

Maternidad y enfermedad de células falciformes

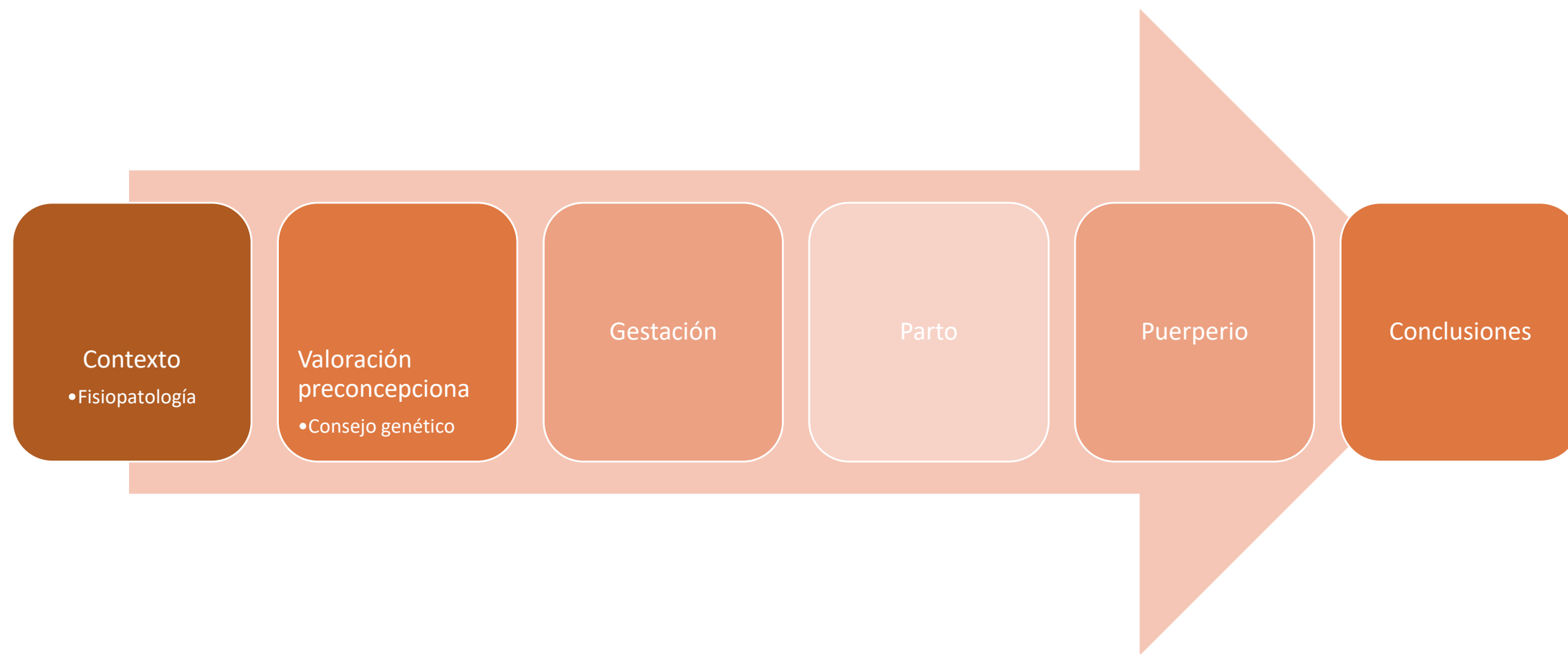
Marta Moreno Carbonell

Hematología y hemoterapia

Hospital Universitario Gregorio Marañón



Índice



Introducción

- Históricamente: complicaciones y mortalidad dificultan llegar a edad reproductiva.
- Hoy: aumento progresivo de esperanza de vida. Necesidad de resolver manejo de opciones reproductivas.
 - Embarazo= situación de riesgo.



Introducción. Fisiopatología

Complicaciones maternas:

Cambios fisiológicos del embarazo

↑ Demanda metabólica

↑ Viscosidad sanguínea

↑ Hipercoagulabilidad

Más incidencia de CVO, STA... y otras complicaciones.

Introducción. Fisiopatología

Complicaciones en el feto:

- Vasculopatía a nivel de la placenta: Posible deterioro de la circulación uteroplacentaria.
- Retraso del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, preeclampsia...
- Mayor tasa de partos prematuros y partos por cesárea.



Introducción. Fisiopatología

Recién nacidos afectados:

Una vez superado el parto, la ECF en un recién nacido parece no influir en la evolución neonatal.

Episodios falciformes posteriores (HbF se reemplaza por HbS entre los 3-12 meses).



