

TEMAS DE ACTUALIDAD

CARDIOPATIAS Y EMBARAZO

III. — Profilaxis y tratamiento

por el doctor

BLAS MOIA

Hemos señalado ya, en la primera parte de este trabajo,¹ cuáles son los distintos porcentajes de muerte materna según el tipo de la cardiopatía y el grado de la capacidad funcional de la cardíaca embarazada. Hemos destacado también² que es excepcional que la cardíaca embarazada haga su primer episodio de insuficiencia cardíaca durante o después del parto. Sin embargo, las distintas estadísticas muestran que la mayor parte de las cardíacas embarazadas hace accidentes cardiovasculares graves o muere después del parto. ¿Cómo explicar esta aparente contradicción? De manera muy sencilla: de acuerdo con la observación de autores experimentados, la cardiópata que se descompensa durante o después del parto es porque padecía de insuficiencia cardíaca inaparente o aparente durante la evolución del embarazo³.

Por lo tanto, la mejor manera de evitar la aparición de la insuficiencia cardíaca post-parto, es hacer que la enferma llegue al término del embarazo en el mejor estado posible de compensación circulatoria.

Conviene pues, para poder realizar la mejor profilaxis, conocer por qué motivos hace accidentes cardiovasculares la cardiópata embarazada y cuáles son las razones que favorecen la aparición de estos accidentes y determinan su momento de producción.

De los 61 casos de embarazadas con cardiopatías reumáticas muertas a raíz del embarazo, recopilados por Hoffman y Jeffers⁴, 39 (64%) murieron por insuficiencia cardíaca, incluyendo edema pulmonar agudo; 10 (16%) murieron repentinamente, siendo la causa más probable una embolia o una insuficiencia cardíaca hiperaguda; 9 (15%) murieron de sepsis puerperal con insuficiencia cardíaca final; de las otras 3 (5%) una murió de endocarditis bacteriana subaguda, una de endocarditis aguda ante-parto y una de causa incierta.

Del total de muertes, 48 (79%) se produjeron después del

parto y de éstas, 23 ocurrieron dentro de las 24 horas siguientes al parto. De lo que se desprende que el primer día siguiente al parto fué, para estas cardíacas el período más crítico del acto de tener un hijo. En contraste con estas cifras, sólo 3 enfermas (5%) murieron durante el parto, lo que demuestra la relativa benignidad de este acontecimiento.

Siguiendo la clasificación de la American Heart Ass., 10 (23%) pertenecían al grupo I, 14 (32%) al grupo II y 20 (45%) al grupo III.

La estadística de Hamilton y Thomson, concuerda mucho con la que acabamos de citar, ya que en ella consta que el 56,1% de las cardíacas embarazadas murió de insuficiencia cardíaca congestiva como único factor; otro 12,2% murió de insuficiencia cardíaca asociada a algún otro factor y el 31% de causas no asociadas a la insuficiencia cardíaca. También aquí, el 75% de las muertes se produjeron en el breve período del puerperio. Pero, hecho interesante a consignar, en las pacientes que no habían presentado insuficiencia cardíaca durante el embarazo la mortalidad total fué sólo escasamente mayor del 2%.

Todo tiende a demostrar, entonces, que es el estado previo al parto y no el esfuerzo mismo del parto el que precipita la insuficiencia cardíaca que aparece con predilección en el puerperio, ya que según las observaciones de Hoffman y Jeffers, en las 48 cardíacas que murieron después del parto (25 efectuado por vagina y 23 por cesárea) la "distribución de los casos según la manera como se produjo la muerte y las relaciones de tiempo de la muerte al embarazo y parto, fué, con una excepción, similar para los dos grupos".

En el capítulo sobre fisiopatología ya hemos discutido las causas que explicarían el porqué, después del vaciamiento uterino lejos de aliviarse la sobrecarga cardíaca, se intensifica de tal manera que facilita la descompensación circulatoria. Ahora vamos a tratar de dilucidar cuáles son los factores que se suman a la sobrecarga del embarazo para provocar la insuficiencia cardíaca durante el mismo o después del parto.

Hamilton y Thomson⁵ en su detenido estudio las dividen fundamentalmente en tres grupos: 1) infecciones intercurrentes; 2) fatiga; 3) cargas indirectas sobre el corazón, como p. ej., el aumento de peso.

1) Al revés de la pielitis, que poco parece influir en ese sentido, tienen especial interés las afecciones de las vías respiratorias superiores, cuya prevención debe tratar de conseguirse a toda costa.

