

Obiectivul 5. Îmbunătățirea sănătății materne

Mortalitatea maternă este unul din indicii cei mai sensibili și integri ai sănătății reproductive. Nivelul mortalității materne reflectă calitatea sistemului ocrotirii sănătății, accesul femeii la asistența medicală, corespunzătoare necesităților ei, evoluează riscul sarcinii și nașterii, sănătatea femeii și, prin extindere, statutul social și economic al femeii, dezvoltarea societății în ansamblu.

Anual în lume circa 200 mil. femei devin gravide, dintre care la 128,3 mil. sarcina se termină cu naștere. 86% din nașteri au loc în țările în curs dezvoltate, lor le revin 99% din decesele materne din lume.

Conform ultimilor estimări ale OMS, circa 585.000 femei decedează anual în legătură cu sarcina și nașterea. În majoritatea regiunilor Africii una din 10 femei decedează în urma complicațiilor sarcinii și nașterii, acest indice în țările dezvoltate fiind de 1 la 8000. Fiind puternic influențată de factorii economici, sociali, ecologici și de nivelul culturii generale a societății, mortalitatea maternă este cea mai mare în țările în curs de dezvoltare - 480, iar în țările dezvoltate prezintă în mediu 7-14, la 100000 nou-născuți vii.

Mortalitatea maternă în unele țări ale lumii

Tabelul 1

Țara	Rata mortalității materne	Riscul de deces - Ila:
Austria	10	1400
Burundi	1300	9
Canada	6	7700
Cehia	15	2900
Finlanda	11	4200
Ungaria	30	1500
Polonia	19	2200
Republica Moldova	60	580
România	130	340
Suedia	7	6000
Elvetia	6	8700
Uganda	1200	10
Rusia	75	620

Conform datelor OMS, anul 1996

Importanța problemei vizînd mortalitatea maternă ca indice al sănătății și al statutului femeii este confirmată prin includerea ei în programul diferitelor forumuri internaționale: Conferința de la Nairobi din 1987, întrîlnirea mondială pentru problemele copiilor în 1990,

Conferința mondială pentru problemele femeii din 1995, Conferința Internațională consacrată mortalității materne Aberdeen 2003 S.A.F.E. Scopul comun al acestor întruniri a fost scăderea nivelului mondial al mortalității materne cu $\frac{3}{4}$ de la începutul anului 2000 până în 2015 prin ridicarea nivelului și accesibilității îngrijirii antenatale, prin asigurarea planificării familiei ș.a

Definiția și cauzele esențiale ale mortalității materne

Conform definiției OMS, prin "Mortalitatea maternă" se înțelege decesul matern din timpul sarcinii, nașterii și 42 zile ale lăuziei, cauzate sau agravate de sarcină, dar neprovocat de diverse accidente (traume, omoruri, suicid, intoxicații sau procese maligne), estimat la 100000 nou-născuți vii.

Noțiunea de "Mortalitate maternă" include, la rândul său, coeficientul mortalității materne (CMM) și nivelul mortalității materne (NMM).

CMM exprimă numărul de decese ale femeilor timp de un an la 100000 nou-născuți vii și reprezintă estimarea riscului de deces al fiecărei nașteri, sau riscul obstetrical.

NMM este raportul dintre numărul de femei decedate din cauza sarcinii și nașterii către numărul de femei care sînt supuse riscului obstetrical. Riscul e cu atît mai mare cu cît mai multe sarcini a suportat femeia, prin cumularea factorilor de risc.

Nivelul natalității exprimă numărul de nașteri timp de un an la 1000 femei fertile. Micșorarea natalității, diminuînd într-o oarecare măsură numărul de nașteri cu risc crescut, nu influențează, totuși, considerabil coeficientul mortalității materne.

Mortalitatea maternă poate fi cauzată de risc diferit:

