

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MEDICINA

CARDIOPATIA E GRAVIDEZ:
ANÁLISE DE 15 CASOS

AUTORES: *LUIZ EDUARDO KOENIG SÃO THIAGO
*LUIZ MIGUEL MITRI PARENTE

ORIENTADORES: Dr. JORGE ABI SAAD NETO
Dr. THEO BUB

*Doutorandos 12ª fase do Curso de Medicina.

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1988

ÍNDICE

I - INTRODUÇÃO	1
II - METODOLOGIA	3
III - RESULTADOS	8
IV - DISCUSSÃO	11
V - CONCLUSÃO	23
VI - RESUMO	25
VII - BIBLIOGRAFIA	26

INTRODUÇÃO

A gravidez acompanhada de cardiopatia representa um problema médico especial. Sua prevalência gira em torno de 0,4 a 4,1% de todas as gravidezes.^{1,2}

A fisiologia materna modifica-se dramaticamente durante a gravidez e algumas das alterações afetam o sistema cardiovascular. As alterações hemodinâmicas produzidas, se traduzem por quadro hipercinético provocado fundamentalmente pela presença da fístula arteriovenosa placentária, que leva a curto circuito arteriovenoso e conseqüente aumento da velocidade circulatória, do retorno venoso e do débito cardíaco. É assim que, na mulher média, o aumento do débito cardíaco atinge 40% acima do valor de repouso fora da gravidez, sendo por si só causa capaz de precipitar ou intensificar a insuficiência cardíaca, apesar da vaso-dilatação causada pela progesterona e a fístula arteriovenosa placentária. Além disso, o volume sanguíneo materno eleva-se em média de 40% acima dos níveis não gravídicos, cujo pico é atingido em torno da 30ª semana. Isto deve-se principalmente a expansão do volume plasmático secundário a vários fatores, entre eles, o aumento dos níveis plasmáticos de progesterona e estrogênio e mudanças no Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, ambos levando a retenção de Na e H₂O, de modo acentuado no 3º trimestre.^{3,1,2,4}

Além desta carga hemodinâmica imposta pelas mudanças circulatórias da gravidez, uma demanda extra impõe-se sobre o

sistema cardiovascular durante o trabalho de parto. Em decorrência do risco adicional, o período peri-parto é particularmente perigoso para a mulher com doença cardiovascular.

Após o parto, o estado cardiovascular da paciente gradualmente retorna aos níveis pré-gravídicos normais dentro de uma a duas semanas.

Todas estas alterações hemodinâmicas, quando associadas a cardiopatia, levam a um aumento da morbi-mortalidade materno-fetal, na dependência, sobretudo, do tipo e severidade da lesão cardíaca. Assim, por exemplo, segundo Burnell e Metcalf, a mortalidade perinatal em pacientes com doença cardíaca severa pode alcançar os 31%. Suprue et al relataram uma mortalidade perinatal semelhante, de 33%.

Com este trabalho, nós procuramos avaliar a evolução da gravidez em 15 pacientes cardiopatas, a luz dos conhecimentos da fisiologia cardio-circulatória que caracterizam o estado gravídico, baseando-nos, sobretudo, em alguns parâmetros citados mais adiante.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo prospectivo realizado de novembro de 1987 a outubro de 1988, onde foram avaliadas 15 gestantes portadoras de cardiopatia, que tiveram seus partos realizados na Maternidade Carmela Dutra ou Hospital Regional Homero de Miranda Gomes.

Em cada caso, foram analisados os seguintes parâmetros:

- idade da paciente;
- evolução do período pré-natal;
- idade gestacional no momento do parto;
- tipo de parto e indicação;
- peso, maturidade e vitalidade do recém-nascido;
- evolução puerperal imediata;
- tipo de cardiopatia diagnosticado por avaliação cardiológica, incluindo Ecocardiografia;
- cirurgia cardíaca.

Quanto à evolução clínica no período pré-natal, antes e durante a gestação, as pacientes foram enquadradas de acordo com a classificação funcional da New York Heart Association (NYHA):

Classe I: cardiopatia assintomática com atividade física ordinária (habituais).

- Classe II: cardiopatia assintomática em repouso. Com sintomas às atividades físicas habituais.
- Classe III: cardiopatia assintomática em repouso. Com sintomas às atividades físicas de pequena intensidade (menores que os habituais).
- Classe IV: cardiopatia sintomática mesmo no repouso. Qualquer atividade física, por menor que seja, aumenta a intensidade dos sintomas.

