

# La PTI y el ciclo de vida femenino

PROBLEMAS HEMORRÁGICOS EN  
LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA DE UNA MUJER





# La PTI y el ciclo de vida femenino

PROBLEMAS HEMORRÁGICOS EN  
LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA DE UNA MUJER

---

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción .....	1
Definiciones e información básica .....	2
Niñez .....	4
Adolescencia.....	8
Años fértiles: diagnóstico de PTI antes de concebir un hijo .....	11
Años fértiles: trombocitopenia, PTI y embarazo .....	16
Mujeres premenopáusicas.....	22
Mujeres menopáusicas .....	23
Mujeres posmenopáusicas .....	24
Anexo .....	25
Referencias .....	28
Agradecimientos .....	29







# La PTI y el ciclo de vida femenino

PROBLEMAS HEMORRÁGICOS EN  
LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA DE UNA MUJER

---

## Introducción

El propósito de este folleto es ofrecer información y orientación general a mujeres de todas las edades y en todas las fases del ciclo de vida femenino, desde la niñez hasta la madurez, pasando por la adolescencia, la etapa reproductiva y de planificación familiar — a la juventud, la premenopausa y la menopausia. La intención de la Asociación de Apoyo a Personas con Trastornos Plaquetarios [Platelet Disorder Support Association (PDSA)] es que usted pueda acceder rápidamente a la información que necesita. Esté atenta a las actualizaciones del sitio web de la PDSA ([www.pdsa.org](http://www.pdsa.org)) y suscríbase allí a nuestro boletín electrónico gratuito de noticias mensuales. Si desea información más detallada, asíciase a la PDSA para recibir nuestros boletines informativos trimestrales y otros beneficios exclusivos para nuestros miembros.

Cuando a una niña, a una adolescente o a una mujer adulta se le diagnostica púrpura trombocitopénica inmunitaria (PTI) u otro trastorno plaquetario, su principal preocupación es recibir tratamiento para solucionar o prevenir sus problemas hemorrágicos. En ocasiones, se entera de sorpresa, que tiene un recuento de plaquetas muy bajo y es hospitalizada en un centro de salud local para someterse a pruebas y recibir tratamiento. La PTI puede entrar en remisión pero también puede regresar, y en ese caso se requieren pruebas nuevas y tratamiento adicional. La PTI puede manifestarse de maneras diferentes, dependiendo de la fase del ciclo de vida de la mujer en la cual se presente. Por ejemplo, si una mujer joven está embarazada o pensando en quedar embarazada, las cosas pueden complicarse rápidamente. Además, las mujeres que padecen PTI pueden tener problemas especiales relacionados

con la menstruación, la ovulación, el embarazo, el parto y las cirugías ginecológicas. Este folleto ofrece orientación para las mujeres que padecen PTI y sus familias, que enfrentan las diversas incertidumbres de una enfermedad crónica.

## Definiciones e información básica

**P** ¿Qué es la trombocitopenia?

**R** La trombocitopenia es un recuento plaquetario inferior a 150.000 plaquetas por microlitro (ppm) de sangre. El recuento normal está entre 150.000 y 400.000 plaquetas por microlitro. En la mayoría de las personas, cuando el recuento plaquetario es bajo, no hay síntomas hasta que el recuento es inferior a 50.000 ppm, y algunas personas no presentan síntomas (no tienen problemas evidentes) con recuentos plaquetarios de menos de 10.000 por microlitro.

**P** ¿Existe alguna relación entre la trombocitopenia y el embarazo?

**R** Se ha observado trombocitopenia en un porcentaje del 7 al 10 por ciento de todos los embarazos. Muchas veces, en embarazos sin complicaciones, el recuento plaquetario disminuye alrededor de un 10%. En la mayoría de las mujeres, esta disminución del número de plaquetas no tiene como resultado la aparición de trombocitopenia. Sin embargo, si el recuento plaquetario de una mujer está en el nivel más bajo de la escala normal (digamos 160.000 plaquetas por microlitro) y su número de plaquetas disminuye un 10%, reduciéndose a 144.000 por microlitro, la mujer habría llegado a la trombocitopenia. Si no ha tenido casos anteriores de trombocitopenia u otros problemas médicos, se considera que tiene trombocitopenia gestacional, la cual ocurre en el 5 al 8 por ciento de todas las mujeres saludables. No se sabe con exactitud cuáles son las causas de esta disminución de los recuentos plaquetarios durante el embarazo.

**P** ¿Existen otras causas de trombocitopenia?

**R** La trombocitopenia puede deberse a muchas causas, algunas de ellas relacionadas exclusivamente con el embarazo, como la hipertensión causada por el embarazo (preeclampsia). La púrpura trombocitopénica inmunitaria (PTI), una enfermedad autoinmunitaria, es otra causa de trombocitopenia.



## **P** ¿Qué es la PTI?

**R** La PTI, púrpura trombocitopénica inmunitaria (idiopática), es una enfermedad autoinmunitaria. En las enfermedades autoinmunitarias, el organismo pone en marcha un ataque inmunitario dirigido contra uno o más sistemas aparentemente normales del organismo. En la PTI, el objetivo de ataque son las plaquetas. El sistema inmunitario las identifica como cuerpos extraños y las elimina en el bazo y, a veces, en el hígado. Además de un aumento en la destrucción de plaquetas, en algunas personas que padecen PTI también se observa una alteración de la producción de plaquetas.

## **P** ¿Cuál es la causa de la PTI?

**R** No se sabe cuál es la causa específica de la PTI. A veces, la PTI aparece después de una infección viral o bacteriana, de una vacunación, de la exposición a un medicamento o junto con otra enfermedad, como lupus o infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Es importante intentar recordar qué estaba ocurriendo en su vida antes de que comenzara a tener síntomas de un recuento plaquetario bajo. Esta información puede ayudar a facilitar el diagnóstico y tratamiento de su recuento plaquetario disminuido.

## **P** ¿Cuáles son los síntomas de la PTI?

**R** Los síntomas varían en gran medida de una persona a otra. A la mayoría de las personas que padecen PTI les aparecen hematomas sin causa aparente. Algunas descubren que tienen petequias, es decir, pequeñísimos puntos rojos en la piel causados por la ruptura de vasos sanguíneos o por pérdidas de sangre a través de las paredes de los vasos capilares. Si usted tiene un recuento plaquetario muy bajo, es posible que presente otros síntomas hemorrágicos, que pueden incluir ampollas de sangre en el interior de las mejillas o sangre en la orina o en las heces. En general, cuantos más síntomas hemorrágicos se tienen, más bajo es el recuento plaquetario.

## **P** ¿Es contagiosa la PTI?

**R** No. No lo es. La PTI no es contagiosa en ningún momento del ciclo de vida de la mujer.

“Si bien existen muchas soluciones para los problemas ginecológicos agravados por la disminución del recuento plaquetario, sin importar en qué etapa de su vida se encuentre una mujer, es importante que el obstetra o ginecólogo y el hematólogo de la paciente trabajen juntos para encontrar las mejores opciones.”  
— DR. ANDRA JAMES



## **P** ¿Por qué son importantes las plaquetas?

**R** Las plaquetas son componentes de la sangre, pequeños y pegajosos, que son fabricados en la médula ósea (tejido blando y poroso de los huesos largos del cuerpo). Su función es mantener la integridad de los vasos sanguíneos y sellar cortadas y heridas pequeñas formando un coágulo de sangre. Si la sangre no tiene suficientes plaquetas, no puede coagular tan rápidamente como es necesario. Como consecuencia, puede formarse una cantidad excesiva de hematomas, y las personas que padecen PTI tienden a sangrar durante más tiempo del normal cuando se lastiman o sufren alguna cortada en la piel. Cuando los recuentos plaquetarios son muy bajos, es posible sufrir hemorragias espontáneas, incluida una hemorragia cerebral, o sea, sangrado en el cerebro.

“Me diagnosticaron PTI... cuando tenía 12 años. Había tenido signos de la enfermedad desde muy pequeña, principalmente hematomas y hemorragias nasales fuera de lo normal. ... Enfrentar un trastorno de la sangre fue muy estresante desde el punto de vista emocional. Solía evitar que la gente, incluso mis amigos más cercanos, supieran que tenía PTI porque me avergonzaba y no quería sentirme diferente.”

