Casos clínicos

Cardiopatia na gestação

Discussão de casos · ambulatório e plantão

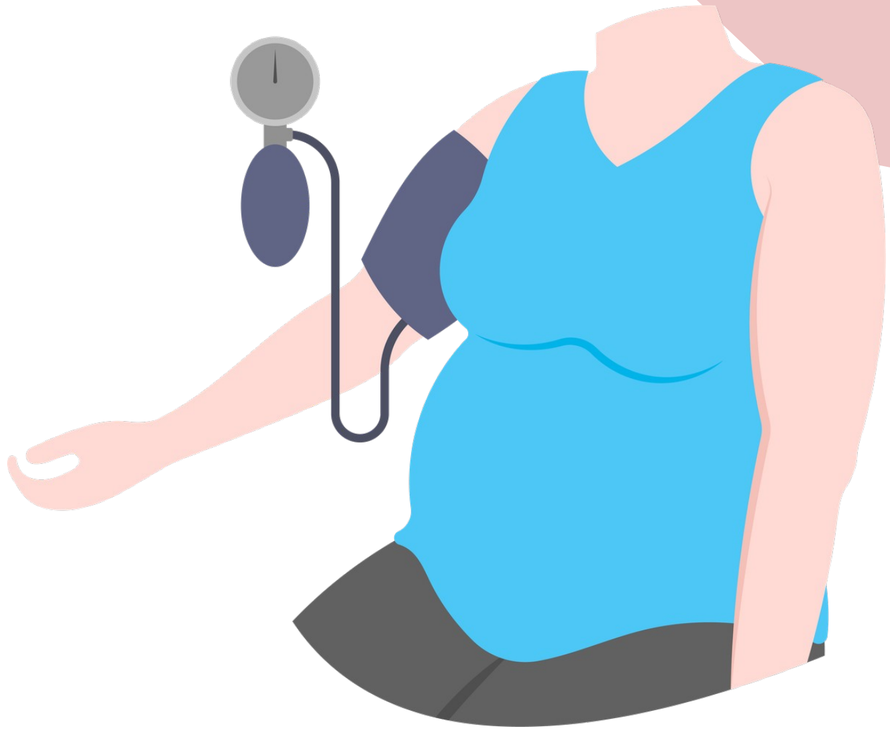
Caso 1| 'Cansada para subir a ladeira'

Marlene, 29 anos, G2P1, 26 semanas, agricultora.

Febre reumática na infância; 'sopro' desde então, sem acompanhamento. Primeira gestação há 6 anos, sem intercorrências. Agora dispneia progressiva: há 1 mês aos grandes esforços, hoje ao subir uma ladeira; dorme com 2 travesseiros.

PA 110/70, FC 108 regular, SpO2 96%, crepitações em bases, ruflar diastólico no ápice com reforço pré-sistólico, B1 hiperfonética. Edema 1+/4. ECG: sinusal, sobrecarga de AE.

Eco: estenose mitral reumática, área 1,2 cm^2, gradiente médio 12 mmHg, PSAP 52 mmHg, FEVE 62%, sem trombo em AE, Wilkins 7.



Por que piorou agora? O que prescrever hoje? Quando pensar em valvoplastia — e onde essa mulher deve parir?

Resolução do caso 1

Estenose mitral moderada descompensando pela fisiologia da gestação: ela precisa de tempo diastólico, não de cirurgia.

Por que piorou: volemia sobe 40–50% e a FC sobe 10–20 bpm; na estenose mitral o átrio só esvazia na diástole — taquicardia encurta a diástole, o gradiente sobe e o pulmão congesta. Pico entre 28–32 semanas, no parto e nas primeiras 48 h pós-parto.

Prescrever hoje: betabloqueador cardiosseletivo — metoprolol succinato 25–50 mg/dia (subir até FC 70–80); evitar atenolol (restrição de crescimento). Congestão: furosemida 20–40 mg/dia, sem secar demais. Restrição de sal, repouso relativo, cardiologista junto. FA ou trombo: anticoagular.

Valvoplastia por balão: se continuar em CF III–IV ou PSAP > 50 apesar do tratamento, com anatomia favorável (Wilkins ≤ 8, sem trombo, sem insuficiência mitral importante) — de preferência após 20 semanas, com proteção abdominal. Cirurgia aberta só se não houver alternativa.

Risco e local: estenose mitral moderada = mWHO III (grave = IV): pré-natal e parto em centro com cardiologia e UTI. Parto vaginal com peridural precoce, 2º período abreviado, ocitocina em infusão lenta, nada de metilergometrina; vigiar 48–72 h no pós-parto.