¿Qué podemos hacer?

- Detección y prevención.
- Revisión por aparatos.
- Profilaxis antibiótica y vacunación.
- Control estrecho.

Atención pregestacional

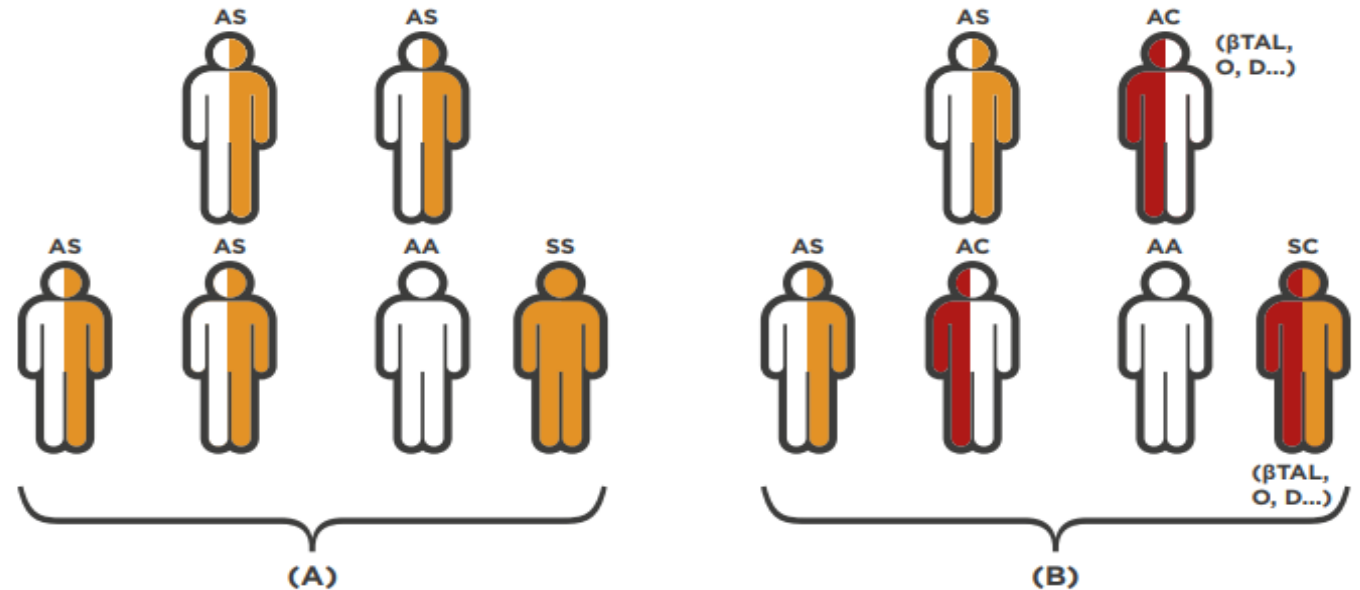
Básicos:

- Confirmar diagnóstico.

Estudio a la pareja.

- Consejo genético:

Figura 5.4.2. Riesgo de transmisión de la enfermedad en progenitores con RF



Atención pregestacional

Asesoramiento genético

El asesoramiento previo al embarazo permite que se tomen decisiones informadas con respecto al mismo.

Información de posibles opciones

- Donación de espermatozoides con donante sin hemoglobinopatía.
- Diagnóstico genético preimplantacional.
 - Diagnóstico prenatal/Tipaje posible donante hermanos afectados.
- Adopción.



Atención pregestacional. **Valoración**

Valoración por aparatos

Control de **tensión arterial**.

- Cribado HTA 2ª a nefropatía falciforme.

Cribado **retinopatía** proliferativa.

Urocultivo basal.

Pulsioximetría basal.

Ecocardiograma (disfunción cardíaca/HTP).

Fenotipo eritrocitario ampliado y escrutinio de anticuerpos irregulares.

Atención pregestacional. Manejo

Vacunas

- Evitar gestación en las 4 semanas tras la administración de vacunas de virus vivos.

Ácido fólico: 4-5 mg/día.

Penicilina profiláctica: debe mantenerse.

Analgesia:

- AINE pueden reducir la posibilidad de concepción (retraso ovulación).
- Dolor moderado: puede valorarse tramadol con o sin paracetamol.
- Dolor intenso: opioides.

Atención pregestacional. Manejo

Hidroxiurea (hidroxicarbamida).

- STOP al menos 3 meses antes (3-6 en varones).
- Si embarazo no programado: suspender de inmediato.

Quelantes del hierro: contraindicados.

