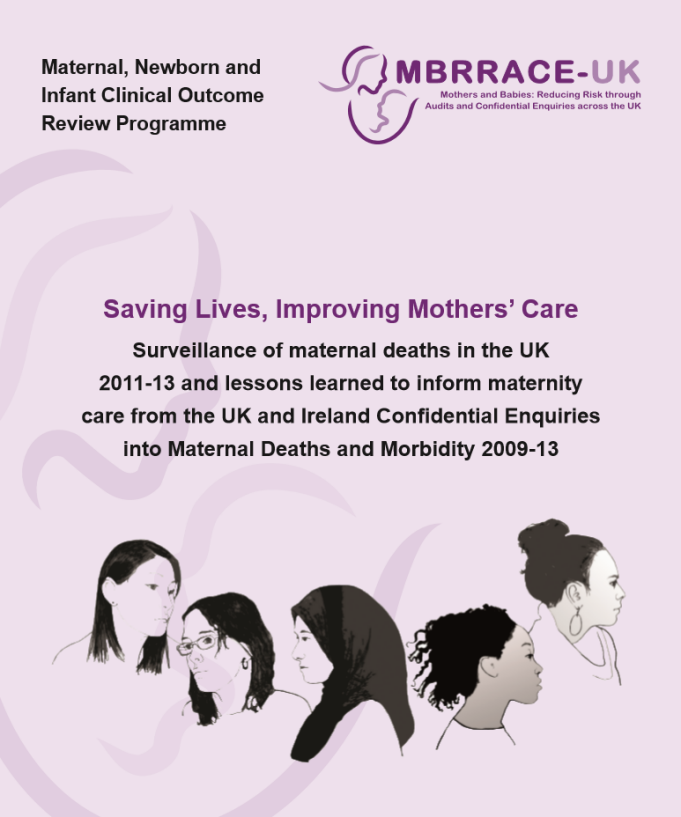
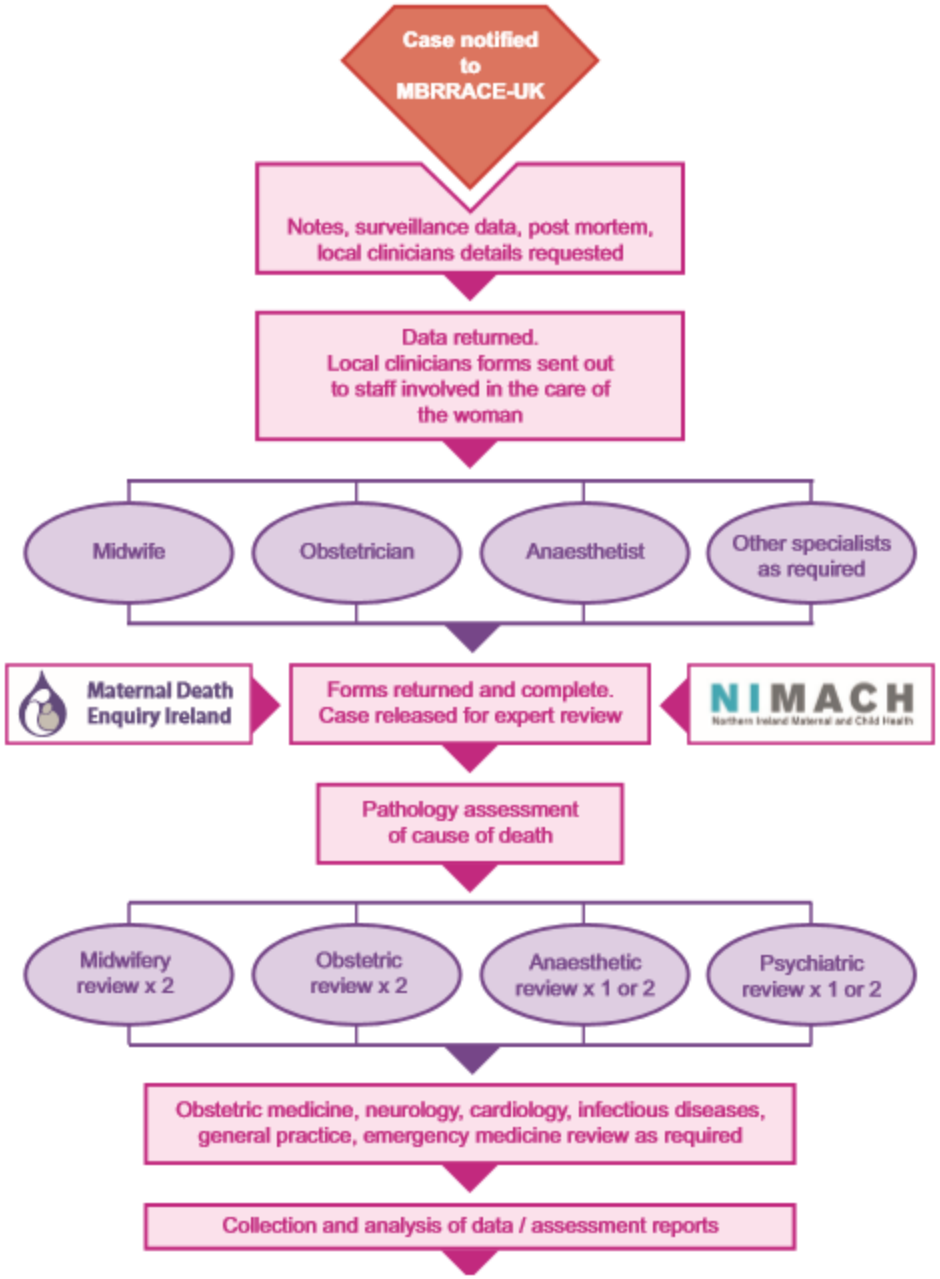
Proč dnes umírají matky ve Velké Británii

