

Complicaciones médicas del embarazo, 2a. parte

Hipotiroidismo-Hipertiroidismo -Cardiopatías

Participantes:

Coordinador: Dr. Raúl López García, coordinador de la sección de monitorización fetal, departamento de investigación en medicina perinatal, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS. Asesor de Ginecoobstetricia, Secretaría de Educación Médica, Facultad de Medicina, UNAM.

Dr. José Chávez Azuela, subdirector médico del Hospital de Ginecoobstetricia No. 4, IMSS.

Dr. Angel García Alonso, médico perinatólogo del departamento de fisiología obstétrica del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2, IMSS.

Dr. Eduardo Lowenberg Favela, jefe del departamento de perinatología, Centro Hospitalario 20 de Noviembre, ISSSTE.

Dr. Héctor Paniagua, internista y endocrinólogo, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS.

Dr. Edmundo Valdés Macho, médico ginecoobstetra del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS.

Dr. López García Entre las endocrinopatías, el hiper y el hipotiroidismo representan un problema para la gestación. Es raro que la mujer hipertiroidea se embarace, y si lo hace suele abortar. El médico debe hacer diagnóstico por medio de la tiroxina libre, ya que otros signos de hipertiroidismo pueden confundirse con los de la gestación: aumento de temperatura basal, temblor distal, pulso acelerado. El tratamiento se inicia con Tapazole a dosis bajas, ya que puede pasar al feto y ocasionar daño neurológico irreversible. El tratamiento se vigila por: curva ponderal, frecuencia cardíaca y tiroxina libre.

Con el concepto establecido, de que prácticamente cualquier enfermedad puede afectar a la mujer embarazada, resulta importante revisar aquellos padecimientos que, por su frecuencia y/o trascendencia, representan un problema en la práctica médica diaria. Para continuar dentro del terreno de las endocrinopatías quiero conocer la opinión de los profesores acerca del riesgo que implican el hipertiroidismo

y el hipotiroidismo para el embarazo y el recién nacido.

Dr. Paniagua Son endocrinopatías poco frecuentes; sin embargo, representan un problema en la gestación. Es raro que una mujer hipertiroidea se embarace y cuando esto ocurre generalmente aborta, de aquí la importancia de un diagnóstico oportuno y una terapéutica adecuada antes del embarazo; no obstante, en algunas ocasiones, el médico se ve obligado a fundamentar el diagnóstico de hipertiroidismo durante el embarazo y consecuentemente iniciar el tratamiento, ya que las pérdidas fetales por esta causa ocurren tanto en épocas tempranas del embarazo como al final de la gestación. Para el diagnóstico de estos padecimientos durante el embarazo, es indispensable una historia clínica muy cuidadosa, ya que muchos datos de hipertiroidismo pueden confundirse con los que son propios de la gestación, como aumento de temperatura basal, temblor distal, pulso acelerado, etc.; de tal manera que son los exámenes

de laboratorio, en especial la T3, T4 y sobre todo la tiroxina libre, los que confirman el diagnóstico. Es necesario tomar en cuenta que la T3 y T4 se alteran durante la gestación; en forma aislada, es la tiroxina libre la determinación de laboratorio que ofrece mayor seguridad diagnóstica. Por otro lado debe destacarse que el uso de sustancias radiactivas como por ejemplo el I 131, están contraindicadas durante el embarazo.

Una vez establecido el diagnóstico, debe iniciarse la terapéutica lo antes posible, con bloqueadores de la síntesis de hormonas tiroideas como el Tapazole, a dosis iniciales bajas, habitualmente menores que en las mujeres no embarazadas; debe recordarse que las drogas anti-tiroideas pasan a través de la placenta y llegan al feto.

El control del tratamiento médico se hace a través de la vigilancia de la curva ponderal, la frecuencia cardíaca y la cuantificación de tiroxina libre.

