

CARTA AL DIRECTOR

Embarazo en la paciente con drepanocitosis: atención integral en el Instituto de Hematología e Inmunología

Pregnancy in patients with sickle cell disease: comprehensive care at the Institute of Hematology and Immunology

AL DIRECTOR:

Desde la fundación del Instituto de Hematología e Inmunología (IHI) en el año 1966, como centro rector para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hematológicas, la atención a los pacientes con drepanocitosis ha mostrado cambios importantes. A partir de 1973 se han estudiado aspectos clínicos, hematológicos y de laboratorio de esta enfermedad. En 1983 se inició en el IHI el diagnóstico prenatal, proceder que en 1986 se trasladó al Centro Nacional de Genética Médica, donde se realiza en la actualidad. Posteriormente se creó el Programa Nacional de Atención Integral al paciente con drepanocitosis ^{1,2}.

Un aspecto muy importante de este programa es el diagnóstico y seguimiento del embarazo en la paciente con drepanocitosis, teniendo en cuenta el alto riesgo que presenta en relación con la morbilidad y la mortalidad durante la gestación, el parto y el puerperio; así como el empeoramiento de su cuadro clínico posterior a estos períodos³.

Múltiples son las complicaciones hematológicas que presentan estas pacientes: las crisis vasocclusivas dolorosas, la intensificación de la ictericia, las crisis hepáticas, el síndrome torácico agudo, el agravamiento de la anemia, entre otras. Por su parte, las complicaciones obstétricas más frecuentes son el aumento de infecciones, abortos, partos pretérmino, recién nacido de bajo peso al nacer, crecimiento fetal intrauterino retardado, muerte fetal intraútero, neonatal y muerte materna⁴.

La disminución de estos indicadores de morbimortalidad en la embarazada con drepanocitosis ha sido un interés creciente en la institución. Para ello, con el transcurso del tiempo y los avances tecnológicos, se modificó la estrategia de atención y se decidió realizar el seguimiento en el nivel terciario de atención, en una consulta individualizada que se identifica como *Hemopatías y Embarazo*, que se realiza de forma conjunta el mismo día por los especialistas en hematología y obstetricia, para el manejo integral durante el embarazo, parto y puerperio, con el apoyo insustituible del nivel primario de atención. Con este propósito se creó un grupo multidisciplinario de hematología y obstetricia, con el soporte de otras especialidades como genética, ortopedia, nefrología, cardiología y reumatología, según el cuadro clínico de la paciente. Este programa se complementó con la información a la pareja y familiares sobre las complicaciones que pueden suceder durante las diferentes etapas del embarazo. Se modificaron los criterios para los ingresos intrahospitalarios, pasando de ingresos electivos a programados, definitivos y de urgencia, así como los ingresos en hogares maternos. Se aumentó el número de consultas multidisciplinarias y se limitó el tiempo de duración de la gestación a

38 semanas, para evitar las complicaciones tromboembólicas al final del embarazo y disminuir el tiempo de hipoxia al que se expone el feto; también se acortó el tiempo del periodo de inducción del parto. La política transfusional cambió y se pasó de indicación profiláctica a indicación según las necesidades. Se hicieron ajustes en el aporte nutricional sobre la base de los niveles de hierro sérico, vitamina B₁₂ y ácido fólico⁵.

Se han realizado variaciones en la estrategia diagnóstica, como la determinación temprana de los trastornos de la hemostasia, que ocurren principalmente durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, atendiendo a su relación con la insuficiencia placentaria, el crecimiento fetal intrauterino retardado y el bajo peso al nacer. También se ha establecido tratamiento profiláctico con el uso de las heparinas de bajo peso molecular y otros anticoagulantes⁶. La identificación precoz del daño renal y el seguimiento interdisciplinario estricto con los especialistas de nefrología, previenen complicaciones de mayor envergadura en estas pacientes con alta predisposición a desarrollar complicaciones renales generadas por su enfermedad de base.

Otro aspecto esencial es la realización del diagnóstico precoz de la necrosis aséptica de la cabeza femoral, para evitar las secuelas de limitación motora que genera tolerar el incremento del peso que soportan los huesos de la pelvis durante el embarazo y que pueden conducir a una sustitución protésica de la cabeza femoral. La identificación de los trastornos de la retina para evitar la retinopatía que se relaciona con esta enfermedad es otra de las medidas preventivas adoptadas,

La disminución de los índices de morbilidad y mortalidad en este grupo de pacientes continúa siendo el objetivo principal del equipo de trabajo a cargo de la atención a la embarazada con drepanocitosis.^{7,8}

Agradecimientos

A todos los que desde las especialidades de hematología, obstetricia y medicina intensiva han formado parte del equipo de trabajo de atención a las pacientes gestantes con drepanocitosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Svarch E, Granda H, Martínez G, Martínez R, Espinosa E, Ferreira R. Programa nacional de prevención de la anemia drepanocítica. Plan piloto en el municipio 10 de Octubre. Rev Cubana Pediatr. 1984;56:59-74.
2. Svarch E. Programa cubano de atención integral al paciente con drepanocitosis. Rev Cub Hematol Inmunol Hemoter. 2011;27(2):165-7.
3. Mesa JR, Plasencia A, Roque R, Bencomo A, Espinosa E, Hernández C, et al. El embarazo en la anemia drepanocítica. Expencia cubana. SETS (Revista Española de Transfusión Sanguínea). 2003(3):11-2.

4. Hernández Padrón C, Agramonte Llanes OM, Roque Frías R, Ávila Cabrera O, Mesa Cuervo JR, Ramón Rodríguez LG. Anemia drepanocítica y embarazo: transfundir o no transfundir, esa es la decisión. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2015 Sep 08]; 22(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000200010&lng=es.
5. Hernández-Padrón C, del Loreto Téllez M, Espinosa-Estrada E, Ramón-Rodríguez LG, Avila Cabrera OM, Pujadas-Ríos Xiomara, et al. Sickle cell disease and pregnancy. Experience at the Instituto de Hematología e Inmunología, Cuba. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. 2012 Dic; 28(4): 416-22.
6. Naik RP, Streiff MB, Lanzkron S. Sickle cell disease and venous thromboembolism: what the anticoagulation expert needs to know. J Thromb Thrombolysis. 2013; 35(3): 352-8.
7. Ribeiro JA, Lucena Dda R, Lucena L da R, Jorge R. Proliferative sickle cell retinopathy associated with sickle cell trait and gestational diabetes: case report. Arq Bras Oftalmol. 2009 May-Jun; 72(3): 400-2.
8. Machín García S, Guerra Alfonso T, Svarch E, Espinosa Martínez E, Mesa Cuervo JR, Dorticós Balea E, et al. Morbidez en pacientes adultos con drepanocitosis. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [revista en la Internet]. 2004 Ago [citado 2015 Ago 18]; 20(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892004000200004&lng=es.

Olga M. Agramonte Llanes¹, Carlos Hernández Padrón¹, Wilfredo Roque García¹, Aray Núñez García^{1,2}

¹ Instituto de Hematología e Inmunología, La Habana, Cuba.
² Hospital Pediátrico Universitario "William Soler", La Habana, Cuba.

Recibido: agosto 19, 2015.

Aceptado: noviembre 20, 2015.

Dra. Olga Agramonte Llanes. Instituto de Hematología e Inmunología. Apartado 8070, La Habana, CP 10800, CUBA. Tel (537) 643 8695, 8268.
Email: rchematologia@infomed.sld.cu
