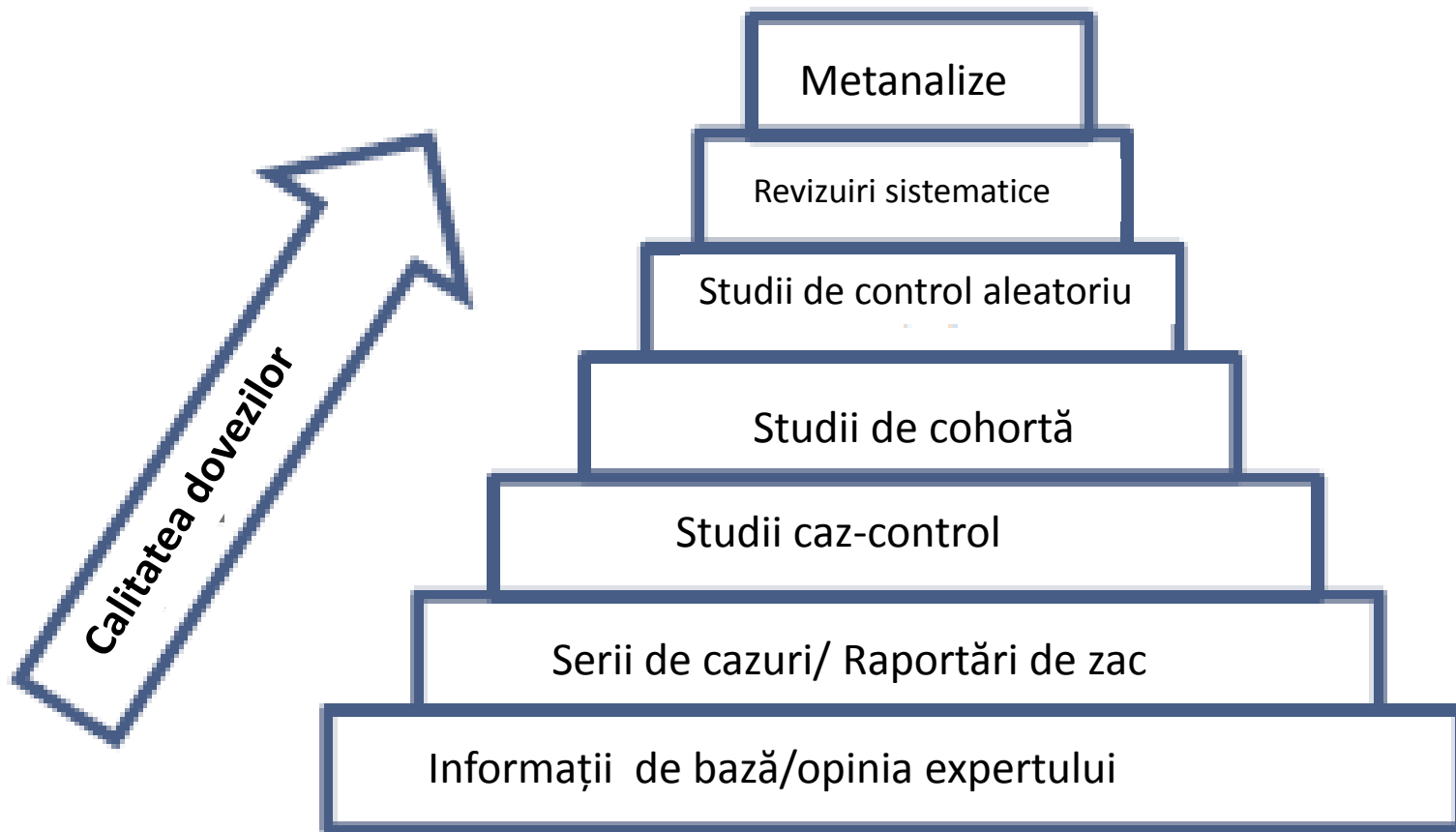
în preeclampsie și eclampsie.

Tratamentul bazat pe dovezi

în hemoragia postpartum.

Ce este tratamentul bazat pe dovezi?





Piramida tratamentului bazat pe dovezi

Tratamentul bazat pe dovezi

în preeclampsie

TABLE E-1. Diagnostic Criteria for Preeclampsia ⇐

Blood pressure	• Greater than or equal to 140 mm Hg systolic or greater than or equal to 90 mm Hg diastolic on two occasions at least 4 hours apart after 20 weeks of gestation in a woman with a previously normal blood pressure • Greater than or equal to 160 mm Hg systolic or greater than or equal to 110 mm Hg diastolic, hypertension can be confirmed within a short interval (minutes) to facilitate timely antihypertensive therapy
and	
Proteinuria	• Greater than or equal to 300 mg per 24-hour urine collection (or this amount extrapolated from a timed collection) - or • Protein/creatinine ratio greater than or equal to 0.3* • Dipstick reading of 1+ (used only if other quantitative methods not available)
Or in the absence of proteinuria, new-onset hypertension with the new onset of any of the following:	
Thrombocytopenia	• Platelet count less than 100,000/microliter
Renal insufficiency	• Serum creatinine concentrations greater than 1.1 mg/dL or a doubling of the serum creatinine concentration in the absence of other renal disease
Impaired liver function	• Elevated blood concentrations of liver transaminases to twice normal concentration
Pulmonary edema	
Cerebral or visual symptoms	

Criteria de diagnostic pentru preeclampsia formă severă

Simptome	-Dureri severe sau persistente în epigastru sau în hipocondrul drept -Modificări cerebrale sau vizuale
Semne	-Edem pulmonar
Hipertensiune	-Tensiunea sistolică >160mmHg -Tensiunea diastolică >110mmHg (în 2 ocazii la 4 ore diferență, după repaus la pat)
Alte afecțiuni materne	-Trombocite <100.000/L -Probe hepatice >x2 valoarea normală -Insuficiență renală progresivă

Hipertensiune în sarcină
> sau= 140/90mmHg

Hipertensiune indusă de sarcină
(peste 20 săptămâni)

Hipertensiune cronică (hipertensiune
înainte de 20 de săptămâni)

Proteinurie absentă/
Hipertensiune preexistentă

Proteinurie prezentă și
Hipertensiune - Preeclampsie

Preeclampsia în formă
ușoară și moderată

Preeclampsia în formă
severă

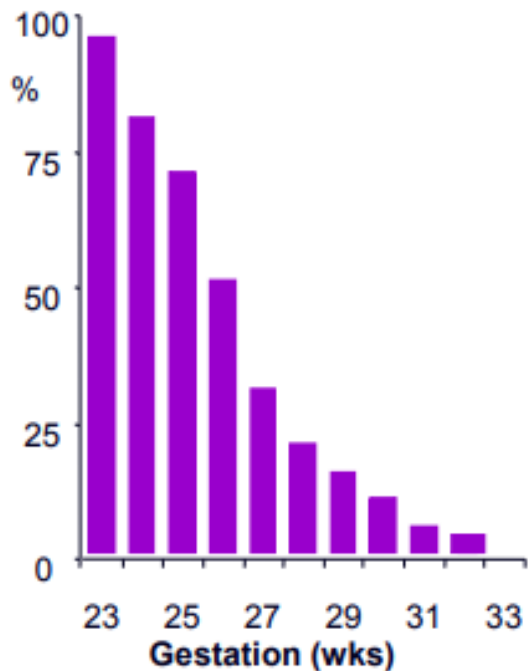
Eclampsia

HELLP

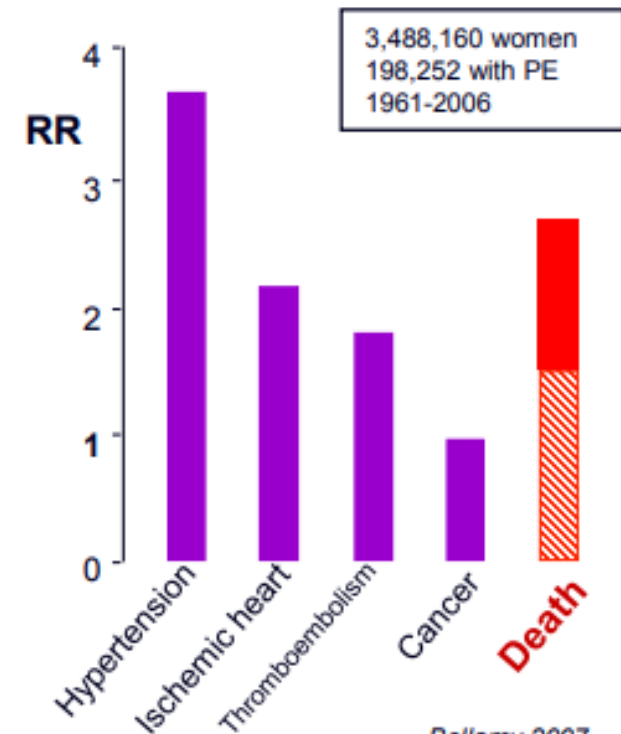
18% decese materne
15% din prematuritatea globală
3200 cazuri/an

Prevalența preeclampsiei premature: 0.8%

Perinatal death



PE: risks in later life



PREECLAMPSIA – FACTORI DE RISC

- Nuliparitate
- Preeclampsia anterioară
- Sarcina multiplă
- Placentația anormală

Factori Imunologici

- Hipertensiunea cronică
- Boala cronică de rinichi
- Boala vasculară de collagen
- Diabetul pregestațional

Factori Patologici

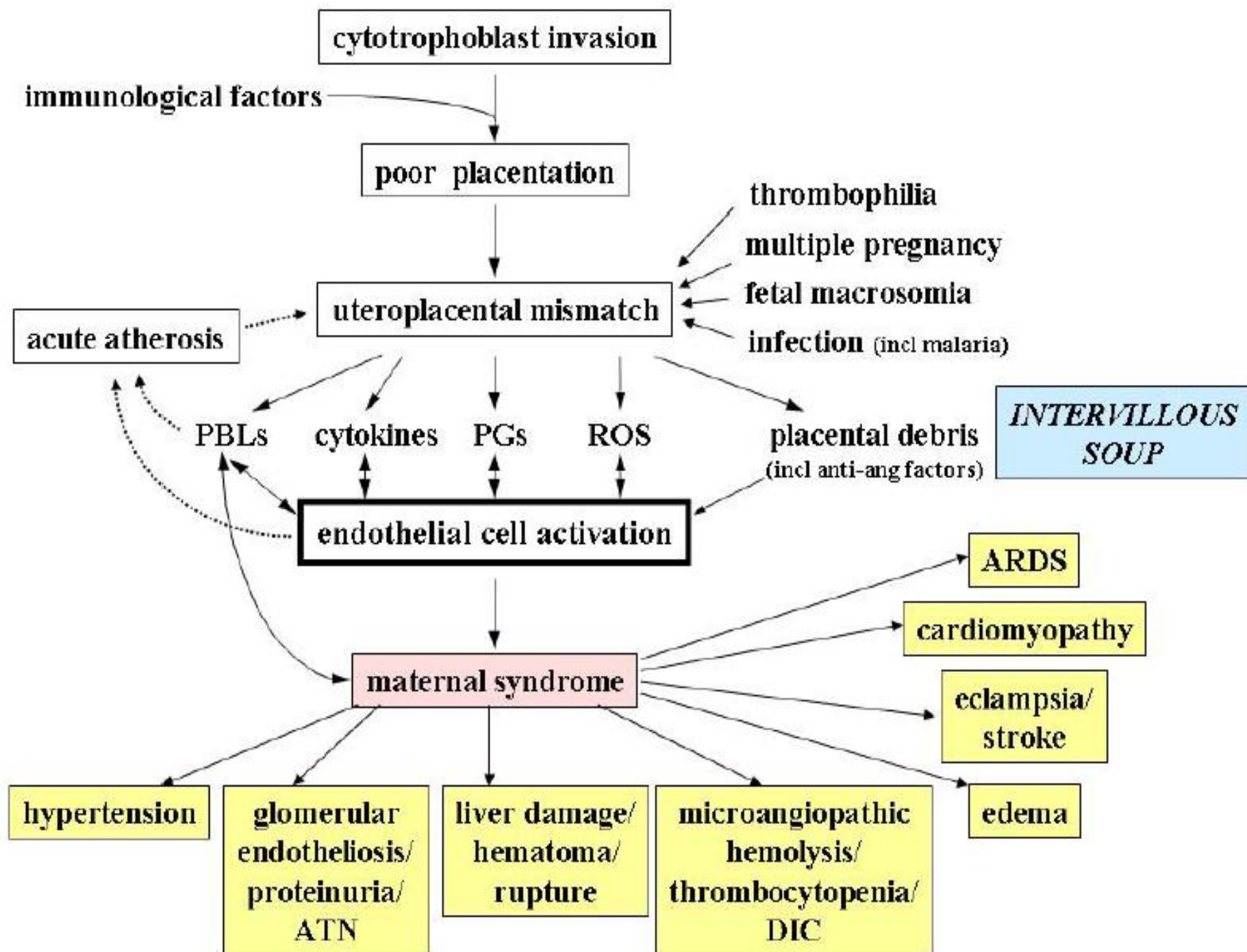
- Etnia Africană/Americană
- Obezitatea
- 35<vârstă>20
- Noua paternitate