Es poco frecuente que una mujer hipotiroidea se embarace, ya que con cierta frecuencia las endocrinopatías graves interfieren con la ovulación; sin embargo, cuando ocurre en una mujer con hipotiroidismo, debe iniciarse lo antes posible la terapia sustitutiva a dosis que dependen de las necesidades individuales de cada paciente.

mente desarrollan hipotiroidismo, que si no se diagnostica en el periodo neonatal temprano y se administra terapia sustitutiva, da lugar a daño neurológico irreversible.

Dr. Lowenberg Es muy frecuente que a la paciente que busca consejo por infertilidad, se le den extractos tiroideos, tanto para bajarla de peso como por el concepto antiguo de que estas sustancias mejoraban la fertilidad y en base a esto se continuaba la medicación por el tiempo prolongado durante la gestación. Quiero preguntar ¿cuál es el riesgo tanto para la madre como para el feto y el recién nacido cuando se usan extractos tiroideos a dosis bajas durante esta época?

Dr. Paniagua En primer lugar, para administrar hormonas tiroideas, es necesario confirmar el diagnóstico de hipotiroidismo tanto desde el punto de vista clínico como por laboratorio y es absolutamente indebido administrar estas hormonas sin justificación. Desde hace muchos años no se administran a mujeres con problemas de anovulación y esterilidad, a menos que en la génesis de este trastorno se encuentre involucrado el hipotiroidismo; por otra parte, las dosis bajas de tiroides estimulan muy ligeramente el metabolismo, con riesgo de producir inhibición exógena de la T.S.H., lo que determina una patología francamente yatrogénica al producir hipotiroidismo que no existía previamente. Si no se cuenta con el auxilio del laboratorio y la clínica sugiere hipotiroidismo, es preferible administrar dosis adecuadas del rango de 130 a 195 mg de extracto total de tiroides o su equivalente.

Dr. Chávez Azuela En las patologías del tiroides asociadas al embarazo hay poco riesgo para el feto, en términos generales si estas pa-

logías del tiroides asociadas a embarazo hay poco riesgo para el feto. Antes se recomendaba suspender el tratamiento días antes del parto, ahora se sugiere que el control materno es suficiente para proteger al feto.

No es usual que la hipotiroidea se embarace, y si lo hace debe recibir terapia sustitutiva a dosis individualizadas. No se justifica dar tiroides en casos de anovulación y esterilidad: hay que confirmar el diagnóstico por clínica y laboratorio. Las dosis bajas de tiroides estimulan poco al metabolismo y pueden producir inhibición exógena de la T.S.H. En las pato-

Dr. García Alonso Queda por analizar el riesgo fetal en este tipo de pacientes. Debe recordarse que los hijos de madres hipertiroideas sometidas a tratamiento con drogas bloqueadoras de la síntesis de hormonas tiroideas frecuentemente

cientes tienen un adecuado control, el embarazo evolucionará favorablemente y se podrá permitir que llegue al término sin necesidad de interrumpirlo. El médico debe investigar en cada consulta si hay constipación, tomar el pulso, observar el grado de sudoración o resequecedad de piel, el estado del pelo, etc., para detectar si hay o no hay alteración.

Dr. Paniagua Los casos extremos de tiroideopatías, suelen cursar con esterilidad; sin embargo, el problema se establece cuando una mujer embarazada adquiere esta patología durante la gestación, lo que obliga a fundamentar el diagnóstico e implementar el tratamiento lo más pronto posible si se quiere evitar una muerte fetal o neonatal. En el caso del hipertiroidismo, la experiencia ha demostrado que el metimazol da un magnífico resultado. La vigilancia clínica y de laboratorio periódica, dan la pauta para incrementar o disminuir la dosis de acuerdo con la respuesta. Fuera del embarazo, se han empleado con gran liberalidad los betabloqueadores del tipo del propranolol; sin embargo este medicamento no es recomendable durante la gestación, ya que por un lado alcanza al feto y provoca alteraciones de ritmo cardíaco y por otro, suele condicionar contractilidad uterina anormal e hipertensión. En el caso de hipotiroidismo repetimos que es indispensable administrar una terapia sustitutiva con extracto total de tiroides o con las asociaciones existentes en el mercado de triyodo y tetrayodotironina.

