

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
“VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA
FACULTATEA DE MEDICINĂ
DEPARTAMENTUL XIII – BOLI INFECȚIOASE**

TIMIRCAN OTILIA MADALINA



TEZĂ DE DOCTORAT

**CALITATEA VIEȚII ȘI CONSECINȚELE OBSTETRICALE
ASOCIATE INFECȚIEI SARS-COV-2**

R E Z U M A T

Conducător Științific
PROF. UNIV. DR. MARINCU IOSIF

**Timișoara
2021**

CUPRINS

Lista lucrărilor științifice publicate	VI
Lista cu abrevieri și simboluri	VII
Lista figurilor	IX
Lista tabelelor	X
Mulțumiri	XI
INTRODUCERE.....	XIII
PARTEA GENERALĂ	1
Capitolul 1. COVID-19.....	1
1.1 Definirea conceptului și terminologia curentă	1
1.2 Istoric	3
1.3 Epidemiologie și relevanța clinică	5
1.4 Agentul etiologic al infecției Covid-19	12
1.4.1 Taxonomia și structura coronavirusurilor	12
1.4.2 Genomul virusului Sars-CoV-2	13
1.4.3 Structura virusului Sars-CoV-2	15
1.4.4 Imunopatogenia infecției.....	16
Capitolul 2. EFECTELE SARCINII ȘI INFECȚIILOR MATERNE ASUPRA PRODUSULUI DE CONCEPȚIE ȘI A CALITĂȚII VIEȚII	18
2.1 Generalități.....	18
2.2 Ipoteze	19
2.3 Date epidemiologice cu privire la infecțiile materne și agenții patogeni implicați	20
2.4 Metode de transmitere a infecțiilor la gravide	26
2.5 Modificările imunologice în sarcină	28
2.6 Impactul modificărilor hormonale, a factorilor stresori și microbiomului asupra imunității gravidelor	31
2.7 Complicații ale infecțiilor materne	33
2.7.1 Nașterile premature	33
2.7.2 Corioamnionita	34
2.7.3 Complicațiile fătului	35
2.8 Calitatea vieții gravidelor	37
PARTEA SPECIALĂ	38
Capitolul 1. EXPLORAREA CONSECINȚELOR SARCINII ASOCIATE INFECȚIEI CU SARS-COV-2	39
1.1 Obiectivele studiului	39
1.2 Motivația efectuării studiului	39
1.3 Materiale și metode	41
1.3.1 Design-ul studiului	41

1.3.2 Criterii de eligibilitate	42
1.3.3 Deontologie și etică	43
1.3.4 Analiza statistică.....	43
1.4 Rezultate.....	44
1.4.1 Caracteristicile subiecților incluși în studiu	44
1.4.2 Descrierea cohorței de studiu	45
1.4.3 Analiza regresiei.....	47
1.5 Discuții	48
1.5.1 Date din literatura de specialitate.....	48
1.5.2 Limitele studiului actual	76
1.6 Concluzii	76
1.7 Suport financiar	77
Capitolul 2. STRATEGII DE COPING ȘI CALITATEA VIEȚII LA FEMEILE GRAVIDE CU INFECȚIE CU SARS-COV-2.....	78
2.1 Obiectivele studiului	78
2.2 Motivația efectuării studiului	78
2.3 Materiale și metode	80
2.3.1 Design-ul studiului și participanții la studiu.....	80
2.3.2 Variabilele studiului	80
2.3.3 Analiza statistică.....	82
2.3.4 Deontologie și etică	83
2.4 Rezultate.....	83
2.4.1 Caracteristicile eșantionului	83
2.4.2 Rezultatele chestionarului COPE-60	85
2.4.3 Rezultatele chestionarului HADS.....	86
2.4.4 Rezultatele chestionarului SF-12.....	87
2.4.5 Rezultatele chestionarului CORE-OM	88
2.4.6 Rezultatele chestionarului QPP	89
2.5 Discuții	90
2.5.1 Dezbaterea subiectului studiat.....	90
2.5.2 Date din literatura de specialitate.....	92
2.6 Concluzii	109
2.7 Suport financiar	110
CONCLUZII ȘI CONTRIBUȚII PERSONALE	111
BIBLIOGRAFIE	112
ANEXA	I