MUDr Sylva Dolenská FRCA

Říjen 2016

MBRRACE - UK


Maternal, Newborn and
Infant Clinical Outcome
Review Programme
MBRRACE-UK
Mothers and Babies: Reducing Risk through
Audits and Confidential Enquiries across the UK
Saving Lives, Improving Mothers' Care
Surveillance of maternal deaths in the UK
2011-13 and lessons learned to inform maternity
care from the UK and Ireland Confidential Enquiries
into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13


Case notified to MBRRACE-UK
Notes, surveillance data, post mortem, local clinicians details requested
Data returned. Local clinicians forms sent out to staff involved in the care of the woman
Midwife
Obstetrician
Anaesthetist
Other specialists as required
Maternal Death Enquiry Ireland
Forms returned and complete. Case released for expert review
NIMACH
Northern Ireland Maternal and Child Health
Pathology assessment of cause of death
Midwifery review x 2
Obstetric review x 2
Anaesthetic review x 1 or 2
Psychiatric review x 1 or 2
Obstetric medicine, neurology, cardiology, infectious diseases, general practice, emergency medicine review as required
Collection and analysis of data / assessment reports

Období 2011 - 2013

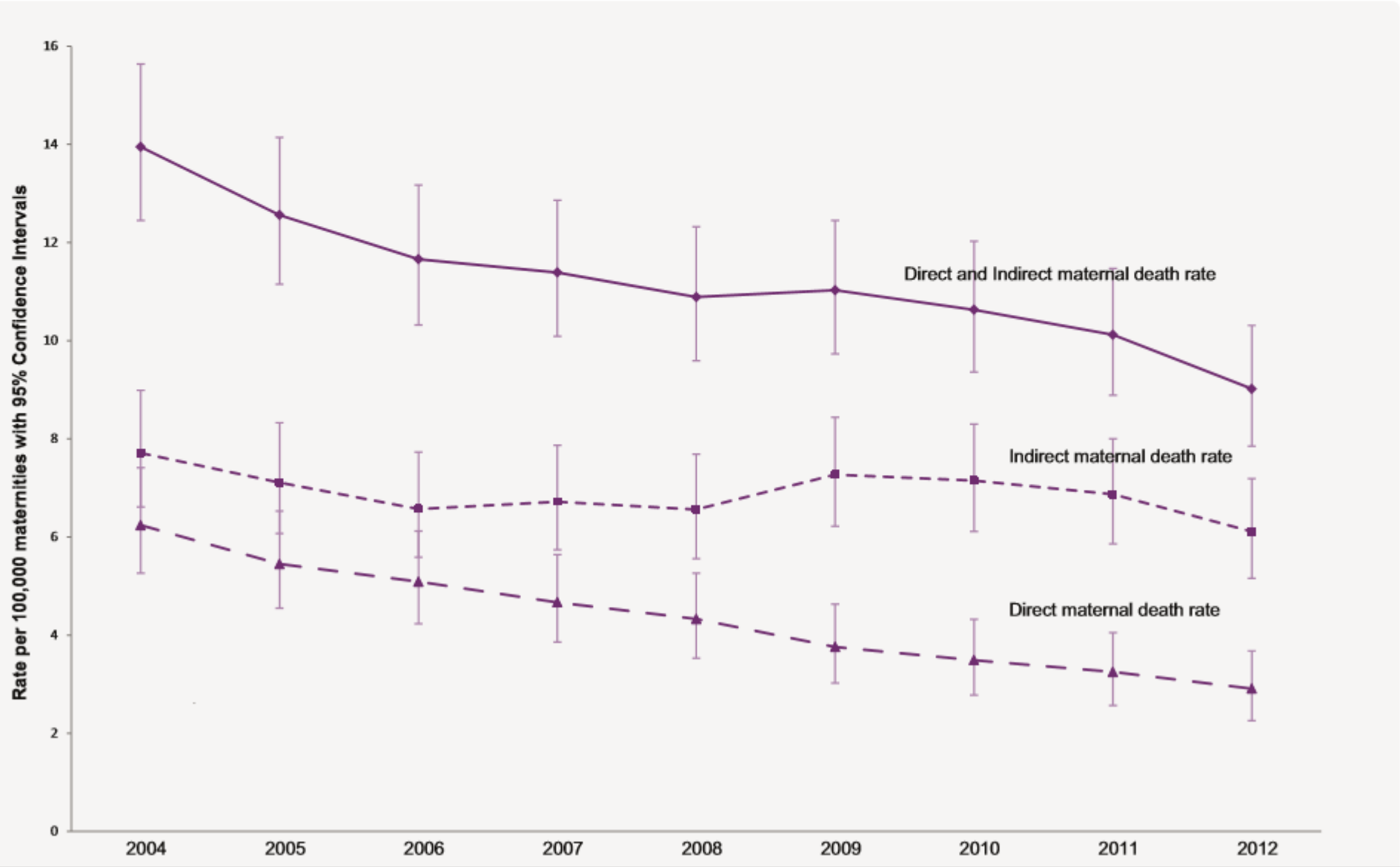
Zemřelo celkem 214 těhotných nebo matek do 42. dne po skončení těhotenství