Dr. López García Ha quedado cubierto el problema de las tiroideopatías asociadas al embarazo, para redondear la discusión, me gustaría preguntar a los profesores de la mesa el criterio de suspensión de este tipo de medicamentos durante el embarazo, en base al concepto antiguo de que al suprimir la terapéutica antes del parto se disminuyen los problemas del recién nacido. ¿Cuál es el concepto moderno de este criterio?

Dr. Paniagua Sí, antiguamente se recomendaba la suspensión del medicamento días antes del parto, para evitar la patología del recién nacido (hipotiroidismo o hipertiroidismo secundarios). En la actualidad se sugiere que el buen control materno es suficiente para evitar la patología fetal y neonatal.

Dr. López García

A pesar de que el campo de las endocrinopatías como complicación del embarazo resulta un tema apasionante y por sí solo puede ocupar la totalidad de una mesa de discusión de esta naturaleza, con el objeto de tratar todos los temas propuestos es necesario considerar a las cardiopatías como complicación del embarazo. Puesto que las condiciones fisiológicas

de la gestación frecuentemente dificultan el diagnóstico o simulan una cardiopatía que en realidad no existe, quiero preguntar a los profesores ¿cómo debe realizarse el diagnóstico de una enfermedad cardíaca durante el embarazo?

Dr. Paniagua Deben considerarse dos tipos de cardiopatías, las congénitas y las adquiridas; de todas ellas la más frecuente es la de tipo reumático, especialmente la doble lesión mitral; en este caso, la paciente tiene antecedentes claros y generalmente ha sido evaluada por el cardiólogo, de tal manera que es raro encontrar una mujer que ignore su cardiopatía durante el embarazo. En estos casos, no queda sino seguir los lineamientos propuestos por el cardiólogo. En algunas otras mujeres es necesario confirmar el diagnóstico, lo cual se consigue a través de una historia clínica completa, con especial atención en la evaluación clínica del área cardíaca y la implementación de métodos diagnósticos complementarios, como el electrocardiograma, limitando juiciosamente los estudios radiográficos de la silueta cardíaca por el peligro de radiación al feto, sobre todo en las primeras etapas del embarazo. Si la cardiopatía se encuentra compensada, sólo se recomiendan medidas terapéuticas generales y sólo en casos de descompensación se indican medicamentos específicos del tipo de la digital y los diuréticos.

Dr. Chávez Azuela Si en la auscultación se escuchan soplos cardíacos de intensidad impor-

En el embarazo las cardiopatías son difíciles de diagnosticar: pueden ser congénitas o adquiridas la más frecuente es la reumática (doble lesión mitral); las descubren los antecedentes. Algunas mujeres requieren confirmación diagnóstica por historia clínica completa y electrocardiograma. Si la cardiopatía está compensada sólo se dan medidas generales, si no lo está, digital y diuréticos. El riesgo fetal en cardiopatías cianógenas es: malformaciones congénitas, pérdidas fetales tempranas; en las no cianógenas: retardo en el crecimiento fetal.

tante, con irradiación y diastólicos, la paciente tiene como probabilidad más factible y por frecuencia una cardiopatía reumática del tipo de la doble lesión mitral con predominio de estenosis. Un 20 por ciento queda para otras cardiopatías, como la reumática, congénita o hipertensiva.

Dr. López García Han quedado claramente explicados los datos clínicos que se pueden recoger en la auscultación del área cardiaca. En términos generales, se puede aceptar que un soplo diastólico siempre es orgánico; que los soplos funcionales frecuentemente asociados al embarazo, por el aumento del volumen intravascular y por la disminución relativa de los elementos formes de la sangre, son habitualmente sistólicos, se escuchan en el mesocardio, no se irradian, desaparecen con la inspiración y la espiración profundas; por el contrario, los soplos de origen orgánico, tienen componentes diastólicos, se irradian, son fuertes y no desaparecen con la inspiración o la espiración profundas. El médico general que se hace cargo de una mujer embarazada tiene la obligación de auscultar el área cardiaca, con el objeto de definir si el corazón está en condiciones normales o anormales, para recurrir al especialista en el momento oportuno, en busca de auxilio diagnóstico y terapéutico. Una vez planteada esta primera parte, me gustaría preguntar a los profesores de la mesa. ¿Cuáles son los momentos de mayor riesgo para la cardiópata embarazada?

