

# TEMAS DE ACTUALIDAD

## CARDIOPATIAS Y EMBARAZO

### II. Estudio clínico

por el doctor

BLAS MOIA

A la luz de los conocimientos de fisiopatología de la circulación en la embarazada normal y en la cardíaca embarazada, reseñados en la primera parte de este trabajo <sup>1</sup>, hemos visto cuán inconveniente resulta el criterio de la interrupción del embarazo en la cardíaca embarazada tan pronto como el feto es viable, cuando se lo hace con el pretexto de aliviar la carga circulatoria y evitar la intensificación de la insuficiencia cardíaca. Teniendo en cuenta que es indiscutible que tanto la embarazada cardíaca como la normal, sufren la mayor sobrecarga circulatoria durante el 7º y 8º mes de la gestación, lógico resulta tratar de evitar en este momento el imponer a la enferma una nueva e intensa sobrecarga, como la que representa el acto operatorio de la cesárea o el esfuerzo mecánico del parto inducido a voluntad.

Peter <sup>2</sup>, en cuyo nombre se han cometido y se siguen cometiendo tantos errores terapéuticos, por no emplear las palabras más crudas pero más reales de crímenes y sacrilegios, conocía, sin embargo, bien estos hechos, como lo demostraremos en seguida, y la torcida interpretación que durante tanto tiempo se han venido dando a sus aforismos, no puede depender sino de la circunstancia de que la mayoría los ha leído como reproducción fragmentaria en las obras de los distintos autores, que luego siguieron copiándolos de unos a otros, y transmitiéndolos a las sucesivas generaciones médicas, las que los recibieron como un dogma sin conocer en su esencia fundamental la manera de pensar y de actuar del autor y cuáles fueron los motivos verdaderos que le habían impulsado a cristalizar su experiencia en esas frases.

Lo que la investigación experimental ha venido a demostrar recién en los últimos tiempos, Peter lo describe admirablemente bien en 1873 <sup>2</sup>. ¿Por qué, se pregunta el autor, en la cardíaca embarazada, los accidentes aparecen después del quinto mes de la gestación? “porque en esta época de la preñez el volumen del feto ha devenido lo suficientemente considerable y sus necesidades han crecido con la suficiente rapidez como para que la masa de sangre que necesita,

aumente en forma notable y haga aumentar en otro tanto a la que, en los senos uterinos, viene a suministrarle los elementos de su nutrición. De lo que se desprende que es hacia el quinto ms que el trabajo del corazón materno empieza a ser más activo". Y luego agrega: "Que la masa de sangre está aumentada en la mujer encinta, no necesita ser demostrado para el que conoce la circulación útero-placentaria. En estas condiciones, circula, en efecto, en el útero y la placenta una cantidad considerable de sangre, inútil a la madre, útil solamente al feto, al que suministra los materiales de su hematosiis y nutrición." De esta manera el autor explica el porqué del primer factor de sobrecarga cardíaca creciente en la embarazada: "1º, la *masa total de sangre* de la mujer encinta *ha aumentado*, y esto sucede por el hecho mismo de su embarazo".

"En resumen, el embarazo tiene por efecto necesario aumentar la masa de la sangre que debe ser puesta en movimiento y, por consiguiente, de exigir una sobrecarga de trabajo al corazón; este efecto es, pues, peligroso para un corazón enfermo."

En los dos casos de serios accidentes de insuficiencia cardíaca con éxtasis pulmonar que describe, el embarazo pudo seguir, desde el quinto mes, y terminar en parto espontáneo, gracias a la medicación derivativa por él aconsejada, y en ningún momento menciona el autor la idea de la interrupción del mismo, a pesar de que "... se agitaba en el ambiente familiar la cuestión del parto prematuro y se murmuraba a las orejas de M. Campbell (el partero consultante) las palabras de «operación a hacer» ..."

Observador sagaz, fino e inteligente, Peter llegó, como vemos, a tener un conocimiento tan profundo del asunto que sus palabras finales tienen perfecta justificación.

"Las *consecuencias prácticas* de todo esto, y ese ha sido el propósito de mi lección, es que ustedes podrán prever y predecir la aparición de accidentes pulmonares en un cardíaca que, para su desgracia, se embaraza; que hay para ustedes entonces, precauciones a recomendar y la necesidad de una intervención activa en caso de accidentes, cuya patogenia así como los peligros rápidamente crecientes, conocen ustedes ahora.