= Mortalita 9/100 K

Pouze 134 identifikováno z ÚL

= mortalita 5,57/100 K

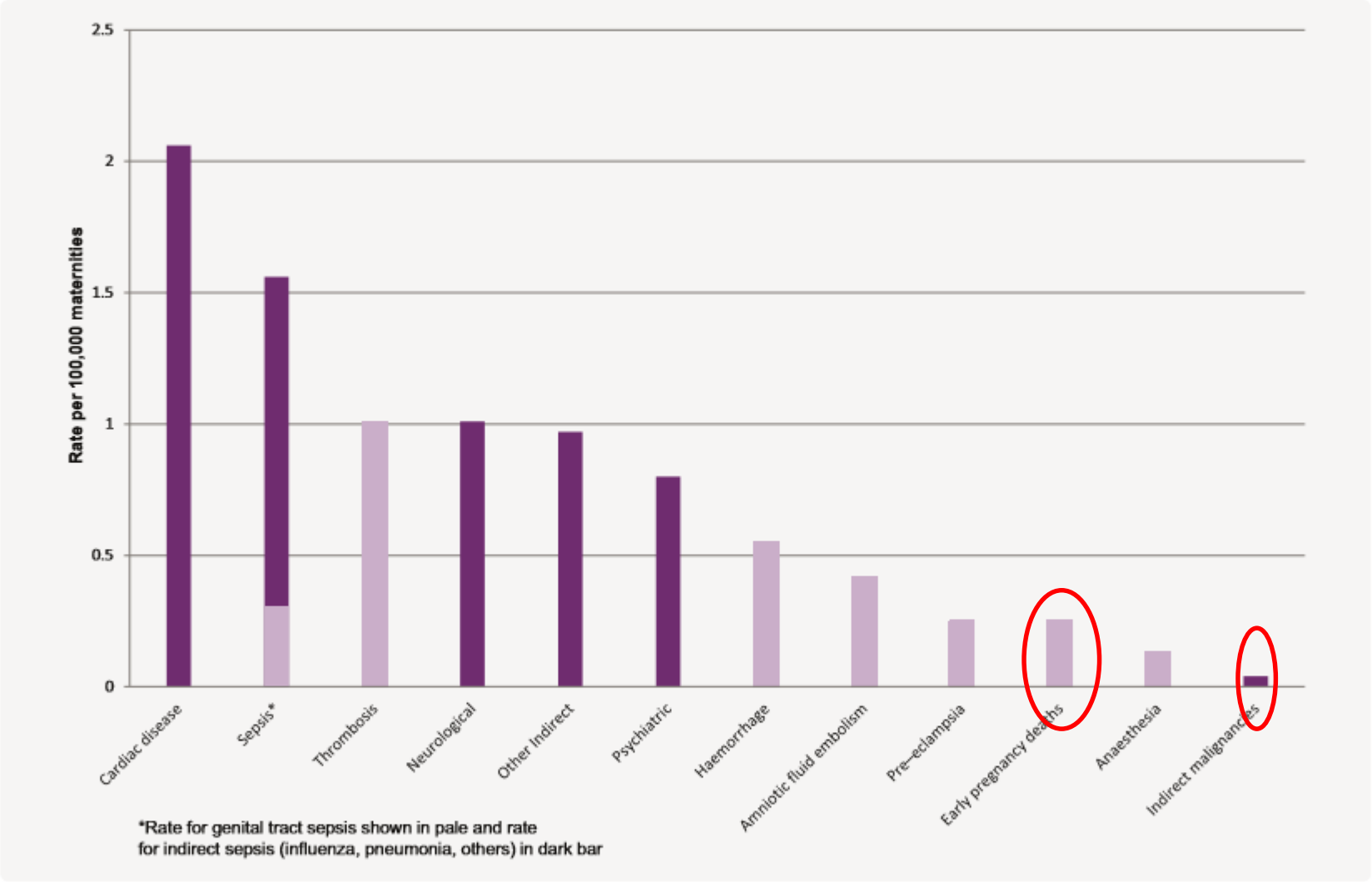
Direct and Indirect maternal mortality rates per 100 000 maternities; rolling three year rates 2003-2013



Hlavní body

- Mateřská mortalita v UK má klesající trend
- Mortalita z přímých příčin se snižuje
- Trombóza a tromboembolie vedou v přímých příčinách
- Mortalita z nepřímých příčin je vysoká a nedoznává změn
- Chřipka nebyla důležitým faktorem v posledním trienniu

Figure 2.3: Maternal mortality by cause 2011-13



Dark bars indicate indirect causes of death, pale bars show direct causes of death; Source: MBRRACE-UK

