

Fakulteti i Mjekësisë
Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”

Drejtimi: Infermieri



PUNIM DIPLOME

Tema: Sëmundjet e zemrës dhe shtatëzania

Punoi: Fidane Pnishi

Mentori: Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj

Gjakovë, Janar 2017

Deklarata e studentit

Kjo deklaratë është bërë më datë _____

Unë, Fidane Pnishi nr.ID 130306084

Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”

Fakulteti i Mjeksisë

Drejtimi:Infermieri

Deklaroj se punimi i titulluar Sëmundjet e zemrës dhe shtatëzania, është puna ime origjinale. Të njëjtin nuk e kam kopjuar nga asnjë punim të studentëve tjerë, apo nga ndonjë burim tjetër përveç atyre burimeve të cituara në mënyrë të rregullt, apo për të cilat është vënë shpjegim eksplicit në tekst, apo i njëjti nuk ka qenë pjesë e ndonjë punimi të shkruar nga unë apo ndonjë person tjetër por është siguruar nga shumë literatura të ndryshme me ndihmën e Mentorit përgjegjës për temën që më është caktuar.

SHKURTESAT:

NYHA-ja (New York Heart Associaton)

KMD (Kardiomiopatia e dilatuar)

KMP (kardiomiopatia peripartum)

EKG(Elektrokardiogrami)

HTA (Hipertensioni arterial)

Lista e figurave:

Figura 1. Kalenderi i shtatëzaniës

Figura 2.Shtatëzania

Figura 3.Testi i shtatëzaniës.

Figura 4. Sindromi Marfan

Figura 5. Trajtimi i shtatëzaniës

Lista e tabelave:

Tabela 1: Parimet e diagnostifikimit dhe monitorimit gjatë kujdesit prenatal

Tabela 2: Klasifikimi i sëmundjeve të zemrës sipas NYHA-s

Tabela 3: Risku amtar në shtatëzanië me probleme kardiake

Tabela 4: Shkalla e vdekshmërisë së lehonave nga sëmundjet e ndryshme e paraqitur nga përqindja më e lartë në të ultën.

Tabela 5: Paraqitja e shkaktarëve kardiak të vdekjes maternal

Lista e grafikoneve:

Grafikoni 1: Shkalla e vdekshmërisë së lehonave nga sëmundjet e ndryshme e paraqitur nga përqindja më e lartë në të ultën.

Grafikoni 2: Paraqitja e shkaktarëve kardiak të vdekjes maternal

FALENDERIMET:

Për rezultatet e arritura deri me tani:

Falënderoj familjen time për mbështetjen dhe përkrahjen që më dhanë në çdo aspekt pa asnjë kushtë.

Falënderoj shoqërinë time për përkrahjen e pafundme nga ta.

Falënderoj gjithashtu edhe profesorët dhe stafin udhëheqës të Universitetit të Gjakovës. Me shpresën që munda i tyre për të na edukuar dhe për të na bërë infermier të përkushtuar të shpërblehet nga ne.

Falënderoj edhe spitalin regjional Isa Grezda dhe repartin e gjinekologjisë për ndihmën e ofruar.

Në fund, falënderoj edhe mentorin tim Prof. Ass. Dardan Koqinaj, i cili gjithmonë gjeti kohë për të më ndihmar në realizimin e këtij punimi, andaj e falënderoj për zemërsisht për durimin, mundin, korrektësinë, angazhimin dhe këshillat e tij gjatë gjithë kësaj periudhe.

Gjithashtu një falenderim i veçantë për Prof. Ass. Selami Sylejmani i cili nuk hezitoi të më ndihmonte në gjetjen e të dhënave të nevojshme.

Përmbajtja

1.ABSTRAKT.....	6
2.HYRJJE	7
2.1 Shtatëzënia dhe sëmundjet e zemrës	8
2.2 Ndryshimet gjatë shtatëzanisë.....	9
2.3 Shenjat e shtatëzanisë:	10
2.4 Sëmundjet e lindura të zemrës dhe shtatëzania.....	11
2.5 Cilat janë sëmundjet kardiake ku nuk rekomandohet shtatëzania ?	12
2.6 Çka është e kundërlinduar në shtatëzani (cilat medikamente):.....	13
2.7 Lindja:	13
2.8 Parimet e diagnostikimit dhe monitorimit gjatë kujdesit prenatal:.....	16
2.9 Klasifikimi i sëmundjeve kardio-vaskulare në shtatëzani	17
2.10 SËMUNDJET KARDIOVASKULARE TË LINDURA	19
2.11 SËMUNDJET KARDIOVASKULARE TË FITUARA	23
2.12 Kujdesi Infermior.....	28
2.13 Vlerësimi fillestar infermior	28
2.14 Vlerësimi klinik - manifestimet klinike	29
2.15 Vlerësimi psikosocial.....	29
2.16 Diagnoza infermierore	29
2.17 Planifikimi infermior	30
2.18 Vlerësimi i arritjeve	30
3. QËLLIMI I PUNIMIT	31
4. METODOLOGJIA	32
5. REZULTATET DHE DISKUTIMI	33
6. PËRFUNDIM	40
7. REKOMANDIMET:	41
8.a. REZYME:.....	42
8.b. SUMMARY:.....	43
9. REFERENCAT	44
10. CV (Curriculum Vitae) e shkurtër e kandidatës	45

1.ABSTRAKT

Ky punim është realizuar me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermierëve të ardhshëm në fushën e gjinekologjise, respektivisht kujdesit infermior te gratë shtatëzëna. Lexuesit mund të informohen me gjendjen aktuale të grave shtatëzëna te cilat mund të jenë të prekura nga sëmundjet e zemrës,të cilat mund të jenë të lindura ose kongjenitale që e karakterizojnë gruan shtatëzënë, mund të jenë të fituara gjatë shtatëzanisë dhe mund të vazhdojnë të japin simptoma dhe shenja të sëmundjes edhe pas shtatëzanise. Informatat për këtë punim janë gjetur në universitetin e Gjakovës Fehmi Agani, drejtimi Infermieri, në biblioteken e qytetit të Gjakovës “Ibrahim Rugova”, në spitalin regional të Gjakovës respektivisht në repartin gjinekologjik dhe në mënyrë online etj.

Në të gjithë botën, numri i grave që kanë një sëmundje para-ekzistuese kardiovaskulare ose të cilat zhvillojnë probleme të zemrës gjatë shtatëzanisë janë në rritje dhe për shkak të mungesës së të dhënave evidentuar-bazuar, kjo ofron sfida për mjekut kurues. Nga ana tjetër, ekzistojnë sëmundje të cilat janë të lidhura direkt me shtatëzininë, siç janë çrregullimet hipertensive të shtatëzanisë dhe peripartum kardiomiopati, ose kur gjatë shtatëzanisë rritet rreziku për një sëmundje, si, për shembull, rrezikun e infarktut të miokardit. Këto sëmundje mund të kenë implikime afatgjata për jetën e grave të prekura dhe familjet e tyre. Ky shqyrtim përmbledh njohuritë aktuale në shpeshtësinë dhe përhapjen e sëmundjeve kardiovaskulare gjatë shtatëzanisë te gratë të paraqitura para- ose pas lindjes.

Mentori im është: Prof. Ass. Dardan Kocinaj.

Punimi përfshin 45 faqe, 5 tabela, 2 grafikone dhe 5 fotografi.

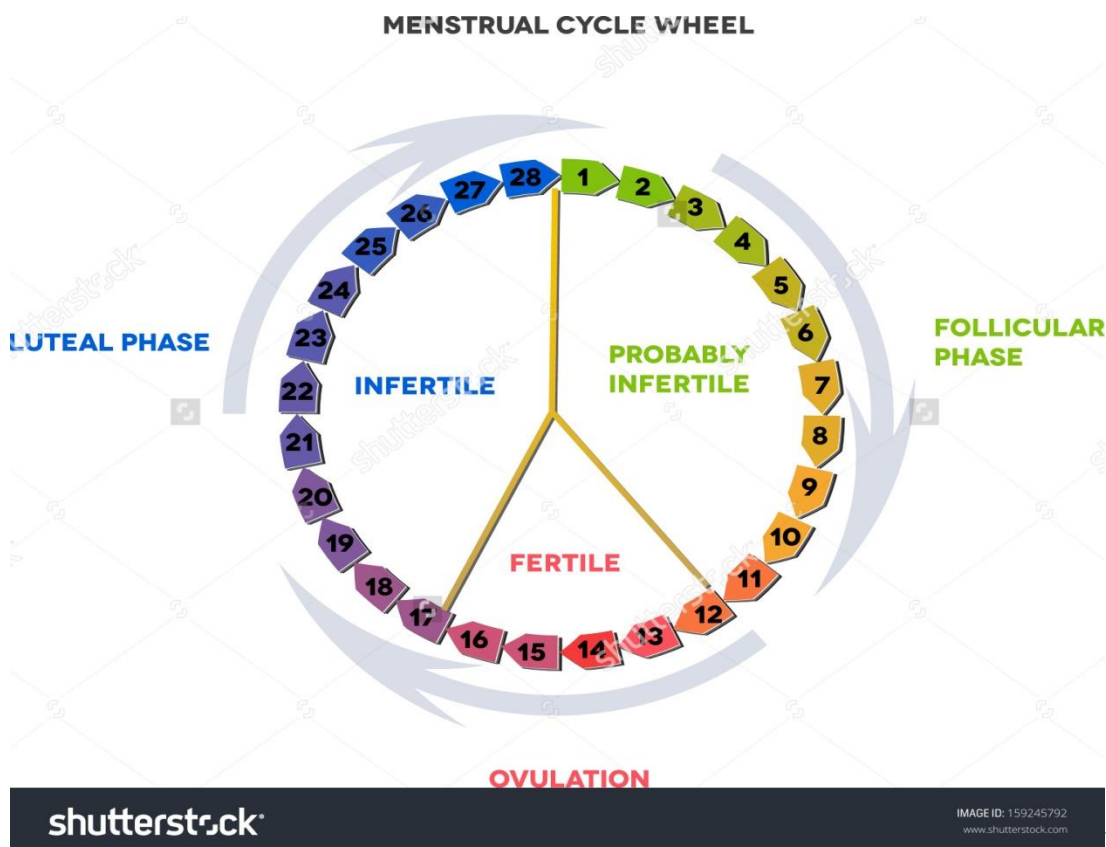
2.HYRJE

Shtatëzënia (në mjekësi përdoret edhe shprehja *graviditet* nga lat. *graviditas*) është periudha kohore, gjatë së cilës në trupin e femrës një qelizë vezore e fekunduar zhvillohet deri në një foshnje.