2) La fatiga es sin duda alguna el factor predisponente habitual de la insuficiencia cardíaca. El trabajo de la casa, los preparativos, las salidas de compras laboriosas y prolongadas para disponer todo lo necesario para el bebé, cuando no la vida social intensa llevada hasta los últimos días del embarazo, o, lo que en nuestro medio se está haciendo tan común, el trabajo de la mujer en los distintos empleos, etc., figuran entre los antecedentes que más estrecha vinculación tienen con la génesis de la insuficiencia cardíaca. El reposo variará entonces, desde las moderadas limitaciones impuestas a partir del 5º mes del embarazo, en las cardíacas bien compensadas y que nunca han presentado manifestaciones de insuficiencia cardíaca, hasta la permanencia en cama o sillón por tiempo indeterminado, en los casos de inminencia o de existencia de insuficiencia cardíaca.

La importancia de ambos factores, fatiga y predisposición a las infecciones, había sido ya bien valorada por Peter⁵, que dice textualmente: "Pero como el embarazo tenía todavía que durar cuatro largos meses para llegar a su término y como conocíamos la causa primaria de los accidentes congestivos (quiero decir insuficiencia mitral); como los pulmones se iban a encontrar durante esos cuatro meses en estado de inminencia mórbida continua por el hecho del embarazo complicado a la insuficiencia; como sería entonces suficiente una causa inocente en otro tiempos (un resfrío, p. ej., o un esfuerzo un poco enérgico) para transformar esa inminencia mórbida en realidad; como el otoño era lluvioso e íbamos a entrar en el invierno, se combino con M. M. Thomas (de Tours) y Crozat, médico y partero de la enferma, que ésta no saldría de su apartamento durante los cuatro meses siguientes y que evitaría toda causa de emoción, esfuerzo o fatiga hasta el término del embarazo, lo que se hizo. La dama tuvo un niño sano y no volvió a tener accidentes congestivos porque había sido tratada con medidas fisiológicas."

3) No debe olvidarse finalmente que hay un sinnúmero de otros factores, aparentemente inocentes en condiciones comunes pero que pueden ser muy perjudiciales en la cardíaca embarazada.

Hamilton y Thomson citan entre ellos a la obesidad, anemia, sepsis oral, psiconeurosis, trastornos digestivos, bronquitis crónica, diabetes, etc., etc.

Es necesario, por lo tanto, inculcar bien todos conceptos en la cardíaca embarazada, que debe ser estrictamente vigilada cada ocho días a lo sumo para comprobar cómo se cumplen las indicaciones y vigilar al mismo tiempo estrechamente el estado circulatorio.

Pero tanta o más importancia que la fatiga tiene, a nuestro juicio, la exagerada ingestión de líquidos. Ya hemos visto en la parte de fisiopatología², el papel fundamental que el aumento del volumen de sangre circulante y la infiltración acuosa de los tejidos desempeñan en la génesis de los fenómenos de sobrecarga cardíaca tanto de la embarazada normal como de la cardiópata. Por otra parte, hay numerosas experiencias que demuestran que la inyección intempestiva de líquidos, sobre todo por vía intravenosa, es un factor evidente e indiscutible de sobrecarga e insuficiencia cardíaca. Desde hace muchos años⁶ venimos insistiendo en la necesidad de establecer dietas hipolíquidas e hiposódicas en los cardíacos, sobre todo en las cardiopatías mecánicas, como lo es típicamente la estenosis mitral en sus primeros períodos. Por lo tanto, si la dieta hipolíquida es fundamental para el tratamiento de la estenosis mitral en la mujer no embarazada lo ha de ser aún más en la embarazada. Mientras la embarazada cardíaca no haga excesos alimenticios ni su dieta sea tan excesiva que provoque aumentos inusitados de peso (no es conveniente que una mujer aumente durante todo el embarazo más de 8 kgs., de peso)⁷ no hay por qué hacer restricciones fundamentales, salvo en lo que se refiere a líquidos y sales de sodio.

Junto con los factores anteriormente mencionados, la reducción de líquidos constituye la medida profiláctica fundamental de la insuficiencia cardíaca en la cardiópata embarazada. Para ello, lo mejor es indicar a la enferma que suprima la cuchara durante las comidas; así se evita que muchas cometan errores de interpretación entendiéndolo que las sopas espesas no entran dentro de la categoría de los líquidos. Como bebidas en general, incluyendo la leche, muy importante por su contenido en calcio ionizado, no se deberá sobrepasar de los $\frac{3}{4}$ de litro en las 24 horas. Es necesario recordar, además, que no se debe comer más de una fruta de características

habituales (p. ej., una naranja) por comida. Si se aumenta esa cantidad, deberá descontársela proporcionalmente del total de líquidos.

