

Hablando de...

La mujer embarazada con afección cardiovascular que requiere tratamiento de anticoagulantes

Marisol Serna Galarza¹

¹ Enfermera Especialista Cardiovascular. Adscrita a la Clínica de Anticoagulantes del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RESUMEN

Durante el embarazo normal se presentan importantes cambios fisiológicos, entre ellos se encuentran los que se suscitan en el sistema de coagulación y que representan un problema terapéutico cuando la madre tiene alguna cardiopatía o enfermedad en la que es necesario el uso de anticoagulantes orales, para prevenir complicaciones tromboembólicas. La terapia anticoagulante utilizada durante el embarazo es para beneficio de la madre, pero el producto es el receptor por casualidad, por lo tanto, es primordial valorar el riesgo de daño para el feto derivado del uso de los anticoagulantes, con el beneficio que obtiene la mujer en el control de la enfermedad. Para ello es importante la orientación que se proporciona a la paciente que se encuentra embarazada en cuanto al riesgo y manejo del anticoagulante, ya que gran parte del tratamiento son los cuidados que debe seguir para llegar al término del embarazo con las mínimas complicaciones. La finalidad de este artículo es dar a conocer la importancia del cuidado de enfermería en la mujer embarazada, así como conocer los aspectos básicos del tratamiento anticoagulante durante el embarazo.

Palabras clave: Embarazo, anticoagulantes orales, cuidado-enfermería.

ABSTRACT

During normal pregnancy are physiological changes, among them, are those that arise in the coagulation system and represent a therapeutic problem only when the mother has a heart condition or disease that requires the use of oral anticoagulants to prevent thromboembolic complications. Anticoagulant therapy is used during pregnancy for the mother's benefit, but the product is the receiver by chance, therefore, it is essential to assess the risk of harm to the fetus from the use of anticoagulants, with the benefit to women in disease control. This is important to the guidance provided to the patient who is pregnant in the management of anticoagulant, since much of the treatment is the care that you have to get to the end of pregnancy with minimal complications. The purpose of this article is to show the importance of nursing care in pregnant women, as well as the basics of anticoagulant therapy during pregnancy.

Key words: Pregnancy, oral anticoagulants, nursing-care.

Recibido para publicación: 21 octubre 2013.

Aceptado para publicación: 13 enero 2014.

Dirección para correspondencia:
EEC. Marisol Serna Galarza
Juan Badiano Núm. 1,
Col. Sección XVI, C.P. 14080,
Del. Tlalpan, México, D.F.
Tel: 55732911, ext. 1195
E-mail: simleandwait@yahoo.com.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica>

INTRODUCCIÓN

El embarazo normal se asocia con alteraciones importantes en los componentes de la triada de Virchow (factores que favorecen la formación de un trombo) como: aumento en la coagulabilidad, estasis sanguínea, o bien, enlentecimiento del flujo sanguíneo, además hay aumento en la adhesión plaquetaria, de tal forma que su efecto procoagulante se vuelve dominante. Estos cambios se van a originar desde el momento de la

concepción y sólo terminan ocho semanas después del parto. Por lo tanto, durante el embarazo se puede incrementar hasta cinco veces el riesgo de eventos tromboembólicos. A pesar del aumento del riesgo de trombosis durante el embarazo, la mayoría de las mujeres no requieren anticoagulación, ya que éste es un proceso fisiológico; sin embargo, esto se complica aún más cuando la madre es portadora de alguna enfermedad cardiovascular o en el sistema de coagulación.

INDICACIONES DE ANTICOAGULACIÓN ORAL

Los anticoagulantes orales (ACO) están indicados principalmente en pacientes con: trombosis venosa profunda, tromboembolismo arterial, trastornos del ritmo cardíaco como fibrilación auricular, prótesis valvulares mecánicas, deficiencia de antitrombina, mutación homocigota para el factor V de Leiden que origina un trastorno de hipercoagulabilidad hereditario en el que hay resistencia de la proteína C activa, la cual es un anticoagulante natural, y en mujeres embarazadas con anticuerpos antifosfolípidos y otras trombofilias que hayan presentado complicaciones con anterioridad.