Përndryshe si shtatëzëni quhet edhe gjendja e gruas gjatë periudhës së barrës.

Tek njerëzit shtatëzënia zgjatë afro 40 javë, duke llogaritur prej kohës së ciklit të fundit menstrual dhe lindjes (38 javë që nga fertilizimi).

Shtatëzënia ndahet në dy periudha ose faza: në fazën embrionale, gjatë tre muajve të parë, krijohen të gjithë fillesat e organeve, që rriten më pas në fazën fetale deri në lindje.¹



1. Kalenderi i shtatëzënisë

Burimi: <http://www.bebaime.com>

¹ www.drkozeta.com

2.1 Shtatëzënia dhe sëmundjet e zezrës

Shtatëzënia dhe periudha për rreth lindjes shoqërohen me ndryshime të rëndësishme kardioqarkulluese dhe hormonale, që mund të çojnë në rritjen jo vetëm të sëmundshmërisë por edhe të vdekshmërisë amtare. Megjithë zhvillimet teknologjike mjekësore të dy dekadave të fundit, sëmundjet kardiake me një prevalencë nga 1-4% mbeten një shkak i rëndësishëm i vdekshmërisë amtare, duke zënë 10-25% të gjithë shkaqeve dhe duke patur dhe një efekt domethënës në mbijetesën fetale.²



Figura 2.Shtatëzania.

Burimi: <http://www.bebaime.com>

² Thorne SA. Pregnancy in heart diseases. Heart 2004; 90:450-6.

2.2 Ndryshimet gjatë shtatëzanisë

Gjatë shtatëzanisë ndodhin shumë ndryshime, të cilat janë të lidhura me të. Tanimë organizmi juaj vihet edhe në dispozicion të fëmijës.

Ato ndryshime janë:

- ❖ Konstipacioni (kapsllëku)
- ❖ Edemat (fryrjet) e gjymtyrëve Dhimbjet e kokës
- ❖ Sekretionet vaginale
- ❖ Dhimbjet e mesit
- ❖ Të përzierat dhe të vjellat
- ❖ Kruarjet e lëkurës³

³ Robson Sc, Hunter S, Bozs RJ et al. Serial Study of factors pregnancy. Am J Physiol 1989;256: H 1060-5.

2.3 Shenjat e shtatëzaniës:

- ❖ Fryerja e barku:
- ❖ Ndjeshmëria e lartë ndaj aromave
- ❖ Përzierjet dhe të vjellat:
- ❖ Urinim i shpeshtë
- ❖ Lodhje
- ❖ Prova e shtatëzaniës⁴



Figura 3. Testi i shtatëzaniës.

Burimi: <http://www.bebaime.com>

⁴ Elkayam U, Gleicher N. Hemodynamics and cardiac function during normal pregnancy and the puerperium. In: Elkayam, Gleicher N, editors. Cardiac problems in pregnancy. New York: Wiley; 1998, 3-19.

2.4 Sëmundjet e lindura të zemrës dhe shtatëzania

Sëmundjet e lindura të zemrës janë të shpeshta , pothuaj 9 në 1000 të lindur vuajnë nga një anomali e lindur e zemrës. Shtatëzania përkeqëson sëmundjet e mëparshme të zemrës , por në të njëjtën kohë vetë shtatëzania jep shenja dhe simptoma të cilat imitojnë sëmundjet kardiake ,çka e bën më të vështirë diagnostikimin dhe trajtimin nga kardiologët. Përgjithësisht preferohet që gruaja të jetë e vlerësuar dhe trajtuar më parë se të nisi shtatëzania . Për shkak të rritjes së ngarkesës së volumit , sëmundjet kardiake mund të manifestohen në trimestrin e parë. Këto sëmundje mund të jenë në forma të lehta sikur defekte atriale , defekte ventrikulare , apo forma të rënda dhe komplekse sikur tetralogji Fallot te reparuara , proteza valvulare etj .Gjëja më e rëndësishme për tu vlerësuar është ngarkesa e volumit , që nis të rritet në trimestrin e parë dhe arrin maksimumin në mes të trimestrit të dytë , rreth 50 % mbi bazën. Shtatëzania shoqërohet edhe me një rënie të pasngarkesës , ndërkohë që presioni i gjakut ulet , frekuenca e rrahjeve të zemrës rritet , së bashku me volumin dalës të zemrës. Rënia e këtij volumi nuk do të tolerohet mirë në rastet e stenozes së aortes për shkak të rritjes së gradientit . Ndërsa në rastet e regurgitimit, ndryshimet e volumit tolerohen më mirë .⁵

⁵ Siu. SC, Sermer M, Colman JM, et al. Adverse neonatal outcomes are more commo in pregnant women with cardiac disease. Circulation 2002 105W2197-2184.

2.5 Cilat janë sëmundjet kardiake ku nuk rekomandohet shtatëzania ?

- Gratë të cilat vuajnë nga Hipertensioni pulmonar, sindromi Eisenmenger pasi kanë një mortalitet amtar të lartë, rreth 30 % .
- Gratë të cilat kanë funksion ventricular të ulët , ku fraksioni i ejuksionit është më i vogël se 30 % , pasi ky funksion ventricular nuk e përballon dot ngarkesën e volumit .
- Aorta e dilatuar (sindromi Marfan) , ose valvula bikuspide aortike ,nëse aorta është më e gjërë se 45 mm , shton rezikun për disekim apo rupturë të saj gjatë shtatëzanisë .
- Në rast të lezioneve obstruktive sikur Stenoza e aortes duhet bërë më parë trajtimi i tyre për të parandaluar një ndërhyrje urgjente kirurgjikale gjatë shtatëzanisë.
- Protezat Valvulare nuk janë kundërindikacione për shtatëzanië, por kërkojnë një konsultim të mirë më parë, dhe ndjekje në qendra te specializuara .

Janë dy çështje shumë të rëndësishme :

Cili është rrisku amtar

Cili është rrisku fetal

Pacientët me sëmundje kongjenitale, të zemrës nuk japin kurrë një provë ushtrimore normale. Duhet parë çfarë rreziqesh sjell shtatëzania , çfarë medikamentesh është duke marrë dhe cilat mund ti marrë gjatë shtatëzanisë .Ndërsa për fetusin duhet menduar sa shanse mund të ketë fëmija që të ketë anomali kardiake, a do të jetë i sigurt nën efektin e medikamneteve të nënës. Nëse gruaja vuan nga anomali madhore të zemrës e rëndësishme është të qartësohet sa mundet kjo grua të jetojë për të rritur fëmijën e saj të dëshiruar .⁶

⁶ Siu. SC, Sermer M, Colman JM, et al. Adverse neonatal outcomes are more commo in pregnant women with cardiac disease. Circulation 2002 105W2197-2184.

2.6 Çka është e kundërindikuar në shtatëzani (cilat medikamente):

- ❖ Përdorimi i frenuesëve të enzimes angiotenzin konvertuese (ACE),
- ❖ Bllokuesit e receptorëve angiotenzin (ARBs), statinat .

Përdorimi i medikamenteve bëhet duke përlogaritur rrishtun dhe përfitimin amtar :

- ❖ Mbatjtja e Antikoagulimit gjatë shtatëzanisë
- ❖ Gjendja më problematike është valvula mitrale mekanike .
- ❖ Të merret heparin gjatë gjithë kohës së shtatëzanisë.

2.7 Lindja:

Nuk është mirë që gratë me anomali kardiake të lindin me operacion. Humbja e gjakut gjatë një interventi është më e madhe sesa gjatë lindjes vaginale . Shumica e grave munden të lindin me rrugë vaginale , nese aktiviteti është i shkurtër dhe jo më tepër se 24 apo 30 ore , pasi mund të ndodhin ndryshime hemodinamike të papritura .

Kardiomiopatia peripartum: Pas episodit të parë të kardiomiopatisë perinatale, në 20%-40% të grave funksioni ventricular i tyre do të normalizohet. Edhe nëse fraksioni i ejuksionit do të normalizohet, përsëri mbetet risk i lartë për tu përsëritur gjatë shtatëzanisë tjetër me një rekourencë të paktën 20 % .⁷

⁷ Siu. SC, Sermer M, Colman JM, et al. Adverse neonatal outcomes are more commo in pregnant women with cardiac disease. Circulation 2002 105W2197-2184.

Ndryshimet hemodinamike gjatë shtatzënisë normale: Ndryshimet kardiovaskulare janë ndër modifikimet më të rëndësishme në ndryshimet fiziologjike që ndodhin gjatë shtatzënisë. Vëllimi hematik fillon të rritet nga javë e 8-të e shtatzënisë duke arritur një shtesë prej 40% në javën e 36-të të shtatzënisë. Vëllimi plazmatik rritet në 50% deri në javën e 32-të. Meqenëse masa eritrocitare rritet vetëm 20% në fund të shtatzënisë, jemi përpara një anemie nga hollimi. Rritja e vëllimit të gjakut alteron debitin kardiak që rritet nga 30%- 50%. Kjo rritje nga javë e 5-të deri javën e 26-të është në sajë të rritjes së vëllimit hedhës, ndërsa në tremujorin e tretë në sajë të rritjes të frekuencës kardiake, pasi vëllimi sistolik bie drejt vlerave normale për shkak të komprimimit të venës kava nga uterus. Frekuenca kardiake rritet me 20-30 rrahje në minutë në tremujorin e tretë. Gjatë aktivitetit të lindjes shtohet kthimi venoz nga venat uterine gjatë kontraksioneve me pasojë rritjen e debitit dhe presionit në ventrikulin e djathtë, që nga ana e tij rrit presionin mesatar të gjakut. Në periudhën e paslindjes bie komprimimi në venën kava me pasojë rritjen e vëllimit qarkullues, rritjen e debitit kardiak dhe kjo mund të shoqërohet me bradikardi reflektore. Pas lindjes ky vëllim tenton të kthehet menjëherë në normë nëpërmjet rritjes së diurezës në 5-6 ditët e para të paslindjes. Nivelet e para të shtatzënisë arrihen 4 javë pas lindjes.