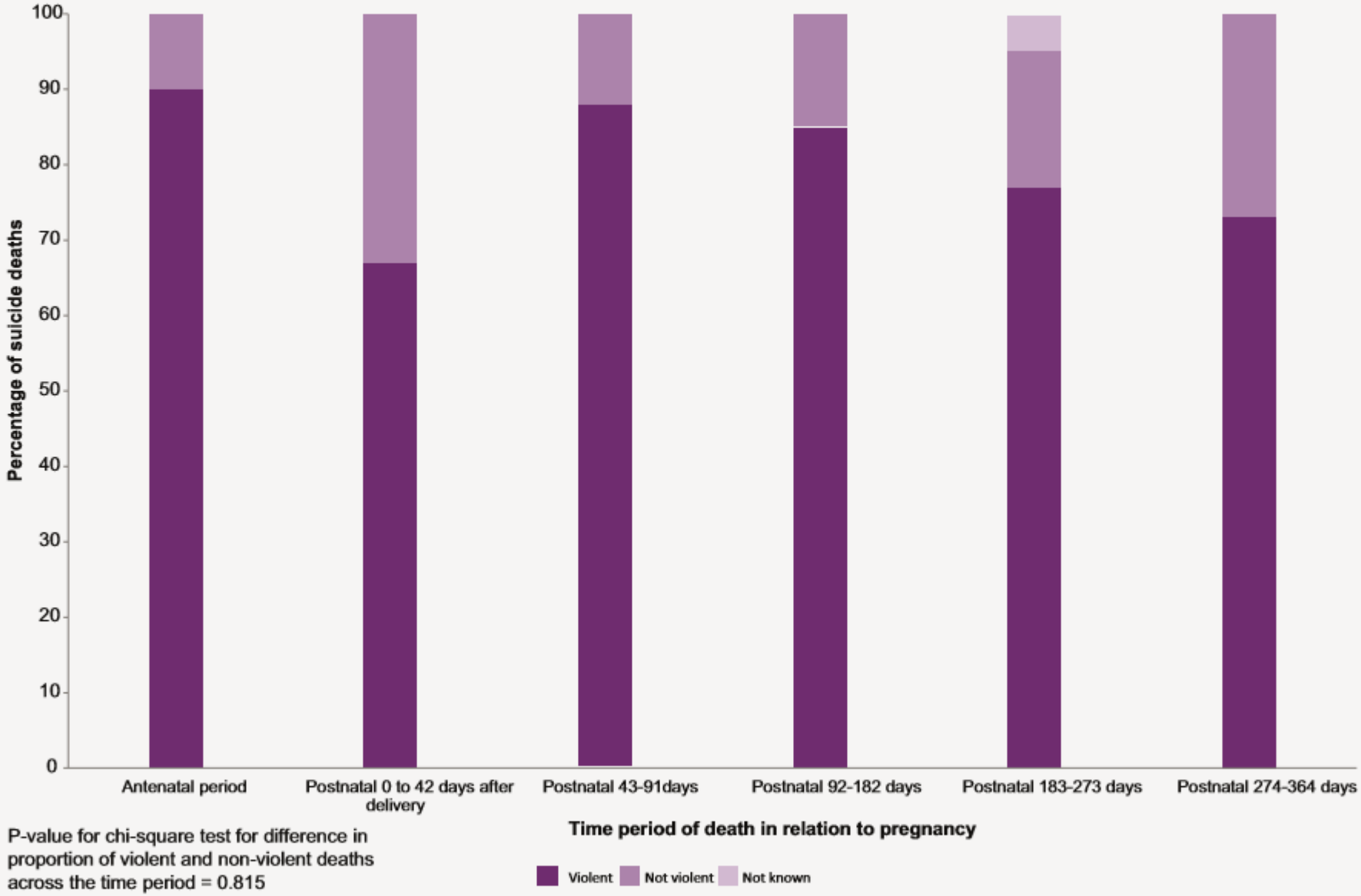
2011 – 13: Zaměření na φ

- 14/100 K žen zemřelo po 42. týdnu do 1 roku
- Z toho 23% na psychiatrické příčiny
- 1 ze 7 těchto žen spáchala sebevraždu
- 40% žen nemá přístup ke specializované psychiatrické péči

Psychiatrické příčiny 2009 - 13

- 101 žen sebevražda (většinou násilná smrt)
- 58 žen následky užívání drog

Figure 3.1: Timing of violent suicide deaths in relation to pregnancy 2009-13



P-value for chi-square test for difference in proportion of violent and non-violent deaths across the time period = 0.815

Table 3.4: Timing of the deaths of women who died from mental-health related causes in relation to pregnancy, UK and Ireland 2009-13

Time period of deaths in the pregnancy care pathway	Suicide (n=101*) Frequency (%)	Substance misuse (n=58) Frequency (%)	Total (n=161**) Frequency (%)
Antenatal period	12 (12)	5 (9)	17 (11)
Postnatal 0 to 6 weeks after delivery	9 (9)	6 (10)	16 (10)
Postnatal more than 6 weeks but less than 3 months after delivery	17 (17)	10 (17)	28 (17)
Postnatal 3 months or more but less than 6 months after delivery	26 (26)	11 (19)	37 (23)
Postnatal 6 months or more but less than 9 months after delivery	22 (22)	14 (24)	36 (22)
Postnatal 9 months or more but less than 12 months after delivery	15 (15)	12 (21)	27 (17)

*The suicide group includes 14 women who also had drug and alcohol related problems; **Total includes two women who died from other mental-health related causes

Violent suicide is an indicator of clear intent and underlying significant mental disorder. Any expression of suicidal thoughts in pregnancy or the postpartum period should be taken seriously and mental health services should have a low threshold for initial and ongoing assessment.

Timing

All time periods after childbirth pose a greater risk for suicide, when compared with the nine-month antenatal period (Table 3.4). For the majority of women, however, the onset of their illness occurred weeks or months before their eventual suicide. The early postpartum onset of severe maternal mental illness has been noted previously, and its suddenness and rapidity of progression was observed once again amongst the women assessed here.

