

## MORTALITATEA MATERNĂ ÎN CONTEXTUL SOCIAL CONTEMPORAN

PETRA ȘTEFAN

La ora actuală, mortalitatea maternă este una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică.

În decursul timpurilor, societatea în ansamblul ei a evoluat foarte mult și mai ales în ultimul secol. Cunoștințele medicale, ca și tehnologia medicală, au cunoscut o perfecționare, o evoluție continuă, îmbogățindu-și și diversificându-și enorm paleta, disponibilitățile și posibilitățile de tratament. Mai multe aspecte de sănătate, care într-un trecut nu prea îndepărtat nu-și găseau soluția, acum pot fi tratate, astfel încât putem constata nu numai ameliorarea, dar în multe cazuri chiar vindecarea totală. De asemenea, multe cauze de boală, necunoscute ori fără leac în trecut, azi pot fi depistate, prevenite, evitate.

Totuși, mortalitatea maternă, cu multiplele sale implicații, cu o cauzalitate multiplă, reprezintă o problemă complexă, deosebit de dificil de soluționat, în sensul reducerii ei.

Pe o perioadă mai lungă – 1788-1990 – se vorbește, în literatura de specialitate, de „declinul” ori „criza mortalității”. Expresia, insolită la prima vedere, exprimă de fapt realitatea fundamentală a sănătății publice din întreaga lume, și anume, reducerea drastică, spectaculoasă a mortalității de diverse etiologii. Acest declin al mortalității este mai evident după 1880, când începe să scadă mai accentuat mortalitatea infantilă, apoi după 1940, datorită descoperirii și utilizării antibioticelor și apoi după anii '70, prin creșterea accentuată a nivelului de trai, mai ales în Occident (18, 1998, art. 37). Mortalitatea infantilă scade foarte mult, dar cea maternă, în pofida unei scăderi, continuă să rămână mare.

Condițiile de mai sus au dus la o îmbunătățire radicală a stării generale de sănătate a populației și la creșterea spectaculoasă a speranței medii de viață. Dacă în comuna primitivă, ori în țări slab dezvoltate din Africa aceasta nu trece de 40 de ani, ea a crescut în prezent la 60-70 de ani în medie, unele țări depășind chiar pragul celor 70 de ani. Pentru România avem o speranță medie de viață de 65,88 ani, cu o anume diminuare în perioada de după 1989 (66,83 ani în perioada 1981-83 și 66,51 ani în 1989). Demn de amintit este faptul că, pe de o parte, femeile au o speranță medie de viață mai mare chiar cu 2-3 ani decât bărbații, iar pe de altă parte există o relație, mediată, indirectă, dar certă între nivelul de dezvoltare economico-socială al unei țări, nivelul de trai al populației, starea serviciilor de sănătate și speranța medie de viață.

Industrializarea, urbanizarea, progresul tehnic duc la creșterea veniturilor, la creșterea gradului de sănătate a populației și deci la scăderea mortalității (11, p. 56).

Acest progres economic și social este însă departe de a fi uniform per întreaga lume. Există diferențe enorme între țările dezvoltate și cele slab dezvoltate, între urban și rural, între diferitele regiuni ale aceleiași țări, atât pentru Africa, cât și pentru Anglia! Astfel, Zambia (Africa), care are cea mai mare mortalitate maternă din lume, în medie 1238 decese materne/100.000 nașteri vii, prezintă variații regionale între 764 și 1549 (18, 1998, art. 112); în Pakistan (Asia), media este de 433, cu diferențe între 281 și 673: în Anglia (Europa) (!), media este de 11,3, dar în Oxford este de 4,38, pe când în Tamisa de 18,64 (20, p. 109), iar pentru România – 1997, media este de 0,41/1.000 nașteri vii (41 la 100.000 de nașteri vii), cu variații între 0,16 – jud. Botoșani, 0,48 – jud. Cluj, 0,86 – jud. Dâmbovița (1, p. 59). Pe ansamblul globului, dacă pentru Canada avem o rată a mortalității materne de 2,6/100.000 nașteri vii, 5,1 – Hong Kong, 5,7 – SUA, 7,2 – Anglia, 10 – Olanda, atunci pentru Mexic ea este de 181,7, Turcia – 200, India – 230, Indonezia – 757,5 (cea mai mare din Asia de S-E), Guineea-Bissau – 914 etc. (18, art. 9, 13, 241, 26, 85, 192, 108, 177, 189, 207 – 1995-1998).

În medie, în țările dezvoltate, mortalitatea maternă este de aproximativ 13 decese materne la 100.000 nașteri vii, în timp ce în țările slab dezvoltate aceasta este de 1050, adică un deces matern la 100 nașteri vii (16, p. 3).

Dacă țările dezvoltate au venituri mari pe cap de locuitor și un sistem de sănătate bine pus la punct de decenii, țările slab dezvoltate se confruntă cu numeroase probleme: insuficiența resurselor, lipsa cadrelor calificate, a spitalelor, a drumurilor de acces, dar și prevalența metodelor tradiționale și lipsa cunoștințelor elementare de igienă și îngrijire, mai ales în perioada gravidității. Dar probleme de îngrijire „substandard” au atât numeroase țări din Africa, cât și Franța (18, 1995, art. 234), a cărei rată mai mare a mortalității materne s-ar explica tocmai prin deficiențe ale sistemului sanitar.