Rezistenca e sistemit vaskular: Bie si pasojë e ndryshimeve në rezistencat periferike dhe rishpërndarjes së fluksit të gjakut. Kjo ulje fillon nga javë 5-të, me pikun më të ulët nga javë 20-32-të e shtatzënisë. Mbas javës së 32-të rezistencat e sistemit vaskular gradualisht fillojnë të rriten deri në term. Qarkullimi i gjakut në uterus rritet deri në javën e 25-të dhe pastaj mbetet i pandryshueshëm.

Ndryshimet në tensionin arterial: Meqë rritja e debitit kardiak është e shoqëruar me rënie të rezistencës periferike, TA sistolik dhe diastolik tenton të bjerë dhe arrin nivelet minimale (10 mmHg më pak) në fund të tremujorit të dytë të shtatzënisë. Më pas, ka një rritje graduale në raport me gjendjen para shtatzënisë e barabartë me një nivel maksimal të normës me 140/90 mmHg në fund të shtatzënisë. Këto ndryshime në një zemër të sëmurë janë procese që rrezikojnë realisht nënën gjatë shtatzënisë dhe lindjes.⁸

⁸ The Task force on management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. Eur. Heart J 2003; 24: 761-781.

Hipertensioni në shtatëzani: Gratë me hipertension kronik kanë një mundësi më të madhe për të zhvilluar preeklamsi (17% deri në 25% krahasuar me 3% deri në 5% të popullsisë së përgjithshme) si dhe një thyerje të placentes, zvogëlim të rritjes së fetusit, lindje para kohe dhe lindje cezariane. Preeklamsia është shkaku kryesor i lindjeve parakohe dhe i lindjeve cezariane në këtë popullatë.

Preeklampsia: Është një komplikim serioz i shtatëzanisë dhe shkaku kryesor i vdekjeve të nënës dhe fëmijës në Evropë dhe SHBA. Ajo prek 1 në 20 të grave shtatëzëna. Simptomat kryesore janë: tensioni i ultë i gjakut, dhe proteinat në urinë. Shkaku i preeklampsisë ende nuk është i qartë. Origjinën e ka në placentë e cila furnizon fetusin me materie ushqyese.

Rënia e rezistencës vaskulare sistemike: Në defektet e mëdha intraventrikulare në një grua joshtatëzënë ka një shunt nga ventrikuli i majtë në ventrikulin e djathtë, sepse presioni sistematik është më i lartë se presioni pulmonar. Me kalimin e kohës kjo çon në hipertension pulmonar që mund t'i afrohet presionit sistematik.

Rritja e vëllimit intravaskular: Gjatë shtatëzënisë, vëllimi intravaskular rritet deri në 50% duke filluar nga java e 8-të e shtatëzënisë dhe arrin pikun rreth javës së 32-të.

Hiperkoagulimi: Është i mirënjohur gjatë shtatëzënisë dhe mund të shkaktojë tromboemboli në paciente me risk. P.sh. gra shtatëzëna me valvulë artificiale, mund të zhvillojnë tromboza fatale pavarësisht trajtimit të përshtatshëm me antikoagulantë gjatë shtatëzënisë.

Rritja e debitit kardial gjatë aktivitetit të lindjes: Është një proces gradual gjatë shtatëzënisë që nevojitet për mbulimin e nevojave të shtuara të shumë organeve. Në gratë me stenoze aorte, ku debiti kardial është i kufizuar dhe varet nga parangarkesa, një ndryshim negativ vëllimor nga HPL-të mund të rezultojë në një rënie drastike të hedhjes kardiake, me përfundim përfuzionin koronar dhe cerebral të pamjaftueshëm.⁹

⁹ C. A. Warnes, R. G. Williams, T. M. Bashore, J. S. Child, H. M. Connolly, J. A. Dearani, P. del Nido, J. W. Fasules, T. P. Graham Jr, Z. M. Hijazi, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease Am Coll Cardiol, 2008; 52:143-263

2.8 Parimet e diagnostikimit dhe monitorimit gjatë kujdesit prenatal:

Gratë me probleme kardiovaskulare duhet të këshillohen para se të marrin vendimin për një shtatëzani, për risqet që përmban shtatëzania për nënën dhe për fetusin. Mjeku kardiolog duhet t'i shpjegojë gruas riskun e përafërt amtar dhe fetal, në mënyrë që ajo të marrë një vendim të arsyetuar drejtë, si dhe të sigurojë një kujdes antenatal të përshtatshëm duke u bazuar në shenjat klinike, ekzaminimin klinik dhe analizat laboratorike.¹⁰

Shenjat klinike	Ekzaminimi fizik	Ekzaminimet dhe analizat laboratorike
Palpitacione,	Matja e presionit arterial	Elektrokardiogramën
Dispne, ortopne dhe dispne paroksizmale nokturne,	Matjen e pulsit dhe të ritmit kardiak në kërkim të pranisë së ekstrasistolave atriale apo ventrikulare, takikardisë sinusale,	Fonokardiogramën
Lodhje e shpejtë,	Vlerësimin i mukozave dhe lëkurës	EKG-24 orëshe (Holterin)
Marrje mendsh dhe lipotimi,	Dëgjimin e pulmoneve për të përjashtuar shenja të edemës pulmonare	Doppler, ekokardiografia kardiake
Gjendje sinkopale,	Vlerësimin e pranisë së edemave	Testet e tolerancës fizike
Dhimbje epigastrike dhe dhimbje gjoksi,	Auskultimi kardiak për praninë e zhurmave valvulare, apo pranisë së tonit të tretë	Analiza të përgjithshme laboratorike
Hemoptizi,	Kontroll për rritjen e presionit jugular dhe pulsimeve të tyre	Vlerësimi i proteinurisë
Djersitje etj	Vlerësimin e fundus okuli	

¹⁰ C. A. Warnes, R. G. Williams, T. M. Bashore, J. S. Child, H. M. Connolly, J. A. Dearani, P. del Nido, J. W. Fasules, T. P. Graham Jr, Z. M. Hijazi, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease Am Coll Cardiol, 2008; 52:143-263

2.9 Klasifikimi i sëmundjeve kardio-vaskulare në shtatëzani

Një nga klasifikimet e vjetra për sëmundjet kardiovaskulare të shtatëzënisë është ndarja në sëmundje të lindura dhe sëmundje të fituara. Një tjetër klasifikim i bërë nga NYHA-ja (Neë York Heart Associaton), bazohet në klasën funksionale klinike, që është e rëndësishme veçanërisht gjatë këshillave preconceptionale. Rreth 40% e grave që ndërlikohen me insuficiencë kardiake kongjестive gjatë shtatëzënisë e fillojnë shtatëzaninë pa simptoma dhe rreth 15-55% të shtatëzënave me sëmundje kardiake përkeqësohen dukshëm gjatë shtatëzënisë.¹¹

Klasifikimi i sëmundjeve të zemrës sipas NYHA-s
Klasa I. Të parrezikuar Pacientet me sëmundje kardiake, pa simptoma (aktiviteti i zakonshëm fizik nuk shkakton lodhje, dispne palpitacione apo dhimbje anginoze).
Klasa II. Lehtësisht të rrezikuar Pacientet me sëmundje kardiake, pa simptoma në qetësi dhe me kufizim të lehtë të aktivitetit fizik (ecje >2 blloqe). Aktiviteti i zakonshëm fizik mund të shkaktojë lodhje, dispne, palpitacione.
Klasa III. Të rrezikuar Pacientet me sëmundje kardiake, pa simptoma në qetësi, aktivitet fizik i kufizuar mjaftueshëm, vetëm lëvizje mëse të zakonshme. Veprime të thjeshta, si veshja e rrobave, mund të shkaktojnë lodhje, dispne palpitacione apo dhimbje anginoze.
Klasa IV. Shumë të rrezikuar Pacientet me sëmundje kardiake, me simptoma edhe në qetësi, aktiviteti fizik plotësisht i kufizuar. Simptomat si: lodhja, dispnea dhe palpitacione apo dhimbje angioze, janë prezente ne qetësi dhe përkeqësohen gjatë çdo lloj aktiviteti.

¹¹ Presbitero P, Somerville J, Stone S, Aruta E, Spiegelhalter D et al, Pregnancy in cyanotic congenital heart disease. Outcome of mother and fetus. Circulation 1994; 89: 2673-6.

Në të njëjtën kohë NYHA jep një tjetër klasifikim që lidhet me riskun amtar gjatë shtatzënisë për sëmundje kardiake të ndryshme.¹²

Risku amtar në shtatzënitë me probleme kardiake		
Grupi I - Risk minimal vdekshmëria < 1%	Grupi II - Risk i moderuar vdekshmëria 5-15%.	Grupi III - Risk i lartë vdekshmërie >25%
Defekti interatrial (DIA) Defekti interventrikular (DIV)	Stenozë mitrale NYHA III-IV	Hipertensioni pulmonary
Patologji valvulare pulmonare dhe trikuspidale	Portatore protezash valvulare mekanike nën heparinë	Koarktacioni i aortës i komplikuar
Tetrada Fallot e korrigjuar	Stenozë aorte	Sindromi Marfan me dilatacion të rrënjës së aortës > 4 cm
Portatore protezash valvulare biologjike	Koarktacioni i aortës i pakomplikuar	Kardiomiopatia e dilatuar
Stenozë mitrale NYHA	Tetrada Fallot e pakorrigjuar	
I-II Sindromi Marfan me aortë normale	Infarkti i miokardit	
Regurgitim aortal dhe mitral		
Kardiomiopatia hipertrofike		

¹² Presbitero P, Somerville J, Stone S, Aruta E, Spigelhalter D et al, Pregnancy in cyanotic congenital heart disease. Outcome of mother and fetus. Circulation 1994; 89: 2673-6.