Hlavní body pro zlepšení psychiatrické péče v těhotenství

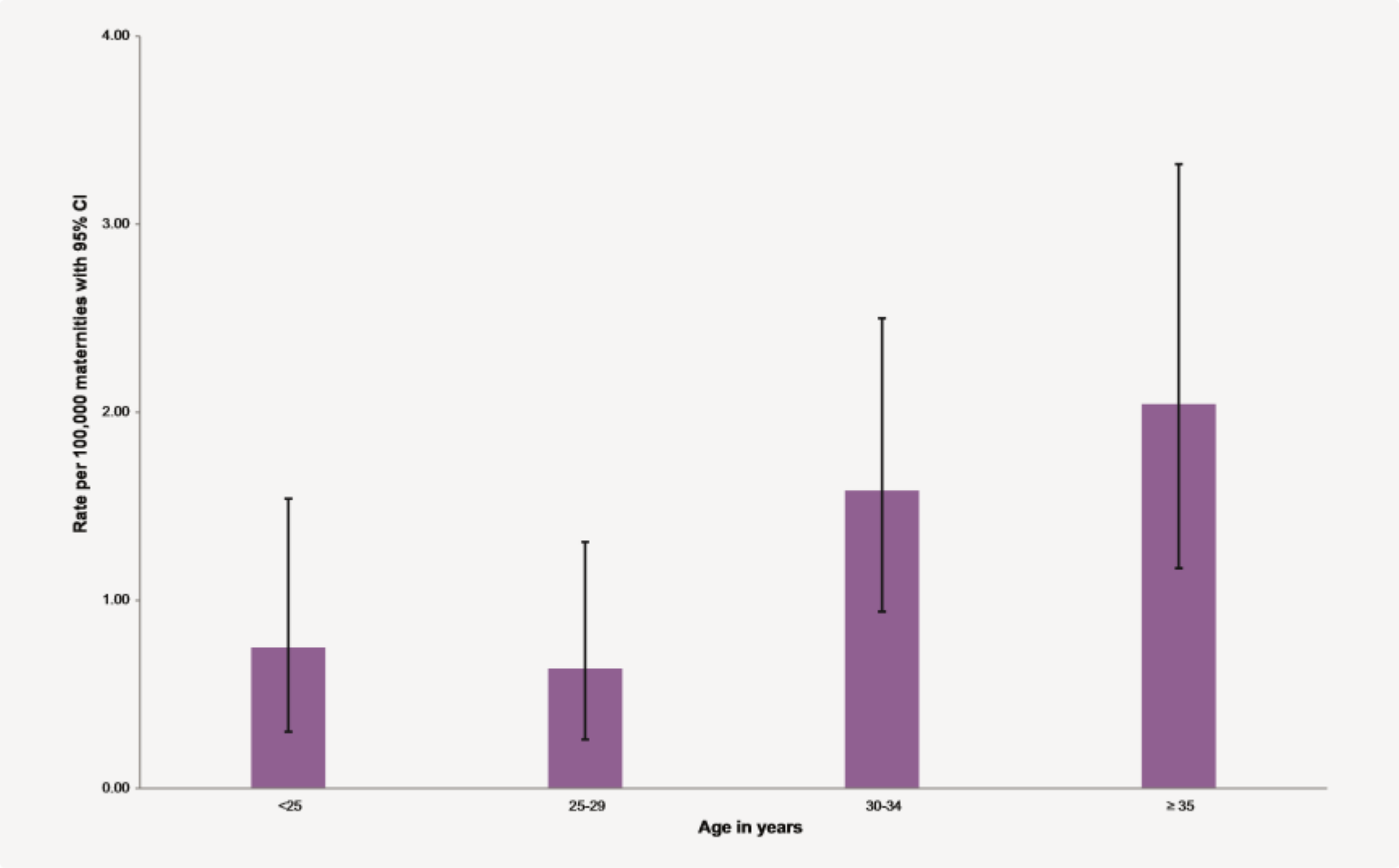
- Rychle se měnící psychický stav
- Myšlenka na sebevraždu
- Odcizení se dítěti
- Persistentní pocit neadekvátnosti
- Známky psychózy

- je třeba urgentní specializované psychiatrické vyšetření

Tromboembolická choroba

- 48 žen zemřelo během těhotenství a do 42 dnů po porodu
- Mortalita 1,01 na 100K
- 50% VTE začal antenatálně
- 50% antenatálních v prvém trimestru
- 50% z postnatálních byly SC
- Celkově 1/3 měla jen jeden nebo žádný rizikový faktor

