

Protocol

Sarcina si valvulopatiile

1 INTRODUCERE

Valvulopatiile reprezinta una din multiplele boli cardiovasculare, care afecteaza un numar mare de gravide, necesita proceduri standardizate de diagnostic, precum si o conduita terapeutica de durata.

Valvulopatiile sunt frecvent diagnosticate în sarcina, atunci când solicitarea cardiaca le declanseaza simptomatologia.

Medicul trebuie sa obtina un consimtamânt informat scris de la gravidele cu boli cardiace, mai ales la cu risc crescut, (cu informarea familiei) în cazul refuzului întreruperii cursului sarcinii.

2. SCOP

Scopul acestui protocol este de a standardiza abordarea valvulopatiilor asociate sarcinii, mai ales din punctul de vedere al conduitei pluridisciplinare, al monitorizarii prenatale, finalizarii sarcinii si al urmaririi postnatale, pentru îmbunatatirea prognosticului materno-fetal.

Prezentul protocol clinic pentru obstetrica si ginecologie, este elaborat pentru satisfacerea urmatoarelor deziderate:

- cresterea calitatii unui serviciu medical, a unei proceduri medicale;
- referirea la o problema cu mare impact pentru starea de sanatate sau pentru un indicator specific;
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice;
- ghidul asigura continuitatea între serviciile oferite de medici si de asistente efectuarea rapida a consultatiei cardiologice, în cazul suspiciunii existentei unei valvulopatii;
- organizarea serviciilor medicale prestate de catre medicii obstetricieni, pentru monitorizarea sarcinilor la valvulopate, urmata de alegerea individualizata a momentului, locului si modalitatii de finalizare a sarcinii;
- cresterea calitatii serviciilor medicale standardizate, integrate, interdisciplinare si a procedurilor medicale la gravidele cu valvulopatii cardiace.

Acest protocol clinic pentru obstetrica si ginecologie este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

I. Evaluare (aprecierea riscului) si diagnostic

II. Conduita (preventie si tratament)

III. Urmarire si monitorizare

IV. Aspecte administrative

I. EVALUARE SI DIAGNOSTIC

Evaluarea pacientului

Diagnosticul si evaluarea severitatii valvulopatiei trebuie sa se bazeze pe integrarea datelor clinice si a rezultatelor investigatiilor analizarii istoricului bolii este stabilirea simptomelor actuale si din trecut. ca si stabilirea comorbiditatilor.

Medicul trebuie sa evalueze gravidele tinând cont de modificarile hemodinamice estationale.

Modificarile hemodinamice gestationale pot fii:

A. Fiziologice

B. Patologice la gravidele cu valvulopatii

Observatie: Tahicardizarea usoara si cresterea debitului cardiac sunt fiziologice. Ele pot contribui la aparitia unor complicatii în contextul unei patologii cardiace preexistente, prin suprasolicitare de volum si cresterea consumului de oxigen al miocardului. Tahicardizarea excesiva demasca o discrepanta între conditiile hemodinamice necesare unei sarcini fiziologice si cele pe care le poate oferi stordul patologic

Evaluarea clinica a gravidelor valvulopate

Medicul trebuie sa analizeze simptomatologia cardiaca a gravidelor.

Simptomatologia sarcinii normale o poate mima pe cea a bolilor valvulare. În sarcina normala pot aparea:

- dispnee de efort
- ortopnee
- astenie
- edeme declive
- presincopa

Medicul de specialitate OG, cel de medicina de familie si cel cardiolog trebuie sa efectueze cu atentie examenul fizic al aparatului cardiovascular.

Examenul fizic cardiac poate fi înșelator la gravidele sanatoase.

- pulsul este bine batut, usor tahicardic
- socul apexian este hiperkinetic
- zgomotul I este accentuat, eventual dedublat
- zgomotului II este dedublat în mod fiziologic; dedublarea poate deveni fixa în stadiile avansate ale sarcinii
- zgomotul III este audibil la cca. 80% din gravide
- la cca. 90% dintre gravide se aude, pe marginea sternala stânga, un murmur mezosistolic < gradul 3/6 , ce poate fi accentuat de anemie.

Medicul de specialitate OG si cel de medicina de familie, în urma examenului clinic al aparatului cardiovascular, trebuie sa ia în calcul o eventuala boala valvulara, atunci când evalueaza raspunsul cardiac la modificarile hemodinamice gestationale.