Cuvinte cheie: COVID-19, infecția SARS-CoV-2, calitatea vieții, riscurile sarcinii

INTRODUCERE

În acest context global, România a avut dificultăți particulare în controlul răspândirii virusului și efectelor bolii COVID-19, variind de la infrastructura medicală la factori demografici și sociali. Spre deosebire de alte țări, datorită diasporei considerabile, au apărut probleme semnificative atunci când un număr mare de oameni din regiuni grav afectate de pandemie s-au întors în România, dar implementarea promptă a măsurilor de control a împiedicat creșterea bruscă a numărului de cazuri COVID-19, împiedicând un sistem de sănătate deja supraîncărcat să fie copleșit în primele etape ale epidemiei. Tratarea problemei COVID-19 în România demonstrează importanța critică a unei prime reacții rapide care ia în considerare contextul social al unei epidemii. Totuși, nu toate problemele României sunt particulare țării noastre, aceste constatări pot influența viitoarele inițiative de sănătate publică la nivel global.

Una din problemele existente nu doar în România, ci și la nivel global în timpul pandemiei sunt pacienții cu boli cronice și alte categorii speciale care necesită urmărire permanentă, precum gravidele. Aceste categorii au primit mai puțină îngrijire personală, ca urmare a limitărilor guvernamentale la consulturile medicale planificate în afara regimului de urgență și a îngrijorării crescânde cu privire la expunerea la virusul SARS-CoV-2 în timpul vizitelor private la medic sau în policlinici. Astfel, femeile însărcinate sunt un grup vulnerabil de pacienți care au nevoie de asistență medicală atentă și de urmărire regulată, dar cărora li s-a limitat accesul la aceste servicii esențiale. Având în vedere scăderea spitalizărilor și asocierea dintre întârzierea tratamentului și creșterea morbidității, este rezonabil să anticipăm că viitorii pacienți care amână spitalizarea vor avea boli mai severe decât întâlnim de obicei. Anticipăm că femeile însărcinate care rămân în urmă pentru monitorizarea și tratamentul prenatal din cauza limitărilor pandemiei COVID-19 ar putea avea mai multe complicații asociate sarcinii, inclusiv o creștere a nașterilor premature și alte morbidități majore ale nou-născutului. Organismul femeilor însărcinate suportă modificări imunologice importante ca urmare a implantării embrionare, crescând susceptibilitatea și severitatea infecțiilor. Simultan, infecțiile acute sau cronice cresc semnificativ incidența nașterii premature, reprezentând mai mult de 50% din etiologia prematurității. În timp ce transmiterea maternă a SARS-CoV-2 pare improbabilă, există un risc subiacent de insuficiență placentară din cauza înclinației protrombotice a infecției SARS-CoV-2.

Rezultate studiilor recente sugerează că transmiterea uterină verticală a SARS-CoV-2 este fezabilă, deși foarte neobișnuită. Infecția cu COVID-19 este la fel de periculoasă pentru femeile însărcinate ca și pentru femeile care nu sunt însărcinate, crescând riscul de avort spontan sau travaliu prematur în anumite cazuri. În timp ce femeile însărcinate au un risc mai mic de a contracta COVID-19 decât populația generală, ele pot fi mai susceptibile la o formă severă a bolii dacă suferă insuficiență respiratorie. Pe lângă efectele negative fizice, cercetările anterioare au arătat că epidemiile au un efect răspândit și dăunător asupra sănătății mintale a oamenilor, rezultând în dezvoltarea unor noi simptome psihiatrice sau înrăutățirea patologiei psihice preexistente. Ca o urgență de sănătate publică, COVID-19 a generat îngrijorări considerabile și angoase psihologice în rândul femeilor însărcinate și al partenerilor lor. Anxietatea perinatală este o complicație nouă a pandemiei, cu posibile

consecințe grave asupra sănătății fizice a mamei și copilului. Astfel, putem afirma că pandemia COVID-19 are un efect negativ direct și indirect asupra femeilor însărcinate ca urmare a infecției cu virusul SARS-CoV-2, a izolării sociale și a altor măsuri de izolare utilizate în întreaga lume pentru a preveni răspândirea virusului.