TABELA I - TIPOS DE CARDIOPATIA

TIPO DE CARDIOPATIA	Nº CASOS	%
EM	4	26,6
IM	2	13,3
IAo	1	6,6
EAO	1	6,6
EM + IAo	1	6,6
EM + IAo + IM	1	6,6
EM + IAo + IM + IT	1	6,6
Prótese Mitral Biológica	1	6,6
Prótese Aórtica Biológica	1	6,6
Miocardiopatia Peri-parto	1	6,6
Miocardiopatia Chagásica	1	6,6
T O T A L	15	100,00

OBS.: EM = Estenose Mitral
 IM = Insuficiência Mitral
 IAo= Insuficiência Aórtica
 EAO= Estenose Aórtica
 IT = Insuficiência Tricúspide

TABELA II - RELAÇÃO ENTRE TIPO DE CARDIOPATIA, CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL E CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO.

CASOS	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL		RECÉM-NASCIDO		
	ANTES	DEPOIS	PESO (GR)	APGAR	IDADE GEST.
EM (m-s)	II	III	3900	9/9	40s
EM (m-s)	I	II	2880	8/10	35s e 3d
EM (CMT antes)	I	I	2950	9/9	40s
EM (CMT durante)	II	IV	3350	7/8	39s
IM (l)	I	III	3450	9/10	39s
IM (l)	II	II	3680	9/9	40s
EAO (m)	II	III	3380	8/9	38s
IAo (s)	I	I	2960	8/9	39s
EM (m) IAo (l)	I	III	3450	9/9	39s e 5d
EM (l) IM (l) IAo (l)	I	IV	2440	7/8	34s
EM (s) IM (l) IT (l) IAo (l)	I	IV	2470	8/9	39s
Prot.Mitral Biol.	I	II	3540	7/8	40s
Prot.Aórtica Biol.	I	I	3650	9/10	40s
Mioc.Peri-parto	III	IV	1910	7/8	35s
Mioc. Chagásica	I	I	2600	9/9	37s e 5d

OBS.: EM = Estenose Mitral

IM = Insuficiência Mitral

EAO= Estenose Aórtica

IAo= Insuficiência Aórtica

IT = Insuficiência Tricúspide

CMT= Comissurotomia

l = Leve

m = moderada

s = severa

TABELA III - ASSOCIAÇÃO ENTRE CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DURANTE A GESTAÇÃO E O TIPO DE PARTO.

CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL	TIPO DE PARTO		
	VAGINAL Espontâneo	Fôrceps	CESÁRIA
I	2	0	2
II	0	0	3
III	3	0	1
IV	2	0	2
T O T A L	7	0	8

RESULTADOS

A idade das pacientes variou de 19 a 40 anos, com média de 28,7 anos.

Quanto ao tipo de cardiopatia (Tab.I) presente nas 15 gestantes, predominou o grupo das valvulopatias com 86,6% dos casos (13 pacientes). As outras 2 pacientes (13,4%) eram portadoras de Miocardiopatia Peri-parto (MPP) e Miocardiopatia Chagásica Crônica (MCC), respectivamente.

Das pacientes valvulopatas, oito tinham disfunção de apenas uma válvula cardíaca: em 6 delas, da válvula mitral (4 com estenose e 2 com insuficiência) e em 2, da válvula aórtica (1 com estenose e 1 com insuficiência). Três tinham disfunção multivalvar, 2 das valvas mitral e aórtica e em uma terceira também da válvula tricúspide (Tab. I).

Das pacientes com estenose mitral isolada (EM), duas foram comissurotomizadas, sendo que uma delas durante a gestação.

Outras duas gestantes eram portadoras de prótese cardíaca biológica (uma em posição mitral e outra em posição aórtica).

Em nossa casuística, não houve nenhum óbito materno nem fetal, sendo que todos os recém-nascidos obtiveram índices de vitalidade no 1º e 5º minutos maiores ou iguais a 7. Dos 16 recém-nascidos (1 parto gemelar), 4 eram de baixo peso (< 2.500 g), sendo 4 prematuros. A média de peso ao nascimento foi de 2.800 g

e 4 recém-nascidos foram prematuros (Tab. II).