Factori Materni

- Rude
- Soacra

Factori familiari





Complicații ale preeclampsiei la nivelul organelor

Sistemul cardiorespirator	Sistemul neurologic	Sistemul renal	Sistemul hepatic	Sistemul hematologic
ARDS	Eclampsia	Necroză tubulară acută	Inflamație periportală	Trombocitopenia
Edemul pulmonar	Tromboza cerebrală sau hemoragică	Injurie renală acută	Disfuncție hepatică	CID
Cardiomiopatie	Leucoencefalopatie reversibilă posterioară	Endotelioză glomerulară	Hematom hepatic/ruptură	Hemoliza microangiopatică
Edeme generalizate	Status mental alterat		Ficatul gras de sarcină	Trombembolismul venos

Predictive model (FMF): Bayes Theorem

Maternal factors: prior risk

Biophysical measurements

- Mean arterial pressure (MAP)
- Mean uterine arterial pulsatility index (UT PI)

Biochemical measurements: PAPP-A; PLGF

1 in -----



Screening

Method of screening	DR %
History	45
+ MAP	51
+ MAP, PAPP-A	56
+ MAP, UTPI	68
+ MAP, UTPI, PAPP-A	68
+ MAP, PLGF	66
+ MAP, UTPI, PLGF	75
+ MAP, UTPI, PLGF, PAPP-A	75

Preeclampsia risk assessment: First trimester



Date: 15-11-2015

Gestational age: 12 weeks plus 6 days (Measured at 15-11-2015)

Maternal factors

Maternal characteristics

Date of birth: 1979-06-26

Height: 162 cm

Weight: 55 kg

Racial origin: Afro-Caribbean

Method of conception: Spontaneous

Family history of PE: Yes

Medical history

Chronic hypertension: Yes

Diabetes type I: No

Diabetes type II: No

Systemic lupus erythematosus: No

Anti-phospholipid syndrome: No

Obstetric history

Nulliparous (no previous pregnancies ≥ 24 weeks)

Biophysical measurements

Date of measurement

15-11-2015

Weight

55 kg

MAP

97.08 mmHg (1 MoM)

Mean UTPI

2 (1.18 MoM)

Biochemical measurements

Date of measurement

15-11-2015

Weight

55 kg

PLGF

0.5 MoM

PAPP-A

1.2 MoM

Preeclampsia risk from history only

< 32 weeks: 4 % **1 in 25**

< 37 weeks: 16 % **1 in 6**

≥ 37 weeks: 28 % **1 in 4**

Preeclampsia risk from history plus MAP, UTPI, PLGF, PAPP-A

< 32 weeks: 5.2 % **1 in 20**

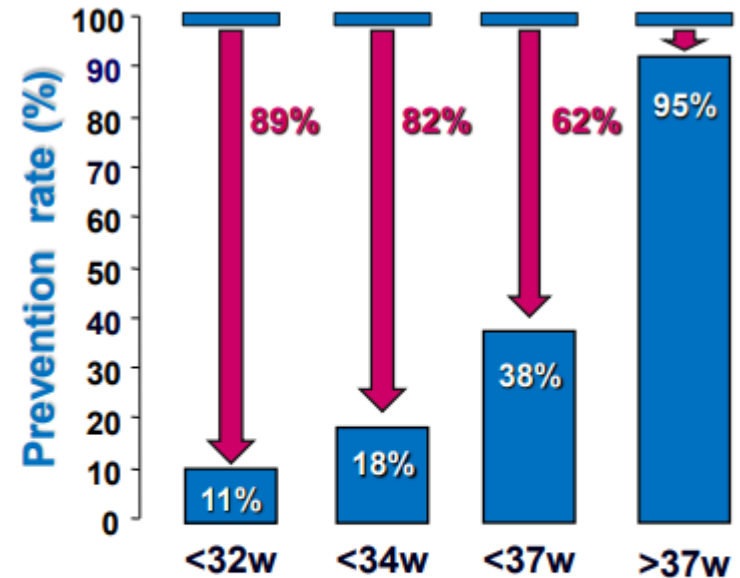
< 37 weeks: 25 % **1 in 4**

≥ 37 weeks: 36 % **1 in 3**

PREVENȚIA E CHEIA!

Aspirina >100mg cu debut <16săptămâni:

- reducerea preeclampsiei <32 SA **90%**
- reducerea preeclampsiei <34 SA **80%**
- reducerea preeclampsiei <37 SA **65%**
- reducerea DPNI **30%***
- reducerea feților cu greutate mică la naștere **40%**
- reducerea internărilor la terapie intensivă **65%**



ASPREE Aspirin 150 mg/d from 12 to 36 w

Rolnik DL, Wright D, Poon L, et al. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk of preterm preeclampsia. N Engl J Med 2017;377:613-22.

	Atenolol	Captopril	Enalapril
Mechanism	Beta blocker	ACE inhibitor	ACE inhibitor
Pregnancy	Avoid in first and second trimester. Associated with fetal growth restriction and bradycardia, reduces uteroplacental blood flow	No – associated with severe fetal anomaly, fetal nephropathy, and intrauterine death	No – associated with severe fetal anomaly, fetal nephropathy, and intrauterine death
Breast-feeding	No known evidence of harm (NICE). Second line after labetalol	Manufacturers advise avoid; however recommended by SOGC. No known evidence of harm (NICE)	Not for preterm infants. No known evidence of harm (NICE) Particularly for women needing cardiac/renal protection
Postnatal	Yes	Yes	Yes
Side-effects	Risk of fetal growth restriction and bradycardia in pregnancy	Cough	Cough
Contraindications	Asthma		

Elemente materne și fetale

-37 0/7 SA sau mai mult
Sau
-34 0/7 SA sau mai mult cu:
-travaliu spontan sau ruptură prematură de membrane
-teste materne sau fetale cu rezultate anormale
-greutate fetală estimată sub percentilul 5
-DPPNI suspectată

DA

-Nașterea
-Prostaglandine, dacă este nevoie pentru inducție

NU

- Sub 37 0/7SA
- Evaluare maternă: x2/săptămână
- Evaluare fetală:
- Cu preeclampsie: x2/săptămână non-stress test
- Cu HTA gestațională: săptămânal non-stress test

DA

-37 0/7 SA sau mai mult
-Înrăutățirea condiției materne sau fetale
-Travaliu spontan sau ruptură prematură de membrane

What can I do?



EȘTI ÎNCĂ LA RISC ȘI DUPĂ NAȘTERE!

PREECLAMPSIA ÎN POSTPARTUM

Ce este?

Preeclampsia în postpartum este o patologie serioasă legată de hipertensiuni. Poate apare la orice femeie după naștere până la 6 săptămâni postpartum.

Riscuri

- convulsii
- Leziune de organ
- AVC
- Moarte

SEMNE DE ALARMĂ



Dureri
epigastrice



Greață și
vărsături



Edem al feței și
membrelor
superioare



Cefalee
intensă



Modificări de
vedere



Dispnee

Tratamentul bazat pe dovezi *al eclampsiei.*

...**convulsii sau comă**, care nu sunt cauzate de boala neurologică coincidentală, care apar în timpul sarcinii sau în puerperiu la o femeie a cărei afecțiune îndeplinește și criteriile pentru preeclampsie .



Incidență

- Antepartum (50%)
- Intrapartum (25%)
- Postpartum (25%)

Factorul de risc

Nuliparitate

Sarcina multiplă

Sarcina molară

Hipertensiune preexistentă/
boală renală

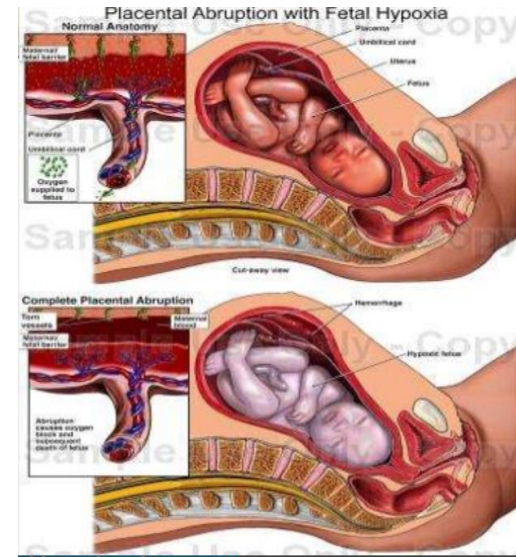
Preeclampsia severă anterioară
/eclampsia

Complicații

- hemoragie cerebrală
- edem pulmonar
- decolare de placentă normal inserată
- moarte maternă și fetală

Orice gravidă care prezintă **CONVULSII** în a doua jumătate a sarcinii ar trebui tratată pentru eclampsie până la proba contrarie.





**Nu se va lasă pacienta
nesupravegheată
Se poziționează în decubit lateral
stâng
SE VOR ANUNȚA AJUTOARELE**

Calea de respirație

Evaluare

*Mentținerea patenței
Asigurarea de oxigen*

Respirația

Evaluare

*Protejarea căii de respirație
Ventilare în caz de nevoie*

Circulația

*Evaluarea pulsului și
tensiunii arteriale*

Asigurarea unui abord venos

Observații

Pulsul, tensiunea arterială, rata respirațiilor, temperatură, nivelul de conștiență,proteinele urinare

Investigații

Hemograma completă, timpii de coagulare, acidul uric, electroliții serici,probe hepatice, probe renale.

CONTROLUL CONVULSIILOR

Loading dose :

4gm IV

20ml is given slow IV over 5-10mins followed by 10gms ,
5gms deep IM (10ml) in each buttock

If fits recur- 2gms , 20% IV

Maintenance dose- 5gms IM in alternate buttocks 4 hourly

Monitor- Resp rate > 16

Presence of Knee jerk

Urinary output > 25ml/1hr

If Mag toxicity- Inj Calcium Gluconate , 10% 10ml , 10mins
IV

CONTROLUL HIPERTENSIUNII

Labetolol

10mg IV , give 20mg IV if noresponse after 10mins, then
40mg, 40mg, 80mg max 220mg

Nifedipine

10mg orally , repeat after 20mins if noresponse , max 200
mg, target BP- dbp-90-100 mmHg

NAȘTERE



2. Tratatamentul bazat pe dovezi *în* *hemoragia în postpartum.*

= pierdere în sânge > 500 ml în timpul unei nașteri vaginale sau > 1000 ml la o cezariană

**200.000 de femei mor în fiecare an
datorită hemoragiei în postpartum.**

- 1 moarte maternă la fiecare 4 minute
- 4-6% din sarcini
- TOATE sarcinile prezintă riscul de hemoragie în postpartum, chiar dacă nu sunt prezenți factori predispozanți.