Medicul de familie cel de specialitate OG si cel cardiolog, trebuie sa caute criteriile clinice de suspiciune ale valvulopatiilor.

Medicul de specialitate OG si cel de medicina de familie trebuie sa recomande gravidei suspectata clinic ca fiind valvulopata efectuarea cât mai rapida a unui consult cardiologic.

Evaluarea fetala la gravidele cu boli cardiace congenitale.

Medicul trebuie sa indice efectuarea evaluarii cardiace fetale la toate gravidele cu boli cardiace congenitale (BCC), prin ecocardiografie fetala.

Se recomanda medicului sa indice depistarea BCC fetale pâna la 24 saptamâni de amenoree .

oferă posibilitatea efectuării avortului terapeutic

CONDUITA

Conduita la gravidele cu valvulopatii cunoscute pre-gestational trebuie să fie stabilită de o echipă multidisciplinară în cadrul centrelor de referință (maternități de nivel III - instituite de boli cardiovasculare).

Conduita generală

Medicul trebuie să ofere consiliere pre-concepțională și/sau antenatală pacienților necunoscute ca valvulopate.

Consilierea pre-concepțională și/sau antenatală a pacienților valvulopate vizează următoarele obiective:

oferirea de informații privind riscurile materno-fetale;

obiectivarea statusului funcțional cardiac;

îndrumare către cardiolog pentru tratament de specialitate;

definirea unui plan scris de monitorizare prenatală;

recomandarea întreruperii de sarcină în cazul situațiilor cu risc considerat crescut;

obținerea unui consimțământ informat privitor la conduita aleasă.

Se recomandă medicului de specialitate OG și cardiolog să individualizeze conduita în cazul gravidelor valvulopate.

Medicul recomandă pacientei trimiterea într-un centru specializat de monitorizare și diagnosticare a afecțiunilor intercurrente (mai ales anemia, HTAIS, infecțiile și hipertiroidismul).

Conduita în cazul gravidelor cu boli cardiace congenitale cu risc scăzut

Medicul trebuie să consilieze gravidele cu boli cardiace congenitale (BCC) cu risc scăzut.

Standard Medicii cardiologi și de specialitate OG trebuie să informeze pacienta cu BCC cu risc crescut asupra riscurilor și complicațiilor menținerii sarcinii.

Argumentare Există riscul unei mortalități materne de 8-35% și al unei morbidități de 50%.

Medicii cardiologi și de specialitate OG trebuie să recomande întreruperea cursului sarcinilor gravidelor cu BCC cu risc crescut.

Argumentare Trebuie avut în vedere că întreruperea cursului sarcinii gravidelor cu valvulopatii congenitale cu risc crescut are riscuri adiacente prin vasodilatație și diminuarea anestezică a inotropismului cardiac matern.

Medicul trebuie să obțină un consimțământ informat scris de la gravidele cu BCC cu risc crescut, (cu informarea familiei) în cazul refuzului întreruperii cursului sarcinii.

Argumentare Pentru protejarea medicului față de litigiu în cazuri cu evoluție nefavorabilă.

Medicul cardiolog și cel de specialitate OG trebuie să recomande gravidelor cu BCC cu risc crescut și simptomatice, limitarea activității fizice și repausul la pat.

Argumentare Pentru diminuarea efortului cardiac. Repausul la pat reprezintă o metoda eficientă de menținere a saturatiei materno-fetale de O₂.

Recomandari

Medicul, cardiolog și cel de specialitate OG trebuie să indice spitalizarea gravidelor cu BCC cu risc crescut, în caz de hipoxemie evidentă.
Argumentare În interes vital materno-fetal.

Medicii cardiologi și de specialitate OG trebuie să recomande întreruperea cursului sarcinii gravidelor cu BCC cu risc crescut în caz de hipoxemie severă.
Se recomandă medicului cardiolog și de specialitate OG să indice internarea gravidelor cu BCC cu risc crescut, anterior sfârșitului trimestrului II.
Argumentare Deoarece riscul matern este mare (mortalitate 8-35%, morbiditate 0%).