Las mismas reglas valen, ya no con carácter profiláctico sino terapéutico, en el caso de que, a pesar de todo, se haya producido la insuficiencia cardíaca. Llegados a esta situación es necesario tener en cuenta, cómo se ha consignado en la parte anterior, que la estenosis mitral sola o asociada a la insuficiencia mitral es con mucho el tipo de cardiopatía de hallazgo más común. En estas condiciones, como lo hemos señalado de tiempo atrás, si la enferma no presenta fibrilación auricular, o no hay signos de insuficiencia de las cavidades derechas, es decir tratándose, como es lo habitual, de una enferma que presenta puramente los signos y síntomas del éxtasis pulmonar, que en su grado más acentuado culminan con el edema agudo del pulmón, tan temido en las horas que siguen al parto, los cardiotónicos no tienen campo propicio de acción. Hay, sin embargo, cardiólogos y parteros que aconsejan dar digital profilácticamente para evitar la insuficiencia cardíaca; volvemos a recordar que en la estenosis mitral la digital no tiene otra acción profiláctica que evitar la insuficiencia ventricular derecha y por lo tanto asegurar el éxtasis pulmonar.

Por todas las razones destacadas al hacer la reseña de fisiopatología, surge claro que el mejor tratamiento en estos casos es la dieta seca asociada a los diuréticos potentes, especialmente los mercuriales.

Llama la atención que autores tan bien compenetrados del problema como Hamilton y Thomson⁴, y que han agotado el tema hasta en sus más ínfimos detalles, den tan poca importancia a la medicación diurética, tan fundamental sin embargo, en el tratamiento de todas las formas de insuficiencia cardíaca observadas durante el embarazo.

“Los diuréticos necesitan poca discusión, dicen los autores. Los usamos, desde luego, en casos ocasionales con insuficiencia cardíaca congestiva.”

La importancia de la medicación derivativa no había escapado tampoco a Peter⁵ quien atribuye precisamente el haber salvado la vida de sus primeras mitrales embarazadas descompensadas usando sangrías, sanguijuelas, ventosas escarificadas y pociones eméticas.

sin mencionar para nada el uso de la digital. Y así dice: "En dos enfermas a las cuales Hecker platónicamente no hizo nada, murieron, la enferma de Putegnat y las mías en que se hizo sangría, curaron."

Junto al reposo mitigado, la mejor terapéutica profiláctica y curativa de la insuficiencia cardíaca en el embarazo, es la dieta seca y los diuréticos potentes, porque es lógicamente la más fisiológica. Y el médico no debe olvidar que la restricción de líquidos no se limita sólo a la vía oral sino que sobre todo en el post-parto debe ser muy cauteloso con las rutinarias inyecciones de soluciones salinas, o glucosadas que tantas veces se administran sin discriminación alguna y sin que haya una causa precisa que determine su indicación.

Pero para evitar malos entendidos creemos conveniente dejar bien aclarado que si bien la digital no es de utilidad en los casos de cardiopatías mecánicas, como lo es típicamente la estenosis mitral o tricuspídea o la pericarditis constrictiva, es, en cambio, de uso imprescindible en todo caso de insuficiencia cardíaca de origen dinámico, es decir por insuficiencia ventricular, o cuando hay ciertas arritmias a frecuencia ventricular rápida, como lo es típicamente la fibrilación auricular.

Siguiendo estos preceptos, excepcionalmente por no decir nunca, hemos tenido que lamentar un serio accidente de insuficiencia cardíaca, ni la muerte de una cardiópata embarazada por insuficiencia cardíaca.

De esta manera se reducirán también los peligros de la embolia y así poco a poco el porcentaje de muertes en las cardiópatas embarazadas se irá haciendo cada vez menor.

A través de esta exposición hemos venido destacando que el parto en sí mismo no es el factor desencadenante de la insuficiencia cardíaca. Pero, desde luego, todo lo que tienda a acortarlo o a evitar esfuerzos y fatiga durante el mismo será en beneficio directo de la carga cardíaca. El partero pondrá pues al servicio de esa causa todos sus conocimientos y los modernos recursos que tienden a procurar tal desiderátum; y como es bien evidente que es en el período expulsivo que la madre hace el mayor esfuerzo, estará perfectamente justificada la indicación de un forceps oportuno. Pero de ninguna manera, salvo que exista una indicación obstétrica

formal, pretenderá resolver la situación con una cesárea. Es bien evidente que la sobrecarga operatoria iguala o sobrepasa a la del parto vaginal bien conducido. De acuerdo con Irving⁷ la cesárea produce una mortalidad por insuficiencia cardíaca casi siete veces mayor y por embolia del doble, pero mientras que estas cifras serían pasibles de discusión no parecen serlo en cambio las de las muertes por infección que se registran con una frecuencia 10 veces mayor que la observada en los casos de parto por las vías naturales. En el mismo sentido Gorenberg y McCleary⁸ opinan que "la prueba de carga" en estos casos radica en la cesárea.