Tipuri de hemoragie în postpartum

- ✓ Hemoragie primară în postpartum: apare în primele 24 de ore de la naștere
- ✓ Hemoragie secundară în postpartum: apare de la 24 de ore la 6 săptămâni de la naștere

Majoritatea cazurilor de hemoragie în postpartum (99%) sunt primare.

Etiologie

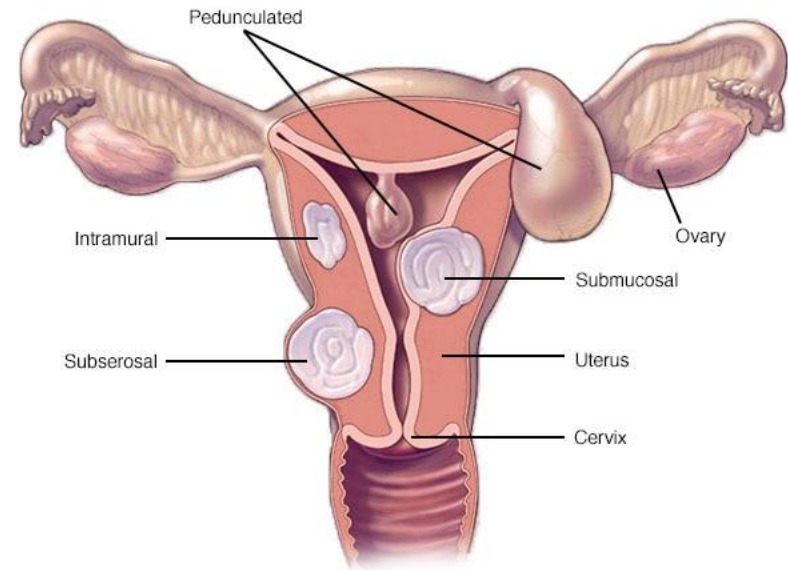
Cei 4 “T”:

- ❖ **Tonus:** atonie uterină
- ❖ **Țesut:** retenție de placentă
- ❖ **Trauma:** vaginală, cervicală sau injurie uterină
- ❖ **Trombină:** coagulopatie (pre-existentă sau dobândită)

1(primul) “T” – atonie uterină

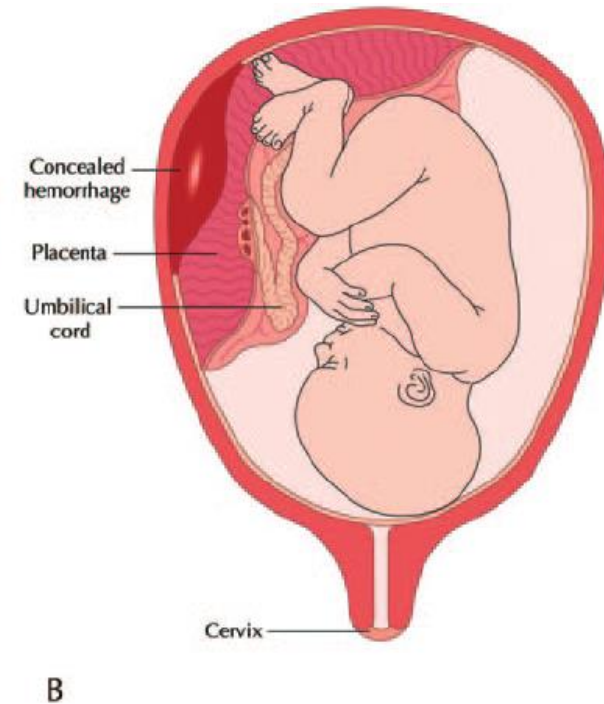
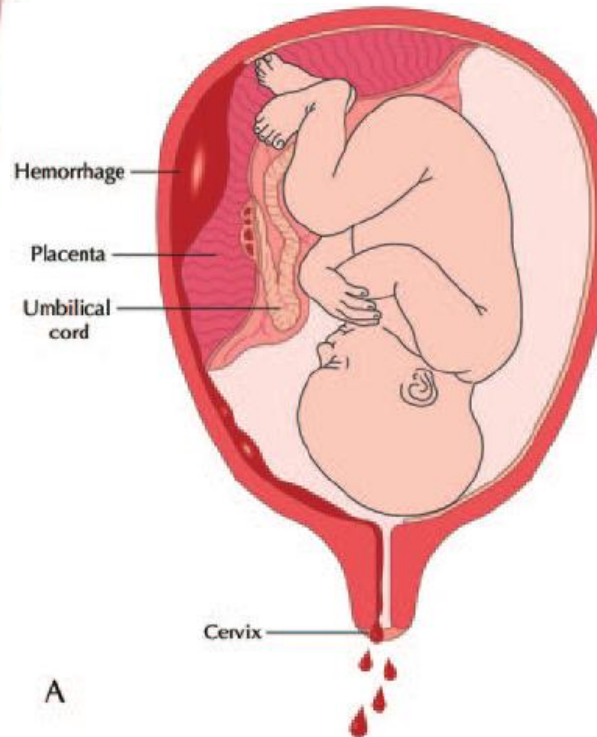
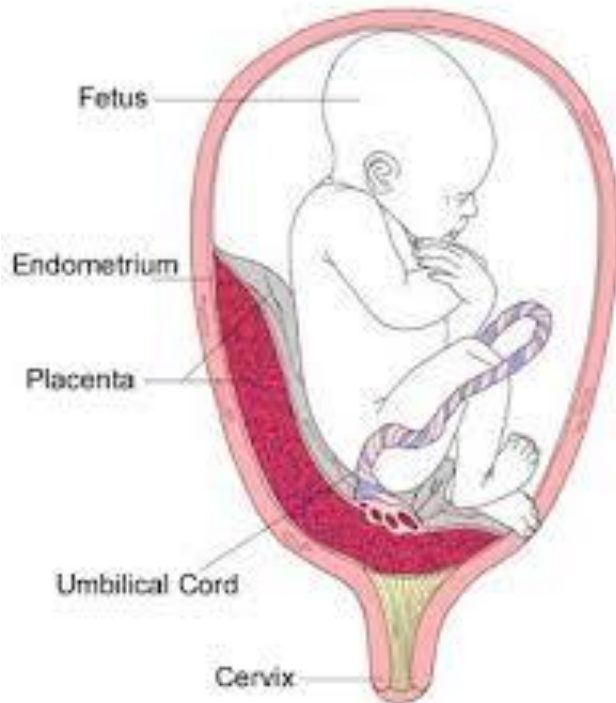
- Cea mai frecventă și importantă cauză de hemoragie postpartum
- Mecanismul principal de protecție pentru hemostaza imediată după naștere este:
 - - contracția miometrială care determină ocluzia vaselor de sânge - ligaturi vii ale uterului
 - - circulația sângelui din spațiul vascular spre cavitatea uterină prin miometru este împiedicată.

Anomalii uterine



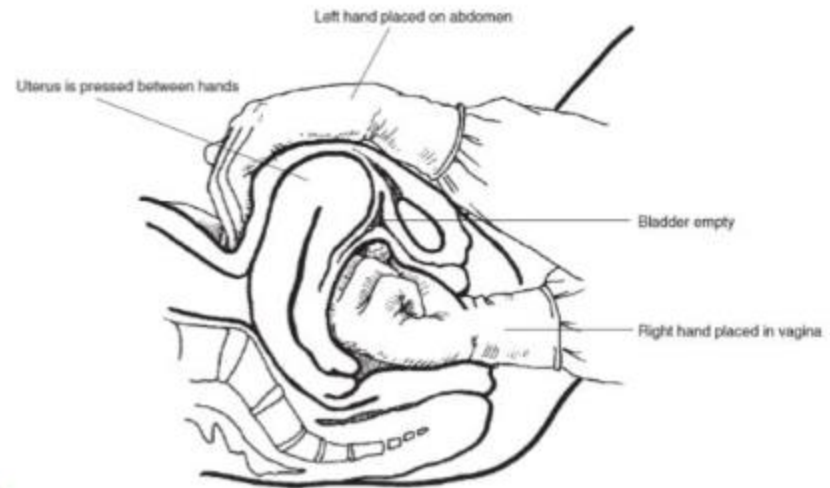
© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Placenta paevia centrală



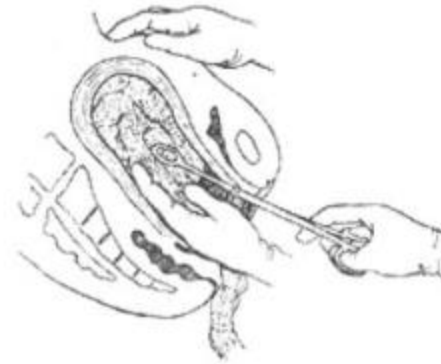
Tratament

- Masajul uterin
- Medicamente utero-tonice: oxitocin, carbetocin, ergometrina.



Dacă sângerarea continuă:

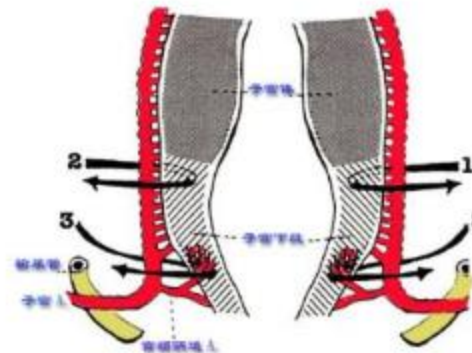
- Tamponadă uterină
- Laparotomia exploratorie
 - suturi de compresie
 - ligaturi arteriale
- Histerectomie
- Embolizarea arterială



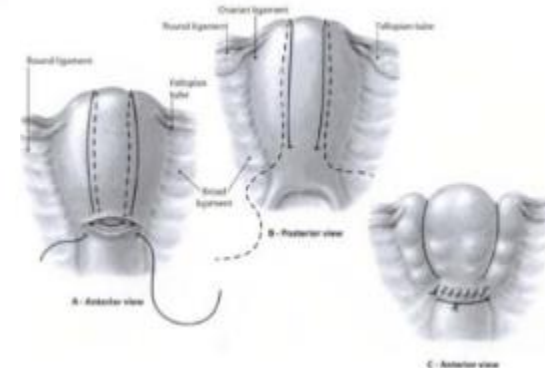
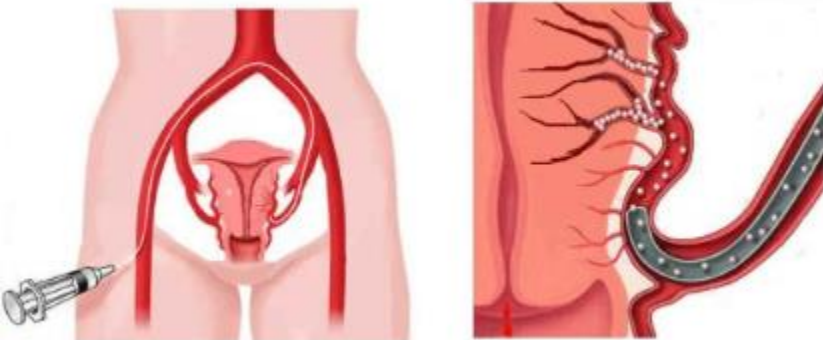
Împachetare



Tamponada prin balon Bakri

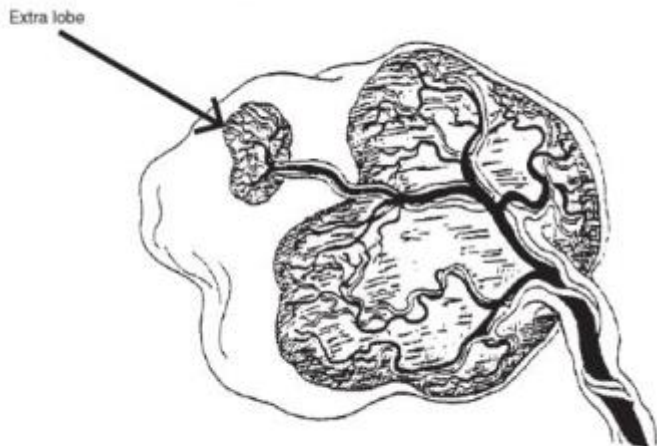


Ligatura arterelor uterine



2(al doilea) “T” – Retenție de placentă

Categorie etiologică și proces	Factori clinici de risc
Lob subcenturiat Placenta anormal invazivă: -accreta -increteta -percreteta	Placenta incompletă la naștere Placenta praevia cu sau fără chirurgie uterină anterioară: -postmiomectomie -post naștere prin operație cezariană -sindromul Asherman