Contraceptia la paciențele cu valvulopatii

Medicul trebuie să recomande o metoda contraceptivă la paciențele cu valvulopatii. Se recomandă medicului să ofere una dintre următoarele metode contraceptive la paciențele cu valvulopatii necomplicate:

- contraceptive orale numai cu progestative;
- contraceptive injectabile numai cu progestative (DMPA - medroxyprogesteronum acetat depot, NET-EN- norethisteronum enantat);
- implant cu Levonorgestrelum sau etonogestrelum;
- DIU cu Cupru (inclusiv ca metoda contraceptivă de urgență);
- DIU cu LNG (levonorgestrelum);
- prezervative, spermicide, diafragme, cupola cervicală;
- abținerea periodică, coit întrerupt;
- metoda amenoreei de lactație;
- sterilizare chirurgicală masculină.

Aceste metode contraceptive la paciențele cu valvulopatii necomplicate nu prezintă risc tromboembolic.

-Contraceptia la paciențele cu valvulopatii complicate

Se recomandă medicului să ofere una dintre următoarele metode contraceptive la paciențele cu valvulopatii complicate (hipertensiune pulmonară, fibrilație atrială, antecedente de endocardită):

- contraceptive orale numai cu progestative;
- contraceptive injectabile numai cu progestative;
- implant cu Levonorgestrelum sau etonogestrelum;
- sterilizare chirurgicală masculină.

Aceste metode contraceptive la paciențele cu valvulopatii complicate nu prezintă risc Tromboembolic.

Medicul trebuie să contraindica în mod absolut la paciențele cu valvulopatii complicate contraceptia estro-progestativă, argumentare datorită riscului tromboembolic.

II.URMARIRE SI MONITORIZARE

Medicul cardiolog si OG trebuie sa indice monitorizarea ecocardiografica si ECG naterna, alaturi de monitorizarea dinamica fetala.

IV.ASPECTE ADMINISTRATIVE

Medicul trebuie sa:

- efectueze consultatiile prenatale în mod corect;
- îndrume oportun gravidele cu valvulopatii la centrele cardiologice de referinta;
- indice nasterea, la momentul optim, cu suport medical multidisciplinar.

Medicul trebuie sa colaboreze cu medicii cardiologi, chirurgi cardiologi, anesteziști, neonatologi, geneticieni, infectionisti, hematologi, de explorari functionale, radiologi (dupa caz) si medicii de familie.

Acestia trebuie avizati, pentru a decide conduita optima si prioritatile necesare pentru diminuarea riscului matern si fetal.

Conduita la gravidele cu valvulopatii cunoscute pre-gestational trebuie sa fie stabilita de echipe multidisciplinare în cadrul centrelor de referinta (maternitati de nivel III /Institute de boli cardiovasculare).

Echipe multidisciplinara trebuie sa se întâlneasca cu pacientele valvulopate, cât mai precoce în sarcina, pentru elaborarea (scrisa) a unui plan de conduita.

Se recomanda medicului cardiolog si de specialitate OG ca gravidele cu valvulopatii cunoscute cu risc scazut sa fie monitorizate prenatal în spitalele locale, cu informarea centrelor de referinta.

Medicul trebuie sa indice pentru gravidele cu valvulopatii cu risc neprecizat, o consultatie la un centru de referinta cardiologic.

Medicul trebuie sa indice pentru gravidele cu valvulopatii cu risc crescut internarea si consultul interdisciplinar în centre de referinta.

Argumentare Pentru stabilirea conduitei optime.

Abrevieri

ACC American College of Cardiology (Colegiul American de Cardiologie)

AD atriu drept

AGREE Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (Revizia Ghidurilor pentru Cercetare & Evaluare)

AHA American Heart Association (Asociatia Americana a Inimii)

AHC antecedente heredocolaterale

AINS antiinflamatorii nesteroidiene

AP artera pulmonara

aPTT timpul partial de tromboplastina activata (activated partial thromboplastin time)