2.10 SËMUNDJET KARDIOVASKULARE TË LINDURA

Si pasojë e ndryshimeve hemodinamike gjatë shtatzënisë në gratë me sëmundje kardiovaskulare të lindura vërehen përkeqësime të sëmundjes bazë që varen nga klasa funksionale e NYHA-s, nga natyra e sëmundjes, apo ndërhyrja kirurgjikale e mëparshme. Përveç riskut të lartë që paraqesin për nënën, nuk duhet harruar dhe incidenca e lartë për ngjarje të lidhura me fetusin apo me neonatin si p.sh, lindje premature, kufizim në rritjen intrauterine, hemorragjitë intrakraniale, etj. Risku është më i lartë në gratë me NYHA >II, dëmtim të funksionit sistolik (FE 30 mmHg), anamnezë për simptoma si aritmi, insulte, edema pulmonare përpara shtatzënisë etj. Rreziku që fetusi i grave me sëmundje kardiovaskulare kongjenitale të ketë defekte kardiake është 3-12%, krahasuar me popullatën e përgjithshme.

Pacientet me risk të lartë: Të gjithë pacientet që kanë klasën funksionale (NYHA) III-IV gjatë shtatzënisë janë paciente me risk të lartë, për shkak të mungesës së rezervave kardiake. Riskun më të lartë e mbartin:

1. Hipertensioni pulmonar parësor, i shoqëruar ose jo me defekte septale:

Sindromi Eisenmenger mbart riskun më të lartë të vdekshmërisë amtare (30÷50%). Vdekshmëria e lartë vjen për shkak të rritjes së mëtejshme të rezistencave pulmonare si pasojë e trombozave, apo nekrozave fibrinoide që zhvillohen shpesh në periudhën përreth dhe pas lindjes.

2. Sëmundjet cianotike kardiake:

Vdekshmëria amtare në këtë grup të patologjive është rreth 2%, me riskun për komplikacione afërsisht 30%. Edhe prognoza fetale është shumë e varfër, me risk të lartë për aborte spontane (50%) dhe peshë të vogël të lindjes, për shkak të hipoksemisë amtare që dëmton rritjen fetale. Në këtë grup patologjish tromboembolia është një prej rreziqeve të vazhdueshme, ndaj përdorimi i heparinës në doza profilaktike është i rekomandueshëm pas lindjes dhe në periudhën puerperale.¹³

¹³ Nora JJ, From generational studies to a multilevel genetic environmental interaction. J Am Coll Cardiol 1994; 23: 1468-71.

Trajtimi i pacienteve me risk të lartë: Shtatëzania nuk është e rekomanduar në këtë grup pacientesh. Nëse ajo ndodh, atëherë rekomandohet ndërprerja e saj pasi risku për nënën është i lartë (vdekshmëria 8-35%, sëmundshmëria 50%).

Pacientet me risk të ulët: Pacientet me shunte të lehta ose të moderuara dhe pa hipertension pulmonar, apo regurgitim të lehtë valvular, përfitojnë nga rënia e rezistencave vaskulare sistemike që ndodhin gjatë shtatëzarisë. Edhe obstruktionet e lehta apo të moderuara të hedhjes së ventrikulit të majtë tolerohen mirë gjatë shtatëzarisë. Po kështu tolerohen mirë edhe pengesat e lehta në hedhjen e ventrikulit të djathtë (stenoza e a.pulmonare), që vetëm rrallë herë kërkojnë ndërhyrje gjatë shtatëzarisë.

Në grupin e grave me sëmundjet kardiovaskulare të lindura, patologjitë më të shpeshta janë:

- ❖ Koarktacioni i aortës
- ❖ Defekti i septumit interatrial
- ❖ Defekti i septumit interventrikular
- ❖ Tetrada Fallot,
- ❖ Stenoza e aortës
- ❖ Sindromi Marfan
- ❖ Sindromi Ehlers-Danlos.
- ❖ Stenoza e valvulës së arteries pulmonare ¹⁴

¹⁴ Nora JJ, From generational studies to a multilevel genetic environmental interaction. J Am Coll Cardiol 1994; 23: 1468-71.

Koarktacioni i aortës: Haset rrallë tek gratë shtatzëna (përafërsisht 9% të të gjithë anomalive të lindura). Rritja fetale zakonisht është normale dhe në krahasim me hipertensionin thelbësor, (esencial) nuk hasen gjendjet e preeklampsisë

Defekti i septumit interatrial: Ky defekt mund të diagnostikohet për herë të parë gjatë shtatëzanisë, pasi shpesh mbetet i padiagnostikuar deri në moshën adulte dhe është tre herë më i shpeshtë tek gratë. Tolerohet mirë nëse mungojnë aritmitë atriale dhe hipertensioni pulmonar.

Sindromi Marfan: Është anomali e trashëguar që shoqërohet me defiçit të fibrinës dhe prek të gjitha sistemet, por kryesisht aortën dhe zemrën (rreth 80% e pacienteve), sytë dhe skeletin. Incidenca e këtij sindromi është 1 në 5000 lindje. Në 50% të rasteve patologjia është e trashëgueshme tek fetusit. Në rastet kur diametri i origjinës së aortës i kalon 40mm, risku për rapture spontane apo diseksion gjatë shtatëzanisë rritet në 10%. Në cdo grua me dilatacion të bazës së aortës, të merret në konsideratë lindja vaginale me asistencë (vakum ose forceps) dhe operacion cezarian nën anestezi të përgjithshme.¹⁵

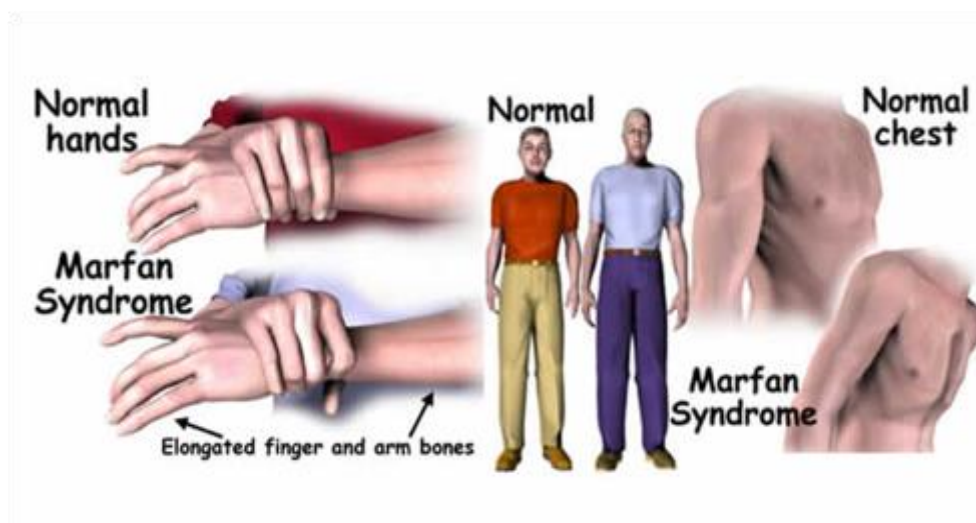


Figura 4. Sindromi Marfan.

Burimi: <http://www.medicinabih.info>

¹⁵ Nora JJ, From generational studies to a multilevel genetic environmental interaction. J Am Coll Cardiol 1994; 23: 1468-71.

Sindromi Ehlers-Danlos: Kjo sëmundje autozomale dominante përfshin një grup çrregullimesh të trashëguara që prekin indin lidhor dhe që karakterizohen nga hipermobiliteti artikular, hiperekstensibiliteti dhe fragiliteti i lëkurës. Incidenca e këtij sindromi është 1 në 5000 lindje. Gratë e prekura nga ky sindrom janë zakonisht të shkurtra, të holla, me facies triangulare, sy të mëdhenj dhe veshë të vegjël. Gjatë shtatzënisë këto paciente mund të paraqesin hernie, varice, ose rrupturë të enëve të mëdha të gjakut.

Vlerësimi fetal në gratë shtatzënë me sëmundje kardiake kongjenitale:Në të gjitha gratë shtatzënë me sëmundje kardiake kongjenitale është i nevojshëm vlerësimi fetal, pasi ekziston një risk 2-16% për të patur anomali kardiake kongjenitale edhe tek fetusit.

Koha dhe mënyra e lindjes në anomalitë kardiake të lindura:Në pjesën më të madhe të grave me patologjitë e përmendura më sipër, në mënyrë që të shmanget stresi i dhimbjes gjatë lindjes, rekomandohet lindja spontane me anestezi epidurale që duhet të menaxhohet me kujdes për të minimizuar riskun e hipotensionit. Anestezia spinale duhet të shmanget. Lindja duhet bërë në pozicion dekubitus lateral. Në pacientet me risk të lartë rekomandohet ndërhyrja cezariane, duke krijuar mundësinë për kontroll më të sigurt të parametrave hemodinamikë. Megjithëse debiti kardiak rritet si gjatë anestezisë së përgjithshme ashtu dhe gjatë asaj epidurale, kjo rritje është gjithmonë më e vogël se gjatë lindjes spontane 30% vs 50%. Parametrat hemodinamikë dhe kontrolli i gazeve në gjak, veçanërisht oksigjeni ($PaO_2 \geq 70$ mmHg), duhet të mbahen parasysht gjatë lindjes.

Stenoza e valvulës së arteries pulmonare: Pengesa që i krijohet ventrikulit të djathtë nga prania e stnozës së arteries pulmonare, tolerohet mirë gjatë shtatzënisë, pavarësisht mbingarkesës vëllimore që i mbishtohet atij. Në këtë patologji incidenca e vdekshmërisë amtare është e ulët (15%).

