

LA FIBRILACION AURICULAR NO AUMENTA EL RIESGO DEL EMBARAZO EN LAS CARDIOPATIAS *

por los doctores

BLAS MOIA y GUSTAVO NEER

La mayoría de los autores considera a la fibrilación auricular como una de las condiciones que más agrava el pronóstico del embarazo en las mujeres con cardiopatía reumática. Hamilton y Thomson¹ dicen, en ese sentido: "Es cierto que, en conjunto, esos casos constituyen embarazos muy riesgosos y no es probablemente exagerado decir que, si a todas ellas se les hubiera permitido continuar la preñez, se hubiera producido una mortalidad del 50 %".

Este porcentaje coincide bastante con el de Jensen² que registra una mortalidad de 31 casos durante el embarazo o inmediatamente después del parto de 76 mujeres portadoras de la arritmia. Asimismo, Chávez³ anota un porcentaje de mortalidad del 33 %.

Si se leen atentamente estas y otras estadísticas, se ve de inmediato, que el problema ha sido mal planteado y que la severidad del pronóstico no depende de la arritmia en sí, sino de lo avanzado de la afección cardiovascular, habitualmente reumática, que favorece la aparición de la fibrilación auricular. Este a su vez está directamente relacionado con el criterio terapéutico puesto en juego en cada caso por los distintos autores. Branwell y Longson⁴, que practicaron el aborto terapéutico en 8 de 17 fibriladas, y perdieron 4 de las restantes 9, piensan que tal vez se hubieran evitado algunos casos fatales si se hubiera realizado una adecuada supervisión. En 1944⁵, uno de nosotros (B. M.) planteó ya el problema en términos concretos, señalando que una embarazada con fibrilación auricular podía sobrellevar su embarazo a término como una con ritmo sinusal siempre que un tratamiento adecuado fuera capaz de compensar la insuficiencia cardíaca. Y recientemente, en 1951, Morgan

* Pabellón de Cardiología L. H. Inchauspe. Policlínico Ramos Mejía. Buenos Aires.

Jones⁶ considera ya resueltamente que "aunque la presencia de fibrilación auricular indica una cardiopatía de cierta severidad, tienen mayor importancia pronóstica otros factores, como capacidad al esfuerzo e insuficiencia cardíaca".

Por las razones de fisiopatología que expondremos más adelante, no cabe duda que la fibrilación auricular por sí, no aumenta el riesgo del embarazo en la cardiopatía reumática, ni constituye en manera alguna, no sólo una indicación, sino ni siquiera una insinuación para el aborto terapéutico, como lo demostraremos a continuación al comentar nuestras observaciones.

MATERIAL

Desde 1940 hemos asistido personalmente 48 enfermas con estenosis mitral reumática, sin signos aparentes de actividad reumática. En 18 de ellas la enfermedad mitral se acompañó de compromiso valvular aórtico, lo que no modificó el pronóstico ni las condiciones y curso del embarazo. La edad varió de 23 a 36 años predominando de los 24 a los 30 años.

En el cuadro N^o 1 pueden verse los detalles en lo que se refiere a la edad de la primer consulta, fecha de aparición de la fibrilación auricular, número de embarazos y forma de parto.

CUADRO N^o 1

48 CASOS DE ESTENOSIS MITRAL
(18 con compromiso valvular aórtico)

<i>Edad</i>	<i>f.a. antes embarazo</i>	<i>f.a. durante embarazo</i>	<i>N^o embar. con f.a.</i>	<i>Aborto terap.</i>	<i>Muerte *</i>	<i>Cesárea</i>
20-25: 9	2		4			
25-30: 29	7	2	13		1	1
30-35: 8	3	1	6	1		1
35-40: 2	1		2			

* Muerte repentina 24 días después de cesárea a término, sin descompensación circulatoria (extensa quemadura accidental de pie que la obligó a permanecer durante ese tiempo en cama).

Todas las enfermas fibriladas antes del primer embarazo, habían presentado o presentaban signos de insuficiencia cardíaca congestiva con accidentes disneicos severos en 4 de ellas; el tratamiento adecuado permitió obtener la compensación en todas menos 1 de 34 años de edad en la cual, por tal razón, se interrumió el embarazo al tercer mes.

EMBARAZO EN CARDIOPATÍA CON FIBRILACIÓN AURICULAR

De las 3 enfermas que desarrollaron la arritmia durante el curso del embarazo, 2 eran primíparas y 1 secundípara; las 2 primeras tenían, antes del embarazo y durante los primeros tiempos de su evolución, ataques de edema agudo de pulmón que desaparecieron al instalarse la arritmia. Todas siguieron un curso favorable sin contratiempos y dieron a luz fetos a término, persistiendo, en las dos sobrevivientes, la fibrilación auricular con carácter crónico. En una de las primíparas se hizo cesárea durante el período de dilatación (anestesia peridural) por la amenaza de aparición de disnea paroxismal. La tolerancia fué perfecta, pero la enferma, que había sufrido una quemadura de curso tórpido por bolsa de agua caliente en pie derecho, con gran reacción edematosa local e impotencia funcional que la obligó a permanecer en cama, murió repentinamente sin haber evidenciado manifestación alguna de empeoramiento de su condición circulatoria, 24 días después del parto.