Complicații precum greutatea redusă la naștere, nașterea prematură, sindromul emetic asociat sarcinii, preeclampsia, scorurile APGAR mai mici și șederea prelungită în spital au fost toate asociate cu anxietatea și depresia perinatală, precum și efectul lor asupra calității generale a vieții. Expresiile „calitatea vieții” și „calitatea îngrijirii gravidelor” sunt adesea folosite în mod interschimbabil pentru a se referi la calitatea vieții legate de sănătatea unei femei, precum și la percepția ei despre calitatea îngrijirii primite într-un mediu medical. Datorită prevalenței ridicate a COVID-19 și a efectelor sale psihologice dăunătoare asupra vieții umane, precum și a lipsei de cercetări privind bunăstarea psihologică a femeilor însărcinate în timpul pandemiei COVID-19, este esențial să se evalueze impactul COVID-19 privind sănătatea mintală a femeilor însărcinate, dar și efectele pe care infecția SARS-CoV-2 o are asupra sarcinii.

Se pare că internările în spital s-au redus pe timpul pandemiei, existând o scădere cu peste 50% a crizelor obstetricale raportate în comparație cu aceleași luni calendaristice din anii anteriori. Posibil ca acest fenomen să fie determinat de teama femeilor gravide de a se prezenta la spital, sau de imposibilitatea sistemului medical supraaglomerat de cazurile de COVID-19 de a diagnostica corect urgențele obstetricale. Luând în considerare cele menționate, unele dintre premisele acestui studiu a fost lipsa de atenție pentru îngrijirea și urmărirea întârziată a femeilor însărcinate din România în timpul pandemiei, precum și teama răspândită de a contracta virusul prin vizite la spital în rândul pacientelor însărcinate. Studiul actual va analiza sarcinile de pe durata pandemiei pentru a determina dacă rezultatele nașterii vii singulare diferă între mamele infectate cu SARS-CoV-2 și mamele care nu au intrat în contact cu virusul în timpul sarcinii și dacă COVID-19 este un factor de risc independent pentru rezultate nedorite la naștere.

În plus, femeile gravide sunt mai predispuse la îngrijorare decât femeile care nu sunt însărcinate, conform unui studiu anterior asupra epidemiei de SARS. Aceasta include îngrijorarea cu privire la infecție, transferul bolii la copil, infecția dobândită după naștere și teratogenitatea microbilor și medicamentelor. Ele au evitat spitalele și instituțiile medicale de teama contractării SARS-CoV-2, ceea ce a dus la o întârziere a tratamentului prenatal. Femeile însărcinate care au fost testate pozitiv pentru COVID-19 sunt sfătuiți să solicite asistență de specialitate pentru diagnostic, gestionare și prevenirea complicațiilor atât pentru mamă, cât și pentru bebeluș [95]. Complicațiile la naștere, cum ar fi greutatea redusă la naștere, nașterea prematură, sindromul emetic din timpul sarcinii, preeclampsia, scorurile scăzute APGAR și internarea prelungită au fost toate legate de anxietatea și depresia perinatală, precum și de impactul asupra calității vieții generale. Expresiile „calitatea vieții” și „calitatea îngrijirii” sunt adesea folosite în mod interschimbabil pentru a se referi atât la calitatea vieții legate de sănătatea femeii, cât și la opinia ei cu privire la calitatea îngrijirii primite în mediul medical. Datorită prevalenței ridicate a COVID-19 și a efectelor sale psihologice dăunătoare asupra vieții gravidelor, precum și a lipsei de cercetări privind bunăstarea psihologică a femeilor însărcinate în timpul pandemiei COVID-19, este esențial să se evalueze impactul acestei boli privind starea de sănătate mintală a femeilor însărcinate.