Pe de altă parte, țările în curs de dezvoltare se confruntă cu o creștere rapidă a populației, deseori peste nivelul creșterii economice, o fertilitate mai mare, un număr mai mare de copii raportat la numărul de femei fertile, o proporție mare a populației tinere, sub 15 ani.

O condiție importantă a stării de sănătate a populație la un moment dat, este, pe lângă cadrul medical mai mult sau mai puțin adecvat și condițiile socio-economice proprii, și statutul social al femeii la momentul respectiv. Mai clar, ne referim la discriminările la care este supusă femeia, în diferite grade, sub forme diferite de manifestare, dar practic pe tot globul și în toate timpurile.

Așa cum se specifică în „Raportul OMS asupra sănătății lumii – 1995”, sănătatea femeii depinde atât de insuficiența resurselor, de lacune ale infrastructurii, de căi de acces dificile, cât și de condiția socio-economică inferioară a femeii, nivelul limitat de decizie și instrucție, de incapacitatea de utilizare corectă a serviciilor de maternitate. „Decesele premature ale mamelor sunt asociate unei condiții umane inferioare, ca și consecințe ale caracteristicilor sociale, culturale și economice ale țărilor” (15, p. 37). Sau, mai departe: „Discriminarea împotriva femeilor se manifestă în tot cursul existenței lor”, prin absența instrucției, discriminarea și dependența lor economică, acces limitat la educație, formare

profesională și loc de muncă, ca și lipsa accesului la metodele de regularizare a fecundității, femeile fiind mai expuse la violențe (domestice și viol) și, în plus, au probleme privind sănătatea lor genetică, anxietatea, disfuncții sexuale (15, p. 151).

În vederea promovării sănătății femeii se propune un program ce cuprinde: prevenția SIDA și a bolilor cu transmitere sexuală, a mutilării genitale a femeii, lupta împotriva avorturilor, ca și un program de „maternitate fără risc”, pentru reducerea mortalității materne și neonatale (15, p. 56). Acest program, început inițial în 10 țări, are ca scop mobilizarea comunității din punct de vedere profesional, îngrijirea la naștere a mamei și a copilului, îngrijiri obstetrice accesibile populației, creșterea accesului femeilor la luarea de decizii și creșterea gradului lor de responsabilitate (18, 1998, art. 7).

Păreră unanimă este că, dacă mortalitatea infantilă a scăzut radical, atunci reducerea mortalității materne a rămas mult în urma cerințelor, la un nivel inacceptabil de înalt (inclusiv în SUA) (18, 1997, art. 89). Altfel spus, „reproducerea se desfășoară încă adesea defectuos, cu un procent mare de dependenți și deficienți, care agravează serios sarcinile societății și se repercutează asupra echilibrului demografic al colectivității” (19, p. 7).

În acest context se poate vorbi cu deplin temei de o anume „sănătate a reproducerii”, definită drept o „stare complet satisfăcătoare din punct de vedere fizic, psihic și social, în privința tuturor aspectelor legate de sistemul reproductiv, cu funcțiile și problemele sale” (3, cap. VII). Sănătatea reproducerii, ce înglobează și sănătatea sexuală, implică, printre altele și „dreptul de a lua decizii în legătură cu reproducerea, fără discriminări, constrângeri și violență, de a atinge cele mai înalte standarde de sănătate reproductivă și sexuală” (3, p. 13).

În România, „sănătatea reproducerii continuă să se afle mult sub nivelul acceptat în Europa, iar în lipsa unor progrese în domeniu, sănătatea reproducerii are un efect profund negativ asupra sănătății generale, bunăstării și dezvoltării populației” (14, p. 2), fapt ce duce la una dintre cele mai înalte rate ale mortalității materne din Europa și la necesitatea unor măsuri corespunzătoare în vederea reducerii acesteia.

Pe plan demografic, reproducerea se manifestă prin fertilitate, natalitate și comportament demografic. Aceasta reflectă condițiile social-economice existente la un moment dat în cadrul societății, îmbinând în același timp factori biologici, psihologici și sociali. „Fenomenul biologic reprezentat de naștere are la bază și un element de psihologie, care se manifestă în dorința de a avea copii sau acceptarea unei gravidități apărută întâmplător” (11, p. 23). Dar această acceptare sau dorință a gravidității se face în anumite condiții sociale, perioadele de avânt economic și social fiindu-le, evident, propice. „Modul de comportament demografic al indivizilor și familiilor se schimbă și constituie un răspuns la condițiile mediului social” (11, p. 39), el fiind „un mozaic de influențe directe și indirecte” (11, p. 29).

În mod tradițional, și chiar și astăzi în țările în curs de dezvoltare, avem un model bazat pe un nivel ridicat de fertilitate și mortalitate, în care rata mare a fertilității, deci a nașterilor, trebuie să compenseze nivelul ridicat al mortalității, inclusiv al deceselor materne, pentru a asigura supraviețuirea populației. În prezent

asistăm la schimbarea comportamentului demografic al populației, la reducerea fertilității, la un model avansat de planificare familială, bazat pe controlul nașterilor și eliminarea sau reducerea gravidității nedorite și trecerea tot mai accentuată spre un model de societate în care avem atât o fertilitate, cât și o mortalitate redusă (11, p. 62). Deci, mortalitatea maternă va fi drastic diminuată, la niveluri incredibile față de trecut. Vezi, de exemplu, China, unde mortalitatea maternă s-a redus, în doar câțiva ani, de la 265,3 la 43,67 decese materne/100.000 nașteri vii (18, 1995, art. 236), ori chiar România, cu o reducere categorică, de la 169 decese materne în 1989, la 41/100.000 nașteri vii în 1997 (1, p.59).

