



CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA EM GESTANTES: UMA REVISÃO DA LITERATURA

CAROLINE MEDEIROS CARMINATTI; EMANUELLY LEDO SILVA; CAMILA RAFAELY SCHMIDT MACHADO; MARCELA DE PAULA ANDRADE OLIVEIRA; ROBSON EUGÊNIO DA SILVA

Introdução: A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é uma doença autossômica dominante, com uma prevalência de 1:500 na população geral; a gestação traduz mudanças na hemodinâmica corporal, o que afeta o sistema cardiovascular. O manejo da mulher grávida com CMH exige uma avaliação cuidadosa, considerando a saúde da mãe e feto. **Objetivo:** O seguinte estudo tem por objetivo relacionar e caracterizar a cardiomiopatia hipertrófica e a gestação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, no qual utilizaram-se 8 estudos, no período de 2014 a 2024, buscados nas plataformas Pubmed e Google Scholar, utilizando as palavras chaves “cardiomiopatia hipertrófica”, “gestantes” e “gravidez”. Foram selecionados os de língua inglesa e portuguesa, avaliados por sua relação com o tema. **Resultados:** A cardiomiopatia hipertrófica é caracterizada por uma hipertrofia assimétrica do ventrículo esquerdo idiopática, causando uma obstrução na via de saída e diminuição de seu volume sanguíneo. Suas possíveis complicações são mais exacerbadas em épocas de mudanças hemodinâmicas, como na gravidez. Em mulheres grávidas com CMH ocorre um padrão de enchimento restritivo aliado a uma disfunção diastólica; esse desequilíbrio resulta em arritmias, insuficiência cardíaca, tromboembolismo, disfunção sistó-diastólica e morte súbita. No geral, a CMH é bem tolerada e assintomática na gravidez, porém é importante estratificar o risco, para identificação dos fatores marcadores de pior prognóstico, como sinais de insuficiência cardíaca, uso de medicações antes da gravidez e histórico familiar. Ademais, os principais eventos adversos relacionados geralmente ocorrem em estágios iniciais da gravidez, com 30 semanas ou após o parto, sendo que o período mais frequente coincide com o período do pico de volume circulatório. Em relação ao manejo da paciente, em sintomáticas deve-se evitar o uso de drogas vasodilatadoras durante o parto; em relação ao parto, o vaginal é o mais seguro, porém recomenda-se a cesariana para as pacientes de maior risco; o tratamento farmacológico é feito com betabloqueadores e antagonistas dos canais de cálcio, pois são não teratogênicos e eficientes. **Conclusão:** Em pacientes grávidas e portadoras da CMH é essencial fazer diagnóstico precoce da doença, estratificação de risco e monitoramento materno-fetal. Assim, o suporte clínico deve ser multidisciplinar, durante todo o período gestacional.

Palavras-chave: **CARDIOMIOPATIA HIPERTRÓFICA; GESTANTES; GRAVIDEZ**