— EMILY

## **Niñez**

### **P** ¿Cuáles son los motivos específicos de preocupación en el caso de las niñas que padecen PTI?

**R** En el caso de las niñas que padecen PTI, los motivos principales de preocupación surgen en la época de la menarquia (aparición de la primera menstruación) y tienen que ver con el sangrado menstrual abundante o excesivo a partir de ese momento. Las niñas y las mujeres jóvenes que padecen PTI pueden sufrir otros tipos de sangrado, como el sangrado vaginal y sus consecuencias.

Como la anatomía femenina es muy compleja, es realmente importante encontrar un médico de confianza que le ayude a manejar los problemas que vayan surgiendo. El ginecólogo o médico de cabecera puede determinar si el sangrado vaginal o la inflamación vaginal de una niña o una mujer joven están relacionados con la PTI. Una vez que se determina que la PTI es la causa principal del sangrado menstrual abundante, se puede centrar la atención en el tratamiento de la PTI y en el manejo de estos síntomas específicamente femeninos. Además, el asesoramiento adecuado de un médico especializado en este tipo de tratamientos puede ser muy tranquilizador para la paciente joven (y sus padres o tutores) y puede ayudarla a prepararse mentalmente para cualquier problema que pueda surgir.



## **P** ¿Se recuperan los niños de la PTI?

**R** La PTI puede ser *aguda* (enfermedad de comienzo repentino, muchas veces temporal, de 0 a 3 meses de duración), *persistente* (de 4 a 12 meses de duración) o *crónica* (de larga duración, más de 12 meses). La mayoría (entre el 80 y el 90 por ciento) de los niños a los que se diagnostica PTI tienen PTI aguda. Habitualmente, estos niños se recuperan al cabo de unos meses, ya sea que reciban tratamiento o no. La recuperación de la PTI es posible incluso si se considera que el niño tiene PTI crónica.

## **P** ¿Es peligrosa la PTI para los niños?

**R** Puede serlo, pero el peligro depende principalmente del recuento plaquetario del niño. Por ejemplo, un recuento plaquetario inferior a 50.000 puede hacer que el niño tenga hemorragias o le aparezcan hematomas con facilidad. Un recuento plaquetario inferior a 10.000 aumenta el riesgo de sufrir hemorragias graves. Sin embargo, las hemorragias que ponen en peligro la vida como, por ejemplo, las hemorragias en el interior del cráneo (sangrado en el cerebro) son poco frecuentes y ocurren en menos del 1 por ciento de los niños que padecen PTI.

## **P** ¿En qué casos se necesita atención médica inmediata?

**R** Comuníquese con su médico de inmediato si su hija se golpea la cabeza o tiene un accidente grave. Además, esté alerta a la presencia de gran cantidad de hematomas o petequias, ya que esto indica que el recuento plaquetario de la niña es bajo. Si su hija tiene hemorragias nasales, sangrado en las encías, presencia de sangre en la orina o en las heces, presencia de sangre en el vómito o al toser, vómitos repetidos o cualquier otro comportamiento o síntoma inusual, dígaselo al médico.

## **P** ¿Cuáles son los tratamientos generales para la PTI y sus efectos secundarios?

**R** En las niñas, la PTI generalmente se resuelve por sí sola; por lo tanto, es posible que el hematólogo no le recomiende ningún tratamiento, salvo un análisis de sangre una vez por semana o cada dos semanas para vigilar la cantidad de plaquetas. Cuando el recuento

plaquetario de la niña aumente, puede ser que se prolongue el tiempo entre un análisis de sangre y el siguiente; sin embargo, se le seguirá vigilando hasta que la cantidad de plaquetas vuelva a la normalidad y se mantenga estable. Si se recomienda tratamiento, es posible que se utilicen los medicamentos mencionados a continuación para mantener el recuento plaquetario de la niña dentro de límites seguros hasta que su organismo se recupere:

**Prednisona.** La prednisona es un medicamento sintético (es decir, un esteroide) similar a la cortisona, una sustancia natural que producen las glándulas suprarrenales del organismo. Se ha comprobado que la prednisona aumenta el recuento plaquetario cuando se utiliza en el tratamiento de la PTI.

*Posibles efectos secundarios:* Generalmente, la prednisona se indica solamente por períodos de pocas semanas, porque su uso prolongado puede causar efectos secundarios importantes. Aunque el tratamiento con prednisona dure poco tiempo, muchos niños se pueden volver más irritables, pueden tener molestias estomacales, trastornos del sueño, aumento del apetito, aumento de peso, las mejillas hinchadas, ganas de orinar más frecuentes, azúcar en la orina, pérdida de densidad ósea o acné. Estos efectos secundarios comienzan a desaparecer cuando se deja de tomar el medicamento.

**Gamaglobulina intravenosa (IgIV).** La IgIV es un concentrado líquido de anticuerpos que se obtiene y purifica a partir del plasma (la parte líquida de la sangre, la que no contiene glóbulos rojos) de donantes de sangre sanos. Se cree que la IgIV actúa sobrecargando al bazo con anticuerpos para evitar que el bazo reconozca a las plaquetas recubiertas de anticuerpos y las destruya. El tratamiento con IgIV habitualmente tiene como resultado un aumento rápido (en 24 a 48 horas) del recuento plaquetario en los niños; sin embargo, si hay alguna mejoría, ésta por lo general dura sólo unos días. El tratamiento puede repetirse hasta que el recuento plaquetario aumente de manera permanente. La IgIV se administra directamente en una vena del brazo (infusión intravenosa) durante varias horas diarias a lo largo de un período de 1 a 5 días.

*Posibles efectos secundarios:* Algunos niños tratados con IgIV tienen náuseas y vómitos, dolores de cabeza o fiebre y rara vez meningitis aséptica, formación anormal de

coágulos de sangre o insuficiencia renal. El tratamiento previo con acetaminofén y difenhidramina (Benadryl®) puede ayudar a prevenir estos efectos secundarios.

**Inmunoglobulina anti-Rho (D) (p. ej., WinRho® o Rhophylac®).** La inmunoglobulina anti-Rho, también llamada inmunoglobulina anti-D, también es un concentrado líquido de anticuerpos derivado de plasma humano sano. Sin embargo, éste es un medicamento dirigido contra el factor Rh\* de los glóbulos rojos. Se cree que la inmunoglobulina anti-D se une a los glóbulos rojos hasta tal punto que el bazo, al estar ocupado eliminando glóbulos rojos, no tiene muchas oportunidades de eliminar las plaquetas recubiertas de anticuerpos. Como ocurre con la IgIV, la respuesta habitualmente es rápida pero temporal (dura solamente unos días o, en algunos casos, unas semanas). Si el hematólogo recomienda tratar a la niña con inmunoglobulina anti-D, ésta se le administrará mediante infusión intravenosa. El procedimiento dura menos de una hora y puede realizarse durante una visita al hospital día o consulta externa. Por lo general, la inmunoglobulina anti-D no actúa si la niña tiene factor Rh negativo o se le ha extirpado el bazo.

*Posibles efectos secundarios:* Los efectos secundarios temporales del tratamiento con inmunoglobulina anti-D incluyen fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, náuseas, vómitos y anemia, y, rara vez, insuficiencia renal. La Administración de Alimentos y Fármacos [Food and Drug Administration (FDA)] de los EE. UU. establece que debe mantenerse al paciente en observación durante 4 a 8 horas después de la administración de inmunoglobulina anti-D.

**Otros tratamientos.** Es posible que el médico sugiera otros tratamientos para la niña. Contáctese con nuestra organización o visite nuestro sitio web ([www.pdsa.org](http://www.pdsa.org)) si desea obtener información sobre estos tratamientos.

## **P** ¿Puede regresar la PTI en los niños?

**R** Es pequeña la cantidad de niños en los que regresa la PTI después de que parecen haberse recuperado de una PTI aguda. La reaparición de la PTI puede indicar que se está desarrollando una PTI crónica, por lo cual debe realizarse un control estricto del paciente. Consulte a su médico para obtener más información.

“En marzo de este año, dejé de usar Depo-Provera y probé el anillo anticonceptivo Nuva Ring. El Nuva Ring normalizó mi ciclo menstrual y, para mi sorpresa, cuando volví a tener períodos menstruales... ¡mi recuento de plaquetas comenzó a aumentar lentamente! Al principio, creí que era sólo una coincidencia, pero en los meses siguientes, mis plaquetas continuaron aumentando y en mi último recuento sanguíneo completo habían llegado a 130.000.”