Mortalitatea maternă este un indicator complex, legat de „mortinatalitate”, în cadrul căruia „evoluția mortalității depinde în mai mare măsură de acțiunile medicale, în timp ce variațiile fertilității reflectă mai prompt condițiile economice și culturale” (11, p. 75). Deci, avem un complex de factori atât medicali cât și socio-economici, ce nu pot fi tratați separat, ci într-o unitate *multidisciplinară* (18, 1997, art. 107).

Așa cum am mai arătat, accentul – atât în practica, cât și în statistica medicală – s-a pus pe „mortalitatea infantilă” și nu pe „mortalitatea maternă”. Din această cauză, indicatorul „mortalitatea maternă” nu este prea cunoscut, el lipsind adeseori din statistici (vezi de exemplu 10, p. 25).

Pe de altă parte, nici în domeniul teoriei indicatorul *mortalitatea maternă* nu este prea clar definit și delimitat, existând în acest domeniu numeroase imprecizii și variații. De fapt, este vorba de „rata mortalității materne”, care se calculează prin raportarea numărului de decese materne la numărul nașterilor x1000 (9, p. 397). Doar că, în acest mod de calcul aparent simplu, se impun o serie întreagă de precizări:

a. La numărul nașterilor se iau în considerare nașterile vii, înregistrate în cursul unui an. Dar la aceasta se adaugă și un număr de nașteri premature și chiar „stillborn” (feți morți între săptămâna 24-40 de graviditate, sau, altfel spus: nașterea copilului care nu dă semne de viață (respirație, bătăi de inimă) de la săptămâna 24 de gestație, decesul înainte de acest termen este clasificat ca avort) (9, p. 396-397). De obicei se raportează mortalitatea maternă la „100.000 născuți vii”. Dar se poate raporta și la „100.000 nașteri (total)” (18, 1997, Mexic, art. 94, ori 1996, Arabia Saudită, art. 171) sau la „10.000 femei de vârstă fertilă înregistrate” (!), (18, 1995, Suedia, art. 195), ori la „1.000 nașteri vii” (18, 1997, India, art. 57 și România, 1, p. XXIII și 21, p. 54);

b. Și în ceea ce privește decesele materne există neclarități. OMS definește rata mortalității materne astfel: ea „corespunde unui număr de decese materne în urma gravidității sau (!) a nașterii (la max. 42 zile de la sfârșitul gravidității), survenite într-un an, la 100.000 nașteri vii înregistrate în acel an” (15, p. 99).

Într-un anumit consens, „The International Federation of Obstetrics and Gynecology (FIGO) recomandă ca doar decesele de până la 42 zile de la naștere sau avort să fie clasificate ca mortalitate maternă” (20, p. 109). Este doar o recomandare, astfel încât în unele cazuri – Anglia – se iau în considerare decesele materne de până la 1 an de la terminarea gravidității (20, p. 109).

Se diferențiază mortalitatea maternă „adevărată” – direct legată de graviditate, de cea „asociată” – din alte cauze de graviditate sau puerperium (20, p. 109). Oricum, clasificarea și înregistrarea mortalității materne sunt defectuoase.

De asemenea, o problemă generală a clasificării greșite o reprezintă problemele asociate primelor luni de graviditate, mai mult sau mai puțin conștientizate de chiar persoanele în cauză, dar și de către personalul medical.

La decesele materne se mai pot adăuga cele provenite din cauze colaterale, accidente de mașină, omucideri, HIV/SIDA, malarie, război, sinucideri, supradoză de droguri, fertilizare *in vitro*, mușcături de șarpe, în toate aceste cazuri putând fi implicate femeii gravide.

Pe de altă parte, în toată lumea, statistica medicală se confruntă cu problema subraportării mortalității materne, fapt ce apare cu claritate prin declarația UNICEF: „mortalitatea maternă a fost substanțial subestimată în trecut” (18, 1996, art. 142), de exemplu, în Taiwan - 58,38% subraportări (18, 1998, art. 35); Brazilia - subevaluare și subraportare 60% datorită sistemului bazat pe certificate de deces și transferului de pacienți la alte spitale nemonitorizate (18, 1996, art. 153); Argentina - 50% dintre decesele materne nu sunt raportate (18, 1995, art. 206); în Franța există o subestimare datorită SIDA, insuficienței atenției în înregistrare, organizării insuficiente a îngrijirii obstetricale și unor cauze neexplicate (18, 1996, art. 147). În Olanda, în inima Europei, nivelul subraportării a fost estimat la 26%, în special datorită unor clasificări greșite (decese indirecte, în timpul travaliului, după naștere, în puerperium, problemelor cerebro-vasculare). Ca urmare, se propune necesitatea înregistrării statutului de gravidă pe certificatul de deces (18, 1997, art.).

O altă problemă, legată de asemenea de înregistrarea statistică a mortalității materne, se ivește în multe țări în curs de dezvoltare, în care propriu-zis, fie că nu există o înregistrare sistematică, oficială, la nivel național, fie că multe nașteri nu au loc la spitale, ci în mod tradițional, acasă. Pentru aceste cazuri s-au pus la punct sisteme complicate de estimare, prin interviuarea unei populații randomizate „sisterhood method” (18, 1996, art.), ori folosirea datelor din „Demographic Surveillance System”, introdus în 1966 în Matlab, Bangladesh (18, 1995, art. 227), prin colectarea informației despre condițiile, evenimentele și simptomele ce preced decesul, informație evaluată ulterior ca o cauză a decesului matern (18, 1995, art. 185). Un alt sistem, folosit în India, este estimarea mortalității materne prin modelul regresiei „Simple Registration System” (01995, art. 198).