Dr. Valdés Macho Indudablemente la cardiópata, sobre todo la que se encuentra dentro de la clasificación funcional 3 y 4 (en insuficiencia cardiaca o en quien la actividad física ligera desencadena disnea, palpitaciones o dolor anginoso), tiene riesgo en cualquier momento del estado grávido puerperal; la cardiópata más o menos bien compensada tiene tres etapas principales en donde puede descompensarse o desarrollar insuficiencia cardiaca: entre la 28 y 32 semanas en que el volumen intravascular alcanza su máximo; durante el trabajo de parto en que el útero con cada contracción “exprime” fuera de sí una cantidad que se ha calculado en 500 mililitros de sangre que pasan a la circulación sistémica, lo que aumenta el retorno a las cavidades derechas del corazón;

durante el periodo expulsivo, esta condición se agrava por el fenómeno de Valsalva. En mi criterio, el momento más crítico es el tercero, que ocurre durante el puerperio inmediato, en las primeras 24 horas después del parto y al inicio del puerperio tardío; en este momento, al desaparecer la compresión del útero sobre los vasos pélvicos, el agua retenida en los miembros inferiores regresa a la circulación general, junto con esto, la desaparición del ambiente endócrino, metabólico y hemodinámico propio del embarazo hace que el líquido acumulado en el espacio intersticial, regrese en forma más o menos brusca a la circulación general y aumente considerablemente el volumen intravascular; este hecho hace que un corazón sin toda su capacidad orgánica y funcional desfallezca y, al no poder manejar el incremento brusco de volumen, dé lugar al edema agudo del pulmón, que representa la primera causa de muerte en este tipo de pacientes.

Dr. López García En términos generales ha quedado aclarado el problema materno de la cardiopatía asociada al embarazo y me gustaría que los profesores comentaran algo acerca de la problemática fetal en estos casos.

Dr. Lowenberg El riesgo para el feto en una mujer cardiópata también se ve aumentado, sobre todo si se trata de cardiopatías de tipo cianógeno, que se asocian frecuentemente a malformaciones congénitas, pérdidas fetales tempranas y muertes pretérmino. En la mujer que no tiene una cardiopatía cianógena, el problema más frecuentemente observado es un retardo en el crecimiento fetal. Por otro lado, el estado de hipoxia relativa que prevalece en este tipo de pacientes, condiciona una aceleración de los sistemas de madurez pulmonar fetal, lo que disminuye el problema del parto pretérmino frecuentemente observado en este grupo de pacientes.

Dr. López García El riesgo del producto en la cardiopatía reumática es mínimo, en la congénita es lo contrario. Se discute si en la congénita, se debe a hematocrito elevado e hipoxia fetal o a trastorno metabólico. Los estudios realizados con

Cómo utilizar las pruebas prenatales

Prueba u observación	Método	Finalidad	Medición/Interpretación
----------------------	--------	-----------	-------------------------

