

TROMBOFILIA

Es la tendencia a formar trombos (coágulos) en la circulación, que obstruyen el adecuado flujo sanguíneo. Estos desequilibrios de la coagulación pueden ser adquiridos y/o hereditarios y tienen una ocurrencia estimada en la población del 10-15%.

El embarazo es por si solo un estado de hipercoagulación, por lo que las mujeres con este trastorno tienen un riesgo incrementado para desarrollar enfermedades trombo embolicas como: trombo embolismo de pulmón, trombosis venosa profunda (miembros inferiores), trombosis arterial (accidente cerebro vascular), tanto en el período gestacional como durante el puerperio. Como así también de presentar mayor riesgo a padecer ciertas complicaciones gestacionales como: aborto recurrente y complicaciones vasculares placentarias tardías, debido a la formación de coágulos.

Según estudios realizados, el 50% de las mujeres que han tenido un episodio de trombosis venosa son portadoras de trombofilia, lo mismo ocurre con el 60% de las mujeres que han tenido antecedente de abortos repetidos inexplicables o complicaciones vasculares placentarias tardías.

Se debe aclarar que esto no significa que todas las personas con trombofilia vayan a desarrollar trombosis o complicaciones en el embarazo, otros factores (que a veces se logran determinar y otras veces no), actúan como mecanismo coadyuvante para que éstas se manifiesten clínicamente como una complicación.

Cuando estos coágulos ocurren a nivel placentario y se obstruyen la totalidad de los vasos, se produce un infarto placentario masivo y el embrión muere por falta de irrigación. Si esto ocurre al principio del embarazo, se tratará de un aborto espontáneo, pero esto puede producirse en cualquier momento de la gestación, provocando así la muerte fetal súbita.

Cuando la obstrucción del flujo sanguíneo es parcia puede provocar: retardo de crecimiento intrauterino, disminución del líquido amniótico (oligoamnios), desprendimiento de placenta o hipertensión.

TIPOS DE TROMBOFILIAS:

Trombofilia adquirida: Se trata de un trastorno autoinmune, en la cual el sistema inmunológico no reconoce partes del cuerpo como propias y las ataca, desencadenando así la formación de trombos. Este trastorno puede aparecer en cualquier momento de la vida e incluso luego de embarazos previos normales. Tienen mayor predisposición aquellas pacientes con otras enfermedades autoinmunes tales como hipotiroidismo, diabetes o antecedentes familiares de Trombofilia.

Dado que son anticuerpos, a lo largo de la vida fluctuarán teniendo picos y valles. Es decir, tendrán momentos de actividad en los cuales podrán producir efectos trombóticos y otros momentos en los cuales permanecerán latentes. Esto explica por qué puede haber variación en los resultados de laboratorio en distintos momentos de la vida o que pacientes con antecedentes de embarazos normales luego tengan abortos a repetición u otras complicaciones obstétricas.

¿Cuáles son estos Anticuerpos?

- Lisis de euglobulinas pre y post isquemia
- Anticoagulante Lupico
- Anticuerpo Anticardiolipinas (IgG; IgM)
- Anticuerpos Anti β 2 glicoproteína1 (IgG; Ig M)
- hiperhomocisteinemia (relacionada a la celíaca o deficiencias nutricionales)
- hipofibrinólisis (relacionada al hábito de fumar o la obesidad)

Su estudio se basa en un criterio clínico y uno de laboratorio, según el consenso vigente.

- Criterios clínicos: la presencia de trombosis venosa o arterial y los antecedentes de muerte fetal en embarazo que nombramos en el punto anterior.
- Criterios de laboratorio: se basan en la presencia de un resultado positivo medido en dos oportunidades (con diferencia de 12 semanas). Una única determinación positiva en el examen de sangre no hace POSITIVO diagnóstico de trombofilia.

Trombofilia hereditaria: Es aquella donde se encuentra deficiencia de los inhibidores de la coagulación y los polimorfismos trombofílicos genéticos. Estos son:

- Antitrombina III
- Resistencia a la Proteína C activada
- Factor V Leiden (se pide cuando la resistencia a la proteína C activada está alterada)
- Proteína S
- Proteína C
- Protrombina G 20210 A
- Homocisteína (MTHFR),
- PAI 4G/5G)

Cabe destacar que estos análisis no están incluidos dentro de los chequeos de rutina ya que son estudios muy específicos, algunos solo se realizan en laboratorios especializados y sólo se indica en caso de presentar varios factores sospechosos por un médico hematólogo luego de ver los antecedentes del caso.