— LISA



## Adolescencia

**P** ¿Cuáles son los principales motivos de preocupación en el caso de las adolescentes que padecen PTI?

**R** Durante los años de la adolescencia, a las mujeres se les realiza el primer examen pélvico y muchas enfrentan problemas como el control de la natalidad, las enfermedades de transmisión sexual, la irregularidad de sus períodos menstruales y el dolor menstrual. Entre los motivos de preocupación más comunes entre las mujeres jóvenes que padecen PTI están el tener períodos menstruales abundantes o dolorosos y cómo obtener alivio para el dolor sin tomar antiinflamatorios no esteroides (AINE), como el ibuprofeno.

**P** ¿Qué podemos decir sobre el sangrado abundante (menorragia)?

**R** El sangrado abundante (menorragia) es más común en las adolescentes y las mujeres adultas que padecen PTI; se dice que el sangrado es abundante cuando se empapa una toalla sanitaria por hora o más, se eliminan coágulos de más de una pulgada (aprox. 2,5 cm) de diámetro y se tienen niveles bajos de ferritina (hierro). Además de la PTI, hay otras causas de sangrado menstrual abundante en las mujeres jóvenes: ausencia de ovulación (anovulación), problemas hormonales, enfermedad tiroidea y síndrome del ovario poliquístico.

**P** ¿De qué manera pueden manejar los médicos el problema del sangrado menstrual abundante (menorragia) en las adolescentes?

**R** La menorragia se puede manejar de distintas maneras, que incluyen el uso de anticonceptivos hormonales (píldoras o parches anticonceptivos, y anticonceptivos orales de uso común) combinados con anticonceptivos que contienen solamente progestina (dispositivo intrauterino Mirena, implantes y píldoras de progestina solamente). Los implantes no son una opción recomendable para las mujeres que tienen recuentos plaquetarios muy bajos, debido al riesgo de hemorragia. En algunos casos, puede usarse ácido tranexámico, un medicamento no hormonal (p. ej., Lysteda®) que evita que los coágulos se disuelvan.

**P** **Mi hija adolescente tiene períodos dolorosos. ¿De qué manera puede aliviar su dolor sin tomar antiinflamatorios no esteroides, como el ibuprofeno?**

**R** Habitualmente, no se dan antiinflamatorios no esteroides (AINE) a los pacientes que padecen PTI porque se han reportado casos en los que estos medicamentos han afectado la función plaquetaria. Según las pautas de la Sociedad Estadounidense de Hematología [American Society of Hematology (ASH)] para el tratamiento de la PTI, no es recomendable administrar antiinflamatorios no esteroides a pacientes que padecen PTI. La guía de la ASH para el tratamiento de la PTI se puede consultar en <http://www.hematology.org/Practice/Guidelines/2934.aspx>

Es posible que su médico le recomiende Tylenol® (acetaminofén) o Tylenol-3®, que contiene una dosis baja de codeína, para aliviar un poco el dolor de la adolescente.

**P** **¿Cuáles son los tratamientos para la PTI en el caso de una adolescente?**

**R** Los tratamientos indicados en la sección correspondiente a las niñas (prednisona, gamaglobulina intravenosa —IgIV— e inmunoglobulina anti-D —WinRho® o Rhophylac®—) también pueden servir en el caso de las adolescentes. Si el tratamiento con IgIV o inmunoglobulina anti-D no es efectivo o su eficacia dura poco tiempo, es posible que el médico intente la medicina rituximab (Rituxan®).

**Rituximab (Rituxan®)** – El rituximab es un anticuerpo monoclonal que fue aprobado por la FDA en noviembre de 1997 para el tratamiento del linfoma, un tipo de cáncer. Se usa cada vez con más frecuencia para el tratamiento de la PTI. Reduce la cantidad de células B del organismo, un tipo de glóbulo blanco que produce anticuerpos, y provoca cambios en las células T (otro tipo de glóbulo blanco). Las células B eliminadas no son células B específicas cuyo objetivo de ataque sea el cáncer o la PTI. El rituximab reduce la cantidad de todas las células B que tienen un receptor específico que se conoce como CD20. Después del tratamiento con rituximab, el cuerpo humano puede tardar hasta un año en reemplazar las células B eliminadas y restablecer por completo el sistema inmunitario y la producción de anticuerpos. El rituximab se administra por vía intravenosa (IV). Algunos pacientes tienen



“Es muy poco probable que no podamos lograr que una mujer que padece PTI siga adelante con su embarazo y complete el parto satisfactoriamente.”

— DR. TERRY GERNSHEIMER

reacciones de hipersensibilidad. El fabricante de este producto recomienda usar acetaminofén (Tylenol®) y difenhidramina (Benadryl®) antes de cada infusión; la prednisona también es útil antes de la infusión para prevenir reacciones de hipersensibilidad.

*Posibles efectos secundarios:* Han ocurrido efectos secundarios después de las infusiones en 7% de los casos y estos incluyeron dolores de cabeza, escalofríos, fiebre y dolores en todo el cuerpo. En el caso de los pacientes con hipersensibilidad a derivados de la sangre, hay un riesgo muy pequeño de que ocurra una anafilaxis (respuesta de choque). Si un paciente tiene dolor de espalda, escalofríos, fiebre, cambios en la cantidad de orina que elimina, aumento de peso repentino, retención de líquido/edema o respiración entrecortada, debe reportar esos síntomas a su médico de inmediato. Un número muy pequeño de pacientes puede presentar anemia severa, que requiere atención médica inmediata. Si desea obtener más información acerca del uso de rituximab en el tratamiento de la PTI, visite el sitio web de la PDSA, [www.pdsa.org](http://www.pdsa.org).

**P** ¿Existen otros tratamientos nuevos para las adolescentes (a partir de los 18 años de edad) y las mujeres adultas que padecen PTI?

**R** Sí los hay. Se conocen como factores de crecimiento plaquetario. Los factores de crecimiento plaquetario o agonistas del receptor de la trombopoyetina (TPO) son una nueva clase de tratamientos para la PTI que estimulan la médula ósea para que produzca más plaquetas. La TPO es una proteína natural producida en el hígado, que estimula la producción de plaquetas en la médula ósea. Los agonistas del receptor de la TPO imitan la acción de la TPO natural del ser humano, que hace que los megacariocitos (células precursoras o “madre” de las plaquetas) de la médula ósea produzcan más plaquetas. Si bien habitualmente se considera que la PTI es una enfermedad caracterizada por la destrucción de plaquetas, investigaciones recientes han demostrado que muchas personas que padecen PTI también tienen una producción escasa de plaquetas. La estimulación adicional de la médula ósea por parte de los agonistas del receptor de la TPO crea una cantidad de plaquetas suficiente como para superar la destrucción de plaquetas o los problemas de producción plaquetaria en la mayoría de las personas que reciben estos tratamientos.

En 2008 y 2009, dos factores de crecimiento plaquetario diferentes (romiplostim en 2008 y eltrombopag en 2009) recibieron aprobación de la FDA para el tratamiento de la PTI crónica en los adolescentes a partir de los 18 años de edad y en los adultos. Se están realizando investigaciones sobre el uso de estos tratamientos en menores de 18 años. Las reacciones adversas más comunes son dolor en los músculos y en las articulaciones, mareos, insomnio, indigestión y sensación de “hormigueo”. Existe la posibilidad de que los pacientes desarrollen tejido reticulado (fibrosis) en la médula ósea y que sus recuentos plaquetarios disminuyan por debajo de los niveles anteriores al tratamiento si éste se interrumpe. El romiplostim (Nplate®) es un pepticuerpo (parte péptido y parte anticuerpo) fabricado en forma líquida, que se administra mediante inyección subcutánea (debajo de la piel) inicialmente una vez por semana. En cuanto al eltrombopag (Promacta™), se trata de una molécula pequeña (pastilla) que se toma una vez al día. Estas píldoras deben tomarse con el estómago vacío, ya que los alimentos, especialmente los que contienen calcio (p. ej., leche, yogur), afectan su absorción.

Hable con su médico para ver si estos tratamientos podrían ser beneficiosos para su hija adolescente.

## Años fértiles: diagnóstico de PTI antes de concebir un hijo

**P** ¿Existe alguna razón médica documentada (para la salud de la madre o del niño) por la cual una mujer que padece PTI no deba quedar embarazada?

