

ASSISTÊNCIA AO PARTO NA CARDIOPATA

*Sérgio Espinosa

**Fabrício Antônio Molon

* Médico Chefe do Setor de Gestação de Alto Risco e Medicina Fetal do HNSC
Preceptor do PRM/ GO do HNSC Médico Obstetra da Unidade de Cardiologia Fetal – ICFUC
** Médico Residente (R3) do PRM/ GO do HNSC

As altera es cardiovasculares inerentes a uma gravidez normal podem acrescentar riscos a uma paciente cardiopata e a avalia o desses riscos pode ser difícil para correta interpreta o dos sinais e sintomas, diferenciando o fisiológico do patológico.

A assistência pré-natal das cardiopatas, nos dias atuais, deve ser vista com algumas particularidades e pré-requisitos. Esses necessitam ser preenchidos o mais cedo possível. Tal assistência não deve ser feita de modo isolado pelo obstetra, como era feita no passado, em que o cardiologista participava em consultas isoladas no 3  trimestre ou quando era chamado nas internaa es por descompensaa es cardíacas para dar consultoria. Portanto, a assistência pré-natal correta deve estar associada entre os dois especialistas, que não são verão a paciente em conjunto como discutirão a evolu o da patologia (1).

A 1  consulta pré-natal deve ser realizada o mais cedo possível, quando os especialistas estabelecem diagnóstico, programa de a o conjunta e, se possível, prognóstico da evolu o da cardiopatia e, em consequência, prognóstico materno-fetal(1,4). Cabe aqui colocar que em raríssimas ocasiões está indicada a interrup o médica da gravidez, naquelas patologias de elevada mortalidade materna, o que deverá ter discussão familiar e interdisciplinar. Além dos exames pré-natais de rotina e da repeti o dos exames específicos cardiológicos, quando necessários, deve ser feita ultrassonografia obstétrica precoce, a qual servirá como ponto de referência para a idade gestacional e realiza o seriada para acompanhar o crescimento fetal em especial naqueles fetos de risco aumentado para tal, como nas pacientes que apresentam PO₂ inferior a 70 com importante redu o no aporte de oxig nio para o feto (2).

Será dada aten o, no pré-natal, ao rastreio das infec es, entre as mais comuns, as urinárias, que podem levar   descompensaa o cardíaca. Além disso, o tratamento geral da gestante cardiopata depende da capacidade funcional do cora o. Nestas pacientes, deve ser evitado o ganho excessivo de peso, a reten o excessiva de líquidos e a anemia (1).

Recomenda-se acompanhamento de psicóloga e assistente social, já que a paciente cardiopata tem um componente de ansiedade exacerbado, e o amparo desses profissionais certamente terá repercussões em seu ambiente familiar.

Uma das intercorrências obstétricas que requer muito cuidado nessas pacientes   o trabalho de parto prematuro e necessitam ser bem avaliadas as vantagens e as desvantagens de inibi-lo. Parece evidente que pesar  a idade gestacional e a classe funcional da paciente. Em certas situa es, como nas insuficiências cardíacas graves (classe funcional III e IV) e nas cardiopatias cong nitas cianóticas, não deve ser inibido o trabalho de parto pré-termo. Cuidados predominam nas situa es contrárias, quando se indica a útero inibi o, com o uso das drogas uterol ticas mais comuns, pois elas têm importantes efeitos sobre o aparelho cardiovascular. Exemplo são as drogas simpaticomiméticas (salbutamol, terbutalina), que causam taquicardia(1).

De modo geral, a cardiopatia não   indicativa de antecipaa o do parto, a não ser que surjam intercorrências mais graves que justifiquem a exigência (3). No passado, a cesárea era quase rotina em paciente portadora de cardiopatia, pois se acreditava que assim

seria reduzida a dor e a ansiedade do parto. Porém, sabe-se hoje que as complica es tipo insuficiência cardíaca congestiva, edema agudo de pulmão e mortalidade materna não diminuir m com essa conduta, pelo contrário, aumentaram as complica es p s-operatórias, tornando o risco de cesárea maior do que o parto vaginal. Recomenda-se que a gestante seja hospitalizada alguns dias antes da data provável do parto ou mesmo que se inicie o trabalho de parto (TP) com objetivo de fazer uma avalia o materno-fetal e estabelecer condi es ótimas para o parto (5). Cuidados especiais são necessários com pacientes usuárias de anticoagulantes orais . Nestas, recomenda-se troca pela heparina a partir das 35  – 36  semanas com a paciente hospitalizada (1,2,3,4,6). Entre as principais indica es da via alta eletiva, destacam-se a estenose aórtica moderada e grave, coarctaa o da aorta, miocardiopatias hipertróficas e Síndrome de Marfan (6).