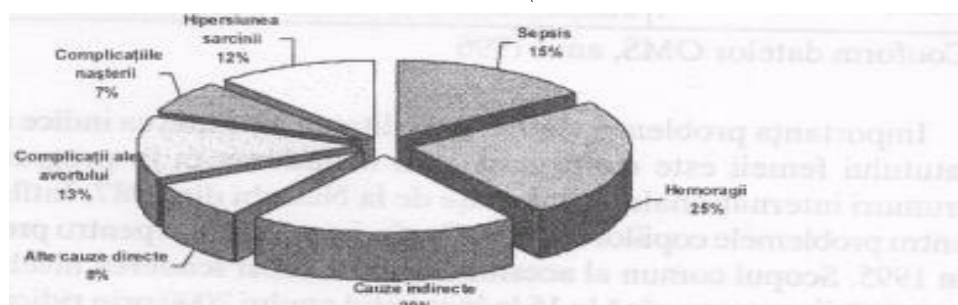
- Mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct, adică cea cauzată de complicații obstetricale ale sarcinii, nasterii sau lăuziei, prin intervenții, omisii sau tratament incorect.
- Mortalitatea maternă prin risc obstetrical indirect, adică cea care a survenit din cauza afecțiunilor preexistente sarcinii sau care s-au dezvoltat pe parcursul ei și au fost agravate de modificările sarcinii.

Cauzele directe ale mortalității materne sînt aceleași la nivel mondial: hemoragiile, sepsisul, eclampsia, complicațiile avortului, constituind circa 80%, acestea fiind repartizat în felul următor: hemoragiile - 25%, sepsisul - 15 %, complicații ale travaliului - 7%, eclampsia - 8%, complicațiile avortului - 13%.

Alte cauze directe, incluzînd sarcina ectopică, embolismul, accidentele anesteziei constituie circa 8% din decesele materne.

Cauzele indirecte ale mortalității materne, cum sînt anemia, afecțiunile cardiovasculare, hepatitele, diabetul condiționează 20% din decese.

Fig.1 Cauzele mortalității materne mondiale (World Health Statistics, Geneve,1996)



În opinia OMS, există trei direcții esențiale ale acțiunilor, orientate la scăderea mortalității materne:

- reducerea numărului de sarcini nedorite și cu risc major;
- reducerea numărului de complicații obstetricale;
- reducerea afecțiunilor extragenitale.
- Ameliorarea asistenței medicale

Procesele ce influențează nivelul mortalității materne în Republica Moldova la etapa actuală

Sănătatea populației este indispensabilă de evenimentele social-politice ce au loc în prezent în societatea noastră.

Înrăutățirea condițiilor de viață, a situației economice și ecologice au defavorizat și indicii de bază ai sănătății populației.

Astfel, natalitatea prezintă o dinamică negativă - de la 24,2 în 1990 pînă la 9,9 în 2002 la 1000 locuitori. Nivelul mortalității generale e în creștere -de la 9,7 la 11,6, sporul natural devenind astfel spre finele anului 2002 negativ - " -" 1,7.

Situația de criză din majoritatea ramurilor economiei naționale a generat prejudicii stării femeii în societate, acordării asistenței obstetricale - ginecologice.

Conform datelor statistice a 2002, din 2247053 femei (15,2% din populația totală) 49,4% sînt apte de muncă. 53,3% din ele nu sînt plasate în câmpul muncii.

Această situație favorizează dezvoltarea unor fenomene dezastruoase, cum ar fi șomajul, traficul cu femei, prostituția, alcoolismul, narcomania. La momentul actual violența în familie, victime ale căroră sînt femeile și copiii, capătă proporții impunătoare. Femeile sînt maltratate fizic, sexual și psihic, neavînd nici o posibilitate de a apela la organele de resort pentru a-si proteja drepturile.

Continuă folosirea muncii femeilor în sfetele de producție cu condiții nocive și periculoase pentru sănătatea reproductivă, determinate de eforturi fizice și psihice majore, temperaturi înalte sau extrem de scăzute. În majoritatea cazurilor, fiind angajate de către firme private, femeile nu pot beneficia de foi de boală, de concediu de maternitate.

Datele statistice demonstrează că 14,3 mii femei lucrează fiind lipsite de condițiile necesare sanitaro-igienice: 10,8 mii - în industrie, 2,6 mii în comerț și alimentația publică, 900 femei - în alte ramuri. Cu regret, continuă angajarea femeilor gravide în sfera prelucrării tutunului în detrimentul sănătății personale și viitorului copil.

Pe fondul situației economice defavorizate e în scădere fertilitatea. Astfel, 52% din femei fiind de vîrstă reproductivă, fertilitatea constituie în prezent 1,5 per femeie/fată (îndicele necesar pentru menținerea reproducerii simple a populației fiind de 2,14-2,15).

Nivelul mortalității materne în Republica Moldova este influențat și de un șir de probleme medico-sociale, cum sînt șomajul, morbiditatea femeilor, avorturile etc.

