

Seguimiento Obstétrico del Embarazo con Trombofilia

Dr. Mario Pérez

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la coagulación ponen en riesgo a la madre y el feto generando complicaciones sobre el embarazo tanto dificultando su concreción como alterando su desarrollo y ensombreciendo el pronóstico del recién nacido. En este capítulo analizaremos el manejo obstétrico de los embarazos que ocurren en pacientes portadoras de trombofilias.

COMPLICACIONES VINCULADAS A LOS ESTADOS TROMBOFILICOS

Para lograr efectuar un correcto seguimiento del embarazo el obstetra debe estar al tanto de los riesgos que implican las trombofilias. Las complicaciones pueden dividirse en maternas, placentarias, del embarazo, fetales y consecuencias neonatales. A continuación se resumen las principales complicaciones

Maternas

- ✱ Trombosis Venosa
 - ✱ Superficial
 - ✱ Profunda
- ✱ Trombosis Arterial
 - ✱ A.V.E.
 - ✱ I.A.M.
 - ✱ Miembros
 - ✱ Otros
- ✱ Tromboembolismo Pulmonar

Placentarias

- ✱ Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta (DPPNI)
- ✱ Infartos Placentarios

Del embarazo

- ✱ Esterilidad
- ✱ Parto Prematuro
- ✱ Preeclampsia Eclampsia

Fetales

- ✱ Aborto Tardío
- ✱ Muerte Fetal Intrauterina
- ✱ Restricción en el Crecimiento Intrauterino (RCIU)

Neonatales

- ✱ Consecuencias de las complicaciones anteriores

Muchas veces la aparición de alguna de las complicaciones antedichas puede ser la pista que determine el estudio y el diagnóstico de una trombofilia no detectada previamente.

Las Trombosis Venosas pueden ser superficiales o profundas y en miembros inferiores no necesariamente implican la presencia de trombofilias. Su aparición en miembros superiores u otros territorios obligan al adecuado estudio de la paciente.

Las Trombosis Arteriales son de muy baja frecuencia en las pacientes embarazadas y es mandatorio su estudio. Pueden manifestarse como Accidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo de Miocardio, Oclusión Arterial de Miembros u otros.

El Tromboembolismo Pulmonar, al disminuir la infección como causa de muerte materna en países desarrollados, está en muchas estadísticas ocupando el tercer lugar en mortalidad materna. Debería en pacientes con este antecedente sospecharse un estado trombofílico.

La esterilidad es un motivo de consulta que muchas veces es la llave para el diagnóstico de las trombofilias. Si bien es discutido, el mecanismo planteado es la isquemia e infarto del tejido trofoblástico.

La Preeclampsia Severa, el DPPNI y el RCIU son causas de Muerte Fetal Intrauterina, Abortos Tardíos, Parto de Pretérmino y severas complicaciones que pueden llevar a la muerte neonatal.

A nivel neonatal existen una serie de complicaciones que si bien no son causados directamente por las trombofilias son las consecuencias de la prematuridad, la restricción en el crecimiento intrauterino y el sufrimiento fetal agudo.

GUIA DEL MANEJO OBSTÉTRICO

1. Multidisciplinario en contacto permanente con el Hematólogo y el Ecografista

El seguimiento de este tipo de pacientes se basa en una profunda interacción entre el equipo asistencial.

2. Pruebas de detección en población de riesgo

Se deben realizar pruebas de detección en la población definida como de riesgo.

Población de riesgo

- Historia previa de esterilidad, Preeclampsia Severa, Eclampsia, Muerte fetal Intra Útero, DPPNI o RCIU
- Historia de Trombosis venosa o arterial materna
- Antecedentes familiares de trombofilias hereditarias
- Colagenopatías

3. Control Inicial

- Detección precoz que en lo posible debería lograrse la detección preconcepcional para realizar una evaluación inicial y

comenzar con Ácido Fólico para prevención de defectos congénitos

- Suplementación con Hierro, Ac. Fólico y Ca. Si bien la suplementación con Calcio no se considera imprescindible en las pacientes anticoaguladas con heparinas de bajo peso el hecho que algunos trabajos sugieran que puede ser útil en la prevención de la preeclampsia eclampsia hace que se pueda justificar su utilización. El hierro y ácido fólico se usan en la dosis habitual del embarazo.
- A la valoración inicial de cualquier paciente embarazada deberá agregarse la valoración de los parénquimas maternos potencialmente blanco mediante: F. De Ojo, E.C.G., Función Renal y Hepática, etc.
- Control con D Dímeros. Es importante disponer de un valor inicial de D Dímeros para el seguimiento posterior ya que su ascenso nos va a poner en la pista de complicaciones en algunos casos antes de detectarlas por otros medios. De acuerdo a la causa de la trombofilia serán necesarios otros exámenes específicos de seguimiento (Crisis, anticuerpos antifosfolípidos, etc)
- Como en cualquier embarazo se realizará una ecografía obstétrica entre las 11 y 14 semanas para medir la translucencia nucal (como elemento predictor de defectos congénitos) y la longitud del cuello uterino. Se confirmará la edad gestacional y se buscará la existencia de áreas de decolamiento trofoblástico. Alrededor de la semana 20 se realizará la ecografía estructural.
- Doppler entre las 11 y 14 semanas y a las 20 a 24 semanas para detectar la existencia de notch en las arterias uterinas como elemento predictor de riesgo. Este elemento no es específico de las trombofilias ya que también se utiliza como predictor de riesgo de Preeclampsia Eclampsia entre otros.