Una segunda consecuencia práctica, es que no debe haber *más maternidad* para una mujer así afectada; que ustedes deben, por consiguiente, desaconsejar toda preñez futura y advertir a quien corresponda.

La tercera consecuencia práctica, es que una vez terminado el parto debéis desaconsejar igualmente *la lactancia*: al corazón enfermo, ya rendido de cansancio por el embarazo, no se le debe obligar todavía a servir la circulación adventicia de la secreción láctea.”

Así surgieron los aforismos<sup>3</sup> que luego habrían de repetirse de boca en boca como palabras huecas y dogmáticas, cuyos fundamentos no supieron ni quisieron aclarar los que se limitaron a repetirlos en forma abstracta. “En caso de enfermedad del corazón, sería preferible que la mujer no se case; que si se casa, no sea madre; que si lo ha sido impunemente una o dos veces no lo sea en adelante; que en caso de parto feliz, se guarde de amamantar a su hijo.” Pero fijémonos bien: sería preferible, dice sabiamente Peter. El no proscribire en forma absoluta ni radical el embarazo de la cardíaca, sino que conceptúa que es preferible para la madre no embarazarse, cuando sufre de una cardiopatía; y téngase, además, en cuenta que cuando Peter formuló estas apreciaciones, la terapéutica de las enfermedades del corazón estaba muy lejos de la eficacia alcanzada últimamente.

Justo es señalar, sin embargo, que en la segunda y tercera edición<sup>4</sup> de sus famosas Lecciones de Clínica Médica, Peter, impresionado por el caso de una cardíaca con embarazo gemelar, que hacia el quinto mes del cuarto embarazo, hizo fenómenos pulmonares de descompensación circulatoria y que, llegada al 7º mes, 8 días después del ingreso a su servicio, luego de experimentar algunos dolores de parto, sucumbió sin haberlo logrado, modifica sus consejos abstencionistas y dice: “Es evidente que a último momento, la naturaleza se esforzó por liberar la mujer y que este esfuerzo fué impotente. No es menos evidente que ella indicó la vía que yo no he seguido o más bien, que yo no he osado seguir: la del *parto prematuro artificial*. En semejante caso no dudaré más.”

Más adelante, al conceptuar que la sobrecarga de la sangre en CO<sub>2</sub>, originada por la dificultad a la hematosis que crea la falla circulatoria, facilita la contracción del útero que al liberarse del feto, libera también al corazón, agrega: “En fin, siendo el aborto lo más frecuentemente feliz para la madre y a veces el solo medio de hacer cesar los accidentes, el médico, en caso de peligro supremo y de fracaso de la medicación expoliativa, estará autorizado a practicar el parto prematuro artificial.”

Es curioso, sin embargo, que el autor propone una conducta

terapéutica a la cual él nunca recurrió. Como lo dice con toda justicia Bergamini <sup>5</sup>, al referirse al aborto terapéutico y comentando las observaciones publicadas por Peter: "De ninguna de ellas se desprende que haya sido practicado. En una sola, la última leída, se lamenta de no haber recurrido a él, formándose el propósito de hacerlo, en caso semejante, en que una indecisión ha significado la pérdida de tres vidas. En todas ellas queda la sensación clara de haberse agotado los cuidados más exquisitos para conducir estos embarazos a término feliz."

¡Cuán distante estamos de los que amparándose en los aforismos de Peter, indican todavía hoy el aborto en una mujer en perfecta compensación circulatoria, por el solo hecho de encontrar un soplo!

Pero volviendo a la cuestión inicial, y refiriéndonos a lo que se lee en las publicaciones aparecidas en nuestro país, vemos que a la gran mayoría de nuestros autores le pasa algo similar a Peter. En sus estadísticas no se menciona sino por excepción la práctica de un parto prematuro por irreductibilidad de la insuficiencia cardíaca, pero todos, prácticamente sin excepción, escriben que si aumenta la insuficiencia cardíaca y el feto es viable, se debe efectuar un parto prematuro y si el feto no es viable, puede justificarse el aborto terapéutico. Remitimos en ese sentido al lector a los trabajos de Palacios Costa <sup>6</sup>, Bazán <sup>7</sup>, Peyloubet <sup>8</sup>, Martini <sup>9</sup>, etc., por no citar sino los más recientes.

