

RELATO DE CASO: ASSISTÊNCIA AO PARTO DE UMA GESTANTE PORTADORA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA POR CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA

Luiza Letti Ferronato¹, Pedro Enzo Camargo Luz², Isabella Caroline de Freitas Domingos³, Marcelo Costa Cronemberger Marques⁴

¹Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília. E-mail: lulf3005@gmail.com; ²Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília. E-mail: pedroenzoc@gmail.com; ³Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília. E-mail: isabellacarolinekz@hotmail.com;

⁴Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Brasília. E-mail: marcelo.marques@ceub.edu.br

Introdução: Estima-se que a cardiopatia acometa entre 1 e 4% das gestantes, sendo responsável por até 15% dos óbitos maternos. Além disso, associa-se a um aumento na frequência de eventos perinatais, como prematuridade e maior número de partos operatórios. Durante a gestação, ocorre um aumento na volemia, frequência e débito cardíaco, este atingindo valores até 50% superiores às mulheres não gestantes. Tais alterações podem agravar o estado funcional de cardiopatias conhecidas ou revelar doenças cardíacas em gestantes sem diagnóstico prévio. O risco da descompensação da insuficiência cardíaca (IC) é maior na segunda metade da gestação, no intraparto e no puerpério precoce, devido às alterações hemodinâmicas. O presente relato aborda a assistência ao parto de uma gestante com IC NYHA II por cardiomiopatia chagásica. **Relato de Caso:** Gestante, 41 anos, G7P6A0, hipertensa, com diagnóstico de cardiomegalia teve gestação descoberta com 24 semanas e descompensada com edema agudo de pulmão às 28 semanas. Em uso de espironolactona 25mg, carvedilol 3,125mg e furosemida 40mg. Foi confirmado o diagnóstico de IC por cardiomiopatia chagásica NYHA II. Ecocardiograma com 29 semanas revelou dilatação de grau acentuado de câmaras esquerdas, insuficiência mitral moderada/acentuada, comprometimento miocárdico difuso e fração de ejeção de 36,45%. Com 38 semanas e 2 dias foi realizada indução do parto com misoprostol 50 mcg, evoluindo com contrações em menos de 3 horas. Foi solicitada reserva de vaga em unidade de terapia intensiva (UTI), analgesia peridural com ropivacaína e fentanil e fórceps baixo para abreviação do período expulsivo. Parto sem intercorrências e recém-nascido saudável. A mãe evoluiu sem descompensação cardíaca, recebendo alta após 48h. **Discussão:** Diante de gestação de risco em paciente cardiopata, a via de parto deve ser individualizada de acordo com as condições clínicas da mãe, a gravidade da lesão cardíaca, a paridade e outras comorbidades obstétricas. As contrações uterinas podem provocar aumento do volume circulante, enquanto a ansiedade e a dor podem levar à elevação da pressão arterial. Para gestantes compensadas, indica-se parto normal com analgesia e auxílio instrumental em hospital com retaguarda cardiológica para controle da dor e estabilidade hemodinâmica. No puerpério imediato, pelo maior risco de descompensação, recomenda-se o seguimento em UTI de 48 a 72 horas pós-parto. **Considerações Finais:** No caso referido, a paciente evoluiu bem pelo adequado planejamento e atuação coordenada das equipes envolvidas, ressaltando a relevância da abordagem multiprofissional e do acompanhamento individualizado em gestantes com cardiopatias. A escolha criteriosa da via de parto, o manejo apropriado da analgesia e a disponibilidade de suporte em UTI foram determinantes para a segurança materno-fetal. Ademais, o caso reforça que o diagnóstico precoce e o acompanhamento rigoroso durante o pré-natal são essenciais para reduzir complicações perinatais e minimizar os riscos em pacientes cardiopatas.

Descritores: Assistência ao Parto, Insuficiência Cardíaca, Cardiomiopatia Chagásica.