Mortalitatea maternă reprezintă un factor de risc pentru femeii, ce continuă să rămână important, în diverse proporții, pe întreg globul.

După unele date, o femeie moare în fiecare minut datorită unor probleme legate direct/indirect de graviditate, adică 585.000 femeii gravide mor în întreaga lume într-un an, din care 99% în țările în curs de dezvoltare (16, p. 106). Riscul este în Africa de 1:16, în Asia 1:65, iar în Europa 1:1400. Sau, șansa de supraviețuire a unei femei la naștere este de 8999 din 9000 în SUA (6, p. 125).

Putem afirma că, pentru fiecare femeie care moare, cel puțin 30 au probleme în legătură cu graviditatea (7, p. 1). Pe lângă problemele gravidații propriu-zise, apar tot felul de complicații, directe/indirecte, legate de mamă și copil, ce constituie, în ultimă instanță o unitate indisolubilă. Așa încât mortalitatea maternă este vârful unui aisberg, a cărui bază este dată de factori economici și sociali, legați de subdezvoltare, sărăcie și ignoranță, tradiții și subalimentare. Nu întâmplător aproape totalitatea mortalității materne se regăsește azi în țările în curs de dezvoltare - 99%.

S-au realizat numeroase cercetări asupra cauzelor mortalității materne. Cauzele se schimbă de-a lungul timpurilor; unele, deosebit de importante în trecut, putând fi prevenite, tratate și eliminate în prezent.

Condițiile economico-sociale, deși nu apar distinct la prima vedere, reprezintă condiția de bază, ce influențează în mod fundamental toată viața femeii și cu atât mai mult perioada de graviditate și viitorul nou-născutului. E un lucru de care trebuie să ținem cont și dacă am putea face ceva în acest domeniu, scăderea ar fi categorică și pe termen lung.

Subalimentația, ca factor de bază al mortalității materne, se exprimă printr-o slăbire generală a organismului feminin, ce trebuie să suporte povara propriei vieți, dar și pe cea a viitorului copil. Nu întâmplător se spune că o mamă sănătoasă va da naștere la copii sănătoși. Dar alimentația trebuie să fie suficientă și cu aporturi alimentare corecte și multilaterale - „contează mai puțin cantitatea de calorii, cât calitatea alimentației” (6, p. 129). Lipsa acesteia poate duce fie la agravarea unor boli preexistente, fie la apariția altelor noi. Proteinele, calciul și fierul constituie factorii cei mai importanți în alimentația gravidei (vezi anemia feriprivă, hg sub 110/l). Subalimentația endemică, în Africa mai ales, dar și în unele țări și regiuni din Asia și America de Sud, se face simțită și în estul Europei – 17% și în republicile Asiei centrale – 40-50% (5, p. 6).

Evident, greutatea redusă a gravidei (dar și obezitatea), reprezintă un factor de risc suplimentar la naștere, atât pentru mamă, cât și pentru copil, ce poate să se nască prematur, ori cu o dezvoltare fizică și psihică retardată (malformații, subponderal, debil/anormal psihic).

Situația defavorizată a femeii, discriminarea, statutul ei social inferior, creează de asemenea probleme în cursul gravidații, lipsa suportului social, munca fizică grea, nivelul de instrucție limitat, limitarea posibilităților de decizie în domeniul planificării familiale ori graviditatea nedorită, întâmplătoare, nefiind deloc benefice pentru sănătatea gravidei.

Un alt grup de cauze se datorează insuficienței sau deficiențelor sistemului sanitar. Aflat în multe țări slab dezvoltate într-un stadiu primar de organizare și dezvoltare, cu o dotare tehnică și umană defectuoasă, acesta duce la o calitate a îngrijirii prenatale și materne, inclusiv post-natale, deficitară, „substandard”, cauză importantă și azi a mortalității materne în 50-80% dintre acestea (2, p. 93). Și aceasta, în condițiile în care „perioada post-partum reprezintă cheia mortalității materne” (18, 1996, art. 150). Ce atenție se poate da femeii gravide dacă, în unele

cazuri, Pakistan de exemplu, distanța până la cel mai apropiat spital este de 40 mile (18, 1997, art. 97)?

Un factor primar de risc în mortalitatea maternă este, desigur, vârsta redusă a mamei, adică mamele tinere, adolescente, primigravide, al căror număr poate fi chiar mare, mai ales în țările în curs de dezvoltare – 37,8% în Mozambic, de exemplu (18, 1998, art. 27). Importanța acestei categorii ne este dată și de cifra mare a nașterilor la femeile între 15-19 ani – 17 mil. în 1997 și care nu va scădea sub 16 mil. în 2025 (16, p. 85). Metodologia nu este nici aici chiar unitară. Uneori se ia în considerare grupa de vârstă „15-19 ani”, altelei „17 ani și sub”, ori chiar două categorii: „12-15 ani și 16-18 ani”, la care riscul de complicații este deosebit de mare – 5% la prima categorie și 1% la a doua (18, 1995, Mexic, art. 48).

La mamele adolescente apar în mai mare măsură factori cum ar fi: un comportament sexual cu risc, graviditatea neintenționată, cu consecințele respective: greutatea redusă la naștere, naștere prematură, traumatism la naștere, graviditate prelungită, anemii, toxemii, cezariene, retardarea nașterii uterine, malformații congenitale într-o măsură mult mai mare decât la femeile adulte.