În prezent femeia nu întîmpină obstacole pentru a întrerupe sarcina. Astfel, la 100 copii, născuți vii, se efectuează 50,0 avorturi, la 1000 femei de vîrstă

reproductivă sarcina o întrerup 24-25 femei, se înregistrează avorturi la minori pînă la 15 ani (0,15%), de la 15 la 19 ani (10%). În ultimii 10 ani, din cauza complicațiilor toxico-infecțioase ale avortului (posibil și criminale), au decedat 12 femei, ceea ce constituie 32,2% din toate decesele materne. Este o cifră impunătoare care demonstrează existența încă a multor rezerve în sistemul planingului familial din republică.

Rămîne înaltă morbiditatea femeilor determinată de afecțiunile sexual-transmisibile. Astfel, din numărul total al bolnavilor de sifilis 3511 (52,3%) sînt femei, din ele 85,2% sînt de vîrstă reproductivă.

Din 1639 persoane infectate cu HIV/SIDA 441 (36,9%) sînt femei, 33 (8,04%) sînt adolescenți. Din 36 persoane decedate 19 au fost femei. 42 femei au născut, copii fiind infectate de HIV/SIDA.

E foarte îngrijorătoare problema creșterii de 1,4 ori a morbidității de tuberculoză. Din numărul total de bolnavi de tuberculoză (2545) - 799 (31,4%) sînt femei, dintre ele - 67,7% de vîrstă fertilă.

Crește morbiditatea de cancer, inclusiv al organelor genitale: 13,9 al colului uterin, 9,9 al uterului; 5,5 al ovarelor la 100000 femei. Cancerul colului uterin la femeile de vîrstă reproductivă constituie 52,4 la 100000 femei în 1998, al glandei mamare - se situează pe primul loc în mortalitatea de cancer la femei (19-25%),

Această situație este inadmisibilă dat fiind faptul vizualizării lesne al acestor organe de către medici și posibilității reale de depistare a acestor afecțiuni în stadii precoce cu șanse reale de terapie eficace.

17,5% din bolnavii de alcoolism depistați sunt femei.

52,9 la 100000 de femei suferă de salpingite (față de 40,2 în 1995), e destul de înalt nivelul sterilității la femei - 10,7 la 100000 populație.

Complicațiile legate de sarcină, naștere și perioada postpartum s-au majorat de 1,3 ori, 62,1% femei gravide suferă de afecțiuni extragenitale, acest fapt determinînd și nivelul înalt de morbiditate a nou-născuților - 389,5 la 1000. 4,8% de copii se nasc prematuri, 20,5% din mortalitatea perinatală o constituie nou-născuții cu diverse anomalii de dezvoltare, 48,3% din copii suferă de malnutriție și retard în dezvoltare.

Din cauza alimentării subnormale 62,1% femei gravide suferă de anemii.

Dezastrul economic a redus accesul femeii la asistența medicală calificată și specializată. 53,3% din populația țării locuiește în localitățile rurale. Din lipsa de transport, comunicare telefonică și carburanți, supravegherea sarcinii e deseori asigurată doar de moasă, sau medicul de familie. Din aceleași motive 2,1-2,3% de femei nasc la domiciliu sau în transport de ocazie.

Mortalitatea maternă în Republica Moldova în anii 1990-2002

Călăuzindu-se de harta OMS referitor la îmbunătățirea asistenței medicale a mamei și copilului și diminuarea mortalității materne, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a lansat Programul de fortificare a asistenței medicale perinatale în Moldova pe anii 1990-2002, care are următoarele obiective:

- 1.Reducerea mortalității perinatale de la 15,2 la 12,0 la 1000 către finele anului 2003.
2. Reducerea mortalității materne de la 40,2 în 1996 la 100000 nou-născuți vii la 20,0 către anul 2003,
3. Constituirea unui sistem regionalist de asistență medicală neonatală.
4. Implementarea tehnologiilor de către OMS cost- efective la toate nivelurile asistenței medicale pe veriga.