Quanto à evolução no período pré-natal, das 15 pacientes, 5 mantiveram-se inalteradas na classificação funcional durante a gravidez, em relação ao estado pré-gravídico, sendo 2 delas portadoras, respectivamente, de comissurotomia mitral e prótese aórtica biológica anteriores a gravidez (Tab. II). Ainda no período pré-natal, das 15 gestantes, 13 evoluíram sem necessidade de internação hospitalar. Duas necessitaram internação: uma portadora de EM, que teve Edema Agudo de Pulmão (EAP) e foi levada a comissurotomia mitral, com mais ou menos 22 semanas de gravidez e outra que internou com quadro de dispnéia de repouso importante em torno de 34ª semana de gestação, com desencadeamento de trabalho de parto prematuro.

Apenas uma paciente, portadora de dupla lesão mitral com predomínio de estenose + insuficiência aórtica (IA) leve + insuficiência tricúspide (IT) leve, teve EAP durante o trabalho de parto.

Em relação ao tipo de parto (Tab. III), houve semelhança entre a frequência de parto normal e cesárea. Não houve nenhum parto a fórceps. Das oito cesarianas realizadas, somente 3 pacientes tinham indicação clínico-obstétrica para tal procedimento.

No que diz respeito a idade gestacional no momento do parto (Tab. II), 12 gestantes tiveram parto a termo. A idade gestacional foi obtida de preferência pela data da última menstruação (DUM), sendo que 4 recém-nascidos tiveram sua idade ges

tacional calculada pelo método de Capurro, em virtude de as mães não saberem informar a DUM. Foi considerado parto a termo aquele realizado de 37 semanas completas a 42 semanas incompletas.

Quanto a evolução puerperal imediata (1º ao 10º dia de puerpério), 2 pacientes sofreram EAP 24 e 72 horas após o parto. Eram portadoras, respectivamente, uma de dupla lesão mitral I IA leve e outra de EM moderada + IA leve.

DISCUSSÃO

A incidência de cardiopatia na gravidez gira em torno de 0,4 a 4,1%.^{1,2} Apesar de sua relativa baixa incidência, essa associação é um problema médico em particular.

Na análise da mortalidade materna, em gestantes cardiopatas, a literatura demonstra uma tendência de redução progressiva das taxas de mortalidade.

Em sua casuística, Abreu e Gomes¹ referem não ter observado nenhum óbito materno em mais de dez anos de acompanhamento de gestantes cardiopatas. Esta redução na mortalidade deve-se, segundo Sullivan e Hamanatan², a três avanços médicos: técnicas diagnósticas mais apuradas, terapêutica mais efetiva e correção cirúrgica precoce das cardiopatias congênitas, proporcionando melhor sobrevida.

A mortalidade materna parece ser influenciada por diversos fatores, tais como: vigilância médica adequada, duração da doença reumática, aumento do volume cardíaco, classificação funcional, antecedentes de insuficiência cardíaca e complicações intercorrentes, tais como endocardite bacteriana e fibrilação atrial¹.

A respeito da mortalidade fetal^{1,5}, poucas diferenças se observam entre gestantes cardiopatas e as normais. O aumento da mortalidade fetal é nítido, entretanto, nos casos em que trabalho de parto se instalou prematuramente e em pacientes com

doenças cardíacas severas, onde pode chegar a 31%⁵. Quanto a morbidade perinatal, há aumento da prematuridade e retardo de crescimento intra útero(RCIU)⁵ nos recém-nascidos de mães cardiopatas em relação a gestantes normais. O RCIU nos recém-nascidos de mães cardiopatas, esta diretamente relacionado a severidade da doença cardíaca(classificação funcional), como demonstrou o autor Katz et all, em um estudo com 110 gestantes cardiopatas. Outros resultados , obtidos pelo mesmo autor foram a respeito da vitalidade e peso ao nascimento dos 110 recém-nascidos: 89% receberam Apgar de 1º minuto maior que 7, e o peso ao nascimento dos recém-nascidos não demonstrou diferença significativa em relação ao grupo controle.