Există și numeroase probleme de ordin social pe care le au mamele adolescente, spre deosebire de cele mature. De obicei ele nu sunt căsătorite, suferă presiunea adulților, sunt forțate să-și abandoneze copilul și propria educație, au resurse financiare limitate și au în mai mare măsură experiența izolării, a stresului, a avorturilor nesigure, a lipsei unei informări adecvate asupra mijloacelor de contracepție (12, p. 36).

Un alt factor de risc este și vârsta mamei peste 35 ani, mai ales în cazul primiparelor, caz în care musculatura nu mai este la fel de elastică și, inevitabil, încep să se manifeste tot felul de probleme de sănătate.

O altă experiență nedorită, deseori traumatizantă și cu efecte negative asupra unei gravidității viitoare este avortul, adică „moartea produsului de gestație înaintea săptămânii a 24-a de graviditate” (9, p. 171). O altă definiție ar fi: „terminarea gravidității pentru cauze diferite, înainte ca fătul să fie capabil pentru viața extrauterină” (12, p. 2).

Avortul poate fi de mai multe feluri: a) spontan, din cauze naturale, ori indus, la cerere; b) complet, ori incomplet, caz în care expulzarea placentei nu se face încă; c) sigur, în condiții adecvate din punct de vedere igienico-medical, ori septic, cu infecții; d) legal sau clandestin; cel din urmă, în afara legii, cu toate că în majoritatea țărilor el este permis în diferite forme și cu anumite condiții.

De multe ori, cauza avortului este necunoscută, dar ea rezidă adeseori în dezvoltarea anormală a ovulului, boli cronice, infecțioase acute, incompatibilitate Rh, deficiența progesteronului, sifilis, nefrite, alcoolism, anormalități congenitale ale uterului ce compromit implantarea corectă a oului în uter, cauze uneori tratabile. Altelei avortul nu poate fi evitat (9, p. 174).

Oricum, avortul este traumatic din punct de vedere fizic, emoțional, psihic pentru mamă, prin implicațiile medicale, dar și prin posibilele consecințe: depresie, complicații la următoarele gravidități, imposibilitatea unei gravidități ulterioare.



Pentru România, mortalitatea prin avort reprezintă mai bine de jumătate din totalul deceselor materne, în condițiile în care avortul în țara noastră prezintă cifre deosebit de mari. 1:5 avorturi provocate empiric au fost însoțite de complicații și chiar 1:10 dintre avorturile efectuate legal prezintă risc de complicații (14, p. 13).

Conform „Raportului asupra sănătății lumii, 1995”, în 1990 au fost în medie 140 avorturi în condiții periculoase la femeile fertile între 15-49 ani la 1.000 nașteri vii, desigur cu diferențe mari între țări și regiuni (15, p. 36).

Multiparitatea reprezintă de asemenea un factor de risc pentru femeile gravide. Chiar dacă – se spune (19, p. 9) – cel de-al treilea copil are cele mai bune șanse, posibilitățile fizice și fiziologice ale femeii sunt limitate, așa încât după al cincilea sau al șaselea copil, problemele la naștere sunt mult mai mari. Dintr-un studiu efectuat în Malawi, 1991, rezultă că graviditatea multiplă duce la 5,5% decese perinatale, 1,2% decese postperinatale și 11,5% decese materne (18, 1995, art. 225).

De asemenea, prezintă un risc accentuat și graviditatea multiplă, gemenii, tripleții etc., al căror număr a crescut în mod deosebit în ultima perioadă. Teoretic, probabilitatea gravidității multiple este dată de „legea lui Heinlin”: dacă incidența dubleților ar fi 80, a tripleților este de  $80^2$  (6.400), a cvadrupleților  $80^3$  (512.000). În Anglia, de exemplu, dacă în 1982 incidența tripleților a fost de 1:9.000, în 1993 ea a crescut dramatic la 1:2.700 (9, p. 194). Sarcina gemelară, cum i se mai zice, depinde de rasă, vârstă, numărul copiilor concepuți. Ea se moștenește și este mai probabilă după vârsta de 35-40 ani ai mamei. Dacă, la prima naștere incidența sarcinii multiple este de 1:74, la a șaptea naștere este mult mai mare, de 1:45 (19, p. 273).

Graviditatea multiplă reprezintă un efort suplimentar pentru organismul feminin, ce se traduce prin anemie, *placenta praevia*, travaliu prematur, creșterea redusă a fătului, deces intrauterin, hemoragii *post-partum*, pre-eclampsie și eclampsie, dificultăți în travaliu și la naștere, discrepanță de creștere între cei doi feți (9, p. 194-199).

O altă problemă de ordin general de risc crescut este dată de sarcina ectopică, extrauterină, cu o incidență de aproximativ 1:300 sarcini (19, p. 265).

Ea este localizată – 95%, în trompele falopiene. Acestea au însă o musculatură inadecvată sarcinii și acest tip de graviditate duce rar la nașteri normale, datorită rupturilor, hemoragiilor severe. Cauzele sarcinii ectopice pot fi multiple: anomalități congenitale ale tubului-obstruat, inflamații tubale sau pelvice, sterilizării, unor metode de contracepție (sterilet), ori migrației ovulului dintr-o parte în alta (9, p. 162). Graviditatea extrauterină poate fi rezolvată cel mai adesea, prin operație – laparotomie și transfuzii de sânge împotriva hemoragiei și șocului.

