



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di salute della donna e del bambino
Corso di Laurea in Ostetricia - Presidente Prof.ssa Andrisani Alessandra

MANAGEMENT OSTETRICO NEI DISTURBI IPERTENSIVI IN GRAVIDANZA IN UN CONTESTO A BASSE RISORSE: SFIDE E STRATEGIE OPERATIVE

RELATRICE : Prof.ssa Andrisani Alessandra

CORRELATRICE : Dott.ssa Granci Martina

LAUREANDA: Autuori Alessia

ANNO ACCADEMICO 2024/2025



Disturbi ipertensivi in gravidanza

Ipertensione cronica: condizione ipertensiva già presente prima del concepimento oppure diagnosticata prima della 20 sg.

Ipertensione gestazionale: aumento della pressione arteriosa per la prima volta dopo la 20 sg, in assenza di proteinuria.

Preeclampsia: incremento della pressione arteriosa associata a proteinuria o, in assenza di quest'ultima, segni d'organo materno e/o fetale.

Eclampsia: evoluzione più grave della pre-eclampsia ed è definita come la comparsa di crisi convulsive, in assenza di altre cause neurologiche.

BACKGROUND

***Fattori di rischio**
Condizioni cliniche
pregresse
Obesità materna
Giovane età

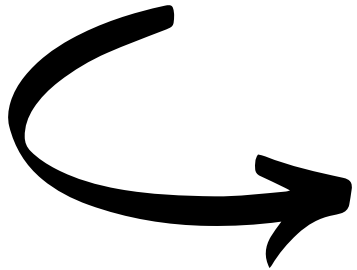
****Nel contesto africano**
Nulliparità
Pregresse morti fetali
Storia clinica pregressa

Farmaco	Indicazione	Posologia e via di somministrazione	Note cliniche
Magnesio solfato	Prevenzione e controllo delle convulsioni in preeclampsia/eclampsia	Dose di carico: 4 g EV lenti in 5 minuti + 10 g IM (5 g per gluteo con lidocaina). Dose di mantenimento: 5 g IM ogni 4 ore per 24 ore dopo l'ultima crisi o il parto	Monitorare segni di tossicità: FR <16/min, assenza riflessi patellari, diuresi <30 ml/h. In caso di tossicità somministrare 1 g gluconato di calcio EV lento.

Idralazina	Ipertensione severa	5 mg EV lento ogni 20 minuti fino a max 20 mg, oppure 25 mg per via orale ogni 8 ore	Può causare tachicardia materna e cefalea.
Labetalolo	Ipertensione severa in gravidanza/post-partum	EV: 20 mg iniziali, se necessario 40 mg dopo 10 min, poi 80 mg ogni 10 min fino a max 220 mg totali. <i>Orale</i> : 200-400 mg ogni 8-12 ore.	Controindicato in bradicardia, asma grave, scompenso cardiaco.
Nifedipina	Ipertensione severa in assenza di accesso EV rapido	10 mg per via orale; se necessario ripetere dopo 30 minuti, poi ogni 6-8 ore.	Evitare somministrazione sublinguale. Controllare la pressione dopo 20-30 minuti.

SCOPO DELLO STUDIO

Valutare gli esiti materni e neonatali in base alla terapia farmacologica effettuata presso il Government Hospital di Pujehun (Sierra Leone).



Successivamente i risultati sono stati confrontati con la letteratura internazionale, con lo scopo di evidenziare eventuali discrepanze e proporre strategie di miglioramento nella gestione delle sindromi ipertensive in gravidanza.

CONTESTO



Government Hospital di Pujehun (Sierra Leone) - 113 parti al mese



Progetto in collaborazione con Medici con l'Africa, CUAMM





Studio

Osservazionale retrospettivo



Periodo

15 Aprile – 30 Giugno 2025

315 cartelle cliniche revisionate



Proposta

Gestione ostetrica e monitoraggio clinico a seconda della classificazione della sindrome

Raccolta dati

Durante il ricovero

- Anamnesi personale ed ostetrica
- Rilevazione della pressione arteriosa
- Trattamento farmacologico adoperato durante la degenza