Em nossa casuística, a mortalidade materna foi 0%, a média de peso ao nascer foi 2800grs e nenhum recém-nascido apresentou Apgar de 1º minuto menor que 7. A morbi-mortalidade neonatal tardia não foi avaliada.Em relação a idade gestacional dos 16 recém-nascidos 4 foram prematuros , dois com 34 e dois com 35 semanas de gestação, sendo que os dois primeiros eram gêmeos (mãeportadora de dupla lesão mitral, com predomínio de estenose, associada a insuficiência aórtica leve e obteve classificação funcionalIV),o terceiro, a mãe era portadora de cardiopatia grave, com classificação funcional III antes da gestação e IV durante o período de gravidez, e o quarto a mãe tinha estenose mitral e evoluiu de I para II.

Em nossos resultados, das 15 gestantes, 9 eram portadoras de valvulopatia reumática (Tab.I). Deve ser assinalado que a lesão mitral de evolução crônica, que se apresenta antes

dos trinta anos, é habitualmente de origem reumática. Com menos segurança porém com pouca margem de erro, pode-se dizer o mesmo das lesões aórticas. Quando lesões mitrais e aórticas se associam, a etiologia é claramente reumática. Segundo Ueland³, a febre reumática é ainda a causa mais comum de cardiopatia encontrada na gravidez.

Rezende¹ refere que, antes dos trinta anos, aproximadamente 8 em cada 10 gestantes cardiopatas apresentam lesão de origem reumática. Entretanto, a tendência é a diminuição da incidência de cardiopatia reumática, devido principalmente a profilaxia eficaz com agentes antimicrobianos e a melhora das condições sócio-econômicas. Além disso, o melhor tratamento clínico, junto com novas técnicas cirúrgicas, capacitou mais mulheres com cardiopatia congênita a alcançar a idade de procriação. Esta mudança é mais evidente, sobretudo em países mais desenvolvidos.

Dentre os tipos de valvulopatias presentes em gestantes cardiopatas, estenose mitral é a causa mais freqüente, responsável por até 90% dos casos². Em nossa casuística, das 13 gestantes com valvulopatia, estenose mitral esteve presente em 7, sendo 4 casos de estenose mitral isolada e as demais em associação com outras valvulopatias.

Conforme a literatura, a complicação mais grave da estenose mitral é o EAP. Dois fenômenos hemodinâmicos costumam ocorrer na estenose mitral em virtude da redução do orifício valvular: diminuição do débito cardíaco e hipertensão veno-capilar pulmonar. As manifestações clínicas disto decorrentes se traduzem por dispnéia de esforço, dispnéia paroxística noturna, EAP

e hemoptises¹. Os sintomas de congestão pulmonar são evidentes, em geral, na 20ª semana de gestação e não se agravam depois da 30ª semana de gravidez, embora possa ocorrer uma exacerbação no momento do parto.

Em nossa casuística, das pacientes com lesão mitral pura (4), 1 teve EAP em torno da 22ª semana de gestação. Outras 3 pacientes com estenose mitral associada a outra(s) vulvulopatias (estenose mitral leve + insuficiência mitral + insuficiência aórtica leve, estenose mitral moderada + insuficiência aórtica leve, estenose mitral + insuficiência mitral com predomínio de estenose + insuficiência aórtica leve) sofreram também edema agudo de pulmão: duas no puerpério imediato e uma durante o trabalho de parto, mostrando dessa forma, a importância do EAP como complicação freqüente na estenose mitral.

Assim, pela freqüência relativamente elevada de congestão pulmonar e/ou edema agudo de pulmão nas pacientes com estenose mitral, algumas vezes faz-se necessário realizar comissurotomia mitral, mesmo durante a gravidez. Os autores^{3,6,2,7} são unânimes em afirmar que quando os sintomas de congestão pulmonar não aliviam, apesar do tratamento clínico, deve-se pensar na comissurotomia durante a gravidez como uma possibilidade.

Entretanto, um estudo retrospectivo de 245 gravidezes em mulheres comissurotomizadas antes da gravidez, cujos partos foram assistidos na Maternidade de La Paz (Madrid, Espanha) entre 1965 e 1981, os resultados mostraram um aumento significativo na freqüência de complicações fetais (mortalidade perinatal, pré-termo, RCIU, baixo peso) e na mortalidade materna, até mesmo naque

las em bom estado hemodinâmico. Por outro lado, nas comissuroto
mizadas durante a gravidez, embora a morbi-mortalidade fetal te
nha sido semelhante, a morbi-mortalidade materna foi nula.
Schenker e Polishuk⁶, analisando as experiências de 182 mulheres
que engravidaram e deram a luz após uma valvulotomia mitral, re
ferem que em 42% de todas as pacientes que tiveram seu primeiro
parto após a operação, encontravam-se vários estados de insufi
ciência cardíaca congestiva. O puerpério foi um período também
particularmente perigoso.