Taquicardia é o inimigo

Metoprolol + furosemida

Balão se CF III–IV, Wilkins ≤ 8

mWHO III: centro terciário

Fontes: ESC Guidelines — Regitz-Zagrosek V et al., Eur Heart J 2018; SBC, Diretriz para Gravidez na Mulher Portadora de Cardiopatia — Avila WS et al., Arq Bras Cardiol 2020; MS, Manual de Gestação de Alto Risco 2022.

PARTO NA CARDIOPATA | O QUE MUDA E O QUE NÃO MUDA

Via e momento

Via é obstétrica: vaginal na grande maioria — menos sangramento, menos infecção, menos trombose.
Cesárea por indicação cardíaca só em: anticoagulação oral em trabalho de parto, aorta > 45 mm ou dissecção, IC grave refratária, hipertensão pulmonar grave/Eisenmenger, estenose aórtica grave sintomática.
Programar: parto com equipe (obstetra, cardio, anestesia, neo) de dia; indução a partir de 39–40 semanas nas classes III–IV; não deixar passar do termo.

Durante o parto

Analgesia peridural precoce: reduz dor, taquicardia e catecolaminas; titulada lentamente (hipotensão é perigosa em estenoses e HAP).
2º período: evitar Valsalva prolongado — fórceps ou vácuo de alívio nas classes III–IV e lesões obstrutivas; decúbito lateral esquerdo.
Monitorar: FC, PA, SpO2, ECG contínuo nas classes III–IV; balanço hídrico rigoroso (sem bolus de cristaloide 'de rotina').
Antibiótico para endocardite: não é rotina no parto (ESC/AHA).

3º período e puerpério

Ocitocina: em infusão lenta (ex.: 10 UI em 500 mL a correr em 1–2 h), nunca em bolus IV — hipotensão e taquicardia.
Metilergometrina: contraindicada — vasoconstrição, hipertensão, espasmo coronariano. Misoprostol com cautela; ácido tranexâmico pode.
Autotransfusão: 500 mL voltam à circulação após a dequitação — o edema agudo aparece nas primeiras 24–72 h: UTI/semi para classes III–IV.
Antes da alta: contracepção definida (nada de estrogênio nas classes III–IV; SIU-LNG, implante ou DIU de cobre).

Fontes: ESC 2018 (Regitz-Zagrosek V et al.); SBC 2020 (Avila WS et al.); RCOG/MBRRACE-UK, Saving Lives, Improving Mothers' Care (cardiopatia é a 1ª causa de morte materna indireta no Reino Unido).

Caso 2 | Prótese mecânica e teste positivo

Vanessa, 34 anos, G1, 6 semanas, comerciante.

Troca valvar mitral por prótese mecânica (St. Jude) há 6 anos, por sequela reumática. Usa varfarina 5 mg/dia, INR há 1 semana 3,1. Assintomática, CF I. Não planejou a gestação: 'o cardiologista disse que eu não podia engravidar'.

PA 118/76, FC 78, clique metálico audível, sem sopros novos, sem congestão. Eco há 4 meses: prótese normofuncionante, FEVE 60%, PSAP 30 mmHg.

Pergunta se precisa 'trocar para heparina agora', se o bebê vai nascer com problema e se vai poder ter parto normal.



Varfarina, HBPM ou heparina não fracionada — e em que semana trocar? Qual o risco para o embrião e qual o risco para a prótese?

Resolução do caso 2

Prótese mecânica = mWHO III: nenhum esquema é seguro para os dois ao mesmo tempo: decide-se junto com ela, trimestre a trimestre.

Os dois riscos: varfarina entre 6 e 12 semanas: embriopatia (hipoplasia nasal, epífises pontilhadas) em ~5–6%, menos se dose ≤ 5 mg/dia (~3%); perda e hemorragia fetal. Heparinas não cruzam a placenta, mas protegem menos a prótese: trombose de válvula em 4–9% com HBPM versus < 3% com varfarina.

1º trimestre (6–12 sem): dose ≤ 5 mg/dia (o caso dela): manter varfarina é aceitável (ESC, IIa) após conversa documentada. Se recusar o risco ou dose > 5 mg: enoxaparina 1 mg/kg 12/12 h com anti-Xa 4–6 h pós-dose, alvo 0,8–1,2 UI/mL, semanal — ou HNF IV internada.

2º e 3º trimestres: varfarina de volta a partir de 12–13 semanas (INR alvo 3,0 para mitral; 2,5–3,5), INR mensal. Às 36 semanas trocar por HNF IV (TTPa 1,5–2×) ou HBPM, para o feto nascer sem anticoagulante.

