

## Coloquio sobre la ponencia del Dr. Fernández Amela, sobre cardiopatías y gestación

*Dr. García-Triviño*

*Juán*

Como coordinador de este coloquio, y a fin de que al final queden todos los puntos del tema suficientemente aclarados, me voy a permitir hacer una intervención quizás un poco larga.

Ha aludido el ponente, y con gran acierto, al hecho de que la embarazada cardíaca suele experimentar un notable alivio en su función circulatoria al llegar al octavo mes del embarazo, y esto por mecanismos poco conocidos. Algunos de estos mecanismos quizás sean éstos: en esa fecha se hace patente una atonía venosa y ocurre lo que Martius llama «insaculación de la sangre». Esa atonía venosa crea un nuevo depósito de sangre periférica y la mujer experimenta, valga la frase, una «sangría en sus propias venas». Esa insaculación disminuye la presión venosa de inyección y el sistema derecho y la aurícula izquierda se ven así

descargados de la plethora que por hiperplasmia el embarazo ha creado. Yo he comprobado siempre que cuantas más varices tenga una cardíaca, más se alivia en ese momento de su embarazo. Otro mecanismo, también hemodinámico, debe tenerse en cuenta: la mayor amplitud de las excursiones diafrámicas por el descenso del fondo uterino. La presión intratorácica aumenta (la presión negativa) y ello aumenta la capacidad de albergue de sangre en las grandes venas torácicas, pero se opone a la inyección en las cavidades cardíacas. La inyección de sangre en ellas será directamente proporcional a la presión venosa (aquí disminuida por la atonía) e inversamente proporcional a la presión torácica negativa (aquí aumentada).

El doctor Sagaz ha apuntado al factor hepático en las cardíacas embar-

zadas señalando el peligro del hígado de estasis. Tiene toda la razón. Yo deseo aportar a este punto las experiencias clínicas de la escuela del profesor Botella, que investigando sistemáticamente las pruebas de insuficiencia hepática en embarazadas, ha encontrado muy frecuentes positividads en las cardíacas descompensadas, positividads que ellos ven desaparecer si la cardiopatía mejora y persistir si no mejora y le dan tanto valor al hecho, al índice que traduce la mejoría de la circulación, que esas positividads persistentes, tras un tratamiento cardiotónico adecuado, los llevan a decisiones obstétricas de interrupción del embarazo, con feto viable.

Indudablemente, la hepatona en hipoxia de estasis, se hace insuficiente y hasta puede sucumbir en zonas amplias dando lugar a cuadros agudos de insuficiencia con coma hepático y muerte. Que a la larga, si esto no ocurre, el estasis crea la base de la fibrosis, aquí llamada cirrosis hepática, manera de morir muchas cardiopatas en descompensación crónica. La función hepática es, pues, un índice de tratamiento, de resultados de tratamiento y un factor pronóstico de primer orden. Pero es que además, parece que al perturbarse la funcionalidad hepática se perturba, entre otras tantas cosas, el metabolismo esteroide, y ya sabemos que esteroides cardiotónicos se elaboran en el hígado. Así se crearía un círculo vicioso de: más estasis, menos esteroides cardiotónicos, más atonía cardíaca, más estasis e insuficiencia.

Finalmente me veo en la necesidad de tratar del aspecto obstétrico del problema y que el ponente, como cardiólogo, trató de forma magistral. Todo lo demás lo ha dejado para los tocólogos, no sin insistir, y de modo plausiblemente categórico, cómo a través de los tiempos y de los perfeccionamientos científicos en diagnóstico y tratamiento, el pronóstico de esta concomitancia ha mejorado; el trágico aforismo de Peter pasó a la historia y muchas jóvenes cardíacas pueden casarse y ser madre felices a pesar de su cardiopatía. El problema del aborto terapéutico está resuelto de forma totalmente negativa. Como la mejor conducta es la conservadora y en estrecha relación y colaboración cardiólogo y tocólogo. Finalmente que toda intervención obstétrica por causa de descompensación grava las estadísticas de mortalidad y sobre todo la cesárea. Si hay que operar, será en el parto y por causa obstétrica, y en ese caso el tocólogo tiene que elegir lo que crea más conveniente y menos peligroso.

Nuestro acuerdo con la ponencia es total. El aborto terapéutico no se hace ya, no por razones morales o religiosas—que para muchos clínicos no pesaron—, sino porque no es científico hacerlo. Precisamente países y escuelas no cristianos son los que han desatado esa campaña contra el aborto en las cardíacas. Los que nunca lo admitíamos, teníamos razón al fin. En los grados III y IV no resuelve nada y en los grados I y II no es preciso, luego, si en unos casos no BASTA y

en otros SOBRA, en todos queda eliminado como recurso terapéutico. No se *puede hacer*, decían unos y *no se DEBE hacer*, dicen ya los demás.