ALTERNATIVAS DE TERAPIA ANTICOAGULANTE DURANTE EL EMBARAZO

En mujeres que presentan las alteraciones antes mencionadas se prescriben para la prevención de complicaciones durante el embarazo los ACO, los cuales comprenden dos grupos: las indandionas y los derivados cumarínicos (sintrom), ambos son antagonistas de la vitamina K, ya que actúan como cofactor de la síntesis hepática de los factores II, VII, IX, y X.

Para el tratamiento de trombosis venosa profunda y tromboembolismo arterial los anticoagulantes disponibles son: ACO, heparina, heparino-símiles (heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular [HBPM] y heparinoides), además de los antiplaquetarios como el ácido acetilsalicílico.

MANEJO DE MUJERES EMBARAZADAS CON AFECCIÓN CARDÍACA QUE REQUIEREN ANTICOAGULACIÓN

En la clínica de anticoagulantes del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICh), la parti-

cipación del profesional de enfermería en la atención de la mujer con cardiopatía, con sospecha de embarazo o embarazada, es relevante para el control y seguimiento preciso en el manejo del ACO.

Se implementa un programa de educación para la salud específico, individualizado y adaptado a las necesidades de cada mujer embarazada, con el objetivo de que conozca los cuidados que debe seguir durante el período de gestación, signos de alarma, la importancia que tiene la asistencia puntual a las consultas, la asiduidad al tratamiento y la comunicación que debe tener con la clínica de ACO para el seguimiento estricto del tratamiento y, en su caso, para despejar dudas con respecto a su tratamiento o evolución.

Seguimiento: se le solicita prueba de embarazo; si se confirma, el embarazo, se le envía al Servicio de Ginecología y al Departamento de Hematología para su control.

Se realiza una carta informativa para que la enferma sea valorada periódicamente en el Instituto Nacional de Perinatología, ya que se considera embarazo de alto riesgo.

En caso de que la paciente sea portadora de una prótesis valvular mecánica, no se suspende el tratamiento anticoagulante debido al riesgo de trombosis de la misma. Es importante recordar a la enferma que no se le olvide ni una sola dosis del anticoagulante, ya que con un día de suspensión no se encontrará adecuadamente anticoagulada.

Si la terapia anticoagulante es por otro motivo, se suspende la acenocumarina antes de la quinta semana de gestación (SDG) y se inicia tratamiento con HBPM con dosis de 40 mg subcutánea c/12 h, desde la quinta a la decimosegunda SDG, debido a que en esta etapa no hay combinación de sangre materna con la sangre fetal y después de la decimosegunda SDG ha terminado el período de embriogénesis.

En los primeros cinco días de tratamiento con HBPM, se deberá hacer por lo menos una determinación de la concentración plasmática de heparina. Se obtiene muestra de sangre venosa a las dos horas después de aplicada la HBPM para determinar las unidades anti-Xa. El nivel terapéutico recomendado es de 0.4 a 0.8 U/ml.

En las pacientes en las que se detecte el embarazo después de la decimosegunda SDG se continúa con acenocumarina hasta una semana antes de la fecha probable de parto (FPP) o cesárea. Se le proporcionan citas cada mes para valorar el anticoagulante

o cada 15 días en caso de no encontrarse bien anticoagulada.

Las mujeres que recibieron HBPM durante el primer trimestre, se les suspende la heparina a la decimotercera SDG y se continúa con acenocumarina durante el resto del embarazo.

Una a dos semanas antes de la FPP o cesárea se suspende la acenocumarina y se reanuda la heparina a la misma dosis que en el primer trimestre.

Al iniciarse el trabajo de parto, la HBPM se mantiene en dosis profiláctica (40 mg cada 24 h) y se reanuda 24 horas después del parto a la misma dosis (40 mg cada 12 h).

La acenocumarina se reinicia 48 a 72 horas después del parto y la HBPM se suspende cuando el tiempo de protrombina se encuentra en el nivel terapéutico (22.5-30.5).