Parto: programado, em centro terciário. HNF suspensa 4–6 h antes da peridural/parto e retomada 4–6 h depois; varfarina volta no 2º–3º dia (compatível com amamentação). Trabalho de parto em varfarina: cesárea — o feto está anticoagulado e a vitamina K não reverte isso a tempo.



6–12 sem: varfarina ≤ 5 mg ok

HBPM: anti-Xa 0,8–1,2

36 sem: HNF ou HBPM

TP em varfarina = cesárea

Fontes: ESC 2018 (Regitz-Zagrosek V et al., Eur Heart J 2018); ROPAC — van Hagen IM et al., Circulation 2015; SBC 2020 (Avila WS et al.); Steinberg ZL et al., J Am Coll Cardiol 2017 (revisão de anticoagulação em prótese mecânica na gestação).

CLASSIFICAÇÃO mWHO | RISCO MATERNO E ONDE CUIDAR

Classe	Exemplos	Eventos cardíacos	Pré-natal e parto
I	Estenose pulmonar leve, prolapso mitral, PCA pequeno, CIA/CIV/PCA operados sem sequela, extrassístoles isoladas	2,5–5%	Maternidade local; cardio 1–2 vezes
II	CIA/CIV não operadas, Fallot corrigido, maioria das arritmias, Turner sem dilatação aórtica	6–10%	Maternidade local; cardio 1 vez por trimestre
II–III	Disfunção leve de VE (FE > 45%), cardiomiopatia hipertrófica, valvopatia nativa ou bioprótese (não I nem IV), Marfan sem dilatação, coarctação corrigida	10–19%	Hospital de referência; cardio a cada 2 meses
III	Disfunção moderada de VE (FE 30–45%), CMPP prévia recuperada, PRÓTESE MECÂNICA, ESTENOSE MITRAL MODERADA, EAo grave assintomática, Fontan, cianogênica não corrigida, aorta 40–45 mm (Marfan)	19–27%	Centro terciário (pregnancy heart team); cardio mensal ou bimensal
IV (gestação contraindicada)	Hipertensão arterial pulmonar, FE < 30% ou CF III–IV, CMPP prévia com disfunção residual, ESTENOSE MITRAL GRAVE, EAo grave sintomática, aorta > 45 mm (Marfan), Ehlers-Danlos vascular, coarctação grave	40–100%	Centro terciário; cardio mensal; discutir interrupção legal (risco de vida)

Fonte: ESC 2018 (Regitz-Zagrosek V et al., Eur Heart J 2018), tabela mWHO modificada; Thorne S et al., Heart 2006 (classificação original); SBC 2020.

Caso 3 | 'Falta de ar depois do parto'

Rosângela, 32 anos, G3P3, 3 semanas de puerpério, diarista.

Cesárea há 21 dias por pré-eclâmpsia grave com 37 semanas. Há 10 dias dispneia progressiva, hoje aos mínimos esforços; ortopneia, tosse noturna, edema de pernas que 'não foi embora'. Amamentando.
PA 134/88, FC 116, FR 28, SpO2 92%, afebril. Turgência jugular, B3, estertores até terço médio, edema 3+/4 simétrico. Sem cardiopatia conhecida.
Hb 10,8; BNP 1.350 pg/mL; troponina pouco elevada; ECG: taquicardia sinusal. Eco à beira do leito: VE dilatado, FEVE 28%, hipocinesia difusa.



O que é isso e o que não é? Como tratar no puerpério — e a bromocriptina entra? Ela pode engravidar de novo?

Resolução do caso 3

Cardiomiopatia periparto: IC com FEVE ‹ 45% no último mês de gestação ou até 5 meses pós-parto, sem outra causa.

O que não é: TEP (mas há B3, congestão bilateral e FE 28%), edema agudo da pré-eclâmpsia (FE preservada), pneumonia, anemia. Pré-eclâmpsia é fator de risco da CMPP, não a explica; outros: multiparidade, > 30 anos, gemelar, afrodescendência.

Tratar (puerpério): internar; O2, furosemida IV. Como já pariu: enalapril ou captopril (compatíveis com amamentação; na gestação seriam proibidos — hidralazina + nitrato). Betabloqueador (carvedilol ou metoprolol succinato) após compensar. Anticoagulação pelo menos profilática com FE ≤ 35%.

Bromocriptina: 2,5 mg 2×/dia por 2 semanas, depois 2,5 mg/dia por 6 semanas, sempre com anticoagulação (ESC classe IIb; evidência alemã e sul-africana). Interrompe a lactação — decidir com ela. Com FE 28%, choque ou VD acometido: pesa a favor.

Depois: eco em 6 semanas, 6 meses e 1 ano; metade recupera a FE em 6 meses. Contracepção na alta, sem estrogênio (SIU-LNG, implante). Nova gestação só se FE recuperou (> 50–55%); FE residual < 50% = mWHO IV: recorrência e morte altas.