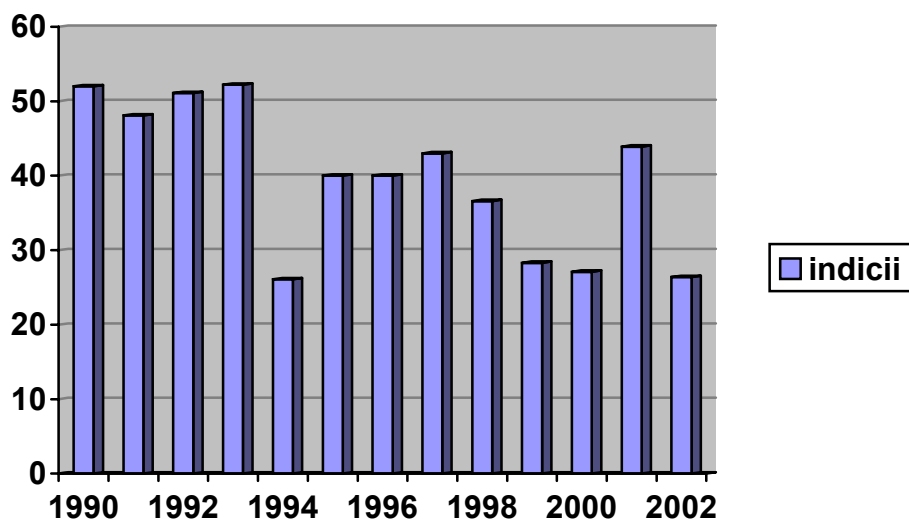


Fig.2 Mortalitatea maternă în Republica Moldova 1990-2002

Datele prezentate în diagramă relatează că indicii mortalității materne sunt în jurul cifrei de 40 cu variații diferite pe tot parcursul perioadei de examinare. Sumând cifrele mortalității materne pe parcursul a cincinalelor putem constata că se evidențiază o tendință de micșorare a mortalității materne.

1990-1994		1995-1999		2000-2002	
%	Nr.de cazuri	%	Nr.de cazuri	%	Nr.de cazuri
45,4	159	38,0	96	32,8	36

Luân în considerație că natalitatea scade, și numărul nașterilor sa micșorat de trei ori comparativ cu perioada exsovietică, câteva cazuri de mortalitate maternă pot prezenta indici înalți ai mortalității materne.

Este deficil de stabilit structura mortalității materne din cauza numărului mic de cazuri, deaceea pentru stabilirea dinamicii și tendințelor variației mortalității materne noi am sumat cifrele mortalității materne pe parcursul anilor 1990-2002.

După cum se știe, în statistica internațională ca și în cea din țara noastră se iau în considerație numai decesele materne prin cauze obstetricale directe, deci decesele prin complicațiile sarcinii, nașterii și lăuziei.

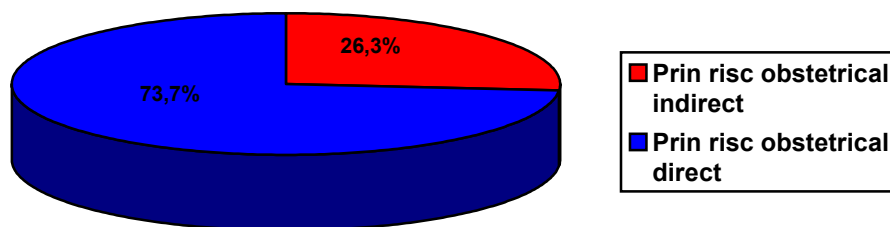
Există însă o categorie de așa numite decese materne prin risc obstetrical indirect, decese care rezultă dintr-o boală preexistentă sau dintr-o afecțiune apărută în cursul

sarcinii, fără ca ea să fie datorită cauzelor obstetricale directe, dar care a fost agravată prin efectele fiziologice ale sarcinii.

Putem constata că analiza acestor indici ne demonstrează că mortalitatea maternă cauzată de factori obstetricali direct constituie 73,7% iar mortalitatea maternă cauzată de alți factori constituie 26,3%.

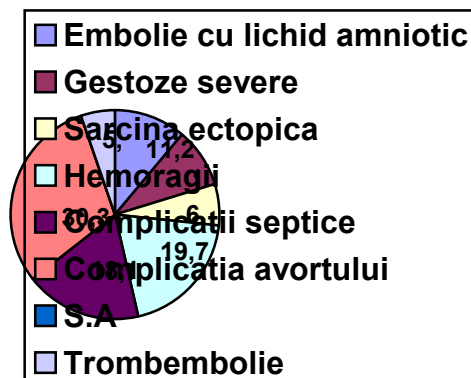
Planificând corect și judicios o sarcină la o femeie cu patologie extragenitală am putea micșora mortalitatea maternă cu o treime din cazuri.