Pruebas específicas del estado del feto

Color del líquido amniótico	Observación macroscópica de color	Buscar anomalías que indican enfermedad o muerte fetal.	Transparente = tal vez un buen signo pronóstico, pero no descarta la eritroblastosis Amarillo = eritroblastosis Tono verdoso oscuro (teñido de meconio = hipoxia fetal; no dice cuánta ni cuándo Rojo pardusco oscuro = muerte fetal
Titulación de anticuerpos	Análisis de sangre	Para determinar la sensibilización materna al Rh, ABO o factores sanguíneos irregulares; para observar la evolución del primer embarazo sensibilizante.	Identificación y concentración de anticuerpos: La titulación que indica la necesidad de amniocentesis varía según el laboratorio. La de 1:8 puede ser indicación de amniocentesis.
Movimiento fetal	Informe subjetivo de la madre	Para sospechar muerte fetal.	Ausencia de movimiento = probable muerte fetal
Altura del fndo uterino: posición fetal	Exploración	Para descubrir crecimiento tardío.	Variación de lo normal basada en la experiencia clínica y comparada con lo normal

Pruebas inespecíficas del estado del feto

Bilirrubina	Análisis de líquido amniótico	Para vigilar el efecto de la sensibilización materna sobre el feto (Rh u otros factores sanguíneos).	Absorción espectrofotométrica: ↓ = El feto evoluciona satisfactoriamente; ↑ = El feto morirá o padecerá eritroblastosis grave, a menos que se induzca el parto o se aplique una transfusión intrauterina
Estriol	Orina* exige un laboratorio experto	Para diagnosticar sufrimiento fetal. La estrecha vigilancia del esquema de los niveles de estriol probablemente evita más operaciones cesáreas de las que indica.	Los datos seriados indican la función suprarrenal-hepática-placentaria de la unidad feto-placenta: Normal: incremento en la curva.
Frecuencia cardíaca fetal	Instrumento de Doppler o estetoscopio	Para determinar la frecuencia cardíaca.	110-150 latidos por minuto = variación normal; más de 160 ó menos de 100 latidos por minuto = sufrimiento fetal
Monitor fetal	ECG; Doppler	Para descubrir hipoxia fetal durante el parto.	Correlación normal entre frecuencia cardíaca y contracción uterina = La frecuencia cardíaca disminuye al principio de cada contracción y aumenta a medida que la contracción termina. Insuficiencia placentaria = La frecuencia cardíaca muestra disminución tardía. Compresión del cordón = Disminución variable de la frecuencia cardíaca.
Cráneo fetal	Rayos X	Para confirmar la muerte fetal.	La superposición de los bordes de los huesos craneales —cuando la madre no está en trabajo de parto— confirma la muerte fetal.
Tensión (oxitocina) Tolerancia a las contracciones uterinas	ECG o trazos del monitor fetal de Doppler de la respuesta del corazón fetal a la oxitocina	Una técnica relativa al desarrollo (limitada a los grandes centros médicos) para determinar la adaptación del corazón fetal a las contracciones del parto.	Correlación entre frecuencia cardíaca fetal y contracción uterina: disminución tardía = insuficiencia placentaria + ↓ de estriol sugieren vigilancia monitorizada u operación cesárea.
Prueba "sin stress"	ECG; Doppler	Observar respuesta de la frecuencia cardiorfetal a los movimientos del feto.	Aceleración transitoria de la frecuencia cardíaca en relación con los movimientos indica salud fetal en el 98% de los casos.

* (En relación a creatinina).

** Las pruebas son útiles, pero en la práctica de la Medicina no son indispensables.

Tomado de la revista Atención Médica, Nov. 1973, modificado por el Dr. Raúl López García Moderador de la mesa.

Prueba u Observación	Método	Finalidad	Medición/Interpretación
----------------------	--------	-----------	-------------------------

Pruebas inespecíficas del estado del feto (continúa)

Proteínas	Análisis del líquido amniótico	Para completar las determinaciones de la concentración de bilirrubina al observar la sensibilización al factor Rh u otros factores sanguíneos.	↓ = normal; ↑ = hasta 800 mg/100 ml = hidropesía fetal
Sonograma	Escudriñamiento ultrasónico	Para determinar el índice de crecimiento y diagnosticar el crecimiento retardado. La exactitud depende de la agudeza auditiva del médico y del momento de la consulta.	Mediciones seriadas del diámetro biparietal: índice normal de crecimiento = 1.8 mm/semana