Lob subcenturiat

Accreta



Vilii placentari se
atașează de miometru

Increta



Vilii placentari invadează
în miometru

Percreta



Vilii placentari penetrează
miometrul

Tratament

Extracția manuală a placentei

Chiuretaj

Managementul medical

Histerectomia

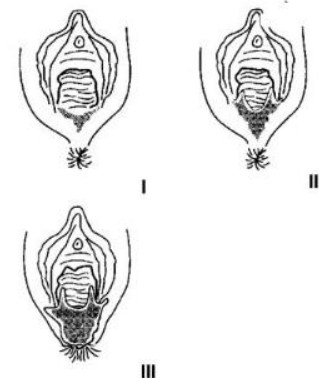


3(al treilea) “T” – Trauma tractului genital

Categorie etiologică și proces	Factori clinici de risc
-Lacerații ale cervixului, vaginului sau perineului -Hematoame puerperale	-Naștere precipitată -Nașterea instrumentală -Nuliparitate, epiziotomie, naștere cu aplicare de forceps



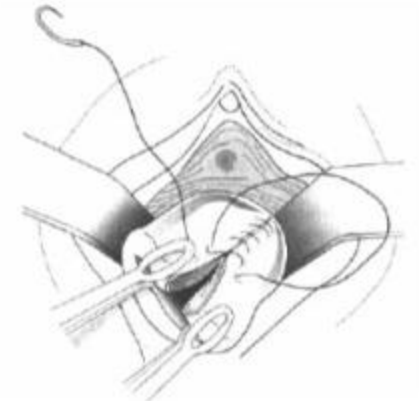
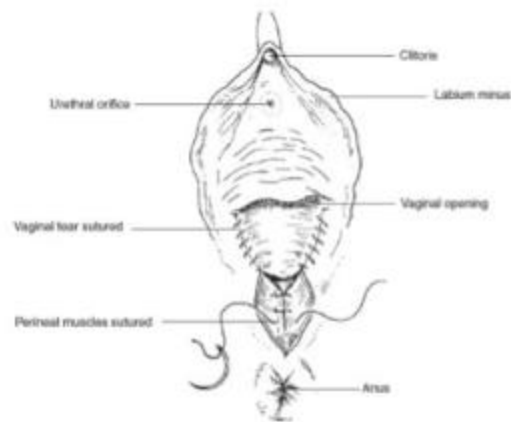
Laceration of cervix



Lacerations of perineum

Tratament

- Identificarea și repararea corespunzătoare a lăcerățiilor
- Drenarea sângelui dintr-un hematom



4(al patrulea) “T” – trombina (coagulopatie)

Categorie etiologică și proces	Factori clinici de risc
Statusuri preexistente Afecțiuni dobndite în sarcină -sindromul HELLP -decolarea de placentă -moarte fetală intrauterină de lungă durată -sepsis -embolie amniotică Hemoragie importantă	Trombocitopenie primară Anemie aplastică Hipertensiune arterială Hemoragie antepartum Moarte fetală Febră Colaps brusc

COUNTDOWN *of* LIFE

How much time do you really have left?



3. Standarde pentru îngrijirea maternă și neonatală.

= Recomandări cheie ale OMS pentru îngrijirea maternă și neonatală.



Componente

1. Imunizarea maternă împotriva tetanosului.
2. Prevenirea și gestionarea infecțiilor cu transmitere sexuală și ale tractului reproducător.
3. Prevenirea transmiterii sifilisului de la mamă la copil.
4. Prevenirea sindromului de rubeolă congenitală (SRC).
5. Prevenirea și tratamentul malariei.
6. Suplimentarea cu fier și acid folic.
7. Asigurarea unei îngrijiri antenatale eficiente.
8. Nașterea și pregătirea de urgență în îngrijirea prenatală.

1. Imunizarea maternă împotriva tetanosului

Standard:

- Toate femeile care nasc și nou-născuții acestora trebuie protejați împotriva tetanosului.

Scop

- Pentru a preveni tetanosul matern și neonatal (TMN).
- Vaccinarea femeilor însărcinate le protejează de tetanos și îi protejează pe nou-născuți împotriva tetanosului neonatal (TN).

2. Prevenirea și gestionarea infecțiilor cu transmitere sexuală și ale tractului reproducător

Standard

- Toate femeile trebuie evaluate pentru infecții cu transmitere sexuală și infecții ale tractului reproductiv (ITR) în timpul sarcinii, nașterii și în perioada postnatală și ar trebui să primească un tratament eficient și pentru partenerii lor în cazul BTS.
- De asemenea, ar trebui să li se ofere informații adecvate cu privire la prevenirea și recunoașterea infecțiilor cu transmitere sexuală, precum și infecțiilor tractului reproducător.

Scop

- Reducerea morbidității și mortalității materne și perinatale și a infertilității cauzate de BTS / ITR.

3. Prevenirea transmiterii sifilisului de la mamă la copil

Standard

- Toate femeile însărcinate trebuie investigate pentru sifilis la prima vizită prenatală din primul trimestru și repetat mai târziu în sarcină.
- La naștere, femeile care din anumite motive nu au rezultatele testelor ar trebui să fie testate / reexamine.
- Femeile care sunt pozitive ar trebui să fie tratate și informate despre importanță de a fi testate pentru infecția cu HIV. De asemenea, partenerii lor trebuie să fie tratați și ar trebui făcute planuri pentru ca nou-născuții să fie tratați la naștere.

Scop

- Pentru a reduce morbiditatea maternă, efecte fetale adverse și mortalitatea neonatală și morbiditatea datorată sifilisului.

4. Prevenirea sindromului de rubeolă congenitală (SRC)

Standard

- În țările în care vaccinul contra rubeolei este inclus în programul național de imunizare, femeile ar trebui imunizate împotriva rubeolei înainte de a rămâne însărcinate.
- În toate țările, femeile însărcinate cu rubeola suspectată sau expunerea la rubeolă trebuie să fie urmărite și raportate.
- În toate țările, nou-născuții cu sindrom de rubeolă congenitală suspectată (SRC) trebuie evaluați și raportați.

Scop

- Pentru a preveni sindromul de rubeolă congenitală (SRC).

5. Prevenirea și tratamentul malariei

Standard

- În zonele cu malarie, toate femeile însărcinate ar trebui să doarmă pe un pat sub o protecție tratată cu insecticid.
- În zonele cu transmitere stabilă a malariei falciparum, tuturor femeilor gravide trebuie să li se administreze tratament preventiv intermitent.
- Femeile însărcinate suspectate de malarie ar trebui să fie evaluate și tratate conform protocoalelor naționale.
- În perioada postnatală, atât mama cât și nou-născutul ar trebui să doarmă pe un pat sub o protecție tratată cu insecticid.

Scop

- Pentru a reduce incidența rezultatelor negative la femei și nou-născuți din cauza malariei în timpul sarcinii.

6. Suplimentarea cu fier și acid folic

Standard

- Toate femeile însărcinate din zonele cu prevalență ridicată a malnutriției ar trebui să primească în mod obișnuit suplimente de fier și folat, împreună cu sfaturi alimentare adecvate, pentru a preveni anemia.
- În cazul în care prevalența anemiei la femeile însărcinate este mare (40% sau mai mult), suplimentarea trebuie să continue timp de trei luni în perioada postpartum.

Scop

- Prevenirea și tratarea anemiei prin deficit de fier la femei în timpul sarcinii și în perioada postpartum, pentru a îmbunătăți sănătatea maternă și perinatală.

7. Asigurarea unei îngrijiri antenatale eficiente

Standard

- Toate femeile gravide ar trebui să aibă cel puțin patru evaluări de îngrijire prenatală efectuate de către sau sub supravegherea personalului calificat.
- Acestea ar trebui să includă cel puțin toate intervențiile prezentate în noul model OMS de îngrijire prenatală și să fie distanțate la intervale regulate pe toată durata sarcinii începând cât mai precoce în primul trimestru.

Scop

- Pentru a preveni, atenua sau trata/gestiona problemele de sănătate/bolile (inclusiv cele direct legate de sarcină) despre care se știe că au un rezultat nefavorabil în sarcină.
- Să ofere femeilor și familiilor/partenerilor lor informații adecvate și sfaturi pentru o sarcină sănătoasă, despre naștere și recuperarea postnatală, inclusiv îngrijirea nou-născutului, promovarea alăptării exclusive și asistență precoce în decizia viitoarelor sarcini pentru a îmbunătăți rezultatele acestora.

8. Nașterea și pregătirea de urgență în îngrijirea prenatală

Standardul

- Toate femeile însărcinate ar trebui să aibă un plan scris pentru naștere și pentru pregătirea pentru posibilele evenimente adverse neașteptate, cum ar fi complicațiile sau urgențe, care pot apărea în timpul sarcinii, nașterii sau imediat postnatal . Acest plan ar trebui să fie discutat și să fie examinat cu personalul calificat la fiecare evaluare antenatală și cu cel puțin o lună înainte de data de naștere.

Scop

- Să ajute femeile, partenerii și familiile lor să fie adecvat pregătiți pentru naștere, făcând planuri cu privire la modul de reacție în cazul complicațiilor sau evenimente adverse neașteptate ce pot apărea la gravidă și / sau făt în orice moment perioada în timpul sarcinii, la naștere sau în perioada postnatală timpurie.

4. Probleme de sănătate mintală perinatală: natură, prevalență, determinanți și răspunsuri.

MATERNITATE, A TREIA ZI POSTPARTUM SAU DEPRESIA POSTPARTUM

- 80% dintre femeile care au născut recent:

Caracterizat prin:

- Modificări ale stării de spirit între euforie și mizerie;
- Sensibilitate intensificată;
- Tendință la plâns, adesea fără tristețe asociată;
- Neliniște;
- Concentrație slabă;
- Anxietate și iritabilitate;
- Tulburări de somn;
- Sentimentul de irealitate și detașare de copil.

PSIHOZA PUERPERALĂ SAU POSTPARTUM

- Incidența 1 - 2: 1000

Caracterizat prin:

- Debut acut;
- Variație afectivă extremă, cu manie și elatie, precum și tristețe;
- Tulburarea gândirii;
- Amăgiri;
- Halucinații;
- Comportament tulburat;
- Confuzie.