Otro dato importante es remarcar que algunas trombofilias son muy frecuentes (PAI 4G/5G) y otras muy infrecuentes (Deficiencia de antitrombina).

Por otro lado, el grado de riesgo trombótico es diferente para cada tipo de trombofilia. Es importante saber que poseer una trombofilia combinada (2 o más trombofilias) aumenta sin duda el riesgo de trombosis o complicación gestacional.

Cualquier dato positivo obtenido debe ser confirmado con una nueva muestra tomada alejada en el tiempo por lo menos 3 meses para poder diagnosticar una deficiencia o alteración y abordar los estudios familiares en los casos en que se considera necesario

En el caso de ser una trombofilia hereditaria se aconseja el estudio familiar para confirmar el origen genético de la alteración y además para hacer correcta profilaxis en los mismos. Ya que conviene tomar medidas profilácticas ante la exposición a factores de riesgo como son el embarazo, puerperio, la toma de anticonceptivos orales, cirugía etc.

Es importante considerar que los anticonceptivos orales, las hormonas utilizadas durante la menopausia o en la inducción de la ovulación en técnicas de reproducción asistida aumentan el riesgo trombótico y más aún en mujeres con trombofilias, y que hay estudios que no se pueden realizar cuando la paciente ya está embarazada.

Síntomas a tener en cuenta y/o posible grupo de riesgo:

- Hinchazón de piernas sin motivos aparente o várices recurrentes.
- Problemas de fertilidad o de concepción del embarazo.
- Más de 2 abortos menores a diez semanas, un aborto mayor a 10 semanas,
- Antecedentes de resultados obstétricos adversos como muerte fetal intrauterina.
- Casos de preclamsia y/o eclampsia.
- Deficiencia del crecimiento intrauterino en embarazos anteriores.
- Partos prematuros
- Antecedentes de trombosis arterial o venosa
- Antecedentes familiares en trombofilia hereditaria.
- Abortadora recurrente.
- Feto muerto sin causa aparente.
- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- Fenómenos trombóticos relacionados con el embarazo (Trombosis venosa, ACV).
- Infartos placentarios.
- Púrpura fulminante del neonato
- Antecedentes de desprendimiento de placenta.
- Historia familiar de trombofilia o Tromboembolismo venoso
- VDRL falso (+).
- Trombosis recurrentes.
- Stroke.
- Lupus Eritematoso Sistémico.
- Anemia hemolítica.
- Ataques isquémicos transitorios.
- Amaurosis fugax.

- Livedoreticularis.
- KpTT prolongado que no corrige.
- Trombocitopenia sin causa aparente.
- FAN(+).

Complicaciones en el embarazo:

Esto puede deberse a dos mecanismos:

1. Mecanismo pro-coagulante: Este mecanismo activa la cascada final de la coagulación generando trombina, la cual provoca una trombosis de los vasos placentarios produciendo la insuficiencia placentaria. Se supone que este es el mecanismo predominante en aquellas pérdidas de embarazo a partir de las 10 semanas de gestación donde ya se ha instaurado la circulación placentaria, y en los casos de complicaciones vasculares placentarias tardías.

2. Dis-regulación inmune: la trombina generada por la trombofilia, desencadena en la embarazada una respuesta inflamatoria desde las paredes de los vasos, la cual es agresora para el embarazo ya que provoca liberación de sustancias (citoquinas) que promueven más generación de trombina. Se cree que este mecanismo es el predominante en las fallas reproductivas tempranas menores a las 10 semanas de gestación.

Tratamiento básico para mujeres embarazadas con trombofilia

- Heparina de Bajo Peso Molecular desde la confirmación del embarazo.
- Heparina no fraccionada, según indicación médica.
- Ácido Acetil Salicílico (aspirina) en dosis de 80-125 mg/día desde la ovulación. Según indicación.

Hay que destacar que el tratamiento depende del tipo específico de trombofilia y de si la mujer ha tenido o no un coágulo sanguíneo antes. No todas las mujeres con una trombofilia necesitan tratamiento. El médico evaluará junto a la mujer su riesgo individual de coagulación sanguínea, complicaciones durante el embarazo y la gravedad de su trombofilia para determinar si necesita o no tratamiento. Por lo general, no se recomienda el tratamiento a las mujeres embarazadas que tienen uno de los tipos de trombofilia menos graves (como la mutación del factor V de Leiden o la mutación de la protrombina) y que no tienen antecedentes propios o familiares de coágulos sanguíneos.

¿Qué es la Heparina de Bajo Peso Molecular?