SCOPUL CERCETĂRII

Prezenta lucrare a urmărit identificarea unor aspecte relevante în lipsa cercetărilor anterioare despre gravidele infectate cu SARS-CoV-2. Această lucrare a dorit, de asemenea, să ofere perspective de actualitate și relevante clinic, prin evidențierea unor parametri cu importanță în evaluarea consecințelor infecției COVID-19 la pacientele gravide, dar și evaluarea riscurilor la care sunt expuși nou-născuții acestor paciente. În aceeași ordine de idei, am insistat și asupra evaluării stresului la care sunt expuse gravidele cu SARS-CoV-2, și metodele pe care acestea le folosesc pentru a se adapta la această povară.

În conformitate cu aceste aspecte, **obiectivele specifice ale acestei lucrări** pot fi sistematizate după cum urmează:

1. Utilizarea metodelor statistice existente în vederea analizei riscului la care se expun nou-născuții mamelor infectate cu SARS-CoV-2 în timpul sarcinii, precum și evaluarea complicațiilor sarcinii la aceleași femei gravide.
2. Evaluarea adaptării la stres prin chestionare complementare de analiză, care pot permite determinarea metodelor de coping și nivelul de stres experimentat de gravidele infectate cu SARS-CoV-2, comparativ cu gravidele care nu au trecut prin boală, având rolul de a măsura calitatea vieții acestor paciente.

STUDIUL 1: EXPLORAREA CONSECINȚELOR SARCINII ASOCIATE INFECȚIEI CU SARS-COV-2

Studiul actual își propune să investigheze efectele potențiale asupra rezultatelor obstetricale după o infecție pozitivă cu SARS-CoV-2. Ne-am propus să analizăm sarcinile care au acoperit o perioadă mai lungă de pandemie și să determinăm dacă rezultatele nașterii vii de la mame infectate cu SARS-CoV-2 diferă de mamele care nu au contactat virusul pe parcursul sarcinii și dacă COVID-19 în sine este un factor de risc independent pentru rezultate adverse la naștere.

Cercetarea actuală a fost efectuată în Timișoara, România, în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie Dr. Dumitru Popescu, pe o perioadă de cinci luni între 30 august 2020 și 30 ianuarie 2021. Următoarele criterii aplicate femeilor însărcinate acceptate în clinica noastră: (a) acordarea consimțământului informat și acceptarea participării la cercetare; (b) nașterea unui singur copil viu; și (c) testarea pozitivă pentru SARS-CoV-2 înainte sau în timpul spitalizării folosind metoda RT-PCR. Cercetarea a eliminat 307 de femei însărcinate cu simptome asociate COVID-19 care nu au născut și au fost testate negativ pentru SARS-CoV-2 la cel puțin două teste consecutive RT-PCR. În plus, 24 de sarcini gemelare au fost eliminate din cercetare, la fel și alte 488 de femei însărcinate care au născut în perioada de studiu dar au refuzat participarea la studiu. La încheierea cercetării, 938 de femei însărcinate care au fost testate negativ cu SARS-CoV-2 și 101 femei însărcinate care au fost testate pozitiv pentru infecția SARS-CoV-2 au îndeplinit criteriile de includere, fapte ilustrate în figura 1.