En las restantes, el parto se hizo sin anestesia en 7 y con anestesia por gases en 4 y peridural en 3.

Un niño, cuya madre había recibido anestesia por gases, murió por dificultad respiratoria horas después del nacimiento. Otro murió por causa obstétrica.

En todas las pacientes se siguió estrictamente una dieta sin sodio, restringida en líquidos, con digitalización permanente, y diuréticos mercuriales cada 2, 4 ó 6 días, según necesidad, durante todo el curso del embarazo⁷, haciendo invariablemente un diurético mercurial, inmediatamente después del parto.

En ningún caso se permitió colocar a la enferma en posición de Tren delemburg. Por el contrario, se indicó, aún durante el acto de la cesárea, mantener más elevada la cabeza que las piernas, sobre todo en las horas siguientes al parto. Morfina endovenosa y ligaduras de la raíz de los miembros se usaron en los pocos casos en que apareció disnea, aunque fuera ligera. En ninguna circunstancia se registró disnea paroxística o de grado severo.

De las 32 enfermas sin fibrilación auricular, 21 tenían o habían tenido insuficiencia cardíaca antes o en el momento de iniciarse la preñez, compensable siempre por el tratamiento del tipo antes mencionado. En ninguna de ellas hubo necesidad de interrumpir el embarazo y sólo murieron 2 por causas obstétricas ajenas a su situación cardíaca.

DISCUSIÓN

El número de nuestras observaciones es, en realidad, pequeño y el número de casos con fibrilación auricular, relativamente elevado si se comparan otras estadísticas. Ello se explica fácilmente si se tiene en cuenta que no todos los casos de embarazos en cardiópatas son enviados al cardiólogo. Nuestro material se compone en su mayoría de mitrales que por presentar o haber presentado manifestaciones de insuficiencia cardíaca, requirieron la intervención del cardiólogo. De allí también el número proporcionalmente grande de fibrilados.

La favorable evolución seguida por nuestras enfermas, no requiere mayores comentarios. Sólo un concepto terapéutico equivocado, puede haber inducido a los autores a considerar un grave riesgo el embarazo en la cardíaca con fibrilación auricular.

En primer lugar, se ha demostrado que la fibrilación auricular no empeora de manera definida las condiciones hemodinámicas de la estenosis mitral. Por el contrario, es evidente que los casos de estenosis mitral más expuestos al edema agudo de pulmón son aquellos que evolucionan con ritmo sinusal. Es la denominada por los autores franceses "forma edematosa de la estenosis mitral", que se presenta, por lo común, en personas jóvenes sin fibrilación auricular, ni manifestaciones de insuficiencia de cavidades derechas. Cuando en estos casos hace su aparición en escena la fibrilación auricular, se atenúa el éxtasis pulmonar y desaparecen los amenazantes accidentes disneicos, que con el nombre de accidentes grávido-cardíacos⁸, eran con razón tan temidos por los autores del siglo pasado y aún por muchos de los obstetras de nuestra generación.

El tratamiento digitálico bien conducido, junto a los diuréticos mercuriales y a la dieta, compensa habitualmente en forma muy favorable la falla circulatoria. No interesa restablecer el ritmo sinusal, sino frenar la frecuencia ventricular, para asegurar un eficiente lleno diastólico ventricular. Con ese fin, cuando la correcta digitalización no consigue reducir la frecuencia ventricular a una cifra conveniente, que no exceda de 80 contracciones por minuto, hemos usado los derivados tiouracílicos en dosis adecuadas hasta conseguir el efecto buscado sin inconvenientes para la madre ni para el futuro ser.

RESUMEN

De 48 enfermas con estenosis mitral sola o asociada a defectos de la válvula aórtica, 13 tenían fibrilación auricular permanente y 3 la desarrollaron entre el 2º a 4º mes de la gestación. Las 16 habían presentado grados variables de insuficiencia cardíaca, pero gracias a un tratamiento adecuado (digitalización permanente, dieta hiposódica y diuréticos mercuriales) antes de iniciarse el embarazo estaban clínicamente compensadas, salvo una que debió abortar al tercer mes por agravación de la insuficiencia cardíaca. Las demás tuvieron, sin mayores inconvenientes, desde 1 hasta 3 embarazos, haciéndose el parto a término por las vías naturales en 13 y por

EMBARAZO EN CARDIOPATÍA CON FIBRILACIÓN AURICULAR

cesárea en 2. Sólo una enferma que a raíz de una quemadura accidental en la pierna debió permanecer en cama, murió repentinamente 24 días después de la cesárea, en perfecto estado de compensación cardíaca.