Hay autores, sin embargo, como Casiello <sup>10</sup>, que rechazan de plano la idea de un aborto terapéutico, fundándose no sólo en las estadísticas de la bibliografía, sino, sobre todo, en que "el aborto directamente provocado significa en definitiva, la occisión de un ser viviente, cuya suerte no estamos autorizados a resolver, amparados en nuestra impunidad profesional: el acto que se comete, evidentemente traspone por su naturaleza, los lindes de la Medicina, invadiendo el campo de la Moral, que condena el feticidio voluntariamente realizado, delito que no puede atenuarse invocando el fin que se persigue —la deseada salvación de la madre—, motivo extrínseco que no modifica la naturaleza moral del acto: el fin no justifica los medios". Estas opiniones, muy respetables por cierto, se alejan del criterio con que encaramos la cuestión, basados sobre todo en los términos precisos de la fisiopatología.

Hemos recalcado, en efecto, desde el principio, que si la falla circulatoria se acentúa entre el sexto y octavo mes del embarazo, no

es conveniente propiciar ni ejecutar un parto prematuro tomando como punto de partida la viabilidad del feto, porque ya sabemos que en ese momento no haríamos sino agravar la sobrecarga circulatoria, que pasa por el máximo, y encaminar a la cardíaca, a sabiendas, a un desastre. Hay que saber esperar y tratar la insuficiencia cardíaca, hasta que las exigencias del feto sean menores y el parto llegue a término con la inevitable mejoría en las condiciones circulatorias de la enferma.

Pero si una cardíaca, por lo avanzado de la enfermedad, presenta una insuficiencia circulatoria imposible o muy difícil de compensar con los cuidados terapéuticos más extremos, y tiene la desgracia de embarazarse, o si, estando en aparente estado de compensación, hace de entrada y durante los primeros meses una falla circulatoria progresiva que la medicación más adecuada no es capaz de reducir, entonces ya sabemos que será muy difícil que madre e hijo puedan soportar la enorme sobrecarga que sufrirá el corazón, después del séptimo mes y por lo tanto, no habrá más remedio que eliminar terapéuticamente al conglomerado celular, que sólo tendrá vida propia cuando, salido al exterior, se separe de la madre con cuya sangre se nutrió y con cuyos elementos se desarrolló.

Y frente a esta situación no podemos admitir más dictados que los que provienen de las enseñanzas médicas más serias y bien fundadas de la época en que se vive. ¿Es que acaso dejaría el cirujano de practicar una histerectomía por cáncer de útero, descubierto en una mujer durante los primeros meses de su embarazo, si ese fuera el único remedio para salvarle la vida, porque en el interior de ese útero existe un feto en desarrollo?

No planteamos aquí, finalmente, el problema de la etiología de la afección cardíaca, que merecerá nuestra atención en su oportunidad, pues es bien sabido, por ejemplo, que la cardiopatía hipertensiva, lleva en sí misma, por el factor etiológico que la produce, el germen de nuevas complicaciones y una modalidad evolutiva especial que nos obligará a una discusión especial por separado.

No deseamos tampoco tocar a fondo el tema de la frecuencia de las cardiopatías entre las embarazadas ni la proporción de los distintos tipos de enfermedad cardíaca encontrados según las distintas estadísticas. Desgraciadamente, la mayoría de ellas han sido construídas sobre la base de diagnósticos hechos en clínicas donde no se cuenta con cardiólogos experimentados, ni se disponen tampoco

de los elementos que contribuyen a facilitar el diagnóstico exacto en los casos dudosos. Por otra parte, la mayoría de los autores no consigna la evolución y resultados obtenidos, según los distintos grados de insuficiencia cardíaca. Esto vale sobre todo para nuestras estadísticas. En efecto, para no citar sino las más recientes, y por lo tanto las que menores errores deberían presentar, dada la notable difusión de los centros cardiológicos hospitalarios existentes en la actualidad en todo el país, vemos que sobre el total de las 32 cardíacas de la estadística de Peyloubet <sup>8</sup>, hay 10 casos de insuficiencia mitral y 7 de aortitis, contra 7 de estenosis mitral. Sobre los 63 de Martini <sup>9</sup>, hay 20 casos de insuficiencia mitral contra 23 de estenosis mitral.