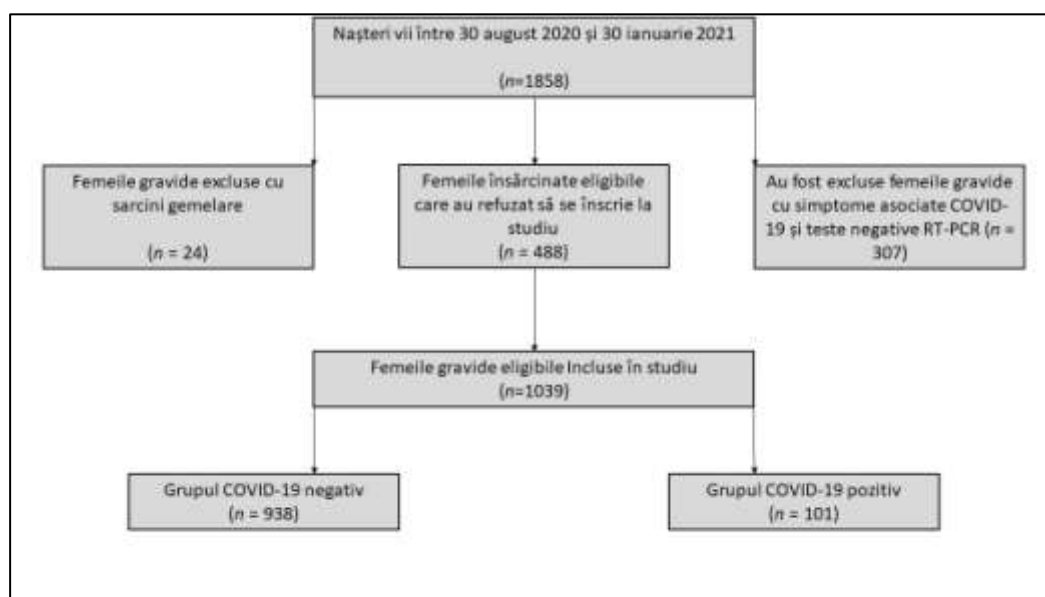


Figura 1 - Organigrama coortei de studiu

Comparând rezultatele obstetricale pentru pacienții examinați, am descoperit substanțial mai multe cazuri care necesită cezariană de urgență la femeile infectate cu SARS-CoV-2 și semnificativ mai multe PROM (11% în grupul pozitiv COVID-19 vs. 6% în COVID-19 grupul negativ; valoarea $p=0,049$). Anemia postpartum a fost mult mai răspândită după infecția cu SARS-CoV-2 ($p=0,004$), iar nou-născuții acestor mame au avut un scor APGAR substanțial mai scăzut decât grupul de control, 18% comparativ cu 11% în celălalt grup (valoarea $p=0,020$). Nașterile premature au apărut în 15% din cazurile COVID-19, comparativ cu doar 8% din nașterile vii de la femeile negative COVID-19 (valoarea $p < 0,001$), așa cum se poate observa în tabelul 1.

Tabelul 1 – Caracteristici obstetricale și complicații

Complicații materne postpartum	COVID-19 negativ	COVID-19 pozitiv	<i>p</i>
Anemie	263 (28%)	42 (42%)	0.004
Infecție	413 (44%)	51 (51%)	0.214
Lacerație perineală	366 (39%)	30 (30%)	0.066
Rezultate neonatale			
Infecție SARS-CoV-2	-	2 (2%)	
Prematuritate	75 (8%)	15 (15%)	<0.001
Internare la Terapie Intensivă	27 (3%)	6 (6%)	0.095
Malformații	19 (2%)	2 (2%)	0.975
Sepsis	56 (6%)	5 (5%)	0.678
Deces	4 (0.5%)	1 (1%)	0.436
Complicații asociate sarcinii			
Hipertensiune arterială	28 (3%)	6 (6%)	0.112
Preeclampsie	19 (2%)	2 (2%)	0.975
Diabet zaharat gestațional	66 (7%)	5 (5%)	0.429
PROM	55 (6%)	11 (11%)	0.049

Un model de regresie logistică multivariată (Tabelul 2) a fost construit utilizând variabilele "tipul nașterii", scorul APGAR, anemie postpartum, prematuritate și PROM, toate care anterior s-au dovedit a fi substanțial diferite între cele două grupuri de cercetare. Cu

excepția anemiei postpartum, niciunul dintre ceilalți factori nu a fost semnificativ statistic ca fiind corelat separat de infecția cu SARS-CoV-2. Mamele pozitive cu COVID-19 au avut un risc substanțial crescut de naștere prematură, fie cauzată iatrogen ca urmare a unor probleme conexe, fie spontan. În comparație cu mamele care nu au fost infectate cu COVID-19, cele cu o infecție confirmată au avut un raport de șanse ajustat (AOR) de 1,61 (interval de încredere 95% [CI] 1.19-2.04) pentru nașterea prematură; un AOR de 2,13 (95% CI 1,46-2,91) pentru un scor APGAR mai mic; un AOR de 1,24 (95% CI 1,09-1,45) pentru operație cezariană de urgență; și un AOR de 2,46 (95% CI) pentru PROM.