Nëse stenoza është e rëndësishme, atëherë shtatzënia mund të precipitohet në situata të tilla si:

- ✓ Insuficiencë të ventrikulit të djathtë
- ✓ Aritmi atriale
- ✓ Regurgitim trikuspidal¹⁶

¹⁶ Weiss BM, Hess OM, Pulmonary vascular disease and pregnancy: current controversies, management and perspectives. Eur Heart J 2000; 21: 104-5.

2.11 SËMUNDJET KARDIOVASKULARE TË FITUARA

Në sëmundjet valvulare të fituara përfshihen regurgitimet dhe stenoza valvulare, që prekin një ose më shumë valvula.

Regurgitimet valvulare: Në gratë e reja, regurgitimi mitral dhe ai aortal shpesh kanë si origjinë prekin reumatizmale të valvulës. Rritja e vëllimit qarkullues do të rrisë vëllimin e regurgitimit, por rënia e rezistencave vaskulare do të reduktojë deri diku vëllimin regurgitues. Pacientet mund të paraqesin shenja të insuficiencës kardiake sidomos gjatë tremujorit të tretë. Trajtimi i urgjencës në këto raste është përdorimi i diuretikëve dhe vazodilatatorëve për të ulur pasngarkesën edhe nëse presioni arterial është i ulët. Vazodilatatorët që mund të përdoren gjatë shtatzënisë janë grupi i nitrateve dhe Ca-antagonistët dihidropiridinikë. Pacientet me patologjitë e përmendura mund t'i nënshtrohen lindjes vaginale duke përdorur të njëjtat medikamente.

Stenoza valvulare: Rritja e debitit kardiak përmes një valvule të stenozuar do të përcaktojë një rritje të gradientit transvalvular dhe shtatëzania mund të tolerohet keq në rastet me stenoza të rëndësishme mitrale apo aortale. Përkeqësimi klinik ndodh më shpesh gjatë tremujorit të dytë.

Stenoza mitrale: Është valvulopatia më e shpeshtë në gratë shtatëzëna dhe pothuaj gjithmonë është me origjinë reumatizmale. Gjatë tremujorit të dytë dhe të tretë rritet mjaft gradienti transmitral. Si pasojë e tahikardisë shkurtohet mjaft diastola duke sjellë një rritje të mëtejshme të ngarkesës dhe presionit të atriumit të majtë. Të gjitha pacientet me stenoza mitrale, pavarësisht shkallës së stenzës apo mungesës së simptomave duhet të mbahen në ndjekje të rregullt. Matja e gradientit mesatar si dhe e presionit në arterien pulmonare duhet të kryhen rregullisht çdo muaj pas tremujorit të parë. Në pacientet simptomatike rekomandohet dhënia e betablokuesve në doza të larta në fund të shtatëzënisë. Shtimi i diuretikëve rekomandohet kur persistojnë shenjat e kongjestionit pulmonar¹⁷

¹⁷ Oakley C. Pulmonary hypertension in heart disease in pregnancy. London BMJ publishing group 1997, p. 97-111. 11. Gleischer N, Midvall J, Hochberger D, Jaffin H. Eisenmenger's syndrome and pregnancy. Obst Gynecol Surv 1979; 34: 721-741.

Protezat valvulare në shtatzëni: Problemi qëndron në trajtimin me antikoagulantë për pacientet mbartëse të protezave valvulare mekanike mitrale dhe aortale. Për këto paciente antikoagulimi optimal gjatë shtatzënisë është ende kontradiktor. Antikoagulantët oralë si antivitaminikët K kalojnë placentën dhe rrisin riskun për aborte, embriopati dhe lindje parakohe. Në tremujorin e parë ato kanë një risk për aborte rreth 10-15%. Nga ana tjetër, heparina e pafractionuar nuk e kalon placentën, por trajtimi për një kohë të gjatë mbartë riskun për tromboemboli dhe rrit riskun për osteoporozë, duke mos harruar vështirësinë në kontrollin e dozës dhe mënyrës jokomode të marrjes.

Sëmundja e arterieve koronare: Sëmundja aterosklerotike e arterieve koronare mund të shfaqet për herë të parë gjatë shtatzënisë. Kjo shpjegohet pjesërisht me praninë e dislipidemisë familjare, me duhanpirjen gjithmonë në rritje tek femrat, obezitetin, hipertensionin, jetën sedentare si dhe me moshën gjithnjë e më të madhe të konceptimit. Pacientet me sëmundje koronare të njohur, duhet të vlerësohen dhe të trajtohen përpara konceptimit.

Kardiomiopatia e dilatuar (KMD): Në shumicën e rasteve, me këshillën e mjekut, shtatëzania duhet të shmanget në pacientet me KMD pavarësisht nga etiologjia që mund të jetë autoimune, infektive, alkoolike dhe gjenetike. Nëqoftëse shtatëzania ndodh në gratë me këtë patologji, rekomandohet ndërprerja e saj kur FE < 50% dhe kur përmasat e ventrikulit të majtë janë më të mëdha se norma. Për të gjitha pacientet që dyshohen, ose që kanë familjarë me KMD, ose KMP (kardiomiopatia peripartum) rekomandohet kontroll ekografik përpara konceptimit. Në pacientet me histori familjare për KMD risku për KMP është i lartë dhe duhet të merret gjithmonë në konsideratë. Gratë shtatëzëna me kardiomiopati peripartum zakonisht paraqesin insuficiencë kardiake, dhimbje gjoksi, çrregullime të ritmit, emboli sistemike e pulmonare. Nevojitet trajtimi me digoksinë, diuretikë, hidralazinë, betablockues, antikoagulum (kur EF <35%), shoqëruar me ekokardiografi të shpeshta. Nëse gjendja përkeqësohet, duhet të kryhet transplant kardiak. Është e preferuar lindja vaginale me një fazë të dytë të përshpejtuar kur gjendja është e stabilizuar, por gjithashtu edhe operacioni cezarian mbetet një alternativë komode.¹⁸

¹⁸ Oakley C. Pulmonary hypertension in heart disease in pregnancy. London BMJ publishing group 1997,p.97-111.

Kardiomiopatia hipertrofike: Shumë paciente me kardiomiopati hipertrofike zakonisht e tolerojnë mirë shtatzëninë. Rreziku në shtatzëni është i lidhur me përkeqësimin hemodinamik, aritmitë dhe vdekjen e papritur, pasi ulja e rezistencave sistemike mund të keqësojë obstrukcionin e fluksit ventricular. Qëndrimi periodik në shtrat në pozicion dekubitus lateral rekomandohet edhe për pacientet me simptoma të lehta. Në rastet me kongjestion pulmonar, kur janë prezente simptomat, përdoren betablokuesit dhe doza të vogla të diuretikëve.

Çrregullimet e ritmit: Çrregullimet e ritmit janë mjaft të shpeshta gjatë shtatzënisë. Takikardia sinusale dhe ekstrasistolat gjenden në më shumë se 50% të shtatzënave. Është e rëndësishme të diagnostikohet aritmia, nëse është e lidhur me sëmundje të zemrës apo me ato sistemike. Betablokuesit (me selektivitet për β_1 receptorët) janë zgjedhja e parë për profilaksi ndaj aritmive. Verapamili shkakon konstipacion si dhe jep bradikardi tek fetusit. Nëse nevojitet klasa e III e antiaritmikëve, atëhere më i rekomanduari është amiodaroni, por përdorimi i gjatë i tij mund të shkaktojë hipotiroidizëm tek fetusit dhe dëmtime të trurit.

Kirurgjia e zemrës dhe shtatzënia: Ka shumë të dhëna për kirurgjinë e zemrës gjatë shtatzënisë, përfshirë valvulotomitë mitrale të hapura ose të mbyllura dhe zëvendësimin e valvulave mitrale ose aortale. Kur zëvendësimi i valvulave është i domosdoshëm, valvulat natyrale janë më të rekomanduara se valvulat artificiale, kështu antikoagulimi nuk është i nevojshëm.

Sindromi hipotensiv gjatë shtatzënisë (sindromi utero-caval): Shfaqet në 11% të grave shtatzënë si pasojë e mbylljes akute të venës kava inferiore nga shtypja e uterusit të zmadhuar. Ky sindrom ndodh kur gruaja qëndron në pozicionin shtrirë në shpinë, me rënie të menjëhershme të presionit arterial dhe frekuencës kardiake. Gruaja ankon për dobësi, nauzea, marrje mendsh dhe sinkopë. Të gjitha simptomat dhe ankesat përmirësohen sapo pacientja ndryshon pozicionin.¹⁹

¹⁹ . Oakley C. Cyanotic congenital heart disease. Heart disease in pregnancy. London: MBJ Publishing Group; 1997, p. 63-82.

Ndryshimet hemodinamike për rreth lindjes: Ndryshimet hemodinamike gjatë lindjes i dedikohen ankthit, dhimbjes dhe kontraksioneve uterine. Të gjitha këto çojnë në rritje të konsumit të oksigjenit me më shumë se tre herë, rritje të presionit sistolik ashtu dhe diastolik, me pasojë rritjen e hedhjes kardiake gjatë kontraksioneve, kryesisht gjatë fazës së dytë të lindjes. Për të shmangur ndryshimet hemodinamike që shoqërojnë lindjen vaginale, për gratë me sëmundje kardiovaskulare shpesh rekomandohet ndërhyrja cezariane.

Principet e trajtimit të sëmundjeve kardiovaskulare gjatë shtatzënisë: Principet e trajtimit përfshijnë vlerësimin dhe përcaktimin e diagnozës dhe të rëndësisë së saj, vlerësimin dhe përcaktimin e mënyrës së monitorizimit të gruas me patologji kardiake, pakësimin e punës së panevojshme kardiake nëpërmjet pushimit, eliminimin e sforcimit fizik dhe sigurimin e ngrohtësisë dhe lagështisë, sigurimin e një diete të përshtatshme.²⁰



Figura 5. Trajtimi i shtatzënisë.