DEPRESIA

Se caracterizează prin prezența persistentă, pentru cel puțin 2 săptămâni, a simptomelor cognitive și afective ce includ:

Dispoziție proastă	Anhedonia
Iritabilitate	Anxietate crescută
Concentrare modificată	Auto-critică
Vină	Retragere socială
Deznădejde	Modificări ale apetitului- de la scăderea în greutate sau creșterea în greutate

ANXIETATE (acută și episodică sau persistentă)

Simptome cognitive și fiziologice

Grijă	Tremurat	Dispnee
Simțul temerii	Palpitații sau tahicardie	Dureri toracice sau disconfort
Confuzie	Senzații de amorțire sau furnicături	Senzație de sufocare
Reducerea clarității în gândire	Greață	Amețeală
Percepții modificate	Frisoane sau bufeuri	Transpirații

Femei: în sarcină

- **Depresie** : 7.4% (T1), 12.8% (T2), 12.0% (T3) (Bennett et al, 2004)

Anxietate 10.4% - 16.2% (Matthey et al, 2003)

Postpartum:

- **Depresie** : 6.8% (Woolhouse et al, 2012) to 20.7% (Webster et al, 2001)

Anxietate $\approx$ 10% în primele 6 luni postpartum (Fisher et al, 2010)

Perinatal depression among women in high-income countries:

- $\pm$ 10% Din femeile gravide
- $\pm$ 13% Din mame (Hendrick, 1998; O'Hara and Swain, 1996)

Bărbați:

în sarcină

Depresie : 4.6% (Condon et al, 2004)

Anxietate 4.4% - 9.7% (Matthey et al, 2003)

Consum de alcool în exces : 27.5% (Condon et al, 2004)

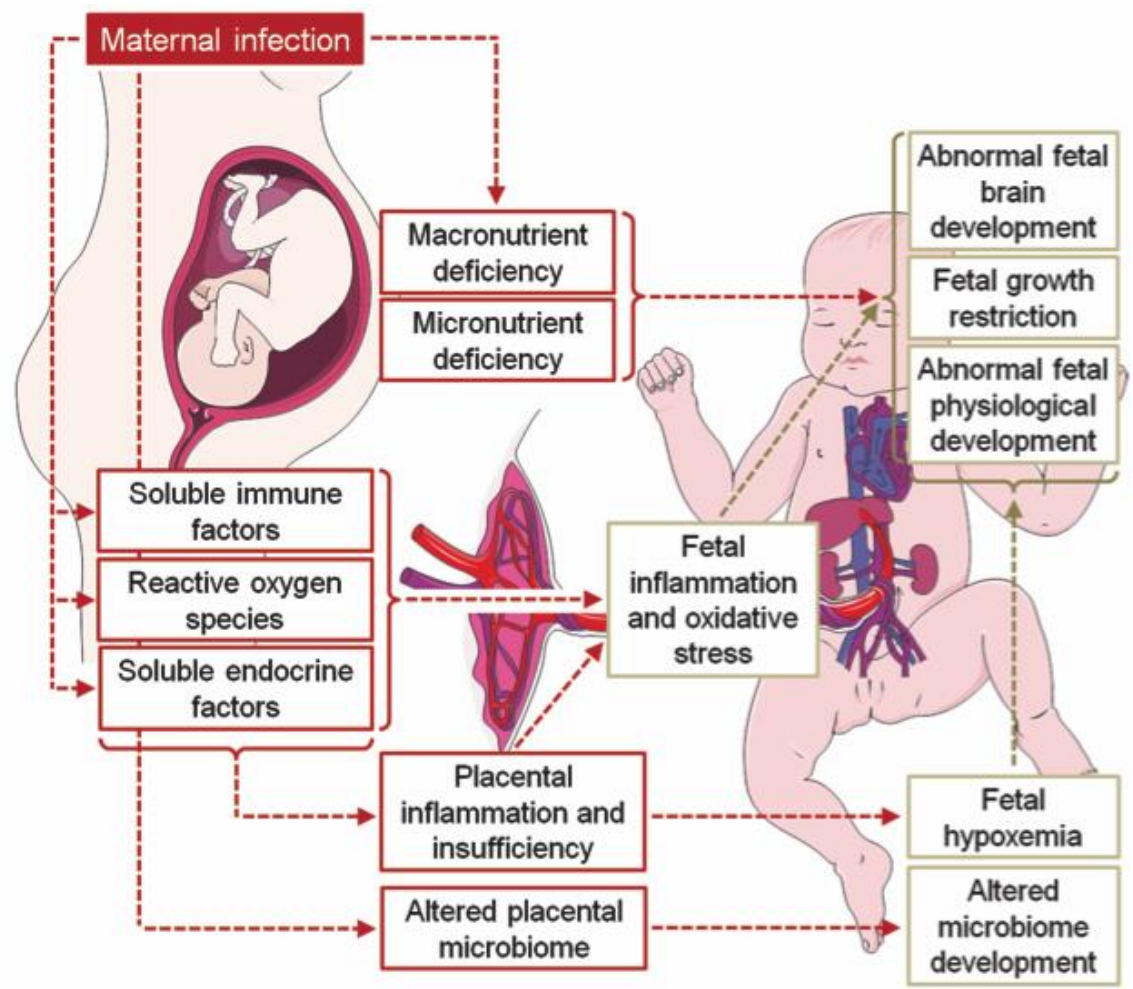
Postpartum:

Depresie : 1.5% - 4.7% (Matthey et al, 2000; Condon et al, 2004)

Depresie și/sau anxietate : 6.3% - 11.5% (Matthey et al, 2003)

Consum de alcool în exces 23.9 - 25% (Condon et al, 2004)

5. Infecțiile materne (HIV, infecțiile tractului urinar, sepsisul matern, sifilisul, malaria).



Factorii ce determină transmiterea mamă-făt

Virali	Genotip și fenotip Rezistență Încărcătura virală
Materni	Statusul imunologic Statusul nutrițional Statusul clinic Factorul comportamental Tratamentul antiretroviral
Obstetricali	Ruptura prelungită de membrane (peste 4 ore) Calea de naștere Hemoragia intrapartum Intervențiile obstetricale Monitorizarea fetală invazivă
Fetali	Prematuritate Genetica Sarcina multiplă
Factorii ce țin de nou-născut	Alăptatul Factori gastro-intestinali Sistemul imunitar imatur

The diagram consists of two horizontal rows. Each row features a magenta rounded rectangle on the left containing the text 'OMS'. To the right of each rectangle is a large, light-pink arrow pointing to the right. Inside the arrow is a white rectangular box containing text. The top row's text states that pregnancy does not determine an adverse effect on HIV infection in women. The bottom row's text states that HIV can be a direct cause or a marker for the complex interaction of medical and social conditions that can affect pregnancy.

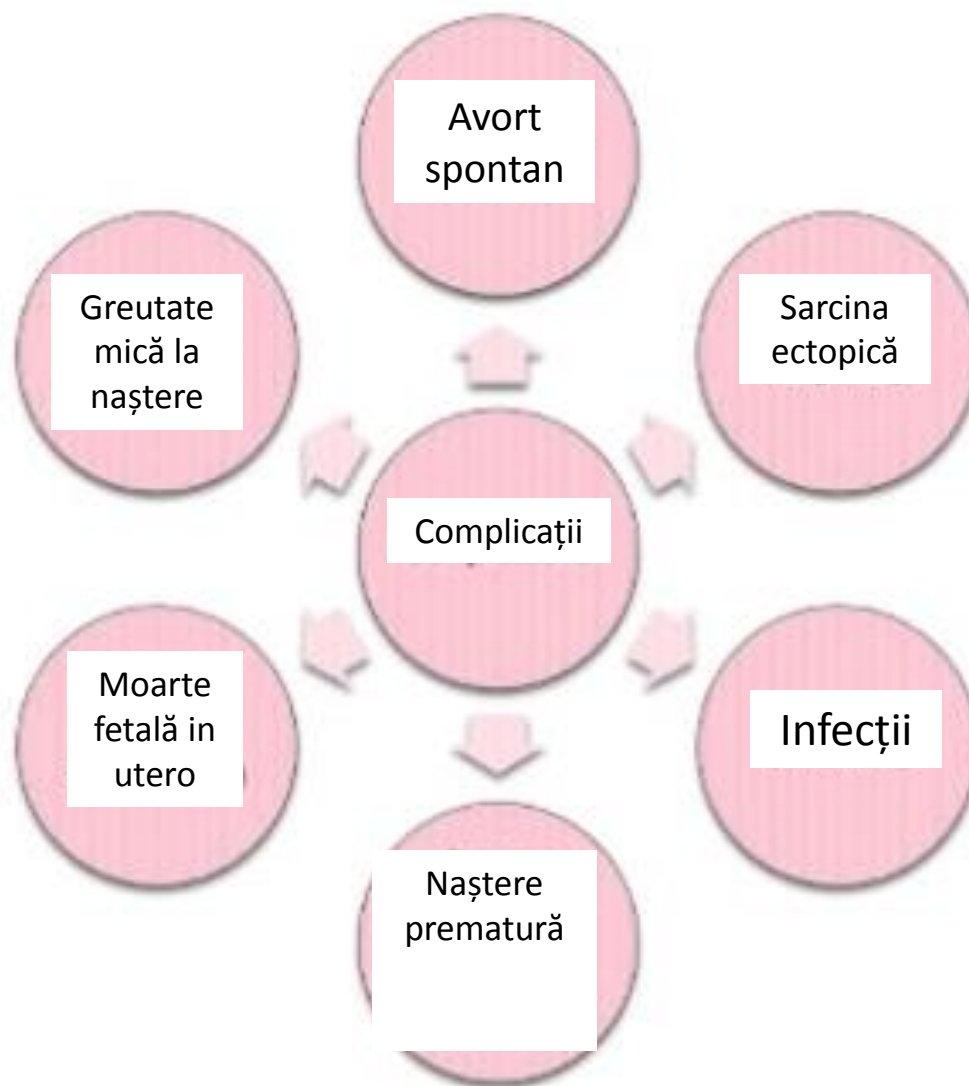
OMS

Sarcina nu determină un
efect advers asupra
infecție cu HIV la femei.

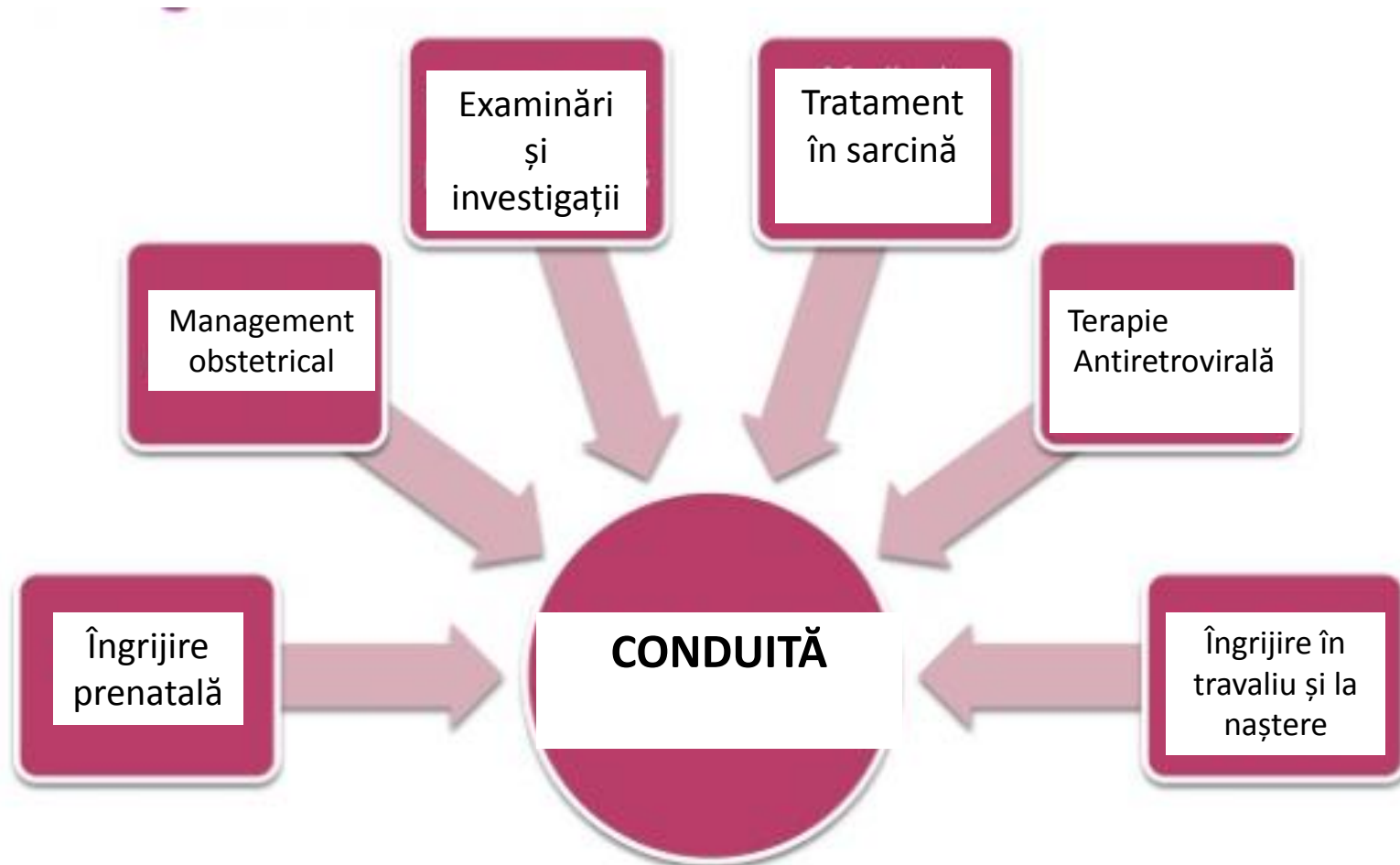
OMS

HIV poate fi o cauză directă sau un
marker pentru interacția complexă a
condițiilor medicale și sociale
asociate ce pot afecta sarcina.