**R** No hay investigaciones que avalen la posición de que una mujer que padece PTI no debe quedar embarazada. Es posible que algunos médicos desaconsejen el embarazo en las mujeres con PTI ya diagnosticada. Habitualmente, los médicos explican que pueden ocurrir complicaciones para la madre o para el feto, y que pueden requerirse controles y tratamientos adicionales. Es importante que las mujeres que padecen PTI y quedan embarazadas sean controladas cuidadosamente por sus médicos.



**P** ¿Debería una mujer que padece PTI y queda embarazada considerar la posibilidad de interrumpir su embarazo?

**R** No hay ninguna razón médica que avale interrumpir un embarazo sólo por padecer PTI. Sin embargo, si su PTI es severa o está acompañada de otros problemas físicos, consulte a un médico.

**P** ¿Hay alguna vacuna que una mujer debería considerar aplicarse antes de quedar embarazada? ¿Debería una mujer con PTI considerar la posibilidad de someterse a una esplenectomía antes de quedar embarazada?

**R** Pueden requerirse algunas vacunas, como la de la hepatitis A, la de la hepatitis B y Pneumovax (vacuna contra la neumonía). Consulte a su médico.

Por lo general, tanto el uso de vacunas con virus inactivados como el de vacunas toxoides es seguro en las mujeres embarazadas. Debido al posible riesgo para el feto, las mujeres que estén embarazadas o que pudieran quedar embarazadas en un período de 28 días no deben recibir vacunas con virus vivos, salvo que necesiten protección inmediata contra enfermedades que puedan poner su vida en peligro (p. ej., la fiebre amarilla) y que sólo se previenen mediante la vacunación con virus vivos. La vacuna combinada contra el sarampión, las paperas y la rubeola es una vacuna con virus vivos que no se administra a las mujeres embarazadas porque se supone que la vacuna con virus vivos contra la rubeola significa un riesgo para el feto.

En general, las vacunas no son totalmente eficaces en los pacientes cuyo sistema inmunitario se encuentra afectado por enfermedades o por el uso de medicamentos. Frecuentemente, a estos pacientes se les administra inmunoglobulina si están expuestos al riesgo de contraer infecciones. Pueden pasar entre tres meses y un año antes de que una persona que ha dejado de tomar medicamentos inmunosupresores recupere toda su capacidad de inmunidad frente a las enfermedades. Es habitual que no se administren vacunas con virus vivos a personas cuyo sistema inmunitario se encuentra afectado por una enfermedad o por el uso de medicamentos.

Si una mujer tiene un recuento plaquetario muy bajo y piensa quedar embarazada, puede considerar la posibilidad de que se le extirpe el bazo antes del

embarazo, lo cual en algunos casos podría simplificar el manejo de su PTI.

Después de la esplenectomía [extirpación del bazo], es posible que aumente su riesgo de desarrollar ciertas infecciones (*Haemophilus influenzae* o *Streptococcus pneumoniae*) que pueden poner en peligro su vida. Por lo tanto, puede ser necesario que reciba una vacuna especial contra la bacteria que causa la neumonía (Pneumovax) antes de la esplenectomía. También puede ser necesario que se le administre la vacuna contra la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y la vacuna antimeningocócica.

Como usted puede ver, la cuestión de qué tan aconsejable es vacunarse, qué vacunas recibir y cuándo recibir las, es compleja. La decisión de someterse a la extirpación del bazo también es difícil, dado que no es una cura segura. Alrededor de un tercio de los pacientes que se someten a una esplenectomía no responden al procedimiento o sufren la reaparición de su trombocitopenia algún tiempo después de la operación quirúrgica. Desafortunadamente, hoy en día no hay ningún método aprobado en general para predecir si usted estará entre los dos tercios de las personas que tendrán éxito a largo plazo con su esplenectomía. Si usted tiene PTI, asegúrese de consultar a un obstetra-ginecólogo especializado en obstetricia de alto riesgo tanto antes de quedar embarazada como durante el embarazo.

**P** ¿Es necesario que una mujer que padece PTI sea atendida con un hematólogo u obstetra especializado en casos de alto riesgo durante el embarazo?

**R** Los médicos que tratan la PTI recomiendan que, durante el embarazo, la mujer consulte a un obstetra, a un hematólogo y a un pediatra o neonatólogo (médico especializado en la atención de los recién nacidos) que trabajen en equipo para reducir el riesgo de complicaciones de la PTI para la madre y el bebé.

**P** ¿Qué efecto tiene un embarazo sobre la PTI (recuentos plaquetarios) en el caso de una mujer que ha padecido PTI durante varios años?

**R** Las investigaciones realizadas indican que, en un embarazo saludable, sin complicaciones, el recuento plaquetario disminuye alrededor del 10 por ciento. Esto

“Desde que me asocié a la PDSA, he estado más tranquila y mucho más segura gracias a todo el maravilloso material educativo al que pude acceder. ¡Estoy muy agradecida a la PDSA! Me ha permitido tomar decisiones inteligentes acerca de cómo manejar mis futuras opciones de tratamiento.”  
— VIRGINIA



significa que, en el caso de las mujeres embarazadas que padecen PTI, puede esperarse que el recuento plaquetario disminuya durante el embarazo, especialmente durante el tercer trimestre, empeorando su PTI. Es habitual que el recuento disminuya un 10%, pero esto no puede asegurarse de antemano. En algunas pacientes disminuye más y en otras, menos.

“Me diagnosticaron PTI mientras estaba embarazada de mi hijo mayor, Ryan, e inesperadamente quedé embarazada de Sloane. Ambos soy muy saludables y me mantienen muy ocupada ya que sólo se llevan 15 meses de diferencia.”

— DEBBIE

**P** ¿Es más intenso el tratamiento farmacológico que requieren las mujeres que padecen PTI durante el embarazo que el que requieren las que no la padecen?

**R** La mayoría de las veces, las mujeres que padecen PTI no necesitan ningún tratamiento para aumentar sus recuentos plaquetarios mientras están embarazadas. Sin embargo, si a una mujer a la que se le ha diagnosticado PTI queda embarazada, su recuento plaquetario debe vigilarse cuidadosamente durante el embarazo. La mayoría de los médicos recomiendan mantener el recuento plaquetario entre 20.000 y 30.000 plaquetas por microlitro durante todo el embarazo, y por encima de 50.000 al acercarse el parto. Si debe usarse anestesia epidural, se requiere un recuento más alto, alrededor de 80.000 a 100.000 plaquetas por microlitro.

**P** ¿Qué tratamientos para la PTI se sabe que son seguros durante el embarazo?

**R** El tratamiento preferido para la PTI durante el embarazo usualmente es el uso de IgIV complementada con corticosteroides. Se sabe que los corticosteroides (p. ej., la prednisona) son seguros en relación a causar malformaciones congénitas importantes. Sin embargo, estos medicamentos se relacionan con posibles efectos adversos que incluyen diabetes gestacional, trastornos psicológicos, osteoporosis, acné y aumento de peso. También se ha comprobado que los corticosteroides aumentan el riesgo de sufrir problemas de hipertensión durante el embarazo. Se ha usado inmunoglobulina anti-D en varias mujeres y no ha ocurrido daño fetal hasta la fecha, pero es necesario realizar más estudios [NOTA: la inmunoglobulina anti-D también se usa para tratar embarazos con factor Rh negativo a fin de prevenir la enfermedad del Rh —enfermedad hemolítica del recién nacido—]. También puede considerarse la posibilidad de usar azatioprina (Imuran®), que se ha administrado de manera segura a mujeres embarazadas sometidas a trasplante de riñón.



**P** ¿Qué tratamientos para la PTI deben evitarse durante el embarazo?

**R** Entre los tratamientos que se usan frecuentemente para tratar la PTI pero que **no** deberían usarse durante el embarazo están el danazol (Danocrine®), la ciclofosfamida (Cytosan®), el rituximab (Rituxan®) y los alcaloides de la vinca, como la vincristina (Oncovin®). Los miméticos de la trombopoyetina (agentes trombopoyéticos) no se recomiendan durante el embarazo porque pueden pasar a través de la placenta. Si es posible, debe evitarse la esplenectomía o demorarse hasta el segundo trimestre, si realmente se le considera necesaria.

**P** ¿Se sabe si alguno de los medicamentos que se usan para tratar la PTI tiene efectos negativos en el feto después de que la madre ha dejado de tomarlos?