- Se puede mantener hasta la concepción.
- Las mujeres no tratadas con SF deben considerar retrasar el embarazo hasta que se complete el tratamiento.

IECA/ARAI: contraindicados.

- Cambio al menos un mes antes de la concepción.



Embarazo

Protocolos de transfusión, detección y tratamiento precoz de complicaciones, incluida la infección.

Planes individualizados de atención del dolor.

Manejo multidisciplinar: atención en **centros especializados** y con **obstetricia de alto riesgo**.

Embarazo. Manejo

- **Nivel de Hb y parámetros bioquímicos.** Mensual.
- **Suplementación con hierro.** Solo si ferropenia.
- **Suplementación con ácido fólico.** Dosis de 5 mg/día.
- **Náuseas y vómitos:**
 - La prevención de la deshidratación disminuye la CVO.
- **Bacteriuria asintomática (BA).**
 - Inicial y repetido mensual/trimestral según resultados.
 - Si recurrente tratamiento mantenido.



Embarazo. Prevención de complicaciones

Vigilancia estrecha de preeclampsia.

- AAS a dosis bajas (2º trimestre-5 días antes de FPP).

Profilaxis del tromboembolismo venoso (TEV).

- Todas las hospitalizaciones.
- En pacientes de alto riesgo: profilaxis durante todo el embarazo.

Isquemia placentaria.

- Valoración del bienestar y crecimiento fetal mediante cardiotocografía y eco-doppler.

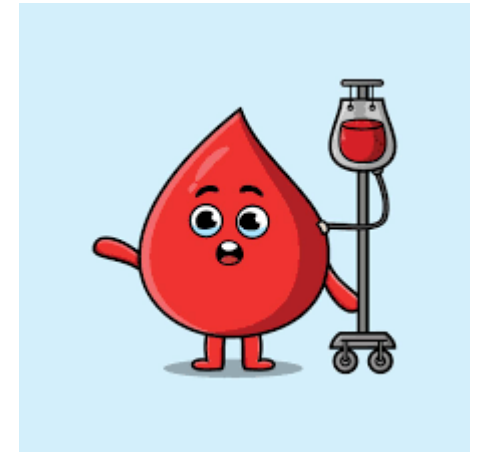
Embarazo. Prevención de complicaciones

Soporte transfusional:

- No evidencia de soporte durante toda la gestación.
- Si casos concretos.

Alloinmunización:

- Si - : repetir a las 24-28 semanas y en el momento del parto.
- Si +: Notificar al servicio de transfusión para poder disponer de sangre compatible si es necesario durante el periparto.



Parto

Medidas generales:

- **Profilaxis tromboembólica durante la hospitalización:**
 - Durante todo el ingreso.
 - Si catéter venoso central: HBPM mientras porte el catéter.
 - Antes del parto: puede retrasar/impedir anestesia epidural.
- **Durante el trabajo de parto:**
 - Mantener buena oxigenación ($\text{SatO}_2 \geq 95\%$).
 - Atemperar (manta de calor) e hidratar.
 - Monitorización de frecuencia cardíaca fetal.
 - La anestesia neuroaxial es útil para reducir las demandas cardíacas maternas.



Parto

Parto vaginal :

- En ausencia de complicaciones fetomaternas, esperar parto espontáneo.

Parto por cesárea:

- Si es posible: transfusión simple para lograr Hb 10-11 g/dl.



Sangre de cordón:

- Recogida de células de cordón umbilical si existe la posibilidad de que puedan ser de utilidad en un futuro para un hermano afecto.

Puerperio

Cuidados posparto

Profilaxis antibiótica. Sobre todo, si cesárea.

Ingesta adecuada de líquidos para la **correcta hidratación**.

- Intravenosa (+ antieméticos) si baja/nula ingesta.

Oxigenación adecuada (SatO₂ ≥95 %). Administrar oxígeno suplementario, según necesidades.

Puerperio

Profilaxis posparto de TEV

Deambulación temprana, evitar la deshidratación y profilaxis tromboembólica.

- Medias de compresión/compresión neumática: si contraindicación.

Parto por cesárea: Inicio precoz. Hasta 6 semanas postparto.

Parto vaginal: 7 días postparto. Mantener si continua la hospitalización.



Puerperio

Reanudación de medicación



Hidroxiurea: reiniciar si la recibía previa a la gestación, a la dosis previa estable, cuando no haya lactancia materna.

Quelantes de hierro: el estado del metabolismo del hierro debe reevaluarse después del parto.

Reiniciar quelación, si está indicada, cuando no haya lactancia materna.