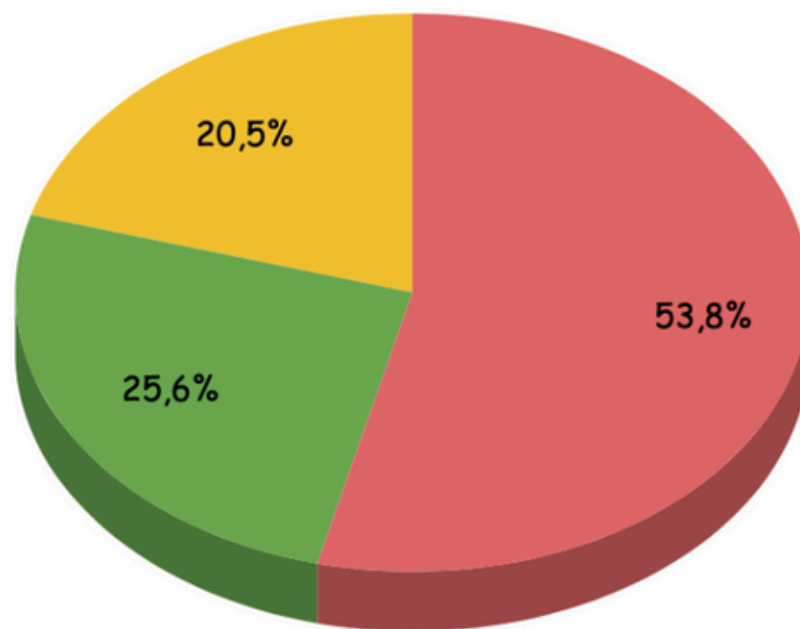
Post-partum

- Complicanze materne
- Neonato

Campione effettivo: 41 puerpere

RISULTATI

- **Pre-eclampsia** : 21 pazienti
- **Pre eclampsia severa**: 10 pazienti
- **Eclampsia**: 8 pazienti

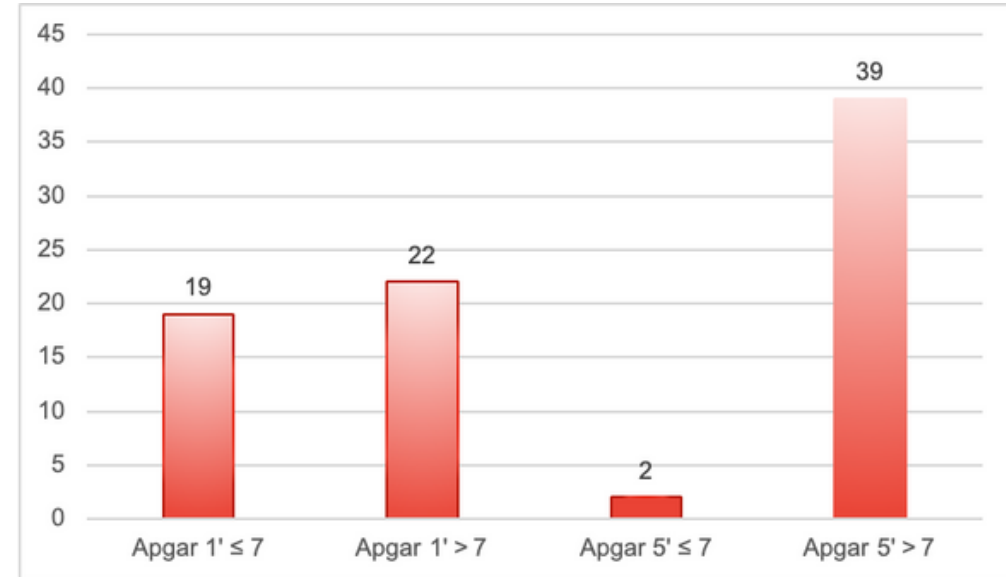
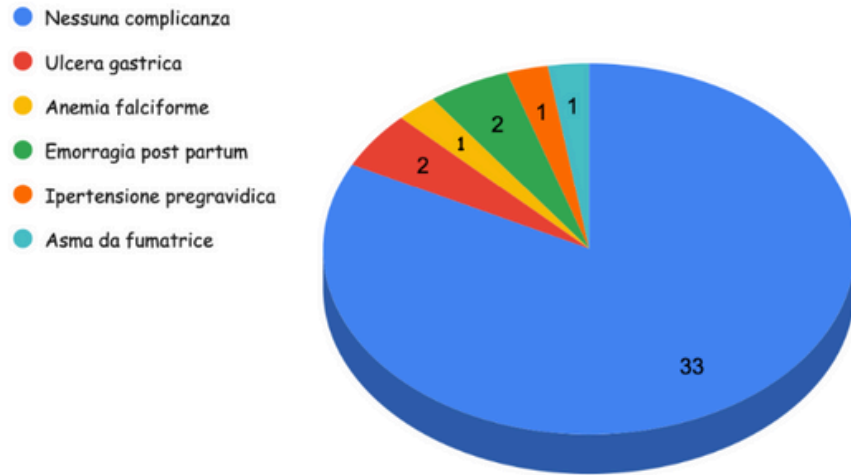