**R** Esto no se ha investigado en detalle. Se ha comprobado que el rituximab (Rituxan®) permanece en el cuerpo durante tres meses o, a veces, más tiempo. Es recomendable que las mujeres en edad fértil usen métodos anticonceptivos eficaces mientras reciben tratamiento con Rituxan® y durante un plazo de hasta 12 meses después de terminado el tratamiento. Pregúntele a su médico cuánto tiempo debe esperar para quedar embarazada después de terminar cualquier tratamiento farmacológico.

**P** ¿Influye la PTI en las probabilidades de sufrir un aborto espontáneo?

**R** No hay razones médicas que permitan afirmar que la PTI aumenta las probabilidades de sufrir un aborto espontáneo.

**P** ¿De qué manera afecta la PTI al feto y al recién nacido?

**R** Durante el embarazo, es posible que los autoanticuerpos maternos pasen a través de la barrera placentaria, reconozcan las plaquetas del feto y causen su destrucción. Por lo tanto, la PTI de la madre puede hacer que el feto o recién nacido desarrolle una trombocitopenia entre moderada y severa. Un porcentaje muy pequeño de bebés nacidos de madres que padecen PTI tiene trombocitopenia severa. Sin embargo, el riesgo general de que el recién nacido sufra complicaciones a largo plazo es bajo. En la mayoría



de los casos, la trombocitopenia del recién nacido es tratable y sus efectos no duran mucho tiempo. La trombocitopenia neonatal habitualmente alcanza su nivel máximo 3 a 5 días después del parto, y el recuento plaquetario se recupera sin consecuencias en un plazo de 6 a 8 semanas. No hay manera de predecir con exactitud si un bebé nacerá con trombocitopenia severa, salvo que se pueda tomar como referencia un embarazo anterior. En el caso de las madres que ya han tenido un hijo con trombocitopenia, puede esperarse que los hijos que nazcan de embarazos posteriores también sean sufran de trombocitopenia.

## Años fértiles: trombocitopenia, PTI y embarazo

**P** Si una mujer tiene trombocitopenia, ¿eso significa que tiene PTI?

**R** No. Durante el embarazo, el recuento plaquetario de la madre disminuye alrededor de un 10%. Esto causa trombocitopenia en algunas mujeres. Habitualmente, ésta es leve (más de 70.000 plaquetas por microlitro en el 95 por ciento de los casos) y no afecta la salud de la madre ni la del feto. Este tipo de trombocitopenia se conoce con distintos nombres: como trombocitopenia gestacional, trombocitopenia incidental o trombocitopenia benigna del embarazo.

**P** ¿Cómo se diagnostica la PTI durante el embarazo?

**R** Muchas veces es difícil diagnosticar la PTI, especialmente durante el embarazo, porque la trombocitopenia puede deberse a otras causas que son más comunes y también son difíciles de diagnosticar. Debe sospecharse que la paciente tiene PTI si en cualquier momento del embarazo se detecta una trombocitopenia aislada de menos de 50.000 plaquetas por microlitro, particularmente durante los primeros dos trimestres.

Para hacer un diagnóstico de PTI durante el embarazo, el médico toma los antecedentes médicos para saber cómo comenzaron los síntomas hemorrágicos, si los hay, y de qué tipo son. También el médico debe hacer preguntas sobre las enfermedades o infecciones recientes, el uso de medicamentos y los antecedentes familiares de

trastornos hemorrágicos, a fin de comprender mejor la causa de la escasez de plaquetas. El examen físico incluye determinar si la presión arterial es alta y si hay alguna infección. Los análisis de laboratorio que se realizan para descartar otras causas de disminución del recuento plaquetario incluyen recuentos sanguíneos completos, frotis de sangre periférica, pruebas de coagulación, pruebas de la función tiroidea, pruebas de detección de virus y pruebas inmunológicas. Dependiendo de qué tan bajo sea el recuento plaquetario y de qué síntomas se presenten, el médico puede ordenar pruebas para descartar otras causas de disminución del recuento plaquetario. En algunos casos, los médicos realizan pruebas para determinar si hay anticuerpos antiplaquetarios presentes, si la paciente tiene otras enfermedades (p. ej., lupus), y podrían realizar una aspiración de médula ósea si es necesario.

Si bien es posible que durante el embarazo el médico no pueda asegurar sin lugar a dudas que la paciente tiene PTI, cuando no se encuentra ninguna otra causa que explique un recuento plaquetario muy bajo, el diagnóstico generalmente es de PTI. No hay ninguna prueba que permita diagnosticar de manera definitiva la PTI, y es muy difícil diferenciar la PTI de la trombocitopenia gestacional, que es más común, si no se cuenta con un recuento plaquetario reciente, previo al embarazo.

**P** ¿Qué debería esperar durante el embarazo una mujer que padece PTI?

**R** Con planificación, un buen equipo de médicos y los recursos de la medicina moderna actual, es muy poco probable que una mujer que padece PTI no pueda llevar adelante su embarazo y dar a luz satisfactoriamente. Durante el embarazo, los motivos de preocupación de las mujeres que padecen PTI tienen que ver con mantener un recuento plaquetario mínimo adecuado (20.000 a 30.000 plaquetas por microlitro). Los anticuerpos que se forman a causa de la PTI pueden aumentar el riesgo de que el embarazo no llegue a buen término. A medida que se aproxima el momento del parto, es posible que sea necesario aumentar los “controles fetales” (incluyendo ecografías) en el tercer trimestre. El equipo médico está en condiciones de vigilar adecuadamente todas estas situaciones.

“Tengo 29 años de edad y me realizaron una esplenectomía hace un poco más de un año, después de que me diagnosticaron PTI mientras estaba embarazada de mi hijo. Mis recuentos plaquetarios se mantenían entre 5.000 y 15.000. Mi hijo nació cuatro semanas antes de término, con un recuento plaquetario bajo pero, después de recibir IgIV, ha estado maravillosamente bien. Con mi esposo, estamos considerando la posibilidad de tener otro hijo.”

— JESSICA



**P** **¿Cuáles son los motivos de preocupación en el momento del nacimiento del bebé en el caso de las mujeres que padecen PTI?**

**R** Los motivos de preocupación en el momento del nacimiento del bebé están relacionados con el trabajo de parto, las posibles complicaciones para la madre y el feto, la posibilidad de que el parto sea vaginal o por cesárea, y el alivio del dolor durante el trabajo de parto y después de dar a luz. Las mujeres que padecen PTI requieren atención adicional, en relación a recuentos plaquetarios adecuados durante el parto (se requieren 50.000 plaquetas o más por microlitro) y durante procedimientos de anestesia raquídea o epidural (se requieren más de 75.000 plaquetas por microlitro). Los planes de tratamiento pueden incluir prednisona, IgIV y, en ocasiones, transfusión de plaquetas. Los niños nacen con trombocitopenia solamente en alrededor del 2% de los casos. Esto es más probable si la madre padece trombocitopenia severa. En el período posterior al parto, hay otras situaciones de atención, que están relacionadas con hemorragias, infecciones, complicaciones de la herida, necesidad de mantener recuentos plaquetarios adecuados, y la posibilidad de aliviar el dolor sin recurrir a antiinflamatorios no esteroides.

**P** **¿Es necesario que una mujer que padece trombocitopenia gestacional se atienda con un hematólogo u obstetra especializado en casos de alto riesgo?**

**R** Generalmente, una mujer que padece trombocitopenia gestacional leve no necesita atención de un profesional especializado en casos de alto riesgo. Sin embargo, es difícil diferenciar la trombocitopenia gestacional de la PTI durante el embarazo; por eso, es aconsejable que consulte a su médico para saber si necesita recibir atención especial.

**P** **¿Qué probabilidades hay de que un bebé nacido de una mujer que padece trombocitopenia gestacional presente trombocitopenia?**

**R** No ha habido hasta la fecha reportes de mujeres con trombocitopenia gestacional que hayan dado a luz bebés con trombocitopenia. Por lo general, el recuento plaquetario de la madre vuelve a la normalidad en los dos meses siguientes al parto.

**P** ¿Es necesario mantener algún recuento plaquetario específico durante el embarazo para protección de la mujer y del feto?

**R** La opinión general es que tanto la mujer embarazada como el feto están seguros con un recuento de 50.000 plaquetas o más por microlitro. La mayoría de los médicos no tratan la PTI durante el embarazo si el recuento plaquetario no baja de ese nivel. En realidad, muchos médicos consideran que un recuento de entre 20.000 y 30.000 plaquetas por microlitro es seguro durante el embarazo, pero la mayoría desea que supere las 50.000 plaquetas por microlitro al llegar a término, y que se encuentre entre 75.000 y 100.000 plaquetas por microlitro si se requiere el uso de anestesia epidural.