Puerperio

Lactancia materna

Fomentar lactancia materna por los beneficios materno-infantiles.

Consultar al médico dudas acerca de medicación permitida.



Anticonceptivos

No existe evidencia de que el uso de anticonceptivos hormonales en mujeres con ECF aumente el riesgo de complicaciones clínicas.

Como todo: individualizar.

Puerperio

Atención infantil

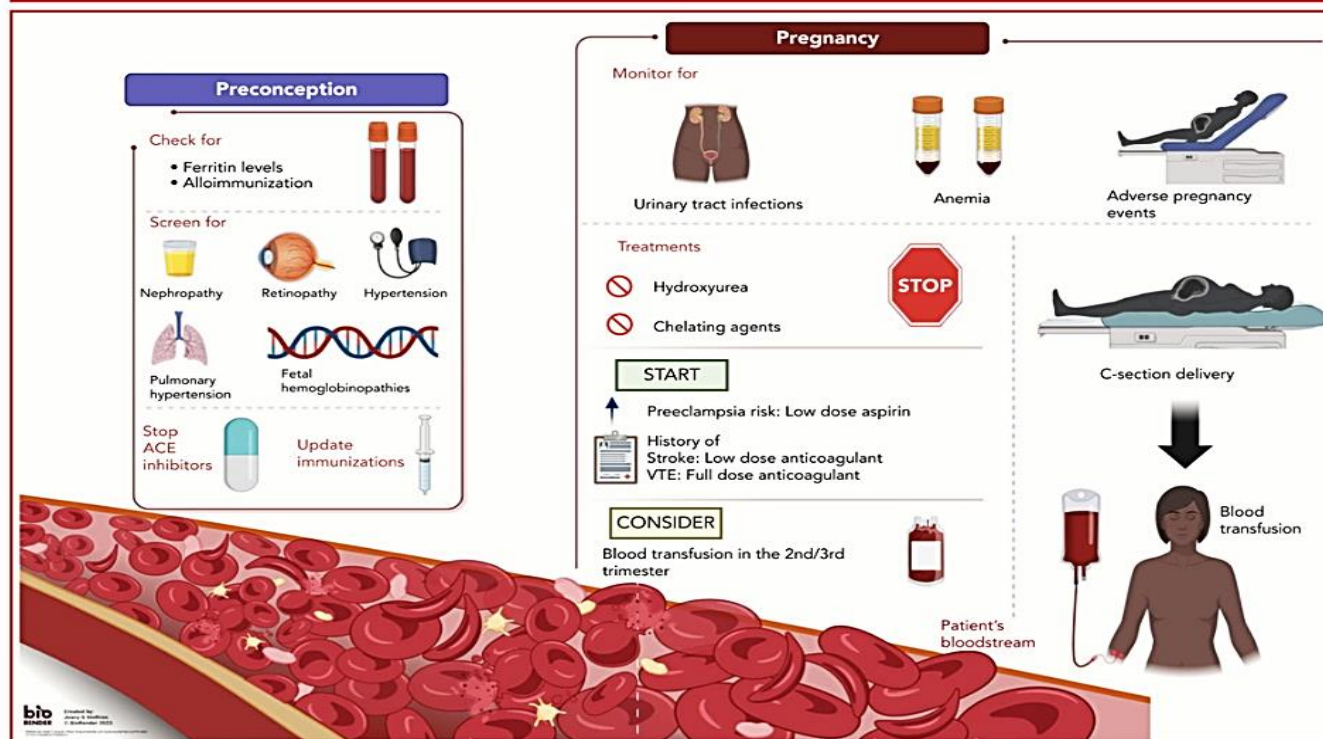
Atención de rutina que incluya cribado neonatal de anemia falciforme.

Los recién nacidos con ECF no presentan episodios falciformes hasta que la producción de HbF es reemplazada por HbS (3-12 meses).

Control especial si requerimiento de opioides durante el embarazo (>90 días).



How I Treat Pregnancy in Patients with Sickle Cell Disease (SCD)



Conclusions: During pregnancy, SCD poses unique problems to both mother and fetus. Patients should be cared for by a multidisciplinary team and monitored closely.

James and Strouse. DOI: 10.1182/*blood*.2023020728



Conclusiones

- Situación de riesgo, pero controlable con manejo especializado.
- Ante todo, si es posible, programación.
- La prevención y las medidas de soporte preconcepcionales son fundamentales.
 - Y el consejo genético vital.
- El parto y el puerperio: Mejor en un centro de referencia. Hematólogo de guardia 24h y obstetricia de alto riesgo.