Tabelul 2 – Analiza multivariată a factorilor de risc

	COVID-19 negativ	COVID-19 pozitiv
Naștere prematură	75 (8%)	15 (15%)
OR (95% CI)	1.00	1.43 (1.08-1.79)
Adjusted OR (95% CI)	1.00	1.61 (1.19-2.04)
Scor APGAR <9	103 (11%)	18 (18%)
OR (95% CI)	1.00	1.93 (1.21-2.40)
Adjusted OR (95% CI)	1.00	2.13 (1.46-2.91)
Naștere cezariană	159 (17%)	30 (30%)
OR (95% CI)	1.00	1.12 (1.04-1.37)
Adjusted OR (95% CI)	1.00	1.24 (1.09-1.45)
PROM	55 (6%)	11 (11%)
OR (95% CI)	1.00	2.28 (1.65-3.01)
Adjusted OR (95% CI)	1.00	2.46 (2.00-3.19)

Concluzii:

1. Această cercetare arată că infecția cu SARS-CoV-2 sau diagnosticul cu COVID-19 în timpul sarcinii în al treilea trimestru este asociată cu un risc crescut de naștere prematură cu indicație de intervenție cezariană.
2. Această infecție provoacă în plus un risc de ruptură prematură a membranelor și determină scoruri APGAR inferioare la nou-născuții de la mame cu COVID-19.
3. COVID-19 a fost asociat cu un risc crescut de două ori de PROM și un risc crescut de 1,5 ori de naștere prematură cu indicație de cezariană de urgență.

STUDIUL 2: STRATEGII DE COPING ȘI CALITATEA VIEȚII LA FEMEILE GRAVIDE CU INFECȚIE CU SARS-COV-2

Scopul acestui studiu a fost de a examina și evalua schimbările psihologice și mecanismele de coping ale gravidelor cu boala COVID-19, precum și impactul asupra calității vieții legate de sănătate la femeile gravide care au fost infectate cu SARS-CoV-2 în timpul sarcinii. Speram să obținem informații despre sănătatea fizică și emoțională a femeilor însărcinate și să evaluăm calitatea tratamentului medical din timpul pandemiei COVID-19, folosind chestionarele standardizate HADS, SF-12, COPE, CORE-OM și QPP.

Studiul actual a fost de natură transversală și am folosit o metodă de eșantionare convenabilă pentru a determina dimensiunea optimă a eșantionului, care a fost

determinată a fi de cel puțin 377 de persoane pentru un interval de încredere de 95%. Din 412 femei care au fost de acord să participe la studiu și să completeze chestionarele noastre, 108 au fost excluse din studiu din cauza lipsei criteriilor de eligibilitate sau a finalizării inadecvate a chestionarelor, rămânând în final 304 de paciente. Acest studiu a cuprins femeile gravide care au contractat SARS-CoV-2 (168 de cazuri) și femeile care au rămas însărcinate în timpul epidemiei, dar nu au fost diagnosticate cu COVID-19 (136 de cazuri). Chestionarele au fost completate între lunile aprilie și mai 2021.

Pacientele noastre au fost clasificate după venituri, drept venituri mici, medii sau mari, cu o diferență semnificativă statistic în proporțiile dintre grupuri (valoarea $p=0,048$). Cea mai mare diferență a fost găsită între gravidele cu venituri mici infectate cu SARS-CoV-2 și cei care nu au fost infectate (22% față de 12%). O altă variabilă de grupare a fost statutul ocupării forței de muncă, cu pacientele clasificate ca angajate, independente sau șomere, cu o diferență semnificativă statistic în proporțiile dintre grupurile COVID-19 și non-COVID-19 (valoarea $p=0,039$). Femeile însărcinate cu infecție asociată cu SARS-CoV-2 au rămas fără locuri de muncă la o rată de 20,9%, comparativ cu doar 11,8% în celălalt grup. În cele din urmă, am constatat că 61,9% dintre pacientele din grupul COVID-19 erau de proveniență din mediul urban, comparativ cu 72,8% dintre paciente non-COVID-19 (valoarea $p=0,045$). Grupurile de cercetare nu au variat substanțial în ceea ce privește vârsta, starea civilă, paritatea sau gradul de educație (Tabelul 1).