Efectele infecției HIV în sarcină



Conduită



Infecții ale tractului urinar

☐ Bacteriurie asimptomatică

- infecție silențioasă (fără simptome).
- cauzate de bacteriile prezente în sistemul femeii înainte de sarcină.

☐ Cistita

- simptome, inclusiv durere sau arsură la urinare, urinare frecventă, senzație imperioasă de a urina și febră.

☐ Pielonefrita

- o infecție renală.
- poate duce la travaliu prematur, infecție severă și sindrom de detresă respiratorie la adulți.

Etiologie & Transmitere

- Escherichia coli
- Streptococul de grup B și gonoreea și Chlamydia cu transmitere sexuală
 - Prin contact sexual și prin igienă necorespunzătoare după defecare.

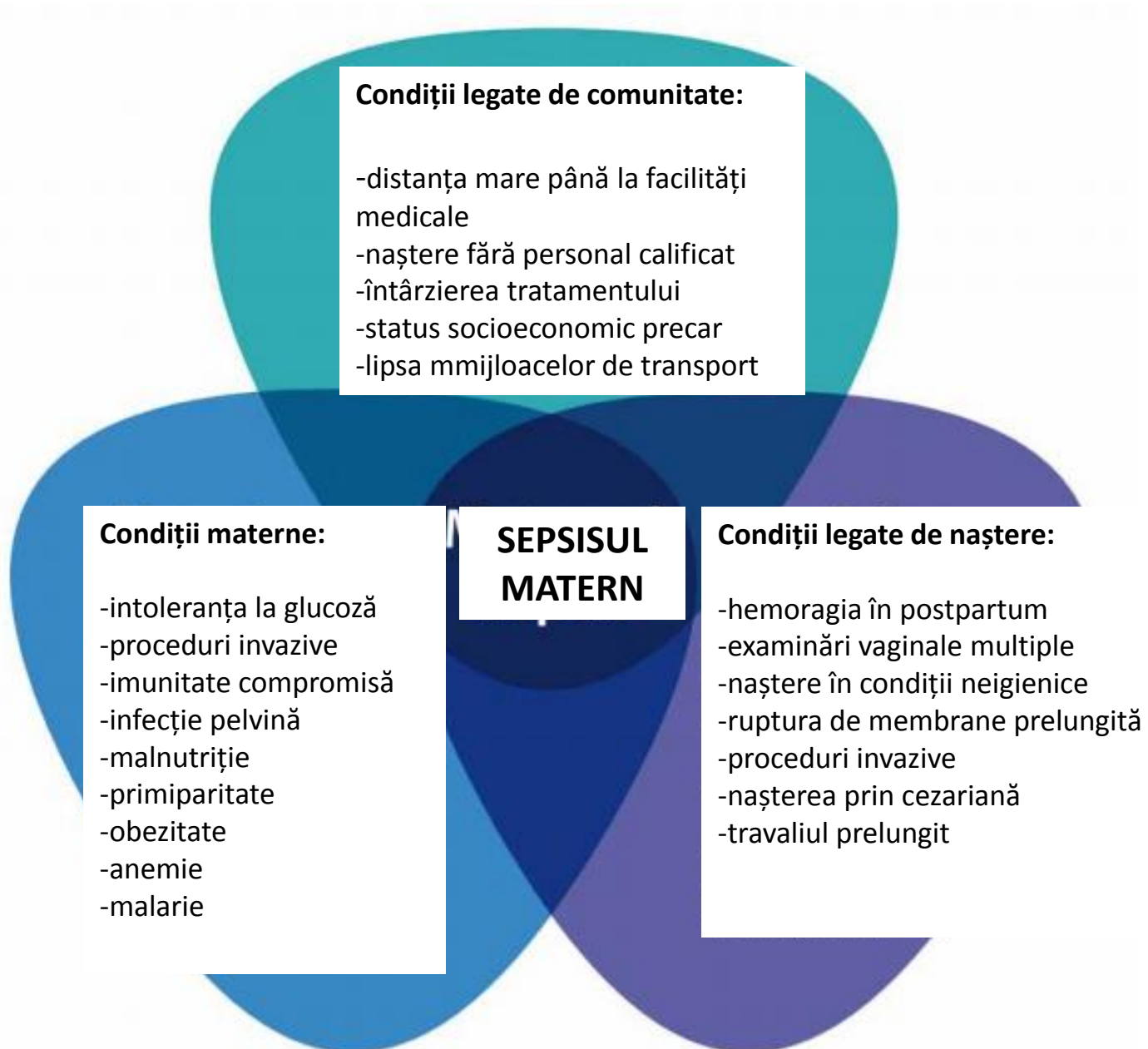


- Frecvența urinării
- Urgență urinară
- disurie
- Ezitare în micțiune și “picurare”
- Presiune suprapubică
- Hematurie brută
- Frisoane, febră, lombalgii – pielonefrită

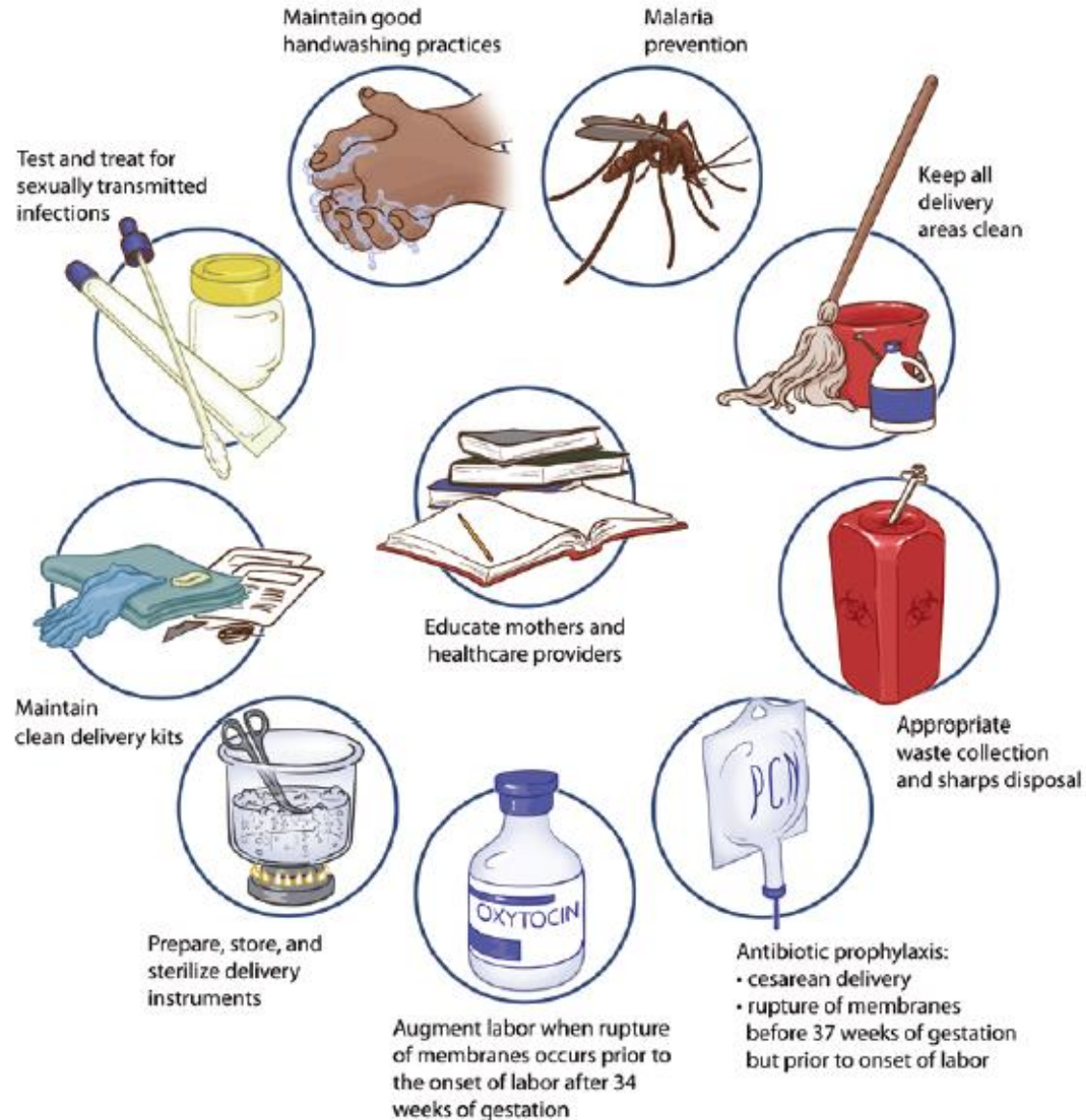
Conduită

- Internarea în spital
- Repaus fizic
- Fluide intravenoase
- Antibiotice intravenoase
- Antipiretice

Sepsisul matern



Prevenția



Aspecte clinice

Frison



T < 35°C

Febră



Repeated T > 38°C or
single T > 38.5°C

Saturație scăzută
în oxigen



O₂ saturation < 90%
on room air



Hipotensiune

systolic BP < 90 mmHg

Debit redus de urină

(urine output < 0.5 cc/kg/hr)

Tahicardie



Pulse > 100 bpm
in the puerperium

Tahipnee



Respiratory rate > 20/min

Modificarea conștienței



Teste de laborator



Blood cultures

Collect and send prior to initiating antibiotics

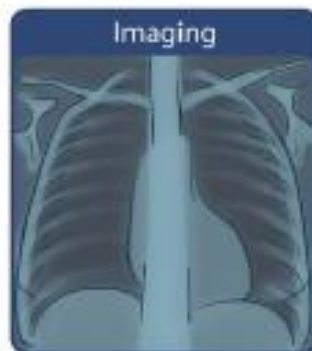


Vaginal/endocervical cultures



Blood chemistries

- Serum lactate
 - measure within 6 hr of suspicion of sepsis
 - >4 mmol/l indicates tissue hypoperfusion
- Complete blood count (CBC)
- C-reactive protein (CRP)
- Blood urea nitrogen (BUN)
- Electrolytes, liver function tests
- Blood glucose: elevations in non-diabetic patients suggest sepsis