Burimi: <http://www.bebaime.com>

²⁰ Pitkin RM, Perloff JK, Koos BJ, et al. Pregnancy and congenital heart disease. Ann Intern Med 1990; 112: 445-554. 13. Oakley C. Cyanotic congenital heart disease. Heart disease in pregnancy. London: MBJ Publishing Group; 1997, p. 63-82.

Lindja: Për gratë me çrregullime kardiake lindja paraqet një periudhë vërtet të vështirë. Lindja duhet të jetë spontane me minimumin e stresit të mundshëm. Rekomandohet anestezia epidurale për të pakësuar stresin dhe dhimbjen. Ndëhyrja cezariane jo gjithmonë pakëson stresin e një lindje me probleme kardiovaskulare. Shumë sëmundje kardiake përkeqësohen gjatë shtatzënisë dhe ajo mund të jetë e vetmja shtatëzani për to. Profilaksia me antibiotikë është e zakonshme për të pakësuar rreziqet për endokarditet bakteriale në të gjitha rastet kur është e rekomandueshme. Megjithatë, vendimi për rrugën e lindjes zgjidhet në varësi të gjendjes së pacientes, situatës obstetrikale dhe mbrojtjes së frytit.

Lehonia: Lehonave me çrregullime kardiake, gjatë shtatzënisë dhe aktivitetit të lindjes, problemet mund t'u shfaqen edhe pas lindjes, prandaj është e rëndësishme që ndjekja e kujdesshme të vazhdojë edhe gjatë lehonisë. Hemorragjitë pas lindjes, anemia, infeksionet dhe trombolizmi, janë komplikacionet më serioze kur shoqërohen me probleme kardiake.²¹

²¹Deal K. Wolley Coarctacion of the aorta and pregnancy. Ann Intern Med 1973; 78:706-10.

2.12 Kujdesi Infermieror

Kujdesi infermieror tek gratë me sëmundje të zemrës në shtatëzani kërkon njohuri dhe aftësi të mjaftueshme profesionale.

Qëllimi i procesit të kujdesit infermieror është të sigurojë kujdesin e duhur për pacientët për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin , për të parandaluar sëmundjet dhe për të bërë lehtësimin e dhimbjeve.

Roli i infermieres te gratë shtatëzëna është shumë i rëndësishëm. Ato janë të përgatitura për t'u kujdesur për shtatëzëni dhe lindje normale dhe roli i tyre është që të kujdesen për gruan shtatëzënë dhe foshnjën e saj përgjatë fazës së kujdesit para lindjes, gjatë lindjes dhe të paktën deri në ditën e 28-të pas lindjes së foshnjës.

Kështu që menjëherë me ardhjen e gruas në maternitet i hapet kartela mjekësore, ku i merren të dhënat gjenerale, pyetet se a i ka bërë analizat e duhura, grupin e gjakut dhe faktorin rehzus, matet presioni arterial etj. Përveç kësaj infermierja i sqaron gruas gjithçka rreth procesit të lindjes, duke e këshilluar rreth teknikës së frymëmarrjes dhe metodave të qetësimit, mënyrat dhe pozicionet që do t'a ndihmonin dhe do ti'a lehtësonin dhimbjet dhe procesin e lindjes, duke e mbrojtur edhe nga ndonjë rakturë e pakontrolluar.

Një infermiere e mirë dhe me eksperiencë do të të ndihmojë më shumë se sa që mendoni dhe do të bëjë të ndihesh shumë e qetë dhe e sigurt.

“ Një infermiere për një të ardhme më të mirë”

2.13 Vlerësimi fillestar infermieror

Infermieri pyet pacienten, në këtë rast gruan nëse është në gjendje ti përgjigjet pyetjeve, ose familjarëve të saj apo përgjegjësit të saj, për faktorët e rrezikut dhe shkaktarët e sëmundjes. Infermierja merr informata për sëmundjet e mëparshme dhe historinë familjare. Ajo pyet gjithashtu pacienten për frekuencën dhe shkallën e sëmundjes, pyet për gjendjen e shtatëzanisë, për terapinë që e përdorë. Për shkak të ndikimit të madh të sëmundjeve të zemrës në shtatëzani, infermierja pyet pacienten për kohën e shfaqjes së shenjave të para të sëmundjes dhe ndikimin e saj në shtatëzani.

2.14 Vlerësimi klinik - manifestimet klinike

Sëmundjet e zemrës gjatë shtatëzanisë karakterizohen me një ose më shumë mekanizma patologjik në enët e gjakut, në strukturën selektore, në shqisat e të pamurit etj.

- ❖ Manifestimet kardiovaskulare: Janë zakonisht të lidhura me aneminë, me ndryshime në ritmin e zemrës, me ndryshime në tensionin arterial etj.
- ❖ Manifestimet skeletore: Disa sëmundje të zemrës, gjatë shtatëzanisë shkaktojnë edhe ndryshime në skeletin e gruas.
- ❖ Manifestimet e lëkurës: Shenjë karakteristike e shtatëzanisë janë edhe kruarjet e lëkurës, mirëpo mund të kemi edhe skuqje si pasojë e rritjes së vëllimit të gjakut apo hipertensionit.
- ❖ Manifestimet gastrointestinale: Mund të jenë të lidhura me refluksin gastrointestinal, me të vjella të cilat janë karakteristike në shtatëzani deri në muajin e tretë, nëse vazhdojnë pas muajit të tretë, mund të dyshohet për ndonjë rrezik tjetër.
- ❖ Manifestimet nervore: Dhembje koke gjatë shtatëzanisë, ose si pasojë e ngritjes së tensionit arterial.

2.15 Vlerësimi psikosocial

Pacientja e ndien vetën në ankth për shkak të frikës së rrezikut për vetveten apo frytin. Terapitë dhe kontrollat e rregullta dhe konsultat me mjekun mund të ulin shkallën e ankthit. Infermieret me bisedat e tyre inkurajuese dhe përkrahja familjare, posaqërisht e bashkëshortit gjithashtu ndikojnë në uljen e shkallës së anksozitetit.

2.16 Diagnoza infermierore

- Rrezik për infeksione nga rënja e imunitetit i cili mund ta rrezikojë nënën dhe frytin.
- Rrezik i lartë dhe frikë nga ndërprerja e shtatëzanisë.
- Frikë nga rrezikimi i frytit që të marrë sëmundjen nga nëna.
- Prishje e integritetit të lëkurës.
- Ndryshime në ushqyerje, duhet ti përmbahet dietës të caktuar nga mjeku të pajisur me vitamina.
- Ankth lidhur me frikën ndaj vdekjes.

2.17 Planifikimi infermieror

- ❖ Shmangia e rrezikut ndaj infeksioneve
- ❖ Përdorimi i terapisë adekuate
- ❖ Kontrollat te mjeku ti kryej me përpikmëri
- ❖ Kujdesi për lëkurën
- ❖ Shmangien e lodhjes dhe përmirësimin e aktiviteteve
- ❖ Terapia dietike e pasur me vitamina
- ❖ Pozita e duhur gjatë fjetjes
- ❖ Edukimi shëndetësor
- ❖ Ulja e shkallës së ankthit

2.18 Vlerësimi i arritjeve

Në bazë të diagnozave të marra nga pacientja ose personi përgjegjës dhe në bazë të historisë familjare, infermierja vlerëson kujdesin për pacienten me sëmundje të zemrës në shtatëzani.

Arritjet e pritura janë:

- ❖ Gjendje ankthi e pacientes.
- ❖ Kanë qrrregullime të ritmit.
- ❖ Rënie dhe ngritje të tensionit arterial.
- ❖ Janë të vetëdijshme për sëmundjen dhe rrezikun.
- ❖ I përmbahen dietës ushqimore.
- ❖ Paraqesin rritje të kontrollit ndaj sëmundjes, për të parandaluar shkaqet e abortit.

3. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi kryesor gjatë këtij punimi ishte rishikimi i literaturës, studim i rastit dhe rishikimi i hulumtimeve të bëra nga Britania e madhe dhe Amerika për shkallën e rrezikut dhe shkallën e vdekshmërisë së grave shtatëzëna nga sëmundjet qoftë të lindura ose të fituara të zemrës.

Objektivat kyqë të këtij punimi kanë qenë që të informohemi sa më shumë rreth komplikimeve dhe rreziqeve nga sëmundjet e zemrës në shtatëzani si: shkaktari i sëmundjes, shenjat e sëmundjes, rreziqet e sëmundjes, diagnostifikimi, rehabilitimi, kujdesi infermieror te gratë shtatëzëna dhe numri i grave që vdesin nga kjo sëmundje gjatë shtatëzanisë ose pas lindjes.

4. METODOLOGJIA

Në këtë punim diplome metoda e cila është përdorur për realizimin e këtij punimi është rishikim literature dhe studim rasti.

Studim rasti: të dhënat për studimin e rastit janë marrë në spitalin regjional “Isa Grezda” në Gjakovë, respektivisht në repartin e gjinekologjisë, për qasjen time në këto të dhëna kisha leje nga drejtorja e spitalit.

Burimi i të dhënave: të dhënat janë marrë në spitalin regjional “Isa Grezda” në Gjakovë, kryesisht në repartin e gjinekologjisë, webfaqen pubmed.com, pastaj të dhënat janë marrë në libra të ndryshme mjekësore dhe janë shfrytëzuar webfaqet e ndryshme për grumbullimin e të dhënave hulumtuese rreth rrezikut dhe shkallës së vdekshmërisë së grave shtatëzëna nga sëmundjet e zemrës.

Të dhënat hulumtuese: janë zgjedhur për studim hulumtimet e bëra në Britaninë e madhe dhe në Amerikë.

5. REZULTATET DHE DISKUTIMI

Në pjesën e parë janë paraqitur të dhënat e rastit të prezentuar kurse më pastaj janë prezentuar dhe diskutuar disa prej rezultateve të fituara gjatë shfletimit të literatures.