Nossos resultados incluem 2 pacientes comissurotomi
zadas, uma antes e a outra durante a gravidez (Tab. II). A pri
meira só havia tido uma gravidez após a cirurgia e havia trans
corrido normalmente. A gravidez atual também evoluiu sem inter
corrências, a não ser o desencadeamento de pré-eclâmpsia no tra
balho de parto. Nesta gestação foi realizado parto cesário para
esterilização cirúrgica. A classificação funcional antes e duran
te a gravidez ficou inalterada (I/I), e o recém-nascido nasceu
em boas condições (Tab. II).

A paciente, portadora de EM, comissurotomizada duran
te a gravidez, teve história de dispnéia aos médicos esforços
no final da gravidez anterior (8º mês). Na gravidez atual, desen
volveu EAP em torno da 22ª semana, quando foi levada a comissuro
tomia. A partir daí evoluiu sem intercorrências até o termo, sen
do submetida a cesariana também para esterilização cirúrgica.
Como pode ser visto na Tabela II, o recém-nascido teve boa vita
lidade, bom peso e a termo.

Quanto as outras valvulopatias reumáticas, a Insuficiência Mitral (IM) é, em geral, bem tolerada durante a gravidez³. As elevações das pressões atrial esquerda, venosa pulmonar e capilar pulmonar são freqüentemente menos acentuadas em pacientes com IM crônica e aparecem mais tardiamente do que em pacientes com EM. Sintomas de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) ou de arritmia, desenvolvendo-se em associação com gravidezes, são raras.

Em nossa casuística, 2 pacientes eram portadoras de IM leve. Uma evoluiu sem alteração da sua classificação funcional durante a gravidez, e sem intercorrências importantes no período pré-natal, parto e puerpério. O recém-nascido apresentou vitalidade e peso ao nascimento normais e o parto foi cesáreo e a termo. A outra paciente já apresentou-se com dispnéia aos médios esforços, dispnéia paroxística noturna e ortopnéia, tendo procurado o serviço de Emergência alguma vezes e tendo sua classificação funcional alterada de I (antes da gestação) para III (durante a gestação), apesar de sua cardiopatia ser IM leve, que normalmente não chega a dar tal comprometimento cardio-circulatório. No entanto, o parto foi normal e a termo, e o recém-nascido apresentou bom peso ao nascimento e boa vitalidade. O puerpério foi normal.

Tivemos 1 paciente com Estenose Aórtica (EA) moderada, com boa evolução no período pré-natal, parto normal e a termo, e recém-nascido adequado para a idade gestacional, vigoroso e com bom peso (Tab. II). Entretanto, embora as pacientes com EA raramente apresentem congestão pulmonar durante a gravidez, o

problema crítico nos casos de EA é a incapacidade do coração manter um débito adequado, com risco de produzir isquemia cerebral ou cardíaca. Foram relatados índices de mortalidade materna de até 17% em pacientes com EA. Observou-se uma mortalidade fetal de 32% nas mulheres com EA³. Quando se diagnostica uma EA hemodinamicamente grave antes da gravidez, é aconselhável a correção cirúrgica antes da concepção^{3,2}. É importante ressaltar que EA é encontrada raramente durante a gravidez³.

Em nossa casuística há 1 caso de Insuficiência Aórtica (IA). Ecocardiograficamente, apresentava IA severa com comprometimento importante da função contrátil do VE mais dilatação desta câmara. O ECG mostrava sobrecarga ventricular esquerda. Entretanto, evoluiu sem intercorrências durante o período pré-natal, parto e puerpério imediato. Sofreu parto cesáreo por indicação não obstétrica, a termo, com recém-nascido vigoroso e peso ao nascimento dentro dos limites da normalidade. Em realidade, a IA é geralmente bem tolerada durante a gravidez. Pacientes assintomáticas ou moderadamente sintomáticas atravessam a gravidez sem complicações^{2,3}. As pacientes severamente sintomáticas devem evitar gravidez, antes de substituir sua válvula².