Un caz mai aparte îl reprezintă graviditatea abdominală, în care ovulul se implantează în peritoneu și care se soldează tot cu operație și avort.

Un grup important de cauze ale mortalității materne îl reprezintă anomalitățile/defecțiunile cromozomiale, de care femeia nu este niciodată răspunzătoare, apărute întâmplător, dar care pot fi și induse prin poluare, supunerea



organismului la radiații, droguri, fumat, alcool, alimente conservate, preparate farmaceutice care nu sunt suficient verificate. „Ele pot fi detectate în perioada de graviditate cuprinsă între 14-20 săptămâni, când avortul terapeutic (din punct de vedere medical) este permis legal în multe state” (6, p. 130). Aceasta, desigur, în condițiile unei îngrijiri prenatale și a unui control corespunzător, cu dotările necesare de aparatură și personal medical, lucru dificil, dacă nu imposibil de realizat în foarte multe țări slab dezvoltate.

Din punct de vedere genetic, problemele ce apar în legătură cu graviditatea pot fi clasificate astfel (19, p. 70-72): a. boli asociate cu anomalii cromozomiale; b. boli cu transmitere ereditară legată de sex; c. boli cu transmitere ereditară complexă; d. malformații ce apar în cursul dezvoltării; e. boli și deficiențe mintale transmisibile ereditar (schizofrenie, psihoze) mai frecvente la gemeni; f. alte tulburări constituționale și degenerative; g. boli alergice: astm, ulcer duodenal.

Problema este complexă și gravă. Pe de o parte lipsa selecției naturale ar putea fi înlocuită printr-o igienă genetică atent controlată (19, p. 75). Există posibilități în acest sens, printr-un test standard – *screening* – privind serul alfa-fetoprotein (MSAFP) pentru detectarea defecțiunilor tubului neural în fetus, dar care nu este informativ decât în perioada 15-18 săptămâni de graviditate (6, p. 130). Un alt tip de analiză genetică este amniocenteza, analiza fluidului amniotic în uterul mamei, care ne poate da informații despre anormalitățile genetice. Dar nu toate sunt detectabile. Pe de altă parte, implicațiile genetice sunt majore, de vreme ce 36% dintre avorturile spontane sunt cauzate de defecțiuni cromozomiale (mai mult de 100.000 pe an în SUA). Maximum 40% din mortalitatea infantilă rezultă din factori genetici și afectează 5% din totalul nașterilor vii (6, p. 130)!

„Triada clasică” (18, 1998, art. 50) a cauzelor directe din punct de vedere medical, a mortalității materne este dată de hemoragie, infecții și eclampsie.

Incontestabil, hemoragiile de diverse tipuri reprezintă cea mai importantă cauză a mortalității materne, aflată în toate statisticile pe primul loc, cu aproximativ 25% din totalul cauzelor de deces matern.

Cauza aparițiilor hemoragiilor este diversă. Putem vorbi de cauze generale în urma unor boli endocrine, infecțioase (variolă, rujeolă), tuberculoză, boli ale sângelui (tulburări de coagulare, anemii), boli nervoase, psihice. Dar mai sunt și cauze locale: vulvo-vaginale (inflamații, traumatisme ș.a.), uterine (eroziuni de col, avort), tumori (polipi, fibroame, cancer), inflamații genitale și apoi carențe alimentare – avitaminoze.

Se deosebește hemoragia internă, atunci când se rup ovarul, uterul, trompa, de cea externă – scurgeri de sânge la exterior, în afara menstruației normale (9, p. 185). Mai putem deosebi hemoragia *ante-partum*, după săptămâna 24 de graviditate datorită placentei *praevia* (implantarea redusă a placentei în uter), ori ruperi complete ale placentei, apoi hemoragia *post-partum*, ce intervine în cursul travaliului ori a nașterii. Și aceasta poate avea cauze multiple: ruptura placentei, travaliu prelungit/dificil, dilatare uterină excesivă, multiparitate ori anestezie generală. Dar mai poate fi vorba de traume ale uterului, cervixului, vaginului ori retenția unor fragmente de placenta.

Consecințele pot fi deosebit de grave: anemie, hemoragie generală, colaps circulator, deces, ce pot fi uneori combătute prin transfuzii de sânge în primul rând, prin tratament, dar care uneori se sfârșesc cu decesul matern. Demn de amintit este faptul că 71% din cazurile de hemoragie în mortalitatea maternă pot fi evitate (20, p. 110).

De la hemoragie la pre-eclampsie și eclampsie numai este decât un pas. Eclampsia poate fi urmarea unei hemoragii severe, dar și a unor probleme pre-existente, din timpul gravidității ori chiar înainte de aceasta. Hipertensiunea arterială a femeilor se datorează condițiilor de viață ori unor probleme renale, circulatorii, cardio-vasculare. Dacă pre-eclampsia se caracterizează prin „semne fără simptome” (9, p. 116), eclampsia este o fază mai înaintată, cu simptome clare. Problemele cardiace sunt deosebit de frecvente, hipertensiunea arterială constituind, pe plan mondial, prima cauză de morbiditate și mortalitate, inclusiv la gravide – 12-18% din mortalitatea maternă (7, p. 1; 2, p. 93).