Tabelul 1 – Comorbiditățile cu risc în COVID-19

Variable (Frecvența)*	COVID-19 pozitiv (n = 168)	COVID-19 negativ (n = 136)	P
Vârsta (media±SD)	31.4±7.8	30.9±6.4	0.693
Statutul civil			0.877
Căsătorită	153(91.0%)	127(93.3%)	
Singură	4(2.3%)	3(2.2%)	
Divorțată	7(4.1%)	4(2.9%)	
Văduvă	4(2.3%)	2(1.4%)	
Paritate			0.220
Primigravida	39(23.2%)	40(29.4%)	
Multipară	129(76.8%)	96(70.5%)	
Venituri			0.048
Mici	38(22.6%)	17(12.5%)	
Medii	86(51.2%)	72(52.9%)	
Mari	44(26.2%)	47(34.5%)	
Nivelul de educație			0.548
≤12 ani	42(25.0%)	30(22.1%)	
>12 ani	126(75.0%)	106(77.9%)	
Ocupație			0.039
Angajată	88(52.3%)	69(50.7%)	
Afacere proprie	45(26.8%)	51(37.5%)	
Fără loc de muncă	35(20.9%)	16(11.8%)	
Locul de proveniență			0.045
Rural	64(38.1%)	37(27.2%)	
Urban	104(61.9%)	99(72.8%)	

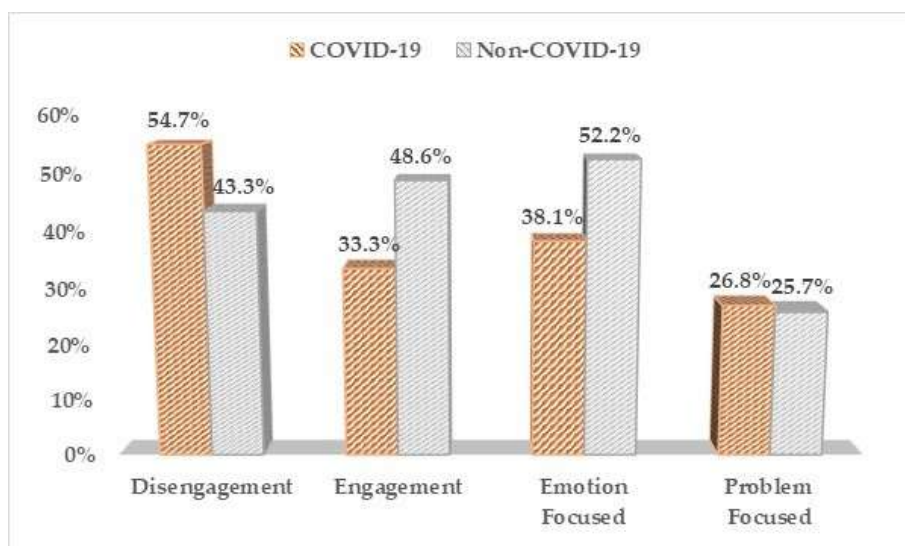


Figura 1 – Comparație între femeile gravide COVID-19 pozitive și COVID-19 negative pe baza probabilității lor ridicate de a utiliza mecanismele de coping determinate de sondajul COPE-60

Am găsit o diferență substanțială în metodele de coping în funcție de prezența sau absența infecției cu SARS-CoV-2 folosind chestionarul COPE-60 (Figura 1). Potrivit studiului, femeile însărcinate infectate au avut o probabilitate de aproape 55% de a adopta o tehnică de dezangajare a gestionării stresului, comparativ cu 43% din celelalte gravide care au avut o sarcină în timpul pandemiei, dar nu au fost infectate (valoarea $p=0,048$). În plus, s-au găsit rezultate semnificative la nivelul tehnicilor de coping pozitive, aproape 50% dintre pacientele din grupul non-COVID-19 utilizând o strategie de coping de angajament, comparativ cu doar o treime dintre femeile din grupul de sarcină pozitive cu COVID-19 (valoarea $p=0,007$). Pacientele care au fost testate pozitiv pentru COVID-19 au fost mai predispuse să utilizeze strategii de coping axate pe emoție la o rată de 38%, comparativ cu 52% în grupul non-COVID-19 (valoarea $p=0,013$).