Figure 4.1: Maternal deaths from VTE by age among women who died during pregnancy or up to weeks postpartum (n=48), UK and Ireland 2009-13



Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium

Green-top Guideline No. 37a

April 2015

Rizikové faktory VTE

- Kouření
- Obezita ≥ 40 kg/m2
- Parita ≥ 3
- Věk ≥ 35 let
- Preeklampsie
- Předchozí VTE nebo trombofilní choroby
- Další porodnické, neurologické a interní faktory

Appendix B: Risk assessment for VTE

Appendix III: Risk assessment for venous thromboembolism (VTE)

- If total score ≥ 4 antenatally, consider thromboprophylaxis from the first trimester.
- If total score 3 antenatally, consider thromboprophylaxis from 28 weeks.
- If total score ≥ 2 postnatally, consider thromboprophylaxis for at least 10 days.
- If admitted to hospital antenatally consider thromboprophylaxis.
- If prolonged admission (> 3 days) or readmission to hospital within the puerperium consider thromboprophylaxis.

For patients with an identified bleeding risk, the balance of risks of bleeding and thrombosis should be discussed in consultation with a haematologist with expertise in thrombosis and bleeding in pregnancy.

Risk factors for VTE

Pre-existing risk factors	Tick	Score
Previous VTE (except a single event related to major surgery)		4
Previous VTE provoked by major surgery		3
Known high-risk thrombophilia		3
Medical comorbidities e.g. cancer, heart failure; active systemic lupus erythematosus, inflammatory polyarthropathy or inflammatory bowel disease; nephrotic syndrome; type I diabetes mellitus with nephropathy; sickle cell disease; current intravenous drug user		3
Family history of unprovoked or estrogen-related VTE in first-degree relative		1
Known low-risk thrombophilia (no VTE)		1*
Age (> 35 years)		1
Obesity		1 or 2*
Parity ≥ 3		1
Smoker		1
Gross varicose veins		1
Obstetric risk factors		
Pre-eclampsia in current pregnancy		1
ART/IVF (antenatal only)		1
Multiple pregnancy		1
Caesarean section in labour		2
Elective caesarean section		1
Mid-cavity or rotational operative delivery		1
Prolonged labour (> 24 hours)		1
PPH (> 1 litre or transfusion)		1
Preterm birth < 37[+0] weeks in current pregnancy		1
Stillbirth in current pregnancy		1
Transient risk factors		
Any surgical procedure in pregnancy or puerperium except immediate repair of the perineum, e.g. appendicectomy, postpartum sterilisation		3
Hyperemesis		3
OHSS (first trimester only)		4
Current systemic infection		1
Immobility, dehydration		1
TOTAL		

Abbreviations: ART assisted reproductive technology; IVF in vitro fertilisation; OHSS ovarian hyperstimulation syndrome; VTE venous thromboembolism.

*If the known low-risk thrombophilia is in a woman with a family history of VTE in a first-degree relative postpartum thromboprophylaxis should be continued for 6 weeks.

*BMI ≥ 30 = 1; BMI ≥ 40 = 2

 © Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Nový doporučený postup RCOG pro prevenci VTE

- Ženy ≥ 40 kg/m^2 nebo s dvěma faktory mají dostat profylaktický nízkomolekulární heparin v přiměřené dávce do deseti dnů po porodu
- Předchozí VTE nebo trombofilie je vysoce rizikový faktor, vyžadující dozor specialisty už od první návštěvy v antenatální poradně nebo před početím
- Další detailní postupy