Pruebas inespecíficas de madurez fetal

Latidos fetales	Estetoscopio o fetoscopio	Para confirmar el tiempo de gestación.	Primera percepción a las 16-18 semanas de la gestación.
Altura del fondo uterino: posición fetal	Exploración	Para confirmar el tiempo de gestación.	Fondo a nivel de la sínfis púbica = 12 semanas de gestación Fondo a nivel del ombligo = 20 semanas de gestación Fondo a 28 cm, por encima de la sínfis púbica = 28 semanas de gestación Fondo al borde inferior de la caja torácica = 36 semanas de gestación El útero se torna globular y desciende = 40 semanas de gestación
Antecedentes menstruales	Informe subjetivo de la madre	Conocer la edad gestacional.	La fecha señalada como primer día de la última regla puede estar equivocada porque la paciente: ⊗ Acaba de dejar un método anticonceptivo hormonal. ⊗ Confundió un sangrado posterior a la concepción con la última regla. ⊗ Tiende a pasar por alto las menstruaciones.
Primer movimiento fetal	Informe subjetivo de la madre	Para confirmar el tiempo de gestación.	Nulípara = 18-20 semanas de gestación Múltipara = 16-18 semanas de gestación

Pruebas específicas de madurez fetal

Creatinina células naranjas	Análisis de líquido amniótico	Para determinar la madurez fetal después de las 36 semanas.	La cantidad de músculo esquelético del feto: 2 mg/100 ml = feto maduro 750% de células naranjas sugiere madurez fetal.
Epífisis de los huesos largos	Rayos X	Para confirmar la madurez fetal antes del parto electivo.	La presencia del núcleo de osificación en las epífisis femoral distal y particularmente de la tibial proximal = feto maduro. Confiabilidad de ± 2 semanas.
Proporción L/E (lecitina/ esfingomielina) Fósforo de lecitina y fostatidil glicerol	Análisis del líquido amniótico	Para determinar la madurez pulmonar fetal mediante la cantidad de agente tensoactivo en los pulmones (este agente mantiene abiertos los alveolos para el recambio gaseoso).	Cuando la proporción L/E es de 2 ó mayor: ⊗ Los pulmones están bioquímicamente maduros. ⊗ Se puede inducir el parto sin riesgo relativo. Cuando la proporción L/E es inferior a 2: ⊗ Aplace el parto, si es posible. ⊗ Espere el síndrome de insuficiencia respiratoria en el niño, si es necesario inducir el parto.

curva de tolerancia a la glucosa parecen inclinarse por esta hipótesis. La indicación de interrupción del embarazo es solamente obstétrica y no por la cardiopatía. Las protesis valvulares representan gran riesgo para la mujer y el feto y llegan a ser indicación para interrumpir el embarazo.

mática, es mínimo comparado con el riesgo de la madre, ya que estas mujeres tienen riesgo importante de morir durante el embarazo, el trabajo de parto, o el puerperio. En la cardiopatía congénita las cosas se invierten, pues estas mujeres por estar adecuadamente compensadas llegan a la vida reproductiva, su corazón se adapta adecuadamente en todos sus mecanismos y tan les es suficiente que llegan a embarazarse.

La posibilidad de muerte en la mujer por la cardiopatía es reducida, pero el riesgo para el feto es muy alto, hay discusión si esto es debido a un hematocrito elevado y la hipoxia fetal; otros consideran que es más bien un trastorno de tipo metabólico. En nuestro hospital se hizo una investigación en dos grupos: uno de recién nacidos con cardiopatía congénita, a su madre se le practicó curva de tolerancia a la glucosa y un 40 ó 50 por ciento de ellas la tuvieron alterada. El otro grupo fue de mujeres embarazadas con cardiopatía congénita, a las cuales se les realizó curva de tolerancia a la glucosa durante y después del embarazo, un 60 por ciento la tuvieron anormal. Lo importante es que tanto en la literatura como en la experiencia del hospital, los índices de mortalidad fetal son altos, los recién nacidos tienen bajo peso y macrosomía, las muertes neonatales se incrementan y el número de malformaciones congénitas es mayor que en la población general.