Concluzii:

1. Tratamentul COVID-19 la femeile gravide continuă să reprezinte o provocare pentru obstetricieni și chirurgi.
2. Este esențial ca femeile însărcinate să primească tratament holistic în aceste perioade.
3. De-a lungul acestei crize în curs de desfășurare, maternitățile trebuie să îndeplinească în continuare cerințele necesare pentru a satisface calitatea preconizată a actului medical în timpul îngrijirii mamelor, sugarilor și familiile acestora.
4. Femeile însărcinate și mamele au un risc mai mare de complicații materne, fetale și de sarcină, existând studii care evidențiază rolul esențial al conexiunilor sociale pe tot parcursul sarcinii.
5. Cercetările noastre au relevat anumite categorii de riscuri în sarcină care sunt influențate negativ de stresul COVID-19 și sunt mai susceptibile să se angajeze în mecanisme negative de coping, afectând astfel recuperarea lor mentală și calitatea vieții.

6. Femeile însărcinate șomere, în special cele care trăiesc în sărăcie în regiunile rurale, par să prezinte un risc mai mare de infecție cu SARS-CoV-2 în timpul sarcinii, împreună cu complicațiile de sănătate mintală asociate, cum ar fi creșterea anxietății și depresiei sau creșterea poverii fizice.
7. În cele din urmă, calitatea îngrijirii spitalicești nu diferă semnificativ între unitățile de maternitate COVID-19 și non-COVID-19, cu excepția competenței tehnice inferioare a unităților COVID-19, care poate fi atribuită lipsei de experiență în astfel de scenarii și schimbarea constantă a regulilor care reglementează îngrijirea pacienților.
8. Femeile însărcinate fără loc de muncă care trăiesc în sărăcie în zona rurală au avut o incidență mai mare a infecției cu SARS-CoV-2 în timpul sarcinii. Ele au experimentat un nivel de îngrijorare mai mare, precum și o presiune fizică crescută și oboseală. Aceste rezultate, nu sunt afectate de îngrijirea medicală, care a rămas consistentă în toate unitățile de maternitate COVID-19 și non-COVID-19 la noi în țară, cu excepția ratingurilor de competență tehnică a personalului medical substanțial mai mici pentru facilitățile COVID-19.
9. Pe măsură ce efectele pandemiei devin clare și apar noi focare, tratamentul trebuie să sublinieze povara fizică suplimentară asupra femeilor însărcinate care se infectează cu SARS-CoV-2, precum și asistență psihologică, emoțională și de sănătate mintală.

CONTRIBUȚII ORIGINALE

Contribuțiile originale aduse prin prezenta lucrare pot fi sumarizate astfel:

1. Studiile de față sunt singurele din România până în prezent care au inclus o populație cuprinzătoare de femei gravide aflate în cursul sarcinii în perioada pandemiei COVID-19, cu scopul de a evalua rezultatele obstetrice și sănătatea psihică a gravidelor care au trecut prin infecția cu SARS-CoV-2.
2. S-au identificat alterări ale scorului APGAR atunci când gravidele au fost infectate cu SARS-CoV-2 în timpul sarcinii. În plus, această infecție în timpul celui de-al treilea trimestru de sarcină crește semnificativ riscul de rupere prematură a membranelor amniotice și nașterii premature cu indicație de intervenție cezariană.
3. Alte descoperiri importante ale studiilor noastre arată că gravidele sunt afectate negativ de stresul bolii COVID-19 și sunt mai susceptibile să folosească mecanisme negative de coping, afectând astfel recuperarea lor mentală și calitatea vieții. S-au identificat categorii de femei gravide care prezintă un risc mai mare de infecție cu SARS-CoV-2 și care sunt expuse la niveluri crescute de anxietate și depresie. Cu toate acestea, se pare că calitatea îngrijirii spitalicești nu diferă semnificativ între unitățile de maternitate COVID-19 și non-COVID-19.

Această cercetare nu a primit finanțare.