Mortalitatea maternă prin risc obstetrical direct și indirect în perioada anilor 1990-2002



Analiza minuțioasă a tuturor cazurilor în cadrul comisiei Ministeriale cu implicarea tuturor specialiștilor a constatat că în 50% din cazuri mortalitatea maternă este evitabilă, 43% cazuri condițional evitabilă și numai în 7% cazuri moartea a fost inevitabilă din cauza survenirii complicațiilor severe imprevizibile și incurabile.

Analizând structura mortalității materne prin risc obstetrical direct pe parcursul acestei perioade, putem constata, că ponderea în acest indice aparține mortalității materne cauzate de complicațiile avortului.



Cu toate că în ultimii ani se constată o scădere a acestor complicații cauzate de avort, perfecționarea acestei proceduri lasă mult de dorit. Nu este rezolvată pe deplin accesibilitatea femeii față de această procedură.

În unele momente s-a constatat, că lipsa posibilităților materiale a femeii gravide o impune să se adreseze la întreruperea sarcinii clandestin. Ca și în structura mortalității materne mondiale un loc important aparține sindromul hemoragic, constituind 19,7% în structura generală. Se constată o creștere a mortalității materne prin infecție puerperală constituind 18,1% și aflându-se pe locul III.

S-a schimbat radical benefic în ultimii trei ani indicele mortalității materne cauzat de sarcină ectopică, constituind 1,2% față de 6,4%. Decesele produse în timpul sarcinii sau datorat toxemiei în 9% din cazuri. Intervențiile chirurgicale la pacientele decedate au constituit la 31,8% iar în unele cazuri efectuau operațiunea cezariană neargumentat.

Decesele prin risc obstetrical după vârsta sarcinii luate în evidență a constatat că în 32% cazuri gravidele nu au fost luate la evidență, în 35% cazuri - luate la evidență după săptămâna a 14-a și 33% cazuri – luate la evidență la timp.

Marea majoritate a deceselor sau produs în unitățile sanitare și 25,7% decedatele nu s-au adresat după asistența medicală și decesele sau produs . Motivele neinternării decedatelor în unitățile sanitare au fost:

- neglijența femeii sau a familiei;
- evoluția rapidă spre deces;
- refuzul femeii de a fi internată;
- lipsa posibilităților materiale.

Repartizarea decedatelor după locul de deces în unitatea sanitară este următoarea:

- în spitalele raionale – 37,2%
- în instituțiile republicane – 27,8%
- în alte instituții sanitare din țară și de peste hotarele ei – 9,3%

Ponderea decedatelor după locul de trai în 58,3% constituie femeile de la sate, 25% din centrele raionale și 16,7% din orașele republicii.

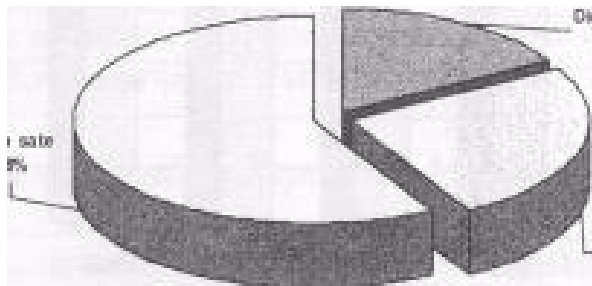


Fig.4 Repartizarea mortalității materne după locul de trai

Concluzia e că accesibilitatea la asistență medicală la sate, precum și cultura sanitară sînt mult sub nivelul dorit. Totodată, restructurările ce au loc în republică și în special în ocrotirea sănătății si vor micșora mai mult accesibilitatea

ia asistență medicală, dat fiind faptul că s-a introdus asistența medicală contra plată, iar sărăcia care crește vertiginos nu va da posibilitate majorității populației de a se deplasa spre centrele specializate și de a procura medicamentele necesare pentru tratamentul ambulator. Regionalizarea asistenței medicale perinatale și internarea gravidei cu patologii, conform nivelurilor de referință a maternităților, a dus la stabilizarea și îmbunătățirea indicilor asistenței medicale. Restructurările teritorial-administrative în republică cu trecerea din nou la raioane a avea un impact negativ, deoarece toate spitalele județene au fost aprovizionate cu echipament necesar și concentrarea patologiei a fost bine determinată și regionalizată în cadrul programului de perinatologie. Spitalele raionale astăzi sunt lipsite de posibilități de investigație și tratament la nivelul necesar.