Pudiera suceder que en la diabetes y embarazo al ser la principal malformación congénita la cardiopatía, estas mujeres hubieran nacido de una madre diabética y quedara traspolado a estas pacientes. De todos modos es una hipótesis, pero vale la pena tenerla en cuenta y si la paciente con cardiopatía congénita tiene antecedentes familiares de diabetes, o una mala histo-

ria obstétrica, hacerle una curva de tolerancia a la glucosa, porque el riesgo para el feto es muy importante.

Dr. Chávez Azuela

El riesgo del producto en la cardiopatía adquirida, esto es la reu-

ria obstétrica, hacerle una curva de tolerancia a la glucosa, porque el riesgo para el feto es muy importante.

Dr. López García Vale la pena destacar, que en esta complicación del embarazo, probablemente el riesgo para el feto no dependa en sí de la cardiopatía, sino de otros factores agregados. Creo que se puede dejar establecido el concepto de que la cardiopatía cianógena, frecuentemente de tipo congénito, ofrece un riesgo mucho mayor para el feto. La disminución de flujo útero-placentario condicionado por insuficiencia cardíaca hace que el feto tenga la problemática que ha sido señalada. Una vez aclarados estos dos puntos, quiero conocer la opinión de los profesores acerca de la vía de elección para interrumpir el embarazo en estas pacientes.

Dr. Chávez Azuela Para definir la vía de interrupción del embarazo “no” se debe pensar que en la paciente con cardiopatía, cualquiera que ésta sea, va a tener mejor evolución si se le practica una operación cesárea. La cardiopatía no es sinónimo de operación cesárea, se debe manejar desde el punto de vista obstétrico igual que otra embarazada, incluso tratar que el embarazo se resuelva por vía vaginal, ya que es lo más favorable. La indicación de interrupción del embarazo por vía abdominal es solamente obstétrica y no por la cardiopatía.

Dr. López García Estamos de acuerdo con lo planteado, en relación a que el trabajo de parto debe manejarse con un volumen controlado de líquidos parenterales, mantener a la paciente en posición de semi Fowler, administrar oxígeno y vigilar estrechamente las condiciones hemodinámicas. Una vez que se ha planteado la problemática y los criterios de manejo obstétrico, me gustaría hacer dos preguntas más; la primera. ¿Cuál debe ser el consejo sobre si debe embarazarse o no una paciente cardiópata?, y la segunda, ¿existe alguna indicación para realizar un aborto terapéutico en una paciente cardiópata?, y si existe ¿cuál es el criterio médico que debe prevalecer?

Dr. García Alonso Bajo este planteamiento, creo que vale la pena considerar a la paciente con prótesis valvulares que día a día es más frecuente en la práctica obstétrica habitual; este

grupo aunque pequeño, representa un gran riesgo para la mujer y para el feto en función tanto de la cardiopatía como de los medicamentos necesarios para evitar problemas tromboembólicos. Es mi opinión personal que este tipo de pacientes podrían representar en un momento dado una indicación para interrumpir el embarazo por razones terapéuticas.

Dr. López García ¿Qué criterio se debe seguir para aconsejar a una mujer cardiópata si debe embarazarse o no?

En patología de gran riesgo obstétrico, la vida reproductiva debe ser reducida y aconsejarse esterilización definitiva. Si la embarazada está en riesgo de muerte puede practicarse aborto terapéutico aceptado por las leyes mexicanas. La otra posición en cardiopatías es la cirugía cardiaca que debe plantearse a la pareja y especialmente a la mujer, para que tomando en cuenta el riesgo, junto con su médico, decida la conducta más adecuada.