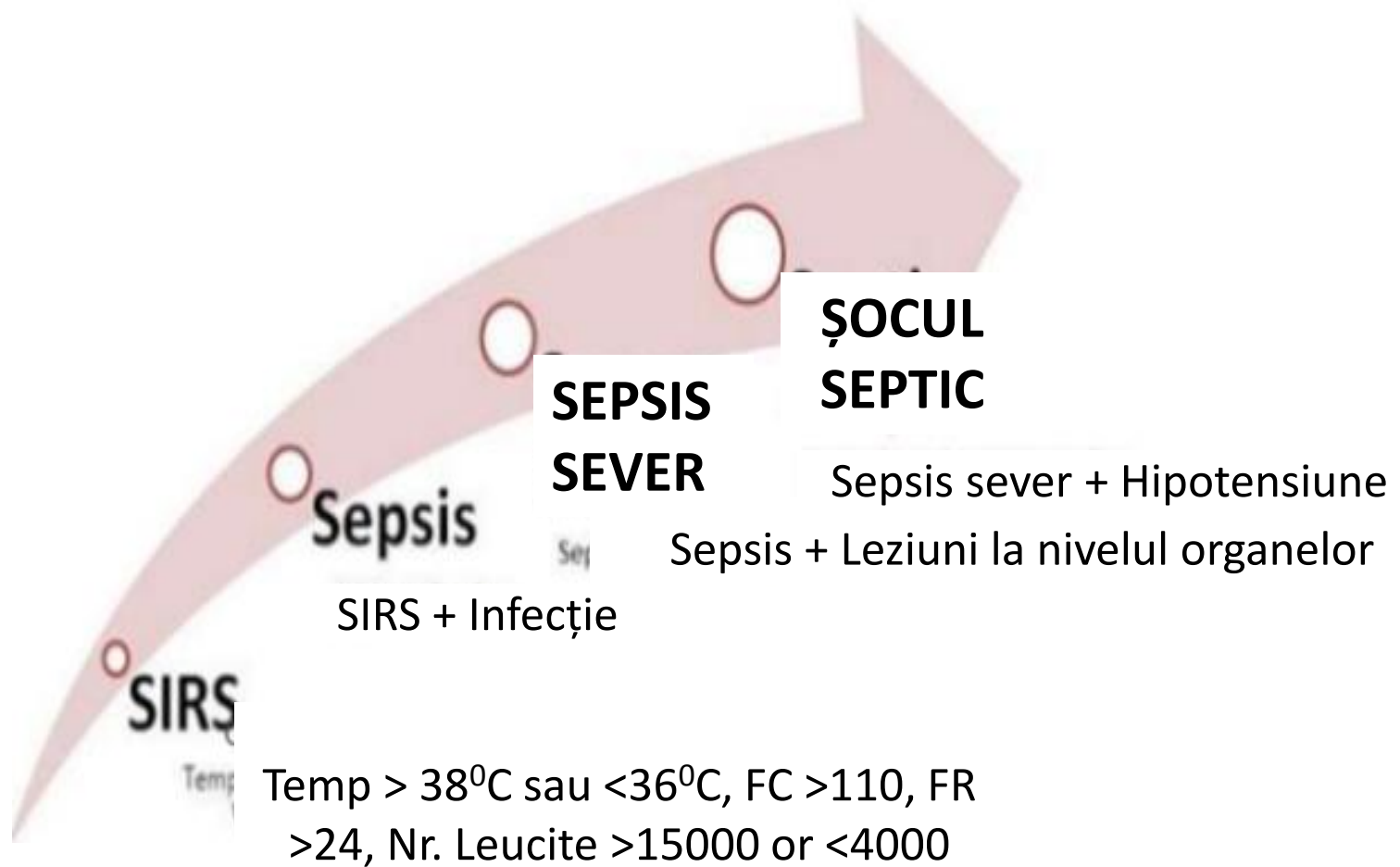
Imaging

- Chest X-ray (CXR)
- Pelvic ultrasound if suspect retained products of conception or pelvic abscess
- Consider CT scan if suspect necrotizing fasciitis

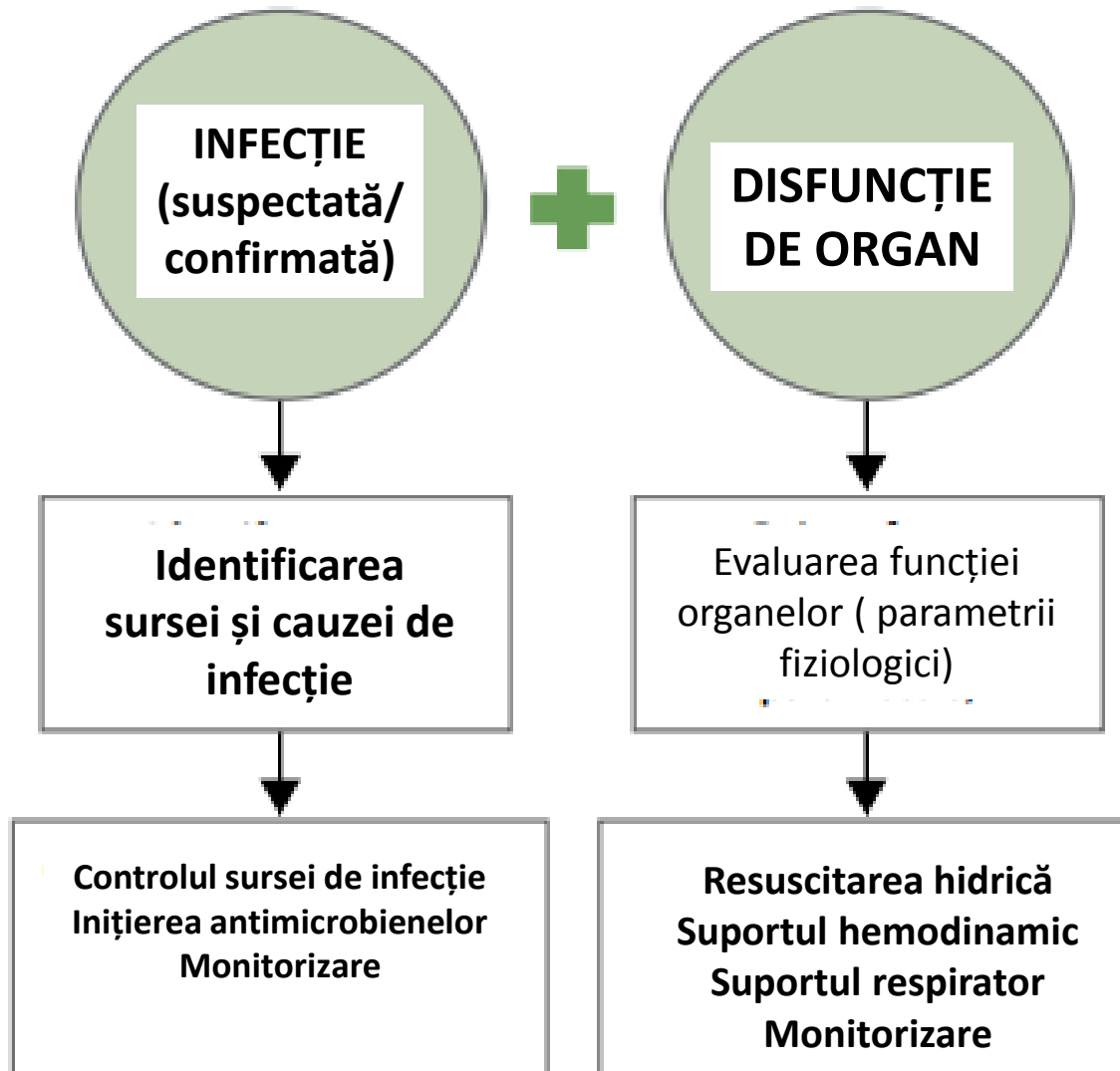


Urine

- Urine output
 - (<0.5 cc/kg/hr is particularly concerning)
- Urinalysis
- Urine culture



Infecție+Disfuncție de organ= Sepsis Matern



Sifilisul

- O boală cu transmitere sexuală cauzată de *Treponema pallidum*.

EFECTE	% estimat de efecte adverse la sarcinile netratate afectate de sifilis	Numărul estimat de efecte adverse în 2008
Avort spontan/moarte fetală	21	215 000
Moarte neonatală	9	90 000
Prematuritate sau greutate mică la naștere	6	65 000
Tablou clinic de sifilis la nou-născut	16	150 000
Orice efect advers	52	520 000

Stadii

- Sifilisul primar - șancru
- Sifilisul secundar - erupții maculo-papulare
- Sifilis latent - asimptomatic
- Sifilisul terțiar - afectează ochii, cordul, creierul, SNC.



SIFILISUL CONGENITAL



**HIDROPS
FETAL**



Rinoree



Hepatomegalie



Rash



**Osteită,
Metafizită,
Periostită,
Semnul Wimberger**



**Rash cu
peteșii**



Malaria

- Anemie
- Hipoglicemia
- Acidoză metabolică
- Icter datorită disfuncției hepatice
- Insuficiență renală - datorită blocării micro circulației renale
- Edem pulmonar și detresă respiratorie
- Convulsii și comă - malarie cerebrală

Efecte asupra fătului

- Întreruperea de sarcină
- Travaliul prematur
- Prematuritate
- RCIU
- MIUF

- Prevenirea mușcăturilor de țânțari folosind plase.
- Profilaxia cu cloroquina pe cale orală o dată pe săptămână.

Fistula obstetricală

- conexiune anormală între vagin, rect și / sau vezică.
- Poate apare după un travaliu prelungit și o lipsă de progresie a travaliului.