A treia componentă a „Triadei” este dată de infecții, aproximativ 15% (19, p. 325), și ea se datorează în principal nerespectării igienei, mai ales în țările în curs de dezvoltare, la nașterile ce nu au loc în cadrul unui spital, caz în care manoperele au loc în condiții dubioase putând apărea leziuni, infecții, septicemii, infecții puerperale locale, propagate, generalizate. În mod normal există la nivelul organelor genitale o floră microbiană, ce crește odată cu începerea vieții sexuale. Cauze generatoare de infecții sunt și avorturile, nașterile vaginale, procedurile chirurgicale, nașterile cu rupturi ce pot duce la inflamații, secreții, leziuni, abcese (19, p. 202). Netratarea acestora poate duce la complicații serioase în timpul travaliului și după.

Există și infecții datorate bolilor cu transmitere sexuală – sifilis, gonoree, HIV/SIDA, ori infecții fetotoxice ale organelor genitale externe, vaginului ori uterului (*Toxoplasmoza*, *Rubella*, *Citomegalovirus*, *Herpes Simplex*, *Parvovirus*, *Streptococcus B*) (9, p. 154).

Descoperirea și tratarea la timp a tuturor cauzelor posibile ale acestor infecții, mai ales în cazul existenței unei atente îngrijiri prenatale, duce la prevenirea a cca.  $\frac{3}{4}$  din mortalitatea maternă datorată acestei cauze. Distocia (naștere dificilă) apare de obicei printre primele cinci cauze de deces matern. Ca totdeauna, găsim și aici o cauzalitate multiplă. Ea poate proveni din partea fătului angajat în travaliu (mărime excesivă - peste 4 kg., distocie de angajare - diferența de mărime făt-bazinul matern, poziție anormală la naștere) pe de o parte, iar pe de altă parte din partea mamei, ce are tulburări ale contracției uterine, modificări ale dimensiunilor bazinului: strâmt/deformat, dificultăți în travaliu la nașterea copilului (19, p. 3-5).

Și în acest caz nașterea supravegheată, în condiții de spital și cu personal medical calificat poate duce, în foarte multe cazuri, la evitarea complicațiilor și chiar a mortalității materne.

Strâns legat de distocie este o altă cauză a mortalității materne, și anume, *cezariana*, ce se impune ca intervenție chirurgicală deseori, tocmai în urma unor probleme ce ar putea apărea în cursul unei nașteri vaginale normale.

În unele cazuri, operația cezariană se impune, fie la alegere (în caz de *placenta praevia*, reducerea creșterii intrauterine, antecedente obstetricale, diabet matern, prezentarea defectuoasă a fătului, în special la prematuri), fie în cazuri de urgență (stres fetal, prolaps al cordonului, pre-eclampsie, ruperea placentei când copilul este în viață) (9, p. 314).

În multe cazuri cezariana este o naștere aproape normală, o soluție atractivă, atraumatică, ce salvează deseori viața mamei și a nou-născutului. Deseori însă, se apelează abuziv la cezariană, lucru ce duce la o creștere nejustificată a acestei manopere în ultimii ani. De exemplu, în SUA, într-o perioadă scurtă, 1983-1992, numărul operațiilor cezariene a crescut în medie cu 12,5% (18, 1997, art. 146). Dar cezarienele dau naștere la numeroase și grave complicații: hemoragii grave, anemii, infecții, embolism pulmonar, ce duc la creșterea mortalității materne, cu o doză de risc deloc neglijabilă. Un studiu efectuat în Olanda arată că „cezariana este de 7 ori mai riscantă ca nașterea vaginală”. Cu toate că, în condiții civilizate, cezariana este o procedură relativ sigură, riscul este de 0,04 la 1.000 nașteri vaginale și 0,53 la 1.000 cezariene (18, 1997, art. 113). În Africa însă, Zair, de exemplu, riscul mortalității materne cu cezariană este de 13 ori mai mare decât la nașterea vaginală, 93% fiind urgențe!!! Din această cauză se recomandă insistent metode alternative, ca managementul activ al travaliului, extracția vaginală, simfiseotomia (18, 1997, art. 135, ori nașterea vaginală după cezariană (18, 1997, art. 146). Evident, mortalitatea maternă și perinatală se asociază cu cezariana și cu rată mică a fertilității: 5,6 la 1.000 cezariene – Indonezia (18, 1995, art. 189).

Am amintit în cele de mai sus, pe scurt, principalele cauze ale mortalității materne. Dar mai sunt încă multe altele, ce arată complexitatea și riscul acestui moment esențial în viața femeii, dar și a speciei umane: epilepsia, diabetul, diverse probleme renale, pancreatita acută, carcinomul hepatocelular, embolismul pulmonar sau al fluidului amniotic, cancerul de col ori diverse alte tipuri de cancer ș.a.

Un loc aparte îl ocupă depresiile post-natale, „blues post-partum”. Relativ comune la peste 50% din cazuri, ele pot dura 4-5 zile, depresia moderată, ori patru săptămâni până la șase luni în cazul depresiilor post-natale ce pot ajunge până la tendințe de sinucidere și psihoze puerperale – la 0,2% dintre mame. Acestea se pot trata însă prin psihoterapie sau, uneori, psihiatric (9, p. 348).