Ainda em relação as valvulopatias, tivemos 5 pacientes com valvulopatias associadas, sendo que em 3, a EM estava presente, provavelmente explicando o EAP que ocorreu nestas 3 pacientes. Duas delas sofreram o EAP puerpério imediato e 1 durante o trabalho de parto. Na realidade, trabalho de parto, parto e puerpério imediato são os períodos de maior risco para o desencadeamento do EAP⁴. É referido que o débito cardíaco na gestante

normal aumenta em até 45% durante o segundo estágio do trabalho de parto, com um adicional de 15% durante as contrações. Além disto, a paciente pode experimentar um aumento de até 65% no débito cardíaco durante o puerpério imediato. Isto se deve ao aumento importante da pré-carga nestas fases, que na mulher com um coração normal, é prontamente acomodado pelo aumento do débito cardíaco. Porém, na EM há impossibilidade de o débito cardíaco variar amplamente, o que acaba levando a uma incapacidade de acomodar toda aquela pré-carga adicional, levando a um aumento da pressão veno-capilar pulmonar e subseqüentemente ao EAP⁴.

Em nossa casuística, houve também 2 gestantes portadoras de prótese biológica, uma em posição aórtica e outra em posição mitral (anteriores a gravidez). Ambas evoluíram sem intercorrencias importantes durante a gravidez, com os recém-nascidos nas cendo em boas condições (Tab. II). De fato, em um estudo comparando os resultados da gestação entre 15 gravidezes com prótese biológica e 44 gravidezes com prótese mecânica, as conclusões foram de que a gravidez é muito melhor tolerada em pacientes com bioprótese. Neste mesmo estudo foram diversas as complicações materno-fetais apresentadas pelas gestantes com prótese mecânica, enquanto com o grupo portador de bioprótese apenas um episódio de taquicardia paroxística supra-ventricular, prontamente revertido, sem quaisquer outras complicações^{8,9,10}.

Além das valvulopatias, nossa casuística consta de um caso de Miocardiopatia Peri-parto, que pode ser definida como uma forma de miocardiopatia congestiva idiopática com início no último mês da gestação ou nos cinco meses após o parto. É de

etiologia desconhecida, mais freqüente em mulheres acima de 30 anos de idade, múltíparas, gestações gemelares ou que tenha toxemia gravídica. O consenso atual é que pacientes apresentando-se com insuficiência cardíaca idiopática no último trimestre ou no puerpério, são provavelmente exemplos de uma miocardiopatia pré-existente que não foi reconhecida antes da gravidez¹¹. De fato, em um estudo com 28 gestantes com insuficiência cardíaca de etiologia obscura, que inicialmente tiveram o diagnóstico de Miocardiopatia Peri-parto, os resultados finais identificaram a presença de condições crônicas subjacentes, tais como, hipertensão crônica, obesidade, valvulopatias não reconhecidas, que poderiam ser responsabilizadas pela descompensação cardíaca de uma boa parte daquelas gestantes. Destas observações, os autores concluem que Miocardiopatia Peri-parto é incomum e que na maioria das mulheres com insuficiência cardíaca Peri-parto, uma doença crônica subjacente poderá ser identificada^{12,6,13,14}. No caso de Miocardiopatia Peri-parto por nós documentada, a gestante havia apresentado insuficiência cardíaca, pela primeira vez, logo após o parto da gravidez anterior. Sua classificação funcional antes da gravidez atual era III, e durante a gestação a paciente necessitou internação, com quadro de falência cardíaca importante, desencadeando, logo em seguida, parto prematuro. O recém-nascido foi pré-termo (35 semanas) e pequeno para a idade gestacional (PIG). O ecocardiograma não mostrou valvulopatia ou qualquer outra condição cardíaca específica e a paciente ficou com diagnóstico de Miocardiopatia Peri-parto.

Além deste caso de miocardiopatia, tivemos um caso de

Miocardiomatía Chagásica, confirmada pelas reações de Machado-Guerreiro e Imunofluorescência. A paciente evoluiu sem intercorrências durante toda a gravidez, o parto foi a termo e o recém-nascido nasceu com boa vitalidade e peso de 2600 g. A evolução puerperal também transcorreu normalmente.