Studim rasti:

Vlerësimi fillestar i një gruaje shtatëzënë me sëmundje të zemrës.

Të dhënat subjektive:

Pacientja (gruaja) me inicialet H.R e lindur në Gjakovë, 37 vjeqare, me vendbanim në

Gjakovë, me gjendje socio-ekonomike mesatare, me peshë 70kg dhe gjatësi 1.77cm.

Shtatëzania e parë e saj, e vendosur në spitalin regional të Gjakovës “ Isa Grezda ”, nuk ka alergji në barna, ky është hospitalizimi i parë i saj.

Të dhënat objektive:

Në praninë pacientja është e vetëdijshme, e zbehtë, në ankth, e friksuar nga rreziku për shtatëzani etj.

- Temperatura: 38 gradë C.
- Shtypja e gjakut: 140/65 mmHg.
- Frymëmarrja: 22 në minute.
- Lëkura: e zbehtë, e djersitur.
- Kafazi i krahërorit: ka dhembje dhe shtërngime.
- Mushkëritë: në auskultim dëgjohet frymëmarrje e ndërruar.
- Zemra: frekuenca e zemrës e shpejtuar.
- Sistemi lokomotor: ekstremitetet e lëvizshme, edema të këmbëve (që nga shtatëzania).
- Sistemi nervor: pacientja e vetëdijshme, ankioze dhe e shqetësuar.

Të dhënat historike:

Pacientja dhe familjarët pohojnë se gruaja shtatëzënë, këto simptoma dhe shqetësime, nuk i kishte patur asnjëherë para shtatëzanisë dhe në fillim të shtatëzanisë këto shqetësime ajo i kishte cilësuar si simptoma normale që e karakterizojnë edhe shtatëzanimë. Mirëpo me progresin e shtatëzanisë këto simptoma kishin filluar të bëhen shqetësuese, për pacienten dhe familjarët e saj, gjë e cila e shtyri atë deri te hospitalizimi.

Të dhënat aktuale:

Pacientja tashmë e hospitalizuar në spitalin regjional të Gjakovës “Isa Grezda”, reparti i gjinekologjisë, pas rezultateve të ekzaminimit të gjakut, pas EKG dhe ultrazërit rezulton me një diagnozë përfundimtare “Sindromi Marfan”. Gruaja shtatëzënë qëndron në spital, infermieret aplikojnë terapinë e ordinuar nga mjeku.

Diagnoza infermiere te rasti i studimit: Qëllimi i diagnozes infermiere është, hartimi dhe zhvillimi i një plani, kujdesi individual në mënyrë të tillë që pacienti dhe familjarët të mund të përshtaten me ndryshimet që rezultojnë nga problemet shëndetësore. Pas mbledhjes së të dhënave subjektive, objektive, historike dhe aktuale, duke shfrytëzuar planin e procesit të kujdesit infermior, diagnozat potenciale dhe të mundshme infermiere për këta pacient janë:

- ❖ Mund të shfaqen infeksione për shkak të rënjes së imunitetit
- ❖ Plogështi, dobësi dhe marramendje nga shtatëzania
- ❖ Ndryshime të temperaturës për shkak të shtatëzanisë apo ndonjë infeksioni
- ❖ Lodhje për shkak të kërkesave për energji
- ❖ Ndjenja e frikës për abort, apo rrezikim të lindjes para kohe
- ❖ Ndryshime në ushqyerje

Planifikimi për rastin: Duke u bazuar në vlerësimin e gjendjes së përgjithshme dhe diagnozës së caktuar nga mjeku, prioritetet tona të vendosura për pacienten janë:

- ❖ Shmangia e rrezikut nga infeksionet:
- ❖ Kontrolli i larjes së duarëve para dhe pas çdo kontakti me gjësendet e ndryshme
- ❖ Përdorimi i maskës për parandalimin e infeksioneve të traktit respirator
- ❖ Fillimi menjëherë i përdorimit të terapisë adekuate

Përdorimi i terapisë adekuate:

- ❖ Përdorimi i terapisë për infeksione, mirëpo duke mos e dëmtuar frytin.
- ❖ Përdorimi i terapisë për sëmundjen adekuate për të cilën është hospitalizuar.
- ❖ Kujdesi për lëkuren.
- ❖ Përdorimi i kremërave dhe lezioneve të duhura për lëkuren.

Zbatimi infermieror lidhur me rastin:

Bashkëpunimi i ndërlidhur mjek-infermier, pacientë dhe familjar është thelbësor. Ky raport i mirfilltë ndihmon edhe në lehtësimin e punës së mjekëve dhe infermierëve, duke marrë parasysh faktin që infermierja është ajo që në shumicën e kohës është në kontakt me pacientin.

Te rasti H.R pikat më të rëndësishme të zbatimit infermieror janë:

- ❖ Pacientja dhe familjarët të jenë të informuar për gjendjen shëndetësore.
- ❖ Pacientja është adaptuar me ambientin spitalor.
- ❖ Raportet e personelit me gruan shtatëzënë janë të mirëfillta.
- ❖ Maten shenjat vitale dhe dokumentohen.
- ❖ Administrohet terapia adekuate.
- ❖ Ofrohen ushqime në përpikmëri me dietën e rekomanduar nga mjeku.
- ❖ Kontrollon gjendja fizike dhe shpirtërore e pacientit.

Vlerësimi përfundimtar i pacientit:

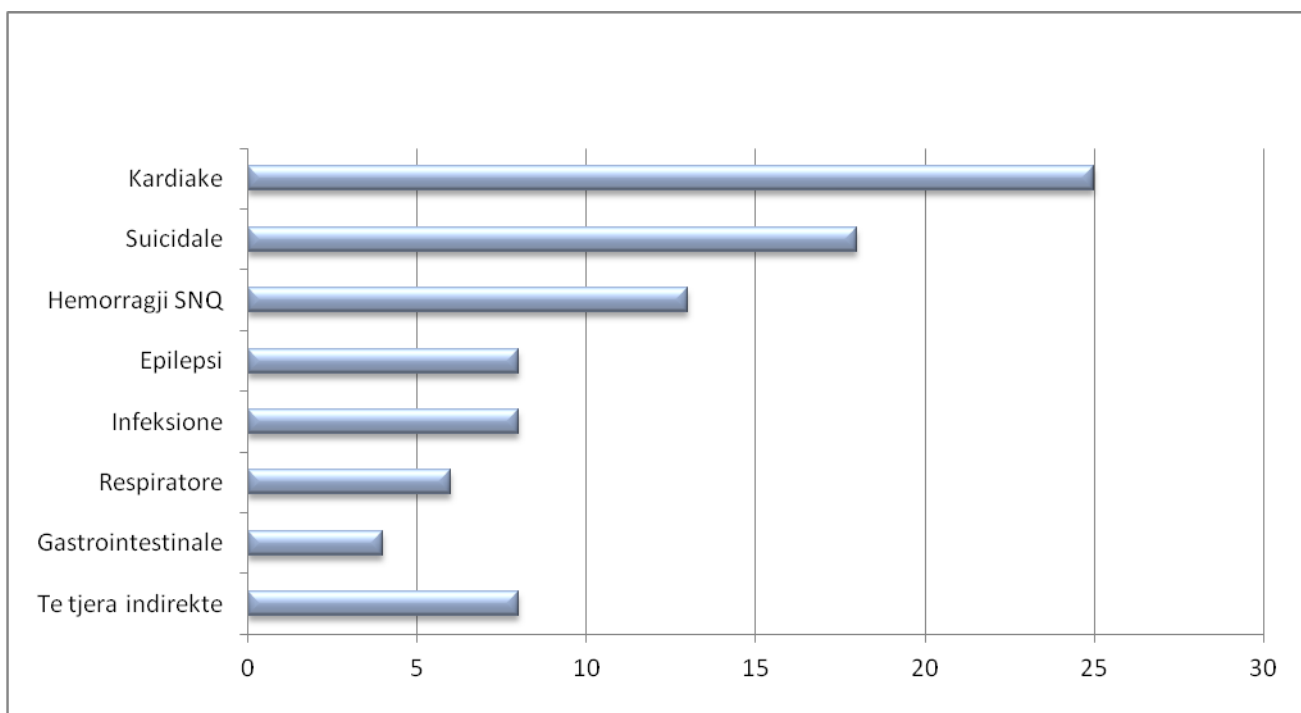
- ❖ Pacienti është i vetëdijshëm.
- ❖ Pesha trupore e gruas nuk ka ndryshuar.
- ❖ Temperatura ka arritur vlerë normale.
- ❖ Tensioni arterial 130/90 mmHg.
- ❖ Procedura diagnostike dhe terapeutike janë realizuara sipas standarteve.
- ❖ Vazhdon të ushqehet shëndetshëm.
- ❖ Ndonjëherë ka nauze dhe vjellje.
- ❖ Raport i mirë me personelin.

Gjatë mbledhjes së materialit dhe shqyrtimit të hulumtimeve të bëra nga organizata të ndryshme, unë kam mbledhur këto rezultate të cilat i kam paraqitur me anë të tabelave dhe grafikoneve. Kryesisht rezultatet kanë të bëjnë me vdekjet maternale nga sëmundjet e zemrës, konkretisht duke u bazuar në temën e caktuar.