El problema de la anestesia durante el parto, debe resolverse de acuerdo con lo que ya hemos señalado para los cardíacos en general⁹.

A lo dicho hay que agregar que la mortalidad fetal es mayor en los nacidos por cesárea que en los por vagina. Y ya que tratamos este punto conviene señalar, que cuanto más tempranamente se realiza el parto antes de la fecha de término mayor es la mortalidad fetal. Así Teel¹⁰ verificó que en los partos realizados antes de las 33 semanas (prácticamente 8 meses) la mortalidad fetal se elevó al 66%, mientras que en los realizados entre las 33 y 34 semanas descendió rápidamente al 38%, para ser sólo del 6% en los nacidos entre las 37 y 38 y reducirse a 0 cuando el parto aconteció entre las 39 y 40 semanas.

En lo que se refiere a este punto de la mortalidad y morbilidad fetal, conviene señalar que las estadísticas más numerosas han demostrado que es injustificado el temor de algunos autores en el sentido de que la madre reumática pueda transmitir la enfermedad al hijo. Así Martin¹¹ ha observado que sobre 102 niños nacidos de padre o madre reumáticos, sólo 1 proveniente de una madre con cardiopatía reumática mostró después carditis reumática. Ello se ha de deber quizás a la circunstancia de que resulta excepcional que durante la época en que la mujer está en edad de concebir presente manifestaciones de carditis reumática activa. Tan es eso cierto que Hollander y Goldsmith¹² presentan como hecho excepcional el caso de una cardiópata embarazada que hizo una recurrencia de fiebre reumática, que no impidió sin embargo, la prosecución del parto a término, dando a luz con toda felicidad un niño que no presentó manifestaciones de carditis reumática, mejorando la madre del proceso reumático, pocos días después del parto.

La cardíaca que se embaraza no debe pues temer por el resultado de su concepción. Debe, eso sí, saber que durante la preñez y después de la misma estará expuesta a serias contingencias que podrán en más de una circunstancia costarle la vida. Y si bien, como dice Staffieri¹³, el problema singular que cada caso plantea es un "problema difícil que no puede resolverse con normas preestablecidas", el médico debe estar bien compenetrado de que, en la mayoría de los casos, el éxito depende de las posibilidades de hacer sobrellevar el embarazo sin que aparezcan durante toda su evolución manifestaciones de insuficiencia cardíaca. Si antes del quinto mes resulta imposible conseguir este desiderátum, será mejor interrumpir el embarazo antes de exponer a la madre a los más serios peligros, para dar a luz en el mejor de los casos, a un feto muerto. En cambio, si la insuficiencia cardíaca se presentara después de esta fecha, agotará los recursos para llevar el embarazo a feliz término, sabiendo que el factor fundamental que condiciona esa insuficiencia, la sobrecarga del embarazo, ha de atenuarse mucho durante el mes final del embarazo, lo que le permitirá llevar a la enferma al parto natural en las mejores condiciones de compensación circulatoria.

Pero para conseguir esto deberá tener la seguridad de que la enferma podrá eliminar todos los otros factores de carga cardíaca concomitante, y cumplir en especial el reposo, la dieta hipolíquida e hiposódica y la medicación derivativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Moia, B. — *ESTA REVISTA*, 1944, *11*, 127.
2. Moia, B. y Battle, F. F. — *ESTA REVISTA*, 1944, *10*, 384.
3. Hamilton, B. E. y Thomson, J. K. — "The heart in pregnancy and the childbearing age", Little, Brown y Co., Boston, 1941, 50.
4. Hoffman, G. L. y Jeffers, W. A. — "Am. J. Med. Sc.", 1942, *204*, 157.
5. Peter, M. — "Leçons de Clinique Medicale", 3^a ed., Asselin et Co., París, 1880, *1*, 180.
6. Moia, B. — "Rev. Oral de C. Med.", 1941, *6*, 673.
7. Irving, F. C., en el libro de Tamilton y Thomson³, 100.
8. Gorenberg, H. y McCleary, J. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 1941, *41*, 44.
9. Moia, B. — *ESTA REVISTA*, 1943, *10*, 123.
10. Teel, H. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 1935, *30*, 53.
11. Martin, A. T. — "J.A.M.A.", 1941, *117*, 1663.
12. Hollander, H. A. y Goldsmith, J. W. — "Am. J. Obst. and Gynec.", 1941, *42*, 333.
13. Staffieri, D. — "Rev. Méd. de Rosario", 1939, *29*, 514.