A literatura afirma que as complicações mais importantes da Miocardiomatía Chagásica crônica são as arritmias cardíacas, tromboembolismo e insuficiência cardíaca, sendo que nenhuma delas ocorreu no caso relatado por nós. Afirma ainda que, quando a cardiopatía chagásica exhibe o quadro de insuficiência cardíaca franca, com cardiomegalia, aneurismo de ponta ou arritmias, como extra-sístoles ventriculares multifocais, taquicardia paroxística ventricular, fibrilação ou flutter e BAV completo, o prognóstico sombrio destes casos desaconselha a gestação¹.

Com relação a conduta durante o trabalho de parto e parto, nossos resultados mostram uma discrepância com o que é preconizado pela literatura, como pode ser observado na Tabela III. É assim que, das pacientes pertencentes as classes I e II, 5 das 7 pacientes foram a cesariana. Na classe IV, das 4 pacientes, 2 também foram à cesariana.

Na análise da literatura, fica claro que as indicações operatórias, de uma maneira geral, são principalmente de ordem obstétrica^{1,2,6}. O parto cesáreo comporta riscos importantes, tais como: aumento da tensão emocional decorrente do ato cirúrgico, risco de infecção, risco anestésico aumentado por alterações da função cardíaca e maior duração da anestesia, maior per

da sangüínea durante o ato operatório e aumento das complicações tromboembólicas. Entretanto, com relação a paciente que apresenta-se prestes a descompensar ou já descompensada hemodinamicamente no momento do parto, há alguma controvérsia na literatura. Com o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, de monitorização cardíaca e na terapêutica dos distúrbios cardiocirculatórios, há quem prefira a operação cesariana para pacientes graves^{2,3}. Outros autores acham que mesmo a gestante tendo estado recentemente com insuficiência cardíaca ou se encontre insuficiente por ocasião do trabalho de parto, o parto vaginal, sob analgesia é, em geral, mais seguro que a cesariana. Referem que pacientes graves suportam precariamente uma grande intervenção cirúrgica e a própria cardiopatia é uma contra-indicação para a cesariana.

Com base nestes dados analisados acima, o alto índice de cesariana obtido em nossos resultados nas pacientes das classes I e II, deve-se, na realidade, muito mais a outras indicações, que não clínico-obstétricas. Somente uma paciente da classe II submetida a cesariana teve sua indicação obstétrica precisa (desproporção céfalo-pélvica).

Em relação a classe IV, a indicação de cesariana já é mais discutível, conforme referido acima. No entanto, das duas pacientes que foram a cesárea, somente uma teve indicação clínico-obstétrica precisa (3ª cesariana e condições clínicas precárias).

É também importante na condução do trabalho de parto, o alívio da dor e da apreensão sem depressão exagerada da crian

ça ou da mãe¹⁵. No caso de multíparas com um cêrvice amolecido, apagado, os analgênicos em doses moderadas fornecem, geralmente, um alívio satisfatório da dor. Nas multíparas, em que a dilatação cervical, a descida e o parto exigem maior força, a anestesia epidural contínua mostra-se, com freqüência, valiosa para reduzir a dor e a apreensão⁶. O principal risco deste tipo de anestesia é a hipotensão materna por vasodilatação e, por isto ela é contra-indicada em EA, cardiomiopatia hipertrófica e hipertensão pulmonar². É importante observar que so uma paciente entre as submetidas ao parto vaginal, recebeu algum tipo de anestesia, que foi raquianestesia.

Quanto ao uso de fórceps, embora não tenha sido realizado em nenhuma das pacientes por nós analisadas, a literatura recomenda seu uso como forma de encurtar o período expulsivo, minimizando as alterações hemodinâmicas observadas neste período^{1,6}.

CONCLUSÃO

A gravidez, na maioria das pacientes, levou a um agravamento das manifestações clínicas da cardiopatia com conseqüente avanço no grau funcional.

A incidência de prematuridade foi de 20%.

A mortalidade materna e perinatal foi igual a zero.

Houve equivalência entre o nº de parto cesáreo e parto vaginal. Isto ocorreu, porque a maioria das pacientes que foram a cesarea não tinham indicação clínico-obstétrica para tal procedimento.

Com relação ao parto vaginal, não houve preocupação com o uso de anestesia (a não ser em uma paciente) ou fórceps, como é preconizado pela literatura.

Todos os recém-nascidos nasceram vigorosos (APGAR). A incidência de baixo peso (< 2.500 g) foi de 25%.