Sabemos hoy que la insuficiencia mitral es una enfermedad rara, cuya existencia como entidad clínica y anatómica pura, es discutida por muchos; y aquí nos encontramos con que es casi igual o mayor el número de casos de insuficiencia mitral que el de estenosis mitral. Una de dos: o se trata de casos de estenosis mitral en que los fenómenos acústicos de esta enfermedad pasaron desapercibidos, o la mayor parte de las supuestas insuficiencias mitrales eran enfermas que presentaban un soplo cardíaco funcional o accidental y no eran por lo tanto cardíacas. Lo mismo vale para la aortitis, enfermedad mucho más rara en la mujer que en el hombre, que por el largo período de tiempo que necesita para hacer su localización en la aorta, aparece, sobre todo en la mujer, en una edad tan avanzada en la que ya habitualmente la enferma no está en edad de concebir o no es habitual que se embarace. Ello sin contar que la aortitis simple no es una causa de insuficiencia cardíaca, salvo que existan ya complicaciones como la insuficiencia aórtica u otras más raras.

Para dar al lector una idea clara de este aspecto de la cuestión, creemos de utilidad reproducir una de las estadísticas extranjeras más serias y bien documentadas, cual es la publicada por Hamilton y Thomson <sup>11</sup>. Sobre 48.190 parturientas registradas en el Boston Lying-in Hospital, en el lapso 1921-36, se encontraron 850 cardíacas (1.7%), de las cuales 781 eran cardiopatías reumáticas; 28 cardiopatías congénitas; 2 sífilis cardiovascular y 39 miscelánea (de estas últimas 39, 20 sufrían de cardiopatía hipertensiva).

Tanto en ésta como en otras estadísticas, no se menciona un solo caso de cardiopatía por alteración de la circulación coronaria. Recientemente, Horwitz y colaboradores <sup>12</sup>, publican el caso de una

mujer de 35 años de edad, sin hipertensión arterial ni diabetes previa, que presenta un cuadro clínico y electrocardiográfico de infarto de miocardio de la punta y que 10 meses después se embaraza y tiene, sin inconveniente alguno, un niño extraído por cesárea abdominal. Como los mismos autores lo reconocen, el caso es en parte dudoso y no se puede eliminar en absoluto que se haya tratado de una forma particular de pericarditis, en vez de la oclusión coronaria.

La extrema rareza de este hecho se explica si se tiene en cuenta que al revés de lo que sucede en el hombre, las alteraciones coronarias, sólo aparecen en la mujer en una edad avanzada, por lo general alrededor de la época de la menopausia, y prácticamente siempre exigen la existencia de hipertensión arterial previa <sup>13</sup>.

En lo que se refiere a las cardiopatías reumáticas <sup>11</sup>, 581 padecían de estenosis mitral sin signos de otra lesión valvular; 21 tenían insuficiencia aórtica sin signos de otra lesión valvular; 116 tenían simultáneamente estenosis mitral e insuficiencia aórtica; 11 tenían simultáneamente estenosis mitral e insuficiencia y estenosis aórtica; y, finalmente, 52 mostraban agrandamiento cardíaco sin signos positivos de lesión valvular.

Según los distintos tipos de afecciones valvulares se observó el siguiente porcentaje de muertes maternas: estenosis mitral no complicada, 4.8 %; insuficiencia aórtica no complicada, 4.76 %; coexistencia de estenosis mitral e insuficiencia aórtica, 5.2 %; coexistencia de estenosis mitral con estenosis e insuficiencia aórtica, 9 %. Como se ve, sólo la coexistencia de varios defectos valvulares aumenta el riesgo de la afección, como lo señalara también entre nosotros Arrillaga <sup>14</sup>.