Tabela 4. Shkalla e vdekshmërisë së lehonave nga sëmundjet e ndryshme e paraqitur nga përqindja më e lartë në të ultën.²²

Shkalla e vdekshmërisë së lehonave	Përqindjet
Kardiake	25%
Suicidale	18%
Hemorragjia SNQ	13%
Epilepsi	8%
Infeksione	8%
Te tjera indirekte	8%
Respiratore	7%
Gastrointestinale	4%

²² <http://www.ox.ac.uk/news/2016-12-07-study-highlights-heart-disease-risk-pregnant-women>



Grafikoni 1. Shkalla e vdekshmërisë së lehonave

Në grafikonin 1. Është paraqitur shkalla e vdekshmërisë së lehonave varësisht nga lloji i sëmundjes. Ku në bazë të përqindjeve shihet qartë se shkalla më e ultë është tek sëmundjet gastrointestinale me 3%, ndërsa shkalla më e lartë e vdekshmërisë së lehonave është e shkaktuar më së shumti nga sëmundjet kardiake kryesisht me 25%.²³

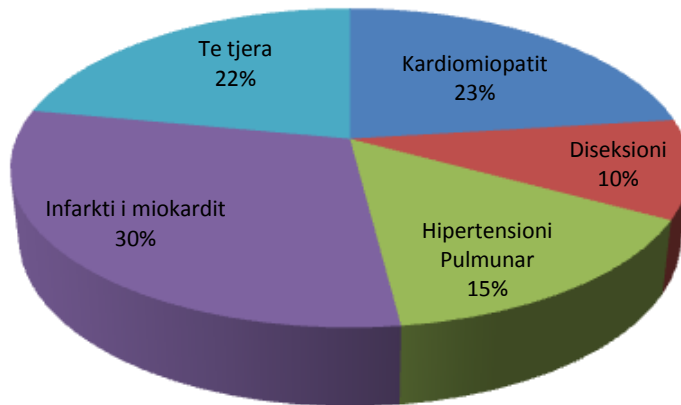
²³ <http://www.ox.ac.uk/news/2016-12-07-study-highlights-heart-disease-risk-pregnant-women>

Tabela 5. Paraqitja e shkaktarëve kardiak të vdekjes maternale²⁴

Llojet e sëmundjeve	Përqindjet
Infarkti i miokardit	30%
Kardiomiopatia	23%
Diseksioni	10%
Hipertensioni Pulmunar	15%
Të tjera	22%

²⁴ <http://www.ox.ac.uk/news/2016-12-07-study-highlights-heart-disease-risk-pregnant-women>

Grafikoni 2. Pamje skematike e shkaktarve kardiak të vdekjës maternale



Grafikoni 2. Pamje skematike e shkaktarve kardiak të vdekjes maternale.

Grafikoni 2. Tregon shkaktarët kardiak të vdekjës maternale të paraqitura me përqindje, ku shkallën më të ultë e përfshin diseksioni i aortës me 10%, hipertensioni pulmonar 15%, semundjet tjera paraqiten me 22%, kardiomiopati me 23% ndërsa maksimumin e shkaktimit të vdekjeve maternal e arrin infarkti i miokardit me 30%.²⁵

²⁵ <http://www.ox.ac.uk/news/2016-12-07-study-highlights-heart-disease-risk-pregnant-women>

6. PËRFUNDIM

- Çrregullimet hipertensive në shtatëzëni, në veçanti pre-eklamsi zakonisht komplikojnë shtatëzinë dhe mund të kenë pasoja afatgjata.
- Infarkti i miokardit në shtatëzëni është i lidhur me një vdekshmëri të lartë dhe shpesh nuk është diagnostikuar saktë.
- Ekziston rreziku i vdekjes së nënës për shkak të ngjarjeve (tromboflebiteve) embolike.
- Spektri i sëmundjes ndryshon thellësisht midis rajoneve, si dhe në grupe të caktuara etnike.
- Menaxhimi i femrave me SKV në shtatëzëni mbetet i vështirë, ka nevojë për bashkëveprim të ngushtë me kardiologët, obstetërit dhe intensivistët.
- Trajtimi i grave shtatëzëna me sulm në zemër mbetet një sfidë e madhe për kardiologët.
- Rekomadimet e mjekut, përcjellja e kujdesi infermieror, edukimi i vazhdueshëm, përkrahja nga familjarët dhe stafi mjekësor, kanë ndihmuar pacienten në fjalë që të tejkalojë vështirësitë gjatë shtatëzanisë dhe të diagnostikohet në tërësi. Nga raportet e spitalit regional të Gjakovës Isa Grezda, kryesisht repartit të gjinekologjisë shohim se vitin e fundit kemi pasur rënie të numrit të të hospitalizuarëve, me sëmundje të zemrës gjatë periudhës së shtatëzanisë. Në vitin e fundit në repartin e gjinekologjisë, ky ishte rasti i vetëm me sëmundje të zemrës. Nga strukturat udhëheqëse të repartit të gjinekologjisë raportohet se pacientet që vuajnë nga sëmundjet qoftë të lindura apo të fituara të zemrës në shtatëzani, në të shumtën e rasteve hospitalizohen në klinika gjinekologjike private apo në QKUK.

7. REKOMANDIMET:

Hapat që duhen ndërmarrë për gratë shtatëzëna të cilat vuajnë nga sëmundjet të lindura ose të fituara gjatë shtatëzanisë janë:

- Njohuritë rreth sëmundjeve të lindura të zemrës dhe rreziku nëse mbesin shtatëzënë
- Njohuri për sëmundjet e fituara në shtatëzani dhe trajtimi efikas i tyre
- Trajtimi me barna adekuate të cilat nuk e rrezikojnë shtatëzantinë
- Kontrollat sistematike të mjeku, duke përfshirë këtu kontrollat e shenjave vitale
- Dieta e rekomanduar nga mjeku e pasur me vitamina e minerale
- Mbështetja nga familja posaqërisht nga bashkeshorti
- Sigurimi i ambientit të përshtatshëm
- Edukimi shëndetësor për gruan shtatëzënë dhe për familjarët e saj
- Menaxhimi i hipertensionit dhe rreziqeve tjera etj.

8.a. REZYME:

Sëmundjet e zemrës gjatë shtatzënisë përfshijnë një spektër të gjerë të çrregullimeve. Konceptet themelore përfshijnë ndërrimet në sistemin kardiovaskular, sëmundjet e lindura kardiake, gjendjet kur shtatëzania nuk rekomandohet ose edhe kundërintikohet, terapia e përhershme e instaluar para shtatëzarisë. Qëllimi kryesor i studimit ishte analizimi dhe njohja ose edukimi shëndetësor rreth sëmundjeve të zemrës në shtatëzani. Metoda e cila është përdorur është rishikim i përgjithshëm i literatures, prezentim rasti. Ne duhet ti kushtojmë më shumë vëmendje parandalimit, njohjes dhe trajtimit të sëmundjeve të zemrës në gratë shtatëzëna në mënyrë që komplikimet të parandalohen dhe te zvogëlohen.

Fjalët kyçe: Sëmundjet e zemrës, shtatëzania, komplikimet.

8.b. SUMMARY:

Heart disease during pregnancy encompasses wide spectrum of disorders. Basic concepts mind include changes in Cardiovascular system, Preexisting cardiac disorders, Conditions when the pregnancy isnot recommended or allowed, opr even contraindicated, preexisting treatment. The main purpose of the study was to analyze the heart disease in pregnancy. The method which is used in this thesis is a general review of literature, case presentation. Usual complications found in literature and a case presentation has been done. So we should pay more attention to prevention, recognition and treatment of heart disease in pregnant women so therefore, all the attention should be paid to heart disease and the risk that it poses to pregnancies, prevention o and more efficient treatment of these diseases.

Key words: **heart disease, pregnancy, complications.**

9. REFERENCAT

Thorne SA. Pregnancy in heart diseases. *Heart* 2004; 90:450-6.

Robson Sc, Hunter S, Bozs RJ et al. Serial Study of factors pregnancy. *Am J Physiol* 1989;256: H 1060-5

.Elkayam U, Gleicher N. Hemodynamics and cardiac function during normal pregnancy and the puerperium. In: Elkayam, Gleicher N, editors. *Cardiac problems in pregnancy*. New York:Wiley;1998,p3-19

Siu. SC, Sermer M, Colman JM, et al. Adverse neonatal outcomes are more common in pregnant women with cardiac disease. *Circulation* 2002 105W2197-2184.

The Task force on management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur. Heart J* 2003; 24: 761-781.

C. A. Warnes, R. G. Williams, T. M. Bashore, J. S. Child, H. M. Connolly, J. A. Dearani, P. del Nido, J. W. Fasules, T. P. Graham Jr, Z. M. Hijazi, et al. ACC/AHA 2008 Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease *Am Coll Cardiol*, 2008; 52:143-263

Presbitero P, Somerville J, Stone S, Aruta E, Spiegelhalter D et al, Pregnancy in cyanotic congenital heart disease. Outcome of mother and fetus. *Circulation* 1994; 89: 2673-6.

Nora JJ, From generational studies to a multilevel genetic environmental interaction. *J Am Coll Cardiol* 1994; 23: 1468-71.

Weiss BM, Hess OM, Pulmonary vascular disease and pregnancy: current controversies, management and perspectives. *Eur Heart J* 2000; 21: 104-5.

Oakley C. Pulmonary hypertension in heart disease in pregnancy. London BMJ publishing group 1997,p. 97- 111. 11. Gleischer N, Midvall J, Hochberger D, Jaffin H. Eisenmenger's syndrome and pregnancy. *Obst Gynecol Surv* 1979; 34: 721-741.

Gleischer N, Midvall J, Hochberger D, Jaffin H. Eisenmenger's syndrome and pregnancy. *Obst Gynecol Surv* 1979; 34: 721-741

Oakley C. Cyanotic congenital heart disease. *Heart disease in pregnancy*. London: MBJ Publishing Group; 1997, p. 63-82.

Deal K. Wolley Coarctation of the aorta and pregnancy. *Ann Intern Med* 1973; 78:706-10.

10. CV (Curriculum Vitae) e shkurtër e kandidates

Unë jam Fidane Pnishi, lindur me 06.09.1993 jetoj në Gjakovë në rrugen Pashko Vasa, kombë si shqipëtare, me në nshtetë si Kosovare. Shkollen fillore e ka kryer në shkollen “Pjetër Bogdani” në Demjan. Shkollen e mesme të ultë e ka kryer në shkollen e mjekësisë “Hysni Zajmi” në Gjakovë dhe aty kam marrë diplomën si asistente e infermierisë së përgjithshme.

Shkollimin universitar e filloi në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë “Fehmi Agani”, dhe u Diplomua në Drejtimin e Infermierisë së Përgjithshëm në Dhjetor të vitit 2016.