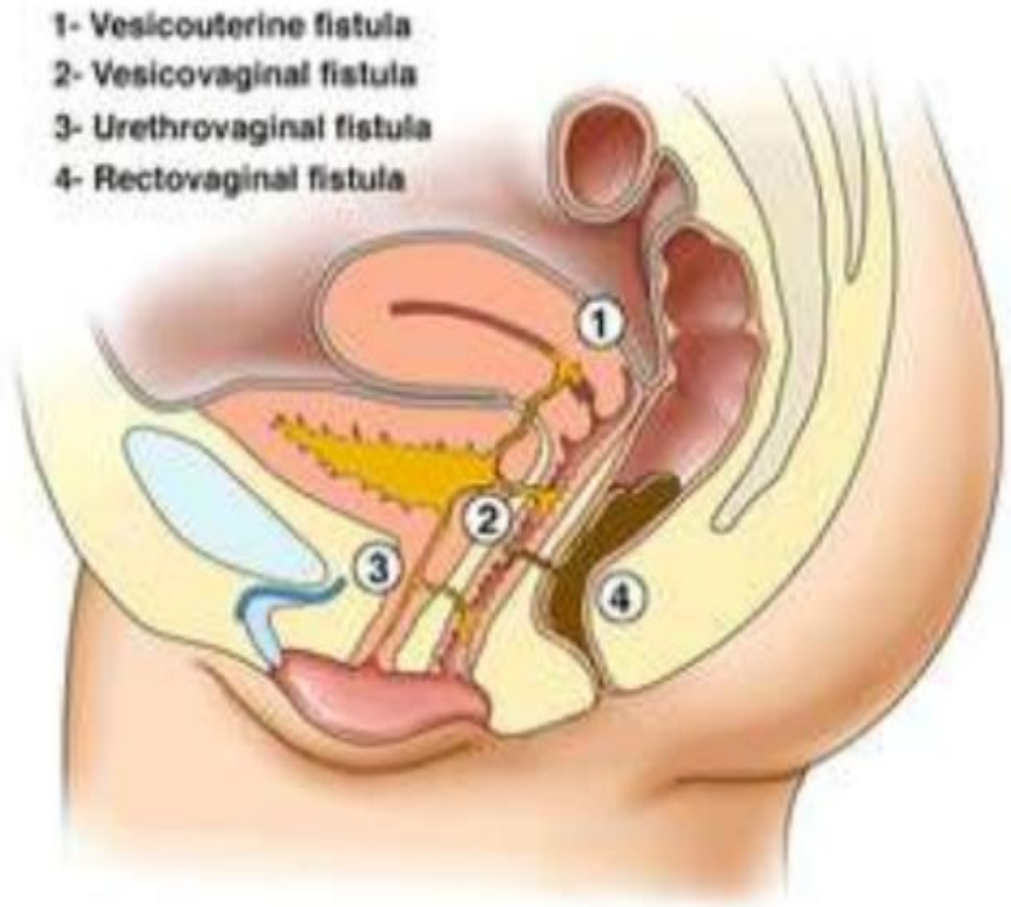
Etiologie

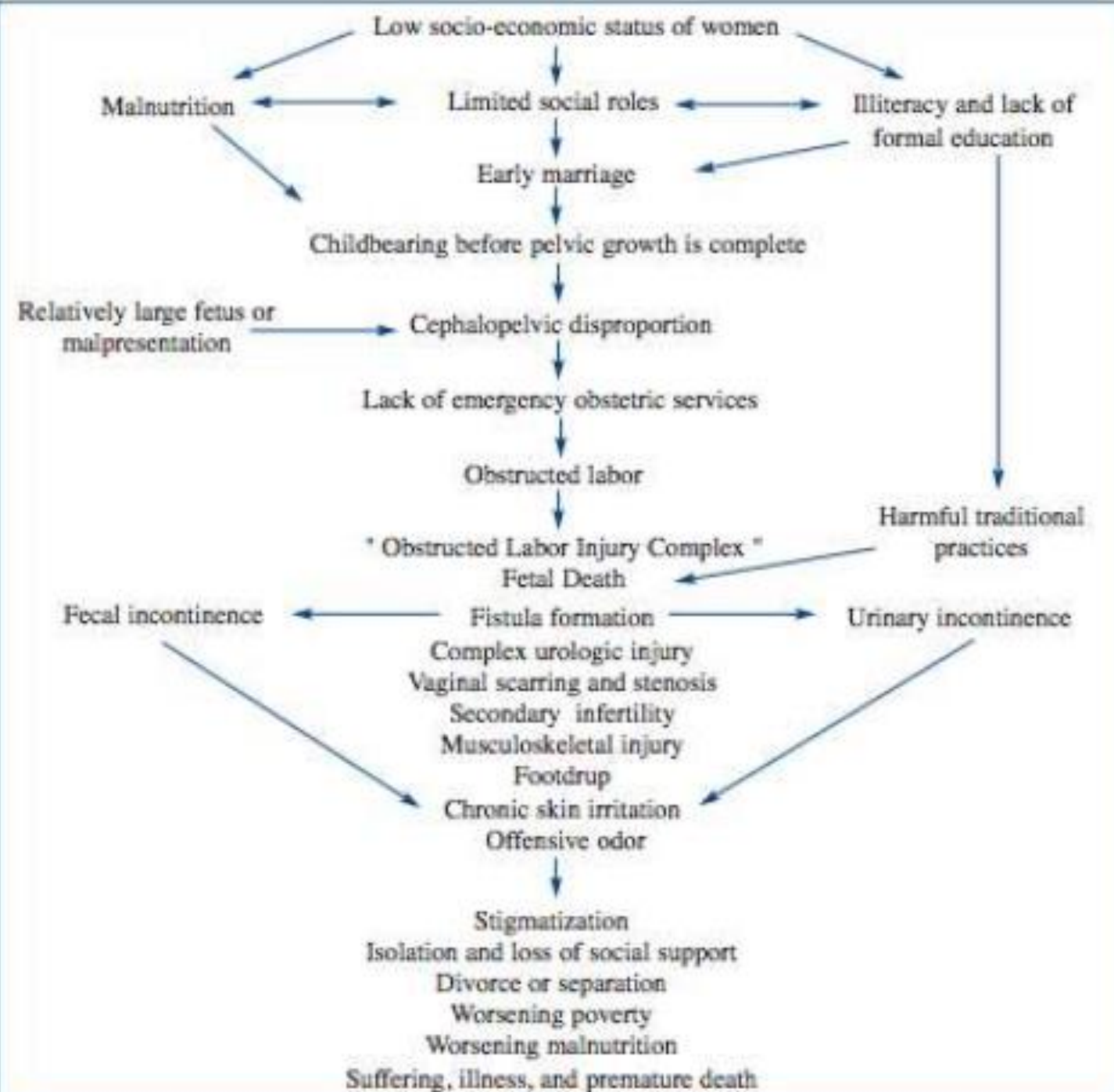
- Lipsă de progresie a travaliului- > 80%
- Lipsa accesului la îngrijiri obstetrice de urgență
- Cauze iatrogene:
 - - Nașterea prin operație cezariană
 - - Repararea rupturii uterine
 - - Naștere instrumentală
 - - Operațiuni distructive

Fistula Vezico-vaginală (FVV)

Fistula Recto-vaginală (FRV)

Fistula combinată





Patogeneză

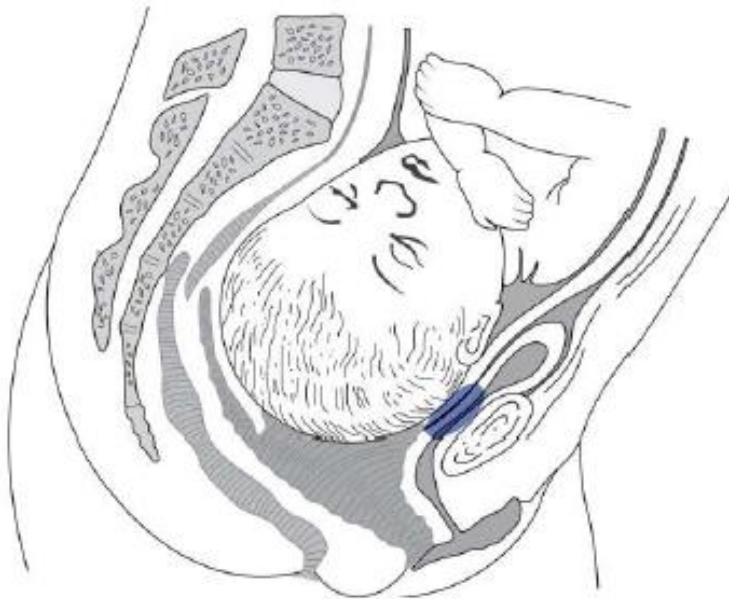


Figure 1.6 The area coloured blue is the first to undergo ischaemic necrosis

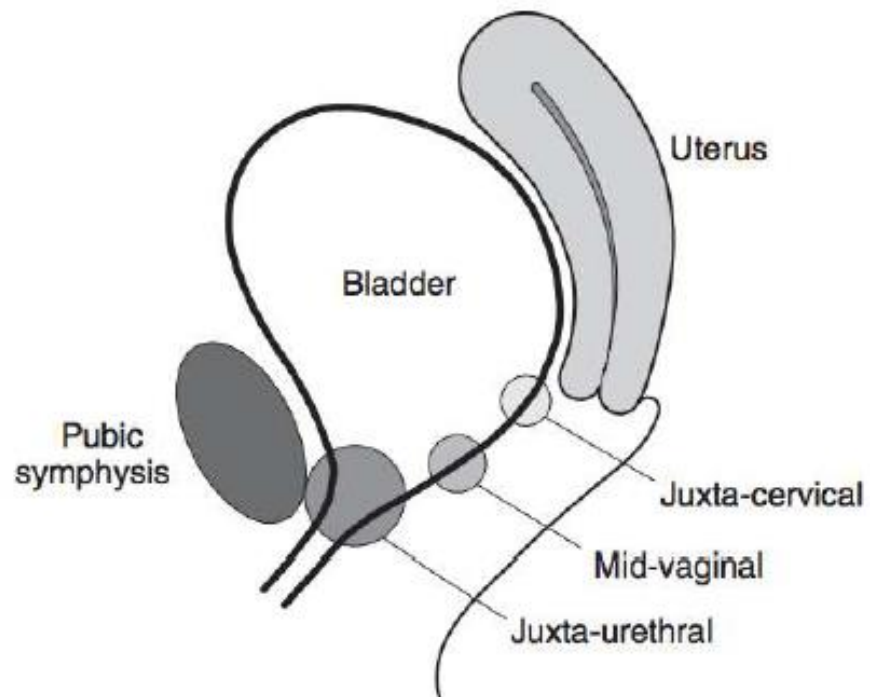


Figure 1.7 The various positions of ischaemic injury

Complexul de leziuni ce pot apare la o lipsă de progresie a travaliului

Leziune urologică	Fistula vezico-vaginală Fistula uretro-vaginală Fistula uretero-vaginală Fistule combinate Leziune uretrală ce include distrucția completă a uretrei Calculi vezicali Incontinența de stres Pierderea importantă de țesut vezical datorită necrozei determinată de presiunea extensivă Pielonefrita cronică Insuficiența renală
Leziune ginecologică	Pierderea uterului Amenoreea Stenoza vaginală Leziunea cervicală ce include distrucția completă a cervixului Infertilitatea secundară BIP secundară
Leziune gastro-intestinală	Fistula recto-vaginală Stenoza rectală sau atrezia rectală completă Incompetența sfincterului anal
Leziune musculo-scheletală	Osteita pubelui
Injuria neurologică	Leziuni ale nervului peroneal Complexul neuropatic ce determină disfuncție vezicală
Injuria dermatologică	Excoriația cronică a tegumentului datorită efectului de macerare dat de urină sau materii fecale
Injuria fetală	Rata fatalității cazului fetal de aprox 95%
Injuria socială	Izolarea socială Divorțul Malnutriția Depresia Moartea prematură

Diagnostic

Anamneza

- -Pierderi constante de urină, 24 de ore pe zi, indiferent în ce activitate s-ar putea angaja pacienta.
- - după travaliu și naștere sau imediat după un traumatismul pelvin (de exemplu, de la operație).

- Examenul fizic:
- - examinarea cu speculul vaginal (Sims) se face pentru a confirma că pierderile vaginale sunt de urină
- -la nivelul peretelui vaginal anterior sunt documentate localizarea și numărul fistulelor.



Testul celor 3 tampoane (Testul Gauze vaginal)

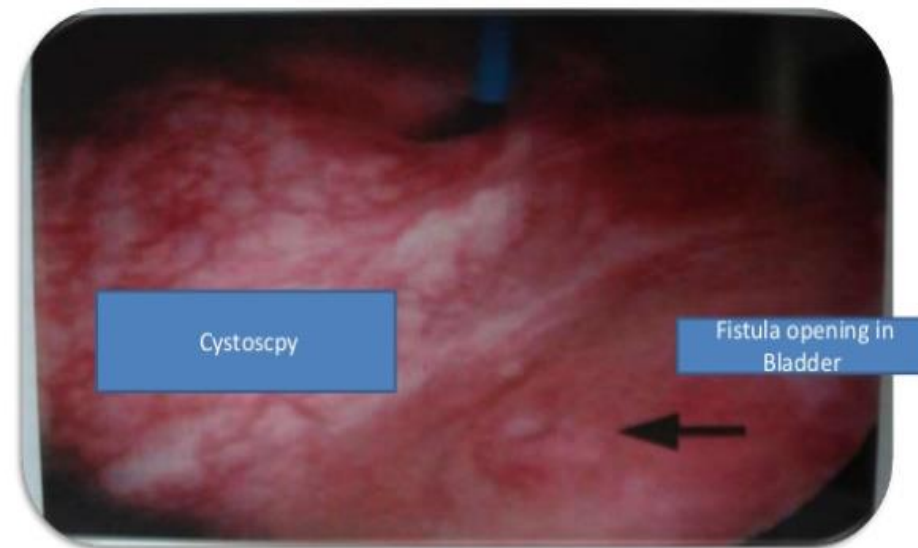
- Se plasează 3 tampoane, unul peste celălalt la nivelul vaginului.
- Vezica urinară se umple cu un agent colorat ca de exemplu albatru de metil printr-un cateter. Pacienta este apoi rugată să execute manevre de presiune și apoi se îndepărtează tampoanele după 10 minute



- Test complementar



Cistoscopie



Tratamentul

- Tratamentul conservator
- Tratamentul chirurgical
- Tratamentul non-chirurgical

Tratamentul conservator

- Indicații
 - Fistula simplă
 - < 1 cm în dimensiune
 - Fistulă diagnosticată în primele 7 zile de la apariție
- ❖ Drenarea continuă a vezicii urinare - pe cale transuretrală sau
- ❖ Cateter suprapubic până la 4-6 săptămâni
- ❖ Fistulele mici se pot rezolva spontan sau pot scădea în dimensiune.

Tratamentul non-chirurgical

- Electrocauterizare prin fulgurație
- Adeziv de fibrină
- Consiliere psiho-socială și reabilitare

Managementul chirurgical

- NU REPREZINTĂ O URGENȚĂ.



Regiune	Cale de abord
Fistula inferioară -uretrală -juxtauretrală	Vaginală
Circumferențială	Combinată abdomino- vaginală
Fistula vaginală medie	Transvaginală
Fistula vaginală înaltă -posthisterectomie -juxtacervicală	Abdominală sau vaginală