Por consiguiente, las cardíacas con fibrilación auricular, sometidas a adecuado tratamiento médico no tienen, desde el punto de vista obstétrico, mayor riesgo que las que presentan ritmo sinusal.

BIBLIOGRAFIA

1. *Hamilton, B. E. y Thomson K. J.* — The heart in pregnancy and the child-bearing age., Little, Brown and Co., Boston, 1941.
2. *Jensen J.* — The Heart in Pregnancy, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1948.
3. *Chávez I.* — Enfermedades del Corazón. cirugía y embarazo. El Colegio Nacional, México, 1945.
4. *Branwell C. y Longson E. A.* — Heart Disease and Pregnancy. Oxford. Un. Press. Londres, 1938.
5. *Moia B.* — Cardiopatías y embarazo. *Revista Arg. Cardiología*, 1944-45, 11, 127.
6. *Morgan Jones, A.* — Heart Disease in Pregnancy. Harvey & Blythe., London, 1951.
7. *Moia B.* — Estudio crítico del tratamiento médico de la insuficiencia cardíaca. El Ateneo, Buenos Aires, 1945.
8. *Peter M.* — Leçons de Clinique Medicale, 3^a ed., Asselin et Co., Paris, 1880.

RÉSUMÉ

De 48 malades avec rétrécissement mitral seul ou associé à des défauts de la valve aortique, 13 avaient une fibrillation auriculaire permanente et 3 la développèrent entre le 2^{ème}-4^{ème} mois de la grossesse. Les 16 avaient des degrés variables d'insuffisance cardiaque, mais grâce à un traitement correct (digitalization permanente, diète hyposodique et diurétiques mercuriaux) avant le commencement de la grossesse étaient cliniquement compensées, sauf une qui dut avorter au troisième mois par aggravation de l'insuffisance cardiaque. Les autres eurent sans autres inconvénients, d'une à trois grossesses, 13 ayant l'accouchement à terme par les voies naturelles et par césarienne deux d'entre elles. Seulement une malade qui, à conséquence d'une brûlure accidentelle de la jambe dut rester alité, mourut subitement 24 jours après la césarienne, en parfait état de compensation cardiaque.

Donc, les malades avec fibrillation auriculaire soumises à un traitement médical convenable, n'ont pas au point de vue obstétrique plus de risques que celles qui ont un rythme sinusal.

SUMMARY

The prognosis of 48 pregnant patients, with mitral stenosis associated or not with aortic valvular involvement, was studied. Especial emphasis was laid upon

the cardiac mechanism. Thirteen patients showed permanent auricular fibrillation and 3 acquired this arrhythmia from the 2nd to the 4th month of pregnancy. The 16 arrhythmic patient showed variable degrees of heart failure but were compensated before pregnancy with an adequate treatment, including continuous digitalization, mercurial diuretics and low sodium diet; in only one patient the aggravation of heart failure ended pregnancy in the 3rd month. The other patients had between 1 to 3 pregnancies; deliveries being naturally performed, except in 2 cases where a caesarean operation was done. Only 1 accidentally burned patient, placed on bed rest, died 24 days after a caesarean operation, with an adequate heart function.

As a consequence, cardiac patient with auricular fibrillation, when on a correct medical treatment, have no further obstetric risks than those patients with sinus rhythm.

ZUSAMMENFASSUNG

Von 48 Patientinnen mit reiner Mitralstenose oder mit Mitralstenose verbunden mit Fehlern der Aortenklappen hatten 13 ständiges Vorhofsflimmern und 3 bekamen es zwischen dem 2. und 4. Schwangerschaftsmonat. Diese 16 hatten Herzinsuffizienz verschiedenen Grades aufgewiesen, aber dank entsprechender Behandlung (ständige Digitalisierung, natriumarme Kost und Quecksilberdiuretika) waren sie klinisch kompensiert als die Schwangerschaft begann, mit Ausnahme von einer die im 3. Monat wegen Verschärfung der Insuffizienz abortieren musste. Die übrigen überstanden ohne grössere Schwierigkeiten 1-3 Schwangerschaften, wobei die Geburt zeitgerecht auf natürlichem Wege bei 13 stattfand und bei 2 Kaiserschnitt nötig war. Nur eine Kranke, die infolge eines Verbrennungsunfalles am Bein das Bett hüten musste, starb plötzlich 24 Tage nach dem Kaiserschnitt, bei vollständiger Kompensation des Herzens.

Daher laufen die Patientinnen mit Vorhofsflimmern bei entsprechender ärztlicher Behandlung vom Geburshilfe-standpunkt aus kein grösseres Risiko als die Sinusrhythmus aufweisen.