**P** ¿Puede una mujer que padece trombocitopenia tener un parto vaginal?

**R** Sí. No existe ninguna razón médica por la cual la trombocitopenia gestacional o la PTI impidan un parto vaginal. Se ha reportado una gran cantidad de partos vaginales en los cuales el recuento plaquetario de la madre ha sido menos de 20.000 a 30.000 plaquetas por microlitro, sin que haya habido dificultades para la madre ni para el bebé. Estos reportes son alentadores pero, como medida de precaución, la mayoría de los médicos prefieren un recuento plaquetario de más de 50.000 plaquetas por microlitro en el momento del parto en caso de que deba realizarse una cesárea por razones obstétricas. Hasta hace poco tiempo, se recomendaban los partos por cesárea para las mujeres con PTI porque, sin contar con una manera segura y confiable de determinar el recuento plaquetario del feto, se creía que los rigores de un parto vaginal eran demasiado riesgosos para el recién nacido. La experiencia ha demostrado que los riesgos relacionados con los partos por cesárea son mayores que los que corre la madre en un parto vaginal. La decisión en cuanto al método de parto debe basarse en las condiciones obstétricas y no en la PTI.

**P** ¿Cuáles son las enfermedades sistémicas que puede ocasionar la trombocitopenia asociada con el embarazo?

**R** Hay muchas enfermedades que pueden estar asociadas con la trombocitopenia asociada con el embarazo. Estas incluyen preeclampsia, síndrome HELLP (una



“Me sometí a tratamiento con esteroides, infusiones intravenosas de muchos tipos y quimioterapia durante dos años. En todo ese período, la PDSA fue mi único verdadero recurso y mi red de apoyo. Me permitió compartir mis sentimientos y mis opciones de tratamiento con personas que sabían exactamente cómo me sentía, que podían identificarse conmigo y ofrecerme sugerencias. Estoy en deuda con la PDSA por todo el apoyo, el estímulo y la ayuda que he recibido.”

— VERONICA

complicación obstétrica que pone en peligro la vida y que se considera una variante grave de la preeclampsia), púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), lupus/ anticuerpos antifosfolípidos, CID (coagulopatía intravascular diseminada: anomalías de sangrado y coagulación), infecciones virales [virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de Epstein-Barr (VEB) y citomegalovirus (CMV)], agrandamiento del bazo y disfunción de la médula ósea. En el Anexo encontrará información detallada sobre estos trastornos.

**P** ¿Qué recuentos plaquetarios se recomiendan en caso de parto por cesárea, episiotomía o uso de anestesia epidural?

**R** No existe acuerdo general en cuanto a los recuentos plaquetarios mínimos para distintos procedimientos médicos. Si bien muchos médicos consideran que un recuento de más de 50.000 plaquetas por microlitro es seguro para un parto por cesárea, se recomiendan recuentos más altos (75.000 a 100.000 por microlitro) para el uso de anestesia epidural.

**P** Cuando un bebé nace de una mujer que padece trombocitopenia, ¿corre el riesgo de tener problemas aparte de la trombocitopenia y las hemorragias? ¿Cuál es la causa de su recuento plaquetario disminuido?

**R** Cuando el recuento plaquetario de un bebé que nace con trombocitopenia o la desarrolla poco después del nacimiento, se normaliza alcanzando un nivel seguro, el niño no necesariamente tiene problemas en el futuro ocasionados por su trombocitopenia neonatal. De todas las causas de disminución del recuento plaquetario en el recién nacido, el 30% corresponde a problemas inmunitarios, entre los cuales la PTI representa solamente un pequeño porcentaje. Los recuentos más bajos generalmente ocurren entre el segundo y el quinto día siguiente al nacimiento, pero pueden durar semanas o incluso meses.

**P** Si un bebé nace con pocas plaquetas, ¿qué tratamientos se usan para mantener un recuento plaquetario seguro?

**R** El tratamiento más común para aumentar el recuento plaquetario en el recién nacido es la administración de IgIV. También pueden utilizarse corticosteroides y



recientemente se ha usado inmunoglobulina anti-D (p. ej., WinRho® SDF) en una cantidad pequeña de casos. Si un recién nacido padece trombocitopenia y obtiene un puntaje bajo en la prueba de Apgar (una prueba que se realiza a todos los bebés en el momento de su nacimiento para evaluar sus signos vitales) o parece tener algún trastorno neurológico, se realizan otras pruebas adicionales para aclarar el diagnóstico.

**P** ¿Se requiere un recuento plaquetario mínimo para amamantar de manera segura?

**R** No. Las madres pueden amamantar de manera segura después de embarazos complicados por PTI o trombocitopenia gestacional. Existe preocupación entre algunos médicos porque los anticuerpos antiplaquetarios pueden pasar al recién nacido a través del calostro de las madres que padecen PTI. Sin embargo, no hay pruebas de que los niños amamantados por madres con PTI corran más riesgos que los demás.

**P** ¿Existen tratamientos que deban evitarse durante el período de lactancia?

**R** La mayoría de los tratamientos utilizados comúnmente para la PTI pueden conllevar riesgos para el niño amamantado, pero estos riesgos todavía no se han investigado bien. Entre los medicamentos que no se recomienda que una mujer tome durante el período de lactancia están los siguientes: danazol (Danocrine®), rituximab (Rituxan®), ciclofosfamida (Cytosan®), micofenolato de mofetilo (CellCept®) y azatioprina (Imuran®). Puede haber otros no incluidos en esta lista. Si una madre tiene intenciones de amamantar a su hijo recién nacido, es recomendable que consulte a un pediatra o neonatólogo acerca de los riesgos relacionados con todos los medicamentos que esté tomando o haya tomado recientemente. Nota: El uso de prednisona a una dosis de 20 mg/día o inferior se considera seguro durante el embarazo; de todos modos, algunos especialistas recomiendan no amamantar durante las 3 o 4 horas siguientes a la toma de este medicamento. El uso de IgIV probablemente también sea seguro.

**P** ¿Hay algo más que pueda hacer o algún cambio en mi estilo de vida que pueda ser útil durante el embarazo o el período de lactancia?

**R** Lo mejor que puede hacer es seguir todos los consejos que se sabe que son importantes para mantener un



buen estado de salud en general. Seguir una dieta saludable y equilibrada que incluya granos enteros, frutas frescas y vegetales, especialmente los de hojas de color verde oscuro, es una buena manera de mantener un buen estado general de salud mientras esté embarazada y amamantando. Es importante que realice una cantidad adecuada de ejercicio físico y que duerma la cantidad de horas necesarias. Asegúrese de consultar a su médico antes de comenzar cualquier programa de ejercicio físico. En algunas mujeres, el embarazo y el parto pueden producir un estrés que supera los niveles saludables o tolerables. Se ha demostrado que un nivel de estrés elevado (uno más alto que el normal o saludable) afecta la salud en general. Es importante manejar el estrés, manteniéndolo dentro de límites tolerables. Hay muchas maneras de hacerlo, entre las que se incluyen las técnicas de relajación, la respiración profunda, la meditación y el contacto con otras mujeres embarazadas y madres recientes que padecen PTI.

**P** ¿Dónde puedo conocer a otras mujeres que estén embarazadas o hayan sido madres recientemente y padezcan PTI?

**R** El grupo de discusión para adultas embarazadas de la Asociación de Apoyo a Personas con Trastornos Plaquetarios (PDSA) es un espacio excelente para conocer a otras madres que padecen PTI y compartir experiencias. El Programa de intercambio de nombres [Name Exchange Program] de la PDSA, un programa abierto a todos los socios de la PDSA, es otro de ellos.

## Mujeres premenopáusicas

**P** ¿Cuáles son las situaciones de atención en el caso de las mujeres premenopáusicas que padecen PTI?

**R** Durante la premenopausa, las principales situaciones de atención para las mujeres que padecen PTI tienen que ver con el reemplazo hormonal, las pruebas de Papanicolaou, la irregularidad o abundancia de sus períodos menstruales, y los problemas ginecológicos relacionados con el sangrado menstrual abundante, lo cual incluye fibromas, pólipos e hiperplasia de endometrio. También hay otras situaciones especiales, que tienen que ver con las hemorragias relacionadas con las cirugías ginecológicas y el uso de antiinflamatorios no esteroideos para aliviar el dolor.