O trabalho de parto produz altera es súbitas e acentuadas no aparelho cardiovascular. A cada contra o uterina, de 300 a 500 ml de sangue são desviados do útero para a circula o geral (2). A pressão venosa sist mica aumenta em fun o dessa “auto-transfusão” das veias uterinas ingurgitadas. A pressão do ventrículo direito aumenta, assim como o débito cardíaco, que se eleva em torno de 20%. Aumenta a pressão arterial média, sendo seguida de uma bradicardia reflexa. As contra es uterinas podem comprimir aorta e ilíacas e, com isso, elevar o débito cardíaco que distribui sangue para os membros superiores e cabeça. Portanto, os eventos cardiocirculatórios têm correla o direta com a intensidade das contra es e, mesmo naquelas situa es circulatórias estáveis, podem se desestabilizar pela tensão do trabalho de parto e, por isso, esse período precisa ser abreviado e o mais indolor possível. A dor e a ansiedade resultam em aumento da estimula o adrenérgica, que   acompanhada de elevaa o da pressão arterial e da freq ncia cardíaca, principalmente durante o segundo estágio do TP. Nesta fase tem destaque especial a anestesia peridural, que atenua o aumento do débito cardíaco e da freq ncia cardíaca, porque atua como analgésico e também como vasodilatador periférico, o que reduz o retorno venoso ao cora o. Estas altera es resultam em diminui o da pré-carga ou do volume dist lico final no VE (2).

A anestesia regional pode ser usada de modo efetivo na maioria das pacientes com cardiopatia. Tanto a epidural como a espinal possibilitam queda do débito cardíaco e da pressão arterial antes da cesareana. Isto requer aten o especial do anestesista, com deslocamento uterino lateral esquerdo e infusão parcimoniosa de líquidos intravenosos apropriados (6,7)

Na assistência ao parto   fundamental a presença de quatro profissionais na sala de parto: obstetra, cardiologista, neonatologista e anestesista. Embora requeira cuidados especiais da equipe, na maioria das vezes o parto ocorre bem, em especial se a paciente teve pré-natal adequado e boa programa o para a assistência ao nascimento. A doença cardiológica de base poderá ter influências nos resultados no momento do parto (6).

A monitoriza o cardíaca por parte do cardiologista   uma prática recomendável, permitindo a identifica o rápida das intercorrências e suas corre es, como, por exemplo, arritmias, evitando as hipotens es (4,6). A infusão excessiva de líquidos poderá

desencadear edema agudo de pulmão, principalmente naquelas pacientes que estejam fazendo uso de agentes b-bloqueadores. A volemia necessita ser controlada com cuidado, evitando sobrecargas desnecessárias. A monitorização da pressão arterial (PA) bem como da PO₂ são também importantes no controle durante o parto. Deve-se ter cuidado na oferta do oxigênio, que deve ser por cateter nasal, 2 a 3 l/min, umidificado (7)

A monitorização da paciente também é necessária para o anestesista, com o uso de técnicas invasivas nos casos que requerem cuidados especiais. Deve haver conhecimento profundo das modificações cardiovasculares e pulmonares induzidas pela gestação, além daquelas provocadas pela própria cardiopatia e mecanismo das drogas e técnicas anestésicas utilizadas (6).

O parto da paciente com cardiopatia deve ser feito sob anestesia, pois reduz a dor e o estresse, diminuindo a sobrecarga. Em geral recomenda-se a anestesia por bloqueio. A peridural com bupivacaína e complementada com morfina ou fentanil costuma ser muito adotada. O uso da lidocaína pode ser útil nos casos de arritmias. A ocitocina terá uso cuidadoso. A paciente deve ser punccionada em posição de decúbito lateral esquerdo para evita compressão da cava inferior e hipotensão. Nas pacientes em uso de anticoagulantes, muitos preferem a anestesia geral, para evitar o risco de sangramento no local da punção. Prioridade será dada para ventilação adequada. A diurese deve ser controlada (1,6).