Ponderea deceselor materne este dată de femeile din grupele de vârstă 25-29 ani, constituind 44,5% și celelalte 2/3 în jurul acestor grupe de vârste 30-35 - 27,2%, 20-24 - 18,3%.

Câteva exemple de deces matern prin risc obstetrical indirect și direct:

1. Pacienta D. în vârstă de 20 de ani, domiciliată în jud. Chișinău, s. Pîrîta. A decedat pe data de 25.02.1999 în ÎCSOSMSiC.

D-ful clinic. De bază: necroza hepatică acută distrofică. Hepatită acută.

Complicații: Insuficiența hepatică acută. Insuficiența renală acută. Sindromul CID. Hemoragie gastrică acută perdiapedeză. Anemie de gr. III encefalopatie toxică. Comă hepatică gr. III. Insuficiență cardio-vasculară. Edem pulmonar. Insuficiență respiratorie gr. III. Pareză intestinală.

Concomitent: sarcină de 32-33 săptămîni Nașterea I prematură. Perioada de lăuzie a 4 zi. Perineotomie.

D-ful morfopatologic: boală principală: combinată din 2 maladii asociate.

1. Hepatită cronică holestatică în acutizare, icter mixt, hiterplazie reticulară a splinei.
2. Endometrită septică purulentă puerperată.

Complicațiile: septicemie formă septicemică. Miocardită, pneumonite și hepatită interstițială. vasculite (arterite, venulite, capilarite) în miocard, plămîni, ficat, uter. Glomerulită intracapilară.

Complicații comune: (pentru ambele boli): Sindromul hepato-renal: necrobioză și necroză colicvatică diseminată a hepatocitelor și epitelului tubular renal. Sindromul CID. Hemoragie în focar în organele interne. Hemoragie profuză gastro-intestinală. Anemie posthemoragică. Necroze în focar în pancreas și suprarenale. Ezotagită erozivă acută. Pneumonie hipostatică generalizată. Hidroptizia cavităților seroase.

Boli și stări concomitente: Perioada de lăuzie a 4 zi. Stenoză congenitală relativă a orificiilor valvulare ale cordului. Hipertrofia miocardului.

2. Pacienta M., în vârstă de 37 de ani, domiciliată în s. Căzănești, sectorul Telenești, județul Orhei. A decedat pe data de 24.05.1999 în spitalul de circumscripție Căzănești, sectorul Telenesti, jud. Orhei.

D-cul clinic: sarcină de 39.40 de săptămîni, nașterea VII la termen, graviditatea VIII AOC (cicatrice pe uter după operație cezartană în 1991). Ruptură de uter. Placenta previa. Moartea antenatală a fătului. Șoc hemoragic decompensat.

D-cul anatomo-patologic. De bază: ruptura incompletă a uterului pe cicatrice postoperatorie. Placenta previa cu înserarea marginală în zona cicatricei.

Complicații: hemoragie masivă externă și internă (în parametru). Anemie posthemoragică, șoc posthemoragic acut. Sindromul CID.

Boli și stări concomitente: sarcina VIII, nașterea VII la termen de 39-40 de săptămîni. Moartea antenatală a fătului. Laparatomie-histerectomie subtotală a uterului. Cazul dat se consideră evitabil.

3. Pacienta B, în vîrsta de 25 de ani, domiciliată în or. Chișinău, str. Mircești 22/1, ap. 19. A decedat la 01.10.1999 în Maternitatea nr.2 din or. Chișinău.

D-cul clinic: sarcină de 40 de săptămîni. Nașterea I la termen. Miopie forte cu schimbări pe fundul ochiului, cu progresie pe parcursul sarcinii. Hemoragie hipotonica în perioada postoperatorie precoce. Sindromul CID, șoc posthemoragic. Operație cezariană. Relaparatomie, histerectomie subtotală, rrelaparatomie.

D-cul anatomo-patologic:

Boală principală: embolia venoasă cu tichid amniotic la termen de sarcină de 39 de săptămîni. Nașterea I.

Complicații. șoc anafilactic, sindromul CID, hemoragie persistentă în perioada postoperatorie precoce. Laparatomii repetate cu amputarea supravaginală a uterului fără anexe, hemostaza plăgii, edem pulmonar și cerebral.

Boli concomitente; miopie grad forte (clinic). Bazin anatomic strîmt de gr.I. Cazul dat se consideră inevitabil.