**P** ¿Qué opciones existen para el manejo del sangrado menstrual abundante en las mujeres premenopáusicas?

**R** Además de las opciones explicadas anteriormente, en el caso de las mujeres que ya han dejado atrás la edad fértil hay dos opciones adicionales, es decir: ablación de endometrio (extirpación de la membrana que recubre el interior del útero) e hysterectomía (extirpación del útero). La hysterectomía elimina el sangrado y presenta los riesgos normales de cualquier cirugía, requiriéndose un recuento plaquetario de 50.000 plaquetas por microlitro.

## Mujeres menopáusicas

**P** ¿Cuáles son las situaciones de atención durante la menopausia en el caso de las mujeres que padecen PTI?

**R** Durante la menopausia, además de las mismas situaciones de atención de la premenopausia, las mujeres que padecen PTI tienen otras situaciones especiales, que tienen que ver con las oleadas de calor, la irritación vaginal, las cirugías ginecológicas y el alivio del dolor sin recurrir a antiinflamatorios no esteroides. Algunas mujeres pueden comenzar un tratamiento de reemplazo hormonal en esta etapa de la vida. El recuento plaquetario necesario en el caso de procedimientos dentales o quirúrgicos menores es de 50.000 plaquetas por microlitro. Con el fin de aumentar los recuentos plaquetarios para operaciones quirúrgicas importantes, posiblemente se requiera tratamiento con esteroides, IgIV, inmunoglobulina anti-D (p. ej., WinRho® o Rhophylac®), rituximab o factores de crecimiento plaquetario. Algunas mujeres pueden optar por una esplenectomía.

En esta etapa del ciclo de vida de la mujer, sigue siendo importante mantener registros actualizados de los recuentos plaquetarios y prestar atención a los síntomas hemorrágicos. Algunas mujeres pueden tratar de aliviar las incomodidades de la menopausia con suplementos a base de hierbas, pero deben hablar con su médico acerca de lo que piensan tomar para asegurarse de que no les cause hemorragias ni afecte el tratamiento para la PTI que estén recibiendo en ese momento.

## Mujeres posmenopáusicas

**P** ¿Cuáles son las situaciones de atención en el caso de las mujeres posmenopáusicas que padecen PTI?

**R** Los problemas ginecológicos de las mujeres posmenopáusicas incluyen incontinencia de orina o heces, problemas que afectan la piel de la vulva, y cáncer. Las situaciones de atención para las mujeres de edad avanzada que padecen PTI también tienen que ver con el manejo de las hemorragias en el caso de operaciones quirúrgicas y el alivio del dolor sin recurrir a antiinflamatorios no esteroides.

**P** ¿Cuáles son los tratamientos habituales para las hemorragias causadas por la PTI en mujeres posmenopáusicas?

**R** Las mujeres posmenopáusicas pueden recibir los mismos tratamientos para la PTI que las mujeres que se encuentran en otras etapas del ciclo de vida; esto incluye esteroides, IgIV, inmunoglobulina anti-D (si no se les ha extirpado el bazo y tienen factor Rh positivo), rituximab, factores de crecimiento plaquetario o, en algunos casos, esplenectomía, aunque las posibilidades de éxito de una esplenectomía en pacientes de más de 60 años de edad son menores. En el caso de las mujeres de edad avanzada, el uso prolongado de esteroides debe ser considerado con precaución, ya que puede favorecer la aparición de osteoporosis o prediabetes. Las mujeres pueden hablar con su médico acerca de las opciones de tratamiento disponibles.

**P** ¿Dónde puedo obtener más información?

**R** La PDSA cuenta con más información acerca de todos los temas tratados en este folleto. Hay cientos de páginas de información en el sitio web de la PDSA, [www.pdsa.org](http://www.pdsa.org). Esta organización publica una actualización de noticias mensual en formato electrónico y un boletín de noticias trimestral, y ofrece otras publicaciones y artículos. Todos los años, la PDSA lleva a cabo una conferencia anual y una serie de reuniones regionales. La PDSA cuenta con grupos de apoyo para pacientes en los EE. UU. y Canadá. La PDSA continúa ampliando sus programas a fin de ofrecer más servicios y llegar a una mayor cantidad de personas.

## Anexo

La **preeclampsia** es un trastorno que afecta a algunas mujeres embarazadas. Se diagnostica por un aumento en la presión arterial de la futura madre, habitualmente después de la semana 20 de embarazo, combinado con la aparición de una cantidad excesiva de proteínas en la orina. Los síntomas importantes que pueden sugerir que una mujer tiene preeclampsia son tener dolores de cabeza, dolor abdominal, alteraciones de la vista (p. ej., sensibilidad excesiva a la luz, visión borrosa, ver luces centelleantes o auras), tener la respiración entrecortada o ardor detrás del esternón, náuseas y vómitos, confusión o aumento del estado de ansiedad.

La preeclampsia y los problemas de hipertensión del embarazo relacionados afectan a un porcentaje del 5 al 8% de todos los nacimientos en los EE. UU. La mayoría de las mujeres con preeclampsia dan a luz bebés sanos y se recuperan por completo. Sin embargo, algunas mujeres sufren complicaciones, varias de las cuales pueden poner en peligro la vida de la madre o la del bebé. La preeclampsia leve puede agravarse muy rápidamente. La mejor protección es recibir atención médica adecuada durante todo el embarazo.

El **síndrome HELLP** es una de las formas más severas de la preeclampsia. HELLP es una sigla en idioma inglés que significa: hemólisis, proteínas hepáticas elevadas y recuento plaquetario disminuido. El síndrome HELLP se produce en un porcentaje del 5 al 12% de las pacientes que padecen preeclampsia. Puede causar lesiones importantes en el hígado de la madre, destrucción de sus glóbulos rojos y una disminución de su recuento plaquetario. Al principio, el síndrome HELLP puede confundirse con gripe o problemas de vesícula biliar, ya que los dolores pueden ser similares y es posible que ocurran antes de que aparezcan los síntomas clásicos de la preeclampsia. Lo más importante, tanto en el caso del síndrome HELLP como en el de la preeclampsia, es prestar atención a las señales del cuerpo. Si usted no se siente bien o tiene alguno de los síntomas indicados, contáctese con su médico de inmediato.

La **púrpura trombocitopénica trombótica (PTT)** es un trastorno de la sangre que hace que se formen coágulos de sangre en vasos sanguíneos pequeños de todo el cuerpo, y causa una disminución del recuento plaquetario (trombocitopenia). Esta enfermedad puede deberse a la falta de una enzima (un tipo de proteína) que participa en la



coagulación de la sangre, o a problemas relacionados con dicha enzima. Estos cambios hacen que la coagulación se altere. Al formarse acumulaciones de plaquetas en estos coágulos, quedan menos plaquetas disponibles en la sangre y en otras partes del cuerpo para ayudar con la coagulación. Esto puede causar sangrado debajo de la piel y manchas de color violeta conocidas como púrpura. En algunos casos, la PTT se transmite de padres a hijos (se hereda) y los pacientes nacen con niveles naturalmente bajos de la enzima en cuestión. Esta enzima lleva el nombre de ADAMTS13 y también se la conoce como la proteasa que divide el factor de von Willebrand (VWF), por sus siglas en inglés). Esta enzima divide el factor de von Willebrand (FvW), una proteína de gran tamaño que participa en la coagulación de la sangre. La plasmaféresis es el tratamiento preferido para el tratamiento de la PTT.

Tanto el **lupus** como los **anticuerpos antifosfolípidos (también conocidos como síndrome antifosfolípido —SAF o SAFL—)** son enfermedades autoinmunitarias sistémicas. (Esto significa que afectan muchas partes del cuerpo o más de un sistema corporal al mismo tiempo). El lupus ataca las células y los tejidos del cuerpo, lo cual causa inflamación y daño a los tejidos debido a la formación de complejos inmunitarios de anticuerpos. El SAF o SAFL se debe a la producción autoinmunitaria de anticuerpos contra el fosfolípido (aFL), una sustancia de la membrana de las células.

La **coagulopatía intravascular diseminada (CID)** es una activación anormal de los mecanismos de coagulación (de la sangre) que se produce en respuesta a distintas enfermedades. Hace que se formen pequeños coágulos de sangre en el interior de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo. Como estos pequeños coágulos consumen plaquetas y proteínas de la coagulación, se produce una alteración de la coagulación y ocurren sangrados en la piel (p. ej., en los lugares de los que se extraen muestras de sangre), en el sistema digestivo, en las vías respiratorias y en heridas quirúrgicas. Estos pequeños coágulos también alteran el flujo normal de la sangre hacia los órganos (p. ej., los riñones), y estos comienzan a funcionar mal.