A paciente deve necessitar colocada em posição de Semi-Fowler, após preparo psicofísico da sua entrada e acomodação em sala de parto. O bem-estar fetal precisa ser mantido por meio da monitorização eletrônica externa da FCF (cardiotocografia) durante todo o TP.(4)

No período expulsivo, evitar a posição de litotomia (decúbito dorsal) pelo risco de aumentar o retorno venoso, mantendo-a em Semi-fowler. Atenção especial será dada à dequitação e ao momento imediatamente após, quando começam a ocorrer as alterações da hemodinâmica cardiovascular, e a sobrecarga cardíaca nem sempre é previsível, variando com a cardiopatia de base e com a fração de ejeção, e não raro é o momento em que ocorre a insuficiência cardíaca súbita.

Um dos problemas mais graves, e que por isso requer muita atenção na assistência ao parto da paciente portadora de cardiopatia, é o edema agudo de pulmão, o qual pode ocorrer principalmente por:

- alterações hemodinâmicas do TP;
- uso excessivo de volumes;
- uso excessivo de ocitocina.

Outro risco freqüente é o tromboembolismo, requerendo tratamento anticoagulante sistêmico imediato. Recomenda-se movimentos ativos no leito e, se possível, fora dele, para prevenir os fenômenos tromboembólicos (1,6).

Amamentação, embora cause aumento do volume circulante, não tem restrição, sendo em geral bem aceita e tolerada pelas pacientes. Mas é importante cuidados com algumas drogas de uso pela mãe, que podem passar para o leite, com efeitos adversos no RN, como alguns b-bloqueadores, que causam hiporreflexia, hipotermia, hipoglicemia e aumento da secreção nasal (6).

As pacientes com insuficiência cardíaca severa classe funcional IV não devem amamentar. Este grupo de pacientes tem contra-indicação para o uso de produtos estrogênicos, como inibidores da lactação, pelo risco aumentado de tromboembolismo. Drogas como a bromocriptina e a lisurida podem ser utilizadas (6).

O acompanhamento cardiológico e obstétrico necessita ser continuado e cuidadoso durante todo o puerpério e não deve terminar no momento da alta hospitalar. Programações de revisões conjuntas serão feitas, pelo menos em mais duas oportunidades, no 15º e entre o 30º e 40º dia. Atenção precisa ser dada para o planejamento familiar, com orientação sobre métodos seguros e adequados, ou esterilização, naqueles casos em que novas gestações estejam contra-indicadas.

Referências Bibliográficas:

1- Almeida, P.A.M., Born, D., Feitosa, H.N.; Cardiopatia e gravidez, Cunha, S.P.; Duarte, G.; Gestação de Alto Risco, Rio de Janeiro, Ed. Medsi, Médica e Científica LTDA., 1998, Pág.: 131-171;

2- Landon, M.B., Doença cardíaca, Gabbe, S.G., Obstetrícia – Gestações normais e patológicas, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara-Koogan, 1999; Pág. 726-736;

3- Cunningham, F.G.; Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap III, L.C., Hauth, J.C., Wenstrom, K.D. ; Cardiovascular disease; Cunningham, F.G., Williams Obstetrics, Dallas, Ed. McGraw-Hill, 2001; Pág.: 1181-1186;

4- Casavilla, F., Margulies, M., Uranga Imaz, F.A., Cardiopatas. Casavilla, F., Normas para la atención del estado grávido-puerperal, Buenos Aires, Ed. Inter-Médica Editorial, 1988; Pág.; 177- 183;

5- Malhotra, M., Sharma, J.b., Tripathii, R., Arora, R., Maternal and fetal outcome in valvular heart disease, Int J Gynaecol Obstet; 84(1): 11 – 6 2004 Jan.

6- Lopes, C.M.C., Andrade, J.; Trabalho de parto na cardiopata, Andrade J., Ávila, W.S., Doença Cardiovascular, Gravidez e planejamento familiar; Rio de Janeiro, Ed. Atheneu, 2003, Pág.: 323 – 328;

7- Schabel, J. E.; Jasiewicz, R.C., Anesthetic management of a pregnant patient with congenitally corrected transposition of the great arteries for labor and vaginal delivery; J Clin Anesth; 13(7):517-20,2001 Nov.