Desde el punto de vista pronóstico tiene mayor interés el estado circulatorio de la paciente durante el embarazo. Hamilton y Thomson <sup>11</sup>, en lugar de recurrir a los grupos de la capacidad funcional establecidos en la Nomenclatura y Criterios para el diagnóstico de las enfermedades del Corazón, prefieren dividir a las cardíacas embarazadas en dos grandes grupos "favorable" y "no favorable". En este último incluyen: 1) a las enfermas que tienen signos o antecedentes de insuficiencia cardíaca, 2) a las que presentan arritmias peligrosas, en especial la fibrilación auricular, y 3) a las que sufren la complicación de una seria enfermedad, como ser, nefritis crónica, diabetes, tuberculosis pulmonar, bronquitis crónica, hipertensión arterial, etc.

En este grupo, que comprende 95 embarazadas, la mortalidad materna fué del 16.7 %; en las que padecían de fibrilación auricular permanente o transitoria, la mortalidad se elevó al 33.3 %.

Un factor muy importante a tener en cuenta en lo que se refiere al pronóstico, es la edad de la embarazada; *mientras que hasta los 35 años el número de casos de insuficiencia cardíaca muestra pocas variaciones según la edad, a partir de los 35 años aumenta en forma brusca, para duplicarse y mantenerse así, con escasas variantes, a medida que las enfermas avanzan en edad.*

El número de embarazos previos no parece tener mayor importancia en lo que a pronóstico se refiere, salvo, lógicamente, que cuanto mayor es la cantidad de partos anteriores, más avanzada será la edad de la enferma y por lo tanto más se penetrará en el límite peligroso. Por ello, si la cardíaca quiere tener varios hijos, será conveniente que los tenga en su juventud, antes de los 35 años; para facilitar ese desiderátum, no convendrá por lo tanto imponerle el criterio sostenido por algunos autores de esperar dos años entre embarazo y embarazo. Hamilton y Thomson, consideran acertadamente que un año de buena salud parece ser un intervalo razonable.

Este criterio se refiere desde luego, sólo al punto de vista estrictamente médico, pero es evidente que desde el punto de vista social, para la madre pobre que no tiene quien cuide de sus hijos, la edad que tiene el hijo anterior, en el momento del embarazo del nuevo hijo, tiene una importancia que a veces puede ser fundamental.

Finalmente, resulta de capital importancia conocer cuáles son las causas que favorecen la aparición de la insuficiencia cardíaca en la cardiópata embarazada. Pero dada la importancia que tales factores tienen en la prevención y tratamiento de la misma, preferimos discutir el punto en el próximo número, conjuntamente con las consideraciones terapéuticas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Moia B. y Battle F. F. — Esta Revista, 1944, 10, 384.
2. Peter Michel. — "Leçons de Clinique Medicale", 1<sup>a</sup> ed., Asselin et Co., París, 1873, 1, 178.
3. Peter Michel. — "Traite Clinique et Pratique des Maladies du Coeur et de la Crosse de l'aorte", J. B. Bailliere et fils., París, 1883, 580.
4. Peter Michel. — "Leçons de Clinique Medicale", 3<sup>a</sup> ed., Asselin et Co., París, 1880, 1, 180.
5. Bergamini V. E. — "Rev. Med. del Rosario", 1939, 29, 472.

## CARDIOPATÍAS Y EMBARAZO

6. *Palacios Costa N.* — "An. Ateneo Inst. Mat. y As. Social Samuel Gache", 1942, 5.
  7. *Bazán J.* — "La Semana Médica", 1938, I, 539 y 1928, I, 1262.
  8. *Peyloubet A.* — Trabajo de Adscripción (inédito). Fac. Med. Bs. As., 1939.
  9. *Martini J. L.* — Trabajo de Adscripción (inédito). Fac. Med. Bs. As., 1942.
  10. *Casiello A.* — "Rev. Med. del Rosario", 1939, 29, 761.
  11. *Hamilton B. E. y Jefferson Thomson K.* — "The Heart in Pregnancy and the Childbearing age", Little, Brown y Co., 1941, 19.
  12. *Horwitz O., La Place L. B., Sumway N. P. y Stroud W. D.* — "J.A.M.A.", 1943, 121, 1342.
  13. *Levine S. A.* — "Clinical Heart Disease", W. B. Saunders Co., Philadelphia, 2ª ed., 1940, 105.
  14. *Arrillaga F. C.* — "Arch. Urug. Med. Cirug. Espec.", 1940, 16, 1.
-