I risultati sono stati ottenuti sulla base della rilevazione della **pressione arteriosa** e dell'osservazione della **sintomatologia clinica**.



La terapie più utilizzate sono risultate quelle a base di **metildopa** e **metildopa in associazione con magnesio solfato**

RISULTATI



Sierra Leone (Princess Christian Maternity Hospital): 85,3% outcome materni favorevoli; mortalità perinatale 30,8%, esiti neonatali favorevoli nel 69,2%. **(Vandy et Al, 2025)**

Ghana (Tamale Teaching Hospital): buon controllo pressorio in 2/3 delle pazienti; miglioramento esiti materni; mortalità perinatale 10,6%, basso peso alla nascita 24,7%. **(Bugri et Al, 2023)**

Kenya: gestione efficace ma mortalità neonatale 10%; alta incidenza di neonati di basso peso, indice di rischio perinatale persistente. **(Adu-Bonsaffoh et Al., 2017)**

DISCUSSIONE

Formazione del personale



Prevenzione in gravidanza



Garantire cure tempestive in strutture sanitarie



CONCLUSIONI

I disturbi ipertensivi in gravidanza restano una delle principali cause di mortalità materna, ma anche nei contesti a risorse limitate è possibile migliorare gli esiti attraverso:

- formazione continua del personale ostetrico,
- l'applicazione rigorosa dei protocolli clinici,
- una prevenzione attiva basata sull'educazione sanitaria delle donne.



1. Agrawal A, Wenger NK. Hypertension During Pregnancy. *Curr Hypertens Rep.* 2020 Aug 27;22(9):64. doi: 10.1007/s11906-020-01070-0. PMID: 32852628.
2. Zielińska J, Darmochwał-Kolarz D. A Review of the Diagnosis, Risk Factors and Role of Angiogenetic Factors in Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Med Sci Monit.* 2025 Feb 26;31:e945628. doi: 10.12659/MSM.945628.
3. Stitterich N, Shepherd J, Koroma MM, Theuring S. Risk factors for preeclampsia and eclampsia at a main referral maternity hospital in Freetown, Sierra Leone: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021 Jun 2;21(1):413. doi: 10.1186/s12884-021-03874-7.
4. Ministry of Health and Sanitation, Sierra Leone. National Emergency Obstetric and Newborn Care (EmONC) Protocols and Guidelines. Freetown: Ministry of Health and Sanitation; 2017.
5. Vandy A, Lahai M, Bangura AR, Turay A, Abiri OT, Conteh E, Kolipha-Kamara MI, Marah F, Wilson PA, Osborne A, Lucero-Prisno DEI. Admission pattern and outcome of hypertensive disorders of pregnancy: a retrospective study of admitted cases at the Princess Christian Maternity Hospital in Freetown, Sierra Leone. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2025 Aug 26;25(1):890. doi: 10.1186/s12884-025-08059-0.
6. Bugri AA, Gumanga SK, Yamoah P, Frimpong EK, Nlooto M. Prevalence of Hypertensive Disorders, Antihypertensive Therapy and Pregnancy Outcomes among Pregnant Women: A Retrospective Review of Cases at Tamale Teaching Hospital, Ghana. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jun 16;20(12):6153. doi: 10.3390/ijerph20126153.
7. Adu-Bonsaffoh K, Ntumy MY, Obed SA, Seffah JD. Perinatal outcomes of hypertensive disorders in pregnancy at a tertiary hospital in Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Nov 21;17(1):388. doi: 10.1186/s12884-017-1575-2.

“Vorrei essere forte come la donna africana, avere i piedi stabili, decisi nel contatto con la terra”

Il bene ostinato, Paolo Muniz, 2010



Grazie per l'attenzione!