Concluzii

Analizînd mortalitatea maternă pe parcursul anilor 1990-2002 s-a constatat o dinamică de scădere a nivelului de decesuri materne.

Micșorarea mortalității materne se datorează implementării "Programului național de ameliorare a asistenței medicale perinatale în anii 1997-2002", ameliorării serviciului de planificare familială, sporirii responsabilității față de conduita sarcinii din partea obstetricienilor-ginecologilor și a femeii față de propria sănătate și soarta propriului copil.

Activitatea Ministerului Sănătății, catedrelor obstetrică și ginecologie ale USMF "N.Testemițanu", a ICSOSMșiC, a contribuit la ridicarea profesionismului medicilor obstetricieni - ginecologi la înlăturarea unui șir impunător de lacune organizatorice și profesionale în acordarea asistenței medicale mamei și copilului.

Problema de bază, cu care se confruntă azi sistemul ocrotirii sănătății mamei și copilului continuă să rămînă avorturile, în special cele criminale, ele deținînd primul loc în structura mortalității materne. în acest sens e necesar de a acorda o atenție și mai mare sistemului de planing familial, în special în regiunile rurale, de a mări accesibilitatea femeii la întreprerea sarcinii în instituțiile specializate pentru excluderea intervențiilor criminale.

Înzestrarea instituțiilor medicale cu medicamente, aparataj, echipament, combustibil pentru transport, îndeosebi în sectorul rural, este nesatisfăcătoare, aceasta fiind cauza deficiențelor în acordarea asistenței de urgență. Tot în acest aspect e necesară redresarea urgentă a stării serviciului de colectare a sîngelui pentru acoperirea necesităților maternităților în plasmă proaspăt cangelată și alte preparate sangvine.

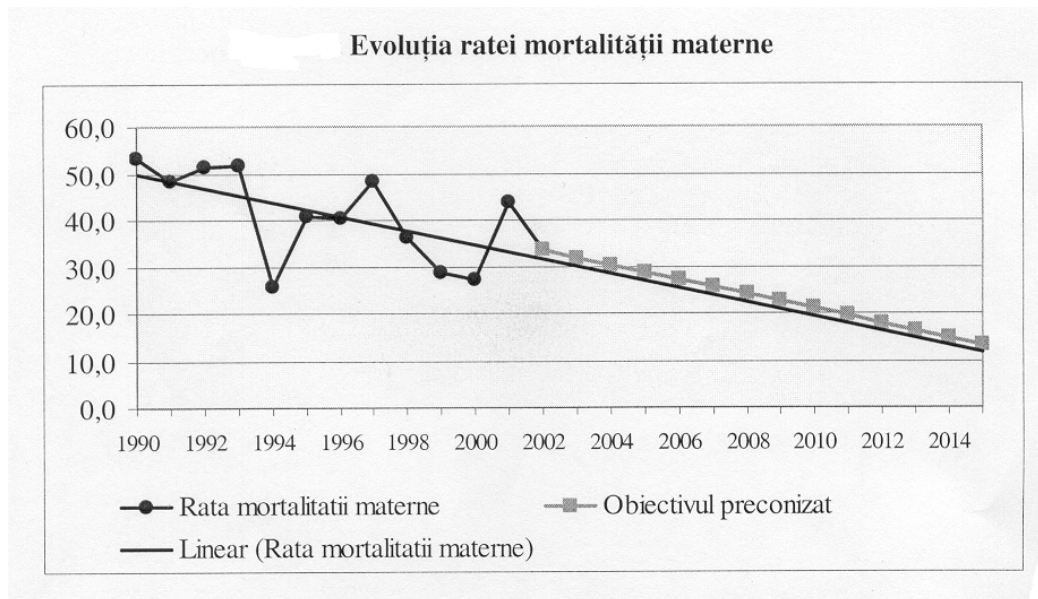
Rămîne la un nivel insuficient depistarea precoce și conduită maladiilor extragenitale în sarcină. În urma izolării consultațiilor de femei de maternități și anulării lor suferă mult calitatea serviciului medical de ambulator. Ca rezultat, maternitățile s-au transformat în secții chirurgicale, de urgență, unde gravidele, fără a fi examinate și tratate preventiv, nimeresc direct pe masa de operație.

E necesar de a lărgi sistemul de spitalizare a gravidelor în staționare republicii în mod planic în secțiile patologiei obstetricale, conform criteriilor de referință a maternităților.