Las actividades de enfermería están dirigidas a orientar a la mujer durante el transcurso del embarazo acerca de los cuidados higiénico-dietéticos que debe seguir, signos de alarma de sobreanticoagulación y a enfatizar lo relevante que resulta la asistencia a las consultas. En cada consulta se realiza la valoración de las condiciones clínicas de la enferma para prevenir complicaciones agregadas.

COMPLICACIONES FETALES DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

El tratamiento con derivados cumarínicos durante el embarazo provoca una frecuencia elevada de aborto espontáneo de aproximadamente 26.7% (47 de 176 mujeres).

Cuando la madre ha estado en contacto con el ACO durante el primer trimestre del embarazo, se puede presentar embriopatía fetal, con las siguientes características: telecantus, hipoplasia de la nariz, atrofia de los huesos nasales, depresión del puente de la nariz, alas nasales hipoplásicas, obstrucción de las vías aéreas superiores, así como alteraciones del sistema nervioso central, esto debido a que la acenocumarina atraviesa la barrera placentaria. Se han comunicado algunos casos de muerte neonatal por hemorragia intracraneana en niños cuyas madres recibieron cumarínicos hasta el término del embarazo, el traumatismo durante el parto vaginal puede ser un factor.² La inmadurez relativa del sistema de coagulación del feto lo hace más sensible a las dosis habituales de cumarínicos,

por esta razón el feto puede permanecer anticoagulado durante 7-10 días después de la suspensión del tratamiento.

COMPLICACIONES MATERNAS DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

En un estudio en el INCICH, el uso de dosis fijas de heparina no fraccionada, 5.000 uds por vía subcutánea cada 12 horas, administradas de la sexta a la decimosegunda semanas y en las últimas dos SDG, no fueron efectivas para evitar la trombosis protésica. Hubo dos casos de trombosis masiva de una prótesis de disco en un grupo de 23 pacientes (8.7%) tratadas en esta forma, otra enferma de este estudio, que fue tratada con acenocumarina hasta las 38 SDG, presentó trombosis de prótesis cardíaca de disco en las últimas dos semanas del embarazo, ya que en este período el tratamiento consistió en heparina subcutánea.

CONCLUSIONES

Por el momento no existe un tratamiento ACO que esté libre de riesgos cuando se prescribe en mujeres embarazadas. Aunque los derivados cumarínicos proporcionan protección adecuada contra los fenómenos tromboembólicos, su uso resulta en un aumento en la mortalidad y morbilidad fetal. La heparina puede ser un método alternativo de anticoagulación, puesto que tiene un alto peso molecular y no cruza la barrera placentaria, su uso durante el primer trimestre evita la embriopatía fetal, pero expone a la madre a un mayor riesgo de trombosis.

La participación de enfermería es de vital importancia, ya que la educación y fomento a la salud que se le proporciona a la mujer antes de la concepción permitirá darle a conocer los riesgos que conlleva el uso del ACO durante el período de gestación.

Sin embargo, durante el proceso de gestación se deberá reforzar el conocimiento sobre los cuidados generales y específicos en su caso para que se lleve a cabo oportunamente el cambio de acenocumarina a HBPM en el período de mayor riesgo.

La valoración del profesional de enfermería durante las consultas será de gran utilidad para detectar factores de riesgo que puedan exponer aún

más a la enferma a complicaciones durante el embarazo por el uso del anticoagulante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salinas H. Anticoagulación y embarazo. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006; 71 (6): 432-436.
2. Salazar E, Izaguirre R. Cardiopatía, anticoagulante y embarazo. *Rev Esp Cardiol.* 2001; 54(Supl. 1): 8-16.
3. Izaguirre R. Manual para el tratamiento en la clínica de anticoagulantes orales. México: 2012. pp. 1-25.
4. Meschengieser S. Anticoagulación en embarazadas con prótesis valvulares mecánicas. *Bol Acad Nac Med.* 1998; 76(2): 407-417.