Analiza, chiar și sumară, a principalelor cauze ale mortalității materne și a problemelor legate de acestea trebuie să ne conducă, în mod necesar la evaluarea măsurilor, a posibilităților de reducere a mortalității materne. Aceste posibilități există în mod cert, o bună parte din **cauzele deceselor materne pot fi evitate**: 55% în cazul hemoragiei, 75% al septicemiei, 65% al eclampsiei, 80% pentru distocie, 75% pentru avortul periculos, 20% pentru cauze indirecte (15, p. 36). Este un fapt deosebit de prețios de la care trebuie să pornim: mortalitatea maternă nu este nici pe departe un dat inevitabil, ea poate fi și trebuie prevenită, redusă la niveluri „acceptabile”, din ce în ce mai mici, odată cu progresul economic și social și cu dezvoltarea științei medicale. Gravitatea, nașterea, după cum am văzut, sunt procese deosebit de complexe, ce implică o mulțime de factori dintre cei mai

diverși: sociali, economici, de alimentație, genetici, diverse boli ori traumatisme. Niciodată mortalitatea maternă nu poate fi „zero”, ea va continua să existe, într-o anumită măsură, dar cauzele evitabile trebuie...evitate într-o măsură maximă posibilă pentru nivelul dat.

Ne exprimăm cu precauție, de vreme ce posibilitățile și chiar dorința de acțiune în acest domeniu variază enorm de la o țară la alta. Barierele ce există țin atât de factori obiectivi: costuri financiare, grad de organizare a serviciilor de urgență și a spitalelor, dotarea umană și materială a acestora, cât și de factori subiectivi: tradiții și obiceiuri sexuale, credințe personale, factori culturali, nivel de instrucție sexuală și maternă ce se modifică doar în timp.

Principala problemă este cea a banilor, a fondurilor necesare. Cu cât un stat este mai dezvoltat din punct de vedere economic, cu atât își poate „permite” un sistem de protecție sanitară, inclusiv maternă mai avansat, mai cuprinzător, mai preventiv. În fond, evitarea riscului mortalității materne se poate face, în principal, prin prevenire – o atență și generalizată îngrijire prenatală, detecția timpurie a problemelor și complicațiilor posibile în graviditatea femeii, selectarea și tratarea gravidelor cu risc înalt. Se pune, de asemenea, și problema financiară a dotării cu echipamente de laborator pentru efectuarea testelor prenatale, pentru transfuzii de sânge, transport de urgență ș.a.

O altă problemă constă în continua organizare, reorganizare și perfecționare a sistemului sanitar la nivel național, atât în țările slab dezvoltate, cele aflate în tranziție post-comunistă, cât și în cele dezvoltate, de tip occidental. Preocuparea în acest domeniu trebuie să fie continuă, niciodată încheiată.

Tot de prevenție ține și planificarea familială, adică prevenirea gravidității nedorite, neintenționate, ce duce cel mai adesea la avort, planificarea gravidității și a nașterilor la momentul oportun din punctul de vedere al individului și al familiei, distanțarea nașterilor în cazul femeilor multipare, de fapt, o sănătate sexuală și a reproducerii optime.

Nu putem să nu amintim și necesitatea educației pentru sănătate în vederea viitoarei gravidități și chiar paternității, încă din anii de școală, mai ales pentru femeile gravide ante- și post-partum, dar și pentru cazuri speciale cum ar fi planificarea familială post-avort, în cazul administrării contraceptivelor și, nu în ultimul rând, consultația psihosexuală în cadrul cabinetelor de planificare familială și a laboratoarelor județene de promovare a sănătății.

## BIBLIOGRAFIE

1. xxx *Anuar de statistică sanitară*, Ministerul Sănătății, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, 1997.
2. Anthony J., Kaye P., *Notes for the DRCOG*, New York, Editura Churchill Livingstone, 1995.
3. xxx *Conferința internațională pentru populație și dezvoltare*, Cairo, ONU, New York, 1995.
4. xxx *Contraceptive Method Mix*, Geneva, WHO, 1994.
5. xxx *Family Planning and Reproductive Health in CCEE/NIS*, Editura UNFPA, 1994.

6. Green L., Ottosan J., *Community Health*, Canada, Editura Mosby, 1994.
7. xxx *Maternal Health Around the World*, 1997.
8. May, K.A., Mahlmeister, L.R., *Comprehensive Maternity Nursing*, Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1990.
9. Miller, A.W.F., Hanretty, K.P., *Obstetrics Illustrated*, New York, Editura Churchill Livingstone, 1997.
10. Molnar, Anamaria, *Evoluția unor indicatori de sănătatea reproducerii în jud. Cluj, în perioada 1988-1996*, în „Sesiunea științifică anuală a Institutului de Sănătate Publică Cluj”, 1998.
11. Pescaru, Al., *Populație și economie*, București, Editura Științifică, 1969.
12. xxx *Post-abortion Family Planning: a Practical Guide for Programme Managers*, Geneva, WHO, 1997.
13. xxx *Preventive Health care*, Editura P.S. Chang, 1981.
14. xxx *Sănătatea femeii, sănătatea națiunii*, Proiectul Policy în România, 1997.
15. xxx *Rapport sur la Santé dans le Monde*, Genève, OMS, 1995.
16. xxx *Rapport sur la Santé dans le Monde*, Genève, OMS, 1998.
17. Rayburn, W.F., Carey, J.C., *Obstetrics and Gynecology*, Editura Williams, Wilkins, 1996.
18. xxx Culegere de articole din reviste medicale din toată lumea, pe seama mortalității materne, din perioada 1995-1998, art. 1-241, (lb. engl).
19. Vinți, I., *Adolescentul de azi, familia de mâine*, Editura Dacia, 1973.
20. Willocks, J., *Essential of Obstetrics and Gynecology*, Editura Churchill Livingstone Medical Text, 1982.
21. Zarcovic, G., Enăchescu, D., *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei centrale și de răsărit*, Info-medica, 1998.