Mărirea accesibilității femeilor gravide la asistența medicală specializată în prezent e indispensabilă de excluderea oricăror forme de asistență medicală gravidelor "contra plată", de dreptul parturientelor de a-si alege medicul.

În urma analizei efectuate se poate conchide că mortalitatea maternă poate fi prevenită în circa 50% din cazurile examinate, eficacitatea maximă putînd fi obținută în condițiile rezolvării problemelor stringente ale asistenței obstetricale-ginecologice.

Perspectivile realizării pot fi evaluate analizînd evoluția ratei mortalității materne. Extrapolînd tendința anilor 1990-2000 pentru următorii 15 ani se observă, că probabilitatea realizării acestuia este destul de mare.



Notă: Obiectivul preconizat reprezintă reducerea cu $\frac{3}{4}$ între anii 1990-2015 a ratei mortalității materne.

Măsuri antepartum

- Depistarea precoce a femeii gravide (optim în săptămânile a 8-10-a de sarcină);

- Asigurarea unui nivel mediu al consultațiilor prenatale prin bilanț general al stării de sănătate (cord, pulmon, rinichi etc.)
- Folosirea consultului medical în caz de boli preexistente sarcinii, cu îngrijire adecvată a oricărei afecțiuni oricât de benignă ar părea;
- Folosirea judicioasă a medicamentelor în sarcină sub control medical strict;
- Folosirea judicioasă a instrucțiunilor privind avortul terapeutic;
- Asigurarea ritmicității consultațiilor prenatale (6-8 consultații medicale în sarcina fiziologică);
- Gravida cu risc crescut va fi obligatoriu dispensarizată de către medicul ginecolog-obstetrician;
- Colaborarea strânsă a medicului de familie cu consultantul centrului medicilor de familie și staționarul obstetrical ;
- Spitalizarea fără nici o omisiune. Gravidele cu probleme medico-sociale în maternitățile județene sau clinici universitare și cu risc crescut prin teren matern patologic.

Măsuri intrapartum

- Supravegherea evoluției nașterii de către medic;
- A organiza conducerea nașterii cu risc crescut de către medicul ginecolog-obstetrician de calificare înaltă;
- Conduita activă în nașterea normală și patologică: analgezie și anestezie obstetricală;
- Respectarea tehnicii aseptice și a circuitelor funcționale;
- Declanșarea contracțiilor uterine cu golirea uterului în caz de membrane rupte prematur sau precoce;
- A organiza prevenirea sindromului hemoragic (principala cauză de deces), asigurându-se cateterizarea uneia sau a două vene, compensarea pierderilor volemeice cu soluții macromoleculare sau sânge, măsurarea diurezei, a presiunii venoase centrale, element esențial în urmărirea reechilibrării funcționale; corectarea acidozei, tratarea deficitului de coagulare, chirurgia de hemostază inclusiv histerectomia care își găsește încă indicații;
- Tehnica obstetricală și chirurgicală corectă;
- Conduita atentă de recunoaștere a rupturilor uterine incomplete, în timp util pentru tratament.

Măsuri postpartum

- Supravegherea zilnică a lăuzei în primele 21 de zile, cu îngrijiri adecvate generale și locale;
- Controlul femeii lăuze cel puțin o dată pe săptămână, la domiciliu, timp de 42 de zile ;
- Patologia puerperală gravă se va rezolva numai de către specialist cu spitalizarea obligatorie și tratament gratuit.

Incheiere

Trecerea treptată spre o economie de piață impune necesitatea elaborării unei noi strategii, ce ține de reorganizarea întregului sistem al ocrotirii sănătății, pentru a garanta populației asistența medicală minimală, indiferent de veniturile și starea socială.

Pentru ameliorarea stării sănătății femeii este necesar de a rezolva multiple probleme, ce au apărut în perioada de tranziție:

— finanțarea adecvată a ramurii ocrotirii sănătății, în special asistența medicală mamei și copilului, conform Legii privind minimumul de asistență medicală gratuită, garantată de stat din 03.02,1999 nr.267-XIV;

— mărirea accesibilității femeilor la toate serviciile medicale, inclusiv planificarea familiei și utilizarea anticoncepționalelor, mărirea accesibilității la informația referitoare la starea sănătății proprii;

— lichidarea oricărei forme de violență asupra femeii, șornajului, excluderea discriminării față de femeie, inclusiv în salarizare, participarea activă a femeii în soluționarea problemelor sociale.