El tratamiento de la embarazada cardíaca de grado I y II se limita al diagnóstico completo por el cardiólogo y a la vigilancia por el tocólogo, con la mejor higiene del embarazo en evitación de causas sobreañadidas de descompensación (gestosis, por ejemplo). En la descompensación—preexistente o establecida—el caso es totalmente del cardiólogo hasta el parto. Habría una sola excepción, cuál es la descompensación que persiste, alarmante por encima del octavo mes, ya con feto viable y donde puede pensarse en la conveniencia de la evacuación uterina si el esperado alivio de esa fase no ocurre (si persisten positivas tras tratamiento las pruebas de funcionalidad hepática). Entonces puede ser correcta la inducción medicamentosa al parto en las múltiparas (en las primíparas con cuello inmaduro casi siempre fracasa en esa época) y si no basta y la indicación subsiste, la evacuación operatoria. En la múltipara, una ligera narcosis con éter—anestésico que soporta muy bien la cardíaca—y una cesárea vaginal creo que es la conducta menos traumática y mejor soportada. En la primípara. La cosa se agrava, porque sólo la cesárea abdominal puede resolver el problema y esa cesárea abdominal de pronóstico siempre grave y utilizada como un mal menor se hará cuidando mucho la anestesia. Si es ge-

neral, SIN BARBITURICOS y sólo con una anestesia de base de tipo esteroide-anestésico y éter curare, o si acaso con una raquí hiperbara muy baja; hace mucho tiempo que dejamos de aconsejar la raquí en obstetricia y más en cesárea, pero quizás en ese momento sea la única indicación que pueda quedarle. La mujer suele soportarla bien, asimismo el prematuro. Por la vasoparálisis que motiva, coopera a que la entrada brusca de la sangre uterina, tras la evacuación, encuentre dificultades para llegar al corazón y aumentar su dilatación; el edema agudo de pulmón se vería así dificultado en su creación. La única cirugía, pues, aconsejable en el embarazo, y salvo esas excepciones, sería no la cirugía sobre el útero, sino sobre el corazón enfermo y que la precise. Ya el doctor Sagaz lo ha dicho y la escuela de Jiménez Díaz insiste. El embarazo no aumenta la mortalidad de la valvulotomía. Una estrechez mitral que ya al principio del embarazo da alguna crisis de edema de pulmón o hace una fibrilación auricular, debe operarse sin más. Asimismo los rarísimos casos de concomitancia de una gestación con una persistencia del conducto arterioso o una coartación de aorta.

En el parto seguimos el mismo criterio conservador, salvo factores dísticos concomitantes que nos obliguen a operar y entonces seguiríamos el mismo camino que aconsejamos cuando señalábamos la posibilidad de operar en el embarazo. Cuanto menos cirugía,

mejor. Nosotros ayudamos todo lo posible a la mujer en su trance, para que tenga un *parto fácil*, sin trauma, sin emociones quirúrgicas sobreañadidas, llenándola de alivio y confianza. El parto espontáneo hecho así es lo que mejor soporta la cardíaca. Cuidaremos su dinámica uterina (sedándola o estimulándola prudentemente), le haremos amniorraxis a tiempo, descalzamiento del labio anterior del cuello, anestesia local en perine, vacuo-extractor en el expulsivo sin esa episiotomía, si de múltipara se trata, y nada más. El mismo fórceps bajo, sustituido ya con ventaja, lo hemos abandonado en ellas. Surge la distocia, casi siempre mecánica, por desproporción y entonces surge el problema: ¿cesárea, fórceps, versiones? Ya se desterró el fórceps laborioso, no alto, sino medio, en excavación. La versión se había abandonado antes. La cesárea se impuso; pero aquí es de pronóstico grave, ya lo hemos dicho. Nosotros la reservamos para las grandes desproporciones y para las distocias complejas y asociadas al problema cardíaco. En todos los demás casos de distocia media y que son las más frecuentes, tenemos un gran recurso para resolverlos en la sinfisiotomía de Zárate, que permite en esos casos capacitar una pelvis poco capaz, o adaptar a una gran presentación (frente, cara, etc.) una pelvis capaz para otra presentación más favorable. Es operación mínima y con la que ya hemos salvado la vida a más de una

cardíaca en conflicto obstétrico. Sólo requiere anestesia local y con ella colaboran todos los demás recursos medicamentosos y obstétricos que ponemos en práctica en el parto normal para hacerlo fácil.

Desde el postpartum inmediato, la enferma vuelve a ser del cardiólogo. Allí hay un nuevo peligro. Muchas cardíacas que han rebasado su embarazo y su parto, mueren en el puerperio. Quizás la anemia, muy frecuente, sea una de las causas de la descompensación irreversible, amén del peligro de embolias. Al tocólogo sólo le resta suprimir el brote mamario. Ese esfuerzo metabólico en los grados III y IV debe suprimirse; ¡en eso Peter sigue teniendo razón! No nos oponemos a una lactancia mixta en los grados I y II, pero sólo así los estreógenos a tiempo impiden ese brote. Hoy día la lactancia artificial bien dirigida no es un atentado demasiado grave para el recién nacido.

No nos queda más que felicitar muy de veras al doctor Fernández Amela por su magistral y bellísima exposición, que tuvo hasta la virtud poco común, y que yo no he sabido tener, de ser breve. ¡¡¡ Nos ha sabido a poco!!! Ha centrado el problema tan perfectamente que ha sido una auténtica lección lo que de él ha recibido este Seminario Médico. Y agradecer a los demás distinguidos colegas sus aportaciones al tema de la ponencia, tema que creo ha quedado puesto al día.