AS atriu stâng

ATI anestezie terapie intensiva

AV atrioventricular

AVC accident cardiovascular

AVK antagonisti ai vitaminei K

BAV bloc atrioventricular

BCC boli cardiace congenitale
 bpm batai pe minut
 cca. circa
 CCPP cardiomiopatia peripartum
 CCPT conectare cavo-pulmonara totala
 cls. clasa
 CMH cardiomiopatie hipertrofica / dilatativa
 cm centimetru
 CoAo coarctatie de aorta
 cp comprimat
 cps capsula
 CT computer tomograf
 CUD contractii uterine dureroase
 DC debit cardiac
 DIU dispozitiv intrauterin
 DMPA medroxyprogesteronum acetat depot
 DSA defect septal atrial
 DSV defect septal ventricular
 ECG electrocardiografie, electrocardiograf
 EI endocardita infectioasa (bacteriana)
 ELBW extremely low birth weight (greutate la nastere extrem de mica)
 EP embolie pulmonara
 EPA edem pulmonar acut
 ESC European Society of Cardiology (Societatea Europeana de Cardiologie)
 ETE ecocardiografie transesofagiana
 ETT ecocardiografie transtoracica
 f fiola
 FDA Food and Drug Agency (Agentia americana pentru controlul alimentelor si medicamentelor)
 FE fractie de ejectie
 FISH hibridizare fluorescenta in situ (fluorescent in situ hybridization)
 fl flacon
 g gram
 GPVM gravide cu proteze valvulare mecanice
 Hb hemoglobina
 Hg mercur

 HGMM heparine cu greutate mica moleculara (LMWH - low-molecular-weight heparin)
 HNF heparina nefractionata
 HTA hipertensiune arteriala
 HTIS hipertensiune arteriala indusa de sarcina
 HTP hipertensiune pulmonara
 HVD hipertrofie de ventricul drept
 HVS hipertrofie de ventricul stâng
 IAo insuficienta aortica
 IC insuficienta cardiaca
 ICC insuficienta cardiaca congestiva
 ICD insuficienta cardiaca dreapta
 ICS insuficienta cardiaca stânga

ILBW incredible low birth weight (greutate la nastere incredibil de mica)
IM insuficienta mitrala
i.m. intramuscular
IMAO inhibitori de monoaminoxidaza
inj injectabil
INR international normalized ratio
i.v. intravenos
IVD insuficienta ventriculara dreapta
IVS insuficienta ventriculara stânga
kg kilogram
kgc kilogramcorp
LNG levonorgestrelum
m/s metru/secunda
max maxim
mcg milicentigrame
methHb methemoglobina
mg miligrame
min minute
ml mililitri
mm milimetri
µg micrograme
NET-EN norethisteronum enantat
ng nanograme
NO2 dioxid de azot
NYHA New York Heart Association (Asociatia Inimii din New York)
O2 oxigen
OG Obstetrica - Ginecologie
OMS Organizatia Mondiala a Sanatatii
ONi oxid nitric inhalat
ONU Organizatia Natiunilor Unite
OTVD obstructia tractului de golire a ventriculului drept (RVOT- right ventricle outfl tract)
PaO2 presiunea arteriala de oxigen
PAp Presiunea în artera pulmonara
PGI2 Prostaciclina, prostaglandina I2
p.o. per oral
ppm parts per million (parti la milion)
PVM prolaps de valva mitrala
RAo regurgitare aortica
RCIU retard de crestere intrauterina
RM regurgitare mitrala
RMN rezonanta magnetica nucleara
ROC risc obstetrical crescut
RT regurgitare tricuspida
RVP rezistenta vasculara pulmonara
RVS rezistenta vasculara sistemica
s.a. saptamâni de amenoree
SAo stenoza aortica
SaO2 saturatia capilara cu O2
SAp stenoza de artera pulmonara

s.c. subcutanat
Sdr sindrom
SDRA sindrom de detresa respiratorie acuta (ARDS - acute respiratory distress syndrome)
SM stehoză mitrală
ST Interval-ST (traseu ECG)
TA tensiune arterială
TAD tensiune arterială diastolică
TAM (PAM) tensiune (presiune) arterială medie
TAS tensiune arterială sistolică
tb tableta
TF tetralogie Fallot
trim trimestru
TVM transpoziție de vase mari (TGA - transposition of great arteries)
TVMc transpoziție de vase mari corectate (cTGA - corrected transposition of great arteries)
VAB valvă aortică bicuspidă
UNFPA United Nations Population Fund (Fondul ONU pentru Populație)
UTIC unitate de terapie intensivă cardiacă
VCI vena cavă inferioară
VD ventricul drept
VG vârsta gestațională
VM valvă mitrală
VAPB valvulotomie/valvuloplastia aortică percutană cu balon
VMPB valvulotomie/valvuloplastia mitrală percutană cu balon (PMBV - percutaneou mitral balloon valvotomy)
VPPB valvulotomie/valvuloplastia pulmonară percutană cu balon
v.n. valori normale
VS ventricul stâng
vs versus
2D bidimensională