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists

Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management

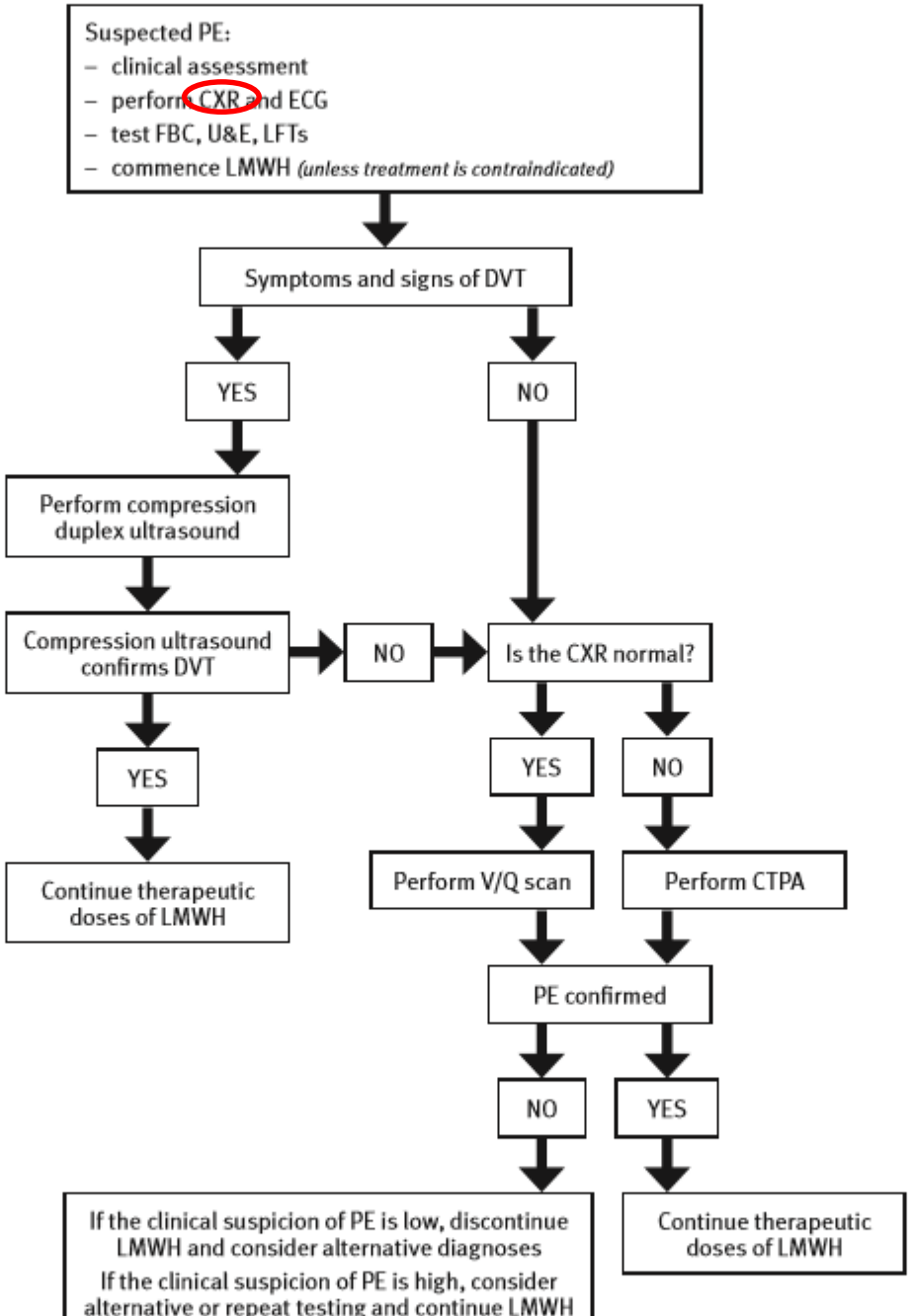
Green-top Guideline No. 37b

April 2015

Nový doporučený postup pro léčbu VTE

- Při podezření na hlubokou trombózu nebo PE zahajte léčbu LMWH až do spolehlivého vyloučení diagnózy, pokud nejsou silné kontraindikace.
- Při masivní PE je indikováno srdeční echo nebo CTPA do 1 hodiny od prezentace. Zahajte trombolýzu po potvrzení diagnózy nebo urgentně před.

Appendix I: Algorithm for the investigation and initial management of suspected PE in pregnancy and the puerperium



Další statě MBRRACE 2011 - 2013

- Těhotné s rakovinou
- Domácí násilí
- Pozdní úmrtí (do jednoho roku)
- (Anestézie tento rok nezmíněna)

Závěry a doporučení (kromě psychiatrie)

- VTE: zhodnocení rizika před těhotenstvím nebo v raném těhotenství
- Malignita v těhotenství vyžaduje stejné léčení jako mimo těhotenství. Není to vždy indikace k předčasnému ukončení těhotenství operativně.
- Antenatální dotazník by měl zjistit, zda těhotná netrpí domácím násilím. Také ostatní zdravotnická zařízení by měla položit podobnou otázku.