Las **infecciones virales (VIH, VEB, CMV)** son sistémicas. Esto significa que afectan muchas partes del cuerpo o más de un sistema corporal al mismo tiempo (p. ej., goteo nasal, congestión de los senos nasales, tos, dolores corporales, etc.). Algunas personas desarrollan infecciones virales crónicas o persistentes (p. ej., VIH, VEB y CMV).

El **VIH** es el virus de la inmunodeficiencia humana. El VIH causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El SIDA es una enfermedad de los seres humanos en la cual la falla progresiva del sistema inmunitario permite el avance de distintos tipos de cáncer e infecciones potencialmente mortales. El VIH puede ser transmitido de la madre al bebé al nacer; sin embargo, la atención médica especializada puede reducir en gran medida esta posibilidad.

El **VEB** (virus de Epstein–Barr) pertenece a la familia de los virus del herpes, que incluye el virus del herpes simple 1 y 2, y es uno de los virus más comunes en los seres humanos. Se le conoce principalmente por ser la causa de la mononucleosis infecciosa. También se le relaciona con formas específicas de cáncer, especialmente con el linfoma de Hodgkin. El VEB también puede ser transmitido de la madre al bebé al nacer.

El **CMV** (citomegalovirus) pertenece a la familia de los virus del herpes y comúnmente infecta a los seres humanos. Si bien las infecciones por citomegalovirus son muy comunes, la mayoría de las personas que tienen la infección no se sienten enfermas; ni siquiera notan que la tienen. Otras, especialmente aquellas cuyo sistema inmunitario está debilitado, tienen síntomas que se parecen a los de la mononucleosis. Las personas cuyo sistema inmunitario se encuentra debilitado tienen más probabilidades de desarrollar infecciones del sistema digestivo, los ojos o los pulmones.

Habitualmente, las infecciones por citomegalovirus se resuelven por sí solas sin tratamiento, pero pueden pasar semanas o meses antes de que los síntomas desaparezcan por completo. La fiebre frecuentemente se resuelve en 10 días, pero si el bazo y los ganglios linfáticos están inflamados, la inflamación puede tardar alrededor de un mes en desaparecer. La fatiga puede persistir durante unos meses más. El citomegalovirus se transmite por contacto directo de una persona a otra, e indirectamente por el aire cuando una persona infectada tose o estornuda. Puede transmitirse a través de la saliva y otros fluidos corporales. El citomegalovirus también puede ser transmitido de la madre al bebé por nacer.

## Referencias

1. Bussel, J.B., "Fetal and Neonatal Cytopenias: What Have We Learned?", *American Journal of Perinatology*, Vol. 20, 2003: págs. 425–432.
2. Cines, D.B., Bussel, J.B., "How I Treat Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP)", *Blood*, Vol. 106, Núm. 7, (Octubre), 2005: págs. 2244–2251.
3. Gernsheimer, T.B., James, A.H., "Women and ITP", presentado en el Congreso sobre TPI de 2010 [2010 ITP Conference], Las Vegas, NV.
4. Gill, K.K., Kelton, J.G., "Management of Idiopathic Thrombocytopenic Purpura in Pregnancy", *Seminars in Hematology*, Vol. 37, Núm. 3 (Julio), 2000: págs. 275–289.
5. James, A.H., "Women and ITP", presentado en el Congreso sobre TPI de 2009 [2009 ITP Conference], Orlando, FL.
6. Johnson, J.R., Samuels, P., "Review of Autoimmune Thrombocytopenia: Pathogenesis, Diagnosis, and Management in Pregnancy", *Clinical Obstetrics and Gynecology*, Vol. 42, Núm. 2 (Junio), 1999: págs. 317–326.
7. Kaplan, C., "Autoimmune Thrombocytopenic Purpura and Pregnancy", *The Platelet News*, Vol. 5, Núm. 4 (Invierno), 2004: págs. 1–5.
8. McCrae, K.R., Samuels, P., Schreiber, A.D., "Pregnancy-Associated Thrombocytopenia: Pathogenesis and Management", *Blood*, Vol. 80, Núm. 11, (Diciembre), 1992: págs. 2697–2714.
9. Sternberg, E.M., *The Balance Within: The Science Connecting Health and Emotion*, WH Freeman and Company, Nueva York, 2001.
10. Webert, K.E., Mittal, R., Sigouin, C., Heddle, N.M., Kelton, J.G., "A Retrospective Eleven-Year Analysis of Obstetric Patients with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura", *Blood*, Vol. 102, Núm. 13, (Diciembre), 2003: págs. 4306–4311.

## Agradecimientos

La Asociación de Apoyo a Personas con Trastornos Plaquetarios (PDSA) desea agradecer a:

1. Dr. Terry Gernsheimer, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA.
2. Dr. Andra James, University of Virginia, Charlottesville, VA.
3. Dr. Craig Kessler, Georgetown University, Washington, D.C.
4. Dr. Michael Tarantino, The Bleeding and Clotting Disorders Institute, Peoria, IL.
5. Dra. Paula Aristizabal, University of California at San Diego, CA, por la revisión de la traducción de este texto al español.



Dependiendo de cuáles sean sus circunstancias, alguno de nuestros otros folletos también puede serle de utilidad:

*ITP in Adults – Frequently Asked Questions*

*[PTI en la adultez – Preguntas frecuentes]*

*ITP in Teens – Frequently Asked Questions*

*[PTI en la adolescencia – Preguntas frecuentes]*

*ITP in Children – Frequently Asked Questions*

*[PTI infantil – Preguntas frecuentes]*

*Coping with ITP – Frequently Asked Questions*

*[Cómo sobrellevar la PTI – Preguntas frecuentes]*

*PTI en la adultez – Preguntas frecuentes*

*PTI infantil – Preguntas frecuentes*

*PTI chez l'enfant – Questions Fréquemment Posées*

*PTI chez l'adulte – Questions Fréquemment Posées*

*The Role and Function of Platelets in ITP – Frequently Asked Questions*

*[Rol y función de las plaquetas en la PTI – Preguntas frecuentes]*

*Parents Resource Packet [Paquete de recursos para padres]*

*Health Insurance & Assistance Programs for ITP Patients:*

*Frequently Asked Questions [Programas de asistencia y seguro de salud para pacientes con PTI – Preguntas frecuentes]*

*Living with ITP – Frequently Asked Questions*

*[Cómo vivir con PTI - Preguntas frecuentes]*





Para obtener más información acerca de la PTI, solicitar copias adicionales de este folleto o asociarse a la PDSA, comuníquese con nosotros:

**Platelet Disorder Support Association**

133 Rollins Avenue, Suite 5  
Rockville, MD 20852

tél 1-87-PLATELET (1-877-528-3538)  
fax 301-770-6638

pdsa@pdsa.org  
www.pdsa.org

La Asociación de Apoyo a Personas con Trastornos Plaquetarios está dedicada a mejorar la vida de las personas que padecen PTI y otros trastornos plaquetarios a través de la educación, el apoyo a las personas que los sufren y la investigación.

Los beneficios para los socios incluyen un boletín de noticias trimestral, descuentos para la Conferencia anual sobre PTI, la posibilidad de participar en el Programa de intercambio de nombres, y la satisfacción que produce ayudar a los demás.

La PDSA es una asociación organizada conforme a la sección 501(c)3 del Código Fiscal de los Estados Unidos [U.S. Internal Revenue Code]. Todos los aportes son deducibles de impuestos.

Esta guía de información del paciente está apoyada por una donación educacional dada por **Amgen**.

La información incluida en este folleto tiene fines educativos únicamente. En lo que respecta a su estado de salud en particular, consulte a un médico u otro profesional de atención médica calificado.

©2012 Platelet Disorder Support Association. Todos los derechos reservados. [www.pdsa.org](http://www.pdsa.org)

Los nombres de compañías y productos reales mencionados en este folleto pueden ser marcas comerciales de sus respectivos propietarios.



*for People with ITP*

**Platelet Disorder Support Association**  
133 Rollins Avenue, Suite 5  
Rockville, MD 20852

tel 1-87-PLATELET (1-877-528-3538)  
fax 301-770-6638

pdsa@pdsa.org  
www.pdsa.org