Dr. Chávez Azuela

En esta y otras patologías de gran riesgo obstétrico, la paciente debe estar consciente que su vida reproductiva tendrá que ser reducida; no se puede dar una cifra y cada caso se debe individualizar. El médico tiene la obligación de influir para que una vez satisfecho el deseo de maternidad y si el

neonato tuvo una evolución favorable, aconsejar un nuevo embarazo sólo que las condiciones sean muy favorables y el riesgo mínimo, en caso contrario proponer un procedimiento definitivo de esterilización. Cuando la mujer embarazada tiene riesgo de muerte por la enfermedad, se debe proceder a una interrupción del embarazo, esto es un aborto terapéutico; éticamente está aceptado y no se debe tener temor de estar haciendo algo fuera de las normas médicas.

Dr. López García ¿Cómo contempla el código legal mexicano al aborto?

Dr. Lowenberg La ley mexicana debe ser revisada en relación al aborto; en el momento actual es clara en estos casos, dice específicamente que está permitido el aborto terapéutico cuando la gestación plantea un peligro para la madre. Lógicamente, este tipo de cardiopatías que presuponen la posibilidad de muerte para la paciente, caen dentro de la ley y no hay ningún problema.

Dr. Valdés Macho Aunque recientemente el

aborto terapéutico está tomando como nueva indicación el compromiso fetal por indicaciones genéticas graves, las condiciones clásicas han sido maternas y de ellas, destacan las cardiopatías y las nefropatías que probablemente se tratarán más adelante.

En cuanto al consejo de si debe optarse o no por un embarazo, considero que el criterio debe adecuarse a cada caso en particular. Quiero poner un ejemplo, para que el concepto no quede ambiguo; en el caso de una paciente cardiópata grave definitivamente no recomendaría el embarazo; en alguno de estos casos, la corrección quirúrgica de la cardiopatía puede mejorar la capacidad funcional cardiaca y cambiar el pronóstico; en otros casos es necesario recurrir a los métodos definitivos para el control de la fertilidad ante la imposibilidad de ofrecer mejores prerrogativas para embarazos futuros. Cuando el médico se enfrenta a una mujer durante el primer trimestre de la gestación que tiene una cardiopatía grave (clase funcional 4) puede tomar dos conductas; la primera sería el aborto terapéutico y la segunda la cirugía correctora del problema valvular cuando este sea el caso; sin embargo, se suscita la controversia en relación a que si una operación de esta naturaleza, que frecuentemente tiene que realizarse con circulación extracorpórea, va a ser tolerada adecuadamente por el feto o si el procedimiento va a determinar la muerte fetal. A pesar de esta controversia, mi criterio es optar por esta última medida; es decir, porque la cardiópata embarazada sea llevada a cirugía de corazón, entendiendo que existen probabilidades de que no sucumba durante las maniobras quirúrgicas; en dado caso de que el feto muera, nunca fue la intención del procedimiento y por otro lado, es mucho más fácil hacer un legrado de un huevo muerto con una cardiopatía corregida, que intentar un legrado uterino con feto vivo en una paciente cardiópata grave, además de las implicaciones éticas y morales que tiene la realización de un aborto.

Dr. López García Creo que han quedado muy bien planteadas dos posiciones; la radical para realizar el aborto y la conservadora que sugiere la cirugía del corazón si está indicada. A mí me parece importante destacar que en estos

Complicaciones del embarazo (concluye)

casos es indispensable tener en cuenta la opinión que tiene la paciente sobre la decisión médica. El médico en estos casos debe plantear a la pareja y específicamente a la mujer, cuáles son las posibilidades de riesgo que tiene su vida durante el embarazo, de tal manera que sea la misma paciente, ayudada por el buen criterio médico, la que decida. Desde luego, con cierta frecuencia, el matiz que da el médico a los elementos de juicio que ofrece a la paciente, sue-

len inclinar la decisión hacia uno u otro lado. Esto además de un criterio médico correcto, está influenciado por la forma personal con que se observa el problema, los antecedentes educativos, las condiciones particulares y un sinnúmero de factores que resultan imposibles de analizar en una mesa de estas características. Sin embargo, se han planteado los argumentos para que cada médico y su paciente en forma individual decidan la conducta más adecuada.