Es una droga muy segura, con una vida media de 24 hs. que NO atraviesa la placenta por lo que NO produce malformaciones ni altera la coagulación del bebe. Las dosis que reciben la mayoría de las pacientes es de profilaxis (salvo aquellas que tuvieron antecedentes de trombosis previa).

Para mantener los valores de heparina en sangre dentro de los límites deseados se realizan controles de heparinemia periódico ajustando la dosis en caso ser necesario.

Riesgos del tratamiento:

El tratamiento con heparina no suele tener efectos secundarios más allá de la aparición de hematomas al inyectar.

- Debido a que la dosis utilizada en la gran mayoría de los casos es profiláctica (es decir que la dosis es preventiva, no es dosis de anticoagulación) el riesgo de sangrado intenso es muy bajo, menor al 1 %.
- La heparina en tratamientos prolongados puede producir osteoporosis en menos del 2 % de las pacientes que se recuperará durante el año próximo terminado el tratamiento.
- Con respecto a la aspirina ésta tiene una vida media de siete días, motivo por el cual requiere ser interrumpida una semana antes de cualquier procedimiento invasivo (punción, extracción dentaria, parto, etc.).
- Se deberá consultar a al médico si tiene un sangrado por nariz o encías muy abundante que no cede o un sangrado genital como una menstruación o aún mayor.

Expectativas de lograr un embarazo a término con medicación:

Es importante remarcar que en aquellos embarazos sin tratamiento, sólo el 5 % de los embarazos llegarán a término en cambio con tratamiento iniciado precozmente, da una probabilidad de llegar a un embarazo a término del 85-90 %

Existe aún un 10- 15% de embarazos que se pierden en el primer trimestre, a pesar del tratamiento y esto puede ser debido a otras causas no relacionadas con la trombofilia como las alteraciones genéticas (al igual que para la población general de perder el embarazo en el primer trimestre)

De todos modos, existen excepciones en la indicación del tratamiento y también existen casos en los cuales el tratamiento está justificado, aunque no se reúnan los criterios estrictos, quedando a criterio del especialista la decisión.

Cuidados a tener en cuenta si se tiene Trombofilia:

Se recomienda no fumar, evitar la vida sedentaria, controlar los niveles de colesterol y en caso de viajar en avión más de 8 horas se les recomienda aplicarse heparina profiláctica. Los anticonceptivos con estrógenos están contraindicados.

Todas estas recomendaciones son para disminuir el riesgo de trombosis venosa que está aumentado en este trastorno. En algunas pacientes, se les recomendará además tomar una aspirina de baja dosis de por vida. Si bien es importante cumplir con estas recomendaciones, no hay que asustarse. El riesgo de trombosis de la población general es alrededor del 1% y en pacientes con trombofilia es del 3%.

La Trombofilia y el Parto

“Según indicaciones de la F.A.S.G.O.(Oct 2015) en el caso de Trombofilia reproductiva Se recomienda que la vía de parto sea vaginal.”

NO se recomienda la cesárea programada (a menos que otra causa obstétrica y/o médica lo justifique); se recomienda esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto y llegada las 39 semanas de embarazo, plantear la posibilidad de una inducción al parto.

El principal interrogante aparece cuando se empieza a plantear el tema del parto:

- ¿es necesario programarlo?
- ¿Qué ocurre si la mujer se pone de parto y se acaba de administrar la heparina?
- ¿Se puede poner anestesia epidural?

Al hablar de heparina, muchas veces se piensa en el riesgo de hemorragia debida al parto, por lo que se debe aclarar que la heparina en dosis profiláctica usada en el 90% de los casos, no supone un riesgo de sangrado relevante, (menor al 1 %).

El riesgo bajo este tratamiento es que se produzca un hematoma epidural secundario a la punción, ya que las secuelas pueden ser graves. Es por esto que los anestesiólogos no recomiendan el uso de epidural en estas condiciones, solo se considera posible su aplicación cuando hayan pasado más de 12 horas de la última dosis.

Los anestesiólogos dan la opción en estos casos de poner anestesia raquídea, que se aplica con una aguja mucho más fina y por tanto tiene menos riesgos de producir ese hematoma epidural. El efecto de este tipo de anestesia dura más o menos una hora (dependiendo de la dosis que se aplique).

La heparina debe interrumpirse, idealmente, 24 hs. antes del comienzo del parto o cesárea y se retoma a las 12 hs. post cesárea o 6 hs. postparto (si las condiciones obstétricas lo permiten) durante una semana más. Esto es importante dado que durante el puerperio hay un riesgo aumentado para la madre de padecer una trombosis venosa profunda (trombosis en miembros inferiores) o un tromboembolismo pulmonar (TEP) sobre todo la primera semana post parto.