FEVE ‹ 45%, até 5 meses

IECA só depois do parto

Bromocriptina + anticoagular

FE não recuperou: mWHO IV

Fontes: ESC 2018; Bauersachs J et al., Eur J Heart Fail 2019 (posicionamento HFA sobre CMPP); Sliwa K et al., Eur J Heart Fail 2010 (definição); Hilfiker-Kleiner D et al., Eur Heart J 2017 (bromocriptina, ensaio randomizado); SBC 2020.

GESTANTE CARDIOPATA | ESTRATIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO

Cardiopatia conhecida ou suspeita (dispneia desproporcional, ortopneia, síncope, sopro diastólico) → ECG + eco + cardio na 1ª consulta

mWHO I–II: risco baixo (eventos < 10%)	mWHO II–III: risco intermediário (10–19%)	mWHO III: risco alto (19–27%)	mWHO IV: gestação contraindicada (40–100%)
Pré-natal e parto na maternidade local; cardio 1–2 vezes (I) ou a cada trimestre (II); via obstétrica	Pré-natal e parto em hospital de referência regional; cardio a cada 2 meses; plano de parto escrito	Centro terciário com pregnancy heart team; cardio mensal/bimensal; parto programado, UTI disponível	Centro terciário; discutir interrupção legal (risco de vida materna); se seguir: cardio mensal, UTI no parto

Qualquer classe: dispneia em repouso, ortopneia, síncope, FC > 110, SpO2 < 95% ou arritmia nova = emergência hoje. Parto: peridural precoce, 2º período assistido, ocitocina lenta, sem metilergometrina, vigiar 48–72 h

Fontes: ESC 2018 (Regitz-Zagrosek V et al.), tabela de seguimento por classe mWHO; SBC 2020 (Avila WS et al.); MS, Manual de Gestação de Alto Risco 2022.

Pegadinha de prova

Primigesta de 26 anos, com prótese valvar mitral mecânica, em uso de varfarina 5 mg/dia (INR 3,2 hoje), chega à maternidade com 37 semanas em trabalho de parto ativo, 6 cm de dilatação, bolsa íntegra, BCF 140 bpm, sem sinais de insuficiência cardíaca. A conduta mais adequada é:

A Permitir o parto vaginal com analgesia peridural precoce e fórceps de alívio, já que a via de parto é obstétrica.

B Administrar vitamina K e plasma fresco à mãe e aguardar o parto vaginal, pois o INR materno será corrigido em poucas horas.

C Suspender a varfarina, iniciar heparina não fracionada e induzir com ocitocina em bolus.

D Reverter a anticoagulação materna (vitamina K, plasma ou complexo protrombínico) e realizar cesárea, pois o feto está anticoagulado e sob risco de hemorragia intracraniana no parto vaginal.

E Prescrever metilergometrina profilática no 3º período para reduzir o sangramento em paciente anticoagulada.

Pegadinha de prova

Primigesta de 26 anos, com prótese valvar mitral mecânica, em uso de varfarina 5 mg/dia (INR 3,2 hoje), chega à maternidade com 37 semanas em trabalho de parto ativo, 6 cm de dilatação, bolsa íntegra, BCF 140 bpm, sem sinais de insuficiência cardíaca. A conduta mais adequada é:

A Permitir o parto vaginal com analgesia peridural precoce e fórceps de alívio, já que a via de parto é obstétrica.

B Administrar vitamina K e plasma fresco à mãe e aguardar o parto vaginal, pois o INR materno será corrigido em poucas horas.

C Suspender a varfarina, iniciar heparina não fracionada e induzir com ocitocina em bolus.

D Reverter a anticoagulação materna (vitamina K, plasma ou complexo protrombínico) e realizar cesárea, pois o feto está anticoagulado e sob risco de hemorragia intracraniana no parto vaginal.

E Prescrever metilergometrina profilática no 3º período para reduzir o sangramento em paciente anticoagulada.

PARA LEVAR

1

Estratifique na 1ª consulta (mWHO): I–II fica na maternidade local; II–III vai para referência; III e IV para centro terciário com cardio e UTI — antes de descompensar.

2

Estenose mitral: taquicardia é o inimigo — betabloqueador, diurético se congesta, balão se CF III–IV. Prótese mecânica: varfarina ≤ 5 mg pode no 1º tri; HBPM só com anti-Xa; às 36 semanas, heparina.

3

Parto: via obstétrica, peridural precoce, 2º período sem Valsalva prolongado, ocitocina lenta, nunca metilergometrina; vigie 48–72 h. Puérpera com dispneia e BNP alto: eco — pense em CMPP.