O tipo de cardiopatia influenciou na evolução puerperal imediata. É assim, que 2 pacientes portadoras de EM evoluíram com EAP no puerpério imediato. Entretanto, com exceção destas, o restante das pacientes teve uma evolução puerperal sem complicações.

Houve predomínio das valvulopatias, principalmente as de origem reumática: EM foi a mais freqüente e responsável por praticamente todas as complicações clínicas.

A comissurotomia em pacientes com EM (antes ou durante a gestação), levou a melhor evolução da gravidez, parto e puerpério imediato, em relação as pacientes não submetidas a comissurotomia mitral.

As pacientes portadoras de bioprótese suportaram bem a gravidez e puerpério imediato.

Cardiopatia e gravidez, embora seja uma situação clínico-obstétrica considerada de alto risco, quando conduzida adequadamente, resulta em bom prognóstico para o binômio materno-fetal.

R E S U M O

Com o objetivo de avaliar os resultados da gravidez em gestantes portadoras de cardiopatia, foram estudadas, prospectivamente, 15 gestantes cardiopatas.

Suas condições clínicas foram avaliadas antes e durante a gravidez, conforme a classificação funcional de New York Heart Association e os parâmetros mais importantes em relação a gestante e o feto, foram analisados. As consequências da cardiopatia sobre mãe e feto, vão depender, sobretudo, do tipo e gravidade da lesão cardíaca. A valvulopatia reumática é ainda, em nosso meio, o tipo de cardiopatia mais prevalente na gravidez e o parto deve ser de preferência vaginal, sob anestesia de condução e, se necessário, auxiliado por fórceps.

Em nossa casuística a mortalidade materna e perinatal foi igual a zero.

BIBLIOGRAFIA

01. REZENDE, S. Obstetrícia. 5ª ed., edit. Guanabara, 1987, pag. 319-326.
02. SULLIVAN, J.M. e RAMANATHAN, K.B. Management of medical problems in pregnancy - severe cardiac disease. The New England Journal of Medicine, 313 (5), Aug 1985.
03. BHRROW, G. Doença cardiovascular In: Complicações clínicas da gravidez. 2ª ed. São Paulo, edt. Roca, 1983.
04. CLARK, S.L. et all. Labor and delivery in the presence of mitral stenosis: central hemodynamic observations. Am J Obstet Gynecol, 152 (8), August 1985.
05. KATZ, M. et alii. Outcome of pregnancy in 110 patients with organic heart disease. The Journal of Reproductive Medicine, 31(5), May 1986.
06. PRITCHARD, J.A. e MAC DONALD, P.C. Obstetrícia. 16ª ed. , Guanabara Koogan, 1983, págs. 534 e 538.
07. MATORRAS, R. et all. Comissurotomy and Pregnancy. A study of 245 cases. Acta Obstet Gynecol Scand, 65:847-852, 1986.
08. MATORRAS, R. et all. Prosthetic heart valve and pregnancy. A study of 59 cases. Gynecol Obstet Invest, 19:21-31, 1985.
09. JAVARES, T. et all. Pregnancy after heart valve replacement. International Journal of Cardiology, vol. 5, 731-739, 1984.
10. VITALI, E. et all. Pregnancy in patients with mechanical prosthetic heart valves. J. Cardiovasc Surg., vol. 27 , 221-227, 1986.
11. BRAUNWALD, E. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. vol. 2, W.B. Saunders Company, Philadelphia; London, Toronto, 1980, pag. 1883-1884.

12. CUNNINGHAM, F.C. et all. Peripartum heart failure: idiopathic cardiomyopathy ou cardiovascular events? *Obstetrics and Gynecology*, 67(2) Feb. 1986.
13. AZEVEDO, A.C. *Cardiologia*. edit. Sarvier, 1ª ed., São Paulo, 1984, págs. 151-152 e 157-172.
14. BURCH, G.E. *Cardiomyopathy*. edit. F.A. Davis Company, Philadelphia, 1972, pag. 269-281.
15. QUEENAN, J. *Gravidez de Alto Risco*. edit. Manole, 2ª ed., 1987, pag. 299-327.

**TCC
UFSC
PE
0187**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0187

Autor: São Thiago, Luiz E

Título: Cardiopatia e gravidez : anális



972807941

Ac. 253827

Ex.1 UFSC BSCCSM