De todas maneras, hay que remarcar que existen diferentes criterios médicos a la hora del parto ya que existen hematólogos que recomiendan suspender la aplicación de la heparina hasta una semana antes de la FPP y esperar mientras que otros profesionales recomiendan la aplicación de la misma hasta iniciado el TP. Ambos criterios son respetables y la elección de uno y otro dependerá del profesional que nos esté acompañando como así también de cada caso en particular y porque no de la elección de la propia mujer.

En cuanto a la aspirina, salvo casos puntuales, se interrumpe a las 36 semanas para disminuir el riesgo de sangrado durante el parto o cesárea.

En caso de estar con un tratamiento con dosis terapéuticas, si o si es necesario bajar a dosis profiláctica al menos 24 horas antes del parto y en este caso, habría que valorar seriamente la opción de inducir el parto para poder ajustar el tratamiento. La modificación de las dosis de heparina debe hacerse bajo supervisión médica.

En algunos hospitales ofrecen la opción de programar una inducción cuando se está con un tratamiento con dosis profilácticas, para poder retirar la heparina 12 horas antes y así poder poner la epidural si se necesita. Pero la realidad es que esta es una forma de iniciar la cascada de intervenciones que luego devienen en una cesárea innecesaria o que en muchos casos termina siendo necesaria en ese preciso instante

“La opción más segura para el parto, en caso de estar con tratamiento con heparina, es (como en todos los casos) respetar al máximo la fisiología del parto, evitando intervenciones innecesarias.”

De todas maneras, hay que remarcar que un tratamiento con heparina no tiene por qué implicar un parto sin anestesia, a no ser que la mujer lo decida así. La opinión de la paciente siempre es importante. Eso sí, en caso de cesárea, si no se pudiese pinchar la espalda sería necesario recurrir a la anestesia general. Un motivo para programar una inducción del parto, más allá del uso de la anestesia epidural.

Es real que algunas trombofilias tienen mayor riesgo de complicaciones (tanto maternas como fetales) en la recta final del embarazo, y podría en algunos casos particulares ser recomendable finalizar la gestación antes de las 40 semanas (esto se determinara a través de un seguimiento con ecodoppler de las diferentes arterias). Es cierto que un parto inducido tiene mayores probabilidades de acabar en cesárea que uno que empieza de forma espontánea, pero en algunos casos merecerá la pena correr ese riesgo para que todo salga bien.

Por otro lado, también es cierto que algunas pacientes han tenido complicaciones en embarazos previos, a muchas de ellas les ha costado mantener un embarazo a término, con varias pérdidas fetales en su historial, con lo cual la ansiedad y el miedo al acercarse la fecha probable de parto hace que muchas veces se decida una inducción (en estos casos estará en el criterio del médico en saber desasnar las inquietudes de la paciente llevándole tranquilidad y fortaleza para seguir con el embarazo).

Como conclusión:

Cada paciente es única y hay que individualizar cada caso, teniendo en cuenta el trastorno, la dosis de heparina y la opinión de la mujer.

Por todo lo expresado anteriormente es importante remarcar que lo más importante es estar informado y poder en función de ello tomar la mejor opción para nuestra salud y la de nuestro bebe.

Fuentes bibliográficas consultadas:

- Grupo Cooperativo Argentino de Hemostasia y Trombosis (CAHT) www.grupocaht.com.
- Sociedad Argentina de Hematología (SAH) www.sah.org.
- Guías de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO),
- Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva (SAMeR) // www.samer.org.ar
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) // www.sogiba.org.ar
- Scielo - biblioteca electrónica de ciencia y tecnología
- www.scielo.org.co/pdf/rcog/v54n1/v54n1a08.pdf
- www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852
- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034
- Centro de Hematología – Hospital Universitario Austral www.hospitalaustral.edu.ar/especialidades/hematologia/
- Hematología y trombosis – fleni
- <https://www.fleni.org.ar/especialidades/otras-especialidades/hematologia-y-trombosis/>
- Libro Hematología. la sangre y sus enfermedades, 4e. cap 35
- Libro Trombosis. Dr. Raúl Altman y Colaboradores. Editorial Akadia. Argentina.
- Revista Clínica Española RV-016 - PREECLAMPSIA Y TROMBOFILIA <http://www.revclinesp.es>

Además, este documento ha sido leído y corregido por profesionales de la salud.