4. Detección precoz de complicaciones

Una vez hecho el diagnóstico el control será más frecuente adecuado a la condición de la paciente. El objetivo será detectar en forma precoz la aparición de complicaciones maternas y fetales.

A nivel materno se deben tener presentes las complicaciones trombóticas descritas más arriba así como también a las potenciales complicaciones de la terapéutica que aunque infrecuentes pueden existir (sangrados, plaquetopenia, osteoporosis).

Por el tipo de complicaciones esperables deberá prestarse atención especial a la aparición de la Preeclampsia. Para ello se prestará especial atención a las cifras tensionales, la albuminuria en todos los controles, al aumento excesivo de peso y a la aparición de edemas.

Se detectará el riesgo de Parto de Pretérmino basándose en la búsqueda en el interrogatorio de un patrón contráctil inadecuado para la edad gestacional y el examen ginecológico frecuente para medir la longitud del cuello uterino. Es de utilidad solicitarle al ecografista la medida de la longitud del cuello uterino en las ecografías que se realizan para seguimiento.

Como en cualquier embarazo pero con mayor atención en estos se estará atento a la aparición de genitorragia, dolor o hipertoniá uterina que nos pueda estar indicando un DPPNI.

El crecimiento fetal se controlará clínicamente mediante la medida de la altura uterina pero fundamentalmente con ecografías seriadas.

Como fue dicho el aumento de los D Dímeros pueden ser el aviso de alguna complicación en curso por lo que se solicitaran al menos mensualmente

5. Valoración de la salud fetal

La salud fetal deberá ser controlada en forma estricta. Se instruirá a la paciente en el control de la Cinética Fetal. El Cardiotocograma Basal se realizará a partir de las 28 semanas en forma seriada de acuerdo a la evolución. La ecografía se realizará con mayor frecuencia que en los embarazos de bajo riesgo (al menos una vez por mes desde las 24 semanas) para controlar el crecimiento fetal, la cantidad de líquido amniótico y el grado de madurez placentaria. El Doppler Feto Placentario resulta muy útil para determinar la repercusión de la trombofilia sobre la perfusión placentaria y el feto por lo que se realizará también una vez por mes desde las 24 semanas. El intervalo entre las ecografías y los doppler se determinará de acuerdo a los resultados. El conjunto de estos datos nos permitirá disminuir el riesgo latente de Muerte Fetal Intrauterina.

6. Tratamiento Farmacológico

- De acuerdo con el Hematólogo se definirá el tratamiento más adecuado para cada situación y cada paciente. Se realizará e base a aspirina sola o asociada a Heparinas en general de bajo peso.
- La anticoagulación, en las pacientes que se ha instalado, debe ser mantenida en el puerperio (30 a 45 días) ya que en esta etapa son incluso más frecuentes las complicaciones trombóticas.
- La aspirina será suspendida 15 días antes de la fecha estimada del nacimiento. En el caso de requerirse anestesia regional la anticoagulación debe suspenderse al menos 48 horas antes.
- Dado la mayor frecuencia de Partos de Pretérmino deberá realizarse maduración pulmonar fetal comenzando entre las 24 a 26 semanas corticoides. Cada vez adquieren más peso los riesgos fetales de la utilización prolongada de corticoides. Al momento actual parece claro que deben realizarse corticoides por 2 días seguidos pero nada demuestra que las dosis semanales posteriores mejoren los resultados y si hay trabajos que sugieren que aumentan los riesgos.

CORTICOIDES

- Madurez pulmonar fetal
- Entre 24 y 34 sem.
- Dosis:
 - Dexametasona 6 mg IM. cada 12 h. 4 dosis o 12 mg cada 24 h. 2 dosis
 - Luego 12 mg por semana hasta la semana 34 (en revisión)

7. Indicación y Vía de la Interrupción

Por el hecho de ser portadoras de una trombofilia no existe una indicación específica de cesárea. Sin embargo dado la precariedad del estado fetal en algunos casos o la aparición de complicaciones maternas es más alta la incidencia de cesáreas.

En las pacientes que están siendo tratadas farmacológicamente dado que la aspirina debe ser suspendida 15 días antes del nacimiento es habitual que esta se suspenda a las 36 semanas y se coloque una inducción farmacológica a las 38 semanas lo que aumenta el índice de cesáreas por fracaso de la inducción.

En estas pacientes se debe estar atento a las complicaciones por sangrado en el puerperio inmediato y como contraparte debe reinstalarse la anticoagulación rápidamente, en los casos que se suspenda antes del nacimiento, por los riesgos aumentados de trombosis en el puerperio.

CONCLUSIÓN

Con el diagnóstico adecuado realizado sobre la población de riesgo definida y efectuando un control apropiado y un tratamiento oportuno es probable que se pueda disminuir al menos en parte alguna de las complicaciones importantes del embarazo responsables de una alta morbimortalidad materno feto neonatal